

**Université de Limoges
Faculté de Pharmacie**

Année 2016

Thèse n°

Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

présentée et soutenue publiquement

le 22 Novembre 2016

Par

Olivia DUBOIS

née le 6 mai 1992 à Limoges

**Proposition d'un programme d'éducation
thérapeutique du patient sous traitement de
substitution aux opiacés pris en charge dans le
cadre d'un réseau ville-hôpital**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Franck SAINT-MARCOUX

Madame le Docteur Catherine CHEVALIER

Monsieur le Docteur Laurent ARNAUD

Madame le Professeur Catherine FAGNERE

Monsieur le Docteur Laurent DURENGUE

Monsieur le Docteur André NGUYEN

Président

Directeur

Co-directeur

Juge

Juge

Membre invité





**Université de Limoges
Faculté de Pharmacie**

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

présentée et soutenue publiquement
le 22 Novembre 2016

Par
Olivia DUBOIS
née le 6 mai 1992 à Limoges

**Proposition d'un programme d'éducation
thérapeutique du patient sous traitement de
substitution aux opiacés pris en charge dans le
cadre d'un réseau ville-hôpital**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Franck SAINT-MARCOUX

Madame le Docteur Catherine CHEVALIER

Monsieur le Docteur Laurent ARNAUD

Madame le Professeur Catherine FAGNERE

Monsieur le Docteur Laurent DURENGUE

Monsieur le Docteur André NGUYEN

Président

Directeur

Co-directeur

Juge

Juge

Membre invité



Liste des enseignants

PROFESSEURS :

BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
ROUSSEAU Annick	BIOSTATISTIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

MOESCH Christian	HYGIENE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE
ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE
SAINT-MARCOUX Franck	TOXICOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE



DELEBASSEE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE- IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
GRIMAUD Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTROLE DU MEDICAMENT
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MERCIER Aurélien	PARASITOLOGIE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE- IMMUNOLOGIE
PASCAUD Patricia	PHARMACIE GALENIQUE – BIOMATERIAUX CERAMIQUES
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
TROUILLAS Patrick	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
VIGNOLES Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE

PROFESSEUR DE LYCEE PROFESSIONNEL :

ROUMIEUX Gwenhaël	ANGLAIS
--------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :

CHEMIN Guillaume	(01.09.2015 au 31.08.2016) BIOCHIMIE FONDAMENTALE ET CLINIQUE, CANCEROLOGIE
-------------------------	---



FABRE Gabin

01.10.2015 au 31.08.2016)
CHIMIE PHYSIQUE - PHYSIQUE

PROFESSEURS EMERITES :

BUXERAUD Jacques

DREYFUSS Gilles

LOUDART Nicole



Remerciements

**A MON PRESIDENT DE THESE,
Monsieur le Professeur Franck SAINT-MARCOUX,**

*Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury,
Pour m'avoir transmis vos connaissances et votre expérience en Addictologie
lors de mes études,
Soyez assuré de mon estime, mon respect et de ma sincère reconnaissance.*

A Madame le Professeur Catherine FAGNERE,

*Pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury,
Pour votre gentillesse et votre implication auprès des étudiants,
Recevez mes très sincères remerciements.*



**A MA DIRECTRICE DE THESE,
Madame le Docteur Catherine CHEVALIER,**

*Pour m'avoir si bien encadrée tout au long de ce travail,
Pour vos conseils, votre disponibilité et la confiance que vous m'avez accordée,
Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma
reconnaissance.*

**A MON CO-DIRECTEUR DE THESE,
Monsieur le Docteur Laurent ARNAUD,**

*Pour m'avoir motivée et dirigée dans ce travail,
Pour votre sympathie, votre disponibilité et votre confiance en nos projets,
Veuillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.*



A Monsieur le Docteur Laurent DURENGUE,

Pour l'honneur que vous me faites par votre présence dans ce jury,

Pour la chance que j'ai eu de travailler à vos côtés,

Pour votre gentillesse et votre soutien dans ce travail,

Recevez mes très sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur André NGUYEN,

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury,

Pour votre aide et votre disponibilité tout au long de ce travail,

Recevez mes très sincères remerciements.



**A TOUTES LES PERSONNES QUI ONT SOUTENU MON TRAVAIL PAR LEUR
IMPLICATION,**

A tous les patients ayant participé aux entretiens,

*Je vous remercie pour votre dévouement et votre confiance,
Sans vous, mon travail ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui.*

Madame le Docteur Catherine BOULIN,

*Pour m'avoir volontairement aidé dans la réalisation de mes projets,
Je vous suis très reconnaissante.*

Mesdames Cécile BLOUIN et Sylvie HOURCADE,

*Pour votre gentillesse et votre disponibilité,
Pour le temps que vous avez pris à valoriser ce travail,
Recevez mes sincères remerciements.*



A MES PROCHEs,

A mes parents,

*Pour avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui,
Pour tout l'amour et le soutien que vous m'avez apportés, les valeurs que vous
m'avez transmises,
Recevez cette thèse en guise de reconnaissance et de témoignage de mon amour.*

A Thibault,

*Pour prendre soin de moi chaque jour,
Ton optimisme me donne la force d'avancer,
Vivre à tes côtés est un véritable bonheur.*

A Marie, ma sœur,

*Pour la complicité et le soutien mutuel que nous nous sommes toujours
témoignés,
J'aimerais que tu sois aussi fière de toi que moi je le suis,
Tu es intelligente et compétente, n'en doute jamais !*

A toute ma famille,

*Vous êtes un pilier essentiel à ma vie, merci pour tout votre amour,
Damien et Alexis, vous êtes les frères que je n'ai pas eu, merci pour tous ces
bons moments passés ensemble.*



A Laure,

Des premiers jours de prépa jusqu'à la relecture de cette thèse, tu as toujours été présente,

Merci pour ton amitié sincère et fidèle,

Je sais que je peux toujours compter sur toi.

A mes amies Pharmaciens, Aude, Aurore, Clémence, Mathilde et Sarah,

Pour tous les moments que nous avons passés ensemble lors de nos études et pour tous ceux qu'ils nous restent à partager,

Vous avez rendu mes six années d'études inoubliables,

Malgré nos projets et nos origines, je souhaite que nos moments de partage et d'amitié perdurent longtemps.

A mes amis rencontrés sur les bancs de la faculté,

Alexandre, Anaëlle, Baptiste, Claire, François, Hugo, Marie Albine, Marion, Thibault... merci pour l'amitié qui nous unit depuis le début de NOTRE aventure !



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	24
Partie 1 : L'addiction aux opiacés	25
1. Principe de l'addiction.....	26
1.1. Définitions	26
1.2. L'addiction aux substances psychoactives	28
1.3. Les différents niveaux d'usage	29
1.3.1 L'abstinence	29
1.3.2 L'usage simple	29
1.3.3 L'usage à risque	29
1.3.4 L'usage nocif ou abus	30
1.3.5 La dépendance.....	30
1.4. Notion de sévérité des troubles selon le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders »	31
2. L'addiction aux opiacés	33
2.1. Présentation des opiacés	33
2.1.1 L'opium et ses dérivés	33
2.1.2 L'emploi des opiacés au cours du temps	34
2.1.3 Consommations illicites d'opiacés	36
2.1.4 Modes de consommation de l'héroïne.....	36
2.2. Particularités de l'addiction aux opiacés	37
2.2.1 Aspects neurobiologiques	37
2.2.2 Effets biologiques des opiacés	39
2.2.3 Profil pharmaco-clinique des opiacés	39
2.2.4 Toxicité des opiacés.....	41
2.2.5 Le parcours du consommateur d'opiacés.....	41
2.3. Comorbidités associées à l'addiction aux opiacés.....	43
2.3.1 Comorbidités psychiatriques.....	43
2.3.2 Comorbidités somatiques	45
2.3.3 Comorbidités sociales	46
2.3.4 Prise en charge psycho-médico-sociale.....	47
3. Les traitements de substitution aux opiacés	47
3.1. Principe de substitution.....	47
3.1.1 Le développement du principe de substitution	47
3.1.2 Définition d'un médicament de substitution aux opiacés	48
3.1.3 Objectifs d'un traitement de substitution aux opiacés	49
3.1.4 Caractéristiques des médicaments de substitution aux opiacés	50
3.2. Les principaux médicaments utilisés	52
3.2.1 Les différentes molécules	52
3.2.2 Présentations commerciales.....	53
3.2.3 Particularités.....	54
3.2.4 Cadre réglementaire	55
3.3. Les traitements de substitution aux opiacés en Limousin	56
3.3.1 Profil des patients sous TSO	56
3.3.2 Tendances concernant les prescriptions	60
4. Moyens mis en œuvre pour la prise en charge des patients addicts aux opiacés	65
4.1. Les réseaux de santé	65
4.1.1 Historique	65
4.1.2 Le réseau régional AddictLim	67



4.2. Structures d'accueil	68
4.2.1 Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues.....	68
4.2.2 Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	69
5. Problématiques liées à l'addiction aux opiacés et à la mise sous substitution	70
5.1. L'addiction aux opiacés : un problème de santé publique	70
5.1.1 Répercussions sanitaires	70
5.1.1.1. Les infections virales	70
5.1.1.2. Les troubles psychiatriques	71
5.1.1.3. La mortalité associée à la consommation de drogues	72
5.1.2 Répercussions sociales	73
5.1.2.1. Les problèmes judiciaires	73
5.1.2.2. Les dépenses publiques en matière de lutte contre les drogues	74
5.2. Problématiques persistantes ou consécutives à la mise sous substitution	74
5.2.1 Le patient et son traitement	75
5.2.1.1. Perception et place du médicament de substitution aux opiacés dans la stratégie de soins	75
5.2.1.2. Respect des modalités de prise du médicament de substitution aux opiacés	76
5.2.1.2.1. Respect de la posologie.....	76
5.2.1.2.2. Respect de la voie d'administration	77
5.2.1.3. Gestion des effets indésirables du médicament de substitution au quotidien	79
5.2.2 Le patient dans son environnement.....	80
5.2.2.1. Consommations parallèles de substances psychoactives	80
5.2.2.2. Gestion de la douleur	82
5.2.2.3. Sécurisation de l'entourage	84
5.2.2.4. Grossesse et allaitement	85
5.2.2.5. Voyage à l'étranger	86
5.3. Politique de réduction des risques	87
5.3.1 Définition [.....	87
5.3.2 Ce que prévoit la loi en terme de réduction des risques	88
5.3.3 L'intérêt de l'éducation thérapeutique en termes de réduction des risques	90
Partie 2 : L'Éducation Thérapeutique du Patient	91
1. Présentation de l'éducation thérapeutique du patient	92
1.1. Définition	92
1.1.1 Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	92
1.1.2 Contexte réglementaire.....	92
1.2. Place dans la prise en charge des patients	93
1.2.1 Intérêts pour le patient et finalités	93
1.2.1.1. Compétences d'auto-soins	94
1.2.1.2. Compétences d'adaptation	94
1.2.2 Maladies concernées et limites.....	95
1.2.3 Intégration de la démarche d'éducation thérapeutique du patient à la stratégie de soins	96
1.3. Les acteurs de l'éducation thérapeutique	99
1.3.1 Les personnes susceptibles de dispenser l'éducation thérapeutique.....	99
1.3.2 La formation pédagogique des intervenants	100
1.3.3 Les compétences requises	101
2. Elaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient.....	103
2.1. La structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient	103



2.2. La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire et les modalités de coordination	105
2.3. Définition des paramètres d'intervention	106
2.4. L'élaboration du dossier d'autorisation du programme	108
3. Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient	110
3.1. Elaborer un diagnostic éducatif	110
3.2. Définir les compétences, les objectifs et le contrat d'éducation	112
3.3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation	113
3.4. Evaluation du patient et suivi médical	116
4. Evaluation du programme	118
4.1. L'auto-évaluation annuelle	118
4.2. L'évaluation quadriennale obligatoire	120

Partie 3 : Education thérapeutique pour les patients sous traitement de substitution aux opiacés

aux opiacés	123
1. Evaluation de la pertinence d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients sous traitement de substitution aux opiacés en Limousin	124
1.1. Objectifs des entretiens	124
1.2. Matériel et méthodologie	125
1.2.1 Présentation du questionnaire	125
1.2.2 Critères et période d'inclusion	126
1.2.3 Mise en place des entretiens	126
1.2.4 Participation des patients aux entretiens	127
1.2.5 Traitement des données et analyse	127
1.3. Résultats de l'enquête	128
1.3.1 Présentation des patients	128
1.3.2 Connaissance et vécu de la maladie et du traitement	130
1.3.3 La prise du médicament de substitution aux opiacés	136
1.3.4 La gestion du traitement au quotidien et les capacités d'adaptation	141
1.3.5 Projets et demandes	145
1.4. Constats	145
1.4.1 Le questionnaire	145
1.4.2 Réactions et comportements des patients	146
1.4.3 Le déroulement des entretiens	146
1.4.4 Analyse des résultats	147
1.5. Propositions de travail	147
1.5.1 Connaissance de la maladie et de sa prise en charge	147
1.5.2 Connaissance du médicament de substitution aux opiacés et de ses modalités de fonctionnement	148
1.5.3 Gestion des évènements de la vie	149
1.5.4 Gestion des pathologies associées	149
2. Proposition d'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient au sein du CSAPA Bobillot	151
2.1. Présentation du programme proposé	151
2.1.1 Intitulé du programme	151
2.1.2 Pathologie et population concernées par le programme	151
2.1.3 Objectifs du programme	152
2.1.4 Mode de prise en charge du patient	152
2.1.5 Contenu du programme	153
2.2. Les acteurs du projet	155
2.2.1 Le coordonnateur du programme	155
2.2.2 L'équipe intervenante	156



2.2.3 Les moyens de coordination	156
2.2.3.1. Modalités de coordination et d'information entre les intervenants au sein du programme	156
2.2.3.2. Modalités de coordination et d'informations avec les autres intervenants du parcours de soins du patient	156
2.3. Structure titulaire du programme	157
2.4. Evaluation du programme.....	157
2.4.1 Autoévaluation annuelle.....	157
2.4.2 Evaluation quadriennale	158
2.5. Le financement	158
Conclusion	159
Références bibliographiques	160
Annexes.....	167
SERMENT DE GALIEN	202



Table des illustrations

Figure 1 : Pyramide médicale des usages	31
Figure 2 : Pholcodine	34
Figure 3 : Codéine	34
Figure 4 : Morphine	34
Figure 5 : Héroïne	35
Figure 6 : Voie de la récompense	38
Figure 7 : Inhibition de la voie gabaergique par les opiacés	38



Table des tableaux

Tableau 1 : Effets de l'héroïne	39
Tableau 2 : Développement de la tolérance pour différents effets des opiacés	40
Tableau 3 : Signes cliniques d'une overdose	41
Tableau 4 : Troubles de la personnalité	43
Tableau 5 : Troubles psychiatriques non spécifiques	44
Tableau 6 : Complications psychiatriques liées à l'usage d'opiacés	44
Tableau 7 : Complications somatiques liées à l'usage d'opiacés	45
Tableau 8 : Caractéristiques des médicaments de substitution aux opiacés	51
Tableau 9 : Propriétés intrinsèques des trois principaux médicaments de substitution aux opiacés	52
Tableau 10 : Présentation des trois principaux médicaments de substitution aux opiacés ...	53
Tableau 11 : Particularités des trois principaux médicaments de substitution aux opiacés ...	54
Tableau 12 : Cadre réglementaire des trois principaux médicaments de substitution aux opiacés	55
Tableau 13 : Principales caractéristiques des expositions pédiatriques par Méthadone® du 15/04/2008 au 15/04/2012 en France.....	84
Tableau 14 : Objectifs et modalités d'intervention concernant la politique de réduction des risques	89
Tableau 15 : Compétences nécessaires à la dispensation de l'éducation thérapeutique	102
Tableau 16 : Etapes structurant un programme d'éducation thérapeutique.....	104
Tableau 17 : Eléments permettant de définir le programme d'éducation thérapeutique	107
Tableau 18 : Composition du dossier de demande d'autorisation du programme par l'Agence Régionale de Santé.....	109
Tableau 19 : Dimensions à explorer au cours du diagnostic éducatif	111
Tableau 20 : Critères auxquels doivent répondre les objectifs pédagogiques	112
Tableau 21 : Méthodes pédagogiques de séances collectives (adultes)	115
Tableau 22 : Méthodes pédagogiques de séances individuelles ou techniques de guidance individuelles (adultes).....	115
Tableau 23 : Méthodes pédagogiques d'auto-apprentissage (adultes).....	116
Tableau 24 : Méthodes d'évaluation des compétences d'ordre intellectuel du patient	117
Tableau 25 : Indicateurs de qualité d'un programme d'éducation	119
Tableau 26 : Critères d'évaluation quadriennale du programme	120
Tableau 27 : Analyse des évolutions du programme d'ETP	121
Tableau 28 : Principaux critères d'évaluation du programme	158

Table des graphiques

Graphique 1 : Répartition des patients sous TSO en Limousin	56
Graphique 2 : Répartition des patients en fonction du MSO en Limousin	57
Graphique 3 : Répartition des patients en fonction du MSO en Haute-Vienne	58
Graphique 4 : Répartition des patients sous TSO en Limousin par sexe	58
Graphique 5 : Répartition des patients sous TSO en Haute-Vienne par sexe	59
Graphique 6 : Moyenne d'âge par sexe et par MSO en Limousin	59
Graphique 7 : Nombre total de boîtes remboursées en Limousin en 2014	61
Graphique 8 : Proportion de patients sous BHD en fonction du dosage journalier délivré	62
Graphique 9 : Proportion de patients sous Méthadone® gélule en fonction	63
Graphique 10 : Proportion de patients sous Méthadone® sirop en fonction	64
Graphique 11 : Répartition des patients par sexe	128
Graphique 12 : Tranches d'âge par sexe	128
Graphique 13 : Lieu de délivrance du médicament de substitution aux opiacés.....	129
Graphique 14 : Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe	129
Graphique 15 : Situation familiale selon le sexe.....	130
Graphique 16 : Type de médicament de substitution aux opiacés	130
Graphique 17 : Médicament de substitution prescrit selon le type de prescripteur	131
Graphique 18 : Répartition des patients selon le dosage du MSO (BHD, Subutex®, Suboxone®)	132
Graphique 19 : Répartition des patients selon le dosage du MSO (Méthadone® gélule et sirop).....	132
Graphique 20 : Durée du traitement	133
Graphique 21 : Cadre de prescription.....	133
Graphique 22 : Objectifs thérapeutiques du médicament de substitution aux opiacés	134
Graphique 23 : Apports du traitement de substitution dans la vie quotidienne	135
Graphique 24 : Prise en charge autre que médicale	136
Graphique 25 : Connaissance des risques liés à l'injection et au sniff	137
Graphique 26 : Nombre de prises par jour du médicament de substitution.....	138
Graphique 27 : Modification de la posologie prescrite	139
Graphique 28 : Raisons de diminution de la posologie	139
Graphique 29 : Raisons d'augmentation de la posologie.....	140
Graphique 30 : Obtention des doses manquantes	141
Graphique 31 : Lieu de rangement du médicament de substitution	142



Graphique 32 : Attitude adoptée en cas de douleur	143
Graphique 33 : Consommation de substances psychoactives par sexe	144



Liste des abréviations

AFEF : Association Française pour l'Etude du Foie

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régionale de Santé

ARUDA : Association pour la Réinsertion des Usagers de Drogues du secteur d'Abbeville

ASUD : Auto Support des Usagers de Drogues

ATV : Aire Tegmentale Ventrale

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

BZD : Benzodiazépine

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

DCI : Dénomination Commune Internationale

DDJ : Dose Définie Journalière

DGS : Direction Générale de la Santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GABA : Acide Gamma Amino Butyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

HIO : Hyperalgie Induite par les Opiacés



HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP⁽¹⁾ : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RCP⁽²⁾ : Résumé des Caractéristiques Produit

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SNC : Système Nerveux Central

SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins

SSN : Syndrome de Sevrage Néonatal

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

TSR : Toxicomanie Soins Réseau

UDVI : Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine



Introduction

L'addiction aux opiacés est une maladie chronique à l'origine de complications somatiques, psychologiques et sociales nécessitant une prise en charge globale et adaptée du patient. Elle comprend la prescription d'un médicament de substitution aux opiacés qui en lui-même ne résout pas tous les problèmes inhérents à cette pathologie. Il peut même être à l'origine de diverses problématiques liées à son utilisation et à sa gestion au quotidien. La prise en charge des patients substitués nécessite donc un accompagnement à long terme qui puisse répondre au mieux aux difficultés qu'ils rencontrent.

L'éducation thérapeutique du patient, déjà mise en œuvre pour de nombreuses pathologies chroniques, pourrait être profitable aux patients sous traitement de substitution aux opiacés dans la mesure où elle permettrait de les aider à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle se distingue des autres prises en charge par son caractère personnalisé et sa mise en œuvre pluridisciplinaire. Cependant, aucun projet d'éducation thérapeutique n'a encore été mis en place en Limousin dans le cadre de la substitution aux opiacés.

Dans la première partie de notre travail, nous aborderons l'addiction aux opiacés, les traitements de substitution, les moyens de prise en charge, mais également les problématiques que soulève la mise sous substitution.

Dans la seconde partie, nous traiterons de l'éducation thérapeutique du patient et des modalités nécessaires à la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique.

Dans la troisième partie, nous présenterons le travail effectué auprès des patients substitués afin d'évaluer la pertinence d'un projet d'éducation thérapeutique. Des entretiens individuels, menés par des professionnels de santé avec les patients sous traitement de substitution, semblent être un des meilleurs moyens de se placer à l'écoute des patients et d'identifier les besoins et attentes de ces derniers vis-à-vis de leur traitement et de leur prise en charge.

L'objectif de cet écrit est donc de proposer des pistes de travail aux professionnels du réseau ville-hôpital pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sous traitement de substitution aux opiacés.



Partie 1 : L'addiction aux opiacés



1. Principe de l'addiction

1.1. Définitions [1] [2] [3] [4]

La notion d'addiction présente une double origine, à la fois latine et anglo-saxonne. Le mot addiction vient du latin *ad-dicere* traduit par « dire à » formalisant une appartenance en terme d'esclavage. Le droit romain l'a décrit comme « le droit de disposer à son profit de la personne, même du débiteur défaillant » ce qui renvoie l'addiction à une absence de liberté et d'indépendance. Plus tard, les anglo-saxons l'ont désignée comme une relation de soumission d'un apprenti à son maître et, un peu plus récemment, ils se sont rapprochés du sens moderne en l'attribuant à la passion et aux autres relations de dépendance.

Devant son usage croissant, un psychiatre anglais, Aviel Goodman, propose en 1990 une définition moderne de l'addiction qu'il présente comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». Avec cette définition plus précise, Goodman établit un ensemble de critères définissant le « trouble addictif ».



Le trouble addictif selon Goodman :

1. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
2. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
3. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
4. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
5. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 - Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'abandonner au comportement.
6. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois et se sont répétés pendant une période plus longue.

Les critères diagnostiques définis par Goodman sont essentiellement comportementaux, il n'existe pas d'autre critère (biologique par exemple), pour permettre de diagnostiquer l'addiction.

L'addiction relève d'une relation plus ou moins contraignante pour l'individu et plus ou moins acceptée par la société, à l'égard d'un produit (drogue, tabac, alcool) ou d'une pratique (jeu, achat, sexe...).

Elle rassemble donc à la fois des comportements et des produits, qu'ils soient licites ou illicites. Cependant, ce n'est pas le produit ou le comportement qui est central mais l'usage qui en est fait.

Le terme d'addiction est utilisé depuis quelques années comme équivalent des mots dépendance, pharmacodépendance et toxicomanie. Cependant, les notions de pharmacodépendance ou de toxicomanie se limitent aux addictions avec substances.

1.2. L'addiction aux substances psychoactives [5] [6]

Les substances psychoactives ont en commun de pouvoir déclencher une pharmacodépendance. Lorsque celle-ci est installée, elle est identique quelle que soit la substance en cause.

On parle aussi de toxicomanie qui désigne une appétence anormale et prolongée pour des substances toxiques, motivée par la recherche d'un plaisir ou d'un effet analgésique ou dynamique ayant des conséquences physiques, psychiques ou sociales.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le terme de toxicomanie répond à quatre critères :

- une envie irréprensible de consommer un produit (craving),
- une tendance à augmenter les doses (tolérance),
- une dépendance psychologique et parfois physique,
- des conséquences néfastes pour la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques).

Sous ce terme général de toxicomanie, on a longtemps amalgamé des pratiques hétérogènes englobant la nature des produits, les modes de consommation, les personnes qui consomment et la sévérité des problèmes. Le produit psychotrope était considéré comme seul à l'origine des troubles. Implicitement, la rupture avec les consommations antérieures et l'abstinence suffisaient à réinscrire le patient dans une démarche de santé et de vie harmonieuse.

Nous avons ensuite distingué des types de consommation en fonction des effets cliniques des substances psychoactives. C'est ce que l'on a appelé l'approche par produit en différenciant les héroïnomanes des cocaïnomanes ou des alcooliques.

Cependant, le constat selon lequel les consommateurs associaient plusieurs substances psychoactives, en même temps ou séquentiellement, a rapidement été établi. De cette constatation est né le terme de poly-toxicomanie et l'approche par produit s'est alors révélée être très réductrice et peu opératoire.

Une autre approche s'est alors développée pour se recentrer sur le comportement lui-même de consommation et sur les déterminants qui se trouvent à l'origine de celui-ci.

La toxicomanie ou addiction avec substance peut s'aborder selon deux axes : associer différents comportements (tels que l'alcoolisme, le tabagisme, l'héroïnomanie) et regrouper sous un même concept différents niveaux d'usage.

1.3. Les différents niveaux d'usage [7] [8]

Il existe un continuum des comportements addictifs aux substances psychoactives avec un passage de l'usage simple à l'usage nocif puis à la dépendance ; le tout s'opérant généralement de manière progressive. Aussi, en fonction de la substance concernée, il faudra plus ou moins de temps pour que s'instaure une dépendance.

1.3.1 L'abstinence

L'abstinence correspond à une absence de consommation d'une substance. Elle peut être primaire s'il n'y a jamais eu expérimentation de la substance ou secondaire si elle fait suite à une période de consommation.

1.3.2 L'usage simple

L'usage simple représente une consommation de substance n'entraînant ni complication, ni dommage. L'usage simple ne relève pas d'une problématique pathologique mais d'un souci de prévention pour ne pas dériver vers l'abus ou la dépendance.

1.3.3 L'usage à risque

L'usage à risque correspond à une consommation de substance, occasionnelle ou périodique, sans prendre en compte une situation qui la contre-indique (exemple : la conduite de véhicule après consommation d'alcool).

1.3.4 L'usage nocif ou abus

L'abus est caractérisé par une consommation de substance susceptible d'induire des dommages somatiques, psychiques ou sociaux, préjudiciables pour le sujet lui-même ou son environnement. Il s'agit donc d'un mode de consommation préjudiciable pour la santé du consommateur entraînant des complications physiques et psychiques et donnant lieu à des critiques et des conséquences sociales négatives.

1.3.5 La dépendance

La dépendance est un état résultant de l'interaction entre un être vivant et une substance, caractérisé par des modifications du comportement et d'autres réactions qui comprennent toujours une impulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets psychiques et parfois d'éviter le sevrage. Elle a pour conséquence une poursuite de la consommation tout en étant conscient de ses conséquences négatives.

La dépendance se traduit à la fois par des manifestations physiques et psychiques.

La dépendance physique est un état d'adaptation qui se manifeste par des troubles physiques intenses lorsque l'administration de substance est suspendue. On parle de syndrome de manque ou de sevrage qui se traduit cliniquement par des douleurs diffuses, une angoisse, des insomnies, des nausées, des vomissements et des diarrhées.

La dépendance psychique correspond à un état mental caractérisé par une impulsion à prendre une substance de façon périodique ou continue dans le but d'en retirer un plaisir ou d'annuler une tension. Il en résulte une sensation de malaise, d'angoisse, pouvant aller jusqu'à la dépression lorsque le sujet dépendant est privé de la substance.

La dépendance s'accompagne souvent d'une **tolérance** : processus adaptatif de l'organisme à une substance se traduisant par l'affaiblissement progressif des effets de celle-ci, d'où la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets.



Le continuum des comportements addictifs peut être représenté selon la pyramide suivante :

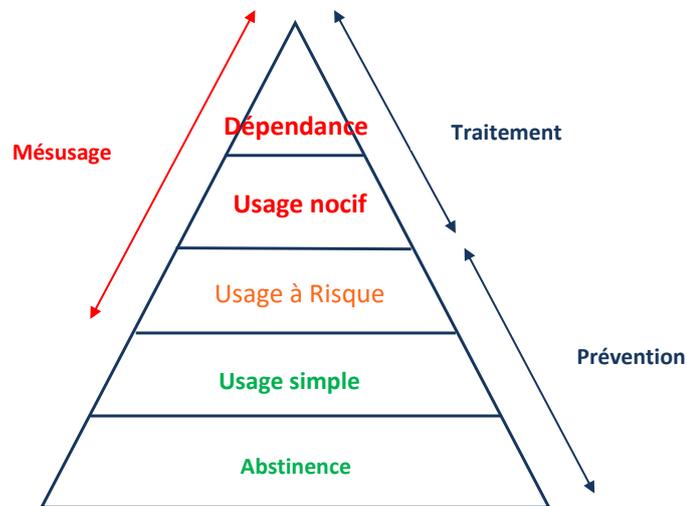


Figure 1 : Pyramide médicale des usages

1.4. Notion de sévérité des troubles selon le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » [9] [10] [11]

La dernière édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM 5) combine les critères diagnostiques d'abus de substance et ceux de dépendance à une substance pour ne former qu'un seul référentiel de critères diagnostiques définissant **le trouble d'utilisation d'une substance**.

Il s'agit d'un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par au moins deux des symptômes suivants, apparus à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :



1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, pour l'utiliser ou pour récupérer de ses effets.
4. *Craving*, ou désir intense et urgent de consommer la substance.
5. Utilisation récurrente de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
7. Les activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
8. Utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que le sujet sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
11. 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.

Ces critères sont presque identiques à ceux de l'abus et de la dépendance à une substance définis dans le DSM IV à deux exceptions près :

- la notion de problème judiciaire inhérente à l'abus de substance a été retirée,
- la notion de craving a été rajoutée.



Le *craving*, émanant du processus de dépendance psychique, correspond au désir impérieux et irrésistible de prendre une substance qu'un sujet, consommateur chronique, ressent lorsqu'il est privé de celle-ci.

Aussi, le DSM 5 prend en compte la sévérité des troubles, basée sur le nombre de critères présentés par un sujet :

- 2 ou 3 critères indiquent un trouble léger,
- 4 ou 5 critères indiquent un trouble modéré,
- 6 critères ou plus indiquent un trouble sévère.

Quelle que soit la sévérité des troubles, dès lors que l'on parle de pharmacodépendance, on considère des substances illégales (héroïne, cocaïne, cannabis), des substances légales (alcool, tabac) mais aussi certains médicaments psychotropes (morphiniques, anxiolytiques...).

2. L'addiction aux opiacés

2.1. Présentation des opiacés [12] [13] [14]

2.1.1 L'opium et ses dérivés

Les opiacés constituent une famille de produits dérivés de l'opium, substance provenant de la culture du Pavot à opium, *Papaver somniferum* (famille des Papavéracées). La morphine (ou sulfate de morphine) est le produit de référence de cette famille. Les opiacés sont donc des substances d'origine naturelle mais peuvent être obtenus par hémisynthèse à partir de produits extraits de l'opium. Ce sont des alcaloïdes dont les principaux utilisés en thérapeutique sont la morphine, la codéine et la pholcodine.



Ils présentent la même structure chimique à savoir une structure pentacyclique comportant un noyau pipéridinique et un noyau isoquinoléique.

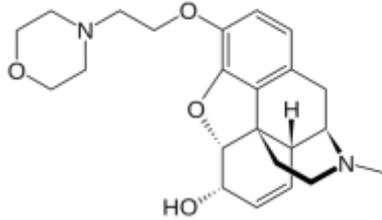


Figure 2 : Pholcodine

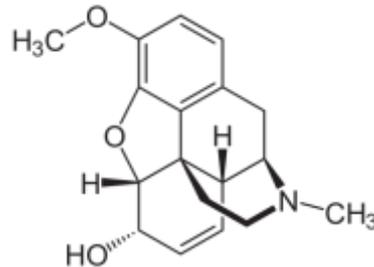


Figure 3 : Codéine

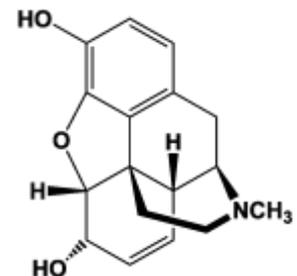


Figure 4 : Morphine

Le terme d'opioïde désigne quant à lui l'ensemble des substances ayant un effet morphinique qu'elles soient d'origine naturelle, semi-synthétique ou synthétique.

Il faut donc différencier les termes d'opiacés et d'opioïdes. Cependant pour éviter toute confusion, nous utiliserons essentiellement le terme d'opiacé dans cet écrit ; il fera à la fois référence aux agonistes et aux antagonistes morphiniques, que leur structure ressemble ou non à celle de la morphine.

Certains opiacés sont produits de façon semi-synthétique comme l'héroïne et la buprénorphine ou de manière totalement synthétique comme la méthadone. On distingue également les opiacés licites des opiacés illicites. Les opiacés licites correspondent à une gamme de médicaments à base d'opiacés produits légalement par les laboratoires pharmaceutiques. Parmi eux, on distingue les médicaments indiqués pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres analgésiques (codéine, sulfate de morphine), les antitussifs (codéine, pholcodine) et les médicaments de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine haut dosage). Les opiacés illicites sont produits clandestinement, il s'agit principalement de l'héroïne et de l'opium.

2.1.2 L'emploi des opiacés au cours du temps [15]

C'est en Angleterre, à la fin du XVIII^{ème} siècle que l'on observa pour la première fois un étonnant engouement pour l'opium. En Europe, il fut tout d'abord prescrit sous forme de pastilles ou de sirop de Laudanum. L'opium fumé connut une extraordinaire vogue au début du XX^{ème} siècle.



En plus de ses propriétés analgésiques et anesthésiantes, les premiers consommateurs en perçurent une autre : la mise à distance de l'environnement et le détachement des contraintes extérieures.

L'avènement de la morphine est directement issu des progrès de la pharmacologie (isolement chimique de la morphine à partir de l'opium) et de la médecine (invention de la seringue hypodermique). D'abord employée sur les champs de bataille puis dans les hôpitaux, elle est utilisée plus tard par des individus en quête d'expériences intérieures. Les premières morphinomanies sont donc iatrogènes ou par « persévération » de traitements médicaux avant que n'apparaissent les toxicomanies par « perversion » c'est-à-dire par la recherche avide de substances illicites. Les effets de la morphine démultiplient ceux de l'opium. L'injection sous cutanée et plus tard intraveineuse ajoute de l'intensité et de la rapidité à ses effets.

L'héroïne, synthétisée à la fin du XIX^{ème} siècle, constitue un nouveau maillon dans la chaîne des dérivés opiacés. Grâce à sa double estérification (diacétylmorphine), elle présente une plus grande intensité et rapidité d'action que celles de la morphine.

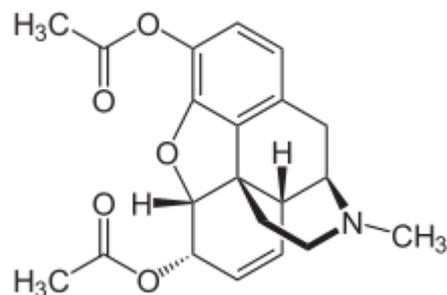


Figure 5 : Héroïne

Les opiacés de synthèse qui apparaîtront plus tard n'apporteront que de nouvelles combinaisons pharmacologiques jouant sur la rapidité des effets, leur durée et leur intensité d'actions antalgiques et euphorisantes. C'est d'ailleurs la double qualité d'effets euphorisants faibles et d'une durée d'action particulièrement longue qui a permis à la méthadone et à la buprénorphine de devenir des opiacés « acceptables » pour être prescrits par les médecins comme médicaments de substitution dans la dépendance aux opiacés.



2.1.3 Consommations illicites d'opiacés [12] [15] [16]

En France, à côté de l'héroïne, souvent très « coupée » sur le marché noir, divers opiacés sont utilisés dans le cadre d'une toxicomanie, en particulier des médicaments détournés de leur usage. C'est le cas de morphiniques comme le Skenan® ou l'Oxycontin® et de Médicaments de Substitution des Opiacés (MSO) comme la buprénorphine.

Une mention particulière doit être faite aux médicaments contenant de la codéine. Avant la mise sur le marché des médicaments de substitution en France, en 1995, certains médicaments à base de codéine, en vente libre en pharmacie (Néocodion®, Dicodin®, Nétux®), ont été largement utilisés par les usagers comme « auto-substitution » et comme moyen de gestion du manque. Depuis le développement des Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) ces usages ont considérablement diminué.

Les niveaux de consommation d'héroïne ont globalement diminué par rapport à ceux des années 1990, mais les opiacés conservent une place importante dans les consommations des usagers actifs de drogues. 70% des usagers accueillis dans les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) ont consommé un opiacé au moins une fois dans le mois, mais moins de 25% de ceux qui prennent de l'héroïne en prennent tous les jours, la plupart prenant alternativement un MSO et des produits opiacés non prescrits (OFDT, 2012).

En 2014, parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 1,5% ont expérimenté l'héroïne (OFDT, 2015). Parmi elles, 0,2% en ont consommé dans l'année, ce qui témoigne d'une persistance de l'expérimentation d'héroïne. L'expérimentation parmi les jeunes de 17 ans est stable par rapport à 2011, le niveau atteignant 1,0% en 2014.

2.1.4 Modes de consommation de l'héroïne [17]

L'héroïne est l'opiacé le plus recherché en tant que drogue. Sous forme de poudre, elle peut être injectée en intraveineuse, sniffée ou fumée en « chassant le dragon ».

Le mode d'administration prédominant de l'héroïne, pour les usagers vus dans les structures de réduction des risques (CAARUD) en 2010, reste l'injection. Cependant, le recours à l'injection diminue progressivement au profit du sniff et de l'inhalation à chaud. Cette dernière se diffuse comme un mode d'usage alternatif à l'injection dont elle permet d'approcher les effets, tout en évitant la dégradation des veines et les risques infectieux.



En revanche, parmi les usagers pris en charge dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou en médecine de ville, c'est la voie nasale qui apparaît prépondérante pour consommer l'héroïne (69% en 2011).

Le sniff, très répandu dans les milieux festifs, constitue actuellement la voie d'entrée la plus fréquente des jeunes usagers dans la consommation d'héroïne.

2.2. Particularités de l'addiction aux opiacés

2.2.1 Aspects neurobiologiques [18] [19]

La puissance des opiacés dans la résolution des phénomènes douloureux et dans la production d'effets euphorisants et addictifs a conduit à rechercher l'existence, dans le cerveau, de cibles spécifiques aux opiacés, au niveau desquelles ces substances produiraient leur action.

Les récepteurs aux opiacés (μ , δ et κ) ont été découverts en 1973. Ils sont très largement distribués dans le cerveau mais sont également présents dans la moelle épinière et dans le tube digestif. La découverte de ces récepteurs mena les scientifiques à rechercher des molécules endogènes produites par notre cerveau et capables d'activer ces cibles. En 1975, la mise en évidence de plusieurs molécules opioïdes endogènes : les enképhalines, les endorphines et les dynorphines, apporte la première preuve de l'existence de systèmes physiologiques naturels dont l'activation est supposée refléter celle des opiacés exogènes.

L'un des principaux rôles des opioïdes endogènes est de réguler, au moins en partie, l'action de différents neurotransmetteurs tels que la dopamine, la norépinéphrine et l'acétylcholine ; elles mêmes modulant plusieurs fonctions, dont la réponse à la douleur, au stress et le contrôle des émotions.

Des expériences d'autostimulation électrique cérébrale, réalisées chez le rongeur, ont permis de mettre en évidence que des circuits neuronaux, notamment celui reliant l'aire tegmentale ventrale (ATV) au noyau accumbens, d'une part, et au cortex préfrontal, d'autre part, sont impliqués dans des phénomènes de récompense chez l'animal et de plaisir chez l'Homme. La stimulation électrique de cette voie conduit à une augmentation de la libération de dopamine permettant la perception d'une sensation hédonique. Ce plaisir susciterait l'envie de renouveler la stimulation et l'intensité du plaisir serait corrélée à l'exacerbation de la stimulation, ce qui conduirait au maintien du comportement, entraînant petit à petit un état de dépendance. *A contrario*, il est démontré que des situations de stress répétées conduiraient à l'épuisement de la libération de dopamine dans le noyau accumbens.



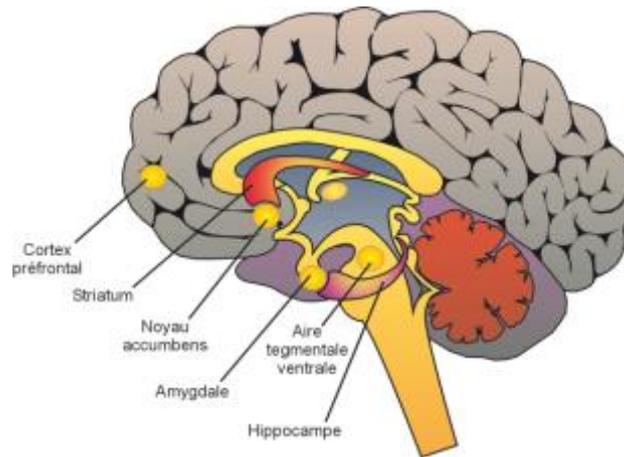


Figure 6 : Voie de la récompense

[20]

Le circuit de la récompense est en permanence freiné par des neurones inhibiteurs, modulés par le GABA (Acide Gamma Amino Butyrique), qui réduisent la libération de dopamine. Sur ces neurones sont également présents des récepteurs aux opiacés. Leur activation conduit à la réduction de la libération de GABA. Ainsi, lors d'un contact avec des opioïdes endogènes ou exogènes, l'inhibition est partiellement levée et la dopamine est libérée en plus grande quantité.

