

**Faculté de Pharmacie**

Année 2021

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 mai 2021

Par **Sarah CHASSIN**

Née le 8 mars 1995 à Abidjan (Côte-d'Ivoire)

**Les traitements de substitution aux opiacés en officine : rôle du  
pharmacien et point de vue des patients sous traitement de  
substitution aux opiacés**

Thèse dirigée par Franck SAINT-MARCOUX et co-dirigée par André NGUYEN

Examineurs :

Monsieur le Professeur Franck SAINT-MARCOUX.....Président

Monsieur le Docteur André NGUYEN.....Co-directeur

Madame le Professeur Catherine FAGNERE.....Juge

Madame le Docteur Marie-Émilie PAPEL-ANDRIEUX..... Juge

Madame le Docteur Catherine CHEVALIER.....Membre invité







**Faculté de Pharmacie**

Année 2021

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 mai 2021

Par Sarah CHASSIN

Née le 8 mars 1995 à Abidjan (Côte-d'Ivoire)

**Les traitements de substitution aux opiacés en officine : rôle du  
pharmacien et point de vue des patients sous traitement de substitution  
aux opiacés**

Thèse dirigée par Franck SAINT-MARCOUX et co-dirigée par André NGUYEN

Examineurs :

Monsieur le Professeur Franck SAINT-MARCOUX.....Président

Monsieur le Docteur André NGUYEN.....Co-directeur

Madame le Professeur Catherine FAGNERE.....Juge

Madame le Docteur Marie-Émilie PAPEL-ANDRIEUX.....Juge

Madame le Docteur Catherine CHEVALIER.....Membre invité





## Liste des enseignants

---

Le 1<sup>er</sup> octobre 2020

### DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur Bertrand **COURTIOUX**

### VICE-DOYEN :

Monsieur David **LEGER**, Maître de conférences

### ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Serge **BATTU**, Monsieur le Professeur Nicolas **PICARD**

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

<b>BATTU</b> Serge	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>CARDOT</b> Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>COURTIOUX</b> Bertrand	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE
<b>DESMOULIERE</b> Alexis	PHYSIOLOGIE
<b>DUROUX</b> Jean-Luc	BIOPHYSIQUE ET MATHÉMATIQUES
<b>FAGNERE</b> Catherine	CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE CLINIQUE
<b>LIAGRE</b> Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>MAMBU</b> Lengo	PHARMACOGNOSIE
<b>TROUILLAS</b> Patrick	BIOPHYSIQUE ET MATHÉMATIQUES
<b>VIANA</b> Marylène	PHARMACIE GALÉNIQUE

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

<b>PICARD</b> Nicolas	PHARMACOLOGIE
<b>ROGEZ</b> Sylvie	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE
<b>SAINT-MARCOUX</b> Franck	TOXICOLOGIE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :**

<b>CHAUZEIX</b> Jasmine	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE
<b>JOST</b> Jérémy	CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE CLINIQUE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES :**

<b>BASLY</b> Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>BEAUBRUN-GIRY</b> Karine	PHARMACIE GALÉNIQUE
<b>BÉGAUD</b> Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>BILLET</b> Fabrice	PHYSIOLOGIE
<b>CALLISTE</b> Claude	BIOPHYSIQUE ET MATHÉMATIQUES
<b>CHEMIN</b> Guillaume	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>CLÉDAT</b> Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>COMBY</b> Francis	CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE CLINIQUE
<b>COOK-MOREAU</b> Jeanne	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE

<b>DELEBASSÉE</b> Sylvie	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE
<b>DEMIOT</b> Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
<b>FABRE</b> Gabin	BIOPHYSIQUE ET MATHÉMATIQUES
<b>FROISSARD</b> Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
<b>JAMBUT</b> Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE CLINIQUE
<b>LABROUSSE</b> Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
<b>LAVERDET</b> Betty	PHARMACIE GALÉNIQUE
<b>LAWSON</b> Roland	PHARMACOLOGIE
<b>LEGER</b> David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>MARRE-FOURNIER</b> Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>MERCIER</b> Aurélien	MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, IMMUNOLOGIE ET HÉMATOLOGIE
<b>MILLOT</b> Marion	PHARMACOGNOSIE
<b>PASCAUD-MATHIEU</b> Patricia	PHARMACIE GALÉNIQUE
<b>POUGET</b> Christelle	CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE CLINIQUE
<b>VIGNOLES</b> Philippe	BIOPHYSIQUE ET MATHÉMATIQUES

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

<b>AUDITEAU</b> Émilie	ÉPIDÉMIOLOGIE, STATISTIQUE, SANTÉ PUBLIQUE
<b>MARCHAND</b> Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE CLINIQUE

**ENSEIGNANTS D'ANGLAIS :**

**HEGARTY** Andrew

CHARGÉ DE COURS

**VERCELLIN** Karen

PROFESSEUR CERTIFIÉ



## Remerciements

---

**À mon président et directeur de thèse,**

**Monsieur le Professeur Franck SAINT-MARCOUX,**

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

*Pour m'avoir transmis vos connaissances en Addictologie durant mes études,*

*Pour m'avoir fait adorer cette matière,*

*Je vous adresse mes très sincères remerciements.*

**À mon co-directeur de thèse**

**Monsieur le Docteur André NGUYEN,**

*Pour avoir accepté de diriger cette thèse,*

*Pour votre implication tout au long de ce travail,*

*Pour vos conseils, votre disponibilité et votre réactivité,*

*Pour la confiance que vous m'avez accordée,*

*Veillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma reconnaissance.*

**À mon jury,**

**Madame le Professeur Catherine FAGNERE,**

*Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse,*

*Pour l'ensemble de vos enseignements durant ces six années d'études,*

Recevez mes très sincères remerciements.

**Madame le Docteur Marie-Émilie PAPEL-ANDRIEUX,**

*Pour votre gentillesse et votre bienveillance,*

*Recevez mes très sincères remerciements.*

**À Madame le Docteur Catherine CHEVALIER,**

*Pour avoir diffusé mon questionnaire auprès des patients du centre Bobillot de Limoges,*

*Je vous remercie de votre aide et de votre présence à ma thèse.*

**À toutes les personnes ayant répondu à mon questionnaire,**

*Je vous remercie de votre dévouement et de votre confiance.*

**À toute l'équipe du CAARUD de Limoges,**

*Pour votre implication et votre accueil,*

*Sans vous, mon travail n'aurait pas été possible,*

*Je vous suis très reconnaissante.*

**À mes proches,**

**À mon père, Yves et ma belle-mère Catherine,**

*Pour leur soutien sans faille durant mes études,*

*Pour leur écoute et leurs précieux conseils,*

*Je vous remercie pour votre dévouement et votre confiance,*

*Sans vous, mon travail ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui.*

**À ma mère, Mariam,**

*Pour avoir toujours respecté mes choix,*

*Pour ton calme et ta patience légendaire.*

**À ma cousine, Astrid,**

*Pour son amour, ses conseils, son soutien et sa disponibilité.*

**À mes coéquipières du basket, la « dream team », Alizée, Audrey, Aurélie, Sarah, Julie et Emmanuelle,**

*Pour tous ces rires, ces 3 points et ces airballs !*

**À la « team tilleul », Amélie, Virginie et Muriel**

*Pour tous ces bons moments passés avec vous à la pharmacie,*

*Pour votre bonne humeur.*

**À Eva, Blandine, Clara, Coline, Charles, Soufyane, William et Jordan,**

*Pour toutes ces journées passées en amphithéâtre,*

*Pour toutes ces innombrables soirées,*

*Pour tous ces fous rires et cette complicité.*

*Merci pour ces années inoubliables !*

**À Teddy,**

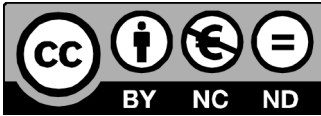
*Pour son amour, sa patience et sa bienveillance.*

*Merci de m'avoir soutenue pendant ces études.*

## 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
1. L'addiction aux opiacés .....	22
1.1. Généralités sur les opiacés .....	22
1.1.1. Opiacés et opioïdes .....	22
1.1.2. L'emploi de l'opium et de l'héroïne au cours du temps .....	23
1.1.3. État des lieux des consommations actuelles d'héroïne en France .....	24
1.2. Les récepteurs aux opioïdes .....	26
1.2.1. Les différents types de récepteurs .....	26
1.2.1.1. Récepteurs mu .....	27
1.2.1.2. Récepteurs kappa .....	27
1.2.1.3. Récepteurs delta .....	28
1.2.2. Les ligands .....	28
1.2.2.1. Activité intrinsèque relative (RIA) .....	28
1.2.3. Relation dose-effet .....	29
1.3. Effets des opioïdes .....	30
1.3.1. Effets biologiques .....	30
1.3.1.1. Effets centraux .....	30
1.3.1.2. Effets sur la musculature lisse .....	31
1.3.1.3. Effets endocriniens des opioïdes .....	31
1.3.2. Effets recherchés .....	31
1.3.3. Syndrome de sevrage .....	32
1.3.4. Le surdosage ou overdose .....	32
1.4. Principes de l'addiction .....	33
1.4.1. Définition .....	33
1.4.2. L'addiction aux substances psychoactives .....	33
1.4.3. « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » .....	34
1.5. Comorbidités associées à l'addiction aux opiacés .....	35
1.5.1. Comorbidités psychiatriques .....	35
1.5.1.1. Troubles de l'humeur .....	35
1.5.1.2. Troubles anxieux .....	36
1.5.1.3. Troubles de la personnalité .....	36
1.5.2. Comorbidités somatiques .....	36
1.5.3. Comorbidités sociales .....	38
1.5.4. Cas particulier : la grossesse .....	38
1.5.5. Prise en charge psycho-médico-sociale .....	39
2. Les médicaments de substitution aux opiacés .....	41
2.1. Principe de la substitution .....	41
2.1.1. Historique et évolution de la politique de lutte contre la toxicomanie .....	41
2.1.2. Les objectifs de la substitution .....	42
2.1.2.1. Les objectifs des personnes dépendantes des opiacés .....	42
2.1.2.2. Les objectifs des professionnels de santé .....	42
2.1.3. Indications pour l'initiation d'un TSO .....	43
2.1.4. Définition d'un médicament de substitution aux opiacés .....	43
2.2. Les traitements de substitution aux opiacés .....	44
2.2.1. Les différentes molécules présentes sur le marché .....	44

2.2.2.	Les spécialités pharmaceutiques présentes sur le marché .....	46
2.2.3.	Particularités .....	48
2.2.4.	Cadre réglementaire .....	49
2.2.4.1.	Particularités de la méthadone .....	50
2.2.4.2.	Les déplacements à l'étranger .....	51
2.2.5.	Mise en place d'un TSO et modalités de suivi .....	51
2.2.6.	Nombre de patients sous TSO.....	52
2.2.7.	Résultats obtenus par les traitements de substitution aux opiacés .....	53
2.2.8.	Mésusage, détournement et mesure de contrôle .....	54
3.	La prise en charge des patients sous TSO .....	57
3.1.	Le secteur médico-social spécialisé en addictologie.....	57
3.1.1.	CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) .....	57
3.1.2.	CJC (Consultations jeunes consommateurs).....	57
3.1.3.	CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues) .....	58
3.2.	Le secteur hospitalier .....	58
3.3.	Le secteur « libéral » .....	59
3.4.	Le pharmacien d'officine .....	59
3.4.1.	Code de déontologie du pharmacien.....	59
3.4.2.	Les atouts du pharmacien d'officine .....	60
3.4.2.1.	Professionnel de santé et du médicament.....	60
3.4.2.2.	Acteurs de proximité .....	60
3.4.2.3.	Acteur de lien social.....	61
3.4.2.4.	Acteur dans une équipe pluridisciplinaire .....	61
3.4.2.5.	Acteur de prévention et de réduction des risques.....	61
3.5.	Le point de vue des usagers de TSO sur les pharmaciens d'officine .....	62
3.5.1.	Objectifs du questionnaire .....	62
3.5.2.	Matériels et méthodologie.....	62
3.5.2.1.	Sélection des patients.....	62
3.5.2.2.	Réalisation du questionnaire.....	63
3.5.2.3.	Les entretiens .....	63
3.5.3.	Critères et période d'inclusion.....	63
3.5.4.	Résultats du questionnaire .....	64
3.5.4.1.	Données brutes.....	64
3.5.4.2.	Analyse des résultats.....	80
3.5.4.2.1.	Profil des patients .....	80
3.5.4.2.2.	Les MSO, leurs voies d'administration et leurs lieux de délivrance. ....	80
3.5.4.2.3.	Expériences des patients sous TSO en officine.....	82
3.5.4.2.4.	Rôle du pharmacien d'officine .....	83
3.5.5.	Difficultés et limites .....	84
3.5.6.	Résumé.....	84
3.6.	Pistes d'améliorations .....	86
3.6.1.	Mieux former les pharmaciens sur les pratiques de l'injection.....	86
3.6.2.	Former les pharmaciens sur les TSO et les problématiques liées aux publics fragiles .....	87
3.6.3.	Construire le lien pharmacien-patient .....	89
Conclusion	.....	93

Références bibliographiques .....	94
Annexes.....	100
Serment De Galien .....	118

## Table des illustrations

Figure 1 : Morphine.....	22
Figure 2 : Codéine .....	22
Figure 3 : Pholcodine.....	22
Figure 4 : Héroïne.....	24
Figure 5 : « Brown-sugar » .....	25
Figure 6 : La « blanche » .....	25
Figure 7 : Le « black tar » .....	25
Figure 8 : Aspects généraux des voies de couplage des récepteurs des opiacés.....	27
Figure 9 : Principales localisations des récepteurs opioïdes.....	28
Figure 10 : Représentation graphique de l'évolution de l'effet en fonction du logarithme de la concentration .....	30
Figure 11 : Interactions produit (P)x individu (I)x environnement (E) .....	39
Figure 12 : Exemple de prescription sur une ordonnance sécurisée.....	50
Figure 13 : Quantité de BHD et de méthadone consommées de 1995 à 2013.....	52
Figure 14 : Répartition des patients ayant eu un remboursement de TSO en 2012 selon l'origine de leurs prescriptions (libérale ou établissement) en % .....	53
Figure 15 : Mode de consommation habituel de la BHD chez les usagers des CSAPA.....	55
Figure 16 : Voies d'administrations de la BHD chez les usagers des CAARUD .....	55
Figure 17 : Sexe des patients du CAARUD (n=15) .....	64
Figure 18 : Sexe des patients du CSAPA (n=15) .....	64
Figure 19 : Tranche d'âge des patients du CAARUD (n=15) .....	65
Figure 20 : Tranche d'âge des patients du CSAPA (n=15).....	65
Figure 21 : Nationalité des patients du CAARUD (n=15) .....	65
Figure 22 : Nationalités des patients du CSAPA (n=15).....	65
Figure 23 : Couverture sociale des patients du CAARUD (n=15) .....	66
Figure 24 : Couverture sociale des patients du CSAPA (n=15) .....	66
Figure 25 : Situation professionnelle des patients du CAARUD (n=15).....	67
Figure 26 : Situation professionnelle des patients du CSAPA (n=15).....	67
Figure 27 : TSO consommés au CAARUD (n=15).....	68
Figure 28 : TSO consommés au CSAPA (n=15).....	68
Figure 29 : Voies d'administration des TSO par les patients du CAARUD (n=15).....	68
Figure 30 : Voies d'administration des TSO par les patients du CSAPA (n=15).....	68
Figure 31 : Lieu de délivrance des TSO pour les patients du CAARUD (n=15).....	69



Figure 32 : Lieu de délivrance des TSO pour les patients du CSAPA (n=15).....	69
Figure 33 : Question 8 au CAARUD : Allez-vous dans la même pharmacie pour votre TSO et pour vos autres traitements ? (n=15).....	69
Figure 34 : Question 8 au CSAPA : Allez-vous dans la même pharmacie pour votre TSO et pour vos autres traitements ? (n=15) .....	69
Figure 35 : Question 9 au CAARUD : Est-il important pour vous d'avoir le même pharmacien pour s'occuper de vous ? (n=15) .....	70
Figure 36 : Question 9 au CSAPA : Est-il important pour vous d'avoir le même pharmacien pour s'occuper de vous ? (n=15) .....	70
Figure 37 : Question 10 au CAARUD : Dans une officine, que demandez-vous en plus de votre TSO ? (n=15) .....	72
Figure 38 : Question 10 au CSAPA : Dans une officine, que demandez-vous en plus de votre TSO ? (n=15) .....	72
Figure 39 : D'un point de vue général, sentez-vous un jugement de valeur de la part du pharmacien ? (n=30) .....	73
Figure 40 : Avez-vous déjà eu une relation conflictuelle avec le pharmacien ? (n=30).....	73
Figure 41 : Pensez-vous être servi comme n'importe quel patient ? (n=30) .....	74
Figure 42 : Question 13 au CAARUD : Avez-vous des exemples négatifs de remarques régulièrement citées par les pharmaciens ? (n=30) .....	74
Figure 43 : Question 13 au CSAPA : Avez-vous des exemples négatifs de remarques régulièrement citées par les pharmaciens ? (n=30) .....	74
Figure 44: Question 15 au CAARUD : Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle important dans la réussite de votre traitement ? (n=15).....	77
Figure 45 : Question 15 au CAARUD : Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle important dans la réussite de votre traitement ? (n=15).....	77

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Évolution depuis 2000 des prix médians en euros au gramme .....	26
Tableau 2 : Exemples de ligands exogènes ayants différentes activités intrinsèques relatives.....	29
Tableau 3 : Les principales comorbidités somatiques .....	37
Tableau 4 : Propriétés intrinsèques des différentes molécules utilisées dans les TSO .....	45
Tableau 5 : Caractéristiques des différentes molécules utilisées comme TSO.....	46
Tableau 6 : Présentation des quatre principaux médicaments de substitution aux opiacés .....	47
Tableau 7 : Particularités des quatre principaux médicaments de substitution aux opiacés.....	48
Tableau 8 : Cadre réglementaire des MSO .....	49
Tableau 9 : Mise en place d'un TSO et ses modalités de suivi .....	51
Tableau 10 : Niveau de maîtrise de la langue française des patients sous TSO .....	66
Tableau 11 : Date de première prise de TSO en moyenne .....	67
Tableau 12 : Raisons pour lesquelles il est important d'être servi par le même pharmacien (n=30)	71
Tableau 13 : Relations entre les patients sous TSO et le pharmacien.....	72
Tableau 14 : Remarques négatives en officine .....	75
Tableau 15 : Ce qu'apporte le pharmacien à ses patients sous TSO .....	76
Tableau 16 : Rôle du pharmacien dans la réussite des TSO .....	78
Tableau 17 : Remarques faites par les patients du CAARUD (n=15) .....	79
Tableau 18 : Différences de consommation entre les patients du CAARUD et du CSAPA .....	81

## Liste des abréviations

---

**ACTH** : AdrenoCorticoTropic Hormone

**ADH** : Anti-diuretic Hormone

**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**BHD** : Buprénorphine Haut dosage

**CAARUD** : Centre d'accueil et d'Accompagnement de la Réduction des Risques pour les Usagers de drogues

**CDD** : Contrat à Durée Déterminée

**CDI** : Contrat à Durée Indéterminée

**CEIP** : Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

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

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**DOR** : Récepteur delta

**EDP** : Épisode Dépressif Majeur

**ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient

**FSH** : Follicle Stimulating Hormone

**GABA** : Gamma-AminoButyric Acid

**GH** : Growth Hormone

**GNRH** : Growth Hormone Releasing Hormone

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IGF** : Insuline like Growth Factor-I

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

**INVS** : Institut de Veille Sanitaire

**KOR** : Récepteur kappa

**LH** : Luteinizing Hormone

**MOR** : Récepteur mu

**MSO** : Médicaments de Substitution aux Opiacés

**OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**POMC** : Pro-Opio-Mélano-Cortine

**RIA** : Activité Intrinsèque Relative

**TREND** : Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues

**TSO** : Traitements de Substitution aux Opiacés

**VHB** : Virus de l'Hépatite B

**VHC** : Virus de l'Hépatite C

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Introduction

---

En France, en 2018, 180 000 personnes ont bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Ces derniers constituent un des fondements de la politique de réduction des risques. La délivrance des TSO en officine a permis d'inscrire le pharmacien au centre de cette politique et de renforcer son rôle dans la prise en charge de ces patients.

L'addiction aux opiacés est à l'origine de diverses complications (somatiques, psychologiques et sociales) nécessitant une prise en charge globale, pluridisciplinaire et adaptée du patient. La prescription et la délivrance d'un TSO par le pharmacien ne peuvent résoudre, à elles seules, tous les problèmes inhérents à cette pathologie. En effet, la prise en charge des patients substitués nécessite un accompagnement à long terme et un travail en partenariat avec d'autres professionnels de santé. La question qui se pose donc est de savoir quel est le rôle du pharmacien dans ce processus et comment il peut être renforcé en vue d'une meilleure prise en charge de ces patients. C'est la question que nous nous poserons dans cette thèse.

Ainsi, dans la première partie de cette thèse, nous traiterons de l'addiction aux opiacés, de leurs modes d'actions et de leurs effets sur notre corps. Nous présenterons aussi les comorbidités associées à cette addiction.

Ensuite, dans une deuxième partie, nous parlerons du principe de la substitution et des différents médicaments de substitution disponibles sur le marché. Nous verrons également les caractéristiques et les particularités de ces médicaments.

Enfin, dans la troisième partie, nous aborderons le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des patients sous TSO. À l'aide d'un questionnaire réalisé au CAARUD et au CSAPA avec des patients sous TSO, nous essayerons de connaître leurs visions du pharmacien d'officine et également ce qu'ils peuvent leur reprocher.

L'objectif de cette thèse est de proposer, grâce aux réponses obtenues par ce questionnaire, des pistes dans le but d'améliorer la prise en charge en officine des patients sous TSO et la relation patient-pharmacien.

# 1. L'addiction aux opiacés

## 1.1. Généralités sur les opiacés

### 1.1.1. Opiacés et opioïdes

Le terme « opiacé » regroupe toutes les substances dérivées de l'opium, c'est-à-dire extraire du suc de la capsule de pavot, *Papaverum somniferum* de la famille des Papavéracées. La morphine est le produit de référence pour cette famille. Ces substances sont d'origine naturelle ou sont obtenues par héli-synthèse à partir d'extrait d'opium. Les principaux produits utilisés en thérapeutique sont : la morphine, la codéine et la pholcodine. Ce sont des alcaloïdes présentant une même structure chimique, structure pentacyclique avec un noyau pipéridinique et un noyau isoquinoléique.

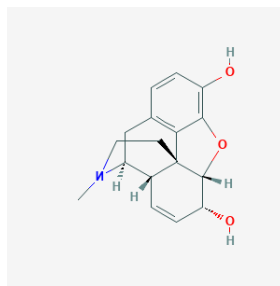


Figure 1 : Morphine  
(1)

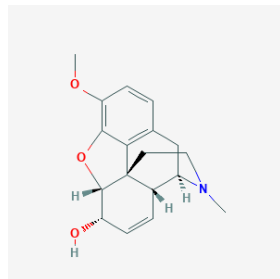


Figure 2 : Codéine  
(2)

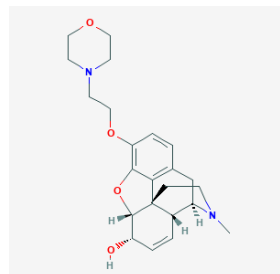


Figure 3 : Pholcodine  
(3)

Le terme « opioïde » définit quant à lui toutes substances naturelles, héli-synthétiques ou synthétiques capables de se lier aux récepteurs aux opiacées et ayant un effet morphinique. Dans cette famille, nous retrouvons de nombreuses drogues et médicaments.

En somme, tous les opioïdes ne sont pas des opiacés mais tous les opiacés sont des opioïdes. (4) Enfin, on distingue les opiacés licites des opiacés illicites. Les opiacées licites regroupent une gamme de médicaments à base d'opiacés produits légalement par les laboratoires pharmaceutiques. Cette gamme comprend notamment des médicaments permettant de traiter les douleurs intenses et/ou rebelles aux autres analgésiques (Codéine, Morphine), des antitussifs (codéine, pholcodine) et, les médicaments de substitution aux opiacées (Méthadone et Buprénorphine haut dosage).

Les opiacés illicites sont produits clandestinement, il s'agit principalement de l'héroïne et de l'opium. Dans le cadre de cette thèse, nous nous servirons plutôt du terme utilisé dans les autorisations de mise sur le marché des TSO à savoir « opiacé ».

### **1.1.2. L'emploi de l'opium et de l'héroïne au cours du temps**

Toutes les civilisations de l'Antiquité ont utilisé le pavot et l'opium. La thériaque, une préparation à base d'opium, présentée comme l'antidote de divers poisons et utilisée contre beaucoup de maladies, fut incluse dans la pharmacopée française jusqu'au XXème siècle. Au XVIIème siècle, un médecin anglais créa la formule d'un laudanum (teinture alcoolique d'opium). Ainsi c'est en Angleterre, à la fin du XVIIème siècle, que l'on observa pour la première fois un étonnant engouement pour l'opium. En Europe la consommation d'opium fumable se développa jusqu'au XIXème siècle dans les milieux artistiques, intellectuels et militaires. Dans le milieu médical, l'opium fut d'abord utilisé sous forme ingéré puis injectable. Les fumeries furent nombreuses en France jusqu'à ce que la loi de 1916 vienne limiter rapidement l'usage public de l'opium.

L'héroïne ou diacétylmorphine quant à elle est un dérivé de synthèse de la morphine. Grâce à sa double estérification (diacétylmorphine), elle présente une plus grande intensité et rapidité d'action que celle de la morphine. L'héroïne étant plus lipophile que la morphine, elle arrive plus massivement et plus rapidement dans le cerveau et agit moins en périphérie.(5)

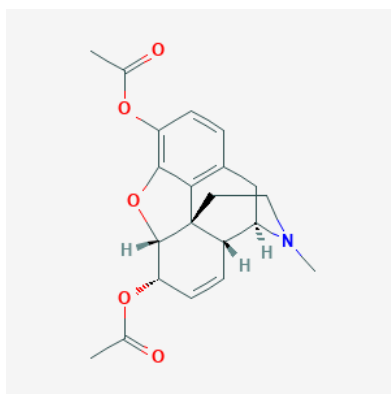


Figure 4 : Héroïne  
(6)

Elle fut introduite en médecine en 1898 dans le traitement de la tuberculose par le laboratoire allemand Bayer. L'usage médical fut totalement interdit en 1956 aux États-Unis. Cette prohibition prépara le terrain à la convention unique de 1961 qui réglementa sur le plan mondial le recours à l'héroïne. Sa prescription est prohibée en France alors qu'elle est admise sous certaines conditions en Grande-Bretagne ou bien expérimentée dans la prise en charge des toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution en Suisse.

