

## Faculté de Pharmacie

Année 2020

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 mars 2020

Par Salomé SANCHEZ

Né(e) le 22 décembre 1993 à Montauban

### **Rôle d'un pharmacien dans la construction d'un programme d'éducation thérapeutique du patient ayant une addiction aux opiacés.**

Thèse dirigée par Laurent ARNAUD et Catherine CHEVALIER

Examineurs :

Monsieur le Professeur Nicolas PICARD  
Monsieur le Docteur Laurent ARNAUD  
Madame le Docteur Catherine CHEVALIER  
Madame le Professeur Catherine FAGNERE  
Monsieur le Docteur André NGUYEN  
Madame Caroline CORNU

Président  
Directeur  
Co-directeur  
Juge  
Juge  
Membre invité





## Faculté de Pharmacie

Année 2020

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 mars 2020

Par Salomé SANCHEZ

Né(e) le 22 décembre 1993 à Montauban

### **Rôle d'un pharmacien dans la construction d'un programme d'éducation thérapeutique du patient ayant une addiction aux opiacés.**

Thèse dirigée par Laurent ARNAUD et Catherine CHEVALIER

Examineurs :

Monsieur le Professeur Nicolas PICARD  
Monsieur le Docteur Laurent ARNAUD  
Madame le Docteur Catherine CHEVALIER  
Madame le Professeur Catherine FAGNERE  
Monsieur le Docteur André NGUYEN  
Madame Caroline CORNU

Président  
Directeur  
Co-directeur  
Juge  
Juge  
Membre invité

## Liste des enseignants

---

Le 1<sup>er</sup> septembre 2019

### **PROFESSEURS :**

<b>BATTU</b> Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
<b>CARDOT</b> Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>DESMOULIERE</b> Alexis	PHYSIOLOGIE
<b>DUROUX</b> Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>FAGNERE</b> Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE ORGANIQUE
<b>LIAGRE</b> Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MAMBU</b> Lengo	PHARMACOGNOSIE
<b>ROUSSEAU</b> Annick	BIOSTATISTIQUE
<b>TROUILLAS</b> Patrick	CHIMIE PHYSIQUE - PHYSIQUE
<b>VIANA</b> Marylène	PHARMACOTECHNIE

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :**

<b>PICARD</b> Nicolas	PHARMACOLOGIE
<b>ROGEZ</b> Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE
<b>SAINT-MARCOUX</b> Franck	TOXICOLOGIE

### **ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :**

<b>CHAUZEIX</b> Jasmine	HEMATOLOGIE
<b>JOST</b> Jérémy	PHARMACIE CLINIQUE

### **MAITRES DE CONFERENCES :**

<b>BASLY</b> Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>BEAUBRUN-GIRY</b> Karine	PHARMACOTECHNIE

<b>BÉGAUD</b> Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTRÔLE DU MÉDICAMENT
<b>BILLET</b> Fabrice	PHYSIOLOGIE
<b>CALLISTE</b> Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>CHEMIN</b> Guillaume	BIOCHIMIE
<b>CLÉDAT</b> Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>COMBY</b> Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>COURTIOUX</b> Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
<b>DELEBASSÉE</b> Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
<b>DEMIOT</b> Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
<b>FABRE</b> Gabin	SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUES ET INGÉNIERIE APPLIQUÉE
<b>FROISSARD</b> Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>JAMBUT</b> Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
<b>LABROUSSE</b> Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>LAVERDET</b> Betty	PHARMACIE GALÉNIQUE
<b>LEGER</b> David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>MARRE-FOURNIER</b> Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>MERCIER</b> Aurélien	PARASITOLOGIE
<b>MILLOT</b> Marion	PHARMACOGNOSIE
<b>MOREAU</b> Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
<b>PASCAUD-MATHIEU</b> Patricia	PHARMACIE GALÉNIQUE – BIOMATÉRIAUX CERAMIQUES
<b>POUGET</b> Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>VIGNOLES</b> Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE

**ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :**

**BOUDOT** Clotilde

MICROBIOLOGIE  
(du 01/09/2018 au 31/08/2020)

**MARCHAND** Guillaume

CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE  
(du 01/09/2019 au 31/08/2020)

**PROFESSEURS EMERITES :**

**DREYFUSS** Gilles (jusqu'au 31/03/2020)

## Remerciements

---

A mon Président de thèse, Monsieur le Professeur Nicolas PICARD,

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

Pour la qualité de vos enseignements et votre bienveillance à l'égard des étudiants,

Je vous adresse mes plus sincères remerciements.

A mon Directeur de thèse, Monsieur le Docteur Laurent ARNAUD,

Pour m'avoir introduit à l'éducation thérapeutique lors de mon stage de 5<sup>ème</sup> année d'étude à la pharmacie du Centre Hospitalier Esquirol,

Pour m'avoir proposé de participer à ce projet,

Pour ton implication dans notre travail et tes conseils précieux,

Pour ta gentillesse, ta bienveillance, ta disponibilité et ton soutien,

Sois assuré de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

A ma Co-directrice de thèse, Madame le Docteur Catherine CHEVALIER,

Pour la confiance que vous m'avez accordée,

Pour m'avoir motivée et dirigée dans ce travail,

Veillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect.

A Madame le Professeur Catherine FAGNERE,

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

Pour la qualité de vos enseignements,

Pour votre écoute et votre disponibilité auprès des étudiants,

Recevez ici mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur André NGUYEN,

Pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury,

Pour m'avoir transmis vos connaissances et votre expérience en addictologie,

Pour votre gentillesse, votre ouverture d'esprit et votre disponibilité,

Soyez assuré de mon estime et de ma reconnaissance.

A Caroline CORNU, coordonatrice de l'UTEP Santé Mentale de Limoges,

Pour ton partage d'expérience,

Pour ton implication, ta disponibilité et tes conseils,

Reçois mes sincères remerciements.

A Valérie, assistante médico-administrative de l'UTEP Santé Mentale de Limoges,

Pour ta disponibilité et ton implication,

Pour ta gentillesse et ta bonne humeur,

Reçois mes sincères remerciements.

A mes proches,

A mes parents, pour votre soutien sans limites dans tous mes choix et mes projets. Vous m'avez appris à croire en moi et à ne jamais rien lâcher avant d'y arriver. Maman, tu es pour moi un exemple de détermination. Cette thèse n'aurait sûrement jamais vu le jour si vous n'aviez pas été là.

Depuis que je suis petite, tous mes amis me disent « tes parents sont trop cools ! » et je ne peux que confirmer ces dires ! Je suis heureuse d'avoir des parents à qui je peux confier mes joies et mes peines, et surtout avec qui je peux rire et en pleurer. Merci de m'avoir donné goût à l'art, au théâtre (merci Manouch), et à la musique (même si on râlait tous les vendredis soir avec Diego quand vous décidiez de nous amener encore voir un spectacle absurde). Merci de m'avoir transmis votre grain de folie, votre ouverture d'esprit et votre goût pour l'excentricité, la vie est bien plus drôle quand on sort des sentiers battus.

Et merci de ne pas m'avoir dit que vous aviez perdu Meiko quelques jours avant le concours de PACES, c'est sûr que je l'aurais loupé sinon.

A mon frère Diego, pour ta constante joie de vivre que tu arrives à me transmettre en toutes circonstances (ou presque). Merci de m'avoir accueillie à Barcelone, à Londres, à New-York, à Paris. Ces voyages ont tous été des bouffées d'air frais et des moments de bonheur que je n'oublierai jamais.

Tu es une des personnes avec qui je rigole le plus au monde, je suis heureuse qu'on ait autant de points communs et que tu sois toujours partant pour les concerts, les festivals, les voyages, et les spectacles. Vivement la suite de nos aventures !

A mes oncles Jojo et Luc et à ma tante Manouchka, tous pharmaciens, merci de m'avoir transmis votre passion pour ce métier. Je suis heureuse de pouvoir enfin vous appeler « mes collègues » !

A mes cousines Sarah, Manon et Lola, vous êtes comme des sœurs pour moi. Je suis heureuse d'avoir grandi avec des personnes aussi géniales et je suis trop impatiente qu'on se retrouve toutes les quatre l'été prochain ! Et merci d'avoir passé des repas de Noël sans parler parce que je devais dormir pour préparer le concours de PACES.

A mon cousin César, merci d'aussi bien m'accueillir quand je viens à Paris, même si tu m'humilies à tous les jeux vidéo sur toutes les consoles qui existent, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec toi.

A Sylvie, qui m'en voudra si je ne la remercie pas, je te remercie.

A mon chien Kiki et à mon chat Meiko, vous ne savez pas lire, mais merci d'embellir ma vie. Et faites un effort pour devenir copains.

A mes amis,

A Laura, pour avoir redoublé la deuxième année de pharmacie avec moi. On ne se connaissait pas, et on s'est assise à côté (par défaut) le jour de notre deuxième rentrée en P2. Je ne savais pas à ce moment là que tu allais être mon pilier jusqu'à la fin de mes études, et pourtant aujourd'hui c'est comme si tu faisais partie de ma vie depuis toujours.

Merci pour tous les bons moments passés à tes côtés. Je ne compte pas le nombre de white mocha que nous avons bu pour nous réconforter, ou encore le nombre de craquages pour évacuer la pression des révisions (mais je suis sûre que notre public se souvient de nos performances).

Sans toi je n'aurais sûrement jamais eu le courage d'aller au bout de ces études. Tu connais mieux que personne la lutte que j'ai menée ces dernières années, puisque tu l'as vécue avec moi, et j'ai hâte de pouvoir dire qu'ensemble nous avons réussi.

Après avoir dépensé sans compter dans les rues de Madrid, après avoir eu la peur de nos vies à Coney Island, j'ai hâte de voir ce qui nous attend cet été à La Réunion. Mais je sais que le meilleur est devant nous.

Et encore désolée d'avoir perdu le bip du garage.

A Lisa, rencontrée en colonie de vacances alors que nous n'avions que 13 ans. Le hasard de la vie a fait que nos chemins se sont croisés et on ne s'est jamais quittées depuis. C'est notre passion commune pour l'équitation qui nous a d'abord rapprochées, mais je pense que c'est notre humour douteux qui nous a réellement soudées. J'ai su que tu serais ma meilleure amie le jour où nous avons déraciné un arbre ensemble dans le but de faire une blague qui n'a fait rire que nous (et qui nous fait encore rire aujourd'hui, et c'est le principal).

Merci de m'avoir fait rencontrer tes amis, qui sont maintenant des personnes extrêmement importantes pour moi. Sans toi ma vie ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui. A nos cinq années de colo, à nos week-end à Disney, à nos concerts, nos festivals, à nos rires et nos larmes. A tous les moments à venir.

Tu es et sera toujours importante à mes yeux.

A Lucas, Jules, et Anelise, pour embellir mon quotidien. C'est vous les amis dont je parle dans le paragraphe destiné à Lisa, j'espère que vous vous êtes reconnu.

Merci Jules de nous avoir accueilli chez toi toutes les semaines pour les apéros (avec ou sans toi), et merci de nous accueillir à la grange tous les étés depuis.

Lucas, pour tous les fous rires partagés et ceux à venir. J'adore les moments passés avec toi, surtout ceux où je gagne au Can't Stop. Et bien sûr, merci d'avoir pris le temps de m'aider à faire la mise en page de cette thèse.

Anelise, en à peine plus d'un an tu es devenue une de mes amies les plus proches. Merci pour ton soutien et ta joie de vivre, ne change rien. Notre bon goût musical nous a soudées et j'ai tellement hâte qu'on mette nos talents de danseuses en application à Solidays. Pouloulou.

A Loli et Agathe, mes sœurs de cœur, pour me garder jeune et dynamique. Sans vous la vie aurait moins de goût. Vous êtes toujours là pour moi, merci de me comprendre aussi bien.

Loli, j'ai l'impression que tu fais partie de ma vie depuis toujours. C'est un peu le cas sauf qu'avant tu étais « la copine de mon petit frère », donc pas assez cool pour l'ado que j'étais. Je n'aurais jamais pensé que 13 ans plus tard on serait aussi importantes l'une pour l'autre.

Gratgrat, merci pour toutes les petites attentions que tu as au quotidien. J'ai découvert en toi une personne sensible et attachante et je suis heureuse que tu fasses partie de ma vie. Et grâce à toi il m'arrive de manger des légumes.

Vous êtes toutes les deux mes rayons de soleil.

A Julien, pour ton empathie en toutes circonstances.

Mon Juju, tout a commencé par nos « bonjour » de loin lorsqu'on se croisait en soirée. Et finalement, une soirée nous a suffi pour dépasser nos premières impressions et pour décider de partir en festival ensemble. Tu me fais rire comme personne et j'adore passer du temps avec toi, même si on a rien à se dire.

Merci d'être mon ami.

A Cendrine, pour avoir été d'un grand soutien pendant mes études. Tu m'as fait me sentir chez moi à Toulouse alors que je n'y habitais pas encore. Merci pour ta bonne humeur contagieuse et pour toutes les fois où nous avons rit (et dansé) ensemble.

A William, pour m'avoir aidé à garder le sourire pendant ma cinquième et ma sixième année d'étude, et pour avoir été de la partie à toutes les épreuves de rattrapages avec moi. Je te souhaite d'aussi bien réussir en médecine !

A Eléonore, pour avoir pris de ton temps pour m'aider dans ce projet. Et merci de toujours être aussi joviale.

## 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 .....	21
L'addiction aux opiacés .....	23
I.1. L'addiction.....	23
I.1.1. Définition .....	23
I.1.2. Les différents niveaux d'usage .....	25
I.1.3. Mécanismes de l'addiction.....	26
I.1.4. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM V.....	29
I.2. Les opiacés.....	30
I.2.1. Définition .....	30
I.2.2. Classification .....	31
I.2.2.1. Les opiacés licites .....	32
I.2.2.1.1. Morphine et dérivés morphiniques .....	32
I.2.2.1.1.1. Physiopathologie.....	32
I.2.2.1.1.2. Mode de consommation .....	33
I.2.2.1.1.3. Effets aigus et chroniques .....	33
I.2.2.1.1.4. Toxicité .....	34
I.2.2.1.2. Buprénorphine haut dosage.....	34
I.2.2.1.2.1. Physiopathologie.....	34
I.2.2.1.2.2. Mode de consommation .....	35
I.2.2.1.2.3. Effets aigus et chroniques .....	35
I.2.2.1.2.4. Toxicité .....	36
I.2.2.1.3. Méthadone .....	36
I.2.2.1.3.1. Physiopathologie.....	36
I.2.2.1.3.2. Mode de consommation .....	36
I.2.2.1.3.3. Effets aigus et chroniques .....	37
I.2.2.1.3.4. Toxicité .....	37
I.2.2.1.4. Etat des lieux de la consommation des opiacés licites en France .....	38
I.2.2.2. L'héroïne : un opiacé illicite .....	40
I.2.2.2.1.1. Physiopathologie.....	40
I.2.2.2.1.2. Mode de consommation .....	40
I.2.2.2.1.3. Effets aigus et chroniques .....	41
I.2.2.2.1.4. Toxicité .....	41
I.2.2.2.1.5. Etat des lieux de la consommation d'héroïne en France .....	42
I.2.3. Phénomènes de dépendance, de tolérance et de craving .....	42
I.2.4. Prise en charge de l'addiction aux opiacés.....	43
I.3. Les médicaments de substitution aux opiacés .....	45
I.3.1. Définition .....	45
I.3.2. Principe de substitution .....	45
I.3.3. Mécanisme d'action.....	46
I.3.3.1. Buprénorphine haut dosage .....	46
I.3.3.2. Méthadone.....	46
I.3.4. Effets indésirables .....	46
I.3.5. Prescription et délivrance .....	47
I.4. Problématiques liées à l'addiction aux opiacés .....	50
I.4.1. Problématiques liées au traitement de substitution aux opiacés .....	50

I.4.1.1. Perception du traitement de substitution aux opiacés par les patients.....	50
I.4.1.2. Risques liés aux mésusages et au détournement .....	54
I.4.1.2.1. Non respect de la voie d'administration .....	54
I.4.1.2.2. Fractionnement des prises.....	56
I.4.2. Facteurs externes pouvant influencer la prise en charge .....	56
I.4.2.1. Polyconsommations .....	56
I.4.2.2. Retrait social .....	58
I.4.2.3. Gestion de la douleur .....	60
II. L'éducation thérapeutique .....	63
II.1. Généralités .....	63
II.1.1. Définitions et objectifs.....	63
II.1.2. Cadre législatif.....	64
II.1.3. A quels patients l'éducation thérapeutique s'adresse-t-elle ?.....	65
II.1.4. Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient.....	66
II.1.5. Quels sont les acteurs de l'éducation thérapeutique ? .....	68
II.1.5.1. Les professionnels .....	68
II.1.5.2. Implication des patients.....	71
II.1.6. Les différentes étapes pour le patient au cours d'un programme d'éducation thérapeutique .....	73
II.1.6.1. Diagnostic éducatif.....	73
II.1.6.2. Programme personnalisé .....	74
II.1.6.3. Mise en œuvre des séances .....	75
II.1.6.4. Evaluation individuelle.....	76
II.2. Construction d'un programme d'éducation thérapeutique .....	77
II.2.1. Gestion de projet.....	77
II.2.1.1. Analyse du contexte et de la demande.....	78
II.2.1.2. Identification des besoins .....	78
II.2.1.3. Identification des ressources.....	78
II.2.2. Financement.....	79
II.2.3. Composition d'une équipe pluridisciplinaire .....	79
II.2.4. Construction d'un référentiel de compétences .....	80
II.2.5. Définition des objectifs généraux et spécifiques .....	81
II.2.6. Construction des conducteurs de séances .....	82
II.2.7. Evaluations annuelle et quadriennale du programme .....	84
II.2.8. Dossier ARS.....	86
II.2.8.1. Description du programme .....	87
II.2.8.2. Rédaction et signature d'une charte d'engagement et de confidentialité .....	87
II.2.8.3. Collecte des attestations de formation.....	88
II.2.8.4. Dépôt du dossier .....	88
II.2.9. Communication .....	89
II.3. Place de l'éducation thérapeutique en santé mentale .....	90
II.4. L'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient en psychiatrie et santé mentale du Limousin.....	92
II.4.1. Contexte.....	92
II.4.2. Historique .....	94
II.4.3. Missions .....	95
II.4.4. Composition et rôle de l'équipe dédiée .....	96
II.4.5. Stratégie de déploiement des programmes .....	97

III. Participation, en collaboration avec une UTEP et l'équipe porteuse, à l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients sous traitement de substitution aux opiacés.....	99
III.1. Contexte .....	99
III.1.1. Structure porteuse de projet .....	99
III.1.2. Justification du projet.....	100
III.1.2.1. Données épidémiologiques .....	100
III.1.2.1.1. En Nouvelle-Aquitaine .....	101
III.1.2.1.2. En Limousin.....	103
III.1.2.2. Enquête préalable auprès des usagers .....	104
III.1.2.3. Place dans la stratégie de déploiement des programmes en Limousin .....	105
III.2. Construction du programme spécifique « opiacés ».....	106
III.2.1. Matériel et méthode .....	106
III.2.2. Evaluation des besoins et construction du référentiel de compétences .....	106
III.2.3. Construction des conducteurs de séance .....	109
III.2.4. Evaluations.....	116
III.2.4.1. Des compétences du patient.....	116
III.2.4.2. Des effets du programme.....	117
III.2.5. Communication .....	118
III.2.6. Dépôt du dossier auprès de l'ARS .....	118
Conclusion .....	119
Références bibliographiques .....	121
Annexes .....	127
Serment De Galien.....	161

## Table des illustrations

---

Figure 1. L'addiction : modèle trivarié de Claude Olievenstein.....	24
Figure 2. Pyramide médicale des usages.....	26
Figure 3. Système de récompense.....	27
Figure 4. Quantité de dopamine libérée chez le sujet dépendant et chez le sujet lambda. ...	28
Figure 5. Structures chimiques de la codéine, de la morphine et de la méthadone.....	30
Figure 6. Evolution de la consommation des principaux opioïdes faibles en ville en France.	38
Figure 7. Evolution de la consommation des principaux opioïdes forts en ville en France ....	38
Figure 8. Evolution de la consommation de buprénorphine haut dosage et de méthadone depuis 1995.....	39
Figure 9. Kit stérile Stéribox®.....	43
Figure 10. Exemple de prescription de médicament stupéfiant sur ordonnance sécurisée ...	48
Figure 11. Evolution des doses de médicaments dans le sang selon s'il existe des pratiques de mésusage ou non.....	54
Figure 12. Intégration de l'ETP à la stratégie thérapeutique .....	67
Figure 13. Processus d'évaluation d'un programme d'ETP autorisé .....	85
Figure 14. Niveau d'expérimentation d'au moins une drogue illicite autre que le cannabis à 17 ans en 2017.....	102
Figure 15. Evolution du taux de vente de kits de Steribox®, de boîtes de Subutex® et de boîtes de Méthadone en Limousin et en France de 2004 à 2011 pour 100 habitants de 20 à 39 ans .....	103
Figure 16. Illustration d'un groupe de personnes en train de faire un brainstorming .....	111
Figure 17. Photo d'un Métaflan® .....	111
Figure 18. Photo du jeu "Tadikwa" .....	113
Figure 19. Exemple de photos pouvant être utilisées lors d'un photolangage .....	114
Figure 20. Extrait de quelques cartes "aidants" du jeu "Comète" .....	115
Figure 21. Exemple de graphique type « radar » permettant le suivi des objectifs avant et après le programme spécifique "opiacés" .....	116

## Table des tableaux

---

Tableau 1. Fréquence des consommations de substances psychoactives parmi les usagers recevant un traitement de substitution aux opiacés, 1998 et 2002.....	57
Tableau 2. Entourage des usagers des CAARUD en 2015 (en %) .....	59
Tableau 3. Type de logement des usagers selon le sexe et l'âge en 2015 (en %).....	59
Tableau 4. Principales douleurs rencontrées chez le patient addict aux opiacés et traitements appropriés .....	62
Tableau 5. Education thérapeutique et psychoéducation.....	90
Tableau 6. Prévalence des troubles détectés par le questionnaire MINI en Haute-Vienne ...	93
Tableau 7. Programmes d'ETP ayant obtenu l'autorisation de l'ARS dans l'ex-région Limousin.....	93
Tableau 8. Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans.....	100



## Liste des abréviations

---

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien  
ALD : Affection Longue Durée  
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché  
ARS : Agence Régionale de Santé  
BEF : Bilan Educatif Final  
BHD : Buprénorphine Haut Dosage  
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues  
CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine  
CEIP : Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance  
CH : Centre Hospitalier  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination  
DE : Diagnostic Educatif  
DJ : Dose Journalière  
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé  
ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de la journée d'Appel et de Préparation à la Défense  
ESpAD : European School Survey on Alcohol and Others Drugs  
ETP : Education Thérapeutique du Patient  
FIR : Fond d'Intervention Régional  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HBSC : Health Behaviour in School-aged Children  
HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire  
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
INVS : Institut National de Veille Sanitaire  
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé  
MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique  
MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés  
ODICER : Observation des Drogues pour l'Information sur les Comportements En Région  
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
OPPIDUM : Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse  
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale  
TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés  
UTEP : Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine



## Introduction

---

L'addiction aux opiacés est une maladie chronique qui a un réel impact sur la vie des patients. Elle nécessite un accompagnement sur le long terme et pose un problème de santé publique majeur.

La consommation d'opiacés est le premier motif de consultation dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, pour les drogues illicites.

Le médicament de substitution aux opiacés n'est qu'un élément du traitement de l'addiction. Il permet néanmoins de favoriser l'inscription dans un processus d'accompagnement thérapeutique, indispensable à la prise en charge globale du patient : médicale, psychologique et sociale. Cela nécessite une intervention multidisciplinaire et une coordination dans le cadre d'un travail en réseau.

L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu d'apprentissage et de soutien psychosocial qui permet au patient une meilleure gestion de la maladie et de son traitement au quotidien et vise à le rendre acteur de ses soins. Cela permet de renforcer l'accompagnement du patient dans le parcours de soin.

Par sa mise en œuvre pluridisciplinaire et son caractère personnalisé, l'éducation thérapeutique a entièrement sa place dans la prise en charge du patient addict aux opiacés. Cependant, il existe à ce jour peu de programmes concernant cette problématique.

Depuis 2016, dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire, un nouveau mode de coopération entre les établissements de santé d'un même territoire a été instauré. Ainsi, les structures chargées de coordonner et de permettre le déploiement des programmes d'éducation thérapeutique s'inscrivent dans une vision plus partagée de l'offre de soins et sont encouragées à proposer des projets répondant aux besoins de la population.

Dans ce contexte, le CSAPA Bobillot à Limoges a sollicité l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient en psychiatrie et santé mentale du Limousin pour l'accompagner dans la construction d'un programme cohérent répondant aux besoins des usagers sur le territoire.

Dans la première partie de notre travail, nous nous intéresserons à l'addiction aux opiacés, aux médicaments de substitution aux opiacés et aux problématiques liées à cette addiction.

Dans la deuxième partie, nous aborderons l'éducation thérapeutique et les modalités de construction d'un programme, puis nous présenterons l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient en psychiatrie et santé mentale du Limousin.

Enfin, dans la troisième partie, nous expliquerons comment, en collaboration avec l'UTE, nous avons pu élaborer un programme d'éducation thérapeutique pour les patients sous traitement de substitution aux opiacés.

L'objectif de cet écrit est de présenter la construction d'un programme d'ETP au travers du regard d'un pharmacien intégré à l'équipe pluridisciplinaire.



# L'addiction aux opiacés

---

## I.1. L'addiction

### I.1.1. Définition(1–4)

En 1990, Aviel Goodman, psychiatre américain, publie un article dans lequel il propose une définition de l'addiction :

*« processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la foi pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives. »*

Ainsi, Aviel Goodman englobe dans ce concept deux types d'addictions :

- Les addictions aux substances psychoactives licites (alcool, tabac, médicaments...) ou illicites (cannabis, héroïne, cocaïne...);
- Les addictions sans substances, dites comportementales : achats, jeux d'argent, jeux vidéos, activité physique, troubles des conduites alimentaires...;

Les similitudes comportementales retrouvées entre les addictions sans drogues et les addictions aux substances psychoactives sont expliquées par des mécanismes neurobiologiques proches.

#### Les conduites addictives sont définies par les critères de Goodman (1990) :

- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement ;
- Sensation croissante de tension précédant immédiatement l'épisode ;
- Plaisir ou soulagement pendant sa durée ;
- Sensation de perte de contrôle pendant la durée du comportement ;
- Présence d'au moins cinq des neuf critères secondaires suivants :
  - o Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation ;
  - o Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine ;
  - o Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement ;
  - o Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre ;
  - o Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, sociales ou familiales ;
  - o Abandon ou limitation importante d'activités sociales, occupationnelles ou de loisir du fait du comportement ;

- Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique ;
- 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 ;
- Nervosité ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'engager dans le comportement.

De manière à mieux appréhender le processus addictif, Claude Olievenstein a élaboré un modèle trivarié, expliquant la toxicomanie comme « *la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel* ». Cette approche montre l'importance des interactions entre la personne, le produit et l'environnement.

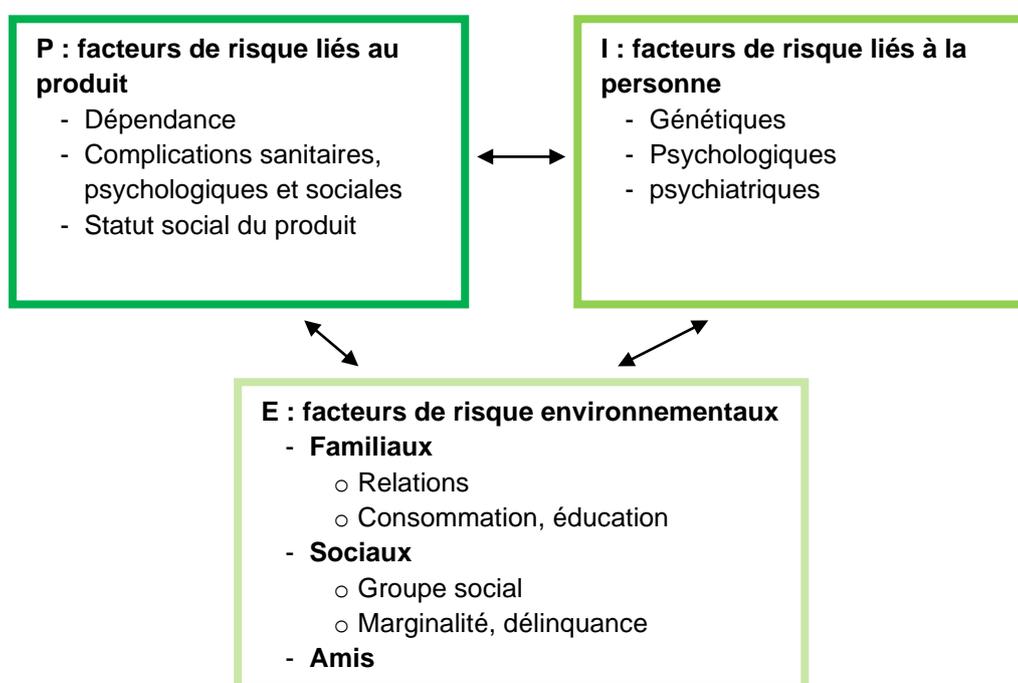


Figure 1. L'addiction : modèle trivarié de Claude Olievenstein.

Ce modèle, actualisé par Marc Valleur, est valable pour les addictions avec et sans substances. Effectivement, le produit ne représente que l'une des composantes de l'addiction.

Arrêter de consommer ne suffit pas forcément à stopper le processus addictif. Il est fréquent que des personnes dépendantes « remplacent » un produit par un autre (le tabac par la nourriture) ou par un comportement (l'alcool par les jeux d'argent).

**La prise en charge de l'addiction nécessite un accompagnement sur le long terme et une intervention multidisciplinaire, classant l'addiction dans les maladies chroniques.**

### **I.1.2. Les différents niveaux d'usage(2,3,5)**

Selon la substance consommée, il faut plus ou moins de temps pour que la dépendance s'installe. De l'usage simple à la dépendance, il existe une évolution lente et progressive du comportement.

Les différentes étapes de cette évolution peuvent être définies ainsi :

- **L'abstinence** : absence de consommation d'une substance. On la qualifie de primaire s'il n'y a jamais eu expérimentation de la substance, et de secondaire si elle fait suite à une période de consommation.
- **L'usage simple** : consommation qui n'induit pas de dommage ni de complications. L'usager peut arrêter de consommer s'il le désire. L'usage simple ne relève pas d'une problématique pathologique mais d'un souci de prévention pour ne pas dériver vers l'abus voire la dépendance.
- **L'usage à risque** : consommation qui met le consommateur ou une tierce personne en danger, sans critère d'abus ni de dépendance (exemples : la conduite de véhicule après consommation d'alcool ; la consommation de tabac chez la femme enceinte).
- **L'usage nocif ou abus** : consommation induisant des dommages repérables aux niveaux somatique, psychoaffectif et social. Ce type d'usage entraîne des conséquences négatives, telles que :
  - o La survenue ou l'aggravation de problèmes personnels, psychologiques, somatiques ou sociaux ;
  - o Des difficultés, voire l'incapacité à remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
  - o La répétition de la consommation d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (conduite de voiture) ;
  - o Des problèmes judiciaires répétés liés à la consommation de substance.

Au-delà de ces différents types d'usage, on arrive au stade de dépendance. La dépendance est caractérisée par un besoin irrésistible de consommer : le craving. Elle s'installe plus ou moins progressivement et le consommateur ne se rend pas compte, dans les premiers temps, de la perte de contrôle de ses consommations.

Tout le monde n'est pas égal devant le risque de dépendance tant au plan biologique que psychologique. Diminuer ou arrêter la consommation de produits s'avère plus ou moins complexe suivant le stade où en est la personne dans son usage.

Le risque de reprise de la consommation est fréquent pour les personnes dépendantes. Si elle est possible, la sortie de la dépendance nécessite plusieurs étapes d'accompagnement et de soins.

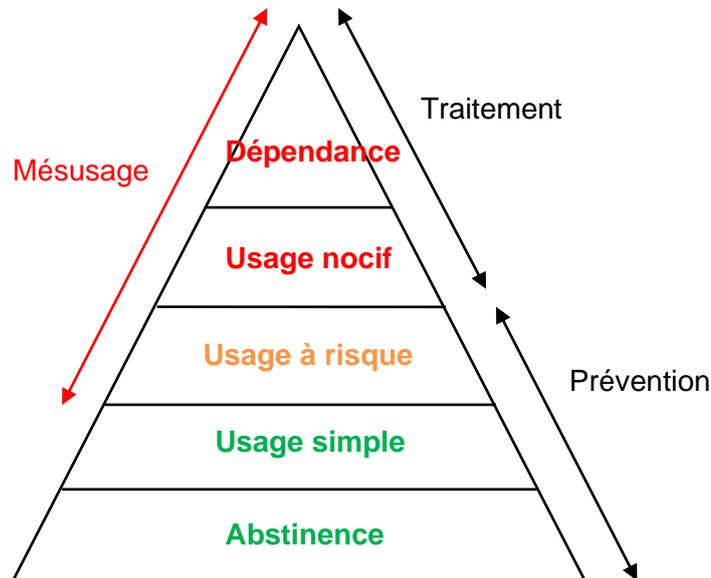


Figure 2. Pyramide médicale des usages.

### I.1.3. Mécanismes de l'addiction(1,6)

La difficulté des personnes dépendantes à contrôler leur comportement de consommation s'explique par une altération des mécanismes cérébraux, plus précisément du système de « récompense et de punition ».

C'est au niveau du circuit du plaisir et de la gestion des émotions que l'on constate des altérations neurobiologiques. Ce circuit est formaté dès l'enfance, en fonction des expériences précoces de plaisir et de déplaisir. Ainsi, les événements, émotions et stress précoces préparent la sensibilité et la réactivité de ce système.

La dopamine est le neuromédiateur clé du système de récompense. Les gratifications naturelles et la plupart des drogues addictives agissent sur la transmission dopaminergique en stimulant sa libération par les neurones de l'aire tegmentale ventrale qui se projettent au niveau de l'hypothalamus, de l'amygdale, du septum, du noyau accumbens et du cortex préfrontal.

Le seuil dopaminergique varie selon la récompense :

- Il augmente dans l'attente du plaisir ;
- Il est encore plus élevé lors de la récompense ;
- Il ne retourne à son état basal qu'après l'obtention de la récompense ;
- L'absence de récompense fait que l'activité dopaminergique se situe en dessous du seuil ce qui entraîne des sensations de mal-être, d'anxiété et d'irritabilité.

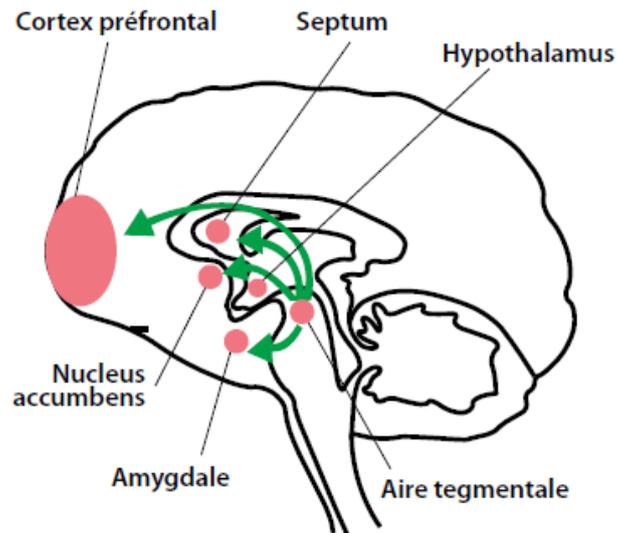


Figure 3. Système de récompense.

Le seuil dopaminergique est relatif : un événement stressant, ou une ingestion chronique de produits provoquant des hausses répétées de dopamine, peuvent augmenter ce seuil.

A long terme, le réseau dopaminergique s'emballe et provoque un besoin incessant de plaisir. Le sujet se retrouve alors dans un état émotionnel négatif et la seule solution pour pallier à cet état rapidement est la consommation de substances.

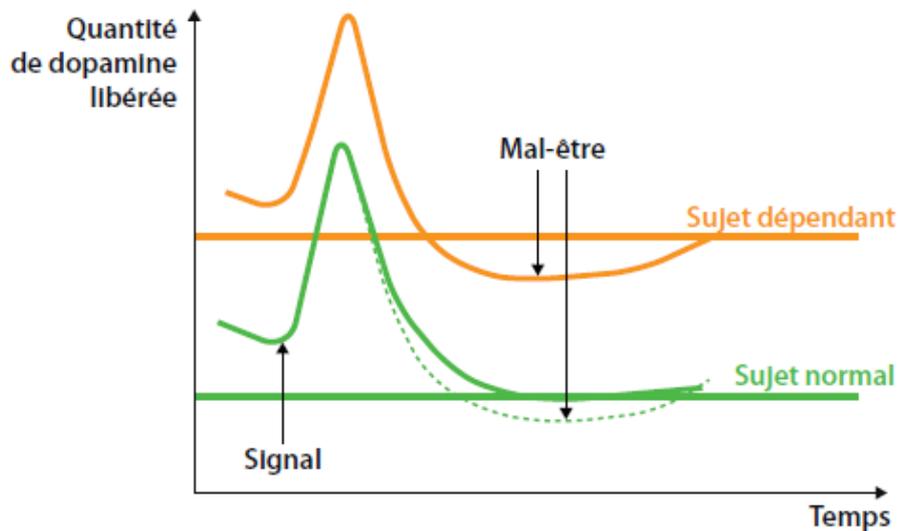


Figure 4. Quantité de dopamine libérée chez le sujet dépendant et chez le sujet lambda.

