

---

**UNIVERSITE DE LIMOGES**

**Faculté de Pharmacie**

ANNÉE 2013

THÈSE N° 3318

**ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ADDICT AUX OPIACES  
PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE  
DANS LE CADRE DE LA LOI HPST DE 2009**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

**le lundi 6 Mai 2013**

PAR

**Marie CHEVALIER**

Née le 18 octobre 1977 à Périgueux (24)

**EXAMINATEURS DE LA THÈSE**

M. le Professeur Jacques BUXERAUD..... Président  
M. Pierre COGNARD, Pharmacien d'officine..... Directeur de la Thèse  
Mme Isabelle NOUGIER-RATEAU, Pharmacien d'officine..... Juge  
M. le Professeur Gérard LACHATRE..... Juge



Université  
de Limoges

FACULTÉ  
DE PHARMACIE

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Jean-Luc **DUROUX**

1<sup>er</sup> VICE-DOYEN : Madame Catherine **FAGNERE**, Maître de  
Conférences

2<sup>ème</sup> VICE-DOYEN : Monsieur Serge **BATTU**, Maître de Conférences

PROFESSEURS :

<b>BENEYTOUT</b> Jean-Louis	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>BOTINEAU</b> Michel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
<b>BROSSARD</b> Claude	PHARMACOTECHNIE
<b>BUXERAUD</b> Jacques	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>CARDOT</b> Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>DELAGE</b> Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
<b>DESMOULIERE</b> Alexis	PHYSIOLOGIE
<b>DREYFUSS</b> Gilles	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE- IMMUNOLOGIE
<b>DUROUX</b> Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>MAMBU</b> Lengo	PHARMACOGNOSIE
<b>LOUDART</b> Nicole (surnombre à compter du 19.12.2011)	PHARMACOLOGIE
<b>ROUSSEAU</b> Annick	BIOSTATISTIQUE
<b>VIANA</b> Marylène	PHARMACOTECHNIE

CHEVALIER Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES  
DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

<b>LACHATRE</b> Gérard	TOXICOLOGIE
<b>MOESCH</b> Christian	HYGIENE – HYDROLOGIE - ENVIRONNEMENT
<b>ROGEZ</b> Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES :

<b>BASLY</b> Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>BATTU</b> Serge	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>BEAUBRUN-GIRY</b> Karine	PHARMACOTECHNIE
<b>BILLET</b> Fabrice	PHYSIOLOGIE
<b>CALLISTE</b> Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>CLEDAT</b> Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>COMBY</b> Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>COURTIOUX</b> Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
<b>DELEBASSEE</b> Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE- IMMUNOLOGIE
<b>DEMIOT</b> Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
<b>FAGNERE</b> Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>FROISSARD</b> Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>JAMBUT</b> Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>LABROUSSE</b> Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>LEGER</b> David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>LIAGRE</b> Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>LOTFI</b> Hayat	TOXICOLOGIE
<b>MARION-THORE</b> Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>MARRE-FOURNIER</b> Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

<b>MILLOT</b> Marion	PHARMACOGNOSIE
<b>MOREAU</b> Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE- IMMUNOLOGIE
<b>POUGET</b> Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>SIMON</b> Alain	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
<b>TROUILLAS</b> Patrick	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>VIGNOLES</b> Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE

PROFESSEUR :

<b>ROUMIEUX</b> Gwenaël	ANGLAIS
-------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES  
PHARMACEUTIQUES :

<b>IMBERT</b> Laurent	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
-----------------------	-----------------------------------

A mon Président de Thèse,

Monsieur le **Professeur Jacques BUXERAUD**,

*Pour avoir accepté de présider ce jury,  
Pour votre disponibilité tout au long de mes études,  
Pour votre proximité auprès des étudiants,  
Pour toute votre connaissance du Médicament que vous avez su me transmettre,  
Soyez assuré de mon estime, mon respect et de ma sincère gratitude,*

A mon Directeur de Thèse,

Monsieur le **Docteur Pierre COGNARD**,

*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 et notre coopération ont contribué la réussite de ce travail.  
Pour votre ouverture d'esprit, vos idées, vos arguments et vos suggestions justes,  
Veuillez accepter mes sincères remerciements.*

A mon jury,

Madame le **Docteur Isabelle NOUGIER-RATEAU**,

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse,  
Pour votre gentillesse et la confiance que vous m'avez apportée,  
Recevez mes très sincères remerciements,*

A mon jury,

Monsieur le **Professeur Gérard LACHATRE**,

*Pour l'honneur que vous me faites par votre présence dans ce jury,  
Pour votre sympathie, votre soutien et la confiance que vous m'avez toujours  
apportée.*

*Pour avoir réussi à intégrer dans nos études, ce module de formation en  
Addictologie, dispensé par des Professionnels.*

*Veillez accepter tous mes remerciements et mon plus grand respect.*



## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement **André N'GUYEN**, pour son aide précieuse, pour sa disponibilité et sa gentillesse tout au long de ce travail.

### **A mes parents,**

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

*Pour votre soutien, votre aide et toute la confiance que vous m'avez toujours apportés depuis mes premiers jours.*

### **A Emilie et Julie,**

*Pour être mes sœurs,*

*Pour votre présence et votre écoute,*

*Pour tout ce que l'on a déjà partagé et tout ce que l'on partagera encore.*

### **A Robin et Christophe,**

*Pour être mes meilleurs Amis, pour la Vie.*

### **A Fabienne et Marie,**

*Pour être toujours là pour moi,*

*Je serai toujours là pour vous...*

### **A TOUS MES AMIS,**

*Une pensée émue pour toutes les personnes, rencontrées depuis plus de 30 ans, de Bellac à Bordeaux en passant par Tours, Orléans, Auxerre et Limoges... et avec qui j'ai partagé une salle de cours, un emploi, un café, un repas, un Centre Equestre, un stade de Foot, une salle de Basket...*

**TABLE des MATIERES**

INTRODUCTION .....	16
PARTIE I : .....	18
trois ouvertures légales pour la profession... ..	18
I. Le Rapport RIOLI du 9 juillet 2009: (8) (9) (10) .....	19
II. La Loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST): place du Pharmacien d'Officine au sein de la loi HPST (9) (10) (15) (16) (17) .....	23
1. La contribution aux soins de premiers recours:.....	25
2. La coopération entre les professionnels de santé: (9) (11).....	28
3. La participation à la «mission de service public de la permanence des soins»: (16) .....	33
4. Actions de veille et de protection sanitaires: (12).....	34
5. L'Education Thérapeutique du Patient (ETP): (13) (14).....	34
6. Le Pharmacien d'Officine et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD):.....	37
7. Le Pharmacien correspondant: .....	38
III. La Convention Pharmaceutique des 28 et 29 mars 2012: (18) (19).....	40
PARTIE II : .....	44
la démarche d'accompagnement et le suivi du patient addict aux opiacés à l'officine .....	44
I. Mise en pratique des ouvertures légales vis à vis des patients addicts aux opiacés: (20) (21) .....	45
II. Eléments conceptuels autour du patient addict: (28) (29).....	49
1. Généralités sur l'Addiction:.....	49
2. Quelques Définitions: (13).....	52
a. La DEPENDANCE:.....	52
b. La PHARMACODEPENDANCE: (35).....	54
c. La TOLERANCE: .....	54
d. L'USAGE: (39) .....	54
e. L'ABUS (selon le DSM-IV, 1994): (36).....	55
f. Le MESUSAGE: (40) .....	56

g. Le « TRAFIC»:	57
h. Le SEVRAGE:	57
i. La « TOXICOMANIE »:	60
3. Le Concept d'addiction: <sup>(13)</sup> :	61
4. Les Comorbidités: <sup>(41)</sup> <sup>(42)</sup> :	68
a. Comorbidités psychiatriques: <sup>(46)</sup> :	69
1. Deux concepts principaux:	69
2. Différents types de troubles psychiatriques:	70
3. Prise en charge des Comorbidités psychiatriques:	71
4. Complications possibles:	72
b. Comorbidités somatiques: <sup>(46)</sup> :	73
1. Liées au toxique utilisé: <sup>(43)</sup> <sup>(44)</sup> <sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup> :	73
2. Liées au mode de vie du sujet:	76
3. Liées à l'utilisation de la voie Intraveineuse (IV) ou per nasale: <sup>(54)</sup> :	76
4. Liées à l'état physique antérieur de la personne consommatrice:	80
5. Autres Comorbidités somatiques possibles:	81
c. Comorbidités sociales:	81
5. Les Produits: <sup>(63)</sup> <sup>(64)</sup> :	82
a. Les OPIACES: <sup>(65)</sup> :	82
1. La MORPHINE:	83
2. La CODEINE, ou Méthylmorphine:	84
3. L'HEROINE ou Diacétylmorphine:	86
b. Les OPIOIDES: <sup>(63)</sup> :	87
PARTIE III :	88
De la "Toxicomanie" à l'Addiction : du Concept à l'intégration d'un Parcours de Soins Personnalisés (PSP) :	88
I. Historique de la prise en charge des patients addicts aux opiacés: <sup>(66)</sup> <sup>(67)</sup> <sup>(68)</sup> :	89
II. Les interrogations et les problèmes rencontrés par les officinaux dans les réseaux de santé, à propos des addictions: <sup>(65)</sup> <sup>(69)</sup> :	92
III. Importance de la coopération interprofessionnelle: <sup>(11)</sup> <sup>(70)</sup> :	95
PARTIE IV :	100
L' Entretien Officinal (EO) :	100
Approche et conception d'un outil :	100

d'aide à l'accompagnement du.....	100
patient addict aux opiacés par le Pharmacien d'Officine.....	100
I. Finalités et Résultats attendus des Traitements de Substitution aux Opiacés	
(TSO): (71) (72) (73) (74) .....	101
II. L' Entretien Officiel (EO): .....	105
1. Introduction:.....	105
2. Objectifs: .....	106
3. Description de L'Entretien Officiel: .....	106
a. Le cadre minimum de ces Entretiens Officiels: .....	107
b. Le déroulement:.....	108
1. Proposer et décrire l'Entretien Officiel:.....	108
2. La prise de Rendez-vous: .....	108
3. Le Face à Face: .....	108
4. Le Contrat: .....	111
5. Le Carnet de Liaison: .....	112
III. Contenu et Utilisation de l'outil:.....	114
1. Protocole général du déroulement: .....	114
2. Entretien Officiel n°1: Phase d'Initiation du traitement substitutif: .....	121
a. Contenu du 1 <sup>er</sup> Rendez-vous thérapeutique par le Médecin coordinateur: .....	121
b. Contenu du 1 <sup>er</sup> Entretien Officiel:.....	122
c. Recueil des Informations générales concernant le patient: .....	124
d. Information du patient sur les principes de son traitement: .....	126
1. Rôles et Objectifs des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO):.....	126
2. Patient sous SUBUTEX® = Buprénorphine Haut Dosage (BHD):(74).....	128
3. Patient sous METHADONE®:.....	130
4. Patient sous SUBOXONE® = BHD/Naloxone: .....	133
5. Remplissage et Utilisation de la feuille de suivi : .....	135
3. Entretiens Officiels n°2 et n°3: Observance et bonne compréhension du	
traitement: .....	136
a. Objectif:.....	136
b. Pour quel patient?.....	136
c. Contenu de ces entretiens officinaux:.....	136

1. Effets indésirables et Syndrome de Manque aux opiacés: (80) (81) (82) ....	136
2. Interactions Médicamenteuses et TSO : (85) (86).....	141
3. Risques liés au mésusage de Buprénorphine Haut Dosage (BHD): (79) (81) (82) (85).....	147
4. De la Méthadone Sirop à la Méthadone Gélules : (79) (82) .....	151
5. Grossesse, Allaitement et TSO: (13) (64) (85).....	152
4. Entretiens Officinaux n°4 et n°5: Vers une stabilisation de l'Addiction? Vers un arrêt de toute consommation d'opiacés? .....	157
a. Objectif:.....	157
b. Pour quel patient?.....	157
c. Contenu de ces entretiens: le suivi thérapeutique, vers une sortie permanente de l'Addiction?.....	158
1. Le contexte social du patient: (41) .....	158
2. Les Retards, Avances de délivrance, la gestion des conflits: .....	161
3. La gestion des troubles du sommeil: (90) .....	164
4. La prise en charge de la douleur: (13) (70) (90).....	168
5. La Prise en Charge des troubles bucco-dentaires: (88) (90) (92) (93) .....	172
6. Les déplacements, voyages et séjours à l'Etranger: (13) (91) .....	174
CONCLUSION.....	178
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	180
Sigles & Abréviations.....	191
INDEX ALPHABETIQUE .....	193
TABLE des ANNEXES .....	195
Table des Illustrations.....	229
Table des Tableaux .....	230
SERMENT de GALIEN.....	232
SOMMAIRE .....	233

## **INTRODUCTION**

L'addiction est un processus complexe. Elle implique à la fois une composante somatique, psychologique et sociale. Il s'agit d'un phénomène ancien, touchant toute la population (adolescents, adultes jeunes, hommes et femmes).

Notre société voit de plus en plus se développer diverses conduites addictives et, ce phénomène représente un problème de santé publique. L'addiction aux opiacés n'y échappe pas et a été reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant une pathologie chronique. Ce qui implique qu'elle doit être prise en charge au même titre que le diabète ou l'hypertension artérielle.

Récemment, grâce à des ouvertures légales pour la profession (la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) en 2009 et la Convention du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) en 2012), le Pharmacien d'Officine a un rôle essentiel à jouer dans l'accompagnement des patients addicts aux opiacés. En effet, la loi HPST place le Pharmacien comme un acteur essentiel dans notre système de santé, et lui donne l'opportunité de développer de nouveaux concepts dans l'intérêt du Patient.

A l'heure actuelle, peu d'outils ont été développés à l'Officine dans un but d'accompagnement et de prise en charge globale du patient addict aux opiacés.

L'objet de cette thèse est de réaliser une ébauche d'un protocole d'accompagnement thérapeutique, articulé autour de l'Entretien Pharmaceutique (EP). Ce nouvel outil, introduit par la loi HPST et la Convention Pharmaceutique d'Avril 2012, doit permettre l'accompagnement médico-psycho-social du patient addict aux opiacés sous traitement substitutif.

Dans une première partie, le contexte législatif de cette évolution du métier de Pharmacien d'Officine sera développé : la Loi HPST et le Rapport RIOLI de 2009 et la nouvelle Convention Pharmaceutique de 2012.

Une deuxième partie explicite les principes théoriques de la démarche d'accompagnement et du suivi du patient addict aux opiacés : quelques généralités sur le phénomène complexe de l'addiction, les différents concepts, les principales comorbidités et les produits responsables.

La troisième partie explique le passage du concept théorique d'Accompagnement et de Suivi du Patient Addict aux Opiacés, à son intégration au sein d'un parcours de soins personnalisé (PSP). Après un bref historique de la prise en charge des patients addicts aux opiacés, nous nous sommes intéressés aux différents problèmes et interrogations rencontrés par les pharmaciens avec les patients sous traitement de substitution. Et, pour tenter de pallier à ces difficultés, le travail pluridisciplinaire en réseau est particulièrement intéressant.

Enfin, la dernière partie présente un nouvel outil, pour le Pharmacien d'Officine, d'aide à l'accompagnement du patient addict aux opiacés, sous traitement de substitution : l'Entretien Officiel de prise en charge des patients addicts aux opiacés.

**PARTIE I :**  
**trois ouvertures légales pour la profession...**



## I. Le Rapport RIOLI du 9 juillet 2009: (8) (9) (10)

Ce rapport a constitué une base de travail non négligeable pour l'élaboration de la loi HPST. Deux chapitres le composent : un projet professionnel et un projet économique, en vue d'une évolution du métier de pharmacien d'officine, dans le cadre de la loi HPST.

Quatorze premières propositions ont permis de définir le projet professionnel et les différents rôles du pharmacien d'officine dans le parcours de soins :

### Le Projet professionnel :

**Proposition 1** : Distinguer la rémunération à la marge sur la délivrance des médicaments de celle de sa prestation complémentaire à l'honoraire de professionnel de santé.

**Proposition 2** : Création d'un **rendez-vous santé** à l'officine afin de permettre la mise en œuvre de mesures individuelles spécifiques à chacun, d'éviter des retards au diagnostic par défaut de dépistage des pathologies lourdes. Ce parcours de prévention devra être financé par les régimes obligatoires et complémentaires pour une plus large accessibilité sociale.

**Proposition 3** : Création d'un « **entretien pharmaceutique** » pour la gestion du premier risque pathologique, avec une prise en charge possible par classe thérapeutique par les mutuelles du régime complémentaire.

**Proposition 4** : Mise en place d'une coordination avec les autres professionnels de santé d'une démarche éducative complète dans le cadre du suivi pharmaceutique de l'article 38 de la Loi HPST.

**Proposition 5** : Améliorer la prise en charge du patient dans la continuité des soins de ville-hôpital en travaillant sur les points critiques que sont l'entrée à l'hôpital et le retour à domicile.

**Proposition 6 :** Implication du pharmacien dans le processus du retour du patient à son domicile, lors du maintien à son domicile et dans la prise en charge des pathologies chroniques.

**Proposition 7 :** Renforcer le rôle du pharmacien dans la pharmacovigilance systématique (par déclaration informatisée).

**Proposition 8 :** L'acte de premier secours réalisé à l'officine doit être identifié, quantifié, centralisé et valorisé par la prise en charge du régime obligatoire afin d'éviter des visites inutiles aux urgences de la part de patients avant tout soucieux d'éviter de faire l'avance de frais en s'orientant vers les urgences hospitalières.

**Proposition 9 :** Compenser la désertification médicale dans certaines zones par l'aménagement d'un local multimédia « poste avancé de garde » dans les pharmacies.

**Proposition 10 :** Le **Dossier Pharmaceutique (DP)** doit servir de support au suivi thérapeutique des patients, à la coordination des soins ville-hôpital, aux actes de pharmacovigilance et procédures d'alerte sanitaire.

**Proposition 11 :** Mise en place d'un **Dossier Patient Pharmaceutique Electronique (DPPE)**, consultable par le patient chez lui en accès sécurisé.

**Proposition 12 :** Enrichissement du **Datamatrix®** avec les informations nécessaires à la liquidation des dossiers pour la facturation auprès des organismes sociaux (taux de remboursement, prix public, TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité), type de médicament).

**Proposition 13 :** Création des SPF-PL (Sociétés de Participation Financière des Professions Libérales) avec l'option du choix de l'intégration fiscale et le report des obligations (condition de détention minimum de 5% par titulaire directe ou indirecte) au niveau de l'actionnariat, telles qu'elles existent actuellement sur les SEL (Société d'Economie Libérale) d'exploitation.

**Proposition 14 :** Mise en place d'une **rémunération mixte** distinguant marge sur le produit, honoraire sur les actes pharmaceutiques et missions additionnelles et rémunération des prestations de service dans l'intérêt du patient. »

Ces quatorze propositions constituent l'essentiel du projet professionnel imaginé par le groupe de travail Pharmaciens d'officine, composé des représentants des

principaux syndicats de Pharmaciens (FSPF ou *Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France*, USPO ou *Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine*, UNPF ou *Union Nationale des Pharmacies de France*).

Les quatorze propositions suivantes concernent le projet économique :

### **Le Projet économique :**

**Proposition 1** : Stabiliser l'économie de l'officine afin de permettre à la profession d'envisager son avenir et d'investir pour une meilleure prise en charge du patient.

**Propositions 2** : Valoriser les actes et missions afin que l'entreprise officinale puisse en assumer la charge économique sans déséquilibrer ses comptes financiers et son résultat garant de sa survie et de la préservation du maillage démo-géographique.

**Proposition 3** : La rémunération spécifique d'un acte pharmaceutique pour les nouvelles missions du pharmacien prévues dans la loi HPST doit donc être indépendante du coût industriel du médicament, des volumes consommés et doit se présenter sous forme d'honoraires.

**Proposition 4** : L'économie de l'officine doit être fondée désormais sur une rémunération mixte.

**Proposition 5** : Elaborer avec les assureurs du régime complémentaire une charte de prise en charge de l'honoraire conseil associé à la dispensation du médicament pour la médication familiale.

**Proposition 6** : Rationaliser la prise en charge de la médication officinale en partenariat avec les organismes complémentaires.

**Proposition 7** : Nécessité d'une prise en charge de certains soins de premiers recours par le régime obligatoire afin de consolider le parcours de soins et instituer le réflexe patient-officine générateur d'économies.

**Proposition 8** : Le pharmacien doit être associé à la mise en place d'une politique de prévention santé et notamment de dépistage pour en améliorer l'efficacité grâce à sa proximité et sa disponibilité au travers d'un acte valorisé.

**Proposition 9 :** Evolution du mode de rémunération à enveloppe constante, avec réemploi du montant de la marge perdue en 2008 (150M d'Euros) pour financer la rémunération à l'acte du suivi des chroniques.

**Proposition 10 :** Développer la prise en charge du suivi des patients chroniques et financement par le régime obligatoire aidé d'un transfert partiel de la rémunération forfaitaire à la boîte afin de donner une valeur économique cohérente à l'acte.

**Proposition 11 :** Introduction d'une tarification de service séparée d'une tarification des produits pour les services optionnels.

**Proposition 12 :** Déterminer une nomenclature des actes de conseils pouvant être valorisés.

**Proposition 13 :** Il est urgent d'entreprendre et de moderniser l'officine de pharmacie afin de mieux prendre en charge le patient dans le parcours de soins dont la rationalisation des coûts constituera un investissement à enveloppe constante pour les comptes sociaux.

**Proposition 14 :** Lancer une étude sur le développement des grands conditionnements alimentant le gisement des MNU (Médicaments Non Utilisés), afin de vérifier que cela ne fait pas l'objet d'un gaspillage inutile.

## **II. La Loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST): place du Pharmacien d'Officine au sein de la loi HPST** (9) (10) (15) (16) (17)

Jusqu'en 2009, les autorités avaient délégué aux pharmaciens la charge d'organiser leur profession, sur le fondement du Code de la Déontologie : la loi HPST se veut novatrice et aura un impact non négligeable sur l'avenir de la profession. Les officinaux doivent être responsables de leurs actes devant leurs concitoyens.

C'est en **2009** que M<sup>me</sup> Roselyne Bachelot, alors Ministre de la Santé, proposait cette loi. L'objectif était la restructuration de l'offre de soins en France.

Le pharmacien d'officine prend de plus en plus d'importance dans la chaîne des soins.

En effet, cette loi précise, pour la première fois, les missions confiées par l'Etat aux pharmaciens : le mot « Patients » dans l'intitulé de la loi aurait pu être remplacé par « Pharmacien ».

L'Article L. 5125-1-1 du Code de la Santé Publique (CSP) a ainsi été modifié par l'article 38 de la loi n° 2009-879 du **21 juillet 2009** :

*« I. – Le chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :*

- 1) *L'intitulé est ainsi rédigé : « Pharmacie d'officine » ;*
- 2) *Après l'article L. 5125-1, il est inséré un article L. 5125-1-1 A ainsi rédigé : « Art. L. 5125-1-1 A. – Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :*
  - 1) *Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;*
  - 2) *Participent à la coopération entre professionnels de santé ;*
  - 3) *Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;*

4) *Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;*

5) *Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;*

6) *Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;*

7) *Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;*

8) *Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.*

*Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°.* »

Le **30 janvier 2011**, le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé de l'époque, M. Xavier Bertrand, confirmait que la priorité résidait dans « l'importance de la lutte contre les inégalités de santé, et pour cela, le pharmacien d'officine a un rôle à jouer parce qu'il est bien souvent la première écoute, le premier contact avec les patients ».

## **1. La contribution aux soins de premiers recours:**

Cette première mission du pharmacien est primordiale, comme l'énonce l'article L.1411-11 du Code de la Santé Publique (CSP), modifié dans le cadre de la loi HPST de 2009 :

*« L'accès aux soins de premiers recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7.*

*Ces soins comprennent :*

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- 4° L'éducation pour la santé. »*

A plus ou moins long terme, le terme de « pharmacie » deviendra impropre, dans la mesure où les pharmaciens seront amenés à pratiquer d'autres soins que la dispensation : le terme "Espace de soins" correspondra davantage à la réalité de la pratique.

Cet accès aux soins de premiers recours nécessite un maillage pharmaceutique bien défini : le pharmacien doit être un professionnel de santé facilement accessible, tant sur le plan géographique que sur celui des plages horaires d'ouverture de son espace d'activité.

Ainsi, le législateur impose aux pharmaciens de s'établir selon un maillage harmonieux afin d'optimiser l'offre de soins sur le territoire français et d'organiser des services de garde. La France ne connaît pas de désert pharmaceutique alors que de nombreux territoires ruraux souffrent d'une pénurie de médecins. Le phénomène ne s'améliore pas actuellement alors que, le vieillissement de la population et ses besoins médicaux ne cessent de croître.

Le pharmacien ne prétend en aucun cas prendre la place de son confrère médecin, mais sa mission tend d'une part, à alléger le travail des praticiens et, d'autre part, à réduire les dépenses de santé de la Sécurité Sociale.

#### Constitution des soins de premiers recours :

- **La prévention**, pour diminuer de façon importante les conséquences de certaines pathologies (ex : SIDA, Hépatite C...).
- **Le dépistage** : cas du cancer colorectal, de l'asthme, du diabète, de la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), de l'obésité...
- **Le diagnostic et le traitement** : toute personne jugeant qu'une consultation médicale n'est pas nécessaire peut consulter le pharmacien, seul professionnel de santé aisément accessible. Si ce dernier considère que le patient présente une pathologie qui n'entre pas dans le cadre de ses compétences, il l'orientera vers un médecin généraliste ou spécialiste, d'où l'importance et la nécessité du travail en réseau. Seront ainsi évitées des consultations médicales inutiles et une automédication sauvage. Ce qui permettra de lutter contre le mésusage des médicaments.
- **Le suivi des patients**, grâce aux **entretiens pharmaceutiques**, qui doivent permettre l'initiation du malade à son traitement et d'en assurer la bonne observance.



- **La dispensation** : il s'agit de l'acte pharmaceutique par excellence, comme l'énonce l'article R. 4235-48 du Code de la Déontologie. Le pharmacien doit prévoir dans son officine, un espace de confidentialité :

*« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

*1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;*

*2° La préparation éventuelle des doses à administrer*

*3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.*

*Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.*

*Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »*

- **Le Dossier Pharmaceutique (DP)** : il permet de faciliter la traçabilité des médicaments et des actes de soins dispensés par le pharmacien. Il participe ainsi à l'amélioration du suivi des patients. Cet outil sécurise l'acte de dispensation pharmaceutique et permet de déceler les risques de redondance ou d'interactions médicamenteuses. Selon l'article L. 161-36-4-2 du Code de la Sécurité Sociale (CSS) (loi du 30 janvier 2007), c'est à l'Ordre des Pharmaciens, que l'on a confié la responsabilité de la mise en œuvre du DP : ce dossier constitue un droit pour les assurés sociaux et une obligation pour les pharmaciens d'officine. Le DP permet aussi aux pharmaciens d'être informés des alertes sanitaires diffusées par les Autorités de Santé ; il alimente le volet médicaments du Dossier Médical Personnel (DMP) du patient et contribue au partage de données entre plusieurs professionnels de santé. Ce DP a été élargi, début 2013, en milieu hospitalier.

- **L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social** : après évaluation de la situation d'un patient entrant dans l'officine, le pharmacien doit soit, prodiguer les soins adaptés, soit orienter vers un médecin si le problème se situe au-delà de son champ d'action. L'orientation vers un médecin, la transmission écrite de tous les éléments diagnostiques observés sur ce patient, font du

pharmacien le premier et le dernier maillon du parcours de soins, au centre duquel se trouve le patient.

## **2. La coopération entre les professionnels de santé: (9) (11)**

Elle implique l'existence et/ou la mise en place d'un réseau de santé ; c'est à dire un réseau de soins défini par les professionnels de santé pour le patient (*le terme de « soins » est un peu restrictif, le réseau de santé intègre une notion de globalité médicale certes mais également psychologique et sociale*).

Cette notion a vu le jour au début du XXe siècle avec la lutte contre la tuberculose :

- En **1955**, la sortie « en ville » de certains neuroleptiques s'est bien déroulée grâce à la coordination entre médecins hospitaliers, médecins de ville et travailleurs sociaux.

- **Fin des années 1970**, ce fut le tour de l'Association de Gérontologie de Paris de développer l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes âgées.

- En **1972**, la réforme de la psychiatrie et l'instauration d'équipes psychiatriques de secteur tendaient vers ce même objectif de coordination entre structures et professionnels de santé.

- En **1974**, la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés) crée l'Hospitalisation à Domicile (HAD), selon les circulaires des 19 et 29 octobre 1974. Ce dispositif concerne les personnes âgées, les malades au stade terminal et les personnes atteintes d'insuffisance rénale.

- **Dans les années 1980**, il y eût l'apparition du VIH, maladie évolutive et chronique, très médiatisée ; sa prise en charge demande la mobilisation de plusieurs catégories de professionnels de santé. Il s'agissait de réseaux informels, reposant sur le bénévolat de chacun des acteurs. Ces réseaux informels ont été élargis à d'autres pathologies et thématiques de santé (toxicomanie, hépatite C, périnatalité, diabète, cancérologie.).

- La Loi "Kouchner" du **4 mars 2002** : elle prévoit, d'une part, la mise en place d'une véritable « démocratie sanitaire », avec une reconsidération du malade en général et une reconnaissance des droits des usagers du système de santé (protection de la santé de l'utilisateur, informations sur son état de santé permettant un consentement libre et éclairé de la personne, respect de la dignité et de la vie privée, secret des informations médicales, prise en charge de la douleur, principe de non-discrimination, désignation d'une personne de confiance en cas d'incapacité à exprimer sa volonté, accès direct au dossier médical) ; d'autre part, elle poursuit les efforts d'amélioration de l'indemnisation des victimes de fautes ou d'accidents médicaux.

- C'est en **2003** que les objectifs des réseaux de santé ont été définis, d'après l'article L.6321-1 du Code de la Santé Publique :

*« 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, pathologies 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 des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.*

*Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. »*

La prise en charge de chaque patient doit donc être globale : il ne faut plus traiter les pathologies indépendamment les unes des autres. Le pharmacien, en partenariat avec le médecin traitant, pourrait ainsi être au cœur d'un réseau de soins, défini par le patient lui-même.

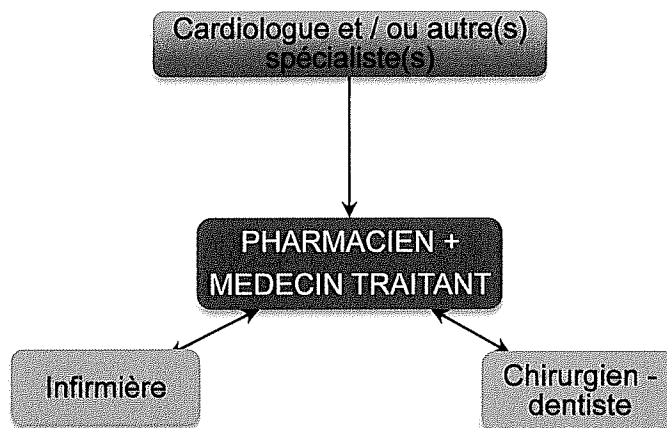


Figure 1 : Représentation relative d'un Réseau de Soins défini par le patient lui-même

Il s'avère donc nécessaire de mettre en œuvre des protocoles de coopération entre les professionnels de santé : cette mise en place est organisée par les articles L. 4011-1 à L. 4011-3 du Code de la Santé Publique. La démarche de coopération comprend deux étapes :

- Création d'un protocole de coopération par des professionnels de santé volontaires ;
- Adhésion des professionnels de santé à un protocole de coopération, autorisé par l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Le protocole de coopération est un document qui décrit les activités ou les actes de soins pouvant être transférés d'un professionnel de santé à un autre, ainsi que la façon dont ces professionnels vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient, dans le but d'optimiser sa prise en charge. Un tel dispositif de coopération doit répondre à un besoin de santé régional.

Concernant les modalités pratiques de formalisation de la démarche de coopération, il faut d'une part, prévoir un espace de confidentialité doté du matériel informatique nécessaire à la consultation des données de la carte Vitale et du dossier patient, en vue d'une prise en charge dans le cadre d'un entretien pharmaceutique.

D'autre part, il faut prévoir un budget pour l'embauche éventuelle d'un pharmacien – adjoint, remplaçant le titulaire, à mi-temps, puis à temps plein, une fois la phase de développement passée. Il est aussi nécessaire de quantifier l'investissement dans du matériel technique, pour l'acquisition de tests diagnostics rapides (angines....) et la communication auprès des patients.

Afin de faciliter la rédaction d'un tel protocole la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en ligne « *la grille du Protocole de Coopération* », disponible sur l'url suivante : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-mode-d-emploi](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-mode-d-emploi).

Enfin, la mise en œuvre et le déroulement de cette coopération devront être évalués. Ils seront inscrits dans une démarche qualité, s'appuyant sur le modèle de la « *Roue de Deming* » : quatre étapes se succèdent indéfiniment tout au long de la vie du réseau :

- **PLANIFIER** : définir la démarche idéale, identifier les différents professionnels et structures impliqués.
- **FAIRE** : étape de prise en charge globale et pratique du patient et recueil de toutes les données.
- **ANALYSER** : étudier la pertinence des soins dispensés.
- **AMELIORER** : constater les écarts et tenter de les réduire grâce à des actions correctives.

Ainsi, le suivi thérapeutique du patient semble devoir évoluer avec la mise en place d'entretiens pharmaceutiques, dont le rythme doit être prévu par le protocole de coopération.

Lors d'un entretien pharmaceutique, le pharmacien pourra effectuer certains tests - diagnostiques et questionner le patient sur l'observance du traitement, les éventuels effets secondaires...

Il s'agira de s'assurer de la bonne compréhension du traitement par le patient, de sa bonne observance et de veiller à une bonne attitude du patient, quelle que soit la nature des résultats obtenus.

### **3. La participation à la «mission de service public de la permanence des soins»: (16)**

Selon l'article R. 4235-49 du Code de la Déontologie, « *Les pharmaciens sont tenus de participer aux services de garde et d'urgence prévus à l'article L. 5125-22 ou organisés par les autorités compétentes pour les soins aux personnes hospitalisées. Les pharmaciens titulaires veillent à ce que leur officine satisfasse aux obligations imposées par ce service. Le pharmacien d'officine porte à la connaissance du public soit les noms et adresses de ses proches confrères en mesure de procurer aux malades les médicaments et secours dont ils pourraient avoir besoin, soit ceux des autorités publiques habilitées à communiquer ces renseignements.* »

Ce service est régulé par l'Ordre des Pharmaciens et financé par les organismes de Sécurité Sociale, au titre de la convention pharmaceutique.

Un tel service inscrit véritablement les pharmacies dans le poste avancé de premier secours, et ce, grâce à plusieurs types de matériel ne relevant pas forcément d'une prescription médicale (petit appareillage orthopédique, pansements, solutions antiseptiques). Pour ce faire et comme le prévoit le code de la déontologie (article R. 4235-11), le pharmacien est un secouriste, qui doit régulièrement mettre à jour ses connaissances par l'obligation de la formation continue (Développement Professionnel Continu ou DPC).

A noter que le pharmacien assure déjà les premiers soins en posant des attelles et bandages, ainsi qu'en nettoyant les plaies et les brûlures.

Dans un futur proche, il devra également faciliter l'utilisation des défibrillateurs cardiaques, qui seront impérativement implantés dans toutes les officines.

#### **4. Actions de veille et de protection sanitaires:** (12)

C'est l'objet de la Pharmacovigilance : elle correspond au signalement des effets indésirables ou inattendus susceptibles d'être dus à des médicaments. Les déclarations sont validées, évaluées et enregistrées par les Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV). Le Réseau de tous les CRPV français est coordonné par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

En vertu de la Loi HPST, ainsi que des principes de responsabilité et de dignité professionnelles, nous devons nous investir davantage dans ce domaine. La pharmacovigilance est l'essence même de l'amélioration des soins apportés aux patients en ce qui concerne les médicaments. Il en découle un meilleur suivi thérapeutique de nos patients.

Afin de mettre en œuvre ces différentes actions de veille et de protection sanitaires, nous avons à notre disposition, des sources de renseignements inépuisables et très performantes.

De plus, les sites Internet des CRPV et celui de l'ANSM rendent disponibles les formulaires nécessaires aux déclarations des effets indésirables susceptibles d'être imputables à un médicament.

#### **5. L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP):** (13) (14)

Selon l'article L1161-1 de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, « *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient.*

*Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont déterminées par décret. Dans le*



*cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit. »*

Cette disposition facultative a pour objectif d'accroître l'autonomie du patient en facilitant son adhésion au traitement et en améliorant sa qualité de vie, comme l'exprime l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa définition de l'ETP en 1998 :

*« Il s'agit de « 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'ETP s'adresse aux patients et à leur entourage. Elle renforce leur capacité à prendre en charge une pathologie chronique, sur la base d'un projet de soins personnalisé (compréhension de la pathologie et de son traitement par le patient, initiation et suivi thérapeutique de son traitement, gestion des éventuels effets indésirables et/ou inattendus pouvant survenir pendant le traitement, suivi psychologique et social du patient et/ou de son entourage durant l'ensemble du projet de soins).

A noter, l'ETP dispensée au patient requiert quinze compétences définies par l'OMS, présentées sous la forme de programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le traitement des maladies chroniques. L'acquisition de ces compétences devra se faire au cours d'une formation d'une durée minimale de quarante heures.

L'ensemble des compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient est détaillé dans l'Arrêté du 2 août 2010 du Journal Officiel de la République Française à l'**ANNEXE 1**.

Le Programme d'ETP (Education Thérapeutique du Patient) est coordonné au minimum par deux professionnels de santé (par exemple, au moins un médecin et un pharmacien).

Ce programme concerne une ou plusieurs pathologies des trente Affections Longue Durée (ALD), répertoriées par l'Assurance Maladie, ainsi que l'asthme.

Le protocole, mettant en jeu toutes les parties, doit décrire :

- la procédure permettant d'obtenir les objectifs à atteindre, comprenant trois étapes principales :
  - o Diagnostic ou bilan éducatif : il s'agit dans un premier temps d'analyser les besoins du patient, afin d'établir des objectifs personnalisés.
  - o Ensuite, des séances d'éducation proprement dites, pour une observance optimale de son traitement.
  - o Enfin, une évaluation de l'atteinte des objectifs fixés.
  
- un programme d'ETP personnalisé et mis en œuvre par les ARS (Agences Régionales de Santé).
  
- la procédure de coordination et d'échanges d'informations, fruit d'un travail en réseau entre tous les professionnels de santé et soignants, intervenant autour du patient.

Nos rôles en tant que pharmacien dans le processus d'ETP (Education Thérapeutique du Patient) sont multiples :

- **INFORMER, PROMOUVOIR LA PREVENTION ET LE DEPISTAGE** (Exemple de l'Asthme, du Diabète, de la Maladie d'Alzheimer)
- **SOUTENIR ET ACCOMPAGNER LE PATIENT**
- **EXPLIQUER ET INFORMER SUR LA PATHOLOGIE ET SES TRAITEMENTS**
- **PROMOUVOIR LE BON USAGE DU MEDICAMENT**
- **INTERVENIR DANS LA GESTION DES CRISES**, en tant que « premier recours aux soins ».

## **6. Le Pharmacien d'Officine et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD):**

Afin de sécuriser le circuit des médicaments, la loi HPST prévoit la fonction de « Pharmacien référent ». Ceci concerne notamment les EHPAD, qui ne disposent pas de PUI (Pharmacie à Usage Intérieur). Cette nouvelle fonction prend de plus en plus d'importance, surtout depuis l'intégration du budget des médicaments dans le forfait de soins des EHPAD, encore en expérimentation et ce, jusqu'en 2013.

Les différents rôles pouvant être attribués au pharmacien référent (qui devra être qualifié pour la gériatrie et travailler en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur, les médecins-généralistes spécialistes extérieurs à l'EHPAD, les infirmières et aides-soignantes) sont :

- participer à l'élaboration des protocoles de soins et aux choix thérapeutiques
- participer à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse
- concourir à la gestion du dossier pharmaceutique (DP) de chaque résident
- analyser et valider les ordonnances de tous les prescripteurs
- s'assurer du bon déroulement de l'approvisionnement de tous les produits pharmaceutiques
- gérer les retours des « médicaments non utilisés » (MNU) et en garantir leur destruction selon la réglementation en vigueur
- éventuellement et dans le cadre du forfait de soins, inciter à la mise en œuvre de la dispensation nominative.

## **7. Le Pharmacien correspondant:**

Selon l'article L.4011-1 du Code de la Santé Publique, « (...) les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3. Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui. »

Ainsi, tout pharmacien d'officine peut être désigné comme Correspondant au sein de l'équipe de soins, par le patient.

Cette nouvelle notion s'inscrit donc pleinement dans le cadre du suivi des patients addicts aux opiacés et ceux, atteints de pathologies chroniques (hypercholestérolémie, diabète, VIH ou Virus d'Immunodéficience Humaine, VHC ou Virus de l'Hépatite C).

Différents rôles pourront lui être confiés :

- Coordonner les soins entre l'hôpital et la ville, pour une meilleure continuité et un suivi optimal : à chaque hospitalisation, fournir sur demande du pharmacien hospitalier, l'historique médicamenteux du patient et son DP alimenté par l'équipe hospitalière, pendant toute la durée de l'hospitalisation. Une synthèse sera réalisée à la sortie, après avoir transmis les modalités de sortie (jour, heure, traitement médicamenteux et/ou dispositifs médicaux nécessaires) au pharmacien correspondant.
- Coordonner et assurer la coopération entre les différents professionnels de santé des procédures MAD (maintien à domicile) et HAD (hospitalisation à domicile).
- A la demande du patient, renouveler une ordonnance entre deux consultations médicales et, après avoir contacté le médecin prescripteur en cas d'adaptation posologique.

### **III. La Convention Pharmaceutique des 28 et 29 mars 2012: (18) (19)**

Au cours de l'année 2012, le marché du médicament français est entré en récession. Une réforme économique devait avoir lieu, afin de préserver notre système d'Assurance Maladie et de protection de la Santé Publique.

Et, c'est le 4 avril 2012, qu'a été signée la nouvelle Convention entre les organismes d'Assurance Maladie et les syndicats de pharmaciens, dans le cadre du projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2012.

Les mesures novatrices ne manquent pas dans cette Convention : que ce soit la rémunération des pharmaciens à l'honoraire, l'apparition des entretiens pharmaceutiques ou encore le paiement à la performance, via notamment un encouragement à la substitution et à la télétransmission des feuilles de soins.

La première des réformes initiée est mise en place dès 2013. Elle concerne **l'Honoraire de dispensation** ; « *les pharmaciens seront rémunérés selon leur prestation intellectuelle de l'ordonnance* ». Ces honoraires seront payés par le patient, grâce au système du tiers-payant et donc décomptés de ses relevés de prestations d'Assurance Maladie. Il s'agit là de reconnaître enfin l'acte de dispensation pharmaceutique à sa juste valeur.

Ces honoraires seront donc versés en contrepartie des obligations suivantes :

- vérification de la validité de l'ordonnance, de l'admissibilité des renouvellements, de l'adéquation de la posologie prescrite, du respect des conditions réglementaires de prescription et de délivrance des médicaments à statut ou délivrance particulière.
- contrôle des interactions au sein de l'ordonnance, des facteurs de risque et des contre-indications dans les limites des connaissances de l'état de santé du patient, des prescriptions abusives.
- vérification de l'absence d'interactions au sein de l'ordonnance mais également avec les autres ordonnances.
- conseils aux patients : c'est-à-dire la vérification de leur bonne compréhension par le patient du bon usage et des précautions d'emploi des produits prescrits (posologie, durée du traitement), préciser, s'il y a lieu, les modalités de conservation du produit prescrit, effets indésirables potentiels des médicaments prescrits).
- choix du conditionnement le plus économe en fonction des posologies prescrites compatible avec l'état de santé du patient.

La Sécurité Sociale pourra ainsi connaître la teneur de l'intervention officinale, tandis que les pharmaciens se verront rémunérer des actions spécifiques et ainsi, voir les revenus de l'officine se détacher du marché du médicament.

Second axe majeur de la réforme, **le paiement à la performance**, à travers l'augmentation des taux de substitution régionaux, avec une attention particulière concernant 30 molécules :

Pravastatine	Cefpodoxime	Citalopram	Paroxétine
Amlodipine	Ramipril	Lansoprazole	Alfuzosine
Zolpidem	Sertraline	Pantoprazole	Venlafaxine
Glimépiride	Valaciclovir	Clopidogrel	Esoméprazole
Lercanidipine	Terbinafine	Rispéridone	Tramadol
Losartan	Nébivolol	Répaglinide	Losartan + HCTZ
Risédrone	Létrozole	Olanzapine	Valsartan
Valsartan + HCTZ			

Tableau 1 : Les 30 molécules à substituer

Ainsi, grâce aux mesures départementales « tiers-payant contre génériques », le taux de substitution national devrait atteindre les 85% sur tout le territoire, soit une progression de 14 points. Et selon l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie), une progression de 10 points générerait 140 millions d'euros d'économies.

L'autre volet du paiement à la performance consiste en un **suivi thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques et à la mise en place d'entretiens pharmaceutiques (EP)**.

La première application concerne le suivi des patients chroniques sous AVK (Antivitamines K) (Minisintrom®, Sintrom®, Coumadine® et Previscan®). Le principe devrait être le suivant : un premier entretien officinal à l'initiation du traitement, suivi d'un ou deux entretiens annuels, au cours desquels devra être réalisé le contrôle de l'INR (International Normalized Ratio) et le cas échéant, le contact du prescripteur pour une adaptation posologique éventuelle. Cette démarche, correctement mise en œuvre par les pharmaciens volontaires, sera rétribuée par une somme de 40€ TTC par malade et par an. A noter que selon les syndicats pharmaceutiques, la somme allouée pourra varier selon la complexité de la pathologie.



Troisième et dernier volet de ce paiement à la performance, les **différents moyens de modernisation de l'officine**, à savoir la télétransmission des feuilles de soins électroniques et la « *scannerisation* » des ordonnances (dans le cadre du Programme SCOR).

La somme de 418,60€ TTC sera versée par l'Assurance Maladie à chaque pharmacien, qui fera le choix de transmettre les doubles d'ordonnance de façon sécurisée à leur CPAM.

La nouveauté de cette convention réside dans la mise en place des Entretiens Pharmaceutiques (EP).

La Convention indique clairement que ces entretiens n'ont aucunement l'objectif d'établir un diagnostic médical, mais d'accompagner le patient dans le suivi de son traitement.

La durée, la fréquence et le contenu de ces entretiens seront définis en fonction des programmes d'action retenus par la Convention.

**PARTIE II :**  
**la démarche d'accompagnement et le suivi du**  
**patient addict aux opiacés à l'officine**

## **I. Mise en pratique des ouvertures légales vis à vis des patients addicts aux opiacés:** (20) (21)

Lors de son intervention à la faculté de Pharmacie de Limoges, le 23 novembre 2010, Michel RIOLI avait clairement parlé des entretiens pharmaceutiques à venir. Il avait cité le suivi des patients chroniques sous AVK, l'accompagnement des patients asthmatiques, ainsi que celui des patients addicts aux opiacés, qui devrait être inclus dans nos nouvelles missions à l'automne 2013.

Chacun des points de la loi HPST peut donc s'appliquer à la prise en charge des personnes addictes aux opiacés.

Le pharmacien contribue à la prévention, au dépistage et au traitement de certaines pathologies, comme le SIDA, l'Hépatite C...

Il s'assure également, comme pour tout autre patient, que l'ensemble des vaccinations soit effectivement à jour.

Les entretiens pharmaceutiques ne feront que renforcer ces premières missions, que le pharmacien s'attache déjà à réaliser au quotidien. Ils permettront un meilleur suivi et une amélioration de l'observance de leur traitement substitutif.