### 1.1.3. État des lieux des consommations actuelles d'héroïne en France

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 1,3 % ont expérimenté l'héroïne et parmi les jeunes de 17 ans, 0,7% l'ont expérimentée. On compte également 0,2% d'usagers d'héroïne en France en 2017.(7)

De plus, cette drogue est présente sur le marché sous 3 formes (8) ;

- L'« héroïne-base » ou « **Brown-sugar** » qui est de couleur marron et est composée de 25 à 45 % d'héroïne pure, de quinine, strychnine, de caféine et d'aspirine. Pour la rendre soluble elle doit être mélangée avec du jus de citron ou du vinaigre.
- La « **blanche** » : de composition très pure et raffinée, est une poudre très fine. Elle est traditionnellement produite dans le Triangle d'or mais aussi au Liban, en Syrie et au Pakistan.
- La « **black tar** » (« goudron » en anglais) est une héroïne impure se présentant sous forme de petits morceaux pâteux de couleur noirâtre. Elle est particulièrement produite au Mexique.

Elle peut être consommée de différentes façons : en injection intraveineuse (la « Brown-sugar » et la « blanche »), sniffée ou fumée (la « black tar » et la « Brown-sugar »).



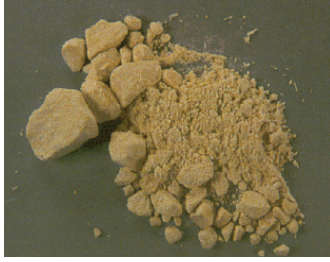


Figure 5 : « Brown-sugar »  
(9)



Figure 6 : La « blanche »  
(8)



Figure 7 : Le « black tar »  
(10)

Enfin, depuis 2016, les saisies d'héroïne sont en forte augmentation (environ 1 tonne par an). Notons également que le prix moyen de l'héroïne brune, de loin la plus courante en France, est en léger recul, environ 40€ le gramme selon les données du dispositif TREND de l'OFDT.

Tableau 1 : Évolution depuis 2000 des prix médians en euros au gramme

	2000*	2008	2009	2010	2011**	2012	TREND 2011-2012
<b>Héroïne</b> (esp.urbain)	59	45	45	42	41	41	stable
<b>Cocaïne</b> (esp. urbain)	84	65	62	67	63	76	en hausse
<b>MDMA (cp)</b> (esp. festif)	15	5	6,8	7.7	7,6	11	en hausse
<b>MDMA</b> (pdre)	ND	60	55	55	60.4	60	stable
<b>Cannabis</b> Résine	ND	5	5	5	6	7	en hausse
<b>Cannabis</b> Herbe	ND	7	7,5	8	9,7	10	plutôt en hausse

## 1.2. Les récepteurs aux opioïdes

### 1.2.1. Les différents types de récepteurs

En 1973, Pert découvre les récepteurs aux opioïdes, capables de se lier aux opioïdes endogènes et exogènes.

En effet, les opioïdes agissent sur des récepteurs spécifiques principalement localisés dans le cerveau mais également présents dans la moelle épinière et le tube digestif. Les récepteurs sont classés en fonction de leurs structures moléculaires, de leur répartition dans le système nerveux central et de leur affinité avec les opioïdes. On retient 3 types significatifs (11) :

- les récepteurs mu (comme morphine) ou MOR ;
- les récepteurs kappa (KOR) ;
- les récepteurs delta (DOR).

Les récepteurs aux opioïdes sont transmembranaires, couplés aux protéines G et, partagent une même structure générale : une région extracellulaire possédant un N-terminal, sept hélices transmembranaires et une région intracellulaire possédant un C-terminal. Ces récepteurs se trouvent principalement au niveau des terminaisons axonales présynaptiques. En effet, ce mécanisme complexe se manifeste par l'inhibition de la libération de neurotransmetteurs.

De plus, les récepteurs aux opioïdes sont particulièrement nombreux dans le système de la douleur. L'activation de ces récepteurs entraîne une inhibition de la libération de la substance P ce qui explique l'effet analgésique.

Ainsi l'activation d'un récepteur entraîne l'inhibition de l'adénylcyclase cyclique. Cette inhibition a pour conséquence la diminution de la production d'AMP cyclique. Cela provoque l'ouverture des canaux potassiques et la fermeture des canaux calciques au niveau de la membrane neuronale, entraînant une hyperpolarisation de la cellule et une diminution de l'excitabilité cellulaire. (12)

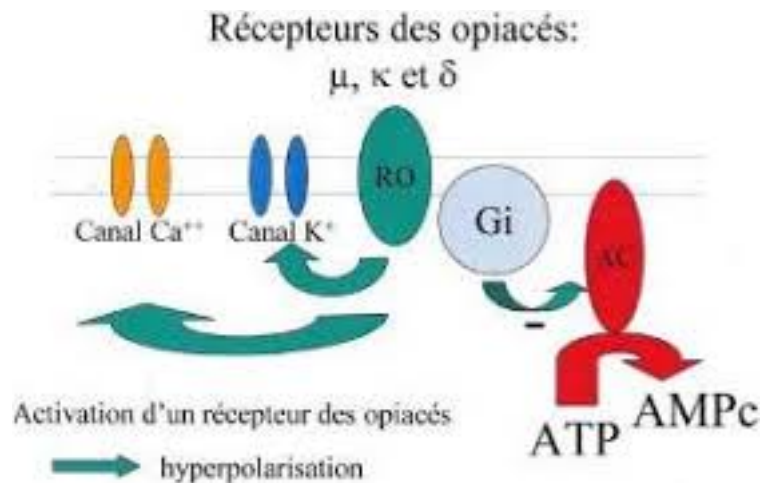


Figure 8 : Aspects généraux des voies de couplage des récepteurs des opiacés (5)

#### 1.2.1.1. Récepteurs mu

Ils sont particulièrement nombreux à la surface des cellules situées autour du système limbique, plus précisément au niveau du nucleus accumbens, dans les terminaisons axonales du système dopaminergique mésolimbique, dans la partie ventrale du tegmentum qui constitue le point de départ de la voie dopaminergique, dans l'hypothalamus et l'hypophyse.

Au niveau du système nerveux périphérique, on retrouve ces récepteurs dans les ramifications nerveuses de la musculature lisse du tube digestif.

Ces récepteurs sont impliqués dans l'induction d'une analgésie, dans la dépendance et dans le phénomène d'euphorie.

Les récepteurs  $\mu_2$ , quant à eux sont à l'origine des dépressions respiratoires, d'une sédation, d'un myosis et de troubles de la mobilité du tube digestif. (13)

#### 1.2.1.2. Récepteurs kappa

Ils se situent principalement au niveau spinal. On les trouve aussi au niveau du système nerveux central.

Ils entraînent une dysthymie et interviennent dans l'analgésie spinale et la sédation. (13)

### 1.2.1.3. Récepteurs delta

Ils sont présents au niveau spinal et supraspinal et sont localisés sur les interneurons comme ceux du noyau accumbens et, sur les neurones de projection du néocortex.

Ils interviennent dans l'euphorie ainsi que dans l'analgésie spinale et supraspinale.

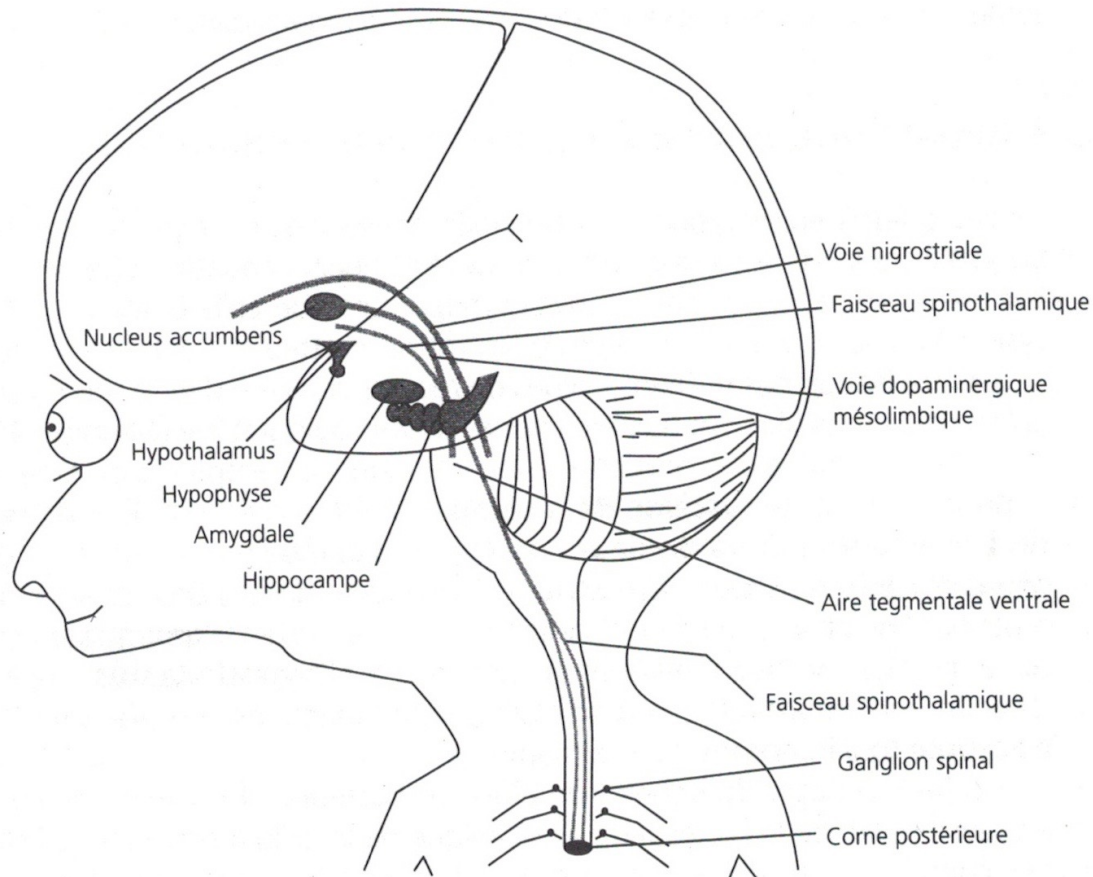


Figure 9 : Principales localisations des récepteurs opioïdes  
(5)

## 1.2.2. Les ligands

### 1.2.2.1. Activité intrinsèque relative (RIA)

Elle se définit par la capacité d'un ligand fixé à son récepteur à induire une réaction, activité à la cellule à laquelle il se lie.

On distingue 4 types de ligands :

- les agonistes : ils activent le récepteur en modifiant sa structure moléculaire de manière à initier un signal ;

- les antagonistes : se fixent au même endroit que les agonistes mais ne provoquent pas de signal. Ils peuvent empêcher l'accès aux agonistes ou les « chasser » ;
- les agonistes partiels : se lient aux récepteurs mais ne stimulent que partiellement la cellule. Ils rentrent en compétition avec les vrais agonistes et peuvent empêcher ceux-ci d'exercer leur action (effet antagoniste). En l'absence d'agonistes vrais, ils n'ont pas d'activité agoniste complète ;
- les agonistes/antagonistes : agissent comme agonistes sur un type de récepteur et comme antagonistes sur un autre type de récepteur. (14)

Tableau 2 : Exemples de ligands exogènes ayant différentes activités intrinsèques relatives

Effet agoniste	Héroïne Morphine Méthadone
Effet agoniste partiel	Buprénorphine
Effet antagoniste	Naloxone Naltrexone

### 1.2.3. Relation dose-effet

Il existe une relation logarithmique entre la dose administrée d'une substance et l'effet mesuré : si on représente l'effet en ordonnée, et le logarithme de la dose en abscisse, on obtient une courbe en forme de S. L'effet accroît avec la dose jusqu'à un effet maximal. Au-delà de ce dosage, il n'y a plus d'accroissement de l'effet. En effet les opioïdes se fixent sur des récepteurs disponibles en nombre limité. Les molécules d'opioïdes en excès ne pourront pas se lier aux récepteurs et ne produiront pas d'effet supplémentaire. Les molécules en excès entrent en compétition au niveau des récepteurs pour s'y fixer. (15)

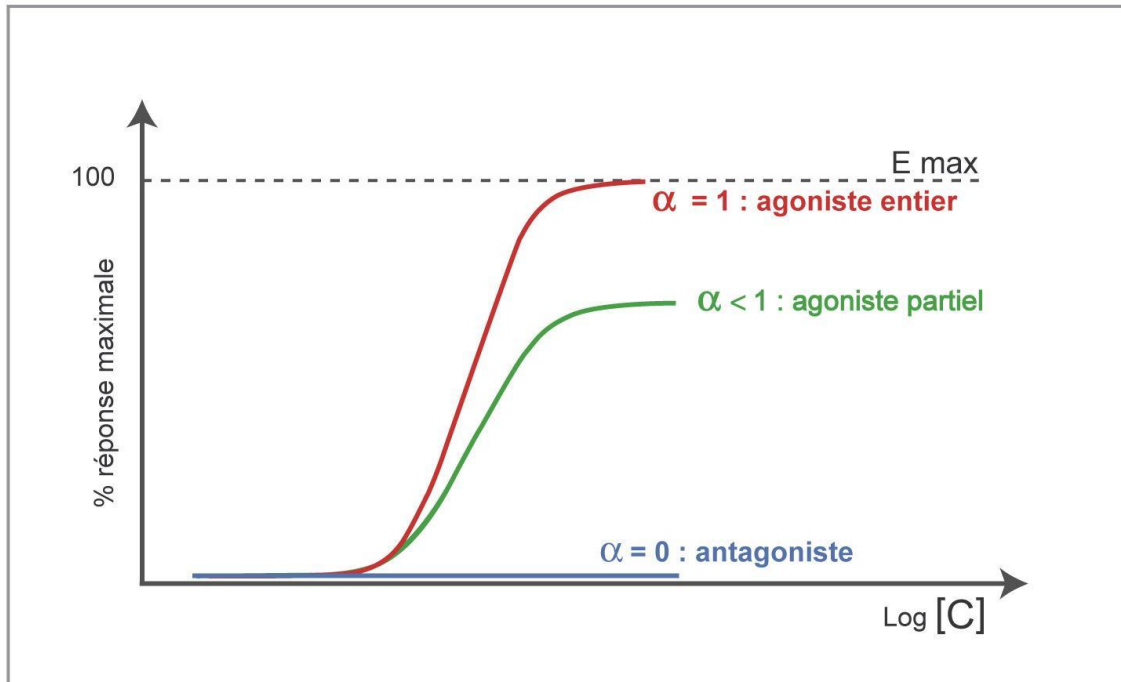


Figure 10 : Représentation graphique de l'évolution de l'effet en fonction du logarithme de la concentration

(16)

De plus, selon la molécule, la courbe dose effet sera plus ou moins « raide ». Plus l'affinité de la molécule est grande, plus la courbe sera raide (se situera vers la gauche).

### 1.3. Effets des opioïdes

#### 1.3.1. Effets biologiques

##### 1.3.1.1. Effets centraux

Les opiacés exercent différents effets sur notre organisme. On note des effets :

- analgésiant ;
- euphorisant et stimulant ;
- sédatif ;
- dépression respiratoire ;
- effet émétisant immédiat mais antiémétisant tardif ;
- myosis ;
- antitussif ;
- diminution du seuil épileptogène ;
- bradycardie ;

- hypothermie/hyperthermie ;
- hypersudation ;
- dépendance. (17)

#### **1.3.1.2. Effets sur la musculature lisse**

On note des effets périphériques des opioïdes au niveau de la musculature lisse comme : la constipation, des troubles de la vidange gastrique, l'inappétence, des troubles de la miction et de l'hypotension orthostatique. (17)

#### **1.3.1.3. Effets endocriniens des opioïdes**

Ces derniers ont des répercussions importantes sur l'axe hypothalamo-hypophysaire en libérant des hormones. Ainsi ils augmentent les taux de prolactine, d'hormone de croissance (GH), d'insuline like growth factor-I (IGF), de pro-opio-mélano-cortine (POMC), d'hormone corticotrope (ACTH), d'ocytocine et d'hormone antidiurétique (ADH).

Ils inhibent la sécrétion de la gonadotrophine releasing hormone (GnRH), de l'hormone lutéinisante (LH), de l'hormone folliculostimulante (FSH) ainsi que l'hormone thyroïdienne.

En effet, on peut observer une diminution de la sécrétion d'œstrogènes, des dysménorrhées, des galactorrhées chez les femmes consommant des opioïdes et une baisse de la libido. Cette consommation peut également entraîner une augmentation discrète de la glycémie. (18)

### **1.3.2. Effets recherchés**

#### Durée d'action :

L'effet d'une substance varie selon son mode d'administration et son mode de préparation. La durée d'action dépend de la molécule elle-même et de sa demi-vie. La demi-vie de l'effet de la morphine est d'environ 3 à 4 heures. Pour l'héroïne, en fonction de la dose, on obtiendra la moitié de l'effet initial après 5 à 8 heures. Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne sont comparables à celle de la morphine dont elle dérive. Cependant, l'héroïne étant plus liposoluble, elle agit plus vite et plus intensément mais de façon plus brève sur le système nerveux central. Elle est ensuite rapidement métabolisée dans l'organisme (par le foie) en monoacétylmorphine puis en morphine et éliminée par les reins.

#### Effet « flash », « planète » et « lune de miel » :

L'effet flash est une réaction brutale, intense et brève de plaisir de type orgasmique (bien être profond). Cette phase brève n'excède généralement pas 30 minutes. Elle peut cependant s'accompagner d'effets non souhaités : dépression respiratoire, bradycardie, hypotension, etc.

Après le « flash », l'effet « planète » qui dure entre 2 à 5 heures. Cet effet s'accompagne d'une rêverie euphorique. C'est une phase de bien-être avec somnolence, apathie, où l'angoisse est apaisée.

Le consommateur peut ressentir la totalité des effets « flash-planète », ceci correspond à l'effet « lune de miel ». Il disparaît après une dizaine d'injections faites sur 2 à 4 semaines. (5)

### **1.3.3. Syndrome de sevrage**

Le syndrome de sevrage se caractérise par un ensemble de symptômes dont la gravité est variable. Ces symptômes surviennent lors du sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive. Ils tendent à être l'opposé des effets normalement produit par le psychotrope. L'installation et l'évolution du syndrome de sevrage sont limitées dans le temps et dépendent de la nature et de la dose de la substance consommée.

Le syndrome de sevrage à l'héroïne se manifeste 6 à 8 heures après la dernière prise. Ce syndrome dépend exclusivement des récepteurs opioïdes qui ne sont plus saturés par les opioïdes exogènes. Le sevrage n'est théoriquement pas dangereux même chez les patients aux antécédents d'épilepsie. En revanche, la rechute après un sevrage est dangereuse, car la tolérance est diminuée. C'est à ce moment où les risques d'overdose et de décès sont les plus importants.

Ce syndrome de sevrage met en exergue la dépendance physique des opiacés. En effet, 6-8h après la dernière prise les premiers signes à apparaître sont un larmoiement, une rhinorrhée et des bâillements.

Après 14 heures environ le tableau s'enrichit. On observe une mydriase, des frissons ou l'horripilation cutanée. Un tremblement s'associe au tableau, dans un contexte d'agitation anxieuse et d'irritabilité croissante.

Après 24 - 48 heures : un ensemble de signes digestifs apparaît, nausées, vomissements, diarrhées motrices accompagnés de spasmes abdominaux douloureux et de crampes des membres inférieurs ainsi que des lombalgies. Une hyperthermie, une hypertension artérielle et une tachycardie sont souvent associées et le patient reste très angoissé.

À partir du troisième jour, les signes disparaissent progressivement. Ce n'est qu'à partir du 6 - 8ème jour que le patient retrouve un sommeil physiologique et un statut algique proche de l'état antérieur. Ces symptômes de sevrage sont moins intenses mais plus durables dans le temps avec les opioïdes de demi-vie longue. (19)

### **1.3.4. Le surdosage ou overdose**

Pour les opiacés, comme pour toutes les substances qui provoquent une importante tolérance du Système Nerveux Central (SNC), un sujet qui en consomme habituellement de fortes concentrations, élève le seuil de toxicité de son organisme mais, en même temps se rapproche de plus en plus de ce



seuil. C'est pourquoi le franchissement de la dose toxique est particulièrement fréquent avec ces produits.

Les trois caractéristiques cliniques classiques d'un surdosage aux opiacés sont :

- une dépression respiratoire : pouvant aboutir à une apnée totale et possibilité de survenue d'un œdème aiguë du poumon ;
- une altération de l'état de conscience : agitation, somnolence, stupeur et coma ;
- un myosis : dans un stade avancé de l'intoxication, on observera une mydriase.

Peuvent s'ajouter à ces trois symptômes caractéristiques d'une intoxication aux opiacés, une hypotension, une hypothermie, une bradycardie sinusale et un bloc auriculo-ventriculaire.

On parle d'overdose pour désigner la forme majeure de l'intoxication aiguë aux opiacés. L'overdose est responsable de la majeure partie des décès. Elle entraîne une mort très rapide avec une dépression respiratoire sévère et un arrêt cardiaque. Sa survenue est en général le résultat de plusieurs facteurs : un surdosage accidentel, l'association à d'autres substances déprimeurs respiratoires (benzodiazépines, alcool), une perte de tolérance après un sevrage, des produits de coupage ajoutant leur propre toxicité. Notons également que la voie intraveineuse est celle responsable du plus d'overdose. (20)

## **1.4. Principes de l'addiction**

### **1.4.1. Définition**

En effet, le psychiatre Aviel Goodman définit le concept d'addiction en 1990 comme « le processus selon lequel un comportement devient compulsif, irrépressible, caractérisé par l'échec répété de son contrôle, malgré les conséquences négatives ». Cette conduite peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur.

L'addiction relève d'une relation plus ou moins contraignante pour l'individu et plus ou moins acceptée par la société, à l'égard d'un produit (drogue, tabac, alcool) ou d'une pratique (jeu, achat, sexe...). Elle rassemble donc à la fois des comportements et des produits, qu'ils soient licites ou illicites. Cependant, ce n'est pas le produit ou le comportement qui est central mais l'usage qui en est fait. (21)

### **1.4.2. L'addiction aux substances psychoactives**

Une substance psychoactive est un produit qui agit sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental. Il peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques. Ces substances ont en commun

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

En effet, l'organisation mondiale de la santé (OMS) définit en 1969 la « pharmacodépendance » comme : « Un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelques fois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits. ». Cette définition est globalisante et, prend en compte les notions de dépendance psychique, de dépendance physique et enfin de tolérance (22) :

- **la dépendance psychique** correspond à un état mental caractérisé par une impulsion qui requiert l'usage périodique ou continu d'une drogue dans le but de créer un plaisir ou d'annuler une tension ;
- **la dépendance physique** correspond à une exigence de l'organisme nécessitant, pour conserver son équilibre, l'apport régulier d'une substance chimique exogène. Cette dépendance se manifeste à travers les symptômes physiques survenant lors du sevrage et par la tolérance ;
- **la tolérance** est le processus d'adaptation d'un organisme à une substance, qui se traduit par l'affaiblissement progressif des effets de celle-ci et entraîne la nécessité d'augmenter la dose pour obtenir les mêmes effets. Elle permet à des consommateurs d'opioïdes dépendants, d'utiliser des quantités de drogues qui seraient mortelles pour des personnes non dépendantes.

Cette définition prend également en compte la notion de « craving » : envie irrésistible de consommer le produit et, les conséquences néfastes pour la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques). (23)

### 1.4.3. « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders »

Le DMS-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders) est la 5<sup>ème</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'Association Psychiatrique américaine. Il représente le manuel de base et le document de référence de nombreux cliniciens, chercheurs et professionnels de la santé travaillant dans le domaine des troubles mentaux. La classification du DMS-5 distingue 22 classes majeures de troubles mentaux. Les « toxicomanies » sont répertoriées dans la section intitulée « Troubles liés à une substance et désordres addictifs ». Cette section comprend 10 classes de produits : l'alcool, la caféine, le cannabis, les produits hallucinogènes, les produits que nous inhalons, les opiacés (encore appelés opioïdes), les sédatifs, hypnotiques,

anxiolytiques, les stimulants (amphétamines, cocaïne, autres stimulants), le tabac, et les autres substances.

Outre les troubles liés à une substance, cette section inclut le jeu pathologique. (24)

### **1.5. Comorbidités associées à l'addiction aux opiacés**

Terme « Comorbidity » vient d'un concept élaboré en 1970 par un médecin américain A.R. Feinstein. On entend par comorbidité tout état s'éloignant d'une certaine normalité, pathologique ou non, survenant chez un patient déjà atteint d'une maladie spécifique. Pour d'autres auteurs dans le domaine psychiatrique, on définit la comorbidité comme la survenue, chez un même sujet, soit de façon concomitante, soit au cours de l'évolution, de différents troubles mentaux. On note trois types de comorbidités : psychiatriques, somatiques et sociales. (25)

#### **1.5.1. Comorbidités psychiatriques**

Il existe différents types de troubles psychiatriques :

- trouble primaire et addiction secondaire. Exemple : prise d'une substance dans une phobie sociale pour assumer toute activité sociale ;
- addiction primaire et trouble psychiatrique secondaire. Exemple : délire de persécution sous cocaïne.

La coexistence des deux types en parallèle est possible d'où une problématique plus complexe. Ces comorbidités sont souvent sous-estimées dans la pratique clinique (selon les études dans les services de soins aux toxicomanes 70 à 90% des usagers présentent une comorbidité psychiatrique). Il est important de s'y intéresser car elles représentent la première résistance au traitement de l'addiction et entraînent des taux plus élevés d'hospitalisations, de suicides ou tentatives de suicide, de délinquance et d'actes délictueux.