A cela s'ajoute un autre mécanisme : l'activation des récepteurs aux endorphines par des molécules endogènes. La production naturelle d'endorphines joue un rôle dans l'antalgie et la sensation de bien-être.

En cas de consommation régulière de drogue, il y a une stimulation répétée des récepteurs aux endorphines : cela entraîne une diminution de la production naturelle d'endorphines. Le plaisir n'est alors obtenu que par l'apport de substance extérieure, ce qui induit un manque dès l'arrêt de la consommation.

Enfin, des stimuli associés de manière répétée à la consommation de drogue, comme un lieu ou un moment de la journée toujours identiques, peuvent à terme activer la libération de dopamine avant même la prise de drogue. On parle de conditionnement. Ce phénomène peut expliquer le rôle de l'environnement dans l'addiction.

#### **I.1.4. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM V(3,7,8)**

La cinquième et dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est un référentiel des critères diagnostiques de troubles d'utilisation des substances.

Selon ce manuel, il s'agit d'un mode d'utilisation inadapté d'un produit, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris 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 du produit ;
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, l'utiliser ou en récupérer les effets ;
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit ;
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit ;
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit ;
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a. Besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
  - b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit ;
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
  - b. Le produit est consommé pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

La sévérité des troubles est déterminée selon le nombre de critères rencontrés :

- Présence de deux à trois critères : addiction légère ;
- Présence de quatre à cinq critères : addiction modérée ;
- Présence de six critères ou plus : addiction sévère.

## I.2. Les opiacés

### I.2.1. Définition(3,9,10)

Les opiacés sont des dérivés de l'opium extrait de la graine de pavot, de la famille des *Papavéracées*, *Papaver somniferum album*. Ils sont utilisés en médecine depuis des années pour leurs propriétés antalgiques, anti-diarrhéiques et antitussives. C'est à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle que les usages détournés ont commencé, notamment avec la synthèse de l'héroïne.

Il faut différencier les opiacés, dérivés de l'opium issu du pavot, et les opioïdes, substances opiacées psychotropes de synthèse :

- Un opiacé est toute substance dérivée de l'opium extraite du pavot. La morphine est le produit de référence des opiacés.
- Un opioïde est une substance opiacée psychotrope de synthèse dont les effets sont similaires à ceux de la morphine mais dont la structure chimique est tout à fait différente. Les opioïdes exercent leurs effets par stimulation des récepteurs opiacés logés dans le système nerveux. Cette liaison aux récepteurs peut entraîner :
  - o Une action tout à fait comparable à celle d'un opiacé ; on parle d'agoniste entier (par exemple, la méthadone) ;
  - o Une action partiellement comparable à celle d'un opiacé ; on parle d'agoniste partiel (par exemple, la buprénorphine) ;
  - o Un blocage du récepteur qui le rend indisponible pour un opiacé ; on parle alors d'antagoniste (par exemple, la naloxone).

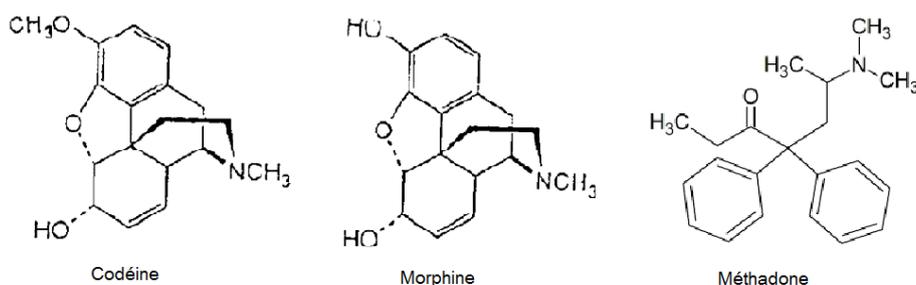


Figure 5. Structures chimiques de la codéine, de la morphine et de la méthadone.

Cependant, nous utiliserons le terme « opiacé » tout le long de cet écrit afin de simplifier son écriture et sa compréhension. Il fera à la fois référence aux agonistes et aux antagonistes morphiniques, que leur structure ressemble ou non à celle de la morphine.

Entre autres, nous désignerons la morphine et ses dérivés, l'héroïne, la codéine, la méthadone et la buprénorphine d'opiacés. Une de leurs caractéristiques majeures étant leur capacité à induire une dépendance psychique et physique.

### **I.2.2. Classification(11)**

Les classifications sont diverses et nombreuses et témoignent de différentes approches, selon si les drogues sont perçues :

- d'un point de vue médical, suivant leurs effets psychotropes ;
- d'un point de vue sanitaire et social, suivant les risques liés à leur usage ;
- d'un point de vue juridique, suivant leur nocivité relative.

Les premières classifications à paraître étaient médicales et effectuées à partir d'observations cliniques. Nous retiendrons la classification de Pelicier et Thuillier, en 1991, qui consiste à classer les drogues en trois groupes :

- Les dépresseurs du système nerveux central : alcool, benzodiazépines, opiacés...
- Les stimulants : nicotine, cocaïne...
- Les perturbateurs : chanvre indien, hallucinogènes...

Les classifications suivantes ont des approches sanitaires et sociales, elles tentent d'évaluer le pouvoir toxicomanogène des substances psychoactives et d'apprécier l'ensemble des risques liés à l'usage et à l'abus.

Ainsi, en 1971 la classification de l'OMS prend en compte l'aptitude des drogues à engendrer une dépendance psychique, physique et une tolérance.

En 1998, la classification du rapport Roques présente une approche globale, en prenant en compte à la fois les problèmes médicaux et les risques sociaux liés à la consommation de substances psychoactives.

Les critères de classification retenus sont les suivants :

- L'activation des circuits dopaminergiques de récompense ;
- L'établissement d'une hypersensibilité à la dopamine ;
- L'activation des récepteurs aux opiacés ;
- La dépendance physique ;
- La dépendance psychique ;
- La neurotoxicité ;
- La toxicité générale ;
- La dangerosité sociale ;
- La possibilité de traitement de substitution.

Pour la suite de cet écrit, nous classerons les opiacés en deux catégories : les opiacés licites, et les opiacés illicites.

### **I.2.2.1. Les opiacés licites**

#### **I.2.2.1.1. Morphine et dérivés morphiniques**

##### **I.2.2.1.1.1. Physiopathologie(12)**

La morphine et ses dérivés (codéine, hydromorphone, fentanyl, oxycodone, péthidine, tramadol...) sont des médicaments antalgiques de palier III destinés à être utilisés en cas de douleurs intenses. Ces analgésiques opioïdes agissent au niveau du système nerveux central où leur action est dose-dépendante : selon les doses et le terrain, leur action sur le comportement psychomoteur peut entraîner sédation ou excitation.

La relation dose-efficacité-tolérance est très variable d'un patient à l'autre. Il est donc important d'évaluer l'efficacité et la tolérance, et d'adapter la posologie progressivement en fonction des besoins du patient. Il n'y a pas de dose maximale, tant que les effets indésirables sont contrôlés.

#### **I.2.2.1.1.2. Mode de consommation(12–14)**

La morphine est le plus souvent administrée par voie orale sous forme de gélules à libération prolongée. La dose journalière totale doit être répartie en deux prises à 12 heures d'intervalle. Des formes à libération immédiate peuvent être associées pour soulager les crises douloureuses.

La morphine peut aussi être administrée par voie intraveineuse de manière fractionnée jusqu'à obtention d'une analgésie satisfaisante et avec surveillance continue du patient.

La voie intramusculaire n'est pas recommandée car elle est douloureuse et ne présente pas d'avantage cinétique par rapport à la voie sous-cutanée.

Les voies péridurale, intrathécale et intraventriculaire nécessitent que :

- La morphine utilisée soit sans conservateur ;
- La solution soit filtrée avant l'injection.

Le fentanyl est le seul dérivé morphinique se présentant sous forme de dispositif transdermique à appliquer sur une région non lésée et glabre de la peau du haut du corps.

Cependant, il existe un détournement de ces substances pour un usage récréatif ou parfois pour servir de traitement de substitution aux opiacés. La spécialité principalement détournée est le Skenan<sup>®</sup> (sulfate de morphine). Ce médicament se présente sous forme de gélules, mais souvent, les usagers préféreront utiliser la voie intraveineuse et consommeront des doses supérieures aux recommandations légales.

#### **I.2.2.1.1.3. Effets aigus et chroniques(12,14)**

En plus de l'action analgésique, la morphine et ses dérivés possèdent des effets déprimeurs respiratoires (c'est pour cette raison que l'on retrouve de la codéine dans certains sirops contre la toux). Cependant, ces effets s'atténuent en cas d'administration chronique.

L'action de la morphine et ses dérivés sur le centre du vomissement et sur la vidange gastrique lui confèrent des propriétés émétisantes.

Enfin, la morphine et ses dérivés exercent une action sur les muscles lisses au niveau du tube digestif, qui provoque un spasme des sphincters.

Lors d'une consommation de morphine ou d'un de ses dérivés dans le cadre d'un suivi médical, le traitement est généralement de courte durée. Des effets aigus peuvent alors apparaître : nausées, vomissements, constipation, rétention urinaire, bradycardie, hypotension, somnolence, dysphorie. Ces effets peuvent être contrôlés et sont réversibles à l'arrêt du traitement.

D'autres effets peuvent apparaître si la morphine ou un de ses dérivés est consommé dans un cadre illégal sans contrôle des doses et de la durée de traitement. On ajoutera aux effets aigus cités précédemment des effets chroniques : installation d'une dépendance psychique et physique suivie de la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir un effet identique (phénomène de tolérance).

En cas de traitement prolongé par la morphine, l'arrêt brutal entraîne un syndrome de sevrage, caractérisé par les symptômes suivants : anxiété, irritabilité, frissons, mydriase, bouffées de chaleur, sudation, larmoiement, rhinorrhée, nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhées, arthralgies. Ce syndrome peut-être évité par une diminution progressive des doses.

#### **I.2.2.1.1.4. Toxicité(12)**

En cas de surdosage de morphine ou de dérivé morphinique, la somnolence constitue un signe d'appel précoce de l'apparition d'une décompensation respiratoire. D'autres symptômes apparaissent : myosis extrême, hypotension, hypothermie, pouvant aller jusqu'au coma. Un décès peut survenir des suites d'une insuffisance respiratoire.

La conduite à tenir est tout d'abord d'arrêter la consommation de morphine en cours. Une réanimation cardio-respiratoire est nécessaire. Le traitement spécifique consiste ensuite à injecter de la naloxone pendant le temps nécessaire à la disparition des symptômes. La naloxone est un antidote qui exerce son action par antagonisme pur et spécifique des morphinomimétiques.

#### **I.2.2.1.2. Buprénorphine haut dosage**

##### **I.2.2.1.2.1. Physiopathologie(12)**

La buprénorphine est un médicament utilisé dans la dépendance aux opiacés. C'est un agoniste-antagoniste morphinique. Son activité dans le traitement de substitution des opiacés est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs opiacés  $\mu$  qui minimiserait de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiants.

L'activité agoniste partielle de la buprénorphine confère au produit un index thérapeutique élevé en limitant ses effets déprimeurs, notamment sur les fonctions cardio-respiratoires.

Cependant, cette marge thérapeutique peut être amoindrie en cas d'association avec des benzodiazépines ou dans des situations de mésusage.

#### **I.2.2.1.2.2. Mode de consommation(12,15)**

Si la buprénorphine est prescrite comme traitement substitutif de la pharmacodépendance aux opiacés, elle se présente sous forme de comprimé sublingual qui fond sous la langue en 5 à 10 minutes. La spécialité la plus utilisée est le Subutex®.

**Lors de détournement de cette substance, les usagers préféreront souvent la voie injectable à la voie sublinguale.**

Pour éviter ce phénomène, une spécialité associant la buprénorphine à la naloxone existe : il s'agit de la Suboxone®. La naloxone n'a aucun effet si le comprimé est pris selon les recommandations. Par contre, lors d'un usage par voie intraveineuse, la naloxone va agir comme antidote à la buprénorphine, qui n'aura alors aucun effet.

En 2018, une nouvelle spécialité de buprénorphine est apparue : l'Orobupré®. Elle se distingue du Subutex® par sa formulation et son mode d'administration. Effectivement Orobupré® se présente sous la forme d'un lyophilisat oral qui se dissout dans la bouche en 15 secondes.

La buprénorphine peut aussi être prescrite pour soulager les douleurs intenses. Dans ce cas là, la spécialité de référence est le Temgesic®, qui existe sous forme de comprimé sublingual ou en solution injectable.

#### **I.2.2.1.2.3. Effets aigus et chroniques(12,15)**

Chez le patient dépendant aux opiacés, une dose suffisante de buprénorphine empêche l'apparition d'un syndrome de manque et bloque l'effet de tout opiacé (dont l'héroïne) pris parallèlement.

La buprénorphine est un médicament doté d'un effet plafond : au-delà d'un certain seuil, l'effet n'augmente plus avec la dose. Ce seuil est variable d'un individu à l'autre.

Le traitement doit être pris une fois par jour. Après cette prise, aucun signe de manque n'est ressenti pendant les prochaines 24 heures.

Les effets secondaires sont en partie identiques à ceux provoqués par les dérivés morphiniques : nausées, vomissements, constipation, sueurs, maux de tête, insomnie. Ces effets peuvent être contrôlés et sont réversibles.

La buprénorphine, comme tous les opiacés, entraîne une forte dépendance. C'est pour cette raison que lors d'un arrêt brutal de la buprénorphine, l'utilisateur s'expose à un syndrome de sevrage plus ou moins sévère. Les diminutions de dose doivent donc se faire de manière progressive.

#### **I.2.2.1.2.4. Toxicité(12,15)**

Le risque de surdosage est très limité lorsque la buprénorphine est utilisée correctement. Cependant, il existe un risque de surdosage et de détresse respiratoire en cas d'injection.

En raison de la métabolisation importante de la buprénorphine, les taux plasmatiques peuvent être trop élevés chez des patients atteints d'insuffisance hépatique. De plus, la prise d'alcool ou de benzodiazépines en cours de traitement expose à des risques de dépression respiratoire voire de surdose.

#### **I.2.2.1.3. Méthadone(12,16)**

##### **I.2.2.1.3.1. Physiopathologie**

La méthadone est un agoniste des récepteurs opiacés de synthèse utilisé dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Son action se fait principalement au niveau des récepteurs  $\mu$ .

Comme les autres opiacés, la méthadone possède des propriétés analgésiques et entraîne un syndrome de dépendance pharmacologique. Cependant, ses propriétés euphorisantes sont faibles.

##### **I.2.2.1.3.2. Mode de consommation**

La méthadone est administrée par voie orale une fois par jour. Elle est disponible sous deux formes : en sirop buvable et en gélule.

Le traitement par méthadone est toujours initié par la forme sirop. La prescription de la forme gélule est réservée aux patients traités par la forme sirop depuis au moins un an et stabilisés.

En théorie, l'injection par intraveineuse n'est pas possible, ni avec la forme sirop, ni avec la forme gélule. Cependant, quelques usagers injectent malgré tout la méthadone en la diluant avec de l'eau.

#### **I.2.2.1.3.3. Effets aigus et chroniques**

Comme pour la buprénorphine, chez les patients dépendants aux opiacés, une dose suffisante de méthadone empêche l'apparition d'un syndrome de manque pendant environ 24 heures (voire plus selon le métabolisme du patient), et bloque l'effet de tout opiacé consommé parallèlement.

En début de traitement, un effet sédatif important peut se faire ressentir. Les autres effets secondaires prédominants sont l'hypersudation et la constipation. D'autres effets peuvent apparaître tels qu'une baisse de la libido, une impuissance, une irrégularité des cycles menstruels, mais de manière bien moins prononcée qu'avec l'héroïne.

Si une personne arrête brutalement son traitement par méthadone, elle risque un syndrome de sevrage. Les principaux symptômes sont la perte d'énergie, l'insomnie, l'anorexie, les douleurs musculaires, la diarrhée, les larmes et bâillements. Ce syndrome apparaît entre 24 et 72 heures après l'arrêt de la méthadone et il peut durer jusqu'à 10 jours. Si une diminution de dosage est envisagée, elle doit donc se faire progressivement.

#### **I.2.2.1.3.4. Toxicité**

La surdose de méthadone se caractérise par :

- Une respiration lente et superficielle ;
- Une atteinte de l'état de conscience ;
- Une peau froide et moite ;
- De l'hypotension.

Le surdosage de méthadone peut être mortel. Les décès sont généralement liés à la dépression respiratoire.

La prise de méthadone par un adulte non dépendant à un opiacé peut également entraîner une surdose. La dose potentiellement létale de méthadone pour ces personnes dites « naïves » est variable de 1 à 4 mg/kg. Ainsi des décès ont été observés à partir de 50 mg chez l'adulte non tolérant alors que les patients dépendants aux opiacés présentent des seuils létaux plus élevés.

#### I.2.2.1.4. Etat des lieux de la consommation des opiacés licites en France(17,18)

Concernant la consommation d'antalgiques en France, les antalgiques non opioïdes sont en tête : leur part n'a cessé d'augmenter passant de 54% en 2006 à 78% en 2017.

Cependant, bien que la consommation des opioïdes forts reste bien plus faible que celle des autres antalgiques, elle a tout de même augmenté de 45% entre 2006 et 2017.

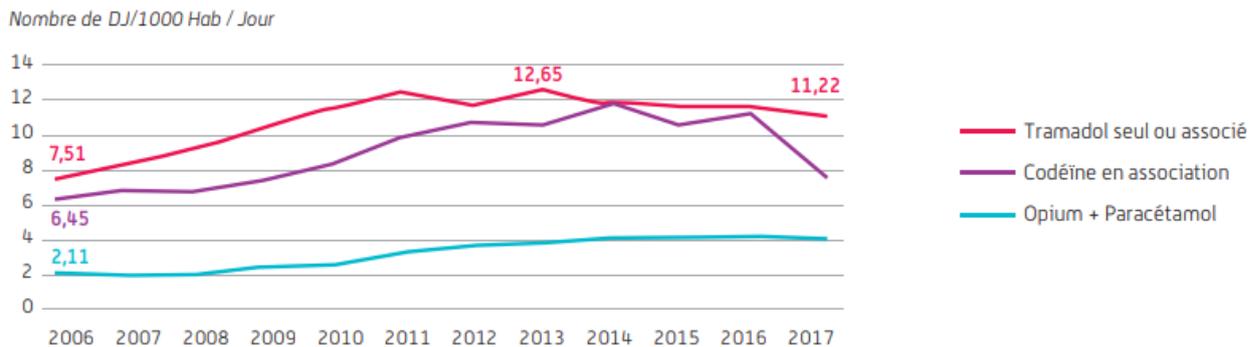


Figure 6. Evolution de la consommation des principaux opioïdes faibles en ville en France

On constate que la consommation du tramadol a fortement augmenté (+68% entre 2006 et 2017) au début des années 2000 mais elle tend à se stabiliser depuis 2013.

La codéïne voit également sa consommation augmenter. Mais en 2017, une mesure réglementaire rendant sa prescription obligatoire a été prise. On remarque donc depuis cette date, une diminution de la consommation de codéïne.

Quant à l'association opium-paracétamol, sa consommation a doublé au cours des dernières années.

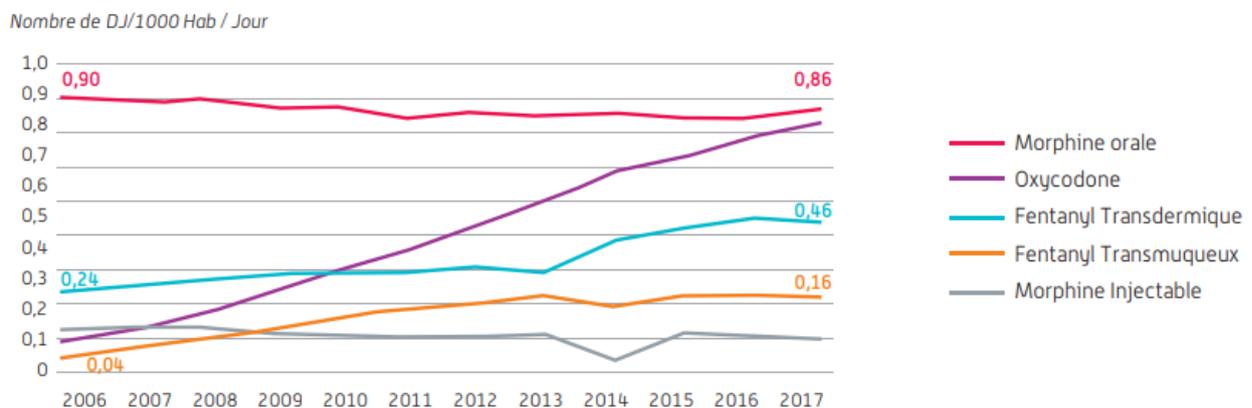


Figure 7. Evolution de la consommation des principaux opioïdes forts en ville en France

La morphine est l'opioïde fort le plus utilisé, malgré une diminution de sa consommation de 18% entre 2006 et 2017.

Cependant, on remarque une forte augmentation de la consommation d'oxycodone : elle atteint presque les mêmes taux que la morphine.

Enfin, la consommation de fentanyl est en légère augmentation, de manière plus significative pour le fentanyl transmuqueux que pour le transdermique.

Concernant les traitements de substitution aux opiacés, il est intéressant de voir que leur consommation entre 1995 et 2017 n'a fait qu'augmenter :

(Dose journalière\*/10 000 habitants âgés de 20 à 49 ans/j)

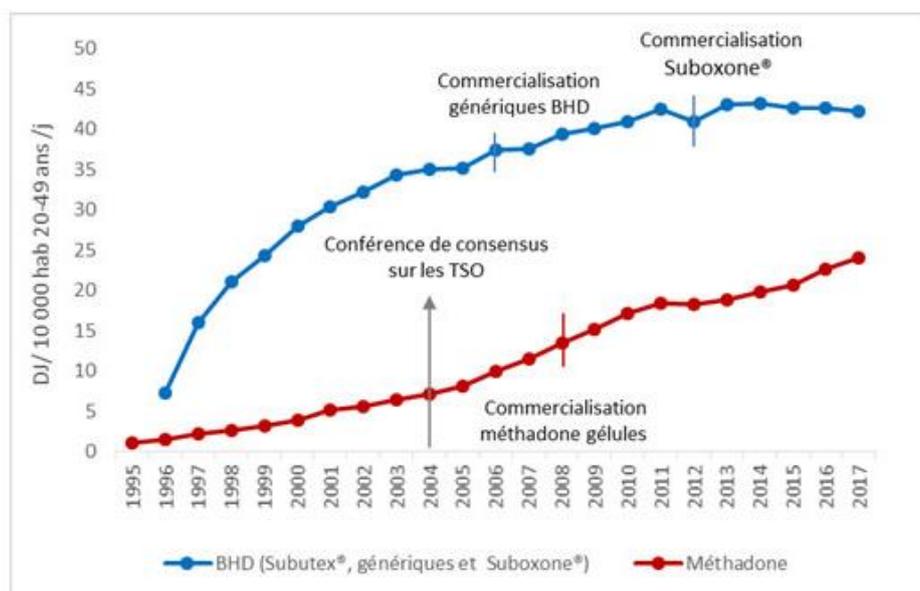


Figure 8. Evolution de la consommation de buprénorphine haut dosage et de méthadone depuis 1995

\*Les quantités de BHD et de méthadone vendues sont exprimées en nombre de doses journalières pour 10 000 habitants âgés de 20 à 49 ans, par jour. La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone et correspond à la posologie moyenne d'entretien recommandée.

On constate sur ce graphique que la BHD est le premier médicament de substitution aux opiacés en France en terme quantitatif. Sa consommation augmente alors très rapidement et se stabilise en 2013.

La consommation de méthadone a augmenté à un rythme plus lent en raison des modalités plus restrictives de délivrance et de prescription. En juin 2004, la conférence de consensus sur les traitements de substitution encourage une meilleure accessibilité à la méthadone. La progression de la consommation de ce traitement s'est alors accélérée. De plus, l'introduction de la méthadone sous forme de gélules en 2008 a maintenu une dynamique de croissance rapide jusqu'en 2011, puis plus lente depuis.

La part de consommation de BHD a donc diminué au profit de la méthadone mais elle représente tout de même les deux tiers des MSO en 2017.

## **I.2.2.2. L'héroïne : un opiacé illicite(19,20)**

### **I.2.2.2.1.1. Physiopathologie**

L'héroïne est un opiacé puissant, synthétisé à partir de la morphine extraite du pavot. Elle se présente généralement sous forme de poudre :

- La blanche, très fine et légère ;
- La brune, aussi appelée brown sugar, plus granuleuse.

Une troisième sorte d'héroïne existe, elle peut être collante comme du goudron liquide, ou dure comme du charbon.

L'héroïne est une drogue classée parmi les stupéfiants. L'usage, l'incitation à l'usage et le trafic d'héroïne sont interdits.

L'héroïne est un antidouleur puissant qui entraîne une sensation importante de bien-être, de détente, et d'apaisement combinée à une sensation de chaleur.

Elle engendre une forte dépendance qui se manifeste par un syndrome de manque à l'arrêt. De plus, la tolérance est rapide : après quelques jours, voire quelques semaines, l'usager ressent la nécessité d'augmenter les doses, d'abord en quantité, puis en fréquence pour retrouver les mêmes effets.

### **I.2.2.2.1.2. Mode de consommation**

En général, l'héroïne est injectée par voie intraveineuse, on parle alors de « shoot ». Elle est placée dans une cuillère et mélangée avec un diluant, puis la préparation est aspirée dans une seringue après avoir placé un filtre devant l'embout de l'aiguille, pour filtrer ce qui n'a pas été dilué.

Elle peut également être inhalée en déposant l'héroïne sur un papier aluminium et en la chauffant à l'aide d'un briquet. L'évaporation produite est inspirée à l'aide d'une paille afin d'absorber une grande quantité de produit en une seule inhalation.

L'héroïne peut aussi être sniffée ou encore fumée, en la mélangeant à du tabac.

Quelle que soit la façon dont elle est consommée, elle comporte toujours des risques importants pour la santé.

### **I.2.2.2.1.3. Effets aigus et chroniques**

L'intensité des effets dépend de plusieurs critères, notamment : les caractéristiques physiques et psychologiques du consommateur, le contexte dans lequel il consomme, le produit, la quantité consommée ou encore, le mode de consommation.

L'injection intraveineuse et l'inhalation procurent une sensation immédiate appelée « rush », provoquant une sensation de calme, d'apaisement, de diminution de l'angoisse et de l'anxiété. Ces effets durent quelques heures et sont suivis d'une période de somnolence.

Si l'héroïne est fumée ou sniffée, les effets sont moins intenses et moins rapides.

En général, la durée des effets est de l'ordre de 4 à 8 heures.

Des effets indésirables apparaissent :

- Dès la première prise : ralentissement du rythme respiratoire, ralentissement du rythme cardiaque, diminution de la tension artérielle, vertiges, nausées, vomissements...
- Après quelques prises : perturbation du cycle du sommeil, perte d'appétit, diminution de la libido, retard de l'orgasme, impossibilité d'éjaculation, perturbation des règles...
- Lorsque la consommation régulière s'installe : état de manque entre deux consommations, effets psychologiques (irritabilité, angoisse) et physiques (pouls élevé, sensation de froid intense, fièvre, douleurs dans les reins, maux de ventre)...

De plus, les effets recherchés ressentis lors des premières prises ont tendance à diminuer par la suite, tandis que les effets secondaires ont tendance à augmenter.

### **I.2.2.2.1.4. Toxicité**

Le risque de surdose à l'héroïne est important. Il s'agit d'une urgence médicale mettant en cause le pronostic vital. En effet, l'héroïne est un dépresseur respiratoire et cet effet peut être très brutal et dangereux. Il peut s'accompagner d'un relâchement des muscles et de troubles de la conscience, entraîner un coma et parfois la mort.

Les principaux signes d'overdose sont : myosis intense, engourdissement du corps et de l'esprit, indifférence vis-à-vis du monde extérieur, respiration anormalement lente et profonde, pâleur de la peau, bleuissement des lèvres, des mains et des pieds, sommeil sans réaction aux stimulations extérieures.

La surdose se produit lorsque la quantité consommée dépasse la limite tolérée par l'organisme, quel que soit le mode de consommation. Cette limite varie considérablement d'un usager à l'autre selon les habitudes de consommation. Elle survient le plus souvent :

- Avec de l'héroïne fortement dosée ;
- Suite à une consommation après une période de sevrage prolongée ;
- En association avec de l'alcool ou des benzodiazépines ;
- Lors de la première prise.

#### **I.2.2.1.5. Etat des lieux de la consommation d'héroïne en France(21,22)**

D'après une enquête réalisée en 2017 par l'OFDT, parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 1,3% ont expérimenté l'héroïne. La consommation au cours de l'année est stable par rapport à 2014 : elle concerne 0,2% de ces personnes. Dans le mois, le nombre d'usagers chez les 15-64 ans est estimé à 100 000 en 2017, soit une prévalence de 2,5 pour 1000.

Chez les jeunes de 17 ans, 0,7% ont expérimenté l'héroïne, contre 1% en 2014, on constate donc une légère baisse. Cette expérimentation concerne autant les garçons que les filles.

#### **I.2.3. Phénomènes de dépendance, de tolérance et de craving(1,2)**

Dans la dépendance, le sujet éprouve le besoin, toujours psychique et parfois physique, de consommer une substance.

Les signes de **dépendance psychologique** se traduisent par un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

De plus, une personne dépendante à un produit va consacrer beaucoup de temps à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou encore à récupérer de ses effets. Les activités, sociales, professionnelles, ou de loisirs, sont alors mises de côté.

Enfin, la personne n'a plus de contrôle sur sa consommation puisque l'utilisation de la substance est poursuivie malgré le fait qu'elle soit consciente qu'elle souffre d'un problème psychologique ou physique susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

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

Les signes de **dépendance physique** s'expriment par deux phénomènes : la tolérance et le sevrage.

On parle de **tolérance** lorsqu'un consommateur :

- A besoin de quantités de plus en plus élevées de la substance pour retrouver les effets désirés ;
- Vois les effets de la substance diminués s'il continue à utiliser les mêmes quantités.

On parle de **sevrage** si l'une ou l'autre des manifestations suivantes apparaît :

- Syndrome de sevrage caractéristique de la substance à l'arrêt de cette dernière ;
- Prise d'une substance aux effets similaires pour soulager les symptômes du syndrome de sevrage.

### I.2.4. Prise en charge de l'addiction aux opiacés(23–27)

Une mobilisation des professionnels de santé a vu le jour dans les années 90 suite aux bouleversements causés par l'apparition de l'hépatite C et l'infection par le VIH. Les premiers réseaux ville-hôpital permettent alors le partage des informations indispensables à une prise en charge globale et optimale des patients addicts aux opiacés.

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

C'est cette même année que la première Stéribox® est mise sur le marché dans tout le réseau officinal. La version actuelle de Stéribox® a été mise sur le marché en 1999. Ce kit d'injection a été conçu dans le but de limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable. Elle est commercialisée en pharmacie ou distribuée dans certaines associations.



Figure 9. Kit stérile Stéribox®

La Stéribox® contient : deux seringues stériles ; deux « stericup » contenant un cupule, un filtre coton et un tampon sec post injection ; deux ampoules plastiques d'eau pour préparation injectable ; deux tampons d'alcool ; un préservatif ; et un mode d'emploi.

La prise en charge des addictions dans des structures spécialisées existe depuis l'adoption de la loi de 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

Les **CSAPA** : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ils accueillent gratuitement et de façon anonyme toute personne présentant un trouble lié à une conduite addictive, avec ou sans substance.

Dans un premier temps, il s'agit d'écouter et d'informer la personne, notamment sur ses droits et sur les modalités de prise en charge. Afin de proposer une prise en charge des plus adaptée à leurs besoins, une évaluation médicale, psychologique et sociale est réalisée et permet d'orienter les patients vers la structure la plus adaptée.

La prise en charge dans les CSAPA peut permettre d'instaurer un traitement de substitution et assure un suivi psychologique et un soutien adapté. Une prise en charge sociale et éducative est mise en place afin de permettre aux patients de reconquérir leur autonomie.

De plus, depuis 2005, des consultations destinées aux jeunes présentant des conduites addictives ont été mises en place et sont rattachées aux CSAPA. Elles peuvent également accueillir les familles, seules, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter.

Des **communautés thérapeutiques** ont été mises en place progressivement à partir de 2007 en vue de diversifier l'offre de soin. Ce sont des structures qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives.

L'hébergement proposé est plus long que dans les CSAPA (1 à 2 ans) dans un but d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale.

Enfin, les **CAARUD** : centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques, sont ouverts à tout usager de substances psychoactives sans condition préalable d'entrée et dans une démarche de diminution de sa consommation et d'accès aux soins.

Ces centres sont gratuits et assurent l'anonymat.

Une prise en charge est également proposée dans tous les établissements pénitentiaires.

Des soins spécialisés destinés aux personnes détenues usagères de substances psychoactives sont proposés et des actions sont menées pour préparer leur sortie, en lien avec des institutions extérieures.

## **I.3. Les médicaments de substitution aux opiacés**

### **I.3.1. Définition(28)**

Les médicaments de substitution aux opiacés permettent au patient d'intégrer un parcours de soin et font partie des outils utilisés par les professionnels de santé pour accompagner et créer une alliance thérapeutique avec le patient.

Les traitements de substitution aux opiacés englobent le MSO et l'accompagnement psychologique, social et éducatif.

Les trois produits de substitution aux opiacés actuellement autorisés en France sont la méthadone, la buprénorphine haut dosage, et la buprénorphine haut dosage associée à la naloxone. En terme de spécialités pharmaceutiques on retrouve donc : Méthadone sirop et gélule ; Subutex® ; Orobupré® ; et Suboxone®.

### **I.3.2. Principe de substitution(29)**

Le principe de substitution est de proposer au consommateur un médicament ayant une activité pharmacologique similaire à celle du produit addictif.

Ainsi, le médicament de substitution permet d'éviter les symptômes de manque lors du sevrage et de stopper, ou dans un premier temps de diminuer, la consommation d'héroïne.

Mais surtout, le MSO permet l'accès à l'accompagnement médical, psychologique et social qui fait partie intégrante du traitement de substitution aux opiacés, afin de réduire les risques de rechute.

Le patient bénéficie alors d'un traitement global et cela lui permet de retrouver des liens familiaux, affectifs, professionnels et d'entamer ou de poursuivre un projet de vie.

De plus, l'accompagnement médico-psycho-social facilite la régularisation des droits sociaux, des problèmes avec la justice, ainsi que la mise en œuvre de soins de maladies associées.

La durée d'un traitement de substitution varie selon les situations. Il n'y a pas de règle concernant la durée et la gestion de la phase d'arrêt du médicament.

La plupart des personnes sous MSO suivent ce traitement sur une longue durée, voire tout au long de leur vie.

### **I.3.3. Mécanisme d'action**

#### **I.3.3.1. Buprénorphine haut dosage**

Les médicaments de substitution dont le principe actif est la buprénorphine haut dosage sont : Subutex® ; Orobupré® ; et Suboxone®.

La buprénorphine est un agoniste-antagoniste morphinique et se fixe au niveau des récepteurs opiacés cérébraux  $\mu$  et  $\kappa$ . Son activité dans le traitement de substitution des opiacés est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs  $\mu$  qui minimiserait de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiants.

L'activité agoniste partielle de la buprénorphine confère au produit un index thérapeutique élevé en limitant ses effets déprimeurs, notamment sur les fonctions cardio-respiratoires. Cependant, la marge thérapeutique de la buprénorphine peut être amoindrie en cas d'association à des benzodiazépines ou dans des situations de mésusage de la buprénorphine. Il existe un risque de décès dès que la buprénorphine est associée à un déprimeur respiratoire.

#### **I.3.3.2. Méthadone(30)**

La méthadone est un agoniste des récepteurs opiacés qui se fixe sur les récepteurs  $\mu$ . Ainsi, elle supprime le syndrome de sevrage et bloque l'envie irrésistible de consommer de l'héroïne. Si malgré tout de l'héroïne est consommée, ses effets seront réduits puisqu'elle ne pourra pas se fixer sur les récepteurs  $\mu$  déjà occupés par la méthadone.

De plus, la méthadone bloque les molécules du stress et agit sur la sérotonine et la dopamine, qui sont à l'origine d'un sentiment de bien-être. Cependant, on ne retrouve pas l'effet euphorisant recherché lors de la consommation d'héroïne.

### **I.3.4. Effets indésirables(3,30)**

Les médicaments de substitution aux opiacés présentent, comme tous les autres médicaments, des effets indésirables nécessitant une surveillance particulière.

Les principaux effets indésirables associés et communs à la buprénorphine haut dosage et à la méthadone sont la constipation, les sueurs, les nausées et vomissements et les troubles du sommeil.

Tous les opiacés sont responsables d'une constipation due à une diminution du péristaltisme intestinal. Il n'existe quasiment aucune tolérance aux opiacés pour cet effet sur le tube digestif, tous les médicaments de substitution aux opiacés sont normalement associés à un laxatif léger.