Concernant la dispensation des TSO (Traitements de Substitution aux opiacés), elle est, et demeure, très encadrée par la législation pharmaceutique (art. 4235-48 du Code de la Déontologie). Un Dossier Pharmaceutique (DP) ouvert, en accord avec chaque patient, devra permettre d'accroître la sécurisation de nos délivrances. Selon l'article R.4235-2 du Code de la Déontologie des Pharmaciens, « *Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la « toxicomanie », les maladies sexuellement transmissibles et le dopage.* » (22) (23) (24) (27)

A noter, dans le cadre de cette thèse, nous parlerons désormais de patient addict aux opiacés. Le terme de « toxicomane », trop péjoratif, ne semble plus être utilisé par les professionnels de l'Addiction.

Qui n'a pas rencontré un jour, dans son Officine, un patient addict aux opiacés ?

(25) (26)

- soit pour l'achat d'une seringue à insuline 1ml ou 2ml ;
- soit pour une demande d'achat d'une ou plusieurs boîtes de comprimés de Neo-codion® ou Codoliprane® ;
- soit pour la demande de benzodiazépines, sans ordonnance ou avec une ordonnance falsifiée ;
- soit depuis 1995 pour des soins grâce aux Traitements de Substitution aux opiacés (TSO) ;
- soit pour l'achat d'un Steribox®, ce qui le désigne directement comme un « toxicomane ».

Lors de ces situations, il est difficile d'amorcer un dialogue entre le patient et le pharmacien.

Remarque : Une des dispositions facultatives de la loi HPST est l'évolution du dispositif des entretiens pharmaceutiques vers des programmes d'Education Thérapeutique (ETP) : l'ETP s'adresse aux patients addicts et à leur entourage. Elle renforce leur capacité à prendre en charge leur addiction, sur la base d'un projet de soins personnalisé (compréhension de l'addiction par le patient, prise en compte de l'aspect chronique et pathologique, explications du déroulement du traitement, gestion des éventuels effets indésirables et/ou inattendus pouvant survenir pendant le traitement, suivi psychologique et social du patient).

La mise en place d'un « entretien pharmaceutique » (EP) devient alors nécessaire. La réussite et la bonne conduite de ces entretiens dépendront de la qualité de la coopération entre les différents professionnels de santé intervenant autour du patient addict aux opiacés.

Le patient reste acteur de sa santé et libre de choisir l'ensemble des prestataires de services et intervenants de son réseau.

Le pharmacien, lors de la présentation des ordonnances de chaque praticien, a la possibilité de dresser un bilan global de médication et de soins apportés au malade. Son premier réflexe doit être avant tout de prendre contact avec chaque prescripteur.

Ainsi, le pharmacien pourrait se voir attribuer un rôle de coordinateur du réseau des soins du patient addict ; mais cette fonction relève plutôt des attributions de son médecin généraliste. Et, c'est ce médecin, désigné par le patient addict, qui est responsable de la gestion de toutes les informations concernant sa prise en charge psycho-médico-sociale.

La transmission de ces informations à tous les acteurs du réseau doit permettre de :

- minimiser les risques d'interactions médicamenteuses ;
- éviter la polymédication souvent injustifiée, voire dangereuse ;
- tenir informés les infirmiers de l'évolution du traitement ;
- éviter toute redondance.

Pendant l'entretien, le pharmacien devra être à l'écoute de son patient, prêtant attention à ces mots ou attitudes, pouvant faire penser à la survenue d'effets indésirables pendant le traitement substitutif ; le cas échéant, le pharmacien est tenu de le signaler dans un premier temps au médecin traitant, puis au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) si l'effet n'est pas clairement mentionné au niveau du Dictionnaire des Médicaments.

A l'issue de l'entretien, le pharmacien sera capable d'affirmer si le traitement substitutif est adapté ou pas au patient : si oui, il pourra éventuellement renouveler la prescription du médecin. Si ce n'est pas le cas, il devra contacter le médecin pour réaliser un ajustement de traitement ou un complément d'analyses biologiques, en relation avec le Laboratoire d'Analyses Biologiques et Médicales (LABM).

L'application de ce type de programme est prévue pour l'automne 2013 par les Autorités de Santé.

Le pharmacien, premier professionnel de santé de proximité, et son patient addict aux opiacés se retrouveront au cœur du parcours de soins.

Chaque patient addict aux opiacés aura ainsi fait le choix de son médecin et de son pharmacien, afin d'évoluer pleinement au cœur de son Parcours de Soins ainsi individualisé.

Les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO), la politique de réduction des risques et les nouvelles dispositions législatives ont permis de faire évoluer le rôle du pharmacien dans la prise en charge des patients addicts, de placer le pharmacien dans une logique permettant au patient de revenir au centre de son parcours de soins.

C'est pour cela qu'il est nécessaire d'établir, pour les pharmacien d'officine, une démarche d'accompagnement du patient addict aux opiacés : cette démarche passe par la définition du concept d'addiction, l'explication des comorbidités associées, le descriptif des produits concernés et enfin le protocole d'accueil et de prise en charge d'un patient addict aux opiacés à l'officine.

## II. Eléments conceptuels autour du patient addict: (28)

(29)

### 1. Généralités sur l'Addiction:

Selon le Rapport REYNAUD du 09 juillet 1999, intitulé « Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives », on a longtemps considéré ces substances comme seules responsables du phénomène d'addiction. Implicitement, on affirmait que la rupture avec les consommations antérieures, "la cure de sevrage" et le maintien de l'abstinence suffisaient pour réinscrire les personnes dans une démarche de santé. Il a donc fallu prendre en compte la spécificité de chaque produit, et ainsi caractériser les personnes dépendantes selon la nature du produit consommé : alcoolique, tabagique, héroïnomane, cocaïnomane.

Cette « approche produit » reste assez réductrice. Les substances psychoactives modifient l'activité mentale, les sensations, le comportement. Leur usage expose à des risques et à des dangers pour la santé, et peut entraîner des conséquences dans la vie quotidienne. Elles provoquent des effets somatiques (sur le corps) variables selon les propriétés de chacune, leurs effets et leur nocivité. Elles déclenchent une pharmacodépendance, en perturbant les sécrétions de dopamine.

La survenue de cette dépendance, identique quel que soit le produit, est donc le fruit de l'interaction complexe entre les effets d'une substance sur le cerveau et des facteurs propres à un individu donné, incluant des motivations et des émotions personnelles, un environnement spécifique et des caractéristiques biologiques propres à chaque individu.

Au sein d'un cerveau addict, le cortex ne contrôle plus les circuits de récompense, de motivation et de mémoire. Cette déconnexion corticale est le fondement de cette « synaptopathie », que l'on appelle « ADDICTION ». Dans ce cas, le cerveau devient hypersensibilisé à la drogue et aux 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.

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. (30) (31)

Le système de « récompense-renforcement » occupe un rôle central dans les processus d'addiction. Il est principalement constitué de voies neuronales dopaminergiques, qui se projettent vers différentes structures cérébrales. Parmi elles, l'aire tegmentale ventrale (ATV) vers le noyau accumbens du système méso-cortico-limbique.

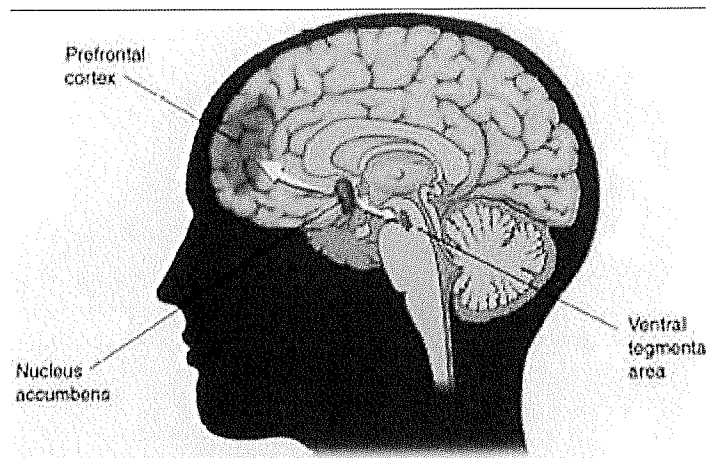


Figure 2 : Le circuit cérébral de renforcement / récompense

Le rôle du système limbique est précisément de faire la distinction entre ce qui est favorable à l'homéostasie et ce qui ne l'est pas. Le fonctionnement normal de ce circuit serait le suivant : 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 (ATV). Ceux-ci libèrent de la dopamine dans le septum, le noyau accumbens, l'amygdale et le cortex préfrontal.

La Dopamine est le neurotransmetteur-clé de ce système de récompense. Les récompenses naturelles (aliments, boissons, activité sexuelle) et la majorité des



drogues addictives modifient la transmission dopaminergique. Le seuil dopaminergique varie en fonction de la récompense : (32) (33)

-il est augmenté lors de la phase d'anticipation, d'attente de la récompense et pendant cette récompense ;

-il redevient normal dès que la récompense a été obtenue ;

-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 (c'est ce que l'on appelle « le syndrome de manque »).

Mais dans le cas de l'administration d'une drogue, la libération de dopamine est beaucoup plus longue. Le système de récompense dopaminergique peut alors fonctionner de manière explosive, sous l'effet de la drogue. Les centres dopaminergiques sont « hyperexcités », ce qui provoque, à travers l'hypothalamus, une surexcitation de tout l'organisme. C'est l'explosion de la jouissance qui est suivie d'une dépression et de la recherche d'une nouvelle explosion. Les voies d'entrée dans l'addiction sont donc relativement complexes : l'initiation du processus est associée à des facteurs environnementaux et sociaux, tandis que la spirale menant à la dépendance est davantage associée à une psychopathologie préalable et/ou des facteurs biologiques et génétiques.

Initialement, l'activation du système de récompense sous-tend des renforcements positifs mais la spirale progressant, les renforcements négatifs dominent avec le recrutement des circuits du stress. Ces désadaptations neuronales dans l'amygdale ont pour conséquence la motivation accrue à consommer et l'accroissement d'un état de renforcement négatif sous-jacent. Le système méso-cortico-limbique a donc été trop impliqué. Lors de la prise de drogue, il y a donc un « emballement » du système de récompense, aboutissant à son dérèglement : Le sujet addict perd donc le contrôle de ses émotions et, des phénomènes compulsifs s'imposent peu à peu... et cette compulsion persiste tout au long d'une prise chronique de drogues.

Les drogues agissent ainsi 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.

Lorsque l'on parle d'addiction, cela implique un caractère répété et chronique de l'action, une psychopathologie associée, la complexité du processus et une comorbidité quasi-constante.

## 2. Quelques Définitions: (13)

### a. La DEPENDANCE:

- **Dépendance clinique (ou psychique, selon la CIM-10 ou Classification Internationale des Maladies – 10<sup>ème</sup> révision - 1992) :** 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 par le besoin 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. Le « *craving* » est en fait une impulsion qui fait perdre les désirs aux gens et qui va entraîner une aliénation...

- **Dépendance physique :** C'est l'exigence de l'organisme concernant l'apport régulier d'une molécule exogène, nécessaire pour le maintien de son équilibre. Elle est définie par un besoin irrésistible, 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. Cette forme de dépendance n'est pas obligatoire pour le diagnostic.

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

Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir l'effet désiré, effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance, avec risque d'une intoxication.

2) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes

Syndrome de sevrage caractéristique de la substance. 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 passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple : consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple, 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 (par exemple : 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).

Figure 3 : Définition de la DEPENDANCE à une substance selon le DSM-IV (36)

### **b. La PHARMACODEPENDANCE:** (35)

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la Pharmacodépendance représente un « État psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut ou non s'accompagner de tolérance. Un même individu peut être dépendant à plusieurs médicaments »

(O.M.S., Rapport technique n° 407, 1969).

### **c. La TOLERANCE:**

Ce terme désigne l'état d'adaptation de l'organisme à une substance se manifestant par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets.

### **d. L'USAGE:** (39)

- **Usage individuellement et socialement réglé (Usage dit « simple »)** : il est caractérisé par une consommation sans dommage induit. Cependant cet usage doit être considéré comme une pratique à risque. Une prise en charge globale de la personne dépendante (environnement social et professionnel, entourage familial, attitude vis à vis des substances psychoactives) doit permettre de ralentir voire enrayer cette forme d'usage.

- **Usage à RISQUE** : deux types de risques sont susceptibles d'apparaître :
  - Selon la situation : par exemple, lors de la conduite de véhicules ou d'une grossesse.
  - Selon la quantité de produit consommée.

- **Usage NOCIF (selon la CIM-10)** :<sup>(37)</sup> usage nocif pour soi-même, pour l'environnement proche, pour les autres, pour la société. Il s'agit d'un des modes de consommation d'une substance psychoactive préjudiciable pour la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le diagnostic différentiel se fera selon le type d'intoxication aiguë, selon s'il y a ou non un syndrome de dépendance ou des troubles psychotiques.

**e. L'ABUS (selon le DSM-IV, 1994)** :<sup>(36)</sup>

Il s'agit d'une utilisation inadéquate conduisant à :

- Une altération du fonctionnement,
- Une souffrance clinique significative,
- Et durant les douze derniers mois :
  - Une utilisation répétée avec incapacité de remplir des obligations majeures
  - Une utilisation répétée avec dangerosité physique
  - Des problèmes judiciaires répétés
  - Une utilisation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par la substance consommée.

## **f. Le MESUSAGE: (40)**

Le mésusage est défini comme un usage inapproprié par rapport aux données de référence pertinentes (*le RCP ou 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 et exposant un patient donné à un risque avéré ou potentiel, sans bénéfice corrélatif.

A noter que le terme « mésusage » ne doit pas être employé comme synonyme d'abus ou de détournement. La mauvaise utilisation est particulièrement visible pour la Buprénorphine Haut Dosage (BHD), mais existe aussi pour la Méthadone. Une des explications réside dans l'étude des comorbidités psychiatriques : toute la difficulté est de définir ce qui est réellement dû au(x) produit(s) et aux symptômes résultant d'un trouble psychiatrique préexistant ou inhérent aux produits. Ainsi, lors de la prise de la MSO, la personne addict aux opiacés ne distingue plus les limites entre soin et récompense ; elle ne sait plus si elle a besoin d'augmenter les doses de Subutex® ou de Méthadone®, pour se faire plaisir (la Récompense) ou pour se soigner (Parcours et démarche de soins).

En résumé, le mésusage des substances psychoactives amène à l'usage, au marché noir et au trafic de BHD : selon les laboratoires Schering-Plough, 6% des patients sous BHD seraient responsables du détournement vers le marché noir d'environ 25% de la quantité totale de BHD remboursée en France. Certains patients addicts cumuleraient parfois 5 prescripteurs, afin de toujours pouvoir se procurer du produit, en parfait accord avec la réglementation (prescription + délivrance) en vigueur.

La région Limousin n'échappe pas à ce phénomène de nomadisme médical.

Les patients n'hésitent pas à consulter plusieurs médecins, dans le seul et unique d'augmenter leurs doses.

Comment le pharmacien peut-il parvenir à savoir s'il s'agit effectivement d'un besoin d'augmenter les doses de MSO ou bien d'un détournement, voire de trafic ?

Le pharmacien va se sentir impuissant, car il ne peut refuser la délivrance du produit prescrit, à moins de parvenir à déceler une faille réglementaire sur la prescription présentée... Un appel téléphonique au médecin prescripteur et/ou à un confrère pharmacien du réseau de santé peut permettre d'assurer son acte de dispensation.

#### **g. Le « TRAFIC»:**

Le trafic de stupéfiants est réprimé pénalement : sa définition et les différents articles en vigueur du Code Pénal se trouvent à **l'ANNEXE 2**.

L'Article 222-39 permet de faire un lien entre l'usage de substances psychoactives en vue d'une consommation personnelle, dans le cas où les posologies de Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) seraient insuffisantes : en effet le patient addict mélange souvent les doses de récompense et celles destinées au soin.

Ainsi, s'il a besoin, à un moment donné, d'une dose supérieure de Subutex®, le patient fera tout pour se la procurer, de manière légale (nomadisme médical et/ou pharmaceutique pour pouvoir présenter des ordonnances en accord avec la réglementation) ou de manière illégale dans la rue. A titre d'exemple, sur la région de Limoges et alentours, bon nombre de pharmacies reconnaissent l'existence d'un trafic de Subutex® sur présentation d'ordonnances valables : les patients savent pertinemment trouver un médecin et un pharmacien lorsqu'il s'agit de se procurer la dose désirée. Le pharmacien se demande alors où est sa place : simple dispensateur, complice ou *dealer* ?

#### **h. Le SEVRAGE:**

Il s'agit d'un phénomène observable, par le biais d'une symptomatologie clinique, lorsque l'apport en substances opiacés (licites ou non) est diminué ou interrompu : Le syndrome de sevrage se caractérise essentiellement par une envie impérieuse de prendre le produit, des troubles de l'humeur des douleurs musculaires, de la fièvre, de l'insomnie et des manifestations neurovégétatives multiples.

Trois possibilités sont à envisager : Il peut s'agir soit :

- d'un patient n'ayant jamais entamé de sevrage ;
- d'un patient ayant déjà entamé seul un sevrage depuis quelques jours ;
- d'une demande de sevrage d'un Médicament de Substitution aux Opiacés (MSO) (Méthadone ou BHD).

Dans un premier temps, il faut **évaluer la réalité de la demande**, sur un plan médical, psychique et social.

L'arrêt des consommations de tous produits non prescrits doit aussi être réévalué. Il est également important de savoir au nom de qui, le sevrage est demandé : Seule une demande négociée avec le patient, en son nom propre, devrait conduire à une proposition de sevrage.

Ensuite, le patient doit être capable de définir dans quel but il souhaite entamer une démarche de sevrage de ses consommations d'opiacés : *est-ce pour réguler ses consommations sans projet d'abstinence durable ou est-ce qu'il souhaite se séparer définitivement et réellement du produit*. Le pharmacien devra encourager ce deuxième point car une démarche de séparation définitive du produit a plus de chance de réussir... surtout lorsque le patient a atteint une relative stabilité sociale, médicale, et psychique.

Le patient peut alors choisir, en accord avec le personnel soignant, s'il veut une prise en charge hospitalière ou à domicile, si ses conditions de vie et son environnement le permettent.

Ainsi la prise en charge, par une structure de soins non ambulatoire, sera vivement conseillée en cas de polytoxicomanies (ex : Alcool, Benzodiazépines (BZD)), pathologies psychiatriques et troubles graves de la personnalité, rythme de travail éprouvant, maladies intercurrentes (Sida évolutif, hépatites virales ou toxiques), désinsertion sociale, dépendance importante, désir du patient.



Dans le cas d'une prise en charge en ambulatoire, il pourra être proposé deux types de consultations :

- dans un premier temps, avec le médecin et / ou le pharmacien du réseau de santé,
- et dans un second temps, une consultation en CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnements pour les Patients Addicts) sera envisagée.

La demande est souvent « urgente », sa mise en place nécessite du temps afin de réunir les conditions optimales à sa réussite.

En attendant, il est possible de proposer au patient de réduire autant que possible ses consommations ; et si cette demande est très pressante, il est vivement conseillé de lui proposer un traitement d'aide au sevrage.

Dans la majorité des cas, on observe une régression des symptômes en 8 à 10 jours, durée rarement supérieure à 1 mois.

Certains traitements sont cependant à éviter : les benzodiazépines (risque de pharmacodépendance), le flunitrazépam (Rohypnol®) (entraîne une forte dépendance et un risque d'agressivité), on se méfiera des traitements contenant des dérivés des opiacés comme les ralentisseurs du transit (ex : Lopéramide = Imodium®) ou d'autres antalgiques de paliers II et III (codéine, tramadol, morphine, oxycodone, fentanyl ... ).

Le processus de sevrage ne doit jamais être un objectif dans la prise en charge du patient mais simplement la conséquence de son évolution favorable.

On encouragera alors cette démarche lorsque le patient aura atteint une relative stabilité sociale, médicale, et psychique.

En pratique le sevrage peut être lent et s'étendre sur plusieurs mois : il faut donc rassurer le patient !

---

**i. La « TOXICOMANIE »:**

Ce mot a été supprimé depuis 2003 par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ; le terme de « Pharmacodépendance » lui a été préféré.

Un « *toxicomane* » est une personne malade.

L'addiction est une maladie chronique : on ne doit jamais en écarter les périodes de rechutes et / ou de crises.

Dans la suite de cette thèse, nous parlerons donc de patient addict aux opiacés, en lieu et place du terme « *toxicomane* ».

### 3. Le Concept d'addiction: (13)

En 1954, **James Olds et Peter Milner** ont été les premiers à tenter d'explicitier le terme de « toxicomanie ». Il s'agit alors de la naissance du tout premier concept de « dépendance physique », dans l'une de leurs conclusions : « *la drogue peut être en elle-même source de plaisir* ». D'autre part, leurs expériences ont montré que les animaux étaient capables de travailler pour obtenir une injection de produit sans qu'il y ait de signe de dépendance physique : ils ont donné une première idée de « cercle vicieux » entre la prise de drogue, la tolérance, la dépendance physique et le sevrage.

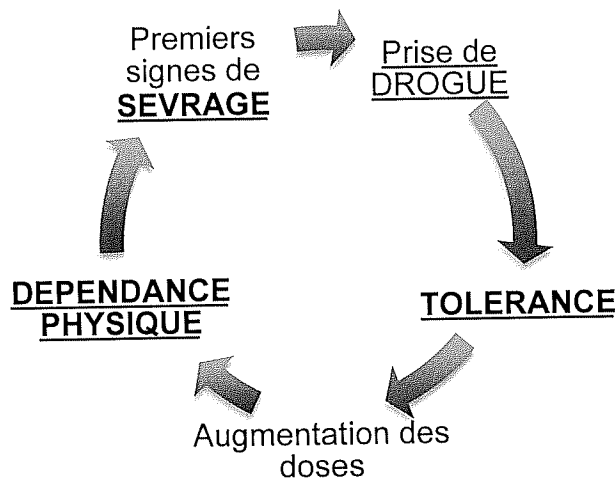


Figure 4 : **1954** : Première théorie explicative de la toxicomanie

En **1975**, l'**OMS** (Organisation Mondiale de la Santé) définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements ». C'est dans les pays anglo-saxons que le terme d'addiction apparaît initialement en psychiatrie pour évoquer les patients addicts aux opiacés.

En **1987**, **Pidinelli, Bretagne et Mille** définissent l'addiction comme un ensemble de conduites dont les caractéristiques peuvent être définies par la recherche avide de l'objet, la répétition de l'acte, l'apparente dépendance à l'objet choisi, l'utilisation risquée du corps, la recherche de satisfaction immédiate, la proximité de la mort et de la destruction.

En 1990, **Goodman** proposa une définition de l'addiction, comme « le processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par « l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ». Il en a défini par ailleurs une liste de critères diagnostiques principaux et secondaires, dans le but de pouvoir réaliser un diagnostic comportemental des troubles mentaux : ces critères font partis du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4), pour la nouvelle catégorie « des troubles psychiatriques ». Il affirme alors que le trouble addictif est « égal à la dépendance associée à la compulsion », selon la théorie de l'apprentissage et du comportement.

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

1. Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.
2. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
3. Sensation de plaisir, de soulagement pendant le comportement.
4. Sensation de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.
5. **Au moins 5 des items suivants pour un DIAGNOSTIC POSITIF :**
  - 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 abandonner le comportement.
  - 4) Importante perte de temps passé à préparer les épisodes, à les réaliser ou à récupérer de leurs effets.
  - 5) Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires, universitaires, familiales ou sociales
  - 6) Activités sociales, professionnelles ou récréatives sacrifiées du fait du comportement addictif
  - 7) Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes persistants ou récurrents sociaux, financiers, psychologiques ou physiques
  - 8) Tolérance marquée par le besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué pour un comportement de même intensité.

Figure 5 : Critères pour le diagnostic de troubles addictifs de GOODMAN (1990) (38)

Ainsi, les conduites addictives sont principalement définies par des comportements, plutôt que par la consommation d'un produit.

On parlera désormais d'addictions comportementales, avec plusieurs caractéristiques :

- le désir de s'engager dans une séquence comportementale potentiellement dangereuse ;
- la tension croissante jusqu'à ce que la séquence comportementale soit terminée ;
- l'envie, le désir ou la tension réapparaissent quelques heures, jours ou semaines plus tard ;
- l'existence de facteurs déclenchant externes (produit, rituels et/ou horaires de prise, situations de la vie courante) ;
- des facteurs déclenchant et conditionnements internes ;
- la tonalité hédonique des premiers temps de l'addiction.

Ce concept d'addictions comportementales a évolué en élargissant la dépendance à l'alcool et aux psychotropes, à d'autres comportements répétitifs : en effet, il peut tout à fait y avoir addiction sans qu'il n'y ait de drogue.

Dans ce cas, le patient accomplit de façon répétitive et « nécessaire » une séquence comportementale précise dont il ne peut se passer avec :

- l'envie irrésistible du comportement (*le « craving »*) ;
- l'abandon d'autres activités au profit du comportement investi de manière électorale ;
- les conséquences négatives individuelles, familiales, sociales et professionnelles ;
- la sensation de manque, d'anxiété ou de malaise en cas d'interruption de comportement.

Cette séquence comportementale se déroule ainsi dans les exemples quotidiens suivants : dépendance aux substances psychotropes, jeu, achat pathologique, kleptomanie, conduites agressives, addiction au sexe, au travail, à l'informatique, tentatives de suicide à répétition, troubles du comportement alimentaire (TCA)...

La notion d'addiction implique donc :

- un caractère répété et chronique de l'action : la prise en charge globale du patient addict doit s'inscrire dans une perspective temporelle ;
- Une psychopathologie associée ;
- Une complexité du processus ;
- Une comorbidité quasi constante.

**Et, vers la fin des années 1990**, à l'aube du XXIème siècle, le Docteur William Löwenstein, dans son livre « *Ces dépendances qui nous gouvernent – Comment s'en libérer ?* », explique l'addiction comme la résultante de l'interaction de trois facteurs de risque principaux : ceux liés au Produit, à la Vulnérabilité Individuelle et à l'Environnement du patient addict. Cette résultante se présente sous la forme du triptyque « Drogue – Individu – Contexte », détaillé par l'équation suivante : (31) (32)

**ADDICTION = PRODUIT (P) x INDIVIDU (I) x ENVIRONNEMENT (E)**

De la même façon, l'interaction entre le Produit et l'Environnement correspond à l'aspect culturel et aux différentes habitudes prises par le patient addict. L'interaction entre le Produit et l'Individu conduit aux différentes formes de mésusage. Enfin, on n'omettra pas de citer l'existence d'un trafic lors de l'interaction entre l'Individu et son environnement familial, social ou sanitaire (médecin (s) et pharmacien).

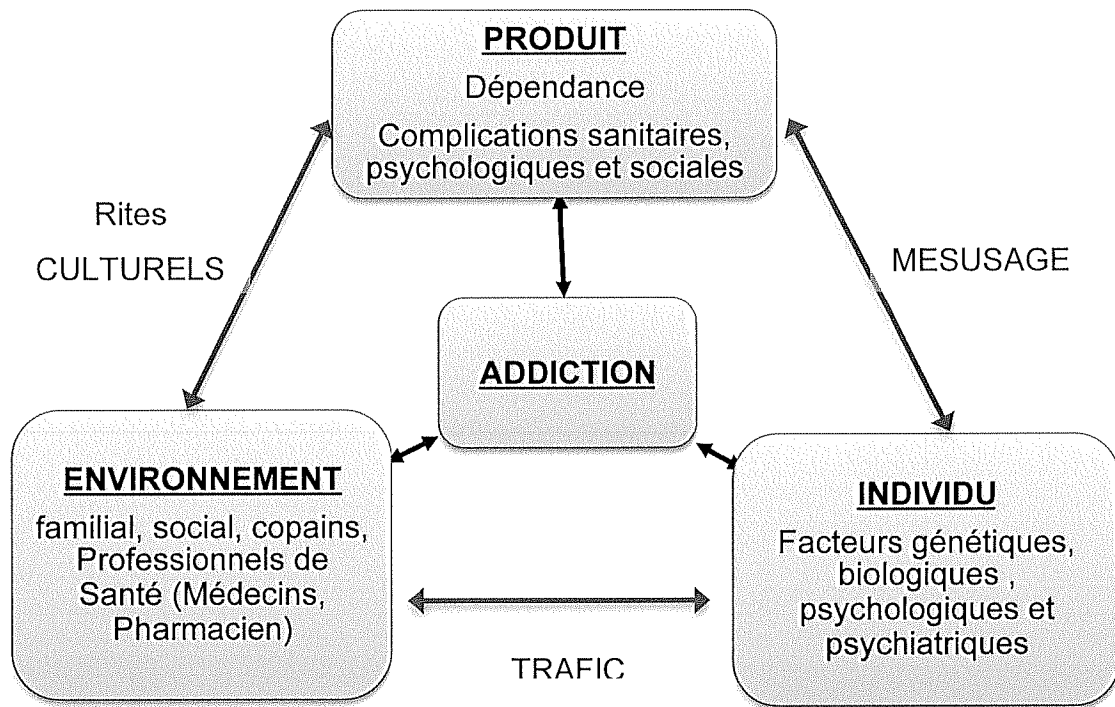


Figure 6 : Concept d'Addiction, résultant de l'interaction de plusieurs facteurs et interactions

La connaissance d'un maximum de ces facteurs permet une meilleure prévention et une meilleure prise en charge globale des patients addicts.

En effet, les professionnels de santé, intervenant dans le cadre de la prise en charge de patients addicts aux opiacés, ont du mal à discerner les limites de leurs responsabilités professionnelles : en prescrivant ou en dispensant les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO), ils ont parfois l'impression de participer à un certain trafic, jusqu'à s'estimer « dealers en blouse blanche » : c'est ce qu'il se passe lorsque les patients pratiquent le « nomadisme médical », pour se procurer légalement davantage de produits ; d'où l'importance du réseau de santé et la communication entre ses professionnels pour tenter de limiter le phénomène.

Concernant les **produits**, chacune des substances possède un pouvoir addictogène donné :

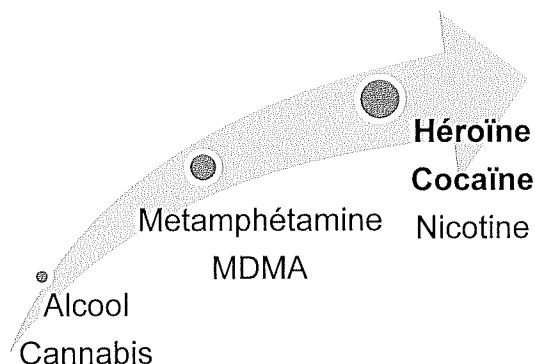


Figure 7 : Pouvoir Addictogène d'une substance (33)

L'Héroïne et la Cocaïne sont les plus addictogènes, selon le schéma ci-dessus. Puis, viennent les dérivés des Ecstasys et enfin, les substances les moins addictogènes sont l'Alcool et le Cannabis.

Concernant les **facteurs liés à l'individu**, il s'agit essentiellement de la Neurobiologie des addictions et des comorbidités, qui seront développées ultérieurement. Selon le neurologue italien, Antonio Damasio, sur l'étude des bases neuronales de la cognition et du comportement, il a été identifié des sites neuronaux impliqués dans le processus des émotions ; les émotions sont impliquées dans la prise de décision.

L'équipe de Damasio a constaté que chaque émotion avait une localisation précise dans le cerveau : par exemple, (29) (30)

- La peur active l'amygdale,
- la tristesse active l'hypothalamus, une partie du cortex préfrontal et le tronc cérébral.



Quant aux **facteurs environnementaux**, ils sont de cinq ordres :

- des facteurs culturels : Ex : l'alcool en Europe, le khat en Ethiopie, Somalie, au Yémen...
- le rôle des pairs, surtout pendant l'adolescence ;
- des facteurs familiaux ;
- un environnement invalidant ;
- la précarité voire l'exclusion.

En **1997**, l'équipe canadienne de Lowinson & coll <sup>(13)</sup> a observé que le traitement à la méthadone aux États-Unis a évolué de façon à comporter trois étapes :

- une période de stabilisation ;
- une deuxième étape pendant laquelle on examine et modifie au besoin le plan de traitement original ;
- une troisième étape comportant un entretien continu à la méthadone et un minimum d'autres services.

C'est sur ce dernier modèle canadien et avant-gardiste en matière de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO), que la démarche d'accompagnement développée dans cette thèse va pouvoir se calquer.

Et, en **août 2011**, l'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM) <sup>(13)</sup> propose une nouvelle définition de l'addiction. La dépendance est une maladie chronique du cerveau, un syndrome qui va au-delà d'un problème comportemental lié à l'excès de drogues, d'alcool, de jeux, de sexe ou de nourriture, etc.

#### 4. Les Comorbidités: (41) (42)

A l'instauration des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO), les objectifs généraux fixés étaient de prévenir la survenue de problèmes sanitaires et sociaux découlant de l'usage d'opiacés. Les indicateurs d'efficacité de ces traitements se déclinent ainsi en termes de changements de comportement et concernent la réduction de la consommation de substances illicites avec notamment pour corollaire la réduction des risques de contamination par le VIH (Virus du SIDA) et le VHC (Virus de l'Hépatite C), grâce à l'abandon des pratiques d'injection.

L'ensemble des problèmes sanitaires et sociaux va être regroupé sous le terme de « comorbidités » : le terme anglais de « co-morbidity » est un concept élaboré en 1970 par le médecin américain A.R. Feinstein. Il est défini comme « tout état s'éloignant d'une certaine normalité, pathologique ou non, survenant chez un patient déjà atteint d'une maladie spécifique ».

En faisant référence au triptyque du Dr W. Löwenstein, les causes de l'addiction sont multifactorielles (predisposition génétique, facteurs psychologiques, facteurs environnementaux).

On distingue trois types de comorbidités :

- comorbidités psychiatriques ;
- comorbidités somatiques ;
- comorbidités sociales ;

S'intéresser aux comorbidités dans la prise en charge des patients addicts aux opiacés devrait permettre :

- d'améliorer le pronostic du trouble psychiatrique, ainsi que celui de la conduite addictive ;
- de diminuer les taux d'hospitalisation, de suicides et de tentatives de suicides, de délinquance et de criminalité ;
- d'améliorer l'insertion sociale ;
- d'améliorer l'observance aux TSO ;
- de diminuer les rechutes.

### a. Comorbidités psychiatriques: (46)

#### 1. Deux concepts principaux:

En **1985**, deux auteurs ont chacun développé leur hypothèse pour définir ce type de comorbidité chez les patients addicts aux opiacés :

- Dans un premier temps, Zimberg parle d'un concept de **maladie primaire** : c'est l'addiction qui entrainerait une pathologie psychiatrique secondaire. *C'est le cas, par exemple, lors des délires de persécution sous cocaïne à forte dose.*

- Le second concept est développé par Khantzian. Il décrit l'addiction comme une **pathologie secondaire** ; ici, la drogue est prise pour apaiser une souffrance, un trouble psychologique. Le choix de la substance n'est pas lié à l'environnement mais à ses effets spécifiques, en terme d' « automédication ». C'est l'exemple des sujets souffrant de phobies sociales ou de troubles bipolaires.

- Une troisième possibilité a été envisagée, en terme de prise en charge globale de l'addiction aux opiacés, c'est la **coexistence des deux premiers concepts**, comme par exemple des situations où coexistent l'alcoolisme chronique et la dépression.

L'addiction aggrave ainsi le pronostic du trouble psychiatrique et inversement. Il s'agit de la principale forme de résistance au traitement et elle reste encore trop peu considérée dans les services de soins pour les patients toxicomanes. En fait, les TSO ne traitent que l'addiction aux opiacés et non ses troubles secondaires, psychiatriques ou non.

## 2. Différents types de troubles psychiatriques:

Les troubles psychiatriques peuvent varier selon le type de substance addictogène, et sont détaillés dans le tableau suivant :

SUBSTANCE CONSOMMEE	ACTION RECHERCHEE	TROUBLES PSYCHIATRIQUES
<b>OPIACES</b>	Anxiolytique, Antidépresseur, Antipsychotique	<b>troubles dépressifs</b> (conduites à risque voire dangereuses (risque de passage à l'acte suicidaire) : troubles de l'adaptation à humeur dépressive (traitement anxiolytique non BZD) troubles anxieux <b>schizophrénie</b> et troubles psychotiques souvent masqués
<b>COCAINE</b>	Sensation de "mieux-être"	Intoxication aiguë (délire avec « tintements auditifs », sensation de sentir des insectes sous la peau (zoo-psychoses surtout avec le crack) Overdose <b>hallucinations</b> auditives et visuelles, tactiles, des interprétations paranoïdes et un <b>délire de persécution</b>
<b>ALCOOL</b>	Anxiolytique, Sensation de "mieux-être"	Symptômes dépressifs Dépression majeure caractérisée (risque suicidaire impulsif)
<b>TABAC (Nicotine)</b>	Anxiolytique, Consommation par "Habitue"	Tolérance d'installation rapide Anxiété croissante
<b>CANNABIS</b>	Anxiolytique Antidépresseur	Anxiété, Syndrome amotivationnel, Psychoses
<b>NOUVEAUX PRODUITS</b> <i>Amphétamines, Ecstasys, LSD, Mescaline, Psilocybine, Kétamine, GHB</i>	Anxiolytique Sensation de "mieux-être"	dépression à distance et troubles psychopathologiques « bad trips », crise d'angoisse, de panique, perturbations psychiques d'allure paranoïde pouvant être durables anxiété, hallucinations voire amnésie troubles du comportement avec agressivité, trouble de la perception et dépression

Tableau 2 : Troubles psychiatriques selon la substance psychoactive consommée

Ces troubles psychiatriques regroupent aussi une reviviscence des traumatismes de l'enfance (viol, inceste), une problématique liée à l'abandon, des deuils impossibles à faire, un milieu familial décomposé et déstabilisant (alcool, « toxicomanie »), des antécédents psychiatriques parentaux, des troubles du sommeil (dus au mode de vie désorganisé), des passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs sur un fond de troubles de la personnalité, une agressivité due à certains troubles de la personnalité (notamment une personnalité émotionnellement labile de type impulsif, agissant de façon imprévisible et marquée par un tempérament querelleur, de « type borderline » très perturbée et incertaine sur sa propre image, ses buts et ses choix personnels, avec une tendance à s'engager dans des relations instables et intenses).

### **3. Prise en charge des Comorbidités psychiatriques:**

La prise en charge de ce type de comorbidité est donc primordiale : pour traiter une addiction, il faut prendre en compte la dépendance, les comportements, les comorbidités, les aspects sociaux et familiaux. C'est là toute la problématique de la prise en charge des patients addicts.

Les deux approches des comorbidités psychiatriques font qu'il devrait y avoir deux types de prises en charge distinctes.

Le rôle de l'addictologue sera d'arriver à savoir si son patient addict aux opiacés a pris de la drogue pour obtenir un « mieux-être » ou bien, si c'est la drogue elle-même, qui l'a amené à développer telle ou telle pathologie psychiatrique.

#### 4. Complications possibles:

Deux types de complications psychiatriques vont être liées directement aux drogues :

<b>Complications des comorbidités psychiatriques</b>		
<b><u>les pharmacopsychoses</u></b>		<b><u>les syndromes confusionnels</u></b>
<b>Tableau clinique de bouffée délirante aiguë</b>	<b>Tableau clinique de psychose chronique</b>	troubles de la vigilance et de l'attention
<i>Idées délirantes bizarres</i>	<i>Si consommation chronique de drogues...</i>	altération des fonctions cognitives ou motrices
<i>Mécanisme POLYMORPHE avec LSD, Champignon, Excès de Cannabis, Ecstasy, hallucinogènes.. (Interprétation, intuition, hallucinations audiovisuelles, forte composante thymique)</i>	<i>Trouble de la conscience de soi, de déréalisation, sentiment subjectif d'étrangeté, vécu délirant interprétatif ou imaginatif</i>	<i>Cas d'intoxication aiguë ou lors des mélanges de produits (benzodiazépines avec de l'alcool et opiacés, ecstasy-alcool-cannabis, cannabis-alcool)</i>

Tableau 3 : Complications des comorbidités psychiatriques

En conclusion sur ces comorbidités psychiatriques, il ne s'agit pas de juxtaposer différents diagnostics mais, ceux sont bien des pathologies nouvelles, nécessitant des approches tant particulières qu'originales.

Ce type de comorbidités constitue une des principales résistances au traitement de l'addiction aux opiacés via les MSO. Trop longtemps sous-estimées et encore difficiles à dépister, il s'avère que les rechutes pourraient découler de ces lacunes de diagnostic et du traitement des pathologies sous-jacentes associées à la consommation de substances psychoactives. La résistance que l'on peut rencontrer dans le traitement de certaines pathologies psychiatriques, comme les troubles

anxieux ou la dépression, peut être également liée à une problématique d'abus ou de dépendance à une substance non dépistée.

D'autres comorbidités peuvent également être présentes.

## **b. Comorbidités somatiques:** (46)

### **1. Liées au toxique utilisé:** (43) (44) (45) (46)

Les opiacés peuvent être responsables d'un œdème pulmonaire, d'une pneumopathie d'inhalation, d'overdose (il s'agit de la prise, accidentelle ou non, d'un produit en quantité supérieure à la dose usuelle), de dégradation de l'état physique, d'une aménorrhée et d'accouchements prématurés chez la femme. Mais, ceci ne constitue pas tout à fait aux principaux risques de voir survenir, chez le patient addict aux opiacés, de telles comorbidités.

Des risques importants sont liés au mode de consommation des drogues : notamment à cause des « poussières », responsables d'infections bactériennes, fongiques ou inflammatoires. (47)

Une poussière correspond la plupart du temps à ce que les médecins appellent un choc (anaphylactique, pyrétique ou septique). Le terme de « poussière » regroupe l'ensemble des impuretés dues à ce qu'on appelle les « produits de coupe », c'est-à-dire des substances utilisées par les patients addicts pour une administration des drogues plus aisée.

Selon l'enquête DRAMES (étude des Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) de 2008, des cas de décès ont pu être imputés à des substances psychoactives : ces substances ont pu être identifiées. Sont inclus dans DRAMES, les décès répondant à la définition A de l'OEDT (Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies des décès liés à la drogue (psychose due à la drogue, dépendance, « toxicomanie » sans dépendance, empoisonnement accidentel causé par la prise d'opiacés, de cocaïne, de stimulants, de cannabis,

d'hallucinogènes ou de TSO) et pour lesquels les résultats ont été compilés dans le tableau suivant :

Nombre de décès	HEROINE	COCAINE	METHADONE	BHD
<b>Sans autre drogue illicite</b>	62 (21 + BZD) (28 + alcool)	16 (3 + BZD) (3 + alcool)	58 (34 + BZD) (24 + alcool)	20 (13 + BZD) (4 + alcool)
<b>Avec autre drogue illicite</b>	26	31	9	7
<b>TOTAUX</b>	88	47	67	27

Tableau 4 : Nombre de décès par overdose selon le type de substance consommée, en France (DRAMES – 2008)

On constate un nombre nettement plus important de décès par overdose d'héroïne, avec ou sans drogues illicites associées.

La part prise par les produits associés (BZD, alcool, stupéfiants illicites) est grandissante au fil des années et des enquêtes.

Une part importante de décès implique la méthadone. Il est par contre impossible de préciser s'il s'agit de la forme sirop ou gélule.

La Buprénorphine Haut Dosage (BHD) seule concerne quant à elle peu de cas de décès.

Une étude de l'OFDT (Observatoire Français sur les Drogues et les Toxicomanies) a comparé l'évolution du nombre de décès par surdoses mortelles par usage de stupéfiants jusqu'en 1995 (date d'apparition en France des premiers traitements de substitution aux opiacés), et le nombre de décès par surdoses de médicaments opiacés, après 1995. L'analyse des résultats a permis d'élaborer l'histogramme suivant : (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54)



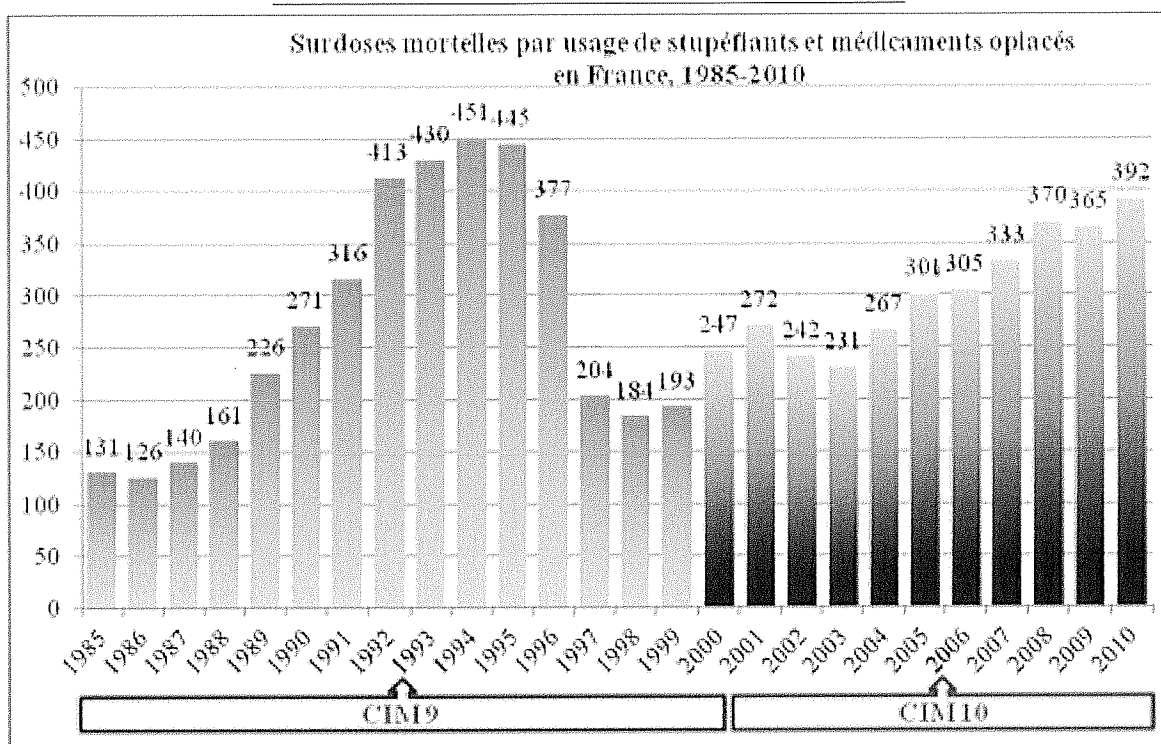


Figure 8 : Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et médicaments opiacés de 1995 à 2010, en France.

(Source : Cépidec = Centre d'épidémiologie sur les causes médicales décès / Inserm = Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)

Dès 1995, le nombre de décès par surdoses a rapidement chuté sous l'effet, entre autre, du développement des traitements de substitution aux opiacés et d'une désaffection pour l'héroïne.

Le nombre de décès par surdose de produits stupéfiants est en augmentation depuis 2003. Cette hausse a été très nette chez les individus de 15 à 49 ans, groupes d'âge associés aux usagers actifs de drogue jusqu'en 2008.

Mais on trouve aussi parmi les décès par surdoses une part non négligeable de personnes de plus de 50 ans, ce qui ne correspond pas au profil habituel des usagers de drogues.

Une partie des décès par surdose d'opiacés ne survient pas chez des usagers de drogues et correspond à des décès accidentels, dans un contexte de soins palliatifs ou par suicides liés à l'utilisation de traitements antidouleur. Ce type de décès semble expliquer sur 2010 l'augmentation du nombre de décès par surdoses.

Différentes hypothèses ont été avancées pour expliquer l'augmentation récente du nombre de décès par surdoses. Tout d'abord, plusieurs indices ont été dans le sens

d'un retour de la consommation d'héroïne : hausse des interpellations pour usage d'héroïne, plus forte disponibilité de l'héroïne, circulation d'échantillons d'héroïne de pureté supérieure à 30% dans un marché dominé depuis plusieurs années par une héroïne de mauvaise qualité, apparition de jeunes usagers moins sensibilisés aux pratiques de réduction des risques. Les données issues des certificats de décès renseignent assez mal les produits en cause.

