



HAL
open science

Quels sont les freins et les limites de la dispensation du traitement de substitution aux opiacés dans les pharmacies d'officines ?

Antoine-Marie Saby

► To cite this version:

Antoine-Marie Saby. Quels sont les freins et les limites de la dispensation du traitement de substitution aux opiacés dans les pharmacies d'officines ?. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-01084568

HAL Id: dumas-01084568

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01084568>

Submitted on 19 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2014

**Quels sont les freins et les limites de la dispensation du Traitement
de Substitution aux Opiacés dans les pharmacies d'officine ?**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ETAT

SABY Antoine-Marie

Né le 6 octobre 1990

A Grenoble (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE
GRENOBLE*

Le : 7 novembre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Dr Marie JOYEUX-FAURE

Directeur de thèse : Dr Michel MENON

Membres : Dr Mathilde BERAS

Dr Prudence GIBERT

**« La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs. »*

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2014

**Quels sont les freins et les limites de la dispensation du Traitement
de Substitution aux Opiacés dans les pharmacies d'officine ?**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ETAT

SABY Antoine-Marie

Né le 6 octobre 1990

A Grenoble (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE
GRENOBLE*

Le : 7 novembre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Dr Marie JOYEUX-FAURE

Directeur de thèse : Dr Michel MENON

Membres : Dr Mathilde BERAS

Dr Prudence GIBERT

**« La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs. »*

A Olivier,

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Christophe RIBUOT**

 Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**
Année 2014-2015
ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT**	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	D4	LAPM_UMR SNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	D5	ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)
PU	BAKRI	Aziz	D5	TIMC-IMAG
MCU	BATANDIER	Cécile	D1	LBFA, Inserm U1055
MCU-PH	BEDOUCHE	Pierrick	D5	ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elise	D5	HP2-Inserm U1042
PAST	BELLET	Béatrice	D5	-
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	BOURGOIN	Sandrine	D1	CRI Inserm/UJF U823, équipe 5
MCU	BRETON	Jean	D1	L.C.I.B. - UMR E3 CEA/UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	D5	HP2-Inserm U1042
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	D4	IBS
PU	BURMEISTER	Wim	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	D1	CRI Inserm/UJF U823, équipe 5
Professeur Emérite	CALOP	Jean	D5	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	D1	LAPM
MCU	CHOISNARD	Luc	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU-PH	CORNET	Murielle	D4	THEREX, TIMC-IMAG
PU-PH	DANEL	Vincent	D5	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	DELETRAZ-DELPORTE	Martine	D5	Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128) UCB

DOMAINE DE LA MERCI
 38706 LA TRONCHE CEDEX – France
 TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
 FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER

Lanto.Faure@ujf-grenoble.fr

MCU	DEMEILLIERS	Christine	D1	LBFA, Inserm U1055
PU	DROUET	Christian	D4	AGIM - CNRS 3405
PU	DROUET	Emmanuel	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	DURMORT- MEUNIER	Claire	D1	I.B.S
PU-PH	FAURE	Patrice	D1	HP2-Inserm U1042
PRCE	FITE	Andrée	D6	-
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	D3	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	GILLY	Catherine	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	D5	HP2-Inserm U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	D6	-
Professeure Émérite	GRILLOT	Renée	D4	-
MCU	GROSSET	Catherine	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	GUIEU	Valérie	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	HININGER- FAVIER	Isabelle	D1	LBFA, Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	D5	HP2-Inserm U1042
MCU	KHALEF	Nawel	D5	TIMC-IMAG
MCU	KRIVOBOK	Serge	D3	IRTSV
PU	LENORMAND	Jean Luc	D1	THEREX, TIMC-IMAG
PU	MARTIN	Donald	D1	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF- CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	D4	L.E.C.A
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	D4	THEREX, TIMC-IMAG
MCU	MOUHAMADOU	Bello	D3	L.E.C.A
MCU	NICOLLE	Edwige	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	OUKACINE	Farid	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	PERES	Basile	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	PEUCHMAUR	Marine	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	PEYRIN	Éric	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	RACHIDI	Walid	D1	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lanto.Faure@ujf-grenoble.fr

MCU	RAVELET	Corinne	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	RIBUOT	Christophe	D5	HP2-Inserm U1042
PAST	RIEU	Isabelle	D5	-
Professeure Émérite	ROUSSEL	Anne -Marie	D1	-
PU-PH	SEVE	Michel	D1	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	SOUARD	Florence	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	TARBOURIECH	Nicolas	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
PAST	TROUILLER	Patrice	D5	-
MCU	VANHAVERBEKE	Cécile	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	WOUESSIDJEWÉ	Denis	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063

** D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (DMBMT)»

D2 : Département «Bases Physicochimiques du Médicament »

D3 : Département «Origine, Obtention et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments » (O3-PAM)

D4 : Département « Bases immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et
Médicaments associés »

D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »

D6 : Département « Anglais »