Les sueurs peuvent être contrôlées grâce à des vasodilatateurs de la famille des inhibiteurs calciques si le patient ne présente pas de pathologie cardiaque.

Des nausées et vomissements apparaissent souvent en début de traitement (surtout s'il y a une consommation concomitante d'alcool). Un traitement antiémétique est à envisager afin de soulager ces effets.

Les opiacés modifient le rythme nyctéméral. Afin d'améliorer l'endormissement et le sommeil, les antihistaminiques sédatifs ou les neuroleptiques sont à privilégier. Il est préférable de ne pas utiliser de benzodiazépine comme hypnotique à cause du risque de dépendance et de mauvaise utilisation.

De plus, des règles hygiéno-diététiques peuvent être mises en place afin d'améliorer la qualité de vie des patients et de favoriser la bonne observance du traitement.

Le rôle des professionnels de santé auprès des patients sous médicament de substitution est donc de s'informer sur la tolérance vis-à-vis du traitement afin que l'apparition des effets indésirables ne soit pas confondue avec des signes de manque ou de surdosage.

### **I.3.5. Prescription et délivrance(12,31)**

Les médicaments classés « stupéfiants », dont la méthadone fait partie, sont soumis à une réglementation très stricte concernant leurs conditions de détention, de prescription et de délivrance. Cette réglementation a pour but de limiter le risque d'abus et de détournement et de favoriser le bon usage de ces médicaments.

Pour ces mêmes raisons, certains médicaments de liste I ou II peuvent être soumis en partie au régime particulier des stupéfiants. On les appelle alors les « assimilés stupéfiants ». On retrouve dans cette catégorie, la buprénorphine haut dosage.

La prescription initiale de méthadone doit être établie par un médecin exerçant dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou par un médecin exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes. Le renouvellement peut ensuite être fait par le médecin traitant. Le relais entre un CSAPA et un médecin de ville est exécuté grâce à une ordonnance sécurisée mentionnant :

- Le nom du médecin choisi par accord entre le patient et le prescripteur initial ;
- Le nom du pharmacien choisi par le patient et qui sera contacté par le médecin relais ;
- Les conditions de délivrance.

Lors du premier renouvellement de prescription par le médecin traitant, le patient devra présenter au pharmacien d'officine l'ordonnance de délégation du primo-prescripteur ainsi que celle du médecin traitant.

La buprénorphine haut dosage étant un médicament assimilé stupéfiant, la première prescription peut être établie par le médecin traitant.

**1** Docteur DUPONT François Charles  
Médecine générale  
RPPS 10025215330  
5 rue des Océans 75000 Paris FRANCE  
☎ +33 1 44 49 43 49  
✉ françois.dupont@gmail.com

**2** 04 janvier 2015

**3** Mademoiselle Durand Léa Sophie  
Femme  
26/02/1990  
1m69 65 kg

**4** Spécialité stupéfiant  
Une gélule de soixante milligrammes matin et soir pendant 28 jours

**5** Dupont

**6** 9812345

**7** 1

**1 Informations prescripteur**  
Noms et prénoms du prescripteur  
Qualité, titre ou spécialité le cas échéant  
N° identification (Adeli ou RPPS)  
Adresse professionnelle précisant la mention « France »  
Coordonnées téléphoniques précédées de « +33 »  
Adresse électronique  
Nom de l'établissement ou du service de santé et n° FINESS le cas échéant

**2 Date de rédaction de l'ordonnance**

**3 Informations patient**  
Nom, prénoms, sexe, date de naissance du malade  
Taille et poids si nécessaire

**4 Informations prescription**  
Dénomination du médicament et dénomination commune  
En toutes lettres : - Nombre d'unités thérapeutiques de prise  
- Nombre de prises  
- Dosage  
Durée du traitement ou nombre d'unités de conditionnement

**5 Signature du prescripteur** immédiatement sous la dernière ligne de la prescription

**6 Numéro d'identification du lot d'ordonnances sécurisées**

**7 Nombre de spécialités prescrites**

Figure 10. Exemple de prescription de médicament stupéfiant sur ordonnance sécurisée

Les médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants doivent obligatoirement être prescrits sur une ordonnance sécurisée répondant à des spécifications techniques précises. Les éléments obligatoires d'une ordonnance classique sont les mêmes, à savoir :

- Identification du médecin ;
- Identification du patient ;
- Date de la prescription ;
- Nom de la spécialité prescrite ;
- Signature du prescripteur en dessous de la dernière ligne de prescription.

Néanmoins, sur une ordonnance sécurisée, le prescripteur doit ajouter en toutes lettres :

- Le nombre d'unités thérapeutiques par prise ;
- Le nombre de prises par jour ;
- Le dosage de la spécialité.

De plus, le patient a l'obligation d'indiquer à son médecin le nom de la pharmacie où il souhaite se faire délivrer son traitement. Le médecin doit mentionner ce nom sur l'ordonnance.

En cas d'exclusion de substitution générique, la mention « *non substituable* » qui, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, doit être accompagnée du motif médical justifiant ce refus de substitution, doit être ajoutée à la main avant la dénomination de la spécialité.

Enfin, le carré en bas à droite de l'ordonnance doit être complété par le nombre de lignes que comprend la prescription.

Ces médicaments ne peuvent pas être prescrits pour une durée supérieure à 28 jours. La réglementation impose un fractionnement de dispensation de 7 jours, toutefois, le prescripteur peut exclure cette durée de fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention « *délivrance en une seule fois* ».

Une nouvelle ordonnance ne peut être établie pour le même patient pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de la méthadone ou de la buprénorphine haut dosage. Cependant, s'il est nécessaire d'avoir une nouvelle ordonnance, le prescripteur peut porter une mention expresse indiquant et autorisant le chevauchement.

Le renouvellement de prescriptions de méthadone ou de buprénorphine haut dosage est strictement interdit.

Pour les médicaments stupéfiants, l'ordonnance doit être présentée dans les 3 jours suivant sa date d'établissement pour être exécutée dans sa totalité. Sinon, seule la fraction de traitement restant à couvrir sera délivrée. Par conséquent, le pharmacien est tenu de déconditionner la spécialité pour ne délivrer que le nombre exact d'unités thérapeutiques prescrites.

Depuis le 20 mars 2012, ce délai de carence de 3 jours ne s'applique plus aux médicaments assimilés stupéfiants. Le délai de présentation de l'ordonnance est donc de 3 mois, comme pour tous les médicaments relevant de la liste I des substances vénéneuses. Le pharmacien n'a donc pas besoin de déconditionner ces spécialités pour pouvoir les délivrer.

Lors de la délivrance, le pharmacien doit apposer sur l'ordonnance et son duplicata :

- Le timbre de l'officine ;
- La date d'exécution ;
- Le nom de la spécialité délivrée ;
- La quantité délivrée en unités de prise.

L'original de la prescription est rendu au patient tandis que le duplicata est conservé par le pharmacien pendant 3 ans. Ces copies doivent pouvoir être présentées à toute réquisition des autorités de contrôle.

Si le porteur de l'ordonnance n'est pas le malade et qu'il est inconnu du pharmacien, celui-ci demande une justification d'identité dont il reporte les références sur l'ordonnancier. Le nom et l'adresse doivent également être enregistrés.

Après toute délivrance de médicament stupéfiant, le registre des stupéfiants doit être complété. Le pharmacien doit y écrire la date, le nom du patient, le nombre d'unités thérapeutiques délivrées et le nom et le dosage de la spécialité concernée. Les unités délivrées doivent être soustraites du stock de l'officine afin de le mettre à jour.

## **I.4. Problématiques liées à l'addiction aux opiacés**

### **I.4.1. Problématiques liées au traitement de substitution aux opiacés**

#### **I.4.1.1. Perception du traitement de substitution aux opiacés par les patients(32)**

Prescrits massivement, les traitements de substitution aux opiacés sont désormais bien connus des praticiens et des usagers de drogues. Les données accumulées depuis plusieurs décennies ont permis de statuer en faveur de leurs effets bénéfiques sur les plans sanitaire, social, et comportemental.

Pour autant, le point de vue des patients et leur expérience de ces traitements sont encore peu documentés. Qu'est ce qu'un traitement réussi ? Qu'est ce qu'un échec ? Sur ce point comme sur d'autres, les indicateurs cliniques ne restituent ni la complexité du réel, ni la diversité des critères d'évaluation mobilisés par les patients. Donner une audience aux appréciations et aux savoirs des patients à l'égard des TSO reste un enjeu majeur.

Jusqu'en 2010, la perception par les patients de leur TSO était peu documentée mais, afin de pallier ces lacunes, l'OFDT a commandé une enquête de sociologie qualitative interrogeant des patients suivant un TSO dans divers cadres thérapeutiques. Cette enquête a été menée entre avril 2009 et juillet 2010. La sélection des sujets obéit au principe méthodologique de l'échantillonnage théorique, qui consiste à recruter la plus grande diversité possible de sujets dans le cadre d'une enquête qualitative.

Trois grands secteurs géographiques ont été retenus et les patients ont été recrutés dans des cadres distincts (service hospitalier d'addictologie ; CSAPA ; réseau de ville) afin d'échapper aux effets de sites, aux contextes locaux de prise en charge ou à un effet prescripteur.

L'échantillon est composé :

- De femmes et d'hommes ;
- De patients traités par BHD ou par méthadone ;
- De patients dont l'ancienneté de traitement est plus ou moins importante (de moins de 1 an à plus de 5 ans).

Selon les résultats de cette enquête, en amont de l'entrée dans le traitement, beaucoup de patients ont expérimenté des produits de substitution à des fins de « défonce » ou pour calmer le manque. La plupart des patients qui débutent un programme de substitution ont donc déjà une certaine connaissance des médicaments de substitution et des épreuves de sortie de la dépendance.

L'entrée médicale n'est pas forcément la plus simple et la plus accessible pour les usagers. Ils doivent en effet affronter le filtrage des demandes de la part des médecins, dont certains craindraient de distribuer la BHD trop facilement et ainsi de contribuer au trafic.

On remarque d'ailleurs que les premières prescriptions des médecins généralistes sont souvent jugées a posteriori trop faiblement dosées. Cette crainte peut troubler la relation thérapeutique naissante. L'enjeu de construire une relation de confiance n'est donc pas évident entre médecin et patient addict, et pourtant elle est essentielle.

D'autre part, l'entrée médicale propose un niveau de contraintes élevé car il est nécessaire de se plier au protocole et de rendre des comptes aux soignants.

Pour les patients, la rue offre une sérieuse concurrence à la consultation. Il s'agit d'une entrée dans la substitution moins contraignante car la relation avec un revendeur illégal est moins engageante pour le futur patient, et il n'a pas besoin de rendre de comptes.

Cependant, l'option de l'entrée médicale bien qu'elle soit plus contraignante pour l'utilisateur reste la voie la plus soutenable dans la durée. D'une part pour des raisons économique, mais aussi parce que les usagers ont besoin de se confronter à un médecin pour se percevoir comme des patients engagés dans un traitement.

Le parcours dans le traitement devient alors un processus au cours duquel le patient réajuste ses attentes, ses pratiques et ses projets. Ce parcours s'inscrit dans le prolongement des expériences et des savoirs accumulés durant les années de vie avec les drogues.

Lorsque les usagers commencent un programme de substitution, leurs motivations sont variées et l'idée de renouer avec une vie « normale » sert de fil conducteur à leur démarche. L'attente des patients ne se focalise pas uniquement sur les effets thérapeutiques du traitement. Les traitements de substitution constituent également pour eux une attestation faisant preuve des efforts fournis pour retrouver la santé et se réintégrer dans la société, et ils espèrent ainsi renouer des liens avec leurs proches.

Néanmoins, l'usage des MSO au quotidien oscille entre différentes fonctions : un usage strictement thérapeutique, un usage toxicomane participant à un projet de « défonce », et un usage plus ambigu qui traduit la tension entre ces deux dimensions. Au cours de leur trajectoire, les patients peuvent glisser d'un usage à un autre.

De plus, les patients ont l'impression que leur parole est attendue et suscitée par le corps médical mais qu'elle est finalement peu influente dans l'ajustement du traitement. La question du dosage devient de plus en plus un monopole médical. La crédibilité sociale de parole des usagers de drogues reste faible.

Il est difficile d'établir différents profils de patients sortis de la substitution à partir de la présente enquête, qui ne peut pronostiquer le devenir d'individus toujours en traitement à la date de l'entretien. Certaines trajectoires observées laissent supposer que l'on peut rester dans la substitution très longtemps, alors même que les patients disent aller bien. Les exemples de rechute – y compris chez les patients très engagés dans leur parcours de soins – existent et font planer un réel doute sur la possibilité de se libérer totalement des produits et des traitements.

Globalement, la sortie de la substitution est espérée par les patients mais devient au fil du temps une perspective qui se brouille. Il existe un décalage entre professionnels et patients. Les uns voient de la réussite dans la maintenance, et la meilleure forme du patient fait preuve de l'efficacité du traitement et est donc un argument à sa poursuite. Les autres trouvent le temps long et remettent en cause la pertinence du traitement de substitution. Une part des patients n' imagine plus en sortir.

Après plusieurs années de traitement, les patients modifient leur regard sur la nature de leurs problèmes et beaucoup adhèrent à l'idée que l'addiction est une maladie chronique. L'abstinence comme la peur de ne pouvoir décrocher inquiètent. L'absence de traitement comme l'enfermement durable dans celui-ci aussi. La sortie du traitement est un nœud de tensions où s'expriment des peurs contradictoires.

Au plan identitaire, les patients vivent une sorte de décalage entre la manière dont ils se perçoivent désormais et celle dont les autres continuent de les appréhender. L'image de soi est plus positive, les sensations corporelles apaisées. Les patients sont soulagés et ont le sentiment de pouvoir aller vers les autres. Certains éprouvent même un sentiment de fierté pour les efforts fournis. Mais, en même temps, ils ont le sentiment que le regard d'autrui ne valide pas toujours ces bénéfices et ces efforts et qu'un fond de suspicion envers le toxicomane n'a pas été évacué.

La perception des traitements de substitution s'appuie donc sur une série d'ambiguïtés. Du point de vue des patients, la principale de ces ambiguïtés concerne les médicaments de substitution : sont-ils des médicaments ou des drogues légales ? Comme nous l'avons vu précédemment, pour la très grande majorité des patients, les MSO sont bien identifiés comme traitements mais ils sont aussi connus pour être détournés dans le cadre d'une toxicomanie.

La perception des MSO dépend aussi du degré de contrôle qui entoure leur délivrance par les professionnels de santé.

La méthadone jouit ainsi d'une image thérapeutique plus forte que la BHD, notamment parce que ses conditions de délivrance sont plus strictes. Paradoxalement, les patients rapprochent plus nettement les effets de la méthadone à ceux de l'héroïne, tout en considérant la méthadone comme un médicament, bien plus que la BHD. Perception des effets et image des produits de coïncident donc pas.

La BHD est plutôt décrite comme une drogue. Associée à la rue, à la marginalité, elle se détourne facilement et permet une utilisation par voie injectable. Cependant, la BHD n'est pas vraiment considérée par les patients comme une drogue, car elle ne donne pas de plaisir ou de flash.

Au-delà des ambiguïtés concernant les MSO, aux yeux des patients, c'est le traitement dans son ensemble qui est ambigu. S'agit-il de guérir l'addiction ou bien d'en contrôler les dimensions problématiques ? Le TSO permet-il une sortie de la toxicomanie comme mode de vie ou bien conduit-il à un simple réaménagement de la trajectoire d'usagers de drogues ?

Globalement, les patients reconnaissent aux traitements de substitution une efficacité certaine. Le thème le plus fréquemment abordé et le plus émotionnellement chargé est celui de la douleur : les patients sortent d'une forme de vie exposée en permanence à la crainte de la douleur.

De même, la rupture avec le monde de la drogue procure le sentiment de ne plus être condamné à vivre dans la méfiance et sur le qui-vive permanent. De ce point de vue, la substitution a un effet d'apaisement fort.

Le médicament de substitution est évalué positivement s'il peut être pris discrètement, s'il agit rapidement et dans la durée. Il peut toutefois générer des effets secondaires lourds qui perturbent les relations aux autres, ralentissent l'accession à une vie « normale » et fragilisent la confiance en soi.

Au quotidien, l'expérience de la substitution nécessite de nombreuses ressources sociales, relationnelles, et médicales, pour tenir dans la durée.

Avant de l'avoir expérimenté par eux-mêmes, les patients n'imaginaient pas que la substitution puisse être un mode de vie aussi engageant et contraignant. Les patients découvrent aussi que leurs problèmes financiers, relationnels ou sociaux ne sont pas réglés miraculeusement par le traitement médical.

Au-delà de bienfaits incontestables, le traitement de substitution ouvre une épreuve inédite de resocialisation et de reconstruction identitaire.

Au final, les traitements de substitution aux opiacés confrontent les patients à une série d'ambiguïtés : se soigner avec un médicament qui rappelle les drogues, devenir un malade pas tout à fait comme les autres, abandonner un mode de vie écrasant pour une vie contrainte par le traitement, ne plus consommer mais endosser une identité souillée par celle du toxicomane.

#### I.4.1.2. Risques liés aux mésusages et au détournement(33)

Dans ce cadre, le mésusage désigne un comportement d'utilisation inappropriée du médicament par le sujet, ce qui l'expose à des répercussions potentielles sur le plan social, psychologique et physique.

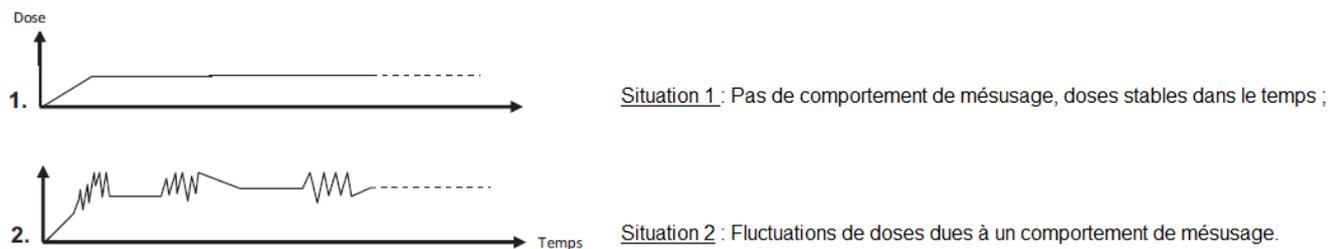


Figure 11. Evolution des doses de médicaments dans le sang selon s'il existe des pratiques de mésusage ou non

##### I.4.1.2.1. Non respect de la voie d'administration(34,35)

Concernant la buprénorphine haut dosage, les recommandations dans l'AMM indiquent que la voie sublinguale constitue la seule voie efficace et bien tolérée pour l'administration de ce produit. Les comprimés ne doivent pas être avalés. Il est nécessaire d'attendre leur dissolution complète sous la langue.

Or, la buprénorphine haut dosage est largement utilisée par le biais d'autres voies d'administration, non recommandées par l'AMM. La plus préoccupante est l'injection. En effet, pour un grand nombre de patients, la BHD remplace l'héroïne et il n'est pas simple pour eux de se détacher de l'habitude de l'injection.

La motivation principale de cette pratique est la difficulté à renoncer à l'effet « flash » lié à l'élévation rapide de la concentration plasmatique de l'opioïde consommé. Une prise classique par voie sublinguale pallie au manque mais ne procure pas d'effet particulier.

De plus, les patients rapportent que le goût ressenti en voie sublinguale est désagréable.

Les complications médicales liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse sont nombreuses. Il est parfois peu aisé de distinguer les complications médicales liées à la drogue injectée et les complications liées à l'injection à proprement parler, en particulier aux risques liés aux pratiques d'injection de comprimés. On distingue le risque infectieux et le risque non infectieux.

Le risque infectieux est lié aux pratiques de manipulation et de préparation du matériel d'injection effectuées dans des conditions aseptiques. Le risque de contamination est d'autant plus important si les pratiques d'injection se font à plusieurs et que les usagers partagent une seringue. Le risque de contamination virale est dans ce cas là le plus à craindre (notamment la contamination par le virus de l'hépatite C ou encore le virus d'immunodéficience humaine). Afin de minimiser ce risque, les usagers peuvent demander du matériel d'injection stérile en pharmacie.

Toutefois, le risque infectieux persiste même si l'utilisateur ne partage pas son matériel. Les bactéries et champignons sont alors en cause et peuvent entraîner des complications spécifiques (endocardites, candidoses systémiques avec localisation secondaire ophtalmique).

Ce risque d'auto-contamination est encore souvent méconnu et sous estimé par les usagers.

Le risque non infectieux est en partie dû aux excipients contenus dans les médicaments non injectables qui peuvent provoquer, en plus des lésions de la paroi des vaisseaux, des microembolies.

De plus, l'administration de la BHD par voie intraveineuse expose également à une majoration des risques de dépression respiratoire et de surdosage, notamment lors de l'association de la BHD avec l'alcool et/ou des benzodiazépines.

Les cas d'injection avec la méthadone sont bien plus rares. Effectivement, le sirop doit être dilué mais reste difficile à injecter et une substance gélifiante a été ajoutée dans les gélules afin d'empêcher l'injection.

Il arrive aussi que les usagers de BHD réduisent leurs comprimés en poudre afin de pouvoir les sniffer. Cette pratique peut conduire à une fragilisation de la cloison nasale ou encore à une infection des sinus. De plus, le partage des pailles, s'il a lieu, engendre également un risque infectieux.

Un autre type de mésusage concernant la voie d'administration existe avec la BHD, mais celui-ci est involontaire. Le comprimé de BHD est orodispersible et est à laisser fondre sous la langue. Certains patients prennent leur comprimé par voie orale et l'avalent avec un verre d'eau, comme un comprimé classique, si le mode d'administration correct ne leur a pas été expliqué clairement.

#### **I.4.1.2.2. Fractionnement des prises(31,32,35)**

L'administration d'un médicament de substitution aux opiacés, que ce soit la méthadone ou la BHD, doit se faire en une prise unique par jour, à heure fixe. La toxicomanie s'inscrit dans l'alternance de phases de manque et de phases de « défonce ». L'administration unquotidienne du traitement a pour but de modifier ce comportement et de stabiliser l'humeur des patients.

Cependant, il n'est pas simple de se défaire des habitudes toxicomaniaques. Beaucoup de patients modulent les prises de médicament, dans le but d'adapter les effets aux cycles de forme et de fatigue au cours d'une journée ordinaire. Ainsi, certains fractionnent la prise de manière à ne pas ressentir les premiers signes de nervosité et de manque.

D'autres fractionnent les prises pour ne pas être trop léthargiques dans la journée tout en conservant une part du traitement pour le soir, afin de générer une forme de détente après le travail ou de permettre un bon endormissement.

D'autres encore « économisent » des prises, souvent pour pouvoir faire face à un événement fortuit, mais aussi parfois pour revendre une partie de leur traitement.

Il arrive aussi que des patients négligent volontairement la prise du produit de substitution pour en ressentir physiquement le besoin et ainsi retrouver leur motivation par rapport au traitement.

Une partie des prises peut ainsi être absorbée de manière conforme, une autre sur un mode toxicomaniaque.

Lorsqu'un médecin fait une prescription de médicaments de substitution, il peut imposer un fractionnement de la dispensation en mentionnant la durée de traitement correspondant à chaque fraction. Certains patients vont donc à la pharmacie tous les jours chercher leur prise quotidienne, d'autres se verront délivrer la quantité suffisante pour 7 jours de traitement et devront donc revenir toutes les semaines. Cette modalité de prescription a pour but de limiter le mésusage et d'aider les patients à être observants vis-à-vis de leur traitement.

### **I.4.2. Facteurs externes pouvant influencer la prise en charge**

#### **I.4.2.1. Polyconsommations(35–37)**

La polyconsommation désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, au moins deux substances psychoactives. Les consommations sont souvent associées soit par un effet d'entraînement, soit pour la recherche de sensation, soit encore pour atténuer les effets de certains produits.

Ainsi, elle englobe des conduites variées d'associations de produits dont les dangers sont souvent méconnus : conjugués, les effets des produits sont modifiés, entraînant des risques plus graves pour la santé. Le nombre de combinaisons et les problématiques différentes rendent donc ce problème difficile à régler. Des situations cliniques très différentes peuvent se présenter :

- Les consommations peuvent s'associer ou se succéder dans le temps ;
- La consommation d'un produit ne prédomine pas forcément ;
- Il peut y avoir une dépendance à un produit mais pas forcément à un autre.

Ainsi, la polyconsommation complique la prise en charge, d'une part parce qu'il est difficile de mener des sevrages multiples, et d'autre part parce qu'il y a un risque d'apparition de consommations dites de substitution.

Chez les sujets recevant un traitement de substitution aux opiacés, la consommation d'autres substances psychoactives en parallèle du traitement a été mise en évidence.

Tableau 1. Fréquence des consommations de substances psychoactives parmi les usagers recevant un traitement de substitution aux opiacés, 1998 et 2002

	Protocole méthadone		Protocole BHD	
	1998	2002	1998	2002
<b>Héroïne</b>	9%	13%	10%	8%
<b>Cocaïne</b>	16%	10%	7%	6%
<b>Dépendance alcoolique</b>	13%	20%	16%	17%
<b>Codéine</b>	2%	1%	1%	1%
<b>Benzodiazépines</b>	25%	22%	20%	21%
<b>Antidépresseurs</b>	5%	9%	4%	8%
<b>Neuroleptiques</b>	5%	7%	4%	7%
<b>Nombre moyen de produits</b>	2,1	2,2	1,8	2

Source : OPPIDUM 2004, CEIP

Néanmoins, plusieurs enquêtes montrent que le recours aux consommations parallèles diminue au fur et à mesure de l'inscription dans la durée du traitement de substitution : les sujets sous méthadone depuis plus d'un an consomment moins d'héroïne que les patients substitués depuis moins longtemps. De même, une enquête menée auprès de patients suivis par des médecins généralistes montre qu'au bout de deux ans de traitement par buprénorphine haut dosage, la consommation d'héroïne ne concerne plus que 11% des patients alors qu'ils étaient 40% en début de traitement.

Cependant, si le recours aux substances illicites est moindre chez les personnes substituées, les phénomènes d'alcoolisation et de consommation de benzodiazépines demeurent fréquents. Parmi les patients recevant un traitement de substitution en centre de soins spécialisés ou en médecine de ville, 26% consomment quotidiennement des benzodiazépines et 72% de l'alcool.

Si certains patients obtiennent des benzodiazépines grâce à des prescriptions de plusieurs médecins, les prescriptions conjointes d'un seul médecin sont également fréquentes. Dans ce cadre, les benzodiazépines ont en général une visée thérapeutique, une part importante des patients étant confrontée à des problèmes de comorbidités psychiatriques associées. Hors, une étude a montré que les motivations de recours aux benzodiazépines pour les patients sous MSO sont à la fois à visée thérapeutique, et à la fois à visée hédonique.

L'alcoolisme est également reconnu comme un problème majeur parmi les patients sous TSO. Un transfert d'addiction amènerait certains sujets à remplacer les opiacés par l'alcool. D'autres l'emploieraient en automédication d'épisodes dépressifs, ou en vue d'une potentialisation des effets d'autres drogues, ou encore comme calmant après l'usage d'autres drogues. L'alcoolisation problématique est souvent préexistante mais se trouve masquée par la consommation d'héroïne. La fonction de l'alcool serait la recherche d'ivresse et le remède contre l'ennui.

La consommation concomitante d'opiacés et de benzodiazépines ou d'alcool majore le risque de surdose d'opiacés. Le danger de la polyconsommation est donc réel et les difficultés de la prise en charge, souvent organisée par produit, aussi.

**Il est essentiel que l'approche par comportements d'abus et de dépendance, plutôt que par produits s'intensifie et se généralise de façon à prendre en compte, au-delà de la substance psychoactive d'appel, l'ensemble des conduites addictives repérées et évaluées.**

#### **I.4.2.2. Retrait social(38–40)**

Le concept d'exclusion se caractérise par trois dimensions :

- Economique : précarité vis-à-vis de l'emploi, insuffisance chronique ou répétée des ressources ;
- La non-reconnaissance : non usage des droits sociaux, droits civils, droits politiques ;
- Les relations sociales : déstructuration sociale et psychologique.

En 1998, le Haut Conseil de la Santé Publique soulève à plusieurs reprises dans son rapport l'interaction existante entre le processus de précarisation ou d'exclusion et la consommation de drogues illicites.

Les comportements à risque et les consommations problématiques de drogues se développent en général en même temps que le sentiment d'inutilité sociale, la dégradation de l'image de soi, et l'aggravation de l'état de santé, tant physique que mental.

Une enquête nationale a été réalisée en 2015 auprès des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques. Les résultats de cette enquête mettent en évidence la situation sociale des usagers des CAARUD. On constate tout d'abord que ces personnes vivent, pour la majorité d'entre elles, seules. De plus, on peut remarquer que l'isolement augmente avec l'âge.

Tableau 2. Entourage des usagers des CAARUD en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
<b>Seul(e)</b>	67,9	46,4	37,8	57,7	69,7	64,0
<b>En couple</b>	14,4	37,7	29,9	23,2	15,3	18,6
<b>Avec un/des membre(s) de la famille</b>	7,4	7,1	15,9	6,8	6,9	7,5
<b>Avec un/des ami(s)</b>	7,3	5,8	13,4	8,0	5,9	7,0
<b>Avec d'autres personnes</b>	2,9	3,0	3,0	4,3	2,2	2,9
<b>Avec un/des enfant(s)</b>	10,3	21,1	9,6	10,9	13,3	12,2
<b>Sans enfant</b>	89,7	78,9	90,4	89,1	86,7	87,8

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

Le type de logement des usagers est aussi représentatif de leur retrait social : en combinant deux questions sur le type de logement et le temps qu'ils peuvent espérer passer dans ce logement actuel, les situations des usagers ont été catégorisées. On voit ainsi que seulement un tiers des personnes enquêtées ont un logement stable, et que cela concerne plus fréquemment les 35 ans et plus.

Tableau 3. Type de logement des usagers selon le sexe et l'âge en 2015 (en %)

	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
<b>Dans votre logement</b>	42,1	52,1	31,9	41,3	46,8	43,9
<b>Chez des proches (famille/amis)</b>	14,6	14,3	24,5	14,5	13,3	14,5
<b>En institution</b>	11,5	7,2	6,4	10,1	11,7	10,7
<b>En camion, caravane</b>	3,3	3,7	2,9	5,3	2,5	3,3
<b>En squat</b>	9,0	8,6	11,8	10,1	7,5	8,9
<b>Dans une chambre d'hôtel</b>	2,8	2,3	2,9	1,6	3,3	2,7
<b>Sans abri (à la rue, logement de fortune)</b>	16,6	11,6	19,6	16,7	14,7	15,7
<b>Autre</b>	0,2	0,2	0,0	0,4	0,2	0,2
<b>Logement stable</b>	32,6	34,8	21,6	29,4	36,4	33,0
<b>Logement semi-précaire</b>	38,1	40,1	38,4	39,8	37,6	38,4
<b>Logement précaire</b>	29,4	25,0	40,0	30,8	26,0	28,6

Source : ENa-CAARUD 2015 (OFDT)

De plus, l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies a interrogé les français sur leurs appréciations concernant différents produits licites ou illicites, mais aussi sur leurs usagers.

Pour cet exercice, un échantillon de 2500 individus représentatifs de la population, âgés de 15 à 75 ans a été interrogé entre octobre et décembre 2012. Concernant les consommateurs d'héroïne, la majorité des français interrogés (87%) estime que ces usagers peuvent être « un danger pour leur entourage ». La proportion de français qui considèrent que les usagers de produits psychoactifs souffrent d'une maladie est en recul, tout comme la part de ceux qui pensent que l'usage s'explique par des problèmes familiaux. Les français semblent de plus en plus imputer aux usagers de drogues leur part de responsabilité.

Au final, on constate que la plupart des substances illicites sont bien plus consommées par les populations en situation de pauvreté et de précarité que par la population générale.

Cependant, les données disponibles sont peu nombreuses. De plus, on pose l'hypothèse que les populations qui échappent aux enquêtes sont encore plus désocialisées que celles que l'on arrive à recenser.

#### **I.4.2.3. Gestion de la douleur(23,34)**

La prévalence des manifestations douloureuses chez les patients dépendants aux opiacés est deux à trois fois plus élevée que celle de la population générale. Contrairement aux représentations habituelles, la prise régulière et à forte doses d'opioïdes (y compris des médicaments de substitution) ne rend pas les patients insensibles à la douleur mais au contraire, entraîne une sensibilité exacerbée à la douleur. On parle alors d'hyperalgésie.

Les obstacles à la prise en charge de la douleur peuvent venir des non-dits des patients liés à la crainte d'une rechute en cas de prescription d'opiacés. Certains ressentent également une réticence de la part des professionnels de santé et un manque de compréhension de leur situation.

Pourtant, il est essentiel que la plainte douloureuse du patient soit prise en compte et évaluée. Sa parole est le meilleur indicateur de la douleur ressentie. Le risque de sous-évaluation par le médecin peut entraîner une insuffisance de la prise en charge de la douleur, avoir un effet néfaste sur le bien-être du patient et être à l'origine d'automédications inadaptées.

Ainsi, devant tout syndrome douloureux survenant chez un patient sous traitement de substitution, il convient d'évaluer l'intensité de la douleur et d'en rechercher l'étiologie. Il faut aussi s'assurer de la dose quotidienne de médicament de substitution réellement prise. Effectivement, un syndrome de sevrage pourrait être à l'origine de la douleur ou de son exacerbation. La prise en charge est légèrement différente selon si le patient est traité par méthadone ou par buprénorphine haut dosage.

La méthadone possède une activité antalgique grâce à son action agoniste sur les récepteurs morphiniques situés dans le système nerveux central, mais elle a aussi un rôle antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate impliqués dans les douleurs neurogènes. Pour la substitution, elle est administrée en une dose quotidienne, alors que dans la prise en charge des douleurs elle est utilisée en plusieurs prises.

Ainsi, lorsqu'un patient est déjà traité par méthadone pour substitution et qu'il présente des douleurs nécessitant des antalgiques majeurs, plusieurs règles sont à respecter :

- La méthadone doit être poursuivie aux mêmes doses pour exercer son rôle de substitut aux opiacés ;
- L'antalgie se fera avec des antalgiques de palier I tels que le paracétamol, l'aspirine, ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
- Les dérivés codéinés sont à proscrire en raison des risques d'accumulation et de dépendance.

La buprénorphine haut dosage est un agoniste-antagoniste. En cas de douleur nociceptive d'origine inflammatoire ou infectieuse, les antalgiques de niveau I sont efficaces : aspirine, paracétamol, anti-inflammatoire non stéroïdien, antispasmodique.

Cependant, en cas de douleur sévère, les antalgiques de niveau I peuvent s'avérer insuffisants. Il convient alors d'augmenter la dose de buprénorphine par palier sans jamais dépasser 16 mg par jour. Les médicaments codéinés sont également proscrits avec la buprénorphine à cause de la compétition de fixation sur les récepteurs.

Une certaine tolérance aux opiacés s'étant installée chez les patients sous traitement de substitution, en cas de douleur chronique, leur seuil de douleur qui est plus élevé va nécessiter une quantité d'opiacés plus importante. Dans ce cas là, la douleur pourra être traitée par des opiacés à demi-vie longue.

Cette situation est tout de même délicate et demande au patient de bien faire la différence entre son traitement de substitution et son traitement spécifique de la douleur.

Si la douleur persiste, il faut réévaluer le contexte clinique de la douleur et rechercher une étiologie imposant un traitement spécifique ou une éventuelle composante neurogène susceptible de répondre à un traitement par antidépresseur ou par antiépileptique.

Le tableau suivant répertorie les douleurs les plus observées chez le patient addict aux opiacés et recevant un traitement de substitution :

Tableau 4. Principales douleurs rencontrées chez le patient addict aux opiacés et traitements appropriés

Types de douleurs	Traitements conseillés
<b>Douleurs coliques</b>	Laxatifs osmotiques Antispasmodiques
<b>Epigastralgies</b>	Inhibiteurs de la pompe à protons (oméprazole) Antiacides (cimétidine, alginates)
<b>Douleurs dentaires</b>	Paracétamol Floctafénine
<b>Douleurs ostéoarticulaires</b>	Aspirine, AINS Thiocolchicoside
<b>Céphalées</b>	Paracétamol Aspirine, AINS Triptans
<b>Neuropathies périphériques</b>	Antiépileptiques Antidépresseurs

En association aux traitements médicamenteux, il sera possible de proposer d'autres moyens de soulager la douleur, tels que la glace, la physiothérapie, l'acupuncture, la kinésithérapie... ou une consultation avec un spécialiste de la douleur si cela est nécessaire.

En pratique, les étapes suivantes sont indispensables à une bonne prise en charge de la douleur chez le patient addict :

- Communiquer avec le patient ;
- Distinguer le type de douleur ;
- Définir l'intensité de la douleur et l'état psychologique du patient ;
- Décider du traitement approprié en tenant compte des interactions et du type de douleur.