## **2. Liées au mode de vie du sujet:**

Le milieu de la « *toxicomanie* » est un milieu souvent précaire : ces patients n'ont généralement pas de couverture sociale, peu ou pas du tout de revenus, des conditions d'hygiène limitées.

Cette marginalisation entraîne le risque d'une absence de suivi médical de ces patients, avec un grand nombre de complications possibles :

- troubles cutanés : (dus à l'absence d'hygiène) des parasitoses cutanées (gale, poux, morpions), des lésions locales (nodules post-injection, ulcérations, nécroses, abcès, cellulites) ;
- troubles bucco-dentaires : des candidoses buccales (liées à un défaut d'hygiène, de la malnutrition et une absence de soins dentaires) ;
- Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : liées à la marginalité, la promiscuité sexuelle ou la prostitution ;
- diverses maladies comme la tuberculose (favorisée par le mode de transmission par voie aérienne ; il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire, pouvant être due soit à une immunodépression, la marginalisation ou une incarcération), la gale (due à la promiscuité et la marginalisation), le tétanos...

## **3. Liées à l'utilisation de la voie Intraveineuse (IV) ou per nasale:**<sup>(54)</sup>

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), lors de la Conférence de Consensus des 23 & 24 juin 2004, estime que 13 à 46% des patients traités sous BHD utilisent aussi ce médicament par voie IV ou « sniffée ». Les complications sont de deux ordres et non liées directement aux produits injectés

mais aux conditions d'hygiène et au matériel utilisé : cela peut aller de la simple trace de piqûres jusqu'à des abcès disséminés, voire une septicémie :

- complications Infectieuses pour une large majorité ;

- pathologies virales telles que l'Hépatite C (VHC ou virus de l'Hépatite C), l'Hépatite B (VHB ou virus de l'Hépatite B) et le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA).

### i. L'Hépatite C: (54) (55) (56)

**L'Hépatite C** chronique est la pathologie virale la plus représentée dans le monde. L'ADN du VHC est caractérisé par 6 principaux génotypes : les génotypes 1a et 3 sont les plus fréquents chez les usagers de drogue ; 1b et 2 sont nettement plus présents chez les personnes transfusées. (62)

En France, **avant 1995**, selon une étude de l'Observatoire SIS-Association (57) de Montpellier, 49% des personnes contaminées par le VHC étaient des usagers de drogue par voie IV.

En **1995**, avec l'arrivée des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) et de la politique de réduction des risques liés à l'injection, la proportion de ce mode de contamination s'est abaissée à 34%. Depuis 2005, la proportion des usagers de drogues par voie IV est en nette diminution sous la barre des 10%.

Il est nécessaire de reprendre avec le patient des éléments éducatifs précis sur le mode de transmission du virus. Un schéma explicatif de l'évolution de cette symptomatologie clinique, ainsi que l'ensemble des éléments de diagnostic et d'évolution de la pathologie, sont disponibles à **l'Annexe 15 avec la Fiche-Pratique sur l'Hépatite C.** (59) (60)

Le traitement est difficile et contraignant, et constitue un véritable problème de santé publique. D'où l'importance du dépistage et de la prévention dès le premier rendez-vous thérapeutique, compte tenu du risque constant de réinfection, de la taille du réservoir viral et de la grande résistance du VHC en dehors de son milieu biologique.

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). Le test de dépistage de l'hépatite C est constitué d'une prise de sang avec dosage sérologique des anticorps anti-VHC ; un résultat positif doit être reconfirmé par une seconde prise de sang. A noter que la HAS recommande d'effectuer une recherche de l'ARN viral lors de cette seconde prise de sang. (59)

## ii. L'Hépatite B:

Moins fréquente que l'Hépatite C, cette pathologie virale peut évoluer vers une **Hépatite B** chronique active, une cirrhose voire un carcinome hépatocellulaire.

L'infection par le VHB entraînant un carcinome hépatocellulaire est la deuxième cause identifiée d'induction de cancer après le tabac (cancer du poumon, trachée etc..). Elle est liée au décès d'environ 1 million de personnes par an, dans le Monde.

Les modes de contamination sont parentéraux et/ou percutanés, sexuels, materno-fœtaux et intrafamiliaux. L'hépatite B se transmet également par voie sanguine directe ou à partir de matériel contaminé par du sang infecté, mais aussi par voie sexuelle. Le risque de transmission sexuelle augmente en cas d'infection associée avec le VIH. La transmission périnatale reste possible (dans ce cas, on traite l'enfant à la naissance, par injection d'immunoglobulines et vaccin).

Des traitements antiviraux (interférons alpha et inhibiteurs nucléotidiques tels que ZEFFIX® = lamivudine ou HEPSERA® = adéfovir) contre le VHB sont disponibles. Ils permettent de stabiliser efficacement l'infection mais non d'en guérir. 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.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont une population à haut risque pour le VHB. Un test de dépistage sérologique peut être réalisé par les mêmes organismes que le dépistage du VHC vu précédemment. Le vaccin reste le meilleur moyen de prévention et la protection la plus efficace contre l'hépatite B. 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.

### iii. Le SIDA : (60) (61)

Concernant le virus d'immunodéficience humaine (VIH) responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), on a observé une diminution du risque, du fait des progrès thérapeutiques de la trithérapie et de l'effet positif de la politique de réduction des risques (steribox®, sterifilt®, et préservatifs). En France, selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies - *Enquête Coquelicot de 2004*) (61), 10,8% des usagers de drogues par voie IV et/ou per nasale étaient séropositifs pour le VIH. On observe cependant peu de nouvelles contaminations durant ces dernières années.

Pour rappel, le VIH peut se transmettre par voie sanguine directe ou à partir de matériel contaminé par du sang infecté, par voie sexuelle et par voie périnatale, de la mère à l'enfant.

Le traitement consiste en une association de plusieurs médicaments antirétroviraux ayant pour but de diminuer le risque d'implantation du virus.

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.

Concernant la prévention du VIH, il n'existe toujours pas de vaccin contre le virus du SIDA. La prévention repose avant tout sur les points suivants :

- l'abandon de l'injection et par conséquent l'utilisation des Steribox® ;
- le non-partage de tout matériel utilisé pour l'usage de drogues par voie IV ou per nasale (feuille de papier pour « sniff », pipe pour la consommation de « crack ») ;
- le non-partage des objets de toilette personnels (rasoir, brosses à dents, coupe-ongles) ;
- l'utilisation de préservatifs pour tout rapport sexuel.

Le pharmacien, par la connaissance des différents aspects des maladies virales, a un rôle essentiel, celui d'aider le patient à entrer dans une démarche préventive :

son conseil simple et précis lui permet d'aider le patient et de le convaincre de se diriger vers les structures les plus adaptées à sa situation.

A noter qu'une Fiche-Pratique, disponible en **ANNEXE 16**, sur les risques liés à l'injection de drogues et/ou de buprénorphine, a été réalisée dans le cadre de cette thèse.

L'importance de la prise de conscience de ces risques liés à l'injection n'est pas encore assez abordée par certains pharmaciens avec leurs patients addicts aux opiacés : en effet, une simple demande d'achat d'un Steribox® peut parfaitement constituer une « porte d'entrée », permettant d'entamer une discussion, dans un espace de confidentialité, dans le but d'initier une démarche d'accompagnement et de suivi de ce patient addict aux opiacés.

#### **4. Liées à l'état physique antérieur de la personne consommatrice:**

Il s'agit par exemple d'une Altération de l'Etat Général (AEG), une absence de suivi médical, des carences diverses, d'autres pathologies médicales chroniques comme l'asthme, le diabète, des pathologies psychiatriques.

Deux cas particuliers sont à considérer :

- La grossesse : la prise en charge reste difficile et risque d'influencer le pronostic fœtal. L'objectif de la prise en charge des grossesses à risque est essentiellement de s'attacher à soulager la mère et à protéger l'enfant. Les problèmes socio-économiques, le mode de vie instable, l'exclusion et le désintérêt pour sa santé expliquent une absence de surveillance prénatale fréquente voire une découverte tardive de la grossesse.

- La douleur : la prise en charge de la douleur chez le patient addict est un sujet difficile. La douleur est fréquente chez la personne addictive aux opiacés ; elle est souvent associée à des troubles de l'humeur ou à des troubles psychiques plus importants. Plusieurs types de douleurs sont observés : il s'agit surtout de

neuropathies, de douleurs abdominales, de céphalées, de douleurs musculo-articulaires, dentaires...

#### 5. Autres Comorbidités somatiques possibles:

- **Troubles digestifs** : diminution de l'appétit, constipation importante, dénutrition, intolérance digestive avec les codéinés.
- **Troubles endocrinologiques / gynécologiques** : aménorrhée, oligoménorrhée, diminution de la libido pour les opiacés.
- **Troubles hématologiques** : diminution de l'immunité, adénopathie, splénomégalie.
- **Troubles cérébraux** : œdème cérébral, encéphalopathie post anoxique.
- **Troubles rénaux** : glomérulonéphrites, néphropathies tubulo-interstitielles aiguës.
- **Complications systémiques** : dénutrition, altération de l'état général (AEG), état bucco-dentaire désastreux...
- **Complications materno-foetales** liées à la fréquence des infections génitales et au retentissement des drogues sur la grossesse et le nouveau-né.

#### c. Comorbidités sociales:

Elles sont de plusieurs ordres :

- Une désinsertion socioprofessionnelle avec perte du travail, perte de la qualification professionnelle, ...
- Une désinsertion sociale avec absence et/ou suspension de droits sociaux...
- Problèmes de logement : Absence, précarité...
- L'éclatement familial, Placement des enfants en familles d'accueil ou centres spécialisés.
- Marginalisation, Criminalité (trafic, vols).

## 5. Les Produits: (63) (64)

A noter que l'ensemble des caractéristiques physico-chimiques des molécules citées ci-après, se trouve en **ANNEXE 2**, sous forme d'un tableau récapitulatif.

### a. Les OPIACES: (65)

On appelle « **OPIACE** », toute substance dérivée de l'Opium.

L'opium est extrait d'une plante de la famille des Papavéracées, *Papaver somniferum* (« Pavot à Opium »), n'existant pas à l'état sauvage. Il est obtenu par incision des capsules du 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. L'opium est traditionnellement fumé ou inhalé sous forme de vapeurs.

Molécule d'Origine NATURELLE, présente dans l'OPIUM	Alcaloïdes type <b>PHENANTHRENES</b>		Codéine
			Morphine
			Thébaïne
	Alcaloïdes type <b>Benzylisoquinoléines</b> Sans effet sur le système nerveux central		Papavéaldine
			Papavérine
Molécule obtenue par Hémisynthèse	Hydromorphone		Héroïne
	Oxycodone	Oxymorphone	Hydrocodone

Tableau 5 : Origines des Substances OPIACEES

Dans le cadre de cette thèse, seuls les produits suivants vont être décrits : Morphine, Codéine et Héroïne. Il s'agit des plus consommés.



## 1. La MORPHINE:

- Historique : 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.

- 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 répartis en quatre sous-types :

- Récepteurs  $\mu$  spécifiques des endorphines et des enképhalines
- Récepteurs  $\sigma$  spécifiques des enképhalines seules
- Récepteurs  $\kappa$  spécifiques des endorphines seules
- Récepteurs  $\delta$  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.

- Effets 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.

**Sur les récepteurs  $\mu$  du système gastro-intestinal** : la morphine provoque une baisse du tonus et du péristaltisme avec une augmentation du tonus des fibres circulaires, phénomène à l'origine de la constipation.

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

- Autres effets, considérés comme indésirables :
  - myosis : activation des récepteurs  $\mu$  et  $\kappa$  qui s'observe chez les usagers de drogues opiacés. (une 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 ;
- état d'euphorie voire dysphorie dose-dépendant par action sur les récepteurs  $\mu$  et  $\kappa$  : effets recherchés par les toxicomanes ;
- convulsions.

A noter que la morphine traverse la barrière placentaire et passe dans le lait maternel.

## 2. La CODEINE, ou Méthylmorphine:

C'est un alcaloïde isolé de l'opium, utilisé pour ses propriétés antitussives et analgésiques. Il s'agit d'un produit sept fois moins puissant que la morphine.

-Historique : Les premiers cas de « codéinomanie » sont décrits chez les patients auxquels on l'administrait par voie injectable pour traiter leur dépendance à la morphine. 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. Une dépendance peut survenir même lors d'une utilisation par voie orale.

-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 (cependant limitée à une boîte par personne et par jour). 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 « Neocodion® », a avoisiné les dix à onze millions de boîtes par an.

Citons, par exemple, le cas d'une jeune femme de 40 ans dans les années 80 : « *Lila utilisait les Néo entre 2 plans came, en les faisant « si besoin, monter avec une Pelforth brune ». Quand elle a « voulu arrêter la came en 1991 », elle s'est naturellement tournée vers les Néo-Codion®, « d'abord à 20 par jour, puis en diminuant progressivement jusqu'à 5 par jour en 2 prises depuis plus de dix ans ».* Lila fait partie de ces nombreux consommateurs de Néo-Codion® actuels. La quarantaine, insérés, ils ont arrêté la came avec les Néo avant la mise en place des traitements de substitution. Et ne voient ni l'intérêt « *d'en chier pour arrêter complètement* », ni **celui de passer aux traitements de substitution officiels, une « régression dans l'addiction », car ils ajoutent une dépendance au médecin prescripteur** à celle du produit.

Pouvoir acheter de la codéine en vente libre, c'est s'affranchir de cette dépendance institutionnelle. De plus, souvent loin de la consommation de produits illicites, **ces consommateurs ne se reconnaissent pas dans l'image de « drogué » véhiculée par les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO).**

La codéine leur permet de « banaliser » leur dépendance, de la rendre plus lisse, et de mettre de la distance par rapport à cette image.

La codéine en vente libre représente donc pour ces personnes addictes, une souape de sécurité, et conforte leur idée de ne pas vouloir s'intégrer dans le cadre de la substitution : la codéine leur permet de compenser un manque de morphine ou d'héroïne, par exemple lorsqu'ils n'ont pas pu trouver un médecin prescripteur, lors de l'arrêt des consommations de Subutex® afin de gérer leur sevrage. Cette souape de sécurité, les usagers de drogue l'appellent « *la petite pause codéine* », dès qu'ils désirent se sentir bien.

Actuellement, la spécialité « Codoliprane® » a remplacé le Neocodion®... avec des risques hépatiques bien connus, liés au surdosage de paracétamol (doses supérieures à 4g/jour).

### 3. L'HEROÏNE ou Diacétylmorphine:

- Historique : L'héroïne ou diacétylmorphine est un dérivé de synthèse de la morphine introduit en médecine en 1898, dans le traitement de la tuberculose. Largement prescrite à cette époque pour un grand nombre d'indications, son usage a été banalisé et a entraîné de nombreux cas de toxicomanies. Son usage médical est ainsi 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).

- Aspect : Il s'agit d'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 nasale (Sniffée) ;

- mélangée à du tabac ou à du cannabis, elle peut être fumée dans des pipes à eau, pipe classique, ou sous forme de cigarette. Une forme spécifique d'héroïne, appelée tar (goudron) sous forme de petits morceaux pâteux noirâtres est essentiellement destinée à être fumée.

- Action pharmacologique : elle est comparable à celle de la morphine : plus lipophile, elle agit plus rapidement et plus intensément sur le système nerveux central (SNC). Cependant, sa durée d'action est plus courte et l'analgésie sous héroïne sera huit fois plus importante que sous morphine. **L'Héroïne reste de loin le meilleur antalgique**, mais non exploité à ce jour.

## **b. Les OPIOIDES: (63)**

Un **Opioïde** est une substance opiacée psychotrope de synthèse ou peptidique dont les effets sont similaires à ceux de l'opium sans y être chimiquement apparentés.

Les opioïdes exercent leurs effets par stimulation directe ou indirecte des récepteurs opiacés, qui sont surtout logés dans les systèmes nerveux central et parasympathique. Cette liaison aux récepteurs peut entraîner :

- soit une action tout à fait comparable à celle d'un opiacé, on dit alors que l'opioïde est un agoniste entier (ex : Méthadone),
- soit une action partiellement comparable à celle d'un opiacé, l'opioïde est alors qualifié d'agoniste partiel ou agoniste/antagoniste (ex : Buprénorphine),
- soit un blocage du récepteur, qui n'est plus disponible pour un opiacé ; on qualifie alors l'opioïde d'antagoniste (ex : Naloxone, Naltrexone).

Après avoir expliqué l'ensemble des concepts théoriques régissant les addictions et, grâce aux trois ouvertures légales pour la profession, nous allons les appliquer à la prise en charge des patients addicts aux opiacés.

Il s'agit, tout d'abord d'explicitier l'évolution du rôle des patients et des professionnels de santé (Pharmaciens, Médecins, Infirmiers, Assistantes Sociales...) dans notre système de soins.

Les professionnels de santé se sentaient menacés par l'apparition, dans les années 80, de nouvelles pathologies (virus du SIDA, virus de l'Hépatite C), le manque d'avancées thérapeutiques et la contestation de leur rôle par les patients.

Le patient est devenu « créateur » de nouvelles pratiques professionnelles, grâce aux nouvelles technologies et une information sanitaire plus développée, ainsi qu'un contexte économique plus défavorable.

Et, c'est tout le système de soins qui doit être centré sur le patient. La coopération interprofessionnelle doit rester un des éléments – clés pour permettre l'intégration du patient dans un parcours de soins entièrement personnalisé (PSP).

**PARTIE III :**  
**De la “Toxicomanie” à l'Addiction : du Concept**  
**à l'intégration d'un Parcours de Soins**  
**Personnalisé (PSP)**

## I. Historique de la prise en charge des patients addicts aux opiacés: (66) (67) (68)

Dans les **années 80**, les pratiques évoluant plus vite que les réglementations, une substitution médicalement assistée a commencé à se développer dans l'illégalité, avant que l'administration n'avance à pas comptés : il faut attendre 1987 et le « décret Barzach » pour que l'acte de dispensation de la seringue devienne légal (*Les seringues ont été définitivement mises en vente libre aux personnes majeures par le décret du 11 août 1989*).

Dans les **années 90**, les modalités de prise en charge des patients toxicomanes ont été bouleversées avec l'infection par le VIH et l'apparition de l'hépatite C. Une mobilisation des professionnels libéraux (médecins et pharmaciens) a ainsi vu le jour. C'est dans cet esprit, qu'ont été constitué les premiers réseaux ville – hôpital (TSR 87 en Limousin), permettant le partage des informations indispensables à une prise en charge globale et optimale des patients addicts aux opiacés.

En **1994**, les premiers «Centres Méthadone» se développent en France. L'instauration des traitements de substitution a pour but de permettre un meilleur accès aux soins et d'améliorer la qualité de vie des usagers de drogues.

Le pharmacien est un professionnel de santé et peut, par la dispensation de matériel de prévention, par l'accueil, l'écoute et parfois le dialogue avec les usagers, limiter les dommages qu'entraînent l'addiction aux opiacés et contribuer ainsi à préserver l'essentiel, la santé et la vie du patient addict, dans l'attente d'une sortie éventuelle de la dépendance.

En France, en **1993**, les usagers de drogues par voie intraveineuse étaient environ 160 000, dont 20 % étaient séropositifs au VIH. Un changement de comportement s'avérait nécessaire. La mise à disposition de « trousse de prévention » a été une solution ; ces trousse devaient être adaptées aux pratiques des usagers de drogues par voie intraveineuse, disponibles facilement, rapidement et peu chères.

Et c'est le **14 septembre 1994**, que le premier Steribox® est mis sur le marché dans tout le réseau officinal. Au fil de ces utilisations, ce premier modèle ne s'est pas montré sécuritaire. (60)

En **septembre 1999**, a été mis sur le marché la version actuelle, le Steribox 2®. Depuis 1992, une association loi 1901, « Apothicom », mène des programmes de recherche en santé publique et développe des outils de prévention, de formation et d'information dans le domaine de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Elle a conçu, créé et mis au point la trousse de prévention Steribox®, le dispositif de filtre à usage unique Sterifilt® (dont le mode d'emploi est décrit à l'**Annexe 17**), ainsi que les concepts Stericup® et Stericitrik® (*sachet à usage unique contenant de l'acide citrique stérile*).

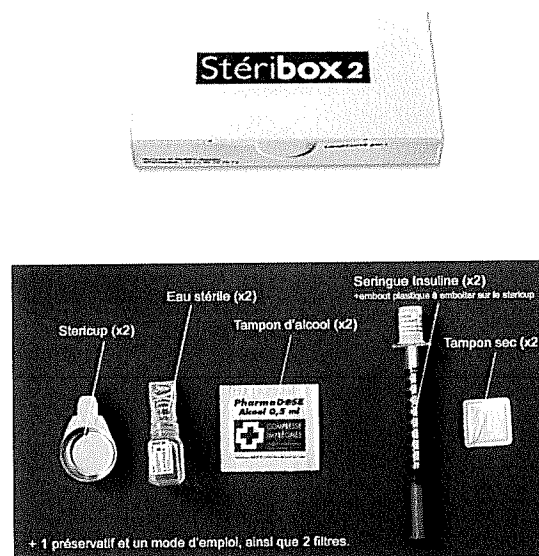


Figure 9 : Contenu et description de la Steribox®

Source : <http://www.psychonaut.com/reductions-des-risques/35943-la-rdr-quest-ce-est-quca.html>.

**En 2010**, selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies), le nombre de Steribox® vendues dépassait les deux millions trois cent mille. Les demandes de Steribox® au comptoir constitue le moment opportun pour entamer une conversation avec ces patients : il s'agit de leur proposer un entretien, dans un



espace confidentiel, de leur donner l'opportunité de se confier sur leur situation sociale, leur rapport vis-à-vis des drogues...

Malheureusement, la plupart d'entre eux ne saisissent pas leur « chance » et trouvent une échappatoire à cette rencontre avec le pharmacien. Toutes les ventes de Steribox® n'aboutissent pas à l'intégration des personnes dans une démarche de soins. Ceux qui acceptent cette offre, se voient proposer d'intégrer une démarche globale de prise en charge de leur addiction, grâce au travail de l'ensemble des professionnels de santé du réseau.

La pharmacie apparaît ainsi comme une opportunité ou une porte d'entrée pour rentrer dans le soin.

Le Pharmacien reste le professionnel de santé de référence de par :

- sa proximité ;
- ses horaires d'ouverture relativement larges ;
- une équipe officinale à l'écoute de chacun ;
- une grande disponibilité ;
- une compétence reconnue, notamment en matière de suivi

thérapeutique et de prévention.

Le métier de Pharmacien d'officine semble avoir clairement évolué : l'Apothicaire d'antan, « gardien des substances vénéneuses », est devenu le Pharmacien, Acteur de Santé Publique et se voit offrir l'opportunité de voir évoluer son exercice vers ce que l'on pourrait appeler de la « Pharmacie Clinique », sans pour autant prétendre à remplacer le Médecin prescripteur. Chaque professionnel de santé du réseau doit pouvoir « rester à sa place », tout en comptant sur les compétences de chacun.

Tous les officinaux ne sont pas égaux quant à leurs réactions et agissements avec les patients addicts aux opiacés.

C'est pourquoi, il paraît important, dans le cadre de cette thèse, d'étudier les différentes interrogations et problèmes rencontrés par les officinaux lors de l'accueil des patients addicts aux opiacés, au sein de leur officine.

## **II. Les interrogations et les problèmes rencontrés par les officinaux dans les réseaux de santé, à propos des addictions:** (65) (69)

Selon un rapport de Master 1 AES de 2008, intitulé « Les Réseaux de Santé en Addictologie face à la démocratie sanitaire », une analyse sociodémographique a permis de valoriser le contenu des entretiens selon plusieurs items : (70)

- les représentations sociales du « toxicomane » : un public méconnu ; un patient présenté comme « manipulateur » et agressif ; il pose des problèmes administratifs et plus particulièrement au niveau de leur protection sociale, « perte de temps lié à des problèmes administratifs comme la CMU pas en règle » ; il est décrit comme incapable d'être un acteur du réseau car « les patients ne sont pas prêts à donner leur nom et se présenter au réseau car le toxicomane est hors la loi » ; la toxicomanie est considérée comme un sujet tabou.
- les représentations sociales des professionnels de santé : la crainte de l'étiquette de « dealer en blouse blanche » vis-à-vis de la clientèle ; le clivage « pharmaciens/médecins » et celui « ville/hôpital » ; la hiérarchie entre l'hôpital, les médecins de ville et les pharmaciens.
- les représentations sociales du réseau de santé : des liens et des échanges entre professionnels ; de la formation ; l'absence de place pour l'utilisateur ; un manque d'interdisciplinarité.
- les attentes par rapport à l'utilisateur : Il s'agit surtout d'une meilleure implication de l'utilisateur en vue de le placer au centre du réseau et acteur de son parcours de soins.
- les attentes par rapport aux professionnels et au réseau de santé : notamment concernant l'ouverture du réseau à d'autres professionnels de santé afin de développer la pluridisciplinarité autour du patient.

Cependant un certain nombre de freins, à la pratique professionnelle en réseau, sont apparus lors de cette analyse :

- dans 75% des cas, le manque de temps est cité par les Pharmaciens
- 50% des Pharmaciens trouvent difficile de prendre en charge ces patients addicts
- Pour 20% d'entre eux, c'est plutôt l'absence de connaissances dans le réseau, la crainte de passer pour un « dealer en blouse blanche », le travail en réseau contraignant (financièrement et humainement)
- Seulement 10% des pharmaciens n'y voient pas d'intérêt : l'organisation ne leur convient pas, le thème ne leur est pas adapté...

Dans le cadre de la thèse d'exercice, soutenue en **septembre 2011** par Pauline VIALLEFONT <sup>(65)</sup>, et intitulée « *Délivrance de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et de la Méthadone à l'officine* », un questionnaire a été envoyé à 160 pharmacies de Haute-Vienne. Ce département comptait, en Septembre 2010, 551 patients sous Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) (373 sous BHD et 178 sous méthadone). Le premier objectif de cette enquête était de dresser un bilan en 2011 sur le rôle des pharmaciens d'officine dans la délivrance des TSO (Traitements de Substitution aux Opiacés). Ce questionnaire a permis de connaître les principales difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine lors de la délivrance des MSO. Plusieurs conclusions ont été tirées de cette étude :

- La BHD est plus prescrite que la Méthadone en Haute-Vienne : Tendence toujours en accord avec les statistiques nationales.
- Les pharmaciens semblent préférer s'occuper d'un petit nombre de patients sous TSO (Traitements de Substitution aux Opiacés).
- Le « Nomadisme » est toujours plus marqué pour les traitements sous BHD que ceux sous Méthadone.

- Les problèmes les plus souvent rencontrés lors de la délivrance d'un traitement substitutif sont par ordre de fréquence : les problèmes de ponctualité puis d'avance de produit et enfin d'agressivité.

- La plupart du temps, le pharmacien profite de la délivrance de MSO (Médicaments de Substitution aux Opiacés) pour conseiller le patient sur le bon usage du médicament et pour vérifier l'observance du traitement.

On sent que les pharmaciens ne maîtrisent pas complètement le concept d'addiction, et restent sur de vieux schémas conceptuels (emploi du terme de « *toxicomanie* » par exemple). De ce fait, ils ne considèrent pas le patient addict comme un patient comme les autres.

### **III. Importance de la coopération interprofessionnelle: (11) (70)**

Jusqu'à présent, le pharmacien d'officine ne disposait que de quelques outils, émanant des Laboratoires, d'aide à l'accompagnement des patients sous Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO). Ces outils étaient surtout centrés sur la législation et les contraintes réglementaires de dispensation des Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO), les posologies et intervalles de prise du médicament...

En effet, les essais des Laboratoires Bouchara-Recordati, Reckitt Benckiser et Schering-Plough, concernant l'aide à la délivrance des MSO (Subutex®, Méthadone et, depuis peu Suboxone®), ont été assez concluants. Mais, malheureusement, beaucoup de professionnels de santé ne les ont pas suivis dans ce nouveau progrès de prise en charge des patients addicts aux opiacés. Peut-être parce qu'aucun outil ne prenait en compte l'Addiction aux Opiacés dans sa globalité (Contexte médico-psycho-social surtout).

Le MSO constituerait une « porte d'entrée » vers la prise en charge médico-psycho-sociale de l'Addiction aux opiacés.

Les Réseaux de Santé interdisciplinaires en Addictologie permettent un accompagnement de chaque patient dans la prise en charge de son addiction. Le patient se retrouve au centre de son parcours de soins personnalisé (PSP), avec l'objectif de devenir pleinement acteur de sa santé.

Ce parcours de soins est détaillé dans **I'ANNEXE 4** : le « Parcours de soins » selon le Réseau Addictlim.

En effet, selon un rapport de Master 1 en 2008 <sup>(69)</sup>, intitulé « Les Réseaux de Santé en Addictologie face à la démocratie sanitaire », différents critères incitatifs à la pratique en réseau ont été mis en évidence. Ils sont décrits dans le graphe ci-dessous :

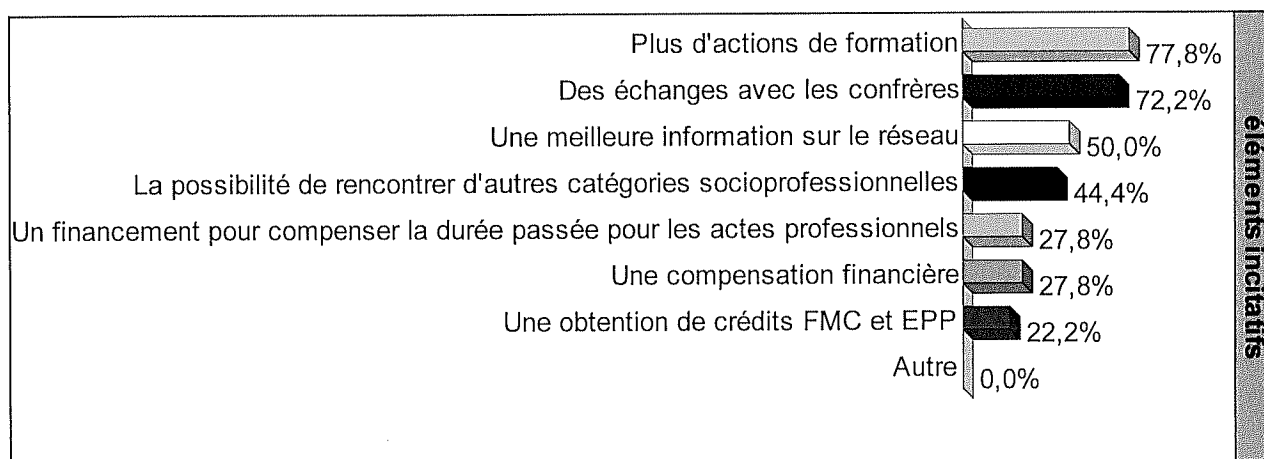


Figure 10 : Eléments incitatifs à la pratique en réseau pour les Pharmaciens

Les pharmaciens semblent en difficulté quand à la prise en charge des patients addicts. Ils gardent l'espoir et une attente surdimensionnés de ce que peut proposer le réseau. Alors que si ce nouveau concept était introduit par les pharmaciens, cela leur permettrait de se saisir d'un potentiel d'outils proposés par le réseau.

Les pharmaciens sont de plus en plus demandeurs de formation en addictologie : le thème le plus demandé concerne l'ensemble des conseils liés à la délivrance des Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO). C'est ce qui est ressorti d'une étude réalisée en 2012, en Limousin, par Gaël Tressens, dans le cadre de sa thèse pour l'obtention du Doctorat de Pharmacie et intitulée « *De l'héroïne aux Traitements de Substitutions aux Opiacés (TSO). Etude officinale en Limousin. Perspectives.* » : A la question, « *Avez-vous des suggestions ou des idées d'amélioration du dispositif de soins grâce à la substitution aux opioïdes ?* », les pharmaciens interrogés ont proposés les améliorations suivantes : <sup>(71)</sup>

- Remettre les 3 jours de carence.
- Qu'il y ait un médecin spécialiste pour le SUBUTEX® ou que ça reste un médecin généraliste mais avec une formation en plus.
- La mise en place effective de l'espace de confidentialité.
- Qu'il faille faire preuve d'empathie professionnelle et de psychologie face aux patients sous TSO.
- Cadrer et encadrer ces patients dès le début.
- Faire un test urinaire avant la mise sous SUBUTEX®.
- Elaborer un plan de sevrage pour voir au moins une diminution des doses et non une stagnation.
- Que ces patients soient gérés que par des pharmaciens volontaires.
- Qu'il y ait plus d'informations apportées par le médecin sur le patient, c'est-à-dire plus de communication entre professionnels de santé.
- Sensibiliser les médecins généralistes qui prescrivent trop facilement des TSO car ils sont surchargés de travail.
- Prescrire plus de SUBOXONE®.
- Plus de formation du pharmacien d'officine sur les addictions.

Figure 11 : Quelques suggestions d'amélioration du dispositif actuel de soins grâce aux TSO

Trois de ces propositions (surlignées en jaune dans la figure 11) sont en accord avec les ouvertures légales décrites précédemment : la notion d'espace de confidentialité dans l'officine, la nécessité de mettre en place un cadre des soins pour les patients addicts aux opiacés et le besoin de formation complémentaire sur les addictions.

Un des rôles du réseau est de proposer les outils les plus adéquats à ces demandes. Le réseau permet aussi d'orienter le patient vers d'autres confrères. Il est important de travailler avec les médecins et d'établir des liens avec eux. Mais, en pratique, seul un petit nombre de professionnels ont une telle démarche.

Aujourd'hui les réseaux doivent continuer leurs efforts afin de plus communiquer avec les pharmaciens et de toucher le plus de professionnels de santé possible.

Le métier de pharmacien est en pleine évolution avec l'apparition des nouvelles missions. Le pharmacien d'officine a un véritable rôle à jouer dans l'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques.

Remarque : Qu'en est-il de la communication Pharmacien – Médecin lors de la mise en œuvre et de la délivrance d'un Traitement Substitutif aux Opiacés (TSO) ?

*Combien de Pharmaciens préviennent réellement le Médecin-prescripteur en cas de difficultés lors de la délivrance d'un TSO ?*

En septembre 2011, seulement 27% des prescripteurs préviennent le pharmacien lors de l'initiation d'un TSO chez un patient. Il n'y a apparemment toujours pas assez de dialogue entre les professionnels de santé dans le cadre du suivi des patients addicts aux opiacés.

De plus, par méconnaissance de la législation en vigueur, 1 prescription sur 4 ne mentionne pas le nom de la Pharmacie dispensatrice.

En définitive, les sujets abordés entre pharmaciens et prescripteurs seraient :

- des problèmes liés à l'ordonnance (chevauchement, rédaction, dosage, absence du CSAPA initiateur et/ou de l'ordonnance initiale du traitement par la Méthadone) ?

- lors d'un doute sur un mésusage ou d'une vente de Steribox® ?

- pour avoir un suivi du patient addict aux opiacés ?

- et lors de la vente de produits codéinés ou lors de la délivrance d'autres psychotropes ?

La relation Pharmacien-Médecin reste donc très importante dans le cadre de la prise en charge médico-psycho-sociale du patient addict.

Il semble qu'il ne soit pas facile d'engager le dialogue avec un patient sous TSO. Pourtant quelques pharmaciens le font (par exemple, lors de la demande de Steribox® au comptoir). C'est un point très positif pour débiter et prolonger une



relation de confiance avec leur(s) patient(s). De plus, dans ces derniers cas, malheureusement trop peu nombreux, il existe une véritable collaboration avec le médecin.

Le repérage de ces expériences et leurs analyses reste un travail à effectuer pour les réseaux de santé, les syndicats de pharmaciens, l'Ordre des Pharmaciens et les futurs pharmaciens.

Le pharmacien apparaît comme un acteur de la prise en charge des patients addicts aux opiacés dans l'accompagnement, le suivi et la prévention des rechutes. C'est un interlocuteur privilégié pour le patient addict, une référence sociale et un lien indispensable avec l'équipe pluridisciplinaire des professionnels de santé.

Comme nous l'avons vu précédemment, la profession possède le potentiel pour mieux accompagner le patient addict et être actif au sein des réseaux de santé : un de ces potentiels est la mise en place d'entretiens pharmaceutiques (EP) avec le patient addict aux opiacés, dans un cadre pluri-professionnel.

Le pharmacien reçoit le patient, dans un espace de confidentialité en face-à-face, à l'initiation de son traitement, à J+15, J+30, puis tous les 3 mois, tous les 6 mois et tous les ans.

La base de ces Entretiens Officinaux (EO) est un rendez-vous thérapeutique, réalisé par le Médecin coordonnateur.

**PARTIE IV :**  
**L' Entretien Officinal (EO) :**  
**Approche et conception d'un outil**  
**d'aide à l'accompagnement du**  
**patient addict aux opiacés par le Pharmacien**  
**d'Officine**

## I. Finalités et Résultats attendus des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO): (71) (72) (73) (74)

Selon l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) en 2010, près de 145 000 patients ont bénéficié d'un traitement de substitution en France, d'où l'importance de mettre en place une démarche d'accompagnement et de suivi thérapeutique du patient addict aux opiacés.

Bien comprendre comment fonctionne les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) est primordial pour le pharmacien. Il se doit d'accompagner leur délivrance de conseils appropriés. Il s'agit ici de la Méthadone (METHADONE AP-HP®), de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) (SUBUTEX®). Pendant longtemps, il n'existait que ces deux molécules avec l'AMM pour la pharmacodépendance majeure aux opiacés. Et, depuis peu, une nouvelle association Naloxone/Buprénorphine a vu le jour dans ce domaine ; il s'agit de SUBOXONE®.

Trois Fiches-Pratiques ont été réalisées afin de permettre la délivrance de ces MSO en accord parfait avec la réglementation en vigueur. **Voir ANNEXES 9, 10 et 11.**

La substitution ne soigne pas en elle-même, mais elle permet de soigner. On ne perdra jamais de vue que les trois MSO commercialisés ne permettent de soigner que la dépendance aux opiacés et aux opioïdes. Les MSO ne constituent pas une substitution au cannabis, cocaïne, ecstasy et autres produits addictogènes.

Selon l'approche médico-psycho-sociale de Jean Lamarche (68), la substitution peut être représentée par une série de « remplacements » :

**-La drogue par le médicament : L'illégal par le légal !** Le Médecin, pour la prescription du Médicament de Substitution aux Opiacés (MSO) et les posologies appropriées ; et le Pharmacien, pour la délivrance, les conseils de prise, la surveillance et le suivi global du traitement) auront ainsi un Patient « dépendant sous traitement médical et sous surveillance médico-pharmaceutique ».

-Le « cher de la rue » par la prise en charge dans le « parcours de soins personnalisé », dans la plupart des cas et quelque soit l'origine sociale des patients.

-Le **frelaté par le contrôlé** : les drogues de rue (dont l'héroïne) sont le plus souvent « coupées » par divers produits : talc, plâtre, aspirine, lactose, glucose, amidon, mannitol, quinine... la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et la Méthadone sont des médicaments avec une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et ayant été rigoureusement contrôlés par l'Industrie Pharmaceutique.

-L'**injectable par la voie orale ou sublinguale** : Avec une diminution des risques liés à l'injection ; (**Voir ANNEXE 17**) et la « déritualisation » après orientation vers un CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement des Patients Addicts), afin de recevoir une prescription de Méthadone® sirop, beaucoup plus difficile à s'injecter.

-Le **Flash, par un Effet « Plateau »** : c'est ici que le patient addict aux opiacés a le plus d'efforts à faire car il sait qu'avec le traitement de substitution bien observé, il ne retrouvera jamais ce flash, dont le souvenir le poursuit tant. C'est alors au pharmacien de bien insister sur ce point, de s'occuper des co-prescriptions ou des prises d'autres médicaments. Il s'agit aussi d'éviter l'injection qui, en plus de tous ses inconvénients, modifie la cinétique du produit de substitution.

-Le **réseau des « pseudo-copains » par le partenariat Médecin – Pharmacien** : Médecin et Pharmacien doivent ensemble, inciter à rencontrer d'autres professionnels de santé. Le Patient devra devenir un acteur central de sa démarche de soins. L'ensemble du Réseau doit travailler dans la durée, accepter les éventuelles rechutes, respecter le travail de chacun.

La substitution, c'est aussi comprendre la clinique du patient addict aux opiacés. En plus de la dépendance biologique au produit (palliée par les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO)).

Il existe une dépendance psychologique liée aux différents stimuli : horaires, bruit ou musique, atmosphère, vue de seringue ou d'argent. Cette forme de dépendance persiste longtemps. Mais si, par « faiblesse », le patient addict, sous traitement, prend de l'héroïne, il faut savoir que l'effet sera très faible (les récepteurs ont été bloqués par les MSO).

Le patient addict aux opiacés reste un « champion » des « distorsions cognitives », c'est-à-dire de mauvaises interprétations d'un évènement. En ramenant tout au manque ou à l'excès de drogue, il fait sans cesse des erreurs de diagnostic sur les symptômes ressentis. (68)

Nos conseils de prise et de délivrance sont donc d'autant plus indispensables et, si le patient raconte que le Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) est vraiment trop dur et trop contraignant, nous devons lui répondre que nous sommes avant tout là pour l'accompagner vers l'autonomie.

Ces traitements de substitution peuvent révéler des troubles divers, tels que certains troubles psychiatriques ou plus souvent, l'impression de vide lors des journées sans drogues et la désorganisation du temps : nous sommes également là pour veiller à ce qu'ils ne s'écartent pas du cadre des soins.

Nous devons être patients, toujours présents, communiquer avec le médecin sur la conduite du traitement de substitution (observance, ajustement des posologies, effets indésirables éventuels rapportés par le patient, ressenti et expressions du patient par rapport au travail, à la famille) : nous sommes là aussi pour faire équipe avec les professionnels de soins et de santé et pour les aider à persévérer quand cela va mal, mais aussi et surtout quand tout va bien.

L'un des objectifs de cette démarche d'accompagnement est de permettre au patient addict aux opiacés d'être capable de gérer son traitement, avec l'ensemble des autres professionnels de santé (Médecins, Pharmaciens, Psychologues, Assistantes Sociales, Infirmiers).

Le patient addict aux opiacés, sous Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), doit apprendre à devenir Acteur de sa Santé, pour pouvoir se consacrer pleinement à son projet de vie.

## II. L' Entretien Officiel (EO):

### 1. Introduction:

La conception de ce nouvel outil est basée sur les caractéristiques, le déroulement des Entretiens Pharmaceutiques, tels qu'ils sont décrits dans le Rapport RIOLI de 2009 et la Convention de 2012 du PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale).

Selon la réglementation, un Entretien Pharmaceutique (EP) doit permettre :

- de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients ;
- de valoriser l'expertise du pharmacien ;
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement ;
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et de l'aider à s'approprier son traitement ;
- d'évaluer, à terme, l'appropriation de son traitement par le patient.

Il s'agit donc, dans cette thèse, de concevoir un protocole d'accompagnement médico-psycho-social du patient addict aux opiacés, à l'Officine.

Nous allons aborder successivement les points suivants :

- Principaux Objectifs de cette démarche d'accompagnement global,
- Qu'est qu'un Entretien Officiel ?
- Contenu et Utilisation de ce nouvel outil par le Pharmacien d'officine

## 2. Objectifs:

Les objectifs sont les suivants :

- **Aider le patient à être acteur** de son traitement et de sa prise en charge ;
- Aider le patient et les soignants lors des **relais entre professionnels de soins et de santé** ;
- Aider le médecin et le pharmacien dans leur prise en charge : **il permet de poser un cadre prédéfini pour le suivi global du patient.**

## 3. Description de L'Entretien Officiel:

L'Entretien Officiel (EO) est un outil d'aide à la prise en charge médico-psychosociale des patients addicts aux opiacés. Il est le lien entre les professionnels de santé et le patient lui-même.

La mise en œuvre de ces Entretiens Officiels passe par :

- o La définition d'un cadre minimum ;
- o Des outils de formation pour le Pharmacien : la « Méthodologie ACC » et les « Attitudes de PORTER » ;
- o Le détail des différentes étapes pour mener l'Entretien Officiel.



### a. Le cadre minimum de ces Entretiens Officinaux:

Le Pharmacien a donc un rôle important à jouer dans la prise en charge globale du patient addict aux opiacés :

- Avant la mise en place de ces entretiens officinaux, il devra **prévenir les autres professionnels de soins et de santé**, intervenant autour du patient ;
- il doit offrir une **traçabilité de suivi des traitements substitutifs**, grâce à la mise en place d'un « carnet de liaison » ;
- il doit réussir à **briser la barrière morale, tout en se faisant respecter** : Il s'agit de gagner la confiance du patient ; il doit ainsi s'exprimer, être compris et comprendre son patient pendant chaque entretien.

**Un rendez-vous est proposé** pour organiser l'entretien officinal (EO). Il doit se dérouler dans un espace de confidentialité, à l'écart du comptoir.

Mené par un Pharmacien, un tel rendez-vous devrait durer une vingtaine de minutes.

Il est très important de **définir le cadre des soins avec le patient**. Ce cadre est individuel et propre à chaque patient. Il constitue en quelque sorte un « contrat de confiance » entre le patient, le médecin et le pharmacien.

Le réseau Addictlim a conçu, dans le cadre d'une thèse d'exercice soutenue en 2011, un outil de travail interdisciplinaire sous la forme d'un **carnet de liaison** : Mais, pour des raisons de moyens, ce carnet de suivi du patient addict n'a pu être développé par le réseau, à ce jour. Il s'agit d'un carnet, qui serait détenu par le patient. Le carnet sera présenté à chaque professionnel de santé du Parcours de Soins du patient. Chaque médecin ou pharmacien devront, à chaque rendez-vous, y apposer leur visa et leur tampon.

## **b. Le déroulement:**

### **1. Proposer et décrire l'Entretien Officiel:**

Le pharmacien a la possibilité de proposer aux patients addicts, l'opportunité de bénéficier d'un entretien officiel, visant à améliorer le contrôle de leur pathologie.

### **2. La prise de Rendez-vous:**

Cette prise de rendez-vous implique la nécessité d'un calendrier dédié aux entretiens et connu de l'équipe officinale. Il est aussi important de disposer de carnet de rendez-vous (type « carnet à souches ») afin que le Pharmacien et le Patient ait une « trace » de ce rendez-vous.