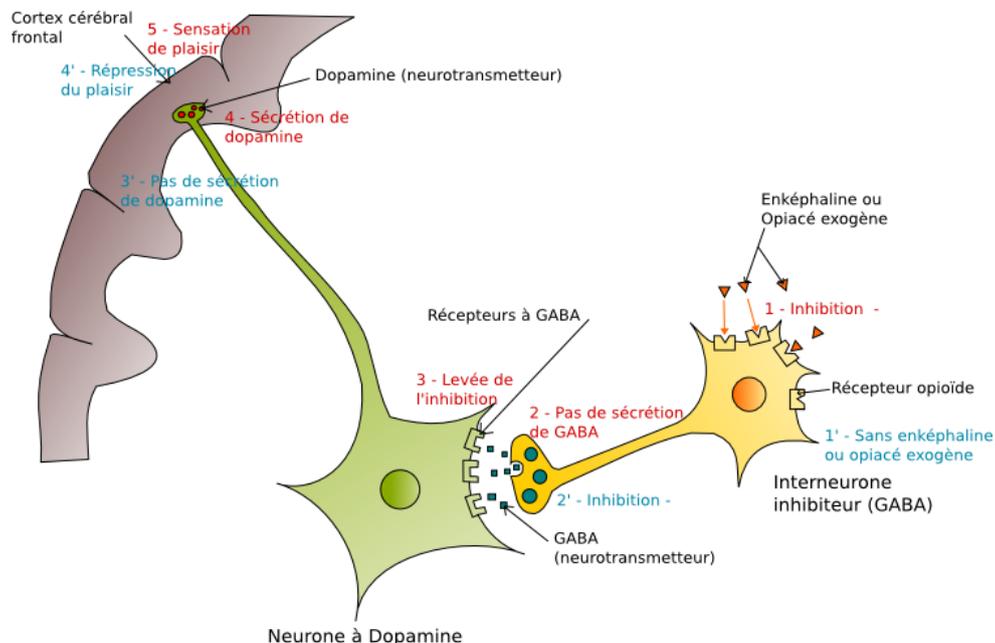


Figure 7 : Inhibition de la voie gabaergique par les opiacés

[21]



2.2.2 Effets biologiques des opiacés [15] [17]

L'héroïne procure des effets similaires à ceux de la morphine et des autres agonistes opiacés. Nous développerons ses effets comme modèle pour l'ensemble des autres opiacés en gardant à l'esprit qu'il existe une intensité, un délai et une durée d'action variables en fonction des molécules.

On peut schématiquement différencier deux modalités d'action de l'héroïne : l'une sur le système nerveux central et l'autre au niveau somatique.

Niveau d'action	Effets de l'héroïne
Au niveau du système nerveux central	<ul style="list-style-type: none">- <i>Flash</i> : plaisir intense, euphorie, sensation de planer, détachement du quotidien, chaleur périphérique, prurit, troubles des fonctions cognitives et du sommeil- Analgésie (2 fois plus puissante que la morphine mais de durée moindre)- Effet dépresseur du système nerveux central
Au niveau somatique	<ul style="list-style-type: none">- Dépression respiratoire- Myosis- Action antitussive- Hypotension avec risque de collapsus cardio-vasculaire- Réduction de la diurèse- Constipation

Tableau 1 : Effets de l'héroïne

2.2.3 Profil pharmaco-clinique des opiacés [15] [22] [23] [24]

Les opiacés présentent un profil pharmacologique particulier :

- Leur toxicité cellulaire est très faible voire inexistante jusqu'à de très hautes concentrations.
- Leur potentiel de modification psychique est au contraire très élevé, sur un versant sédatif et « narcotique », antalgique et anxiolytique, sans effet de désinhibition, mais apportant un sentiment d'apaisement et d'euphorie.
- Leur potentiel addictif est des plus élevés parmi les substances connues, ce qui constitue leur principale dangerosité.

L'assuétude aux opiacés a la particularité de réunir tous les éléments neurobiologiques constitutifs de la dépendance, elle peut être qualifiée de « complète ».

Elle répond aux critères fixés par l’OMS qui réunissent tolérance, dépendance physique et dépendance psychique.

La dépendance physique peut s’expliquer par des phénomènes neurobiologiques. La prise répétée d’héroïne a pour conséquence une diminution du nombre de récepteurs opiacés libres et une diminution de la quantité d’endorphines produites par l’organisme. En l’absence d’héroïne, les conséquences sont la survenue d’un syndrome de manque caractérisé dans un premier temps par une anxiété, des bâillements, des larmes, une rhinorrhée, une mydriase, des frissons, une alternance chaud/froid ; puis par des nausées, des vomissements, des diarrhées, des crampes musculaires, des insomnies et une hyperglycémie. Le syndrome de manque ne met pas en jeu le pronostic vital du patient et il est généralement limité dans le temps (une semaine environ) mais il expose le sujet dépendant à un mal être insupportable qui l’invite à de nouvelles consommations.

La dépendance psychique quant à elle peut persister des années. A l’origine d’un sentiment de bien-être et de satisfaction intérieure, l’héroïne entraîne suite à des consommations successives une dépendance psychique. Celle-ci correspond au besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir et de bien être procurées par l’héroïne et d’éviter le malaise psychique qui survient lorsque le sujet en est privé.

La tolérance aux opiacés s’explique par un phénomène de sensibilisation des cellules. Celle-ci est secondaire à une diminution du nombre de récepteurs opiacés disponibles et d’une augmentation de la concentration de l’adénylate cyclase dans les cellules. Ces phénomènes tendent à diminuer l’effet des opiacés sur la libération des neurotransmetteurs.

La tolérance aux opiacés est plus ou moins importante vis-à-vis de leurs différents effets. Chez un consommateur régulier, les effets tendent à diminuer rapidement dans le temps s’ils sont soumis à une tolérance importante (analgésie et euphorie). A l’inverse, les effets s’estomperont peu si la tolérance est minime (constipation et myosis).

Tolérance importante	Tolérance moyenne	Tolérance minime
Analgésie Euphorie Sédation Dysphorie Antidiurétique	Dépression respiratoire Nausées Effet antitussif Bradycardie	Myosis Constipation Trouble du cycle menstruel

Tableau 2 : Développement de la tolérance pour différents effets des opiacés



La tolérance explique également que des consommateurs d'opiacés dépendants puissent utiliser des quantités de drogues qui seraient mortelles pour des personnes non dépendantes.

2.2.4 Toxicité des opiacés [22] [23]

Pour les opiacés, comme pour toutes les substances qui provoquent une importante tolérance du Système Nerveux Central (SNC), un sujet qui en consomme habituellement de fortes concentrations (comme c'est le cas avec de l'héroïne en injections intraveineuses quotidiennes), élève le seuil de toxicité de son organisme mais, en même temps se rapproche de plus en plus de ce seuil. C'est pourquoi le franchissement de la dose toxique est particulièrement fréquent avec ces produits.

La survenue d'une overdose est en général le résultat de plusieurs facteurs : un surdosage accidentel, l'association à d'autres substances (benzodiazépines, alcool), une perte de tolérance après un sevrage, des produits de coupage ajoutant leur propre toxicité.

Troubles	Principales manifestations cliniques
Troubles neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de la conscience = coma profond aréactif causé par : <ul style="list-style-type: none"> • une hypoxie cérébrale • un traumatisme • le toxique en lui-même - Myosis serré peu réactif - Hypothermie - Convulsions
Troubles cardio-vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> - Hypotension - Œdème aigu du poumon
Troubles pulmonaires	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression respiratoire → arrêt cardiaque anoxique - Pneumopathie d'inhalation
Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Rhabdomyolyse

Tableau 3 : Signes cliniques d'une overdose

2.2.5 Le parcours du consommateur d'opiacés [15]

La dépendance aux opiacés conduit l'utilisateur dans un parcours de longue durée, aux étapes assez stéréotypées, au cours desquelles vont changer sa personnalité et son mode de vie. Ce parcours se découpe en trois grandes étapes.

- La « lune de miel »

Il s'agit d'une phase de découverte des effets des opiacés souvent paradoxale : l'utilisateur présente des symptômes désagréables (des nausées et des vomissements notamment) mais il est en même temps dans un état de bien-être intérieur incomparable. Cette sensation constitue pour certains usagers une véritable « révélation » car sous l'effet immédiat du produit, ils se sentent, tout à coup, libérés du poids de tensions internes et externes.

Les prémices de la dépendance peuvent apparaître très tôt, ils se traduisent par une envie immédiate de reconsommer le produit.

Cette phase est plus ou moins longue, le risque majeur étant une répétition et un rapprochement des consommations. La survenue du premier état de manque signe généralement la fin de la lune de miel.

- Phase de tentative de gestion de la dépendance

Après les premières expériences du manque, débute une phase de tentative de gestion de la dépendance. Cette gestion n'est pas impossible, du moins un temps. En effet, il fut constaté que des personnes de haute fonction et de grande notoriété, bien que morphinomanes à un degré élevé, n'en conservaient pas moins leurs capacités. Cependant, ceux-ci bénéficiaient d'une bonne condition sociale, de moyens financiers suffisants et ne présentaient pas de psychopathologie trop lourde associée à l'état de dépendance. Le privilège d'une toxicomanie heureuse n'est donc qu'un rêve pour la plupart de ceux qui s'adonnent aux opiacés. Tout usager se sent un certain temps « plus fort que le produit » et en capacité d'en reprendre le contrôle, même s'il se sait pertinemment dépendant.

- La « lune de fiel »

Lorsque le sujet est confronté à sa propre incapacité à quitter l'univers de la drogue et qu'il n'est plus en mesure de « gérer », s'ouvre pour lui une période plus ou moins longue de galère. Il s'agit d'une période pendant laquelle les consommations n'apportent plus ou très peu de plaisir et où la seule préoccupation est de ne pas être en manque, par tous les moyens. La répétition des sevrages et des rechutes conduit à l'épuisement.

C'est probablement cette phase que les traitements de substitution permettent d'écourter le plus et d'en réduire les conséquences délétères sur le consommateur et sa santé. Il s'agit donc d'une période propice à la proposition d'une offre de soins.



2.3. Comorbidités associées à l'addiction aux opiacés [22] [23] [25] [26]

De la dangerosité pharmacologique des opiacés découlent différentes complications que l'on appelle aussi comorbidités. Celles-ci correspondent à tout état, pathologique ou non, s'éloignant d'une certaine normalité, survenant chez un patient déjà atteint d'une maladie spécifique.

2.3.1 Comorbidités psychiatriques

Les pathologies psychiatriques associées à la toxicomanie sont très présentes et souvent sous estimées (70 à 90% des usagers en sont atteints). Leur tableau clinique est souvent masqué par la prise de drogue et se manifeste de manière explosive en cas de syndrome de manque. Il convient toutefois de distinguer les troubles de la personnalité préexistants à la toxicomanie, des troubles mentaux non spécifiques et des complications psychiatriques directement imputables à la prise de drogue.

- Les troubles de la personnalité préexistants à la toxicomanie

Types de personnalité	Principales manifestations cliniques
Personnalité antisociale	Indifférence vis-à-vis des sentiments d'autrui Attitude irresponsable Incapacité à se conformer aux normes sociales
Personnalité dépendante	Difficulté à prendre des décisions ou à exprimer un désaccord Difficultés à initier un projet
Personnalité limite ou borderline	Instabilité émotionnelle Manque de contrôle des impulsions Perturbation de l'image et de l'estime de soi
Personnalité histrionique	Réactions émotionnelles excessives Comportement de séduction inapproprié Comportement manipulateur Désir permanent de distraction

Tableau 4 : Troubles de la personnalité



- Les troubles psychiatriques non spécifiques et préexistants à la toxicomanie

Troubles psychiatriques	Principales manifestations cliniques
Troubles anxio-dépressifs	Troubles de l'humeur (tristesse, idées noires voire suicidaires) associés à des manifestations anxieuses (crise d'angoisse, agressivité)
Schizophrénie	Dissociation et discordance des fonctions psychiques, rupture du contact avec la réalité, délire et tendance à s'enfermer dans un monde intérieur
Troubles bipolaires	Alternance d'épisodes dépressifs et maniaques

Tableau 5 : Troubles psychiatriques non spécifiques

- Les complications psychiatriques liées directement à l'usage des drogues

Complications psychiatriques	Principales manifestations cliniques
Syndromes confusionnels	Troubles de la vigilance et de l'attention Altération des fonctions cognitives Perte du contrôle moteur
Pharmacopsychoses	Manifestations dissociatives Production délirante Syndrome de dépersonnalisation Délire paranoïde avec anxiété Apparition brutale ou installation progressive

Tableau 6 : Complications psychiatriques liées à l'usage d'opiacés



2.3.2 Comorbidités somatiques [27] [28] [29] [30]

Les complications somatiques des opiacés sont liées au produit, aux modalités de consommation et au mode de vie de l'utilisateur.

Complications	Principales manifestations
Complications liées au produit	Dégradation de l'état physique Œdème pulmonaire (en cas d'overdose) Pneumopathie d'inhalation Aménorrhée et accouchement prématuré
Complications liées au recours à la voie intraveineuse	Infections (virales, bactériennes, fongiques et parasitaires) Dégradation de l'état vasculaire (scléroses veineuses, veinites, phlébites, nécroses)
Complications liées au mode de vie	Absence de revenu et de couverture sociale Marginalisation Absence d'hygiène Parasitoses cutanées Lésions bucco-dentaires Maladies sexuellement transmissibles Tuberculose

Tableau 7 : Complications somatiques liées à l'usage d'opiacés

Les complications infectieuses sont les premières causes de consultation en urgence pour les usagers de drogue utilisant la voie intraveineuse. Elles sont essentiellement liées au manque d'hygiène au cours de l'injection et au partage du matériel d'injection. Les complications infectieuses les plus typiques sont des infections cutanées, des endocardites, des infections pulmonaires, des ostéomyélites, des sepsis, des hépatites et une contamination par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

Il est important d'insister sur l'infection par le Virus de l'Hépatite C (VHC) qui demeure un fléau dans la population des usagers de drogue. On estime qu'en France l'incidence annuelle des nouvelles contaminations est de l'ordre de 5000, dont 70% seraient associées à la toxicomanie. La prévalence de l'infection par le VHC est de 60% environ chez les usagers de drogue intraveineuse.



L'infection par le VHC est asymptomatique en phase aiguë. Elle évolue dans 80% des cas vers la chronicité : 20% des hépatites chroniques évoluent vers une cirrhose et 3 à 5% des cirrhoses évoluent vers un carcinome hépato cellulaire. Les facteurs qui influencent l'évolution vers la cirrhose sont l'âge (>40 ans), la consommation d'alcool (>50 g/j), la co-infection par le VIH ou le VHB (Virus de l'Hépatite B).

Le traitement de l'hépatite C est fonction du génotype du virus et de la charge virale. Il a considérablement progressé ces dernières années grâce à l'apparition de nouvelles molécules antivirales. Les bithérapies pégylées classiques associant la ribavirine et l'interféron pegylé ont évolué vers des trithérapies associant une antiprotéase (telaprevir ou boceprevir). Cette trithérapie fut un temps le traitement de référence chez les malades infectés par le génotype 1 mais elle était associée à la survenue de nombreux effets indésirables. Récemment, la mise à disposition d'une nouvelle génération d'antiviraux d'action directe a amorcé une révolution dans les traitements des personnes atteintes d'hépatite C chronique. Mieux tolérés, plus efficaces, les données disponibles aujourd'hui permettent d'espérer la guérison virologique de plus de 90% des malades après une cure de 12 à 24 semaines. Cependant, du fait d'un coût très élevé, la mise en place d'un traitement par antiviraux directs est subordonnée à un accord médical pris lors de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP⁽¹⁾) en tenant compte du génotype du virus et du degré de fibrose hépatique.

Selon un rapport de l'Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF) datant de janvier 2015, une des stratégies de la prévention de la transmission du VHC dans la population des usagers de drogue repose sur le traitement de cette population. L'usage d'un traitement substitutif ne contre-indique pas le traitement de l'hépatite C. Celui-ci doit s'inscrire dans une démarche globale de prise en charge. Le choix du traitement doit être le même que celui de la population n'utilisant pas de drogue. Après une réponse virologique soutenue, les patients doivent être informés du risque de réinfection en cas de poursuite des pratiques à risque et doivent bénéficier d'une recherche annuelle d'ARN viral C.

2.3.3 Comorbidités sociales

Les comorbidités sociales sont consécutives à une désinsertion socioprofessionnelle : perte du travail, des qualifications professionnelles, des droits sociaux, du logement et manque de revenu. Il en résulte souvent un éclatement familial, une marginalisation voire une déchéance vers la criminalité.

2.3.4 Prise en charge psycho-médico-sociale

Des éléments mis en avant précédemment, il est évident qu'il est nécessaire d'adapter la prise en charge des patients addicts aux opiacés en tenant compte de leurs problématiques aussi bien médicales, psychiques et sociales. Il en découle le concept de prise en charge psycho-médico-sociale. Pour cela, la prise en charge doit se faire en réseau et réunir une équipe pluridisciplinaire rassemblant médecins, pharmaciens, psychologues, assistantes sociales et autres professionnels de santé. Elle devra également être personnalisée avec des objectifs à court, moyen et long terme.

En terme de prise en charge psychologique les objectifs seront de diminuer la souffrance morale des patients, de les accompagner dans leur démarche de soins et de traiter si possible les troubles psychiatriques associés.

D'un point de vue social, il sera important de favoriser le rattachement au maillon familial, soutien considérable dans le parcours de soins. Aussi, il faudra encourager les patients dans une démarche de réinsertion professionnelle et sociale pour permettre une qualité de vie acceptable.

Enfin, sur le versant médical, il faudra favoriser l'accès aux soins et envisager un renoncement à la toxicomanie notamment par le recours au traitement de substitution.

3. Les traitements de substitution aux opiacés

La substitution n'est qu'un des éléments de la prise en charge des patients addicts aux opiacés, mais c'est le plus souvent l'élément central, celui qui est demandé en premier par les patients, et sur lequel s'appuieront les autres techniques de soins utilisées par les prescripteurs.

3.1. Principe de substitution

3.1.1 Le développement du principe de substitution [31] [32]

Les dépendances aux opiacés, en particulier à l'héroïne se sont fortement développées en Europe et en France dans les années 1970-1980. Au début, les stratégies thérapeutiques opposent les partisans du sevrage total et immédiat à ceux de la substitution.

C'est au milieu des années soixante, que les travaux sur la méthadone, menés par les chercheurs américains Vincent Doyle et Marie Nyswander, permettent au concept de substitution de s'imposer dans le cadre d'un traitement à long terme des patients addicts aux opiacés. Leurs observations concluent à la supériorité des traitements avec la méthadone, en comparaison avec les cures de sevrage, notamment quant à la diminution de la délinquance, au nombre de cas d'hépatite et au recours à l'héroïne. Suite à ces travaux un certain nombre de pays lancent des programmes de ce type.

La communauté française, quant à elle, conserve pendant longtemps une appréhension voire une répulsion envers l'utilisation des morphiniques, y compris dans leur indication pourtant majeure de l'antalgie. Au début des années 1990, la France est ainsi l'un des seuls pays occidentaux n'ayant pas mis en place de grand programme de traitement par la Méthadone®.

L'épidémie de Sida bouleversa cette situation. Les autorités et les acteurs de terrain se mobilisèrent pour promouvoir le développement d'une politique de réduction des dommages qui consista notamment, au milieu des années 1990, à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de deux médicaments de substitution aux opiacés : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD).

En quelques années, l'utilisation de ces MSO, dans le cadre d'une prise en charge médico-psycho-sociale, s'impose comme la stratégie thérapeutique de choix dans la toxicomanie aux opiacés.

3.1.2 Définition d'un médicament de substitution aux opiacés [33]

Les médicaments de substitution aux opiacés sont des médicaments appartenant à la famille des opiacés. Ils permettent de supprimer le manque, de « normaliser » le comportement et de se déshabituer des effets de l'héroïne. Cependant, il ne s'agit pas uniquement de remplacer l'héroïne par un médicament mais de répondre à plusieurs objectifs à court ou à moyen terme :

- réduire la consommation d'héroïne,
- améliorer l'humeur, le comportement et l'état de santé,
- permettre un accès aux soins avec possibilité d'un suivi global,
- permettre une réinsertion affective et sociale du patient,
- aboutir à une abstinence à terme.



Ils doivent donc permettre aux patients de reprendre une vie sociale normale et à terme, pour certains, de se passer totalement de produit, grâce à une aide psychosociale soutenue.

Deux médicaments sont actuellement disponibles : le **Subutex**[®] (DCI : buprénorphine haut dosage) et la **Méthadone**[®] **AP-HP** (DCI : chlorhydrate de méthadone). En 2012, un troisième médicament associant buprénorphine haut dosage et naloxone fut commercialisé sous le nom de **Suboxone**[®]. Ces médicaments sont indiqués dans le traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique. Ils supposent néanmoins une démarche volontaire du patient et son consentement vis-à-vis des contraintes thérapeutiques et institutionnelles.

3.1.3 Objectifs d'un traitement de substitution aux opiacés [31]

Initialement les objectifs généraux attribués aux traitements de substitution ont été (selon la circulaire DGS de 1994) :

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

L'objectif ultime est de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans pharmacodépendance, y compris à l'égard des MSO. En pratique, les MSO permettent aux patients de réduire ou de cesser leur consommation d'opiacés illicites et favorisent ainsi la modification de leurs comportements de consommation et de leurs habitudes de vie. C'est aussi le moyen pour les patients dépendants de rencontrer régulièrement un professionnel de santé et de nouer avec lui une relation de confiance, ce qui permet une prise en charge globale (somatique, psychologique et sociale) et au long cours.

Selon le projet personnel du patient les objectifs finaux seront de :

- soulager un état de manque douloureux,
- permettre une gestion personnelle de la dépendance,
- diminuer, voire cesser la consommation d'opiacés illicites en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance de substitution,
- parvenir à une abstinence complète d'opiacés, y compris de tout MSO.

La mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés suppose qu'un ou plusieurs de ces objectifs soient partagés entre le patient et les soignants et qu'ils permettent de construire une alliance thérapeutique autour d'un projet individualisé.

3.1.4 Caractéristiques des médicaments de substitution aux opiacés [33] [34]

Le profil idéal d'un médicament de substitution aux opiacés est :

- une demi-vie longue
- pas d'effet flash
- non injectable
- peu de tolérance
- peu d'effet euphorique aux doses thérapeutiques
- pas de surdose et sécurité d'emploi
- peu d'effets secondaires
- non morphinique dans les urines (permettant une surveillance du traitement)



Caractéristiques Objectifs	BHD	méthadone
Demi-vie longue Abandon des prises quotidiennes de substance Rompre avec la recherche avide de substance	½ vie courte (3-5h) mais forte fixation tissulaire Prise quotidienne suffisante	½ vie longue (25h) après imprégnation Prise quotidienne suffisante
Pas d'effet flash, non injectable Apparition progressive des effets sans ressentir les effets du manque	$C_{max} = 1h30$ Détournement possible par injection	$C_{max} = 3h$ Sirop et gélule difficiles à injecter
Peu de tolérance Eviter l'augmentation des doses	Longue durée d'action	Longue durée d'action
Sécurité d'emploi Eviter l'overdose	Effet plafond Risque d'overdose faible en monothérapie	Relation dose-effet linéaire Risque d'overdose majeur
Pas d'effet secondaire Maintenir le patient dans le parcours de soins Favoriser l'observance	Effets secondaires existants mais potentiellement corrigeables	
Non morphinique dans les urines Une découverte de morphine dans les urines implique une autre prise de morphiniques	Oui	Oui

Tableau 8 : Caractéristiques des médicaments de substitution aux opiacés



3.2. Les principaux médicaments utilisés [31] [32] [35] [36]

3.2.1 Les différentes molécules

Trois molécules sont actuellement utilisées dans le traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés.

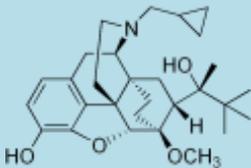
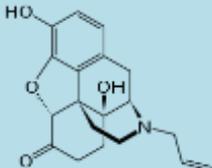
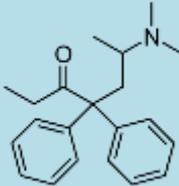
	BHD	BHD/naloxone	méthadone
Formule chimique		Naloxone 	
Propriétés pharmacodynamiques	Opiacé agoniste mu et antagoniste kappa	BHD : Opiacé agoniste mu et antagoniste kappa Naloxone : antagoniste opiacé	Opiacé agoniste mu
Propriétés pharmacologiques	Absence de symptôme de sevrage Réduction du <i>craving</i> Absence d'euphorie	BHD : Absence de symptôme de sevrage Réduction du <i>craving</i> Absence d'euphorie Naloxone : absence d'effet par voie sublinguale	Analgésique Antitussive Euphorisant faible Risque de dépendance Absence de tolérance

Tableau 9 : Propriétés intrinsèques des trois principaux médicaments de substitution aux opiacés

3.2.2 Présentations commerciales

Trois spécialités pharmaceutiques contenant les substances décrites précédemment ont actuellement une AMM en France.

	BHD	BHD/naloxone	méthadone
Spécialité	Subutex®	Suboxone®	Méthadone®
Indication	Traitement substitutif des dépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.		
Particularité	Dépendance récente aux opiacés sans recours à l'injection	La naloxone est un composant destiné à empêcher le mauvais usage du produit par voie intraveineuse	Dépendance sévère aux opiacés Difficulté à renoncer à l'injection Pathologie psychiatrique associée
Présentation	<u>Comprimés sublinguaux</u> (Boîte de 7 comprimés) 0,4 mg, 2 mg, 8 mg	<u>Comprimés sublinguaux</u> (Boîte de 7 ou 28 comprimés) 2/0,5 mg 8/2 mg	<u>Sirop unidose</u> 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg. <u>Gélules</u> (Boîte de 7 gélules) 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg 40 mg
Voie d'administration	Sublinguale	Sublinguale	Orale
Existence de génériques	Oui (0,4 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg)	Non	Non
Posologie moyenne	8 à 16 mg/jour	Fonction de l'état clinique et psychologique du patient	60 à 100 mg/jour
Posologie maximale	16 mg/jour	24 mg/jour de BHD	Pas de posologie maximale

Tableau 10 : Présentation des trois principaux médicaments de substitution aux opiacés



3.2.3 Particularités

Les médicaments de substitution aux opiacés présentent des particularités pouvant conditionner la prise en charge des patients, leur maintien dans le parcours de soins ainsi que leur sécurité vis-à-vis de ces thérapeutiques.

	BHD	BHD/naloxone	méthadone
Contre-indications	Insuffisance respiratoire sévère Hypersensibilité à l'un des constituants		
	Age < 15 ans Insuffisance hépatique sévère Alcoolisation aiguë ou <i>delirium tremens</i> Traitement par agoniste morphinique	Insuffisance hépatique sévère Alcoolisation aiguë ou <i>delirium tremens</i> Traitement par agoniste morphinique	Age < 15 ans Traitement par un agoniste-antagoniste morphinique ou un antagoniste morphinique
Effets indésirables fréquents	Insomnie Céphalées Vertige, hypotension Constipation Nausées, vomissements Asthénie, somnolence Sueurs	Insomnie Céphalées Vertige, hypotension Constipation Nausées, vomissements Asthénie, somnolence Sueurs	Constipation Hypersudation Diminution de la libido Insomnie Aménorrhée
Surdosage	Peu de risque d'overdose en monothérapie Risque si association avec d'autres déprimeurs du SNC	Peu de risque d'overdose en monothérapie Risque si association avec d'autres déprimeurs du SNC	Risque majeur d'overdose Dépression respiratoire pouvant aller jusqu'à la mort
Mésusage	Injection Sniff	Effet antagoniste de la naloxone Syndrome de sevrage	Injection pour la forme sirop Gélule : gélification rapide au contact de l'eau limitant le risque d'injection

Tableau 11 : Particularités des trois principaux médicaments de substitution aux opiacés

En cas de mésusage de la Suboxone® par voie injectable ou inhalée, la naloxone se fixe plus rapidement sur les récepteurs opiacés que la BHD et inhibe ainsi tout effet opiacé risquant ainsi la précipitation d'un syndrome de sevrage. Aussi, si un agoniste opiacé est déjà fixé à ses récepteurs, la naloxone le déplace ; et si l'agoniste opiacé arrive aux récepteurs où la naloxone est déjà fixée, elle l'empêche d'agir.

3.2.4 Cadre réglementaire

Les médicaments de substitution aux opiacés sont soumis à une réglementation très stricte, assimilable à celle des stupéfiants.

	Subutex® et génériques, Suboxone®	Méthadone®	
Statut légal	Liste I (assimilé aux stupéfiants)	Stupéfiant	
Prescription	Ordonnance sécurisée Non renouvelable	Ordonnance sécurisée Non renouvelable	
Durée maximale de prescription	28 jours	Sirop	Gélule
		14 jours	28 jours
Durée de fractionnement	7 jours	7 jours	
Initiation du traitement	Tout médecin	Sirop	Gélule
		Médecin exerçant en CSAPA ou services hospitaliers spécialisés	Pas de primo- prescription
Suivi du traitement	Tout médecin	Relais ou renouvellement en ville possible	Toujours en relais d'un traitement stabilisé par Méthadone® sirop depuis 1 an au moins
Condition de prescription	Protocole de soins recommandé	Protocole de soins obligatoire pour les gélules	

Tableau 12 : Cadre réglementaire des trois principaux médicaments de substitution aux opiacés

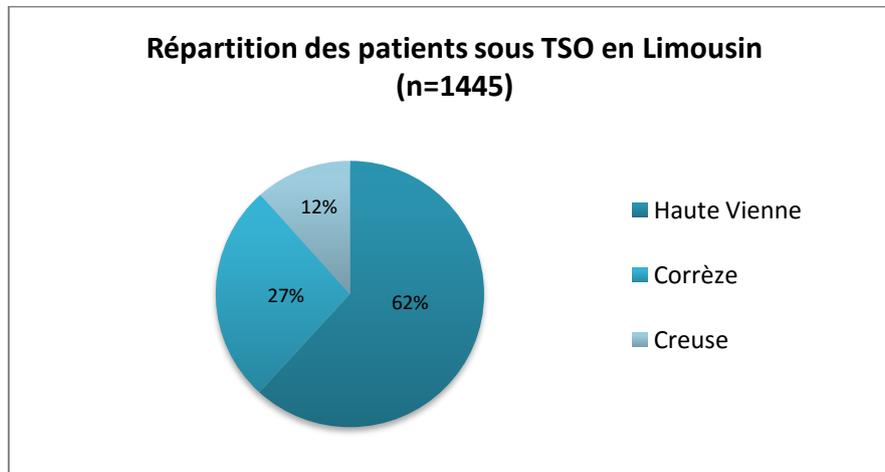


3.3. Les traitements de substitution aux opiacés en Limousin

A l'aide de données obtenues auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Haute-Vienne, nous avons pu mettre en évidence des tendances concernant le profil des patients sous traitement de substitution mais également concernant les prescriptions de MSO en Limousin. Ces données sont basées sur les remboursements de MSO en Limousin sur l'année 2014 pour les patients affiliés au régime général de la Sécurité Sociale. Les MSO dispensés dans des structures spécialisées, les patients affiliés à une autre caisse, les patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou les patients ne bénéficiant pas de couverture par l'assurance maladie ne sont pas pris en compte dans cette observation.

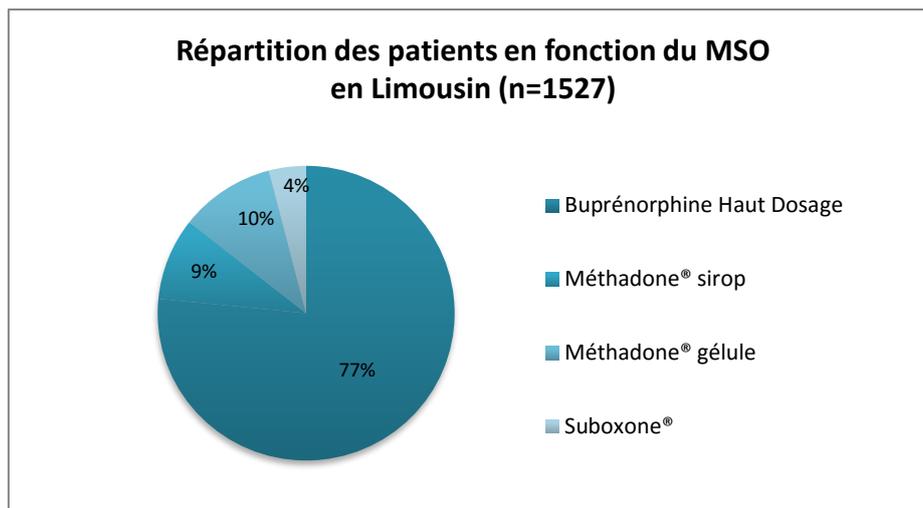
3.3.1 Profil des patients sous TSO

D'un point de vue démographique, la répartition des patients sous TSO en Limousin est la suivante :



Graphique 1 : Répartition des patients sous TSO en Limousin

La majorité des patients sous TSO se trouve en Haute-Vienne (62%). La Corrèze compte 27% des patients (part non négligeable de la population régionale sous TSO) et la Creuse regroupe seulement 12% des patients.



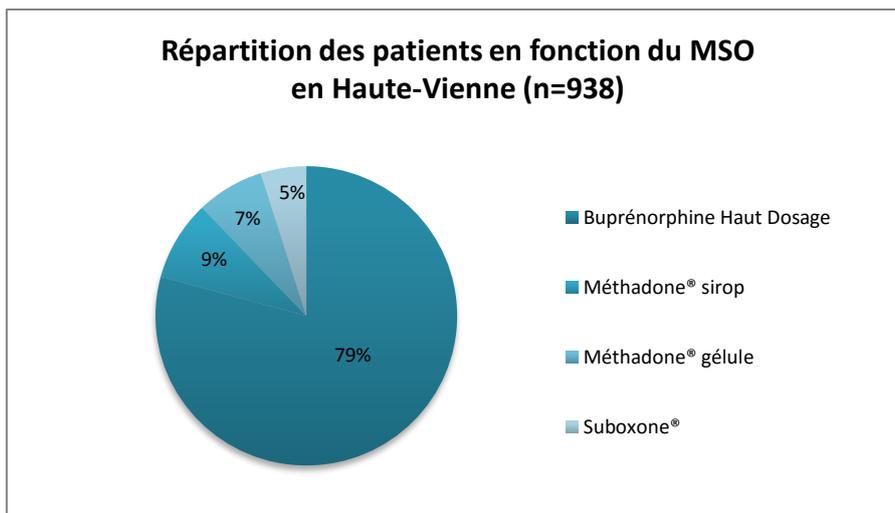
Graphique 2 : Répartition des patients en fonction du MSO en Limousin

NB : le nombre de patients pris en compte dans cette étude (1527) est supérieur au nombre de patients recevant un MSO en Limousin (1445) car, sur la période étudiée, un patient a pu recevoir successivement deux MSO différents.

En Limousin, plus des trois quarts (77%) des patients bénéficiant d'un MSO sont sous Buprénorphine Haut Dosage (Subutex® et génériques). 19% des patients sont sous Méthadone® (sirop ou gélule) et 4% prennent de la Suboxone®.

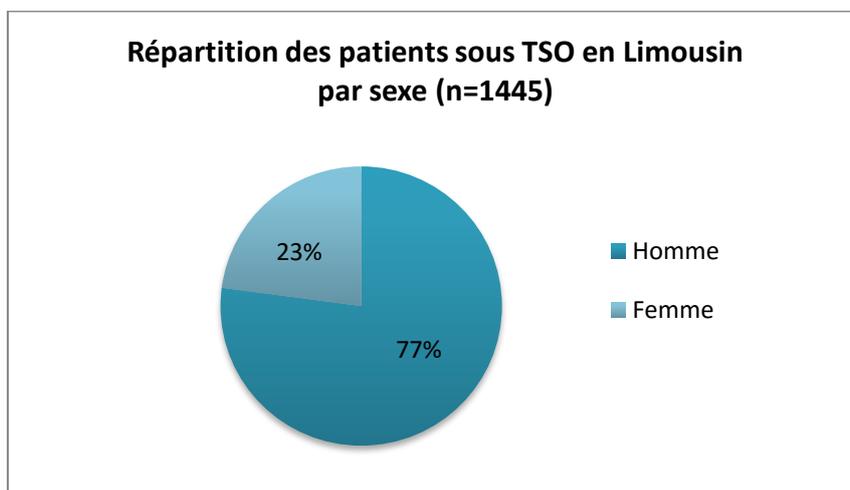
La Buprénorphine Haut Dosage est donc le MSO le plus largement prescrit en Limousin. On remarque que la proportion de patients sous Méthadone® gélule est sensiblement la même que pour la forme sirop. Cependant, il faudrait rajouter à ces chiffres le nombre de patients recevant leur traitement par Méthadone® en CSAPA. En réalité, le nombre de patients sous Méthadone® sirop semble être un peu plus important que ceux sous Méthadone® gélule. Ces chiffres témoignent tout de même du recours croissant à la Méthadone® gélule, arrivée récemment sur le marché pour les patients stabilisés depuis plusieurs années sous Méthadone® sirop.

Cette répartition est proche de celle estimée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) pour l'année 2012 avec 70% des bénéficiaires sous BHD (Subutex® et génériques), 32% sous Méthadone® (sirop et gélule) et 2,3% sous Suboxone®.



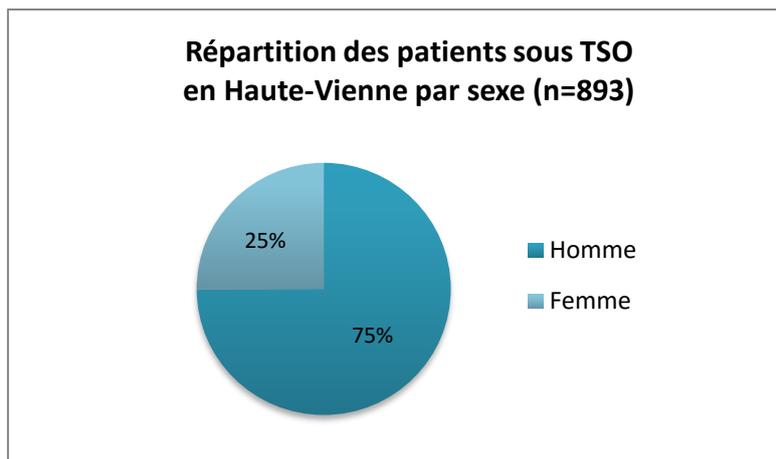
Graphique 3 : Répartition des patients en fonction du MSO en Haute-Vienne

Sur le département de la Haute-Vienne, la répartition des bénéficiaires de MSO en fonction du médicament suit celle évoquée précédemment pour la région Limousin. Là aussi, on note une plus forte proportion de patients sous BHD que sous Méthadone® par rapport au niveau national. Ceci s'explique notamment par le fait qu'une partie des délivrances de Méthadone® ayant lieu en CSAPA est non prise en compte dans cette observation.



Graphique 4 : Répartition des patients sous TSO en Limousin par sexe

Le sexe-ratio des patients sous TSO en Limousin est d'environ 3 hommes pour 1 femme. La substitution concerne donc majoritairement les hommes.

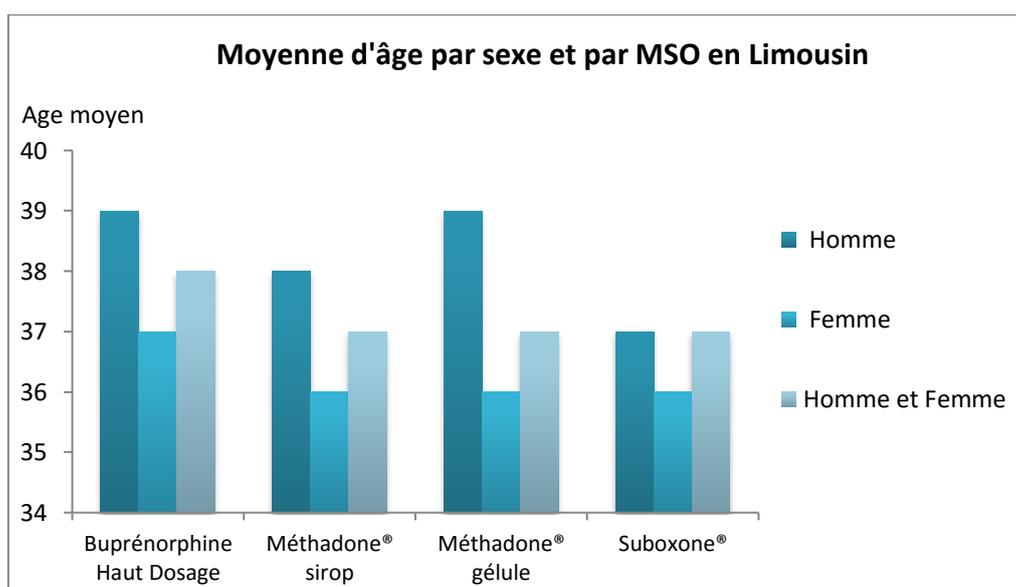


Graphique 5 : Répartition des patients sous TSO en Haute-Vienne par sexe

Sur le département de la Haute-Vienne, le sexe-ratio est sensiblement le même que celui de la région Limousin.

La répartition entre BHD et Méthadone® est sensiblement la même chez les hommes que chez les femmes : environ 75% sous BHD, 20% sous Méthadone® et 5% sous Suboxone®.

Au niveau national, l'OFDT estimait qu'en 2012, plus des trois quarts des bénéficiaires d'un remboursement de MSO étaient des hommes et la répartition suivant le sexe était à peu près identique pour la BHD et la Méthadone®. Les données régionales et nationales coïncident donc bien en 2012 et 2014.



Graphique 6 : Moyenne d'âge par sexe et par MSO en Limousin

L'âge moyen des patients sous TSO se situe entre 36 et 39 ans tout sexe confondu. La moyenne d'âge tout sexe confondu est légèrement plus élevée chez les patients sous Buprénorphine Haut dosage que chez les patients sous Méthadone® (sirop et gélule) ou Suboxone®. On peut corréliser ces résultats avec ceux de l'OFDT pour l'année 2012 qui montraient un âge moyen des bénéficiaires de MSO de 36,2 ans avec un âge significativement plus élevé pour les patients sous BHD que chez les patients sous Méthadone® (36.6 ans versus 34.9 ans). On note également que les hommes sont en moyenne plus âgés que les femmes tout comme au niveau national : 36,5 ans versus 35 ans en 2012.

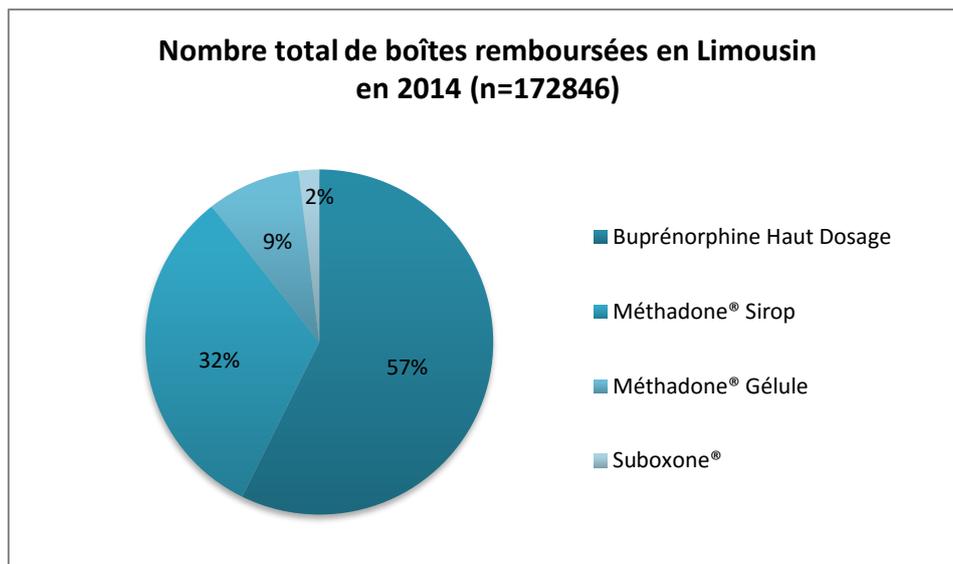
Entre le second semestre 2013 et le second semestre 2014, la CPAM de la Haute-Vienne a recensé 281 nouveaux patients bénéficiaires d'un MSO en Limousin. Cette estimation reflète l'augmentation de la consommation de MSO ces dernières années, augmentation également constatée au niveau national (OFDT, 2015).