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche Institut
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
et de Cognition et Ontogenèse »
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogénèse
IPB :
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MCU : Maitres de Conférences des Universités
MCU-PH : Maîtres de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeurs des Universités
PU-PH : Professeurs des Universités et Praticiens Hospitaliers
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR: Unité Mixte de Recherche
UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

Remerciements

A Madame le Pharmacien Marie JOYEUX-FAURE, de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury, veuillez accepter mes remerciements et mon grand respect. Je vous remercie également de votre pédagogie que vous avez prodiguée tout au long de ces études.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Michel MENON, un grand merci pour avoir accepté sans hésitation de diriger ce travail, pour tous vos conseils, pour votre confiance, et pour avoir partagé vos connaissances et votre expérience dans ce domaine. Veuillez retrouver au travers de ce travail, le témoignage de ma profonde gratitude et de toute mon estime.

A Madame le Pharmacien Mathilde BERAS, je vous remercie pour m'avoir accordé du temps afin de partager toutes vos connaissances sur ce sujet, d'un point de vue officinal essentiellement, et d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

A Madame le Pharmacien Prudence GIBERT, merci pour toutes les connaissances pharmaceutiques et autres que vous avez pu m'apprendre au long du stage hospitalier, et je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Un grand merci à tous les pharmaciens officinaux qui m'ont accueilli et qui ont accepté de m'accorder ce temps pour participer à cette enquête.

A Monsieur le Pharmacien Stéphane ROBINET, président de l'association Pharm'Addict, pour son coup d'œil avisé sur le questionnaire.

A Monsieur Fabrice OLIVET, président de l'association ASUD, merci de votre accueil téléphonique et de l'aide que vous avez pu apporter.

A toute l'équipe de la pharmacie Pasteur (M. BERNARD, Françoise, Lionel, Estelle, Céline et Marie), un grand merci pour votre accueil, votre soutien, le partage de vos connaissances, tout au long des samedis et stages passés dans votre officine.

A mes parents, qui m'ont accompagné dans ses études, et qui m'ont toujours soutenu.
Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

A ma sœur, Nana, qui a toujours été là pendant les moments difficiles, comme les bons.

A mon frère, Pilou.

A Mamie, qui m'a toujours poussé dans ce sens, et pour m'avoir aidé dans cette enquête en distribuant des questionnaires.

A mon oncle Michel, qui m'a toujours soutenu et qui a bien voulu distribuer des questionnaires.

A Adou, Rémi, Ben, Flore-Anne... pour votre soutien.

A Lionel pour ta patience.

A toi, Laura, pour ton dévouement pour ce travail, mais aussi pour tout ce que tu m'apportes.

A tous les autres, et à tous ceux que j'ai oubliés.

Table des matières

Remerciements	7
Liste des figures	14
Liste des tableaux	16
Liste des abréviations	17
Introduction	20
Chapitre 1 : De l'héroïne aux Traitements de Substitution aux Opiacés	22
1 Généralités	22
1.1 Quelques définitions.....	22
1.1.1 La drogue et les substances psychoactives.....	22
1.1.2 L'addiction	23
1.1.3 La toxicomanie	24
1.1.4 Les comportements d'usage	25
1.1.5 La tolérance	26
1.1.6 Le syndrome de sevrage	26
1.1.7 Quelle distinction entre un opioïde et un opiacé ?	26
1.2 L'opium.....	27
1.2.1 Drogue de l'Antiquité	27
1.2.2 Ses dérivés naturels et de synthèse	28
1.2.3 Les effets des opiacés	30
2 L'héroïne, fiche technique	31
2.1 Un peu d'histoire... ..	31
2.2 Méthode d'obtention par synthèse	32

2.3	Quelles formes pour quelles voies d'administration	33
2.4	Psychopharmacologie	35
2.4.1	Rappels.....	35
2.4.1.1	Les récepteurs opioïdes	35
2.4.1.2	Les ligands exogènes	37
2.4.1.3	Dopamine et système de récompense	39
2.4.2	Mode d'action.....	40
2.4.2.1	L'activité au niveau des récepteurs opioïdes	40
2.4.2.2	Effets centraux	40
2.4.2.3	L'activité périphérique	41
2.4.2.4	Tolérance et dépendance	42
2.4.3	Aspects pharmacocinétiques	43
2.5	Chiffres clés sur l'héroïnomanie en 2014	45
2.5.1	Nombre de consommateurs.....	45
2.5.2	Morbidité et mortalité	45
2.5.3	« Usages problématiques de drogues »	46
2.5.4	Prescription des traitements de substitution aux opiacés	46
2.5.5	Interpellations et saisies.....	47
3	Les traitements de substitution aux opiacés	47
3.1	Les débuts	47
3.2	Les objectifs	48
3.3	Les produits sur le marché	50
3.3.1	Méthadone (Chlorhydrate de)	50
3.3.1.1	Caractéristiques générales.....	50