### **3. Le Face à Face:**

Pour le mettre en œuvre, nous avons besoin de techniques de communication. Certains ont proposé la « Méthodologie dite ACC » :

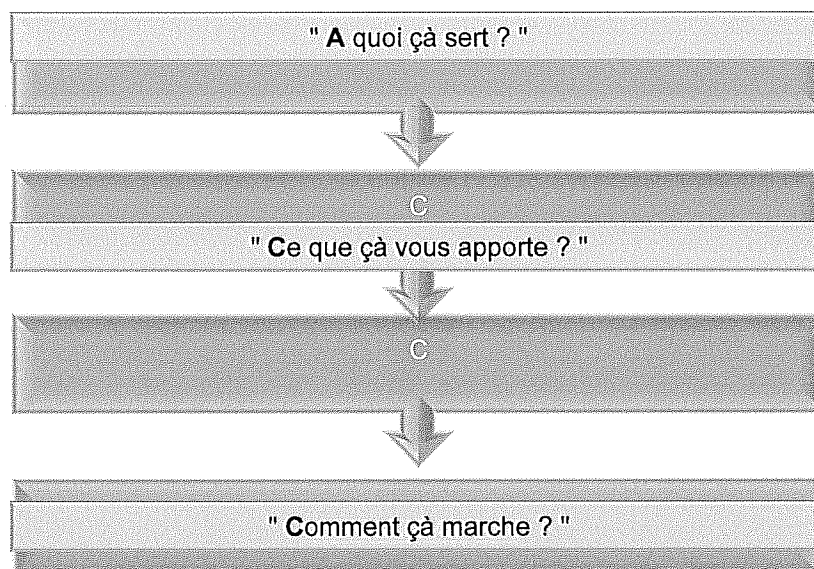


Figure 12 : Conduite d'un Entretien Officiel

Quelques exemples de phrases d'accroche pour proposer et décrire ce qu'est l'entretien officiel pour les patients addicts aux opiacés :

*« Sachez que nous vous proposons un service destiné à vous accompagner à l'instauration de vos nouveaux traitements ? »*

*« Il s'agit d'un suivi personnalisé avec l'un des pharmaciens de l'équipe. »*

*« Ce service vous permettra de devenir acteur de votre Santé. Vous serez au centre d'un réseau de professionnels de Soins et de Santé (Médecins, Pharmacien, Chirurgien-dentiste,..). Cela vous permettra de renforcer votre connaissance de vos traitements, en matière de molécules médicamenteuses, d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses et d'hygiène de Vie ».*

*« Cela vous intéresse-t-il ? »*

Figure 13 : Exemples de phrases « d'accroche » lors de la proposition d'un entretien

Quelques attitudes susceptibles d'être observées lors d'un entretien officiel : 3 attitudes sur les 6 sont à privilégier, afin de mener à bien un entretien en face à face avec notre patient :

ATTITUDES	Conséquences possibles
<b>A) JUGEMENT</b> Donner une appréciation positive ou négative	Risque de rupture dans le dialogue Imposition de son point de vue à l'autre Tension si remise en cause du jugement
<b>B) INTERPRETATION</b> Donner un sens particulier à la pensée d'autrui : transformer	Sentiment d'être incompris, inertie Sentiment d'avoir été percé, mis à jour Mutisme ou rejet
<b>C) SOUTIEN</b> Apporter une aide, un appui, un encouragement	Bien-être résultant du fait d'avoir été sécurisé Rébellion due au fait de se sentir dévalorisé, infantilisé, incompris
<b>D) ENQUETE</b> Chercher à en savoir davantage	Discussion relancée Sentiment d'inquisition, refus de répondre Intrusion, viol, interrogatoire
<b>E) AIDE CONSEIL</b> Chercher à apporter une solution, à pousser à l'action	Conseil perçu comme profitable : déclencheur d'action Conseil perçu comme peu crédible, inadapté : rejet Risque d'être perçu comme un conseil superficiel
<b>F) COMPREHENSION, REFORMULATION</b> Se représenter les raisons de quelqu'un et l'entraîner à s'exprimer davantage	Confiance développée et accrue si écoute sans préjugés

Tableau 6 : Les Attitudes traditionnelles en « face à face » (ou « Attitudes de PORTER »)

Les attitudes **D, E et F** sont à privilégier :

-**ENQUETE** : 3 types de questions sont possibles : ouvertes avec de nombreuses réponses possibles, fermées avec réponse par OUI ou NON et alternatives (choix entre 2 situations).

-**COMPREHENSION / REFORMULATION** : Le Pharmacien doit donner envie à son Patient de s'exprimer par :

- o sa disponibilité physique (visage souriant, ouvert, décontracté, calme, vivant), sa disponibilité mentale (écouter, considérer, valoriser, être à la portée de la personne) et sa capacité à privilégier les réponses de l'interlocuteur pour ne donner les siennes qu'ensuite si nécessaire ;

- son impartialité : Le Pharmacien ne doit en aucun cas interpréter ce que dit son patient ;
- la reformulation : Le Pharmacien doit favoriser au maximum l'expression de son Patient.

**-AIDE, CONSEIL** : Cette attitude consiste à :

- Synthétiser les réponses grâce au « *carnet de liaison* » ;
- Faire comprendre grâce à des Fiches-pratique, le traitement du patient ;
- Evaluer la bonne compréhension de son traitement par le patient.

#### 4. Le Contrat:

Ce contrat doit préciser :

- Le lieu des prescriptions : un seul médecin, responsable du suivi du patient et de la rédaction des ordonnances. Il sera chargé de coordonner l'enchaînement des rendez-vous thérapeutiques et celui des entretiens pharmaceutiques.
- Le lieu de délivrance : une seule pharmacie choisie par le patient et le médecin.
- Le rythme des différents rendez-vous thérapeutiques et entretiens officinaux : Un premier entretien d'initiation et de présentation du traitement, deux entretiens suivent 15 jours et 1 mois plus tard afin de s'assurer de la bonne observance et compréhension du traitement. Enfin, on évaluera les progrès mis en œuvre pour atteindre et maintenir une abstinence lors de deux entretiens complémentaires, 3 et 6 mois plus tard.
- La durée maximale de prescription de Buprénorphine haut dosage est de 28 jours. La délivrance par le pharmacien est hebdomadaire sauf mention expresse du prescripteur. La durée maximale de prescription de la Méthadone est de 14 jours, la délivrance par le pharmacien est hebdomadaire sauf mention expresse du prescripteur.
- La nécessité éventuelle d'un suivi psychologique ou psychiatrique.

- La nécessité d'avoir son ordonnance lorsque le patient se déplace avec son traitement (Séjours à l'Etranger).

## 5. Le Carnet de Liaison:

En cours de développement par le réseau Addictlim, il doit suivre le patient à chaque étape de son Parcours de Soins. Il devrait renforcer le lien entre les différents professionnels de soins et de santé, intervenant auprès de ce patient addict.

Il s'agit d'un outil de traçabilité pour le suivi de la prise en charge médico-psycho-sociale du patient addict aux opiacés.

Il est composé de 2 types de coupons détachables :

- Volet 1 : réservé au patient. Il s'agit du volet restant dans le carnet pour la traçabilité et le suivi des soins reçus par le patient.

- Volet 2 : destiné au Médecin coordonnateur du réseau de soins et de santé du patient.

Faisant suite à une consultation médicale et / ou un entretien officiel, le Médecin coordonnateur reçoit le volet n°2. L'une de ses missions sera de classer ces infos afin de permettre la meilleure traçabilité de suivi de la prise en charge du patient addict.

Le carnet n'est pas obligatoire pour une prescription ou un entretien officiel. Par contre sa non-présentation doit susciter un questionnement (s'agit-il d'un simple oubli ? ou bien d'un refus du cadre de soins ? ou encore de la perte de son carnet ?).

A chaque consultation médicale et chaque entretien officiel, le carnet sera demandé et rempli par le médecin ou le pharmacien.

Concernant le pharmacien, il date, appose son tampon, note le nom du médicament prescrit (SUBUTEX®, METHADONE®, SUBOXONE®), indique la posologie, la fréquence de délivrance, ainsi que toute remarque nécessaire au bon déroulement du suivi thérapeutique, dans le respect du secret professionnel et médical.

Le Médecin renseigne également la date, prescrit le médicament de substitution adéquat et en accord avec les règles de prescription en vigueur (*Elles seront explicitées dans les pages suivantes de cette thèse*). Le médecin reste bien entendu le garant de toutes les informations médicales, qu'il s'agisse du diagnostic et/ou du suivi clinique du patient addict sous Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO).

Après avoir décrit le cadre et la description de ces Entretiens Officinaux (EO), nous allons aborder les différentes étapes d'élaboration de ce nouvel outil d'aide à l'accompagnement des patients addicts aux opiacés à l'officine.

### III. Contenu et Utilisation de l'outil:

#### 1. Protocole général du déroulement:

Plusieurs étapes se succèdent et nous aident à comprendre les changements de comportement durant la relation entre la personne addictive et le produit ; ces étapes sont décrites dans la théorie des stades du changement de Prochaska et Di Clemente : (75) (76)

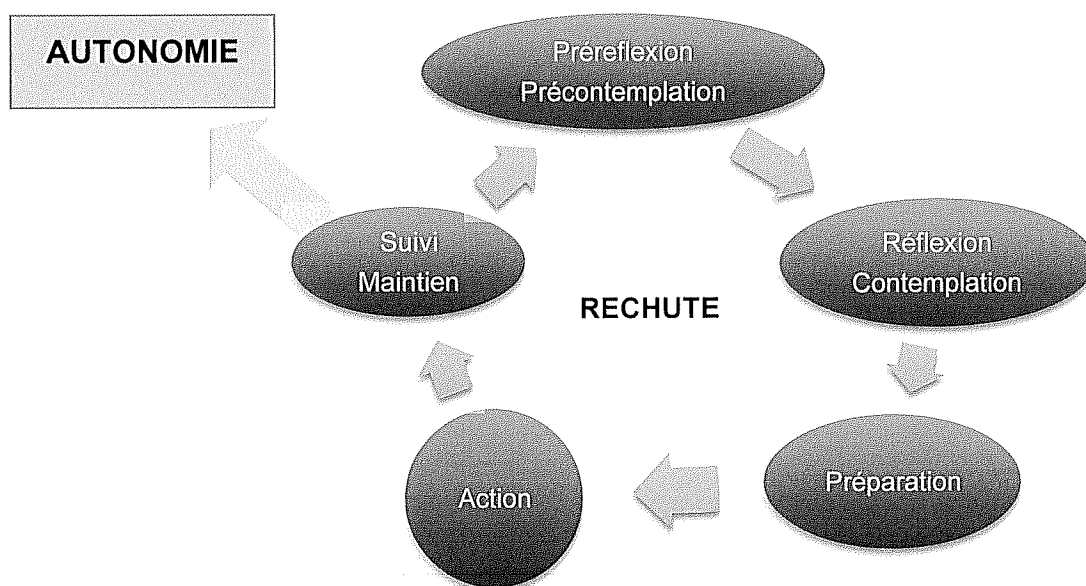


Figure 14 : Modèle transthéorique du Changement selon Prochaska et Di Clemente

Il s'agit d'un modèle d'approche comportemental introduit par les psychologues James O. Prochaska et Carlo C. Di Clemente à la fin des années 1970. Il concerne toute personne qui serait aux prises avec un problème de dépendance.

Un tel modèle va nous permettre de définir ensemble des objectifs de prise en charge, à court, moyen et long terme.

Ce modèle est fondamental pour le positionnement du pharmacien dans l'accompagnement du patient addict aux opiacés, car il intègre la rechute comme une étape à part entière.



Donc, le déroulement de notre démarche d'accompagnement du patient addict aux opiacés est calqué sur l'enchaînement des stades suivants :

- **Précontemplation** : le patient ne semble pas avoir de problèmes avec sa consommation de drogues. Il ne voit pas pourquoi il changerait de comportement et ne ressent que les effets bénéfiques.

- **Contemplation** : c'est le stade de l'ambivalence ou « balance décisionnelle » : le patient commence à se poser des questions : il envisage de changer de comportement, tout en hésitant à renoncer aux bénéfices de sa situation actuelle.

- **Préparation** : le patient se sent prêt à démarrer la phase d'ACTION. Il prend des décisions et les met en place dans le temps

- **Action** : le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes. Le soutien et l'encouragement sont nécessaires.

- **Suivi - Maintien** : c'est la phase de consolidation. Le patient doit rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.

En fin de cycle, deux cas peuvent se présenter :

- **Soit la Rechute** : faisant partie entière du processus normal de changement de comportement, elle ne doit en aucun cas être négligée et elle fait partie du processus d'addiction, donc du soin et de la guérison.

- **Soit l'arrêt de toute consommation d'opiacés et une AUTONOMIE de prise en charge** : c'est le stade de la réussite finale du processus.

Connaissant ce nouvel outil, les professionnels de soins et de santé vont pouvoir adapter leur discours aux représentations du patient sur son comportement problématique, de manière à induire le passage au stade suivant.

Il semble impossible de pouvoir « griller » une étape dans ce modèle du changement selon Prochaska. Chaque usager passe par ces étapes ; la différence entre chaque patient est le temps entre les étapes.

Par contre certains modèles montrent que la rechute ne renvoie pas forcément au stade de précontemplation mais à des stades ultérieurs (stade de la contemplation ou stade de la préparation...).

Ainsi, pour la majorité des patients héroïnomanes, leur addiction va évoluer selon 3 phases principales : on parle de « *Trajectoire de l'héroïnomane* ». En fait, il s'agit d'une sorte de « parcours obligé » avec la drogue.

Ce concept capital pour le soin des patients addicts aux opiacés est schématisé dans la figure 13 ci-après.

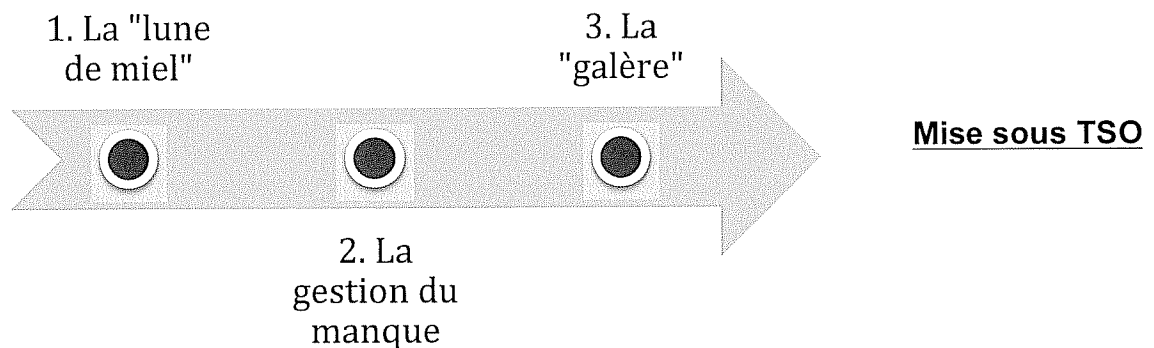


Figure 15 : La "trajectoire" de l'héroïnomane

Le modèle de Prochaska devient un cadre de référence indispensable pour le professionnel de santé, intervenant en addictologie.

Il permet de comprendre un certain nombre de changements dans le comportement du patient addict aux opiacés au fil du temps.

La trajectoire de l'héroïnomane peut être mis en parallèle avec le modèle de Prochaska et di Clemente ; ce qui est décrit dans le tableau suivant :

Trajectoire de l'Héroïnomane	Contenu des étapes	Stade de Prochaska et di Clemente correspondant
<p><u>La « lune de miel » :</u></p>	<p>premiers mois de consommation d'héroïne, Le patient juge l'expérience du produit « géniale ». Prise de la drogue pour le plaisir Prises contrôlées. Apparition <b>d'une DEPENDANCE PSYCHIQUE</b> à l'héroïne. Le patient n'exprime aucune demande de prise en charge aux professionnels de santé. Il n'a pas conscience de son addiction.</p>	<p><b>PRECONTEMPLATION</b></p>
<p><u>La gestion du manque :</u></p>	<p>Apparition <b>de la DEPENDANCE PHYSIQUE</b> Découverte de son addiction par son entourage le patient commence à multiplier ses consommations afin d'essayer de remplacer le produit manquant et pour retrouver les mêmes effets. A ce niveau, le patient addict commence à manifester une demande d'arrêt du manque. C'est la période de <u>l'ambivalence</u> ; il se pose des questions sur sa consommation, qu'il envisage de freiner mais sans renoncer aux effets bénéfiques.</p>	<p><b>CONTEMPLATION</b></p>
<p><u>La « galère » :</u></p>	<p>A ce stade, il avoue ne plus prendre le produit que « pour se sentir normal ». <u>Le manque devient omniprésent dans son quotidien,</u> il a perdu tout contrôle de lui-même, il est devenu <b>dépendant aux opiacés</b> et ne veut pas reconnaître que « <i>la drogue c'est de la merde</i> ». Il préfère se réfugier dans le mensonge, et manifeste alors une demande d'arrêt de son addiction aux opiacés.</p>	<p><b>phase de PREPARATION AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT</b> vis à vis des drogues.</p>

Tableau 7 : Parallèle entre la trajectoire de l'Héroïnomane et le Modèle de Prochaska et di Clemente

*Ne jamais oublier que ce n'est pas par plaisir que l'on est addict, mais c'est pour éviter le mal-être que, souvent l'on rentre dans l'Addiction.*

C'est lors de la phase de « galère » que les professionnels de soins et de santé du réseau en addictologie peuvent faire entrer ce patient addict dans une démarche d'accompagnement et de suivi thérapeutique vers la séparation définitive avec la drogue (Stade de la « Sortie permanente »).

Et c'est lors de cette phase de Préparation, que le Premier rendez-vous thérapeutique peut avoir lieu.

Le traitement substitutif aux opiacés (TSO) peut être initié. C'est le **stade de l'ACTION**, selon Prochaska et di Clemente.

Le patient est décidé à sortir de la dépendance à l'héroïne.

Le Médecin établira le diagnostic et sera le coordinateur du TSO

Le Pharmacien intégrera le dispositif de prise en charge globale (médico-psycho-sociale), en pouvant proposer les Entretiens Officinaux (EO), aussi bien dans la phase d'initiation du traitement que dans la phase de suivi.

En ce qui concerne la chronologie de notre démarche d'accompagnement, on pourrait imaginer le calendrier suivant :

**Soit T<sub>0</sub> : l'initiation du Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)** par le médecin coordonnateur. On entend par Médecin coordonnateur le médecin généraliste, désigné par le patient, pour initier et coordonner son parcours. Un premier rendez-vous thérapeutique d'initiation du traitement a lieu avec le médecin. A la suite, un premier Entretien Officiel (EO) a également lieu à l'officine.

**15 et 30 jours plus tard, deux EO (n°2 et n°3)** vont suivre afin de s'assurer de la bonne compréhension et observance de son traitement par le patient addict aux opiacés.

**3 mois après l'initiation du TSO**, ont lieu d'une part, le rendez-vous thérapeutique n°2 avec le Médecin coordinateur du TSO ET, d'autre part, l'Entretien Officiel (EO) n°4 de Suivi.

C'est à ce moment là que le patient aura un maximum d'interrogations concernant son traitement au quotidien, les effets indésirables, sa gestion du manque, des cas particuliers de prise en charge (la douleur, les troubles du sommeil, la grossesse et l'allaitement pour les femmes).

Le Pharmacien pourra ainsi évaluer les progrès faits par son patient vers la réussite finale du traitement.

Concernant le dernier stade du maintien de l'abstinence de substances opiacées (Héroïne...), il sera évalué, par le Médecin, lors d'un ultime rendez-vous thérapeutique (n°3), 6 mois, voire un an après l'initiation du TSO. Un EO (n°5) sera également proposé par le pharmacien par période de 6 mois et / ou de 12 mois.

Ainsi, le Médecin est en charge des rendez-vous thérapeutiques (Diagnostic, Choix du Traitement, Posologies...), qui vont rythmer le calendrier des Entretiens Pharmaceutiques (EP).

Le déroulement de cette démarche globale d'accompagnement est détaillé dans le tableau ci-dessous :

MEDECIN		PHARMACIEN		
RDV Thérapeutiques	EVALUATION	Entretiens Officinaux (EO)	OBJECTIF(S)	CONTENU
RDV n°1 à T0	Médicale Psychologique Sociale	EO n°1	Initiation du TSO  Sensibilisation Information	Analyse de la première prescription Besoins, Attentes, objectifs et motivations du patient <i>Abstinence, Réductions des consommations...</i>
	Compréhension du TSO Motivation  Bilans biologiques Sérologies	EO n°2	Observance & Suivi thérapeutique	Explications des effets du traitement Traitement des Comorbidités Situation sociale Gestion des conflits & cas particuliers (douleur, grossesse, allaitement, sommeil)
	Adaptation Posologique	EO n°3		Interactions Médicamenteuses Prise en charge des Injecteurs de BHD
RDV n°2 à T 3 mois	Progrès du patient Stabilisation TSO, risques à l'injection Adaptation Posologique	EO n°4	Noter les progrès du patient vers sa réinsertion sociale	état des lieux des connaissances sur le médicament, l'état de manque et la survenue d'un éventuel syndrome de sevrage
RDV n°3 à T 6 mois et / ou 1 an	Stabilisation TSO  Prévention des rechutes	EO n°5	Stabilisation TSO  Prévention des rechutes	Faire le point sur la prise en charge (Posologie adaptée ? comorbidités ? automédication ?...)

Tableau 8 : Schéma général du Déroulement des Entretiens Pharmaceutiques pour les patients addicts aux opiacés

Remarques :

-Toutes les adaptations posologiques seront proposées par le Pharmacien et discutées avec le Médecin prescripteur pour validation.

-Le contenu des évaluations du RDV n°1, les questions posées par chacun des professionnels de santé sont détaillés dans un tableau à l'**ANNEXE 6**.

-Seule l'Evaluation Pharmaceutique sera explicitée dans le cadre de cette thèse.

-Evaluation de la dépendance selon les critères du DSM-IV : L'intégralité du questionnaire se trouve à l'**ANNEXE 5**.

Afin de mieux comprendre cette démarche d'accompagnement du patient addict aux opiacés, le schéma général de notre outil se trouve à l'**ANNEXE 7**.

## **2. Entretien Officiel n°1: Phase d'Initiation du traitement substitutif:**

### **a. Contenu du 1<sup>er</sup> Rendez-vous thérapeutique par le Médecin coordinateur:**

Avant de débiter toute prise en charge médicale et pour vérifier la réalité de la consommation, il est utile d'effectuer, en accord avec le patient, une recherche urinaire de produits opiacés (morphine, héroïne, opium, codéine, pholcodine), de buprénorphine et méthadone.

Dans le cadre de l'élaboration du Projet de Soins, le partage de ces objectifs entre les deux parties et la question du temps sont déterminants :

- la prise en charge des dommages induits et des pathologies associées infectieuses, psychiatriques et addictives ;
- la gestion des situations particulières : grossesse, précarité, détention, situations irrégulières ;
- l'amélioration des liens sociaux, en maintenant l'insertion et en favorisant la réinsertion : prise de contact avec un(e) assistant(e) social(e), accès à des ressources, au logement, à l'emploi et permettre de favoriser le maintien des relations familiales et sociales.

### **b. Contenu du 1<sup>er</sup> Entretien Officiel:**

Le premier contact est fondamental : être empathique est indispensable.

Une alliance va alors se nouer entre le médecin, le pharmacien et leur patient.

Le patient doit avoir l'assurance d'être un patient « comme les autres » dans l'officine.

Le pharmacien devra lui rappeler les bonnes règles de ponctualité et de comportement, qu'il s'engage à respecter au sein de l'officine.

Le patient sera informé également que le pharmacien et le médecin travaillent en étroite collaboration grâce à des contacts téléphoniques (ou des rencontres) réguliers : comme nous l'avons proposé précédemment à J15, J30, à 3, 6 et 12 mois.

Alors que le diagnostic de dépendance aux opiacés est confirmé par le Médecin coordinateur, il s'agira d'évaluer régulièrement la trajectoire et l'état de santé du patient. Les contacts fréquents et les prescriptions rapprochées augmentent les chances de réussite du traitement.

L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) recommandait en octobre 2011, de prescrire pour une durée maximale de 7 jours, durant le premier



mois de traitement ; d'où les trois premiers entretiens pharmaceutiques de notre démarche d'accompagnement compris entre le début et le 30<sup>ème</sup> jour de la prise en charge médicale. (75)

L'ANSM recommande également une délivrance quotidienne, avec prise sur place à la pharmacie, pendant les quatorze premiers jours de la prise en charge médicale.

(74)

La délivrance et l'explication au patient sous Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) de l'ensemble des informations relatives à son traitement sont des éléments capitaux pour son appropriation et pour l'atteinte des objectifs thérapeutiques.

En effet, un patient bien informé est un patient plus observant.

Plusieurs notions doivent être abordées lors des entretiens officinaux. Il est probable que le patient ne puisse pas tout assimiler ; c'est donc au pharmacien d'ajuster le niveau d'information en fonction de la compréhension du patient. Il s'agira donc de hiérarchiser les informations à délivrer.

**c. Recueil des Informations générales concernant le patient:**

Le pharmacien peut fournir à son patient une liste de contacts utiles, comme par exemple, celle présentée ci-dessous :

<b><u>CONTACTS UTILES :</u></b>	
- Drogues Info Service	0 800 23 13 13 <a href="http://www.drogues-info-service.fr">www.drogues-info-service.fr</a>
- Ecoute Alcool	0 811 91 30 30
- SAMU	15
- SAMU SOCIAL	115
- SIDA Info Services	0 800 840 800
- Hépatites Info Services	0 800 845 800 <a href="http://www.hepatites-info-service.org/">http://www.hepatites-info-service.org/</a>
- ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues)	01 71 93 16 48
- Drogues & dépendance	<a href="http://www.drogues-dependance.fr">www.drogues-dependance.fr</a>
- Médecin	
- Pharmacien	

Figure 16 : Exemple de Liste de contacts utiles pour les patients addicts aux opiacés

Ce premier entretien débute par le recueil des informations générales relatives au patient, détaillées dans le tableau suivant :

<b>Nom et Prénom</b>	
<b>Age</b>	
<b>Poids</b>	
<b>Nom du Médicament de Substitution prescrit</b>	
<b>Autres médicaments prescrits</b>	
<b>Historique des produits consommés ?</b>	Voir <b>ANNEXE 6</b>
<b>Habitudes de VIE (alimentation, tabac, alcool, activité physique, activité manuelle, déplacement, voyages)</b>	Voir <b>ANNEXE 6</b> + Synthèse des évaluations médicales, sociales et psychiatriques
<b>Date d'initiation du Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)</b>	
<b>Vérification de l'absence de contre-indications absolues</b>	Buprénorphine Haut Dosage (BHD) Insuffisance respiratoire sévère Insuffisance hépatique sévère Intoxication alcoolique aigue Association avec les Benzodiazépines (BZD)
	METHADONE Insuffisance respiratoire sévère Association avec les Benzodiazépines (BZD) Patients diabétiques
<b>Perception globale par le patient de la prise en charge</b>	
<b>Comprendre les besoins du patient</b>  <b>Quelques questions à poser...</b>	Vous sentez-vous sans énergie ? Vous sentez-vous anxieux, déprimé ? Devenez-vous irritable facilement, en particulier à distance de la prise de votre traitement ? Avez – vous déjà essayé de rapprocher 2 prises de SUBUTEX® ou METHADONE ? Avez – vous besoin de prendre votre traitement immédiatement dès le réveil ? Parlez – moi de votre sommeil. Avez-vous des difficultés à vous endormir ? Vous réveillez – vous en pleine nuit ? Connaissez – vous les symptômes de manque ?

Tableau 9 : Informations générales concernant le patient

Ensuite, le pharmacien doit expliquer à son patient le rôle de son médicament de substitution aux opiacés et les différents principes du traitement substitutif.

#### **d. Information du patient sur les principes de son traitement:**

##### **1. Rôles et Objectifs des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO):**

Le rôle des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) est de soulager un état de manque physiquement douloureux par une prise en charge médicamenteuse, dans le but de permettre au patient de sortir de sa dépendance aux opiacés.

Il s'agit de permettre aux patients addicts de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie pour recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie.

Pour le patient, les objectifs peuvent être de plusieurs ordres :

- 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 : Une Fiche-Pratique concernant cette demande de Sevrage aux opiacés est disponible à **l'Annexe 8** ;

- parvenir à une abstinence complète d'opiacés, y compris de tout médicament de substitution.

Pour le Professionnel de Santé, les objectifs se distribuent sur plusieurs axes :

- la réponse à court terme à la souffrance physique et morale, parfois dans l'urgence ;
- la prise en charge de la dépendance aux opiacés avec trois objectifs à court, moyen et long terme :
  - diminuer et si possible arrêter la consommation des opiacés illicites, dans une perspective de réduction des risques et en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance ;
  - aboutir à une abstinence complète d'opiacés illicites : le traitement doit être conçu 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 psychoactive illicite et de tout médicament de substitution, ce qui demande une évolution personnelle, du temps et un accompagnement.

Il serait bon que le Pharmacien rappelle au Patient, qu'il est acteur de Santé, par sa connaissance des étapes du Parcours de Santé (Type de Médicament de Substitution aux Opiacés (MSO), Posologies). Ce rappel est également nécessaire pour repérer des inquiétudes, des méconnaissances et des interrogations, qui permettront de réajuster les étapes du Parcours de Soins Personnalisé avec le Médecin coordinateur.

## 2. Patient sous SUBUTEX® = Buprénorphine Haut Dosage (BHD):(74)

Les principales caractéristiques de ce Médicament de Substitution aux Opiacés sont regroupées dans le tableau suivant :

<b>SUBUTEX®</b>	
Forme galénique	Comprimés sublinguaux
3 dosages commercialisés	0,4mg ; 2mg ; 8mg
Action pharmacologique	BHD : Agoniste opioïde partiel
Posologie maximale	16mg de BHD
<b>Contre-Indications :</b>	<b>Insuffisance respiratoire sévère, Insuffisance hépatique sévère, Intoxication alcoolique aigue, Association avec les Benzodiazépines (BZD).</b>
<i>Règles de PRESCRIPTION :</i>	Tout Prescripteur Durée : 28 jours Ordonnance SECURISEE
<i>Règles de DELIVRANCE :</i>	Durée : 7 jours ( <i>sauf mention expresse du prescripteur</i> ) <i>Fractionnement possible</i>
Renouvellement	INTERDIT
Chevauchement	INTERDIT ( <i>sauf mention expresse du prescripteur</i> )

Tableau 10 : Principales Caractéristiques de SUBUTEX®

La première prise de BHD doit avoir lieu environ 18 heures après la dernière prise d'opiacés illicites, ou bien dès l'apparition des premiers symptômes du manque, intervenant entre 8 heures et 48 heures : Ces signes sont aisément reconnus et signalés par le patient lui-même. Ils sont décrits dans le tableau de l'**Annexe 13**. Si la première prise de BHD est trop proche de la dernière prise d'opiacé agoniste, il apparaît un syndrome de sevrage dû à l'effet antagoniste de la BHD.

A noter que, selon les recommandations récentes de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament), la prescription initiale doit être de courte durée (pour un ou deux jours en général), puisque le patient sera convoqué de nouveau, trois jours plus tard, par le Médecin coordinateur, pour une réévaluation du traitement et un ajustement posologique : la recherche de la posologie optimale se fait grâce à l'augmentation par paliers de 1 à 2 mg tous les deux à trois jours, pendant 10 à 15

jours, jusqu'au deuxième rendez-vous thérapeutique et disparition des signes de sevrage. La posologie de stabilisation est destinée à supprimer le syndrome de sevrage, mais aussi à réduire l'appétence aux opiacés (« *craving* »). Elle est généralement comprise entre 8 et 12mg par jour et est atteinte en 1 à 2 semaines.

Une stabilisation non obtenue avec 16 mg (posologie maximale autorisée par l'AMM de la BHD), une comorbidité psychiatrique, une métabolisation hépatique excessive, un mauvais usage, ou des difficultés sociales peuvent justifier une réévaluation de la prise en charge du patient (traitement des comorbidités, changement de molécule, etc.).

En cas de difficultés pour obtenir une stabilisation ou en cas de période de crise avec déstabilisation, il est recommandé au médecin-prescripteur de rapprocher les consultations et les prescriptions puis éventuellement de solliciter l'avis d'un addictologue, de contacter les réseaux de santé en addictologie ou d'orienter le patient vers une structure spécialisée (voir le site <http://www.drogues-dependances.fr>) : CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement du Patient Addict) ou consultation hospitalière d'Addictologie.

Il est important de rappeler au patient de ne pas utiliser le médicament de substitution en automédication pour pallier à des problèmes de dépression et d'angoisse. Ne pas hésiter à en parler au Médecin ou au Pharmacien.

Une fois, la posologie idéale déterminée (16mg maximum), cela peut signifier, pour le patient addict, un ralentissement voire un arrêt des consommations de substances opiacées, un mieux-être sans aucun signes de surdosage ou de sevrage.

La délivrance de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) se fera en accord avec la législation de dispensation des médicaments stupéfiants et selon la *fiche-pratique* « Délivrance de la BHD = SUBUTEX® » de notre outil d'aide à l'accompagnement du patient addict aux opiacés et se trouvant à l'**ANNEXE 9**.

### 3. Patient sous METHADONE®:

Les principales caractéristiques de ce Médicament de Substitution aux Opiacés sont regroupées dans le tableau suivant :

<b>METHADONE®</b>	
2 Formes galéniques	Sirop Gélules
5 dosages commercialisés pour le <b>SIROP</b>	5mg/3,75ml – 10mg/7,5ml – 20mg/15ml – 40mg/15ml – 60mg/15ml
2 dosages commercialisés pour la <b>GELULE</b>	1mg – 5mg – 10mg – 20mg – 40mg
Action pharmacologique	Agoniste des récepteurs aux opiacés
Posologie maximale	24mg de BHD
<b>Contre-Indications :</b>	<b>Insuffisance respiratoire sévère, Association avec les Benzodiazépines (BZD), Patients diabétiques</b>
<i>Règles de PRESCRIPTION :</i>	Prescription initiale en CSAPA Prescription relais par un médecin de ville Durée : 14 jours Ordonnance SECURISEE
Règles de DELIVRANCE :	Durée : 1 à 7 jours ( <i>sauf mention expresse du prescripteur</i> ) <i>Fractionnement possible</i>
Renouvellement	INTERDIT
Chevauchement	INTERDIT ( <i>sauf mention expresse du prescripteur</i> )

Tableau 11 : Principales Caractéristiques de METHADONE®

La Méthadone contribue à l'abstinence vis à vis de l'héroïne et aide à diminuer les risques liés aux injections (Sida, Hépatites B et C).

Elle constitue le traitement de 2<sup>ème</sup> intention (77) (80). Aussi, on la préférera à le BHD, dans les cas suivants : (79)

- La Grossesse ;
- Les Patients addicts, « injecteurs » ;
- Les Troubles de l'humeur et Comorbidités psychiatriques importantes ;
- Des Complications somatiques graves ;



- Des Problèmes sociaux importants

La dose initiale est comprise entre 10 et 40 mg/jour. La recherche de la dose efficace se fait par paliers d'augmentation de 5 à 10 mg/jour maximum. La durée de chaque palier est en moyenne de 1 à 3 jours.

La délivrance de la méthadone se fera en accord avec la législation de dispensation des médicaments stupéfiants et selon la *fiche-pratique « Délivrance de la METHADONE® »* (voir l'**ANNEXE 10**), de cet outil d'aide à l'accompagnement du patient addict aux opiacés.

Des contrôles urinaires sont obligatoires avant l'initiation du traitement et sont fortement recommandés tout au long du traitement (2 fois par semaine, programmés en début de traitement).

Une surveillance par un électrocardiogramme (ECG) est recommandée pour des posologies supérieures à 100 mg/jour et pour les patients à risque de torsades de pointe.

La revue LE FLYER a développé récemment une série de fiches destinées aux patients addicts aux opiacés, sous Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO). L'une d'elle concerne les examens biologiques à réaliser sous Méthadone.

Elle est présentée sur la figure suivante :

## Méthadone et examens biologiques

Quels sont les examens qui pourront être réalisés pendant mon traitement par la méthadone ?

Dans le cadre de votre traitement de substitution par la méthadone, un suivi biologique peut être effectué par l'intermédiaire de deux types d'analyses différentes :

- Les analyses urinaires réalisées en cabinet ou en centre de soin ;
- La mesure des taux sanguins de méthadone (*appelée aussi méthadonémie*).

Chaque type d'analyse se fait dans un cadre précis avec des objectifs spécifiques.

Vous pouvez également bénéficier de prélèvements sanguins ou salivaires pour rechercher la présence d'une maladie infectieuse (*hépatite B ou C, virus du sida...*) ou en confirmer l'absence.

A quoi servent les analyses urinaires pendant le traitement par la méthadone ?

Les analyses urinaires effectuées avant et durant votre suivi peuvent porter sur différentes substances : médicaments de substitution (*buprénorphine et méthadone*), opiacés illicites (*héroïne*), cocaïne, cannabis, médicaments (*anxiolytiques, somnifères*)...

Elles sont obligatoires et doivent être réalisées à différentes occasions :

- Lors de l'instauration de votre traitement par la méthadone : pour aider à confirmer le diagnostic et éviter au praticien de prescrire de la méthadone si vous bénéficiez déjà d'un traitement.
- Lors du suivi de votre traitement : pour confirmer l'efficacité de la méthadone sur les prises d'opiacés éventuelles et pour parler avec vous de vos autres consommations.
- Au moment du passage à la forme gélule de méthadone : le cadre légal impose d'effectuer une analyse urinaire.

Dans ces différentes situations, des analyses urinaires positives aux opiacés illicites n'ont pas pour objectif de conduire à un arrêt ou une diminution de votre traitement. Les analyses urinaires doivent amener une discussion permettant un traitement optimal avec un minimum de risques et adapté spécifiquement à votre situation.

Quels sont les objectifs de la mesure de mon taux sanguin de méthadone ?

La mesure des taux sanguins de méthadone n'est pas effectuée de manière systématique. Elle peut être utile aux équipes soignantes qui pourront ainsi individualiser votre prescription :

- En guidant une adaptation de votre traitement tout en limitant le risque de surdosage.
- En identifiant les personnes éliminant plus rapidement la méthadone et en adaptant le traitement en conséquence (*2 prises par jour par exemple*).
- En confirmant par voie biologique un sous-dosage responsable de signes de manque.

Les prises de sang sont le plus souvent réalisées 24 heures après la dernière prise, juste avant la prise quotidienne de méthadone (*méthadonémie dite résiduelle*). Plus rarement, il est nécessaire de faire une prise de sang 3 à 4 heures après la prise pour mesurer ce qu'on appelle la méthadonémie au pic. Bien qu'il existe des « fourchettes thérapeutiques », chaque usager sous méthadone a des taux sanguins de méthadone qui lui sont propres, comme pour la posologie.



Figure 17 : Fiche-Patient proposée par la Revue LE FLYER sur les examens biologiques sous Méthadone

#### 4. Patient sous SUBOXONE® = BHD/Naloxone:

Les principales caractéristiques de ce nouveau Médicament de Substitution aux Opiacés sont regroupées dans le tableau suivant :

<b>SUBOXONE®</b>	
Forme galénique	Comprimés sublinguaux
2 dosages commercialisés	2/0,5mg et 8/2mg
Action pharmacologique	BHD : Agoniste opioïde partiel Naloxone : Antagoniste opioïde
Posologie maximale	24mg de BHD
Contre-Indications :	Insuffisance respiratoire sévère, Insuffisance hépatique sévère, Intoxication alcoolique aiguë, Association avec les Benzodiazépines (BZD).
Règles de PRESCRIPTION :	Tout Prescripteur Durée : 28 jours Ordonnance SECURISEE
Règles de DELIVRANCE :	Durée : 7 jours ( <i>sauf mention expresse du prescripteur</i> ) <i>Fractionnement possible</i>
Renouvellement	INTERDIT
Chevauchement	

Tableau 12 : Principales Caractéristiques de SUBOXONE®

La **Buprénorphine** est un agoniste partiel des récepteurs  $\mu$  des opioïdes et un antagoniste des récepteurs  $\kappa$  des opioïdes.

La **Naloxone** est un antagoniste des récepteurs  $\mu$  des opioïdes. En raison du métabolisme de premier passage important et de la faible biodisponibilité sublinguale de la Naloxone, l'administration orale ou sublinguale de cette substance n'entraîne pas d'effet pharmacologique décelable (la Naloxone n'est pas dégradée par la voie digestive).

Cependant, la Naloxone contenue dans SUBOXONE est un antagoniste des récepteurs opioïdes, et son administration par voie intraveineuse aux personnes dépendantes aux opioïdes provoque des symptômes de sevrage, ce qui décourage l'injection du médicament et son usage inapproprié par voie intraveineuse. En effet, la Naloxone, dans le sang, possède plus d'affinités pour les récepteurs  $\kappa$  des opioïdes que la Buprénorphine Haut Dosage (BHD). Il va donc y avoir un blocage préférentiel de ces récepteurs et les effets ressentis par le patient ne seront pas ceux, recherchés.

La délivrance de Suboxone® se fera en accord avec la législation de dispensation des médicaments stupéfiants et selon la fiche-pratique « Délivrance de SUBOXONE® » (voir **l'ANNEXE 11**), de notre outil d'aide à l'accompagnement du patient addict aux opiacés.

Lors de la délivrance d'un des trois Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO), il conviendra de dispenser les conseils de prise de la BHD disponibles à **l'ANNEXE 12**.

Chacun évolue à son rythme tout au long de son parcours de santé : la prise en charge sera réévaluée régulièrement, selon les progrès du patient lui-même. A noter que des retours en arrière sont possibles : ils ne doivent en aucun cas être vus comme des échecs.

L'ensemble des conseils contribue bien entendu à améliorer l'observance du patient addict vis à vis de son traitement de substitution.

Enfin dans un souci de traçabilité et dans l'intérêt des patients, il est nécessaire de leur présenter et leur remettre ce que l'on va appeler leur « feuille de suivi ».

## 5. Remplissage et Utilisation de la feuille de suivi :

En fin d'entretien, une feuille de suivi est présentée au patient : Elle renseigne les caractéristiques de l'ordonnance du jour, ainsi que celles de la délivrance. Cette feuille de suivi se présente comme le tableau ci-dessous :

FEUILLE de SUIVI : Délivrance de MSO = préciser le nom du produit de substitution						
<b>Patient</b>		Nom : Prénom :		<b>Médecin coordonateur :</b>		Nom : Tél :
<b>Date de début de traitement :</b> Initiation OU Stabilisation ( <i>razer la mention inutile</i> )				<b>Pharmacien :</b>		Nom : Tél :
PRESCRIPTION			DISPENSATION			COMMENTAIRES
Date	Posologie	Durée	Date	Nb de boîtes par semaine	Nb de semaines	

Figure 18 : Exemple de Feuille de SUIVI d'un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), lors de la délivrance à l'Officine

Les autres volets de la prise en charge globale du patient seront également évoqués pour clore ce premier entretien pharmaceutique : un soutien socio-éducatif (couverture maladie, logement, travail), un soutien psychologique et un soutien médical adaptés pour :

- aider le sujet à faire face à ses polyconsommations : alcool, benzodiazépines (BZD), cocaïne, autres substances psychoactives, tabac... ;
- veiller à la prise en compte de ses difficultés psychologiques et à la prise en charge des éventuelles comorbidités psychiatriques ;
- traiter les comorbidités somatiques : surveillance clinique et biologique des infections par le VIH et le VHC, accès aux traitements antiviraux
- aider le sujet à recouvrer une hygiène de vie au quotidien et une meilleure socialisation.

### **3. Entretiens Officinaux n°2 et n°3: Observance et bonne compréhension du traitement:**

#### **a. Objectif:**

S'assurer de la bonne observance et de la compréhension de son traitement par le patient addict aux opiacés, dans le but de poursuivre sa réinsertion sociale.

#### **b. Pour quel patient?**

Pour les patients ayant initié, quinze jours auparavant, un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et pour lesquels ce traitement est délivré par une pharmacie de ville.

Ces deux entretiens officinaux (EO) sont proposés respectivement quinze jours et 1 mois après l'initiation du TSO (c'est à dire la première délivrance du Médicament de Substitution aux Opiacés (MSO)).

#### **c. Contenu de ces entretiens officinaux:**

##### **1. Effets indésirables et Syndrome de Manque aux opiacés:** (80) (81) (82)

Il s'agit d'une part d'expliquer les principaux effets indésirables de ces médicaments de substitution, afin de mieux les appréhender tout au long du traitement et de les distinguer du syndrome de Manque aux Opiacés. Le tableau

clinique de ce syndrome est détaillé à **l'ANNEXE 13 : différencier et reconnaître un syndrome de Manque, les signes de sous-dosage et une overdose.**

Des conseils hygiéno-diététiques et quelques traitements médicamenteux sont détaillés à **l'ANNEXE 14 : expliquer les Effets Indésirables des Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO).**

Les principaux effets indésirables, rapportés le plus fréquemment sur des forums d'utilisateurs de drogues et de patients sous TSO ([www.psychoactif.fr](http://www.psychoactif.fr)), sont des problèmes de transpiration excessive et de constipation : Le pharmacien se doit donc de fournir une réponse claire et une solution efficace à ces inconvénients. Nous allons développer ici les solutions pour ces deux demandes très fréquentes des patients sous TSO.

#### **Concernant la constipation :**

<b>Solutions à proposer en cas de Constipation sous TSO</b>	
Règles hygiéno-diététiques	Exercice Physique régulier (le vélo par exemple) boire suffisamment d'eau dans la journée (au moins 2L),
Alimentation	alimentation riches en fibres insolubles (brocolis, céréales entières, asperges, pruneaux...).
Conseil au comptoir	Lavements : MICROLAX® Suppositoires à la GLYCERINE® (2 à 3 suppositoires par jour) Huile de Paraffine (une cuillère à soupe par jour).
	Gelées type LANSOYL®, MELAXOSE® (2 cuillères à café au coucher pour un effet le lendemain matin),
	Si douleurs abdominales : SPASFON® (2 à 6 comprimés par jour)
Traitement homéopathique	Si douleurs abdominales, crampoïdes. <b>Colocynthis 9CH</b> : 3gr 5 à 6 fois par jour <b>Cuprum metallicum 9CH</b> : 3gr 5 à 6 fois par jour
Médicaments sur prescription médicale, mais Prescription HORS AMM !!!	DUPHALAC® solution buvable en sachets-doses (1 à 2 sachets par jour selon la constipation) : <b>Consulter le Médecin</b>

Tableau 13 : Conseils au comptoir en cas de constipation sous Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)

Et, si ces problèmes persistent dans le temps, une consultation du Médecin sera vivement encouragée.

L'autre effet secondaire le plus rapporté par les patients addicts sous TSO stabilisés, est **une transpiration excessive**. Ce problème peut, dans certains cas, devenir un sérieux handicap, notamment dans la recherche d'un travail ou les relations sociales. Une équipe du centre hospitalier de Clermont a réfléchi sur le sujet : il en est ressorti d'une part quelques règles hygiéno-diététiques à préconiser, des traitements locaux et des traitements médicamenteux. Ces différentes solutions sont explicitées dans le tableau suivant :

<b>Solutions à proposer en cas d'Hypersudation sous TSO</b>	
Règles hygiéno-diététiques	Exercice Physique régulier Limiter au maximum la consommation d'Alcool et de café Réaliser des bains tièdes contenant de l'Amidon de Maïs, sans rinçage. Port de vêtements légers (Coton surtout..)
Traitements locaux	Déodorants à la Pierre d'Alun naturelle, ETIAXIL® (sels d' Aluminium), Talc Tisanes de Saugé
Traitement homéopathique	<b>Veratrum Album 9CH</b> : 3gr 5 à 6 fois par jour
Médicaments sur prescription médicale, mais Prescription HORS AMM !!! (80)	Trinitrine, Nifédipine, Oxybutinine (DITROPAN®) : <b>Consulter le Médecin</b>

Tableau 14 : Conseils au comptoir en cas de transpiration excessive sous Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) (83)

*Remarque : Le DITROPAN®, bien qu'hors AMM, reste le médicament le plus efficace à l'heure actuelle. Les posologies sont comprises de 3-5mg/jour à 20mg/jour, avec cependant beaucoup d'effets secondaires (xérostomie, troubles de l'accommodation, tachycardie et des dysfonctionnements du tractus gastro-intestinal et de la vessie).*

*A noter qu'un médicament antiparkinsonien (Bipéridène = Akineton LP 4mg : une prise du comprimé tous les 2 jours) a lui aussi donné des résultats prometteurs sur*



*quelques patients, lors d'une étude réalisée par une équipe de chercheurs suisses à Zurich. (83)*

*Cependant l'utilisation de ces traitements reste à l'appréciation du médecin et ne peuvent être délivrés sans ordonnance. Mais, rien n'empêche le pharmacien de les proposer au médecin prescripteur lors d'un entretien téléphonique ou par courrier électronique, dans le cadre de la coopération interprofessionnelle, prévue par la loi HPST.*

Une fois les principaux effets indésirables expliqués, il s'agira d'étudier les médicaments co-prescrits pendant la durée du traitement substitutif, ainsi que les interactions médicamenteuses en présence.

La revue LE FLYER a développé récemment une série de fiches destinées aux patients addicts aux opiacés, sous Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO). L'une d'elle concerne les problèmes d'hypersudation.

Elle est présentée sur la figure suivante :

## Méthadone et transpiration excessive

### La méthadone peut-elle me faire transpirer ?

La transpiration excessive (ou *hypersudation*) est un phénomène commun à tous les opiacés (*traitement de substitution ou héroïne*).