D'un point de vue général, les patients sous TSO en Limousin sont plutôt des hommes avec une moyenne d'âge d'environ 37 ans. La majorité, c'est-à-dire environ 75% des patients, sont sous Buprénorphine Haut Dosage (Subutex® et génériques). Les autres patients sont plutôt sous Méthadone® sirop. La Méthadone® gélule prend cependant une part de plus en plus importante chez les patients sous Méthadone®. La Suboxone® quant à elle, reste peu prescrite.

3.3.2 Tendances concernant les prescriptions

Le nombre total de boîtes remboursées pour chaque MSO, pour l'année 2014, en Limousin, a été extrait des données de la CPAM de la Haute-Vienne.



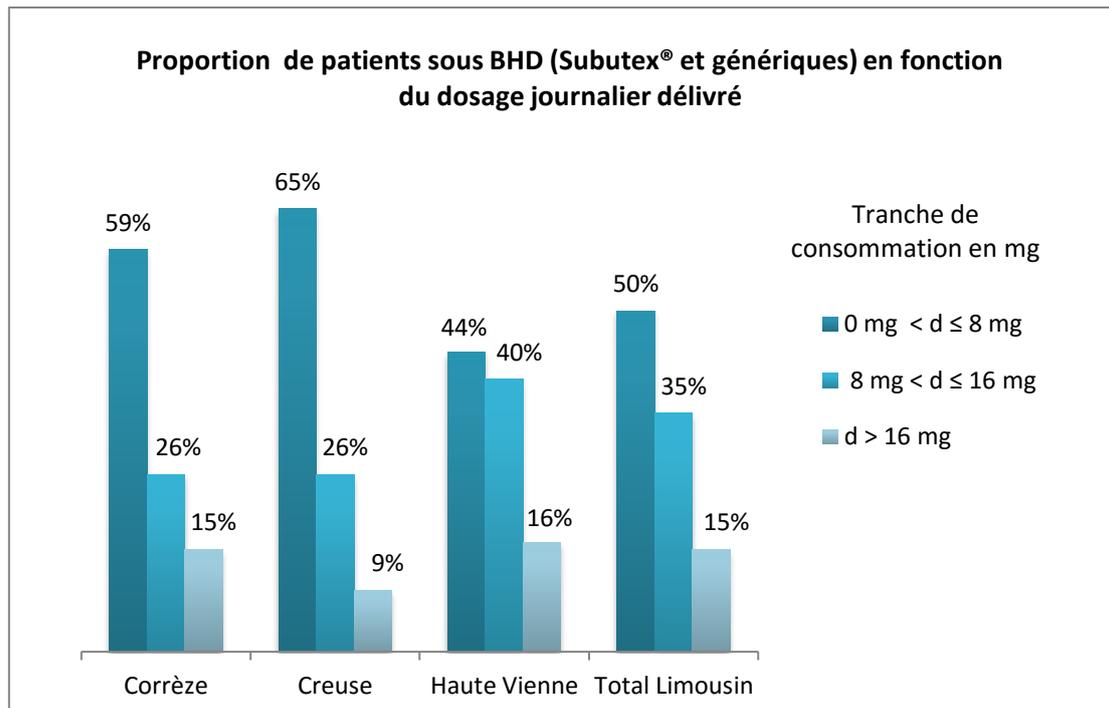


Graphique 7 : Nombre total de boîtes remboursées en Limousin en 2014

En 2014, le MSO le plus remboursé en Limousin est la BHD (Subutex® et génériques) avec 57% des remboursements. Vient ensuite la Méthadone® sirop avec 32% des remboursements. La Méthadone® gélule et la Suboxone® ne représentent quant à elles qu'une part beaucoup plus réduite des remboursements de MSO (11%). La part des remboursements de Méthadone® sirop tient une part importante par rapport au nombre de patients suivant ce traitement (9% des patients sous TSO en Limousin). Ceci est à mettre en lien avec le fait qu'une boîte de Méthadone® sirop équivaut à un jour de traitement alors qu'une boîte de BHD (Subutex® ou générique) correspond à sept jours de traitement. Pour une même durée de traitement, le nombre de boîtes de Méthadone® sirop délivrées est donc sept fois plus important que celui de la BHD.

Afin d'évaluer plus précisément les consommations moyennes de MSO en Limousin, nous nous sommes intéressés aux dosages moyens prescrits par MSO dans les trois départements que compte la région Limousin sur l'année 2014. Pour cette observation, les patients ayant eu une seule délivrance sur la période étudiée ont été supprimés car il n'était pas possible de déterminer la consommation moyenne sur une seule délivrance.



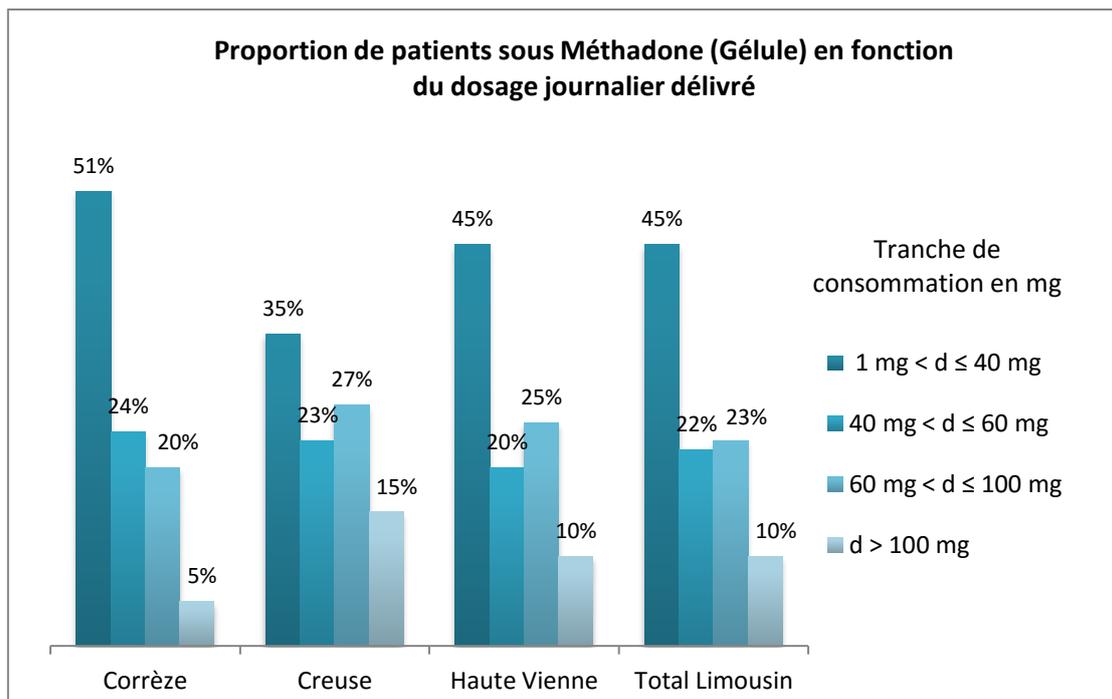


Graphique 8 : Proportion de patients sous BHD en fonction du dosage journalier délivré

En ce qui concerne les consommations de BHD en Limousin, 50% des patients ont une posologie journalière inférieure ou égale à 8 mg. Chez 35% des patients, la posologie est comprise entre 8 et 16 mg inclus et dans 15 % des cas, elle est supérieure à 16 mg. Notons que la dose définie journalière (DDJ) par patient c'est-à-dire la posologie théorique de BHD utilisée dans son indication principale pour un adulte est de 8 mg. En Limousin, 50% des patients ont donc une posologie journalière supérieure à la DDJ. Parmi eux, 15% ont une posologie supérieure à la posologie maximale à ne pas dépasser selon l'AMM du médicament qui est de 16 mg.

En Creuse et en Corrèze, la part des patients ayant une posologie inférieure ou égale à la DDJ de la BHD est plus importante qu'en Haute-Vienne. Les posologies de BHD sont donc globalement plus importantes en Haute-Vienne qu'en Creuse ou en Corrèze.





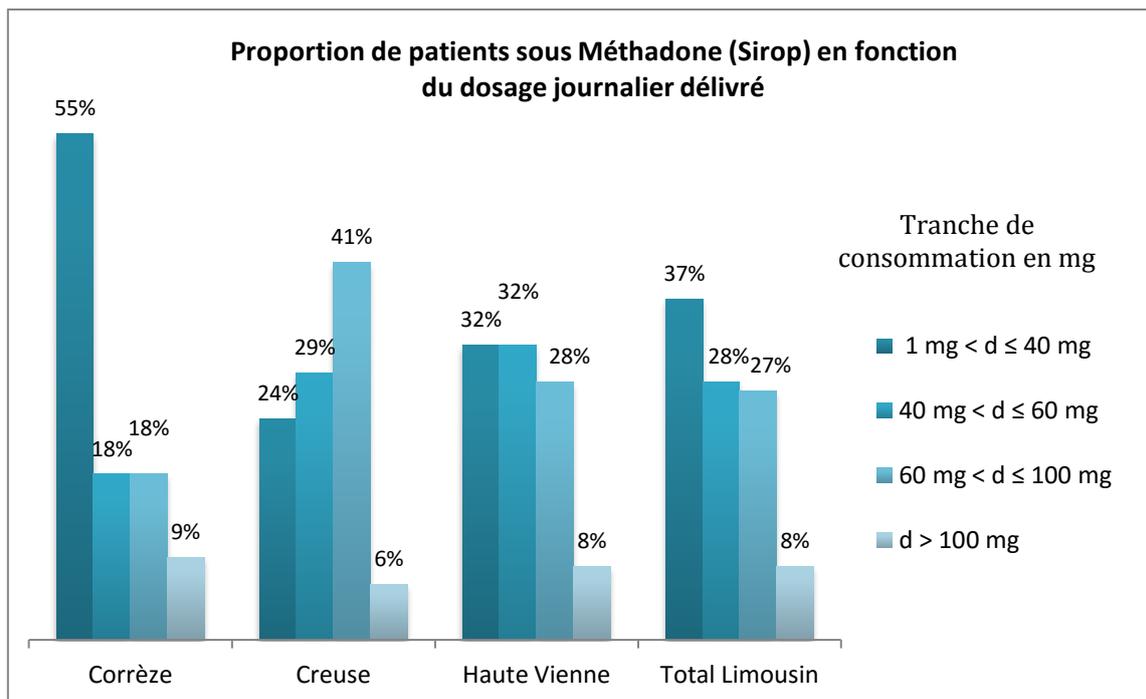
Graphique 9 : Proportion de patients sous Méthadone® gélule en fonction du dosage journalier délivré

Pour les consommations de Méthadone® gélule en Limousin, près de la moitié des patients (45%) se situe à une posologie journalière inférieure ou égale à 40 mg. 45% des patients ont une posologie journalière comprise entre 40 et 100 mg. 10% des patients dispose d'une posologie que l'on peut qualifier d'élevée, supérieure à 100 mg par jour. La DDJ de la méthadone est de 25 mg. En Limousin, plus de la moitié des patients ont donc une posologie supérieure à la DDJ.

Précisons qu'actuellement, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), la dose d'entretien de méthadone doit se situer entre 60 et 100 mg/jour afin de mieux stabiliser les patients. Ceci peut expliquer que l'on retrouve pour une grande majorité des prescriptions des posologies supérieures à la DDJ.

Pour les départements de la Corrèze et de la Haute-Vienne la répartition suit sensiblement celle évoquée pour la région Limousin. En Creuse, la répartition est légèrement différente avec une plus forte proportion des patients ayant une posologie de Méthadone® supérieure à 40 mg par jour.





Graphique 10 : Proportion de patients sous Méthadone® sirop en fonction du dosage journalier délivré

En ce qui concerne les consommations de Méthadone® sirop, on remarque au niveau régional que la répartition des patients est plutôt équilibrée pour chaque tranche de posologie avec une plus faible proportion de patients ayant une posologie supérieure à 100 mg par jour. En Limousin, les posologies de Méthadone® sirop sont globalement plus élevées qu'avec la Méthadone® gélule et plus élevées que la DDJ (25 mg). Ce constat se retrouve dans les départements de la Creuse et de la Haute-Vienne. En revanche, en Corrèze, plus de la moitié des patients sous Méthadone® sirop dispose d'une posologie inférieure ou égale à 40 mg par jour ce qui montre que les posologies dans ce département sont globalement plus faibles par rapport aux autres départements.



4. Moyens mis en œuvre pour la prise en charge des patients addicts aux opiacés

Face à l'usage croissant des traitements de substitution aux opiacés, différentes structures et organisations se sont mises en place afin d'optimiser les prises en charge.

4.1. Les réseaux de santé [37]

4.1.1 Historique

Les réseaux de santé se sont mis en place suite au déploiement de l'épidémie du Sida dans les années 80. Afin de répondre à des situations sanitaires et sociales complexes, des réseaux informels apparurent à l'initiative de médecins libéraux ou exerçants en institution, d'infirmiers et de pharmaciens ne pouvant plus assumer individuellement des pathologies tels que le Sida et la toxicomanie. Au départ, ces réseaux informels ne bénéficiaient d'aucun financement, ils étaient souvent spontanés et reposaient sur le bénévolat pour une prise en charge globale et coordonnée des patients. Par la suite, leur champ d'intervention s'est étendu à d'autres pathologies : toxicomanie, hépatite C, soins palliatifs, diabète, périnatalité, cancérologie...

En 1996, les réformes du système de soins, et plus particulièrement les ordonnances Juppé, fixèrent un cadre juridique aux réseaux de soins. L'une des premières définitions du réseau de soins est énoncée en 1997 par la Commission Nationale des Réseaux : « *Le réseau constitue, à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté* ».

D'un point de vue général les réseaux de santé ont en commun :

- la pluridisciplinarité,
- la collaboration ville-hôpital,
- la mise en place d'un parcours de soins coordonné,
- un problème de santé spécifique correspondant à une demande des individus ou des institutions,
- une action sur un territoire donné,
- le respect de la confidentialité et des droits des malades.



Par la suite, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner, adoptée le 4 mars 2002, inscrit le principe de réseau de santé dans le 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 centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers ».

Le réseau correspond donc à une structure qui coordonne les interventions des domaines sanitaire et social. Au sein du réseau, le patient évolue de manière organisée en suivant des procédures et des protocoles déterminés. Cependant, aucune porte ne lui est fermée et le passage d'un secteur du système de soins à l'autre peut se faire librement. Le réseau de santé se doit d'être centré sur le patient et doit proposer une offre globale et continue dans le temps.

D'un point de vue pratique, il existe deux grands types de réseaux. Le premier type de réseau assure la prise en charge de pathologies spécifiques en suivant des protocoles de soins pour lesquels un consensus existe. Le réseau crée donc un lien entre les différents acteurs de soins et organise la place et les missions de chacun dans la trajectoire de soins des patients. Le second type de réseau suppose que le partenariat doit répondre à des questions auxquelles aucun consensus préalable ne permet de répondre. Ce type de réseau est particulièrement adapté aux situations au cours desquelles les problèmes de santé sont multiples ou complexes et dont l'évolution dans le temps ou dans l'espace est incertaine. C'est dans ce second type de réseau que s'inscrivent les réseaux spécialisés en addictologie, tel que le réseau AddictLim, mis en place en Limousin.



4.1.2 Le réseau régional AddictLim [39] [38]

AddictLim est un réseau de santé régional ville-hôpital spécialisé en addictologie, destiné à aider les professionnels de santé dans leur prise en charge des patients addicts. Il est issu de la restructuration du réseau Toxicomanie Soins Réseau 87 (TSR 87), initialement créé en 1996, lors de la mise en place des TSO. AddictLim s'est développé depuis 2009 grâce aux premiers financements de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les objectifs du réseau sont de coordonner et de proposer des actions autour du parcours de soins, de la prévention et de la formation initiale et continue des professionnels de santé.

Le réseau soutient les professionnels de santé dans la mise en place de parcours de soins personnalisés pour les patients. Cette aide consiste :

- en une évaluation ou une réévaluation d'un objectif de prise en charge, en concertation avec d'autres professionnels de santé et les patients ;
- à la mise en place d'un parcours de santé coordonné autour du patient avec une possible prise en charge par des psychologues et des diététiciens libéraux ;
- à la mise en relation des professionnels ;
- à donner l'avis de professionnels spécialisés du réseau par le biais des réunions de concertation pluridisciplinaire.

Dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé, le réseau organise régulièrement des rencontres pluridisciplinaires. Elles s'adressent à tous les professionnels concernés dans leur activité professionnelle par les conduites addictives. Elles se présentent sous plusieurs formes (Les après midis de l'addictologie, Repérage précoce, Fonctionnement et travail en réseau...).

Quelles que soient ses missions, le réseau se doit de faire connaître son travail et ses besoins aux autorités administratives (CPAM, mutuelles), sanitaire (ARS) et ordinales.

Les actions du réseau sont menées en partenariat avec les professionnels de ville et de l'hôpital, ainsi qu'avec les associations ou institutions concernées par la thématique des addictions. Aussi, ce type de prise en charge multidisciplinaire impose la connaissance des autres professionnels, et le respect de leur travail, sans vision hiérarchique.

Le réseau AddictLim représente au niveau régional un outil incontournable de la prise en charge des patients sous TSO. En effet, la prise en charge de ces patients nécessite un travail de partenariat tout simplement parce que le patient présente de multiples problèmes et parce qu'aucune profession n'a de solution exclusive.

Un travail pluridisciplinaire et coordonné doit permettre le repérage précoce d'une consommation persistante et/ou d'un mésusage, la prise en charge des comorbidités (psychiatriques ou somatiques) et une meilleure prise en compte des problèmes sociaux.

Pour les professionnels de santé, l'adhésion au réseau AddictLim permet une actualisation des connaissances, que ce soit dans le domaine de l'addiction (techniques de substitution, nouvelles drogues, modification de législation...), que dans le domaine des pathologies associées (VIH, Hépatites...) ou dans le domaine de la relation et du travail sur soi. Le réseau permet également de réfléchir à la cohérence des prises en charge en posant des principes communs. Il s'agit le plus souvent de proposer des recommandations de bonnes pratiques autour de la substitution, de mener des études de terrain, d'analyser les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et de leur proposer une aide, un espace d'échange afin d'améliorer la prise en charge des patients. Il doit en outre participer à la modification du regard sur les toxicomanes, les prises en charge dans la durée, les traitements de substitution, la réduction des risques.

4.2. Structures d'accueil

4.2.1 Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues [39]

Les CAARUD s'adressent à des publics souvent fragiles c'est-à-dire marqués par la précarité, une forte morbidité psychiatrique et un usage multiple de substances, souvent destiné à supporter des conditions de vie difficiles.

Les substances les plus consommées par ces usagers sont les opiacés (héroïne mais aussi MSO dans un cadre thérapeutique ou non), la cocaïne, les hypnotiques et les anxiolytiques détournés ou non de leur usage. Enfin, un tiers d'entre eux consomme également de l'alcool en quantité importante (plus de 10 verres par occasion).

Les missions des CAARUD sont de mener des actions de réduction des risques visant à limiter l'impact des consommations de drogues, notamment les infections virales ; à informer sur les risques des différentes substances et pratiques ; et à favoriser l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables, sans toutefois exiger au préalable des usagers un arrêt des consommations.

La région Limousin possède un CAARUD situé à Limoges. Il intervient sur les trois départements mais plus particulièrement sur la Haute-Vienne et la Corrèze.

4.2.2 Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [40]

Les CSAPA ou Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris le tabac et les médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addiction sans substance comme le jeu pathologique. Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun.

En tant qu'établissement médico-sociaux, les CSAPA se caractérisent par :

- leur proximité : leur maillage territorial permet d'être au plus près des personnes en difficulté. La région Limousin possède cinq CSAPA : deux à Limoges, un à Guéret et deux à Brive ;
- leur pluridisciplinarité : leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative ;
- un accompagnement dans la durée : les CSAPA assurent le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin autant que besoin.

Les CSAPA peuvent mettre en place des consultations de proximité. Celles-ci doivent assurer le repérage précoce des usages nocifs des différentes substances psychoactives. Les CSAPA fonctionnent soit en ambulatoire soit avec un hébergement ou assurent ces deux types de prestations en même temps. Ils sont au cœur de la collaboration de différentes structures (sociale, de prise en charge, de dépistage, de réduction des risques...) afin d'améliorer le service rendu aux usagers. Il leur est également possible de développer des programmes particuliers destinés à des populations spécifiques ou pour des consommations déterminées.



5. Problématiques liées à l'addiction aux opiacés et à la mise sous substitution

La dépendance aux opiacés, à l'origine de répercussions sanitaires et sociales considérables pour les usagers, a conduit les pouvoirs publics à mettre en place, depuis plusieurs années, une politique de réduction des risques visant à limiter les dégâts occasionnés par cette dépendance. Le champ d'intervention de cette politique de réduction des risques recouvre notamment le développement des traitements de substitution. Cependant, la prise en charge des patients addicts aux opiacés avec la mise sous substitution ne résout pas tous les problèmes inhérents à l'addiction, ce qui représente un défi aussi bien individuel que sociétal. La mise sous substitution implique d'accompagner les patients tout au long de leur parcours afin d'optimiser la réussite d'une telle prise en charge.

5.1. L'addiction aux opiacés : un problème de santé publique

5.1.1 Répercussions sanitaires

5.1.1.1. Les infections virales [41] [42]

Les pathologies infectieuses sont très présentes chez les consommateurs d'opiacés. Elles sont principalement liées à la pratique de l'injection (abcès, adénites, septicémie), à l'échange des seringues et des pailles de sniff et aux rapports sexuels non protégés pour les virus VIH et VHB. Selon l'étude Coquelicot 2011, la séroprévalence globale du VIH parmi les usagers de drogues est de 10% et celle du VHC atteint 44%.

Les nouveaux cas de Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) ont fortement diminué depuis le milieu des années 1990. Ils représentent 7% de l'ensemble des nouveaux cas de Sida en 2010 contre 25% en 1995. Ce recul de l'infection au VIH chez les UDVI est en lien avec la politique de réduction des risques menée depuis de nombreuses années : accès facilité aux seringues stériles, développement des structures d'accueil et diffusion des TSO. Cependant, les découvertes de séropositivité au VIH chez les UDVI surviennent très tardivement (au stade Sida ou lorsque le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 200/mm³) ce qui accroît les risques de mortalité liés à la maladie.

La prévalence de la séropositivité au VHC semble diminuer depuis 1999, mais reste beaucoup plus élevée que celle du VIH. Cette différence peut s'expliquer par un pouvoir contaminant plus important du VHC lors d'une exposition à du sang infecté et par une plus forte résistance du virus dans le milieu environnant. Malgré un recours élevé au dépistage chez les UDVI (94% pour le VIH et 90% pour le VHC), la prise en charge thérapeutique des hépatites C est peu présente. Les thérapeutiques passées ont montré une efficacité discutable ou ont été à l'origine de beaucoup d'effets indésirables. Les thérapeutiques actuelles, récentes et innovantes, représentent quant à elles un coût très élevé pour la société. Ces problématiques sont à l'origine aujourd'hui, d'une faible proportion des prises en charge thérapeutiques des hépatites C.

La prévalence du VHB parmi les UDVI est beaucoup moins bien renseignée. Entre 2003 et 2011, 1220 cas d'hépatite B ont été recensés parmi lesquels 34 (4% parmi les 715 pour lesquels le facteur d'exposition est renseigné) sont en lien avec un usage de drogues. Globalement, les usagers méconnaissent leur statut vis-à-vis de l'hépatite B, certains se déclarent vaccinés mais la majorité ne l'est pas totalement (3 injections).

Certains patients, intégrés dans une démarche de soins via la mise sous substitution, ne bénéficient pas, en parallèle, d'une prise en charge des lésions somatiques aussi graves qu'elles puissent l'être.

L'accompagnement des patients, usagers ou ex usagers, implique donc nécessairement de rechercher d'éventuels problèmes somatiques autres que le manque. Dans ce contexte, il est important d'aborder avec eux la problématique infectieuse, de proposer un dépistage et d'orienter si nécessaire vers des services spécialisés.

5.1.1.2. Les troubles psychiatriques [43]

La fréquence de la comorbidité psychiatrique chez les usagers de drogues n'est pas exactement quantifiée mais semble particulièrement élevée (70 à 90 % des usagers demandeurs de soins). Rappelons que les pathologies psychiatriques peuvent préexister (troubles de la personnalité) ou être consécutives à la consommation de substances psychoactives (troubles mentaux non spécifiques ou complications psychiatriques directement liées à l'usage de drogues).

Cette problématique apparaît incontournable lorsqu'il s'agit d'accompagner les patients sous TSO puisqu'elle joue un rôle majeur dans le pronostic. Différentes études ont montré que les patients toxicomanes ne présentant pas de pathologie psychiatrique sont ceux qui connaissent la meilleure amélioration sous traitement, quelle que soit la nature de celui-ci. La comorbidité psychiatrique influence donc grandement la conduite thérapeutique.

La consommation de drogues constitue pour certains sujets un moyen de tenter de contrôler des symptômes psychopathologiques sous-jacents (l'angoisse par les opiacés par exemple). Traiter uniquement la toxicomanie chez des personnes présentant parallèlement des troubles psychiatriques peut donc aggraver ceux-ci du fait de la fonction « auto-thérapeutique » des substances psychoactives.

Pour résumer, drogues et pathologies psychiatriques « *influencent réciproquement leurs manifestations et leurs évolutions en se succédant, s'intriquant et parfois se confondant* » (Farges, 1998).

L'accompagnement des patients sous TSO implique donc d'évaluer toute pathologie psychiatrique sous jacente et de dépister une poursuite des consommations illicites ou un mésusage des MSO à visée « auto-thérapeutique ».

5.1.1.3. La mortalité associée à la consommation de drogues [44]

Du fait des nombreuses complications sanitaires et sociales auxquelles sont exposés les usagers de drogues, ceux-ci présentent des taux de mortalité plus élevés que l'ensemble de la population du même âge, quelle que soit la cause de décès (facteur multiplicatif de 5.2 pour les hommes et de 9.5 pour les femmes).

Selon l'Enquête DRAMES 2012 (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances), les stupéfiants illicites sont impliqués dans 34 % des décès « directs » liés à l'usage abusif de substances psychoactives (soit 106 cas sur 310 cas recensés). L'héroïne est quant à elle impliquée dans 39 cas soit 13 % des décès « directs ».

Le nombre de surdose à l'héroïne (ou overdose) a globalement diminué avec la diffusion des dispositifs de réduction des risques et des TSO (1995-1996). Cependant de 2004 à 2009, la mortalité par surdose a augmenté en lien avec une augmentation de l'usage d'héroïne. De plus, la circulation ponctuelle d'un produit fortement dosé peut majorer le risque de décès par surdose.

Depuis 2010, les décès liés à l'héroïne sont fortement en baisse : 30% en 2010, 15% en 2011 et 13% en 2012. En outre, les MSO seraient responsables d'une part plus importante de décès par overdose que l'héroïne.

En 2010, parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse, 75 décès causés par le virus du Sida ont été recensés. La baisse de mortalité initiée au milieu des années 1990 se poursuit lentement, parallèlement à une nette diminution de la prévalence du VIH parmi les UDVI et à l'introduction des traitements par trithérapie en 1996.

5.1.2 Répercussions sociales

5.1.2.1. Les problèmes judiciaires [42]

La consommation de drogue conduit souvent les usagers dans un engrenage intriquant successivement désinsertion professionnelle, perte de revenu, éclatement familial, isolement. Les usagers de drogue deviennent des sujets livrés à eux-mêmes, seuls, dans une condition aggravant la consommation de drogues. Cet engrenage peut également ouvrir le pas à la délinquance et à la criminalité, à l'origine de problèmes judiciaires.

Le nombre d'interpellations concernant les usagers d'héroïne, en forte baisse depuis le milieu des années 1990 (date correspondant à la mise en place des traitements de substitution aux opiacés), a connu un regain entre 2003 et 2008, passant d'un peu plus de 3 000 à 8 000 interpellations par an. Depuis, leur nombre tend à plafonner.

Concernant les interpellations pour infraction à la législation des stupéfiants, même si la majorité de celles-ci concernent le cannabis, près de 16 % sont occasionnées par les activités liées au trafic d'opiacés. Il s'agit essentiellement de cas d'usage-revente ou de trafic local. La réponse pénale apportée au contentieux d'usage revêt deux formes : poursuites judiciaires pouvant déboucher *in fine* sur une condamnation par un juge (1/4 des cas) ou mesures alternatives aux poursuites (3/4 restants : rappel à la loi, orientation vers une structure socio-sanitaire, injonction thérapeutique...).



5.1.2.2. Les dépenses publiques en matière de lutte contre les drogues

[42]

On peut distinguer trois grandes catégories de dépenses publiques : d'une part celles qui servent à la mise en œuvre de la politique relative aux drogues et qui relèvent du budget de l'Etat et, d'autre part, celles qui couvrent une partie des prises en charge des conduites addictives et celles liées aux coûts des traitements des pathologies liées aux drogues qui relèvent de l'Assurance Maladie.

D'après un travail d'analyse réalisé en 2011 à la demande de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, la dépense publique engagée par l'Etat et l'Assurance Maladie pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et la prévention des conduites addictives peut être estimée à 1.50 milliards d'euros en 2010 contre 1.47 milliards d'euros en 2009 et 1.29 milliards d'euros en 2008, ce qui témoigne d'une progression des crédits alloués ces dernières années.

5.2. Problématiques persistantes ou consécutives à la mise sous substitution

[45] [46]

Le développement des TSO s'est accompagné de détournements et d'usages non conformes aux prescriptions, puisant leur origine dans la vulnérabilité des patients face à un traitement qu'ils ne connaissent pas suffisamment.

Face à ces problématiques, on peut distinguer deux aspects de la prise en charge des patients sous TSO :

- **la connaissance et l'appropriation du traitement**, incluant la connaissance des enjeux du MSO (quand ? pour qui ? pourquoi ?), le respect des modalités de prise du MSO (voie d'administration, respect des doses, fractionnement) et la gestion du traitement au quotidien notamment vis-à-vis des effets indésirables.

- **le comportement et les capacités d'adaptation** au quotidien vis-à-vis de différentes situations : possibilité de consommations parallèles de substances psychoactives, gestion de la douleur, sécurisation de l'entourage, grossesse et allaitement, voyage à l'étranger.

5.2.1 Le patient et son traitement

5.2.1.1. Perception et place du médicament de substitution aux opiacés dans la stratégie de soins [47] [48]

La perception des TSO par les patients, recensée par l'enquête « *TSO vus par les patients* » (OFDT, 2011) reflète certaines ambiguïtés quant à leur intérêt.

La première de ces ambiguïtés affecte le statut du MSO : s'agit-il d'un médicament ou d'une drogue légale ? Pour la grande majorité des patients, les MSO sont très bien identifiés comme des médicaments mais sont également connus pour être détournés dans le cadre d'une toxicomanie.

La perception des MSO n'est que très partiellement liée à leurs propriétés pharmacologiques et à leurs effets physiologiques. Elle dépend davantage du degré de contrôle qui entoure leur délivrance ou de leur potentiel détournement à des fins toxicomaniaques. Ainsi, pour les patients, la méthadone jouit d'une image thérapeutique plus forte que la BHD notamment parce que ses conditions de délivrance sont plus strictes. Paradoxalement, ils rapprochent plus nettement les effets de la méthadone de ceux de l'héroïne. La BHD est plutôt décrite comme une drogue car elle se détourne plus facilement. Elle n'est pourtant pas considérée comme un « vrai produit » par les usagers car elle ne donne pas de plaisir ou de *flash* et réclame peu de compétence technique pour être prise.

En plus de cette ambivalence forte vis-à-vis des MSO, le traitement dans son ensemble est ambigu aux yeux des patients : porte-il un projet exclusivement thérapeutique ou vise-t-il au contrôle social ? Cette ambiguïté suit les patients de leur entrée dans la substitution jusqu'au moment où se pose la question de la sortie.

Beaucoup de patients ignorent ou oublient que le MSO n'est qu'un des éléments de leur prise charge qui doit être globale (psycho-médico-sociale). Ainsi, une grande majorité des patients ne bénéficient pas d'une prise en charge globale incluant, entre autre, suivi psychologique et aide sociale.

L'intervention des professionnels de santé auprès des patients substitués doit commencer par une reconsidération de l'addiction en tant que maladie chronique ; maladie pour laquelle sont mis en place des traitements comprenant le MSO mais aussi un accompagnement psychologique et social.



5.2.1.2. Respect des modalités de prise du médicament de substitution aux opiacés

5.2.1.2.1. Respect de la posologie [48] [49] [50]

Les patients interrogés par l'enquête « TSO *vus par les patients* » (OFDT, 2011), relatent de nombreux épisodes de leur vie durant lesquels ils n'ont pas respecté les consignes médicales. Certains patients négligent volontairement la prise du médicament de substitution pour ressentir physiquement le besoin et ainsi retrouver leur motivation par rapport au traitement. D'autres « oublient » leur traitement afin d'échapper à l'emprise institutionnelle et à la monotonie des rendez-vous. Beaucoup modulent les prises en les augmentant notamment lorsqu'ils rencontrent des difficultés. Certains fractionnent la prise de manière à ne pas ressentir les effets du manque en fin de dose mais également afin de ne pas être trop léthargique au cours de la journée. D'autres encore « économisent » des prises pour faire face à un évènement fortuit et parce qu'ils n'osent pas parler à leur médecin des difficultés qu'ils rencontrent. Ainsi, la substitution médicalisée ne fait pas disparaître toutes les habitudes d'automédication ou d'auto-substitution.

Les signes de sous-dosage (état anxio-dépressif, irritabilité, troubles du sommeil et sensation de manque) sont globalement bien connus des patients. Les signes de surdosage sont beaucoup moins bien décrits. Pourtant le risque principal des MSO est celui de décès par surdose. En 2012, 60% des décès par surdose sont imputables au moins en partie aux MSO : la Méthadone® étant impliquée dans 45% des cas et la BHD dans 15% des cas, selon les résultats de l'enquête DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances), 2012.

Dans son bilan du suivi d'addictovigilance et de toxicovigilance de la Méthadone®, l'ANSM estime qu'entre 2010 et 2012, la part des décès impliquant la Méthadone® a augmenté de 36% à 45%. Cette évolution est mise en parallèle avec la diminution du nombre de décès impliquant l'héroïne, ainsi qu'avec l'augmentation du nombre de mésusages.

Le risque d'overdose est d'autant plus grand, qu'il est méconnu des patients. Un livret réalisé par Nova Dona, ARUDA (Association pour la Réinsertion des Usagers de Drogues du secteur d'Abbeville) et ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues) Nîmes, intitulé « Comment prévenir les overdoses » explique comment prévenir, reconnaître les signes et réagir en cas d'overdose. Ce livret peut être distribué gratuitement aux patients.

Il semble donc impératif que les patients comprennent l'importance du respect de la posologie prescrite par le médecin notamment afin de prévenir les risques d'overdose potentiellement mortelle.

5.2.1.2.2. Respect de la voie d'administration [50] [51] [52] [53]

La prescription d'un médicament de substitution doit, en principe, s'accompagner de l'arrêt des pratiques d'injection ou de sniff, quand elles existent au préalable. Or, pour de nombreux usagers, elles sont une composante du comportement addictif, indépendante du produit utilisé (illicite ou médicamenteux).

Selon les résultats de l'enquête OPPIDUM 2012 (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse), parmi les sujets qui consomment de la BHD dans le cadre d'un protocole de soins, la proportion de consommation par voie sublinguale (non exclusive) est en baisse en 2012 par rapport à 2011 (91% en 2012, 96% en 2011). Les consommations par voie nasale (10% en 2012, 4% en 2011) et intraveineuse (10% en 2012, 6% en 2011) sont en hausse. Il existe donc une part importante de mésusage par voie nasale et intraveineuse.

La pratique de l'injection ou du sniff peut traduire une méconnaissance du mode d'utilisation ou un sous-dosage thérapeutique, mais aussi une recherche d'effets à tonalité euphorique rappelant les expériences vécues avec l'héroïne. La BHD sous la forme générique semble présenter, si elle est injectée, des risques cutanés accrus par rapport au Subutex® en raison de la nature des excipients entourant la molécule. Une nouvelle présentation sans talc ni silice est depuis peu disponible.

Il paraît donc important de s'intéresser à l'attente des patients vis-à-vis de leur MSO. Cela sous entend d'identifier les effets ressentis et ceux réellement recherchés par les patients quand ils prennent leur MSO. Cela pourrait expliquer une grande partie des mésusages par voie nasale ou injectable.

Concernant la prise des comprimés sublinguaux de Subutex®, notons que le temps de fonte est assez long ce qui peut laisser suspecter une mauvaise utilisation avec une prise orale et non sublinguale.

Une information auprès des patients concernant la prise des comprimés sublinguaux de BHD est indispensable au bon respect du mode d'administration.

Les mauvaises utilisations de la méthadone sont beaucoup moins fréquentes qu'avec la BHD du fait d'un cadre de prescription et de dispensation strict et de sa forme galénique. En effet, la forme sirop, relativement visqueuse, rend l'injection du produit très difficile (100% des patients sous méthadone utilisent la voie orale d'après l'enquête OPPIDUM).

L'association de la BHD à la naloxone (Suboxone®) est censée diminuer le mésusage par un moindre effet euphorisant par voie injectable ou intra-nasale et par l'apparition d'un syndrome de sevrage chez le consommateur d'héroïne. Néanmoins, la prise détournée de Suboxone® après une prise orale de BHD ou de Suboxone® n'engendre pas de syndrome de manque. La naloxone étant nettement inférieure en proportion par rapport à la BHD (4 unités de BHD pour 1 unité de naloxone, plus la buprénorphine déjà présente), elle n'a donc pas une action antagoniste ressentie par les sujets. Le faible pouvoir euphorisant et le risque d'un syndrome de manque chez l'usager de drogue, permet de préserver la valeur thérapeutique de la Suboxone® qui est de ce fait très peu présente sur le marché noir.

Même si, en France, le bilan des traitements de substitution reste positif, compte tenu du nombre de patients traités, la possibilité d'injecter ces médicaments (particulièrement la BHD) peut être à l'origine de complications infectieuses graves. La prise en charge en ALD (Affection de Longue Durée) en raison d'une hépatite virale chronique ou d'une infection par le VIH concerne respectivement 7,4% et 1,4% des bénéficiaires de MSO (OFDT, 2015). Ces pourcentages sont malgré tout très en dessous des prévalences du VHC et du VIH parmi les usagers de drogues. Cela souligne l'importance d'une implication plus adaptée des professionnels prenant en charge les toxicomanes substitués.

Afin de réduire le risque infectieux, le recours à du matériel stérile est recommandé. Des trousse de prévention ont été mises à la disposition des usagers utilisant la voie intraveineuse. Quels que soient les modèles (Stéribox2®, Kit+®), elles sont conditionnées en emballage stérile et ont le même contenu (Annexe 1).

Ces trousse de prévention sont disponibles dans les CAARUD et les CSAPA (gratuites), dans les locaux ou bus mobiles des associations de réduction des risques (gratuites), dans les distributeurs automatiques installés dans certaines rues et dans certaines pharmacies (à prix modéré, 1€ environ). Ces trousse ont été initialement développées dans le cadre d'une démarche de réduction des risques qui s'adresse aux consommateurs actifs de drogues.

Cette démarche privilégie des stratégies de soin et de prévention visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections, abcès...) et sociaux (exclusion, précarité...) liés à l'usage de substances psychoactives. La réduction des risques contribue à faire de l'usager de drogues un acteur de sa santé.

Une grande majorité des patients pratiquant le sniff ou l'injection utilisent du matériel stérile. En ce qui concerne l'élimination du matériel usagé, beaucoup le jettent à la poubelle.

Les professionnels de santé et notamment les pharmaciens doivent donc informer les patients du mode d'élimination de tels déchets afin de réduire les risques infectieux pour eux-mêmes et leur entourage.

5.2.1.3. Gestion des effets indésirables du médicament de substitution au quotidien [54]

Comme tous les médicaments, les MSO présentent des effets positifs mais également des effets indésirables nécessitant une surveillance attentive. Les principaux effets indésirables associés sont la constipation, les sueurs, les nausées et vomissements et les troubles du sommeil.

Tous les opiacés sont responsables d'une constipation par diminution de mobilité de la musculature lisse intestinale. Il n'existe pratiquement aucune tolérance aux opiacés pour ces effets sur le tube digestif. Tous les MSO devraient être associés à un laxatif léger.

Si les sueurs sont difficilement supportées et si le patient ne présente pas de pathologie cardiaque, on peut prescrire des vasodilatateurs de la famille des inhibiteurs calciques (nifédipine 20mg x 3/jour). Il faut cependant rester vigilant car toute sueur profuse peut être d'origine infectieuse (endocardite, pneumonie, septicémie).

Les causes les plus fréquentes de nausées et de vomissements avec le MSO sont :

- une consommation associée d'alcool qui est normalement à proscrire ;
- une hépatite ;
- des mycoses œsophagiennes induites par l'infection à VIH pouvant être traitées par un antifongique oral ;
- une grossesse ;
- l'association à d'autres traitements (antiviraux notamment).

Un traitement étiologique est donc à envisager en première intention pour soulager les nausées et vomissements sous MSO.

Les opiacés modifient le rythme nyctéméral. La prescription de benzodiazépines comme hypnotique est délicate à cause du risque de dépendance et de mauvaise utilisation. Il est donc préférable d'avoir recours à des antihistaminiques sédatifs. Les neuroleptiques présentent également un certain nombre d'avantages, surtout dans les états d'agitation secondaires à une consommation de cocaïne et dans certains troubles psychiatriques.

La majorité des patients ne connaissent pas véritablement les effets indésirables de leur MSO et n'ont pas fait de lien avec leur traitement.

Les professionnels de santé doivent donc s'intéresser à la tolérance des patients vis-à-vis de leur MSO afin que l'apparition d'effets indésirables ne soit pas confondue avec les signes d'un manque ou d'un surdosage. Aussi, des règles hygiéno-diététiques pourraient être promulguées afin d'améliorer la qualité de vie des patients et de favoriser une bonne poursuite du traitement.

5.2.2 Le patient dans son environnement

5.2.2.1. Consommations parallèles de substances psychoactives [55]

La majorité des patients consomment des produits et des médicaments avec leurs MSO. Les principaux produits utilisés sont le tabac, l'alcool, le cannabis, les benzodiazépines (BZD) et la cocaïne. Cette polyconsommation peut révéler une dépendance ou un usage problématique vis-à-vis des autres produits consommés.

Le tabagisme est très présent chez les patients sous TSO. Ceux-ci recherchent des effets anxiolytiques, relaxants, antidépresseurs et stimulants. Cet usage semble prédominer chez les patients souffrant de comorbidités psychiatriques.

Aussi, il peut être judicieux d'évoquer avec les patients la possibilité d'utiliser des substituts nicotiques.



L'alcool accentue certains effets secondaires des opiacés comme les nausées et vomissements, les troubles du transit intestinal et les troubles du sommeil. L'alcool peut également aggraver les perturbations hépatiques provoquées par une hépatite chronique.