3.3.1.2	Contextes législatif et réglementaire.....	51
3.3.1.3	Pharmacocinétique	53
3.3.1.4	Pharmacodynamie	53
3.3.1.5	Effets indésirables.....	53
3.3.1.6	Mises en garde et précautions d'emploi	54
3.3.1.7	Interactions	55
3.3.1.8	Contre-indications	56
3.3.1.9	Surdosage.....	56
3.3.2	Subutex® (buprénorphine)	56
3.3.2.1	Caractéristiques générales.....	56
3.3.2.2	Contextes législatif et réglementaire.....	58
3.3.2.3	Pharmacocinétique	58
3.3.2.4	Pharmacodynamie	59
3.3.2.5	Effets indésirables.....	60
3.3.2.6	Mises en garde et précautions d'emploi	60
3.3.2.7	Interactions	60
3.3.2.8	Contre-indications	61
3.3.2.9	Surdosage.....	61
3.3.3	Suboxone®	62
3.3.3.1	Caractéristiques générales.....	62
3.3.3.2	Contextes législatif et réglementaire.....	63
3.3.3.3	Pharmacocinétique	63
3.3.3.4	Pharmacodynamie	64

3.3.3.5	Effets indésirables.....	64
3.3.3.6	Mises en garde et précautions d'emploi	64
3.3.3.7	Interactions	65
3.3.3.8	Contre-indications	65
3.3.3.9	Surdosage.....	65
3.3.4	Autres produits	65
3.4	Les structures de soins	68
3.4.1	CSAPA	68
3.4.2	CAARUD	69
3.4.3	Communautés thérapeutiques	70
3.4.4	Autres	70
4	La place du pharmacien d'officine	71
4.1	La politique de réduction des risques	71
4.2	La prise en charge au comptoir	74
	Chapitre 2 : Enquête.....	76
1	Matériel et méthode	76
1.1	Lieu de l'étude	76
1.2	Echantillon.....	77
1.3	Date de l'étude	77
1.4	Mode de recueil de données	77
1.5	Présentation du questionnaire titulaire	78
1.6	Difficultés rencontrées.....	79
2	Résultats question par question	80

3	Quel avenir ?	100
3.1	Discussion.....	100
3.1.1	Comparaisons des profils de pharmacies	100
3.1.1.1	Définition des différents profils	100
3.1.1.2	Comparaison des profils avec les autres questions.....	102
3.1.2	Autres analyses	103
3.1.3	Conclusions sur les résultats de l'enquête.....	104
3.2	L'enquête Pharmasud	106
3.2.1	Présentation de l'enquête	106
3.2.1.1	Contexte.....	106
3.2.1.2	Objectifs.....	106
3.2.2	Résultats	107
3.2.3	Comparaison des résultats	109
3.3	Les pistes d'amélioration	111
3.3.1	La prise en charge au comptoir.....	111
3.3.2	Les autres difficultés	112
3.3.3	L'information par la formation.....	113
	Conclusion.....	116
	Bibliographie.....	119
	Liste des annexes.....	132

Liste des figures

Figure 1 : Formule chimique développée de la morphine.....	32
Figure 2 : Schéma de synthèse de l'héroïne	33
Figure 3 : Conformation des récepteurs opioïdes μ (mu), κ (kappa) et δ (delta).....	36
Figure 4 : Schéma de métabolisation de l'héroïne	44
Figure 5 : Structure chimique de la méthadone.....	50
Figure 6 : Structure chimique de la buprénorphine.....	57
Figure 7 : Structures chimiques des deux molécules du Suboxone®	62
Figure 8 : La pharmacie dans laquelle vous exercez se situe plutôt dans un milieu :	80
Figure 9 : Le chiffre d'affaires (CA) de la pharmacie peut être estimé	81
Figure 10 : Vous considérez votre pharmacie comme une pharmacie plutôt	82
Figure 11 : Délivrez-vous le Traitement Substitutif aux Opiacés (Méthadone, Subutex®, Suboxone®...) ?.....	83
Figure 12 : Quelles spécialités possédant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le TSO avez-vous toujours en stock ?	84
Figure 13 : Quelles sont vos motivations à dispenser ce type de traitement ?.....	85
Figure 14 : Nombre moyen de toxicomanes par pharmacie	86
Figure 15 : Représentation de la répartition du nombre moyen de toxicomanes traités dans les pharmacies.....	87
Figure 16 : Faites-vous un suivi régulier, spécifique et personnalisé pour chacun d'entre eux ?	88
Figure 17 : Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ?	89
Figure 18 : Avez-vous suivi une formation sur la toxicomanie, sur la délivrance du TSO et/ou sur la PEC globale du toxicomane ?	91
Figure 19 : Si oui, vous a-t-elle aidé dans la PEC globale de ces patients ?	92
Figure 20 : Quels sont les freins selon vous d'une dispensation du TSO en pharmacie d'officine ?.....	93

Figure 21 : Si un médecin prescripteur du TSO venait à s'installer dans votre zone d'activité et vous proposait de faire partie d'un réseau de toxicomanie, changeriez-vous d'opinion quant à ne pas dispenser le TSO ?..... 95