Lorsqu'on est dans une consommation de drogues illicites, l'hypersudation peut passer au second plan et peut ressortir de manière plus visible avec l'instauration d'un traitement par la méthadone.



La prise en compte de cet effet indésirable est importante car l'hypersudation peut être gênante en particulier dans le cadre d'une activité professionnelle ou lorsque l'on est avec des proches (*familles, amis...*).

### Que puis-je faire pour diminuer mon problème de transpiration ?

Dans un premier temps, il est possible de préconiser quelques règles hygiéno-diététiques :

- Pratiquer une activité physique modérée (*marche, course à pied...*) aide à éliminer par voie naturelle l'excès d'eau.
- Avoir une alimentation équilibrée limitant les substances responsables d'hypersudation (*comme l'alcool et le café...*)
- Porter des vêtements légers en fibres naturelles (*coton, lin...*) favorisera l'évaporation naturelle.
- Boire suffisamment d'eau pour éviter la déshydratation.

Des traitements locaux, disponibles en pharmacie, telles que la pierre d'Alun, des anti-transpirants forts (*Etiaxil® ou équivalents*) ou encore de la poudre de talc peuvent aider à limiter les problèmes de transpiration.

Parlez-en à votre médecin, il existe plusieurs solutions.

### Est-il utile de diminuer ma posologie de méthadone ou de changer de traitement ?

Les problèmes d'hypersudation ne sont pas liés à une posologie donnée mais peuvent survenir au cas par cas. Il est possible d'adapter le traitement de substitution selon vos besoins :

- Une posologie moins élevée aide parfois à faire régresser cet effet indésirable.
- Un changement de traitement de substitution peut être envisagé.

Il faut garder à l'esprit que l'adaptation du traitement de substitution doit être compatible avec votre bien-être et doit se réaliser sans apparition de signes de manque. Un état de manque permanent, même léger, peut lui aussi occasionner des sudations excessives.

### Y a-t-il des médicaments que mon médecin peut prescrire ?

Votre médecin traitant a la possibilité de prescrire des traitements homéopathiques ou pharmacologiques. Ces médicaments ne sont accessibles que sur prescription médicale et peuvent exposer à différents effets secondaires (*constipation, bouche sèche, rétention urinaire...*) mais sont parfois très efficaces.

Parlez de vos problèmes d'hypersudation, comme d'autres effets secondaires, avec les professionnels de santé qui vous accompagnent.

Ils seront ainsi à même de vous proposer des solutions pour que le traitement soit pour vous le moins gênant et le plus efficace possible.

Figure 19 : Fiche-Patient proposée par la Revue LE FLYER sur l'Hypersudation

## 2. Interactions Médicamenteuses et TSO : (85) (86)

Les contre-indications majeures avec les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) (Méthadone, Subutex® et Suboxone®) sont détaillées dans le tableau suivant :

CONTRE – INDICATIONS COMMUNES à TOUS LES MSO	
Médicaments Morphiniques	SKENAN®, ACTISKENAN®, DUROGESIC®...
Médicaments Codéinés	Codoliprane®, Neocodion®
Médicaments de sevrage	Revia®, Nalorex®, autres MSO
	Colchimax®

Tableau 15 : CONTRE-INDICATIONS communes à tous les MSO

Toute association de MSO entre eux est formellement contre-indiquée : Cela provoque un blocage compétitif des récepteurs aux opiacés. Il y a alors un risque d'apparition d'un syndrome de sevrage et une diminution de l'effet du MSO prescrit dans le cadre de la prise en charge du patient addict aux opiacés.

Pour les mêmes raisons, les antalgiques de Palier III sont également contre-indiqués.

Les prises d'Alcool et de Naltrexone (REVIA®, médicament du sevrage alcoolique) sont vivement déconseillées avec les MSO. L'Alcool augmente l'effet sédatif du médicament de substitution et la Naltrexone risque d'entraîner un syndrome de sevrage. D'un point de vue pharmacologique, la Naltrexone est un inhibiteur des opiacés : elle bloque les récepteurs opioïdes et va ainsi diminuer le besoin compulsif (« *craving* ») de boire.

D'autres associations sont à prendre à compte. Leur description, ainsi que la conduite à tenir en leur présence, est résumée dans le tableau suivant :

<b>PRECAUTIONS d'EMPLOI : Surveillance MEDICALE OBLIGATOIRE avec les Produits suivants</b>		
<b>Alcool</b>		<b>INDUCTEUR ENZYMATIQUE A EVITER !!!</b>
<b>Benzodiazépines (BZD) (Sauf ROHYPNOL® et TRANXENE®)</b>		<i>Cas détaillé après le tableau</i>
<b>Antalgiques de palier II</b>	Tramadol	<u>Sur avis médical uniquement</u> risque d'entraîner un syndrome de sevrage majoration dépression SNC Prudence si conduite de véhicules, outils et machines Diminution effet antalgique
<b>Jus de PAMPLEMOUSSE</b>		<b>INHIBITEUR ENZYMATIQUE</b> Attention à l'automédication !!! <b>Risque de SURDOSAGE du MSO</b>
<b>Médicaments du SNC</b>	Antidépresseurs sérotoninergiques (Fluoxétine, Fluvoxamine, Paroxétine, Sertraline, Citalopram et Escitalopram)	<b>INHIBITEUR ENZYMATIQUE</b> Prévenir le Médecin pour diminuer la posologie du MSO
	Antitussifs contenant des dérivés morphiniques	<u>Sur avis médical uniquement</u> risque d'entraîner un syndrome de sevrage majoration dépression SNC Prudence si conduite de véhicules, outils et machines Diminution effet antitussif
	Anti-H1 sédatifs (Humex Allergie®, Zyrtecset®)	<u>Sur avis médical uniquement</u> risque d'entraîner un syndrome de sevrage majoration dépression SNC Prudence si conduite de véhicules, outils et machines
	Anti – HTA (clonidine & apparentés)	
<b>Médicaments Anti-VIH</b>	Efavirenz, Névirapine, Ritonavir, Nelfinavir, Amprénavir	<b>INDUCTEUR ENZYMATIQUE</b> Prévenir le Médecin pour augmenter la posologie du MSO
	Abacavir, Indinavir	<b>INHIBITEUR ENZYMATIQUE</b> Prévenir le Médecin pour diminuer la posologie du MSO
<b>Médicaments Antisécrétoires (avec la Méthadone)</b>	Cimétidine (Stomédine®)	<b>INHIBITEUR ENZYMATIQUE</b> Prévenir le Médecin pour diminuer la posologie du MSO
<b>Médicaments Antifongiques</b>	Kétoconazole, Itraconazole	
<b>Médicaments Antiépileptiques</b>	Phénobarbital, Carbamazépine, Phénytoïne	<b>INDUCTEUR ENZYMATIQUE</b> Prévenir le Médecin pour augmenter la posologie du MSO
<b>Médicaments Antituberculeux</b>	Rifampicine	

Tableau 16 : Associations à prendre en compte avec les MSO

L'association des MSO avec ces médicaments doit faire l'objet d'une surveillance médicale étroite.

Le tableau suivant explicite les différences de mécanisme pharmacologique entre les produits INDUCTEURS et ceux, INHIBITEURS ENZYMATIQUES.

<b>INDUCTEUR ENZYMATIQUE</b>	<b>INHIBITEUR ENZYMATIQUE</b>
<i>Induction du système enzymatique CYP3A4</i>	<i>Blocage du système enzymatique CYP3A4</i>
<i>Réaction non immédiate, saturable d'intensité variable Réversible si arrêt du traitement associé</i>	<i>Réaction immédiate et spécifique du CYP3A4</i>
Accélération du métabolisme Baisse de la concentration plasmatique du médicament	Ralentissement du méabolisme Augmentation de la concentration plasmatique du médicament
<b><u>Baisse de l'Activité du MSO</u></b>	<b><u>Risque de SURDOSAGE du MSO</u></b>

Tableau 17 : Mécanisme pharmacologique des Inducteurs & Inhibiteurs Enzymatiques

Le cas le plus co-prescrit est de loin celui des Benzodiazépines (BZD). En effet, on compte à ce jour environ 22 à 56% de co-prescriptions. Le risque le plus important est le décès par dépression respiratoire par potentialisation des effets de la BHD et des BZD associés.

Ces BZD sont des molécules psychoactives licites et disponibles sur prescription médicale uniquement. Elles exposent aux risques de dépendance, d'usage détourné et de polyconsommation. Certaines peuvent entraîner des effets dangereux pour le patient et pour les autres : on parle d'effet « Rambo », c'est-à-dire l'association désinhibition/amnésie. On notera que cet effet peut être potentialisé par l'Alcool.

La Conférence de Consensus de 2004 <sup>(43)</sup> a donc fait une recommandation essentielle pour les professionnels de santé, intervenant dans la prise en charge des patients addicts aux opiacés : il faut interroger systématiquement les patients sur leur consommations passées ou actuelles, afin d'identifier les mauvaises utilisations de psychotropes (BZD, Alcool, autres opiacés). La recherche d'effet de « défonce » par les BZD ne concerne actuellement qu'une minorité de patients ; l'utilisation de ces médicaments psychotropes reste utile chez les patients anxieux ou insomniaques...

Les BZD entraînent à la fois une dépendance psychique et physique. Le risque d'abus et de dépendance est plus élevé avec les molécules à demi-vie courte (Veratran®, Seresta®, Xanax®); ce risque est d'autant plus grand que ces molécules sont peu coûteuses et largement prescrites chez des sujets dépendant aux opiacés. Elles exposent aux risques très importants de rechute, d'induction d'une nouvelle dépendance, d'usage détourné, et de polyconsommation.

Les posologies administrées de ces BZD sont la plupart du temps fonction de la pharmacologie de ces molécules. Il est donc possible de classer les benzodiazépines les plus courantes selon la durée de leur demie-vie d'élimination, comme le montre le tableau suivant :

DCI	Nom commercial	½ Vie COURTE	½ Vie LONGUE
Alprazolam	XANAX®	6-12h	
Bromazépam	LEXOMIL®		10-20h
Chlordiazépoxyde	LIBRAX®		36-200h
Clobazam	URBANYL®	8h	
Clonazépam	RIVOTRIL®		18-50h
Clotiazépam	VERATRAN®	4h	
Clorazépate dipotassique	TRANXENE®		36-100h
Diazépam	VALIUM®		36-200h
Estazolam	NUCTALON®		10-24h
Flunitrazépam	ROHYPNOL®		36-200h
Loprazolam	HAVLANE®	8-9h	
Lorazépam	TEMESTA®		10-20h
Lormétazépam	NOCTAMIDE®	10-12h	
Midazolam	HYPNOVEL®	2-6h	
Nitrazépam	MOGADON®		15-38h
Nordazépam	NORDAZ®		50-120h
Oxazépam	SERESTA®	4-15h	
Prazépam	LYSANXIA®		36-200h
Tétrazépam	MYOLASTAN®, PANOS		3-26h

Tableau 18 : Classification pharmacologique selon la demie-vie des Benzodiazépines les plus courantes

Pour l'essentiel, les principaux rôles des Pharmaciens d'officine en terme d'interactions médicamenteuses avec les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) vont être de plusieurs ordres :

- **ASSURER** l'efficacité et la sécurité du traitement, grâce à un contact étroit et systématique, dès le début du Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), avec le médecin prescripteur : le médecin reste le garant de toutes les prescriptions et co-prescriptions, en termes de durée et de posologie nécessaires.

- **RESTER ATTENTIF** à l'évolution du patient (signes de manque, de sous-dosage, de mésusage, de mauvaise observance au traitement, pouvant être secondaires à une interaction médicamenteuse)

- **RESTER PRUDENT** avec des médicaments hépatotoxiques, comme l'aspirine, l'isoniazide, l'acide valproïque, les antirétroviraux analogues nucléosidiques... ou lorsque l'atteinte hépatique a été avérée (Hépatite C, Ethylisme...).

- **REITERER** les informations au patient sur les interactions, surtout entre SUBUTEX® (ou Méthadone® ou Suboxone®), BZD et Alcool : Leur rappeler l'effet « Rambo » et le risque de décès par dépression respiratoire, dont l'issue pouvant être fatale.

Ainsi, chez le patient addict traité par Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO), il faut éviter au maximum d'initier un traitement par BZD (surtout s'il y a consommation d'alcool associée).

En présence de troubles psychiques du type angoisse et/ou dépression, il est conseillé d'utiliser des anxiolytiques non benzodiazépiniques (Atarax®, Lyrica® ou Stresam®), des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (les ISRS comme la Fluoxétine, la Paroxétine, la Sertraline, le Citalopram et l'Escitalopram).

Si la co-prescription de BZD s'avère malgré tout nécessaire, en matière de Dispensation, la loi précise les recommandations de bon sens suivantes :

**Pour le Médecin-prescripteur :**

- Rechercher les comorbidités psychiatriques, les antécédents psychopathologiques
  - Limiter la durée de prescription dans le temps (2 jours en général)
  - Ne prescrire qu'une seule molécule à la fois
  - Choisir une molécule à demi-vie longue (Temesta®, Lexomil®, Valium®, Lysanxia®), en monothérapie, et à la plus faible dose efficace : A noter que le flunitrazépam (Rohypnol®) et le clorazépate dipotassique (Tranxène®) doivent être proscrites. Elles constituent les molécules les plus souvent détournées et augmentent le risque de levée d'inhibition, avec un sentiment d'invincibilité, de « toute puissance », pouvant être à l'origine d'actes de délinquance ou de violence avec des conséquences médico-légales.
  - Eviter les risques de falsification, en précisant la mention « ne pas renouveler ».
  - Eviter le sevrage brutal en cas de consommation chronique, d'abus ou de dépendance : ce sevrage progressif repose sur la substitution d'emblée de la BZD responsable par une BZD plus sédatrice, à demi-vie plus longue (Prazépam, Diazépam).
  - Changer de Benzodiazépines ? il s'agit de convertir la dose de la molécule à changer en une dose équivalente de Diazépam (VALIUM®) : le tableau suivant décrit quelques exemples d'équivalences :

<b>Exemple de dose à changer</b>	<b>Dose équivalente</b>	<b>DCI = Nom commercial</b>
⋮		
<b>10 mg de DIAZEPAM =</b>	10 mg	Nitrazépam = MOGADON®
	1 mg	Lorazépam = TEMESTA®
	30 mg	Oxazépam = SERESTA®
	20 – 30 mg	Chlordiazépoxyde LIBRAX®
	1 mg	Flunitrazépam

Tableau 19 : Exemple d'équivalence posologique entre Benzodiazépines



### **Pour le Pharmacien-dispensateur :**

- S'assurer que la prescription est en accord avec les dispositions réglementaires en vigueur, pour sa délivrance.
- S'assurer que le patient bénéficie d'un soutien psychothérapeutique : soit grâce à un médecin spécialiste, soit grâce au soutien d'un « tiers » dans son environnement proche, dans sa famille, pour l'aider à surmonter les petites difficultés de la Vie.
- Le cas échéant et si nécessaire, proposer, en accord avec l'équipe médicale, un sevrage en milieu hospitalier. (Voir un exemple de Protocole en **ANNEXE 8**).
- Savoir détecter et rechercher les comorbidités sociales (préciser la situation sociale, en terme d'accès aux soins, de couverture sociale, de conditions de vie et de logement), somatiques (surtout le Bilan Hépatique) et les risques liés à l'injection de Buprénorphine Haut Dosage (BHD).

### **3. Risques liés au mésusage de Buprénorphine Haut Dosage (BHD):** (79) (81) (82) (85)

Les formes de mauvaises utilisations de la buprénorphine haut dosage (BHD) sont diverses : on retrouve l'injection IV, le « sniff », les consommations de substances psycho-actives associées (BZD surtout), l'augmentation des doses, les prises fractionnées, le risque d'overdose, la multiplicité des prescripteurs et le trafic.

Et, c'est surtout pour l'injection IV, que le pharmacien va agir, en terme d'information et sensibilisation sur les risques encourus avec de telles pratiques.

En France, la population des patients sous BHD est d'environ 85 000 à 90 000 personnes (contre environ 50 000 sous méthadone). (80)

La plupart ont recours à la BHD dans un contexte médical. Toutefois, les détournements sont préoccupants et on a vu se développer, depuis ces dernières années, un véritable trafic : un comprimé dosé à 8 mg vaut sur le marché clandestin environ 2 euros sur Paris, pour atteindre les 6 euros en province. L'injection IV des comprimés broyés a été importée et rapidement banalisée par des jeunes marginaux

d'Europe de l'Est. En 2003, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) indiquait que ce phénomène concernait 15 à 30% des usagers.

Cette injection n'induisant pas de « flash », contrairement à l'injection d'héroïne, et n'étant pas « gratifiante », la compulsion à s'injecter la BHD traduit :

- la difficulté à rompre avec une habitude, avec la recherche d'une sédation rapide du manque,
- un trouble de l'humeur (dépression),
- de l'impulsivité
- et, quelquefois, une posologie prescrite insuffisante.

Le plus souvent, le besoin de recourir à l'injection diminue avec la poursuite du Traitement Substitutif aux Opiacés (TSO) : certains patients sous SUBUTEX® m'ont même avoué, lors d'un achat d'une Steribox®, avoir besoin de temps en temps d'un léger shoot de BHD... et ils n'omettent pas de préciser « cela n'a rien à voir avec ma vie d'avant ! J'ai fait un grand pas en avant depuis que je suis sous SUBUTEX® ». Ceci nous montre que tous les patients sous TSO ne réagissent pas de la même façon, tout au long de leur prise en charge et que certains ont clairement pris conscience que cette démarche de traitement et de prise en charge globale était, pour eux, un tremplin pour la Vie.

Si ce comportement d'injecteur persiste chez le patient addict pris en charge, il peut être intéressant, en accord avec le médecin du réseau, de proposer un passage vers la Méthadone, en expliquant que la Méthadone permet de faire ressentir de façon plus intense les effets opiacés agonistes.

Outre un risque de contamination microbienne, l'injection accentue le risque de dépression respiratoire, surtout s'il y a consommation d'alcool et/ou de BZD associées et expose à des atteintes hépatiques.

Une fiche-pratique explicative de l'Hépatite C (caractéristiques principales du virus et de la pathologie) est disponible en **ANNEXE 15**.

Le Pharmacien devra savoir repérer les « patients-injecteurs » : c'est surtout par l'observation de mains gonflées et rouges, d'abcès et de traces d'injection au niveau des membres supérieurs. Ce sont les excipients injectés qui vont être responsables des complications générales (VIH, VHB, VHC ; endocardites, embolies septiques) et loco-régionales (abcès, lymphoedème des avant-bras et des membres inférieurs, thromboses veineuses).

Lors de l'entretien, le pharmacien se renseignera sur les différentes sérologies VIH, VHB, VHC ? Il en fera la demande au Médecin, pour le patient si elles n'ont pas été effectuées. Dans le cas contraire, il complétera le carnet de liaisons avec les sérologies du jour, dans un objectif de suivi sérologique.

Une des solutions de réduction des risques liés à l'injection de ces produits, a été l'ajout dans les Steribox® de Sterifilt® (non inclus dans le Steribox®). **L'ANNEXE 17** décrit ce qu'est le Sterifilt®, qui s'adapte sur n'importe quelle seringue. Le mode d'emploi de ce Sterifilt® y est clairement explicité.

Mais, dans tous les cas, il faut savoir repenser le CADRE des soins, c'est à dire :

- Augmenter la fréquence des rendez-vous thérapeutiques (une fois par semaine par exemple).
- Organiser une dispensation quotidienne et contrôlée de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) à la Pharmacie.
- et, Réexpliquer les risques d'injection de la BHD, grâce à la fiche explicative « REDUCTION des RISQUES LIES à L'INJECTION » en **ANNEXE 16**.

Dans l'hypothèse où le patient suivi aurait été dépisté comme « injecteur », le diagnostic d'évaluation hépatique, le niveau de fibrose, est réalisé par le médecin hépatologue.

Le choix de la prescription antivirale, pour le traitement de l'hépatite C, appartient au médecin spécialiste (hépato-gastro-entérologue) :

- **Bithérapie** : interféron pégylé (PEGASYS®) + Ribavirine = REBETOL®, COPEGUS® ;
- **Trithérapie** : interféron pégylé (PEGASYS®) + Ribavirine + Boceprevir = VICTRELIS® (ou Telaprevir = INCIVO®) ;
- **Monothérapie** en cas de contre-indication à la Ribavirine: interféron pégylé (PEGASYS®).

Face à un patient infecté par le Virus de l'hépatite C (VHC), le pharmacien devra étoffer son interrogatoire lors de l'entretien pharmaceutique, par les questions suivantes :

- Où en êtes-vous de vos vaccinations ? notamment la vaccination antitétanique et la vaccination anti-VHB ? Sont-elles à jour ?
- Proposer un dépistage : VHC ? VIH ?
- **Conduite à tenir si le patient présente de la FIEVRE ?**

La Fièvre reste un signe clinique à ne pas négliger pour le pharmacien. Elle peut être évocatrice de bon nombre de complications. Aussi, elle doit susciter des interrogations de la part du pharmacien : afin de ne rien oublier, une fiche-pratique a été rédigée en **ANNEXE 18**, dans le cas où le patient addict se plaindrait d'avoir un peu de Fièvre.

Si le patient « injecteur » n'arrive pas à arrêter ses pratiques à risque, une alternative peut être proposée : en accord avec le médecin prescripteur, on pourra envisager un passage sous Méthadone, pour laquelle deux formes galéniques sont actuellement commercialisées : la Méthadone sirop permet une meilleure observance du traitement de substitution. L'initialisation d'un tel traitement est réalisée par un Médecin d'un Centre de Soins et d'Accompagnement pour les Patients Addicts (CSAPA). Jusqu'à la stabilisation du patient, le traitement est délivré par un infirmier au quotidien dans le centre méthadone. Le suivi du traitement est

effectué par le médecin qui l'a initié, en liaison avec les autres professionnels de la prise en charge jusqu'à la stabilisation.

Par la suite, un médecin de ville peut assurer le relais de la prescription. La dose peut être réadaptée par le médecin initiateur, sur la demande du médecin de ville. Le traitement est délivré par une pharmacie choisie par le patient. Des relations régulières entre le médecin et le pharmacien seront nécessaires pendant la durée de la prise en charge.

Et, au bout d'une période stable avec la forme sirop d'un an minimum, il est possible de changer le traitement substitutif du patient pour une forme plus ambulatoire ; les gélules de Méthadone. Il est important, pour le pharmacien, de connaître les principales caractéristiques de cette nouvelle forme galénique, surtout en terme de délivrance et de conseil.

#### **4. De la Méthadone Sirop à la Méthadone Gélules : (79) (82)**

Depuis Avril 2008, la forme gélule de la Méthadone est commercialisée, sous cinq dosages différents : 1mg, 5mg, 10mg, 20mg et 40mg. Cette autorisation de mise sur le marché répond à une demande des différents acteurs intervenant dans la substitution aux opiacés, mais également des utilisateurs eux-mêmes.

Cette nouvelle forme galénique est accompagnée par des conditions de prescriptions spécifiques, du fait de sa plus grande facilité de détournement. En effet, pour bénéficier de ce changement de galénique, il faut justifier d'un an minimum de stabilisation sous sirop et retourner en CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement pour les Patients Addicts) pour la prescription initiale.

Une étude publiée en Mai 2012 par Nicolas VOUGE (Strasbourg – 67), a permis de connaître le point de vue du pharmacien d'officine français dans le changement de galénique (passage de la forme sirop à la forme gélules de méthadone). Cette enquête a été réalisée de mars à juillet 2010. Les résultats obtenus concernent : (80)

✓ L'origine du changement de galénique : Dans 45% des cas, c'est le médecin prescripteur qui est à l'origine de ce changement, dans 40% des cas, le changement se met en place à l'initiative et sur demande du patient et, seulement dans 15% des cas, le Pharmacien est à l'origine de ce changement de forme galénique.

✓ Le rôle du Pharmacien dans ce changement de galénique ? 50% des pharmaciens interrogés pensent qu'ils ont un rôle à jouer, en termes de connaissance du médicament, disponibilité, écoute, conseil ; sur le fait que ce soit un traitement comme un autre, en réponse à une plainte du patient et grâce à la connaissance du profil du patient. Le rôle de soutien du prescripteur a été également mentionné.

**L'ANNEXE 19** résume les principales caractéristiques à connaître lors de la délivrance des gélules de Méthadone.

## 5. Grossesse, Allaitement et TSO: (13) (64) (85)

Selon la Conférence de consensus de juin 2004, la dépendance aux opiacés implique une grossesse à risque. Les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) (à l'exception de Suboxone®) sont une excellente indication chez une femme addict aux opiacés, au mieux avant une grossesse désirée, ou dans les six premiers mois. L'initiation des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) reste très discutée en fin de grossesse. (42)

La Buprénorphine Haut Dosage et la Méthadone ont des effets identiques ; il n'y a pas lieu de les modifier en cas de découverte de grossesse.

Aussi, le profil-type d'une femme enceinte ou en âge de procréer, addictive aux opiacés est : une femme jeune, le plus souvent célibataire, d'un niveau socio-économique plutôt bas, avec un niveau de formation faible, dû à un arrêt précoce de sa scolarité. Il faut savoir, pour toute pathologie chronique, que la présence d'antécédents d'exposition et/ou d'abus à une ou plusieurs substances psychoactives (SPA) dans l'entourage de la patiente, durant l'enfance et/ou l'adolescence, est un facteur de risque important. (87)

Ainsi, prendre en charge ces patientes va consister à les soutenir dans la construction d'un nouveau projet de vie autour de l'investissement sur l'enfant à venir et chercher avec elles, les moyens de réorganiser leur vie sociale et améliorer leurs conditions de vie.

La grossesse reste un moment privilégié, qui va favoriser les contacts entre le médecin traitant, le pharmacien et la famille.

La prise en charge périnatale et médico-psychosociale est nécessaire. A noter, ces MSO ne préviennent pas le risque de syndrome de sevrage néonatal.

Plus la grossesse touche à son terme, plus le MSO doit être bien équilibré et ce, jusqu'en *post partum*.


Il n'existe à l'heure actuelle avec ces deux MSO, aucune contre-indication à l'allaitement. On conseillera tout de même, la prise de méthadone après la tétée, afin de limiter le passage dans le lait des molécules de méthadone.

Il est alors nécessaire de fournir à la patiente, une information claire et honnête des risques encourus, surtout liés à l'alternance intoxication-manque avec possibles surdoses, aux stress répétés dus au manque et aux conséquences directes de l'héroïne sur la croissance fœtale.

Une fiche-pratique pour le Pharmacien a été réalisée et est disponible en **ANNEXE 20**.

Afin d'aider les patientes sous méthadone et souhaitant avoir un enfant, la revue LE FLYER a également développé une fiche sur les principaux points à aborder avec les patientes, le cas échéant :

**Grossesse et méthadone**



**Puis-je avoir un enfant alors que je reçois un traitement par la méthadone ?**

Oui. La méthadone ne présente pas de risque de complication ni pour vous, ni pour votre enfant. À l'inverse, si vous n'arriveriez pas à stopper totalement, il est recommandé de réduire au niveau le plus bas possible la consommation d'alcool, de tabac, de cocaïne et autres substances psychotroques, qui sont à l'origine de complications. Les benzodiazépines (calmants, sommeil), sans avis médical, doivent être évitées le plus possible.

L'usage d'opiacés illicites pendant la grossesse est aujourd'hui considéré comme une situation privilégiée pour l'instauration d'un traitement de substitution. La méthadone, (comme la buprénorphine, Subutex® et ses génériques), permet d'améliorer le suivi médical de votre grossesse. C'est ce suivi médical qui permet son déroulement dans les meilleures conditions pour vous et l'enfant que vous portez.

**Est-ce que je dois arrêter ou diminuer ma méthadone pendant la grossesse ?**

Non. Les médecins insistent sur l'importance de maintenir un traitement adapté vous évitant toute situation de manque. Ressentir des effets liés au manque présente des risques pour l'enfant que vous portez (fausse couche au 1<sup>er</sup> trimestre, accouchement prématuré...).

Il est même fréquent de devoir augmenter votre posologie (dose) durant la grossesse car les modifications de votre organisme vous font éliminer plus rapidement la méthadone. Une prise en deux fois par jour peut aussi vous être conseillée. L'objectif est que vous vous sentiez bien pour que votre grossesse se passe bien. Le sevrage doit être déconseillé du fait des risques de rechutes ou de souffrance pour le fœtus. De même, diminuer les posologies en fin de grossesse est plus dangereux qu'utiliser.

**Que se passe-t-il à la naissance ?**

La plupart des enfants nés de mères sous méthadone n'ont pas de problèmes particuliers. Il est possible qu'un syndrome de sevrage du nouveau-né survienne mais ce n'est pas systématique. Il faut garder à l'esprit que son apparition et son intensité ne sont en rien liés à la posologie pendant la grossesse.

L'accompagnement de l'enfant à la naissance est très bien décrit. S'il y a un syndrome de sevrage, il dure en moyenne 1 semaine à 1 mois durant lesquels vous pouvez rester à l'hôpital, proche de votre enfant. Il est important de prévenir les équipes hospitalières de votre traitement. Les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes ou les équipes spécialisées dans le traitement des addictions pourront vous accompagner avant, pendant et après l'accouchement.

**J'ai envie d'allaiter. Est-ce possible ?**

Oui. Pendant que vous prenez la méthadone, l'allaitement est parfaitement possible et il est même recommandé :

- Les quantités de méthadone présentes dans votre lait sont extrêmement faibles et elles n'intoxiquent en aucun cas votre bébé.
- L'allaitement favorise le contact avec votre enfant et ce contact mère-enfant aide à accompagner un éventuel syndrome de sevrage du nouveau-né.

Contrairement à une idée reçue, l'allaitement à lui seul ne permet pas de soulager le syndrome de sevrage du nouveau-né.

Figure 20 : Fiche-Patient proposée par la Revue LE FLYER sur la Grossesse sous Méthadone



Remarque : Addiction aux opiacés et Contraception

<b><u>Femme non prise en charge par un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)</u></b>	<b><u>Femme sous Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)</u></b>
Opiacés responsables de nombreux cycles anovulatoires : <b>AMENORRHEE FREQUENTE !!</b>	Reprise des cycles ovulatoires malgré la persistance des Aménorrhées fréquentes
Opiacés responsables d'une augmentation de la sécrétion de Prolactine	RISQUE de GROSSESSE ACCRU
Augmentation de la Fréquence des MST	<b>CONTRACEPTION OBLIGATOIRE sous TSO</b> + Port d'une protection mécanique si rapport sexuel durant la grossesse
Diminution de la libido sous Opiacés	
Mauvaise OBSERVANCE de la CONTRACEPTION, <i>mais Risque de Grossesse faible</i>	

Tableau 20 : Addiction aux Opiacés et Contraception

La plupart des opiacés (y compris les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO)) sont responsables de troubles de la libido : en particulier, chez la femme, ils engendrent des perturbations du cycle, avec une importante fréquence d'aménorrhées.

Le fait de proposer une prise en charge sous TSO à une femme addictive, qui pourrait émettre le souhait d'avoir un enfant quelques années après l'initiation du TSO, permet de vivement lui conseiller une contraception, qui lui régulera beaucoup plus précisément ses cycles.

En conclusion, selon l'équipe de Jones en 1999, une approche globale, permettant de répondre aux besoins uniques des femmes enceintes dépendantes aux opiacés, doit comprendre :

- des soins médicaux primaires destinés à régler la gamme de problèmes se rapportant à leur addiction aux opiacés, y compris le risque de tuberculose ;

- le traitement et le contrôle de l'infection (par le VIH, le VHC) chez les mères et les nourrissons, le cas échéant ;

- la gestion périnatale intensive dans le cas de grossesses à risque élevé ;

- un entretien psychosocial (comprenant un enseignement de la nutrition, du rôle de parent et de la gestion de l'argent, des services sociaux d'intervention pour apporter une aide en ce qui concerne les conditions de vie instables, le chômage et l'alphabétisation). *A noter, ce type d'entretien est déjà réalisé en Limousin, au sein du Centre Hospitalier Spécialisé d'Esquirol.*

- des cours de formation prénatale et de préparation au rôle de parent ; une évaluation de la santé mentale et des traitements ;

- le traitement d'entretien à la Méthadone, qui reste le Médicament de Substitution aux Opiacés (MSO) de choix dans le cadre de la prise en charge d'une femme enceinte addictive aux opiacés.

En pratique, pour certaines femmes, l'arrivée d'un enfant peut constituer un événement important et déclenchant d'un désir de changer de vie avec de nouveaux projets. Cependant, une fois que l'enfant est là, cela devient difficile pour la mère d'assumer en même temps son enfant et l'arrêt complet des drogues.

Les deux Entretiens suivants vont pouvoir permettre d'aborder avec le patient addict, quelques-unes des situations particulières, pouvant se produire tout au long de sa vie.

## **4. Entretiens Officinaux n°4 et n°5: Vers une stabilisation de l'Addiction? Vers un arrêt de toute consommation d'opiacés?**

### **a. Objectif:**

Le patient doit rester impliqué dans un projet thérapeutique et de réinsertion sociale.

L'Entretien Officiel n°4 a lieu en principe, trois mois après l'instauration du traitement substitutif. Il s'agit d'évaluer les progrès du patient, dans la gestion de son traitement substitutif et vers sa réinsertion sociale. Il faut également prévoir d'aborder le problème des rechutes.

Après une période de stabilisation de six à douze mois, le pharmacien, en accord avec le médecin, pourra proposer au patient de réduire progressivement les doses de Buprénorphine, voire envisager un arrêt total du traitement. Ces ajustements posologiques doivent être décidés uniquement après avis du médecin prescripteur ; les consultations médicales sont plus fréquentes, les prescriptions de courte durée (1 semaine généralement), afin de réévaluer l'état clinique du patient.

### **b. Pour quel patient?**

Pour les patients ayant initié, trois mois auparavant, un traitement de substitution aux opiacés et pour lesquels le traitement est délivré par une pharmacie de ville.

Ces deux Entretiens Pharmaceutiques (EP) sont proposés respectivement 3 et 6 mois après l'initiation du Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) et la première délivrance du Médicament de Substitution aux Opiacés (MSO).

### **c. Contenu de ces entretiens: le suivi thérapeutique, vers une sortie permanente de l'Addiction?**

Différentes thématiques peuvent être abordées et ainsi surveillées :

- Le contexte social du patient ;
- Le problème des retards de délivrance et d'avances de médicaments, pouvant générer des situations conflictuelles ;
- La gestion des troubles du sommeil durant le traitement ;
- La prise en charge de la Douleur ;
- Les déplacements, voyages, séjours à l'étranger pendant le traitement de substitution.

#### **1. Le contexte social du patient: (41)**

Selon la Conférence de Consensus de 2004, le Professionnel de Santé se doit :

- d'aller au devant des personnes précarisées, grâce à des bus spéciaux, antennes mobiles, boutiques, réseaux de santé...
- d'établir des règles de fonctionnement simples, claires et précises, connues des usagers. de garder une dispensation flexible.
- de proposer des services médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques.

Lors de ces deux entretiens de suivi, le contexte social du patient sera évalué.

Les questions suivantes peuvent lui être posées :

- Travaillez-vous ?
- Quelles sont vos occupations dans la journée ?
- Quelles sont vos relations avec votre entourage ?

Si la situation sociale du patient ne s'est pas améliorée, il faudra prévoir de réaliser une demande d'ALD au titre de « troubles graves de la personnalité addictive ».

Trois axes sont indissociables dans la prise en charge d'une addiction : l'axe médical (traitement de substitution), l'axe psychologique et l'axe socio-éducatif.

Le pharmacien doit rappeler au patient que la substitution n'est pas un traitement miracle. Une prise en charge globale de la dépendance est nécessaire. La prise de Médicament de Substitution aux Opiacés (MSO) doit s'accompagner d'une psychothérapie et d'une prise en charge sociale (accès au logement et insertion professionnelle). Sans ces trois conditions, le traitement est voué à l'échec.

Malheureusement, bien souvent, les patients refusent une prise en charge aussi bien sociale que psychologique. Le pharmacien, aidé par un réseau et donc ayant les coordonnées de professionnels de santé sensibilisés à ce sujet pourra proposer cette prise en charge au patient. Il faut souvent un temps assez long avant que cette aide ne soit acceptée.

Il existe un questionnaire pratique d'évaluation sociale, intitulé « Vous et Votre Traitement : évaluez-vous ». Il est détaillé en **ANNEXE 21**.

Ce questionnaire est à remplir par le patient lui-même : chaque question correspond à une situation de la vie quotidienne d'un patient addict sous Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO). Le patient doit choisir une des trois réponses. Le choix se fait en entourant la lettre (A, B, C ou D) correspondante.

En fin de questionnaire, il faut comptabiliser le nombre de réponses A, B, C et D.

L'interprétation des résultats est explicitée dans le tableau suivant :

Résultat de l'AQTS		Conduite à Tenir avec le Patient ?
<b>UNIQUEMENT DES REPONSES A</b>	Ouverture de nouvelles perspectives...	Evaluer les attentes de changement S'assurer régulièrement du respect des nécessités thérapeutiques Prévenir la « chronicisation » Accompagner le patient vers de nouveaux projets ou des modifications de prise en charge
<b>MAJORITE de A et ABSENCE de D</b>	Renforcer les bases de la reconstruction	Consolider la mise à distance de l'Addiction aux Opiacés Evaluer les problèmes résiduels Parfaire l'Autocontrôle du traitement en modifiant, le cas échéant, le rythme des entretiens...
<b>MAJORITE de A &amp; B et ABSENCE de D</b>	Réévaluer l'alliance thérapeutique	Réfléchir à deux sur les différents thèmes du « Contrat de Confiance » précédemment établi Prendre des « petites décisions » Renforcer les volets psychologique et social de la prise en charge Réévaluer le traitement
<b>MAJORITE de B &amp; C et ABSENCE de D</b>	Redéfinir la Prise en Charge globale	Redéfinir l'alliance thérapeutique et le cadre de prise en charge, dans une perspective de réduction des risques Réévaluer la motivation du patient et ses difficultés Travailler en Réseau Changement de molécule ? (à voir avec le médecin)
<b>AU-MOINS 1 D</b>	Maintenir en priorité le Patient dans le soin	Réduire les risques Bilan médico-psycho-social et motivationnel Demander un avis psychiatrique : envisager une prise en charge avec une équipe spécialisée Redéfinir le cadre du soin et les modalités thérapeutiques

Tableau 21 : Interprétation des Résultats de l'Auto-Questionnaire pour les patients sous Traitement de Substitution (AQTS)

En pratique, différentes manières de l'utiliser ont été trouvées pour ce questionnaire :

- ce questionnaire représente avant tout un « support de dialogue » : il permet de susciter le dialogue, de redynamiser la relation thérapeutique et de renforcer le « contrat de confiance ».
- c'est aussi un « outil de liaison » interprofessionnel : présenté lors d'un premier entretien pharmaceutique, le patient addict devra le conserver et le rapporter à chacun de ses rendez-vous thérapeutiques ou consultations médicales.
- enfin, il reste un excellent « stimulant de motivation » pour le patient, vers sa sortie de l'addiction : il peut être rempli à plusieurs niveaux dans la prise en charge, afin de montrer l'évolution des résultats et les progrès réalisés par le patient addict.

Valoriser cette progression auprès du patient reste le moteur, qui le fait avancer vers sa nouvelle vie. Car, dans la tête d'un patient « addict aux opiacés », lorsqu'il arrête son traitement de substitution, c'est qu'il n'est plus malade. <sup>(62)</sup>

Une des missions des professionnels de santé du réseau est de parvenir à le convaincre à poursuivre les prises en charge sociale et psychologique, après l'arrêt et la fin du Traitement.

## **2. Les Retards, Avances de délivrance, la gestion des conflits:**

Il s'agit ici d'appréhender quelques situations particulières, pouvant avoir lieu au comptoir, avec un patient sous Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO).

Dans toutes les situations décrites ci-après, le pharmacien devra faire preuve de calme, voire de sang-froid, tout en conservant une pratique professionnelle en parfait accord avec la législation en vigueur. La discussion avec le patient et/ou le médecin selon les cas, devient obligatoire. Le « contrat de confiance » Pharmacien/Patient s'élargit à une association tripartite avec le médecin.

Les trois tableaux suivants décrivent quelques situations de comptoir, pouvant être susceptibles de générer des conflits Patient/Pharmacien, ainsi que des propositions, concernant la conduite à tenir, le cas échéant :

SITUATIONS		Proposition(s) de Conduite à Tenir ?
<i>Patient Agité et Menaçant pour obtenir sa boîte de SUBUTEX®, sans prescription</i>	Patient <b>CONNU</b>	Rechercher les causes de l'agitation : (Signe du manque d'opiacés, syndrome de sevrage et/ou prise associée de BZD) Contacter le médecin prescripteur habituel pour obtenir une nouvelle prescription
	Patient <b>INCONNU</b>	Risque de Nomadisme médical : <b>VIGILANCE!!!</b>
<i>Patient demandeur de STERIBOX®</i>	Patient <b>CONNU</b>	Situation ambiguë et « gênante » pour le pharmacien. D'une part, il lui délivre un TSO pour qu'il se soigne et d'autre part le patient affiche d'autres intentions Essayer d'ouvrir le dialogue pour le situer dans le modèle de Prochaska : si Précontemplation et Contemplation, lui fournir des « flyers » et autres documents de prévention : si Préparation, proposer une Prise en Charge.
	Patient <b>INCONNU</b>	Essayer de savoir pour qui est ce Steribox® ? pour lui-même ou pour un proche ? Suspicion d'un cas de mésusage de la Buprénorphine. Rien n'empêche le pharmacien d'entamer une conversation, lors de la vente et à l'écart du comptoir, afin de tenter de mettre en contact le patient avec le CSAPA le plus proche de son domicile ou son médecin prescripteur, dans le but d'améliorer la prise en charge de son caractère d'« injecteur ».

Tableau 22 : Cas de comptoir susceptibles de générer des conflits : Exemple 1



<b>SITUATIONS</b>		<b>Proposition(s) de Conduite à Tenir ?</b>
<p><u>Patient se présentant à la fermeture de la pharmacie, avec une ordonnance</u></p>	<p>Patient <b>CONNU</b></p>	<p>Le médecin prescripteur est également bien connu de la pharmacie.</p> <p>Ce patient respecte très bien les règles préétablies avec son pharmacien et son médecin.</p> <p>Une copie de l'ordonnance a d'ailleurs été bien entendu conservée à l'officine.</p> <p><u>Savoir délivrer un minimum de traitement, en accord avec le patient, afin d'éviter toute rupture thérapeutique</u></p> <p>et, prévenir le médecin coordinateur.</p>
	<p>Patient <b>INCONNU</b></p>	<p><u>Risque de Nomadisme médical, si le nom de la Pharmacie n'est pas clairement mentionné sur la prescription.</u></p> <p>Dire au patient de « repasser » le lendemain, ou fixer un rendez-vous, afin de contacter son médecin prescripteur, pour obtenir une nouvelle prescription de Subutex®.</p>
<p><u>Patient se présentant deux jours avant la date de renouvellement de son Subutex®</u></p> <p>= demande de « dépannage » ?</p> <p>Les traitements de substitution aux opiacés sont prescrits dans le cadre d'un protocole de soins et possèdent une législation visant à limiter le mésusage et le trafic. <b>Ainsi, aucun traitement ne peut être délivré sans ordonnance.</b></p> <p>Le "dépannage" doit être toujours replacé dans le contexte et la cause identifiée.</p>	<p>Patient <b>CONNU et suivi régulièrement par l'Officine</b></p>	<p>A l'officine, le pharmacien doit évaluer la situation et contacter le médecin prescripteur afin qu'une solution soit envisagée rapidement et ensemble pour permettre la continuité des soins.</p> <p>Chez le médecin, l'évaluation permet de voir la nécessité de compléter le traitement ou non.</p> <p>Le complément d'ordonnance est possible si le médecin le mentionne.</p> <p>En cas de situation complexe, demander un avis spécialisé dans le cadre du réseau.</p>
	<p>Patient <b>INCONNU non suivi par l'Officine et sa situation sociale connaît des hauts et des bas</b></p>	<p>A l'officine, le pharmacien doit évaluer la situation et proposer une orientation vers un médecin ou une structure spécialisée.</p> <p>Chez le médecin, l'évaluation de la situation permet de justifier une prescription de buprénorphine pour assurer la continuité des soins.</p> <p>La prescription de méthadone implique un relais par un centre spécialisé conformément à la législation.</p> <p>En cas de situation complexe, il peut orienter vers une structure spécialisée ou demander un avis spécialisé.</p>

Tableau 23 : Cas de comptoir susceptibles de générer des conflits : Exemple 2

SITUATIONS	Proposition(s) de Conduite à Tenir ?
<p><u>Casse accidentelle d'un des flacons de Méthadone</u></p> <p>Un patient de l'officine, bien équilibré par son traitement de Méthadone, se présente au comptoir et, explique qu'il lui manque un flacon pour terminer sa prise en charge hebdomadaire.</p> <p>Ce flacon a chuté sur le sol et s'est brisé accidentellement. Il demande au pharmacien de le « dépanner » d'un flacon entre deux délivrances hebdomadaires.</p>	<p>Demander si aucun enfant n'était présent au moment où le flacon s'est déversé sur le sol et <u>si les mesures de sécurité ont été prises</u> (par exemple, le nettoyage immédiat de toute trace de sirop et de verre sur le sol)</p> <p>Bien vérifier son dosage actuel de méthadone.</p> <p>Après lui avoir rappelé les contraintes réglementaires de délivrance de la méthadone sirop, le « dépanner » d'un SEUL Flacon.</p> <p>Ainsi, la semaine suivante, il recevra un flacon de moins...</p>
<p><u>Proposition du médicament générique du SUBUTEX®</u></p> <p>3 dosages supplémentaires disponibles (1mg, 4mg et 6mg en plus de 0,4mg, 2mg et 8mg).</p>	<p><u>Avantage : permettre un meilleur ajustement posologique pour chaque patient.</u></p> <p><u>A priori des Médecins prescripteurs : Risque non négligeable de la baisse de l'observance (pouvant aller jusqu'à l'arrêt du traitement par le patient lui-même) lors de la substitution du MSO par son médicament générique.</u></p> <p><u>FAIRE ÉVOLUER les mentalités, puisque comme dans tout médicament générique, la buprénorphine a les mêmes caractéristiques que son princeps, Subutex®.</u></p> <p><u>Une solution : convaincre le médecin de rédiger la première prescription en DCI, ainsi, le patient recevra le médicament générique dès le début de son traitement.</u></p>

Tableau 24 : Cas de comptoir susceptibles de générer des conflits : Exemple 3

### 3. La gestion des troubles du sommeil: (90)

Comme pour la plupart des patients, ces troubles sont à prendre au sérieux. En effet, une bonne qualité de sommeil améliore notre qualité de vie. Aussi, les troubles du sommeil sont très fréquents chez les patients sous TSO ; ils peuvent être la cause d'une rechute dans l'addiction aux opiacés, car les patients addicts ont tendance à

jouer les « autoprescripteurs » en gérant leur stress et sommeil avec « leurs » médicaments (Héroïne,...).

Trois étapes peuvent permettre la prise en charge du sommeil pour un patient addict aux opiacés :

✓ Première étape : **Evaluer** son environnement psychosocial (vie de famille, conditions de logement, travail), et de son hygiène du sommeil (sieste diurne, abus de café et autres boissons excitantes, environnement bruyant...).

✓ Deuxième étape : **Rechercher** d'autres signes évocateurs d'un trouble du sommeil :

- Sous-dosage du Médicament de Substitution aux Opiacés (MSO) (avec rhinorrhée, bâillement, douleurs diffuses ?)
- Prise concomitante d'autres substances psychoactives, telles alcool, cocaïne, LSD, BZD (avec notamment un sevrage trop rapide)
- Dépression, troubles anxieux divers, syndrome d'apnée du sommeil, asthme, ...