Pour traiter un problème d'alcool chez un patient sous TSO, on peut prescrire différents traitements comme le disulfirame (Antabuse®) qui donne de bons résultats chez les patients substitués, motivés pour arrêter leur consommation d'alcool. Avant d'introduire un traitement médicamenteux, il peut être envisagé un sevrage alcoolique en milieu hospitalier.

Concernant la consommation de benzodiazépines, celles-ci sont douées de plusieurs propriétés : anxiolytique, hypnotique, myorelaxante, anti-convulsivante et amnésiante. En mésusant ces médicaments, certains patients recherchent :

- une sensation d'euphorie avec des effets « planants », voire anesthésiques ;
- une « efficacité corporelle » liée à l'effet myorelaxant ;
- une anxiolyse et une sédation améliorant les troubles du sommeil.

Aussi, lors de la mise sous substitution, il est nécessaire d'évaluer, un mésusage voire une dépendance aux benzodiazépines. Savoir comment le patient gère le manque d'opiacés permet habituellement de se faire une idée de l'utilisation des BZD. Si le problème existe, l'induction de BHD ou de méthadone doit s'accompagner d'une prescription de BZD. Pour cela, une évaluation au préalable est indispensable. Elle s'intéresse aux benzodiazépines (lesquelles ; depuis quand ; par quelle voie d'administration ; à quelle fréquence; quel est l'effet recherché ; le contexte de prise ; le mode d'approvisionnement) mais également à la recherche de problématiques psychologiques. Les molécules à demi-vie longue, par exemple le diazépam ou le clonazépam, peu détournées, sont recommandées.

Si le patient exprime une demande de BZD au cours du suivi, il faut se poser plusieurs questions. Le sous-dosage est la première hypothèse à éliminer car facile à résoudre. Les comorbidités anxieuses sont aussi à étudier : anxiété généralisée, phobie, crise d'angoisse ; l'ensemble de ces diagnostics doivent s'accompagner de prescriptions mais aussi de propositions psychologiques.

La consommation de cocaïne est très fréquente chez les consommateurs d'opiacés, ceux-ci diminuant les effets désagréables du sevrage. La cocaïne se consomme préférentiellement en « *speedball* », c'est-à-dire mélangée à l'héroïne.



Les stratégies de prise en charge des patients dépendants sont en général axées sur la réduction de la consommation d'une seule substance. Or, les patients sont de plus en plus consommateurs d'au moins deux produits. Ces nouveaux profils de consommations impliquent la mise en place de stratégies de prise en charge adaptée.

C'est dans ce contexte qu'en février 2007, sous l'égide de la Haute Autorité de Santé, s'est tenue une audition publique ayant pour but la mise en place de recommandations concernant les stratégies de soins dans l'abus, les dépendances et les polyconsommations.

Il en est ressorti que le repérage incombe à tous les professionnels de première ligne (médecin traitant, pharmacien, médecine scolaire ou préventive, médecine du travail).

Ceux-ci doivent rechercher de façon systématique les poly-consommations. Ils pourront alors sensibiliser le patient sur le caractère pathologique de ses consommations parallèles, si elles existent ; et susciter, autant que possible, une prise de conscience des risques et, éventuellement, une ébauche de motivation.

5.2.2.2. Gestion de la douleur [56] [57] [58]

Les patients sous TSO sont particulièrement sensibles à la douleur. Ces douleurs peuvent avoir différentes origines. Tout d'abord, les patients substitués peuvent souffrir de diverses pathologies (traumatisme, douleurs dentaires, altération de l'état général). Deuxièmement, outre l'effet antalgique des MSO, leur usage peut diminuer le seuil de tolérance à la douleur : on parle d'Hyperalgésie Induite par les Opiacés (HIO). En d'autres termes, les patients sous TSO sont plus sensibles que la « normale » à une même stimulation douloureuse. Enfin, la consommation d'opiacés s'accompagne d'une tolérance qui réduit l'efficacité des antalgiques de palier 2 ou 3 co-prescrits.

Des douleurs non prises en charge peuvent avoir des conséquences très graves :

- progression des douleurs aiguës vers la chronicité ;
- mésusage de substances psychoactives de tout type ;
- rupture du suivi thérapeutique avec arrêt prématuré du MSO ;
- altération de la qualité de vie du patient ;
- impact social et sociétal lourd : augmentation des durées d'hospitalisation et des coûts de prise en charge.



Le choix de la stratégie thérapeutique est conditionné par le type de douleur, son intensité mais aussi par le MSO utilisé. Les recommandations générales suivantes peuvent être appliquées dans de nombreuses situations :

- évaluer efficacement la douleur avec des outils validés (échelle visuelle analogique par exemple) ;
- déterminer l'étiologie de la douleur : une douleur neuropathique nécessitera plutôt la prescription d'antidépresseurs ou d'antiépileptiques tandis qu'une douleur nociceptive sera plus sensible aux antalgiques ;
- maintenir le traitement de substitution ;
- utiliser si possible des d'antalgiques de palier 1 (paracétamol, anti-inflammatoire non stéroïdiens) et des alternatives non pharmacologiques (application de glace, massage, étirements) ;
- éviter l'association à un antalgique de palier 2 (codéine, tramadol) en raison d'une faible affinité pour les récepteurs opiacés et d'une faible efficacité chez les patients substitués ;
- utiliser préférentiellement la voie orale tout en sachant que la voie parentérale n'est pas contre-indiquée ;
- l'association d'agonistes/antagonistes (pentazocine), d'agonistes mineurs (péthidine) ou d'agonistes partiels (buprénorphine) est contre-indiquée car en association avec des agonistes purs (méthadone), ces molécules peuvent entraîner des syndromes de sevrage partiels et augmenter la sensation douloureuse.

Rappelons aussi que la prescription d'un opiacé à visée antalgique est toujours délicate chez les anciens usagers de drogues ; ceux-ci craignant en général de rechuter. Dans ce cas, il faut accepter le refus et envisager un autre traitement antalgique.

C'est aux professionnels de santé de conseiller les thérapeutiques antalgiques adaptées au patient et à la nature de sa douleur. De son côté, le patient peut demander conseil aux professionnels de santé de proximité, notamment aux pharmaciens, quand il rencontre des difficultés pour soulager une douleur.



5.2.2.3. Sécurisation de l'entourage [59] [60] [61]

De nombreux patients sous TSO possèdent des enfants dans leur entourage. Or, les MSO peuvent présenter un véritable danger en cas d'ingestion chez un enfant ou même chez une personne adulte naïve ou peu dépendante. En raison de sa nature agoniste pure, la méthadone se révèle encore plus dangereuse que la BHD.

Depuis la mise sur le marché de la Méthadone® sous forme gélule en avril 2008, les bilans réalisés périodiquement montrent un risque d'intoxication pédiatrique qui, compte tenu du potentiel létal de la méthadone (dose létale de méthadone = 1 mg/kg pour une prise), doit mobiliser les professionnels de santé ainsi que les patients-parents ayant des enfants à leur domicile. Des lettres à destination des patients-parents ont donc été distribuées afin de les mettre en garde contre le risque d'intoxication pédiatrique.

Un rapport du Comité de Coordination de Toxicovigilance, paru en Octobre 2012, dresse un bilan sur les intoxications pédiatriques avec la Méthadone® AP-HP gélule et sirop.

	Méthadone® gélule (n=20)	Méthadone® sirop (n=33)
Sex-ratio (M/F)	10/10	11/22
Age médian (mini/maxi)	2 ans (1/4)	2 ans (0.8/15)
Dose supposée ingérée médiane (mini/maxi)	30 mg (1/180)	15 mg (1/60)
Gravité de l'intoxication :		
Nulle ou minime	13	25
Modérée	5	7
Grave	1	0
Mortelle	1	1
Lieu de prise en charge :		
Domicile	1	3
Urgences	8	17
Pédiatrie	8	9
Réanimation	3	4

Tableau 13 : Principales caractéristiques des expositions pédiatriques par Méthadone® du 15/04/2008 au 15/04/2012 en France

D'après ce rapport, un grand nombre des intoxications pédiatriques se traduit, fort heureusement, par un score d'intoxication nulle ou mineur laissant penser que l'enfant n'a pas réellement absorbé le contenu du flacon ou de la gélule. Dans la majorité des cas d'intoxication avérée, telles qu'elles sont notifiées par les services de toxicovigilance, les flacons ont été ouverts à l'avance ou les gélules déconditionnées du blister sécurisé. Dans ces conditions, il est clair qu'aucun dispositif sécurisé (bouchon « *child-proof* » ou blisters sécurisés) ne présente une quelconque efficacité.

Les professionnels de santé doivent donc adapter leur prise en charge lors de la prescription de MSO à des patients-parents. Il est nécessaire d'insister sur le fait de toujours mettre les flacons en sûreté, de ne jamais les ouvrir à l'avance, de les tenir hors de portée des enfants et de ne pas prendre leur médicament devant des enfants. Un service d'urgence doit être contacté immédiatement en cas d'ingestion accidentelle ou de suspicion d'ingestion. La connaissance des procédures à suivre en cas d'urgence doit être abordée avec les patients et leur entourage.

5.2.2.4. Grossesse et allaitement [62] [63]

La dépendance aux opiacés implique une grossesse à risque. Les MSO peuvent être prescrits chez une femme dépendante aux opiacés, à l'issue d'une évaluation par le médecin, qui jugera du bénéfice attendu pour la mère et l'enfant. En raison du risque de souffrance fœtale, le sevrage n'est pas indiqué et les MSO ont donc une place prépondérante mais nécessitent une surveillance médicale particulière. Le traitement le plus utilisé dans cette indication est la BHD car elle entrainerait moins de Syndrome de Sevrage Néonatal (SSN).

La grossesse est un moment privilégié pour la mise en place ou le renforcement d'un soutien pluridisciplinaire qui améliore le pronostic périnatal et la qualité de vie. Le MSO n'est qu'un élément de cette prise en charge, mais il est très important pour créer des conditions d'apaisement et de stabilité favorables au bon déroulement de la grossesse et de la prise en charge du nouveau-né à la naissance.

A la découverte d'une grossesse, il n'est pas nécessaire de modifier un MSO déjà instauré. Cependant, la survenue d'un syndrome de sevrage néonatal nécessite la mise en place d'une surveillance étroite de la mère et du nouveau-né. La prise en charge périnatale et médico-psycho-sociale doit être assurée par des équipes habituées à ce type de grossesse, et si possible prolongée en réseau ville-hôpital.

Le faible passage des MSO dans le lait maternel ne contre-indique pas l'allaitement (sauf si il y a une co-infection par le VIH).

5.2.2.5. Voyage à l'étranger [64]

Les médicaments de substitution aux opiacés sont soumis à la réglementation des stupéfiants concernant leur transport à l'étranger. Aussi, il existe deux procédures distinctes selon le lieu de destination : pays signataire de l'Accord de Schengen ou pays tiers à l'espace Schengen.

Dans l'espace Schengen, pour une durée de séjour inférieure à 30 jours, le patient doit se procurer une autorisation de transport, demandée à l'ARS de la région d'exercice du prescripteur et délivrée sur la base de l'original de la prescription. Cette prescription devra respecter les durées maximales de prescription prévues par la réglementation (14 ou 28 jours).

Hors de l'espace Schengen ou pour une durée de séjour supérieure à 30 jours dans l'espace Schengen, l'Unité Réglementaire des Stupéfiants et des Psychotropes de l'ANSM peut délivrer une attestation de transport, uniquement si le pays exige, pour l'entrée sur son territoire, un certificat des autorités compétentes du pays de résidence du patient. Cette attestation est délivrée pour des quantités transportées correspondant à une durée de traitement ne dépassant pas la durée maximale de prescription autorisée. La demande comporte l'indication du pays de destination, la durée de séjour, la quantité et le dosage du médicament transporté, la prescription médicale ainsi qu'un certificat médical par lequel le médecin ne s'oppose pas au déplacement du patient sous traitement. Les demandes doivent parvenir à l'ANSM 10 jours avant la date prévue de départ. Cependant, il est fortement recommandé avant le départ, de contacter l'ambassade du pays de destination pour se référer à la législation en vigueur concernant ces traitements.

Pour un déplacement dont la durée est supérieure à la durée maximale de prescription du traitement, le patient doit effectuer les démarches nécessaires à la prolongation de son traitement dans le pays d'accueil.

Les professionnels de santé doivent donc être en mesure d'informer les patients des conditions de détention de leur MSO à l'étranger.



En conclusion, concernant les problématiques relatives à la mise sous substitution, les enquêtes réalisées auprès des patients sous TSO mettent en évidence des difficultés ou questionnements vis-à-vis de leur prise en charge. Le médicament de substitution aux opiacés n'est qu'un élément dans la stratégie de prise en charge globale visant à améliorer la santé et la qualité de vie du patient. Le succès du traitement de substitution dépendra de la motivation du patient, de l'implication des interlocuteurs, de la relation patient-intervenants et des thérapies complémentaires. Aussi, la complexité des comportements et la difficulté des situations rencontrées imposent de travailler de manière pluridisciplinaire avec différents intervenants du parcours de soins du patient.

5.3. Politique de réduction des risques

5.3.1 Définition [65] [66]

Les épidémies du Sida et des hépatites, survenues dans les années 80, ont soulevé les problématiques de contamination, surtout parmi les usagers de drogues, et ont démontré qu'il était urgent d'aborder l'usage de drogues en termes de santé. En conséquence, une politique de réduction des risques s'est développée en se proposant de promouvoir la santé, le bien-être, la dignité et la citoyenneté des usagers de drogues.

La politique de réduction des risques bénéficie aujourd'hui d'un cadre réglementaire. Elle est définie par l'article L.3121-4 du Code de la Santé Publique : « *la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants* ».

En pratique, cette nouvelle approche a permis de sortir du standard unique du sevrage et de l'abstinence comme seuls moyens thérapeutiques et a ouvert le pas à une médicalisation du système de soins avec une prise en charge globale de la maladie et la mise sous substitution. Cette politique s'intéresse également aux risques des styles de vie (manque d'exercice physique, manque de sommeil, obésité, usage de substance).

Mais l'une des avancées majeures qu'a permis cette politique est de placer les usagers en tant que citoyens, aux côtés des professionnels de santé pour parler et agir ensemble. La réduction des risques a initié un nouveau type d'approche fondé sur l'*empowerment* : les usagers se montrent capables de mobiliser leurs ressources pourvu qu'on les pense capable de les mobiliser. Il s'agit donc de faire le pari sur la capacité de la personne à évoluer, à changer, à agir.

5.3.2 Ce que prévoit la loi en terme de réduction des risques [67] [68]

Les principaux enjeux de la politique de réduction des risques sont de ne pas banaliser le recours aux drogues, d'informer sur les risques liés aux consommations, d'encourager les prises de responsabilité des usagers de drogues, d'aller à leur rencontre dans leur milieu de vie, d'intégrer les usagers à leur propre prise en charge, de faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues, de sensibiliser les professionnels de différents horizons aux interventions et de développer une réflexion et une évaluation constante.



L'article L.3115-1 du Code de la Santé Publique prévoit la définition d'un cadre de référence pour les activités de réduction des risques en direction des consommateurs de stupéfiants.

Objectifs des actions de réduction des risques	Modalités d'intervention auprès des patients usagers
Prévenir les infections sévères, en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection	Education pour la santé Distribution et promotion du matériel d'hygiène et de prévention Installation de distributeurs de matériels de prévention Récupération du matériel usagé et traitement des déchets septiques.
Prévenir les intoxications aiguës, notamment par surdoses mortelles	Education pour la santé
Prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations	Education pour la santé Orientation vers les services de soins généraux ou spécialisés
Orienter dans le système de soins et le secteur médico-social	Orientation et accompagnement vers les services de soins généraux ou spécialisés Orientation et accompagnement vers les services sociaux Aide à l'accès aux droits
Améliorer l'état de santé physique et psychique et l'insertion sociale (logement, accès aux services et dispositifs sociaux)	Conseils personnalisés sous forme d'entretiens, d'information Organisation de l'entraide et du soutien par les pairs Mise à disposition d'espace de repos Distribution de boissons et de nourriture Offre des services d'hygiène : toilettes, douches, machines à laver Hébergement d'urgence Mise à disposition de consignes pour les effets personnels pour les personnes sans domicile Dispensation de soins infirmiers

Tableau 14 : Objectifs et modalités d'intervention concernant la politique de réduction des risques

Les actions de réduction des risques sont réalisées par des professionnels du champ sanitaire, social et éducatif et éventuellement par des associations. Au-delà des interventions menées auprès des usagers de drogues, ces actions peuvent s'étendre aux patients usagers ou ex-usagers sous TSO, notamment dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient.

5.3.3 L'intérêt de l'éducation thérapeutique en termes de réduction des risques [67]

L'éducation thérapeutique des patients sous TSO peut prévoir, dans un objectif de réduction des risques, d'informer et de prévenir les patients sur les risques liés à l'usage de drogue et le mésusage des MSO. En outre, le cadre juridique de l'usage de stupéfiants tout comme celui des médicaments de substitution peut être rappelé.

L'information peut également porter sur :

- les pathologies infectieuses (notamment par le VIH, le VHB, le VHC), leur mode de transmission et de prévention ;
- les vaccinations, notamment anti-VHB et antitétanique ;
- le dépistage de l'infection par le VIH et des hépatites ;
- les risques associés à la consommation conjointe de stupéfiants, d'alcool et de médicaments ;
- les signes sensoriels, psychologiques ou somatiques des intoxications mettant en danger la vigilance ou la vie du consommateur ;
- les complications de l'injection ;
- les gestes et procédures destinés à prévenir la transmission interhumaine des agents infectieux ;
- les traitements disponibles et leurs modalités d'accès ;
- les numéros d'urgence, de téléphonie sociale.

L'éducation thérapeutique des patients sous TSO peut s'inscrire dans une démarche de réduction des risques en prévenant ou en luttant contre l'usage de drogues et ses conséquences au cours de la mise sous substitution.



Partie 2 : L'Education Thérapeutique du Patient



1. Présentation de l'éducation thérapeutique du patient [69]

1.1. Définition

1.1.1 Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé [70]

Selon l'OMS, l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de manière permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leur famille, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

1.1.2 Contexte réglementaire [71] [72] [73]

En 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) portant réforme sur l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, pose les bases réglementaires de l'éducation thérapeutique du patient. Celle-ci est pour la première fois reconnue comme thérapeutique à part entière dans une loi de santé publique avec un cadre, des finalités et des modes de financement.

Suite à cette loi, différents textes réglementaires ont été rédigés afin de définir les conditions d'élaboration, de demande et d'autorisation des programmes ainsi que les compétences requises pour dispenser l'ETP.

A ce jour, un programme d'ETP doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé dont au moins un médecin. Le programme doit être coordonné soit par un médecin soit par un autre professionnel de santé ou encore par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée.

Le programme est soumis à une autorisation délivrée par l'ARS du territoire dans lequel le programme est destiné à être mis en œuvre. L'autorisation est valable pour une durée de quatre ans.

Elle peut être renouvelée par le directeur général de l'ARS, pour une durée identique, sur demande du titulaire de l'autorisation adressée au plus tard quatre mois avant sa date d'expiration.

L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser ou coordonner l'ETP requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques pouvant être attestée par un certificat ou un diplôme. La formation des coordonnateurs fut précisée et introduite récemment par l'arrêté du 14 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 02 Août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP.

1.2. Place dans la prise en charge des patients

1.2.1 Intérêts pour le patient et finalités [70]

L'éducation thérapeutique du patient doit participer à l'amélioration de sa santé et de sa qualité de vie ainsi qu'à celles de ses proches. Les deux principales finalités pour le patient sont :

- l'acquisition et le maintien de compétences d'auto-soins. Il s'agit de décisions que le patient prend dans l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé.
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Parmi ces compétences, seront privilégiées les compétences dites de sécurité visant à sauvegarder la vie du patient.

Tout programme d'éducation thérapeutique doit prendre en compte ces objectifs tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de la réceptivité à la proposition d'une ETP, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des contenus, des méthodes pédagogiques et d'évaluation des effets.



1.2.1.1. Compétences d'auto-soins

Il s'agit pour le patient de :

- soulager les symptômes ;
- prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure ;
- adapter les doses de médicament, initier un auto-traitement ;
- réaliser des gestes techniques et des soins ;
- mettre en œuvre des modifications de son mode de vie (hygiène diététique, activité physique) ;
- prévenir des complications évitables ;
- faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ;
- impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

1.2.1.2. Compétences d'adaptation

Il s'agit pour le patient de :

- se connaître lui-même, d'avoir confiance en lui ;
- savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ;
- développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ;
- développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ;
- prendre des décisions et résoudre un problème ;
- se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- s'observer, s'évaluer et se renforcer.

Indépendamment de la maladie chronique et des compétences à développer, une éducation thérapeutique structurée doit s'intégrer à la stratégie de soins établie par l'équipe médicale.



1.2.2 Maladies concernées et limites [70] [74]

Les programmes d'éducation thérapeutique ont, à l'origine, un champ d'application restreint car ils ne concernent qu'une ou plusieurs des trente affections de longue durée (ALD 30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur. Celles-ci sont intégrées de droit dans le champ d'application de l'éducation thérapeutique. On retrouve parmi-elles : les diabètes de type 1 et de type 2, la mucoviscidose, la sclérose en plaque, les paraplégies... Il s'agit d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique potentiellement coûteuse.

Outre les trente affections de longue durée et afin de répondre aux exigences de santé publique régionales, sont autorisés des programmes d'éducation thérapeutique pour des problèmes de santé considérés comme prioritaire au niveau régional. C'est dans ce cas aux agences régionales de santé de mettre en œuvre les politiques de santé au niveau régional.

A titre exceptionnel, des programmes d'éducation thérapeutique peuvent également être établis pour toute affection répondant à un besoin particulier qu'il convient d'explicitier et de préciser lors de la demande d'autorisation de mise en œuvre.

L'éducation thérapeutique peut donc être proposée à toute personne (enfants et parents, adolescents, adultes) ayant une maladie chronique, quel que soit son âge, le stade et l'évolution de sa maladie ; mais également aux proches du patient si celui-ci souhaite les impliquer dans l'aide à la gestion de sa maladie. La proposition peut être formulée à un moment proche de l'annonce du diagnostic ou à tout autre moment de l'évolution de la maladie.

Certaines maladies ou conditions physiques ou psychologiques empêchent cependant une proposition d'éducation thérapeutique. Cela concerne :

- les patients présentant une pathologie affectant le pronostic vital à court terme et les patients en fin de vie ;
- les patients présentant des problèmes de communication ;
- les patients présentant certaines affections psychiatriques empêchant une bonne communication ;
- les patients dans le déni ou le refus d'acceptation de leur maladie.



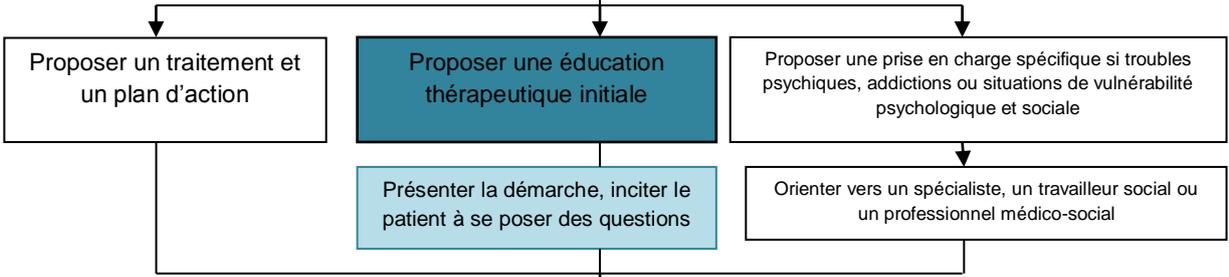
Par ailleurs, les difficultés d'apprentissage, le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver a priori les patients d'une éducation thérapeutique.

1.2.3 Intégration de la démarche d'éducation thérapeutique du patient à la stratégie de soins

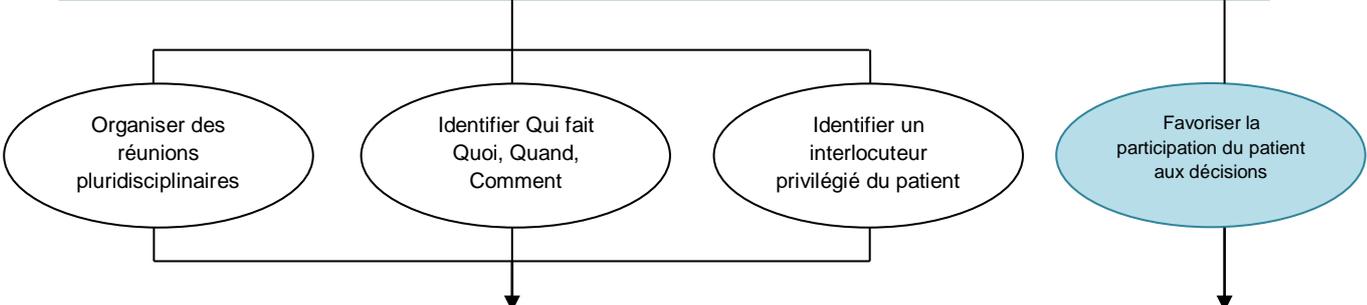
L'éducation thérapeutique s'intègre à la prise en charge thérapeutique du patient si elle est complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes (en particulier la douleur) et de la prévention des complications. Elle doit tenir compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et des priorités négociées avec le patient.



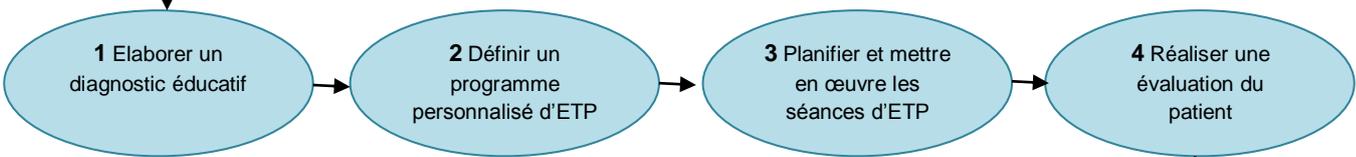
Prise en charge d'un patient dont la maladie chronique a été diagnostiquée



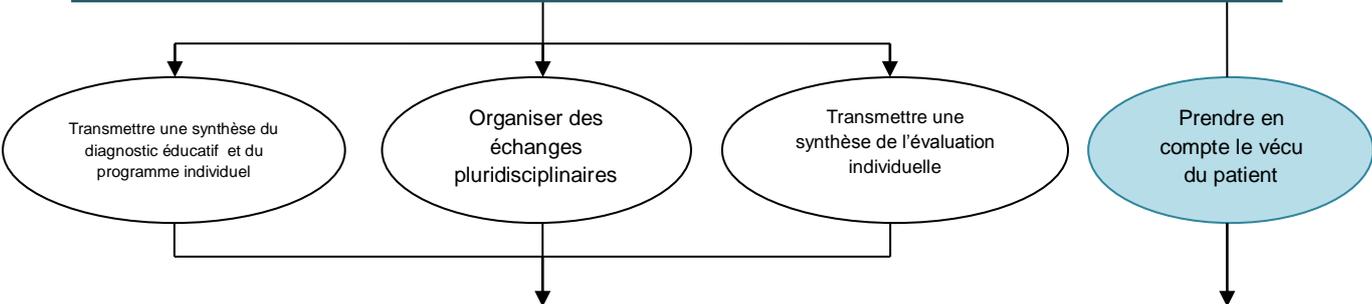
Coordination des acteurs impliqués dans la prise en charge du patient



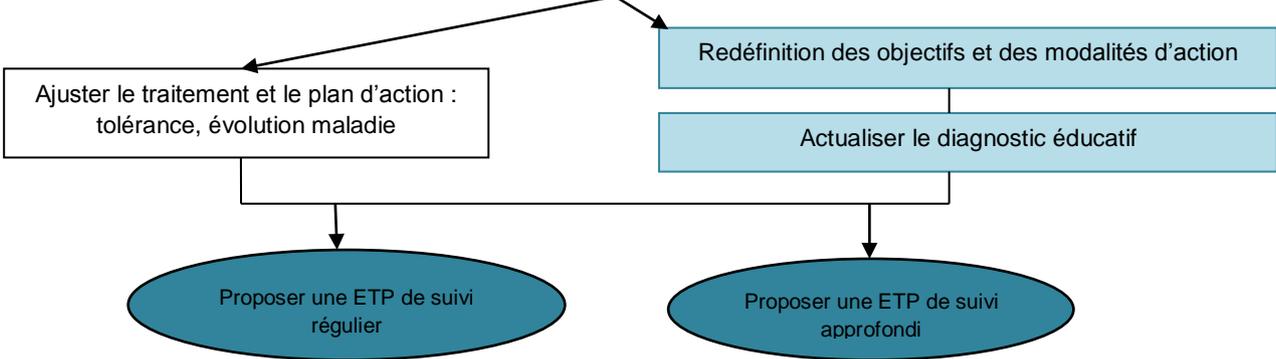
Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient avec son accord



Coordination des acteurs impliqués dans la prise en charge du patient



Suivi médical et éducatif – Demandes du patient



Une offre d'éducation thérapeutique peut être qualifiée « d'initiale », de « suivi régulier » (ou de renforcement) ou de « suivi approfondi » (ou de reprise).

L'offre d'éducation thérapeutique initiale suit l'annonce du diagnostic de la maladie ou une période de vie avec la maladie, sans prise en charge éducative. Au terme de la démarche éducative initiale, une évaluation individuelle pourra estimer l'atteinte ou non des objectifs éducatifs :

- si oui, une offre d'éducation thérapeutique de suivi régulier (renforcement) peut être proposée ;
- si non, une offre d'éducation thérapeutique de suivi approfondi (reprise) peut être proposée.

L'offre d'éducation thérapeutique de suivi régulier (renforcement) fait suite à une éducation initiale. Elle doit permettre de consolider et/ou d'actualiser les compétences du patient. Elle permet également de l'encourager dans la mise en œuvre de ces compétences et de soutenir ses projets de vie. Il est possible de fixer avec le patient de nouvelles compétences à développer en lien avec l'évolution de la maladie, des traitements. La fréquence et le contenu de cette offre dépendent des éléments de suivi médical, des demandes du patient et de l'évaluation des compétences acquises.

L'offre d'éducation thérapeutique de suivi approfondi (reprise) est nécessaire en cas de difficultés dans l'apprentissage, de non-atteinte des compétences choisies, de modifications de l'état de santé ou des conditions de vie. Cette offre mobilise généralement plusieurs professionnels et nécessite du temps qui équivaut dans certaines situations à celui d'une éducation initiale.



1.3. Les acteurs de l'éducation thérapeutique

Dispenser une éducation thérapeutique implique nécessairement une formation préalable des professionnels de santé et autres acteurs susceptibles d'intervenir dans le dispositif de dispensation. Il convient alors de préciser quels sont les professionnels pouvant dispenser l'éducation thérapeutique ainsi que les compétences que ceux-ci doivent acquérir dans cette optique.

1.3.1 Les personnes susceptibles de dispenser l'éducation thérapeutique [75] [76] [77] [78]

Trois catégories de personnes peuvent dispenser l'ETP selon l'article D.1161-1 du Code de la santé publique. Il s'agit :

- de certains professionnels de santé dont l'exercice de la profession est réglementé par le Code de la santé publique (médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...);

L'intervention d'une telle variété de professionnels de santé dans le processus d'éducation thérapeutique démontre la volonté des pouvoirs publics d'associer toutes les disciplines médicales et paramédicales dans le parcours de soins du patient. C'est de cette diversité que découlent le succès et l'efficacité de l'éducation thérapeutique.

- d'autres professionnels tels que des psychologues, des travailleurs du domaine social ou des éducateurs en activité physique adaptée. Ces professionnels peuvent intervenir soit directement dans le processus pédagogique soit indirectement pour répondre à des besoins ponctuels des patients ou de leurs proches.

- de membres des associations agréées et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé. Par exemple, on peut noter l'intérêt des patients experts s'impliquant dans le système de santé.

Le patient expert est une personne atteinte d'une maladie chronique, ayant la volonté de s'impliquer auprès d'autres patients qui souffrent de la même pathologie chronique. Il s'agit d'un patient expérimenté, ayant acquis et développé des connaissances expérientielles et médicales sur sa maladie. Pour intervenir au sein d'un programme, il doit disposer d'une formation d'initiation à l'éducation thérapeutique renforcée sur l'aspect biomédical.

L'intervention de patients experts dans des programmes d'éducation thérapeutique permet de :

- reformuler et renforcer la crédibilité des interventions des professionnels ;
- de permettre l'échange et le partage d'expériences communes ;
- de briser l'isolement des patients et de les aider à dédramatiser leur situation ;
- d'offrir aux patients une expertise complémentaire de la leur en exploitant la maladie dans sa dimension sociale ;
- de donner de l'espoir aux malades en affichant le résultat d'un processus de réadaptation.

Le patient expert se place donc à mi-chemin entre le malade et le soignant et peut intégrer chaque séance d'un programme d'ETP aux côtés du ou des soignants.

1.3.2 La formation pédagogique des intervenants [75] [79]

Éduquer est un acte complexe qui assigne un nouveau rôle au soignant, lui donne de nouveaux moyens thérapeutiques, l'amène à considérer le patient comme un apprenant et à tolérer que les résultats ne sont pas immédiats. Il est évident que le passage de la fonction soignante à la fonction éducative et surtout la cohabitation harmonieuse de ces deux fonctions au sein de l'exercice professionnel, exige une formation spécifique. Celle-ci a donc pour but de rendre les éducateurs capables de maîtriser les différentes phases de la prise en charge pédagogique d'un patient.

Cette formation s'articule sur des modules théoriques et pratiques dont la durée minimale d'enseignement ne peut être inférieure à quarante heures. Les compétences peuvent s'acquérir dans le cadre d'une formation initiale ou du développement professionnel continu. Elles sont détaillées en Annexes 2, 3 et 4.

Les compétences à acquérir ne doivent pas être détenues par une seule et même personne au sein d'un programme, mais au contraire, doivent être partagées au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui dispensera collectivement l'éducation.



La formation pédagogique en éducation thérapeutique peut également être acquise ou complétée par des diplômes universitaires ou des masters.

L'objectif des diplômes universitaires est d'acquérir les compétences nécessaires pour concevoir, mettre en œuvre et suivre des actions d'éducation thérapeutique, mais également, pour dispenser des formations en éducation thérapeutique.

Les masters d'éducation thérapeutique correspondent à une formation plus approfondie puisqu'ils permettent en outre, d'acquérir les compétences pour former les professionnels capables de coordonner différents programmes d'ETP et les futurs chercheurs dans ce domaine.

1.3.3 Les compétences requises [75] [80]

Les compétences que doivent présenter les professionnels intervenants dans le champ de l'éducation thérapeutique sont définies dans l'article D1161-2 du Code de la santé publique. Elles sont regroupées en quatre domaines:

- les compétences relationnelles,
- les compétences pédagogiques,
- les compétences méthodologiques et organisationnelles,
- les compétences biomédicales et de soins.



Compétences	Objectifs	Attitudes vis-à-vis du patient
Compétences relationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser des conditions optimales d'écoute et de confiance. • Lutter contre l'anxiété des patients. • Améliorer la compréhension soignant/patient. • Promouvoir une attitude positive et dynamique. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adapter son comportement professionnel au patient, à sa maladie et à son entourage. ✓ Communiquer de manière empathique. ✓ Prendre en considération l'état émotionnel du patient, son vécu et ses représentations de la maladie et de son traitement. ✓ Tenir compte des dimensions pédagogiques, psychologiques et sociales de la prise en charge à long terme.
Compétences pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> • Eduquer le patient tant sur l'affection qui le touche que sur les modalités de son traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifier les besoins objectifs et subjectifs du patient. ✓ Aider le patient à apprendre. ✓ Choisir des outils adaptés et les intégrer dans la prise en charge et au processus d'apprentissage personnel. ✓ Aider le patient à gérer son mode de vie. ✓ Apprendre au patient à utiliser les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles. ✓ Evaluer l'éducation et ses effets thérapeutiques afin d'apporter les ajustements indiqués.
Compétences méthodologiques et organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir orchestrer le déroulement de l'ETP à n'importe quelle étape du programme. • Concilier les attentes globales des patients avec les attentes individuelles de chaque patient. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déterminer, en collaboration avec le patient, l'organisation d'un programme personnel et autonome de sa mise en œuvre à son évaluation. ✓ Recourir à des modalités de coordination des actions entre les services et les professionnels (notamment les médecins traitants) de façon continue et durable.
Compétences biomédicales et de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître la pathologie ainsi que la méthode de prise en charge thérapeutique. • Parer toute situation de fragilité psychologique et/ou sociale. • Reconnaître les signes précurseurs qui peuvent interagir avec la conduite normale de la pathologie. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apprendre au patient à gérer son traitement. ✓ Eduquer et conseiller le patient quant à la gestion des crises et des facteurs qui interfèrent avec la gestion normale de la maladie. ✓ Evaluer l'éducation et ses effets thérapeutiques et apporter les ajustements indiqués.

Tableau 15 : Compétences nécessaires à la dispensation de l'éducation thérapeutique



Tous les intervenants se doivent de développer et d'appliquer ces compétences auprès du patient afin de promouvoir une éducation thérapeutique de qualité. Cependant, les compétences individuelles ne sont pas suffisantes à la réussite d'une prise en charge globale du patient. Il est nécessaire que les intervenants coopèrent entre eux afin d'harmoniser leurs interventions auprès du patient.

2. Elaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient [81]

2.1. La structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient

Un programme structuré correspond à un ensemble coordonné d'activités d'éducation, animées par des professionnels de santé et destinées aux patients et leur entourage. Il concourt à l'acquisition par le patient de compétences d'auto-soins et d'adaptation en s'appuyant sur différentes approches pédagogiques et relationnelles. Cependant, le programme ne doit pas se résumer à une succession d'actes, ni à un moyen de standardisation de la prise en charge auquel tout patient atteint d'une maladie chronique devrait se soumettre.

Il s'agit plutôt d'un cadre de référence pour la mise en œuvre de la démarche éducative qui doit toutefois s'adapter à chaque patient de manière à personnaliser la séquence éducative au regard de leurs besoins. Il définit un contexte donné pour déterminer Qui fait Quoi, pour Qui, Où, Quand, Comment et Pourquoi mettre en œuvre et évaluer une éducation thérapeutique ?

L'intervention auprès du patient doit être structurée et se planifie en quatre étapes afin de respecter un cadre logique et cohérent indispensable à l'action coordonnée des différents intervenants. Les quatre étapes sont résumées dans le tableau suivant.



Etapes du programme	Contenus
1. Elaborer un diagnostic éducatif	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Connaitre le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa motivation ✓ Identifier l'environnement dans lequel évolue le patient (qualité de vie, personnalité, projet, freins...) ✓ Appréhender les capacités du patient à changer et ses potentialités
2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formuler avec le patient les compétences à acquérir ✓ Planifier un programme individuel et personnalisé d'apprentissage ✓ Communiquer le projet aux autres professionnels de santé et au patient
3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelles et collectives	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Définir le contenu des séances, les méthodes et techniques pédagogiques ✓ Réaliser les séances
4. Evaluation des compétences acquises et du déroulement du programme	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entretien avec le patient : compétences acquises et celles restant à acquérir ✓ Adaptation à l'environnement ✓ Proposition éventuelle d'une nouvelle offre d'ETP

Tableau 16 : Etapes structurant un programme d'éducation thérapeutique

Les modalités de mise en place de chacune de ces étapes devront être explicitées dans le dossier de demande d'autorisation.

Quels que soient les initiateurs, tout programme doit être rédigé par un groupe pluridisciplinaire de manière explicite et transparente. L'objet du programme et ses justifications doivent être scientifiquement fondés.



2.2. La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire et les modalités de coordination

En amont de tout projet, il faut commencer par constituer une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe doit être formée :

- d'un chef de projet que l'on appelle le coordonnateur du programme. Il est chargé de la planification des réunions, de la préparation des objectifs en s'assurant de leur qualité, de faire des comptes rendus de réunions, de faire respecter les échéances et de s'assurer des moyens donnés à l'équipe ;
- d'un ensemble d'intervenants, professionnels de santé ou non, qui participeront à l'élaboration du projet, à son suivi, son évaluation et sa valorisation.

Les modalités de leur coordination doivent être définies en amont de la demande d'autorisation du programme puisqu'elles font parties intégrantes des objets d'évaluation de l'Agence Régionale de Santé qui autorise le programme.

La coordination des intervenants doit permettre de définir en commun les différentes phases et modalités de la prise en charge pour répondre de manière optimale aux besoins, attentes, difficultés et problèmes du patient en tenant compte de ses ressources. Cela doit aboutir à la programmation et à l'organisation d'une éducation adaptée aux besoins et priorités propres à chaque patient. Ce dernier, ainsi que ses proches, doivent pouvoir participer à l'élaboration, la mise en œuvre et à l'évaluation de l'éducation qui leur est proposée ce qui implique que le patient puisse choisir la place qu'il souhaite et qu'il peut prendre au sein de cette organisation.

Au cours de la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, il est nécessaire de prévoir un système de partage des informations concernant le patient afin d'optimiser la succession des interventions et leur poursuite.

Enfin, d'autres professionnels peuvent intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative soit en apportant une réponse adaptée aux difficultés du patient, de ses proches ou des professionnels de santé. C'est le cas du médecin traitant qui présente de multiples atouts dans le processus d'éducation thérapeutique dans la mesure où il connaît ses patients et l'environnement dans lequel ils évoluent. Il est à l'origine d'une prise en charge qui s'inscrit dans la durée et il constitue l'un des premiers acteurs de santé en capacité de repérer les difficultés rencontrées par ses patients.



Dans ce contexte, le médecin traitant est à même de créer un relais vers des consultations spécialisées ou des structures de travail en réseau pour tous les patients qui le nécessitent. Il peut lui-même intégrer la démarche d'éducation thérapeutique. Dans tous les cas, il doit être informé de la participation d'un de ses patients à un programme d'éducation thérapeutique si le patient a donné son accord.

Une coordination de qualité doit permettre à tout professionnel de santé de s'intégrer facilement à l'organisation d'un programme.

Une fois l'équipe pluridisciplinaire constituée, le coordonnateur peut analyser avec celle-ci le contexte dans lequel s'inscrit la démarche éducative afin de monter le dossier de demande d'autorisation du programme qui sera soumis à l'Agence Régionale de Santé.

2.3. Définition des paramètres d'intervention

Pour justifier de l'intérêt de la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique pour une pathologie chronique donnée, l'équipe à l'origine du projet se doit de décrire son champ d'intervention (la maladie et la population concernées), les enjeux de la démarche (compétences à acquérir chez le patient) et les modalités de mise en œuvre du projet (moyens matériels et financiers, recrutement des patients, contenu des séances et évaluation).