Figure 22 : Si vous aviez la possibilité de suivre une formation sur la toxicomanie, sur la délivrance du TSO et/ou sur la PEC globale du toxicomane, changeriez-vous d'opinion quant à ne pas dispenser le TSO ?..... 96

Figure 23 : Avez-vous déjà subi des violences verbales/physiques/matérielles émanant d'un toxicomane ?..... 98

Figure 24 : Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ? 99

Liste des tableaux

<u>Tableau I : Critères pour le diagnostic du trouble addictif (d'après Goodman, 1990)</u>	<u>24</u>
<u>Tableau II : Les opiacés naturels</u>	<u>29</u>
<u>Tableau III : Les opioïdes endogènes et leurs effets en fonction du récepteur</u>	<u>36</u>
<u>Tableau IV : Affinités des différents opioïdes exogènes aux récepteurs opioïdes</u>	<u>38</u>
<u>Tableau V : Les différents profils de pharmacies interrogées.....</u>	<u>101</u>
<u>Tableau VI : Influence des profils de pharmacies sur la délivrance du TSO</u>	<u>102</u>

Liste des abréviations

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue Et les Conduites Addictives

SNC : Système Nerveux Central

SCV : Système Cardio-Vasculaire

IV : IntraVeineuse

pCO₂ : Pression partielle en dioxyde de carbone

GH : Growth Hormone – Hormone de Croissance

ADH : AntiDiuretic Hormone – Hormone AntiDiurétique

ACTH : AdenoCorticoTrophine Hormone – Hormone corticotrope

LH : Luteinizing Hormone – Hormone Lutéinisante

FSH : Follicle Stimulating Hormone – Hormone FolliculoStimulante

TSH : Thyroïd Stimulating Hormone - Thyréostimuline

6-MAM : 6-MonoAcétylMorphine

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHC : Virus de l'Hépatite C

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

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

SMR : Service Médical Rendu
ASMR : Amélioration du Service Médicale Rendu
PIH : Prescription Initiale Hospitalière
ECG : ElectroCardioGramme
IM : IntraMusculaire
CYP : Cytochrome P450
DAM : DiAcétyleMorphine
LP : Libération Prolongée
LAAM : Lévo-Alpha-Acétyl-Méthadol
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
PES : Programme d'Echange de Seringues
CA : Chiffre d'Affaire
ASUD : Auto-Support des Usagers de Drogues
AM : Assurance Maladie
DPC : Développement Professionnel Continu

« Le pharmacien doit veiller à ne jamais favoriser, ni par ses conseils ni par ses actes, des pratiques contraires à la préservation de la santé publique. »

Article R4235-10 du Code de la Santé Publique

« Le pharmacien [...] contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage »

Article R4235-2 du Code de déontologie

« Les aliments seuls exceptés, il n'est pas sur terre de substances qui aient été aussi intimement associés à la vie des peuples, dans tous les temps »

Louis Lewin, *Phantastica*, 1924

« Chaque homme porte en lui sa dose d'opium naturel, incessamment secrétée et renouvelée »

Charles Baudelaire, « Invitation au voyage », *Petits poèmes en prose*, 1862

« Soudain elle jeta une drogue au cratère où l'on puisait à boire, cette drogue calmant la douleur, la colère, dissolvait tous les maux »

Homère, *L'Odyssée*, IV 220ss.

Introduction

De la préhistoire à nos jours, de nos mégaloilles aux steppes arides du désert de Gobi, l'Homme est et sera toujours à la recherche d'un quelconque hédonisme, et certainement « de compensations pour faire face aux adversités de la vie ».

Cependant, ces « compensations », que nous pouvons ainsi nommer « pratiques ancestrales », entraînent ses victimes vers une dépendance la plus souvent irréversible et les exposant à des risques de contamination plus que redoutables (virus du sida, virus des Hépatites...).

Dès 1845, est instaurée une première loi sur « la vente, l'achat et l'emploi de substances vénéneuses ».¹

S'inscrivant dans une logique internationale, la loi du 31 décembre 1970 relative « aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et à l'usage illicite de substances vénéneuses » est votée. Celle-ci s'appuie sur différents piliers, et notamment sur la prise en charge gratuite et anonyme. C'est la première fois que les notions de la répression du trafic, de la pénalisation et de l'action sanitaire sont associées. Cette loi va ainsi tenter de distinguer les trafiquants qui doivent être punis et qui relèvent donc de la justice, des toxicomanes devant être considérés comme de réels patients, malades, et qui doivent donc être soignés.²

En dépit de ces dispositifs législatifs et de leurs promesses, la consommation d'héroïne s'est largement étendue notamment dans les milieux populaires, et ce, au cours de la seconde moitié des années 1970.

La mentalité que l'on peut retrouver aujourd'hui encore provient essentiellement de cette époque où le toxicomane se trouvait dans un isolement intellectuel, culturel et social.