##### **1.5.1.1. Troubles de l'humeur**

Les troubles de l'humeur sont les plus prévalents chez les sujets présentant une addiction aux opiacés (environ 60%). On observe une prévalence plus importante chez les femmes que chez les hommes. Parmi ces troubles, l'épisode dépressif majeur (EDM) est le plus fréquent (52%) et touche également plus les femmes que les hommes. Les autres troubles sont moins fréquents, on retrouve ensuite majoritairement des troubles bipolaires (21%). Selon des études portant sur un échantillon de 43096 adultes en population générale américaine, l'usage d'opiacés augmenterait par 3 le risque de présenter un trouble de l'humeur et présenter une addiction aux opiacés augmenterait par 5 le risque de troubles de l'humeur.

### **1.5.1.2. Troubles anxieux**

On peut observer une prévalence variant de 26 % à 35 % de troubles anxieux chez les sujets présentant une addiction aux opiacés. Les troubles les plus fréquents étant le trouble phobique et le trouble de l'anxiété généralisée. Il semblerait que les troubles anxieux soient moins souvent induits par l'usage d'opiacés contrairement aux autres substances, comme l'alcool notamment.

### **1.5.1.3. Troubles de la personnalité**

Les troubles de la personnalité ont été généralement peu étudiés chez les usagers d'opiacés. Pourtant, les études épidémiologiques montraient que presque la moitié des usagers d'opiacés présentaient au moins un trouble de la personnalité. La prévalence du trouble de la personnalité borderline varie de 19 % à 46 % chez les usagers d'opiacés. Ce trouble de la personnalité borderline serait associé à une plus importante consommation d'opiacés (en quantité et fréquence). Il augmenterait le risque de suicide chez ces usagers. Un trouble de la personnalité antisociale a été retrouvé chez près d'un usager sur 3, plus souvent les hommes que les femmes. D'autres troubles ont été retrouvés mais avec des prévalences moins fortes et sans différence entre les femmes et les hommes. Les plus courants étant : obsessionnel-compulsif (18 %), paranoïaque (16 %) et schizoïde (12%). (25)

## **1.5.2. Comorbidités somatiques**

Les complications somatiques des opiacés sont liées aux produits, aux modalités de consommation et au mode de vie de l'utilisateur. Ces comorbidités somatiques alourdissent leur mortalité précoce.

Tableau 3 : Les principales comorbidités somatiques

(26)

Complications	Principales manifestations
<b>Complications liées aux produit</b>	Œdème pulmonaire en cas d'overdose  Pneumopathie d'inhalation  Dégradation de l'état physique  Chez la femme : aménorrhée et accouchements prématurés
<b>Complications liées à l'utilisation de la voie intraveineuse</b>	Infections (première cause de consultation aux urgences) : virales (VIH, VHB et VIH), bactériennes, fongiques et parasitaires  Dégradation de l'état vasculaire : sclérose veineuse, véinite, périphlébite, phlébite, nécrose
<b>Complications liées au mode de vie de l'utilisateur</b>	Absence de revenus et de couverture sociale Manque d'hygiène  Maladies dermatologiques : parasitoses (gale, poux) et lésions locales  Lésions bucco-dentaires et candidoses buccales  Marginalisation Absence de suivi médical Maladies sexuellement transmissibles Tuberculose

Les principales causes de morbidité sont liées aux risques infectieux associés à l'utilisation de la voie intraveineuse (sniff, injection, fumée). Ce risque n'est pas directement lié aux produits injectés mais aux conditions d'hygiène et aux matériels utilisés. Les complications infectieuses les plus typiques sont des infections cutanées, des endocardites, des infections pulmonaires, des ostéomyélites, des sepsis et des hépatites (B et C).

Depuis quelques années la contamination par le VIH diminue dans cette population. En revanche, l'épidémie à VHC ne diminue pas chez les usagers de drogues, en dépit des actions de prévention (seringues vendues sans prescription, programmes d'échange, distributeurs automatiques, trousse de prévention, traitements de substitution, etc.). On estime qu'en France l'incidence annuelle des nouvelles contaminations est de l'ordre de 5000, dont 70% seraient associées à la toxicomanie. La prévalence quant à elle reste estimée entre 50 et 70% dans cette population. Chaque jour, dix Français se contaminent par le VHC par injection de drogue.

La majorité des hépatites C sont asymptomatiques, mais 10 % des personnes infectées présentent un ictère après la période d'incubation (5 à 10 semaines). L'existence d'une phase aiguë est un facteur de bon pronostic (30% de guérison après une phase aiguë). Les hépatites C fulminantes sont très rares.

La moitié des infections évoluent vers une forme chronique. Parmi ces 50 %, 10 à 20 % se transforment en hépatite chronique active, pouvant aboutir à une cirrhose ou un hépatocarcinome.

Depuis 2014, la HAS a évalué six antiviraux d'action directe (Daklinza®, Exviera®, Harvoni®, Olysio®, Sovaldi®, Viekirax®). Les usagers de drogues font parties de la population cible.

La principale mesure de prévention contre les infections à VHC est l'utilisation de matériel d'injection stérile et du matériel de sniff à usage unique. Enfin le vaccin contre le VHB est fortement recommandé pour cette population. Il s'agit du meilleur moyen de prévention contre le VHB. (27)(28)

### **1.5.3. Comorbidités sociales**

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

### **1.5.4. Cas particulier : la grossesse**

La prévalence des grossesses chez les femmes consommatrices de drogues a été estimée en Europe entre 0,3 et 1% des accouchements. La grossesse d'une femme présentant une addiction aux opiacés est une grossesse à haut risque en raison de la fréquence des poly-intoxications (autres drogues, alcool, tabac, benzodiazépine), du risque infectieux (VIH, VHB et VHC), de la précarité sociale, des troubles psychiatriques et donc un manque de suivi médical. Le suivi de la grossesse est difficile en raison de la découverte tardive de la grossesse, d'une fréquente désocialisation et d'une faible considération pour sa propre santé. Les risques obstétricaux sont majeurs :

- Fréquence des avortements spontanés (dix fois plus élevé que chez une femme non-usagère de drogues) ;
- Retard de croissance (majoré par le tabagisme et la malnutrition associés) ;
- Risque de malformation ;
- Augmentation des césariennes pour souffrance fœtale aiguë, mortalité périnatale.

Beaucoup de femmes consommatrices de drogues ont le souhait de devenir mère. Cela représente souvent une motivation importante pour stabiliser leur prise en charge. Durant la grossesse, la patiente doit être accompagnée par l'équipe d'obstétrique ainsi qu'une équipe spécialisée en

addictologie. Lors de l'accouchement, l'équipe médicale devrait être au courant du risque de syndrome de sevrage néonatal afin de préparer les protocoles recommandés. (29)

### 1.5.5. Prise en charge psycho-médico-sociale

Il est évidemment nécessaire d'adapter la prise en charge des patients consommateurs d'opiacés en tenant compte de leurs problématiques aussi bien médicales, psychiques et sociales. En effet l'addiction est la résultante de l'interaction entre différents facteurs : des facteurs liés aux produits, des facteurs de risque individuels de vulnérabilité et des facteurs de risque environnementaux. (30)

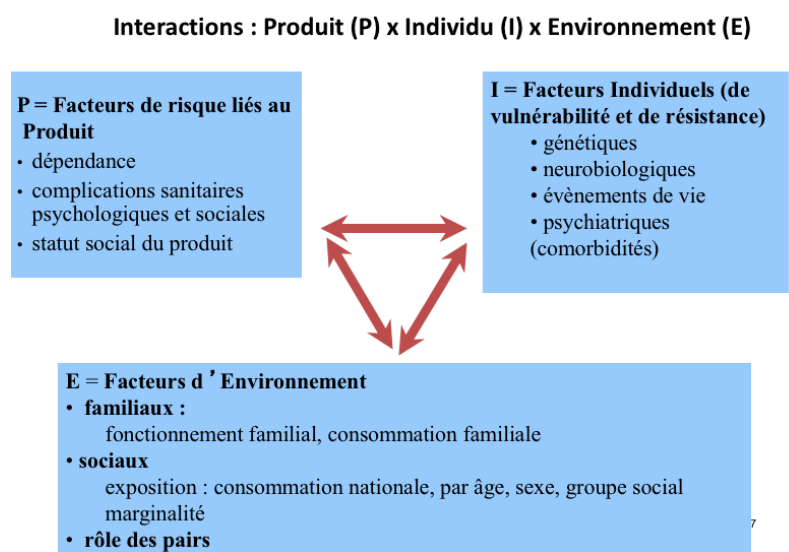


Figure 11 : Interactions produit (P)x individu (I)x environnement (E)  
(30)

Ainsi, il en découle le concept de prise en charge psycho-médico-sociale. Pour cela, la prise en charge doit se faire en réseau et réunir une équipe pluridisciplinaire rassemblant médecins, pharmaciens, psychologues, assistantes sociales et autres professionnels de santé. Elle devra également être personnalisée avec des objectifs à court, moyen et long terme.

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

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

Enfin, sur le versant médical, il faudra favoriser l'accès aux soins et envisager un arrêt de la consommation de drogue notamment par le biais des traitements de substitution.



## 2. Les médicaments de substitution aux opiacés

---

### 2.1. Principe de la substitution

#### 2.1.1. Historique et évolution de la politique de lutte contre la toxicomanie

La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la drogue. Cette loi, qui réprime le trafic de drogues, en sanctionne aussi l'usage public ou privé. Dans le même temps, elle propose une alternative thérapeutique à la répression de l'usage, la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter. Dans ce cadre, l'usager peut donc éviter les poursuites en se faisant spontanément traiter. Il peut également échapper aux poursuites si le procureur décide de classer l'affaire ou de prononcer une injonction thérapeutique. Cette loi tente donc de concilier un objectif de répression et un objectif de prévention secondaire avec l'ouverture d'une démarche de soins alternative aux sanctions pénales, en appliquant les principes de l'anonymat et de la gratuité des soins. Elle place ainsi l'usager de drogues dans un statut contradictoire de malade ou de délinquant : tout en l'obligeant à se soigner, elle le maintient dans une clandestinité paradoxale. (31)

La mise en œuvre de cette loi de 1970 sur le plan sanitaire va soulever la question des modalités pratiques de prise en charge des usagers de drogues. Jusque-là, on soignait les toxicomanes dans les unités de soins psychiatriques. En 1971, les ministères de la Justice et de la Santé établiront conjointement une liste des établissements agréés pour organiser des cures de désintoxication. A cette même époque, deux services hospitaliers ont été autorisés à distribuer de la méthadone à titre expérimental, mais l'expérience ne trouvera que peu de soutien. Pendant cette période, le sevrage et l'abstinence restent les objectifs à court terme. En réalité, la question du Sida va modifier profondément l'approche du problème, en infléchissant la lutte contre la toxicomanie d'une politique de sevrage vers une politique de réduction des risques. Cette évolution a commencé par l'autorisation de la vente des seringues aux majeurs. Mais le véritable virage sera pris, en 1993, avec l'adoption du Plan triennal 1993-1996 qui prévoit, une amélioration de la prise en charge des toxicomanes notamment par la mise en place d'un programme de substitution, en autorisant la prescription de la méthadone. (31)

### **2.1.2. Les objectifs de la substitution**

Selon l'HAS, l'utilisation des MSO est de permettre aux patients de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie pour retrouver une meilleure santé et une meilleure qualité de vie.

#### **2.1.2.1 Les objectifs des personnes dépendantes des opiacés**

Les objectifs des personnes dépendantes des opiacés peuvent être selon leur parcours et leurs projets personnels :

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

Ces objectifs et motivations sont susceptibles d'évoluer au cours du traitement. (32)

#### **2.1.2.2 Les objectifs des professionnels de santé**

Les objectifs des professionnels de santé se distribuent sur plusieurs axes :

- la réponse à court terme à la souffrance physique et morale, parfois dans l'urgence ;
- la prise en charge de la dépendance aux opiacés avec trois objectifs à court, moyen et long terme :
  - diminuer et si possible arrêter la consommation des opiacés illicites dans une perspective de réduction des risques en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance ;
  - aboutir à une abstinence complète d'opiacés illicites : le traitement est conçu alors comme une étape vers le sevrage de toute substance opiacée ; il peut cependant être nécessaire à long terme, voire à vie ;
  - aboutir in fine à l'abstinence complète de toute substance psycho-active illicite et de tout MSO, ce qui demande une évolution personnelle, du temps et un accompagnement.

Le partage de ces objectifs avec les patients dans le cadre de l'élaboration du projet de soins et la question du temps sont déterminants :

- la prise en charge des dommages induits et des pathologies associées infectieuses, psychiatriques et addictives ;

- la gestion de situations particulières : grossesse, précarité, détention, situations irrégulières, centre de rétention, etc. ;
- l'amélioration des liens sociaux, en maintenant l'insertion et en favorisant la réinsertion (accès à un(e) assistant(e) social(e), à des ressources, au logement, à l'emploi, favoriser le maintien des relations familiales et sociales). (32)

Dans les textes de l'HAS, TSO (traitement de substitution des opiacés) et MSO sont utilisés de façon distincte. Les TSO ne se limitent pas à la prescription de MSO, mais comportent des notions de prise en charge et d'alliance thérapeutique avec le patient. L'objectif des professionnels de santé est une prise en charge médicale, psychologique et sociale par un médecin prescripteur et d'autres professionnels. Outre le problème de la dépendance, il s'agit de mettre en œuvre un cadre de prise en charge à la fois sanitaire, psychologique et social qui nécessite la mobilisation et la coordination d'acteurs issus de différents champs d'intervention.

### **2.1.3. Indications pour l'initiation d'un TSO**

L'indication pour l'initiation d'un traitement de substitution aux opiacés est la dépendance avérée aux opiacés. La dépendance à d'autres substances (cannabis, cocaïne, etc.) n'est pas une indication au traitement de substitution de la dépendance aux opiacés. Le traitement est réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans, volontaires pour recevoir un traitement de substitution.

Afin d'objectiver la réalité de la consommation antérieure d'opiacés, il peut être utile d'effectuer, en accord avec le patient et avant l'instauration du traitement de substitution aux opiacés, une recherche urinaire de produits opiacés (morphine, héroïne, opium, codéine, pholcodine, buprénorphine et méthadone). (33)

### **2.1.4. Définition d'un médicament de substitution aux opiacés**

Pour être qualifiés de traitement de substitution, les médicaments doivent répondre à un ensemble de critères qui dérivent d'une première définition datant de 1966. Ce sont tous des médicaments appartenant à la famille des opiacées et ils doivent avoir :

- Les mêmes propriétés pharmacodynamiques que le produit à substituer.
- Leur durée d'action doit être longue, au minimum 24 heures, pour ne pas nécessiter plusieurs prises par jour et de façon à éviter les fluctuations d'effets et en particulier les signes et symptômes de manque.
- Ils ne doivent pas générer (ou peu) d'euphorie, ni d'effet de renforcement pour le produit lui-même et les autres drogues.

- Ils doivent s'administrer par voie orale ou sublinguale et ne pas comporter (ou peu) d'attrait particulier pour les autres voies, en particulier pour la voie intraveineuse.
- Ils doivent être compatibles avec une qualité de vie sociale satisfaisante. (31)

De plus, ces médicaments devraient permettre d'atténuer voire de supprimer le manque, de « normaliser » le comportement et de se déshabituer des effets de l'héroïne. Ils permettraient également de réduire la consommation d'héroïne et d'aboutir à terme à une abstinence. Il ne s'agit pas uniquement de remplacer l'héroïne par un médicament mais de répondre à plusieurs objectifs à court ou à moyen terme.

En France, trois molécules ont obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour cette indication et sont actuellement disponibles :

- **La buprénorphine haut dosage** (*Subutex*® en comprimé sublingual et *Orobupre*® en lyophilisat oral).
- En 2012, l'association **buprénorphine haut dosage et naloxone** fut commercialisée sous le nom de *Suboxone*®.
- Et, **le chlorhydrate de méthadone** (*la Méthadone*® AP-HP sous forme de sirop et de gélules).

De plus, une AMM est en cours d'évaluation pour la buprénorphine haut dosage sous forme injectable SC (*Indivior*® et *Camurus*®) et sous forme d'implant (*Probuphine*®). (34)

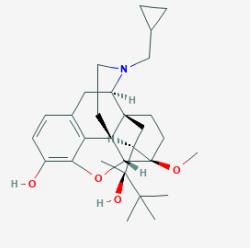
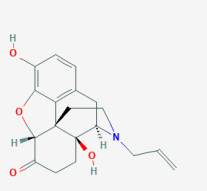
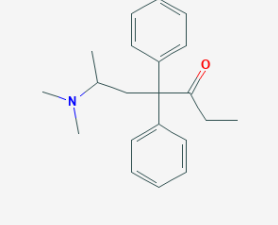
Enfin, d'après le circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés (Circulaire dite "Girard") (35), les sulfates de morphine peuvent être utilisés hors AMM : « Cependant à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la méthadone et au *Subutex*® aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose, la prescription de médicaments utilisant le sulfate de morphine à des seules fins de substitution, peut être poursuivie après concertation entre le médecin traitant et le médecin conseil, conformément aux dispositions de l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale. [...] ». (36)

## 2.2. Les traitements de substitution aux opiacés

### 2.2.1. Les différentes molécules présentes sur le marché

Trois molécules sont actuellement utilisées pour le traitement de pharmacodépendances majeures aux opiacés. Nous allons voir dans le tableau ci-dessous (cf tableau 4), les propriétés intrinsèques de ces trois molécules.

Tableau 4 : Propriétés intrinsèques des différentes molécules utilisées dans les TSO  
(37)(38)(39)

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

Nous allons retrouver dans le tableau ci-dessous (cf tableau 5), les caractéristiques de la BHD et de la méthadone.

Tableau 5 : Caractéristiques des différentes molécules utilisées comme TSO  
(40)(41)

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

### 2.2.2. Les spécialités pharmaceutiques présentes sur le marché

Quatre spécialités pharmaceutiques contenant les molécules décrites précédemment sont actuellement disponibles sur le marché français. Dans le tableau 6, nous allons présenter ces 4 spécialités.

Tableau 6 : Présentation des quatre principaux médicaments de substitution aux opiacés  
(42)(43)(44)

	<b>BHD</b>	<b>BHD/Naloxone</b>	<b>Méthadone</b>
<b>Spécialités</b>	Subutex® Orobupré® BHD Générique®	Subuxone®	Méthadone®
<b>Indication</b>	Traitement substitutif des dépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique		
<b>Particularités</b>	Attention au mésusage : BHD hydrosoluble donc facilement injectable	La naloxone est un composant destiné à empêcher le mauvais usage du produit par voie intraveineuse	Dépendance sévère aux opiacés Difficultés à renoncer à l'injection
<b>Présentation</b>	Comprimés sublinguaux pour le Subutex® (boîte de 7 comprimés) 0,4mg, 2mg et 8mg Lyophilisat oral pour l'Orobupre® (boite de 7 ; 2mg et 8mg)	Comprimés sublinguaux (boîte de 7 ou de 28 comprimés) 2mg/0,5mg 8mg/2mg	Sirop unidose (5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg) Gélules (boîte de 7 gélules) 1mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg
<b>Posologies</b>	Posologie moyenne : 8 à 16 mg/j Posologie maximale : 24 mg/J Prise unique quotidienne	Posologie maximale : 24 mg/j de BHD Prise unique quotidienne	Posologie moyenne : 60 à 100 mg/j Prise unique quotidienne
<b>Existence de générique</b>	Oui (0,4 mg, 1mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg et 8 mg) (45)	Oui	Non

### 2.2.3. Particularités

Nous allons dans le tableau ci-dessous (cf tableau 7), traiter des contre-indications, effets indésirables et risque de surdosage de ces médicaments.

Tableau 7 : Particularités des quatre principaux médicaments de substitution aux opiacés (46)(47)

	<b>BHD</b>	<b>BHD/naloxone</b>	<b>Méthadone</b>
<b>Contre-indications</b>	Insuffisance respiratoire sévère Hypersensibilité à l'un des constituants		
	Age < 15 ans Insuffisance hépatique sévère Alcoolisation aiguë ou delirium tremens Traitement par agoniste morphinique	Insuffisance hépatique sévère Alcoolisation aiguë ou delirium tremens Traitement par agoniste morphinique	Age < 15 ans Traitement par un agoniste-antagoniste morphinique ou antagoniste morphinique
<b>Effets indésirables</b>	Insomnie, céphalée, vertige, hypotension Constipation, nausées, vomissements Asthénie, somnolence, sueurs		Constipation Hypersudation Diminution de la libido Insomnie Aménorrhée
<b>Surdosage</b>	Peu de risque d'overdose en monothérapie Risque si association avec d'autres déprimeurs du SNC		Risque majeur d'overdose Dépression respiratoire pouvant causer un décès



## 2.2.4. Cadre réglementaire

Nous allons maintenant voir le cadre réglementaire de ces médicaments (cf tableau 8).

Tableau 8 : Cadre réglementaire des MSO

(20)(47)

	<b>Subutex® et génériques Subuxone®, Orobupré®</b>	<b>Méthadone®</b>
<b>Statut légal</b>	Liste I (assimilé aux stupéfiants)	Stupéfiant
<b>Conditions de prescription</b>	Ordonnance sécurisée Protocole de soins recommandé	Ordonnance sécurisée Protocole de soins obligatoire pour les gélules
<b>Durée maximale de prescription</b>	28 jours	<b>Sirop</b> : 14 jours <b>Gélule</b> : 28 jours
<b>Durée de fractionnement</b>	7 jours	
<b>Renouvellement</b>	Interdit	
<b>Chevauchement</b>	Si mention expresse	
<b>Initiation du traitement</b>	Tout médecin	<b>Sirop</b> : médecin en CSAPA ou service hospitaliers spécialisés <b>Gélule</b> : pas de primo-prescription
<b>Suivi du traitement</b>	Tout médecin	<b>Sirop</b> : relais ou renouvellement en ville possible <b>Gélule</b> : toujours en relais d'un traitement stabilisé par Méthadone® sirop depuis 1 an au moins

### Exemple de prescription sur une ordonnance sécurisée :

Figure 12 illustrates a secure prescription form with seven numbered callouts (1-7) pointing to specific fields. The form contains the following information:

- 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

On the right side, a legend explains the callouts:

- 1** Informations prescripteur  
Noms et prénoms du prescripteur  
Qualité, titre ou spécialité le cas échéant  
N° d'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 12 : Exemple de prescription sur une ordonnance sécurisée

(48)

#### 2.2.4.1. Particularités de la méthadone

En début de traitement par de la Méthadone® sirop, la délivrance se fera dans un établissement de santé spécialisé ou au CSPA. Après stabilisation, la délivrance en officine est possible avec une présentation des 2 ordonnances : ordonnance du CSAPA et ordonnance du « médecin relais ». La prescription de la Méthadone® gélule est toujours en relais d'un traitement par Méthadone® sirop depuis 1 an au moins. La première prescription de la gélule de méthadone sera faite par un médecin exerçant en CSPA ou dans les services hospitaliers spécialisés. La première prise de gélule doit avoir lieu le lendemain de la dernière prise de sirop, à l'heure habituelle. De plus, le stockage de la méthadone doit se faire à l'écart de la portée des enfants (intoxication possible voire décès, dose mortelle : 1mg/kg). Enfin, un délai de 24 heures est à respecter pour un relais méthadone- BHD. (20)

(44)

### 2.2.4.2. Les déplacements à l'étranger

Dans l'espace Schengen, pour un séjour de moins ou égal à 30 jours, le patient doit détenir une autorisation de transport. Le patient doit contacter l'ARS (délégation territoriale) de la région d'exercice du prescripteur et présenter sa prescription originale. Cette prescription devra respecter les durées maximales de prescription prévues par la réglementation (14 ou 28 jours).

Hors de l'espace Schengen ou pour un séjour supérieur ou égal à 30 jours dans l'espace Schengen, le patient devra contacter l'ANSM, l'Unité Réglementaire Stupéfiants et Psychotropes lui délivrera les autorisations (prévoir 10 jours de délai). (49)

### 2.2.5. Mise en place d'un TSO et modalités de suivi

La prise initiale de TSO doit se faire à l'apparition des premiers signes de manque, le professionnel doit en informer le patient. Pour la méthadone, la réglementation actuelle impose une analyse d'urines avant le début du traitement et la préconise pour le suivi. Le contrôle urinaire pour la BHD est très recommandé.

De plus, il n'y a pas de corrélation entre quantité consommée et dosage du médicament. La posologie est adaptée en fonction de la clinique.

Une mauvaise utilisation doit conduire à rechercher une comorbidité psychiatrique ou un sous-dosage et à renforcer la prise en charge médico-psycho-sociale.

Tableau 9 : Mise en place d'un TSO et ses modalités de suivi  
(43)(44)

	<b>BHD</b>	<b>Méthadone</b>
<b>Initialisation</b>	2 mg à 4 mg /j en une prise le matin Au moins 12 heures après la dernière prise d'opiacés	10 à 40 mg en une prise le matin Au moins 12 heures après la dernière prise d'opiacés
<b>Stabilisation</b>	Paliers d'augmentation 2 à 8 mg par paliers	Paliers d'augmentation 5 à 10 mg par paliers de 1 à 3 jours
<b>Maintien</b>	8 à 16 mg/j (max 24 mg/j)	60 à 100 mg/j voire plus
<b>Arrêt</b>	Progressif	Progressif ou transition par de la BHD

## 2.2.6. Nombre de patients sous TSO

### En France

Actuellement, on compte 300 000 usagers d'opioïdes en France et 180 000 patients sous TSO en ville et CSAPA. Parmi les MSO 64% sont de la Buprénorphine Haut Dosage et la Suboxone®. Ainsi, la part de la consommation de méthadone s'établit à 36 % des MSO.