✓ Troisième étape : **Proposer** au patient d'utiliser un Agenda du Sommeil : \_ il devra consigner ses heures de coucher et de lever, l'éventuelle prise d'hypnotiques, les réveils nocturnes, et ce, pendant toute la durée du traitement substitutif. Il sera alors possible de maîtriser, en accord avec le médecin, les cycles de sommeil de chacun des patients suivis sous Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO).

Les héroïnomanes ont, pour la plupart, ont un rythme de vie souvent inversé et ce, depuis de longues périodes ; c'est ce que l'on appelle le « retard de phase » : l'agenda du sommeil montre d'une part, un endormissement très tardif et, d'autre part un sommeil matinal de bonne qualité. On note que dans ces cas de « retard de phase », les médicaments hypnotiques sont inactifs.

En résumé, le traitement des troubles du sommeil chez le patient sous TSO doit être ciblé sur la cause et / ou sur les facteurs influençant cette mauvaise hygiène du sommeil.

En vue **d'améliorer l'hygiène de son sommeil**, on conseillera plutôt au patient de :

- se coucher le plus tard possible (vers minuit par exemple)
- éviter les activités sportives en soirée
- éviter de s'endormir devant la télévision
- arrêter toute consommation de psychostimulants (caféine,...)
- Si consommation conjointe de BZD ou d'alcool, proposer un sevrage

progressif

Concernant le **traitement médicamenteux**, il est toujours possible en accord avec le médecin prescripteur et coordinateur de la prise en charge du patient, de proposer deux molécules apparentées aux Benzodiazépines (BZD) (Zolpidem ou Zopiclone).

Par ailleurs, les patients sous TSO sont de loin les patients les plus observant de leur traitement. En prenant en compte ce critère, le pharmacien pourrait conseiller certains médicaments homéopathiques à ses patients addicts.

**REMARQUE : Pourquoi proposer l'homéopathie chez un patient addict aux opiacés ?** (89)

L'homéopathie ne possède aucune contre-indication avec tout autre médicament : il est simplement basé sur le fameux « principe de similitude », par lequel une substance, responsable d'effets indésirables chez un individu sain, permet de traiter ces mêmes symptômes chez un individu malade.

La iatrogénicité des anxiolytiques et hypnotiques est bien connue de tous. Il s'agit de médicaments aux demi-vies très longues, d'où une accumulation de ces molécules actives dans l'organisme, avec des risques accrus de somnolence et de surdosage.

Le choix du ou des médicament(s) homéopathique(s) se ferait selon l'analyse précise du ressenti du patient, mais aussi sur les circonstances à l'origine de l'insomnie.

A noter que ces médicaments homéopathiques vont surtout traiter des insomnies d'endormissement occasionnelles.

La posologie de ces médicaments homéopathiques est toujours de 3 granules, en voie sublinguale, à prendre plusieurs fois par jour, jusqu'à amélioration des symptômes. On conseillera préférentiellement les dilutions 15 ou 30CH, compte tenu de l'importance de la composante psychologique de l'Addiction aux Opiacés.

Le tableau suivant propose quelques exemples de questions à poser au comptoir, afin de déterminer le médicament homéopathique le mieux adapté à notre patient addict.

Prendre en charge les insomnies occasionnelles par l'Homéopathie		
Question principale à poser ?	Questions facultatives ?	Médicament conseillé
Avez-vous une préférence pour les boissons excitantes (café, thé...) ?	Vous en buvez souvent dans la journée ?	COFFEA 15CH 3 granules le soir et 3 granules au coucher
Etes-vous très émotif ?	Le stress se manifeste-t-il par des sensations angoissantes de « boules dans le corps » ?	IGNATIA AMARA 15CH 3 granules le soir
Le stress et l'anxiété vous empêchent-ils d'avancer ?		GELSEMIUM 15CH 3 granules le soir
Un état anxieux, inquiet vous maintient-il en éveil et très agité ?		ARGENTUM NITRICUM 15CH 3 granules le soir
Avez-vous des difficultés à vous endormir ?	Avez-vous des difficultés de concentration dans la vie de tous les jours ?	KALIUM PHOSPHORICUM 3 granules le soir et au coucher
Etes-vous quelqu'un d'explosif à la moindre contrariété ?	Abusez-vous du café ?	NUX VOMICA 15CH 3 granules le soir et au coucher

Tableau 25 : Prise en charge homéopathique des troubles du sommeil chez le patient addict aux opiacés (90)

Selon les réponses du patient, il est possible d'associer plusieurs médicaments, afin d'optimiser l'efficacité et l'amélioration des symptômes.

Ces troubles du sommeil peuvent réellement perturber la vie du patient sous TSO. Aussi, ce n'est pas la seule perturbation susceptible de se produire durant le traitement de substitution, la douleur est également compliquée à prendre en charge, et ne doit pourtant pas être négligée par le pharmacien et les autres professionnels de santé.

Une Fiche-Pratique sur la prise en charge des troubles du sommeil chez l'addict aux opiacés est disponible en **ANNEXE 22**.

#### **4. La prise en charge de la douleur:** (13) (70) (90)

Comme tout autre patient, il est important de l'écouter, de prendre en compte chaque douleur dont il se plaint, pour déterminer le meilleur traitement.

Les mêmes principes de prise en charge de la douleur appliquée 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.

Le tableau suivant répertorie les douleurs les plus observées chez le patient addict aux opiacés et recevant un traitement de substitution aux opiacés :

Types de DOULEURS	TRAITEMENT(S) CONSEILLE(S)
Douleurs coliques	Laxatifs osmotiques Antispasmodiques
Epigastralgies	Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) (Oméprazole) Antiacides (Cimétidine, Alginate)
Douleurs dentaires	Paracétamol Floctafénine (IDARAC®)
Douleurs ostéoarticulaires	Aspirine, AINS Thiocolchicoside (MIOREL®)
Céphalées	Paracétamol Aspirine, AINS Triptans
Neuropathies périphériques	Antiépileptiques Antidépresseurs

Tableau 26 : Principales douleurs rencontrées chez le patient addict aux opiacés (90)

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 régulière de la réponse au traitement. 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.

- 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-méthyl-D-aspartate), impliqués dans les douleurs neurogènes. 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 (Paracétamol, Aspirine, AINS) à doses élevées. La morphine ne peut être utilisée qu'après un avis médical spécialisé.

Chez les patients ayant un long passé de substitution par la méthadone se développent des tolérances aux autres opioïdes ; cela peut rendre difficile la prise en charge de la douleur. Pour cette raison, ils utilisent la méthadone, en plusieurs prises quotidiennes, en tant que substituant et antalgique. A noter que 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 dérivés codéinés sont bien entendu à proscrire en traitement antalgique en association avec la méthadone en raison des risques d'accumulation et de dépendance.

- Patients substitués par la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX®)

La Buprénorphine Haut Dosage (BHD) est un agoniste antagoniste.

En cas de douleur nociceptive d'origine inflammatoire ou infectieuse, les antalgiques de niveau I sont efficaces : aspirine, paracétamol, anti-inflammatoire non stéroïdiens, antispasmodiques, 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 de médicaments codéinés à cause de la compétition de fixation sur les récepteurs.

Si la douleur persiste, 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 zostérienne), susceptible de répondre à un traitement par antidépresseur tricyclique (clomipramine) ou un antiépileptique (carbamazépine, clonazépan).

Enfin, si le patient n'a pu être soulagé, une hospitalisation est nécessaire afin d'envisager un traitement antalgique morphinique.



Les obstacles à cette prise en charge sont également présents du côté du patient sont parfois responsables du non-dit des problèmes d'addiction notamment lors d'une hospitalisation :

- la crainte d'une rechute en cas de prescription d'opiacés,
- une interprétation de l'attitude du professionnel de santé comme réticent,
- et un manque de compréhension de leur situation,

En association, il sera possible de proposer d'autres moyens non médicamenteux tels que de la glace, la physiothérapie, ou une consultation avec un spécialiste de la douleur.

Durant cette consultation ou lors d'un entretien officiel, on évaluera les consommations actuelles et, tout en restant à la même posologie du médicament de substitution, l'évaluation de l'intensité et la caractérisation de la douleur sera possible (échelle visuelle de 0 à 10). Le dépendant aux opiacés ayant un seuil de douleur plus élevé qui nécessite une quantité d'opiacés plus importante, d'où un ajustement individuel posologique. Dans le cas d'une **douleur chronique**, il s'agira de préférer les opiacés à demi-vie longue.

On n'omettra pas de bien expliquer au patient la différence du Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) et du traitement spécifique de la douleur.

#### Prise en charge de la DOULEUR des patients addicts EN PRATIQUE : (90)

**DIALOGUER** avec le patient en fonction de sa situation (sous TSO ou usagers de drogues)

**DISTINGUER** le type de douleur (digestive, articulaire..), sans oublier la possibilité d'un syndrome de manque « résiduel » chez un patient substitué.

**DECRIRE** l'intensité de la douleur (Echelle Visuelle Analogique ou EVA), l'état psychologique du patient.

**DECIDER** du traitement approprié en tenant compte des interactions et du type de douleur.

- Pour des **douleurs aiguës** : on optera pour l'utilisation de formes galéniques orales, sur une courte durée.

- Pour des **douleurs chroniques** : ce sera surtout des formes LP (à libération prolongée) orales ou transdermiques. On peut également utiliser tout autre traitement comme l'acupuncture, la kinésithérapie, la neurostimulation...

Une Fiche-Pratique sur la prise en charge de la douleur chez l'addict aux opiacés est disponible en **ANNEXE 23**.

#### **5. La Prise en Charge des troubles bucco-dentaires:** (88) (90) (92) (93)

La dégradation de l'état bucco-dentaire des patients addicts aux opiacés est un fait avéré comme en témoignent les études réalisées entre des groupes de patients addicts, soignés en CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement pour les patients Addicts) d'une part et des sujets issus d'une population générale d'autre part. C'est la différence significative de l'Indice CAO (dents cariés, absente, obturées) qui traduit l'état de santé bucco-dentaire de ces deux populations.

Ces caries entraînent une dégradation très rapide de la dent atteinte. La carie débute par une coloration blanchâtre au collet et se transforme rapidement en atteinte carieuse.

#### Facteurs déclenchant ces troubles bucco-dentaires : (94)

- une prédisposition familiale ;
- un régime alimentaire non équilibré ;
- l'absence d'hygiène ;
- la dégradation des tissus durs de la dent par un processus physiopathologique mal connu mais dont les conséquences délétères sont indéniables.
- le stress lié à l'incarcération, nécessitant le plus souvent l'administration d'un traitement par médicaments psychotropes. De tels traitements ont notamment pour effet secondaire, une hyposialie, voire une asialie. Cette baisse du flux salivaire vient

s'ajouter à la diminution du pH salivaire, contribuant aux conditions favorisant l'apparition de la carie.

Manifestations buccales les plus fréquentes chez le patient addict :

Substance Psychoactive (SPA)	Pathologies
<b>Alcool</b>	Caries multiples Maladies parodontales, Abrasion dentaires Glossite, chéilite angulaire Apthes récurrents Odeur d'alcool Leucoplasie Cancer buccal Traumatismes maxillo-faciaux Xérostomie Mycoses buccales aiguës et chroniques
<b>Amphétamines</b>	Bruxisme (grincement des dents) Xérostomie Mycoses buccales aiguës et chroniques Caries
<b>Cannabis</b>	risque accru de cancer buccal, Gingivites, Hyperplasie gingivale Troubles sensoriels
<b>Cocaïne / Crack</b>	Dysfonctionnements Temporo-Mandibulaires (DTM), Douleurs cervico-faciales, Troubles moteurs, Lacération gingivale, Gingivorragies et desquamations des muqueuses (cocaïne utilisée en application), Bruxisme, Paresthésie linguale et labiale, Abrasions dentaires, Maladies parodontales(GUN), Xérostomie, Mycoses buccales aiguës et chroniques Diminution de la sensibilité gustative dans l'ordre amer-sucré-salé-acide, Glossite, leuco-œdème (si mastication),
<b>Ecstasy</b>	Douleur faciale inexplicquée Bruxisme, trismus, Douleurs musculaires, DTM
<b>OPIACES</b>	Thrombocytopénies, Pigmentations de type érythémateux pigmenté à la langue, Caries multiples, Maladies parodontales, Xérostomie, Mycoses buccales aiguës et chroniques Altération du goût

Tableau 27 : Manifestations buccales les plus fréquentes chez le patient addict (93)

### Préjudice esthétique :

Outre les douleurs et l'infection, les pathologies bucco-dentaires entraînent fréquemment des difficultés de mastication, d'élocution ainsi qu'une détérioration de l'apparence physique qui nuit à l'estime de soi et peut avoir des conséquences défavorables sur la vie sociale.

La souffrance dentaire et la détérioration de l'image de soi peuvent accentuer les troubles psychiatriques et anxio-dépressifs. La réhabilitation buccale (prothèses, bridges, soins divers...) présente, au-delà même de l'aspect strictement médical, un important enjeu de réinsertion sociale.

Si ces patients traités notamment par la méthadone sont attentifs à l'obtention d'une dentition saine par une observance aux soins dentaires, par la recherche d'une hygiène bucco-dentaire correcte et un brossage des dents régulier, par l'observation d'un régime alimentaire équilibré et la limitation d'aliments ou de boissons sucrés, le risque de dégradation de l'état bucco-dentaire induit par l'excipient sucré de la méthadone devient acceptable.

### Quelques conseils d'hygiène bucco-dentaire (selon les recommandations de l'HAS) pour une meilleure observance des traitements de substitution :

- **Contrôle mécanique de la plaque dentaire** : Brossage quotidien des dents (Remplacer la brosse à dents tous les 3 mois) avec un dentifrice Fluoré peu abrasif
- **Nettoyage interdentaire** : Utilisation de fils dentaires et/ou de brossettes
- **Rinçage de la bouche et des dents** : Eau et Bains de Bouche antiseptiques

## 6. Les déplacements, voyages et séjours à l'Etranger: (13) (91)

### Déplacements sur le territoire français :

Dans le cas d'un déplacement professionnel ou privé de 7 jours ou plus, l'anticipation est le maître mot, afin d'organiser au mieux le relais de la dispensation dans un autre centre spécialisé ou une autre pharmacie. C'est au médecin de 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.

#### Séjours à l'Etranger :

Selon la circulaire DGS n° 97-842 du 17 novembre 1997 relative à l'application de l'article 75 de la convention d'application de l'Accord de Schengen, 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** liés par les accords de Schengen (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, etc.). La convention signée en 1990 de l'Accord de Schengen, prévoit par l'article 75, les règles de transport personnel de médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans l'espace Schengen composé de 25 états : *Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Suède, Suisse, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, Slovénie, Slovaquie et République Tchèque.*

Il faut anticiper le départ au minimum trois semaines avant. 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 l'ARS. Cette autorisation est valable 30 jours et les quantités ne doivent pas être supérieures à la durée maximale de la prescription.

- Le **second niveau, les pays non-européens qui prescrivent eux-mêmes des traitements de substitution.** Les conditions varient d'un pays à l'autre. Le patient doit se renseigner soit auprès de l'ARS de son domicile, soit auprès de l'ambassade ou du consulat du pays correspondant.

• Le **dernier niveau** concerne **les pays extérieurs à l'espace Schengen** dans lesquels la substitution est illégale et qui, par voie de conséquence, considèrent son importation comme une forme de trafic de drogues. En dehors de l'espace Schengen, chaque pays applique ses propres dispositions.

- Si la durée du séjour est inférieure ou égale à la durée maximale de prescription (14 jours pour la méthadone, 28 jours 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 délivrée par l'Unité « Stupéfiants et Psychotropes » de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) sur demande du patient. Les demandes doivent parvenir à l'ANSM 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, un certificat médical indiquant que le médecin ne s'oppose pas au déplacement de son patient sous traitement.

#### Cas particulier de la Méthadone® gélule :

La **demande d'attestation** de transport devra comporter des éléments supplémentaires :

- 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 1an
  - 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 CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement des Patients Addicts).

Un tableau récapitulatif de toutes ces dispositions à prendre, lors de la demande d'un patient sous Traitement de Substitution aux Opiacés de se déplacer en France ou à l'étranger, est disponible à l'**ANNEXE 24**.

En pratique :

**AVERTIR** le patient de l'existence de règles de transport du Subutex®, variant selon le pays de destination et la durée de déplacement.

**ANTICIPER** les périodes de vacances : demander aux patients s'ils ont des projets de départ à l'étranger, préparer à l'avance tout voyage à l'étranger. Prévoir au moins 15 jours de délai pour obtenir tous les documents requis.

En cas de séjour supérieur à 30 jours, on peut éventuellement, après accord préalable, orienter vers un centre relais du pays d'accueil. Il s'agit de mettre en place un relais thérapeutique. Ce relais nécessite le formulaire E111 à se procurer auprès de l'ARS (Agence Régionale de Santé) du domicile du patient.

Lors d'un déplacement de très longue durée prévoir une prolongation du traitement, si besoin, dans le pays d'accueil.

**ASSURER** la continuité des soins en effectuant toutes les démarches nécessaires et en informant clairement les patients.

## **CONCLUSION**

La profession de Pharmacien d'Officine vit actuellement une « révolution », à travers ses fonctions et ses différentes missions. Les nouvelles dispositions législatives font évoluer le pharmacien comme un acteur de santé, exerçant au cœur d'une coopération interprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Il devient donc nécessaire de diversifier les fonctions de tous les professionnels, en matière de prise en charge des pathologies chroniques, que ce soit le diabète, l'hypertension artérielle ou encore l'Addiction aux Opiacés.

Cela passe par le besoin, pour chacun d'entre nous, de développer de nouvelles compétences et de nouveaux rôles. La Profession est à la croisée de nouveaux horizons : il faut saisir cette chance et définir de nouvelles modalités au sein de notre exercice professionnel, dans l'intérêt du Patient addict. 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. Une bonne entente entre le médecin prescripteur et le pharmacien est un facteur important de réussite du suivi.

Le Médecin a toujours un rôle indispensable : il est le seul à pouvoir réaliser un diagnostic clinique de ces patients addicts. Il va voir évoluer sa fonction de prescripteur vers un rôle de **Médecin-Coordonnateur**, dans lequel il lui sera inévitable de déléguer certaines tâches aux Pharmaciens et autres Professionnels de Santé du Réseau (Médecins spécialistes, Addictologues, Infirmiers, Chirurgiens – dentistes, Assistantes Sociales...). Et, ce, dans le but d'améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale du patient addict aux opiacés, de lui permettre de rester Acteur au cœur de son Parcours de Soins Personnalisé pour sa Santé.

Les Réseaux de Santé sont en quelque sorte des « laboratoires », où sont partagées les diverses expériences de chaque Professionnel avec les patients addicts aux opiacés. Et, c'est au sein du Réseau, que les Pharmaciens deviennent force de proposition pour faire évoluer leur exercice professionnel, sans qu'une tierce personne



ne leur dicte des modalités à suivre. Plusieurs avantages devraient ressortir de ce projet :

- Un meilleur suivi des patients, dans leur traitement et leur réinsertion sociale ;
- Une meilleure gestion des déplacements du patient et des congés des médecins et du pharmacien ;
- Une amélioration des liens entre médecin, pharmacien, autres professionnels de santé et patients ;
- La proposition d'un cadre de soins rassurant le pharmacien, le médecin et le patient.

Avec l'évolution de notre société et celle de la Profession, je conçois l'exercice du métier de Pharmacien, sans jamais occulter la relation d'écoute et de conseil établie avec chaque « Patient-Client » de la patientèle de l'Officine.

Grâce à ses nouvelles missions et perspectives d'avenir, le Pharmacien d' Officine se doit de rester au plus proche de ses Patients, tout au long de son exercice.

Et, il semble que notre exercice professionnel soit en train de se diriger vers un modèle de "Pharmacie Clinique", où le Pharmacien aurait la possibilité de d'expliquer sa pathologie au Patient, de lui décrire son traitement, sa prise en charge psycho-médico-sociale et la gestion de son Parcours de Soins, vers son autonomie. Ce modèle est-il une réalité proche de nous ou au contraire, est-il complètement utopique?

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- (1) CARCEL JP. La prise en charge des toxicomanes. {en ligne}. In : « CONSEILS AIDE ET ACTION CONTRE LA TOXCIOMANIE » : Disponible sur : <http://www.caat.online.fr/toxicomanie/prise.htm>. (consultée le 06/03/11).
- (2) GERVAISOT JP. La prise en charge du toxicomane : de réseau à réseau. {en ligne}. In : « STETHONET ». Disponible sur : <http://www.stethonet.org/fmc/toxico1.htm>. (consultée le 30/08/11).
- (3) GERVAISOT JP. Troubles comportementaux & toxicomanies. {en ligne}. In : « STETHONET ». Disponible sur : <http://www.stethonet.org/fmc/toxico4.htm>. (consultée le 30/08/11).
- (4) CESPARM, Education et prévention pour la Santé. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.cespharm.fr/>. (consulté le 08/09/11).
- (5) BARATHE-TABOURIN E. Toxicomanes à l'officine : une prise en charge délicate. Pharmag {en ligne}. Mai 2009. N°17. Disponible sur : <http://www.pharmag.fr/content/toxicomanes%C3%A0l%20officine-une-prise-en-charge-d%C3%A9licate>. (consultée le 30/05/11).
- (6) Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) : données statistiques. {en ligne}. In : « OFDT ». Disponible sur : <http://www.ofdt.fr>. (consulté le 08/09/11).
- (7) Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les toxicomanies (MILDT). {en ligne}. In : « MILDT ». Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/>. (consulté le 15/09/11).
- (8) RIOLI M. L'intégralité du rapport Rioli sur la place du pharmacien dans le parcours de soins. Rapport du 9 juillet 2009. Le Pharmacien d'Officine dans le parcours de soins. {en ligne}. In : « PRATISPHARMA ». Disponible sur : [http://www.pratispharma.com/modules/news/news\\_TV.php?newsid=995](http://www.pratispharma.com/modules/news/news_TV.php?newsid=995). (consulté le 08/09/11).

- (9) Loi HPST de 2009. {en ligne}. In : « LEGIFRANCE ». Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>. (consultée le 19/06/12).
- (10) Haute Autorité de Santé (HAS). {en ligne}. In : « HAS ». Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j\\_5/accueil](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil). (consultée le 19/06/12).
- (11) NGUYEN A. Réseau de santé en addictologie : expérience de la Haute-Vienne : place du pharmacien dans ce réseau. Thèse de Doctorat d'Université, Pharmacie. Limoges : Faculté de Pharmacie. 2011. 202p.
- (12) Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) : données statistiques. {en ligne}. In : « ANSM ». Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/%28offset%29/3>. (consulté le 15/09/11).
- (13) NOUMANI I. Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés en officine : outils de travail interdisciplinaires. Thèse de Doctorat d'Université, Pharmacie. Limoges : Faculté de Pharmacie. 2011. 205p.
- (14) CHEVALIER C, NGUYEN A, NOUMANI I, VILLEGGER P. Place du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique des patients dépendants aux opiacés. Actualités Pharmaceutiques. 2012 Mai ; (516) : p 24-26.
- (15) BONNEFOND G, FRULLANI Y. la loi HPST et ses conséquences : une « révolution » pharmaceutique. Actualités Pharmaceutiques : Les Carnets de formation pharmaceutique continue. 1<sup>er</sup> trimestre 2011. Module 21.
- (16) Ordre National des Pharmaciens. Les 10 missions des pharmaciens d'officine. Les Nouvelles Pharmaceutiques. 2009 septembre ; (386) : p4-6.
- (17) MAZIERE M. les nouvelles missions en pratique : LOI HPST : enfin du concret. Le Quotidien du Pharmacien. 2012 mai ; (2922) : p4.
- (18) SIMON L. La Convention par A+B. Le Pharmacien de France. 2012 ; (1840) : p16-23.

(19) MASCRET C. Mise en application conventionnelle des nouvelles missions dévolues au pharmacien d'officine. Actualités Pharmaceutiques. 2012 juin ; (517) : p58-59.

(20) LAGRUE G, PARQUET P.J, REYNAUD M. Les pratiques addictives, usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport rédigé à la demande de Mr Joël MENARD, Directeur Général de la Santé, et remis à Mr Bernard KOUCHNER, secrétaire d'Etat à la Santé et aux Affaires Sociales. 09 juillet 1999. {en ligne}. In : « OFDT ». Disponible sur : OFDT. [http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=62719&seule=1](http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=62719&seule=1). (consultée en le 15/07/12). 169p.

(21) Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES PHARMACIENS TITULAIRES D'OFFICINE ET L'ASSURANCE MALADIE. JO de la République Française du 6 mai 2012. {en ligne}. In : « LEGIFRANCE ». Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025804248>. (consultée le 15/07/12).

(22) BLANC F, DOUBOVETZKY J. Toxicomanes : la discrimination. La Revue Prescrire. 2010 août ; 30(322) : p580.

(23) BOËT F. Toxicomanes : la discrimination (la suite). La Revue Prescrire. 2011 ; 31(328) : p153.

(24) Substitution aux opiacés. Focus Consommation et conséquences. Synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France. In : « OFDT ». {en ligne}. Disponible sur : [http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=57970](http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=57970). 2003 juin ; (75) ; 79p. (consultée le 20/07/12).

(25) Enquête CAARUD. Septembre 2012. Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. {en ligne}. In : « FEDERATION ADDICTION ». Disponible sur : <http://www.federationaddiction.fr/resultats-ena-caarud-2010-profils-et-pratiques-des-usagers/>. (consultée le 20/07/12).

- (26) : La Codéine, une soupape de sécurité. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.psychoactif.fr/>. (consulté le 27/12/12).
- (27) Code de la Déontologie des Pharmaciens. IVème Partie du Code de la Santé Publique, Livre II : Professions de la pharmacie. {en ligne}. In : « ORDRE DES PHARMACIENS ». Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Rapports-Publications-ordinales/Code-de-deontologie>. (consultée le 07/12/12).
- (28) Comité OMS (Organisation Mondiale de la Santé) d'experts de la Pharmacodépendance. {en ligne}. Disponible sur : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js4897f/#Js4897f>. (consultée le 28/12/12)
- (29) DAMASIO A. Biographie. In : Wikipedia. {en ligne}. Disponible sur : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Antonio\\_Damasio](http://fr.wikipedia.org/wiki/Antonio_Damasio). (consultée le 30/12/12)
- (30) ZIN J, DAMASIO A.R, JACOB O. Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions. 2003. {en ligne}. Disponible sur : <http://jeanzin.fr/ecorevo/sciences/damasio.htm>. (consultée le 29/12/12)
- (31) LOWENSTEIN W. Les addictions en général. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.frc.asso.fr/Le-cerveau-et-la-recherche/Actualite-de-la-recherche/Article/les-addictions-s-en-sortir>. (page consultée le 29 décembre 2012)
- (32) : Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives (réseau IREMA). In : « IREMA ». {en ligne}. Disponible sur : <http://www.irema.net/>. (consultée le 30/12/12)
- (33) LÜSCHER C. Neurobiologie des addictions sans substances. {en ligne}. Disponible sur : [http://www.jeu-excessif.ch/pdf/congres/2008/presentations/Christian.Luescher\\_Neurobiologie.des.addictions.pdf](http://www.jeu-excessif.ch/pdf/congres/2008/presentations/Christian.Luescher_Neurobiologie.des.addictions.pdf). (consultée le 11/10/12). 5p.
- (34) Institut National de Protection et d'Education pour la Santé (INPES). Livre d'Information. In : Drogues & Dépendances. {en ligne}. Disponible sur : [http://www.drogues-dependance.fr/s\\_informer-substance\\_psychoactive.html](http://www.drogues-dependance.fr/s_informer-substance_psychoactive.html). (consultée le 06/12/12). Mars 2006.

- (35) Définition de la Pharmacodépendance. Encyclopédie UNIVERSALIS. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/pharmacodependance/>. (consultée le 07/12/12).
- (36) DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème éd. Trad. Paris, Masson, 1996.
- (37) CIM-10. Classification internationale des maladies, 10ème éd. Paris, Masson, 1993.
- (38) GOODMAN A. Addiction: définition et implication. Br J Addict, 1990, vol 85, p1403-1408.
- (39) : ESCOTS S, SUDERIE G. Usages problématiques de Cocaïne / Crack. Quelles interventions pour quelles demandes ? OFDT. Evaluation des politiques publiques. {en ligne}. In : « OFDT ». Disponible sur : OFDT. [http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=51507](http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=51507). 2010 Mars ; 4p. (consulté le 07/12/12).
- (40) : AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES, ex-HAS). Réduire les mauvaises utilisations de médicaments de substitution aux opiacés. Recommandations pour la pratique clinique. {en ligne}. In : « HAS ». Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272329/reduire-les-mauvaises-utilisations-des-medicaments-de-substitution-des-opiaces](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272329/reduire-les-mauvaises-utilisations-des-medicaments-de-substitution-des-opiaces). Juin 2004. (consulté le 07/12/12).
- (41) PAPET N, SENON JL. Conduites addictives : toxicomanies aux opiacés et aux psychotropes. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie/autres%20DU/Conduites%20addictives%20NPapetJLS.pdf>. 164p. (consulté le 07/12/12).
- (42) ANAES, FFA (Fédération Française d'Addictologie). Conférence de consensus : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 2004 juin 23 & 24. Textes des recommandations.
- (43) OFDT. Drogues, Chiffres clés. 4<sup>ème</sup> édition. Janvier 2012.

- (44) AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT (ANSM). CEIP (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance). Enquête DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances). 2008.
- (45) INSTITUT SUISSE DE PREVENTION DE L'ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES (Sfa/ispa). Cocaine, la ligne étroite... .. entre "de temps à autre" et "toujours plus". {en ligne}. In : « OFDT ». Disponible sur : [http://www.addictionsuisse.ch/DocUpload/cocaine\\_ligne.pdf](http://www.addictionsuisse.ch/DocUpload/cocaine_ligne.pdf). 2p. (consultée le 07/01/13)
- (46) OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET TOXICOMANIES (OEDT). Décès liés à la drogue. {en ligne}. In : « OEDT ». Disponible sur : <http://ar2005.emcdda.europa.eu/fr/page068-fr.html> ; <http://ar2002.emcdda.europa.eu/fr/popups/olbox09-fr.html>. (consultée le 07/01/13)
- (47) STELLI, In : « PSYCHOACTIF ». {en ligne}. Disponible sur : [http://www.psychoactif.fr/psychowiki/index.php?title=Les\\_complications\\_li%C3%A9es\\_%C3%A0\\_l%27injection\\_intraveineuse](http://www.psychoactif.fr/psychowiki/index.php?title=Les_complications_li%C3%A9es_%C3%A0_l%27injection_intraveineuse). (consultée le 22/03/13)
- (48) CEIP DE GRENOBLE, Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES) 2010. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). In : « ANSM ». [http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/\(offset\)/3](http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/(offset)/3). 2012. (consultée le 07/01/13)
- (49) CADET-TAÏROU A, M. GANDILHON, and E. LAHAIE (2012), Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011). *Tendances*, 78, In : « OFDT ». Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend78.html>. p. 1-6. (consultée le 07/01/13)
- (50) CADET-TAÏROU A. *et al.*, (2010). Drogues et usage de drogues en France, Etat des lieux et tendances récentes, neuvième édition du rapport national du dispositif Trend. In : « OFDT ». Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap10/epfxacq1.html>. 281p. (consultée le 07/01/13)

- (51) CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE SUR LES CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS (Cépi-DC - INSERM). *Registre national des causes de décès*. In : « CEPIDC ». Disponible sur: <http://www.cephdc.vesinet.inserm.fr/>. (consultée le 22/03/13)
- (52) JANSSEN E. (2009), "Les décès par surdose de drogues en France. Une présentation critique", *RESP*, 57: 126-129.
- (53) JANSSEN E., PALLE C. (2010), "Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France", *Tendances*, 70, In : « OFDT ». Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend70.html>. p. 1-6. (consultée le 22/03/13)
- (54) CHAILLON A. Diversité et modes de transmission du virus de l'hépatite C. Signes cliniques et évolution de l'infection. *Actualités Pharmaceutiques*. 2008 décembre ; 480 : p10-13.
- (55) HAUTE AUTORITE DE SANTÉ (HAS). Document « Actes et Prestations – Affection de Longue durée. HEPATITE CHRONIQUE C. {en ligne}. In : « HAS ». Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_ald\\_6\\_vhc\\_actualisation\\_dec\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald_6_vhc_actualisation_dec_2007.pdf). Juin 2012. (consultée le 07/01/13)
- (56) CHAILLON A, RICHARD E. Evaluation de l'atteinte hépatique. *Actualités Pharmaceutiques*. 2008 décembre ; 480 : p14-15.
- (57) SIS / ASSOCIATION. Quelle est la cause d'une Hépatite C ? {en ligne}. In : « SIS / Association ». Disponible sur : <http://www.hepatites-info-service.org/?Quelle-est-la-cause-d-une-hepatite>. (consultée le 16/01/13).
- (58) Dépistage de l'Hépatite C : Les examens sérologiques. {en ligne}. In : « SANTÉ MÉDECINE.NET ». Disponible sur : [http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/6864-depistage-de-l-hepatite-c-les-examens-serologiques#simili\\_main](http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/6864-depistage-de-l-hepatite-c-les-examens-serologiques#simili_main). (consultée le 16/01/13)
- (59) COUDRAY M, DE CARVALHO E. Vivre avec une hépatite C : une étude d'Hépatites info service en 2011, France. *INVS. BEH n° 29-30* du 10 juillet 2012. (343 : 346). {en ligne}. In : « INVS ». Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-29-30-2012>. (consultée le 16/01/13).



- (60) JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, LE STRAT Y. et al. "Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004", BEH 33 / 5 septembre 2006. {en ligne}. In : « INVS ». Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/>. (consultée le 16/01/13)
- (61) EMMANUELLI J, JAUFFRET-ROUSTIDE M, "Etude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude Coquelicot)". {en ligne}. In : « OFDT ». Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD len/Bd stats/56 Doc.xhtml>. 2003, 80 p. (consultée le 16/01/13)
- (62) EMMANUELLI J, JAUFFRET-ROUSTIDE M, BARIN F, « Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues », BEH n° 16-17/2003. {en ligne}. In : « OFDT ». Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD len/Bd stats/56 Doc.xhtml>. p. 97-99. (consultée le 16/01/13)
- (63) Définition d' Opioïde. {en ligne}. In : « WIKIPEDIA ». Disponible sur : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Opioïde>. (consultée le 06/12/12).
- (64) GOMEZ G. Opium, Opiacés ? Opioïdes. {en ligne}. Disponible sur : <http://webpeda.ac-montpellier.fr/wspc/ABCDORGA/Famille4/OPIUM.htm>. (consultée le 06/12/12)
- (65) VIALLEFONT P. La délivrance de la Buprénorphine Haut Dosage et de la Méthadone à l'officine. Thèse de Doctorat d'Université, Pharmacie. Limoges : Faculté de Pharmacie. 2012. 162p.
- (66) BAMBRUGGE ép. DOSDAT V. Le rôle du pharmacien dans le dispositif de prise en charge du toxicomane dans le secteur de Thionville. Thèse de Doctorat d'Université, Pharmacie. Nancy : Faculté de Pharmacie. 2000. 154p.
- (67) APOTHICOM. {en ligne}. <http://www.apothicom.org/apothicom.php>. (consulté le 27/09/12).
- (68) LAMARCHE J. L'accueil du toxicomane à l'officine. éd.MASSON. 2001 décembre. 143p.

- (69) FEUCHOT B, MARTIN de LASSALLE A, PINAULT O, ROGER P, TIBLE E. Les réseaux de santé en addictologie face à la démocratie sanitaire. *Evaluation du Réseau Santé Ville Hôpital en Addictologie de la Haute-Vienne*. Rapport de Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale. Master 1 AES « Parcours AGT ». Avril 2008.
- (70) TRESSENS G. De l'héroïne aux Traitements de Substitutions aux Opiacés (TSO). Etude officinale en Limousin. Perspectives. Thèse de Doctorat d'Université, Pharmacie. Limoges : Faculté de Pharmacie. 2013. 134p.
- (71) Forum INTERNET d'usagers de drogues. « TSO - substitution aux opiacés Pharmacie et refus de délivrance ». {en ligne}. In : « PSYCHOACTIF ». Disponible sur : <http://www.psychoactif.fr/forum/t2289-p1-Pharmacie-refus-delivrance.html>. (consultée le 07/12/12)
- (72) CONSTANTIN A. Le traitement substitutif aux opiacés. Profession Pharmacien. 2012 Avril ; 76 : p42 : 45p.
- (73) PILLON F. Les opiacés. Actualités Pharmaceutiques. 2009 Mars ; 463 : p18 : 20p.
- (74) ANSM. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage. Octobre 2011. {en ligne}. In : « ANSM ». Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf). (consulté le 07/12/12)
- (75) PROCHASKA JO, DI CLEMENTE CC. Modèle transthéorique de changement 1984. {en ligne}. In : « WIKIPEDIA ». Disponible sur : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Mod%C3%A8le\\_transth%C3%A9orique\\_de\\_changement](http://fr.wikipedia.org/wiki/Mod%C3%A8le_transth%C3%A9orique_de_changement). (consulté le 07/12/12)
- (76) PROCHASKA JO, DI CLEMENTE CC, NORCROSS GC. *In search of How People Change: Applications to addictive behaviors*. American Psychologist ; 1992, p1102-1114.
- (77) POCACHARD R. Réseau Addiction VIH Hépatites. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.resadh73.fr/arbres-decisionnels.html>. (consultée le 27/09/12).

- (78) CLUB PHARMAWEB. Pierre Fabre Dermocosmétique. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.clubpharmaweb.com/front/fr/iatrogeny/search>. (page consultée le 22/11/12).
- (79) BUXERAUD J. Traitement substitutif aux opiacés par la Buprénorphine : le premier générique est disponible. Actualités Pharmaceutiques. 2006 Mai ; (457) : p23-26.
- (80) VOUGE N. (Strasbourg – 67). Gélules de Méthadone, regard et place du pharmacien d'officine. LE FLYER. 2012 Mai ; (47) : p4-9.
- (81) SOCIETE SCIENTIFIQUE DE MEDECINE GENERALE, RESEAU BELGE ALTO. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.ssmg.be/cellules-specifiques/toxicomanie-alto/14-cellules-specifiques/137-formation-de-base-20112012>. (consultée le 10/12/12).
- (82) SANTE CANADA. Préoccupations liées à la santé. Recension de la documentation – Traitement d'entretien de la Méthadone. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/methadone/development-fra.php#int>. (consultée le 17/02/13).
- (83) VELASTEGUI S. (CH Clermont – 60). Les effets indésirables de la méthadone : l'hypersudation. LE FLYER. 2012 Février ; (46) : p16-17.
- (84) DOROSZ Ph, LE JEUNNE C, VITAL DURAND D. Guide pratique des médicaments. 30<sup>ème</sup> éd. Maloine. 2011.
- (85) REMBLIER C, RICHARD D. Centre Hospitalier Henri-Laborit. Poitiers. Les outils du TSO : buprénorphine et méthadone. Le Moniteur Hospitalier. 2009 Mars ; (214) : p17-28.
- (86) BARJOLIN JC, FORD C, ROBERTS K, Manchester. « RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA PRESCRIPTION DE BENZODIAZEPINES AUX USAGERS DE DROGUES EN MEDECINE DE VILLE (G-B) ». LE FLYER. 2007 Mai ; (26) : {en ligne}. In : « RVH-SYNERGIE ». Disponible sur : <http://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/comorbidites/comorbidites-psychiatriques/165-recommandations-relatives-a-la>

[prescription-de-benzodiazepines-aux-usagers-de-drogues-en-medecine-de-ville-g-b.html](#). (consultée le 01/04/13).

**(87)** BAKELAND N. Grossesse et Addiction : effets des principales substances psychoactives sur l'enfant à venir et principes de prise en charge. Thèse de Doctorat d'Université, Pharmacie. Limoges : Faculté de Pharmacie. 2011. 145p.

**(88)** JAMIESON, BEALS, LALONDE & Associates. Inc. Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue Santé Canada. « Recension de la documentation – Traitement d'entretien à la Méthadone ». 2002. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/methadone/index-fra.php>. (consultée le 17/02/13).

**(89)** BOULET J, DEMONCEAUX A, DONNER F, LEVEQUE Y. Thérapeutique homéopathique. Schémas & Protocoles. CEDH. Mars 2011.

**(90)** ASSOCIATION L'ANTALVITE. {en ligne}. In : « ANTALVITE ». Disponible sur : [http://www.antalvite.fr/prise\\_en\\_charge.php](http://www.antalvite.fr/prise_en_charge.php). (consultée le 28/02/13).

**(91)** Circulaire DGS n° 97-842 du 17 novembre 1997 relative à l'application de l'article 75 de la convention d'application de l'Accord de Schengen. {en ligne}. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-05/a0050221.htm>. (consultée le 28/02/13).

**(92)** ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES (ONCD), Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanes (MILDT). Les risques encourus par les usagers de substances psycho-actives touchent la cavité buccale dans son ensemble. {en ligne}. In : « MILDT ». Disponible sur : <http://infosdentistesaddictions.org/risques-bucco-dentaires.html>. (consultée le 21/03/13).

**(93)** BECART A, COGO M. (Clinique de médecine légale et de médecine en milieu pénitenciaire, pôle ambulatoire ; CHRU – Lille – 59). « Etat bucco-dentaire du toxicomane et Méthadone ». LE FLYER. 2006 Novembre ; (26) : {en ligne}. Disponible sur : <http://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/contextes-de-vulnerabilite/hygiene-de-vie/311-etat-bucco-dentaire-du-toxicomane-et-methadone.html>. (consultée le 24/03/13).

## **SIGLES & ABRÉVIATIONS**

<b>AMM</b>	Autorisation de Mise sur le Marché
<b>AP-HP</b>	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ATCD</b>	Antécédents
<b>BHD</b>	Buprénorphine Haut Dosage
<b>BPCO</b>	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
<b>BZD</b>	Benzodiazépines
<b>CIM-10</b>	Classification Internationale des Maladies 10ème édition
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPS</b>	Comprimés
<b>CRPV</b>	Centre Régional de Pharmacovigilance
<b>CSAPA</b>	Centre de Soins et d'Accompagnement pour les Personnes Addictes
<b>CSP</b>	Code de la Santé Publique
<b>DCI</b>	Dénomination Commune Internationale
<b>DP</b>	Dossier Pharmaceutique
<b>DPC</b>	Développement Professionnel Continu
<b>DPPE</b>	Dossier Patient Pharmaceutique Electronique
<b>DSM-IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>EO</b>	Entretien Officiel
<b>EP</b>	Entretien Pharmaceutique
<b>ETP</b>	Education Thérapeutique du Patient
<b>FSPF</b>	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France.
<b>HAD</b>	Hospitalisation à Domicile
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé

ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ADDICT AUX OPIACES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE  
DANS LE CADRE DE LA LOI HPST DE 2009

<b>IFN</b>	Interféron(s)
<b>INR</b>	International Normalized Ratio
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>IV</b>	Intraveineuse
<b>LABM</b>	Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale
<b>MAD</b>	Maintien à Domicile,
<b>MSO</b>	Médicament de Substitution aux Opiacés
<b>OEDT</b>	Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies
<b>OFDT</b>	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PUI</b>	Pharmacie à Usage Intérieur
<b>RCP</b>	Résumé des Caractéristiques du Produit
<b>SIDA (VIH)</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise, (Virus d'Immunodéficience Humaine)
<b>SPA</b>	Substances PsychoActives
<b>SPF-PL</b>	Société de Participations Financières de Professions Libérales
<b>TFR</b>	Tarif Forfaitaire de Responsabilité
<b>TSO</b>	Traitement de Substitution aux Opiacés
<b>UNCAM</b>	Union Nationale des Caisses d'Assurance Malade
<b>UNPF</b>	Union Nationale des Pharmacies de France
<b>USPO</b>	Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine
<b>VHB</b>	Virus de l'Hépatite B
<b>VHC</b>	Virus de l'Hépatite C

## INDEX ALPHABETIQUE

<b>Mots-Clés ou Expressions-Clés</b>	<b>Définition</b>	<b>Pages n°</b>
<b>Addictions comportementales</b>	Base du concept d'Addiction	63
« <b>Borderline</b> »	Qualifie généralement la personnalité du patient addict	71, Annexe 6
<b>Comorbidités</b>	Troubles psychiatriques, somatiques et sociaux liés à la pathologie « Addiction »	56, 66, <b>68-81</b>
<b>Convention Pharmaceutique</b>	PLFSS 2012 Syndicats de Pharmaciens et Assurance Maladie	33, 40
<b>Coopération Interprofessionnelle</b>	Travail pluridisciplinaire entre professionnels de santé dans le but d'améliorer la prise en charge psycho-médico-sociale du patient addict aux opiacés	87, 139
« <b>Craving</b> »	Envie irrésistible de consommer des substances psychoactives	52, 63, 129, 141, Annexes 8 & 13
<b>Damasio</b>	Professeur en Neurologie, spécialiste de la composante émotionnelle dans les trajets corticaux dans les addictions	66
<b>Dossier Pharmaceutique (DP)</b>	Outil de traçabilité et de sécurité du médicament, développé par l'Ordre des Pharmaciens	20, 27, 38, 39, 45, 190
<b>Entretien Officiel (EO)</b>	Nouvel outil d'accompagnement du patient addict aux opiacés par le Pharmacien d'Officine, et développé dans le cadre de cette thèse	42, 100, 105, 170, 190
<b>Entretien Pharmaceutique (EP)</b>	Base de l'EO et défini par la Loi HPST et la Convention Pharmaceutique du PLFSS	46, 105, 135, 150, 161, 190
<b>Espace de Confidentialité</b>	Nouvel espace de l'Officine depuis 2012, et nécessaire à la mise en place des nouvelles missions du Pharmacien d'Officine. Sa création implique le développement de nouveaux moyens et de compétences.	80, 97, 99, 107
<b>Education Thérapeutique (ETP)</b>	Nouveau concept développé par la Loi HPST Nécessite d'avoir validé une formation qualifiante.	34-37, 46, 190, Annexe 1
<b>Goodman</b>	Il a défini les principaux critères de diagnostic du trouble addictif en 1990.	62
<b>Loi HPST</b>	Loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009	34, 37, 45, 46, 139
<b>Löwenstein</b>	Dr William Löwenstein, Directeur Général de la Clinique Montevideo et de l'Institut Baron Maurice de Rothschild, Médecin spécialisé dans la recherche et le traitement des addictions <i>« Père du triptyque Addiction = Produit x Environnement x Individu »</i>	64, 68

ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ADDICT AUX OPIACÉS PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE  
DANS LE CADRE DE LA LOI HPST DE 2009

<b>Mésusage</b>	Mauvaise utilisation ou détournée des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)	26, <b>56</b> , 64, 98, 145, 147, 162, 163, 174
<b>Nomadisme médical</b>	Peut être lié ou non au mésusage. Les patients addicts aux opiacés et sous TSO, n'hésitent pas à consulter plusieurs médecins pour multiplier les prescriptions et obtenir plus de produit.	56, 57, 65, 93, 162, 163
<b>Overdose</b>	Coma par surdosage qui peut entraîner la mort et dont les symptômes varient suivant le produit utilisé.	70, 74, 137, 147, Annexe 8 & 13
<b>Parcours de Soins</b>	Appelé aussi Parcours de Santé. Objectif : optimiser la prise en charge en travaillant sur l'interdisciplinarité, la continuité des soins de proximité et la coordination des soins.	19, 21, 22, 28, 34, 48, 87, 88, 92, 95, 102, 107, 112, 127, 178, <b>Annexe 4</b>
<b>Pharmacodépendance</b>	Englobe la dépendance (ou l'addiction) psychique et physique, survenant après l'absorption d'une substance chimique.	49, 54, 59, 60, 101, 126, 127
<b>Pharmacien Correspondant</b>	Nouvelle fonction proposée par la loi HPST, pour le Pharmacien d'Officine Rôle de coordinateur des soins avec le patient et les autres professionnels de santé du Réseau.	38, 39
<b>« Poussière »</b>	Ensemble des impuretés dues aux « produits de coupe »	73, Annexe 18
<b>Prise en charge Médico-Psycho-Sociale</b>	Démarche d'accompagnement globale du patient addict aux opiacés par le Pharmacien d'Officine	47, 178
<b>Prochaska &amp; di Clemente</b>	Modèle transthéorique du Changement de comportement des addicts vis à vis des drogues et autres substances psychoactives	114, 117, 118, 162
<b>Rapport RIOLI</b>	Base de travail pour l'élaboration de la loi HPST, en vue d'une évolution du métier de Pharmacien d'Officine	19, 45, 105
<b>Réseau de Santé</b>	Réseau de soins défini par les professionnels de santé pour le patient dans le but de réaliser une prise en charge globale.	28, 57, 59, 65, 92
<b>Sevrage</b>	Arrêt progressif ou brutal de toute consommation de substances chimiques, comme par exemple les opiacés.	<b>49</b> , 52, 53, 57-59, 61, 85, 97, 120, 126, 129, 133, 141, 142, 146, 147, 153, 162, 165, 166, 177, <b>Annexes 5 &amp; 8</b>



## TABLE DES ANNEXES

<b>ANNEXE 1</b>	Education Thérapeutique du Patient (ETP)
<b>ANNEXE 2</b>	Le « Trafic » de Stupéfiants : définition selon le Code Pénal
<b>ANNEXE 3</b>	Tableau récapitulatif des opiacés et opioïdes
<b>ANNEXE 4</b>	Le « Parcours de soins » selon le Réseau de Santé ADDICTLIM
<b>ANNEXE 5</b>	Questionnaires d'évaluation de la dépendance selon les critères du DSM IV
<b>ANNEXE 6</b>	RDV thérapeutique n°1 : Premières évaluations
<b>ANNEXE 7</b>	Schéma général de l'outil d'aide à l'accompagnement du patient addict aux opiacés
<b>ANNEXE 8</b>	Fiche-Pratique : Initialisation du Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)
<b>ANNEXE 9</b>	Fiche-Pratique : Fiche-Pratique : Délivrance du SUBUTEX®
<b>ANNEXE 10</b>	Fiche-Pratique : Délivrance de la METHADONE®
<b>ANNEXE 11</b>	Fiche-Pratique : Délivrance de la SUBOXONE®
<b>ANNEXE 12</b>	Fiche-Pratique : Délivrance de la SUBOXONE®
<b>ANNEXE 13</b>	Fiche-Pratique : Expliquer Le Syndrome de Manque
<b>ANNEXE 14</b>	Fiche-Pratique : Expliquer les effets indésirables des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)
<b>ANNEXE 15</b>	Fiche-Pratique : L'Hépatite C (VHC)
<b>ANNEXE 16</b>	Fiche-Pratique : Réduction des Risques liés à l'injection
<b>ANNEXE 17</b>	Le Sterifilt® : description, mode d'emploi
<b>ANNEXE 18</b>	Fiche-Pratique : Conduite à tenir en cas de Fièvre ?
<b>ANNEXE 19</b>	Fiche-Pratique : De la Méthadone Sirop à la Méthadone Gélules
<b>ANNEXE 20</b>	Fiche-Pratique : La Grossesse et l'Allaitement
<b>ANNEXE 21</b>	Fiche-Pratique : Questionnaire AQTS Auto-Questionnaire pour les patients sous Traitement de Substitution : un outil d'évaluation sociale simple et fiable
<b>ANNEXE 22</b>	Fiche-Pratique : Les troubles du Sommeil
<b>ANNEXE 23</b>	Fiche-Pratique : Prise en Charge de la Douleur
<b>ANNEXE 24</b>	Fiche-Pratique : Déplacements, Voyages, séjours à l'Etranger

## Annexe 1. Education Thérapeutique du Patient (ETP) :

Selon le JO de la République Française : Arrêté du 2 août 2010

4 août 2010

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 30 sur 128

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises  
pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

NOR: SABS1017803A

La ministre de la santé et des sports,  
Vu le code de la santé publique, notamment son article D. 1161-2 ;  
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 10 mars 2010,

Arrête :

Art. 1<sup>er</sup>. - Le référentiel des compétences mentionné à l'article D. 1161-2 du code de la santé publique figure en annexe du présent arrêté.