¹ Loi du 19 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses. Code de la Santé Publique p. 409.

² Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970. Code de la santé publique p. 74.

En 1993, suite au Sidaction regardé par la France entière, un pas de géant est fait par Bernard Kouchner, alors ministre de la santé. En effet, face à l'épidémie de SIDA et à la vision des usagers de drogue comme vecteur du virus (via les seringues), un programme de prévention et de lutte contre la toxicomanie a été adopté : il assure la prévention, les soins, l'insertion et la répression.

Un tournant est pris le 8 juillet 2008 par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), sous l'autorité du Premier Ministre François Fillon, en adoptant un nouveau programme. Ce plan d'action s'articule autour de cinq grands axes (prévenir - communiquer - informer ; appliquer la loi ; soigner - insérer - réduire les risques ; former - chercher - observer ; agir au plan international), dont les objectifs devaient être atteints en 2011.

Les mentalités ont certes évolué depuis ce programme gouvernemental, mais pas toujours dans le sens codifié par la Santé Publique. Le toxicomane intégré dans un réseau de soin se voit prescrit « sans trop de difficultés » son traitement de substitution ; quant à sa délivrance, celle-ci peut rencontrer plusieurs obstacles.

Ce travail de thèse a pour objectif, dans un premier temps, la réalisation d'un état des lieux actuel de trois secteurs géographiques français, auprès des pharmaciens titulaires d'officines. Cette photographie s'appuiera sur une enquête pour connaître les freins et les limites de la dispensation du traitement de substitution aux opiacés en pharmacie d'officine.

Dans un second temps, une analyse précise de l'étude nous permettra de révéler les principales difficultés relatives à cette dispensation, et ainsi nous ferons apparaître une approche générale et des préconisations en vue de surmonter ces difficultés et d'améliorer ainsi la prise en charge du toxicomane en pharmacie d'officine.

Chapitre 1 : De l'héroïne aux Traitements de Substitution aux Opiacés

1 Généralités

1.1 Quelques définitions

1.1.1 La drogue et les substances psychoactives

Autrefois, le mot *drogue* désignait « un médicament », une préparation des apothicaires, destinée à soulager un malade.

En 1973, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini le mot *drogue* comme « toute substance qui, introduit dans l'organisme, modifie une ou plusieurs de ses fonctions ». Lors de l'introduction de la notion d'*addiction* dans le vocabulaire commun, cette définition fut précisée par : « toute substance susceptible d'engendrer une dépendance et pouvant avoir de sérieux effets psychologiques ».³

Aujourd'hui, selon la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), une drogue désigne dorénavant tous les produits qui agissent sur le cerveau, que l'usage soit interdit (cannabis, cocaïne, héroïne...) ou réglementé (alcool, tabac, médicaments psychotropes...). Ce sont des substances psychoactives.⁴

On entend par *substance psychoactive*, toute substance qui agit sur le psychisme, en modifiant le fonctionnement du cerveau : l'activité mentale, les

³ Schmelck M-A. Toxicomanies : définitions et données. In: Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 10.

⁴ Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

sensations, le comportement... Elles peuvent provoquer, en outre, des effets somatiques, variables selon les propriétés de chacune, leurs effets et leur nocivité.⁵

1.1.2 L'addiction ⁶

Connu aussi sous le terme de *dépendance*, celui d'*addiction* est d'étymologie latine : *ad dicere*, qui signifie « dire à ». En effet, du temps de la Rome Antique, les esclaves n'avaient pas de nom propre, et ils étaient communément *dits* à leur Pater familias. Le terme d'*addiction* concerne alors bien une absence de liberté et d'indépendance, donc d'esclavage.

L'anglicisme *addiction* désigne une dépendance à un usage d'un produit potentiellement nocif (drogue, tabac, alcool...) ou à une pratique (jeu, travail, sexe...), dont l'usage de manière répétée et irrépessible, conduit à une dépendance psychique ou *craving* (chercher à retrouver les effets, immédiatement) et physique (éviter le malaise de privation), et ce pouvant aller jusqu'à « l'utilisation risquée du corps ».

Le terme d'*assuétude* peut aussi être utilisé, et son sens en est bien moins péjoratif.

Plus simplement, selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR) publié par l'Association américaine de psychiatrie, la *dépendance* se définit par « l'impossibilité de s'abstenir de consommer ». Le trouble addictif peut être diagnostiqué par le tableau des critères selon le psychiatre Goodman en 1990, présenté ci-après.

⁵ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Pousset M, éditeur. Saint-Denis La Plaine, France: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013. 398.

⁶ - American psychiatric association. DSM-IV: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, France; 1996. xxxii+1008.

- Reynaud M, Parquet P, Lagrue G. Les pratiques addictives. Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives : rapport au directeur général de la santé. Paris: Jacob; 2000. p. 32.

- Schmelck M-A. Toxicomanies : définitions et données. In: Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 12.