Objets d'étude	Éléments à définir
La maladie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Type de maladie chronique, stade, évolution ✓ Importance de la situation clinique d'un point de vue épidémiologique (incidence, morbidités) ✓ Recommandations professionnelles en vigueur, consensus professionnel formalisé, littérature scientifique
La population concernée	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Age (adulte, enfant, adolescent) ✓ Entourage proche du patient (parents, enfants, situations particulières...) ✓ Stade de la maladie ✓ Situations de vulnérabilité psychologique et sociale associées à la maladie : repérage et prise en charge ✓ Existence de polyopathologies
Les compétences attendues	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compétences d'auto-soins ✓ Compétences d'adaptation
Moyens matériels et financiers	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Détermination de l'équipe éducative (professionnels médical, paramédical ou non médical) ✓ Place des patients et associations de patients dans la mise en œuvre de l'ETP ✓ Lieu proposé pour réaliser la séquence éducative ✓ Taille du groupe de patients et critères de constitution du groupe ✓ Sources de financement
Mode de recrutement des patients	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personnes amenées à proposer l'ETP ✓ Mode d'entrée dans l'ETP (systématique ou selon certaines conditions et critères)
La séquence éducative	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modalités de mise en œuvre (séances individuelles, collectives ou en alternance) ✓ Format d'éducation proposé (ETP initiale, ETP de suivi régulier, ETP de suivi approfondi) ✓ Enregistrements nécessaires à la continuité des soins et à l'évaluation du patient (supports d'information, synthèse, destinataires, accords du patient...) ✓ Modalités de coordination entre les différents intervenants ✓ Principes éducatifs et techniques pédagogiques privilégiés pour faciliter l'apprentissage ✓ Outils et instruments à créer ou à adapter pour élaborer le diagnostic éducatif, développer les compétences, évaluer les acquisitions et les changements.
L'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Éléments d'évaluation retenus (vécu de la maladie chronique, gestion au quotidien de la maladie et du traitement, soutien des proches, vie sociale, qualité de vie...) ✓ Techniques, instruments et outils d'évaluation choisis.

Tableau 17 : Éléments permettant de définir le programme d'éducation thérapeutique



La mise en place d'un projet débute donc par une phase exploratoire des éléments de connaissance. Il s'agit d'identifier les besoins de santé et de dégager des priorités d'action, de prendre en compte l'offre existante, de déterminer les caractéristiques du territoire et d'évaluer les ressources ou les freins potentiels à la construction d'un projet, le tout dans l'intérêt des patients. Pour cela, il est indispensable de travailler en collaboration avec différents professionnels de santé quel que soit leur secteur d'activité (ambulatoire ou hospitalier), de s'adresser à des experts en éducation thérapeutique du patient et de se documenter auprès de différents organismes (ARS, CPAM, réseau de santé, associations de patients).

2.4. L'élaboration du dossier d'autorisation du programme [82]

Après avoir analysé le contexte dans lequel le programme d'éducation thérapeutique s'inscrit et après avoir répondu aux différentes questions que soulève l'élaboration d'un programme, l'équipe peut procéder à la constitution du dossier de demande d'autorisation du programme d'éducation thérapeutique propre à chaque Agence Régionale de Santé.

Les différents objets à expliciter dans le dossier de demande d'autorisation sont présentés dans le tableau ci-dessous.



Éléments à décrire	Critères de description
La structure	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nom, adresse, représentant légal, statut juridique, numéro de téléphone
L'équipe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordonnateur du programme : identité, formation en ETP ✓ Partenariat avec une équipe médicale, membres de l'équipe du programme
Le programme	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intitulé et objectifs ✓ Problème(s) de santé auquel il s'adresse ✓ Justification du choix de la pathologie ✓ Inscription de la pathologie dans les priorités de santé définies par le SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins) ✓ Population cible du programme ✓ Type d'offre ✓ Contenu du programme ✓ Critères d'évaluation ✓ Structuration du programme (mode de recrutement, diagnostic éducatif, programme personnalisé, séances d'ETP, évaluation des compétences acquises)
La coordination	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modalités de coordination et d'information entre les intervenants et avec le médecin traitant ✓ Intégration du dossier d'éducation au dossier médical du patient
L'éthique, la confidentialité et la déontologie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documents d'information et de consentement du patient ✓ Charte d'engagement de confidentialité ✓ Charte de déontologie

Tableau 18 : Composition du dossier de demande d'autorisation du programme par l'Agence Régionale de Santé



3. Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient [70]

3.1. Elaborer un diagnostic éducatif [83]

Au cours du diagnostic éducatif, le praticien doit se poser plusieurs questions :

✓ Comment ce patient adopte-il des comportements favorables à sa santé ? Qu'a-t-il besoin d'apprendre pour mettre en œuvre les comportements favorables à sa santé ?

✓ Quels sont les facteurs utiles à prendre en compte pour organiser une intervention de nature éducative visant à l'aider à apprendre comment changer, améliorer ou maintenir ses comportements ?

Il revient donc au praticien de recueillir les données, indices, critères spécifiques permettant d'élaborer une description des acquis et des possibilités éducatives du patient.

Ce recueil d'informations doit néanmoins répondre à quatre impératifs :

✓ favoriser chez le patient l'expression du vécu de sa maladie et des difficultés d'adaptation de son traitement dans sa vie quotidienne ;

✓ recueillir des informations précises pour prévoir des activités d'éducation correspondant à la réalité de vie du patient ;

✓ respecter un temps d'information sur la démarche éducative envisagée ;

✓ retrouver les facteurs décrits par les modèles théoriques auxquels il est possible de se référer pour comprendre les comportements de santé du patient.



En pratique, établir un diagnostic éducatif revient à se poser six grandes questions :

Questions à se poser	Objectifs	Dimensions à explorer
Qui est-il ?	Appréhender la personnalité et la condition du patient.	Profession, loisirs, entourage familial, vie sociale.
Que sait-il ?	Savoir ce que le patient comprend de sa maladie et de son traitement.	Connaissances, compétences, représentations, croyances.
Qu'est-ce qu'il a de son point de vue ?	Connaitre les problèmes de santé du patient.	Problème de santé, évolution, niveau de gravité, traitement actuel.
Comment vit-il son problème de santé ?	Connaitre l'impact de la maladie chronique au quotidien.	Niveau d'acceptation, retentissement sur la qualité de vie.
Quelles sont ses ressources et les obstacles ?	Identifier les éléments qui soutiendront ou limiteront un apprentissage.	Vie sociale, entourage.
Quels sont ses projets ?	Identifier les éléments susceptibles de motiver le patient à apprendre et à mettre en pratique les acquis.	Projet personnel, professionnel ou social.

Tableau 19 : Dimensions à explorer au cours du diagnostic éducatif

Un guide d'entretien peut être utilisé pour faciliter le recueil d'informations. Néanmoins, il ne doit pas être employé à la manière d'un interrogatoire mais comme un support structuré pour l'entretien avec le patient. Il doit être adapté par les professionnels aux spécificités de la maladie chronique et à la population concernée.

Insistons sur le fait que le diagnostic éducatif ne peut être fait que d'échanges et d'écoute, tant il faut que la proposition d'une démarche éducative ait un sens partagé entre patient et soignant. Des conditions de dialogue et des techniques de communication appropriées, favorisant une discussion ouverte et confiante, sont détaillées dans l'Annexe 5.



3.2. Définir les compétences, les objectifs et le contrat d'éducation [84]

Le diagnostic éducatif doit permettre de formuler avec le patient les compétences d'auto-soins et d'adaptation à mobiliser ou à acquérir pour mieux vivre avec la maladie. Ces compétences constituent les objectifs pédagogiques du programme d'éducation. Ceux-ci sont formulés pour le patient et ne doivent pas être confondus avec les objectifs thérapeutiques et de soins de l'équipe soignante.

Deux caractéristiques sont indispensables dans la définition d'un objectif : la *pertinence* et le *réalisme*. Un objectif pertinent pour le patient doit participer à sa sécurité et à la réalisation de ses projets. Il est impératif d'enseigner des compétences utiles et adaptées au patient. Par exemple, il est inutile d'expliquer la législation des stupéfiants à l'étranger à un patient qui ne voyage pas. Le réalisme, quant à lui, pondère la pertinence en adaptant le niveau de difficulté à donner à l'objectif c'est-à-dire qu'il permet de déterminer les moyens à proposer en regard de l'objectif et des potentialités d'apprentissage du patient.

De plus, les objectifs pédagogiques doivent répondre aux critères SMART.

S	Spécifique	Ils portent sur une action précise
M	Mesurable	Ils sont quantifiés
A	Atteignable	Ils sont à la portée du patient
R	Récompense	Le patient en retire un bénéfice, un plaisir
T	Au bon tempo	Ils doivent être fixés à chaque étape

Tableau 20 : Critères auxquels doivent répondre les objectifs pédagogiques

En ce qui concerne leur formulation, ils comprennent toujours un verbe d'action et un contenu pour préciser sur quoi porte l'action. Aussi, plus l'objectif est précis, plus il sera compréhensible par le patient et facile à évaluer.

Exemple : « *Prendre son traitement de façon optimale en respectant les modalités d'administration.* »



On distingue trois domaines de capacités à partir desquels on peut classer les objectifs pédagogiques :

- le domaine cognitif (connaissance, raisonnement, décision)
- le domaine sensori-moteur (habilités gestuelles)
- le domaine psychoaffectif (attitudes, réactions, capacité d'adaptation)

Chaque objectif peut être classé dans un ou plusieurs domaines. La classification permet de déterminer plus facilement les méthodes pédagogiques et d'évaluation à mettre en œuvre.

L'ensemble des objectifs pédagogiques fait l'objet d'un contrat éducatif qui engage le patient et le soignant. Ce contrat fait état d'objectifs généraux, communs à tous les patients atteints d'une même pathologie et d'objectifs particuliers plus personnels, relevant de leurs projets et de leurs propres besoins, conférant ainsi au contrat une intention de personnalisation. L'atteinte de ces objectifs et leur transfert dans sa vie quotidienne doivent permettre au patient de se maintenir au-dessus d'un niveau de sécurité correspondant à une qualité de vie acceptable. Les contrats sont négociés entre patients et soignants, ce qui implique que les moyens à mettre œuvre (date et horaires des séances, méthodes pédagogiques, critères d'évaluation) soient également discutés.

Le contrat peut ne pas être atteint dans sa totalité au terme d'une première séquence d'éducation. Cela peut être révélateur de difficultés d'apprentissage du patient mais également d'une défaillance dans la pédagogie mise en œuvre. Cependant, un contrat d'éducation n'est pas assimilable à un contrat juridique, il n'en a pas le caractère coercitif, mais doit être plutôt vécu par les deux parties comme un moyen pour atteindre conjointement un but. Le patient a toute liberté de redéfinir les objectifs et les modalités de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique après en avoir fait l'expérience. Il peut également quitter le programme à tout moment s'il le souhaite.

3.3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation [84] [85]

Une fois le contrat d'éducation accepté, on envisage sa mise en œuvre à travers une séquence éducative faisant intervenir des méthodes pédagogiques variées. Une méthode pédagogique est valable dès lors qu'elle respecte plusieurs principes :



- la *pertinence* (expliquée précédemment),
- les *principes d'apprentissage* qui comprennent la participation active, le droit à l'erreur, le droit de rétro-information, la progression à un rythme individuel, le respect du style d'apprentissage,
- la *commodité* c'est-à-dire d'application aisée et d'emploi régulier

Ces méthodes doivent s'inscrire dans une relation pédagogique qu'établit le soignant avec le patient. Cette relation doit être empreinte de rigueur et de tolérance afin d'éviter des comportements extrêmes comme une distance trop froide, proche de l'indifférence ou au contraire une attitude trop protectrice.

L'intention du soignant est d'amener le patient à atteindre les buts fixés en les indiquant, en rappelant les engagements pris et en responsabilisant l'apprenant. Cependant, le soignant doit comprendre et admettre la difficulté que peuvent rencontrer certains patients, il accepte les erreurs, les échecs transitoires et aide le patient à en tirer profit. Le soignant doit donc trouver une bonne « distance pédagogique ». Par ailleurs, il doit être conscient que tout apprenant peut développer une résistance à être éduqué, celle-ci témoigne d'une dissonance dans la relation puisant son origine dans la peur du changement. Il ne faut pas contrer cette résistance naturelle mais au contraire travailler avec elle.

On peut classer les méthodes et techniques éducatives selon plusieurs catégories :

- selon le type de patients à qui elles s'adressent (adultes ou enfants),
- selon qu'elles soient individuelles, collectives ou d'auto-apprentissage,
- selon leur domaine taxonomique d'apprentissage (capacités intellectuelles, habilités ou attitude).

Les séances collectives permettent de rassembler en un même lieu des patients qui ont en commun les mêmes objectifs éducatifs et d'optimiser la disponibilité des ressources et des professionnels qui dispensent l'ETP. Elles sont propices au partage d'expériences et à la transmission des savoirs. Elles permettent des échanges entre les participants et par leur convivialité, elles sont susceptibles de rompre l'isolement et d'augmenter la réceptivité du patient à la démarche d'éducation. La taille des groupes pour adultes est habituellement de 8 à 10 personnes pour permettre une bonne connaissance de chaque patient par le soignant afin de personnaliser, au cours de la séance, le contenu de l'éducation thérapeutique au projet de chaque patient et de favoriser les échanges entre les participants.

Les différentes techniques et méthodes d'apprentissage citées dans les tableaux ci-dessous, ainsi que leurs objectifs, sont présentées dans l'Annexe 6.

Domaine des capacités intellectuelles	Domaine des habilités	Domaine des attitudes
<ul style="list-style-type: none"> - Table ronde - Etude de cas - Méta-plan - Brainstorming - Technique des mots-clés 	<ul style="list-style-type: none"> - Travaux pratiques - Atelier (cuisine) - Simulations de gestes techniques - Activité sportive 	<ul style="list-style-type: none"> - Photo-langage - Jeu de rôle - Séance de relaxation - Activité sportive - Table ronde

Tableau 21 : Méthodes pédagogiques de séances collectives (adultes)

Les séances individuelles se caractérisent par un face-à-face avec un seul patient et éventuellement son entourage. Elles intègrent d'une manière étroite l'enseignement, l'évaluation et le soutien psychologique. Elles permettent dans certaines situations une meilleure adaptation à la réalité de vie du patient et à son rythme. Elles s'appliquent essentiellement à des patients qui n'ont pas la possibilité d'assister à des séances collectives (difficultés physique, sensorielle ou cognitive) ou pour des thématiques très personnelles et individuelles.

Domaine des capacités intellectuelles	Domaine des habilités	Domaine des attitudes
<ul style="list-style-type: none"> - Entretien - Etude de cas - Conseil téléphonique, aide à la décision - Les cartes de Barrows 	<ul style="list-style-type: none"> - Travaux pratiques - Simulations de gestes techniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien centré sur l'émotion - Jeu de rôle - Photo-langage

Tableau 22 : Méthodes pédagogiques de séances individuelles ou techniques de guidance individuelles (adultes)



Une alternance de séances individuelles et collectives peut être soit prévue d'emblée dans la planification d'un programme individualisé d'ETP, soit planifiée au cours de la réalisation du programme, en fonction des besoins exprimés par le patient ou sur proposition des professionnels de santé qui mettent en œuvre l'ETP.

Sous le terme **d'auto-apprentissage** on insiste sur les possibilités qu'ont les patients d'apprendre par eux-mêmes. L'atteinte de tous les objectifs ne nécessite pas forcément l'intervention d'un éducateur. L'auto-apprentissage a pour finalité pédagogique de rendre le patient autonome.

Domaine des capacités intellectuelles	Domaine des habilités	Domaine des attitudes
<ul style="list-style-type: none"> - Lecture - Film, vidéo - Visioconférence - CD-Rom 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche technique - Entraînement à des gestes techniques - Vidéo mode d'emploi 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre avec des pairs - Association de patient - Lecture - Film

Tableau 23 : Méthodes pédagogiques d'auto-apprentissage (adultes)

3.4. Evaluation du patient et suivi médical [84]

L'évaluation des acquis pédagogiques fait partie intégrante de l'acte d'éducation et doit être assurée par les soignants. Il est notamment de leur ressort de définir les critères de jugement ou d'évaluation afin d'en garantir leur pertinence.

Les critères d'évaluation peuvent être séparés en trois niveaux :

- compétences d'ordre intellectuel
- compétences d'ordre gestuel et technique
- compétences d'ordre relationnel



L'évaluation des **compétences d'ordre intellectuel** (domaine cognitif) concerne l'ensemble des savoirs acquis par le patient, qu'il s'agisse de la mémorisation de connaissances ponctuelles, de l'interprétation de données (signes, symptômes, valeurs biologiques, situations cliniques) ou de la résolution de problèmes complexes et de décisions. L'évaluation peut se faire de manière écrite ou orale. Pour les questionnements écrits il est préférable de demander au patient de faire des choix plutôt que de rédiger une réponse.

	Méthodes	Principes et/ou Avantages
Niveau de mémorisation	Questionnement oral	Vérification rapide de la maîtrise de concept majeur
	Questions de type vrai ou faux	Réduction des difficultés d'expression Correction objective et facile à interpréter Réalizable en début ou en fin d'éducation afin d'évaluer les progrès Exploration possible de l'ensemble des connaissances que doit acquérir un patient sur sa maladie
Niveau d'interprétation de données	Documents simulés (carnet de surveillance, résultats biologiques, menus, images...)	Favoriser la réflexion en rapport avec la vie quotidienne Entraîner les apprenants à se questionner, à raisonner Favoriser la prise de décision
Niveau de résolution de problème	Simulation de situations	Evaluation conjointe de la capacité de raisonnement, de résolution de problème et de prise de décisions
	Carte de Barrows	

Tableau 24 : Méthodes d'évaluation des compétences d'ordre intellectuel du patient

L'évaluation des **compétences d'ordre gestuel et technique** est très importante dans la mesure où dans beaucoup de maladies chroniques le patient est amené à réaliser des gestes d'auto-soins ou d'auto surveillance. L'instrument le plus adapté à l'évaluation des gestes est la grille d'observation qui établit une liste des compétences gestuelles à maîtriser avec pour chacune d'elles une échelle de mesure permettant de qualifier ou de quantifier le jugement porté sur le critère.



L'évaluation des **compétences d'ordre relationnel et comportemental** est difficile à mettre en place car les critères de mesure ne vont pas être les mêmes d'une pathologie à l'autre et d'un patient à l'autre. Par exemple, le patient asthmatique doit adopter des comportements d'évitement des situations asthmogènes alors que le patient cardiaque doit réduire les contextes de stress. Cependant, quelle que soit la pathologie, tous doivent rechercher à associer leur entourage à l'application de compétences qu'ils ont acquises par l'éducation.

L'ensemble des critères d'évaluation doivent faire l'objet d'un compte rendu qui sera inséré dans le dossier médical du patient afin d'assurer son « suivi éducatif ». En effet, l'éducation thérapeutique n'a pas de durée limitée dans le temps, il s'agit au contraire d'un accompagnement pédagogique qui s'étend sur des années. C'est l'une des raisons pour laquelle il n'est pas nécessaire de surcharger l'enseignement lors de la période d'éducation initiale. Il faut planifier ce qui doit-être enseigné « maintenant » et ce qui pourra l'être plus tard notamment par le biais des ETP de suivi régulier ou de suivi approfondi. D'autre part, l'éducation thérapeutique ne concerne pas uniquement l'équipe étant intervenue auprès du patient mais elle concerne tous les professionnels de santé que pourra rencontrer le patient.

4. Evaluation du programme [84] [86]

Les programmes d'éducation thérapeutique font l'objet d'une évaluation annuelle recommandée et d'une évaluation quadriennale obligatoire permettant le renouvellement de leur autorisation et la poursuite du programme.

4.1. L'auto-évaluation annuelle

L'auto-évaluation annuelle est une démarche d'évaluation pédagogique visant à améliorer la qualité du programme. Elle repose sur l'analyse des points forts et des points faibles du programme et permet aux membres de l'équipe éducative de comparer leurs pratiques et leurs organisations. Elle est réalisée par l'équipe sous l'autorité du coordonnateur. La participation des patients, des associations de patients et du médecin traitant est recherchée.



Les indicateurs de qualité pouvant être mis en œuvre sont de trois ordres :

Indicateurs de structure	Organisation : nombre de patients, de séances, de diagnostic éducatif Types des séances et leur contenu, nombre de patients par séance Qualité des intervenants, nombre d'heures de formation Ressources matérielles, financements
Indicateurs de processus	Réunion de coordination et d'échange de pratiques Nombre de patient ayant bénéficié du programme d'éducation Qualité de la mise en œuvre du programme : accessibilité, locaux, coordination Respect du budget
Indicateurs de résultats	Objectifs pédagogiques atteints : connaissances, compétences Satisfaction : patients, intervenants, professionnels du parcours de soins

Tableau 25 : Indicateurs de qualité d'un programme d'éducation

En pratique l'auto-évaluation annuelle se déroule en quatre étapes :

- définir les objets d'évaluation ou indicateurs cités précédemment,
- recueillir les données,
- identifier les forces, les faiblesses, hiérarchiser les propositions d'amélioration,
- mettre en œuvre des actions correctrices et d'amélioration.

Les résultats de l'auto-évaluation annuelle sont à l'usage du coordonnateur et de l'équipe éducative. Ils doivent être mis à la disposition des bénéficiaires du programme. Cependant, les textes réglementaires ne prévoient pas de transmettre ce rapport d'auto-évaluation à l'ARS qui a autorisé le programme. Néanmoins, le rapport d'activité peut faire mention de la réalisation de cette auto-évaluation et des décisions prises pour améliorer la qualité du programme.



4.2. L'évaluation quadriennale obligatoire

L'évaluation quadriennale se déroule au cours de la quatrième année suivant l'autorisation du programme par l'agence régionale de santé. Il s'agit d'un bilan des trois premières années de mise en œuvre du programme par le coordonnateur. Cette évaluation permet au coordonnateur et à l'équipe de s'engager sur des actions de pérennisation, d'amélioration et de décision quant à l'avenir du programme.

L'évaluation quadriennale porte sur les effets attendus du programme (vis-à-vis des patients, de l'équipe éducative et de son intégration dans l'offre de soin locale) ainsi que sur les évolutions envisageables.

Effets attendus vis-à-vis des patients	Compétences acquises Evolution favorable des données médicales Mise en place de changements Capacité à la prise de décisions, autonomie Adhésion, implication, confiance, expression plus aisée
Effets attendus vis-à-vis de l'équipe éducative	Dynamique au sein de l'équipe Partage d'expériences, posture éducative Expression de besoin de formation, de supervision Développement pédagogique (techniques, outils) Adaptation du programme
Intégration dans l'offre de soin locale	Communication auprès des professionnels de santé Accès adapté aux besoins Prise en compte de l'évolution de la maladie Modalités de suivi éducatif

Tableau 26 : Critères d'évaluation quadriennale du programme



Les évolutions envisageables sont déterminées en fonction de différents critères :

Evolution des indicateurs		
Indicateurs de fonctionnement	Indicateur 1	Nombre d'intervenants directs (professionnels et patients intervenants) auprès des patients et <u>leur profession</u>
	Indicateur 2	Nombre d'intervenants directs (professionnels et patients intervenants) <u>formés spécifiquement à l'ETP</u>
Indicateurs de mise en œuvre	Indicateur 3	Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé lors d'une offre <u>initiale</u> d'ETP
	Indicateur 4	Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé lors d'une offre <u>de suivi</u> d'ETP
Indicateurs de coordination	Indicateur 5	Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé d'ETP pour lesquels la <u>synthèse de leur diagnostic éducatif individuel</u> accompagné du programme personnalisé a été transmise au minimum à leur médecin traitant
	Indicateur 6	Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé d'ETP pour lesquels la <u>synthèse de l'évaluation des compétences acquises</u> accompagnée d'une <u>proposition de modalité de suivi éducatif</u> a été transmise au minimum à leur médecin traitant
Evolution de la structuration du programme <i>Conformité au programme défini au départ ou écart ?</i>		
Conclusion de l'analyse des évolutions du programme <i>Actions à poursuivre ? Difficultés spécifiques ? Améliorations et changements à prévoir relatifs au programme et à sa mise en œuvre ?</i>		

Tableau 27 : Analyse des évolutions du programme d'ETP



Afin de parfaire l'évaluation d'un programme on peut également rechercher l'opinion des patients sur l'éducation qu'ils ont reçue. C'est une source d'informations non négligeable permettant d'effectuer d'éventuels réajustements. Il est recommandé de solliciter l'opinion des patients avant la fin de la séquence éducative afin de pouvoir discuter des résultats fournis avec les patients et d'assurer une participation maximale.

Nous allons maintenant exposer le travail de terrain effectué auprès des patients sous TSO afin d'identifier leurs besoins et attentes concernant leur prise en charge sur notre territoire. Ce travail permettra en outre d'étudier la faisabilité d'un programme d'ETP, le but étant de pouvoir proposer ce type de projet aux partenaires du réseau ville-hôpital.



Partie 3 : Education thérapeutique pour les patients sous traitement de substitution aux opiacés



1. Evaluation de la pertinence d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients sous traitement de substitution aux opiacés en Limousin

L'addiction aux opiacés ainsi que la mise en place d'un traitement de substitution soulèvent diverses problématiques qui constituent des enjeux en terme de santé publique. L'éducation thérapeutique se présente comme un outil profitable aux patients sous TSO dans la mesure où elle doit apporter à chacun d'eux les compétences dont ils ont besoin au quotidien afin d'améliorer leur qualité de vie.

Pour appuyer les problématiques évoquées précédemment et afin de formaliser un programme d'éducation thérapeutique, des entretiens individuels ont été mis en place avec les patients sous TSO pris en charge en milieu ambulatoire dans la ville de Limoges et ses alentours.

1.1. Objectifs des entretiens

Les entretiens avec les patients sous TSO ont eu lieu à Limoges dans deux officines et au CSAPA Bobillot. J'ai réalisé une partie des entretiens dans une officine au cours de mon stage de sixième année de pharmacie. La mise en place de ces entretiens revêt plusieurs objectifs :

- présenter le projet d'éducation thérapeutique auprès des patients, évaluer leur intérêt et leur éventuel souhait d'y participer ;
- me faire connaître auprès des patients de l'officine et renforcer le rôle fondamental du pharmacien en terme de dépistage, de suivi (notamment concernant l'observance du traitement), de conseil et de soutien psychologique apporté au patient et à son entourage ;
- se mettre à l'écoute des patients afin d'évaluer les difficultés qu'ils rencontrent chaque jour avec leur traitement de substitution, ces difficultés étant à l'origine du travail d'éducation ;
- mettre en avant les attentes et besoins des patients vis-à-vis de leur traitement et des professionnels de santé qu'ils côtoient régulièrement.



1.2. Matériel et méthodologie

1.2.1 Présentation du questionnaire

Chaque entretien a été guidé par un questionnaire rempli avec les patients. Ce questionnaire s'inscrit dans la continuité des travaux initiés par le Docteur Isabelle Nougier, ayant elle-même réalisé des entretiens dans son officine à Limoges. Il a été retravaillé en collaboration avec le coordonnateur de santé du réseau et le médecin responsable du CSAPA pour l'adapter à notre projet. Il figure en Annexe 7.

L'intérêt d'utiliser un questionnaire est de guider l'entretien et d'aborder différents aspects inhérents à la mise sous substitution. Pour cela, le questionnaire est divisé en cinq grandes parties :

- Le patient : même si l'entretien et le questionnaire sont anonymes, cette partie s'intéresse au profil des patients : sexe, âge, type de médecin prescripteur, lieu de délivrance du MSO, catégorie socioprofessionnelle et situation familiale.
- La connaissance et le vécu de la maladie et du traitement : le but étant de définir le traitement du patient (type de MSO, posologie, durée du traitement) ainsi que la perception qu'il en a (objectifs et bénéfices dans la vie quotidienne).
- Les modalités de prise du médicament de substitution : voie d'administration, connaissance des risques liés à l'injection et au sniff, fractionnement et modification de posologie du médicament.
- La gestion du traitement et les capacités d'adaptation : rangement du médicament de substitution au domicile, effets indésirables connus et/ou ressentis, attitude adoptée en cas de douleur et consommations parallèles de substances psychoactives.
- Les projets et demandes : cette dernière partie, à questions ouvertes, concerne les éventuelles attentes des patients que ce soit vis à vis de situations pour lesquelles ils se trouvent en difficulté ou vis-à-vis d'éléments qu'ils souhaiteraient apprendre sur leur maladie ou leur traitement.

Enfin, pour conclure l'entretien, une brève présentation du projet d'éducation thérapeutique permet de demander au patient s'il est intéressé pour y participer, et si non, s'il souhaite tout de même être informé de sa mise en place.

Le questionnaire comprend des questions à réponses multiples, des questions à réponses courtes ou des questions ouvertes propices à la libre expression des patients.

Il s'agit d'un support pour l'entretien qui se veut avant tout ouvert afin que les patients puissent exprimer librement leurs idées, émotions et ressentis vis-à-vis de leur traitement ; le but étant de comprendre le vécu avec le traitement, leurs éventuelles difficultés au quotidien et surtout leurs besoins et attentes.

1.2.2 Critères et période d'inclusion

Les patients inclus dans l'enquête sont des patients sous TSO, hommes ou femmes, quel que soit le médicament de substitution prescrit (Méthadone®, Subutex®, Suboxone®), qu'il soit délivré en officine ou en CSAPA. Seuls les patients maîtrisant correctement la langue française ont pu participer.

Les entretiens se sont déroulés du 19 janvier au 15 mai 2016. Ils ont été mis en place dans deux officines à Limoges : l'officine du Docteur Laurent Durengue, située Place Sadi Carnot et l'officine du Docteur Catherine Boulin, située place Jourdan. Des entretiens ont également été réalisés au CSAPA Bobillot à Limoges. Pour la réalisation de ces entretiens, j'ai donc été accompagné par le Docteur Catherine Chevalier qui a réalisé les entretiens au CSAPA Bobillot et le Docteur Catherine Boulin qui a réalisé les entretiens dans son officine. Les entretiens n'ont pas été réalisés dans d'autres officines par manque de temps et de recul quant à leur mise en place.

1.2.3 Mise en place des entretiens

A la pharmacie Laurent Durengue, les entretiens ont été proposés lors de la délivrance du médicament de substitution. J'ai expliqué aux patients que l'entretien s'inscrivait dans le cadre de mon travail de thèse qui s'intéressait aux traitements de substitution aux opiacés. J'ai présenté l'entretien comme rapide (10 à 15 minutes), anonyme et non contraignant (le but étant de répondre à un questionnaire). Je leur ai proposé d'y participer afin d'enrichir mon travail avec des données *de « terrain »*, se rapprochant au maximum de la réalité de leur quotidien. J'ai fait le choix de ne pas leur parler de l'éducation thérapeutique dans un premier temps car c'est un concept mal connu des patients et difficile à expliquer lors d'une première approche. L'entretien a eu lieu directement après la proposition ou ultérieurement pour les patients ne pouvant y participer le jour même. J'ai remis à ces patients une carte d'invitation leur rappelant la date et l'heure du rendez-vous convenu (Annexe 8).

Afin d'assurer une confidentialité optimale, les entretiens se sont déroulés à l'abri des autres patients et de l'équipe officinale, dans le local dédié à l'orthopédie, spécialement aménagé.

Au CSAPA, les entretiens ont été proposés à tous les patients reçus par le Docteur Chevalier dans le cadre de leur consultation médicale. Ils ont eu lieu en fin de consultation ou ont été reportés à la consultation suivante en cas de manque de temps.

A la pharmacie de Fleurus, le Docteur Boulin a reçu les patients à qui elle a proposé un entretien dans son bureau.

Dans tous les cas, il a été expliqué aux patients que les entretiens étaient réalisés dans le cadre d'un travail de thèse de pharmacie.

1.2.4 Participation des patients aux entretiens

Sur 61 entretiens proposés, 52 ont eu lieu soit dans une officine soit au CSAPA. Parmi les neuf entretiens n'ayant pas eu lieu, deux patients ont refusé de participer, trois patients manquaient de temps et quatre patients ne sont pas venus au rendez-vous convenu. Précisons que sur sept entretiens ayant fait l'objet d'une prise de rendez-vous, trois patients sont revenus à l'entretien convenu.

Globalement ces chiffres témoignent d'une bonne implication des patients dans ce projet, l'une de leurs principales motivations était de pouvoir aider une étudiante dans le travail de sa thèse.

1.2.5 Traitement des données et analyse

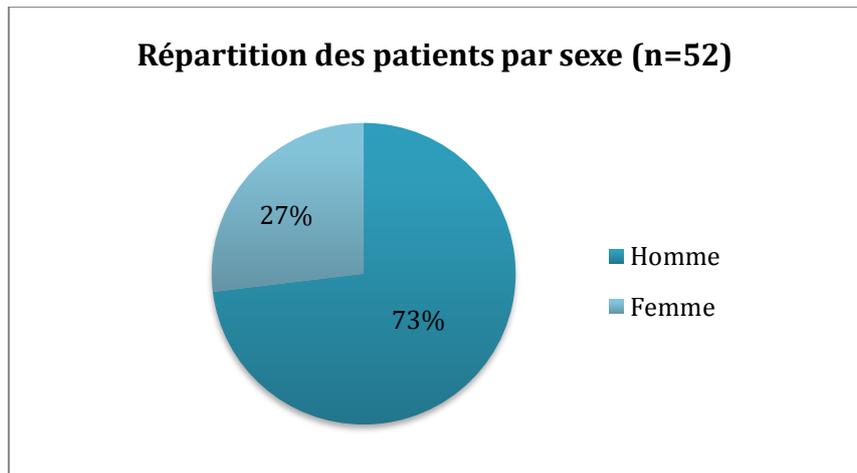
Les données recueillies, issues des entretiens réalisés, ont été saisies manuellement sur un tableur Excel. Les réponses à chacune des questions ont été analysées afin de mettre en évidence des caractéristiques de population et des tendances notamment sur les perceptions et comportements vis-à-vis du traitement.



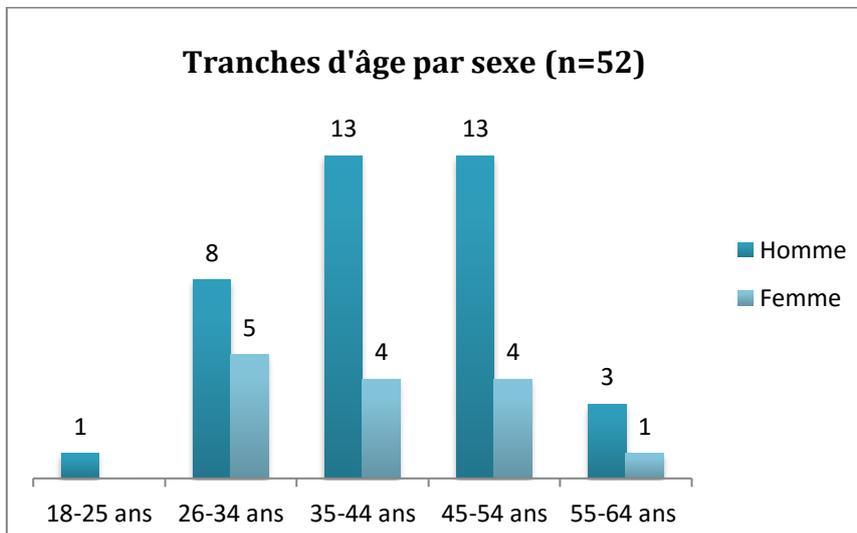
1.3. Résultats de l'enquête

Toutes les données issues des entretiens figurent en Annexe 9.

1.3.1 Présentation des patients



Graphique 11 : Répartition des patients par sexe

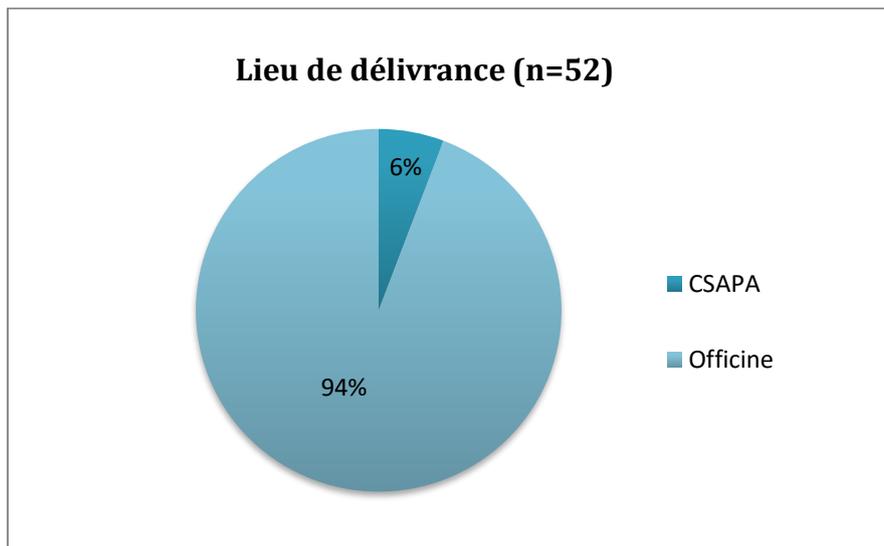


Graphique 12 : Tranches d'âge par sexe

Les patients reçus en entretien sont majoritairement des hommes (73% d'hommes et 27% de femmes). La moyenne d'âge est de 42,3 ans. Elle est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (42,7 versus 41,1 ans).

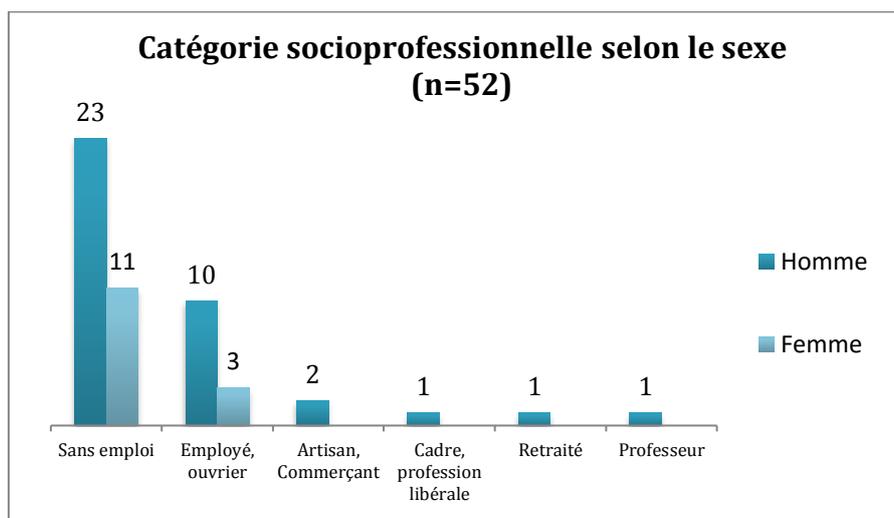


La majorité, soit 54% des patients, sont suivis par un médecin psychiatre, prescripteur du MSO, et 46% des patients se voient prescrire leur médicament de substitution par leur médecin traitant. La part de suivi psychiatrique semble majorée dans cette étude du fait qu'une part importante des entretiens ont été réalisés par le Docteur Catherine Chevalier, elle-même psychiatre addictologue.



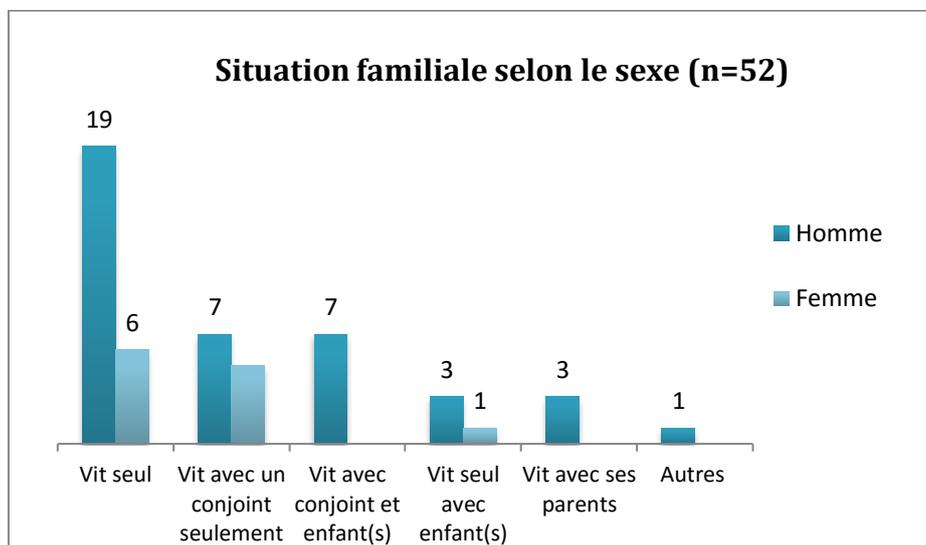
Graphique 13 : Lieu de délivrance du médicament de substitution aux opiacés

La quasi-totalité des patients, soit 94%, récupèrent son MSO en officine de ville, seulement 6% le récupèrent en CSAPA.



Graphique 14 : Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe

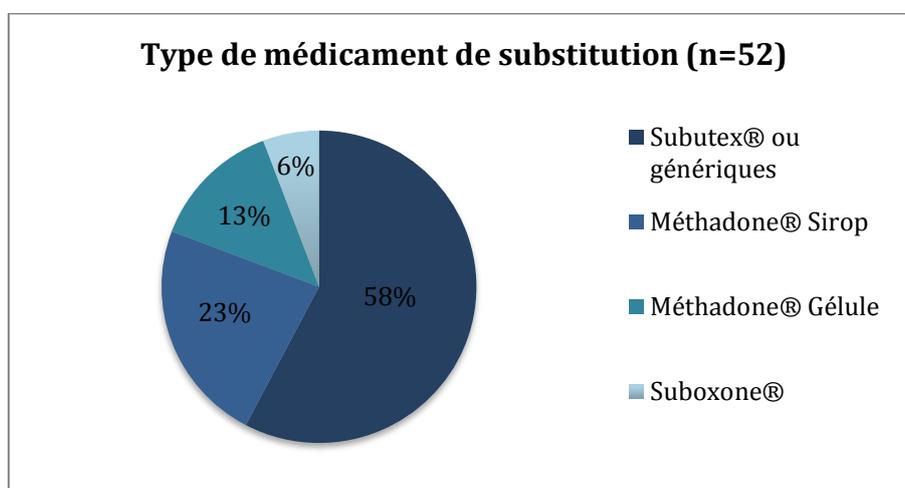
Plus de la moitié des patients (34) sont sans emploi. Pour les autres patients ayant un emploi, la plupart sont employés ou ouvriers. Notons que l'absence d'emploi concerne beaucoup les femmes puisque seulement trois sur quatorze sont en activité.



Graphique 15 : Situation familiale selon le sexe

Concernant la situation familiale, les patients reçus vivent majoritairement seul ou avec un conjoint uniquement. Seuls 11 patients vivent avec au moins un enfant dans leur entourage. Là encore, on remarque une particularité pour les femmes puisqu'elles vivent majoritairement seule ou avec un conjoint, mais sans enfant.