Enfin, la France se situe aujourd'hui parmi les pays européens ayant le plus grand nombre de patients en TSO rapporté à sa population âgée de 15 à 64 ans. Cependant, la répartition des patients recevant un TSO sur le territoire français est très hétérogène d'un département à l'autre. (49)

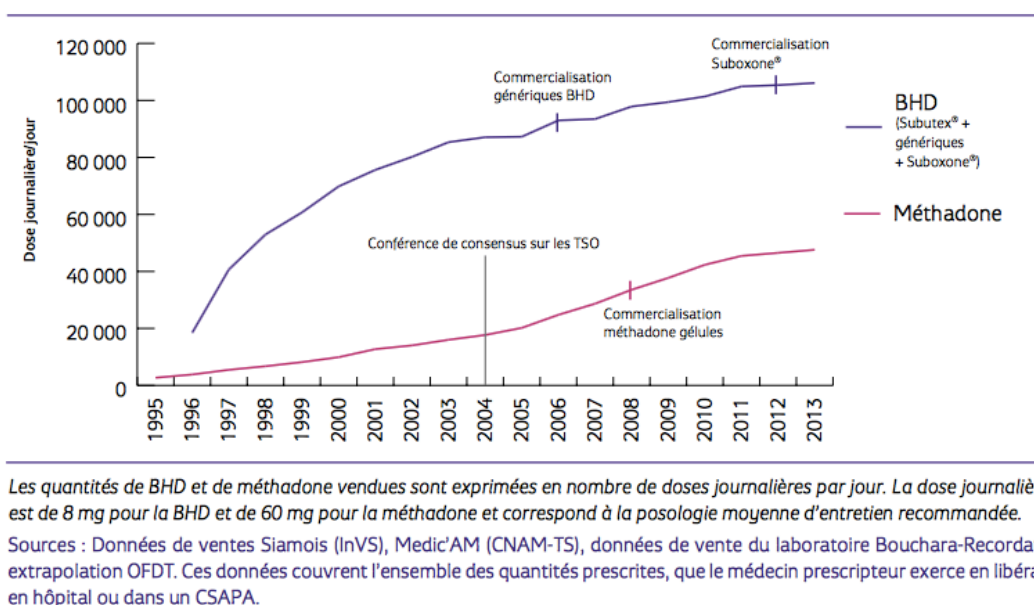
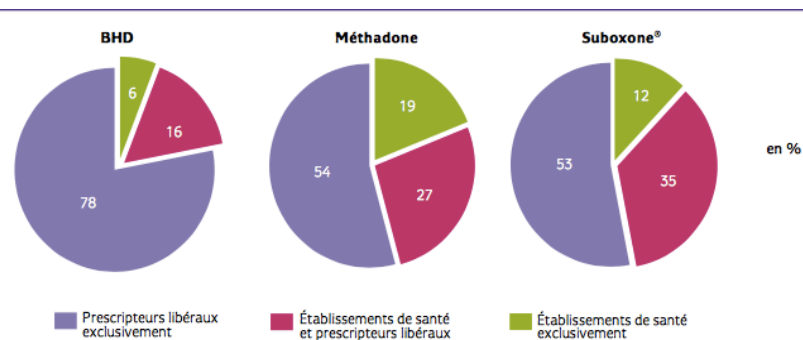


Figure 13 : Quantité de BHD et de méthadone consommées de 1995 à 2013

### En médecine de ville

Les prescriptions et les délivrances des TSO se font majoritairement en ville. En effet sur l'ensemble des patients remboursés d'un MSO en 2012, 72 % ont obtenu leurs prescriptions exclusivement en médecine de ville, 10 % exclusivement en établissement de santé et 18 % de l'une et de l'autre au cours de l'année.



Source : Données CNAM-TS, EGB 2012, Extraction ANSM

Figure 14 : Répartition des patients ayant eu un remboursement de TSO en 2012 selon l'origine de leurs prescriptions (libérale ou établissement) en %

## En prison

En milieu carcéral, les TSO ont été introduits en 1995, comme pour l'ensemble de la population. Les modalités d'initiation et de renouvellement des TSO en prison sont strictement identiques à celles existant en milieu libre. En 2010, parmi les détenus, on estimait que 8 % bénéficiaient d'un traitement de substitution soit environ 5 000 personnes, dont 69 % avec la BHD. Cette part est en augmentation par rapport à 1998 et 2004 évolution liée à un accès aux TSO désormais effectif dans tous les établissements pénitentiaires. En outre, l'enquête PREVACAR par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et la Direction générale de la santé (DGS) montre que, pour 31 % des détenus avec TSO, le traitement a été initié durant l'incarcération. (37)

### 2.2.7. Résultats obtenus par les traitements de substitution aux opiacés

La réduction de la mortalité est particulièrement nette : le nombre de décès par surdose d'héroïne a été divisé par cinq entre 1994 et 2002. Cependant le risque principal des MSO est celui de décès par surdose, risque majoré par la consommation concomitante de benzodiazépines ou d'alcool. En effet, en 2012, 60 % des décès par surdose sont imputables au moins en partie aux MSO : la méthadone est impliquée dans 45 % d'entre eux, tandis que la BHD l'est dans 15 % selon les résultats de l'enquête DRAMES (ANSM-CEIP-A de Grenoble). (37)

En termes de morbidité, plusieurs évolutions positives peuvent être mises à l'actif, directement ou indirectement, du développement des TSO :

- L'importante réduction du nombre de contaminations par le VIH.
- Le taux de prématurité, passé de 30 à 12 %.
- La proportion d'« injecteurs », passée de 70 à 20 %.
- Le taux de maintien dans le système de soins nettement plus élevé.

De plus, la situation sociale (logement, revenus) s'est améliorée pour la moitié des patients traités. La délinquance a fortement diminué (17 000 infractions à la législation des stupéfiants concernant l'héroïne en 1995, 5000 en 2003). Selon une enquête Aides/Inserm menée auprès des usagers de drogues, 77 % déclarent « s'en être sortis » par rapport à l'héroïne, 79 % apprécient un médicament qui « enlève l'envie de prendre d'autres substances », 70 % déclarent prendre le traitement conformément à la prescription et plus de 60 % estiment que leur qualité de vie s'est améliorée. De plus, l'implication des médecins généralistes dans un champ dont ils étaient jusque-là absents a permis des progrès sensibles en termes de recours aux soins.

La politique de traitement de la dépendance aux opiacés par un accès large aux MSO est donc un succès dont l'efficacité sanitaire et économique est démontrée. (32)

### **2.2.8. Méusage, détournement et mesure de contrôle**

Le développement des TSO s'est accompagné de détournements (trafics) des médicaments et d'usages non conformes aux prescriptions médicales. Ceux-ci ont surtout été rapportés pour la BHD. Les modes d'obtention sont très variés (marché noir, troc, entourage) de même que les voies d'administration (injection, sniff, inhalation).

Au sein du public reçu dans les CSAPA, pour la BHD la voie orale est le mode de consommation habituel pour 39 % des usagers, l'injection pour 27 % d'entre eux et le sniff pour autant en 2016. Ces niveaux sont stables après une hausse pour la voie orale et le sniff et en diminution pour l'injection depuis 2009.

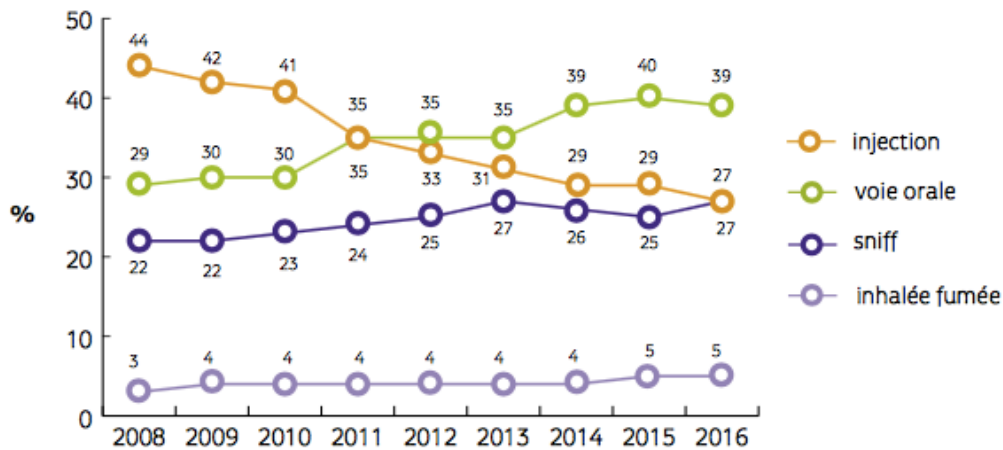


Figure 15 : Mode de consommation habituel de la BHD chez les usagers des CSAPA

(49)

Parmi les usagers des CAARUD, la voie orale est la voie d'administration de la BHD la plus fréquente en 2015 (51%), devant l'injection (46 %) qui était la voie la plus répandue jusqu'en 2012. L'utilisation de la voie orale est en augmentation, à l'opposé de l'injection qui recule entre 2012 et 2015. Le sniff, moins fréquent (21 %), après une nette augmentation entre 2008 et 2012, est orienté à la baisse en 2015. La voie inhalée ou fumée, bien que minoritaire (7 %), est en progression depuis 2008.

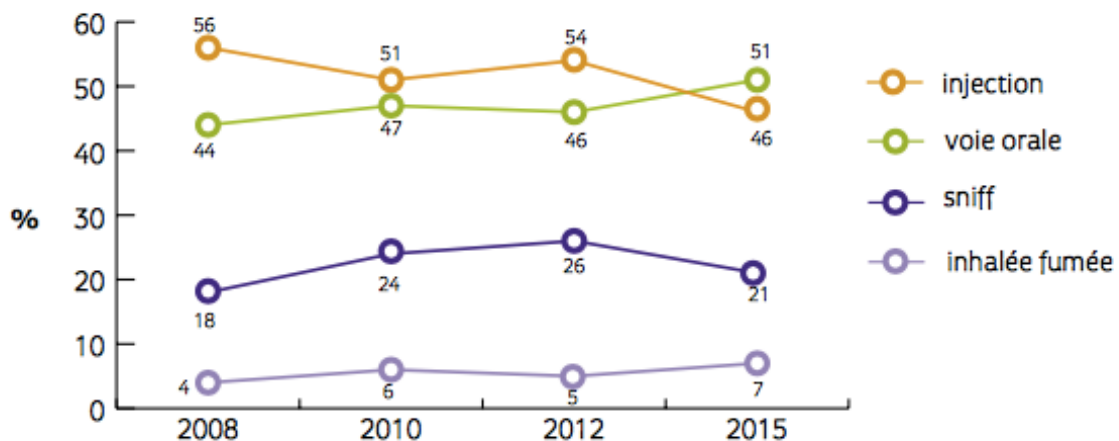


Figure 16 : Voies d'administrations de la BHD chez les usagers des CAARUD

(49)

Mis en place en 2004, le plan de contrôle et de suivi sur les TSO de l'assurance maladie consiste à cibler et à suivre individuellement les personnes qui se font délivrer plus de 32 mg de BHD par jour. Ces individus sont repérés au travers des données de remboursement, ils ont au moins 5

prescripteurs ou 5 pharmacies délivrant le traitement. En effet, le fait d'avoir plusieurs prescripteurs et de fréquenter plusieurs pharmacies peut être un moyen de se procurer des MSO pour la revente. Malgré ces mesures de contrôle, des détournements de BHD persistent. De petits trafics de rue, animés par des personnes qui revendent une partie de leur traitement, sont rapportés par les différents sites du réseau TREND de l'OFDT. Les trafics plus structurés impliquant des personnes se livrant à du nomadisme médical (recours à plusieurs médecins afin de se procurer des quantités importantes de MSO) ou encore à du vol d'ordonnances ou de cartes Vitales semblent plus rares, comme pourrait en témoigner le peu d'affaires jugées. Le prix moyen du comprimé de 8 mg sur le « marché noir » oscille entre 3 et 5 € selon les informations des sites TREND en 2011. Seul le médicament princeps (Subutex<sup>®</sup>) y est présent et non son générique. Les génériques sont réputés être moins faciles à injecter ou à sniffer du fait de leurs excipients. La forme sirop de la méthadone fait depuis plusieurs années l'objet de détournements de type « dépannages » ponctuels entre usagers. La forme gélule est concernée par ce même type de transaction. Enfin, plus fréquemment, des usagers déjà « auto-traités » à la méthadone de « rue » sont par la suite en demande de traitement auprès des médecins des CSAPA. (49)



### 3. La prise en charge des patients sous TSO

---

L'offre de soins en addictologie est aujourd'hui structurée au sein de différents dispositifs pour organiser des parcours de soins les plus adaptés.

#### 3.1. Le secteur médico-social spécialisé en addictologie

Il s'agit de structures proposant une prise en charge pluridisciplinaire, un accompagnement dans la durée, gratuit et avec une possibilité d'anonymat.

##### 3.1.1. CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)

Ils s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une addiction (avec ou sans substance) ainsi qu'à leur entourage. Les équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, professionnels socio-éducatifs) des CSAPA assurent des missions :

- d'accueil, d'information et de prévention, d'évaluation médicale, psychologique et sociale et d'orientation pour le patient ou son entourage ;
- de réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- de prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

La majorité des CSAPA accueillent les usagers en ambulatoire. Certains proposent des services de soins résidentiels (Centres thérapeutiques résidentiels, Communautés thérapeutiques, etc). (50)

##### 3.1.2. CJC (Consultations jeunes consommateurs)

L'objectif de ces consultations est d'accueillir des jeunes consommateurs ainsi que leur entourage. Toutes les conduites addictives peuvent être abordées dans ces lieux qu'elles soient en rapport avec l'alcool, le cannabis, le tabac, les jeux vidéo ou Internet... Les jeunes peuvent s'y rendre seuls ou accompagnés de leurs parents ou d'un proche. Les parents peuvent également être reçus sans le jeune concerné. Ces consultations se déroulent principalement dans des CSAPA ou dans des centres hospitaliers mais aussi parfois dans d'autres lieux, en particulier ceux spécialisés dans l'accueil des jeunes. Elles proposent, une évaluation des consommations, des risques associés, un accompagnement pour prévenir une consommation problématique ainsi que des aides à l'arrêt ou à la réduction des consommations ou pratiques. (51)

### **3.1.3. CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues)**

Ils s'adressent à des personnes qui ne veulent ou ne peuvent arrêter leurs consommations, et qui sont exposées à des risques sanitaires et sociaux (accidents, infections notamment hépatite C et VIH, etc.) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés. Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés. Les usagers peuvent y trouver du matériel de réduction des risques et un accompagnement pour favoriser l'accès aux soins. (52)

### **3.2. Le secteur hospitalier**

Selon les territoires, les compétences addictologiques sont présentes dans différents types d'établissements et le patient peut y recourir spontanément ou dans le cadre de son parcours de soins :

- Les consultations d'addictologie dont certaines spécialisées en tabacologie.
- Les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA) : elles ont pour missions de sensibiliser et former les équipes hospitalières à l'addictologie, de les aider lors de la prise en charge des patients (contribution à l'évaluation, à la mise en place d'un projet de soins, aide à la prescription d'un traitement de substitution, préparation de la sortie, ...) et de favoriser le repérage précoce des conduites addictives et cela quel que soit le motif du recours à l'hôpital.
- Les ELSA interviennent aux urgences, dans les maternités et dans l'ensemble des unités d'hospitalisation. Elles doivent favoriser les interfaces entre la ville, l'hôpital et les autres partenaires.
- L'hospitalisation de jour en addictologie : elle permet l'évaluation pluridisciplinaire, l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés, et la prise en charge addictologique adaptée, de prime intention ou au détour d'une hospitalisation, y compris en situation de crise pour des patients connus, dans un accompagnement qui favorise le lien environnemental et familial.
- L'hospitalisation complète en addictologie : elle assure une prise en charge, en urgence ou programmée, pour un sevrage, une évaluation ou pour des complications et/ou des comorbidités somatiques/psychiatriques.
- Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie : ils peuvent accueillir, en relais d'une hospitalisation ou en accès direct, afin de réduire ou prévenir les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales pour les patients et de faciliter leur réadaptation. (53)

### 3.3. Le secteur « libéral »

Le secteur « libéral » est très actif, ces secteurs peuvent parfois s'inscrire dans un travail en réseau. Ce sont :

- les médecins généralistes investis en addictologie, notamment ceux assurant le suivi de patients ayant un trouble de l'usage de substances psycho-actives. Ces praticiens travaillent en réseau avec les CSAPA, ELSA, services d'addictologie et peuvent apporter un soutien aux médecins généralistes moins expérimentés ;
- les addictologues libéraux, encore relativement peu nombreux ;
- les psychiatres ou psychologues ;
- les pharmaciens, partenaires de proximité essentiels du parcours de soins.

### 3.4. Le pharmacien d'officine

#### 3.4.1. Code de déontologie du pharmacien

À la suite de l'article 36 de la loi H.P.S.T., de nouvelles missions du pharmacien ont été inscrites dans le code de la santé publique à l'article L5125-1-1.A. Le pharmacien :

- 1°) contribue aux soins de premier recours ;
- 2°) participe à la coopération entre professionnels de santé ;
- 3°) participe à la mission de service public de la permanence des soins ;
- 4°) concourt aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
- 5°) peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ;
- 6°) peut assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;
- 7°) peut être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, il peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;
- 8°) peut proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

En matière d'addiction, l'article R4235-2 rappelle que « *Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du*

*public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage ».*

### **3.4.2. Les atouts du pharmacien d'officine**

Le pharmacien est un acteur important dans la réussite d'une prise en charge d'une personne sous TSO. En effet le pharmacien possède de nombreux atouts. Tout d'abord par sa formation et, grâce à sa répartition sur le territoire et à sa disponibilité.

#### **3.4.2.1. Professionnel de santé et du médicament**

Le pharmacien d'officine possède le statut complexe d'être un commerçant et un professionnel de santé. Cependant pour les français, le pharmacien est d'abord et avant tout un professionnel de la santé, à qui on demande des conseils, souvent même en dehors du contexte de la délivrance d'un médicament.

De plus, le pharmacien par sa formation est le spécialiste du médicament. Son rôle ne se limite pas uniquement à la délivrance de médicaments. Il doit associer à la délivrance :

- une analyse pharmaceutique de l'ordonnance ;
- la préparation éventuelle des doses à administrer ;
- les conseils nécessaires au bon usage des médicaments.

#### **3.4.2.2. Acteurs de proximité**

On compte en 2021 plus de 21 000 pharmacies d'officine en France. (54)

Pour 100 000 habitants, on recense en moyenne 32,4 officines qui constituent un remarquable réseau de proximité, plus dense que celui des 17 000 bureaux de poste. Le maillage complet du territoire national permet d'assurer un service de garde et d'urgence 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 et ainsi assurer la permanence des soins.

Un des points les plus importants du métier de pharmacien est le dialogue avec les patients sur la santé. Ce point d'entrée est souvent une occasion pour lui de mieux connaître son patient et de pouvoir effectuer une « éducation personnalisée ». Le pharmacien peut prendre le temps nécessaire pour rassurer le patient, ajouter des informations complémentaires à celle du médecin et veiller à la bonne compréhension de sa maladie. Par ce dialogue, il gagne la confiance du patient facilitant ainsi une bonne alliance thérapeutique.

Le pharmacien peut aussi se rendre au domicile du malade. Cela lui permet de percevoir l'environnement du patient et avoir une vision plus complète de l'état de santé de son patient.

### **3.4.2.3. Acteur de lien social**

Le pharmacien d'officine peut créer un lien avec l'individu grâce à une clientèle fidèle. Ce lien lui permet de connaître chacun de ses patients. En effet, ce dernier possède des informations personnelles, familiales et professionnelles sur l'ensemble de ses patients. Cependant il se doit de respecter le secret professionnel. L'aménagement des locaux de la pharmacie devra garantir la possibilité un dialogue confidentiel et discret.

De plus, le pharmacien est un lien pour les personnes dépendantes ou marginalisées : il est un guide dans le parcours de soins du patient et, sait l'orienter vers d'autres professionnels de santé ou structures correspondant aux besoins de ce dernier.

Enfin, la permanence des soins renforce l'image de professionnel de santé du pharmacien d'officine disponible pour les populations fragilisées.

### **3.4.2.4. Acteur dans une équipe pluridisciplinaire**

Les pharmaciens peuvent depuis 2012 intégrer les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)(55). Ces structures de santé pluriprofessionnelles de proximité peuvent bénéficier d'une rémunération spécifique dans le cadre de projets particuliers. Le pharmacien peut ainsi être intégré et être indemnisé pour des exercices coordonnés de prise en charge de patient. (56)

### **3.4.2.5. Acteur de prévention et de réduction des risques**

Les stratégies de réduction des risques se sont progressivement mises en place à la fin des années 1980 en France suite à l'épidémie du Sida et des hépatites. Le pharmacien d'officine a été en première ligne, avec la vente libre de seringues, en application du décret Barzach, en 1987.

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

Le pharmacien d'officine joue un rôle important dans les actions de préventions et de réduction des risques. En effet, face à la demande de trousse de prévention de type "Stéribox®", de seringues à l'unité ou d'autotests VIH, le pharmacien est invité à instaurer un dialogue avec la personne pour faire passer des messages de prévention simples, et sensibiliser sur les pratiques à risque (ré-utilisation des seringues, partage de celles-ci ou du petit matériel destiné à la préparation de la solution à injecter, etc.). Il doit disposer des adresses des centres de dépistage ou des structures d'accueil les

plus proches afin de pouvoir orienter les usagers vers des consultations de prise en charge spécialisées.

### **3.5. Le point de vue des usagers de TSO sur les pharmaciens d'officine**

Pour tenter d'améliorer la prise en charge des patients sous TSO en officine, il m'a semblé intéressant de connaître la vision de ces patients sur les pharmaciens d'officine.

#### **3.5.1. Objectifs du questionnaire**

L'objectif de ce questionnaire est de connaître les représentations des patients sous TSO sur les pharmaciens d'officine.

Les résultats doivent nous aider à proposer des pistes d'amélioration pour le suivi en officine en répondant aux questions :

- quels sont les freins au suivi actuel en officine ?
- quels sont les leviers possibles au suivi en officine ?
- comment améliorer la relation patient-pharmacien en officine ?

#### **3.5.2. Matériels et méthodologie**

##### **3.5.2.1. Sélection des patients**

Les questionnaires ont été réalisés dans deux structures différentes à Limoges :

- Le CSAPA Bobillot, situé 80 rue François Perrin à Limoges, une structure de « moyen seuil » ;
- Le CAARUD AIDES, situé au 55 rue Bobillot à Limoges, une structure de « bas seuil ».

Ces deux populations de patients sont différentes. En effet au CAARUD, la majorité des patients n'ont pas un suivi médical régulier. A l'inverse, les patients du CSAPA sont inscrits dans un parcours de soins. C'est pourquoi j'ai décidé d'analyser ces questionnaires séparément.

Je n'ai volontairement pas déposé de questionnaires dans les officines car je n'ai pas voulu que la réponse des patients soit influencée par le fait que ce questionnaire leur soit remis par leurs pharmaciens d'officine.

### **3.5.2.2. Réalisation du questionnaire**

Le questionnaire a été pensé comme un guide d'échanges entre le professionnel et le patient. Ce questionnaire fut réalisé avec l'aide de Monsieur Nguyen, pharmacien spécialisé en addictologie et du Dr Chevalier, médecin psychiatre du CSAPA. Il comprend 15 questions (cf annexe 1).

Le questionnaire aborde 5 thèmes :

- le patient : sexe, âge, nationalité, maîtrise de la langue française, couverture sociale et catégorie socioculturelle ;
- les TSO : date de début de traitement, quel médicament, les voies d'administration et lieu de délivrance ;
- la relation avec les pharmaciens et leur ressenti en officine ;
- leurs mauvaises expériences en officine ;
- le rôle du pharmacien dans le suivi de leurs traitements.

Le questionnaire est anonyme et comprend des questions à réponses multiples, des questions à réponses courtes ou des questions ouvertes propices à la libre expression des patients. Il s'agit d'un support pour l'entretien qui se veut avant tout ouvert afin que les patients puissent exprimer librement leurs idées.

### **3.5.2.3. Les entretiens**

Il y a eu 2 interviewers :

- Le Dr Catherine Chevalier, Psychiatre addictologue au CSAPA Bobillot, qui a réalisé 15 entretiens dans le cadre de sa consultation ;
- Moi-même, étudiante en 6<sup>e</sup> année, qui a rencontré les patients du CAARUD, avec également 15 entretiens.

Au CAARUD, je ne prenais pas de rendez-vous avec les patients. Lors de mes visites, je discutais avec les patients présents et je leurs demandais s'ils voulaient bien répondre à mon questionnaire. Je me présentais à eux comme étudiante en pharmacie en leurs expliquant que ce travail était pour ma thèse de fin d'étude. Ces entretiens ont été réalisés dans une salle confidentielle.

### **3.5.3. Critères et période d'inclusion**

Toutes les personnes incluses dans cette étude sont des hommes ou des femmes sous TSO, quel que soit le médicament pris, qu'il soit délivré en CSAPA, dans la rue ou en officine. Nous comptons au total 30 participants.

Quinze questionnaires ont été réalisés au CAARUD durant l'année 2018. Je m'y rendais régulièrement (au moins une fois par semaine) pendant les heures d'ouverture. Les 15 autres questionnaires ont été faits au centre Bobillot à Limoges (CSAPA) par le docteur Catherine Chevalier pendant l'année 2019.

Les données de ces 30 questionnaires papiers ont été saisies sur la plateforme Google Forms pour une meilleure lecture et analyse.

### 3.5.4. Résultats du questionnaire

#### 3.5.4.1. Données brutes

##### Profil des patients :

Au CAARUD, comme au CSAPA, les patients sont majoritairement des hommes. Nous observons légèrement plus de femmes en CSAPA (33,3%) qu'au CAARUD (20%), (cf figure 20 et 21).