Tableau I : Critères pour le diagnostic du trouble addictif (d'après Goodman, 1990)

-
- A. Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
B. Tension croissante avant d'initier le comportement
C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action
D. Perte du contrôle en débutant le comportement
E. Cinq des critères suivants ou plus :
1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
2. Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
3. Efforts répétés pour réduire ou arrêter
4. Temps considérable passé à réaliser le comportement
5. Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
6. L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
7. Poursuite malgré les problèmes sociaux
8. Tolérance marquée
9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement
F. Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période
-

1.1.3 La toxicomanie ⁷

La *toxicomanie*, d'étymologie grecque (*toxikón* « poison » et *mania* « folie »), désigne une dépendance psychologique et physique d'une ou plusieurs substances toxiques, sans aucune raison thérapeutique. Ce terme peut être défini selon l'OMS en quatre éléments :

- Une envie répétée et irrésistible de consommer le produit (**Addiction**) ;
- Une tendance à augmenter les doses (**Tolérance**) ;
- Une **dépendance** psychologique et physique ;
- Des **conséquences néfastes** sur la vie quotidienne (sociales, professionnelles, économiques,...).

Ce terme est exprimé trop souvent et à tort, et fini par désigner, de manière générale, toute personne ayant une conduite addictive. Connoté sur le plan psychiatrique, la plupart l'utilisent pour désigner toute consommation de produits sans

⁷ Définitions - Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/definitions/>

distinguer les types de consommation (problématique, occasionnel...). On assiste alors à une banalisation du terme, et ainsi une stigmatisation du toxicomane.

1.1.4 Les comportements d'usage ⁸

Les substances psychoactives provoquent chez le consommateur des effets quasi immédiats, ceux-ci altérant la perception de l'espace, du temps, de l'entourage, et pouvant entraîner ainsi une modification de l'humeur ou du comportement. Ces effets sont certes propres à chacune des substances, mais aussi et surtout en fonction des quantités consommées, de la fréquence d'administration et des durées de consommation. On parlera :

- D'usage simple ou d'expérimentation : consommation de substances psychoactives, qui n'entraînent ni altération de la santé, ni troubles comportementaux pouvant provoquer de graves conséquences pour soi ou autrui. C'est par exemple l'adolescent ou le jeune adulte qui, par effet d'entraînement, va essayer les drogues illicites par curiosité (alcool, cannabis...) ; la plupart d'entre eux en resteront à une unique expérience, ou à un usage occasionnel et festif, en faible quantité.

- D'usage nocif ou abusif : consommation caractérisée par une consommation répétée, induisant des dommages dans les domaines somatiques, sociaux, psychologiques, et ayant un impact à la fois sur l'usager mais aussi sur son environnement. On parlera de *dépendance au produit* : l'individu ne peut plus se passer de son produit pendant plusieurs jours.

⁸ - Définitions - Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/definitions/>

- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Pousset M, éditeur. Saint-Denis La Plaine, France: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013. 398.

- Cadet-Taïrou A, Dambélé S. Héroïne et autres opiacés. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine, France: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013. p. 242-50.

1.1.5 La tolérance⁹

La *tolérance* résulte de la diminution des effets d'une substance lors de son absorption répétée, et conduit l'individu usager à augmenter les doses administrées consommation après consommation, afin de retrouver les effets initiaux.

1.1.6 Le syndrome de sevrage¹⁰

Le syndrome de sevrage est l'ensemble des symptômes psychologiques et physique qui apparaissent lors de l'arrêt d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et généralement prolongée ou massive.

Dans le cadre d'un sevrage aux opiacés, le syndrome de sevrage s'accompagne principalement de sueurs, diarrhées, agitation psychomotrice, rhinorrhée, larmoiement, douleurs musculaires, frissons ; la recherche compulsive du produit (*craving*) est très marquée et persiste même après la disparition des symptômes physiques.

1.1.7 Quelle distinction entre un opioïde et un opiacé ?¹¹

Une confusion est souvent faite entre les termes *opioïde* et *opiacé*. Rappelons leurs significations :

- *Opiacé* : ce terme regroupe tous les alcaloïdes extraits du suc du pavot (*Papaverum somniferum L.*), c'est-à-dire toutes les substances dérivées de l'opium

⁹ Schmelck M-A. Toxicomanies : définitions et données. In: Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 12.

¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Syndrome de sevrage. WHO.

¹¹ Seidenberg A, Honegger U. Pharmacodynamique. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 8.

- *Opioïde* : ce terme regroupe tous les agonistes morphiniques, c'est-à-dire toutes les substances qui une fois absorbées, se lient aux récepteurs opioïdes, et ont une activité intrinsèque.