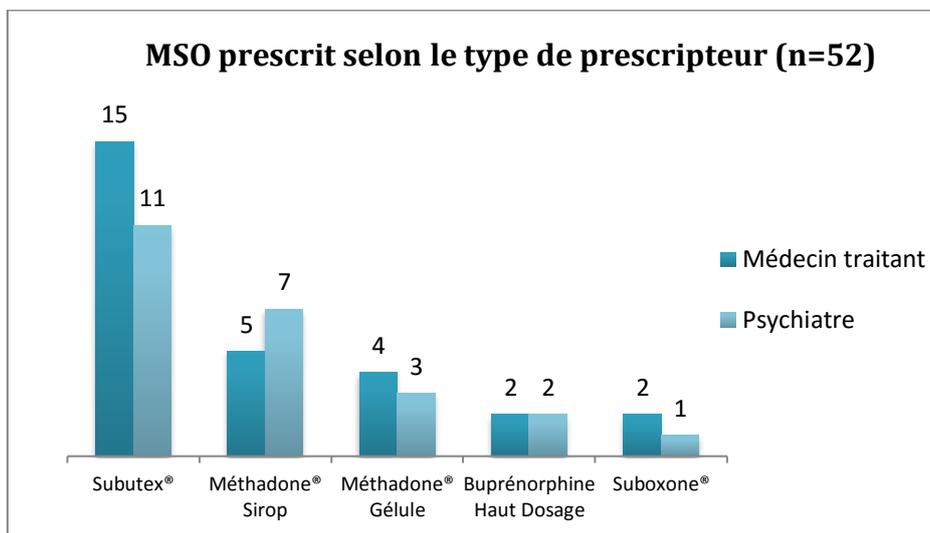
1.3.2 Connaissance et vécu de la maladie et du traitement



Graphique 16 : Type de médicament de substitution aux opiacés



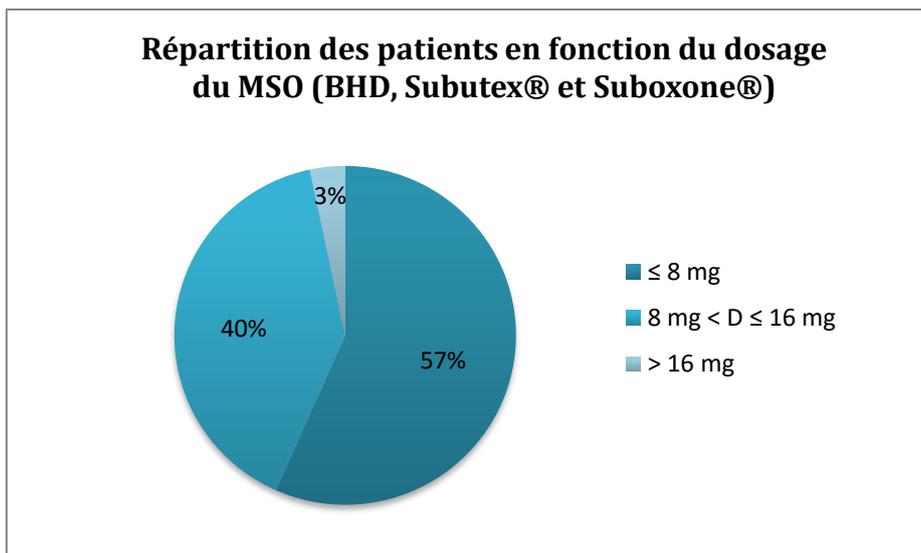
Plus de la moitié des patients reçus (58%) bénéficient d'un traitement par Buprénorphine Haut Dosage (Subutex® et génériques). 36% des patients sont sous Méthadone® avec une proportion un peu plus importante pour la forme sirop que pour la forme gélule (23 versus 13%). Peu de patients sont traités par Suboxone® (6% des patients).



Graphique 17 : Médicament de substitution prescrit selon le type de prescripteur

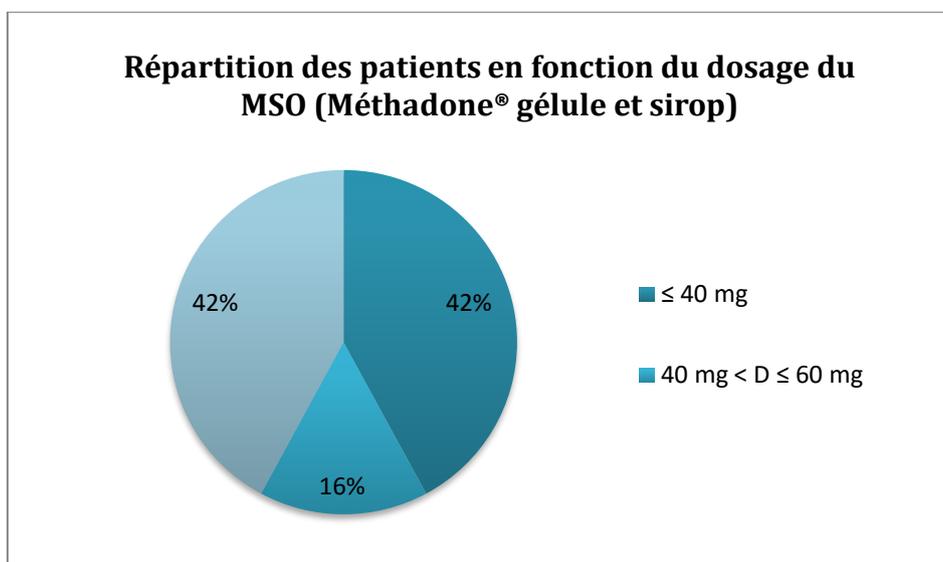
Les médecins traitants sont plutôt prescripteurs de Buprénorphine Haut Dosage (Subutex® et génériques) ou de Suboxone® alors que pour la Méthadone® sirop la majorité des prescriptions proviennent d'un médecin psychiatre. Du fait de contraintes de prescription moins élevées que pour la Méthadone® sirop, la Méthadone® gélule est davantage prescrite par les médecins traitants après rédaction d'une ordonnance de relais.





Graphique 18 : Répartition des patients selon le dosage du MSO (BHD, Subutex®, Suboxone®)

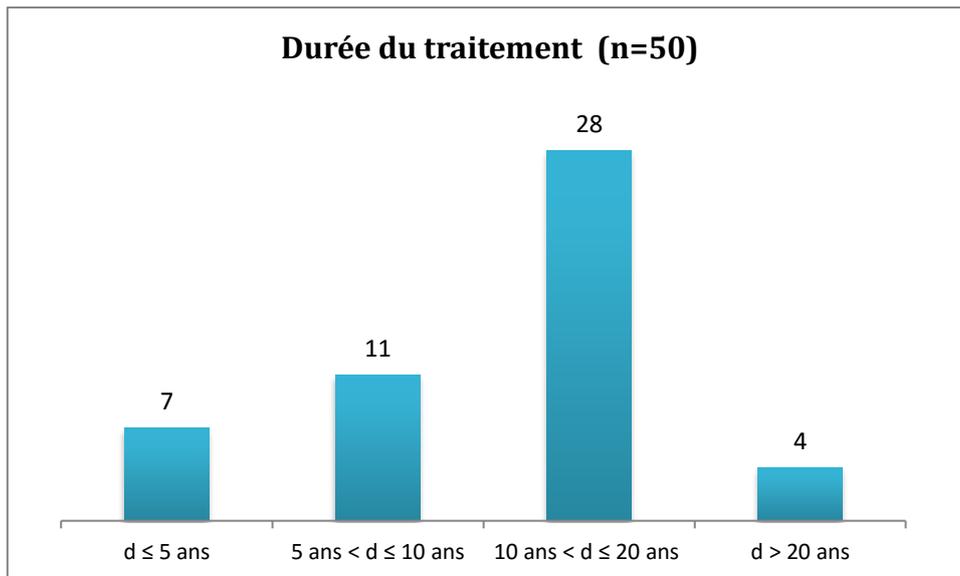
Pour les patients recevant de la Buprénorphine Haut Dosage (Subutex®, génériques et Suboxone®), les posologies prescrites sont majoritairement (à 57%) inférieures ou égales à la DDJ qui est de 8 mg. Notons qu'un des patients reçu bénéficie d'une posologie supérieure à 16 mg par jour, dépassant ainsi la posologie maximale définie dans l'AMM du médicament.



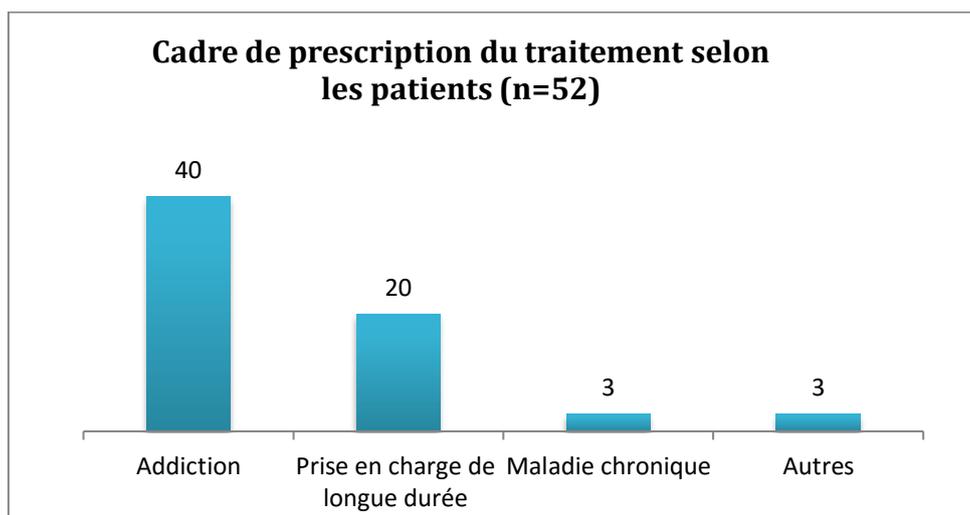
Graphique 19 : Répartition des patients selon le dosage du MSO (Méthadone® gélule et sirop)

Pour les patients sous Méthadone® (sirop ou gélule), les posologies sont plus variées, situées entre 1 et 100 mg, mais aucune ne dépasse les 100 mg par jour.





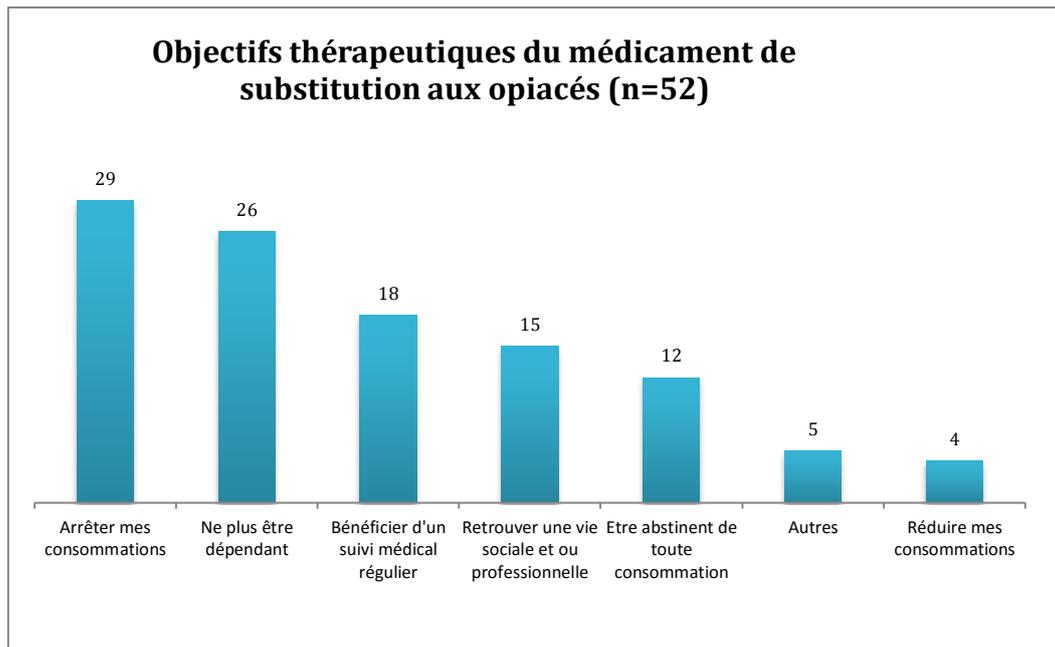
Graphique 20 : Durée du traitement



Graphique 21 : Cadre de prescription

Les patients reçus sont inscrits dans un parcours de soins avec une mise sous substitution depuis plusieurs années. 32 patients soit 64% sont sous traitement de substitution depuis plus de 10 ans. Seulement 7 patients sont suivis depuis moins de cinq ans. Ainsi, pour la majorité des patients, le traitement s'inscrit dans le cadre d'une addiction et d'une prise en charge de longue durée. Très peu considèrent leur problème d'addiction comme une maladie chronique (3 patients sur 52), la plupart des patients ne se considèrent pas « malades ».

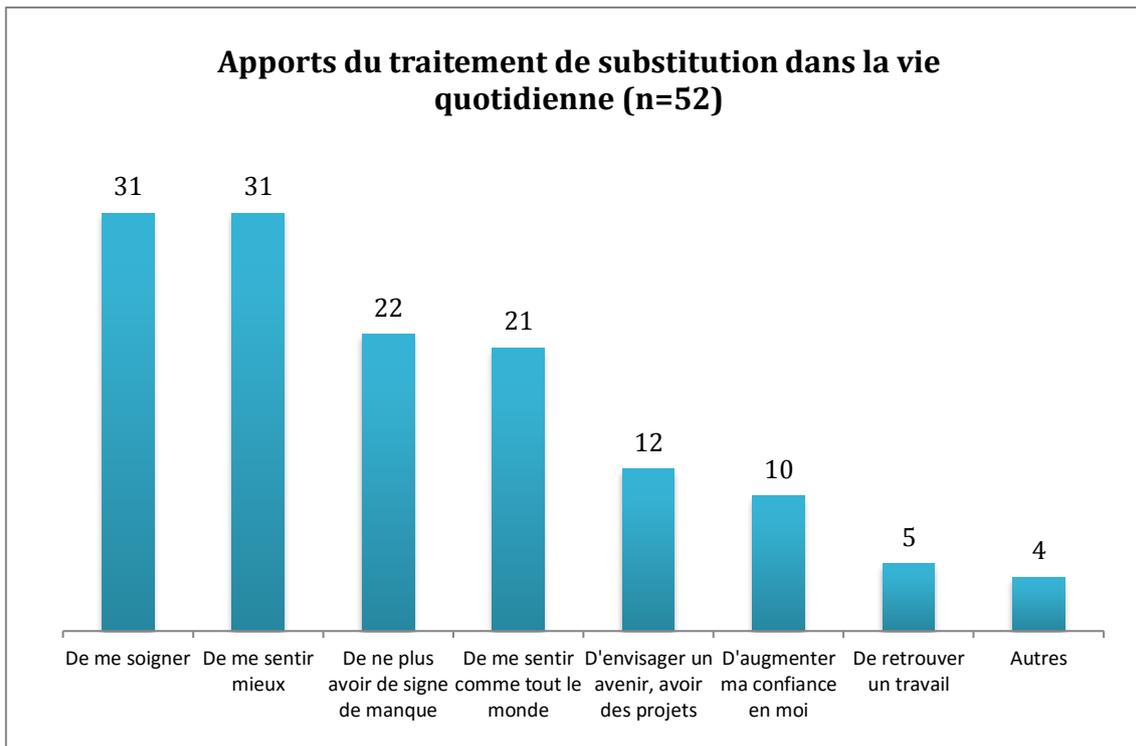




Graphique 22 : Objectifs thérapeutiques du médicament de substitution aux opiacés

A la question, quels sont les objectifs thérapeutiques de votre traitement, plus de la moitié répondent arrêter les consommations, ne plus être dépendant et bénéficier d'un suivi médical régulier. Ceci montre que les patients voient en leur traitement un moyen de rompre avec la toxicomanie dans le cadre d'un suivi médical, celui-ci représentant pour eux un soutien dans cette démarche. Ne plus être dépendant renvoie à la relation de soumission du consommateur à une substance. Avec cette réponse, on peut distinguer deux approches. Certains patients espèrent à terme rompre avec toute forme de dépendance, y compris vis-à-vis du MSO. D'autres ne considèrent que la dépendance aux opiacés que le médicament de substitution compense. Pour un certain nombre de patients (15 sur 52), le traitement doit également permettre de retrouver une vie sociale et ou professionnelle, élément bien souvent perdu avec la toxicomanie.

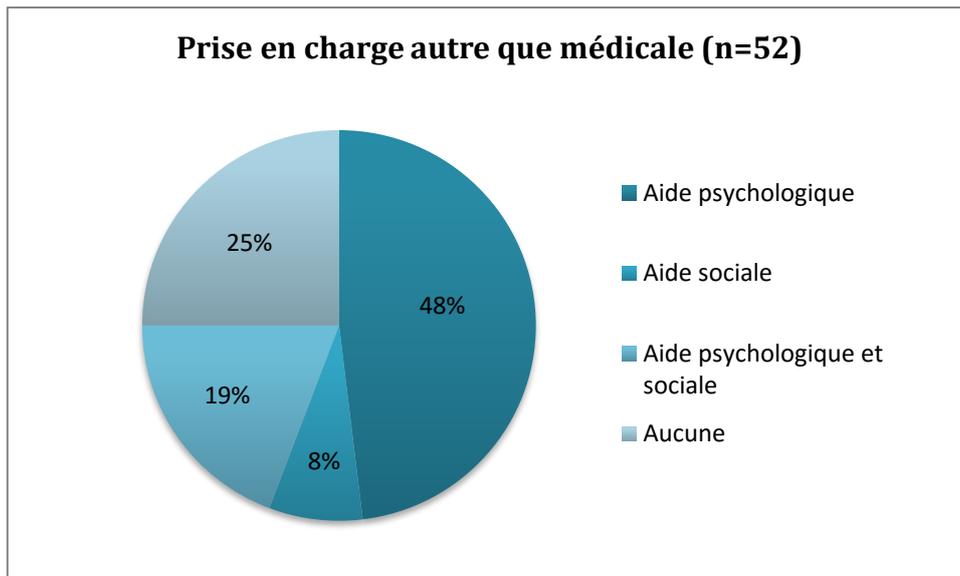




Graphique 23 : Apports du traitement de substitution dans la vie quotidienne

Concernant les bénéfices du traitement au quotidien, les patients évoquent plusieurs aspects. Tout d'abord, pour 31 patients, la substitution leur permet de se soigner même si ils ne se considèrent pas « malades ». Ensuite, elle leur permet de se sentir mieux et de ne plus avoir de signe de manque. Enfin, avec le traitement, les patients avouent se sentir comme tout le monde, reprendre confiance en eux, envisager un avenir, avoir des projets. Cependant, aucun patient considère le médicament de substitution comme un moyen de se « défoncer » ou de se dépanner quand ils n'ont plus de substance. Le traitement de substitution représente donc pour les patients un pivot leur permettant de rompre avec l'univers de la toxicomanie et de renouer avec une vie épanouissante. Tous les patients estiment que leur traitement leur est utile à l'exception d'un patient pour qui le traitement n'est pas indispensable à sa démarche d'abandon de la toxicomanie.





Graphique 24 : Prise en charge autre que médicale

Concernant les prises en charge autres que médicale, 75% des patients en bénéficient d'une, qu'elle soit psychologique, sociale ou psychologique et sociale. Pour les patients ne bénéficiant pas d'aide psychologique et/ou sociale (soit 25%), ceux-ci sont suivis par leur médecin traitant et estiment qu'ils n'en n'ont pas besoin. Aucun ne déclare que ces aides ne lui ont pas été proposées.

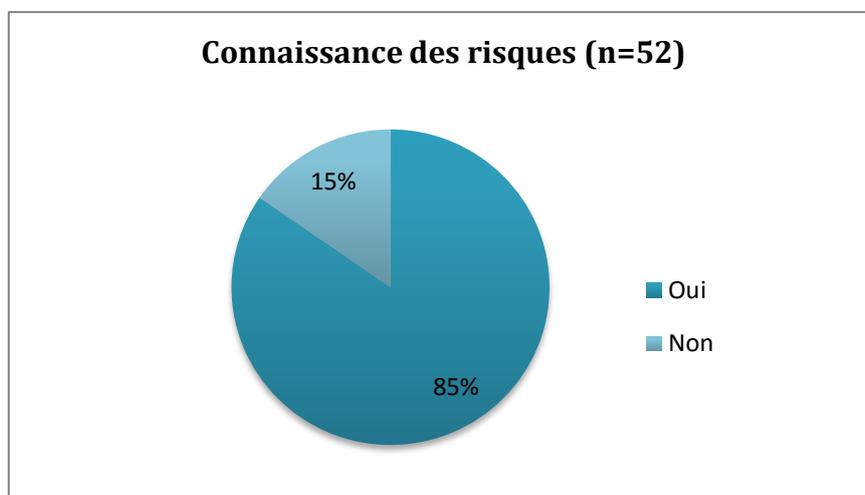
1.3.3 La prise du médicament de substitution aux opiacés

Concernant la prise du MSO, nous avons souhaité aborder différents aspects : la voie d'administration, le nombre de prises par jour et le respect de la posologie prescrite.

Concernant la voie d'administration, aucun problème de mésusage n'est à déplorer pour la Méthadone® en sirop ou en gélule qui est prise par tous les patients par voie orale (en l'avalant tel quel). En revanche, pour la Buprénorphine Haut Dosage (Subutex®, génériques et Suboxone®) on remarque deux types de mauvais usage. Tout d'abord, quatre patients avalent les comprimés. Il en ressort deux problématiques : soit ils ne différencient pas la voie orale de la voie sublinguale, soit ils ne maîtrisent pas correctement cette dernière. Sept patients prennent le médicament en le sniffant ou en l'injectant, pratiques propres à la toxicomanie.

La poursuite de ces pratiques malgré la mise sous substitution montre bien que l'arrêt de la toxicomanie n'implique pas uniquement l'arrêt des consommations illicites mais aussi l'abandon des pratiques qui y sont rattachées. Le motif du recours à la voie nasale ou injectable n'a pas été abordé dans ce questionnaire mais on peut supposer, qu'avec ces pratiques, les patients recherchent des effets plus proches de ceux des substances consommées par le passé.

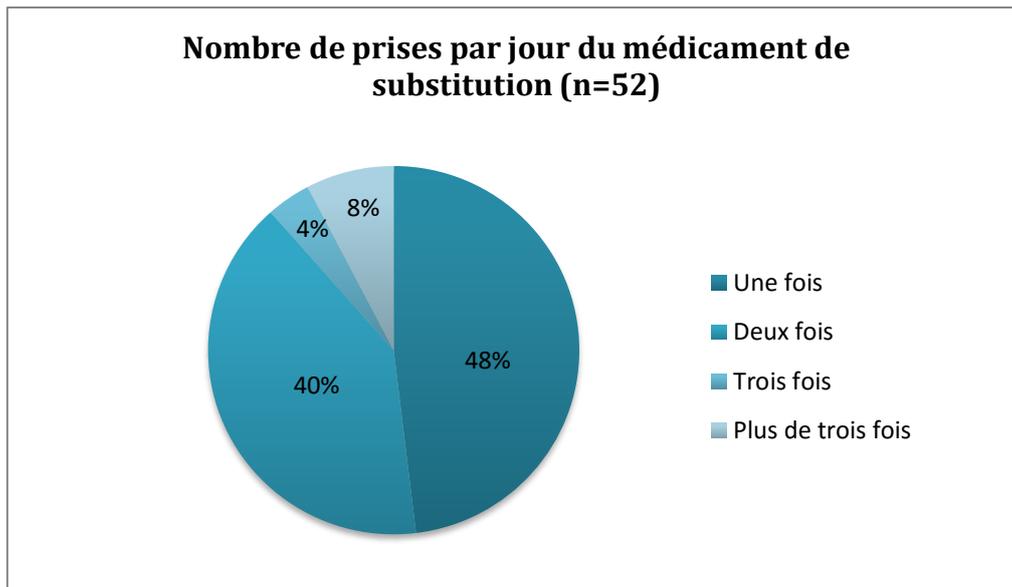
La connaissance des risques encourus par la pratique de l'injection ou du sniff a été abordée par la suite.



Graphique 25 : Connaissance des risques liés à l'injection et au sniff

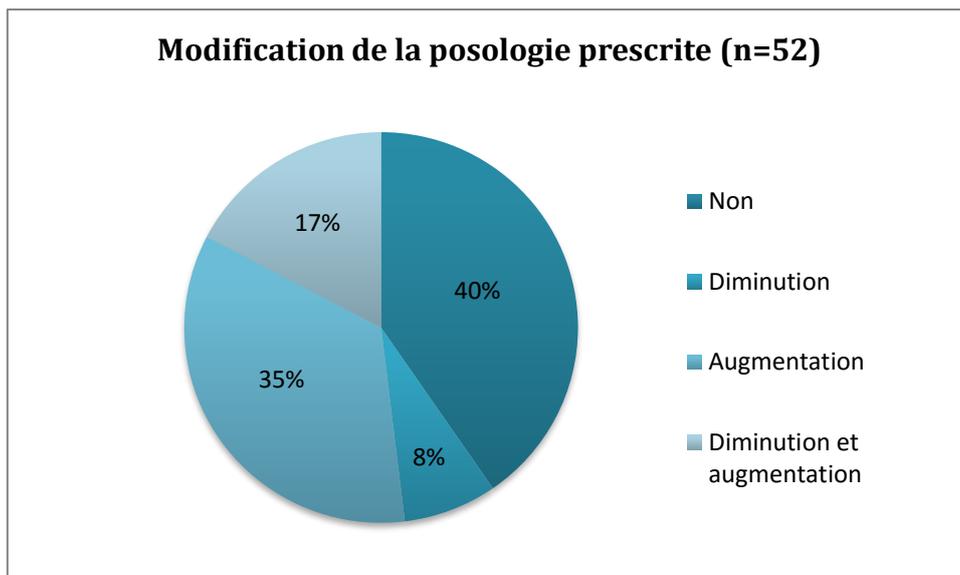
Les risques sont globalement bien connus des patients puisque 85% des patients interrogés citent des risques en lien avec ces pratiques : contraction d'hépatites et du VIH mais aussi détérioration des cloisons nasales, abcès, altération des veines. Les patients connaissent aussi les moyens de prévenir ces risques par l'utilisation de matériel stérile notamment. A notre surprise, 16 patients nous ont souligné qu'il suffisait d'abandonner ces pratiques pour éviter tout risque infectieux, notion que nous n'avions pas proposée dans le questionnaire.





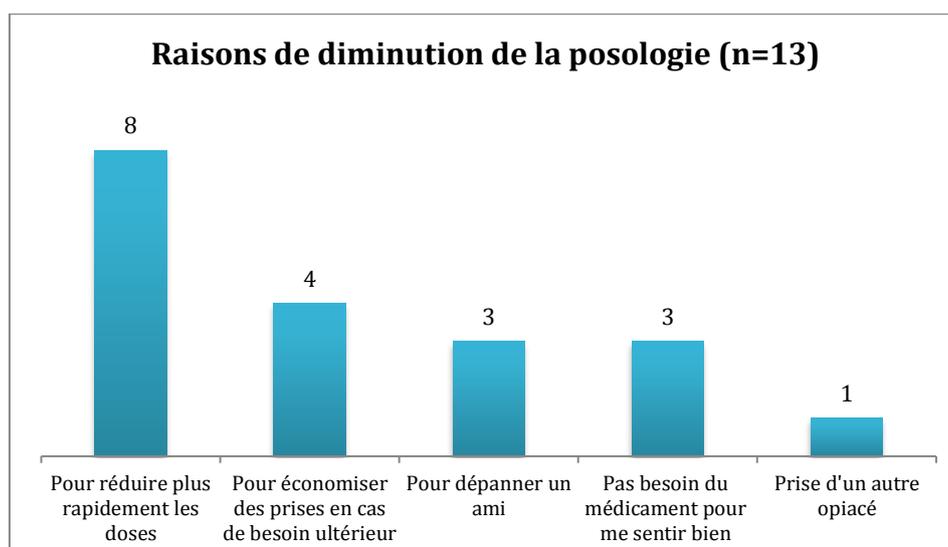
Graphique 26 : Nombre de prises par jour du médicament de substitution

Ensuite, concernant le nombre de prises quotidiennes, nous avons pu observer une très grande hétérogénéité dans les réponses. Seuls 25 patients (soit 48% des patients interrogés), prennent leur médicament en une seule fois par jour, rythme de prise recommandé dans le RCP⁽²⁾ (Résumé des Caractéristiques Produits) de chacun des médicaments de substitution. 40% des patients le prennent en deux fois, généralement le matin et en fin de journée, pour éviter les effets de fin de dose. Les autres patients (soit 12%) modulent les prises tout au long de la journée afin de s'adapter à leur rythme de vie. Ce fractionnement des prises au cours de la journée est lui aussi persistant à la mise sous substitution pour les patients qui tentent d'adapter les effets du médicament à leur état physique et/ou émotionnel au cours de la journée. On remarque que le fractionnement est davantage pratiqué chez les patients sous BDH (Subutex® et génériques) que chez les patients sous Méthadone® (sirop ou gélule).



Graphique 27 : Modification de la posologie prescrite

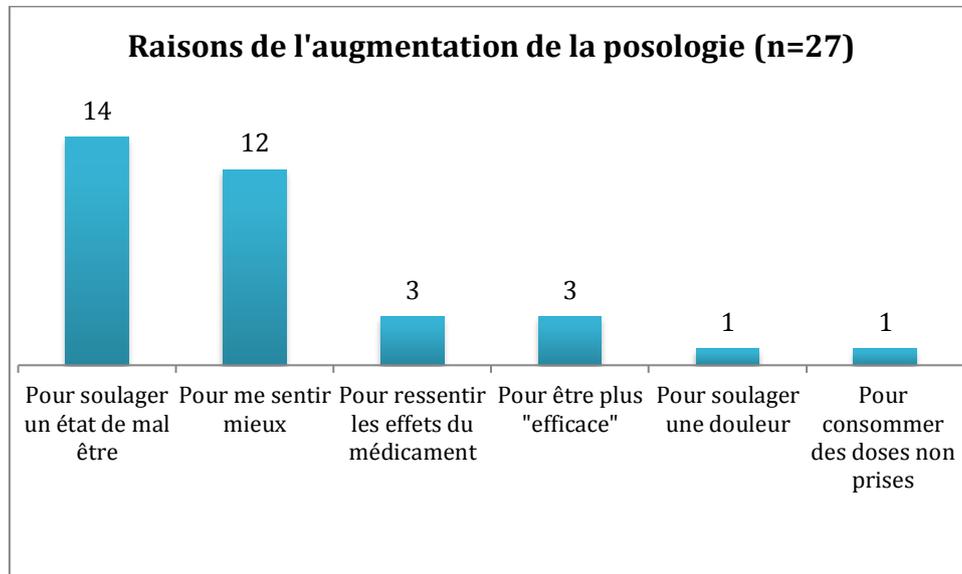
Enfin, concernant le respect des posologies prescrites, on retrouve une nouvelle fois une très grande hétérogénéité dans les réponses apportées. Seuls 40% des patients interrogés respectent la posologie journalière prescrite par le médecin. 8% la diminuent, 35% l'augmentent et 17% la modulent en l'augmentant ou en la diminuant. Ces modifications sont occasionnelles (c'est-à-dire d'une fois à moins d'une fois par semaine) pour la plupart des patients, mais sont plus régulières pour d'autres (4 patients la modifient chaque jour).



Graphique 28 : Raisons de diminution de la posologie



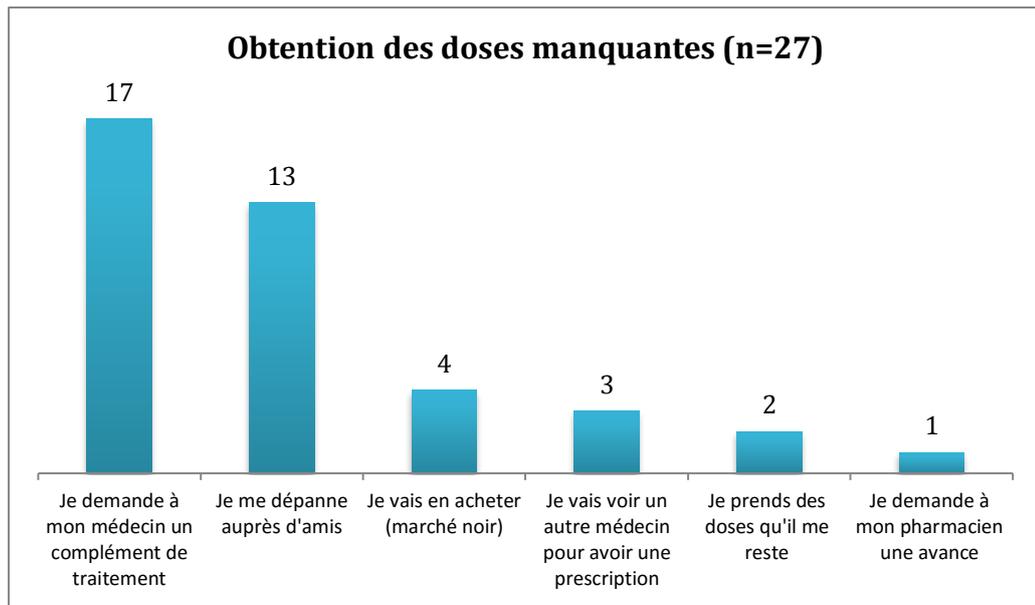
Les patients diminuant la posologie expliquent vouloir réduire plus rapidement les doses ou moduler les effets du MSO en fonction de leur état. Cela leur permet aussi d'économiser des doses en cas de besoin ultérieur.



Graphique 29 : Raisons d'augmentation de la posologie

Les patients augmentant la posologie prescrite expliquent le faire pour se sentir mieux et/ou soulager un état de mal être. Cette observation témoigne d'une utilisation du médicament de substitution à visée auto-thérapeutique. Notons que 6 patients interrogés augmentent la posologie pour ressentir les effets du médicament et/ou être plus « efficace ». Dans cette optique, ils recherchent davantage les effets des substances consommées par le passé, notamment les effets euphorisants.





Graphique 30 : Obtention des doses manquantes

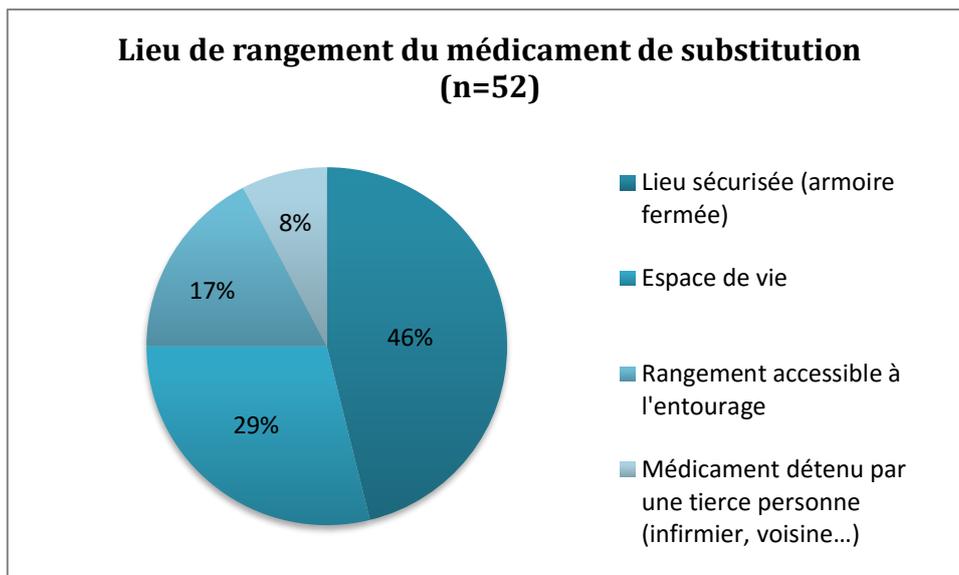
Pour compenser le manque de MSO pour la poursuite du traitement, 17 patients sur 27 demandent un complément de traitement à leur médecin traitant. En revanche, 20 patients avouent se le procurer de manière non conventionnelle en se dépannant auprès d'amis, en ayant recours au marché noir ou en consultant d'autres médecins prescripteurs.

A la question connaissez-vous le risque de prendre plus de médicament que prévu, seuls 11 patients, soit 21% des patients interrogés, ont connaissance du risque d'overdose avec les MSO. Cela montre que beaucoup de patients modulent leur traitement sans avoir connaissance des risques encourus.

1.3.4 La gestion du traitement au quotidien et les capacités d'adaptation

Dans la quatrième partie du questionnaire, nous avons souhaité aborder la gestion du traitement au quotidien. Pour cela, nous avons évoqué le rangement du MSO au domicile, la connaissance des effets indésirables du traitement, l'attitude adoptée en cas de douleur et la consommation parallèle de substances psychoactives.





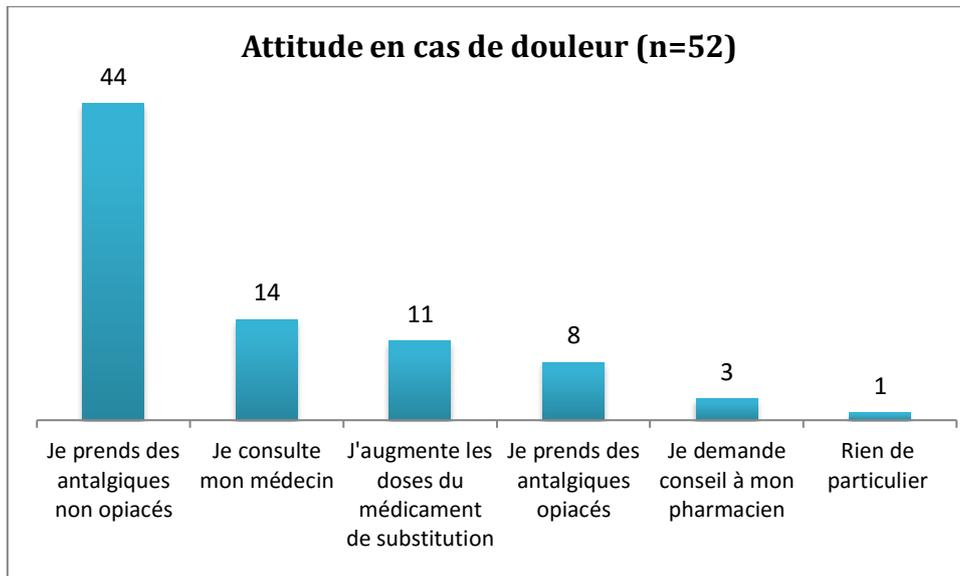
Graphique 31 : Lieu de rangement du médicament de substitution

Concernant le rangement du MSO au domicile, les réponses sont globalement partagées entre rangement sécurisé (46% des patients) et espace de vie ou rangement accessible à l'entourage (46% des patients). Les patients laissant leur MSO dans l'espace de vie sont le plus souvent des patients vivant seul ou avec un conjoint seulement. N'ayant pas d'enfant dans leur entourage, ils ne jugent pas nécessaire de sécuriser le MSO. Les patients vivant avec au moins un enfant au domicile sont généralement conscients des risques que représente le MSO pour l'entourage et ont choisi un rangement sécurisé. Notons tout de même que trois patients ayant au moins un enfant dans leur entourage avouent ne pas sécuriser le rangement du MSO.

Concernant les effets indésirables du MSO, ceux-ci ne sont pas très bien connus des patients. Seuls 50% des patients citent des effets correspondant aux principaux effets indésirables mentionnés dans le RCP⁽²⁾ de chacun des MSO (transpiration, constipation, somnolence, prise de poids, baisse de la libido). Cependant, il y a parfois confusion entre effets indésirables et effets biologiques du MSO lorsque les patients évoquent les notions de dépendance et de manque. 50% des patients interrogés ne connaissent pas les effets indésirables de leur traitement.



Nous avons ensuite abordé l'attitude adoptée en cas de douleur.

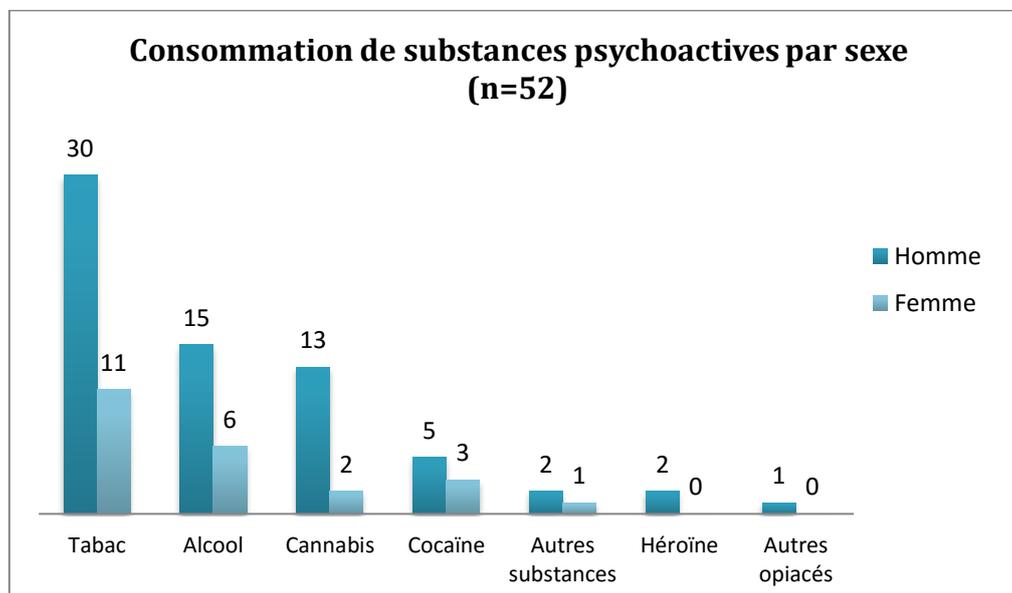


Graphique 32 : Attitude adoptée en cas de douleur

Une très grande majorité des patients (44 patients) prend des antalgiques non opiacés en cas de douleur. 14 patients consultent leur médecin traitant. Cependant, 19 patients avouent augmenter les doses du MSO ou prendre des antalgiques opiacés pour soulager la douleur. Ces pratiques ne sont pas recommandées pour soulager une douleur mais elles renvoient une nouvelle fois à l'utilisation du MSO, et plus largement de tous les opiacés, à visée auto-thérapeutique.



Concernant la consommation de substances psychoactives, parallèle à la prise du médicament de substitution, la quasi-totalité des patients (50 patients sur 52) en consomment, qu'elles soient licites ou illicites.



Graphique 33 : Consommation de substances psychoactives par sexe

Le tabac tient une part importante des consommations avec 41 patients consommateurs dont 40 avec une dépendance associée. Vient ensuite, la consommation d'alcool avec 21 patients consommateurs. Pour l'alcool, les usages sont plus variés, de l'usage simple à la dépendance. En troisième position, on retrouve la consommation de cannabis qui concerne 15 patients. Le cannabis est exclusivement fumé ou inhalé par les patients interrogés avec une consommation régulière pour la plupart d'entre eux. Les usages sont variés mais la plupart se disent dépendants (8 patients sur 15). 8 patients consomment de la cocaïne qui est principalement injectée. Pour cette substance, la consommation est occasionnelle et entre dans le cadre d'un usage simple ou nocif mais aucun des patients ne se dit dépendant. Enfin, trois patients avouent poursuivre la consommation d'héroïne ou d'autres opiacés de manière occasionnelle.