Art. 2. - L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme.

Art. 3. - Ces compétences s'acquiescent dans le cadre soit de la formation initiale ou du développement professionnel continu pour les professionnels de santé, soit par des actions de formation continue.

Art. 4. - Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 août 2010.

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale  
de l'offre de soins,*  
A. POCHE

## ANNEXE

### COMPÉTENCES REQUISES POUR DISPENSER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Il est recommandé que les formations permettant l'acquisition des compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient s'appuient sur les contenus et objectifs pédagogiques définis par l'Organisation mondiale de la santé dans ses recommandations « Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques » (recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, bureau régional pour l'Europe, 1998).

Quinze compétences sont définies par les recommandations de l'OMS pour permettre la conduite des séances ou temps d'éducation thérapeutique, individuellement ou en équipe pluridisciplinaire.

Le tableau ci-dessous liste les compétences OMS (n° 1 à 15), les réunit sous une compétence générique (A à F) et les associe aux domaines fixés à l'article D. 1161-2 du code de la santé publique :

- compétences relationnelles (domaine I) ;
- compétences pédagogiques et d'animation (domaine II) ;
- compétences méthodologiques et organisationnelles (domaine III) ;
- compétences biomédicales et de soins (domaine IV).

Les compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique peuvent être partagées au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Les compétences OMS n° 8-a, 13 et 15 relèvent exclusivement des professionnels de santé mentionnés aux livres I<sup>er</sup> et II et aux titres I<sup>er</sup> à VII du livre III de la quatrième partie du code susmentionné.

Compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique	Domaine associé			
	I	II	III	IV
<b>A. - Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, du patient, y compris les attentes non verbalisées</b>				
- « 5. Identifier les besoins objectifs et subjectifs des patients »		X	X	
<b>B. - Adapter son comportement et sa pratique professionnelle au patient et à son entourage</b>				
- « 1. Adapter son comportement professionnel aux patients et à leur maladie (aiguë/chronique) »	X			
- « 2. Adapter son comportement professionnel aux patients, à leurs familles et à leurs proches »	X			
- « 3. Adapter en permanence ses rôle et actions avec le rôle et les actions des équipes de soins et d'éducation avec lesquelles il travaille »			X	
<b>C. - Communiquer et développer des relations avec le patient afin de le soutenir dans l'expression de ses besoins de santé</b>				
- « 4. Communiquer de manière empathique avec les patients »	X	X		
- « 6. Prendre en considération l'état émotionnel des patients, leur vécu et leurs représentations de la maladie et de son traitement »	X	X		
<b>D. - Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec le patient</b>				
- « 7. Aider les patients à apprendre »		X		
- « 8.a) Apprendre aux patients à gérer leur traitement »				X
- « 8.b) Apprendre aux patients à utiliser les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles »		X		
- « 9. Aider les patients à gérer leur mode de vie »		X		
- « 12. Tenir compte dans l'éducation thérapeutique du patient des dimensions pédagogiques, psychologiques et sociales de la prise en charge à long terme »	X		X	
<b>E. - Utiliser les outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie</b>				
- « 10. Choisir des outils adaptés à chaque patient »		X	X	
- « 11. Utiliser ces outils et les intégrer dans la prise en charge des patients et dans leur propre processus d'apprentissage »		X	X	
<b>F. - Evaluer la démarche éducative et ses effets, et apporter en conséquence des ajustements</b>				
- « 13. Evaluer l'éducation du patient et ses effets thérapeutiques (cliniques, biologiques, psychologiques, pédagogiques, sociaux, économiques) et apporter les ajustements indiqués »		X		X
- « 14. Evaluer et améliorer de façon périodique la performance pédagogique des soignants »		X		X
<b>G. - Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de la maladie</b>				
- « 15. Eduquer et conseiller les patients quant à la gestion des crises et aux facteurs qui interfèrent avec la gestion normale de leur maladie »				X

## Annexe 2. le «Trafic» de Stupéfiants : définition selon le Code Pénal

Le **trafic de stupéfiants** désigne les échanges commerciaux illicites de substances chimiques psychoactives. Le trafic de stupéfiants est réprimé selon les articles 222-34 à 222-43 du Code Pénal. Six agissements sont spécialement incriminés :

Le crime de direction et d'organisation d'un groupement destiné au trafic : Art. 222-34 : « Le fait de diriger ou d'organiser un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants est puni de la réclusion criminelle à perpétuité et de 7 500 000 euros d'amende. »

Le crime de fabrication ou de production illicites : Art. 222-35 : « Le fait de diriger ou d'organiser un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants est puni de la réclusion criminelle à perpétuité et de 7 500 000 euros d'amende. »

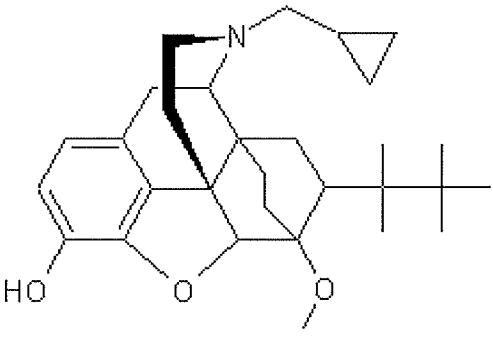
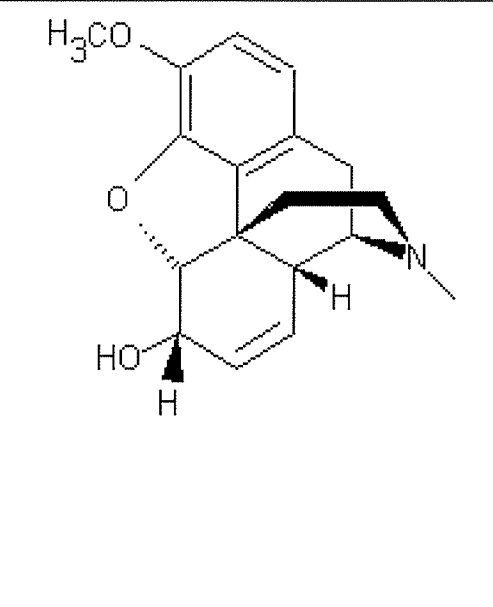
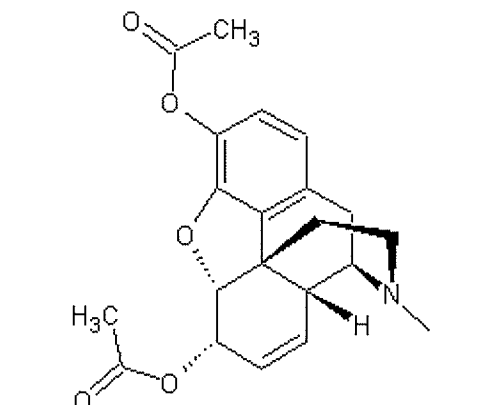
Le crime ou le délit d'importation ou d'exportation illicites de stupéfiants: Art. 222-36 : « L'importation ou l'exportation illicites de stupéfiants sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende. Ces faits sont punis de trente ans de réclusion criminelle et de 7 500 000 euros d'amende lorsqu'ils sont commis en bande organisée. »

Le délit de transport, de détention, d'offre, de cession, d'acquisition ou d'emploi illicite de stupéfiants : Art. 222-37 : « Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants sont punis de dix ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende. Est puni des mêmes peines le fait de faciliter, par quelque moyen que ce soit, l'usage illicite de stupéfiants, de se faire délivrer des stupéfiants au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisance, ou de délivrer des stupéfiants sur la présentation de telles ordonnances en connaissant leur caractère fictif ou complaisant. »

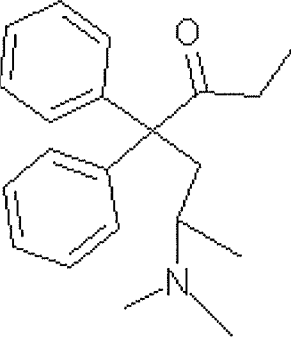
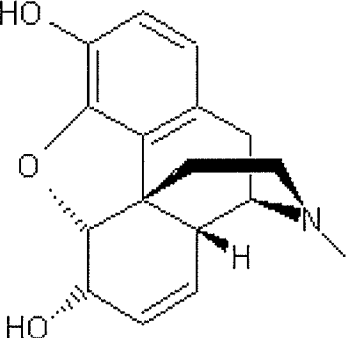
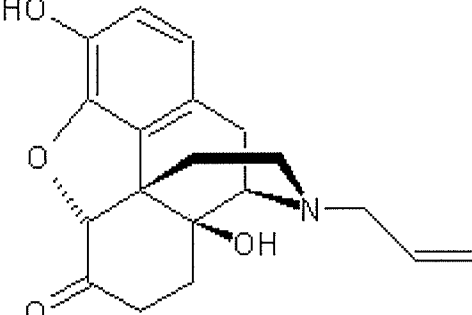
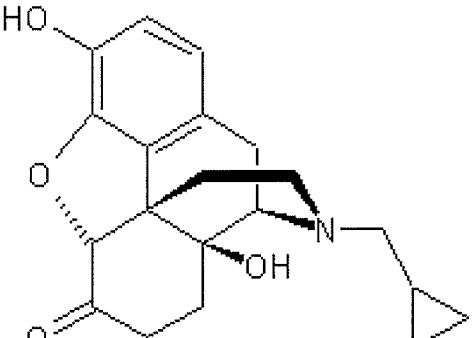
Le délit de justification mensongère de ressources et d'opérations de placement : Art. 222-38 : « Est puni de dix ans d'emprisonnement et de 750 000 euros d'amende le fait de faciliter, par tout moyen, la justification mensongère de l'origine des biens ou des revenus de l'auteur de l'une des infractions mentionnées aux articles 222-34 à 222-37 ou d'apporter son concours à une opération de placement, de dissimulation ou de conversion du produit de l'une de ces infractions. La peine d'amende peut être élevée jusqu'à la moitié de la valeur des biens ou des fonds sur lesquels ont porté les opérations de blanchiment. Lorsque l'infraction a porté sur des biens ou des fonds provenant de l'un des crimes mentionnés aux articles 222-34, 222-35 et 222-36, deuxième alinéa, son auteur est puni des peines prévues pour les crimes dont il a eu connaissance. »

Le délit de cession ou d'offre en vue de la consommation personnelle : Art. 222-39 : « La cession ou l'offre illicites de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. La peine d'emprisonnement est portée à dix ans lorsque les stupéfiants sont offerts ou cédés, dans les conditions définies à l'alinéa précédent, à des mineurs ou dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux. »

**Annexe 3. Tableau récapitulatif des opiacés et opioïdes :**

<p><b>Buprénorphine</b>  <math>C_{29}H_{41}NO_4</math>                      Aspect :                      Cristaux blancs.                      Masse molaire :  <math>467,6401g.mol^{-1}</math>                      Fusion : 209 °C                      Solubilité: Soluble dans l'acétone et le méthanol ; insoluble dans l'eau.                      N° CAS : 52485-79-7</p>	 <p>The image shows the chemical structure of Buprenorphine, a partial mu-opioid receptor agonist. It features a pentacyclic morphinan core with a hydroxyl group at the 3-position, a methoxy group at the 6-position, and a propylpiperidine ring system at the 4-position.</p>	<p>Opioïde Agoniste / Antagoniste (Agoniste partiel)</p> <p>TEMGESIC®                      SUBUTEX® et ses médicaments génériques                      SUBOXONE®</p>
<p><b>Codéine (Méthylmorphine)</b>  <math>C_{18}H_{21}NO_3</math>                      Aspect :                      Cristaux orthorhombiques (lorsque recristallisé dans l'eau, l'éthanol dilué, l'éther).                      Masse molaire :  <math>299,365g.mol^{-1}</math>                      Ebullition : 250°C (sous 22 mm de Hg) ; 140°C (sous 1,5 mm de Hg).                      Fusion : 157,5 °C                      Densité : 1,32 (à 25°C)                      Solubilité: Ethanol, éther, benzène, chloroforme.                      N° CAS : 76-57-3</p>	 <p>The image shows the chemical structure of Codeine (Methylmorphine), an opioid alkaloid. It has a pentacyclic morphinan core with a methoxy group at the 3-position, a hydroxyl group at the 6-position, and a methyl group on the nitrogen atom.</p>	<p>Alcaloïde de l'Opium                      Antalgique, Sédatif</p> <p>ANTARENE CODEINE®                      CLARADOL®                      CODOLIPRANE®                      DAFALGAN CODEINE®                      DICODIN LP®                      EUPHON®                      KLIPAL CODEINE®                      MIGRALGINE®                      NEO-CODION®                      NOVACETOL®                      POLERY®                      PRONTALGINE®                      PULMOSERUM®                      TUSSIPAX®</p>
<p><b>Héroïne (Diacétylmorphine)</b>  <math>C_{21}H_{23}NO_5</math>                      Masse molaire :  <math>369,412g.mol^{-1}</math>                      Fusion : 209 °C                      Solubilité: Soluble dans l'acétone et le méthanol ; insoluble dans l'eau.                      N° CAS : 52485-79-7</p>	 <p>The image shows the chemical structure of Heroin (Diacetylmorphine), a potent opioid. It has a pentacyclic morphinan core with acetyl groups at the 3 and 6 positions and a methyl group on the nitrogen atom.</p>	<p>Substance OPIACEE</p>

ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ADDICT AUX OPIACES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE  
DANS LE CADRE DE LA LOI HPST DE 2009

<p><b>Méthadone</b> ou 6-(diméthylamino)-4,4-diphénylheptan-3-one <math>C_{21}H_{27}NO</math> <u>Aspect</u> : Cristaux blancs. <u>Masse molaire</u> : <math>309,445 \text{ g.mol}^{-1}</math> <u>Fusion</u> : <math>99,5 \text{ }^\circ\text{C}</math> <u>Solubilité</u> : Très soluble dans l'éthanol. <u>N° CAS</u> : 76-99-3</p>		<p>Opioïde synthétique</p> <p>METHADONE AP-HP® sirop &amp; gélules</p>
<p><b>Morphine</b> <math>C_{17}H_{19}NO_3</math> <u>Masse molaire</u> : <math>285,338 \text{ g.mol}^{-1}</math> <u>Fusion</u> : <math>255 \text{ }^\circ\text{C}</math> <u>Ebullition</u> : Sublimation à <math>190 \text{ }^\circ\text{C}</math></p> <p><math>pK_a = 8,21</math> <u>Solubilité</u> : Insoluble dans eau, éther, acétone. Un peu soluble dans l'éthanol. Soluble dans le méthanol et la pyridine.</p>		<p>Alcaloïde de l'Opium</p>
<p><b>Naloxone</b> <math>C_{19}H_{21}NO_4</math> <u>Aspect</u> : Cristaux (lorsque recristallisé dans l'éthanoate d'éthyle). <u>Masse molaire</u> : <math>327,375 \text{ g.mol}^{-1}</math> <u>Fusion</u> : <math>178 \text{ }^\circ\text{C}</math> <u>Solubilité</u> : Soluble dans le chloroforme ; insoluble dans l'éther de pétrole. <u>N° CAS</u> : 465-65-6</p>		<p>Antidote, antagoniste des morphiniques</p> <p>NARCAN® SUBOXONE®</p>
<p><b>Naltrexone</b> <math>C_{20}H_{23}NO_4</math> <u>Aspect</u> : Cristaux (lorsque recristallisé dans l'acétone). <u>Masse molaire</u> : <math>341,402 \text{ g.mol}^{-1}</math> <u>Fusion</u> : <math>169 \text{ }^\circ\text{C}</math> <u>N° CAS</u> : 16590-41-3</p>		<p>Opioïde antagoniste, non sélectif des récepteurs aux opiacés</p> <p>REVIA®</p>

## Annexe 4. Le « Parcours de soins » selon le Réseau ADDICTLIM

### 1. Pourquoi un parcours de santé pour la personne addict ?

Le Plan Régional de Santé du Limousin\* a souligné les difficultés rencontrées par les professionnels de terrain pour la prise en charge de la personne addict.  
En 2011, l'Agence Régionale de Santé a proposé à Addictlim une expérimentation d'un parcours de santé.  
Concrètement, il s'agit de travailler autour du patient en évaluant les modalités de prise en charge (bilans, programmes, évaluations, ...) et en travaillant sur les liens et les complémentarités entre professionnels dans ce cadre.

L'objectif du réseau vise à optimiser la prise en charge en travaillant sur :

- . l'interdisciplinarité,
- . la continuité des soins de proximité,
- . la coordination des soins.

### 2. Le réseau propose aux usagers

- . un projet personnalisé de santé
- . des actes spécifiques non remboursés par l'assurance maladie mais indemnisés par le réseau.
- . un suivi de proximité avec leur médecin traitant et des professionnels en ville ou à l'hôpital (pharmacien, psychologue, infirmier, travailleurs sociaux, ...)
- . un programme de réinsertion et de réhabilitation sur mesure

### 3. Le réseau propose aux professionnels

- . des formations pluridisciplinaires
- . des outils d'aide à la prise en charge (annuaire professionnel, guides de bonnes pratiques, permanence téléphonique, site internet, ...)
- . un soutien aux acteurs de santé
- . des réunions de coordination
- . une complémentarité et un échange de compétences

### 4. Comment y participer ?

- . oser s'engager
- . avoir pris connaissance du fonctionnement du réseau.

Vous trouverez toutes les informations nécessaires sur notre site internet [www.addictlim.fr](http://www.addictlim.fr) ou sur demande au réseau).

- . être signataire de la charte

Notre coordonnateur de santé est disponible pour répondre à tout renseignement complémentaire.


**Permanence pour les professionnels :**  
Téléphone : 05 55 05 99 00  
Courriel : [andre.nguyen@addictlim.fr](mailto:andre.nguyen@addictlim.fr)

**Informations utiles**  
**Local**  
26 avenue des courrières B7 170 154

**Horaires d'ouverture**  
du lundi au vendredi  
de 9h00-12h00 et de 14h00-17h00

**Contact**  
Téléphone 05 55 05 99 00  
Fax 05 24 84 18 03  
Courriel [contact@addictlim.fr](mailto:contact@addictlim.fr)


**Site internet**  
[www.addictlim.fr](http://www.addictlim.fr)



**Le parcours de santé du patient addict**

## Mode d'emploi

à destination  
des professionnels  
de santé



[www.addictlim.fr](http://www.addictlim.fr)

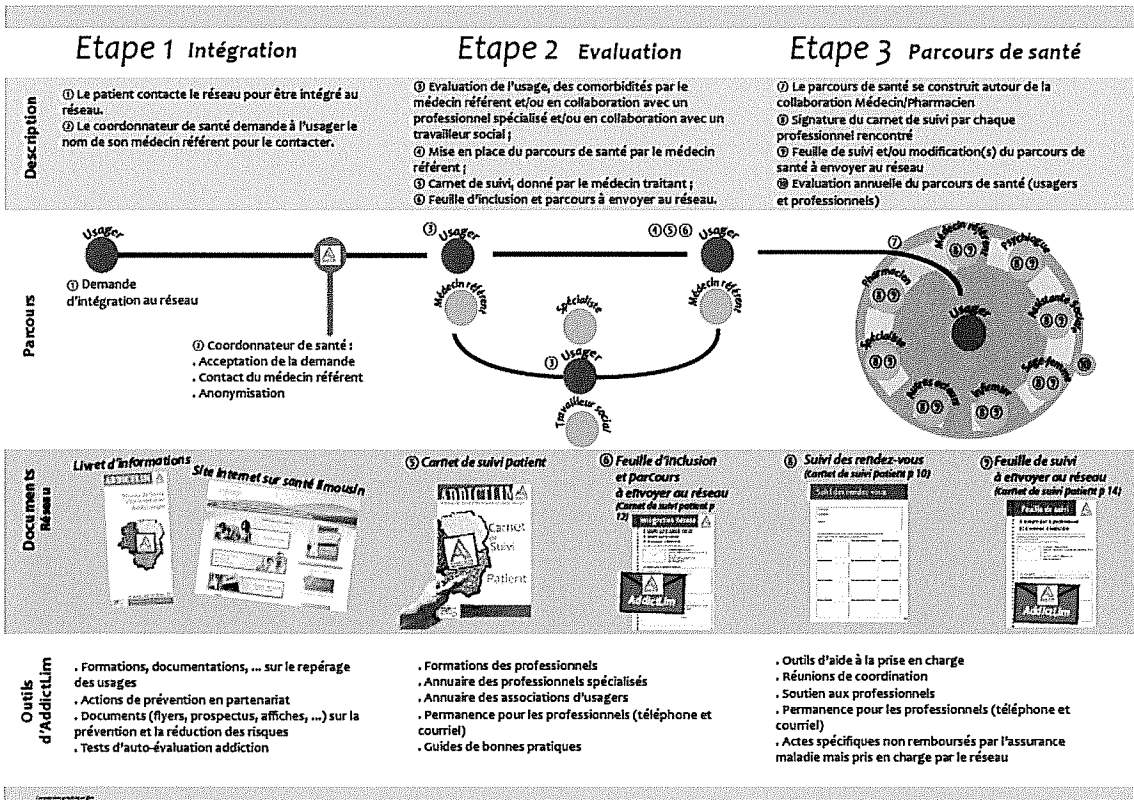
ADDICTLIM, 26 avenue des courrières, B7 170 154  
Téléphone 05 55 05 99 00 | Fax 05 24 84 18 03  
Courriel [adulctlim@gmail.com](mailto:adulctlim@gmail.com)

\* PIR plan transversal 2010-2016

ADDICTLIM est financé par l'ARS dans le cadre du FCO5

L'adhésion au réseau est  
**Libre, gratuite et garantie l'Anonymat**

**Adhérer au réseau c'est permettre au patient d'être Acteur de sa santé**



## Annexe 5. Questionnaire d' Evaluation de la Dépendance selon les critères du DSM-IV

a) Au cours des 12 derniers mois avez-vous consommé des produits opiacés dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? (*au-delà des doses prescrites, ou autrement qu'en prise sublinguale, si vous recevez un traitement de substitution*). Précisez lesquels :

b) Si OUI, poser les sept questions ouvertes suivantes : Le patient devra répondre par OUI ou par NON :

QUESTIONS	OUI	NON
Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir les mêmes effets qu'auparavant ?		
Lorsque vous en prenez moins, avez-vous des symptômes de sevrage ? (Douleurs, tremblements, diarrhées, transpiration, nausées, anxiété, irritabilité, insomnie) et / ou vous arrive-t-il de prendre cette(s) drogue(s) pour éviter les signes de manque ou pour vous sentir mieux ?		
Vous arrive-t-il souvent lorsque vous commencez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en avez l'intention ?		
Avez-vous essayé de réduire votre consommation ou d'arrêter, sans y parvenir ? Les jours où vous prenez cette drogue, passez vous plus de deux heures par jour à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de son effet, à y penser ?		
Avez-vous réduit vos activités quotidiennes (loisirs, travail) à cause de cette drogue ?		
Avez-vous continué à prendre cette drogue tout en sachant que cela entraînait des problèmes pour votre santé ?		

Il s'agit alors de comptabiliser le nombre de « OUI » ; si ce nombre est supérieur ou égal à 3, le patient est dépendant aux opiacés.

QUESTIONS	OUI	NON
Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué ou défoncé alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école), ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?		
Vous arrive-t-il d'être sous l'effet de cette drogue dans une situation où cela est physiquement risqué (conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux) ?		
Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous preniez cette drogue (interpellation, arrestation) ?		
Avez-vous continué à prendre cette drogue tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre entourage ou d'autres personnes ?		

c) Dans le cas contraire, un second questionnaire sera proposé au patient, afin d'évaluer s'il y a réellement ABUS d'opiacés :

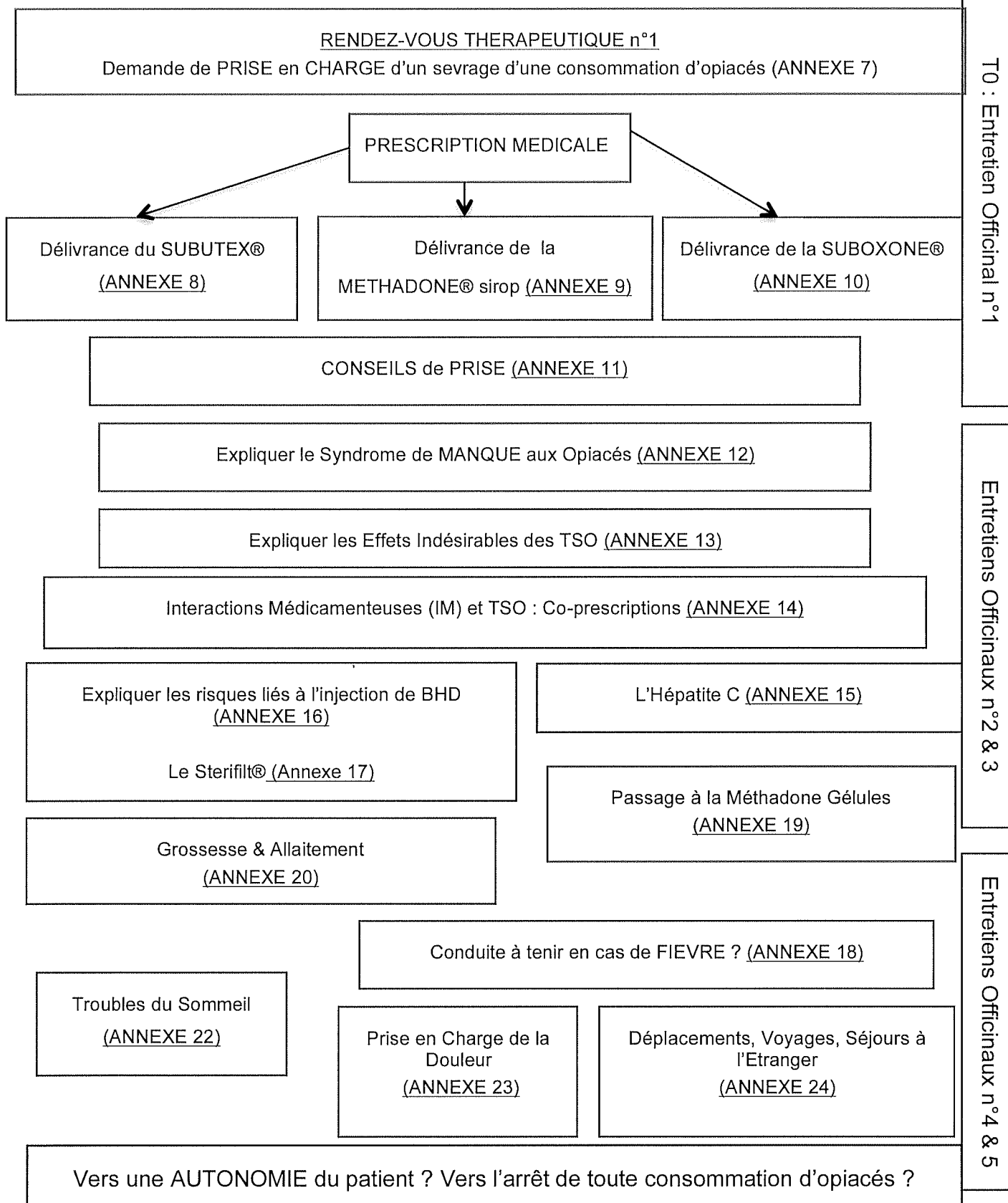
Une seule réponse positive à l'une de ces quatre questions suffit à conclure que ce patient a déjà abusé d'opiacés dans sa vie.



## Annexe 6. Rendez-Vous thérapeutique n°1 : Premières Evaluations

Historique des Consommations par le Pharmacien	Historique des produits ?	Héroïne,		
	Age des premières consommations ?	autres opiacés, cocaïne, amphétamines, barbituriques, alcool, cannabis, benzodiazépines...		
	Effet(s) recherché(s) ?			
	Produits consommés actuellement ?	Type de prise ?	Occasionnelle ?	Evaluer la Dépendance (critères du DSM IV)
			Festive ?	
			Régulière	
		Mode de prise ?	Per os ? sniff ? Injection ?	
	Utilisation d'un matériel éventuel ?	Seringues, pailles, autres...	Prise en charge des Injecteurs	
Renseignement sur les sérologies VIH, VHB, VHC	Réalisée(s) ?	Demander les résultats pour le suivi.		
	Non réalisées.	Orienter vers le Médecin traitant.		
Evaluation médicale par le Médecin Traitant	Examen clinique standard suivi vaccinal Contraception obligatoire chez les femmes (sous TSO le risque de grossesse est augmenté)			
Evaluation psychiatrique par le Médecin Psychiatre	En cas de : Troubles de la personnalité : Personnalité antisociale, personnalité borderline, personnalité narcissique Troubles de l'humeur Etats psychotiques et schizophrénie	Orienter vers un Psychiatre, un CHS ou le CSAPA le plus proche		
Evaluation sociale par l'Assistante Sociale	Environnement familial : Partenaire toxicomane ? enfants à charge ? Hébergement, Couverture sociale, Affaire en cours avec la justice (injonction thérapeutique)	Orienter vers une Assistante Sociale ou le CSAPA le plus proche		

## Annexe 7. Schéma général de l'outil d'aide à l'accompagnement des patients addicts aux opiacés



## **Annexe 8. Fiche-Pratique : Initialisation du Traitement Substitutif aux Opiacés (TSO)**

### **Le SEVRAGE d'une dépendance physique aux opiacés ou apparentés**

#### **Objectifs pour le patient addict aux opiacés :**

- 1) Abstinence des opiacés de durée relative
- 2) Prise de conscience de la dépendance
- 3) Désir du sujet d'intégrer le système de soins médico-psycho-social
- 4) Amélioration de la qualité de vie

#### **Objectifs pour les professionnels de santé et soignants :**

- 5) Suivi à long terme
- 6) Anticiper les rechutes, ainsi que les risques d'overdose et de surdoses

#### **Indications du sevrage ambulatoire :**

- 7) la Tolérance
- 8) les signes du manque
- 9) le « *Craving* » ou besoin irrésistible de prendre des opiacés

#### **Freins au processus de sevrage :**

- 10) Antécédents d'overdose ou de surdose
- 11) Antécédents psychiques ou pathologie psychiatrique (co-morbidités psychiatriques)
- 12) Echec d'un précédent sevrage ambulatoire
- 13) Entourage peu aidant

#### **CONTRE-INDICATIONS :**

- 14) Isolement social et familial
- 15) Non adhésion de l'entourage au projet de soins
- 16) Polytoxicomanies, dont co-dépendances physiques (Alcool, BZD)
- 17) Grossesse

#### **Mode opératoire :**

- ✓ Examen clinique du patient, par le médecin-traitant
- ✓ Accompagnement du patient et de son entourage, concernant leurs connaissances des signes de manque, de l'effet des médicaments et de la nécessité d'une alliance thérapeutique : Il s'agit de réévaluer, comme lors du premier Rendez-vous thérapeutique, la stabilité du patient sur le plan médical, psychique et social. Il est demandé au patient d'arrêter les consommations de tous produits non prescrits.

Deux questions importantes à se poser :

- 1) Au nom de qui le sevrage est-il envisagé ?
  - En son nom ?
  - Avec la pression de son entourage ?
  - Sur une injonction judiciaire ?

Seule une demande négociée avec le patient, en **son nom propre**, devrait conduire à une proposition de sevrage.

- 2) Dans quel but ?

- 1) Satisfaire une demande de l'entourage ?
- 2) Ne ressent plus le besoin de traitement ?
- 3) Autres motifs...

✓ Choix du lieu de sevrage : Deux possibilités sont à évoquer avec le patient :

- 3) En Ambulatoire : Mode plus adapté pour mieux accompagner le patient dans l'idée qu'il va vivre sans le produit.
- 4) En Milieu Hospitalier : Ce mode est surtout à envisager si le patient demande un sevrage rapide et / ou si sa posologie de BHD est importante.

Dans tous les cas, la décroissance de la posologie de Buprénorphine doit être progressive par paliers de 1 à 2 mg jusqu'à 2 mg ; puis diminution par paliers de 0,4 mg. : *Attendre au moins 1 mois après rétablissement d'un confort satisfaisant avant de diminuer à nouveau la posologie.*

Dans le cas d'un sevrage de Méthadone, la décroissance de la posologie doit être également progressive : Attendre au moins 15 jours après rétablissement d'un confort satisfaisant avant de diminuer à nouveau la posologie.

Exemple de diminution de posologie lors d'un sevrage de Méthadone

- Diminution de 10 mg par mois jusqu'à 30 mg
- Diminution de 5 mg par mois jusqu'à 10 mg
- Diminution de 2,5 mg (1/2 flacon de 5 mg) par mois jusqu'à 2,5 mg
- Puis 2,5 mg tous les 2 jours (1/2 flacon de 5 mg), puis tous les 3 jours...

- ✓ Identification des partenaires : en 3 exemplaires (Médecin, Pharmacien et Patient) :

ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ADDICT AUX OPIACES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE  
DANS LE CADRE DE LA LOI HPST DE 2009

Date de début du traitement : .....

Le PATIENT	Le Médecin	Le Pharmacien
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél :	Tél :	Tél :
Portable :	Portable :	Portable :
Mail :	Mail :	Mail :
Signature :	Signature – Cachet :	Signature – Cachet :

✓ Consentement éclairé du patient, en 3 exemplaires (Médecin, Pharmacien et Patient) :

NOM :  
Prénom :  
Date de Naissance : .....

Suivi par les Professionnels : .....

Je soussigné (e) ..... déclare avoir pris connaissance des modalités de sevrage organisé, des risques encourus, D'avoir été informé(e) de la nécessité d'une surveillance continue par mon entourage et de connaître :

- Les SIGNES de MANQUE : le « craving », l'irritabilité, l'anxiété, les douleurs, les sueurs
- Les SIGNES d'ALERTE : *un état d'agitation*
- Les SIGNES de SURDOSAGE MEDICAMENTEUX : la somnolence, l'endormissement, l'hypotension

Je m'engage à appeler les Professionnels me suivant au moindre problème.

Fait à ....., le .....

SIGNATURE :

✓ Prescription dans le cadre d'un Sevrage aux opiacés en ambulatoire :

ORDONNANCE à ADAPTER selon les symptômes

QSP 4 jours !

1. **PHLOROGLUCINOL (SPASFON®)** : 1 à 2 cps 1 à 3 fois par jour, *si douleurs abdominales*
2. **PARACETAMOL 1g** : 1 cp 1 à 4 fois par jour, *si douleurs diffuses*
3. **IBUPROFENE 400mg** : 1cp matin midi et soir, à prendre au milieu du repas
4. **DIOSMECTITE (SMECTA®)** : 1 sachet 1 à 3 fois par jour, à distance des autres médicaments, en cas de diarrhées
5. **DOMPERIDONE 10mg (MOTILIUM®)** : 1 à 3 cps par jour, au moins 1/4h avant les repas, si nausées, vomissements
8. **CYAMEMAZINE 25mg (TERCIAN®)** : 1 cp matin et midi et 2 cps le soir. (Maximum 300mg/jour)
9. **ZOPICLONE 7,5mg (IMOVANE®)** : 1 cp le soir au coucher.
10. **THIOLCHICOSIDE 4mg (MIOREL®)** : 2 cps matin midi et soir
11. **LOPERAMIDE 2mg (IMODIUM®)** : *Si diarrhées*, 2 gélules de suite, puis 1 après chaque selle liquide (6 gélules maximum par jour) : Stop si selles normales.

## Annexe 9. Fiche-Pratique : Délivrance du SUBUTEX®

### Délivrance de la Buprénorphine Haut Dosage = SUBUTEX®

TOUT MEDECIN PRESCRIPTEUR	Dr A. DICTO Médecin Généraliste N° Finess : 111 111 11 51, avenue de Champagne 00000 SAVILLE	Le 23 juin 2012
		John Smith 48 ans - 75kg
Mention de la Prise Unique quotidienne	Cas 1 : Subutex deux milligrammes : trois comprimés par jour, en une prise quotidienne sublinguale Délivrance quotidienne, prise sur place à l'officine Pour deux jours Délivrance à la Pharmacie DUPOND	Mode d'Administration : <b>Voie Sublinguale</b>
Modes de Délivrance : <b>fractionnée</b> (quotidienne en début de traitement ou hebdomadaire en phase de stabilisation)  « en une seule fois » (activités professionnelles, déplacements, voyages...)	Cas 2 : Subutex huit milligrammes : un comprimé par jour, en une prise, sous la langue, le matin Traitement pour sept jours, à compter du 23 juin 2012 Délivrance à la Pharmacie DUPOND  Cas 3 : Subutex huit milligrammes : un comprimé par jour, en une prise, sous la langue, le matin Traitement pour vingt-huit jours, à compter du 23 juin 2012 Délivrance en une seule fois à la Pharmacie DUPOND	Mention de la Pharmacie dispensatrice
	Signature du prescripteur	Prescription rédigée en toutes lettres
	1	Ordonnance Sécurisée Nombre de spécialités prescrites

## Annexe 10. Fiche-Pratique : Délivrance de la METHADONE®

### Délivrance de la METHADONE®

<p>Prescription initiale en CSAPA Renouvellement par TOUT MEDECIN PRESCRIPTEUR</p>	<p>Dr A. DICTO Médecin hospitalier Service d'Addictologie N° Finess : 111 111 11 51, avenue de Champagne 00000 SAVILLE</p>	<p>Le 25 juin 2012</p>	
<p>Mention de la Prise Unique quotidienne</p>	<p>John Smith 48 ans - 75kg</p>		<p>Mode d'Administration : <b>Voie Orale</b></p>
<p>Modes de Délivrance : <b>fractionnée</b> (quotidienne en début de traitement ou hebdomadaire en phase de stabilisation)  « en une seule fois » (activités professionnelles, déplacements, voyages...)</p>	<p>Cas 1 : Chlorhydrate de Méthadone : un flacon de soixante milligrammes par jour Délivrance quotidienne, prise sur place à l'officine Pour deux jours Délivrance à la Pharmacie DUPOND</p> <p>Cas 2 : Chlorhydrate de Méthadone : un flacon de soixante milligrammes par jour Traitement pour sept jours, à compter du 25 juin 2012 Délivrance à la Pharmacie DUPOND</p> <p>Cas 3 : Chlorhydrate de Méthadone : un flacon de soixante milligrammes par jour Traitement pour quatorze jours, à compter du 25 juin 2012 Délivrance en une seule fois à la Pharmacie DUPOND</p>		<p>Mention de la Pharmacie dispensatrice</p>
	<p>Signature du prescripteur</p>	<p>1</p>	<p>Prescription rédigée en toutes lettres</p>
			<p>Ordonnance Sécurisée Nombre de spécialités prescrites</p>



## Annexe 11. Fiche-Pratique : Délivrance de SUBOXONE®

### Délivrance de la SUBOXONE®

TOUT MEDECIN  
PRESCRIPTEUR

Dr A. DICTO  
Médecin Généraliste  
N° Finess : 111 111 11  
51, avenue de Champagne  
00000 SAVILLE

Le 23 juin 2012

John Smith  
48 ans - 75kg

Mention de la  
Prise Unique  
quotidienne

Cas 1 :

Suboxone deux/zéro virgule cinq milligrammes :  
trois comprimés par jour, en une prise quotidienne  
sublinguale

Délivrance quotidienne, prise sur place à l'officine  
Pour deux jours

Délivrance à la Pharmacie DUPOND

Cas 2 :

Suboxone deux/zéro virgule cinq milligrammes : un  
comprimé par jour, en une prise, sous la langue, le  
matin

Traitement pour sept jours, à compter du 23 juin  
2012

Cas 3 :

Suboxone deux/zéro virgule cinq milligrammes :  
un comprimé par jour, en une prise, sous la  
langue, le matin

Traitement pour vingt-huit jours, à compter du 23  
juin 2012

Délivrance en une seule fois à la Pharmacie  
DUPOND

Mode  
d'Administration  
: **Voie  
Sublinguale**

Mention de la  
Pharmacie  
dispensatrice

Prescription  
rédigée en  
toutes lettres

Modes de  
Délivrance :  
**fractionnée**  
(quotidienne en  
début de  
traitement ou  
hebdomadaire  
en phase de  
stabilisation)

« en une seule  
fois »  
(activités  
professionnelles,  
déplacements,  
voyages...)

Signature du prescripteur

1

Ordonnance  
Sécurisée  
Nombre de  
spécialités  
prescrites

## **Annexe 12. Fiche-Pratique : Conseils lors de la délivrance**

### **1) Pour le SUBUTEX® = Buprénorphine Haut Dosage (BHD) :**

- Maintenir le comprimé sous la langue jusqu'à dissolution complète : le temps de dissolution du comprimé par voie sublinguale est de 5 à 10 min selon les dosages.
- Prise unique quotidienne, à heure fixe : si prise multiple des comprimés, prendre les comprimés 2 par 2.
- Eviter tout ce qui peut provoquer une sécheresse buccale : si besoin, mâcher du chewing-gum avant la prise, afin d'accroître la salivation.
- Eviter de parler, ne pas répondre au téléphone. Ne pas boire juste après la prise du comprimé.
- Dans le cas d'un TSO stabilisé, il est possible de prendre SUBUTEX® tous les 2 jours, voire 3 fois par semaine.
- Prendre de la distance avec tout ce qui déclenche le désir de consommer (produits, lieux, habitudes, personnes)

### **2) Pour la METHADONE® sirop :**

- Prise unique quotidienne, à heure fixe :
- Dans le cas d'un TSO stabilisé, il est possible de prendre la METHADONE tous les 2 jours, voire 3 fois par semaine.
- Prendre de la distance avec tout ce qui déclenche le désir de consommer (produits, lieux, habitudes, personnes)

### **3) Pour la SUBOXONE® = Naloxone / BHD :**

- Maintenir le comprimé sous la langue jusqu'à dissolution complète : le temps de dissolution du comprimé par voie sublinguale est de 5 à 10 min selon les dosages.
- Prise unique quotidienne, à heure fixe. Si prise multiple des comprimés, prendre les comprimés 2 par 2.
- Eviter tout ce qui peut provoquer une sécheresse buccale : si besoin, mâcher du chewing-gum avant la prise, afin d'accroître la salivation
- Dans le cas d'un TSO stabilisé, il est possible de prendre SUBOXONE® tous les 2 jours, voire 3 fois par semaine.
- La NALOXONE est destinée à empêcher le mauvais usage du produit par voie intraveineuse.
- Prendre de la distance avec tout ce qui déclenche le désir de consommer (produits, lieux, habitudes, personnes)

## Annexe 13. Fiche-Pratique : Différencier et Reconnaître : **Un Syndrome de Manque, Un Sous- dosage et Une Overdose**

Temps écoulé après la dernière prise d'opiacés	Symptômes du Manque
6 à 8 heures	Larmoiement, rhinorrhée sonore, bâillements
12 heures	<b>Mydriase, frissons, pilo-érection, hypersudation,</b> Asthénie, anxiété avec « faim d'héroïne », sensation de chaud et de froid
24 heures	Nausées, Anorexie, douleurs et crampes abdominales, douleurs articulaires, lombalgies, anxiété accrue, insomnie
48 heures	Intensification des signes Diarrhée, Vomissements, coliques, Hypertension Artérielle (HTA), hyperthermie, tachycardie, polypnée
72 à 96 heures	Rétrocession progressive du tableau Persistance de l'anxiété, insomnie et asthénie

Signes de SOUS-DOSAGE
<b>Mydriase</b>
envie de consommer des opiacés (« craving »)
tendance à raccourcir le délai entre les prises et donc entre les dates de délivrance ou de consultation (« demandes de chevauchements »)
rapidité de la prise du traitement au réveil
irritabilité surtout à distance de la prise du traitement
troubles du sommeil avec réveil précoce.