## II. L'éducation thérapeutique

---

### II.1. Généralités

#### II.1.1. Définitions et objectifs(41,42)

La notion d'éducation thérapeutique est un concept récent. La première définition fut donnée en 1954, mais n'a été formalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé qu'en 1998 avec la définition suivante :

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

Nous retiendrons aussi la définition donnée par la Haute Autorité de Santé en 2007, qui se base sur celle de l'OMS :

*« L'éducation thérapeutique du patient 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 façon 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 leurs familles, à **comprendre leur maladie et leur traitement**, à **collaborer ensemble** et à **assumer leurs responsabilités** dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et **améliorer leur qualité de vie**. »*

L'éducation thérapeutique est donc un processus centré sur la personne et intégré à son parcours de soin.

Par cette approche, la proposition de soin évolue vers une prise en charge plus centrée sur l'humain, on passe de l'information vers la pédagogie et l'éducation, d'un savoir médical à un partage entre patients et soignants.

L'objectif de l'éducation thérapeutique est de permettre au patient de prendre une part active, de le rendre autonome et acteur de sa prise en charge, grâce à l'acquisition et au maintien de compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa maladie chronique.

L'éducation thérapeutique s'inscrit ainsi dans le cadre d'une **relation équilibrée entre les soignants, le patient et son entourage**.

## II.1.2. Cadre législatif(3,43,44)

L'éducation thérapeutique a été introduite dans le Code de la santé publique en 2009 par la loi HPST portant réforme de l'hôpital et relative au patient à la santé et aux territoires. Cette loi place l'éducation thérapeutique au cœur du parcours de soin du patient et y apporte un cadre afin de participer à son développement et à son essor.

Ainsi, en 2009, dans l'article 84 du Code de la santé publique est créé un Titre VI relatif à l'éducation thérapeutique du patient. Cet article constitue désormais le cadre juridique de l'éducation thérapeutique en France. Le législateur distingue trois modalités de mise en œuvre de l'ETP :

- Les **programmes d'éducation thérapeutique** concernent une affection longue durée et sont mis en œuvre à un niveau local, après autorisation de l'ARS et sont élaborés selon un cahier des charges national ;
- Les **actions d'accompagnement** font partie de l'éducation thérapeutique et ont pour but d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie ;
- Les **programmes d'apprentissage**, destinés à favoriser le bon usage du médicament et à apprendre au patient à s'approprier des gestes techniques permettant une bonne utilisation du médicament.

Dans cet écrit, nous nous intéresserons particulièrement aux programmes d'éducation thérapeutique. Ces programmes sont soumis à autorisation des Agences Régionales de Santé du territoire dans lequel ils seront mis en œuvre. Tout programme doit être conforme à un cahier des charges national précis garantissant sa pertinence et sa qualité.

A ce jour, un programme doit concerner une affection longue durée et doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé dont un médecin.

L'autorisation délivrée par l'ARS est valable pour une durée de quatre ans, qui peut être renouvelée. Les programmes mis en place sont évalués par les ARS mais un système d'auto-évaluation annuel doit également être mis en place par les équipes.

Depuis la loi HPST, l'ETP, qui relevait auparavant de pratiques assez hétérogènes, s'est inscrite dans un cadre législatif et réglementaire.

### **II.1.3. A quels patients l'éducation thérapeutique s'adresse-t-elle ?(42,45)**

L'éducation thérapeutique s'adresse généralement à toute personne ayant une maladie chronique faisant partie de la liste des ALD. Les enfants, les adolescents, ou les adultes, peuvent bénéficier de l'éducation thérapeutique, et ce quels que soient le type, le stade et l'évolution de la maladie.

L'entourage peut également être impliqué s'il le souhaite (notamment en cas de pathologie neurodégénérative où l'état cognitif du patient ne permet pas le bon suivi d'un programme).

Il est essentiel de souligner que la participation des patients se fait sur la base du volontariat. Chaque patient est libre de quitter un programme dans lequel il s'est inscrit s'il le souhaite.

Un programme d'éducation thérapeutique peut être proposé dès l'annonce du diagnostic de la maladie chronique ou à tout autre moment de la maladie.

Pour chaque proposition d'éducation thérapeutique, la durée et les moyens nécessaires à mettre en œuvre dépendent des besoins éducatifs du patient. L'éducation thérapeutique est une démarche continue qui nécessite des adaptations permanentes liées à l'évolution de la maladie, à l'expérience du patient et à ses demandes. C'est pourquoi ces propositions doivent rester souples, pour répondre aux besoins de chaque patient.

De plus, les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lien de vie ne doivent pas priver les patients d'une offre d'ETP.

Ces modalités doivent être prises en compte pour adapter le programme en termes d'accessibilité géographique et culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, et de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptées au public concerné.

#### **II.1.4. Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient(45,46)**

L'éducation thérapeutique est considérée comme intégrée à la prise en charge du patient :

- Si elle est réellement complémentaire des traitements, du soulagement des symptômes et de la prévention des complications ;
- Si elle tient compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et des priorités définies avec le patient.

Ainsi, l'éducation thérapeutique participe à l'amélioration de la santé du patient, de sa qualité de vie et de celle de ses proches.

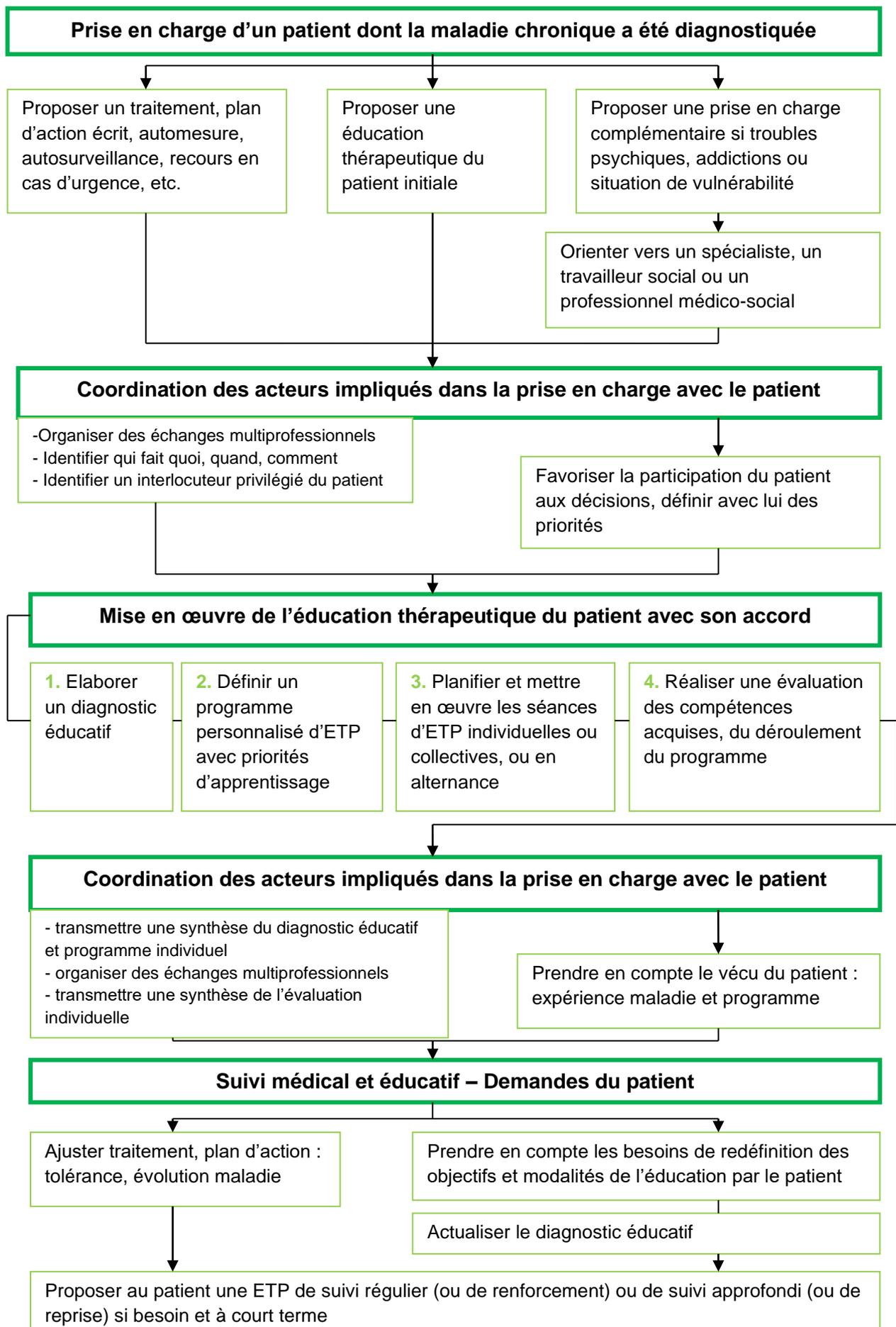


Figure 12. Intégration de l'ETP à la stratégie thérapeutique

Différentes offres d'éducation thérapeutique peuvent être proposées au patient tout au long de son parcours éducatif :

- L'**offre d'éducation thérapeutique initiale** suit l'annonce du diagnostic ou une période de vie avec la maladie, sans prise en charge éducative. Suite à cette première approche, une évaluation individuelle détermine si les objectifs éducatifs ont été atteints.
- Si les objectifs thérapeutiques ont été atteints, une **offre d'éducation thérapeutique de suivi régulier** (ou de renforcement) peut être proposée, dans le but de consolider et d'actualiser les compétences du patient grâce à une éducation thérapeutique continue. Elle permet d'encourager le patient dans la mise en œuvre de ses compétences et de soutenir ses projets de vie. Il est aussi possible de développer de nouvelles compétences selon l'évolution de la maladie et des traitements.
- Si les objectifs thérapeutiques n'ont pas été atteints, une **offre d'éducation thérapeutique de suivi approfondi** (ou de reprise) peut être proposée. Elle est nécessaire en cas de difficultés dans l'apprentissage, de modifications de l'état de santé du patient, ou encore de ses conditions de vie. Cette offre mobilise généralement plusieurs professionnels et nécessite du temps qui équivaut parfois à celui d'une éducation initiale.

## II.1.5. Quels sont les acteurs de l'éducation thérapeutique ?

### II.1.5.1. Les professionnels(3,47–50)

Eduquer 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 soient pas immédiats. 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 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 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. Selon le Code de la santé publique, deux catégories de personnes peuvent dispenser l'ETP :

- Les 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 ;
- Les travailleurs du domaine social, les psychologues, et les éducateurs en activité physique adaptée, peuvent intervenir directement dans le processus pédagogique ou indirectement en répondant à des besoins ponctuels des patients.

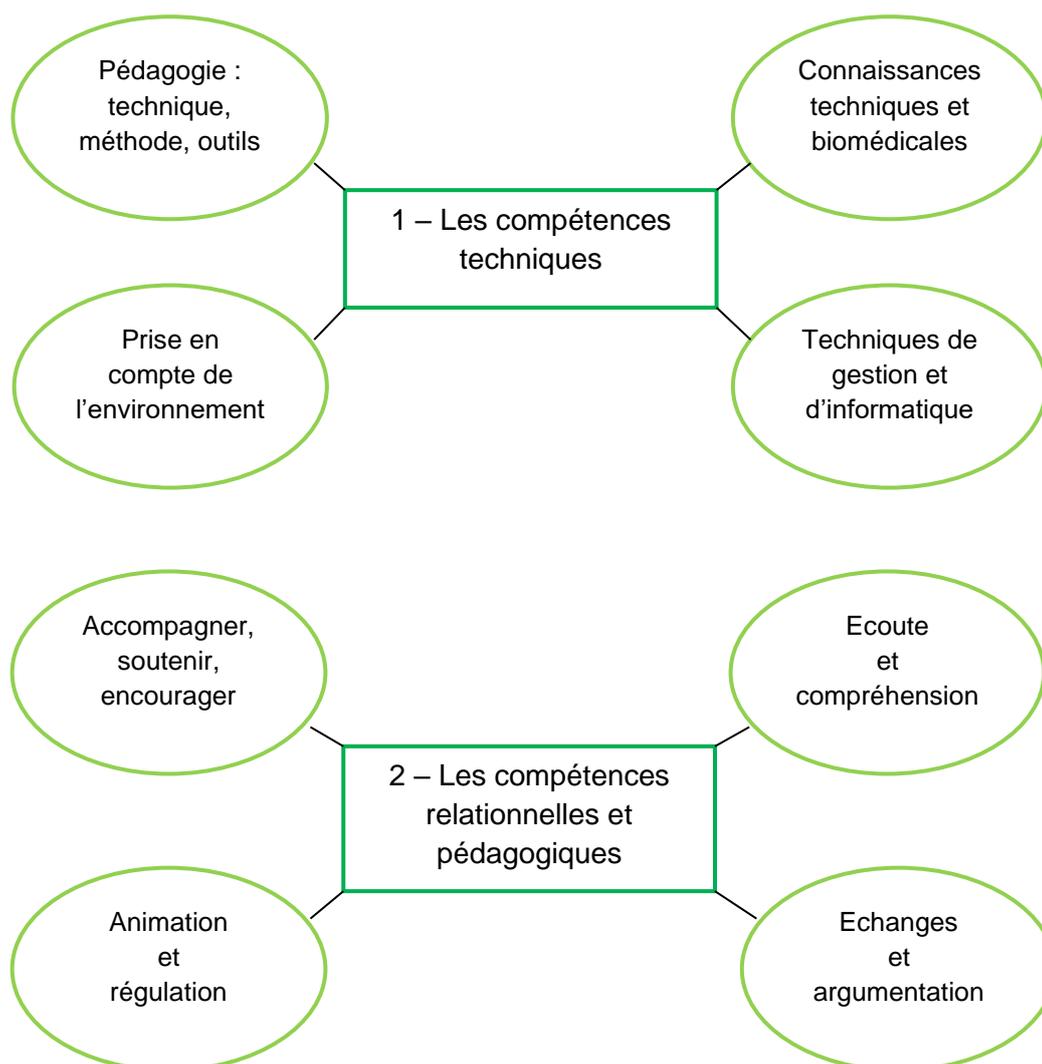
Les intervenants du programme doivent tous pouvoir attester d'une formation à l'ETP, depuis l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient :

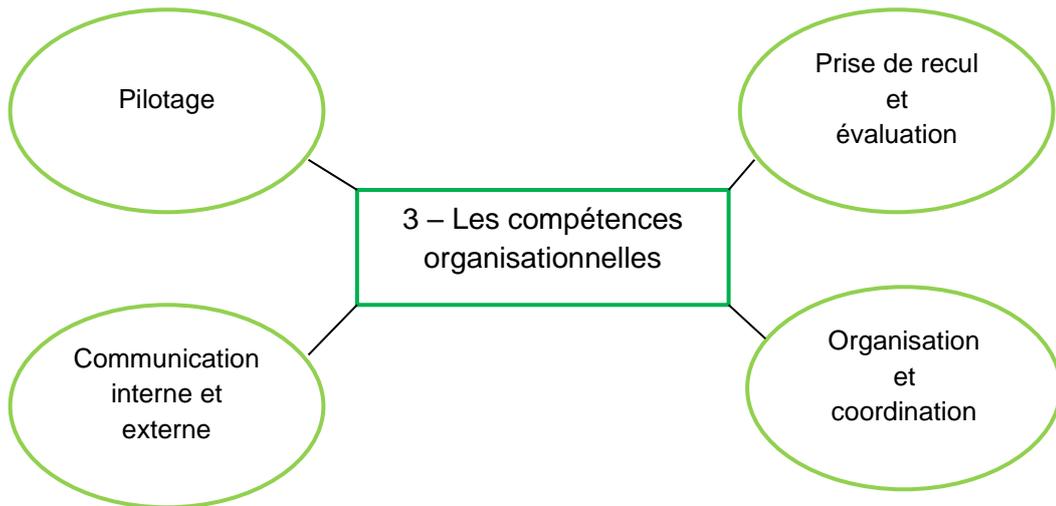
*Article 2 « L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme. »*

Afin de mieux encadrer la fonction de coordonnateur, cet article a été modifié par l'arrêté du 14 janvier 2015, article 4, dans lequel après les mots : « pour dispenser », sont ajoutés les mots : « ou coordonner ».

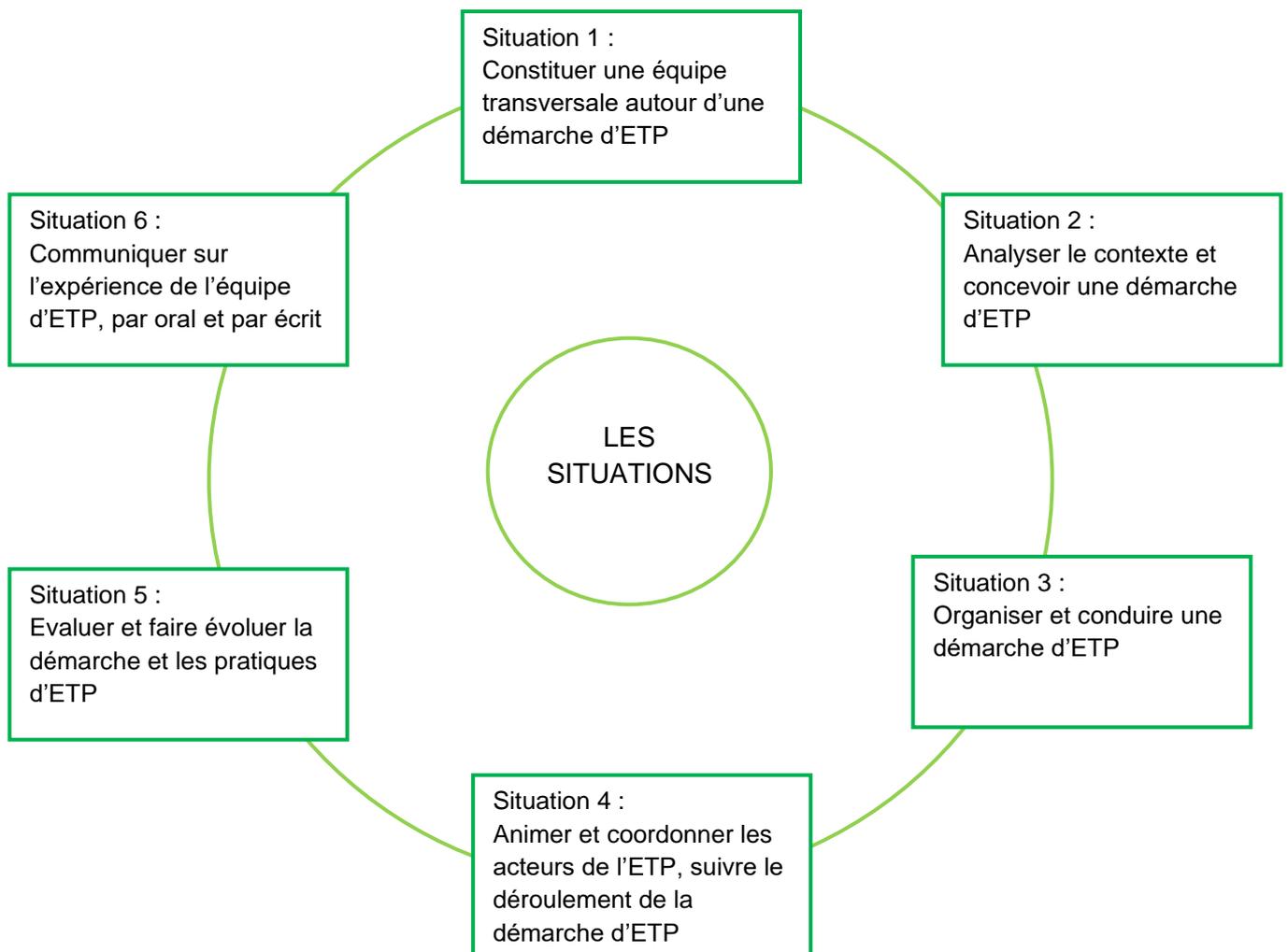
De plus, les intervenants doivent justifier de compétences pour coordonner un programme d'ETP. Dans son « Référentiel de compétences pour coordonner l'ETP », l'INPES définit une compétence comme le « processus qui permet de mettre en synergie des ressources multiples dans une situation professionnelle ».

On trouve ainsi trois domaines de compétences, comprenant chacun plusieurs sous-domaines :





Ces compétences doivent permettre à une équipe pluridisciplinaire de faire face aux différentes situations rencontrées lors de la coordination d'une démarche d'ETP.



### **II.1.5.2. Implication des patients(3,47,48,51–55)**

Cette grande diversité d'acteurs dans l'éducation thérapeutique est à l'origine de son efficacité. Un dernier protagoniste peut toutefois se rajouter à cette liste. Il s'agit du « patient expert », encore appelé patient « ressource » ou patient « intervenant ».

Le « patient expert » est une personne atteinte de la même pathologie chronique que les patients ayant intégré le programme et qui a acquis et développé des connaissances sur sa maladie grâce à son parcours médical et ses propres expériences.

L'implication de ce patient expert 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 en exploitant la maladie dans sa dimension sociale ;
- De donner de l'espoir aux malades en affichant le résultat d'un processus de réadaptation.

L'implication de ces patients « experts » de leurs maladies de par leur expérience, est une notion assez nouvelle en éducation thérapeutique. Leur présence permet de renforcer l'équipe pluridisciplinaire grâce au partage de leurs vécus, des difficultés quotidiennes auxquelles ils ont du faire face, des impacts de la maladie et du traitement sur leurs vies au niveau physique, psychique, social, émotionnel et culturel.

Leurs expériences viennent compléter l'expertise des professionnels et permettent aux patients qui suivent le programme d'ETP de s'identifier à une personne qui est passée par là avant eux et de les pousser à s'investir s'ils constatent des conséquences positives.

On distingue deux catégories de patients « experts » :

- Le patient témoin : il n'a pas besoin de formation pour intervenir, il doit seulement avoir lui-même suivi un programme d'éducation thérapeutique et donc être porteur de la pathologie concernée par le programme. Son rôle est de témoigner de son vécu, des moyens mis en œuvre pour faire face aux difficultés rencontrées et de parler de sa propre expérience en ETP et des bénéfices qu'il a pu en tirer.
- Le patient éducateur : il doit avoir la formation minimale de 40 heures à l'ETP et il doit avoir lui-même participé à un programme d'ETP pour intervenir. Il doit être en mesure d'animer des ateliers aux côtés de l'équipe éducative ou encore de relayer des messages thérapeutiques. Il peut aussi participer à la conception du programme et à son évaluation.

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 des soignants.

Cependant, le terme unique de patient « expert » reste encore à préciser. Effectivement, les patients peuvent endosser une multiplicité de rôles dans un programme d'éducation thérapeutique, voire même au sein du système de santé. Le modèle de Montréal structure la place des patients dans l'ETP et considère le patient « expert » comme un réel acteur de soin. Dans le champ de la santé mentale, on parle de patients « pair-aidants » : ils sont de plus en plus nombreux à intervenir au côté des professionnels de santé.

En France, l'Université des Patients créée par le Professeur Turette-Turgis est pour l'instant la seule à proposer une formation aux patients qui aboutit par l'obtention d'un diplôme universitaire. Une professionnalisation est donc possible et les patients peuvent intervenir dans des établissements de santé à titre salarié, bien que le bénévolat soit pour le moment majoritaire. Ce diplôme ouvre plusieurs portes aux patients et leur donne la possibilité d'intervenir sur les programmes d'éducation thérapeutique, aussi bien en tant que patient « expert » qu'en tant que concepteur de programme, ou encore de devenir médiateur en santé.

D'autre part, la faculté de médecine de Paris 13 a mis en place un programme de patients-enseignants où les patients ont donc le rôle d'enseignant et sont rémunérés à ce titre.

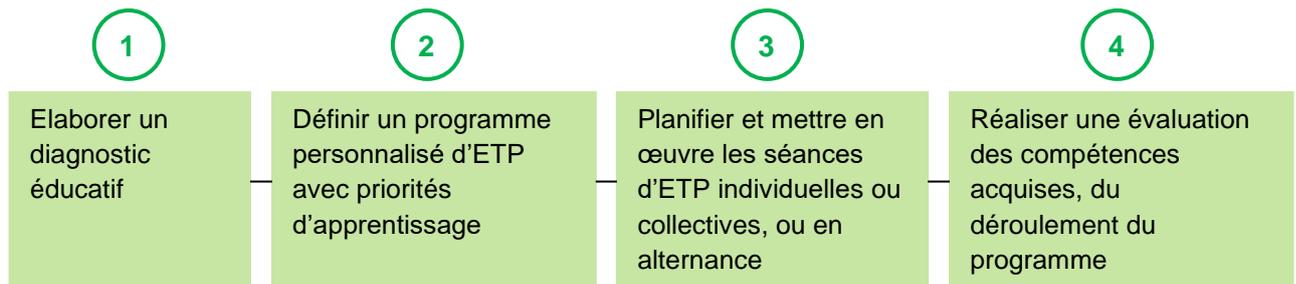
L'organisation du système de santé est en pleine évolution et intègre de plus en plus les patients, dont les fonctions sont dorénavant légitimées par des diplômes. Leur place se trouve aussi bien dans les soins que dans la réorganisation des services de santé et des parcours de soins. La voix des patients se fait de plus en plus entendre et s'inscrit dans un mouvement de reconnaissance des droits des malades.

On ajoutera qu'en Nouvelle-Aquitaine, le Projet Régional de Santé prévoit que d'ici 2028, tous les programmes d'éducation thérapeutique auront l'obligation d'intégrer un patient éducateur à leurs équipes.

## II.1.6. Les différentes étapes pour le patient au cours d'un programme d'éducation thérapeutique(3,42,45,46,56)

Pour réaliser un programme d'éducation thérapeutique cohérent et efficace, il est essentiel que le programme soit défini pour une maladie chronique donnée et dans un contexte donné.

La démarche éducative est répartie en quatre étapes :



Ce cadre ainsi structuré apporte une coordination dans l'équipe et dans le programme, ce qui permet au patient d'acquérir des compétences d'autosoins et d'adaptation en s'appuyant sur différentes approches pédagogiques et relationnelles.

### II.1.6.1. Diagnostic éducatif(3,41,42,45,46,56)

Le diagnostic éducatif est défini par l'OMS en 1998 comme étant : « *la première étape du processus pédagogique. Il s'agit d'un recueil systématique, détaillé et itératif d'informations par le soignant, concernant la situation bioclinique, éducative, psychologique et sociale du patient. Ces informations doivent servir de base pour la construction d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé.* »

Cette étape se divise en trois points essentiels :

- Apprendre à connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition d'ETP ;
- Reconnaître le rôle protecteur ou non des facteurs socio-environnementaux et les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, identifier et prendre en compte son projet, ses motivations et ses freins ;
- Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses capacités à changer.

En pratique, le diagnostic éducatif se déroule préférentiellement dans un endroit calme et isolé afin d'assurer la confidentialité.

Il consiste en une série d'entretiens semi-directifs individuels avec un ou plusieurs professionnels de santé. Un guide ou une grille d'entretien sert de support et de ligne conductrice au diagnostic éducatif : on y retrouve les questions à poser permettant de recueillir les informations nécessaires. Il est essentiel que ces questions permettent une discussion ouverte et instaurent un climat de confiance entre le patient et l'intervenant qui mène l'entretien.

Les compétences relationnelles de l'intervenant jouent alors un rôle important : le soignant doit s'intéresser à la personne en face de lui, ne pas l'interrompre, l'aider à reformuler, recentrer le sujet si nécessaire, ne pas rester centré sur sa prise de note, être authentique et empathique. Ainsi, toutes les dimensions suivantes devraient être explorées :

- **Qu'est-ce qu'il a ?** Quel est son problème de santé ? Son évolution ? Ses traitements actuels ?
- **Que sait-il ?** Quelles sont ses connaissances, ses compétences, ses représentations et ses croyances concernant sa maladie et ses traitements ?
- **Comment vit-il son problème de santé ?** Quelles sont les incidences sur sa qualité de vie ?
- **Que fait-il ?** A-t-il une profession ? des loisirs ? une vie sociale et/ou familiale ?
- **Quels sont ses projets et ses sources de motivation ?**

A la fin du diagnostic éducatif, l'intervenant ayant mené l'entretien fait une synthèse avec le patient afin de dégager avec lui ses besoins.

On parle alors de bilan éducatif partagé : l'intervenant négocie, avec la collaboration du patient, des objectifs à atteindre afin d'aboutir à une proposition de programme éducatif personnalisé avec des priorités d'apprentissage.

L'éducation thérapeutique doit avant tout être fondée sur les besoins du patient.

### **II.1.6.2. Programme personnalisé(3,42,45,46,56)**

Le bilan éducatif partagé permet de définir un programme personnalisé. Sa mise en place passe tout d'abord par la formulation, avec le patient, des compétences à acquérir au regard de son projet, afin de pouvoir définir par la suite des objectifs éducatifs spécifiques.

Les compétences d'autosoins correspondent à des décisions que le patient peut prendre dans l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé :

- Soulager les symptômes ;
- Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, adapter les doses de médicament ;
- 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.

Les compétences d'adaptation s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales :

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

Les compétences à acquérir doivent donc être négociées avec le patient et doivent être communiquées sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient, afin de planifier un programme personnalisé.

### **II.1.6.3. Mise en œuvre des séances(3,42,45,46,56)**

En amont du programme, l'équipe pluridisciplinaire choisit de proposer des séances d'éducation thérapeutique collectives, individuelles ou en alternance. Ce choix se fait selon les besoins du patient et ses préférences et selon la possibilité d'avoir un local adapté pour des séances collectives ou bien individuelles. Le confort, la sécurité et la santé des patients doivent être pris en compte lors du choix du local.

Les séances individuelles se déroulent en face à face avec un patient (et éventuellement une personne de son entourage) et durent environ 30 minutes. Ce type de séance est plus facile d'accès pour les patients ayant une dépendance physique, sensorielle ou cognitive, ou des difficultés à se trouver en groupe.

Les séances collectives ont l'avantage de rassembler des patients ayant des objectifs éducatifs similaires et sont donc propices au partage d'expériences et à la transmission de savoirs. Elles permettent ainsi de rompre l'isolement et d'augmenter la réceptivité des patients à la démarche d'éducation.

Les groupes lors des séances collectives doivent idéalement être composés de 3 personnes au minimum et de 10 au maximum. Un groupe plus nombreux empêcherait le soignant d'adapter la séance au projet de chacun et empêcherait les échanges constructifs. Les séances durent entre 45 minutes et 1h. Deux séances peuvent se succéder si elles sont entrecoupées de pauses.

Une alternance de séances individuelles et collectives est possible. Cela peut être planifié à l'avance ou bien organisé en cours de route selon les besoins d'un patient, ou sur proposition des intervenants qui mettent en œuvre le programme d'éducation thérapeutique.

Quel que soit le schéma appréhendé, une séance d'éducation thérapeutique se déroule en quatre temps :

1. **Avant la séance** : un temps de préparation est nécessaire pour aménager l'espace et préparer le matériel pédagogique à utiliser lors de la séance. Au préalable il faudra évidemment avoir pris connaissance du dossier ETP de chaque patient participant à la séance et de leurs bilans éducatifs partagés.
2. **Pendant la séance** :
  - Rappel des règles de confidentialité ;
  - Explication du déroulement de la séance en commençant par présenter les objectifs ;
  - Conduite de la séance d'éducation thérapeutique.
3. **A la fin de la séance** : solliciter le ou les patients pour évaluer les acquis de la séance.
4. **Synthèse de la séance par les animateurs** : assurer la transmission des informations à toute l'équipe pluridisciplinaire et la traçabilité sur le dossier patient informatisé.

#### **II.1.6.4. Evaluation individuelle(3,42,45,46,56)**

A la fin de tout programme d'éducation thérapeutique, il est important de réaliser une évaluation du déroulement du programme et des compétences acquises par les patients.

L'évaluation individuelle concerne plusieurs facteurs :

- Les compétences acquises par le patient ;
- Le vécu et l'adaptation à la maladie chronique ;
- Le point de vue du patient sur le programme en lui-même : contenu, organisation, méthodes pédagogiques utilisées...

Pour commencer, le fait de permettre au patient d'exprimer son ressenti par rapport au programme auquel il vient de participer permet à l'équipe pluridisciplinaire de repérer les forces et les faiblesses du programme et donc de l'améliorer.

Pour évaluer les compétences acquises par le patient, on réalise un bilan éducatif final : on fait le point avec le patient sur ce qu'il sait et sur ce qu'il lui reste à acquérir. Cela permet aussi de s'assurer de la pertinence du bilan éducatif partagé qui a été fait en amont. Une nouvelle offre d'éducation thérapeutique peut éventuellement être proposée au patient à l'issue de cette évaluation et après avoir actualisé le diagnostic éducatif.

Enfin, il est important d'évoquer avec le patient son ressenti par rapport à sa maladie et aux changements entrepris. C'est l'occasion de faire le bilan avec le patient de sa qualité de vie au niveau physique, psychologique, social et au niveau de son indépendance.

L'évaluation individuelle permet donc de mettre en valeur l'évolution du patient (et de son entourage) en constatant l'acquisition des compétences d'autosoins et d'adaptation, l'autodétermination dont le patient a fait preuve et sa capacité d'agir.

Bien que l'évaluation individuelle soit systématiquement réalisée à la fin de chaque offre d'ETP, elle peut également être proposée à tout moment de la prise en charge si le professionnel de santé le juge nécessaire ou si le patient la sollicite.

## **II.2. Construction d'un programme d'éducation thérapeutique**

### **II.2.1. Gestion de projet (44,46,56,57)**

Un programme structuré d'éducation thérapeutique représente un cadre de référence pour la mise en œuvre du programme personnalisé de chaque patient. Il définit dans un contexte donné Qui fait Quoi, Pour Qui, Où, Quand, Comment et Pourquoi mettre en œuvre et évaluer une ETP ?

La préparation des programmes d'ETP par étapes successives et logiques impose un cadre cohérent qui aide les équipes pluridisciplinaires à leur construction. De plus, d'autres organismes « ressources » tels que les UTEP, les IREPS, les DAC et les réseaux de santé n'ont pas nécessairement un rôle de financement mais sont là pour accompagner et soutenir les programmes d'ETP grâce à diverses prestations d'aide, de conseil et de coordination.

La gestion de projet se fait donc par le coordinateur du programme, en lien avec ces organismes « ressources ».

### **II.2.1.1. Analyse du contexte et de la demande**

Une phase « exploratoire » est indispensable pour la mise en place de tout programme d'ETP. Tout d'abord, une analyse du contexte global doit être réalisée afin de connaître les différents modes de prise en charge des personnes concernées par la pathologie étudiée. Cette étape permet de déterminer si le projet a un réel intérêt et s'il y a une possibilité de proposer une nouvelle offre, complémentaire à celles existant déjà, et donc de répondre concrètement à la demande des patients.

Il faut aussi estimer l'intérêt que ces derniers portent au projet. Ainsi, les éléments recueillis permettront de déterminer les objectifs du programme et de compléter le dossier de demande d'autorisation auprès de l'ARS.

### **II.2.1.2. Identification des besoins**

Lors de la mise en place d'un programme d'ETP, il convient avant tout d'identifier les besoins des personnes concernées par le projet. Ce travail de recueil de données auprès des patients peut se faire à l'aide de questionnaires, d'enquêtes, d'observations... toutes les dimensions de l'individu seront à prendre en charge lors de l'analyse des données : physiologiques, psychologiques, sociales et culturelles.

L'identification des besoins est un élément capital permettant la compréhension des attentes des patients et permet, par la suite, de dégager les priorités d'action et les objectifs du programme.

### **II.2.1.3. Identification des ressources**

En éducation thérapeutique, les ressources comprennent :

- Des ressources humaines : professionnels de santé formés à l'ETP ;
- Des ressources techniques : outils pédagogiques qui facilitent les interactions et l'acquisition de compétences.

Le choix de ces ressources doit se faire de manière concertée par l'équipe pluridisciplinaire qui met en œuvre le programme d'ETP. Ces ressources doivent être disponibles, accessibles, et adaptées aux objectifs pédagogiques de chaque séance.

De plus, les professionnels de santé doivent être formés à l'utilisation des différents outils pédagogiques. Les outils en question doivent évidemment être testés selon une méthode rigoureuse avant la mise en place du programme, afin de s'assurer de leur efficacité et de leur pertinence.

## **II.2.2. Financement(44)**

Le financement d'un programme d'éducation thérapeutique peut représenter un facteur freinant son déploiement. Le budget comprend des frais de logistique (notamment pour les locaux), des frais de matériel pour les différents supports et outils pédagogiques et la rémunération des intervenants.

La recherche de subventions est donc essentielle pour financer la mise en place d'un programme, d'autant plus que l'autorisation donnée par l'ARS n'est assortie d'aucun financement institutionnel. La question du financement doit donc être résolue avant de soumettre le dossier de demande d'autorisation à l'ARS.

Les programmes d'éducation thérapeutique peuvent être financés par des financements publics, des financements privés ou bien par d'autres organismes dits « ressources ».

Parmi les financements publics, les programmes d'ETP peuvent compter sur :

- Les Agences Régionales de Santé : le Fonds d'Intervention Régional (FIR) permet aux ARS de financer les programmes d'ETP notamment en consacrant une partie du budget aux unités transversales d'éducation du patient (UTEP) ou à la formation des soignants. Les ARS orientent leurs financements vers les priorités régionales fondées sur l'état de santé de la population.
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie : le Fonds National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire est un fonds consacré au financement de projets développés dans le cadre des priorités régionales de prévention.
- Les appels à projets peuvent également être une solution afin de trouver des subventions.