De part ce bilan, on s'aperçoit que la prise du MSO s'accompagne presque toujours d'une consommation parallèle de substances psychoactives. Il est à noter qu'il n'y a pas de différence de consommation entre les hommes et les femmes. Outre l'effet délétère que peut entraîner la consommation de ces substances sur un organisme déjà fragilisé, ces consommations maintiennent les pratiques d'injection, de sniff ou d'inhalation relatives à la toxicomanie.

1.3.5 Projets et demandes

Dans la dernière partie du questionnaire, nous avons demandé aux patients de s'exprimer librement quant à leurs questionnements ou besoins vis-à-vis de leur maladie ou de leur traitement.

Concernant les situations pour lesquelles les patients se retrouvent en difficulté, les principales questions qu'ils se posent sont :

- Comment faire quand il me manque le MSO pour poursuivre mon traitement ?
- Comment traiter les maladies inhérentes à la toxicomanie (abcès, problèmes pulmonaires, douleurs) ?
- Comment faire face aux difficultés du quotidien et soulager mon état de mal être sans avoir recours au MSO?

Pour chacune de ces situations, les patients sont souvent dans l'incapacité de prendre des décisions justes et se sentent démunis et seuls face à la réalité de leur quotidien.

Les patients se posent également des questions quant à leur avenir : quels sont les effets indésirables et à long terme du MSO, arriveront-ils à arrêter le MSO et à ne plus être dépendant d'aucune substance, quelle sera l'évolution des maladies contractées suite à la toxicomanie ?

Face à ces questionnements, nous avons pu exposer aux patients le projet d'éducation thérapeutique dans l'optique de répondre au moins en partie à leurs interrogations. 54% des patients se disent motivés pour y participer. Les autres patients, soit 46%, avouent ne pas vouloir côtoyer d'autres patients ou ne pas avoir besoin de ce genre d'aide. Pourtant, 85% souhaitent être informés de l'éventuelle mise en place d'un programme d'ETP. Ceci montre qu'une grande majorité des patients n'est pas indifférente à la mise en place de ce projet.

1.4. Constats

1.4.1 Le questionnaire

Le questionnaire s'est révélé globalement bien adapté à la réalisation des entretiens. Même si les questions ne sont pas exhaustives, elles ont permis de récapituler les principales données que nous voulions extraire. Les questions étaient bien comprises par les patients et ont même pu donner lieu à des réactions de leur part, propices au partage d'expérience.



Au cours des entretiens, on s'est aperçu que certains aspects, notamment dans le cadre des questions à choix multiples, avaient été omis lors de la réalisation du questionnaire. Ces aspects ont donc été précisés par les patients, preuve que seul l'échange direct avec les patients peut retranscrire la réalité de leur quotidien et de leur vécu.

1.4.2 Réactions et comportements des patients

Lors de la proposition des entretiens à l'officine, les patients se sont montrés dans la majorité des cas motivés et intéressés pour y participer. Sur 61 propositions, seuls deux patients ont refusé.

Treize entretiens ont été réalisés à la Pharmacie Laurent Durengue, cinq à la pharmacie de Fleurus et trente quatre entretiens au CSAPA Bobillot. Au CSAPA, les entretiens se sont déroulés dans le cadre d'une consultation médicale avec le Docteur Chevalier, le taux de participation est donc naturellement plus important.

A l'officine, les entretiens se sont déroulés soit le jour même de la proposition c'est-à-dire suite à la délivrance du MSO, soit la proposition s'est clôturée par une prise de rendez-vous pour réaliser l'entretien ultérieurement selon la disponibilité du patient. Sur sept prises de rendez-vous, quatre patients ne sont pas venus.

Même si les patients ont quelques fois des difficultés à honorer leur rendez-vous, ils portent un intérêt non négligeable à leur traitement et sont motivés pour en discuter avec un professionnel de santé. La stigmatisation des patients sous traitement de substitution aux opiacés souvent décrits comme négligents et peu rigoureux dans leur prise en charge thérapeutique s'est révélée fautive lors de la réalisation de ces entretiens. Toutefois, leur assiduité et les difficultés d'organisation qu'ils peuvent rencontrer doivent être prises en compte pour le bon déroulement de séances éducatives.

1.4.3 Le déroulement des entretiens

Les patients se sont souvent montrés très expressifs et les entretiens ont duré plus longtemps que prévu (en moyenne 15 à 45 minutes pour les entretiens réalisés à l'officine). Beaucoup de patients se sont réjouis de l'intérêt que portaient des professionnels de santé mais aussi des étudiants envers eux. Ceux-ci se sentent vraisemblablement souvent mal compris et délaissés par la société et le corps médical.

Pour ma part, la réalisation de ces entretiens m'a permis de gagner la confiance des patients qui se sont révélés beaucoup plus ouverts et confiants au cours des dispensations suivantes.

1.4.4 Analyse des résultats

Après étude des questionnaires et extraction des données, les problématiques identifiées lors des entretiens avec les patients se révèlent semblables à celles décrites dans la littérature. Cela montre que les patients ont répondu honnêtement au questionnaire avec une volonté d'être écouté par les professionnels de santé.

1.5. Propositions de travail

Les problématiques et besoins identifiés au cours des entretiens nous ont permis de définir les compétences d'auto-soins et d'adaptation pouvant être dispensées au cours d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients sous TSO. Ces compétences peuvent être hiérarchisées en quatre grandes catégories :

- La connaissance de la maladie et de sa prise en charge,
- La connaissance du MSO et de ses modalités de fonctionnement,
- La gestion des évènements de la vie,
- La gestion des pathologies associées.

1.5.1 Connaissance de la maladie et de sa prise en charge

Pour une grande majorité des patients sous TSO, l'addiction aux opiacés n'est pas une maladie. D'ailleurs, ils ne se considèrent pas « malades ». Le premier objectif des soignants est donc de replacer l'addiction aux opiacés dans le cadre d'une maladie chronique faisant l'objet d'une prise en charge globale et à long terme. Le MSO, quant à lui, n'est qu'un des éléments de cette prise en charge, il ne peut à lui seul résoudre tous les problèmes inhérents à la pathologie addictive.



1.5.2 Connaissance du médicament de substitution aux opiacés et de ses modalités de fonctionnement

Beaucoup de patients n'utilisent pas de manière optimale leur traitement car souvent ils n'en connaissent pas les buts et finalités ou ils en ont des représentations bien différentes de la réalité. Les soignants ont donc pour missions de rappeler le principe de la substitution (indication, effets, suivi) et ses modalités de mise en œuvre.

Le MSO est un moyen pour le patient de retrouver une vie « normale », et non un moyen de remplacement des substances psychoactives consommées par le passé. Aussi, les patients ne doivent pas en attendre les mêmes effets. Pour cela, il est important de les informer sur le mode d'action des MSO, les modalités de prise, les effets indésirables associés ainsi que les possibles sur ou sous-dosages.

Le respect de la voie d'administration et de la posologie sont des pré-requis indispensables à l'efficacité thérapeutique. Les soignants doivent être vigilant et repérer certaines pratiques de mésusage (notamment l'injection et le sniff du médicament de substitution). Ils pourront informer les patients sur les risques liés à de telles pratiques et les orienter vers des structures ou des professionnels spécialisés afin de prendre en charge le mésusage.

Dans le cadre d'une substitution par la Buprénorphine Haut Dosage, il faut être vigilant aux patients qui ne distinguent pas voie orale et voie sublinguale. Il est donc nécessaire d'insister sur le temps de fonte des comprimés de Subutex® qui est relativement long (5 minutes environ), car on peut imaginer que certains patients avalent les comprimés avant qu'ils ne soient totalement fondus ce qui peut entraîner une diminution de l'efficacité thérapeutique.

Les effets secondaires des MSO, souvent mal connus des patients, peuvent compliquer l'adhésion au traitement. Une information est nécessaire pour permettre aux patients de mieux les connaître et de les différencier des symptômes de la maladie ou d'une mauvaise adaptation de la posologie.

L'observance médicamenteuse est donc une dimension à explorer au cours des entretiens éducatifs, elle reflète le niveau d'implication du patient dans le parcours de soins et son niveau d'autonomie dans la gestion de la maladie.



1.5.3 Gestion des évènements de la vie

Les patients sous TSO doivent, comme tout individu, faire face à diverses difficultés au cours de leur vie et donc au cours de leur prise en charge thérapeutique.

Beaucoup de patients modulent les prises du MSO en augmentant ou en diminuant les doses afin d'en adapter les effets à leur état psychique et/ou physique ainsi qu'aux évènements de vie qu'ils traversent. Les professionnels de santé doivent repérer ces comportements et aider les patients à trouver des solutions et prendre des décisions pour surmonter les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien.

La consommation parallèle de substances psychoactives est également un moyen pour les patients de soulager leur mal-être. Ces consommations, à visée « auto-thérapeutique », doivent être repérées et faire l'objet de mesures de prévention car elles ne font que masquer les difficultés rencontrées par les patients et peuvent s'avérer dangereuses en cas d'association de plusieurs substances psychoactives.

Enfin, la confiance en soi est indispensable au travail d'éducation car elle permet au patient de trouver des solutions, de prendre des décisions et de résoudre des problèmes face aux diverses difficultés causées par la maladie, les traitements, l'environnement familial et social. C'est elle qui permettra à terme de rendre le patient acteur de sa santé au quotidien.

1.5.4 Gestion des pathologies associées

La gestion du TSO doit s'envisager sur la durée et peut s'accompagner d'une dégradation de l'état de santé malgré une bonne gestion des traitements et du mode de vie.

Les patients sous traitement de substitution sont souvent des patients algiques. Cependant, les douleurs et symptômes qu'ils ressentent peuvent avoir diverses origines :

- effets secondaires du médicament de substitution ;
- sous-dosage ou surdosage du médicament de substitution ;
- douleurs liées à des comorbidités : douleurs dentaires, ulcéreuses, séquelles de traumatisme...

Le patient doit donc pouvoir en parler avec son médecin et/ou son pharmacien afin d'identifier exactement leur origine et mettre en place une thérapeutique symptomatologique adaptée.



D'autres pathologies peuvent préexister ou survenir au cours de la mise sous substitution. Parmi les complications qu'il est nécessaire d'anticiper et de prévenir chez les patients sous TSO, on retrouve :

- les pathologies infectieuses liées au recours à la voie intraveineuse ;
- l'apparition de symptômes signe d'un sous-dosage ou d'une overdose ;
- les intoxications accidentelles, y compris celles de l'entourage ;
- la dégradation de l'état bucco-dentaire et plus globalement de l'état de santé du patient ;
- les troubles psychiques liés à une pathologie psychiatrique sous-jacente.

Aussi, une bonne hygiène de vie est indispensable à l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des patients usagers ou ex-usagers de drogues. En fonction des patients et de leurs habitudes de vie, nous pouvons leur proposer de repérer et de travailler sur l'acquisition de différents changements :

- réduire les consommations parallèles de substances psychoactives licites ou illicites (drogues, tabac, alcool) ;
- rééquilibrer ses temps de sommeil (favoriser le sommeil de nuit et éviter de dormir la journée) ;
- prendre des repas réguliers et équilibrés au cours de la journée ;
- pratiquer une activité physique régulière ;
- acquérir ou maintenir une bonne hygiène de vie.

Au cours des séances éducatives, un diététicien pourra intervenir afin de rappeler les principes d'une alimentation équilibrée et d'aider les patients à manger mieux. Découvrir et apprécier un bon repas peut permettre aux patients d'appréhender de nouveaux plaisirs, autres que ceux qu'ils pourraient trouver dans la consommation de substances psychoactives.

Enfin, il est important de prêter attention au manque d'estime de soi des patients vis-à-vis des attentes de leur entourage, parfois trop exigeantes ou rigides à leur égard, ainsi qu'à l'incidence des discours culpabilisants, pessimistes ou négatifs auxquels ils sont souvent confrontés durant leur traitement. De ce fait, les patients ne parviennent pas à s'encourager ou s'approprier une quelconque démarche.



Pour cela, un travail de soutien face au désarroi de l'entourage peut s'avérer nécessaire et il est tout à fait envisageable, si le patient est d'accord, d'intégrer l'entourage à la démarche éducative en l'invitant à certaines séances individuelles par exemple. Un entourage familial compréhensif s'avère généralement être un véritable soutien face aux diverses difficultés que rencontre le patient dans sa démarche de changement.

2. Proposition d'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient au sein du CSAPA Bobillot

Comme pour toutes les maladies chroniques, l'addiction aux opiacés et la mise sous substitution nécessitent un accompagnement du patient, au moins jusqu'à l'acquisition d'une certaine autonomie lui permettant de vivre au mieux avec sa maladie. Les compétences dont chaque patient a besoin peuvent être travaillées au sein d'un programme d'éducation thérapeutique pouvant être mis en place au sein du CSAPA Bobillot à Limoges.

2.1. Présentation du programme proposé

2.1.1 Intitulé du programme

L'intitulé du programme destiné aux patients sous traitement de substitution pourrait être : « **Moi et mon TSO** ».

2.1.2 Pathologie et population concernées par le programme

La pathologie ciblée par le programme serait l'addiction aux opiacés. Ce programme pourrait s'inscrire dans le cadre du « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 ». Dans son chapitre « Accompagner et prendre en charge », le plan vise à améliorer la qualité de prise en charge des patients TSO et développer leur accessibilité notamment en mettant en place, en lien avec les ARS, des protocoles d'éducation thérapeutique pour les patients prenant ces médicaments. Un programme d'éducation thérapeutique répond donc entièrement à ce besoin d'accompagnement des patients sous TSO.



Le programme serait destiné à des patients adultes ayant connu une addiction aux opiacés, actuellement insérés dans un parcours de soins avec une mise sous substitution.

2.1.3 Objectifs du programme

Les objectifs généraux du programme seraient multiples :

- Renforcer l'alliance thérapeutique entre le patient et les professionnels de santé ;
- Améliorer la prise en charge du patient sous TSO en milieu ambulatoire ;
- Promouvoir le bon usage du médicament et sa place au sein de la prise en charge globale ;
- Diminuer et limiter les rechutes de consommation de substances psychoactives ;
- Améliorer la qualité de vie des patients.

Les objectifs pour le patient seraient :

- Comprendre sa maladie et ses traitements ;
- Pouvoir partager ses expériences de vie avec d'autres patients ;
- Optimiser la prise de son MSO ;
- Pouvoir s'adapter au quotidien aux différents événements de la vie ;
- Acquérir et/ou maintenir une activité sociale et/ou professionnelle.

2.1.4 Mode de prise en charge du patient

Le programme pourrait être ouvert aux patients suivis par leur médecin traitant, leur pharmacien d'officine et/ou le CSAPA.

Les modalités d'accès au programme seraient diverses et la proposition d'entrée dans ce programme pourrait être faite par les différents professionnels intervenant dans le parcours de soins du patient (médecin traitant, médecin du CSAPA, pharmaciens, infirmiers, membres du réseau AddictLim, sages-femmes, chirurgiens dentistes, assistants de service social...).



Une évaluation devra ensuite être proposée au patient par un professionnel formé à l'ETP.

Pour favoriser le recrutement des patients, une politique de communication pourra être mise en place par le CSAPA référent et le réseau AddictLim. Les modalités de communication pourront inclure la réalisation et la mise en place d'un flyer diffusé à un grand nombre de professionnels de santé.

2.1.5 Contenu du programme

Le programme d'éducation thérapeutique pour les patients sous TSO pourra être structuré de la manière suivante :

I. Présentation du programme et évaluation initiale du patient

Au cours d'une première séance individuelle (d'une durée de 45 à 60 minutes), le médecin présente le programme d'ETP au patient et réalise un diagnostic éducatif individuel. Au terme de cette séance, le patient peut formuler une demande d'intégration au programme et signer une fiche de consentement éclairé.

II. Elaboration du programme personnalisé d'ETP en collaboration avec le patient

Le programme personnalisé est propre à chaque patient. Il doit retranscrire les compétences d'auto-soins et d'adaptation nécessaires au patient pour vivre au mieux avec sa maladie chronique. Ce programme doit être élaboré en collaboration avec le patient et partagé avec les différents intervenants au décours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.



III. Séquence éducative constituée de 4 à 6 séances collectives (de 5 à 10 patients) de 60 minutes, animées par les membres de l'équipe

Le déroulement d'une séance collective type doit comporter :

- l'accueil des patients ;
- la présentation du groupe et du thème abordé au cours de la séance ;
- une discussion entre tous les patients et le/les intervenant(s) autour du thème du jour ;
- un résumé du thème abordé au cours de la séance par un ou plusieurs patient(s) ;
- la présentation de la séance suivante (thème, date et lieu) ;
- une clôture de la séance ;
- le remplissage du questionnaire d'évaluation de chaque patient.

Chaque séance doit faire l'objet d'un débriefing entre les intervenants afin de réaliser un compte-rendu du déroulement de la séance précisant les acquis mais également les difficultés spécifiques à un ou plusieurs patients. Les données concernant chaque patient doivent être conservées dans son dossier médical.

Les thématiques abordées tout au long des séances doivent inclure :

- La maladie addictive et en particulier l'addiction aux opiacés : l'addiction doit être reconnue par les patients comme une maladie chronique faisant l'objet d'une prise en charge à long terme. Ainsi, le patient pourra faire le lien entre la maladie chronique et son traitement.

- La place du MSO dans la prise en charge globale : le MSO n'est qu'un élément de la prise en charge des patients qui doit être psycho-médico-sociale. La possibilité d'intervention d'autres interlocuteurs tels que des psychologues ou des assistantes sociales peut être proposée.

- Les médicaments de substitution aux opiacés proprement dits : les patients pourront faire le point sur les objectifs et finalités du MSO. Ils pourront comprendre leur mécanisme d'action, l'importance de la voie d'administration et de la prise unique quotidienne. Ils pourront différencier les effets pharmacologiques du MSO et ses effets indésirables et connaître les risques encourus et les conséquences d'un mésusage (sous-dosage, overdose, pathologies infectieuses).

- La gestion des évènements de la vie et des pathologies associées : l'éducation doit aider les patients à trouver des solutions, notamment en ce qui concerne la gestion des effets indésirables, afin d'améliorer leur qualité de vie. Il est également nécessaire d'aborder les principales difficultés rencontrées au quotidien pour qu'ils puissent mettre en place des stratégies d'auto-soins et d'adaptation appropriées. La consommation parallèle de substances psychoactives est fréquemment utilisée par les patients à la fois comme automédication mais aussi pour rechercher des effets positifs ou calmer des émotions. Il est important de repérer ces situations avec les patients et de travailler sur des solutions alternatives.

Au cours des séances, la place de l'entourage devra également être évoquée. Effectivement, l'entourage est un soutien important pour le patient à condition qu'il les implique dans sa prise en charge. Il peut aider à la compréhension de la maladie et à surmonter les difficultés de la prise en charge à long terme.

IV. Bilan du programme, évaluation finale du patient et proposition de suivi

Une dernière séance individuelle (de 45 à 60 minutes), réalisée par le médecin du CSAPA avec chaque patient, clôture le programme. Elle permet d'évaluer l'atteinte des objectifs éducatifs et des compétences développées par le patient au terme de la séquence éducative. Une proposition de suivi pourra être formulée par le médecin à son initiative ou si le patient le demande.

2.2. Les acteurs du projet

2.2.1 Le coordonnateur du programme

Le programme doit être mis en place par au moins deux professionnels de santé dont au moins un médecin. Le coordonnateur du programme pourrait être le médecin responsable du CSAPA Bobillot qui présente les compétences requises pour coordonner un programme d'ETP.



2.2.2 L'équipe intervenante

Le CSAPA Bobillot regroupe des médecins, psychiatres, addictologues, hépatologues ou généralistes, ainsi que des infirmiers et une assistante de service social. Ces professionnels de santé, en contact quotidien avec les patients sous TSO, pourront intervenir au sein du programme d'ETP s'ils le souhaitent. Seront également susceptibles d'intervenir dans le programme, les pharmaciens d'officine dispensateurs des MSO ainsi que les pharmaciens hospitaliers référents du CSAPA Bobillot.

D'une manière générale, tous les professionnels de santé en lien avec le réseau AddictLim pourront participer au programme, s'ils le souhaitent, et s'ils bénéficient au préalable d'une formation attestant de leurs compétences en éducation thérapeutique.

2.2.3 Les moyens de coordination

2.2.3.1. Modalités de coordination et d'information entre les intervenants au sein du programme

Après sélection des patients et réalisation de leur diagnostic éducatif, une réunion préparatoire regroupant tous les intervenants permettra de prendre connaissance des dossiers des patients. A l'issue de cette réunion, le groupe de patients sera constitué.

A la fin de chaque séance, un bilan sera réalisé par le ou les intervenant(s) présent(s) en séance qui assureront le retour d'informations au coordonnateur. Un carnet de suivi, décrivant le déroulement de chaque séance (nombre de patients présents, thèmes abordés, participation et comportement de chaque patient...) sera mis en place afin d'assurer la continuité des interventions.

A la fin du programme, une réunion pluridisciplinaire aura lieu afin d'établir un bilan personnalisé pour chaque patient et un compte rendu du programme.

2.2.3.2. Modalités de coordination et d'informations avec les autres intervenants du parcours de soins du patient

Lorsqu'un patient sera sélectionné pour participer au programme, son médecin traitant sera informé par courrier par le médecin coordonnateur du CSAPA avec l'accord du patient. Un flyer décrivant le programme lui sera également transmis.

A tout moment, avec l'accord du patient, le médecin traitant pourra être tenu au courant si la situation le nécessite.

A la fin du programme, le bilan individuel du patient lui sera transmis par le médecin du CSAPA.

2.3. Structure titulaire du programme

Il serait intéressant de proposer le CSAPA Bobillot situé rue François Perrin à Limoges, comme structure titulaire du programme d'ETP. Il s'agit d'une unité rattachée au Centre Hospitalier Esquirol, établissement spécialisé en santé mentale.

Le CSAPA accueille des personnes présentant un usage ou une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives, en particulier aux opiacés ; et des personnes présentant un ou des comportements addictifs sans substance. C'est également le centre référent Méthadone® de Limoges. Il s'agit donc d'une structure adaptée à l'accueil de patients sous TSO pour lesquels seraient mis en place des séances d'éducation thérapeutique collectives périodiques.

2.4. Evaluation du programme

2.4.1 Autoévaluation annuelle [87]

Une autoévaluation annuelle du programme devra être réalisée par l'équipe sous l'autorité du coordonnateur. Ce bilan annuel sera destiné à l'équipe éducative et possiblement aux patients afin de mettre en œuvre des mesures correctives si elles sont nécessaires. Aucune transmission de ce rapport à l'ARS ne sera exigée.

Les critères d'évaluation recherchés devront inclure entre autre la participation aux séances des patients sélectionnés, l'atteinte des objectifs définis avec le patient ainsi que la satisfaction des patients et des intervenants vis-à-vis du programme.



Critères	Indicateurs
Organisation	Nombre de patients inclus Nombre de patients ayant participé à au moins une séance collective Nombre de patients pour lesquels a eu lieu une évaluation annuelle
Evaluation du programme par le patient	Satisfaction des patients
Evaluation du programme par l'équipe	Satisfaction des intervenants Atteinte des objectifs définis avec le patient
Fonctionnement du programme	Ressources matérielles et financements Nombre de séances, taux de participation

Tableau 28 : Principaux critères d'évaluation du programme

2.4.2 Evaluation quadriennale [88]

L'évaluation quadriennale se présentera comme le bilan des trois premières années de mise en œuvre du programme. Cette évaluation est exigée par l'ARS, un compte-rendu devra donc lui être envoyé.

Les critères d'évaluation recherchés seront identiques à ceux recherchés pour l'évaluation annuelle. Les évaluations annuelles auront donc toute leur importance puisqu'elles retraceront l'évolution du programme au terme des quatre années de réalisation.

2.5. Le financement

La mise en place de tout programme d'éducation thérapeutique nécessite des subventions pour pouvoir financer la mise en place des séances éducatives ainsi que les intervenants du programme. A l'heure actuelle, aucune source certaine de financement n'est disponible. Nous pourrions espérer une participation de l'Agence Régionale de Santé de la région qui soutient ces investissements.



Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence les besoins et attentes des patients vis-à-vis de leur prise en charge ainsi que les bénéfices et les contraintes liés à la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique. Des pistes de travail ont donc été proposées pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sous traitement de substitution aux opiacés.

« Oui, j'accepte volontiers de participer à cet entretien. »

« Merci ! Cela fait plaisir de voir que des professionnels de santé s'intéressent à nous. Ici nous ne sommes pas jugés. »

« Alors, où en êtes vous dans votre thèse et dans la réalisation de votre projet ? »

Ces paroles, souvent prononcées par les patients au cours des entretiens officinaux et lors des dispensations suivantes, illustrent bien l'intérêt qu'ils portent à leur prise en charge et leur volonté à en discuter avec des professionnels de santé.

Ces patients, qui éprouvent souvent un sentiment de jugement et un manque de considération de la société à leur égard, souhaiteraient s'investir davantage dans leur prise en charge et partager leurs expériences et les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien pour gérer leur vie avec leur traitement. En effet, leur insertion dans un parcours de soins ne résout pas l'ensemble des problèmes inhérents à la pathologie addictive et il est difficile pour les professionnels de santé de prendre en charge les difficultés rencontrées par les patients de manière isolée.

Un travail pluridisciplinaire, coordonné et centré sur le patient est indispensable si l'on veut améliorer la prise en charge psycho-médico-sociale des patients addicts aux opiacés. Dans cette perspective, l'éducation thérapeutique semble être une méthode adaptée pour répondre, au moins en partie, aux différentes problématiques relatives à l'addiction aux opiacés et à la mise sous substitution.

Il incombe maintenant aux professionnels de santé de s'organiser et de déterminer les modalités de mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique. Les pharmaciens y ont toute leur place en affirmant leurs rôles de prévention, de dépistage, de soins mais aussi de réduction des risques.



Références bibliographiques

- [1] COUTERON J.-P. « Le concept d'addiction ». In : *Addictologie Aide-Mém.* Paris : Dunod, 2015. p. 79-89. ISBN : 978-2-10-072142-9.
- [2] « Comprendre l'addiction, définition. » In : *Mission Interministerielle Lutte Contre Drogue Conduites Addict.* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/definitions/> > (consulté le 8 juin 2015)
- [3] GUILLEMIN M. *Addiction: une définition...* [En ligne]. *Paris-Psychanalyste.* 2010. Disponible sur : < <http://paris-psychanalyste.fr/?p=445> > (consulté le 8 juin 2015)
- [4] GOODMAN A. « Addiction: definition and implications ». *Br. J. Addict.* 1990. p. 1403-1408.
- [5] PARQUET P. J. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives.* Vanves : CFES, 1998. 46 p.(Dossiers techniques). ISBN : 2-908444-50-X.
- [6] « Syndrome de dépendance ». In : *Organ. Mond. Santé* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/ > (consulté le 8 octobre 2016)
- [7] « Comprendre l'addiction, dépendance ». In : *Mission Interministérielle Lutte Contre Drogue Conduites Addict.* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/dependance/> > (consulté le 2 juin 2015)
- [8] GIBIER L. *Prises en charge des usagers de drogues.* Paris : Doin, 1999. 341 p.(Conduites). ISBN : 2-7040-1067-6.
- [9] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. « Opioid use disorder ». In : *Diagn. Stat. Man. Ment. Disord.* Arlington : 2013. p. 541-549. ISBN : 978-0-89042-554-1.
- [10] AUTHIER N. « DSM 5 et addiction: Fin des abuseurs et dépendants ». In : *Addictauvergne* [En ligne]. 2013. Disponible sur : < <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-v-addiction/> > (consulté le 29 juillet 2015)
- [11] AUTHIER N. « DSM 5: Critères diagnostiques d'addiction aux opioïdes ». In : *Addictauvergne* [En ligne]. 2013. Disponible sur : < <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-dependance-opiaces/> > (consulté le 29 juillet 2015)
- [12] « Héroïne et autres opiacés ». In : *Obs. Fr. Drogue Toxicom.* [En ligne]. 2014. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/> > (consulté le 3 juin 2015)
- [13] OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Drogues et dépendances, données essentielles.* Paris, France : Éd. de La Découverte, impr. 2005, 2005. 202 p. ISBN : 2-7071-4536-X.

- [14] GOMEZ G. « Opium, opiacés, opioïdes ». In : *Sci. Phys. Chim.* [En ligne]. Disponible sur : < <http://webpeda.ac-montpellier.fr/wspc/ABCDORGA/Famille4/OPIUM.htm> > (consulté le 5 juin 2015)
- [15] MOREL A. « Opiacés et addiction ». In : *Addictologie Aide-Mém.* Paris : Dunod, 2015. p. 147-157. ISBN : 978-2-10-072142-9.
- [16] « Drogues, chiffres clés ». In : *Obs. Fr. Drogue Toxicom.* [En ligne]. 2015. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/index.php?clID=777> > (consulté le 10 septembre 2015)
- [17] CADET-TAÏROU A., DAMBÉLÉ S. « Héroïne et autres opiacés ». In : *Obs. Fr. Drogue Toxicom.* [En ligne]. 2013. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/> > (consulté le 5 juin 2015)
- [18] MALDONADO R. « Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues ». In : *PubMed Cent.* [En ligne]. 2010. Disponible sur : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444724/> > (consulté le 8 octobre 2016)
- [19] ROQUES B. « Importance du système opioïde dans les processus addictifs ». In : *Traité Addictologie.* Paris : Flammarion, 2006. p. 27-32. ISBN : 978-2-257-12004-5.
- [20] « Circuits cérébraux de l'addiction ». In : *ipubli.inserm* [En ligne]. 2014. Disponible sur : < http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/5966/Chapitre_6.html > (consulté le 29 juillet 2015)
- [21] « Les récepteurs à endomorphines ». In : *Goutez Au Plaisir* [En ligne]. Disponible sur : < <http://goutezauplaisir.blogspot.fr/p/les-recepteurs-endomorphines.html> > (consulté le 29 juillet 2015)
- [22] VÉLÉA D. *Toxicomanie et conduites addictives.* Paris : Heures de France, 2005. 379 p.(Guides professionnels de santé mentale). ISBN : 2-85385-268-7.
- [23] REYNAUD M. *Traité d'addictologie.* Paris : Flammarion, 2006. 770 p. ISBN : 2-257-12004-3.
- [24] SEIDENBERG A., HONNEGER U. « Pharmacocinétique ». In : *Méthadone Héroïne Autres Opioïdes.* Paris : Médecine et Hygiène, 2001. p. 25-38. ISBN : 2-88049-134-7.
- [25] LE FLYER. « Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie ». In : *Rvh-Synerg.* [En ligne]. 2004. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/comorbidites/comorbidites-psychiatriques/167-troubles-psychiatriques-associes-a-la-toxicomanie.html> > (consulté le 15 juillet 2015)
- [26] VÉLÉA D., CICCOTTI L. « Pathologies somatiques et toxicomanie ». In : *Soins Infirm. En Troubl. Conduite Aliment. Conduites Alcool. Toxicom.* Paris : Heures de France, 2005. p. 39-50. ISBN : 2-85385-272-5.
- [27] « Hépatite C ». In : *eVIDAL* [En ligne]. 2015. Disponible sur : < <http://www.evidal.fr.ezproxy.unilim.fr/showReco.html?recold=1746> > (consulté le 3 septembre 2015)
- [28] « Hépatite C traitement ». In : *Hepatoweb* [En ligne]. 2014. Disponible sur : < <http://hepatoweb.com/hepatite-C-traitement.php> > (consulté le 3 septembre 2015)

- [29] « Lettre d'instruction relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux anti-viraux directs ». In : *Assoc. Fr. Pour L'étude Foie* [En ligne]. 2015. Disponible sur : < <http://www.afef.asso.fr/communication/afef/news.phtml?id=rc%2forg%2fafef%2fnws%2fNews%2f2015%2f20150506-211720-622> > (consulté le 4 septembre 2015)
- [30] « Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C ». In : *Assoc. Fr. Pour L'étude Foie* [En ligne]. 2015. Disponible sur : < <http://www.afef.asso.fr/communication/afef/news.phtml?id=rc%2Forg%2Fafef%2Fnws%2FNews%2F2015%2F20150527-184857-777> > (consulté le 3 septembre 2015)
- [31] LEJOYEUX M. *Addictologie*. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013. 376 p. ISBN : 978-2-294-71618-8.
- [32] MOREL A., MAGNIN C. « Traitements de substitution des opiacés ». In : *Addictologie Aide-Mém.* Paris : Dunod, 2015. p. 424-439. ISBN : 978-2-10-072142-9.
- [33] POLOMENI P., BRY D. *Comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie*. J. Libbey Eurotext. Montrouge : J. Libbey, 2005. 56 p. ISBN : 2-7420-0544-7.
- [34] GIBIER L. *Prises en charge des usagers de drogues*. Paris : Doin (Collection Conduites). ISBN : 2-7040-1067-6.
- [35] LOWENSTEIN W., SANCHEZ M. *Addictions aux opiacés et traitements de substitution*. Montrouge : J. Libbey-Eurotext, 2003. 91 p. (Dialogue Ville-Hôpital). ISBN : 2-7420-0257-X.
- [36] JACQUES J.-P., FIGIEL C. « Les substituts ». In : *Drogue Substit.* Bruxelles : De Boeck, 2008. p. 424. ISBN : 978-2-8041-5056-3.
- [37] NGUYEN A. *Réseau de santé en addictologie : expérience de la Haute-Vienne - Place du pharmacien dans ce réseau*. Thèse d'exercice Pharmacie : Limoges, 2011. 202 p.
- [38] « Qui sommes-nous ? ». In : *AddictLim* [En ligne]. Disponible sur : < <http://addictlim.jimdo.com/qui-sommes-nous/> > (consulté le 1 juillet 2015)
- [39] LE FLYER. « Réduction des risques - Actualité ». In : *Réseau Synerg.* [En ligne]. 2010. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/reduction-des-risques/574-reduction-des-risques-actualite-2010.html> > (consulté le 6 juillet 2015)
- [40] LEJOYEUX M. « Organisation des soins en addictologie ». In : *Addictologie Abr.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013. p. 318-332. ISBN : 978-2-294-71618-8.
- [41] « Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 ». In : *Bull. Épidémiologique Hebd.* [En ligne]. 2013. Disponible sur : < http://www.invs.sante.fr/beh/2013/39-40/2013_39-40_2.html > (consulté le 29 septembre 2015)
- [42] « Drogues et addictions, données essentielles ». In : *Obs. Fr. Drogue Toxicom.* [En ligne]. 2013. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/> > (consulté le 17 octobre 2015)

- [43] « Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. L Flyer n°3 ». In : *Rvh-Synerg*. [En ligne]. 2004. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/comorbidites/comorbidites-psychiatriques/167-troubles-psychiatriques-associes-a-la-toxicomanie.html> > (consulté le 29 septembre 2015)
- [44] « Résultats de l'enquête DRAMES 2012 ». In : *Agence Natl. Sécurité Médicam. Prod. Santé* [En ligne]. 2015. Disponible sur : < [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/\(offset\)/3](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/(offset)/3) > (consulté le 29 septembre 2015)
- [45] ANSM, ANAES. « Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés ». In : *AddictLim* [En ligne]. Disponible sur : < <http://addictlim.jimdo.com/documents-r%C3%A9f%C3%A9rences/> > (consulté le 29 juin 2015)
- [46] NOUGIER RATEAU I. *Création et experimentation d'un outil de suivi des patients sous traitement de substitution aux opiacés à l'officine*. Limoges, 2015.
- [47] « Attentes et représentations des patients usagers ou ex-usagers d'opiacés, concernant les MSO -Flyer n°58 ». In : *Rvh-Synerg*. [En ligne]. 2015. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/documentation/bulletins-flyer.html> > (consulté le 15 septembre 2015)
- [48] « Les traitements de substitution aux opiacés vus par les patients - Tendances 83 ». In : *Obs. Fr. Drogue Toxicom.* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/traitements-de-substitution-opiaces-vus-par-patients-tendances-83-novembre-2012/> > (consulté le 15 septembre 2015)
- [49] « Résultats des enquêtes DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) ». In : *ANSM Agence Natl. Sécurité Médicam. Prod. Santé* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/\(offset\)/3](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/(offset)/3) > (consulté le 15 septembre 2015)
- [50] « Tableau de bord TSO ». In : *Obs. Fr. Drogue Toxicom.* [En ligne]. 2015. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-annuel-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/> > (consulté le 15 septembre 2015)
- [51] « OPPIDUM : résultats de l'enquête 2012 ». 2012. Disponible sur : < <https://www.google.fr/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=enquete%20oppidum%202012> > (consulté le 15 septembre 2015)
- [52] GRAU D., VIDAL N., FAUCHERRE V., LÉGLISE Y., PINZANI V., BLAYAC J.-P., REYNES J., PEYRIÈRE H. « Complications infectieuses induites par le mésusage de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) : analyse rétrospective de 42 observations ». *Rev. Médecine Interne*. mars 2010. Vol. 31, n°3, p. 188-193.
- [53] « Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. » In : *Inst. Natl. Prév. Déducation Pour Santé* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=1236&order=undefined> > (consulté le 30 juin 2015)

- [54] SEIDENBERG A., HONNEGER U. « Symptômes divers et conduites à tenir spécifiques ». In : *Méthadone Héroïne Autres Opioïdes*. p. 268. ISBN : 2-88049-134-7.
- [55] MARINESCU M. « Les polyconsommations: recommandations de la HAS ». In : *Addictologie Abr.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013. p. 367-371. ISBN : 978-2-294-71618-8.
- [56] POLOMENI P., BRY D. « La prise en charge ». In : *Compr. Addict. Trait. Toxicom.* Montrouge : John Libbey Eurotext, 2005. p. 39-50. ISBN : 2-7420-0544-7.
- [57] SEIDENBERG A., HONNEGER U. « Douleur et traitement antalgique chez les usagers d'opioïdes. » In : *Méthadone Héroïne Autres Opioïdes*. Genève : Médecine et Hygiène, 2001. p. 227-230. ISBN : 2-88049-134-7.
- [58] « Prise en charge de la douleur pour des patients recevant un MSO- Flyer n°60 ». 2015. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/documentation/bulletins-flyer.html> > (consulté le 15 septembre 2015)
- [59] LE FLYER. « Protocole en cas d'overdose à la méthadone ». In : *Réseau Synerg.* [En ligne]. 2008. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/substitut-methadone/181-protocole-en-cas-doverdose-a-la-methadone.html> > (consulté le 1 juillet 2015)
- [60] « Intoxication pédiatrique par la méthadone AP-HP : bilan des centres antipoison ». 2012. Disponible sur : < <https://www.google.fr/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=bilan+des+centre+anti+poison+intoxication+p%C3%A9diatrique+m%C3%A9thadone> > (consulté le 15 septembre 2015)
- [61] « Evaluation de la campagne de sensibilisation des usagers recevant un traitement par la méthadone dans le cadre d'une plan de gestion des risques (risque d'intoxication pédiatrique accidentelle) - Flyer n°53 ». In : *Rvh-Synerg.* [En ligne]. 2013. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/documentation/bulletins-flyer.html> > (consulté le 15 septembre 2015)
- [62] MOREL A. « Substitutions opiacées ». In : *Addictologie Abr.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013. p. 225-226. ISBN : 978-2-294-71618-8.
- [63] POLOMENI P., BRY D. « Les différentes étapes du traitement ». In : *Compr. Addict. Trait. Toxicom.* Montrouge : John Libbey Eurotext, 2005. p. 28-38. ISBN : 2-7420-0544-7.
- [64] « Réglementation - Transport personnel de médicaments stupéfiants détenus dans le cadre d'un traitement médical ». In : *ANSM Agence Natl. Sécurité Médicam. Prod. Santé* [En ligne]. 2015. Disponible sur : < [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Reglementation/\(offset\)/6#sp](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Reglementation/(offset)/6#sp) > (consulté le 30 juin 2015)
- [65] « La réduction des risques chez les usagers de drogue ». In : *Ministère Aff. Soc. Santé Droits Femmes* [En ligne]. 2009. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/la-reduction-des-risques-chez-les-usagers-de-drogue.html> > (consulté le 29 septembre 2015)

- [66] COUTERON J.-P. « La réduction des risques. Une approche qui vise l'épanouissement de la personne. » *Drogue Loi Réduction Risques N°44*. 2011. p. 64-70.
- [67] « Décret n°2005-347 du 14 avril 2005, Référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues ». In : *Obs. Fr. Drogue Toxicom.* [En ligne]. 2005. Disponible sur : < http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=1243&seule=1 > (consulté le 29 septembre 2015)
- [68] « Charte de la Réduction des Risques ». In : *Plate-Forme Réduction Risques* [En ligne]. Disponible sur : < <http://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/> > (consulté le 29 septembre 2015)
- [69] « Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation ». In : *Haute Aut. Santé* [En ligne]. 2007. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp > (consulté le 10 juillet 2015)
- [70] « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ». In : *Haute Aut. Santé* [En ligne]. 2007. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques > (consulté le 8 juillet 2015)
- [71] « Textes réglementaires relatifs à l'éducation thérapeutique du patient ». In : *Ministère Aff. Soc. Santé Droits Femmes* [En ligne]. 2010. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/textes-reglementaires-relatifs-a-l-etp.html> > (consulté le 9 juillet 2015)
- [72] « LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | ». In : *Legifrance* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> > (consulté le 9 juillet 2015)
- [73] « Réglementation française en éducation thérapeutique ». In : *Alliance Éducative* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.alliance-educative.com/reglementation-francaise-en-etp/> > (consulté le 9 juillet 2015)
- [74] CHRÉTIEN S. « Les programmes d'éducation thérapeutique ». In : *Educ. Thérapeutique Patient*. Bordeaux : Les études hospitalières, 2011. p. 45-66. ISBN : 978-2-84874-182-6.
- [75] CHRÉTIEN S. « La formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique ». In : *L'éducation Thérapeutique Patient*. Bordeaux : Les études hospitalières, 2011. p. 29-43. ISBN : 978-2-84874-182-6.
- [76] « Code de la santé publique : article D1161-1 ». In : *Legifrance* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000022666199&dateTexte=&categorieLien=cid> > (consulté le 31 août 2015)
- [77] « Patient-Expert ». *Rev. Prat. Tome 65 Numéro 9*. 2015. p. 1209-1224.