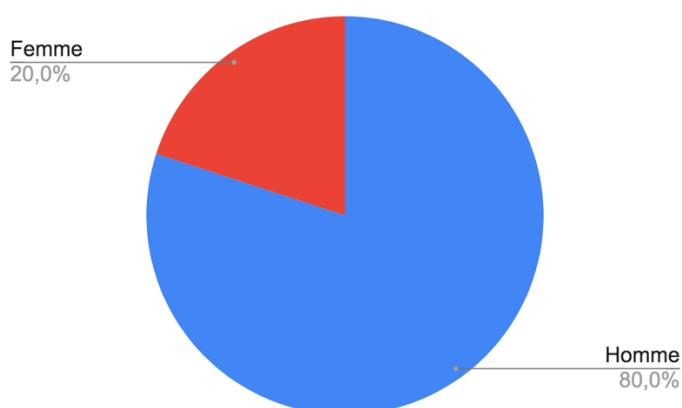


Figure 17 : Sexe des patients du CAARUD (n=15)

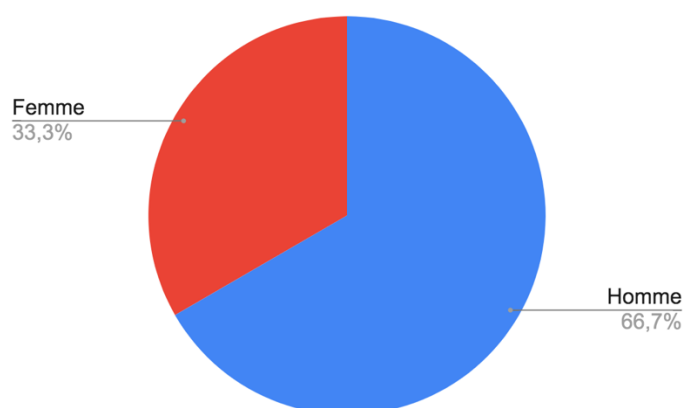


Figure 18 : Sexe des patients du CSAPA (n=15)

Au CAARUD et au CSAPA, les patients ont globalement entre 35 et 44 ans. Nous remarquons tout de même une population plus jeune au CAARUD (cf figure 20 et 21).



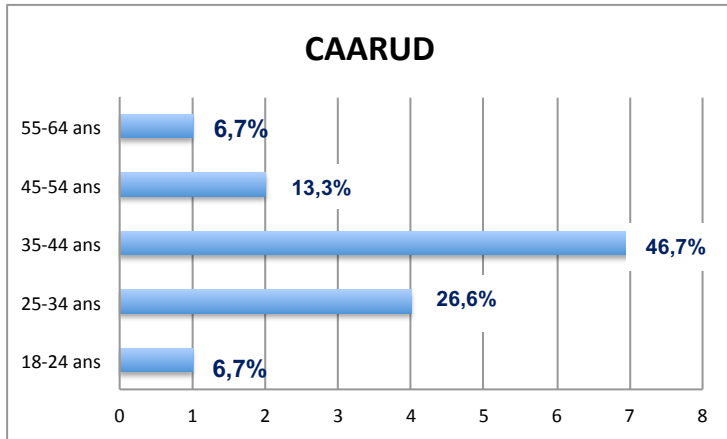


Figure 19 : Tranche d'âge des patients du CAARUD (n=15)

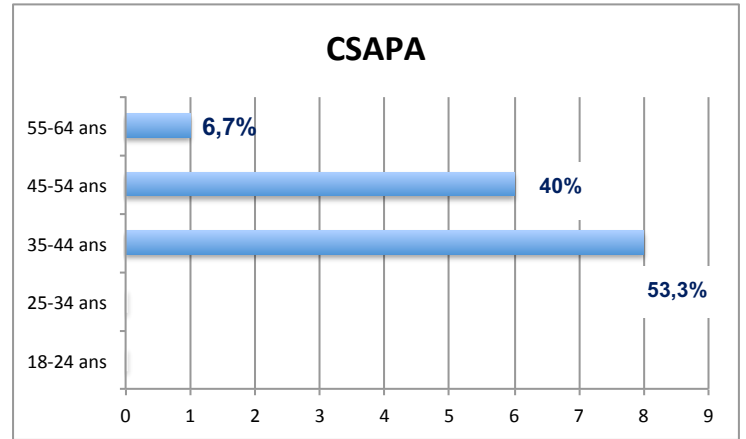


Figure 20 : Tranche d'âge des patients du CSAPA (n=15)

De plus, ces patients sont majoritairement français avec 80% de français au CSAPA et 100 % de français au CAARUD (cf figure 22 et 23).

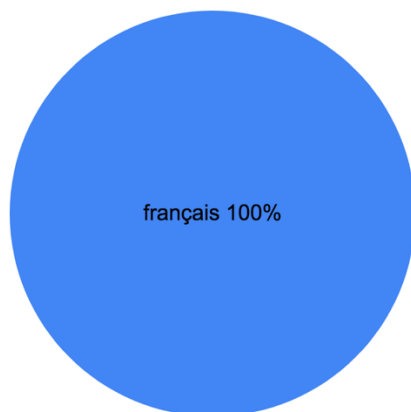


Figure 21 : Nationalité des patients du CAARUD (n=15)

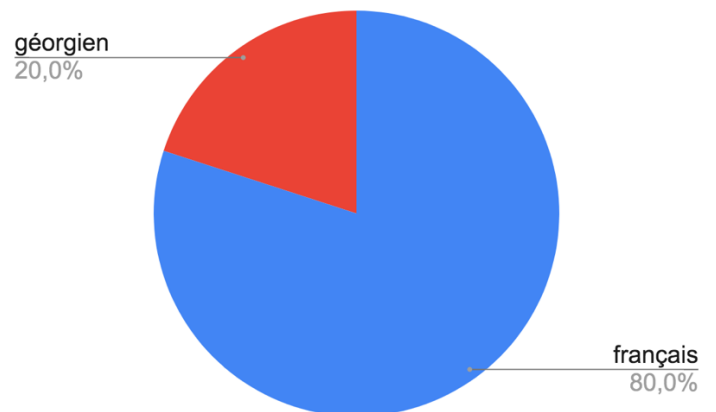


Figure 22 : Nationalités des patients du CSAPA (n=15)

### Question 1 : Niveau de maîtrise de la langue française

De manière globale, ces patients ont une très bonne maîtrise de la langue française. Les patients du CAARUD semblent avoir une meilleure maîtrise de la langue que les patients du CSAPA (cf tableau 10).

Tableau 10 : Niveau de maîtrise de la langue française des patients sous TSO

Niveau de maîtrise de la langue française	CAARUD	CSAPA	TOTAL
1 (Mauvais)	0	0	0
2	0	0	0
3	0	1 (6,7%)	1 (3,3%)
4	0	4 (26,7%)	4 (13,3%)
5 (Très bon)	15 (100%)	10 (66,7%)	25 (83,4%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

**Question 2 : Avez-vous une couverture sociale ?**

Ensuite, au CSAPA comme au CAARUD, ces patients ont dans la grande majorité, une couverture sociale (cf figure 26 et 27).

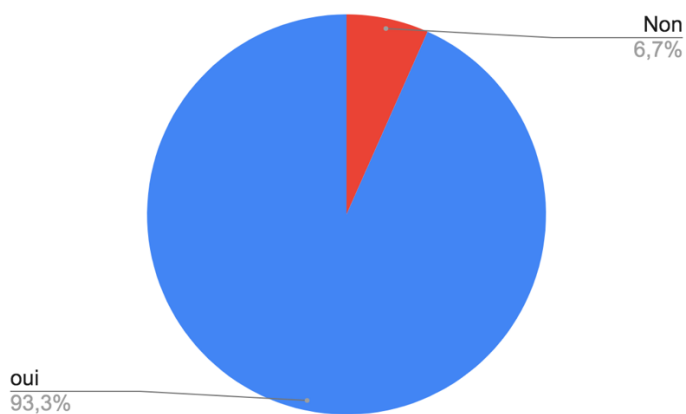


Figure 23 : Couverture sociale des patients du CAARUD (n=15)

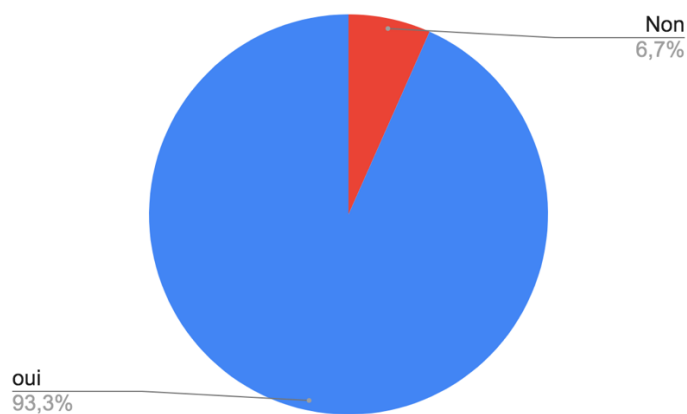


Figure 24 : Couverture sociale des patients du CSAPA (n=15)

**Question 3 : Quelle est votre situation professionnelle ?**

Concernant la situation professionnelle de ces patients, au CAARUD, 13,3% d'entre eux ont un emploi régulier, CDI (Contrat à Durée Indéterminée) contre 60% au CSAPA (cf figure 28 et 27). Nous observons aussi en CSAPA, 6,7 % de patients retraités et 26,7% bénéficiant d'une AAH (Allocation

aux Adultes Handicapés), ce que nous n’observons pas au CAARUD. Ainsi les patients du CSAPA semblent avoir des revenus plus réguliers et une situation professionnelle plus stable que les patients du CAARUD.

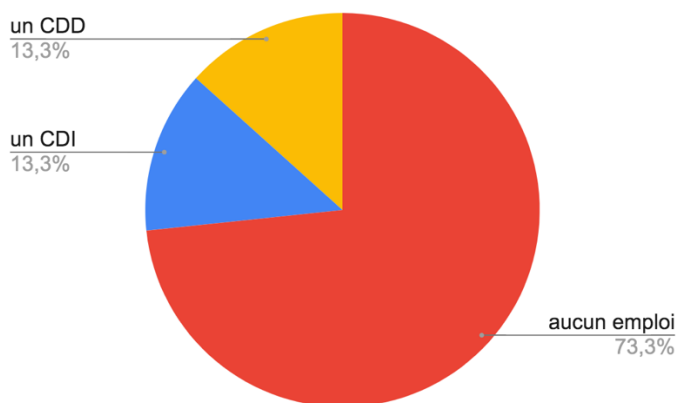


Figure 25 : Situation professionnelle des patients du CAARUD (n=15)

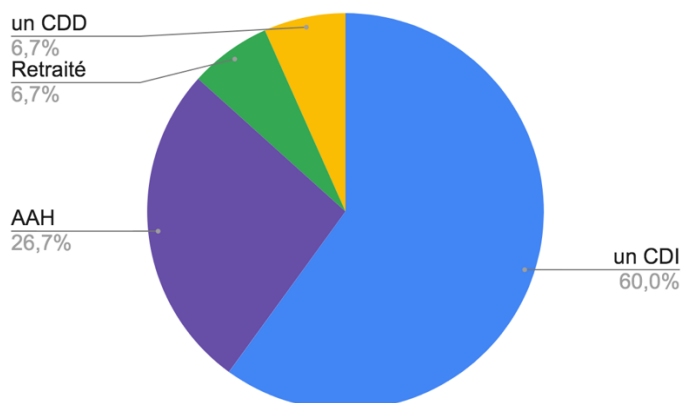


Figure 26 : Situation professionnelle des patients du CSAPA (n=15)

**Question 4 : Depuis combien de temps avez-vous un TSO (ou la date du premier traitement) ?**

La première prise de TSO semble plus récente pour les patients du CAARUD. Ceci pouvant s’expliquer par une population légèrement plus jeune au CAARUD (cf tableau 11).

Tableau 11 : Date de première prise de TSO en moyenne

	CAARUD (n=15)	CSAPA (n=15)
Date de début de prise de MSO (en moyenne)	2008	2005

**Question 5 : Actuellement quel médicament avez-vous ?**

Le Subutex® semble le médicament le plus consommé au CAARUD, 60 % des patients du CAARUD en consomment (cf figure 30). La méthadone (gélule et sirop confondus) est la deuxième molécule la plus utilisée.

Au CSAPA, nous observons autant de patients sous BHD (Subutex® et ses génériques) que de patients sous méthadone (sirop et gélule confondus) soit 7 patients sur 15 (46,7 %) (cf figure 31).

Notons également que 2 personnes soit 13,3% des patients du CSAPA prennent le générique du Subutex®.

Le Suboxone® est cependant le médicament le moins consommé avec 13,3% d'utilisation au CAARUD et 6,7% au CSAPA.

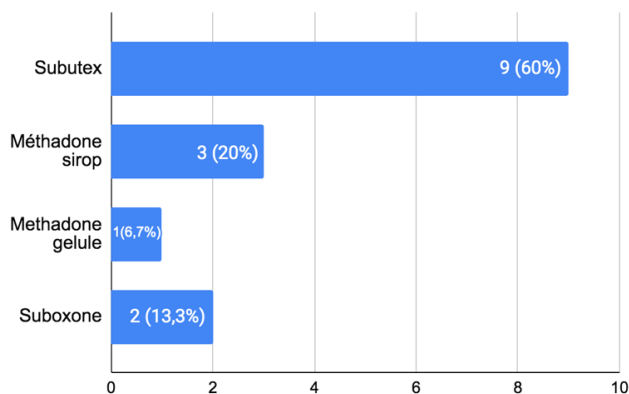


Figure 27 : TSO consommés au CAARUD (n=15)

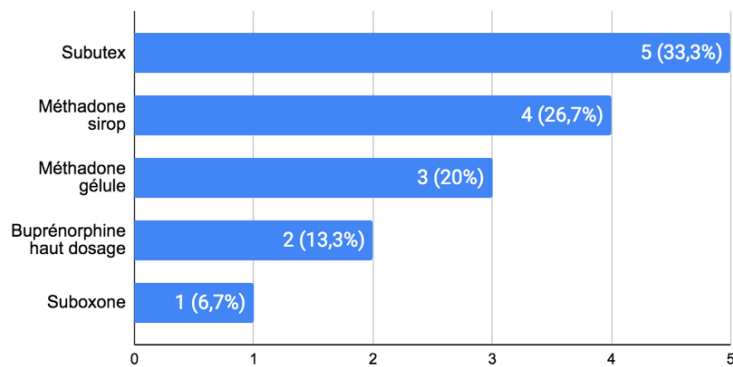


Figure 28 : TSO consommés au CSAPA (n=15)

**Question 6 : Par quelle(s) voie(s) d'administration prenez-vous votre traitement ?**

**(Question à choix multiples)**

Au CAARUD comme au CSAPA la voie orale est la plus utilisée (100% au CSAPA et 66,7% au CAARUD) (cf figures 32 et 33).

Cependant au CAARUD, 60% des patients s'injectent leur TSO et 20% la sniffent. Un mésusage est donc observé au CAARUD.

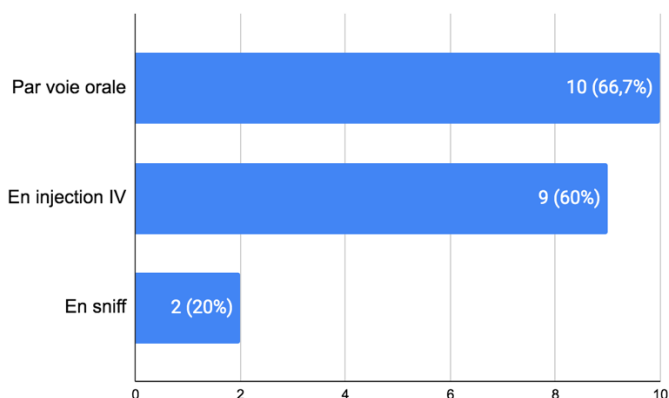


Figure 29 : Voies d'administration des TSO par les patients du CAARUD (n=15)

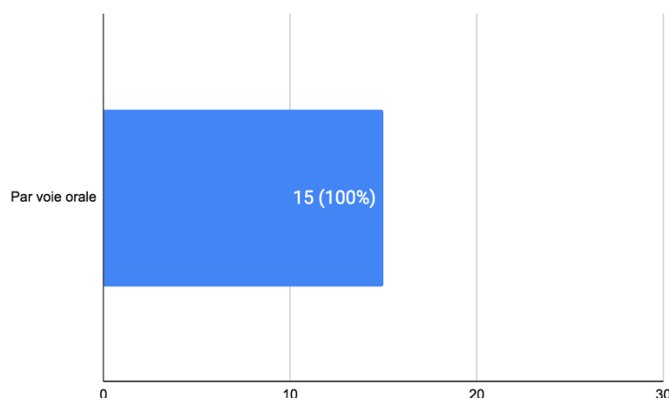


Figure 30 : Voies d'administration des TSO par les patients du CSAPA (n=15)

### **Question 7 : Où allez-vous chercher vos médicaments (Question à choix multiples)**

Les TSO sont majoritairement délivrés en officine (100% pour les patients CSAPA et 66,7% pour les patients du CAARUD) (cf figures 34 et 35). Nous observons au CAARUD, une délivrance en CSAPA pour 20% de ces patients mais également un trafic de rue. En effet, 33,3% des patients du CAARUD en achètent dans la rue

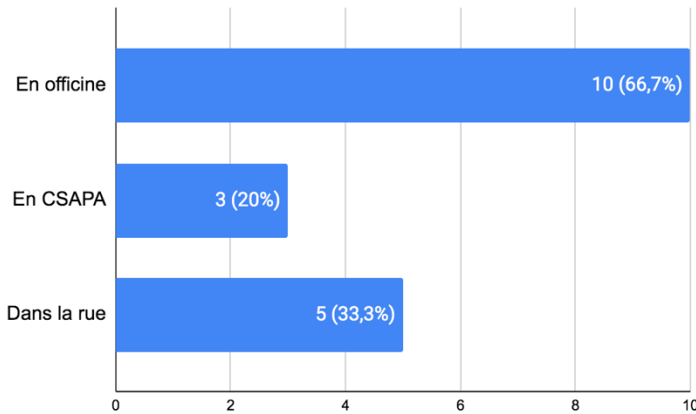


Figure 31 : Lieu de délivrance des TSO pour les patients du CAARUD (n=15)

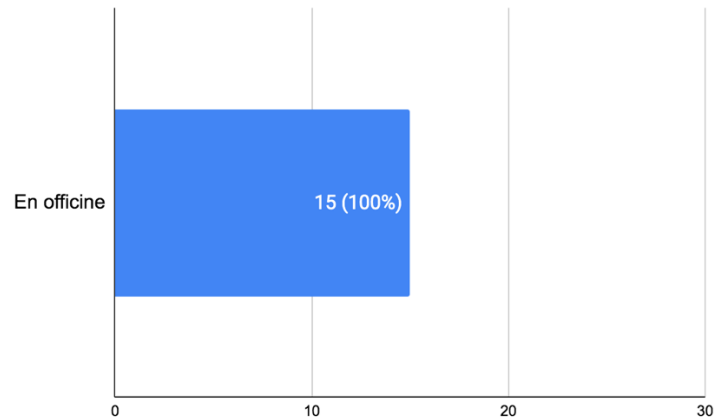


Figure 32 : Lieu de délivrance des TSO pour les patients du CSAPA (n=15)

### **Question 8 : Allez-vous dans la même pharmacie pour votre TSO et pour tous vos autres traitements ?**

Au CAARUD comme au CSAPA, les patients sous TSO vont généralement dans la même pharmacie pour leur TSO et pour leurs autres traitements (100% pour les patients du CSAPA et 80% pour ceux du CAARUD) (cf figures 36 et 37).

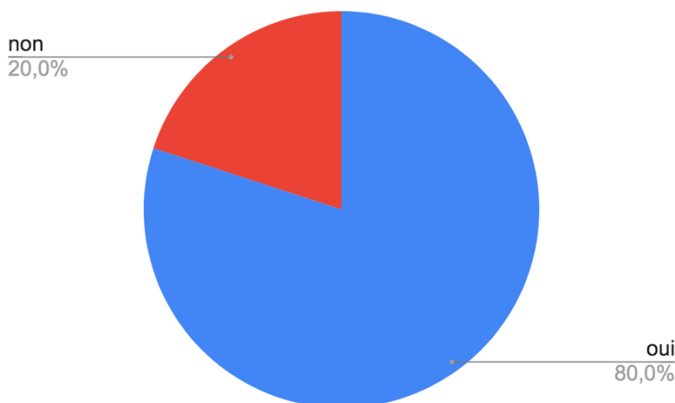


Figure 33 : Question 8 au CAARUD : Allez-vous dans la même pharmacie pour votre TSO et pour vos autres traitements ? (n=15)

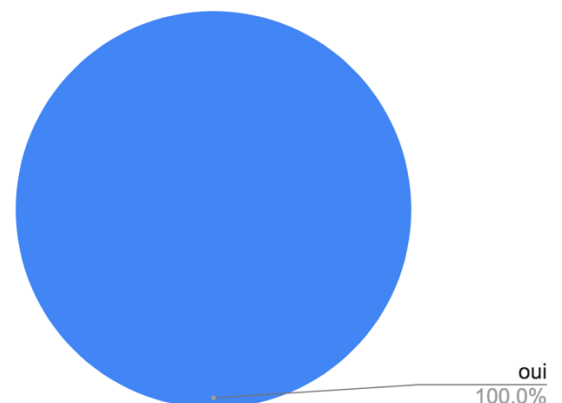


Figure 34 : Question 8 au CSAPA : Allez-vous dans la même pharmacie pour votre TSO et pour vos autres traitements ? (n=15)

Cependant 20% des patients du CAARUD (cf figure 36) vont dans une pharmacie différente pour leur TSO et leurs autres traitements pour différentes raisons :

- « Je vais dans une pharmacie différente pour les Stéribox® » (peur du jugement) (n=2)
- « Je vais au plus près » (n=1).

**Question 9 : Est-il important pour vous d'avoir le même pharmacien pour s'occuper de vous ?**

Que ce soit au CAARUD ou au CSAPA, la majorité des patients sous TSO pensent qu'il est important d'être servi par le même pharmacien (100% pour les patients du CSAPA et 53,3% pour ceux du CAARUD) (cf figures 38 et 39). Cependant 46,7% des patients du CAARUD ne voient pas l'importance d'être servis par le même pharmacien.

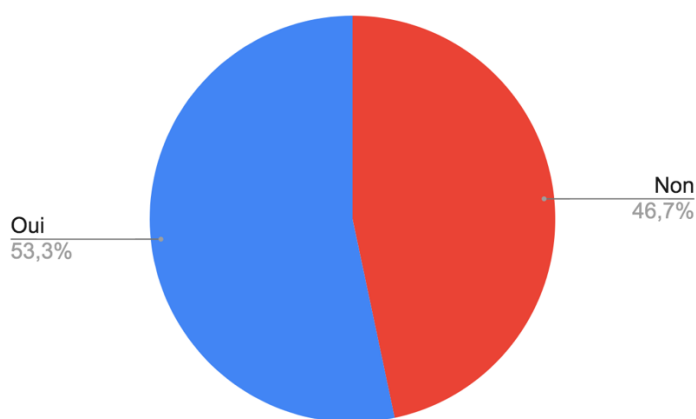


Figure 35 : Question 9 au CAARUD : Est-il important pour vous d'avoir le même pharmacien pour s'occuper de vous ? (n=15)

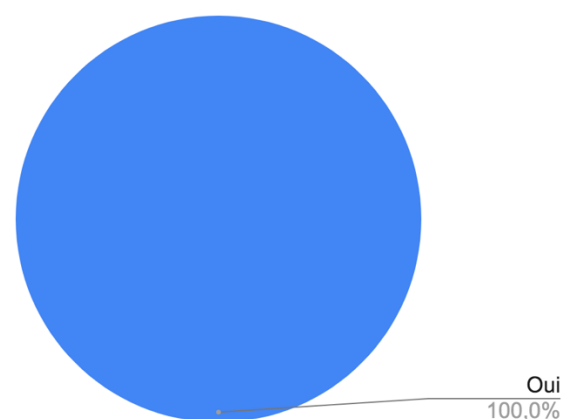


Figure 36 : Question 9 au CSAPA : Est-il important pour vous d'avoir le même pharmacien pour s'occuper de vous ? (n=15)

Nous allons maintenant voir ci-dessous (cf tableau 12), pourquoi il est important pour ces patients d'être servis par le même pharmacien.

Tableau 12 : Raisons pour lesquelles il est important d'être servi par le même pharmacien (n=30)

Est-il important pour vous d'avoir le même pharmacien qui s'occupe de vous ?	OUI 23 (76,7%)	NON 7 (23,3%)
Pourquoi ?	« J'ai confiance en lui et j'ai une bonne affinité avec lui » 6 (26,1%)	Sans réponses 6 (85,7%)
	« Il me connaît » 8 (34,8%)	« Jamais satisfait par aucun pharmacien » 1 (14,3%)
	« Pour le suivi et la confidentialité » 4 (17,4%)	
	« Il me soutient » 1 (4,3%)	

Parmi les 7 patients ayant répondu « non » à cette question, un seul a justifié sa réponse.

**Question 10 : Que demandez-vous en officine en plus de votre TSO ? (Question à choix multiples)**

Au CAARUD comme au CSAPA, la majorité de ces patients demandent aux pharmaciens d'autres médicaments en plus de leur TSO (60% au CAARUD et 86,7% au CSAPA) (cf figure 40 et 41).

Au CSAPA, 33,3% des patients demandent aussi des conseils aux pharmaciens. Au CAARUD aucun n'en demande mais 46,7% d'entre eux demandent un Stéribox®.