On ajoutera que les financements privés venant de l'industrie pharmaceutique sont plus opérationnels et moins contraignants, mais ces partenariats mal circonscrits ont leurs limites et entraînent des interrogations éthiques.

## **II.2.3. Composition d'une équipe pluridisciplinaire(3,58)**

La qualité d'un programme d'éducation thérapeutique dépend, entre autres, des intervenants participant au programme. La composition d'une équipe pluridisciplinaire est indispensable afin d'apporter au patient une éducation globale et complète concernant sa maladie.

La composition d'une équipe dépend du public cible, de la pathologie, et de la nature des compétences à acquérir par le patient. Des professionnels de tous horizons peuvent être amenés à intervenir dans un programme d'ETP : médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, éducateurs spécialisés... sans oublier les « patients experts ».

Dans cette équipe, le coordonnateur du programme (qui est le chef de projet) prend la responsabilité de planifier les réunions et d'en faire les comptes-rendus, de préparer les objectifs pédagogiques et de s'assurer des moyens donnés à l'équipe. Le but étant, pour le coordonnateur et l'équipe pluridisciplinaire, d'analyser au mieux 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.

Le partage des informations entre les différents intervenants et les modalités de suivi du programme ont lieu par l'intermédiaire d'un dossier d'éducation thérapeutique. Une bonne coordination est nécessaire pour répondre de manière optimale aux besoins de chaque patient et pour permettre une éducation adaptée et organisée.

La coopération entre les intervenants est indispensable afin d'harmoniser leurs interventions auprès du ou des patients.

#### **II.2.4. Construction d'un référentiel de compétences(43,46,58)**

La création d'un programme d'éducation thérapeutique doit s'appuyer en premier lieu sur l'analyse des besoins éducatifs des patients. Ces besoins sont ensuite traduits en compétences d'autosoins et d'adaptation, ce qui permet l'élaboration du référentiel de compétences.

Pour les intervenants, ce référentiel de compétences sert de base à l'élaboration du programme. Effectivement, le référentiel correspond en fait à une liste de compétences à acquérir par les patients. A partir de ces compétences, l'équipe pluridisciplinaire peut définir dans un premier temps, les objectifs généraux puis spécifiques qui en découlent et dans un second temps, les différents ateliers et outils éducatifs qui permettront aux patients d'atteindre leurs objectifs et de maîtriser les compétences définies.

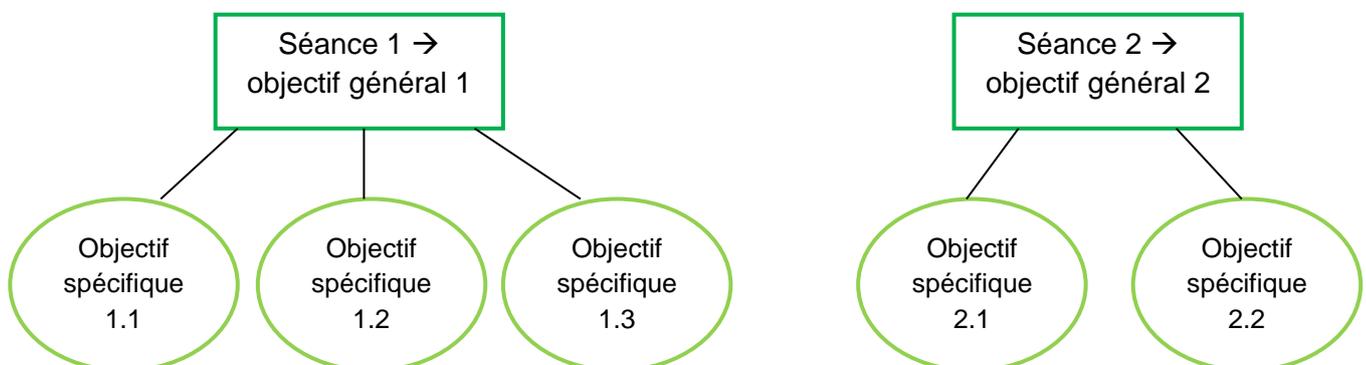
Pour le patient, le référentiel de compétence détermine les actions qu'il devra mettre en œuvre à la fin du programme d'éducation thérapeutique. Huit compétences transversales ont été retenues par la Haute Autorité de Santé :

- Déterminer ses buts en collaboration avec les soignants ; informer son entourage ;
- Comprendre sa maladie, s'expliquer les principes du traitement ;
- Repérer, analyser, mesurer ;
- Faire face, décider ;
- Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention ;
- Pratiquer, faire ;
- Adapter, réajuster ;
- Utiliser les ressources du système de soin ; faire valoir ses droits.

Par exemple, lors d'un programme d'éducation thérapeutique pour des personnes diabétiques, une des compétences à acquérir pourrait être la suivante : « résoudre un problème de thérapeutique quotidienne » ; avec l'objectif qui en découle : « adapter les doses d'insuline à sa glycémie ».

## II.2.5. Définition des objectifs généraux et spécifiques(58)

Comme dit précédemment, pour chaque compétence à atteindre, des objectifs éducatifs sont formulés pour indiquer ce que le patient doit être capable d'accomplir. Pour une séance d'éducation thérapeutique, il faut définir un objectif général et les objectifs spécifiques qui en découlent. Effectivement, l'objectif général évoque un thème dans son ensemble tandis que les objectifs spécifiques constituent différents axes pour atteindre l'objectif général.



En éducation thérapeutique, on peut classer les objectifs éducatifs en trois domaines de capacités :

- Le domaine cognitif : capacité à énumérer, expliquer et identifier certains éléments de connaissance ;
- Le domaine sensorimoteur : effectuer certains gestes ;
- Le domaine psychoaffectif : se comporter dans un type de situation, limiter le stress.

## **II.2.6. Construction des conducteurs de séances(59)**

Les séances d'éducation thérapeutique doivent être structurées. Le référentiel de compétences garantit la qualité de la démarche éducative. Il est ensuite nécessaire de définir le déroulé des séances au préalable afin que toutes les compétences soient travaillées durant le programme. Une compétence ainsi que l'objectif général associé à cette compétence peuvent faire l'objet d'une séance d'ETP. Les objectifs spécifiques permettent ensuite de diviser la séance en plusieurs parties.

Il convient donc d'établir un conducteur de séance qui décrit en une page, et de manière synthétique, la séquence éducative proposée au patient :

- Durée de la séance ;
- Intervenants ;
- Nombre de participants ;
- Compétence travaillée avec les objectifs correspondants ;
- Matériel nécessaire ;
- Pour chaque objectif il faudra définir le temps dédié, les outils utilisés, le rôle de chaque intervenant et les mots-clés.

Le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) propose un exemple de conducteur de séance :

	<b>CELLULE REGIONALE ETAPE</b> <b>EDUCATION THERAPEUTIQUE AMELIORATION DES PRATIQUES &amp; EVALUATION EN AQUITAINE</b>
<b>Exemple de Trame d'atelier ETP</b>	
<b>Public cible</b> <i>Nombre maximum de patients pour la séance</i> <i>Préciser s'il s'agit de patients et/ou de proches. Eventuellement, si cela s'avère nécessaire, préciser les critères d'inclusion</i>	
<b>Compétence (s)</b>	
<b>Objectifs éducatifs</b> <i>(ce que le groupe de patients doit savoir, savoir faire pour développer la ou les compétences visées)</i> <i>« le patient sera capable de... » verbe actif + contenu +/- critère d'évaluation</i> <i>Ex : A l'issue de la séance, le patient sera capable de réaliser une injection d'insuline en respectant la posologie et les règles d'asepsie</i>	
<b>Moyens matériel</b> <i>Préciser la liste de matériel nécessaire et les caractéristiques du lieu</i> <i>Ex : 2 petites salles, flips-charts, marqueurs, photocopies...</i>	
<b>Educateurs</b> <i>Nombre et compétences nécessaires</i> <i>Si plusieurs éducateurs sont nécessaires, précisez le rôle de chacun</i>	
<b>Durée de l'atelier</b> <i>Précisez le temps total et si possible le temps recommandé par activité</i>	

**Références**

HAS-INPES juin 2007 : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques  
 J-F d'Ivernois, R.Gagnayre : Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique  
 A. Communier : travail de DESS éducation thérapeutique, 2003 « Conducteur d'une séance éducative »

**Déroulement**

<b>Introduction</b>					
<i>Ce que l'éducateur présente au début de l'atelier, accueillir</i> <i>Ex : Objectifs, déroulement et règles de fonctionnement de la séance, lien avec les séances précédentes, suivantes (où en est t'on ? d'où vient t'on, où va-t-on ?)</i>					
Objectif éducatif	Ce que fait l'éducateur	Ce que font les participants	Messages-clés	Technique/outil éducatif	Durée Qui ?
<b>Objectif 1</b>  <i>Ex : Exprimer ses représentations de la vie avec la maladie</i>	<i>Décrire la ou les activités à mener pour chacun des objectifs : ce que fait l'éducateur</i>	<i>Décrire ce que font les participants dans chaque activité</i>	<i>Faire une liste des messages-clés</i>  <i>Si nécessaire, joindre un document plus détaillé sur le contenu</i>	<i>Technique : Ex : Travail en sous-groupe classique avec modérateur et rapporteur, Brainstorming, métaplan, trois p'tits tours, jeu de rôle...</i> <i>La description de la technique d'animation est jointe en annexe</i>  <i>Outil éducatif : nom, lien vers la fiche descriptive de l'outil</i>	
<b>Objectif 2</b>					
<b>Objectif 3</b>					

**Evaluation**

*Décrire le type d'évaluation, outil, déroulement, le moment de l'évaluation*  
*Elle peut être réalisée à l'issue de la séance (compréhension, satisfaction) ou à distance (acquis, perception de l'utilité...)*

Ainsi, un conducteur de séance doit être établi pour chaque séance qui compose le programme d'éducation thérapeutique.

La détermination des compétences, puis des objectifs généraux et spécifiques, et enfin des outils et méthodes à utiliser pour y parvenir permettent en fait d'aboutir à ces conducteurs de séance, qui sont le reflet d'un programme personnalisé, pour un groupe de patients déterminé.

## **II.2.7. Evaluations annuelle et quadriennale du programme(60,61)**

Les programmes d'éducation thérapeutique font l'objet d'une auto-évaluation annuelle recommandée et d'une évaluation quadriennale obligatoire.

L'auto-évaluation annuelle est une démarche d'amélioration continue de la qualité d'un programme d'éducation thérapeutique. Elle repose sur l'analyse des points forts et des points faibles par les membres de l'équipe éducative et les patients.

Cette auto-évaluation est réalisée par les équipes sous la responsabilité du ou des coordonnateurs : ils évaluent eux-mêmes leur programme d'ETP, rédigent un rapport d'auto-évaluation et prennent des décisions communes pour améliorer les pratiques, le contenu du programme, son organisation, le partage d'informations et la coordination.

L'auto-évaluation annuelle se fait généralement en 4 étapes :

1. Choix des objets d'évaluation :
  - Auto-évaluation de l'activité globale du programme : contribution des intervenants, activités éducatives, partage des informations... ;
  - Auto-évaluation du processus du programme : questionnement sur le bon enchaînement des étapes de l'éducation thérapeutique ;
  - Auto-évaluation de l'atteinte des objectifs du programme : analyse de l'écart entre ce que le programme a prévu d'atteindre et les changements observés ;
2. Recueil des données ;
3. Identification des forces, des faiblesses, des difficultés de mise en œuvre du programme et hiérarchisation des propositions d'amélioration ;
4. Mise en œuvre des actions d'amélioration.

Les résultats de cette auto-évaluation annuelle sont destinés aux coordonnateurs et aux équipes éducatives. Aucune réglementation ne prévoit la transmission des résultats à l'ARS.

L'évaluation quadriennale se déroule au cours de la quatrième année suivant l'autorisation du programme par l'ARS. Elle permet de déterminer si un programme fonctionne bien dans son ensemble en faisant le bilan des quatre années de mise en œuvre, depuis la date de la dernière autorisation par une ARS. Elle s'appuie notamment sur les résultats du programme et sur les auto-évaluations annuelles successives et permet de prendre des décisions quant à l'avenir et à l'évolution du programme.

En pratique, l'évaluation quadriennale est réalisée par le coordonnateur du programme d'éducation thérapeutique et l'équipe éducative. La première étape est l'analyse des effets et des évolutions du programme.

On entend par « effets » :

- Les changements attendus chez les bénéficiaires grâce à la mise en œuvre du programme ;
- Les conséquences du programme sur le fonctionnement de l'équipe ;
- L'intégration du programme au sein de l'offre de soins locale.

On entend par « évolutions » :

- L'évolution de la mise en œuvre du programme grâce aux évaluations annuelles ;
- L'adaptation du programme aux besoins et aux attentes de la population accueillie ;
- L'évolution de la structuration du programme.

La conclusion de cette analyse des effets et des évolutions du programme permet par la suite de se questionner sur la pertinence de renouveler la demande d'autorisation de mise en œuvre du programme.

Le cas échéant, le rapport d'évaluation quadriennale est joint à la demande de renouvellement de l'autorisation de mise en œuvre du programme qui est transmise à l'ARS. Le rapport d'évaluation permet aux ARS de constater la dynamique de progression engagée et de prendre en compte les difficultés rencontrées et donc les besoins d'accompagnement. L'ARS peut prendre la décision de renouveler le programme pour quatre années supplémentaires, ou bien de l'arrêter.

D'autre part, la mise à disposition du rapport d'évaluation permet aux professionnels de santé impliqués dans le parcours des patients de mieux connaître l'offre locale de programme d'éducation thérapeutique, et sa qualité.

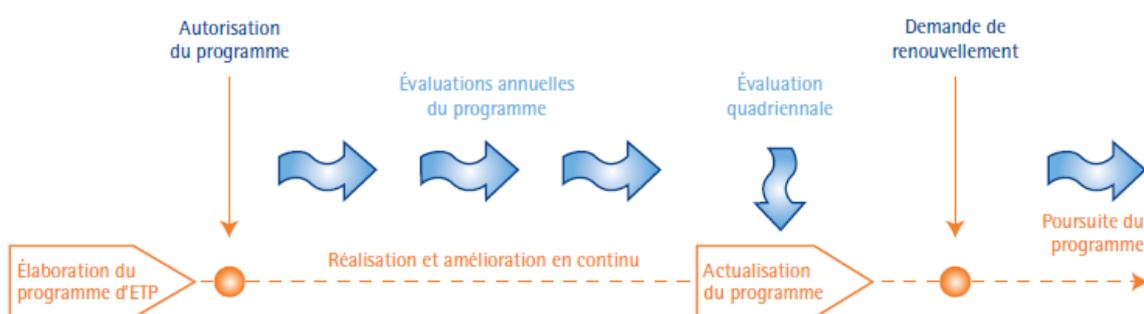


Figure 13. Processus d'évaluation d'un programme d'ETP autorisé

## II.2.8. Dossier ARS(62)

Aucun programme d'éducation thérapeutique ne peut être mis en place tant qu'il n'a pas reçu d'autorisation de la part du Directeur Général de l'ARS, conformément à l'article 84 de la loi HPST.

Tous les programmes doivent donc faire l'objet d'une demande d'autorisation, qu'ils soient conduits dans les établissements de santé, en médecine de ville, dans un réseau de santé, dans une association... Cette autorisation, qui est délivrée par le Directeur Général de l'ARS, est valable pour une durée de 4 ans. Elle peut ensuite être renouvelée pour une même durée sur demande du titulaire de l'autorisation.

Un dossier de demande d'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique doit donc être constitué par l'équipe qui travaille sur le programme en question, puis validé auprès de l'ARS afin que le projet puisse prendre vie.

Le dossier de demande d'autorisation doit être complété avec les éléments suivant :

1. L'intitulé du programme et les informations concernant la structure titulaire du programme ;
2. La liste des membres de l'équipe et de leurs compétences avec leurs attestations de formation en ETP ;
3. Le lieu de mise en œuvre ;
4. Des informations concernant le programme, dont :
  - a. Une justification du choix de projet ;
  - b. Les référentiels de compétences ;
  - c. Les conducteurs de séance ;
5. Les modalités d'évaluation du programme ;
6. Les éventuelles sources de financement ;
7. La charte d'engagement signée par l'ensemble des intervenants ;
8. La liste des ALD ;
9. Le formulaire de consentement éclairé qui sera à faire signer aux patients voulant intégrer le programme ;
10. Un courrier d'information lié à la recherche en ETP ;
11. Les modèles de courriers d'entrée et de sortie du programme ;
12. Les modèles de fiches de synthèse destinés à l'évaluation des patients.

Le dossier doit être complet pour être étudié par l'ARS.

### II.2.8.1. Description du programme(63)

Le dossier de demande d'autorisation doit comprendre une description détaillée du programme. Tout d'abord, l'intitulé doit être clair et compréhensible, autant pour les intervenants que pour les patients et leur entourage.

Ensuite, il faut préciser la ou les pathologies concernées par le programme. Bien sûr, il faut justifier ce choix en replaçant ces pathologies dans le contexte régional afin de démontrer l'utilité et la pertinence du programme d'éducation thérapeutique proposé.

Enfin, le référentiel de compétences, les objectifs généraux et spécifiques, ainsi que les conducteurs de séance, doivent être joints au dossier de demande d'autorisation afin de présenter le contenu du programme de manière claire et concise.

De plus, une copie des documents suivants est à ajouter au dossier :

- Information sur le programme remis au patient lors de son entrée dans le programme et pour le partage d'informations ;
- Modèle de courrier envoyé aux intervenants du parcours de soins du patient extérieurs au programme, notamment le médecin traitant.

Cette partie du dossier de demande d'autorisation est indispensable car elle permet de justifier de la pertinence du programme et de mettre en évidence son intérêt dans l'amélioration de la prise en charge des pathologies concernées et de réduire leurs conséquences sur la santé de la population.

### II.2.8.2. Rédaction et signature d'une charte d'engagement et de confidentialité(63)

Une charte d'engagement et de confidentialité est destinée aux intervenants du programme d'éducation thérapeutique, qu'ils soient professionnels de santé ou pas.

Elle permet d'assurer le respect des principes législatifs et des règles déontologiques propre à chaque profession. Plusieurs articles de loi y sont énoncés :

- Article 1<sup>er</sup> : respect de la personne et de la non discrimination  
*« La proposition de participer à un programme d'ETP ne doit faire l'objet d'aucune discrimination »*
  
- Article 2 : liberté de choix  
*« La personne malade peut librement choisir d'entrer ou non dans un programme d'ETP. Elle peut le quitter à tout moment, sans que cela puisse constituer [...] un motif d'interruption du suivi médical »*

- Article 3 : autonomie
  - « *La démarche éducative est participative et centrée sur la personne et non sur la simple transmission de savoirs ou de compétences. Elle se construit avec la personne.* »
  
- Article 4 : confidentialité des informations concernant le patient
  - « *Le programme d'éducation thérapeutique garantit à la personne malade la confidentialité des informations la concernant* »
  
- Article 5 : transparence sur les financements
  - « *Un programme d'éducation thérapeutique ne doit pas poursuivre de visée promotionnelle [...]. Les différentes sources de financement sont précisées par les promoteurs.* »
  
- Article 6 : respect du champ de compétence respectif de chaque intervenant en éducation thérapeutique
  - « *Chaque intervenant au sein de l'équipe pluri-professionnelle d'éducation thérapeutique agit dans son champ de compétence et assume ses responsabilités propres vis-à-vis de la personne malade.* »

Le coordonnateur et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire s'engagent à respecter cette charte d'engagement et de confidentialité en la signant et en précisant son nom, son prénom et sa fonction.

### **II.2.8.3. Collecte des attestations de formation(63)**

Pour chaque intervenant de l'équipe pluridisciplinaire, y compris pour le coordonnateur, une copie des attestations de formation en éducation thérapeutique du patient doit être ajoutée au dossier, en précisant le nombre d'heures et le contenu de la formation.

### **II.2.8.4. Dépôt du dossier(62,64)**

Une fois que le dossier de demande d'autorisation est complet, il doit être transmis aux Délégations Départementales pour les dossiers concernant le département, ou bien directement au Directeur Général de l'ARS pour les dossiers concernant plusieurs départements.

L'ARS étudiera ensuite les dossiers de demande d'autorisation au fur et à mesure des dépôts. Elle dispose ensuite d'un délai d'un mois pour statuer sur le caractère complet du dossier. Au cours de cette phase de recevabilité, l'ARS peut adresser au demandeur :

- Une demande de pièces manquantes ou complémentaires ;
- Une notification de recevabilité du dossier.

Sans réponse de l'ARS dans le délai imparti, le dossier est considéré comme complet.

Une fois que le dossier est considéré comme recevable, l'ARS dispose de deux mois supplémentaires pour l'étudier et accepter ou refuser l'autorisation demandée. Au-delà de ce délai de deux mois, l'autorisation est réputée acquise, le silence gardé valant acceptation de la demande.

Cette autorisation est valable pour une durée de quatre ans. Cependant, l'autorisation d'un programme qui n'a pas été mis en œuvre dans les douze mois suivant son autorisation ou qui n'est plus mis en œuvre pendant six mois consécutifs devient caduque.

Après les quatre années d'autorisation, une demande de renouvellement d'autorisation peut être transmise à l'ARS. Elle doit être envoyée au moins quatre mois avant l'échéance de l'autorisation et doit comprendre une auto-évaluation quadriennale.

De plus, en Nouvelle-Aquitaine, l'utilisation du score individuel de précarité EPICES est obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 afin de servir d'indicateur de suivi des programmes et dans le but d'améliorer l'accès et le maintien dans le système de santé des populations précaires.

## **II.2.9. Communication(46)**

La communication autour du programme d'éducation thérapeutique dépend en partie de la pathologie ciblée et de la population concernée. S'adresse-t-on à des patients du réseau de ville ? Ou à une population hospitalière ? S'adresse-t-on à des adultes ou à des enfants ?

Dans tous les cas, le patient à qui on propose une offre d'éducation thérapeutique doit comprendre les bénéfices que cela peut lui apporter mais doit aussi être conscient du temps et de la disponibilité nécessaires pour pouvoir y participer.

Souvent la communication peut passer par l'intermédiaire de flyer comportant toutes les informations nécessaires au patient pour prendre la décision de s'engager ou pas. Sur le flyer on doit retrouver entre autres :

- le thème du programme d'éducation thérapeutique avec les grands axes abordés ;
- le nombre de séances et le lieu où elles se déroulent ;
- un contact : e-mail ou numéro de téléphone.

Les professionnels de santé et autres acteurs intervenant dans l'éducation thérapeutique semblent donc être les premiers à pouvoir orienter les patients vers des programmes d'éducation thérapeutique leur correspondant.

### II.3. Place de l'éducation thérapeutique en santé mentale(57,65,66)

L'éducation thérapeutique est déjà bien intégrée au parcours de soins pour les maladies somatiques, mais elle l'est beaucoup moins en psychiatrie et santé mentale. En effet, même si les programmes d'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie ont été multipliés par deux en quatre ans, ils représentent moins de 4% des programmes validés en France et ne comptent que 154 programmes pour 1175 secteurs publics de psychiatrie en 2016.

En psychiatrie, d'autres méthodes d'éducation ont vu le jour avant l'éducation thérapeutique, comme la psychoéducation. Elle a des objectifs communs avec l'éducation thérapeutique car elle vise, à l'aide d'ateliers de groupe, à informer les patients et leur entourage sur le trouble psychiatrique qui les concerne et à y faire face en essayant de résoudre des problèmes comportementaux et émotionnels.

C'est en 1998 que l'Organisation Mondiale de la Santé reprend les grands principes de la psychoéducation pour les appliquer à la prise en charge des pathologies chroniques, et introduit la notion d'éducation thérapeutique. Les modalités d'application de ces deux types de thérapies diffèrent :

Tableau 5. Education thérapeutique et psychoéducation

	Pratiques classiques de soins où il existe déjà des pratiques d'apprentissage	Education thérapeutique du patient préconisée par la HAS depuis 2007
<b>Fondements théoriques</b>	Théorie sur la personnalité et ses troubles	Théorie de l'éducation
<b>Approches privilégiées</b>	Techniques de soins	Techniques d'apprentissage des savoirs et des compétences biopsychosociales
<b>Formation des professionnels</b>	Formation relative	Formation exigée
<b>Participation des usagers et des proches</b>	Elaboration uniquement par les professionnels	Co-construction obligatoire des programmes avec les usagers
<b>Nature du contrat passé entre les soignants et la personne</b>	Contrat de soins	Contrat éducatif
<b>Caractère réglementaire</b>	Au cas par cas	ETP légalisée par des textes qui la rendent obligatoire
<b>Evaluation</b>	Evaluation relative	Evaluation obligatoire

Source : Soins psychiatrie n°273. Education thérapeutique du patient, approches en psychiatrie 2011.

On constate que les principales différences concernent le cadre méthodologique, qui permet d'avoir une réelle démarche qualité en éducation thérapeutique : les intervenants ont besoin d'une formation obligatoire pour la dispenser alors qu'aucune formation n'est nécessaire pour la psychoéducation. Aussi, l'évaluation du programme, qui permet son évolution et son amélioration, n'est obligatoire que pour l'éducation thérapeutique. On relève également que les programmes d'éducation thérapeutique sont construits avec les patients, ce qui les rend encore plus acteurs de leur santé.

En fin de compte, l'éducation thérapeutique est un processus plus structuré et plus sécurisé. Elle est donc plus facilement reproductible, ce qui permet de la diffuser de manière plus équitable pour tous les patients.

Il faut prendre en considération que les problèmes de santé mentale, quelles que soient leurs causes et/ou leurs origines, engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales, sociales et professionnelles importantes. Les patients sujets à des troubles psychiatriques souffrent souvent d'une plus faible estime d'eux-mêmes, d'une moindre intégration sociale et d'une stigmatisation anticipée de leurs compétences à gérer leurs maladies, alors qu'ils sont demandeurs de ce type de soin et souhaitent être considérés comme des acteurs de leur propre santé.

La solitude, l'exclusion de la vie sociale et la stigmatisation des maladies mentales sont des composantes dont il faut tenir compte dans l'élaboration des programmes d'ETP en psychiatrie.

On ajoutera à cela que les maladies psychiatriques affectent chaque année une personne sur cinq et que selon l'Organisation Mondiale de la Santé certaines d'entre elles figurent parmi les dix pathologies les plus préoccupantes de ce début de siècle. L'éducation thérapeutique a donc une place conséquente à prendre en psychiatrie avec un réel bénéfice pour les patients et pour leur entourage.

Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique entraîne une amélioration de la qualité de vie de ces patients et de leur entourage en encourageant la bonne observance des traitements, en permettant une meilleure compréhension de la maladie, et en renforçant l'alliance thérapeutique.

De plus, dans le cadre du virage ambulatoire, les établissements développent une offre de soins qui favorise l'accompagnement des personnes dans leur milieu de vie. L'éducation thérapeutique permet de faire le lien entre l'hospitalisation et la prise en charge ambulatoire et permet ainsi d'écourter voire d'éviter les séjours en milieu hospitalier.

D'autre part, on constate qu'en ETP, l'association d'une comorbidité psychiatrique à une maladie chronique est souvent un facteur d'exclusion du programme. Il serait donc intéressant de pouvoir développer des programmes spécifiques pour des patients ayant des comorbidités somatiques, psychiatrique, addictive ou sociale particulière.

Malheureusement, l'efficacité de l'éducation thérapeutique en psychiatrie est encore démontrée de façon insuffisante selon la Haute Autorité de Santé. Effectivement, il est forcément plus facile d'évaluer une pathologie somatique avec des critères biologiques fiables de suivi, qu'une pathologie psychiatrique.

Cependant, l'éducation thérapeutique a tout de même fait ses preuves grâce à une méta-analyse internationale regroupant près de 5000 patients atteints de schizophrénie qui a conclu un effet bénéfique de l'ETP sur la diminution du nombre de rechutes et de ré-hospitalisations et sur l'amélioration de l'observance médicamenteuse. Or, 40% des dépenses hospitalières en psychiatrie sont consacrées pour des rechutes dues à un défaut d'observance.

L'éducation thérapeutique, au-delà du bénéfice apporté aux patients, pourrait diminuer certaines dépenses de santé « évitables ».

Il apparaît donc nécessaire d'apporter un appui méthodologique et logistique aux équipes de terrain afin de leur permettre de développer des programmes d'ETP et de recherche qui ouvriront des pistes de développement spécifique de l'ETP dans le champ de la maladie mentale.

Afin de faciliter l'élaboration des programmes d'éducation thérapeutique, des structures d'appui et de formation, comme les Unités transversales d'éducation thérapeutique du patient (UTEP), ont été créées, dans le but de promouvoir, développer et coordonner l'ETP.

## **II.4. L'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient en psychiatrie et santé mentale du Limousin**

### **II.4.1. Contexte(67,68)**

En 2004, une enquête relative à la santé mentale de la population générale en Haute-Vienne est réalisée via le questionnaire MINI. Ce test est composé d'une série de questions, regroupées par thèmes, par lesquelles on peut répondre par « oui » ou par « non ».

Le résultat de ce test permet de diagnostiquer si une personne est atteinte d'un trouble psychiatrique ou pas, parmi les troubles suivants (liste non exhaustive) : dépression ; trouble bipolaire ; agoraphobie ; trouble obsessionnel compulsif ; état de stress post-traumatique ; dépendance à l'alcool ou à une drogue ; anorexie mentale ; boulimie mentale ; anxiété.

Tableau 6. Prévalence des troubles détectés par le questionnaire MINI en Haute-Vienne

Tranche d'âge	Au moins un trouble	Pas de trouble	Total
<b>18-29 ans</b>	90 soit 42,5%	122	212
<b>30-39 ans</b>	60 soit 42,3%	82	142
<b>40-49 ans</b>	60 soit 37,7%	99	159
<b>50-59 ans</b>	45 soit 36,6%	78	123
<b>60 ans et plus</b>	100 soit 37,9%	164	264
<b>Ensemble</b>	355 soit <b>39,4%</b>	545	900

Dans cette enquête, la prévalence de troubles mentaux s'est élevée à 39,4% dans l'échantillon de population étudié.

En 2009, la loi HPST prévoit la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique destinés aux patients atteints de maladies chroniques, dont les troubles mentaux font partie.

Les programmes d'éducation thérapeutique en psychiatrie faisant objet d'une autorisation de l'ARS dans l'ex-région Limousin en 2017 sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 7. Programmes d'ETP ayant obtenu l'autorisation de l'ARS dans l'ex-région Limousin

Intitulé du programme ou pathologie concernée	Coordonnées du promoteur	Nom du coordonnateur
<b>Atelier et connaissance du médicament (troubles psychotiques chroniques)</b>	Centre hospitalier du pays d'Eygurande	Dr Mati BOMARE
<b>Connaître et mieux vivre sa maladie (psychose)</b>	Centre hospitalier du pays d'Eygurande	Dr Patrick RIOU
<b>Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées</b>	Centre hospitalier Esquirol	Dr Leslie CARTZ-PIVER
<b>Nutrition pour les patients hospitalisés</b>	Centre hospitalier La Valette	Dr Christophe SABOT
<b>Patient ayant une consommation excessive d'alcool</b>	Réseau ADDICTLIM	Dr André NGUYEN
<b>Renforcer l'alliance thérapeutique autour des patients psychotiques pris en charge au domicile</b>	Centre hospitalier Esquirol	Dr Philippe FAUGERON
<b>Renforcer l'alliance thérapeutique pour une meilleure observance médicamenteuse</b>	Centre hospitalier Esquirol	Dr Nathalie MALARD-GASNIER

## II.4.2. Historique

Dans le Limousin, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « santé mentale et handicap du Limousin » a été approuvé par arrêté du directeur général de l'ARS le 4 août 2010. Ce GCS a pour vocation de fédérer l'ensemble des établissements et acteurs sanitaires, sociaux, et médico-sociaux du Limousin avec pour objectif la mise en place d'une stratégie cohérente et commune dans le secteur de la santé mentale et du handicap.

De plus, la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 a proposé un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire : les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). Les établissements publics de santé d'un même territoire ont donc l'obligation de travailler en GHT afin de se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune.

Le Groupement Hospitalier de Territoire de l'ex-Limousin regroupe 18 établissements répartis sur les trois départements de l'ex-région Limousin : la Haute-Vienne, la Creuse et la Corrèze. Parmi ces établissements, quatre proposent une offre de soins en psychiatrie et santé mentale :

- Deux établissements de Psychiatrie et Santé Mentale :
  - o Centre hospitalier Esquirol – Limoges – Haute-Vienne
  - o Centre hospitalier La Valette – St Vaury – Creuse
- Deux établissements MCO avec un secteur de Psychiatrie et Santé mentale :
  - o Centre hospitalier de Brive – Brive la Gaillarde – Corrèze
  - o Centre hospitalier de Tulle – Tulle – Corrèze

A ces quatre établissements est associé le centre hospitalier du pays d'Eygurande. Ensemble, ces centres hospitaliers sont engagés dans un projet territorial de santé mentale. La synergie territoriale qu'engendre la mise en œuvre des GHT nécessite une coopération renforcée des différents acteurs de la psychiatrie.

La création d'une Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient (UTEP) en psychiatrie a semblé nécessaire à l'ensemble des établissements au cours de l'élaboration du Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM) du Limousin.

L'UTEP est une structure d'optimisation de la prise en charge éducative des patients dans le secteur de la psychiatrie. Elle a pour objectif principal de coordonner et de développer les programmes d'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire. Elle favorise également une structuration territoriale cohérente en renforçant les liens entre les différentes offres.

Cette UTEP psychiatrie et santé mentale s'inscrit dans une démarche collaborative avec l'ensemble des UTEP du GHT du Limousin sous la forme :

- de mise en œuvre de programmes transversaux (ex : douleur chronique) ;
- d'enrichissement des programmes orientés « MCO » par des séances issues de programmes orientés « psychiatrie et santé mentale » ;
- d'une offre complémentaire en formation pour les praticiens et les usagers (la formation des 40 heures étant réservée aux UTEP existantes, l'UTEP Psychiatrie et Santé Mentale proposera des formations spécifiques dans son domaine de compétence).

### **II.4.3. Missions(69)**

Une UTEP constitue l'interlocuteur privilégié auprès des structures mettant en œuvre l'ETP sur un territoire. Son champ de compétences est varié et ses missions nombreuses. Toutefois, toutes les UTEP ne remplissent pas obligatoirement l'intégralité de ces missions (notamment celles de recherche).

Tout d'abord il est important que l'UTEP adapte l'offre en éducation thérapeutique qu'elle propose aux exigences nationales, régionales et territoriales. Cela commence par analyser les besoins et les attentes des usagers et des professionnels dans le Limousin. Cette analyse permet :

- De déterminer la pertinence des projets déjà existant ;
- De repérer si des redondances d'offres existent au sein du territoire ;
- D'identifier les priorités pour la mise en œuvre de nouveaux programmes.

Un des objectifs de l'UTEP est de développer le travail en partenariat avec les établissements de santé du GHT et les structures ambulatoires de la région afin d'avoir une culture commune en ETP notamment en créant des passerelles entre les programmes.

Une des principales missions de cette structure est d'accompagner les équipes au plus près de leurs besoins en proposant un soutien méthodologique, pédagogique et organisationnel. Ce soutien est précieux lors de l'élaboration des programmes : l'UTEP constitue un centre ressource et documentaire et favorise ainsi l'échange de techniques et d'outils éducatifs adaptés.

Elle a ensuite pour rôle d'aider au montage des dossiers de demande d'autorisation. Elle apporte également son soutien lors des demandes de renouvellement et porte une attention particulière à l'évaluation des programmes. En effet, elle doit garantir la qualité des programmes qu'elle propose et cette démarche qualité passe notamment par le recueil et l'analyse des évaluations annuelles et quadriennales.

Ainsi, l'UTEP aide à la gestion de projet et, dans le but de développer un parcours coordonné de soins, propose un dossier d'ETP commun à l'ensemble des structures qui lui sont rattachées.

De plus, elle participe à la formation des professionnels et des « patients experts » engagés dans les programmes d'éducation thérapeutique, avec pour objectif d'acquérir ou de consolider leurs techniques pédagogiques et relationnelles.

L'UTEP permet de faire le lien entre différents secteurs de santé (libéraux, hospitaliers, sociaux...) et favorise ainsi le travail en équipe pluridisciplinaire. Des rencontres thématiques dans le champ de la santé mentale peuvent alors être organisées afin de faciliter le partage d'expérience.

La pluridisciplinarité est fortement encouragée ainsi que la participation des « patients experts », autant lors de la conception des programmes qu'au moment de la mise en œuvre des séances d'ETP.

Ce réseau autour de cette structure permet également d'organiser une bonne communication des programmes auprès des professionnels, des associations de patients, et plus généralement du grand public via des flyers, des affiches, un site web... il est donc important que l'offre d'ETP soit tenue à jour.

Enfin, l'UTEP développe des travaux de recherche dans le domaine de l'éducation thérapeutique en lien avec la Fédération de la Recherche et de l'Innovation en Psychiatrie.

#### **II.4.4. Composition et rôle de l'équipe dédiée**

Une équipe est dédiée à l'UTEP psychiatrie et santé mentale du Limousin. Chaque personne a un rôle bien défini avec des missions différentes.

L'assistante médico-administrative assure l'accueil physique et téléphonique des professionnels et des usagers. Elle gère la dimension médico-administrative de l'UTEP :

- Elle s'occupe de la gestion des agendas ;
- Elle organise les réunions et elle peut y participer afin de prendre des notes et d'en faire les comptes-rendus ;
- Elle se charge de rédiger les documents relatifs au domaine de l'éducation du patient.