Signes de SUR-DOSAGE Nécessitant une adaptation de posologie (Contacter le Médecin)
<b>Ralentissement idéomoteur</b>
<b>Somnolence, asthénie</b>
<b>Myosis</b>
<b>Bradypnée</b>
<b>Bradycardie</b>

**En Cas d'OVERDOSE**  
**URGENCE = SAMU !!!**

**Annexe 14. Fiche-Pratique : Expliquer les Effets Indésirables des Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) (Méthadone®, Subutex® ou Suboxone®)**

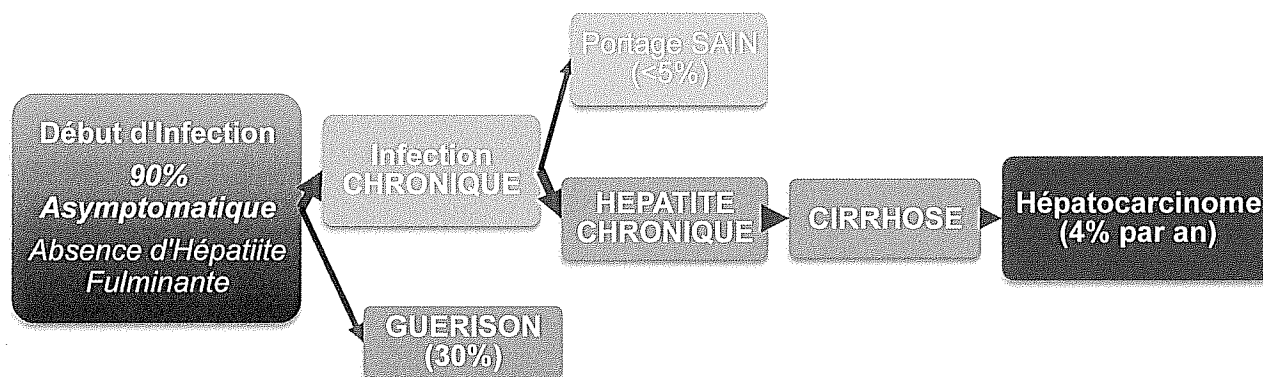
Effet(s) Indésirable(s)	Fréquence	CONSEILS pour mieux les appréhender	Médicaments-Conseil
Céphalées, Fièvre	Faible	Boire beaucoup dans la journée Repos	Paracétamol à 3g / jour Consulter le Médecin si Fièvre
Constipation	Durant tout le TSO	Exercice Physique régulier (Vélo par exemple) Boire 2l d'eau par jour, privilégier les aliments riches en fibres insolubles (céréales entières, brocolis, asperges, pruneaux). Ne pas faire durer la constipation Eviter les lavements type MICROLAX® et les laxatifs Forts.	Gelées type LANSOYL®, MELAXOSE® : 2 cuillères à café au coucher pour un effet le lendemain matin DUPHALAC® solution buvable en sachets-doses Suppositoires GLYCERINE Huile de Paraffine (15ml/jr) Consulter le Médecin si aggravation
Hypersudation (Sueurs)	S'atténue au fil du temps...	Exercice Physique régulier Limiter au maximum la consommation d'Alcool et de café Réaliser des bains tièdes contenant de l'Amidon de Maïs, sans rinçage.	Déodorants à la Pierre d'Alun, ETIAXIL® (sels Alu), Talc Tisanes de Saugé Veratrum Album 9CH : 3gr 5 à 6 fois par jour Médicaments listés possibles (Trinitrine, Nifédipine, Oxybutinine) : Consulter le Médecin
Hypotension Orthostatique	Surtout en début de TSO	Ne pas se lever brusquement de la position allongée vers la position debout Consulter le Médecin si non amélioration	
Vertiges	en début de TSO	Se poser et attendre que les vertiges passent... Consulter le Médecin si non amélioration	
Insomnies, Troubles du Sommeil		Eviter les boissons excitantes (café, thé, Vitamine C, Cola...) Pas de sport en soirée, privilégier les activités relaxantes le soir	EUPHYTOSE® : 2 à 6 cps /jr Consulter le Médecin si troubles du sommeil persistants
Nausées et Vomissements	Surtout en début de TSO	Boire du jus de citron, faire des repas légers, Manger lentement...	VOGALIB® : 1 à 4 lycos /jr Ou Consulter le Médecin pour la Dompéridone
Prise de poids	Conserver une alimentation équilibrée et prendre ses repas à heures régulières dans la journée		
Sécheresse buccale	Utiliser un brumisateur d'eau, de la glace ou du lait		SULFARLEM S 25® : 2 à 6 cps /jr
Somnolence	Surtout en début de TSO	Déconseiller la conduite de véhicules, outils ou machines	
Torsades de Pointe et Allongement du QT	Surveillance ECG recommandée		Consulter le Médecin
Troubles cutanés (prurit, xanthème maculo-papuleux, urticaire, Hyperhydrose)	Surtout dans le cas des Injecteurs : Réactions au Point d'Injection (RSI)		Consulter le Médecin
Troubles de la sexualité (Baisse de la libido)	Surtout en début de TSO. Ne pas hésiter à provoquer le plaisir avec son partenaire. Consulter le Médecin si les troubles persistent.		

## Annexe 15. Fiche-Pratique : L'Hépatite C (VHC)

### L'Hépatite C (VHC)

<b>Le VIRUS</b>	Famille	Flaviviridae
	Genre	Hepacivirus
	Type	Virus à ARN enveloppé Tropisme HEPATOCYTAIRE
	6 Géotypes	Les plus fréquents : <b>1, 2 et 3</b>
	Habitat	StricteMENT HUMAIN
	Transmission	<b>Contact avec le SANG INFECTE</b> : 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). contact avec une peau lésée Transmission périnatale possible Transmission sexuelle faible ( <i>si lésions</i> )

### Symptomatologie clinique :



Source : Recommandations de l'ANAES concernant le diagnostic et le statut virologique des hépatites virales (Février 2001).

**Prise en charge Sécurité Sociale à 100%** : (Décrets n° 2011-74-75-77 du 19 janvier 2011 et n° 2011-726 du 24 juin 2011)

L'Hépatite C virale est incluse dans la liste ALD 6 « maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ». Exonération du Ticket Modérateur accordée pour deux ans renouvelable.

**Diagnostic et Evaluation de l'atteinte hépatique (ou Fibrose) :**

Différentes méthodes d'évaluation de la Fibrose					
	Biopsie Hépatique (PBH)	Marqueurs Sériques			FIBROSCAN®
		FIBROTEST®	ACTITEST®	FIBROMETRE®	
Durée	30min	5min			
Caractère invasif	OUI	NON			
Niveau de Stress	+++	+			
Anesthésie	Locale avec Hospitalisation	NON			
Etre à JEUN ?	OUI				NON
Douleur	OUI (brève)	NON			
CONTRE - INDICATIONS		Sepsis, Hémolyse, Syndrome inflammatoire, Maladie de Gilbert, prise d'AZT ou Ribavirine			espace intercostal étroit, ascite ou si épaisseur pariétale excessive
Résultat immédiat	NON				OUI
Expression du résultat	Score METAVIR : Fibrose / Activité Stades F0 à F4 : score de 0 à 1. Stades A0 à A3 : score de 0 à 1.				Degré d'Elasticité du Foie (en kPa)

**TRAITEMENTS :**

But :	éradication du virus et la stabilisation de la fibrose		
Référence :		Posologie	Mode de Prise
INTERFERON $\alpha$ Pegylé Forme injectable SC	PEGASYS®, VIRAFERONPEG®	1,5 $\mu$ g/kg/semaine	Le soir
	INTRONA® ROFERON-A®	3MUI 3 fois /semaine	
ANTIVIRAL = RIBAVIRINE	REBETOL® 200mg - gélules COPEGUS® 200mg ou 400mg - comprimés	800mg/jour si <65kg, 1000mg/jour entre 65 et 85kg et 1200mg/jour si >85kg	2 prises / jour Milieu des repas
INHIBITEUR de PROTEASE du VHC Forme Gélules	VICTRELIS® 200mg= Bocéprévir	800mg toutes les 8 heures	Milieu des repas
	INCIVO® 375mg=Telaprévir	750mg toutes les 8 heures	

ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ADDICT AUX OPIACES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE  
DANS LE CADRE DE LA LOI HPST DE 2009

INFORMER sur les Effets Indésirables :	
EFFET ?	Prise en charge ?
syndrome pseudo-grippal (céphalées, RSI (Réactions de Sensibilité aux points d'Injections), asthénie, myalgies)	30 minutes avant l'injection d'interféron : <u>prendre 500mg à 1g de Paracétamol</u>
alopécie	Traitement symptomatique
troubles digestifs, perte de poids	Traitement symptomatique
troubles de l'humeur, irritabilité	Proposer au médecin prescripteur, un traitement Antidépresseur
dépression, tentative de suicide	Surveillance psychologique dès le début du traitement
insomnie	Traitement symptomatique
trouble du rythme cardiaque, insuffisance coronarienne	Bilans biologiques réguliers

Conseils complémentaire lors de délivrance du traitement :

- 18) Boire en quantité suffisante pendant toute la durée du traitement
- 19) Contraception OBLIGATOIRE avec les interférons
- 20) Contrôles sériques de la charge virale réguliers
- 21) Bilans biologiques, hépatiques et cardiaques réguliers

CONTACTS UTILES :

- SIDA Info Services            0 800 840 800
- Hépatites Info Services        0 800 845 800  
    <http://www.hepatites-info-service.org/>
- SOS Hépatites                    <http://soshepatites.org>
- ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues)  
    01 71 93 16 48
- Drogues & dépendance        [www.drogues-dependance.fr](http://www.drogues-dependance.fr)
- Médecin
- Pharmacien

## **Annexe 16. Fiche-Pratique : Réduction des Risques liés à l'Injection**

### **Risques liés à l'injection : Prévention des Infections chez l'usager de drogues par voie intraveineuse**

But : Eviter une contamination bactérienne, virale ou fongique lors d'un « shoot »

A noter que l'injection ou le sniff de BHD diminue son efficacité et augmente le risque de manque.

#### ETAPE 1 :

Lavage des mains avec eau et savon ou solution Hydro-Alcoolique

#### ETAPE 2 :

Nettoyage de la surface (table...) et le matériel (Une cuillère stérile, un filtre stérile, une ampoule d'eau injectable, une seringue stérile, une compresse alcoolisée permettant de désinfecter le point d'injection, un coton sec pour comprimer la veine après l'injection), qui va servir au shoot, avec de l'Alcool 70°

#### ETAPE 3 :

Utiliser 1 STERIBOX® contenant le kit d'injection  
**NE PAS PARTAGER SON STERIBOX®**

#### ETAPE 4 :

Nettoyage de la surface (table...) qui va servir au shoot, avec de l'Alcool 70°

#### ETAPE 5 :

Ecraser le ou les comprimés dans la Stericup®  
Solubliser le tout avec de l'Eau stérile ou du Sérum physiologique  
Ajouter un Acidifiant (*jus de citron ou vinaigre*) à la solution  
Chauffer la solution pendant quelques secondes

#### ETAPE 6 :

FILTREZ la solution à l'aide du Sterifilt® afin d'éliminer les particules  
(Risque de douleur à l'injection !!)

#### ETAPE 7 :

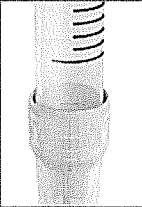
La préparation est prête pour le « shoot »  
N'utilisez un garrot que lorsque les veines ne sont pas identifiables, il est à usage personnel.  
Ne léchez pas l'aiguille avant l'injection, ni la plaie après l'injection :  
les champignons présents dans la bouche sont à l'origine d'infections graves



## Annexe 17. Le STERIFILT® : description, mode d'emploi

Le seringue BD Injection Dickinson est le plus utilisé en France.

La méthode et l'aspect final de l'assemblage sont légèrement différents d'avec la version précédente du Sterifilt. Sur l'ancien Sterifilt, quand l'utilisateur avait introduit en vissant le Sterifilt sur la seringue, il y avait une bulle en bout de course; la paroi de la seringue et du Sterifilt étaient alignées, et leurs extrémités «collées». Lorsque l'utilisateur voyait les deux parois dans le prolongement l'une de l'autre et leurs extrémités collées, il savait qu'il était dans la position adéquate.

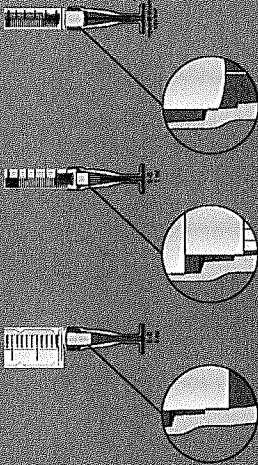


Avec le Sterifilt Universel, il faut, de la même façon qu'avec l'ancienne version, visser, c'est-à-dire pousser en effectuant une légère rotation, jusqu'à ce que le Sterifilt ne bouge plus sur la seringue. Il n'y a pas de bulle, comme dans l'ancienne version, et les deux extrémités ne sont pas «collées».

Il suffit simplement de visser le Sterifilt sur la seringue. Dès qu'il est bloqué, l'étanchéité est complète: inutile de forcer.


La paroi du Sterifilt n'est plus dans l'alignement de la paroi de la seringue: vue de l'extérieur, la paroi du Sterifilt recouvre celle de la seringue.

**Sterifilt fonctionne quelle que soit la seringue**




**Le Sterifilt Universel fonctionne avec tous les types de seringues**

**Mode d'emploi**



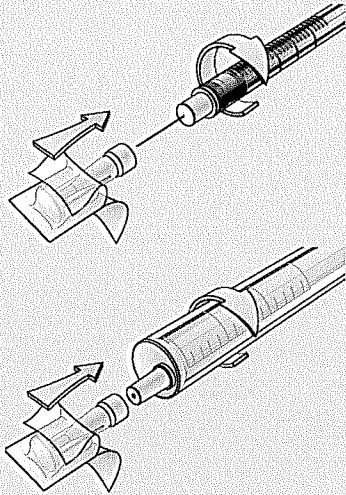
**à l'usage des professionnels**



**Une seule méthode : enfoncer Sterifilt en tournant légèrement**

[www.apothicom.org](http://www.apothicom.org)

Apothicom, 52 avenue Edouard, 75013 Paris  
Tél. 33 (0)1 53 61 18 41  
Fax: 33 (0)1 53 61 04 47  
[www.apothicom.org](http://www.apothicom.org)

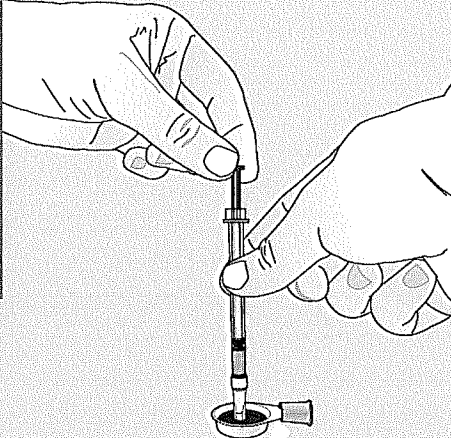


- 1 Ouvrir l'emballage du sterifilt du côté épiluchable. Ne pas sortir le sterifilt mais le saisir au travers de son emballage.
- 2 Introduire l'embout de la seringue dans le sterifilt. Pousser tout en effectuant une légère rotation jusqu'à l'immobilité du sterifilt. Il est inutile de forcer.
- 3 Retirer l'emballage du sterifilt en veillant à ne pas toucher la membrane.

Les acteurs de première ligne gagneront à faire eux-mêmes préalablement la filtration, en utilisant le nouveau Sterifilt, la seringue BD, un Stericup, 0,7 ml d'eau, éventuellement un comprimé d'aspirine «Bayer» 500 mg.

Puis, une fois informés de la méthode, à montrer la manipulation aux usagers.

L'opération peut être avantageusement menée en comparant «de visu» la filtration réalisée avec l'ancien et le nouveau Sterifilt.



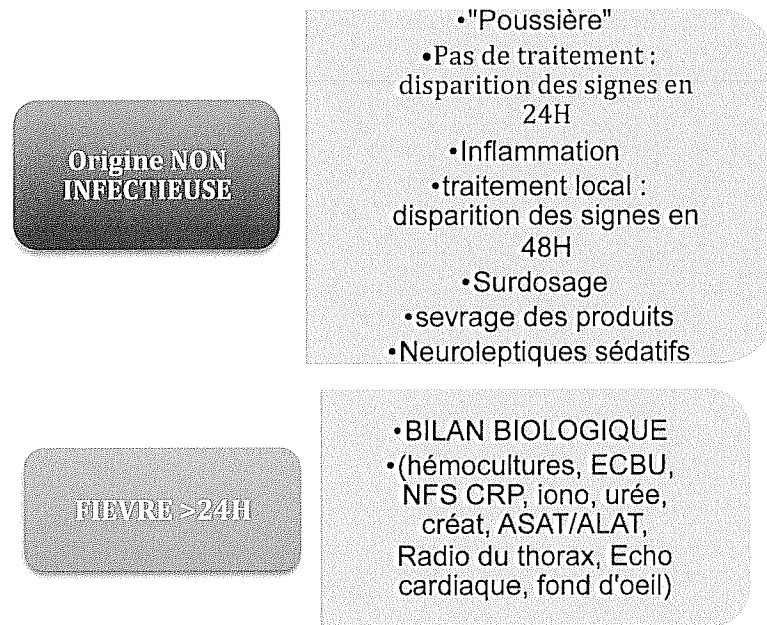
- 4 Tenir verticalement et maintenir la membrane au dessous du niveau du liquide. Aspirer lentement. La transparence complète du produit filtré signe le succès de la filtration.
- 5 Jeter le sterifilt dans un récipient sûr (ou le rapporter avec son matériel usagé dans les structures spécialisées).

Source : APOTHICOM, Association pour la Prévention, la pharmacovigilance et la Communication. (en ligne). In : APOTHICOM. <http://www.apothicom.org/sterifilt.php>. 1992. (consulté le 15/03/13).

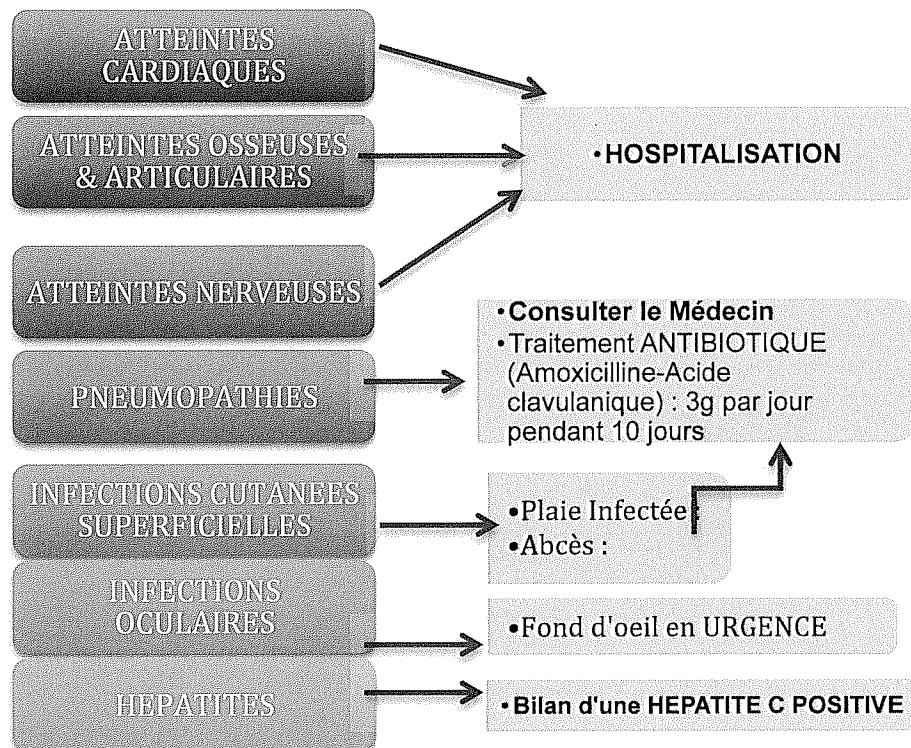
## Annexe 18. Fiche –Pratique : Conduite à tenir en cas de FIEVRE ?

Il faut avant tout en chercher la cause... 2 cas peuvent se présenter :

- Si on ne connaît pas la cause : soit l'origine n'est pas infectieuse, soit la fièvre est installée depuis plus de 24H ; la figure ci-après nous donne la conduite à tenir :



- Lorsque la cause est connue :



## **Annexe 19. Fiche-Pratique : De la Méthadone Sirop la Méthadone Gélules**

- 5 dosages commercialisés : 1mg, 5mg, 10mg, 20mg et 40mg.
- Conditionnement en Blister « Childproof » : obligation de prédécouper l'alvéole à chaque prise de gélules : **NE PAS OUBLIER D'EXPLIQUER AU PATIENT CE MODE DE CONDITIONNEMENT ET DE PRISE !**
- Conditions de prescriptions :
  - o Prescription Initiale réservée aux Médecins exerçant en CSAPA
  - o justifier d'un an minimum de stabilisation sous sirop et retourner en CSAPA pour la prescription initiale.
- Analyses urinaires régulières
- Suivre un Protocole de soins, initié par le Médecin du CSAPA
- Avantages / Inconvénients de la METHADONE® GELULES

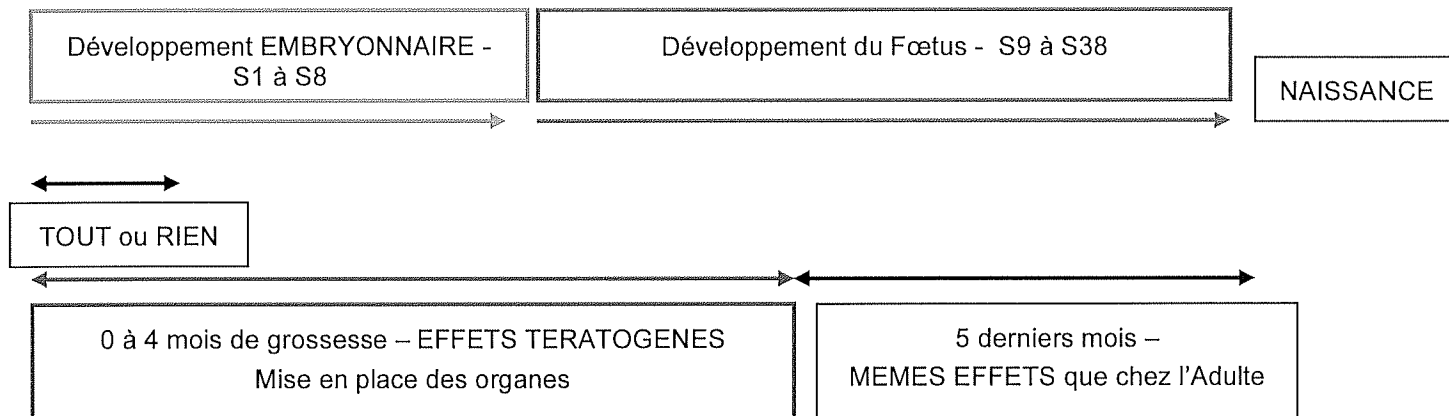
AVANTAGES	INCONVENIENTS
Discrétion	Validité de l'ordonnance de délégation limitée
Absence de sucre et d'alcool	Retour initial en CSAPA ou service spécialisé
Volume plus faible : transport facilité	Difficultés dans la pratique quotidienne
Prise plus aisée	
Risque de dégoût pallié	
Stockage plus aisé	
Stigmatisation moindre	

NB : dans tous les cas, le changement de forme galénique doit rester à l'initiative du médecin prescripteur ; le pharmacien n'a ici qu'un rôle consultatif et doit juste s'assurer que le patient, présentant une prescription de Méthadone gélules, est correctement stabilisé sous sirop depuis plus d'un an.

## Annexe 20. Fiche-Pratique : La Grossesse et l'Allaitement

**But :** Informer la patiente sur son traitement de substitution aux opiacés durant toute la grossesse et en *post-partum*, lors de l'allaitement.

Les effets des SPA selon les différents stades de la grossesse :



**Diminuer voire ARRETER les consommations annexes de substances psychoactives (SPA) :**

SPA	Cause de la Toxicité	RISQUES	CONSEILS
<b>TABAC</b>	Goudron Nicotine	Fœtotoxicité Térogénicité Asthme et Infection bronchique chez le Nouveau-Né Syndrome de sevrage faible	Utilisation de substituts nicotiques (patchs, gommes...) pour la mère
<b>BOISSONS ALCOOLISEES</b>	Ethanol	Térogénicité (malformation, retard mental, microcéphalie)	Abstinence
<b>TSO (BHD et METHADONE)</b>	Aucun danger pour l'enfant à venir... Peu de passage dans le lait maternel : <b>ALLAITEMENT OK et vivement conseillé pour favoriser au maximum le lien mère – enfant !</b>		
<b>BZD</b>	A priori aucun danger pour l'enfant... A EVITER et A ARRETER, le cas échéant		
<b>INJECTIONS de BHD / Héroïne</b>	INTERDITES !!! (Risque infectieux trop important !!)		

### CONSEILS ESSENTIELS :

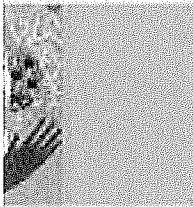
- **RASSURER** la future maman concernant le risque TERATOGENE (1<sup>er</sup> trimestre seulement), l'innocuité des TSO chez elle et son futur enfant
- **INFORMER** sur les risques des consommations associées (*cf Tableau ci-dessus*), sur le syndrome de sevrage du nouveau-né relativement bien pris en charge.
- **REPENDRE** aux attentes légitimes des patientes (difficultés psychologiques, hygiène, mal de dos, diététique)

Annexe 21. Auto-Questionnaire pour les patients sous Traitement de Substitution : un outil d'évaluation sociale simple et fiable

**Auto-questionnaire pour les patients sous traitement de substitution aux opiacés (AOTS)**

Questionnaire reproduit avec l'autorisation de F. Polonier, F. Chérel et D. Bly, publiés dans : Peireront P., Bry D., Célérier, « Comprendre les addictions et le traitement en toxicomanie », Editions John Libbey Eurotext, 2005. Attention : ces questions et leur interprétation sont le résultat d'une réflexion pratique, mais ne sont pas validées sur le plan scientifique.

1	A Je prends mon traitement : en une fois (ou deux fois après avis médical) B En deux fois C En trois fois ou plus	10	A Avec le traitement, je me sens bien, je n'ai pas de douleurs importantes, je peux faire mes activités quotidiennes. B Le traitement me convient mais j'ai tendance à augmenter les quantités. C Avec le traitement, je reste mal dans ma peau, tendu, avec des raideurs musculaires, des frissons, je dors mal.
2	A Je le prends par la bouche, régulièrement (sous la langue) B Je l'injecte moins d'1 fois par semaine C Je l'injecte 1 fois ou plus par semaine (ou je le sniffe)	11	A Mon traitement n'a pas eu d'influence négative sur mon activité sexuelle, au contraire il m'a permis de rompre des relations satisfaisantes. B Mon traitement a une influence négative sur ma libido, mon activité sexuelle est épisodique et aléatoire. C Depuis le début de mon traitement je n'ai plus aucune activité sexuelle.
3	A Le cannabis : je n'en fume jamais ou occasionnellement (moins de 5 joints par semaine) B Je fume entre 5 et 15 joints par semaine C Je fume plus de 15 joints par semaine	12	A Grâce au traitement, j'ai repris des activités (physiques, professionnelles, intellectuelles et sociales) B J'ai la CMU mais je cherche du travail. C Je reste chez moi, j'ai du mal à aller aux rendez-vous pour régulariser ma situation.
4	A Je n'utilise plus d'autres drogues (héroïne, cocaïne, ecstasy, etc.) B J'en utilise, mais moins d'une fois par semaine D J'en utilise une fois ou plus par semaine	13	A J'ai un poids stable B J'ai beaucoup grossi (d'au moins 10 kilos) C J'ai beaucoup maigri (d'au moins 10 kilos)
5	A Je ne bois pas d'alcool (vins, bières ou alcools forts) ou de façon raisonnable (moins de 21 verres/semaine si je suis un homme ou moins de 14 verres/semaine si je suis une femme) B Je bois de 2 à 3 verres (femme) ou 3 à 4 verres (homme) par jour D Je bois tous les jours plus de 3 verres (femme) ou plus de 4 verres (homme) par jour	14	A Je me réveille en forme le matin et je reste toute la journée B J'ai du mal à me réveiller le matin et/ou je sommeille toute la journée C Je dors n'importe comment, dans la journée et je me couche très tard le soir.
6	A Je n'ai jamais été ivre durant les 3 derniers mois B J'ai été ivre au moins 1 fois dans les 3 derniers mois C J'ai été ivre 2 ou 3 fois dans les 3 derniers mois D J'ai été ivre plus d'une fois par mois	15	A Je suis bien dans ma peau et je n'ai pas d'angoisse B Je suis souvent un peu angoissé, mais j'y fais face sans prendre de cachet C Je suis très angoissé ; cela m'empêche de faire des choses (sortir de chez moi, rencontrer des gens par exemple). Il peut m'arriver d'avoir des crises de panique.
7	A Je ne dépense pas mes amis en médicaments, je ne me fais pas dépanser B Je dépense parfois mes amis, ou je me fais dépanser pour des raisons accidentelles (rendez-vous ratés, perte de traitement, vols, etc.) D Je dépense fréquemment mes amis et je me fais dépanser	16	A Je ne suis jamais triste sans raison B Il m'arrive d'être triste, mais cela ne dure pas C Je suis triste en permanence et il m'arrive d'avoir des idées noires et/ou de pleurer fréquemment.
8	A Je vois mon médecin ou l'équipe de soins régulièrement et au moins 1 fois toutes les 2 ou 4 semaines selon les indications des médecins B Je vois mon médecin ou l'équipe de soins de façon irrégulière C Je n'ai pas vu mon médecin depuis plus de 28 jours	17	A J'arrive tous les jours à me contrôler, même si on m'énervé B J'ai du mal à me contrôler, mais je ne suis pas violent C J'ai facilement des accès de violence et il m'arrive souvent de me battre D J'ai parfois l'impression qu'il y a quelqu'un en moi, d'entendre des voix ou d'avoir le sentiment d'être observé.
9	A Je me contiente de mon médicament et je bénéficie de toutes les aides psychologiques et/ou sociales que l'on me propose B Je me contiente de mon médicament et je refuse l'aide qui m'a été proposée C Je me débrouille pour avoir mon médicament et je rate mes rendez-vous psychosociaux		



## Comment interpréter les résultats de l'AOTS ?

### Uniquement réponses A

Traitement approprié et équilibré.  
Acquisition de l'autocontrôle du traitement.  
Patient autonome en potentiel de reconstruction personnelle.

### Majorité de A et pas de D :

Le traitement est efficace, le patient est stabilisé, mais quelques problèmes persistent.  
L'autocontrôle n'est pas complètement acquis et doit être consolidé pour augmenter  
les chances de reconstruction.

### Majorité de A et de B et pas de D :

Le traitement est efficace mais le patient a tendance à ne pas respecter le cadre,  
à s'écarter de la ligne thérapeutique acceptée, désirée, négociée.  
Attention au dérapage, pas toujours contrôlé !

### Majorité de B et de C et pas de D :

On ne peut plus parler de stabilisation. La première « étape » de la prise en charge  
n'est pas atteinte. Le patient continue à prendre des risques, à se mettre en danger,  
à rester proche du milieu de la toxicomanie.

### Présence d'au moins un D :

Situation d'échec de traitement. Réévaluation globale de la prise en charge impérative.  
Le patient présente par ailleurs des signes de comorbidités à prendre en compte de  
façon prioritaire.

Interprétation des résultats d'après Focemont P, Bry D, Célérier J, « Comprendre les addictions et le  
traitement de la toxicomanie », Editions John Libbey Eurotext, 2005

Interprétation des Résultats du questionnaire AQTS :

Résultat du Questionnaire AQTS		Conduite à Tenir avec le Patient ?
<b>UNIQUEMENT DES REPONSES A</b>	Ouverture de nouvelles perspectives...	Evaluer les attentes de changement S'assurer régulièrement du respect des nécessités thérapeutiques Prévenir la « chronicisation » Accompagner le patient vers de nouveaux projets ou des modifications de prise en charge
<b>MAJORITE de A et ABSENCE de D</b>	Renforcer les bases de la reconstruction	Consolider la mise à distance de l'Addiction aux Opiacés Evaluer les problèmes résiduels Parfaire l'Autocontrôle du traitement en modifiant, le cas échéant, le rythme des entretiens...
<b>MAJORITE de A &amp; B et ABSENCE de D</b>	Réévaluer l'alliance thérapeutique	Réfléchir à deux sur les différents thèmes du « Contrat de Confiance » précédemment établi Prendre des « petites décisions » Renforcer les volets psychologique et social de la prise en charge Réévaluer le traitement
<b>MAJORITE de B &amp; C et ABSENCE de D</b>	Redéfinir la Prise en Charge globale	Redéfinir l'alliance thérapeutique et le cadre de prise en charge, dans une perspective de réduction des risques Réévaluer la motivation du patient et ses difficultés Travailler en Réseau Changement de molécule ? (à voir avec le médecin)
<b>AU-MOINS 1 D</b>	Maintenir en priorité le Patient dans le soin	Réduire les risques Bilan médico-psycho-social et motivationnel Demander un avis psychiatrique : envisager une prise en charge avec une équipe spécialisée Redéfinir le cadre du soin et les modalités thérapeutiques

## Annexe 22. Fiche-Pratique : Troubles du Sommeil

Objectif : Apprendre à mieux gérer les troubles du sommeil et améliorer l'hygiène du sommeil pour une meilleure qualité de vie.

### CONSEILS HYGIENO-DIETETIQUES :

- se coucher le plus tard possible (vers minuit par exemple)
- éviter les activités sportives en soirée
- éviter de s'endormir devant la télévision
- arrêter toute consommation de psychostimulants (caféine,...)
- Si consommation conjointe de BZD ou d'alcool, proposer un sevrage progressif

### TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :

<b>Prendre en charge les insomnies occasionnelles par l'Homéopathie</b>		
<b>Question principale à poser ?</b>	<b>Questions facultatives ?</b>	<b>Médicament conseillé</b>
Avez-vous une préférence pour les boissons excitantes (café, thé) ?	Vous en buvez souvent dans la journée ?	COFFEA 15CH 3 granules le soir et 3 granules au coucher
Etes-vous très émotif ?	Le stress se manifeste-t-il par des sensations angoissantes de « boules dans le corps » ?	IGNATIA AMARA 15CH 3 granules le soir
Le stress et l'anxiété vous empêchent-ils d'avancer ?		GELSEMIUM 15CH 3 granules le soir
Un état anxieux, inquiet vous maintient-il en éveil et très agité ?		ARGENTUM NITRICUM 15CH 3 granules le soir
Avez-vous des difficultés à vous endormir ?	Avez-vous des difficultés de concentration dans la vie de tous les jours ?	KALIUM PHOSPHORICUM 3 granules le soir et au coucher
Etes-vous quelqu'un d'explosif à la moindre contrariété ?	Abusez-vous du café ?	NUX VOMICA 15CH 3 granules le soir et au coucher



## Annexe 23. Fiche-Pratique : La Douleur chez le patient addict aux opiacés

But : Proposer une prise en charge des douleurs les plus présentes chez la personnes addict aux opiacés

Types de DOULEURS	TRAITEMENT(S) PROPOSE(S)
Douleurs coliques	Laxatifs osmotiques (Macrogol 10G=FORLAX®) Antispasmodiques (SPASFON®)
Epigastralgies	Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) (IPRAALOX®=Pantoprazole, Oméprazole=MOPRALPRO®) Antiacides (Cimétidine = STOMEDINE®, Alginate = GAVISCON®)
Douleurs dentaires	Paracétamol Floctafénine (IDARAC®)
Douleurs ostéoarticulaires	Aspirine, AINS Thiocolchicoside (MIOREL®)
Céphalées	Paracétamol Aspirine, AINS
Neuropathies périphériques	Antiépileptiques Antidépresseurs

En pratique :

**DIALOGUER** avec le patient en fonction de sa situation (sous TSO ou usagers de drogues)

**DISTINGUER** le type de douleur (digestive, articulaire..), sans oublier la possibilité d'un syndrome de manque « résiduel » chez un patient substitué.

**DECRIRE** l'intensité de la douleur (Echelle Visuelle Analogique ou EVA), l'état psychologique du patient.

**DECIDER** du traitement approprié en tenant compte des interactions et du type de douleur.

Pour des douleurs aiguës : on optera pour l'utilisation de formes galéniques orales, sur une courte durée.

Pour des douleurs chroniques : ce sera surtout des formes LP (à libération prolongée) orales ou transdermiques. On peut également utiliser tout autre traitement comme l'acupuncture, la kinésithérapie, la neurostimulation...

## Annexe 24. Fiche-Pratique : Déplacements, Voyages, Séjours à l'Etranger

**But :** Informer, Renseigner et Accompagner un patient addict, envisageant un séjour hors de son département, région ou pays

Lieu de destination	Espace « Schengen » *	Autres pays
<b>MSO concernés</b>	Méthadone® sirop Méthadone® gélule Subutex®	Méthadone® sirop Méthadone® gélule Subutex® <i>Si la durée du voyage n'excède pas la durée maximale de prescription, l'ordonnance suffit.</i>
<b>Documents requis **</b>	Autorisation de transport	Original de la prescription médicale Attestation de transport
<b>Autorité de délivrance compétente</b>	Autorisation délivrée sur demande du patient par l' <b>ARS</b> du département où le médecin prescripteur est enregistré	<b>ANSM</b> Département Stupéfiants et Psychotropes 143-147 Bd Anatole France 93285 St Denis cedex Tel : 01 55 87 35 93
<b>Pièces à fournir</b>	<b>Demande du patient</b>  <b>10 jours avant la date du départ</b>  <b>Original de la prescription médicale</b>	<b>Demande du patient</b> <i>(fonction du pays de destination, de la durée de séjour, quantité et dosage du médicament transporté)</i> <b>Copie de la prescription médicale</b> <b>Certificat médical :</b> <i>le médecin ne s'oppose pas au déplacement du patient sous traitement</i>
<b>Validité</b>	Autorisation de transport valable <b>30 jours</b>	<i>Mentionnée sur l'attestation</i>
<b>Quantités transportées</b>	<i>Les quantités transportées ne doivent pas dépasser la durée maximale de la prescription</i>	

\* Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, 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.

## **TABLE des ILLUSTRATIONS**

Figure 1 : Représentation relative d'un Réseau de Soins défini par le patient lui-même ..	30
Figure 2 : Le circuit cérébral de renforcement / récompense .....	50
Figure 3 : Définition de la DEPENDANCE à une substance selon le DSM-IV <sup>(36)</sup> .....	53
Figure 4 : <b>1954</b> : Première théorie explicative de la toxicomanie .....	61
Figure 5 : Critères pour le diagnostic de troubles addictifs de GOODMAN (1990) <sup>(38)</sup> .....	62
Figure 6 : Concept d'Addiction, résultant de l'interaction de plusieurs facteurs et interactions .....	65
Figure 7 : Pouvoir Addictogène d'une substance <sup>(33)</sup> .....	66
Figure 8 : Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et médicaments opiacés de 1995 à 2010, en France.....	75
Figure 9 : Contenu et description de la Steribox® .....	90
Figure 10 : Eléments incitatifs à la pratique en réseau pour les Pharmaciens .....	96
Figure 11 : Quelques suggestions d'amélioration du dispositif actuel de soins grâce aux TSO .....	97
Figure 12 : Conduite d'un Entretien Officinal .....	108
Figure 13 : Exemples de phrases « d'accroche » lors de la proposition d'un entretien... ..	109
Figure 14 : Modèle transthéorique du Changement selon Prochaska et Di Clemente.... ..	114
Figure 15 : La "trajectoire" de l'héroïnomane..... ..	116
Figure 16 : Exemple de Liste de contacts utiles pour les patients addicts aux opiacés .. ..	124
Figure 17 : Fiche-Patient proposée par la Revue LE FLYER sur les examens biologiques sous Méthadone .....	132
Figure 18 : Exemple de Feuille de SUIVI d'un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), lors de la délivrance à l'Officine .....	135
Figure 19 : Fiche-Patient proposée par la Revue LE FLYER sur l'Hypersudation .....	140
Figure 20 : Fiche-Patiente proposée par la Revue LE FLYER sur la Grossesse sous Méthadone .....	154

## **TABLE des TABLEAUX**

Tableau 1 : Les 30 molécules à substituer .....	42
Tableau 2 : Troubles psychiatriques selon la substance psychoactive consommée.....	70
Tableau 3 : Complications des comorbidités psychiatriques .....	72
Tableau 4 : Nombre de décès par overdose selon le type de substance consommée, en France (DRAMES – 2008).....	74
Tableau 5 : Origines des Substances OPIACEES .....	82
Tableau 6 : Les Attitudes traditionnelles en « face à face » (ou « Attitudes de PORTER ») .....	110
Tableau 7 : Parallèle entre la trajectoire de l'Héroïnomane et le Modèle de Prochaska et di Clemente .....	117
Tableau 8 : Schéma général du Déroulement des Entretiens Pharmaceutiques pour les patients addicts aux opiacés.....	120
Tableau 9 : Informations générales concernant le patient.....	125
Tableau 10 : Principales Caractéristiques de SUBUTEX®.....	128
Tableau 11 : Principales Caractéristiques de METHADONE®.....	130
Tableau 12 : Principales Caractéristiques de SUBOXONE® .....	133
Tableau 13 : Conseils au comptoir en cas de constipation sous Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) .....	137
Tableau 14 : Conseils au comptoir en cas de transpiration excessive sous Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) <sup>(83)</sup> .....	138
Tableau 15 : CONTRE-INDICATIONS communes à tous les MSO .....	141
Tableau 16 : Associations à prendre en compte avec les MSO .....	142
Tableau 17 : Mécanisme pharmacologique des Inducteurs & Inhibiteurs Enzymatiques	143
Tableau 18 : Classification pharmacologique selon la demie-vie des Benzodiazépines les plus courantes .....	144
Tableau 19 : Exemple d'équivalence posologique entre Benzodiazépines.....	146
Tableau 20 : Addiction aux Opiacés et Contraception.....	155

Tableau 21 : Interprétation des Résultats de l'Auto-Questionnaire pour les patients sous Traitement de Substitution (AQTs).....	160
Tableau 22 : Cas de comptoir susceptibles de générer des conflits : Exemple 1 .....	162
Tableau 23 : Cas de comptoir susceptibles de générer des conflits : Exemple 2 .....	163
Tableau 24 : Cas de comptoir susceptibles de générer des conflits : Exemple 3 .....	164
Tableau 25 : Prise en charge homéopathique des troubles du sommeil chez le patient addict aux opiacés <sup>(90)</sup> .....	167
Tableau 26 : Principales douleurs rencontrées chez le patient addict aux opiacés <sup>(90)</sup> ...	169
Tableau 27 : Manifestations buccales les plus fréquentes chez le patient addict <sup>(93)</sup> .....	173

## **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.

## **SOMMAIRE**

<b>Table des matières</b> .....	<b>12</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>16</b>
<b><u>PARTIE I : Trois ouvertures légales pour la profession...</u></b> .....	<b>18</b>
1) Le Rapport RIOLI du 9 juillet 2009 .....	19
2) La Loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) : place du pharmacien d'Officine au sein de la loi HPST .....	23
3) La Convention Pharmaceutique des 28 et 29 mars 2012 .....	40
<b><u>PARTIE II : La Démarche d'accompagnement et le suivi du patient addict aux opiacés à l'Officine</u></b> .....	<b>44</b>
1) Mise en pratique des trois ouvertures légales vis à vis des patients addicts aux opiacés .....	45
2) Eléments conceptuels autour du patient addict .....	49
a) Généralités sur l'Addiction .....	49
b) Quelques définitions .....	52
c) Le Concept d'Addiction .....	61
d) Les Comorbidités .....	68
e) Les Produits .....	82
<b><u>PARTIE III : De la « toxicomanie à l'Addiction : du concept à l'intégration d'un Parcours de Soins Personnalisé (PSP)</u></b> .....	<b>88</b>
1) Historique de la prise en charge des patients addicts aux opiacés .....	89
2) Les interrogations et les problèmes rencontrés par les officinaux .....	92

3) Importance de la coopération interprofessionnelle .....	95
--	----

**PARTIE IV : L'Entretien Officinal (EO) ou Entretien Pharmaceutique (EP) : Approche de la conception d'un outil d'aide à l'accompagnement du patient addict aux opiacés :** .....

	<b>100</b>
--	------------

1) Finalités et résultats attendus des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO).....	101
2) L'Entretien Officinal (EO) ou Entretien Pharmaceutique (EP) .....	105
3) Contenu et Utilisation de l'outil : .....	114
a) Protocole général du déroulement.....	114
b) Entretien Officinal n°1 : Phase d'Initiation du traitement substitutif .....	121
c) Entretiens Officinaux n°2 & 3 : Observance et Bonne compréhension du traitement substitutif .....	136
d) Entretiens Officinaux n°4 & 5 : Vers une stabilisation de l'Addiction ? .....	157

<b>Conclusion</b>	<b>178</b>
<b>Références Bibliographiques</b>	<b>180</b>
<b>SIGLES &amp; ABREVIATIONS</b>	<b>191</b>
<b>INDEX ALPHABETIQUE</b>	<b>193</b>
<b>TABLE des ANNEXES</b>	<b>195</b>
<b>TABLE des ILLUSTRATIONS</b>	<b>229</b>
<b>TABLE des TABLEAUX</b>	<b>230</b>
<b>SERMENT de GALIEN</b>	<b>232</b>



*ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ADDICT AUX OPIACES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE  
DANS LE CADRE DE LA LOI HPST DE 2009*

---

**ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ADDICT AUX OPIACES  
PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE  
DANS LE CADRE DE LA LOI HOPITAL PATIENTS SANTE TERRITOIRE DE 2009**

---

**RESUME:**

En 2009, la Loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) redéfinit les rôles des Professionnels de Santé dans notre système de soins. Ils ont ainsi l'opportunité de travailler ensemble pour mieux accompagner les Patients atteints d'une pathologie chronique, comme l'Addiction aux Opiacés. Le Pharmacien peut désormais proposer à un patient addict, une nouvelle démarche d'accompagnement et de prise en charge médico-psycho-sociale. Le travail de cette thèse a été d'adapter les Entretiens Pharmaceutiques (EP) à la pathologie «Addiction» en proposant un schéma général du déroulement des Entretiens Officinaux (EO) ainsi que répertorier et adapter les outils composant ce suivi.

Ce nouvel outil devrait permettre d'améliorer la prise en charge, l'accompagnement et le suivi du patient addict aux opiacés, en l'intégrant pleinement au cœur de son Parcours de Soins.

**MOTS-CLES :** Loi Hôpital Patients Santé Territoire – Addiction - Réseau de Santé – Pluridisciplinarité – Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) - prise en charge psycho-médico-sociale - Entretien Pharmaceutique (EP)

---

**PHARMACIST SUPPORT FOR OPIATE ADDICTED PATIENTS ACCORDING TO  
THE 2009 "HOSPITAL PATIENT HEALTH TERRITORY" LAW**

**ABSTRACT:**

In 2009, the "Hospital Patient Health Territory" (HPHT) law redefined the roles of Health Professionals in our healthcare system. Indeed, this law provides health professionals the opportunity to work together to better support patients suffering from chronic conditions, like opiate addiction. Pharmacists may now offer addicted patients a new psycho-medical-social care management. The work of this thesis has been to adapt the pathology "Addiction" Pharmaceutical Interviews (PI) by proposing a general pattern to conduct the officinal interviews (OI), as well as to identify and adapt the tools needed for it.

This new guideline should allow improved management, support and care of opiate addicts, while integrating them in their treatment.

**KEYWORDS :** "Hospital Patient Health Territory" (HPHT) law - opiate addiction - Healthcare Network - Opiate Substitution Treatment (OST) - psycho-medical-social care – Pharmaceutical Interview (PI)

---

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Faculté de Pharmacie de Limoges – 2 rue du Docteur Marcland, 87025 LIMOGES Cedex

CHEVALIER Marie



| Faculté de Pharmacie | mai 2013