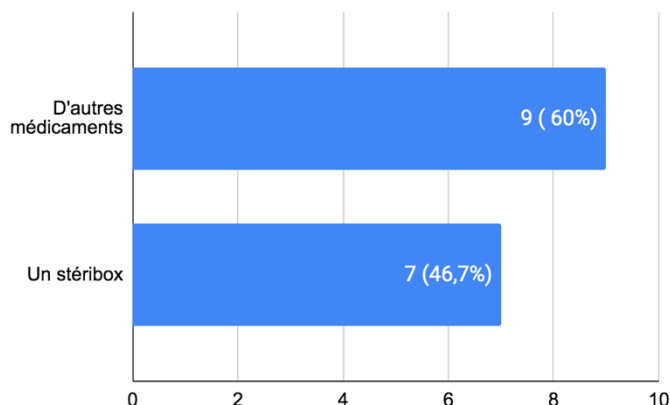


Figure 37 : Question 10 au CAARUD : Dans une officine, que demandez-vous en plus de votre TSO ? (n=15)

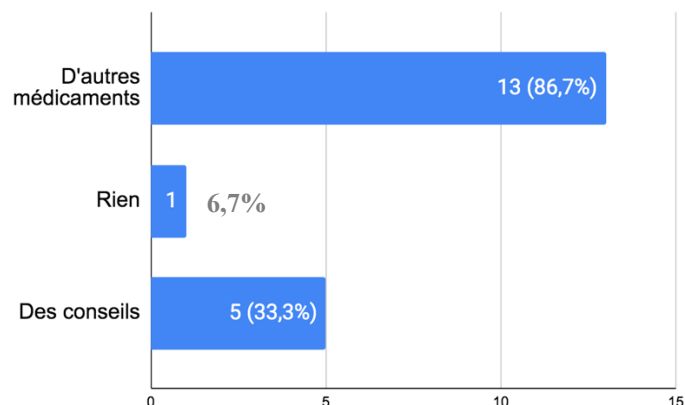


Figure 38 : Question 10 au CSAPA : Dans une officine, que demandez-vous en plus de votre TSO ? (n=15)

### **Question 11 : Comment évaluez-vous votre relation avec votre/les pharmaciens ?**

La relation entre les patients sous TSO et le pharmacien paraît plutôt bonne, 71,4% (20 sur 28) des patients notent cette relation entre 4/5 et 5/5 (cf tableau 13).

Les patients du CAARUD semblent avoir une relation moins bonne avec leurs pharmaciens.

Tableau 13 : Relations entre les patients sous TSO et le pharmacien

Comment évaluez-vous votre relation avec votre/les pharmaciens ?	CAARUD	CSAPA	TOTAL
1 (Mauvaise)	0	0	0
2	0	0	0
3	7 (50%)	1 (7,1%)	8 (28,5%)
4	3 (21,4%)	7 (50%)	10 (35,7%)
5 (Très bonne)	4 (28,6%)	6 (42,9%)	10 (35,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>28</b>



**Question 12 :** CAARUD et CSAPA confondus

- a) Sentez-vous un jugement de valeur de la part du pharmacien ?
- b) Avez-vous déjà eu une relation conflictuelle avec le pharmacien ?
- c) Pensez-vous être servi comme n'importe quel patient ?

Nous pouvons voir que 23,3% des patients ne ressentent jamais un jugement de valeur de la part du pharmacien et 43,3% que rarement (cf figure 42). Cependant, 10% des patients ressentent parfois voire toujours pour 3,3% d'entre eux, un jugement de valeur de la part du pharmacien.

Ensuite, il semblerait que 30% des patients n'aient jamais eu de relation conflictuelle avec le pharmacien (cf figure 43).

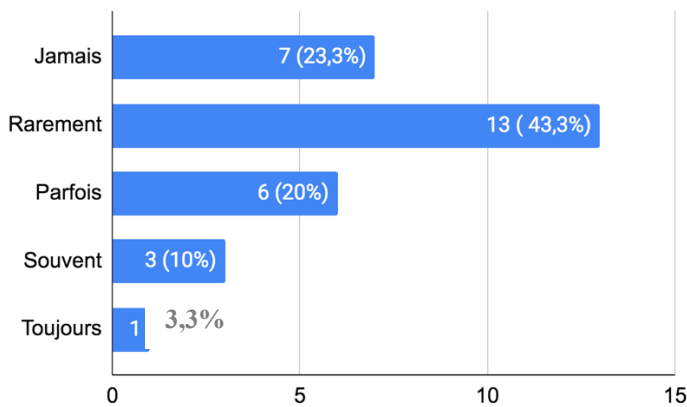


Figure 39 : D'un point de vue général, sentez-vous un jugement de valeur de la part du pharmacien ? (n=30)

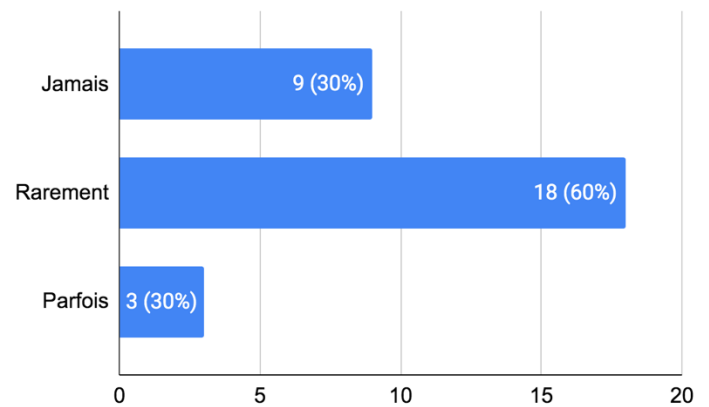


Figure 40 : Avez-vous déjà eu une relation conflictuelle avec le pharmacien ? (n=30)

Parmi ces patients sous TSO, 23,3% d'entre eux pensent toujours être servis comme n'importe quel autre patient dans une officine (cf figure 44). Cependant, 3,3% pensent ne jamais être servis comme tout le monde et, 6,7% pensent être rarement servis comme tout le monde.

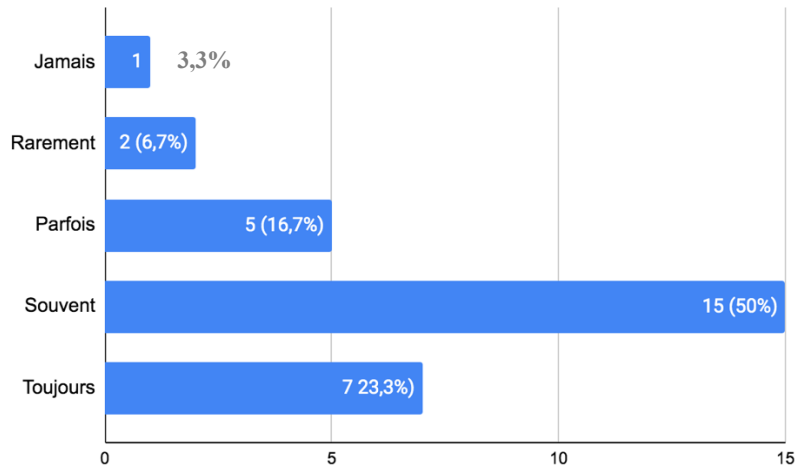


Figure 41 : Pensez-vous être servi comme n'importe quel patient ? (n=30)

**Question 13 : Avez-vous des exemples négatifs de remarques régulièrement citées par les pharmaciens ?**

Nous observons, sur les figures 45 et 46, que 46,7% des patients du CAARUD et 20% des patients du CSAPA ont vécu au moins une expérience négative en officine.

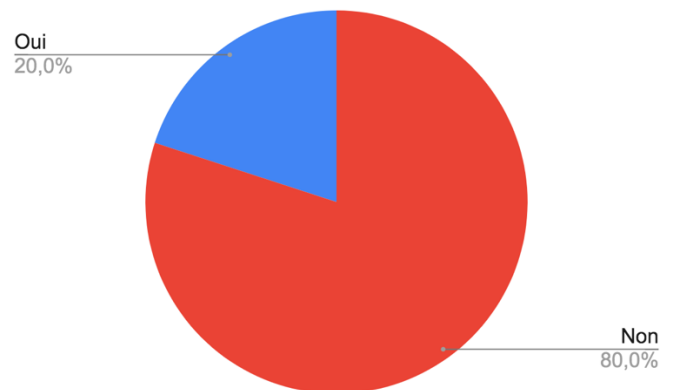
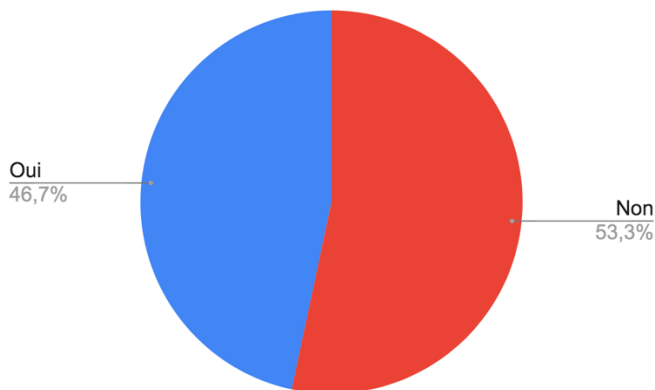


Figure 42 : Question 13 au CAARUD : Avez-vous des exemples négatifs de remarques régulièrement citées par les pharmaciens ? (n=30)

Figure 43 : Question 13 au CSAPA : Avez-vous des exemples négatifs de remarques régulièrement citées par les pharmaciens ? (n=30)

Nous allons maintenant voir ci-dessous (cf tableau 14), les remarques négatives citées par les pharmaciens.

Tableau 14 : Remarques négatives en officine

	<b>Exemples de remarques négatives citées par les pharmaciens d'officine</b>
<b>CAARUD</b>  <b>(n=7)</b>	« On ne fait pas ce genre de traitement »  <b>3 (44%)</b>
	« Les gens comme vous »  <b>1 (14%)</b>
	« Mais pourquoi vous achetez ça ? » en parlant d'une Steribox® (le patient s'est senti jugé)  <b>1 (14%)</b>
	« Allez chercher votre traitement ailleurs ou allez faire la manche ! »  <b>1 (14%)</b>
	« Vous avez vu l'état de vos mains ? » (Jugement physique ressenti)  <b>1 (14%)</b>
<b>CSAPA</b>  <b>(n=3)</b>	« Vous ne venez jamais le jour convenu ! »  <b>3 (100%)</b>

**Question 14 : En plus de la vente de votre traitement, que vous apportent les pharmaciens ?** (Question à choix multiples)

Globalement, au CAARUD comme au CSAPA, les patients trouvent que le pharmacien leur apporte en plus de leur traitement, des conseils sur les modalités de prise et la posologie (41,7% pour les patients du CAARUD et 84,7% pour ceux du CSAPA) et une aide psychologique (58% pour les patients du CAARUD et 46% pour ceux du CSAPA) (cf tableau 15).

Tableau 15 : Ce qu'apporte le pharmacien à ses patients sous TSO

<b>En plus de délivrer votre traitement, que vous apportent les pharmaciens ? (Question à choix multiples)</b>	<b>CAARUD (n=12)</b>	<b>CSAPA (n=13)</b>	<b>TOTAL (n=25)</b>
<b>Des conseils sur les risques infectieux liés à l'injection</b>	<b>2 (16,7%)</b>	<b>0</b>	<b>2 (5,9%)</b>
<b>Des conseils sur les modalités de prise ainsi que sur la posologie</b>	<b>5 (41,7%)</b>	<b>11 (84,7%)</b>	<b>16 (47%)</b>
<b>Des informations sur les symptômes liés au syndrome de manque</b>	<b>2 (16,7%)</b>	<b>1 (7,8%)</b>	<b>3 (8,8%)</b>
<b>Une aide psychologique : écoute, encouragement etc</b>	<b>7 (58%)</b>	<b>6 (46%)</b>	<b>13 (38,2%)</b>

**Question 15 : Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle important dans la réussite de votre traitement ? Pourquoi ? Et comment y participe-t-il ?**

Enfin, 53,3% des patients du CAARUD et 86,7% des patients du CSAPA pensent que le pharmacien a un rôle important dans la réussite de leur traitement (cf figures 47 et 48).

Cependant au CAARUD, nous observons tout de même que 46,7% des patients pensent que le pharmacien n'a pas un rôle important dans la réussite de leur traitement.

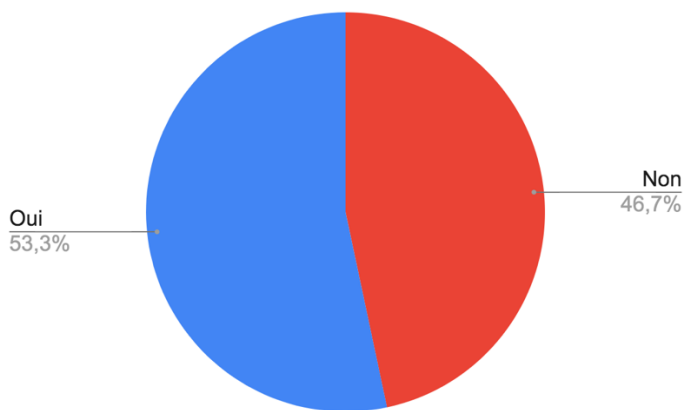


Figure 44: Question 15 au CAARUD : Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle important dans la réussite de votre traitement ? (n=15)

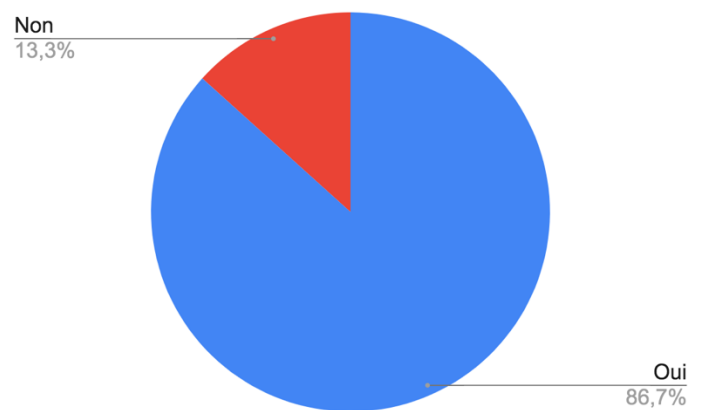


Figure 45 : Question 15 au CAARUD : Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle important dans la réussite de votre traitement ? (n=15)

Nous allons maintenant voir dans le tableau ci-dessous (cf tableau 16) comment le pharmacien participe à cette réussite. Nous verrons aussi pourquoi, pour certains de ces patients, le pharmacien n'a pas un rôle important dans la réussite de leur traitement.

Tableau 16 : Rôle du pharmacien dans la réussite des TSO

Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle important dans la réussite de votre traitement ?	OUI (n=21)	NON (n=9)	TOTAL (n=30)
POURQUOI ?	<i>Sans réponse</i> <b>16 (76,3%)</b>	<i>« Manque de formation et de temps »</i> <b>2 (22,2%)</b>	
	<i>« Me connaît et me soutient »</i> <b>5 (23,8%)</b>		
	<i>« Toujours présent et à l'écoute »</i> <b>3 (14,3%)</b>	<i>« N'est qu'un commerçant »</i> <b>2 (22,2%)</b>	
	<i>« À l'écoute »</i> <b>3 (14,3%)</b>	<i>« Me permet uniquement d'avoir mon traitement »</i> <b>2 (22,2%)</b>	
	<i>« Encourageant »</i> <b>2 (9,5%)</b>	<i>« Je n'ai aucun lien avec mon pharmacien, c'est une personne lambda »</i> <b>1 (11,1%)</b>	
	<i>« Respectueux »</i> <b>1 (4,8%)</b>	<i>« M'angoisse car me pose trop de question »</i> <b>1 (11,1%)</b>	
	<i>« Me donne des conseils »</i> <b>1 (4,8%)</b>	<i>« Me colle une étiquette de tox »</i> <b>1 (11,1%)</b>	
	<i>- « Aide psychologique »</i> <b>1 (4,8%)</b>		

Notons dans le tableau 17 (ci-dessous), les remarques faites par les patients du CAARUD dans le but d'améliorer la relation entre les patients sous TSO et le pharmacien d'officine.

Tableau 17 : Remarques faites par les patients du CAARUD (n=15)

<p><b>Remarques faites par les patients du CAARUD dans le but d'améliorer leur accueil et leur prise en charge en officine</b></p>	<p><i>« Moins de jugement, enlever l'étiquette « tox » »</i> =&gt; jugement souvent ressenti à travers le regard du pharmacien. Selon eux, le pharmacien doit faire attention à la manière dont il les regarde.</p> <p><b>4 (26,7%)</b></p>
	<p><i>« Mauvaise expérience des génériques, à éviter »</i></p> <p><b>1 (6,7%)</b></p>
	<p><i>« L'injection n'est pas assez connue par les professionnels de santé, ils devraient plus en parler et, prévenir sur les bons gestes à faire »</i></p> <p><b>1 (6,7%)</b></p>
	<p><i>« Plus d'accompagnement en officine pour les femmes enceintes »</i></p> <p><b>1 (6,7%)</b></p>

### **3.5.4.2. Analyse des résultats**

#### **3.5.4.2.1. Profils des patients**

Les participants sont majoritairement des hommes avec en moyenne 38 ans au CAARUD et 44 ans au CSAPA. Dans une enquête nationale menée en 2020 par OFDT(49) sur les personnes sous TSO, nous observons également que les hommes sont majoritaires (77%) et d'âge moyen 40,6 ans. Sur ces points, les tranches d'âge correspondent aux statistiques nationales.

Ensuite, dans mon étude, la majorité des patients sont de nationalité française et, avec tous une bonne maîtrise de la langue française et, une couverture sociale. Nous avons aussi pu compter autant de personnes sans emploi que de personnes avec un emploi régulier, en invalidité ou maladie.

De plus, dans une étude de 2013 parue dans un article intitulé «Recours aux traitements de substitutions dans les sorties des addictions » et réalisée sur 341 patients sous TSO rencontrés dans des structures de soins et des groupes de support addictologie en région parisienne (disponible sur le site cairn.info) (57) ), nous avons observé que :

- 82 % des patients étaient de nationalité française avec une bonne maîtrise de la langue ;
- 44% des patients étaient au chômage et 19% en maladie ou invalidité ;
- 95,6% des patients avaient une couverture sociale.

Ainsi nous pouvons dire que les résultats de mon étude concordent avec cette dernière.

Le profil des usagers observé dans mon enquête semble donc être assez représentative de l'ensemble des usagers de TSO.

Notons tout de même que la quasi-totalité des personnes interrogées au CAARUD (11 sur 15) n'avaient pas d'emploi et inversement, la majorité des personnes interrogées au centre Bobillot avait un emploi régulier (9 sur 15). Ceci révèle une différence de mode de vie et de moyens entre ces deux populations.

#### **3.5.4.2.2. Les MSO, leurs voies d'administration et leurs lieux de délivrance.**

De manière globale, nous observons grâce à cette enquête autant de consommateurs de Subutex® que de Méthadone® (forme sirop et gélule confondues). Notons que 6,7% (2 sur 30) des patients consomment de la BHD sous forme générique.

Dans une étude nationale réalisée en 2020 par L'OFDT(49), le Subutex® est le TSO le plus consommé, à 61%, la méthadone à 38% (avec 57% sous forme gélule) et le Suboxone® à 5%.

Nous avons donc observé moins d'utilisateurs de Subutex® (14 sur 30 soit 46,7%) et plus d'utilisateurs de Suboxone® (10% soit 3 sur 30).



Ensuite, grâce à ces 30 questionnaires, nous remarquons quelques différences entre les patients du CAARUD et du CSAPA (cf tableau 18).

Tableau 18 : Différences de consommation entre les patients du CAARUD et du CSAPA

CAARUD	CSAPA
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 60% consomment de la BHD, 26,7% de la méthadone et 13,3 % du Suboxone®</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Autant de personnes sous BHD (7 sur 15) que de personnes sous méthadone soit 46,7% et 6,6% sous Suboxone® (1 sur 15).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plusieurs voies d'administration peuvent être utilisées par un même usager ; 66,7 % utilisent la voie orale, 60 % (9 sur 15) la voie IV et 30 % en sniff (aucune consommation par voie inhalée n'a été rapportée)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 100 % des patients prennent leur TSO par voie orale</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 46,7% (7 sur 15) achètent des Steribox® en officine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aucun des patients n'achète de Steribox® en officine</li> </ul>

Ainsi nous observons une consommation de méthadone plus importante au CSAPA qu'au CAARUD et un mésusage au CAARUD. Ce mésusage semble plus important chez les personnes sous BHD. En effet, 7 des 9 patients du CAARUD sous Subutex® se l'injectent et achètent des Stéribox® en officine. Ces tendances ont été confirmées par le rapport de 2019 de l'OFDT. (49)

Cependant, dans ce même rapport de l'OFDT, nous notons un mésusage lié à la voie d'administration chez les patients traités sous BHD en CSAPA : 43 % utilisent la voie orale, 25 % la voie IV, 25% le sniffent et 4 % l'inhalent. Ceci ne ressort pas dans l'étude. Les hypothèses pour comprendre cette différence peuvent être que :

- Les patients ne s'injectent pas car l'injection fait partie de la prise en charge du CSAPA.
- Les patients n'ont pas souhaité parler de l'injection.

Enfin, nous remarquons que tous les patients du CSAPA prennent leur traitement en pharmacie. En revanche, au CAARUD 33,3% de ces derniers ont déjà acheté des TSO dans la rue. Un trafic de rue autour de ces molécules est donc observé. Pour en avoir discuté avec les personnes du CAARUD, leurs achats dans la rue étaient souvent liés à la difficulté de suivi des posologies des TSO déjà

délivrés en officine (« ils en voulaient plus »), à la peur de « manquer » ou à une couverture sociale absente.

En effet, un trafic de rue est déjà connu pour ces médicaments, surtout le Subutex®. Ce trafic est cependant difficilement quantifiable. Je n'ai pas trouvé d'étude montrant le pourcentage de patients sous TSO achetant du Subutex® ou de la méthadone dans la rue.

En sommes, nous pouvons à ce stade mettre en évidence l'existence d'un lien entre :

- le mésusage et la situation professionnels des patients. En effet, le mésusage semble plus important dans la population du CAARUD qui compte en majorité des personnes vivant dans la précarité et/ou sans emplois ;
- le mésusage et un suivi médical régulier. Les patients du CSAPA avec un suivi médical moins régulier n'ont pas recours à la voie injectable ;
- le mésusage et les traitements sous Subutex ® : au CAARUD, la voie IV est utilisée par 7 des 9 patients sous BHD.

Ainsi, la situation professionnelle et un suivi médical régulier semblent deux éléments importants dans la réussite de ce traitement.

#### **3.5.4.2.3. Expériences des patients sous TSO en officine**

Tout d'abord, lorsque nous regardons les questions 12a et 12b (CAARUD et CSAPA confondus), ces réponses semblent être d'une grande cohérence : 23,3% des personnes pensent être toujours servies comme n'importe quel autre patient et ne pas subir de jugement de valeur de la part du pharmacien. Ces mêmes 23,3% déclarent n'avoir jamais été en conflit avec leur pharmacien.

À l'opposé, 3,3% des usagers interrogés pensent ne jamais être servis comme tout le monde et être toujours victimes d'un jugement de valeur. On peut recouper ce chiffre avec les 6,7 % qui ont parfois des relations conflictuelles avec le pharmacien ou la pharmacienne.

Ainsi il semblerait que la majorité des patients pensant subir un jugement de valeur de la part du pharmacien ont eu des relations conflictuelles avec ce dernier.

Notons également qu'au CAARUD, deux des patients ont rapporté préférer acheter leur Stéribox® dans une pharmacie différente de celle où ils prennent leurs TSO par peur du jugement de leur pharmacien, peur de les décevoir.

Ensuite, 33,3% des patients ont pu citer des remarques négatives reçues en officine.

Au CAARUD 46,7 % ont pu en citer. Parmi ces 46,7% :

- aucun ne voit l'importance d'être servi par le même pharmacien ;

- tous pensent que les pharmaciens ne sont pas des acteurs importants pour la réussite de leur traitement.

En CSAPA, parmi les 20% (3 sur 15) ayant subi des remarques négatives, 66,7% (2 sur 3) pensent que les pharmaciens ne sont pas des acteurs importants pour la réussite de leur traitement.

Ainsi, les patients du CAARUD, avec un suivi médical moins régulier rapportent plus d'expériences négatives en officine. Une expérience négative en officine pourrait donc être la cause d'un manque de suivi médical.

De plus, il semblerait que la majorité des patients victimes de remarques négatives en officine, pensent que le pharmacien n'a pas un rôle important dans la réussite de leurs traitements.

La première rencontre avec un pharmacien semble donc déterminante pour un suivi médical régulier et la réussite de leurs traitements. Cependant, nous n'avons pas pu apprécier le nombre de remarques négatives perçues par rapport au nombre de pharmaciens vus par ces patients. Quel qu'en soit le nombre, une seule mauvaise expérience a pu suffire pour qu'ils aient une image négative de tous les pharmaciens d'officine.

#### **3.5.4.2.4. Rôle du pharmacien d'officine**

Dans cette étude, nous remarquons que pour 70% des patients sous TSO le pharmacien d'officine est un acteur important dans la prise en charge de leur traitement. Ensuite pour 53,3% d'entre eux, le pharmacien apporte en plus de leur traitement, des conseils sur les modalités de prises ainsi que les posologies mais également une aide psychologique, un soutien (à 43,3%).

Nous remarquons aussi que les patients du CAARUD semblent avoir moins confiance et semblent moins à l'aise avec les pharmaciens.

En effet, au CAARUD aucun ne demande de conseils aux pharmaciens en plus de leur TSO alors que 33,3% des patients du CSAPA en demandent.

De plus, les patients sont attachés au fait d'être servis par le même pharmacien. Effectivement, ces patients préfèrent s'adresser au même pharmacien pour un meilleur suivi mais aussi au pharmacien en qui ils ont confiance, qu'ils connaissent et qui connaît leurs familles.

Ainsi établir une relation de confiance, apporter des conseils et une aide psychologique semblent être des éléments nécessaires pour la réussite de ces traitements.

Cependant certains usagers reprochent aux pharmaciens leur manque de temps et de formation. Ils voient le pharmacien comme un simple commerçant. D'autres ressentent un jugement de la part de ces derniers, ont l'impression que le pharmacien « leur colle une étiquette de toxicomane ».

### 3.5.5. Difficultés et limites

L'idéal aurait été d'avoir plus de participants pour une étude plus significative. Ceci aurait été possible avec plus de temps et de disponibilités (le CAARUD était ouvert que deux jours dans la semaine : mardi de 15h à 20h et le jeudi de 14h à 18h).