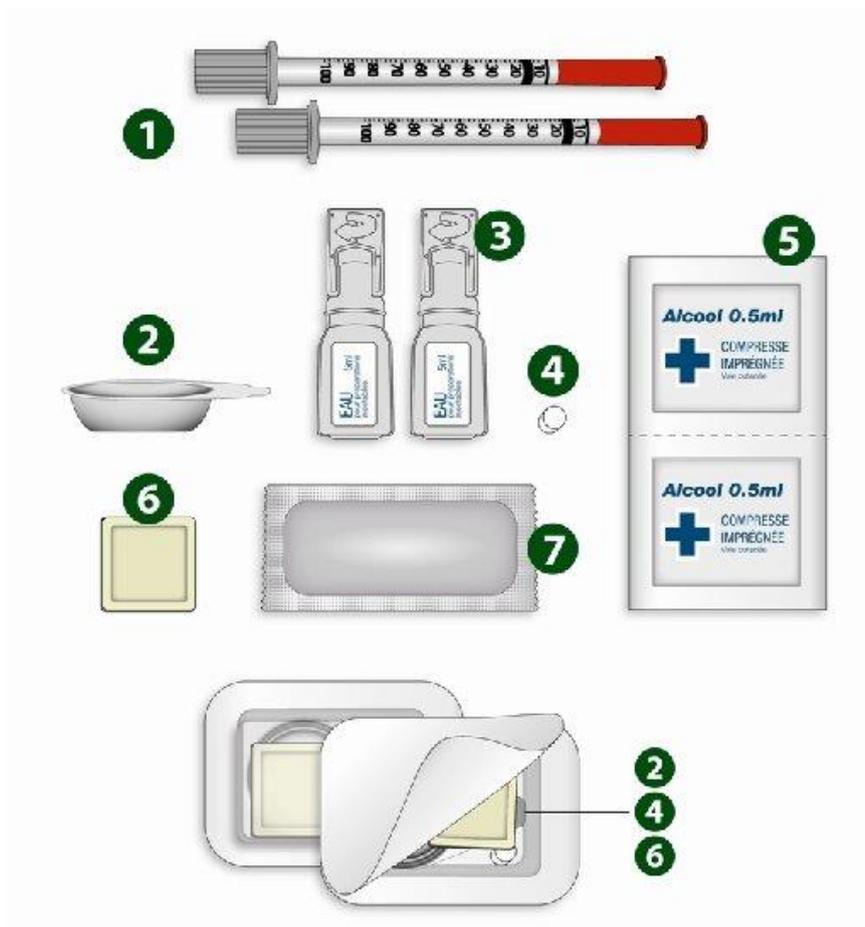
- [78] COMITÉ DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR, TOULOUSE. *Le Patient-expert* [En ligne]. Toulouse : 2012. Disponible sur : < http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/le_patient_expert.pdf > (consulté le 26 novembre 2015)
- [79] « Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme ». In : *Inst. Natl. Prév. Éducation Pour Santé* [En ligne]. 2013. Disponible sur : < http://search.atomz.com/search/?sp_q=comp%E9tences+etp&submit=Valider&sp-a=000a0c87-sp00000000&sp-t=inpes3.tpl.000a0c87 > (consulté le 26 août 2015)
- [80] « Code de la santé publique : article D1161-2 ». In : *Legifrance* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022667030&idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100817&oldAction=rechCodeArticle> > (consulté le 26 août 2015)
- [81] « Education thérapeutique du patient : comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique? ». In : *Haute Aut. Santé* [En ligne]. 2007. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp > (consulté le 10 juillet 2015)
- [82] « Dossier de demande d'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient ». In : *Agence Régionale Santé Limousin* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ars.limousin.sante.fr/Education-therapeutique-du-pat.118152.0.html> > (consulté le 23 novembre 2015)
- [83] TRAYNARD P.-Y., GAGNAYRE R. « Le diagnostic éducatif ». In : *Educ. Thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013. p. 9-14. ISBN : 978-2-294-72698-9.
- [84] IVERNOIS J.-F., GAGNAYRE R. « Démarche pédagogique de l'éducation thérapeutique ». In : *Apprendre À Éduq. Patient*. Paris : Maloine, 2004. p. 59-120. ISBN : 2-224-02803-2.
- [85] VONO J. *Education thérapeutique du patient toxicomane atteint d'une hépatite C chronique*. Thèse d'exercice Pharmacie. Limoges, 2014. 192 p.
- [86] « Education thérapeutique du patient ». In : *Agence Régionale Santé Limousin* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ars.limousin.sante.fr/Education-therapeutique-du-pat.118152.0.html> > (consulté le 6 août 2015)
- [87] « Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation ». In : *Haute Aut. Santé* [En ligne]. 2014. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1234324/fr/evaluation-annuelle-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-etp-une-demarche-d-auto-evaluation > (consulté le 6 octobre 2016)
- [88] « Évaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation ». In : *Haute Aut. Santé* [En ligne]. 2014. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1748115/fr/evaluation-quadiennale-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-une-demarche-d-auto-evaluation > (consulté le 6 octobre 2016)

Annexes

Annexe 1. Composition d'un kit Stéribox	168
Annexe 2. Compétences attendues des soignants en éducation thérapeutique du patient.	169
Annexe 3. Compétences attendues des coordonnateurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient dans les différents contextes de soins.....	170
Annexe 4. Tableau récapitulatif des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique.....	171
Annexe 5. Conditions de dialogue et techniques de communication favorisant un climat de confiance entre le patient et le professionnel.....	172
Annexe 6. Les techniques d'animation	173
Annexe 7. Grille d'entretien	175
Annexe 8. Carte d'invitation remise aux patients.....	183
Annexe 9. Résultats des entretiens	184



Annexe 1. Composition d'un kit Stéribox



- 1 : Deux seringues stériles
- 2 : Deux récipients de chauffe et de dilution
- 3 : Deux fioles d'eau stérile
- 4 : Deux filtres
- 5 : Deux tampons alcoolisés
- 6 : Deux tampons secs
- 7 : Un préservatif

Annexe 2. Compétences attendues des soignants en éducation thérapeutique du patient.

OMS-Europe, 1998

Les soignants doivent être capables, individuellement et en équipe, de :

- adapter leur comportement professionnel aux patients et à leur maladie (aiguë ou chronique) ;
- adapter leur comportement professionnel aux patients, individuellement, à leurs familles et à leurs proches ;
- adapter en permanence leurs rôle et actions ceux des équipes de soins et d'éducation avec lesquelles ils travaillent ;
- communiquer de manière empathique avec les patients ;
- identifier les besoins objectifs et subjectifs des patients ;
- prendre en considération l'état émotionnel des patients, leur vécu et leurs représentations de la maladie et de son traitement ;
- aider les patients à apprendre ;
- apprendre aux patients à gérer leur traitement et à utiliser les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles ;
- aider les patients à gérer leur mode de vie ;
- choisir les outils adéquats d'éducation du patient ;
- utiliser ces outils et les intégrer dans la prise en charge des patients et dans leur processus d'apprentissage ;
- tenir compte dans l'éducation thérapeutique du patient des dimensions pédagogiques, psychologique et sociale de la prise en charge à long terme ;
- évaluer l'éducation du patient et ses effets thérapeutiques (cliniques biologiques, pédagogique, sociaux, économique) et apporter les ajustements indiqués ;
- évaluer et améliorer de façon périodique la performance pédagogique des soignants ;
- éduquer et conseiller les patients quant à la gestion des crises et aux facteurs qui interfèrent avec la gestion normale de leur maladie.



Annexe 3. Compétences attendues des coordonnateurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient dans les différents contextes de soins.

OMS-Europe, 1998

Les principales compétences d'un coordonnateur de programme sont :

- promouvoir, concevoir, appliquer et évaluer des programmes d'éducation thérapeutique du patient ;
- concevoir des moyens et des outils pédagogiques ;
- former les éducateurs de patients ;
- faire de la recherche en éducation thérapeutique du patient.

Plus précisément les coordonnateurs doivent être capables de :

- réaliser seuls des activités pratiques d'éducation du patient ;
- concevoir et planifier des programmes d'éducation thérapeutique du patient ;
- assurer le suivi des programmes d'éducation du patient ;
- adapter les programmes d'éducation du patient à différents contextes de soins en les y intégrant ;
- aider à organiser les activités d'une unité de soins dans laquelle sont intégrés soins, éducation et soutien des patients ;
- développer, sélectionner, tester et appliquer des méthodes et des outils d'éducation du patient ;
- concevoir et appliquer des protocoles de recherche sur l'éducation du patient ;
- concevoir et appliquer des protocoles d'évaluation de l'éducation du patient (en particulier d'évaluation pronostique, formative et sommative) ;
- organiser des activités de formation pour les soignants ;
- former les soignants à la pratique de l'éducation du patient ;
- promouvoir une politique d'éducation du patient dans les soins de santé, au niveau institutionnel, à l'aide de moyens appropriés.



Annexe 4. Tableau récapitulatif des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique.

A - Compétences techniques	B - Compétences relationnelles et pédagogiques	C - Compétences organisationnelles
<p>A1 - Compétences liées aux connaissances techniques et biomédicales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienter les patients vers des sources fiables d'information • Tenir à disposition des patients les informations liées à la maladie et au traitement • Tenir à disposition des patients les informations en fonction de leurs particularités 	<p>B1 - Compétences liées à l'écoute et la compréhension</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer l'écoute active et bienveillante • Pratiquer l'empathie • Comprendre les ressorts psychologiques des personnes 	<p>C1 - Compétences liées à la prise de recul et à l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se questionner et délimiter son rôle • Apprécier pour ajuster
<p>A2 - Compétences liées aux techniques de gestion et d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renseigner les outils de suivi et d'organisation 	<p>B2 - Compétences liées à l'échange et l'argumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Echanger et informer • S'accorder et convenir de l'action à mener • Construire des partenariats 	<p>C2 - Compétences liées à l'organisation et la coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planifier les actions liées à l'ETP • Coordonner les acteurs • Conduire un projet
<p>A3 - Compétences liées à la pédagogie (méthodes, techniques, outils)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des techniques et des outils pédagogiques • Choisir et adapter les méthodes aux différents publics 	<p>B3 - Compétences liées à l'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construire une relation de confiance • Co-construire un projet • Construire une alliance thérapeutique 	<p>C3 - Compétences liées au pilotage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer/prioriser
<p>A4 - Compétences liées à la prise en compte de l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesurer des enjeux • Situer l'environnement lié à l'ETP • Réaliser une veille liée à l'ETP 	<p>B4 - Compétences liées à l'animation et la régulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construire une alliance thérapeutique • Favoriser l'interactivité • Favoriser les apprentissages mutuels • Optimiser la production au sein d'un groupe 	

Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme (INPES), Juin 2013



Annexe 5. Conditions de dialogue et techniques de communication favorisant un climat de confiance entre le patient et le professionnel.

Confidentialité de l'entretien

Aménagement des locaux

Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie.

Temps d'expression suffisamment long du patient et éventuellement de son entourage.

Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire du patient.

Utilisation de questions ouvertes qui permettent d'accéder au ressenti du patient et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Des questions fermées sont utilisées pour obtenir des précisions.

Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier.

Possibilité de s'entretenir un moment avec le patient seul.

Progressivité dans la délivrance des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique.

Clarté et adaptation du niveau du langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour des personnes venant de pays étrangers (recours à un interprète).

Information et accord du patient pour la transmission d'informations entre les professionnels de santé impliqués dans la stratégie de soins.

Haute Autorité de Santé, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, Juin 2007.



Annexe 6. Les techniques d'animation

Techniques d'animation	Principes	Objectifs
Séances collectives		
Discussion visualisée ou Méta-plan	Le patient doit apporter des réponses, des idées à une problématique énoncée par l'animateur en les retranscrivant sur papier. Le groupe analyse ensuite l'ensemble des idées énoncées.	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'implication des participants - Rendre « visible » la discussion - Prendre en compte toutes les opinions
Table ronde	L'animateur pose des questions à l'ensemble du groupe concernant des thématiques de la vie quotidienne.	<ul style="list-style-type: none"> - Trouver des solutions à des situations qui posent problème pour chacun des participants - Favoriser l'expression et les échanges des participants
Brainstorming	L'animateur introduit un sujet et pose une question concernant ce sujet. Les patients doivent énoncer toutes les idées auxquelles ils pensent. Les bonnes idées sont retenues par le groupe.	<ul style="list-style-type: none"> - Recueillir les idées à leur état naissant. - Repérer les représentations, conceptions et habitudes. - Analyser la perception d'un groupe à propos d'un problème.
Technique des mots-clés	Chaque patient doit successivement inscrire des mots qui lui sont évocateurs d'un sujet proposé par l'animateur. Chaque patient met ensuite une croix devant les idées qui lui paraissent les plus importantes. Synthèse.	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuler la créativité. - Explorer le potentiel intuitif des patients. - Analyser la perception d'un groupe à propos d'un problème.
Atelier (cuisine, relaxation, activité physique...)	Mettre en œuvre des activités utiles et appréciables pour un groupe de patients.	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le vécu et le partage d'expériences communes. - Permettre la motivation mutuelle des participants.
Les cartes conceptuelles	Relier différentes idées autour d'un thème commun en rattachant ces différentes idées.	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer les représentations des patients. - Appréhender les connaissances et leur organisation. - Evaluer les connaissances.

Séances individuelles ou collectives

Photolangage	Donner la parole au(x) patient(s) afin qu'il exprime son point de vue à travers des images évocatrices.	<ul style="list-style-type: none"> - Faire émerger des représentations, opinions, croyances, émotions.
Cartes de Barrows	Face à des situations de la vie courante les patients doivent choisir parmi des solutions proposées (certaines pertinentes, d'autres sans effet et d'autres aggravant la situation). Les patients découvrent ensuite les conséquences de leur choix.	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la réflexion sur des thèmes de la vie courante - Développer la capacité à résoudre des problèmes. - Entraîner à la prise de décision.
Travaux pratiques	Faire réaliser différents actes ou gestes au(x) patient(x) afin de lui permettre de mettre en œuvre des connaissances théoriques.	<ul style="list-style-type: none"> - Entraîner le patient à la réalisation de différents gestes ou activités.
Etude de cas	Mettre le ou les patient(s) dans un contexte aussi proche que possible de la réalité.	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la réflexion en rapport avec la vie quotidienne. - Entraîner les apprenants à se questionner, à raisonner. - Favoriser la prise de décision.
Jeu de rôle	Décrire et demander d'effectuer une tâche à un ou plusieurs patients.	<ul style="list-style-type: none"> - Observer et analyser des situations relationnelles. - S'entraîner à acquérir de nouvelles compétences.

Séances individuelles

Entretien	Echange entre patient et soignant permettant une approche personnalisée des problèmes, besoins ou attentes d'un patient.	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'expression du patient et de ses émotions.
------------------	--	---



GRILLE D'ENTRETIEN OFFICINAL

Subordonnée à l'élaboration d'un programme
d'Éducation Thérapeutique du Patient
sous **traitement de substitution aux opiacés**
pris en charge dans le cadre
d'un **réseau ville-hôpital**

Projet mené en partenariat avec :



Centre Hospitalier Esquirol



Réseau AddictLim



Pharmaciens d'officine



LE PATIENT

Nom (3 premières lettres) : Prénom :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance :

Médecin prescripteur du médicament de substitution :

- Médecin traitant
- Psychiatre
- Addictologue
- Autre :

Lieu de délivrance des médicaments :

- En officine :
- En CSAPA

Catégorie socio professionnelle :

- Agriculteur
- Artisan, Commerçant
- Cadre profession libérale
- Employé, Ouvrier
- Retraité
- Sans emploi
- Autre :

Situation familiale :

- Vit seul
- Vit avec ses parents
- Vit seul avec enfant(s)
- Vit avec un conjoint seulement
- Vit avec conjoint et enfant(s)
- Vit avec des amis
- Autre :



1. Quel médicament de substitution vous est prescrit et à quelle posologie ?

(une seule réponse possible)

- Subutex® :
- Buprénorphine Haut Dosage :
- Méthadone Sirop :
- Méthadone Gélule :
- Suboxone® :
- Autre :

2. Depuis quand prenez-vous un médicament de substitution, quel qu'il soit ?

.....

3. Pour vous, ce traitement s'inscrit dans le cadre :

- D'une maladie chronique
- D'une addiction
- D'une prise en charge de courte durée
- D'une prise en charge de longue durée
- Autre :

4. Pour vous, quels sont les objectifs thérapeutiques de votre traitement ?

(plusieurs réponses possibles)

- Réduire mes consommations
- Arrêter mes consommations
- Ne plus être dépendant
- Etre abstinent de toute consommation
- Bénéficier d'un suivi médical régulier
- Retrouver une vie sociale et/ou professionnelle
- Autre :

5. Selon vous, que vous permet ce médicament de substitution dans votre vie quotidienne ?

(plusieurs réponses possibles)

- De me soigner
- De ne plus avoir de signe de manque
- De me sentir mieux
- De me sentir comme tout le monde
- D'augmenter ma confiance en moi
- De retrouver un travail
- D'envisager un avenir, avoir des projets
- De me dépanner quand je n'ai pas de produit
- De me défoncer
- Autre :



6.1 Avez-vous l'impression que votre traitement vous soit utile ?

- Oui
- Non

6.2 Pourquoi ?

.....

7.1 Bénéficiez-vous d'une prise en charge autre que médicale ?

- Aide psychologique
- Aide sociale
- Autre :

7.2 Si non, pourquoi ?

MODALITES DE PRISE DU TRAITEMENT

8.1 Par quelle voie d'administration prenez-vous votre médicament de substitution ?

- En l'avalant tel quel
- En le mâchant puis en l'avalant
- Dissout dans la bouche (sous la langue, entre la bouche et la gencive)
- En le fumant
- En le sniffant, par voie nasale
- En l'injectant
- Autre :

8.2 Connaissez-vous les risques infectieux liés à l'injection et au sniff ?

- Oui
- Non

8.3 Si oui, pouvez-vous me dire lesquels?

.....

8.4 Savez-vous comment prévenir ces risques ?

- Je ne partage pas le matériel (injection et sniff)
- J'utilise du matériel stérile
- Je fais attention à « être le plus propre possible » quand je prépare mon injection et quand je m'injecte
- Je fais attention à « être le plus propre possible » quand je prépare et je sniffe
- Je me fais dépister régulièrement
- Autre :

9. Comment avez-vous l'habitude de prendre votre médicament de substitution ?

- Une fois par jour
- Deux fois par jour
- Trois fois par jour
- Plus de trois fois par jour
- Autre :



10.1 Vous arrive-t-il de modifier la posologie prescrite par le médecin ?

- Non
- Oui, en la diminuant*
- Oui, en l'augmentant**
- Oui, en la fractionnant

10.2 A quelle fréquence modifiez-vous la posologie ?

- Moins d'une fois par semaine
- Une fois par semaine
- 2-3 fois par semaine
- 4-6 fois par semaine
- Tous les jours
- Autre :

***10.3 Si vous diminuez la posologie, pour quelle(s) raison(s) le faites-vous ?**

- Pour réduire plus rapidement les doses
- Pour économiser des prises en cas de besoin ultérieur
- Pour dépanner un ami
- Pour revendre le médicament
- Autre :

****10.4 Si vous augmentez la posologie, pour quelle(s) raison(s) le faites-vous ?**

- Pour me sentir mieux
- Pour soulager un état de mal être
- Pour soulager une douleur
- Pour ressentir les effets du médicament
- Autre :

****10.5 Si vous avez besoin d'augmenter la posologie, comment vous procurez-vous les doses manquantes ?**

- Je demande à mon médecin un complément de traitement
- Je vais voir un autre médecin pour avoir une prescription
- Je me dépanne auprès d'amis
- Je vais en acheter (marché noir)
- Je me débrouille avec une ordonnance que j'ai récupérée ou falsifiée
- Cela m'est arrivé d'en voler
- Autre :

11.1 Connaissez-vous les risques de prendre plus de médicament que prévu ?

- Oui
- Non

11.2 Si oui, pouvez-vous me dire lesquels ?

.....



12. Où avez-vous l'habitude de ranger vos médicaments de substitution chez vous ?

- Dans un lieu sécurisé (armoire fermée par exemple)
- Dans un rangement accessible à l'entourage y compris aux enfants
- Pas de rangement particulier, dans l'espace de vie
- Autre :

13.1 Connaissez-vous les effets indésirables de votre médicament de substitution ?

- Oui
- Non

13.2 Si oui, pouvez-vous me les citer ?

.....
13.2 Parmi ces effets indésirables, quels sont ceux que vous avez déjà eu ?

.....
14. S'il vous arrive d'avoir une douleur, par exemple une rage de dent, que faites-vous ?

- Je ne fais rien de particulier
- J'augmente les doses du médicament de substitution
- Je prends des antalgiques non opiacés (paracétamol, AINS)
- Je prends des antalgiques opiacés (médicaments codéines)
- Je demande conseils à mon pharmacien
- Je consulte mon médecin
- Autre :



15.1 Vous arrive-t-il de consommer des substances psychoactives (licites ou illicites) ou des médicaments prescrits à des doses supérieures à celles prescrites par le médecin ? Si oui, le(s)quelle(s) ?

Produits*	Mode de consommation habituel	Fréquence de consommation (30 derniers jours)	Usage/dépendance selon le patient
1. _____	<input type="checkbox"/> Injecté	<input type="checkbox"/> Pas plus d'une fois	<input type="checkbox"/> Usage simple
2. _____	<input type="checkbox"/> Fumé/inhalé	<input type="checkbox"/> < ou = 1 fois/semaine	<input type="checkbox"/> Usage nocif
3. _____	<input type="checkbox"/> Mangé/bu	<input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaine	<input type="checkbox"/> Dépendance
4. _____	<input type="checkbox"/> Sniffé	<input type="checkbox"/> 4 à 6 fois/semaine	
5. _____	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Chaque jour	

*Produits : Alcool, Héroïne, BHD Méthadone, Autres opiacés, Fentanyl, Cannabis, Barbituriques, Benzodiazépines, GHB/GLB, Autres hypnotiques et tranquillisants, Antidépresseurs, Cocaïne, Crack, Amphétamines, Métamphétamines, MDMA et dérivés, Cathionine synthétique, autres stimulants, LSD, Champignons hallucinogènes, Kétamine, Tabac, Autres produits, *Jeux d'argent*, *Cyber addiction*, *Trouble du comportement alimentaire*, Autres addictions sans produits.

15.2 Pensez-vous que le fait de prendre ces produits avec le médicament de substitution soit problématique ?

- Oui
 Non

15.3 Pourquoi ?

.....

PROJETS, DEMANDES

16. Y a-t-il des situations pour lesquelles vous êtes ou vous avez été en difficulté et pour lesquelles vous auriez besoin d'information ?

.....

17. Que souhaiteriez-vous apprendre concernant votre santé ou votre traitement ?

.....



18.1 Seriez-vous intéressé pour participer à des séances collectives afin de discuter de votre état de santé et de votre traitement et d'échanger avec d'autres patients ?

- Oui
- Non

18.2 Si oui, quelles seraient vos disponibilités ?

.....

19. Seriez vous intéressé que l'on vous tienne au courant de la mise en place de ces séances?

- Oui
- Non



Annexe 8. Carte d'invitation remise aux patients

Olivia Dubois
Etudiante en pharmacie



Dans le cadre de mon travail de thèse, j'ai besoin de vous afin
de partager ensemble votre expérience et votre vécu
avec votre médicament de substitution.

Pour cela, je vous remercie par avance du temps que vous pourrez
m'accorder pour participer à un entretien de quelques minutes
à la pharmacie Laurent Durengue

le _____ à _____



Annexe 9. Résultats des entretiens

A. Le patient

Sexe et âge

Sexe	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Total
Homme	1	8	13	13	3	38
Femme	0	5	4	4	1	14
Total	1	13	17	17	4	52

Tableau : Tranches d'âge par sexe

Moyenne d'âge des hommes : **42,7 ans** avec un intervalle de confiance de 2,9 ans.

Moyenne d'âge des femmes : **41,1 ans** avec un intervalle de confiance de 4,5 ans.

Moyenne d'âge globale : **42,3 ans** avec un intervalle de confiance de 2,4 ans.

Type de prescripteur

Prescripteur	Nombre
Médecin traitant	28
Psychiatre	24
Total	52

Tableau : Type de prescripteur

Lieu de délivrance du médicament de substitution aux opiacés

Lieu de délivrance	Nombre
CSAPA	3
Officine	49
Total	52

Tableau : Lieu de délivrance du médicament de substitution aux opiacés



Catégorie socioprofessionnelle

Profession	Homme	Femme	Total
Agriculteur	0	0	0
Artisan, Commerçant	2	0	2
Cadre, Profession libérale	1	0	1
Employé, Ouvrier	10	3	13
Retraité	1	0	1
Sans emploi	23	11	34
Professeur	1	0	1
Total	38	14	52

Tableau : Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe

Situation familiale

Situation familiale	Homme	Femme	Total
Vit seul	19	6	25
Vit avec ses parents	3	0	3
Vit seul avec enfant(s)	3	1	4
Vit avec un conjoint seulement	7	5	12
Vit avec conjoint et enfant(s)	7	0	7
Autres	1	0	1
Total	40	12	52

Tableau : Situation familiale selon le sexe



B. Connaissance et vécu de la maladie et du traitement

1. Quel médicament de substitution vous est prescrit et à quelle posologie ?

MSO	Médecin traitant	Psychiatre	Total
Subutex®	15	11	26
Buprénorphine Haut Dosage	2	2	4
Méthadone® Sirop	5	7	12
Méthadone® Gélule	4	3	7
Suboxone®	2	1	3
Total	28	24	52

Tableau : Répartition des prescriptions de MSO selon le prescripteur

Dosage	BHD ou Subutex®	Suboxone®	Total
≤ 8 mg	16	1	17
8 < D ≤ 16 mg	11	1	12
> 16 mg	1	0	1
Total	28	2	30

Tableau: Dosage moyen prescrit pour le Subutex®, la Buprénorphine Haut Dosage et la Suboxone®

NB : Le total de patients sous BHD (Subutex®, génériques ou Suboxone®) est ici de 30 car pour trois patients nous n'avons pas récupéré le dosage du MSO.

Dosage	Méthadone® gélule	Méthadone® sirop	Total
≤ 40 mg	5	3	8
40 mg < D ≤ 60 mg	1	2	3
60 mg < D ≤ 100 mg	1	7	8
> 100 mg	0	0	0
Total	7	12	19

Tableau : Dosage moyen prescrit pour la Méthadone® gélule et sirop



2. Depuis quand prenez-vous un médicament de substitution, quel qu'il soit ?

MSO	d ≤ 5 ans	5 < d ≤ 10 ans	10 < d ≤ 20 ans	d > 20 ans	Total
BHD ou Subutex®	3	4	20	1	28
Méthadone® Sirop	3	5	3	1	12
Méthadone® Gélule	0	2	3	2	7
Suboxone®	1	0	2	0	3
Total	7	11	28	4	50

Tableau : Durée du traitement en fonction du médicament de substitution

3. Pour vous, dans quel cadre s'inscrit votre traitement ?

Cadre de prescription	Nombre
Maladie chronique	3
Addiction	40
Prise en charge de courte durée	0
Prise en charge de longue durée	20
Autres	3

Tableau : Cadre de prescription du traitement de substitution selon les patients

4. Pour vous quel sont les objectifs thérapeutiques de votre traitement ?

Objectifs du TSO	Nombre
Réduire mes consommations	4
Arrêter mes consommations	29
Ne plus être dépendant	26
Etre abstinent de toute consommation	12
Bénéficier d'un suivi médical régulier	18
Retrouver une vie sociale et ou professionnelle	15
Autres	5

Tableau : Objectifs du traitement de substitution aux opiacés selon les patients



5. Selon vous, que vous permet ce médicament de substitution dans votre vie quotidienne ?

Apports du TSO dans la vie quotidienne	Nombre
De me soigner	31
De ne plus avoir de signe de manque	22
De me sentir mieux	31
De me sentir comme tout le monde	21
D'augmenter ma confiance en moi	10
De retrouver un travail	5
D'envisager un avenir, avoir des projets	12
De me dépanner quand je n'ai pas de produit	0
De me défoncer	0
Autres	4

Tableau : Apports du traitement de substitution aux opiacés selon les patients

6. Avez-vous l'impression que votre traitement vous soit utile ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Utilité du TSO	Nombre
Non	1
Oui	51
Total	52

Tableau : Utilité du traitement de substitution aux opiacés selon les patients



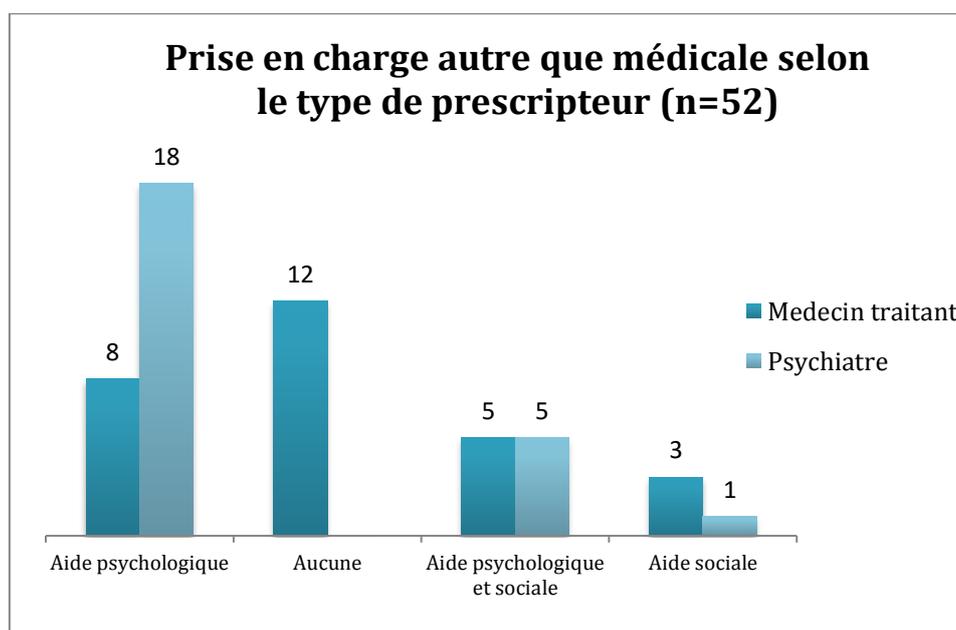
Bénéfices du traitement au quotidien	Nombre
Ne plus consommer de substances psychoactives	17
Pour être mieux	11
Pour être "normal", avoir une vie normale, bonne qualité de vie	10
Avoir un travail	8
Pour être bien	7
Ne pas être malade	4
Eviter le manque	2
Arrêter les pratiques d'injection ou de sniff	1

Tableau : Bénéfices du traitement de substitution aux opiacés pour les patients

7. Bénéficiez-vous d'une prise en charge autre que médicale ?

Prise en charge autre que médicale	Nombre
Oui	39
Non	13
Total	52

Tableau : Existence d'une prise en charge du patient autre que médicale



C. Modalités de prise du traitement

8.1 Par quelle voie d'administration prenez-vous votre médicament de substitution?

	BHD et Subutex®	Méthadone® sirop	Méthadone® gélule	Suboxone®	Total
En l'avalant tel quel	3	12	7	1	23
Dissout dans la bouche	20	0	0	2	22
En le sniffant, par voie nasale	3	0	0	0	3
En l'injectant	4	0	0	0	4
Total	30	12	7	3	52

Tableau : Voie d'administration du médicament de substitution aux opiacés

NB : quatre patients pratiquant l'injection ou le sniff avec le Subutex® en alternance avec la prise par voie sublinguale ont été inclut parmi les patients pratiquant l'injection ou le sniff même si ce n'est pas un usage exclusif.

8.2 Connaissez-vous les risques infectieux liés à l'injection et au sniff ?

8.3 Si oui, pouvez-vous les citer ?

Connaissance des risques infectieux liés à l'injection et au sniff	Nombre
Oui	44
Non	8
Total	52

Tableau : Connaissance des risques infectieux liés à l'injection et au sniff



Risques cités	Nombre
Hépatites	21
VIH	15
Infections	8
Destruction des cloisons nasales	4
Abcès	4
Altération des veines	3

Tableau : Risques infectieux cités par les patients

8.4 Savez-vous comment prévenir ces risques ?

Moyens de prévention	Nombre
Je ne partage pas le matériel (injection et sniff)	33
J'utilise du matériel stérile	20
Je suis le plus propre possible si injection ou sniff	14
Je me fais dépister régulièrement	11
Je ne pratique pas l'injection et le sniff	16
Autres	2

Tableau : Moyens de prévention cités par les patients

9. Comment avez-vous l'habitude de prendre votre médicament de substitution ?

Nombre de prise par jour	BHD ou Subutex®	Méthadone® Sirop	Méthadone® gélule	Suboxone®	Total
Une fois	10	7	7	1	25
Deux fois	15	4	0	2	21
Trois fois	1	1	0	0	2
Plus de trois fois	4	0	0	0	4
Total	30	12	7	3	52

Tableau : Nombre de prises par jour du médicament de substitution aux opiacés



10.1 Vous arrive-t-il de modifier la posologie prescrite par le médecin ?

Modification de la posologie	Nombre
Non	21
Diminution	4
Augmentation	18
Diminution et augmentation	9
Total	52

Tableau : Modification par les patients de la posologie prescrite

10.2 A quelle fréquence modifiez-vous la posologie ?

Modification de posologie	Moins d'une fois par semaine	Une fois par semaine	2-3 fois par semaine	4-6 fois par semaine	Tous les jours	Total
Diminution	2	0	2	0	0	4
Augmentation	11	4	2	0	1	18
Diminution et augmentation	4	1	1	0	3	9
Total	17	5	5	0	4	31

Tableau : Fréquence de modification de la posologie

10.3 Si vous diminuez la posologie, pour quelle(s) raison(s) le faites-vous ?

Raisons de la diminution de posologie	Nombre
Pour réduire plus rapidement les doses	8
Pour économiser des prises en cas de besoin ultérieur	4
Pour dépanner un ami	3
Pour revendre le médicament	0
Prise d'un autre opiacé	1
Pas besoin du médicament pour me sentir bien	3

Tableau : Raisons de diminution de la posologie du MSO citées par les patients



10.4 Si vous augmentez la posologie, pour quelle(s) raison(s) le faites-vous ?

Raisons de l'augmentation de posologie	Nombre
Pour me sentir mieux	12
Pour soulager un état de mal être	14
Pour soulager une douleur	1
Pour ressentir les effets du médicament	3
Pour consommer des doses non prises	1
Pour être plus "efficace"	3

Tableau : Raisons d'augmentation de la posologie du MSO citées par les patients

10.5 Si vous avez besoin d'augmenter la posologie, comment vous procurez-vous les doses manquantes ?

Obtention des doses manquantes	Nombres
Je demande à mon médecin un complément de traitement	17
Je vais voir un autre médecin pour avoir une prescription	3
Je me dépanne auprès d'amis	13
Je vais en acheter (marché noir)	4
Je me débrouille avec une ordonnance que j'ai récupérée ou falsifiée	0
Cela m'est arrivé d'en voler	0
Je demande à mon pharmacien une avance	1
Je prends des doses qu'il me reste	2

Tableau : Moyens d'obtention des doses manquantes du médicament de substitution aux opiacés



11. Connaissez-vous les risques de prendre plus de médicament que prévu ? Si oui, pouvez les citer ?

Connaissance des risques	Nombre
Non	34
Oui	18
Total	52

Tableau : Connaissance des risques de prendre plus de MSO que prévu par la prescription médicale

NB : Le nombre de patients ayant réellement connaissance du risque d'overdose est de 11.

12. Gestion du traitement au quotidien et capacités d'adaptation

12. Où avez-vous l'habitude de ranger vos médicaments de substitution chez vous ?

Rangement du médicament de substitution	Nombre
Lieu sécurisée (armoire fermée)	24
Espace de vie	15
Rangement accessible à l'entourage	9
Médicament détenu par une tierce personne (infirmier, voisine...)	4
Total	52

Tableau : Lieu de rangement du médicament de substitution au domicile



Situation familiale	Lieu sécurisé	Espace de vie	Rangement accessible à l'entourage	Tierce personne	Total
Vit seul	8	8	5	4	25
Vit avec ses parents	2	1	0	0	3
Vit seul avec enfant(s)	3	0	1	0	4
Vit avec un conjoint seulement	6	4	2	0	12
Vit avec conjoint et enfant(s)	5	1	1	0	7
Vit avec des amis	0	0	0	0	0
Autre	0	1	0	0	1
Total	24	15	9	4	52

Tableau : Lieu de rangement du MSO en fonction de la situation familiale

13. Connaissez-vous les effets indésirables de votre médicament de substitution ? Si oui, pouvez-vous me les citer ?

Connaissance des effets indésirables du MSO	Nombre
Non	26
Oui	26
Total	52

Tableau : Connaissance des effets indésirables du médicament de substitution par les patients



Effets indésirables	Nombre
Transpiration	13
Constipation	8
Somnolence	4
Prise de poids	4
Baisse de la libido	3
Dépendance	3
Manque	2
Autres	8

Tableau : Effets indésirables du médicament de substitution cités par les patients

14. S'il vous arrive d'avoir une douleur, par exemple une rage de dent, que faites-vous ?

Attitude en cas de douleur	Nombre
Je prends des antalgiques non opiacés	44
Je consulte mon médecin	14
J'augmente les doses du médicament de substitution	11
Je prends des antalgiques opiacés	8
Je demande conseil à mon pharmacien	3
Rien de particulier	1

Tableau : Attitude adoptée par les patients en cas de douleur

15. Vous arrive-t-il de consommer des substances psychoactives (licites ou illicites) ou des médicaments prescrits à des doses supérieures à celles prescrites par le médecin ? Si oui, le(s)quelle(s) ?

Consommation parallèle de substances psychoactives	Homme	Femme	Total
Oui	37	14	51
Non	1	0	1
Total	38	14	52

Tableau : Consommation parallèle de substances psychoactives



Sexe	Alcool	Tabac	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Autres opiacés	Autres substances
Homme	15	30	13	2	5	1	2
Femme	6	11	2	0	3	0	1
Total	21	41	15	2	8	1	3

Tableau : Consommation parallèle de substances psychoactives en fonction du sexe

NB : les autres substances citées par les patients sont le Vératran® (consommé à des doses supérieures à celles prescrites), la kétamine et les amphétamines.

Alcool

Mode de consommation

Mode alcool	Nombre
1. Injecté	0
2. Fumé/inhalé	0
3. Mangé/bu	21
4. Sniffé	0
5. Autres	0

Fréquence

Fréquence alcool	Nombre
1. Pas plus d'une fois	6
2. < ou = 1 fois/semaine	4
3. 2 à 3 fois par semaine	4
4. 4 à 6 fois/semaine	0
5. Chaque jour	7

Usage

Usage alcool	Nombre
1. Usage simple	8
2. Usage nocif	6
3. Dépendance	7



Tabac

Mode de consommation

Mode tabac	Nombre
1. Injecté	0
2. Fumé/inhalé	41
3. Mangé/bu	0
4. Sniffé	0
5. Autres	0

Fréquence

Fréquence tabac	Nombre
1. Pas plus d'une fois	1
2. < ou = 1 fois/semaine	0
3. 2 à 3 fois par semaine	0
4. 4 à 6 fois/semaine	0
5. Chaque jour	40

Usage

Usage tabac	Nombre
1. Usage simple	1
2. Usage nocif	0
3. Dépendance	40

Cannabis

Mode de consommation

Mode cannabis	Nombre
1. Injecté	0
2. Fumé/inhalé	15
3. Mangé/bu	0
4. Sniffé	0
5. Autres	0

Fréquence

Fréquence cannabis	Nombre
1. Pas plus d'une fois	2
2. < ou = 1 fois/semaine	1
3. 2 à 3 fois par semaine	5
4. 4 à 6 fois/semaine	1
5. Chaque jour	6

Usage

Usage cannabis	Nombre
1. Usage simple	4
2. Usage nocif	3
3. Dépendance	8



Héroïne

Mode de consommation

Mode héroïne	Nombre
1. Injecté	2
2. Fumé/inhalé	0
3. Mangé/bu	0
4. Sniffé	0
5. Autres	0

Fréquence

Fréquence héroïne	Nombre
1. Pas plus d'une fois	0
2. < ou = 1 fois/semaine	2
3. 2 à 3 fois par semaine	0
4. 4 à 6 fois/semaine	0
5. Chaque jour	0

Usage

Usage héroïne	Nombre
1. Usage simple	0
2. Usage nocif	1
3. Dépendance	1

Cocaïne

Mode de consommation

Mode cocaïne	Nombre
1. Injecté	5
2. Fumé/inhalé	1
3. Mangé/bu	0
4. Sniffé	2
5. Autres	0

Fréquence

Fréquence cocaïne	Nombre
1. Pas plus d'une fois	5
2. < ou = 1 fois/semaine	2
3. 2 à 3 fois par semaine	1
4. 4 à 6 fois/semaine	0
5. Chaque jour	0

Usage

Usage cocaïne	Nombre
1. Usage simple	3
2. Usage nocif	5
3. Dépendance	0



Autres opiacés

Mode de consommation

Mode autre opiacé	Nombre
1. Injecté	1
2. Fumé/inhalé	0
3. Mangé/bu	0
4. Sniffé	0
5. Autres	0

Fréquence

Fréquence autre opiacé	Nombre
1. Pas plus d'une fois	0
2. < ou = 1 fois/semaine	1
3. 2 à 3 fois par semaine	0
4. 4 à 6 fois/semaine	0
5. Chaque jour	0

Usage

Usage autre opiacé	Nombre
1. Usage simple	1
2. Usage nocif	0
3. Dépendance	0

Autres substances

Mode de consommation

Mode autres substances	Nombre
1. Injecté	0
2. Fumé/inhalé	1
3. Mangé/bu	0
4. Sniffé	1
5. Autres	1

Fréquence

Fréquence autres substances	Nombre
1. Pas plus d'une fois	1
2. < ou = 1 fois/semaine	0
3. 2 à 3 fois par semaine	1
4. 4 à 6 fois/semaine	0
5. Chaque jour	1

Usage

Usage autres substances	Nombre
1. Usage simple	1
2. Usage nocif	0
3. Dépendance	2



E. Projets, demandes

16. Seriez-vous intéressé pour participer à des séances collectives afin de discuter de votre état de santé et de votre traitement et d'échanger avec d'autres patients ?

Volonté de participer à des séances d'ETP	Nombre
Oui	28
Non	24
Total	52

Tableau : Volonté de participer à des séances collectives d'éducation thérapeutique

17. Seriez-vous intéressé que l'on vous tienne au courant de la mise en place de ces séances ?

Souhait d'être tenu au courant	Nombre
Oui	44
Non	8
Total	52

Tableau : Volonté d'être tenu au courant par un professionnel de santé de l'existence d'un programme d'éducation thérapeutique



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.





Olivia DUBOIS

Proposition d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sous traitement de substitution aux opiacés pris en charge dans le cadre d'un réseau ville-hôpital

Résumé :

La mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés ne résout pas tous les problèmes inhérents à la pathologie addictive et soulève différents enjeux.

L'éducation thérapeutique du patient, accompagnement pluridisciplinaire et personnalisé, semble pouvoir améliorer la prise en charge psycho-médico-sociale de ces patients.

Le travail effectué au sein de cette thèse a permis de mettre en évidence les besoins et attentes des patients vis-à-vis de leur maladie et de leur traitement.

L'objectif de cet écrit est de proposer des pistes de travail aux professionnels du réseau ville-hôpital pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sous traitement de substitution aux opiacés.

Mots-clés : Addiction, Opiacés, Education Thérapeutique du Patient, Entretiens patients, Projet pluridisciplinaire

Proposal of a therapeutic educational program of the patient under substitution treatment in opiates within the framework of a city-hospital network

Abstract :

The establishment of substitution treatment in opiates does not solve all the problems inherent of addicting pathology and raises various issues.

The therapeutic education of patients as well as multidisciplinary and personalized support, could apparently improve the psycho medico social care of these patients.

The work made within this thesis allowed to highlight needs and expectations of patients towards their disease and their treatment.

The aim of this document is to provide leads to professionals of the network for the elaboration of a therapeutic educational program of patients under substitution treatment in opiates.

Keywords : Addiction, Opiates, Therapeutic Education of the Patient, Patients interviews, Multidisciplinary project