Ensuite, des praticiens hospitaliers (médecins et pharmaciens) contribuent au bon fonctionnement de l'UTEP. Une de leur principale mission est de participer à l'élaboration des programmes selon leur expertise. Ils ont également un rôle dans la communication et la promotion des programmes, notamment auprès de la communauté médicale. De plus, ils peuvent participer à des travaux de recherche avec la Fédération de la Recherche et de l'Innovation en Psychiatrie du CH Esquirol.

Enfin, le coordonnateur est en charge de développer et de coordonner l'activité de l'UTEP. Il doit se tenir informé des différentes pratiques éducatives et des besoins des établissements de l'UTEP afin de proposer des offres adaptées et donc enrichissantes. Au sein de l'UTEP, son rôle est d'accompagner les équipes pour les demandes d'autorisation auprès de l'ARS et les demandes de renouvellement, ainsi que pour les évaluations annuelles et quadriennales.

Le coordonnateur contribue également au développement de l'ETP en santé mentale, notamment en assurant le lien avec les autres UTEP du Limousin et en communiquant sur l'ETP et sur l'UTEP auprès des professionnels et des représentants des usagers grâce à des journées dédiées, des lettres informatives, des articles de presse...

De plus, le coordonnateur définit les axes de formation destinés aux professionnels et aux « patients experts » au regard des besoins.

On ajoutera qu'à ces différents protagonistes s'ajoutent des correspondants UTEP qui sont répartis sur l'ensemble du territoire. Les correspondants UTEP sont des professionnels de santé travaillant dans des établissements ayant une autorisation en psychiatrie sur le territoire du Limousin. Leur rôle est de mobiliser les ressources des établissements nécessaires aux travaux de l'UTEP. Ils sont garants des échanges d'information entre le terrain et l'UTEP.

#### **II.4.5. Stratégie de déploiement des programmes(55)**

Concernant l'éducation thérapeutique, la stratégie de déploiement des programmes se traduit par la mise en œuvre d'un parcours coordonné d'éducation thérapeutique du patient. Effectivement, dans le Limousin, le but a été d'éviter la multiplicité de l'offre pour éviter un manque de cohérence entre les programmes.

Ainsi, en Nouvelle-Aquitaine, la priorité est donnée aux programmes couvrant un GHT.

De plus, le GCS santé mentale et handicap du Limousin a permis de développer une co-construction de programmes d'éducation thérapeutique sur la région Limousin (Annexe 1) : à chaque pathologie son programme « spécifique ». La co-construction de ces programmes permet à chaque équipe pluridisciplinaire d'être entièrement investie dans le programme sur lequel elle travaille pour aboutir à des programmes solides et complets.

Une fois un programme terminé, il peut être mis en place dans toute la région par différentes équipes et profite ainsi à tous les patients du Limousin concernés.

Ce parcours coordonné d'éducation thérapeutique du patient est possible notamment grâce à la collaboration avec l'ARS qui valide la feuille de route de déploiement des programmes.

### **III. Participation, en collaboration avec une UTEP et l'équipe porteuse, à l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients sous traitement de substitution aux opiacés**

---

#### **III.1. Contexte**

##### **III.1.1. Structure porteuse de projet**

Ce projet a été initié par l'équipe du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Bobillot de Limoges.

Le CSAPA Bobillot a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction. Il a vocation d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire et conceptuelle sur toutes conduites addictives, quel qu'en soit l'objet.

La région Limousin comprend cinq CSAPA : deux à Limoges, deux à Brive et un à Guéret. Les CSAPA ont l'avantage de rassembler des professionnels de santé et des travailleurs sociaux et proposent ainsi aux patients une prise en charge globale : médicale, psychologique, sociale et éducative.

Au sein du CSAPA Bobillot à Limoges, l'équipe pluridisciplinaire est composée de :

- Trois médecins psychiatres addictologues ;
- Un médecin hépato-gastro-entérologue ;
- Deux pharmaciens ;
- Quatre infirmiers ;
- Une assistante sociale ;
- Un psychologue ;
- Un cadre de santé.

De par sa proximité et sa pluridisciplinarité, le CSAPA Bobillot est une structure pertinente pour proposer un programme d'éducation thérapeutique.

### III.1.2. Justification du projet

#### III.1.2.1. Données épidémiologiques(22,70)

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies a mené des enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de la population française afin d'avoir une estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives dans l'ensemble de la population.

Tout d'abord, revenons sur quelques définitions :

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie ;
- Usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ;
- Usage régulier :
  - o au moins trois consommations d'alcool dans la semaine ;
  - o consommation de tabac quotidienne ;
  - o consommation de cannabis au moins dix fois au cours du mois ;
- Usage problématique : consommation de drogues par voie intraveineuse ou usage régulier d'opiacés, de cocaïne, ou d'amphétamines durant l'année.

De plus, les chiffres donnés sont des ordres de grandeur et doivent être lus comme des données de cadrage.

En France, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées. Parmi les substances illicites, le cannabis est de loin la plus consommée : 10 fois plus que la cocaïne et 55 fois plus que l'héroïne.

Tableau 8. Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
<b>Expérimentateurs</b>	17,0M	2,2M	1,7M	600 000	46,9M	38,2M
<b>Dont usagers dans l'année</b>	4,6M	450 000	400 000	X	42,8M	16,0M
<b>Dont usagers réguliers</b>	1,4M	X	X	X	8,7M	13,3M
<b>Dont usagers quotidiens</b>	700 000	X	X	X	4,6M	13,3M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESspAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse)

X = données non disponibles car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

Concernant la consommation d'héroïne en France en 2017, ces études révèlent que :

- 1,3% des adultes ont expérimenté l'héroïne, dont 0,2% sont des usagers actuels ;
- 0,7% des jeunes de 17 ans ont expérimenté l'héroïne.

La consommation reste stable par rapport à 2014.

Quant aux « usagers problématiques de drogues », on en dénombre 350 000 en 2017.

Près de 80 000 personnes intègrent des structures de réduction des risques comme les CAARUD. Le profil de ces usagers est marqué par la précarité, une forte morbidité psychiatrique, l'usage de plusieurs substances, et concerne principalement les hommes.

Il est également intéressant d'étudier les chiffres des consommateurs d'opiacés faisant partie d'un parcours de soin.

Ainsi, on comptabilise 45 000 personnes prises en charge en raison de leur consommation d'opiacés dans des CSAPA, au cours de l'année 2017. Ce chiffre comprend les personnes qui citent un opiacé (licite ou illicite) comme produit consommé le plus dommageable, une part importante de ces personnes étant polyconsommatrices.

Les personnes consommant des opiacés peuvent également être prises en charge à l'hôpital : en 2017, 24 400 personnes ont été hospitalisées avec un diagnostic principal lié à l'usage d'opiacés. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2013.

En ville, les médecins sont aussi en contact avec ces usagers, notamment ceux, au nombre de 140 000, à qui ils prescrivent un traitement de substitution aux opiacés. En 2017, environ 180 000 personnes reçoivent un médicament de substitution aux opiacés.

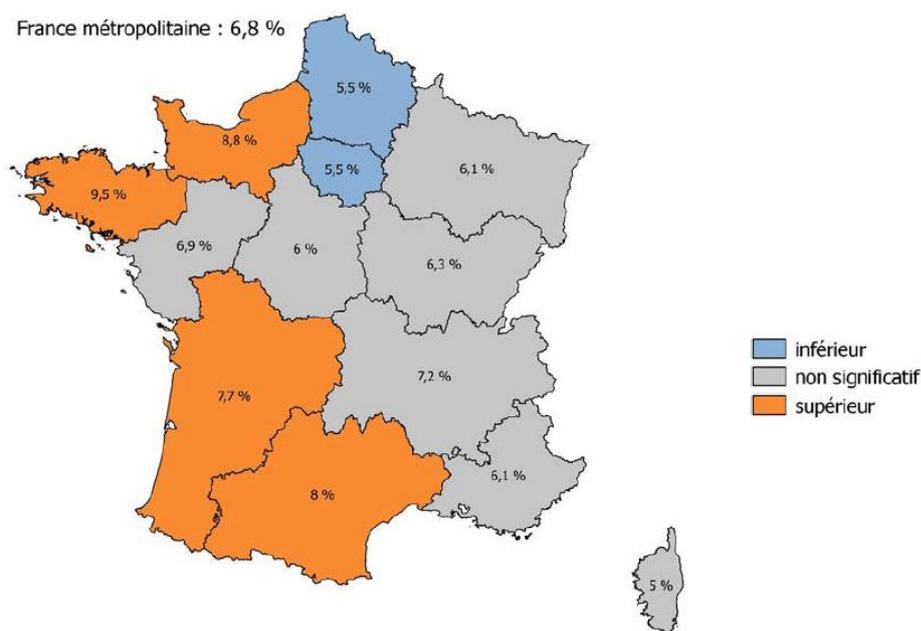
L'abus de médicaments et de substances n'est pas rare chez les usagers d'opiacés, qu'ils soient licites ou illicites. En 2017, 537 décès par surdose ont été signalés par les experts toxicologues. Les opiacés (principalement les médicaments de substitution et l'héroïne) sont en cause dans 78% des cas.

### **III.1.2.1.1. En Nouvelle-Aquitaine(55,71)**

En 2000, l'OFDT a mis en place l'enquête ESCAPAD qui permet de mesurer, à l'échelle régionale, les usages de produits psychoactifs chez les jeunes de 17 ans. Cette enquête est réalisée tous les ans ce qui permet de suivre l'évolution des usages de drogues dans cette population. ESCAPAD se déroule lors de la journée défense et citoyenneté et

consiste en un questionnaire anonyme. Cette méthode permet d'interroger l'ensemble des jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non, ce qui augmente la représentativité de l'enquête.

En Nouvelle-Aquitaine, 3330 questionnaires ont été exploitables en 2017. Les résultats de l'enquête révèlent que 7,7% des adolescents en Nouvelle-Aquitaine ont déjà expérimenté une substance illicite autre que le cannabis (cocaïne, MDMA/ecstasy, amphétamines/speed, champignons hallucinogènes, LSD, crack, héroïne), contre une moyenne de 6,8% en France métropolitaine.



Source : enquête ESCAPAD 2017, OFDT

Figure 14. Niveau d'expérimentation d'au moins une drogue illicite autre que le cannabis à 17 ans en 2017

Au final, en retenant les quatre indicateurs suivants :

- Usage régulier de tabac ;
- Usage régulier d'alcool ;
- Usage régulier de cannabis ;
- Expérimentation d'au moins une autre drogue illicite ;

La Nouvelle-Aquitaine se situe au dessus de la moyenne française en ce qui concerne le tabac, l'alcool et l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis. On en conclut que les jeunes de la région Nouvelle-Aquitaine présentent un profil de surconsommation.

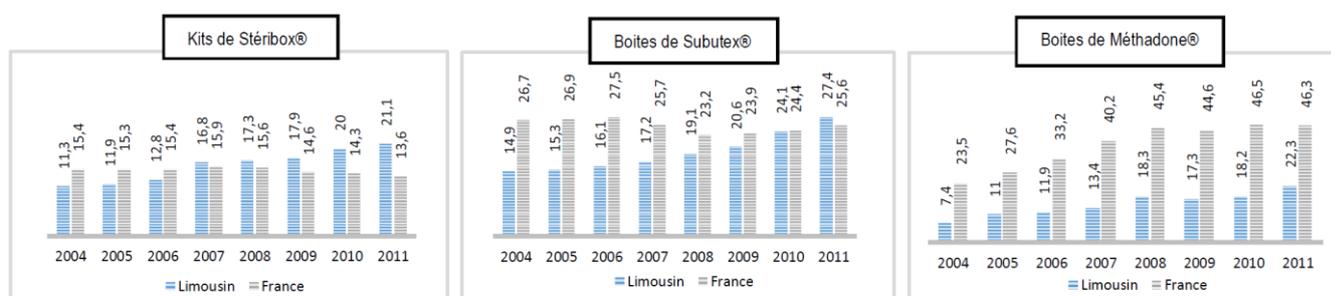
On ajoutera qu'actuellement, en Nouvelle-Aquitaine, il n'existe que six programmes en addictions (traitant principalement de l'alcool et du cannabis).

### III.1.2.1.2. En Limousin(72)

L'Observatoire Régional de la Santé du Limousin a réalisé un état des lieux des addictions en Limousin en 2014. Il répertorie l'ensemble des données disponibles sur la consommation des substances psychoactives. Les données liées à l'usage de drogues illicites autres que le cannabis sont peu nombreuses.

Cependant, concernant la prévention, on relève que le taux de vente de Stéribox® est nettement plus élevé qu'au niveau national, tandis que les ventes de Subutex® sont d'un niveau proche et que celles de Méthadone sont inférieures.

En effet, en 2017 en Limousin la vente est de 3,9 Steribox® pour 100 habitants alors qu'en France on en compte 3,3 pour 100 habitants, d'après l'ODICER (Observation des Drogues pour l'Information sur les Comportements En Région).



Source : InVS/Siamois, OFDT/ODICER

Figure 15. Evolution du taux de vente de kits de Stéribox®, de boîtes de Subutex® et de boîtes de Méthadone en Limousin et en France de 2004 à 2011 pour 100 habitants de 20 à 39 ans

De plus, on notera qu'en 2008, le Limousin faisait partie des régions avec le plus grand nombre de consommateurs de médicaments psychotropes à 17 ans d'après l'enquête ESCAPAD de 2011 et que la région occupait le premier rang chez les adultes d'après un rapport de l'assurance maladie.

En 2014, le recensement réalisé par la CPAM de la Haute-Vienne dénombre 281 nouveaux patients bénéficiaires d'un MSO en Limousin entre le second semestre 2013 et le second semestre 2014. Le nombre de patients traités par MSO en Limousin est inférieur mais tout de même proche de la moyenne nationale : 236,3 personnes pour 100 000 sont sous MSO en Limousin contre 328,1 en France en 2017, selon l'ODICER.

L'ODICER témoigne d'une augmentation des consultations en CSAPA dans la région Limousin : en 2015, on comptait 6,1 consultations pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans alors qu'en 2016 on en compte 9,9 pour 10 000. En 2016 à Limoges, le CSAPA Bobillot a accueilli 118 personnes ayant une problématique principale avec la consommation d'opiacés.

L'ensemble de ces données montre que la gestion des TSO constitue une vraie problématique sur le territoire du Limousin.

### III.1.2.2. Enquête préalable auprès des usagers(3)

En 2016, dans le cadre de sa thèse « *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* », Olivia Dubois a mené une enquête directement auprès des patients sous MSO afin d'évaluer la pertinence d'un projet d'éducation thérapeutique.

L'objectif du travail d'Olivia Dubois était donc de se mettre à l'écoute des patients pour identifier leurs besoins et leurs attentes vis-à-vis de leur prise en charge et ainsi proposer des pistes de travail aux professionnels pour l'élaboration d'un programme d'ETP.

Pour réaliser cette enquête, des entretiens individuels ont été mis en place avec des patients sous MSO pris en charge dans la ville de Limoges. Une partie des entretiens s'est déroulée en officine tandis que l'autre partie a eu lieu au CSAPA Bobillot.

Les patients inclus dans l'enquête sont des hommes ou des femmes sous MSO, quel que soit le médicament prescrit. Les entretiens se sont déroulés entre les mois de janvier et de mai 2016. En tout, 52 patients ont accepté de participer à cette enquête. Dix-huit entretiens se sont déroulés en officine et trente quatre entretiens ont eu lieu au CSAPA Bobillot.

Un questionnaire avait été préparé au préalable afin de guider l'entretien et d'aborder différents aspects inhérents à la mise sous substitution. Les questions étaient soit à choix multiple, soit à réponse ouverte. Cinq thèmes principaux ont été abordés :

- Le profil du patient ;
- Les connaissances et la perception de la maladie et du traitement ;
- Les modalités de prise du médicament de substitution ;
- La gestion du traitement et du quotidien ;
- Les projets et attentes.

Le but de ces entretiens était vraiment de laisser les patients s'exprimer librement pour pouvoir comprendre leur quotidien, leurs besoins et leurs attentes.

A la fin de l'entretien, le projet d'éducation thérapeutique était présenté au patient dans le but de savoir s'il pourrait être intéressé pour y participer. Au total, 54% des patients interrogés se sont montrés motivés pour participer à un programme d'ETP dans le cadre de leur addiction aux opiacés et 85% des patients ont déclaré vouloir être informés de la mise en place d'un programme.

Lors des entretiens, Olivia Dubois a relevé que beaucoup de patients étaient ravis de l'intérêt qu'elle leur avait porté. En effet, la stigmatisation de ces patients les mène souvent à se sentir incompris et délaissés, notamment par le corps médical, alors qu'ils souhaiteraient s'investir davantage dans leur prise en charge.

**Cela traduit un besoin de prise en charge et une réelle demande de la part des usagers.**

D'après les résultats de l'enquête, les compétences d'autosoins et d'adaptation pouvant être dispensées au cours d'un programme d'ETP ont été définies et réparties en quatre catégories :

- La connaissance de la maladie et 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.

Ce travail a permis de mettre en lumière les principales problématiques et les besoins des patients sous TSO et donc de déterminer les premières pistes de travail pour l'élaboration d'un programme d'ETP du patient sous traitement de substitution aux opiacés.

C'est donc dans la continuité de ce travail que nous avons pu commencer à concrètement réfléchir à l'élaboration d'un programme pertinent.

### **III.1.2.3. Place dans la stratégie de déploiement des programmes en Limousin**

Aucune offre de programme d'éducation thérapeutique spécifique à l'addiction aux opiacés n'existe en Limousin. Les données épidémiologiques ainsi que l'enquête menée par Olivia Dubois ont montré un réel besoin de proposer ce type d'offre.

Initialement ce programme spécifique à l'addiction aux opiacés constituait à lui seul un programme à part entière. Toutefois, afin de répondre aux besoins de la population et d'intégrer un parcours coordonné de soins, l'équipe pluridisciplinaire a finalement décidé de proposer un programme poly-addictions comprenant :

- un programme transversal addiction ;
- trois programmes de suivi spécifiques centrés sur l'addiction :
  - o programme spécifique « alcool » ;
  - o programme spécifique « tabac-cannabis » ;
  - o programme spécifique « opiacés ».

Ainsi un patient addict, quelle que soit son addiction, peut intégrer le programme transversal addiction et être ensuite redirigé, si nécessaire, vers un programme spécifique.

## **III.2. Construction du programme spécifique « opiacés »**

### **III.2.1. Matériel et méthode**

Afin de mener ce projet à bien, un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis en place. C'est donc un travail de groupe de plusieurs mois qui a permis d'élaborer ce programme d'ETP en suivant les étapes ci-dessous :

- Evaluer les besoins ;
- Définir l'équipe intervenante ;
- Construire un référentiel de compétences ;
- Elaborer des conducteurs de séances ;
- Définir les modalités de mise en œuvre ;
- Déterminer des méthodes d'évaluation ;
- Préparer une campagne de communication ;
- Déposer le dossier de demande d'autorisation à l'ARS.

### **III.2.2. Evaluation des besoins et construction du référentiel de compétences**

La première étape dans l'élaboration du programme d'ETP est de construire un référentiel de compétences.

Pour cela il faut identifier les problématiques des patients suivant un traitement de substitution aux opiacés afin de définir les compétences à acquérir pour agir sur les problèmes rencontrés.

Un travail de recherche bibliographique ainsi que les entretiens menés par Olivia Dubois ont permis de dégager les principales problématiques et les besoins des patients sous TSO.

Pour commencer, chaque problématique identifiée a été placée dans une des 4 grandes catégories de compétences définies par Olivia Dubois :

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

Par exemple, si on prend la problématique suivante « *j'augmente les doses de mon médicament de substitution lorsque je suis angoissé* », on la placerait dans la catégorie « *gestion des évènements de la vie* ».

Ensuite, il fallait traduire la problématique en compétence à acquérir. Par exemple, toujours avec la problématique : « *j'augmente les doses de mon médicament de substitution lorsque je suis angoissé* » ; la compétence qui en découle pourrait être « *identifier des solutions alternatives au MSO pour gérer son stress* ».

La liste de compétences a ensuite été mise en commun avec l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons reformulé et regroupé les compétences qui avaient des finalités similaires, afin de structurer la liste. Puis, pour chaque compétence à atteindre, nous avons déterminé des objectifs spécifiques.

Enfin, nous avons regroupé ces objectifs afin de les répartir en 5 séances d'éducation thérapeutique.

A terme, nous avons retenu les compétences suivantes :

PROGRAMME SPECIFIQUE « OPIACES »	
Compétences d'autosoins et d'adaptation	Objectifs spécifiques
Comprendre mon addiction aux opiacés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir définir et identifier les opiacés</li> <li>• Connaître les mécanismes d'actions des opiacés</li> <li>• Identifier les effets de ma consommation d'opiacés</li> </ul>
Comprendre la place du médicament de substitution aux opiacés dans ma prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les mécanismes d'actions du médicament de substitution aux opiacés</li> <li>• Appréhender les bénéfices du traitement</li> </ul>
Identifier les problématiques liées aux mésusages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérer les pratiques de mésusage et leurs conséquences (biopsychosociales)</li> <li>• Identifier des possibilités de changements pour réduire les risques</li> </ul>
Pouvoir appréhender les événements de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérer les situations problématiques (douleur, perte d'emploi, grossesse,...)</li> <li>• Adopter des stratégies adaptées à mes problématiques</li> </ul>
Impliquer mon entourage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir repérer les personnes ressources</li> <li>• Comprendre le rôle de mon entourage dans la gestion de mon addiction</li> <li>• Connaître et mobiliser les aides disponibles</li> </ul>

### **« Comprendre mon addiction aux opiacés » :**

Cette compétence est déclinée en objectifs spécifiques permettant de répondre à un besoin identifié chez les usagers d'acquérir des compétences complémentaires sur les opiacés, leurs mécanismes d'action et leurs effets.

### **« Comprendre la place du médicament de substitution aux opiacés dans ma prise en charge ».**

Le MSO est un traitement qui est souvent pris pendant des années, voire toute une vie. Afin d'optimiser leur manière d'appréhender le traitement, il peut-être intéressant pour les patients d'en savoir davantage sur le mécanisme d'action de leur MSO.

De plus, dans l'étude menée par Olivia Dubois les patients ont déjà repéré une partie des bénéfices que le MSO peut apporter. La mise en commun et le partage d'expériences en séance commune d'ETP ne peut être que bénéfique pour les patients.

Enfin, cette compétence est un préalable à celle qui concerne les mésusages, en partie dus à une méconnaissance du fonctionnement du médicament et de ses bénéfices.

### **« Identifier les problématiques liées aux mésusages »**

Qu'elles soient volontaires ou pas, les pratiques de mésusages sont très fréquentes chez les patients sous MSO.

Concernant la voie d'administration, d'après l'étude menée par Olivia Dubois, on constate que des patients ont recours à la voie nasale et à la voie injectable et d'autres ne différencient pas la voie orale de la voie sublinguale.

Il ressort également de cette étude que certains patients fractionnent les doses de MSO pour diverses raisons (diminution des prises en cas de besoin ultérieur par exemple, ou au contraire augmentation de dose pour soulager un état de mal-être).

Ces comportements entraînent inévitablement des complications. L'objectif principal est donc d'accompagner les usagers dans une amélioration de la prise de conscience des conséquences du mésusage et dans le développement de stratégies de résolution de ce problème.

### **« Pouvoir appréhender les évènements de la vie »**

Comme nous l'avons expliqué précédemment, les personnes sous MSO sont confrontées à des difficultés quotidiennes. La gestion de la douleur, du stress, ou encore de ses émotions n'est pas toujours évidente. Souvent, la solution la plus simple est alors d'augmenter les doses de MSO, ou bien de consommer d'autres substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites.

Repérer les situations problématiques permet aux patients de les anticiper. Le but est ensuite de trouver avec eux des stratégies adaptées pour surmonter ces difficultés.

### « Impliquer mon entourage »

Les personnes addicts subissent souvent une stigmatisation, que ce soit de la part du cercle familial ou professionnel, ce qui entraîne inévitablement un retrait social.

La maîtrise de cette compétence doit permettre aux patients de repérer dans leur entourage les personnes ressources, puis dans un second temps de comprendre le rôle de chacun afin de pouvoir mobiliser les aides disponibles si nécessaire.

### III.2.3. Construction des conducteurs de séance

Les compétences et les objectifs définis permettent d'établir les conducteurs de séance. Pour cela, il faut associer à chaque objectif spécifique une technique éducative adaptée et pertinente, puis déterminer la durée à y consacrer et le rôle des éducateurs lors de la séance.

Pour moi, la première étape a donc été de faire des recherches sur les différentes techniques d'animation utilisées en éducation thérapeutique, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Afin de maintenir une bonne dynamique tout le long du programme, il est nécessaire d'utiliser des outils différents et des techniques éducatives variées. Lors de réunions avec l'équipe pluridisciplinaire, nous avons discuté, pour chaque séance et objectif par objectif, de la technique la plus pertinente à utiliser.

Pour certains objectifs, la technique éducative adaptée semblait évidente, pour d'autres nous avons dû faire plus de recherches, voire même inventer des outils d'animation.

Afin d'animer un groupe de parole, il est important que l'animateur instaure certaines règles : faut-il lever la main pour prendre la parole ? Ou bien faisons nous un tour de table ? Pendant la discussion, il faut faire en sorte que tous les participants aient un temps de parole équitable afin de favoriser l'échange.

Enfin, il faut apporter une conclusion au débat et en tirer ensemble des enseignements. L'animateur a un rôle très important lors de ce type de techniques éducatives car il doit faire en sorte que la discussion reste centrée sur le sujet et que tous les participants se sentent impliqués et écoutés. Il doit aussi reformuler les opinions des participants pour s'assurer que tout le monde a bien compris et pour orienter le débat dans la direction souhaitée.

Après avoir déterminé les techniques d'animation pour chaque séance, nous avons dû estimer le temps à consacrer à chaque objectif spécifique. Il faut prendre en compte que les séances ne peuvent pas durer plus de deux heures afin que les participants restent intéressés et attentifs (une pause est d'ailleurs prévue au milieu de chaque séance).

Enfin, nous avons choisi un titre pour chaque séance, qui doit être assez court et pertinent par rapport au contenu de la séance.

Les conducteurs de séance se trouvent en Annexe 2.

## **Séance numéro 1 : Les opiacés, parlons-en !**

L'objectif général de la séance n°1 est « **comprendre mon addiction aux opiacés** ».

Cette séance se déroule en 3 temps éducatifs :

1. **Savoir définir et identifier les opiacés** : pour cet objectif, nous avons choisi de proposer un brainstorming. Les patients soumettent leur définition d'un opiacé et citent les opiacés qu'ils connaissent. L'animateur note les idées sur un tableau en regroupant d'un côté les opiacés licites et d'un autre les opiacés illicites.
2. **Connaitre les mécanismes d'action des opiacés** : le but est d'aborder les notions de dépendance, de tolérance, de plaisir et de perte de contrôle. Comme précédemment, nous ferons un brainstorming en demandant aux patients si selon eux on peut être dépendant aux opiacés et pourquoi.
3. **Identifier les effets de ma consommation d'opiacés** : nous utiliserons ici la technique du Métaplan®. Des magnets sur lesquels nous avons noté au préalable des effets des opiacés sont à la disposition des patients. Certains magnets sont vierges pour que les patients puissent rajouter eux-mêmes des effets. Ils viennent ensuite coller les magnets sur un tableau. Après un temps d'expression sur ces effets, le but est de les classer afin de différencier les effets aigus, chroniques, somatiques et psychologiques des opiacés.

Lors de la première séance, il faut garder à l'esprit que les patients ne se connaissent pas encore et que l'éducateur qui anime la séance ne les connaît pas forcément non plus. Il est donc important de pouvoir créer une dynamique de groupe et de proposer des techniques éducatives favorisant l'interaction et les échanges entre les participants, sans les mettre en difficulté.

C'est pour ces raisons que pour cette séance, nous avons choisi d'utiliser deux techniques éducatives courantes en éducation thérapeutique : le brainstorming et le Métaplan®.

Le **brainstorming** permet aux participants de s'exprimer à l'oral librement : l'animateur introduit le sujet à traiter et chacun est libre d'exprimer ses idées. Toutes les idées des participants sont notées sur un tableau par l'animateur et regroupées par thème. Une fois que les participants sont à court d'idées, on demande au groupe de revenir sur la matière générée.

Ainsi le brainstorming peut par exemple être une bonne méthode pour trouver des définitions en faisant participer tout le monde. Cette technique améliore l'esprit de groupe, cependant il faut encourager les participants à s'exprimer librement et prévenir en amont qu'ils ne seront pas jugés et qu'ils ne doivent pas se juger entre eux.

De plus, le brainstorming aide l'animateur à découvrir les caractères des patients qui composent le groupe.



Figure 16. Illustration d'un groupe de personnes en train de faire un brainstorming

Le principe du **Métaplan**<sup>®</sup> est assez similaire, à la différence que les patients ne s'expriment pas à l'oral mais à l'écrit. Ils répondent ainsi à une question par quelques mots. Les réponses sont ensuite mises en commun en les affichant sur un tableau, afin de pouvoir en discuter avec le groupe.

Cette technique a l'avantage de conserver l'anonymat mais il arrive que des participants aient des difficultés pour écrire (soit ils ne savent pas, soit ils ont peur de faire des fautes), ce qui peut les mettre dans l'embarras. C'est alors à l'animateur de les aider et de les rassurer.



Figure 17. Photo d'un Métaplan<sup>®</sup>

## Séance numéro 2 : La substitution, comment ça marche ?

La séance n°2 est divisée en 2 temps éducatifs et a pour objectif « **comprendre la place du médicament de substitution aux opiacés dans ma prise en charge** » :

1. **Connaître les mécanismes d'action du MSO** : afin de définir le MSO, son fonctionnement et son impact sur l'humeur, l'animateur propose un brainstorming.
2. **Appréhender les bénéfices du traitement** : pour cet objectif, nous avons créé des cartes « phrases » pouvant correspondre à un bénéfice du MSO, par exemple « *le MSO me permet de ne plus avoir de symptômes de manque* ». Chaque patient choisit 2 cartes et explique son choix. Puis l'animateur recueille les cartes et les place au tableau. Chacun peut alors s'exprimer sur les phrases affichées, le but étant de faire réaliser aux patients que le MSO est bel et bien un médicament et non pas un produit.

La technique des cartes, permet aux patients de partager leur expérience personnelle et leur ressenti vis-à-vis du MSO. Souvent, le partage d'expérience permet aux patients de se sentir moins seuls et de mieux se connaître, ce qui favorise la dynamique de groupe.

## Séance numéro 3 : Mes... usages.

Lors de la séance n°3, les patients auront pour objectif « **d'identifier les pratiques liées au mésusage** ». Pour cela, la séance se déroule en deux parties :

1. **Repérer les pratiques de mésusages et leurs conséquences biopsychosociales** : nous utiliserons de nouveau la technique du Métaplan® pour cet objectif. Cependant cette fois ci, les participants se mettront par groupe de 2 ou 3 et réfléchiront ainsi par petit groupe à leurs idées. L'un d'entre eux viendra ensuite au tableau expliquer les idées de son groupe au reste des participants.

Ce type d'activité par petit groupe est possible à la troisième séance, maintenant qu'il existe une cohésion de groupe et que les participants se connaissent. Dans le cadre de ce programme, ce type d'animation n'aurait pas été idéal pour une première séance et aurait pu mettre les participants mal à l'aise.

2. **Identifier des possibilités de changements pour réduire les risques** : pour cet objectif, nous allons jouer au jeu « Tadi kwa ». Ce jeu propose des situations ou des affirmations sur les conduites à risque. Les participants expriment leurs opinions vis-à-vis de ces situations, et réfléchissent à celles des autres. L'animateur peut sélectionner certaines cartes pour orienter la discussion. Il a également un rôle de régulateur, il doit faciliter l'échange et synthétiser les différentes opinions.

Le « Tadikwa » permet aux participants de réfléchir à leurs comportements à risque en exprimant leur opinion face à des situations. Cela peut leur permettre de prendre du recul sur leurs propres représentations et de les remettre en question.

De plus, ce jeu a l'avantage de développer les compétences relationnelles de chacun en favorisant l'échange d'idées, l'argumentation et l'écoute.



Figure 18. Photo du jeu "Tadikwa"

#### **Séance numéro 4 : A chaque problème, ses solutions !**

L'objectif général de la quatrième séance est « **pouvoir appréhender les événements de la vie** ».

La séance est composée de deux temps éducatifs.

1. **Repérer les situations problématiques** : pour cela nous avons décidé d'utiliser la technique du photolangage. A partir de photos que nous aurons présélectionnées, les participants s'expriment sur les situations problématiques qu'ils repèrent, tandis que l'animateur prend note des idées émises.

Cette technique d'animation permet aux patients de s'exprimer à travers un média, ce qui permet une interprétation assez libre et donc favorise l'expression de ses propres représentations.



## Séance numéro 5 : Et mon entourage dans tout ça ?

Enfin, la cinquième et dernière séance a pour objectif « **impliquer mon entourage** ». Cette séance se fait en trois étapes consécutives.

1. **Savoir repérer les personnes ressources** : pour cet objectif nous allons utiliser les cartes aidants du jeu « Comète ». Parmi les personnes schématisées sur ces cartes, les patients sélectionnent celles représentant pour eux, une personne ressource. L'animateur note ces personnes par colonnes sur le tableau.



Figure 20. Extrait de quelques cartes "aidants" du jeu "Comète"

2. **Comprendre le rôle de mon entourage dans la gestion de mon addiction** : les patients discutent des personnes ressources sélectionnées et essaient de définir quelle aide ces personnes pourraient leur apporter. L'animateur recueille les idées et les note dans la colonne correspondante.
3. **Connaître et mobiliser les aides disponibles** : grâce à un groupe de parole, les participants peuvent partager leurs expériences dans le but de déterminer dans quel cadre ils peuvent mobiliser telle ou telle personne ressource.

Toutes les techniques d'animation proposées à ce stade doivent par la suite être testées avant de les réaliser en séance d'ETP avec les patients.

Aussi, il arrive que certaines techniques éducatives soient légèrement modifiées si on se rend compte lorsqu'on les teste qu'elles sont trop compliquées ou qu'elles sont finalement peu adaptées pour l'objectif concerné.

De même, les animateurs ne doivent pas découvrir l'activité proposée en séance d'ETP, ils doivent exactement savoir quoi faire et quoi dire afin de proposer aux patients une séance optimale.

## III.2.4. Evaluations

### III.2.4.1. Des compétences du patient

Lors du diagnostic éducatif et de l'évaluation finale, l'éducateur mène avec le patient un entretien semi-directif afin d'évaluer son niveau de compétences.

Pour faciliter cet entretien nous avons élaboré une grille d'aide à l'entretien selon la méthodologie proposée par l'UTEP. Celle-ci propose d'explorer des problématiques spécifiques et de les coter sur une échelle de 1 à 4, évaluant le niveau d'atteinte des compétences.

Une fois l'entretien réalisé, il suffit de reporter les moyennes obtenues pour chaque champ sur un graphique type « radar ». Cette représentation visuelle permet d'identifier avec le patient ses principales difficultés, dans le but de se fixer des objectifs éducatifs pertinents.

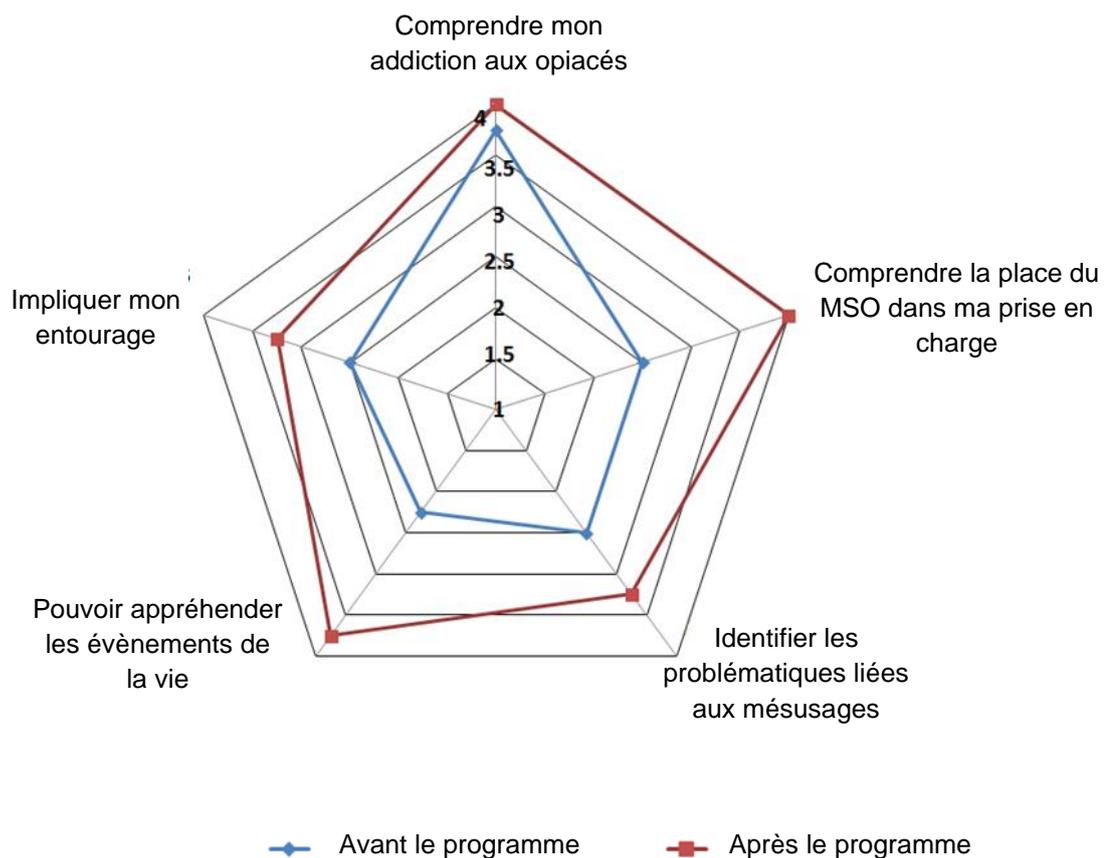


Figure 21. Exemple de graphique type « radar » permettant le suivi des objectifs avant et après le programme spécifique "opiacés"

On retrouve ce bilan avant/après sur une fiche de synthèse individuelle en Annexe 3.