Au CAARUD, lors de ma première arrivée, j'ai pu sentir une certaine méfiance chez certaines de ces personnes mais dans l'ensemble j'ai été très vite incluse aux groupes. J'ai pu réaliser mes entretiens dès ma deuxième visite. Ils m'ont tous répondu avec sympathie et intérêt. Pour d'autres, les entretiens furent plus difficiles vu leur état psychique et physique altérés à la suite d'une prise de stupéfiant. J'ai également eu du mal à trouver de nouveaux patients pour mon questionnaire, je croisais souvent les mêmes personnes. Il m'est arrivé de me rendre au CAARUD et de ne faire aucun entretien de l'après-midi car je connaissais déjà toutes les personnes présentes.

Pour réaliser ces entretiens, l'important est de ne pas avoir d'a priori sur ces patients et notre attitude. Il faut être à leur écoute, ouvert, observateur et faire preuve d'empathie. Il ne faut surtout pas qu'ils ressentent un jugement de valeur de notre part. Selon moi, le plus dur est de ne pas s'impliquer émotionnellement. Certains parcours de vie peuvent nous toucher, certaines de leurs pratiques peuvent nous surprendre mais il faut savoir rester distant et neutre face à ça.

Enfin, les réponses aux questions 12a, 12b et 12c ont été plus difficiles à interpréter car les réponses « rarement », « parfois », « souvent » sont fortement dépendantes de la subjectivité, plus encore que « toujours » ou « jamais ». En effet, si la personne interrogée a eu une expérience conflictuelle lors de sa dernière visite dans une pharmacie ou au contraire, que tout s'est bien passé, la première aura plus tendance à répondre « souvent » et la deuxième « parfois » ou même « rarement ». De plus, les significations que recouvrent ces différentes réponses sont variables d'un individu à l'autre. Si un événement se produit 1 fois sur 4, est-ce « rarement » ou « parfois », ou même « souvent » ? Et s'il se produit 9 fois sur 10, est-ce « toujours » ? Et 1 fois sur 10, « jamais » ? C'est pourquoi les résultats à ces trois questions sont à analyser avec prudence.

### 3.5.6. Résumé

La majorité des personnes interrogées étaient des hommes français avec une bonne maîtrise de la langue française et avaient une couverture sociale. Nous avons observé une consommation légèrement plus importante pour le Subutex®. Ces traitements sont délivrés majoritairement en pharmacie. Cependant un mésusage lié à la voie d'administration et un trafic de rue ont été observés au CAARUD, avec une forte consommation des TSO par voie injectable. La majorité des patients ayant recours à la voie injectable sont sous Subutex®. Cependant en CSAPA, où les patients ont un suivi médical plus régulier, aucun ne mentionne la pratique de l'injection. Un suivi médical régulier diminuerait donc les mésusages liés à la voie d'administration. Notons également que les réponses

des usagers du CSAPA à cette question ont pu être influencées par le fait qu'ils répondaient en présence de leur médecin. En effet, cette pratique semble encore taboue. Les usagers du CAARUD achetaient systématiquement leurs Stéribox® dans une pharmacie différente de celle où ils prenaient leur TSO de peur d'être jugés ou de décevoir leur pharmacien.

Ensuite, nous avons pu remarquer l'importance d'une insertion professionnelle et sociale pour la réussite de ces traitements. En effet les patients menant une vie plutôt marginale et souvent sans emploi (patients du CAARUD) ont tendance à avoir un suivi médical moins régulier et une tendance aux mésusages (consommation par voie injectable ou sniff).

De plus, 27% des interrogés pensent que le pharmacien n'a pas un rôle important dans la réussite de leur traitement. Parmi ces 27% la quasi-totalité d'entre eux ont pu citer des remarques négatives de la part de pharmaciens et n'avaient pas de suivi médical régulier. La première rencontre en officine avec un patient sous TSO semble donc déterminante pour l'insertion du patient dans un parcours de soins et pour la réussite de son traitement. Cette première rencontre détermine également l'image qu'ils vont avoir des pharmaciens.

En revanche pour la majorité des patients, notamment pour les patients du CSAPA, le pharmacien semble être un acteur important pour la réussite de leur traitement. Ceci pouvant s'expliquer grâce au travail en réseau fait depuis des années entre les CSAPA et les pharmaciens d'officine et par le protocole méthadone sélectionnant les patients qui ont déjà confiance en un professionnel de santé. De manière globale, en plus des TSO, le pharmacien apporte à ces patients une aide psychologique, un soutien. Ces patients préfèrent également être servis par le même pharmacien, pour leur suivi et pour une question de confiance.

Enfin, il semblerait que 2/3 des patients interrogés se sentent stigmatisés de temps en temps ou souvent ou toujours lorsqu'ils sont dans une pharmacie. Des efforts doivent donc être faits par les pharmaciens au sujet de l'accueil de ces patients sous TSO en officine. Ces derniers doivent être servis comme n'importe quel autre patient. Ainsi, un meilleur accueil en officine permettrait de gagner la confiance, l'adhésion de ces patients à un parcours de soin et également une meilleure réussite de ces traitements.

Nous allons maintenant voir comment les pharmaciens peuvent améliorer l'accueil et la prise en charge de ces patients en officine.

### 3.6. Pistes d'améliorations

Comme nous l'avons vu précédemment la première rencontre en officine avec les patients sous TSO est déterminante pour la poursuite et la réussite d'un traitement.

#### 3.6.1. Mieux former les pharmaciens sur les pratiques de l'injection

- « *L'injection n'est pas assez connue par les professionnels de santé, ils devraient plus en parler et, prévenir sur les bons gestes à faire* » (cf tableau 15).

L'injection semble encore taboue. Certains des patients du CAARUD, ont rapporté acheter leur Stéribox® dans une pharmacie différente de celle où ils prennent leurs TSO, par peur du jugement. Le pharmacien peut se former sur cette pratique de réduction des risques et des dommages (RdRD). Cette formation permettrait au pharmacien de connaître le matériel de RdRD et l'intérêt dans les risques infectieux. Il pourrait plus facilement échanger sur l'injection et sur les bons gestes à faire. Cette formation renforcerait son rôle dans le dispositif de réduction des risques et de dommages.

Cette formation pourrait se faire :

- Sur internet via le site <http://www.apothicom.org/> par exemple. Ce site présente le Stéribox®, décrit tous les éléments de cette boîte et montre comment ces derniers s'utilisent. Les vidéos de ce site détaillent également toutes les étapes d'une injection de drogue et comment chaque élément d'un Stéribox® permet de réduire le risque d'infection.
- Grâce au DIU Addictologie proposé par la faculté de pharmacie de Limoges.
- Durant notre cursus à la faculté de pharmacie, lors de nos cours d'addictologie. Tout d'abord, il serait intéressant de montrer aux étudiants le contenu d'un Stéribox® et, comment chacun des éléments contenus dans cette boîte permet de réduire les risques d'infections lors d'injections de drogue. Les différentes étapes d'une injection de drogues devraient aussi être connues des étudiants. Des vidéos du site <http://www.apothicom.org/> montrant les différentes étapes d'une injection à moindre risque pourraient être diffusées lors de ces enseignements.
- Grâce à un partenariat avec le CAARUD AIDES. Des membres de cette association pourrait intervenir dans les officines et, montrer à l'ensemble de l'équipe officinale le matériel nécessaire pour une injection de drogue à moindre risque. Ils pourraient aussi présenter tous les éléments contenus dans un Stéribox® et, expliquer comment chacun de ces éléments limite le risque d'infection.

### 3.6.2. Former les pharmaciens sur les TSO et les problématiques liées aux publics fragiles

- « *Mauvaise expérience des génériques, à éviter* » (cf tableau 15).

De ce que j'ai pu observer en officine, les patients sous TSO ont une certaine méfiance vis-à-vis des génériques du Subutex®. Beaucoup pensent que les génériques sont moins efficaces, d'autres reprochent à ces génériques de fondre moins facilement dans la bouche et d'avoir mauvais goût.

Tout d'abord, le pharmacien se doit d'informer le patient sur ce qu'est un médicament générique. On lui expliquera que le générique contient le même principe actif que le médicament original avec la même quantité et qu'il doit avoir la même efficacité que son princeps pour être commercialisé. Cependant on préviendra le patient des éléments qui peuvent varier entre un médicament princeps et son générique : les excipients et la galénique. (58)

En effet, un médicament générique n'est pas toujours une copie conforme du médicament original. Il peut avoir un aspect différent par sa taille, sa couleur, son goût ou sa forme par exemple. Les génériques permettent également de réduire le coût et de faire des économies pour le système de soins. Les médicaments génériques sont moins chers car les coûts de recherche et de développement du principe actif original ont été économisés par le laboratoire qui les produit.(58)

De plus, en 2011, le réseau français de pharmacovigilance a été alerté par des signalements de lésions cutanées survenant suite au mésusage de la buprénorphine haut dosage (injection par voie intraveineuse à partir des comprimés sublinguaux) dont certaines ont évolué vers une nécrose. 27 cas ont été notifiés sur une période d'un an, dont 23 cas avec les génériques du Subutex® et 4 cas avec le Subutex®. La taille des particules contenues dans les excipients pourrait expliquer cette différence (59). Le pharmacien doit donc être informé sur les risques majorés de l'injection de BHD générique par voie intraveineuse afin de prévenir ses patients. Ainsi le pharmacien pourra adapter sa délivrance et, décider pour une raison de sécurité, de ne pas proposer la forme générique du Subutex® chez un patient qui a recours à l'injection. Il informera également le médecin de ce mésusage afin d'adapter au mieux le traitement.

Enfin, la BHD générique semble davantage être utilisée par des patients plus observants et plus stables et, la pratique de l'injection semble plus fréquente chez les patients sous Subutex® (60). En effet, les patients du CAARUD m'ont dit eux-mêmes que le comprimé de Subutex® étaient plus facile à s'injecter que son générique.

- « Plus d'accompagnement en officine pour les femmes enceintes » (cf tableau 15).

Tout d'abord, le pharmacien pourra rappeler aux femmes enceintes sous TSO, les deux molécules ayant l'AMM lors d'une grossesse : la méthadone et la BHD. Cependant, il précisera que le Suboxone® est contre indiqué pendant la grossesse et l'allaitement.

Ensuite, il peut informer ses patientes sur le fait qu'une grossesse sous TSO est toujours considérée comme une grossesse à haut risque :

- 15% des femmes accouchent prématurément ;
- 30% accouchent par césarienne ;
- 30% des fœtus souffrent d'hypotrophie ;
- 78% des nouveau-nés sont victimes d'un syndrome de sevrage (61).

Ces femmes sont souvent très inquiètes de l'éventualité d'un syndrome de sevrage chez leur enfant. Elles demandent souvent une diminution de leur traitement ou un sevrage en espérant éviter l'impact des opiacés sur leur bébé, notamment le syndrome de sevrage. Il est très important de leur expliquer l'intérêt d'un traitement de substitution bien équilibré pendant la grossesse et l'absence de corrélation entre le syndrome de sevrage du nouveau-né et la posologie maternelle. (62)

Ainsi, le pharmacien rappellera à ces femmes l'importance d'une prise régulière de leur traitement pour la sécurité du fœtus. Il expliquera aussi que ces risques seront majorés en cas de mauvaise observance, de mésusage de TSO ou de poly consommation de drogues.

Le pharmacien pourra également donner aux femmes enceintes sous TSO, une plaquette d'information sur « les TSO et la grossesse » lors de la délivrance de leur traitement. Par exemple celle réalisée par le CSAPA 37 et téléchargeable directement sur leur site (63)

De plus, pendant la grossesse, la biodisponibilité de la méthadone varie, l'élimination urinaire est plus rapide, le taux plasmatique est plus bas nécessitant l'augmentation de la posologie maternelle. Le pharmacien préviendra donc les femmes enceintes sous méthadone de l'augmentation possible de leur posologie durant leur grossesse (62).

Enfin, pour une prise en charge optimale des femmes enceintes sous TSO, une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire. Il est donc important que le pharmacien se mette en relation avec les autres professionnels de santé avec qui sa patiente est en contact.



### 3.6.3. Construire le lien pharmacien-patient

- « *Moins de jugement, enlever l'étiquette « tox »* » (cf tableau 15)

La condition du soin en addictologie est d'instaurer une alliance thérapeutique entre le patient, le médecin et le pharmacien, ainsi que les autres intervenants. Pour cela plusieurs qualités sont nécessaires :

- **L'empathie** : L'empathie est la capacité de se mettre à la place d'autrui et de percevoir ce qu'il ressent (64).

L'empathie s'exprime par le langage verbal mais aussi non verbal. Il s'agit d'une pratique relationnelle qui s'enseigne et s'apprend. Elle est une attitude volontaire.(65)

De plus, pour ressentir et exprimer son empathie il faut :

- Accorder aux autres personnes la même importance qu'à nous-même. Et ceci devrait être applicable en toutes circonstances. Par exemple, lors d'un entretien avec un patient, il convient de diviser le temps de parole en deux parties égales.
  - Respecter les autres personnes dans ce qu'elles font et dans ce qui est important pour elles, dans leurs croyances et leurs préoccupations, sans jugement. Ce qui est important à nos yeux ne l'est peut-être pas pour notre patient et inversement. Il faut accepter les points de vue divergents. (65)
- **Le non-jugement** : ceci consiste à laisser nos représentations de côté et accepter nos patients tels qu'ils sont, sans les juger.

Rappelons que d'après le code de déontologie des pharmaciens, le pharmacien n'a pas le droit de refuser une délivrance de TSO si l'ordonnance est recevable et que les conditions de délivrance sont respectées. Son attitude est ainsi très importante lors de la première rencontre avec le patient. Le pharmacien soignera donc sa gestuelle, ses paroles, ses intonations et son regard lors de cette première rencontre.

- **L'écoute** : Il existe plusieurs types d'écoute.
  - Tout d'abord l'écoute passive consiste à permettre au patient de s'exprimer sans interférences. Le pharmacien adopte alors une attitude neutre et bienveillante. Les silences sont importants et permettent au patient de réfléchir, mais il ne faut pas que ce silence dure trop longtemps car il peut être source d'angoisse. C'est pourquoi il est

possible de montrer au patient notre écoute par un signe physique, par exemple par un hochement de tête. L'écoute passive est utilisée lorsque le patient ressent le besoin de s'expliquer, lorsqu'il est à l'aise. Ce type d'écoute n'est pas forcément la plus propice à l'empathie.

- Ensuite, l'encouragement est une écoute qui engage un peu plus le pharmacien dans le dialogue, il permet au patient de se sentir valorisé dans la conversation. Le pharmacien encourage le patient à exprimer ses émotions grâce à des mots tels que « Je vois ... », « Dites m'en plus ... », « Continuez ... ». Ce type d'écoute est plus approprié avec des patients timides, peu sûrs d'eux.
- Enfin l'écoute active permet une participation plus active du pharmacien. Il fait savoir au patient qu'il l'écoute et qu'il le comprend, il saisit l'occasion de clarifier les émotions et préoccupations du patient. L'écoute active utilise principalement la reformulation, et a recours à des phrases telles que « Vous semblez ressentir ... », « J'ai le sentiment que vous ... » ou « Si je comprends bien, vous semblez dire que... ». Cette approche est intéressante pour des patients qui nécessitent de l'aide pour s'exprimer ou qui ont un fort besoin de reconnaissance. L'écoute active est une écoute empathique qui permet de créer une réelle relation de confiance. Néanmoins, il faut savoir alterner avec l'écoute passive et l'encouragement en fonction des besoins de nos patients. (66)
- **La confiance** : la confiance est la qualité la plus difficile à obtenir ou à conserver dans la relation avec les patients. Elle repose sur :
  - la reconnaissance de l'autre comme sujet en capacité d'évoluer et d'être responsable ;
  - la propre crédibilité en tant que soignant dans son rôle de protecteur pour son patient. (67)

Le lien de confiance se construit avec le temps. Il s'exprime par du concret (attitude, écoute, orientation, conseils, échanges, etc). C'est quelque chose qui se gagne surtout quand il existe autant de représentations négatives.

Ces qualités (l'empathie, l'écoute et le non-jugement) peuvent s'acquérir à l'aide d'une formation, formation que nous n'avons pas eu la chance d'avoir à la faculté de pharmacie de Limoges, pendant nos cours d'ETP en cinquième année.

Pour finir, il serait peut-être intéressant d'aller à la rencontre de ces patients afin de prendre conscience de leur réalité et ainsi leur garantir une meilleure prise en charge en officine.

Cette rencontre pourrait se faire durant notre cursus scolaire, dans un CSAPA avec comme encadrant les soignants de ce centre ou durant une séance d'ETP (éducation thérapeutique du patient) lors de nos stages en cinquième année dans un centre hospitalier. Cette visite permettrait peut-être d'atténuer la méfiance de certains étudiants vis-à-vis de ces patients et, de modifier leurs représentations.

De plus, une formation, pour les pharmaciens déjà diplômés pourrait également être intéressante. Cette formation pourrait éventuellement être réalisable en ligne et relayée par mail à tous les pharmaciens (via l'Ordre des pharmaciens ou via les syndicats) et être faite par des médecins de CSAPA ou de centre d'addictologie. Cette dernière donnerait accès à des entretiens entre les médecins et des patients sous TSO. Les médecins nous indiqueraient également l'attitude à adopter face à ces patients et les reproches que ces derniers font aux pharmaciens. L'idéal serait que ces médecins puissent répondre à nos questions via un chat à la fin de la formation ou par mail ultérieurement.

L'université de Limoges proposent aussi un DU d'addictologie payant ouvert aux pharmaciens ou futurs pharmaciens.

- **Les entretiens pharmaceutiques**

Afin de répondre aux attentes de certains de ces patients (ceux reprochant aux pharmaciens leur manque de temps et de lien avec eux), le pharmacien peut leur proposer un entretien individuel dans la pharmacie, dans un lieu confidentiel dès la première rencontre.

Tout d'abord, le pharmacien doit imposer un cadre de soin d'emblée. Différents thèmes devront être abordés lors de cet entretien :

- **Le médicament** : le pharmacien rappellera aux patients qu'il faut débuter le traitement au moins 2h à 24h après la dernière prise d'opiacé ou dès les premiers signes de manque. Il informera le patient sur la posologie, les interactions médicamenteuses, les conditions de stockage au domicile (risque d'intoxication de l'entourage) et les éventuels effets indésirables. Le pharmacien sensibilisera aussi son patient sur le respect de la voie d'administration et rappellera toutes les conditions de délivrance.
- **La confiance** : le patient doit faire confiance aux pharmaciens qui sont là pour l'aider à se soigner. C'est lui qui fait l'effort de soins et il doit arriver à se confier aux pharmaciens.
- **La temporalité** : le pharmacien rappellera au patient que ce traitement permet de supprimer le manque, l'envie d'héroïne et l'intégration dans un système de soins. Il indiquera que le TSO est un traitement de fond, évolutif, qui sera à ajuster au fur et à mesure des soins. Il rappellera aussi au patient que ce traitement peut lui apporter une socialisation professionnelle, familiale,

culturelle, sportive, personnelle mais que son parcours de soin sera entrecoupé de périodes plus douloureuses. Le pharmacien peut parler des rechutes, expliquer que ces rechutes sont très courantes et touchent la majorité des personnes en sevrage. Si cela leur arrive, ils ne devront pas se décourager mais devront en parler sans attendre à leurs médecins et/ou leurs pharmaciens afin de modifier le traitement.

- **Les pratiques de consommation** : le pharmacien doit connaître les pratiques addictives de son patient (sniff, injection, consommation individuelle ou collective, prise d'alcool ou d'autres produits, fréquences, pratiques à risques) afin d'adapter au mieux ses délivrances.
  - **L'environnement social, professionnel et familial** : il est nécessaire de connaître et de suivre la stabilisation du patient (entourage familial, professionnel, projets personnels, etc.).
- (67)

Durant ces entretiens le pharmacien restera toujours à l'écoute du patient et répondra à ses questions. Le but est de responsabiliser le patient. Le pharmacien pourra également leur distribuer des plaquettes d'informations sur les TSO à la fin de leur échange.

Enfin, le pharmacien informera ses patients sur l'existence de séances d'ETP (éducation thérapeutique du patient) pour les patients sous TSO. Ces séances ont lieu dans un centre hospitalier (Esquirol à Limoges) et sont ouvertes aux personnes majeures sous TSO. Les intervenants sont des professionnels de santé ayant suivi la formation d'ETP. Pour les jeunes diplômés de la faculté de Limoges, cette formation est validée pendant les études à la faculté de pharmacie.

## Conclusion

---

Un travail pluridisciplinaire, coordonné et centré sur le patient est indispensable si nous voulons améliorer la prise en charge psycho-médico-sociale des patients sous TSO. Le pharmacien d'officine se doit donc d'adhérer à ce travail et collaborer avec différents professionnels de santé et acteurs sociaux.

Ce travail a permis de mettre en évidence les freins au suivi actuel en officine, de discuter des leviers possibles au suivi en officine et de proposer des axes d'amélioration de la relation patient-pharmacien en officine. Pour faire évoluer les représentations et améliorer la prise en charge, il semble qu'un travail auprès des pharmaciens mais également des patients soit nécessaire.

Le manque d'information est également un élément important. La méconnaissance des pratiques des usagers de drogues par le pharmacien mais également les représentations négatives des usagers sur le pharmacien sont deux points qui jouent un rôle crucial dans la relation. Ces incompréhensions mutuelles produisent généralement de la méfiance et installent d'emblée un cadre propice aux conflits.

La confiance patient-pharmacien est un des points-clés de la relation. Cette alliance thérapeutique est difficile en pratique à mettre en place et nécessite pour le pharmacien d'adopter d'abord une bonne attitude (empathie, écoute, non jugement) puis de laisser le temps aux patients pour créer le lien. La confiance se construit sur des preuves concrètes et pas seulement avec des mots.

Ainsi, la formalisation des entretiens, comme sous la forme d'entretiens pharmaceutiques, permettrait de poser un cadre rassurant pour le pharmacien et pour le professionnel, et également d'homogénéiser les suivis en France. Les notions de « patient expert » ou de « pair aidant » se développent actuellement, permettant aux patients de légitimer leur avis et propositions. Quand leur mise en place sera formalisée, il sera intéressant de les solliciter lors des formations initiales ou continues.

## Références bibliographiques

---

1. National Center for Biotechnology Information. Morphine [Internet]. PubChem. 2021 [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Morphine>
2. National Center for Biotechnology Information. Codeine [Internet]. PubChem. 2021 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Codeine>
3. National Center for Biotechnology Information. Pholcodine [Internet]. PubChem. 2021 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/pholcodine>
4. Collège National de Pharmacologie Médicale. Opiacées : Les points essentiels [Internet]. Pharmacomedicale. 2017 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/opiacees-les-points-essentiels>
5. Seidenberg A, Honegger U, Will T. Méthadone, héroïne et autres opioïdes : la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève: Médecine et Hygiène; 2001.
6. National Center for Biotechnology Information. Heroin [Internet]. PubChem. 2021 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Heroin>
7. Michot I. Drogues, Chiffres clés [Internet]. OFDT. 2019 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.srae-addicto-pdl.fr/files/00/02/97/00029729-fee899ef25a88040dbb4b6688de07849/drogues-chiffres-cles-juin-2019.pdf>
8. Drogues dépendance. Héroïne: Qu'est-ce que c'est ? [Internet]. 2017 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.drogues-dependance.fr/heroine.html>
9. Auto-Support Des Usagers de Drogues. L'héroïne, c'est quoi ? [Internet]. Asud. 2009 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.asud.org/2009/07/13/lheroine-cest-quoi/>
10. Menguzzato C. Différentes sortes d'héroïne [Internet]. TalkingDrugs. 2015 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.talkingdrugs.org/fr/les-nombreux-visages-de-lh%C3%A9ro%C3%AFne>
11. Granier S. Structure des récepteurs mu et delta des opiacés. Médecine/Sciences [Internet]. 2012 [cité 3 mars 2021];28(10):870-5. Disponible sur: [https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full\\_html/2012/10/medsci20122810p870/medsci20122810p870.html](https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2012/10/medsci20122810p870/medsci20122810p870.html)
12. Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. Ann Pharm Fr [Internet]. 2010 [cité 3 mars 2021];68(1):3-11. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444724/>
13. Anh Nguyen. Pharmacologie des opioïdes [Internet]. Université de Montréal. 2018 [cité 10 janv

2021]. Disponible sur:

<https://anesthesiologie.umontreal.ca/wpcontent/uploads/sites/33/2018/11/9.Opioïdes.pdf>

14. Riwer R. Pharmacodynamie : étude de l'interaction médicament-cible [Internet]. Centre Hospitalier de Carcassonne. 2015 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/pharmacodynamie22015driwer.pdf>
15. Stanke-Labesque PF. Aspects Pharmacodynamiques [Internet]. Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport. 2012 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: [http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble\\_1112/stanke\\_labesque\\_francoise/stanke\\_labesque\\_francoise\\_p01/stanke\\_labesque\\_francoise\\_p01.pdf](http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/stanke_labesque_francoise/stanke_labesque_francoise_p01/stanke_labesque_francoise_p01.pdf)
16. Collège National de Pharmacologie Médicale. Relations concentration – effets [Internet]. Pharmacomédicale. 2017 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/pharmacologie-medicale-vue-d-ensemble/34-relations-concentration-effets>
17. Alfred Gilman et Louis Goodman. The pharmacological Basis of therapeutics. New York: McGraw-Hill Medical; 2006.
18. Cassidy Vuong, Stan H. M. Van Uum, Laura E. O'Dell, Kabirullah Lutfy, Theodore C. Friedman. The Effects of Opioids and Opioid Analogs on Animal and Human Endocrine Systems. *Endocr Rev.* 2010;31(1):98-132.
19. Ben Amar M. La toxicomanie. PU Montréal; 2015.
20. Lowenstein W. La méthadone et les traitements de substitution. Paris: Doin; 1995.
21. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. Qu'est ce que l'addiction ? [Internet]. Anpaa. 2017 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.anpaa-normandie.fr/qu-est-ce-que-l-addiction/qu-est-ce-que-l-addiction,2896,3261.html>
22. Organisation mondiale de la Santé. Comité OMS experts de la pharmacodépendance [Internet]. 1968 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37950>
23. M. Auriacombe, J. Dubernet, S. Sarram, B. Gelot, M. Fatséas, J.P. Daulouède. Le craving : une nouvelle clinique diagnostique et thérapeutique... [Internet]. Edimark. 2018 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/courrier-addictions/craving-nouvelle-clinique-diagnostique-therapeutique-addiction-implications-trouble-usage-opioi>
24. Gazel C, Fatséas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? *Lett Psychiatre* [Internet]. 2014;10(2):4. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/21185.pdf>
25. Benyamina A. Addictions et comorbidités. Paris: Dunod; 2015.