1.2 L'opium

1.2.1 Drogue de l'Antiquité ¹²

Les origines de l'opium remontent bien avant Jésus-Christ (-1550), si l'on en croit les papyrus égyptiens découverts par Georg Moritz Ebers en 1873, sur lesquels apparaissent déjà les vertus de l'opium. Au fil des siècles, l'opium arrive en Chine et était utilisé uniquement à des fins thérapeutiques. En constatant les ravages que provoquait l'opiomane, l'empereur de Chine voulut prohiber son usage et se heurta aux Anglais, pour qui l'opium était une réelle source de revenus : ce fut les « guerres de l'opium ». C'est surtout au XIX^{ème} siècle que les premières fumeries d'opium sont apparues en Europe. En France, l'opium ne s'est pas grandement répandu, ceci *a priori* à cause de l'apparition sur le marché de ses principaux dérivés : la morphine et l'héroïne.

Aujourd'hui, la morphine utilisée pour l'industrie pharmaceutique est principalement produite en Inde ou en France, grâce à des cultures licites, exclusivement destinées à cet usage. La production dite « illicite » correspond à la production et au commerce de morphine et d'héroïne, dont les centres névralgiques se situent en Asie : le Triangle d'or (Birmanie, Laos, Thaïlande) et le Croissant d'or (Pakistan, Iran, Afghanistan). La réglementation de l'opium est bien claire à ce jour, celle-ci étant entièrement décrite par la *Convention unique sur les stupéfiants de 1961*.

¹² - Nations Unies. Convention unique sur les stupéfiants de 1961.

- Schmelck M-A. Histoire, origine et effets des différents produits. In: Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 30.

La consommation de l'opium reste de nos jours assez limitée. L'opium se présente sous la forme de petits morceaux bruns foncés, ou en poudre. D'aspect initial goudronneux, l'opium peut être fumé après traitement afin de le débarrasser de ses impuretés et de lui donner ainsi un aspect sirupeux et blanchâtre.

1.2.2 Ses dérivés naturels et de synthèse ¹³

L'opium est un mélange complexe d'alcaloïdes que l'on extrait de la capsule, non encore arrivée à pleine maturité, du pavot *Papaver somniferum L.* L'incision de cette capsule provoque l'exsudation d'un latex blanchâtre et laiteux qui sèche en une résine brune. C'est à partir de ce latex que l'on pourra extraire les différents opiacés naturels : les dérivés du phénanthrène ayant une action agoniste morphinique (morphine, codéine, thébain), et les dérivés de benzylochole sans effet morphinique (papavérine, noscapine). À partir des dérivés naturels du phénanthrène, on peut obtenir d'autres opiacés par synthèse, comme le Laudanum (utilisé du temps de l'opium surtout en Angleterre), l'héroïne (produit de la di-acétylation de la morphine), l'hydromorphone, l'oxycodone, l'hydrocodone, la méthadone ou le tramadol.

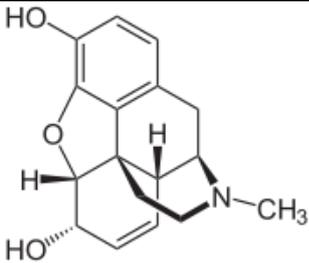
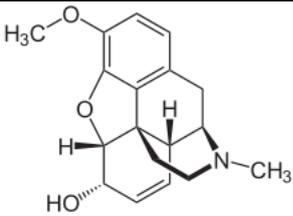
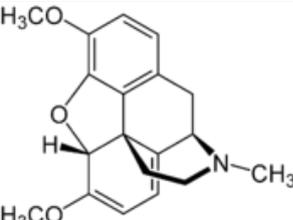
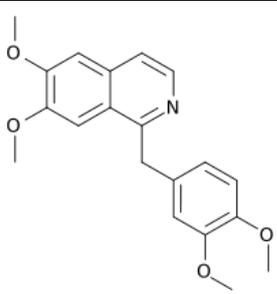
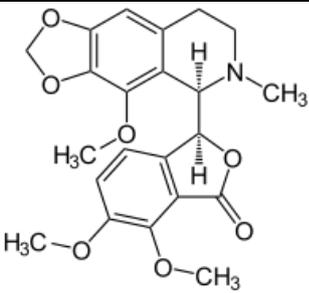
¹³ - Schmelck M-A. Histoire, origine et effets des différents produits. In: Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 31-32.

- Pélicier Y, Thuillier G. La drogue. Paris, France: Presses universitaires de France; 1997. 127

- De Quincey T. Confessions d'un opiomane anglais. Paris, France: Nouvel office d'édition (Saint-Amand, impr. Bussière); 1965.

- Seidenberg A, Honegger U. Pharmacodynamique. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 8-9.