A la fin du programme, tous les formulaires de diagnostic éducatif et d'évaluation finale (Annexe 4) format papier sont centralisés à l'UTEP. Ils sont ensuite saisis informatiquement dans le but de produire des fiches de synthèse.

Les fiches individuelles pourront être transmises au médecin traitant avec accord du patient, accompagnées d'un courrier d'entrée ou de sortie de programme (Annexe 5).

Les fiches collectives pourront être utilisées dans le cadre des évaluations annuelles pour évaluer l'impact du programme sur un groupe de patient.

### **III.2.4.2. Des effets du programme**

Afin de garantir la qualité des évaluations annuelles et quadriennales, il est nécessaire de recueillir les points de vue des bénéficiaires et des professionnels afin qu'ils évaluent eux-mêmes le programme.

Un questionnaire anonyme de satisfaction est donc remis au patient en fin de programme (Annexe 6). Cela permet de recueillir le point de vue des participants sur les points forts et les points faibles du programme, et ainsi de faire les améliorations nécessaires.

Un questionnaire anonyme de satisfaction est également remis aux professionnels de santé (Annexe 7).

De plus, des réunions de groupe sont organisées afin d'évaluer les effets du programme sur les bénéficiaires, du point de vue de l'équipe pluridisciplinaire. Cette réunion permet aussi d'échanger sur les pratiques professionnelles et d'aborder les ressentis sur le fonctionnement, la structuration et la coordination du programme.

A l'aide de ces différentes données, l'UTEP établit un document de synthèse d'évaluation annuelle (Annexe 8) à destination des équipes. Il regroupe toutes les informations concernant l'entrée dans le programme, le taux de participation aux séances, la sortie de programme et le bilan des évaluations des compétences acquises par les patients, afin d'évaluer le bénéfice apporté par le programme.

Pour réaliser l'évaluation quadriennale, on reprendra les fiches de synthèse des évaluations annuelles des trois années précédentes.

### **III.2.5. Communication**

Afin de promouvoir le programme, autant auprès des professionnels de santé et travailleurs sociaux qu'auprès du grand public, l'UTEP, avec l'aide du service de communication du CH Esquirol, met en place un plan de communication.

Un flyer (Annexe 9) contenant toutes les informations nécessaires sur le programme a été créé à destination des patients. Ces flyer peuvent être déposés dans les salles d'attente des médecins de ville, ou encore être distribués par des médecins addictologues en consultation.

Une partie de la communication a eu lieu via les réseaux sociaux.

Un article a été publié dans un magazine (Annexe 10) avec une brève présentation du programme et les coordonnées pour en savoir plus.

De plus la communication en interne faite par l'UTEP permet de présenter le programme à un maximum de professionnels de santé. Une note de service a notamment été diffusée à destination des membres de l'hôpital.

La communication passe également par la médecine du travail ainsi que par l'ordre des médecins et l'ordre des pharmaciens.

Le but de cette communication est qu'elle soit continue et variée afin de toucher un maximum de professionnels et de patients.

### **III.2.6. Dépôt du dossier auprès de l'ARS**

Ce programme a fait l'objet d'une demande d'autorisation à l'ARS dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique global « L'addiction, ici on en parle ».

Nous avons déposé le dossier de demande d'autorisation à l'ARS le 10 octobre 2018 et nous avons reçu l'autorisation le 19 décembre 2018.

Les premières séances d'ETP du programme transversal « addiction » ont été mises en place le 14 mai 2019, tandis que celles du programme spécifique « opiacés » ont commencé le 5 novembre 2019.

## Conclusion

---

*« La plus grande difficulté de l'éducation, c'est de transformer les idées en expérience » -  
Georges SENTAYANA*

Cette citation illustre bien le long chemin à parcourir, de l'intention d'élaborer un nouveau projet d'éducation thérapeutique jusqu'à sa mise en place concrète.

Le travail de recherche préalable mené en 2016 par Olivia Dubois a été indispensable pour évaluer la pertinence de notre projet d'éducation thérapeutique pour les patients sous MSO.

Ses recherches ont permis de répondre aux questions suivantes : y-a-t-il une forte proportion de patients sous TSO dans la région du Limousin ? Existe-t-il une demande de la part de ces patients ? Les prises en charges existantes sont-elles suffisantes pour répondre aux besoins des patients ?

Les réponses à ces questions ainsi que les premières pistes de travail émises ont dégagé une vraie problématique et ont donc permis d'entamer un travail concret, dans le but de mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique pour les patients sous MSO.

Au cours de ce travail de construction, l'équipe pluridisciplinaire formée autour de l'UTEP psychiatrie et santé mentale du Limousin s'est investie pour trouver des méthodes innovantes et efficaces au service du patient. L'approche pluridisciplinaire a permis de croiser les regards sur le travail en s'appuyant sur les compétences de chacun et en partageant les informations et a permis, de cette manière, de donner une réelle cohérence au projet.

Ainsi, nous avons pu mener un travail coordonné et centré sur le patient, ce qui est nécessaire pour l'amélioration de sa prise en charge médico-psycho-sociale.

Cette approche a pour but de responsabiliser les patients en les rendant acteurs de leurs propres soins. Cela leur permet de reprendre confiance en eux et leur donne de nouvelles motivations pour suivre au mieux leur traitement et poursuivre leurs projets de vie.

Au cours de ce travail, j'ai pu constater que la qualité et la viabilité d'un programme d'éducation thérapeutique reposait avant tout sur une méthodologie de construction solide guidée par une volonté des acteurs d'entrer dans une réelle démarche d'amélioration continue des pratiques, notamment par la rigueur des évaluations qui doivent être prises en compte à chaque étape par l'équipe éducative.

De par leur formation, leur expertise dans les démarches qualité et leur culture de réduction des risques, les pharmaciens ont naturellement toute leur place dans les projets d'éducation thérapeutique.



## Références bibliographiques

---

1. CHEVALIER C, NGUYEN A, NOUGIER I, VILLEGGER P. Comprendre le phénomène de l'addiction. Actual Pharm. 1 mars 2015;54(544, Supplement):1-5.
2. PILLON F. Notions de base en addictologie. Actual Pharm. 1 mars 2009;48(483):10-2.
3. DUBOIS O. 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 [Thèse d'exercice en pharmacie]. [Limoges]: Université de Limoges; 2016.
4. LOONIS E. L'article d'Aviel Goodman : 10 ans après. Psycho-E-Print. 2001;10(18).
5. Les niveaux d'usage de substances psychoactives [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/les-niveaux-dusage-substances-psychoactives/>
6. NALPAS B. Addictions : du plaisir à la dépendance [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2014 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
7. AUTHIER N. DSM 5 : Critères diagnostiques d'addiction aux opioïdes [Internet]. Addictauvergne. 2013 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-dependance-opiaces/>
8. AUTHIER N. DSM-5 et addiction : Fin des abuseurs et dépendants [Internet]. Addictauvergne. 2013 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-v-addiction/>
9. BONNET N. État des lieux de la consommation des opiacés et offre de soins. Actual Pharm. 2017;56(569):18-22.
10. CHEVALIER C, NGUYEN A, NOUGIER I, VILLEGGER P. Addiction avec opiacés : le rôle du pharmacien. Actual Pharm. 2015;54(544):17-21.
11. Les différentes classifications des substances psycho-actives [Internet]. ADDICA - Réseau Addictions de Champagne-Ardenne. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: <https://reseaux-sante-ca.org/?Les-differentes-classifications-des-substances-psycho-actives&reseau=addica>
12. VIDAL. VIDAL Mobile. 2014.
13. FAURE S. Analgésiques morphiniques. Actual Pharm. 1 déc 2009;48(491):51-5.
14. Données pharmacovigilance/addictovigilance [Internet]. Observatoire français des médicaments antalgiques. 2016 [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ofma.fr/donnees-pharmacovigilanceaddictovigilance/#>
15. Le dico des drogues - Buprénorphine haut dosage (BHD) [Internet]. Drogues Info Service. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Buprenorphine-haut-dosage-BHD>
16. Le dico des drogues - Méthadone [Internet]. Drogues Info Service. [cité 31 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Methadone>

17. OFDT. Évolution de la consommation de buprénorphine haut dosage et de méthadone depuis 1995 - OFDT [Internet]. 2018 [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/quantites-de-buprenorphine-haut-dosage-et-de-methadone-consommees/>
18. MONZON E. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/340b9f75151945cf851676b9d51418d2.pdf](https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/340b9f75151945cf851676b9d51418d2.pdf)
19. Héroïne [Internet]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. 2019 [cité 6 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/les-produits/heroine>
20. Le dico des drogues - Héroïne [Internet]. Drogues Info Service. [cité 6 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Heroine>
21. OFDT. Drogues, chiffres clés, 7ème édition [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2017.pdf>
22. OFDT. Drogues, chiffres clés, 8ème édition [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf>
23. CHEVALIER M. Accompagnement du patient addict aux opiacés [Thèse d'exercice en pharmacie]. [Limoges]: Université de Limoges; 2013.
24. Steribox [Internet]. Apothicom - Des outils pour réduire les risques. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.apothicom.org/steribox-presentation.htm>
25. Structures spécialisées en addictologie [Internet]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. 2019 [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/ou-trouver-laide/structures-specialisees-addictologie>
26. Les consultations jeunes consommateurs [Internet]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. 2019 [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/ou-trouver-laide/consultations-jeunes-consommateurs>
27. En prison [Internet]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. 2015 [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/ou-trouver-laide/prison>
28. CHEVALIER C, NGUYEN A. Approche globale du traitement de substitution aux opioïdes. *Actual Pharm.* 2017;56(569):23-30.
29. La substitution [Internet]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. 2015 [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-substitution>
30. TRESSENS G. De l'héroïne aux Traitements de Substitutions aux Opiacés (TSO). Etude officinale en Limousin. Perspectives [Thèse d'exercice en pharmacie]. [Limoges]: Université de Limoges; 2013.

31. Médicaments stupéfiants et assimilés [Internet]. Meddispar. 2015 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Criteres#nav-buttons>
32. LANGLOIS E, MILHET M. Les traitements de substitution vus par les patients. Tend OFDT. 2012;(83).
33. ROLLAND B, BOUHASSIRA D, AUTHIER N, AURIACOMBE M, MARTINEZ V, POLOMENI P, et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. Rev Médecine Interne. 1 août 2017;38(8):539-46.
34. AFFSAPS. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage [Internet]. 2011. Disponible sur: [https://www.anism.sante.fr/var/anism\\_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf](https://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf)
35. JUSTIS C. Réduire les risques liés au mésusage et au détournement d'usage des traitements de substitution aux opiacés à l'officine [Thèse d'exercice en pharmacie]. Toulouse III, Paul SABATIER; 2014.
36. La polyconsommation [Internet]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. 2015 [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-polyconsommation>
37. OFDT. Polyconsommation [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dd05ppol.pdf>
38. TOVAR M-L, LE NEZET O, BASTIANIC T. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. Tend OFDT. 2013;(88).
39. CADET-TAIROU A, LERMENIER-JEANNET A, GAUTIER S. Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015 [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/profils-et-pratiques-des-usagers-de-drogues-rencontres-dans-les-caarud-en-2015/>
40. LOPEZ D. Consommation de drogues illicites et exclusion sociale: état des connaissances en France. Tend OFDT. 2002;(24).
41. OMS. Education thérapeutique du patient; programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. 1998.
42. HAS, INPES. L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/questions\\_reponses\\_vvd\\_.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf)
43. LEDROIT M, MEGNE WABO M, BERRONEAU A, XUEREB F. Place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique. Actual Pharm. 1 mai 2017;56(566):45-8.
44. ALLIANCE MALADIES RARES. Guide pratique de l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.alliance-maladies-rares.org/wp-content/uploads/2017/06/guide-etp-majjuin2017.pdf>

45. HAS. Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
46. HAS. Education thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser ? [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_la\\_proposer\\_et\\_la\\_realiser\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)
47. INPES. Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Referentiel%20competences%20coordonner-ETP-INPES.pdf>
48. VONO J. Education thérapeutique du patient toxicomane atteint d'une hépatite C chronique. Place du pharmacien dans un programme au CH Esquirol. [Thèse d'exercice en pharmacie]. [Limoges]: Université de Limoges; 2014.
49. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. Legifrance. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581>
50. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient - Article 4 [Internet]. Legifrance. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030135866&categorieLien=id>
51. DELAVAUD JM. L'implication des patients dans les programmes d'ETP, les formations. 2019.
52. FORTIER M. Le "patient-expert" devient-il un nouvel acteur clé de notre système de Santé ? [Internet]. ManagerSante.com®. 2018 [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <https://managersante.com/2018/09/28/le-patient-expert-nouvel-acteur-du-systeme-de-sante/>
53. ARS. Guide de recommandations Patients Intervenant [Internet]. 2016. Disponible sur: [https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Guide\\_recos\\_Patients\\_Intervenants\\_2016.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Guide_recos_Patients_Intervenants_2016.pdf)
54. LARTIGUET P. Guide de recommandations Patients Intervenant : co-construction d'un outil sur les modalités d'implication [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/03\\_lartiquet\\_-\\_patients\\_intervenants\\_0.pdf](https://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/03_lartiquet_-_patients_intervenants_0.pdf)
55. ARS N-A. Politique régionale 2019/2022 en Nouvelle-Aquitaine pour la promotion de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). 2019.
56. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf)
57. BRALET M-C. Education thérapeutique et rétablissement. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2017;175(8):730-5.

58. BURLET B. En fiches : l'éducation thérapeutique du patient. SOINS. 2012;55-65(762-769).
59. DAVID V, IGUENANE J, GREFFIER C, GAGNAYRE R, RAVILLY S. Le conducteur pédagogique : une aide pour mener des séances d'éducation thérapeutique. Rev Mal Respir. 2008;25(10):1322-5.
60. HAS. Evaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation\\_annuelle\\_maj\\_juin\\_2014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_annuelle_maj_juin_2014.pdf)
61. HAS. Evaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation\\_quadriennale\\_v2\\_2014-06-17\\_16-38-45\\_49.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_quadriennale_v2_2014-06-17_16-38-45_49.pdf)
62. ARS N-A. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. 2019 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-etp-8>
63. ARS N-A. Programme d'éducation thérapeutique du patient : demande d'autorisation [Internet]. 2019. Disponible sur: [http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-04/ETP\\_Demande\\_Autorisation\\_05\\_03\\_2019\\_0.doc](http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-04/ETP_Demande_Autorisation_05_03_2019_0.doc)
64. ARS N-A. Guide de remplissage pour le suivi annuel des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés par l'ARS Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-01/Guide\\_Remplissage\\_ETP\\_2020.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-01/Guide_Remplissage_ETP_2020.pdf)
65. LANG J-P, JURADO N, HERDT C, SAUVANAUD F, LALANNE L. L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient ? Rev Epidémiologie Santé Publique. 2017;67(1):59-64.
66. JOUET E. Education thérapeutique, approches en psychiatrie. Soins Psychiatr. 2011;32(273):12-5.
67. BURBAUD F. Santé mentale en population générale en Haute-Vienne : images et réalités. 2004.
68. LANGEVIN V, BOINI S, FRANCOIS M, RIOU A. Risques psychosociaux : outil d'évaluation Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Réf En Santé Au Trav. 2013;(134):161-3.
69. ARS N-A. Cahier des charges « type » pour la mise en oeuvre d'une unité transversale d'éducation thérapeutique du patient - UTEP. 2018.
70. Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues - Consommation [Internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/#conso>
71. SPILKA S, LE NEZET O, JANSSEN E, BRISSOT A, PHILIPPON A. Enquête ESCAPAD 2017, Les drogues à 17 ans : analyse régionale [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssy9.pdf>

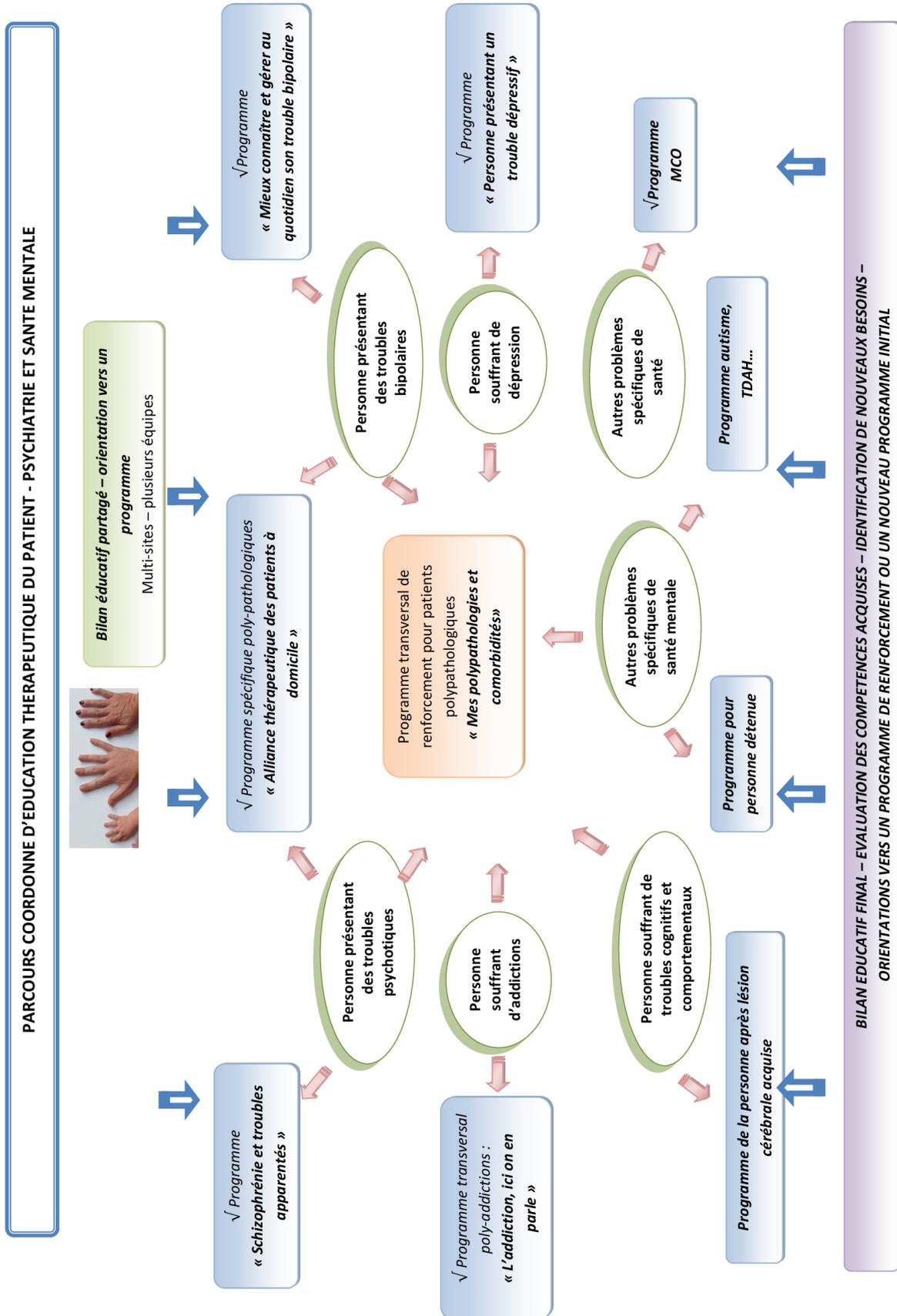
72. ORS du Limousin, Rouchaud A. Les addictions en Limousin : état des lieux [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2018/12/279\\_07-2014\\_Addictions-Limousin\\_Rap.pdf](https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2018/12/279_07-2014_Addictions-Limousin_Rap.pdf)

## Annexes

---

Annexe 1. Parcours coordonné d'éducation thérapeutique du patient.....	128
Annexe 2. Conducteurs de séance .....	129
Annexe 3. Exemple de fiche de synthèse individuelle .....	134
Annexe 4. Formulaire de diagnostic éducatif et d'évaluation finale .....	135
Annexe 5. Modèle de courriers destinés au médecin traitant .....	147
Annexe 5.1. Modèle de courrier d'entrée dans le programme .....	147
Annexe 5.2. Modèle de courrier de sortie du programme .....	148
Annexe 6. Questionnaire anonyme de satisfaction des patients .....	149
Annexe 7. Questionnaire anonyme de satisfaction des professionnels .....	152
Annexe 8. Document de synthèse d'évaluation annuelle .....	154
Annexe 9. Flyer de renseignement sur le programme spécifique « opiacés » .....	157
Annexe 10. Article de revue sur le programme transversal « addiction » .....	159

# Annexe 1. Parcours coordonné d'éducation thérapeutique du patient



– Autres programmes : étude de faisabilité en cours

✓ Programmes autorisés

❖ Programmes en cours d'autorisation

## Annexe 2. Conducteurs de séance

### Séance n°1 (collective) : Les opiacés, parlons-en !

**Animateurs :** Co-animation (Médecin, Infirmier, Assistant de service social, Pharmacien, Psychologue)

**Objectif général :** Comprendre mon addiction aux opiacés.

**Temps dédié au(x) personnel(s) :** 2h00 dont 15 minutes de préparation de la salle, 1h15 d'animation de séance, 30 minutes de débriefing et de rangement.

**Organisation :** Les animateurs accueillent les patients et leur entourent dans une salle dédiée; et se présentent au groupe. Un temps de présentation et d'échanges inaugure la séance d'ETP. Les animateurs expliquent ensuite l'objectif général de la séance, sa durée, les principes qui régissent une séance d'ETP (confidentialité des informations, respect des autres) et lancent la première séquence éducative. Ils assurent l'animation des séances, viennent en aide à la reformulation des idées et observent les attitudes de chacun. Un temps entre les professionnels est dédié pour réaliser la synthèse de la séance et sa traçabilité.

Objectifs pédagogiques	Consignes	Messages clés	Méthode	Outils support	Timing éducatif
1- Savoir définir et identifier les opiacés	Selon vous, qu'est ce qu'un opiacé? Quels sont les opiacés que vous connaissez?	Définition des opiacés Liste des opiacés licites et illicites	Brainstorming et Métaplan Un des animateurs note les idées des participants sur un tableau blanc en 2 colonnes (opiacés licites et illicites) Synthèse avec les messages clés	Tableau blanc Marqueur	15min
2- Connaître les mécanismes d'actions des opiacés	Selon vous, peut-on être dépendant aux opiacés ? Pourquoi ?	Aborder les notions de tolérance et de dépendance, de plaisir, de perte de contrôle	Brainstorming Un des animateurs note les idées des participants sur un tableau blanc. Synthèse avec les messages clés	Tableau blanc Marqueur	15min
3- Identifier les effets de ma consommation d'opiacés	A tour de rôle, vous choisissez un magnet correspondant à un effet des opiacés. Vous pouvez compléter avec un magnet vierge. Pouvez-vous expliquer au groupe le choix de cet effet ? Pouvons-nous classer ces effets ?	Lister les effets aigus, chroniques, somatiques et psychologiques des opiacés	Métaplan Les participants viennent coller au tableau les magnets. Un temps d'expression est laissé aux participants pour qu'ils expliquent leur choix. Le métaplan est réalisé par un des animateurs avec l'aide du groupe Conclusion avec les messages clés	Tableau blanc Marqueur Magnets « effets » Magnets « vierges » Feutres	45min

**Séance n°2 (collective) : La substitution, comment ça marche ?**

**Animateurs :** Co-animation (Médecin, Infirmier, Assistant de service social, Pharmacien, Psychologue)

**Objectif général :** Comprendre la place du médicament de substitution aux opiacés (MSO) dans ma prise en charge.

**Temps dédié au(x) personnel(s) :** 2h00 dont 15 minutes de préparation de la salle, 1h15 d'animation de séance, 30 minutes de débriefing et de rangement.

**Organisation :** Les animateurs accueillent les patients et leur entourent dans une salle dédiée; et se présentent au groupe. Un temps de présentation et d'échanges inaugure la séance d'ETP. Les animateurs expliquent ensuite l'objectif général de la séance, sa durée, les principes qui régissent une séance d'ETP (confidentialité des informations, respect des autres) et lancent la première séquence éducative. Ils assurent l'animation des séances, viennent en aide à la reformulation des idées et observent les attitudes de chacun. Un temps entre les professionnels est dédié pour réaliser la synthèse de la séance et sa traçabilité.

Objectifs pédagogiques	Consignes	Messages clés	Méthode	Outils support	Timing éducatif
1- Connaître les mécanismes d'actions du MSO	Le MSO, comment ça marche ? C'est quoi ?	Définir le MSO, son fonctionnement et son impact sur l'humeur	Brainstorming Un des animateurs note les idées des participants sur un tableau blanc et réalise la courbe de l'humeur.	Tableau blanc Marqueur	30min
2- Appréhender les bénéfices du traitement	Pouvez-vous sélectionner 2 phrases, au choix, correspondant à un bénéfice du MSO ? Pouvez-vous expliquer au groupe le choix de ces phrases ?	Le MSO est un médicament et non un produit	Un des animateurs recueille les cartes « phrases » et les place sur un tableau blanc. Il complète, selon les interventions orales des participant <sup>s</sup> , à l'écrit sur le tableau. Conclusion avec les messages clés par les animateurs	Tableau blanc Marqueur Cartes « phrases »	45min

### Séance n°3 (collective) : Mes ... usages

**Animateurs :** Co-animation (Médecin, Infirmier, Assistant de service social, Pharmacien, Psychologue)

**Objectif général :** Identifier les problématiques liées au mésusage.

**Temps dédié au(x) personnel(s) :** 2h15 dont 15 minutes de préparation de la salle, 1h30 d'animation de séance, 30 minutes de débriefing et de rangement.

**Organisation :** Les animateurs accueillent les patients et leur entourent dans une salle dédiée; et se présentent au groupe. Un temps de présentation et d'échanges inaugure la séance d'ETP. Les animateurs expliquent ensuite l'objectif général de la séance, sa durée, les principes qui régissent une séance d'ETP (confidentialité des informations, respect des autres) et lancent la première séquence éducative. Ils assurent l'animation des séances, viennent en aide à la reformulation des idées et observent les attitudes de chacun. Un temps entre les professionnels est dédié pour réaliser la synthèse de la séance et sa traçabilité.

Objectifs pédagogiques	Consignes	Messages clés	Méthode	Outils support	Timing éducatif
1- Repérer les pratiques de mésusages et leurs conséquences biopsychosociales	<p>Selon vous, quelles sont les pratiques de mésusages ? Par groupe de 2 à 3 personnes, vous noterez sur des post-it les différents impacts de cette pratique. Un rapporteur de chaque groupe peut-il venir au tableau pour expliquer à l'ensemble des personnes les idées retenues ?</p>	<p>Définir les pratiques de mésusages et leurs conséquences biopsychosociales</p>	<p>Brainstorming Méta-plan en post-it</p> <p>Les participants viennent coller les post-it sur un tableau blanc. Un des animateurs réalise un méta-plan pour catégoriser les conséquences biologiques, psychologiques et sociales. Une synthèse est réalisée par les animateurs avec les messages clés.</p>	<p>Tableau blanc Marqueur Post-it</p>	45min
2- Identifier des possibilités de changements pour réduire les risques	<p>Autour d'une table, nous allons jouer au jeu « Tadiikwa »</p>	<p>Identifier les conduites à risque et les changements possibles pour les réduire.</p>	<p>Ce jeu propose des situations ou des affirmations sur les conduites à risque. Les participants réfléchissent à leurs comportements à risque et expriment leurs opinions face à ces situations. Les animateurs aident à la reformulation Conclusion avec les messages clés</p>	<p>Tableau blanc Marqueur Jeu « Tadiikwa »</p>	45min

### Séance n° 4 (collective) : A chaque problème, ses solutions !!!

**Animateurs :** Co-animation (Médecin, Infirmier, Assistant de service social, Pharmacien, Psychologue)

**Objectif général :** Pouvoir appréhender les événements de vie.

**Temps dédié au(x) personnel(s) :** 2h00 dont 15 minutes de préparation de la salle, 1h15 d'animation de séance, 30 minutes de débriefing et de rangement.

**Organisation :** Les animateurs accueillent les patients et leur entourage dans une salle dédiée; et se présentent au groupe. Un temps de présentation et d'échanges inaugure la séance d'ETP. Les animateurs expliquent ensuite l'objectif général de la séance, sa durée, les principes qui régissent une séance d'ETP (confidentialité des informations, respect des autres) et lancent la première séquence éducative. Ils assurent l'animation des séances, viennent en aide à la reformulation des idées et observent les attitudes de chacun. Un temps entre les professionnels est dédié pour réaliser la synthèse de la séance et sa traçabilité.

Objectifs pédagogiques	Consignes	Messages clés	Méthode	Outils support	Timing éducatif
1- Repérer les situations problématiques	A partir de photos, pouvez-vous repérer les situations à risque ? Que pouvez-vous nous en dire ?	Lister les situations problématiques : douleur, grossesse, perte d'emploi, deuil,...	A partir de photos support, les participants s'expriment à tour de rôle librement sur les situations à risque repérées. Un des animateurs note les idées des participants sur un tableau blanc.	Tableau blanc Marqueur Photos « situations à risque » Magnets	30 min
2- Adopter des stratégies adaptées à mes problématiques	Par groupe de 2 ou 3 personnes, et à partir des situations à risque identifiées, que proposez-vous de mettre en place ? Un rapporteur de chaque groupe, peut-il expliquer la stratégie retenue face à une situation particulière ?	Définir des stratégies de résolution de problème face à différents contextes de vie	Brainstorming Echanges en groupe sur les stratégies d'adaptation possible selon les contextes de vie. Un des animateurs note ces stratégies sur un tableau blanc, l'autre aide à la reformulation. Conclusion avec les messages clés par les animateurs	Tableau blanc Marqueur Photos « situations à risque »	45 min

## Séance n°5 (collective) : Et mon entourage dans tout ça ?

**Animateurs :** Co-animation (Médecin, Infirmier, Assistant de service social, Pharmacien, Psychologue, médiateur de santé pair, association)

**Objectif général :** Impliquer mon entourage.

**Temps dédié au(x) personnel(s) :** 2h00 dont 15 minutes de préparation de la salle, 1h15 d'animation de séance, 30 minutes de débriefing et de rangement.

**Organisation :** Les animateurs accueillent les patients et leur entourage dans une salle dédiée; et se présentent au groupe. Un temps de présentation et d'échanges inaugure la séance d'ETP. Les animateurs expliquent ensuite l'objectif général de la séance, sa durée, les principes qui régissent une séance d'ETP (confidentialité des informations, respect des autres) et lancent la première séquence éducative. Ils assurent l'animation des séances, viennent en aide à la reformulation des idées et observent les attitudes de chacun. Un temps entre les professionnels est dédié pour réaliser la synthèse de la séance et sa traçabilité.

Objectifs pédagogiques	Consignes	Messages clés	Méthode	Outils support	Timing éducatif
1- <b>Savoir repérer les personnes ressources</b>	A partir des cartes « aidants » du jeu « Comète », pouvez-vous identifier les personnes ressources pour vous ?	Personnes ressources : famille, professionnels de santé, socio-éducatifs, amis, ...	Chaque participant repère une ou plusieurs cartes représentant une personne ressource. Un des animateurs note ces personnes ressources par colonnes sur le tableau blanc	Tableau blanc Marqueur Cartes « aidants » du jeu « Comète »	20 min
2- <b>Comprendre le rôle de mon entourage dans la gestion de mon addiction</b>	Comment pensez-vous que ces personnes puissent vous aider dans la gestion de votre problématique ?	Définir la place et le rôle de ces personnes ressources.	Un des animateurs recueille les idées des participants et note dans la colonne correspondante la fonction de la personne ressource désignée Conclusion avec les messages clés	Tableau blanc Marqueur	20min
3- <b>Connaître et mobiliser les aides disponibles</b>	Avec l'aide des personnes présentes, dans quel cadre pouvez-vous mobiliser ces personnes ressources ?	Partage d'expériences avec les pairs et les associations	Groupe de parole	Tableau blanc Marqueur Post-it	45 min

### Annexe 3. Exemple de fiche de synthèse individuelle

## Synthèse individuelle Programme d'Education Thérapeutique « L'ADDICTION, ICI ON EN PARLE »

**NIP :**

**Nom et Prénom :**

**Structure :** CSAPA Bobillot

**Objectifs éducatifs :**

Mieux définir la dépendance et les effets sur ma vie.

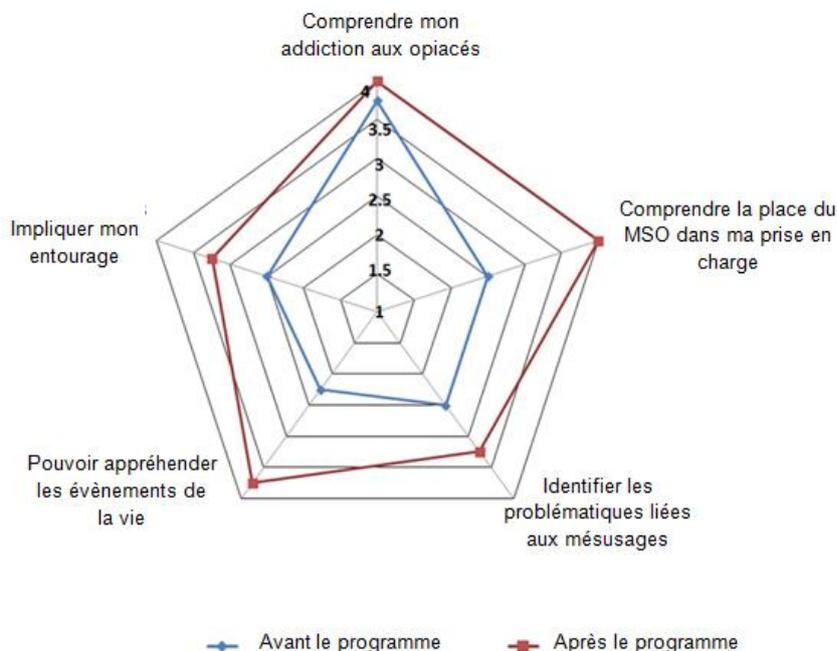
Trouver une aide pour aller mieux et avoir des stratégies pour mieux gérer mon traitement.