26. Lejoyeux M. Addictologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.
27. Haute Autorité de Santé. Traitements de l'hépatite C : élargissement des populations cibles [Internet]. Has. 2016 [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974328/en/traitements-de-l-hepatite-c-elargissement-des-populations-cibles](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974328/en/traitements-de-l-hepatite-c-elargissement-des-populations-cibles)
28. Arnaud Pauwels. Hépatite C et toxicomanie [Internet]. Réseau synergie ville-hôpital. 2001 [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/comorbidites/infections-virales-vih-vhc-vhb/288-hepatite-c-et-toxicomanie.html>
29. Lejeune C, Simmat-Durand L. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés [Internet]. OFDT. 2003. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxclj7.pdf>
30. M. Reynaud. Usage nocif de substances psychoactives [Internet]. Grea. 2002 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.grea.ch/dossiers/addiction?page=1>
31. Anne-Claire Brisacier. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opiacés » [Internet]. OFDT. 2015 [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO150625.pdf>
32. Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution [Internet]. Has. 2004 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution)
33. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage [Internet]. Ansm. 2011. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf](https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf)
34. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Quelles sont les évolutions attendues dans la prise en charge médicamenteuse des troubles liés à l'usage des opioïdes [Internet]. Ansm. 2018. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/013b152fefc4971ab4e436b60ca307b8.pdf](https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/013b152fefc4971ab4e436b60ca307b8.pdf)
35. Direction générale de la santé, Ministère des affaires sociales, Girard J.F. Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés : Circulaire dite « Girard » [Internet]. Ofdt. 1995. Disponible sur:



[https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=476](https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=476)

36. Ministère du travail et des affaires sociales, DGS, Girard JF. Note d'information DGS/685 du 27 juin 1996 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes [Internet]. Ofdt. 1996. Disponible sur: [https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=575](https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=575)
37. National Center for Biotechnology Information. Buprenorphine [Internet]. PubChem. 2021 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Buprenorphine>
38. National Center for Biotechnology Information. Naloxone [Internet]. PubChem. 2021 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Naloxone>
39. National Center for Biotechnology Information. Methadone [Internet]. PubChem. 2021 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Methadone>
40. Gibier L. Prises en charge des usagers de drogues. Doin. Paris; 1999.
41. Poloméni P, Bry D, Célérier I. Comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie. Montrouge: J. Libbey Eurotext; 2005.
42. Paitraud David. Orobupré 2 mg et 8 mg lyophilisat oral : nouvelle spécialité de buprénorphine [Internet]. Vidal. 2018 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/22931-orobupre-2-mg-et-8-mg-lyophilisat-oral-nouvelle-specialite-de-buprenorphine.html>
43. Vidal. Subutex [Internet]. 2021 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/subutex-9850.html>
44. Vidal. Méthadone ap-hp [Internet]. 2021 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/methadone-ap-hp-19255.html>
45. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Subutex et génériques [Internet]. Ansm. 2014 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-stupefiants-et-des-psychotropes/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/Subutex-et-generiques>
46. Olivia Dubois. Proposition d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sous traitement de substitution aux opiacés pris en charge dans le cadre d'un réseau ville-hôpital [Thèse d'exercice : pharmacie]. Université de Limoges; 2016.
47. Morel A, Couteron J-P, Fouilland P. Addictologie. Paris: Dunod; 2015.
48. Meddispar.fr. Conditions de délivrance [Internet]. 2020 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Conditions-de-delivrance>

49. Brisacier A-C. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opiacés » [Internet]. OFDT. 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO180206.pdf>
50. Intervenir-addictions.fr. CSAPA [Internet]. 2008 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/csapa/>
51. Drogues.gouv.fr. Les consultations jeunes consommateurs [Internet]. 2019 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/ou-trouver-laide/consultations-jeunes-consommateurs>
52. Intervenir-addictions.fr. CAARUD [Internet]. 2006 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/caarud/>
53. Drogues.gouv.fr. Le dispositif de soins en addictologie [Internet]. 2019 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-dispositif-de-soins-en-addictologie>
54. Ordre National des Pharmaciens. Nombre d'officines en France [Internet]. 2021 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines>
55. Senat.fr. Intégration des pharmaciens dans les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires [Internet]. 2012 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ121203866.html>
56. Ameli.fr. Exercice libéral : Les structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. 2020 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-vienne/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>
57. Simmat-Durand L, Planche M, Jauffret-Roustide M, Lejeune C, Michel L, Mougel S, et al. Recours aux traitements de substitution dans les sorties des addictions. Psychotropes [Internet]. 2013 [cité 6 janv 2021];19(2):45. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2013-2-page-45.htm>
58. Claire Lewandowski. Médicaments génériques : à quoi servent-ils ? Pourquoi les prescrire ? [Internet]. Medecindirect. 2019 [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.medecindirect.fr/blog/20190212-medicaments-generiques>
59. Fédération Addiction. Risques liés à l'injection de buprénorphine [Internet]. 2013 [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/substitution-injectable-et-reduction-des-risques/>
60. Leroux H. Quelles sont les différentes perceptions constatées par les usagers entre le générique et le princeps de la Buprénorphine? [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Brest]: UBO; 2015.

Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370968/document>

61. Galland DP. Le point de vue de l'addictologue [Internet]. Perinatalité. 2010 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <http://spiralconnect.univ-lyon1.fr/spiral-files/download?mode=inline&data=1611643>
62. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français : réunion du 28 janvier 2005 à Lille. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. sept 2005 [cité 12 avr 2019];34(5):513. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>
63. Fédération Addiction. Plaquette d'information sur la grossesse, les traitements de substitution aux opiacées et l'usage de substances psycho-actives [Internet]. 2010 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.federationaddiction.fr/actions\\_femmes/plaquette-dinformation-sur-la-grossesse-les-traitements-de-substitution-aux-opiacees-et-lusage-de-substances-psycho-actives/](https://www.federationaddiction.fr/actions_femmes/plaquette-dinformation-sur-la-grossesse-les-traitements-de-substitution-aux-opiacees-et-lusage-de-substances-psycho-actives/)
64. Larousse. Définitions : empathie [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
65. Rantucci MJ, Pigot-Renou D, Renou G, Machet G, L'Hermitte F. Le dialogue pharmacien-patient. Rueil-Malmaison: Éditions Pro-Officina; 2008.
66. Caddeo B. Communication pharmacien-patient à l'officine : situation actuelle et édition d'un guide pratique [Internet] [Thèse d'exercice : pharmacie]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01578199/document>
67. Respadd. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine [Internet]. 2014 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/Guide-addictologie.pdf>

## Annexes

---

Annexe 1. Questionnaire réalisé au CSAPA et au CAARUD.....	101
Annexe 2. Résultats des questionnaires réalisés au CSAPA et au CAARUD.....	104

## Annexe 1. Questionnaire réalisé au CSAPA et au CAARUD

### Patients sous traitement de substitution aux opiacés en officine

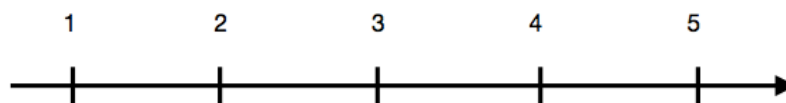
Ce questionnaire est anonyme. Ces données seront utilisées dans le cadre d'un travail de thèse de pharmacie afin d'évaluer la vision du pharmacien par les usagers. Nous vous remercions de votre participation.

Sexe :  Homme  Femme

Année de naissance : .....

Nationalité : .....

1- Niveau de maîtrise de la langue française :



**Insuffisant**

**Excellent**

2- Avez-vous une couverture sociale ?

Oui  Non

3- Actuellement, vous avez :

Un emploi régulier (CDI)  Un emploi sur une courte durée (CDD)

Aucun emploi  Autre: .....

4- Depuis combien de temps avez-vous un traitement de substitution aux opiacés ? (ou la date du premier traitement) ?

.....

5- Actuellement quel médicament avez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

Subutex®  Buprénorphine Haut Dosage  Suboxone®

Méthadone Sirop  Méthadone Gélule  Autre : .....

6- Par quelle(s) voie(s) d'administration prenez-vous votre médicament de substitution ? (plusieurs réponses possibles)

Par voie orale  En injection IV  En fumant

En sniff

7- Où allez-vous chercher vos médicaments ? (plusieurs réponses possibles)

En officine  En CSAPA  Dans la rue

Autre: .....

8- Allez-vous dans la même pharmacie pour votre traitement de substitution aux opiacés ainsi que pour tous vos autres traitements ?

- Oui  Non

Si non, pourquoi ?

9- Est-il important pour vous d'avoir le même pharmacien qui s'occupe de vous ?

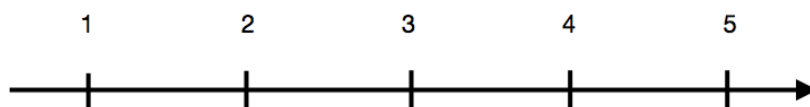
- Oui  Non

Pourquoi ?.....

10- Que demandez-vous en officine en plus de votre TSO ? (plusieurs réponses possibles)

- Rien  Une Stéribox®  Des conseils  
 D'autres médicaments  Autre:.....

11- Comment évaluez-vous votre relation avec votre/les pharmaciens ?



**Glaciale**

**Très chaleureuse**

12- D'un point de vue général, dans une pharmacie :

a) Sentez-vous un jugement de valeur de la part du pharmacien ?

- Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  
 Toujours

b) Avez-vous déjà eu une relation conflictuelle avec le pharmacien ?

- Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  
 Toujours

c) Pensez-vous être servi comme n'importe quel patient ?

- Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  
 Toujours

13 - Avez-vous des exemples négatifs de remarques régulièrement citées par les pharmaciens ?

- Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

14- En plus de la vente de votre traitement, que vous apporte les pharmaciens ?

- Des conseils sur les risques infectieux liés à l'injection  
 Des conseils sur les modalités de prise ainsi que la posologie  
 vous informe des symptômes liés au syndrome de manque  
 une aide psychologique : écoute, encouragements etc

15- Pensez-vous que le pharmacien à un rôle important dans la réussite de votre traitement ?

- Oui  Non

Pourquoi ? Et comment y participe t-il ?

**Remarque :**

Avez-vous des remarques à nous faire parvenir afin d'améliorer l'accueil et l'accompagnement en officine ?

## Annexe 2. Résultats des questionnaires réalisés au CSAPA et au CAARUD

### Sexe :

Tableau : Sexe des patients sous TSO

Sexe	CAARUD	CSAPA	TOTAL
Homme	12 (80%)	10 (66,7%)	22 (73,3%)
Femme	3 (20%)	5 (33,3%)	8 (26,6%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

### Tranche d'âge :

Tableau : Tranche d'âge des patients sous TSO

Tranche d'âge	CAARUD	CSAPA	TOTAL
18-24 ans	1 (6,7%)	0	1 (3,3%)
25-34 ans	4 (26,6%)	0	4 (13,3%)
35-44 ans	7 (46,7%)	8 (53,3%)	15 (50%)
45-54 ans	2 (13,3%)	6 (40%)	8 (26,7%)
55-64 ans	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (6,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

### Nationalités :

Tableau : Nationalités des patients sous TSO

Nationalités	CAARUD	CSAPA	TOTAL
Français	15 (100%)	12 (80%)	27 (90%)
Géorgien	0	3 (20%)	3 (10%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>



**Question 1 : Niveau de maitrise de la langue française :**

Tableau : Niveau de maitrise de la langue française des patients sous TSO

Niveau de maitrise de la langue française	CAARUD	CSAPA	TOTAL
1 (Mauvais)	0	0	0
2	0	0	0
3	0	1 (6,7%)	1 (3,3%)
4	0	4 (26,7%)	4 (13,3%)
5 (Très bon)	15 (100%)	10 (66,7%)	25 (83,4%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

**Question 2 : Avez-vous une couverture sociale ?**

Tableau : Couverture sociale des patients sous TSO

Avez-vous une couverture sociale ?	CAARUD	CSAPA	TOTAL
OUI	14 (93,3%)	14 (93,3%)	28 (93,3%)
NON	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (6,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

### Question 3 : Actuellement vous avez ?

Tableau : Situation professionnelle des patients sous TSO

Situation professionnelle	CAARUD	CSAPA	TOTAL
Emploi régulier (CDI)	2 (13,3%)	9 (60%)	11 (36,7%)
Emploi sur une courte durée (CDD)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	3 (10%)
Aucun emploi	11 (73,3%)	0	11 (36,7%)
Retraité	0	1 (6,7%)	1 (3,3%)
AAH (allocation aux adultes handicapés)	0	4 (26,7%)	4 (13,3%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

### Question 4 : Depuis combien de temps avez-vous un traitement de substitution ?

Tableau 7 : Date de la première prise de TSO

Date de début de prise	CAARUD	CSAPA	TOTAL
1997	1	2	2 (8,7%)
1998		1	1 (4,3%)
2000		1	1 (4,3%)
2001		1	1 (4,3%)
2003		1	1 (4,3%)
2005	2		2 (8,7%)
2006	1		1 (4,3%)
2007	2	1	3 (13%)
2008	1	3	4 (17,3%)
2009	1		1 (4,3%)
2014	1		1 (4,3%)
2015	1		1 (4,3%)
2017		1	1 (4,3%)
2018	1	1	2 (8,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>23</b>

**Question 5 : Actuellement, quel médicament avez-vous ?**

Tableau : Les différents TSO consommés

Quel médicament consommez-vous ?	CAARUD	CSAPA	TOTAL
Subutex®	9 (60%)	5 (33,3%)	14 (46,7%)
BHD	0	2 (13,3%)	2 (6,7%)
Suboxone®	2 (12,3%)	1 (6,7%)	3 (10%)
Méthadone sirop	3 (20%)	4 (26,7%)	7 (23,3%)
Méthadone gélule	1 (6,7%)	3 (20%)	4 (13,3%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

**Question 6 : Par quelle(s) voie(s) d'administration prenez-vous votre médicament de substitution ? (Question à choix multiples)**

Tableau : Les différentes voies d'administrations des TSO

Voies d'administrations (question à réponses multiples)	CAARUD (n=15)	CSAPA (n=15)	TOTAL
Voie orale	10 (66,7%)	15 (100%)	25 (67,6%)
En injection IV	9 (60%)	0	9 (24,3%)
En fumant	0	0	0
En sniff	3 (30%)	0	3 (8,1%)
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>37</b>

**Question 7 : Où allez-vous chercher vos médicaments ? (Question à choix multiples)**

Tableau : Lieux de délivrance des TSO

Où allez-vous chercher vos médicaments ? (Question à réponses multiples)	CAARUD (n=15)	CSAPA (n=15)	TOTAL
En officine	10 (66,7%)	15 (100%)	25 (75,8%)
En CSAPA	3 (20%)	0	3 (9,1%)
Dans la rue	5 (33,3%)	0	5 (15,1%)
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>33</b>

**Question 8 : Allez-vous dans la même pharmacie pour votre traitement de substitution aux opiacés et pour tous vos autres traitements ? Si non, pourquoi ?**

Tableau : Fidélité des patients à leur pharmacie

Allez-vous dans la même pharmacie pour votre TSO et pour vos autres traitements ?	CAARUD	CSAPA	TOTAL
OUI	12 (80%)	15 (100%)	27 (90%)
NON	3 (20%)	0	3 (10%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

Tableau : Raisons pour lesquelles les patients vont dans une pharmacie différente pour leur TSO et leurs autres traitements

	<b>Raisons des patients allant dans une pharmacie différente pour leurs TSO et leurs autres traitements</b>
<b>CAARUD</b> <b>(n=15)</b>	« Je vais dans une pharmacie différente pour les Stéribox® » (peur du jugement) <b>2 (13,3%)</b>
	« Je vais au plus près » <b>1 (6,6%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3 (20%)</b>

**Question 9 : Est-il important pour vous d'avoir le même pharmacien pour s'occuper de vous ? Pourquoi ?**

Tableau : Importance d'un même pharmacien à chaque délivrance

<b>Est-il important pour vous d'avoir le même pharmacien pour s'occuper de vous ?</b>	<b>CAARUD</b>	<b>CSAPA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>OUI</b>	<b>8 (53,3%)</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>23 (76,7%)</b>
<b>NON</b>	<b>7 (46,7%)</b>	<b>0</b>	<b>7 (23,3%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

Tableau : Raisons pour lesquelles il est important d'avoir le même pharmacien

Est-il important pour vous d'avoir le même pharmacien pour s'occuper de vous ?	OUI <b>23 (76,7%)</b>	NON <b>7 (23,3%)</b>
Pourquoi ?	« J'ai confiance en lui et j'ai une bonne affinité avec lui » <b>6 (26,1%)</b>	Sans réponse <b>6 (85,7%)</b>
	« Il me connaît » <b>8 (34,8%)</b>	« Jamais satisfait par aucun pharmacien » <b>1 (14,3%)</b>
	« Pour le suivi et la confidentialité » <b>4 (17,4%)</b>	
	« Il me soutient » <b>1 (4,3%)</b>	

**Question 10 : Que demandez-vous en officine en plus de votre TSO ? (Question à choix multiples)**

Tableau : Demandes des patients sous TSO en officine

Dans une officine, que demandez-vous en plus de votre TSO ? (Question à réponses multiples)	CAARUD (n=15)	CSAPA (n=15)	TOTAL
Rien	0	1 (6,7%)	1 (2,9%)
Un steribox	7 (46,7%)	0	7 (20%)
Des conseils	0	5 (33,3%)	5 (14,3%)
D'autres médicaments	9 (60%)	13 (86,7%)	22 (62,8%)
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>35</b>

**Question 11 : Comment évaluez-vous votre relation avec votre/les pharmaciens ?**

Tableau : Relation des patients sous TSO et le pharmacien d'officine

Comment évaluez-vous votre relation avec votre/les pharmaciens ?	CAARUD	CSAPA	TOTAL
1 (Mauvaise)	0	0	0
2	0	0	0
3	7 (50%)	1 (7,1%)	8
4	3 (21,4%)	7 (50%)	10
5 (Très bonne)	4 (28,6%)	6 (42,9%)	10
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>28</b>

**Question 12 : D'un point de vue général, dans une pharmacie :**

**Au CAARUD**

Tableau : Ressenti des patients du CAARUD en officine

	<b>Avez-vous déjà senti un jugement de valeur de la part d'un pharmacien ?</b>	<b>Avez-vous déjà eu une relation conflictuelle avec un pharmacien ?</b>	<b>Pensez-vous être servi comme n'importe quel patient ?</b>
<b>Jamais</b>	<b>3 (20%)</b>	<b>5 (33,3%)</b>	<b>1 (6,7%)</b>
<b>Rarement</b>	<b>3(20%)</b>	<b>7 (46,6%)</b>	<b>2 (13,3%)</b>
<b>Parfois</b>	<b>5 (33,3%)</b>	<b>3(20%)</b>	<b>3 (20%)</b>
<b>Souvent</b>	<b>3 (20%)</b>	<b>0</b>	<b>4 (26,7%)</b>
<b>Toujours</b>	<b>1 (6,7%)</b>	<b>0</b>	<b>5 (33,3%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

**En CSAPA**

Tableau : Ressenti des patients du CSAPA en officine

	<b>Avez-vous déjà senti un jugement de valeur de la part d'un pharmacien ?</b>	<b>Avez-vous déjà eu une relation conflictuelle avec un pharmacien ?</b>	<b>Pensez-vous être servi comme n'importe quel patient ?</b>
<b>Jamais</b>	<b>4 (26,7%)</b>	<b>4 (26,7%)</b>	<b>0</b>
<b>Rarement</b>	<b>9 (60%)</b>	<b>11 (73,3%)</b>	<b>0</b>
<b>Parfois</b>	<b>2 (13,3%)</b>	<b>0</b>	<b>2 (13,3%)</b>
<b>Souvent</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11 (73,3%)</b>
<b>Toujours</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 (13,3%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>14</b>



**Question 13 : Avez-vous des exemples négatifs de remarques régulièrement citées par les pharmaciens ? Si oui, lesquelles ?**

Tableau : Expériences négatives en officine

Avez-vous des exemples négatifs de remarques régulièrement citées par les pharmaciens ?	CAARUD	CSAPA	TOTAL
OUI	7 (46,7%)	3 (20%)	10 (33,3%)
NON	8 (53,3%)	12 (80%)	20 (66,4%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

Tableau : Remarques négatives en officine

	Exemples de remarques négatives citées par les pharmaciens d'officine
<b>CARRUD</b> (n=7)	« On ne fait pas ce genre de traitement » 3 (44%)
	« Les gens comme vous » 1 (14%)
	« Mais pourquoi vous achetez ça ? » en parlant d'une Steribox® (le patient s'est senti jugé) 1(14%)
	« Allez chercher votre traitement ailleurs ou allez faire la manche ! » 1 (14%)
	« Vous avez vu l'état de vos mains ? » (Jugement physique ressenti) 1 (14%)
<b>CSAPA</b> (n=3)	« Vous ne venez jamais le jour convenu ! » 3 (100%)

**Question 14 : En plus de la vente de votre traitement, que vous apportent les pharmaciens ? (Question à choix multiples)**

Tableau : Ce qu'apporte le pharmacien à ses patients sous TSO

En plus de délivrer votre traitement, que vous apportent les pharmaciens ? (Question à réponses multiples)	CAARUD (n=12)	CSAPA (n=13)	TOTAL (n=25)
Des conseils sur les risques infectieux liés à l'injection	2 (16,7%)	0	2 (5,9%)
Des conseils sur les modalités de prise ainsi que la posologie	5 (41,7%)	11 (84,7%)	16 (47%)
Des informations sur les symptômes liés au syndrome de manque	2 (16,7%)	1 (7,8%)	3 (8,8%)
Une aide psychologique : écoute, encouragement etc	7 (58%)	6 (46%)	13 (38,2%)

**Question 15 : Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle important dans la réussite de votre traitement ? Pourquoi ? Et comment y participe-t-il ?**

Tableau : Importance du pharmacien dans la réussite des TSO

Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle important dans la réussite de votre traitement ?	CAARUD	CSAPA	TOTAL
OUI	8 (53,3%)	13 (86,7%)	21 (70%)
NON	7 (46,7%)	2 (13,7%)	9 (30%)
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

Tableau : Rôle du pharmacien dans la réussite des TSO

Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle important dans la réussite de votre traitement ?	OUI (n=21)	NON (n=9)	TOTAL (n=30)
POURQUOI ?	<b>Sans réponse</b> <b>16 (76,3%)</b>	« Manque de formation et de temps » <b>2 (22,2%)</b>	
	« Me connaît et me soutient » <b>5 (23,8%)</b>		
	« Toujours présent et à l'écoute » <b>3 (14,3%)</b>	« N'est qu'un commerçant » <b>2 (22,2%)</b>	
	« À l'écoute » <b>3 (14,3%)</b>	« Me permet uniquement d'avoir mon traitement » <b>2 (22,2%)</b>	
	« Encourageant » <b>2 (9,5%)</b>	« Je n'ai aucun lien avec mon pharmacien, c'est une personne lambda » <b>1 (11,1%)</b>	
	« Respectueux » <b>1 (4,8%)</b>	« M'angoisse car me pose trop de question » <b>1 (11,1%)</b>	
	« Me donne des conseils » <b>1 (4,8%)</b>	« Me colle une étiquette de tox » <b>1 (11,1%)</b>	
	- « Aide psychologique » <b>1 (4,8%)</b>		

**Avez-vous des remarques à nous faire parvenir afin d'améliorer l'accueil et l'accompagnement en officine ?**

Tableau : Remarques faites par les patients du CAARUD

<p><b>Remarques faites par les patients du CAARUD dans le but d'améliorer leur accueil et leur prise en charge en officine</b></p>	<p><i>« Moins de jugement, enlever l'étiquette « tox » »</i> =&gt; jugement souvent ressenti à travers le regard du pharmacien. Selon eux, le pharmacien doit faire attention à la manière dont il les regarde.</p> <p><b>4</b></p>
	<p><i>« Mauvaise expérience des génériques, à éviter »</i></p> <p><b>1</b></p>
	<p><i>« L'injection n'est pas assez connue par les professionnels de santé, ils devraient plus en parler et, prévenir sur les bons gestes à faire »</i></p> <p><b>1</b></p>
	<p><i>« Plus d'accompagnement en officine pour les femmes enceintes »</i></p> <p><b>1</b></p>
<p><b>TOTAL</b></p>	<p><b>7</b></p>

## 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.

## **Les traitements de substitution aux opiacés en officine : rôle du pharmacien et point de vue des patients sous traitement de substitution aux opiacés**

---

Avec l'aide d'un questionnaire réalisé au CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques) et au CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) de Limoges avec des patients sous TSO, nous avons pu connaître leurs visions du pharmacien d'officine et, également ce qu'ils leur reprochent. Grâce à leurs retours, nous proposerons dans cette thèse, des pistes dans le but d'améliorer la prise en charge de ces patients en officine et leurs relations avec le pharmacien.

---

Mots-clés : traitements de substitution aux opiacés, TSO en officine, addiction aux opiacés, rôle du pharmacien d'officine, Méthadone, Subutex®

## **Opioid substitution therapy in pharmacy: Role of the Pharmacist and patients' perceptions on their roles as health care professionals**

---

In France in 2018, 180,000 people received Opioid Substitution Treatment (OST). Most of these are dispensed in pharmacies. The dispensing pharmacist therefore has an important role in the continuation and success of these treatments. Thanks to a survey conducted at risk-reduction center for drugs users (CAARUD) and the center for care, support and prevention in addiction medicine (CSAPA) of Limoges with patients on OST, we were able to find out their perceptions of the pharmacist and also what they reproach them for. Thanks to their feedbacks, we will propose in this thesis, ways to improve the management of these patients in pharmacies and their relations with their pharmacist.

---

Keywords: Opioid Substitution Treatment, OST in city pharmacy, pharmacist's role, methadone, Subutex®