**Programme éducatif personnalisé :**

**Séances réalisées**

	Nb
Les opiacés, parlons en !	1
La substitution, comment ça marche ?	0
Mes... usages	1
A chaque problème, ses solutions !	1
Et mon entourage dans tout ça !	1

**Evolution des compétences :**



**Offre de fin de programme :**

	Nb
Offre de renforcement (consolidation des compétences sur le même programme)	0
Offre de suivi approfondi (orientation vers un nouveau programme)	1
Non	0

## Annexe 4. Formulaire de diagnostic éducatif et d'évaluation finale



### PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

#### Programme Spécifique "Opiacés et TSO, ici on en parle"



N° de saisie UTEP (Rempli par l'UTEP)

Année activité ARS (Rempli par l'UTEP)

NIP

Mesure de protection des biens

- Aucune  Curatelle  Curatelle 512  
 Tutelle  Sauvegarde  Tutelles aux prestations sociales

Opposition à l'utilisation des données à caractère personnel

- Non  Oui





## Programme Spécifique "Opiacés et TSO, ici on en parle"

N° de saisie UTEP (Rempli par l'UTEP)

NIP

### DEMANDE PREALABLE DE PRISE EN CHARGE EN ETP

#### Demandeur

- Médecin Psychiatre Hospitalier     Médecin Psychiatre Libéral     Médecin Généraliste  
 Patient     Entourage     Association de patient  
 Autre

Si 'Autre' précisez :

#### Type d'offre

- Offre Initiale  
 Offre de suivi régulier de renforcement (consolidation des compétences sur le même programme)  
 Offre de suivi approfondi de reprise (orientation vers un autre programme)

Programme :  Programme Spécifique : "Opiacés et TSO, ici on en parle"

Unité :  CSAPA Bobillot

### LA PATHOLOGIE

#### Diagnostic

#### Annonce du diagnostic au patient

- Oui     Non

Année d'annonce du diagnostic





## HABILITES SOCIALES

**Repas**  Seul  Aides

Préciser par qui

**Courses**  Seul  Aides

Préciser par qui

**Ménage**  Seul  Aides

Préciser par qui

**Soins d'hygiène corporelle**  Seul  Aides

Préciser par qui

**Loisirs**

## ENTOURAGE

**Liens et aides apportées**

	Présents	Soutenants	Epuisés	Absents	Aidants principaux
Conjoint	<input type="radio"/>				
Parents	<input type="radio"/>				
Enfants	<input type="radio"/>				
Fratries	<input type="radio"/>				
Famille	<input type="radio"/>				
Amis	<input type="radio"/>				

## OBJECTIFS DE LA DEMANDE

**Quels sont le ou les objectifs souhaités**

- Comprendre mon addiction aux opiacés
- Comprendre la place du médicament de substitution aux opiacés dans ma prise en charge
- Identifier les problématiques liées aux mésusages
- Pouvoir appréhender les événements de vie
- Impliquer mon entourage





## DIAGNOSTIC EDUCATIF

Date de l'entretien

### Comprendre mon addiction aux opiacés

#### Savoir définir et identifier les opiacés

- Sait (4)                       Sait partiellement (2,5)                       Ne sait pas (1)

#### Connaitre les mécanismes d'actions des opiacés

- Connait (4)                       Connait partiellement (2,5)                       Ne connait pas (1)

#### Identifier les effets de ma consommation d'opiacés

- Identifie (4)                       Identifie partiellement (2,5)                       N'identifie pas (1)

#### Comprendre mon addiction aux opiacés

Le total des scores est à diviser par le nombres de question

### Comprendre la place du Médicament de Substitution aux Opiacés dans ma prise en charge

#### Connaitre les mécanismes d'actions du médicament de substitution aux opiacés

- Connait (4)                       Connait partiellement (2,5)                       Ne connait pas (1)

#### Appréhender les bénéfices du traitement

- Appréhende (4)                       Appréhende partiellement (2,5)                       N'appréhende pas (1)

#### Comprendre la place du MSO dans ma prise en charge

Le total des scores est à diviser par le nombres de question

### Identifier les problématiques liées aux mésusages

#### Repérer les pratiques de mésusage et leurs conséquences (biopsychosociales)

- Repère (4)                       Repère partiellement (2,5)                       Ne repère pas (1)





#### Identifier les possibilités de changement pour réduire les risques

- Identifie les conduites à risques et les changements possibles pour les réduire (4)
- Identifie les conduites à risques (3)
- Identifie partiellement les conduites à risques (2)
- N'identifie pas (1)

#### Identifier les problématiques liées aux mésusages

Le total des scores est à diviser par le nombre de question

#### Pouvoir appréhender les événements de vie

##### Repérer les situations problématiques (douleur, perte d'emploi, grossesse...)

- Repère (4)
- Repère partiellement (2,5)
- Ne repère pas (1)

##### Adopter des stratégies adaptées à mes problématiques

- Sait adopter (4)
- Sait partiellement (2,5)
- Ne sait pas (1)

#### Pouvoir appréhender les événements de vie

Le total des scores est à diviser par le nombre de question

#### Impliquer mon entourage

##### Savoir repérer les personnes ressources

- Sait repérer (4)
- Sait partiellement (2,5)
- Ne sait pas (1)

##### Comprendre le rôle de mon entourage dans la gestion de mon addiction

- Comprend (4)
- Comprend partiellement (2,5)
- Ne comprend pas (1)

##### Mobiliser les aides disponibles

- Mobilise les aides disponibles adaptées à sa situation (4)
- Mobilise partiellement les aides disponibles adaptées à sa situation (3)
- Mobilise des aides inadaptées à sa situation (2)
- Ne mobilise pas d'aide (1)

#### Impliquer mon entourage

Le total des scores est à diviser par le nombre de question





### Score de précarité

L'évaluation de la précarité est réalisée dans le contexte du patient "hors hospitalisation".

#### EPICES

	Oui	Non
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivez-vous en couple ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous propriétaire de votre logement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Score Epices = (calculé par UTEP)

Score < 30 (absence de précarité)

Score > 30 (précarité)





### Objectifs définis avec le patient

#### Programme personnalisé (Cocher les séances prévues)

- Les opiacés, parlons-en !
- Mes... usages
- Et mon entourage dans tout ça?
- La substitution, comment ça marche ?
- A chaque problème, ses solutions !

Participation de l'aidant :  Et mon entourage dans tout ça?

### PARTICIPATION AU PROGRAMME

#### Synthèse du diagnostic éducatif envoyée à :

	Oui	Non	Opposition
Médecin Traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatre Libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatre hospitalier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Le patient est-il intégré au programme d'ETP après le diagnostic éducatif ?

- Oui  Non

Si non pourquoi ?

### LE PATIENT A INTERROMPU LE PROGRAMME

Si interruption, pourquoi ?

Si interruption, nombre de séances individuelles réalisées (Dont diagnostic éducatif et bilan final)

Si interruption, nombre de séances collectives réalisées





Formulaire de consentement éclairé

Education thérapeutique :

"Programme Spécifique "Opiacés"

1. Je soussigné(e), **M. Mme**....., accepte volontairement de participer au programme d'éducation thérapeutique cité ci-dessus. Je m'engage à respecter la parole de chacun, le non jugement et la confidentialité des propos échangés durant les séances.
2. J'ai été pleinement informé(e) par **M. / Mme** de mon projet d'éducation thérapeutique et je donne mon adhésion aux principes de ce programme (objectifs, durée vraisemblable, modalités de déroulement).
3. J'ai eu la possibilité de poser des questions à **M. / Mme** sur tous les aspects du programme et j'ai compris les réponses et l'information qui m'ont été données.
4. J'ai compris que je suis libre de me retirer du programme à n'importe quel moment, sans avoir besoin de justifier ma décision et sans préjudice d'aucune nature.
5. Je donne mon accord pour le partage des informations me concernant, aux membres de l'équipe éducative intervenant dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique, et le cas échéant aux professionnels extérieurs dont mon médecin traite.
6. Le bilan de l'évaluation quadriennale du programme d'éducation thérapeutique sera à ma disposition sur simple demande à l'équipe éducative.
7. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.
8. Une copie vous est remise.

Signature et date :

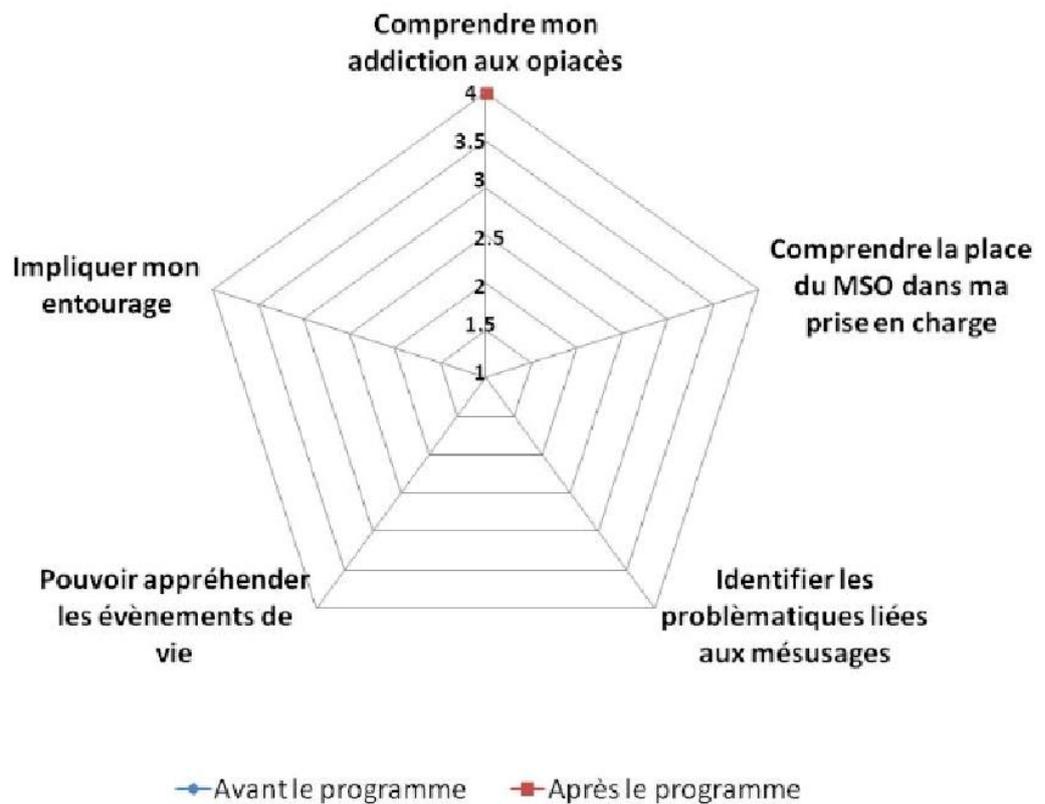
Je soussigné(e) **M. / Mme**

confirme avoir expliqué au participant ci-dessus, le but du programme.





## SUIVI DES OBJECTIFS





## EVALUATION FINALE

Date de l'entretien

### Comprendre mon addiction aux opiacés

#### Savoir définir et identifier les opiacés

- Sait (4)                       Sait partiellement (2,5)                       Ne sait pas (1)

#### Connaitre les mécanismes d'actions des opiacés

- Connait (4)                       Connait partiellement (2,5)                       Ne connait pas (1)

#### Identifier les effets de ma consommation d'opiacés

- Identifie (4)                       Identifie partiellement (2,5)                       N'identifie pas (1)

#### Comprendre mon addiction aux opiacés

Le total des scores est à diviser par le nombres de question

### Comprendre la place du Médicament de Substitution aux Opiacés dans ma prise en charge

#### Connaitre les mécanismes d'actions du médicament de substitution aux opiacés

- Connait (4)                       Connait partiellement (2,5)                       Ne connait pas (1)

#### Appréhender les bénéfices du traitement

- Appréhende (4)                       Appréhende partiellement (2,5)                       N'appréhende pas (1)

#### Comprendre la place du MSO dans ma prise en charge

Le total des scores est à diviser par le nombres de question





### Identifier les problématiques liées aux mésusages

#### Repérer les pratiques de mésusage et leurs conséquences (biopsychosociales)

- Repère (4)                       Repère partiellement (2,5)                       Ne repère pas (1)

#### Identifier des possibilités de changement pour réduire les risques

- Identifie les conduites à risques et les changements possibles pour les réduire (4)  
 Identifie les conduites à risques (3)  
 Identifie partiellement les conduites à risques (2)  
 N'identifie pas (1)

#### Identifier les problématiques liées aux mésusages

Le total des scores est à diviser par le nombres de question

### Pouvoir appréhender les événements de vie

#### Repérer les situations problématiques (douleur, perte d'emploi, grossesse...)

- Repère (4)                       Repère partiellement (2,5)                       Ne repère pas (1)

#### Adopter des stratégies adaptées à mes problématiques

- Sait (4)                       Sait partiellement (2,5)                       Ne sait pas (1)

#### Pouvoir appréhender les événements de vie

Le total des scores est à diviser par le nombres de question

### Impliquer mon entourage

#### Savoir repérer les personnes ressources

- Sait repérer (4)                       Sait partiellement (2,5)                       Ne sait pas (1)

#### Comprendre le rôle de mon entourage dans la gestion de mon addiction

- Comprend (4)                       Comprend partiellement (2,5)                       Ne comprend pas (1)

#### Connaitre et mobiliser les aides disponibles

- Connait et mobilise (4)                       Connait et mobilise partiellement (2,5)  
 Ne connait et ne mobilise pas (1)

#### Impliquer mon entourage

Le total des scores est à diviser par le nombres de question





## SYNTHESE D'EVALUATION

### Mode de prise en charge au cours du programme

- Hospitalisation
- Mixte (ambulatoire et hospitalisation)
- Ambulatoire
- Soins de ville

### Synthèse du bilan éducatif final envoyée à :

	Oui	Non	Opposition
Médecin Traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatre Libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatre hospitalier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Offre de fin de programme

- Offre de suivi régulier de renforcement (consolidation des compétences sur le même programme)
- Offre de suivi approfondi de reprise (orientation vers un autre programme)
- Non

### Si offre de suivi régulier (consolidation des compétences sur le même programme) ou offre de suivi approfondi (orientation vers un autre programme)

#### Lequel ?

- Programme "Renforcer l'alliance thérapeutique pour une meilleure observance médicamenteuse"
- Programme "Renforcer l'alliance thérapeutique autour des patients pris en charge à domicile"
- Programme "Mieux connaître et mieux gérer au quotidien son trouble bipolaire"
- Programme Transversal "Addiction, ici on en parle"
- Programme Spécifique "Alcool, ici on en parle"
- Programme Spécifique "Tabac, cannabis, ici on en parle"
- Programme Spécifique "Opiacés et TSO, ici on en parle"

## SUIVI DU PROGRAMME PAR LE PATIENT

### Présence du patient au cours des séances suivantes :

- Les opiacés, parlons-en !
- Mes... usages
- Et mon entourage dans tout ça?
- La substitution, comment ça marche ?
- A chaque problème, ses solutions !

Nombre de séances individuelles réalisées (dont diagnostic éducatif et bilan final)

Nombre de séances collectives réalisées



## Annexe 5. Modèle de courriers destinés au médecin traitant

### Annexe 5.1. Modèle de courrier d'entrée dans le programme



## CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL-LIMOGES

### PÔLE UNIVERSITAIRE D'ADDICTOLOGIE EN LIMOUSIN

Responsable de Pôle : Pr P. NUBUKPO

Adjoint au Responsable de Pôle : Dr P. SAZERAT

Secrétariat accueil 05 55 43 11 56 – Secrétariat de Pôle 05 55 43 12 18

15 rue du Dr Marcland – 87025 LIMOGES Cédex

Directeur Référent de Pôle : Mme M. VITART

Cadre Paramédical de Pôle : Mme H. CUEILLE

Assistant Gestion de Pôle : Mme M.F. BOISSEUIL

#### Unités d'hospitalisation

H. Ey (addictologie) 05 55 43 11 49

Dr JJ. TIMON (PH)

Dr M. RAOULT (PH)

Cadre de Santé : Mme C. AUDONNET

G. Sand (TCA) 05 55 43 11 43

Dr P. SAZERAT (PH)

Dr P. JESUS (Praticien nutritionniste)

Cadre de Santé : Mme C. AUDONNET (par intérim)

S. De Beauvoir (alcoologie) 05 55 43 11 17

Dr L. BEAUSEIGNEUR (PH)

Dr L. DOMINIQUE (PH)

Cadre de Santé : Mme J. ROUGERIE

H.J. SSR E Manet (hôpital de jour) 05 55 50 90 24

Dr M. PAREAUD (Assistant des Hôpitaux)

Cadre de Santé : M. A. VILPOUX (par intérim)

H.J.E. Degas (hôpital de jour) 05 55 43 11 28

Dr S. CANTALOUBE (PH)

Cadre de Santé : M. A. VILPOUX (par intérim)

#### S.S.R. Addictologie

C. PISSARO

05 55 43 13 82

Dr V. ROUYER (PH)

Dr S. CANTALOUBE (PH)

Cadre de Santé : Mme J. ROUGERIE

#### Equipe de Liaison

05 55 43 12 08

Pr P. NUBUKPO (PU-PH)

Dr JJ. TIMON (PH)

Cadre de Santé : M. A. VILPOUX

#### Centre Expert Régional du Jeu Pathologique

(CERJeP)

4, Rue du Clos Londeix 87000 LIMOGES

05 55 11 96 85

Pr P. NUBUKPO (PU-PH)

Assistant socio-éducatif : Mme C. LARRART (CESF)

#### Appartements de Coordination Thérapeutique

Dr P. VILLEGIER (PH)

#### C.S.A.P. Addictologie Bobillot

80 Rue F. Perrin 87000 LIMOGES

05 55 34 43 77

Dr C. CHEVALIER (PH)

Cadre de Santé : M. A. VILPOUX

#### Centre Méthadone

Dr C. CHEVALIER (PH)

Equipe de Prévention

Dr P. VILLEGIER (PH)

Consultations Jeunes Consommateurs

Pr P. NUBUKPO (PU-PH)

#### Praticiens Hospitaliers Partagés

Dr P. CARRIER (PH Hépatologue)

Dr M. DEBETTE-GRATIEN (PH Hépatologue)

#### Omni praticiens Attachés

Dr JM. LAMBERT

Dr JP. LEGROS

Dr D. MOREAU

Dr R. CALLOT

Dr T. JOFFRE

Dr C. BUREAU-YNIESTA

#### Psychologues

Mme M. DULON

Mme S. LEBLANC

Mme A. MORONI

Mme C. LOUGARRE

Mme A. PATINIEC

#### Assistants Sociaux

Mme V. ANDROUIN

Mme A. CHRISTOPHE

05 55 43 12 59

05 55 43 10 77

Mme C. FERNANDEZ

Mme S. RIBEIRO

05 55 43 13 90

05 55 43 13 80

Mme A. SENECHAL

Mme F. ROCHE

05 55 34 43 77

05 87 50 90 96

Limoges, le

M. Mme le Docteur

Copie à :

**Objet : Education Thérapeutique du Patient.**

Cher confrère,

Votre patient(e), M. ou Mme....., a souhaité participer à un programme d'éducation thérapeutique « **L'addiction, ici on parle** » proposé par le Centre Hospitalier Esquirol, et porté par le CSAPA Bobillot.

Ce programme a pour but d'améliorer chez le patient la compréhension des mécanismes de l'addiction, les facteurs qui influent ou entretiennent les difficultés, de réduire les dommages, et d'améliorer son état de santé et sa qualité de vie en mobilisant des stratégies d'adaptation. (cf. plaquette ci-jointe).

Il est organisé autour d'une équipe pluridisciplinaire : médecins psychiatres, addictologues et hépatologue, pharmaciens, psychologue, infirmières, assistante de service social et cadre de santé.

Une évaluation initiale permettra de définir avec lui les objectifs et les compétences à acquérir durant les séances collectives et individuelles. A l'issue de ces séances une évaluation finale permettra d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs ainsi que le besoin de poursuivre ou non la démarche éducative.

A la fin du programme, nous vous adresserons un bilan synthétique reprenant les objectifs atteints ou non et les difficultés rencontrées.

Nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire ou remarque pouvant être importante

Je vous prie de recevoir, Cher confrère, l'assurance de mes salutations confraternelles.

Docteur Catherine CHEVALIER  
Psychiatre.

Secrétariats : 05 55 43 12 18 X. BORIE 05 55 43 11 56 F. CHEIKH 05 55 43 12 56 S. DUCOURET 05 55 34 43 77 E. BRUN 05 55 11 96 95 L. GUIET 05 55 43 11 80 M.TEROSIET / A. ARPALIANGEAS 05 55 43 13 21 D. PUISSANT

## Annexe 5.2. Modèle de courrier de sortie du programme



### CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL-LIMOGES PÔLE UNIVERSITAIRE D'ADDICTOLOGIE EN LIMOUSIN

Responsable de Pôle : Pr P. NUBUKPO  
Adjoint au Responsable de Pôle : Dr P. SAZERAT  
Secrétariat accueil 05 55 43 11 56 – Secrétariat de Pôle 05 55 43 12 18  
15 rue du Dr Marcland – 87025 LIMOGES Cédex

Directeur Référent de Pôle : Mme M. VITART  
Cadre Paramédical de Pôle : Mme H. CUEILLE  
Assistant Gestion de Pôle : Mme M.F. BOISSEUIL

#### Unités d'hospitalisation

H. Ev (addictologie) 05 55 43 11 49  
Dr JJ. TIMON (PH)  
Dr M. RAOULT (PH)  
Cadre de Santé : Mme C. AUDONNET

G. Sand (TCA) 05 55 43 11 43  
Dr P. SAZERAT (PH)  
Dr P. JESUS (Praticien nutritionniste)  
Cadre de Santé : Mme C. AUDONNET (par intérim)

S. De Beauvoir (alcoologie) 05 55 43 11 17  
Dr L. BEAUSEIGNEUR (PH)  
Dr L. DOMINIQUE (PH)  
Cadre de Santé : Mme J. ROUGERIE

H.J. SSR E Manet (hôpital de jour) 05 87 50 90 24  
Dr M. PAREAUD (Assistant des Hôpitaux)  
Cadre de Santé : M. A. VILPOUX (par intérim)

H.J. E. Degas (hôpital de jour) 05 55 43 11 28  
Dr S. CANTALOUBE (PH)  
Cadre de Santé : M. A. VILPOUX (par intérim)

#### S.S.R. Addictologie

C. PISSARO  
05 55 43 13 82  
Dr V. ROUYER (PH)  
Dr S. CANTALOUBE (PH)  
Cadre de Santé : Mme J. ROUGERIE

#### Equipe de Liaison

05 55 43 12 08

Pr P. NUBUKPO (PU-PH)  
Dr JJ. TIMON (PH)  
Cadre de Santé : M. A. VILPOUX

#### Centre Expert Régional du Jeu Pathologique (CERJeP)

4, Rue du Clos Londeix 87000 LIMOGES  
05 55 11 96 85

Pr P. NUBUKPO (PU-PH)  
Assistant socio-éducatif : Mme C. LARRART (CESF)

#### Appartements de Coordination Thérapeutique

Dr P. VILLEGIER (PH)

C.S.A.P. Addictologie Bobillot  
80 Rue F. Perrin 87000 LIMOGES  
05 55 34 43 77

Dr C. CHEVALIER (PH)  
Cadre de Santé : M. A. VILPOUX

Centre Méthadone  
Dr C. CHEVALIER (PH)

Equipe de Prévention  
Dr P. VILLEGIER (PH)  
Consultations Jeunes Consommateurs  
Pr P. NUBUKPO (PU-PH)

#### Praticiens Hospitaliers Partagés

Dr P. CARRIER (PH Hépatologue)  
Dr M. DEBETTE-GRATIEN (PH Hépatologue)

#### Omnipraticiens Attachés

Dr JM. LAMBERT      Dr JP. LEGROS  
Dr D. MOREAU      Dr R. CALLOT  
Dr T. JOFFRE      Dr C. BUREAU-YNIESTA

#### Psychologues

Mme M. DULON      Mme S. LEBLANC  
Mme A. MORONI      Mme C. LOUGARRE  
Mme A. PATINEC

#### Assistants Sociaux

Mme V. ANDROUIN      Mme A. CHRISTOPHE  
05 55 43 12 59      05 55 43 10 77  
Mme C. FERNANDEZ      Mme S. RIBEIRO  
05 55 43 13 90      05 55 43 13 80  
Mme A. SENECHAL      Mme F. ROCHE  
05 55 34 43 77      05 87 50 90 96

Limoges, le

M. Mme le Docteur

Copie à :

**Objet : Education Thérapeutique du Patient.**

Cher confrère,

Votre patient(e), M. ou Mme....., a participé à un programme d'éducation thérapeutique « **L'addiction, ici on parle** » proposé par le Centre Hospitalier Esquirol, et porté par le CSAPA Bobillot.

Vous trouverez en pièce jointe le bilan de ce programme comprenant la synthèse des objectifs atteints et l'évolution des compétences acquises.

Nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire ou remarque pouvant être importante

Je vous prie de recevoir, Cher confrère, l'assurance de mes salutations confraternelles.

Docteur Catherine CHEVALIER  
Psychiatre.

Secrétariats : 05 55 43 12 18 X. BORIE 05 55 43 11 56 F. CHEIKH 05 55 43 12 56 S. DUCOURET 05 55 34 43 77 E. BRUN 05 55 11 96 95 I. GUIET 05 55 43 11 80 M. TEROSIET / A. ARPALIANGEAS 05 55 43 13 21 D. PUSSANT

## Annexe 6. Questionnaire anonyme de satisfaction des patients





**Unité Transversale d'Éducation  
thérapeutique du Patient en  
psychiatrie et santé mentale du  
Limousin**

### QUESTIONNAIRE ANONYME



**CENTRE  
HOSPITALIER ESQUIROL  
LIMOGES**

**N° de saisi UTEP**

**DATE**  

**Programme "L'Addiction, ici on en parle"**

Programme Transversal Addiction
  Programme Spécifique Tabac et/ou Cannabis  
 Programme Spécifique Alcool
  Programme Spécifique Opiacés

**Unité**  CSAPA Bobillot

LES SEANCES D'EDUCATION INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

 Très satisfait

 Satisfait

 Peu Satisfait

 Pas du tout satisfait

Etes vous satisfait?				
Du lieu des séances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De leur durée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la qualité de l'accueil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du nombre de séances individuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du nombre de séances collectives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



### Pensez vous que le contenu des séances éducatives :

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Répond à vos attentes et à vos objectifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Etes vous satisfait ?

				
De la qualité des outils	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la qualité des échanges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De l'écoute et de la disponibilité des éducateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la simplicité et de la clarté des messages	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## LE PROGRAMME EDUCATIF

### Etes vous satisfait ?

				
De l'organisation et du déroulement du programme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Ce programme vous a-t-il permis :

	Oui	Non
De mieux comprendre votre problème de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De développer des connaissances complémentaires (traitement, alimentation...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'utiliser plus de moyens pour améliorer votre confort (traitement, repas équilibré, activité physique, relaxation...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vous sentir plus confiant dans vos activités du quotidien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'envisager des projets (professionnels, familiaux, personnels...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De prendre soin de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'améliorer votre qualité de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Quels sont les éléments que vous avez le plus et/ou le moins apprécié dans ce programme (suggestion d'amélioration, remarques...)**

---

---

---

---

---

**Suite à ce programme, citez un ou plusieurs changements dans vos activités quotidiennes par rapport à votre santé**

---

---

---

---

---

**Merci pour votre participation**



## Annexe 7. Questionnaire anonyme de satisfaction des professionnels

### QUESTIONNAIRE ANONYME DE SATISFACTION DES PROFESSIONNELS

**Vous participez à un programme d'Education Thérapeutique du patient autorisé. Pour connaître votre ressenti et votre satisfaction concernant ce programme, nous vous remercions de participer à son amélioration en complétant le questionnaire suivant.**

Date  

Programme

Unité

Quel est votre profession ?

**Vous êtes formés à l'éducation thérapeutique**

- Oui  Non  En cours

**Pour les usagers et leur entourage**  
**Avez vous le sentiment que l'intégration de l'ETP les aide à :**

**Exprimer leurs préoccupations**

- Oui  Non  Ne sais pas

**Prendre conscience de leurs difficultés**

- Oui  Non  Ne sais pas

**Développer de nouvelles compétences de sécurité et psycho-sociales (connaissance de la maladie, du traitement, gestion des émotions et du stress, relation interpersonnelles.....)**

- Oui  Non  Ne sais pas

**Retrouver confiance en eux**

- Oui  Non  Ne sais pas

**Mettre en place des changements dans leur mode de vie**

- Oui  Non  Ne sais pas

**Participer à l'amélioration de leur qualité de vie**

- Oui  Non  Ne sais pas

## QUESTIONNAIRE ANONYME DE SATISFACTION DES PROFESSIONNELS

### Pour les professionnels intervenants de l'équipe Diriez-vous que le programme d'ETP a contribué à :

L'instauration d'une dynamique d'équipe (conception des supports, animation des séances, partage d'expériences, cohésion)

- Oui  Non  Ne sais pas

L'instauration d'une cohérence des pratiques entre les professionnels

- Oui  Non  Ne sais pas

Mieux connaître les activités et pratiques des autres professionnels de l'équipe

- Oui  Non  Ne sais pas

Faire évoluer vos pratiques (relation avec les usagers, changements de pratiques, besoin de formation,....)

- Oui  Non  Ne sais pas

Améliorer les relations avec les professionnels libéraux du parcours de soins (médecins traitants et spécialistes, infirmiers, associations d'aide à domicile,....)

- Oui  Non  Ne sais pas

### Votre regard sur l'éducation thérapeutique

Diriez-vous que l'ETP est intégrée aux soins?

- Oui  Non  Ne sais pas

Disposez-vous d'assez de temps d'échanges dans l'équipe sur les pratiques de l'ETP?

- Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous le sentiment de pouvoir répondre aux besoins de chaque patient?

- Oui  Non  Ne sais pas

Commentaires éventuels (points forts, points faibles, suggestions d'amélioration, ....)

En vous remerciant

## Annexe 8. Document de synthèse d'évaluation annuelle

### Fiche de synthèse groupe « ALLIANCE » – évaluation annuelle

#### Nom du programme :

Période :

Nombre de patients inclus :

#### Entrée dans le programme :

- ✓ **Nombre de patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif :**
- ✓ **Orientation dans le programme :**

Patients orientés par ...	Nombre	Taux
un professionnel de santé en dehors de l'hôpital		
un professionnel de santé au cours d'une hospitalisation		
un professionnel de santé à l'hôpital en consultation externe (Psychiatre hospitalier)		
<i>Le patient</i>		
<i>Autres (infirmier)</i>		

#### ✓ **Type d'offre :**

Offre	Nombre	Taux
Initiale		
De reprise		
De renforcement		

#### ✓ **Indice moyen de précarité :**

#### Séances d'ETP et mode de prise en charge :

#### ✓ **Nombre de patients pris en charge :**

Prise en charge	Nombre	Taux
lors d'une hospitalisation		
en soins externes, ambulatoire		
en programme mixte		

#### ✓ **Nombre de patients ayant bénéficié d'au moins deux séances :**

#### ✓ **Taux de patients ayant bénéficié d'au moins deux séances :**

#### ✓ **Nombre total de séances :**

- Individuelles (diagnostics et bilans inclus) :
- Collectives :

#### ✓ **Nombre moyen de séances par patient :**

### Fiche de synthèse groupe « ALLIANCE » – évaluation annuelle

Séances	Nombre annuel de séances	Nombre de patients prévus	Nombre de patient ayant participé	Taux de participation	Nombre moyen de patients	Nombre d'aidants	Total de séances destinées au proche	Participation d'un Pair-aidant
Les opiacés, parlons en !								
La substitution, comment ça marche ?								
Mes... usages								
A chaque problème, ses solutions !								
Et mon entourage dans tout ça ?								
<b>TOTAL</b>								

Intervenants	Médecin	Pharmacien	Infirmier	Assistante sociale	Psychologue	TOTAL
*Temps consacré en heures par les professionnels à l'animation des séances						

\* Les temps dédiés aux diagnostics éducatifs et bilans éducatifs finaux ne sont pas comptabilisés

## Fiche de synthèse groupe « ALLIANCE » - évaluation annuelle

### Sortie du programme

Nombre et taux de patients ayant bénéficié d'une évaluation individuelle des compétences acquises :

Nombre et taux de patients pour lesquels une offre a été proposée à l'issue du programme :

- Offre de renforcement :
- Offre de reprise :

Nombre et taux de patients ayant interrompu le programme :

Patients pour lesquels le compte rendu du diagnostic éducatif et du bilan éducatif final a été envoyé :

Destinataires*	Nombre DE	Taux	Nombre BEF	Taux
au médecin traitant				
au psychiatre hospitalier				
au psychiatre libéral				
autres				

*\*Données issues du Dossier ETP*



## Opiacés et TSO, ici on en parle

Vous avez l'impression de consommer un peu trop, d'être en difficulté, vous vous interrogez sur votre Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), votre entourage vous fait des remarques ...

### Les intervenants du programme

L'équipe pluridisciplinaire est composée d'acteurs formés à l'éducation thérapeutique et impliqués dans la prise en charge en addictologie :

- Médecin spécialiste
- Pharmacien
- Cadre de santé
- Infirmier
- Assistant de service social
- Psychologue, ...

### Pour plus d'informations

Demandez à votre médecin généraliste, pharmacien, infirmier, psychologue, assistant de service social, ...  
Demandez au CSAPA Bobillot 05.55.34.43.77 ou à l'UTEP (Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient en psychiatrie et santé mentale) au 05.55.43.68.85.

### Le savez-vous ?

- . Il existe des opiacés licites et illicites.
- . Les médicaments de substitution permettent de gérer essentiellement le manque physique.
- . La prise de médicament de substitution s'envisage dans la durée pour permettre une amélioration de la qualité de vie.



### Vous vous posez des QUESTIONS

- ... sur vos consommations
- ... sur les effets de vos consommations
- ... sur leurs conséquences
- ... sur votre TSO

### Vous cherchez des SOLUTIONS

- ... pour diminuer ou arrêter vos consommations
- ... pour optimiser votre TSO
- ... pour être mieux au quotidien

### Vous souhaitez RENCONTRER

- ... des personnes qui partagent les mêmes difficultés
- ... des professionnels ouverts aux échanges

Venez participer à un **programme d'Education Thérapeutique**.

Programme autorisé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine en décembre 2018

*Des solutions existent pour y voir plus clair  
et être acteur de votre santé.*

CSAPA Bobillot, 80 rue François Perrin, 87000 Limoges  
Tél : 05.55.34.43.77 / courriel : Csapabobillot@ch-esquirol-limoges.fr



# Programme d'éducation thérapeutique (ETP)

« Des solutions existent pour y voir plus clair et être acteur de votre santé »

## *Que peut m'apporter ce programme ?*

Ce programme vise à renforcer la compréhension de votre addiction et du traitement proposé, renforcer vos compétences pour mieux gérer le problème au quotidien, faire face aux situations difficiles et vous aider à mieux vivre.

## *Comment s'organise le programme ?*

En pratique, le programme comporte 3 étapes :

- un entretien individuel pour discuter ensemble de vos attentes, vos questions, vos difficultés et définir vos priorités et votre projet personnalisé,
- des séances collectives,
- un entretien final et individuel pour évaluer votre participation et le bénéfice retiré du programme d'éducation thérapeutique.

## *Comment se déroulent les séances d'éducation thérapeutique ?*

Il n'existe pas d'autre contrainte que la participation à ces différentes rencontres et votre adhésion à votre projet de soins.

L'ensemble de ce programme est réalisé dans des conditions strictes de confidentialité.

## *Qui anime les séances ?*

Les séances sont animées en binôme par des professionnels formés à l'éducation thérapeutique.

## *Je suis d'accord ! Comment je m'inscris ?*

Il vous suffit de téléphoner au 05.55.34.43.77 pour prendre rendez-vous. Un professionnel formé à l'éducation thérapeutique vous recevra pour vous expliquer la démarche.

## *Quels peuvent être les bénéfices pour moi ?*

Ce programme peut vous permettre d'identifier votre problématique, connaître les effets et les conséquences de votre consommation ainsi que la place des traitements de substitution.

Il peut vous aider à trouver vos solutions pour mettre en place un changement, vous sécuriser lors de situations problématiques, améliorer votre qualité de vie.

Le programme vous aidera à identifier les professionnels ressources. Une évaluation pluridisciplinaire précise vos objectifs.

## *Et mon suivi ?*

La participation à ce programme ne modifie en rien votre prise en charge habituelle. Le programme est entièrement

pris en charge par l'Agence Régionale de Santé. Votre médecin traitant sera informé et participera au suivi du programme si vous nous y autorisez.

Ce programme d'activités fait partie intégrante de vos soins.

## Annexe 10. Article de revue sur le programme transversal « addiction »



### ■ L'éducation thérapeutique, un soin pour l'addiction

Un programme d'éducation thérapeutique : « L'addiction, ici on en parle », destiné à toute personne volontaire et son entourage, confrontés à des difficultés avec leur(s) addiction(s), porté par le CH Esquirol, vient d'être autorisé par l'ARS de la Haute-Vienne. Ce programme, coordonné par le Dr Catherine Chevalier, se compose d'un tronc commun sur l'addiction et de trois modules spécifiques sur l'alcool, le tabac-cannabis et les opiacés.

Vous avez l'impression de consommer un peu trop (alcool, tabac, cannabis, opiacés, traitement de substitution, jeux, ...), d'être en difficulté dans votre quotidien, votre entourage vous fait des remarques... Des solutions existent pour y voir plus clair et être acteur de votre santé. Depuis janvier 2019, l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA Bobillot de Limoges vous accompagne afin d'améliorer la compréhension de votre maladie, renforcer vos compétences

pour mieux gérer l'addiction et ses répercussions, faire face aux situations difficiles et vous aider à mieux vivre.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) au 05.55.34.43.77 ou l'Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique (UTEP) en Psychiatrie et Santé Mentale du Limousin au 05.55.43.68.85. N'hésitez pas également à en parler à votre médecin traitant et/ou votre psychiatre.



## 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.

## Rôle d'un pharmacien dans la construction d'un programme d'éducation thérapeutique du patient ayant une addiction aux opiacés

---

Dans le cadre de la mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés, la proposition d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) est pertinente afin d'améliorer la prise en charge psycho-médico-sociale des patients.

En l'absence d'offre d'ETP sur le territoire une enquête locale réalisée au préalable a montré l'intérêt porté par les usagers pour ce type d'offre.

Cet écrit décrit la méthodologie de co-construction avec une Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient (UTEP) d'un programme d'éducation thérapeutique du patient porté par un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le point de vu du pharmacien dans l'équipe pluridisciplinaire.

---

Mots-clés : Education thérapeutique ; Projet pluridisciplinaire ; Addiction ; Unité Transversale ; Prévention

## Role of a pharmacist in the development of a therapeutic patient education program for opiate addicts

---

As part of the establishment of opiates substitution treatments, the proposal of a therapeutic patient education (TPE) program is relevant to improve the psychological, medical and social care of patients.

Due to the lack of TPE offers in the territory, a local survey was carried out beforehand with results showing the interest of opiate users in this type of offer.

This document describes the co-construction methodology of a therapeutic patient education program with a transversal unit of therapeutic patient education (UTEP) supported by a national treatment and prevention center (CSAPA) and the pharmacist's perspective within the multidisciplinary team.

---

Keywords : Therapeutic education ; Multidisciplinary project ; Addiction ; Transversal Unit ; Prevention.