Tableau II : Les opiacés naturels

Morphine		<p>Analgésique, sédatif</p> <p>Entre 2 et 18% pour 1 kilogramme d'opium brut</p>
Codéine		<p>Analgésique, antitussif</p>
Thébaïn		<p>Produit de base pour la synthèse de Naloxone, Naltrexone et Buprénorphine</p> <p>Faible effet agoniste morphinique</p>
Papavérine		<p>Inhibiteur de la phosphodiésterase (plus de messagers secondaires intracellulaires)</p> <p>Pas d'effet agoniste</p> <p>Spasmolytique</p>
Noscapine		<p>Antitussif sans effet agoniste</p> <p>Pas de dépendance</p>

1.2.3 Les effets des opiacés ¹⁴

Tout d'abord, il faut savoir que les effets généraux des opiacés, et donc de l'opium, sont similaires d'une molécule à une autre bien que l'intensité et la durée d'action de ceux-ci varient. De plus, les effets sont difficilement analysables et discernables chez l'usager dans la mesure où ces substances ne sont que très rarement consommées seules, mais avec d'autres substances comme des hypnotiques, des benzodiazépines, ou de l'alcool.

Dans un premier temps, les opiacés auront une action au **niveau physiologique** :

- Système Nerveux Central (SNC) : dépression respiratoire, myosis
- Système Cardio-Vasculaire (SCV) : hypotension
- Système digestif : le tonus des fibres musculaires lisses est augmenté, pouvant engendrer des nausées ou des vomissements lors des premières prises.

L'intoxication chronique peut provoquer un certain nombre de troubles en plus de ceux cités ci-dessus. On notera principalement une diminution de l'activité des glandes génitales, une constipation chronique et une perte d'appétit amenant l'usager à un amaigrissement et des carences alarmantes (un décès par inanition peut survenir). L'intoxication aiguë, aussi appelée *overdose*, entraîne la mort par dépression respiratoire, asphyxie puis coma neurologique.

Dans un second temps, ils auront un effet au **niveau psychologique**. Dès la prise, on atteint le stade brutal nommé « flash » qui apporte une sensation de bien-être, d'euphorie. Ce stade est suivi par celui de « planète » qui correspond à une phase dans laquelle l'usager semble vivre dans un monde sans problèmes. Après ces effets,

¹⁴ Schmelck M-A. Histoire, origine et effets des différents produits. In: Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 34.

s'enchaîne la phase de « descente », où les effets s'estompent peu à peu. Une légère dépression psychologique peut apparaître, pouvant s'aggraver si le syndrome de manque et ainsi de dépendance intervient. En effet, si la dépendance s'installe, le sujet va vivre alors dans l'angoisse, toujours à la recherche de son produit pour combler son état de souffrance, et cela devient une activité à plein temps. L'usage répété d'opiacés peut amener à un syndrome dit déficitaire, c'est-à-dire qui associe un déficit physique et moteur, un déclin cognitif et intellectuel.

Enfin, d'autres effets peuvent survenir, mais ceux-ci sont en relation avec une mauvaise utilisation des outils pour la consommation. On peut citer, à titre d'exemple, les abcès locaux et les complications infectieuses et virales.

2 L'héroïne, fiche technique

2.1 Un peu d'histoire... ¹⁵

En 1898, l'héroïne est synthétisée pour la première fois par le chimiste allemand Heinrich Dreser. Commercialisée par les laboratoires Bayer, l'héroïne était utilisée comme médicament pour traiter des affections respiratoires, comme par exemple la tuberculose. Provenant de l'allemand *heroisch*, on lui attribua le nom d'héroïne car on pensait qu'elle pourrait soigner l'addiction à la morphine sans le phénomène d'accoutumance. En effet, elle était vendue (l'héroïne mais aussi d'autres opiacés comme la morphine ou la cocaïne) en pharmacie librement, et était utilisée à des fins médicales, pour soigner des maux du tractus respiratoire, la diarrhée ou l'insomnie chez l'enfant.

¹⁵ - Nations Unies. Convention unique sur les stupéfiants de 1961.

- Richard D, Senon J-L, Valleur M, éditeurs. Dictionnaire des drogues et des dépendances. Paris, France: Larousse; 2004. xvi+626.

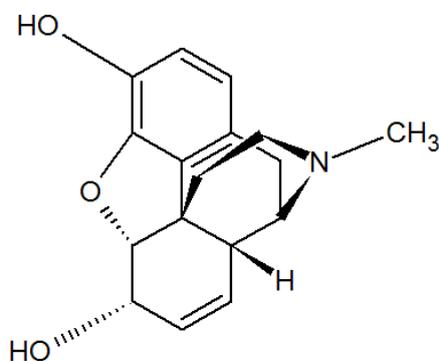
L'héroïne devint par la suite un réel problème de santé publique car elle a été largement utilisée dans tous les milieux et les décès par overdose ont été en constante augmentation. Ce n'est qu'en 1961 qu'est publiée la *Convention unique sur les stupéfiants* et qu'ainsi l'héroïne, entre autre, fut interdite sous toutes ses formes (sa production et sa consommation).

2.2 Méthode d'obtention par synthèse

La synthèse chimique de l'héroïne, ou diacétylmorphine, commence par la synthèse de la morphine à partir de l'opium brut. Cette première étape consiste à extraire l'alcaloïde de l'opium par des étapes successives de réactions chimiques en milieu basique puis acide. Une fois obtenue la morphine base, la plus pure possible, on peut procéder à la synthèse de l'héroïne.

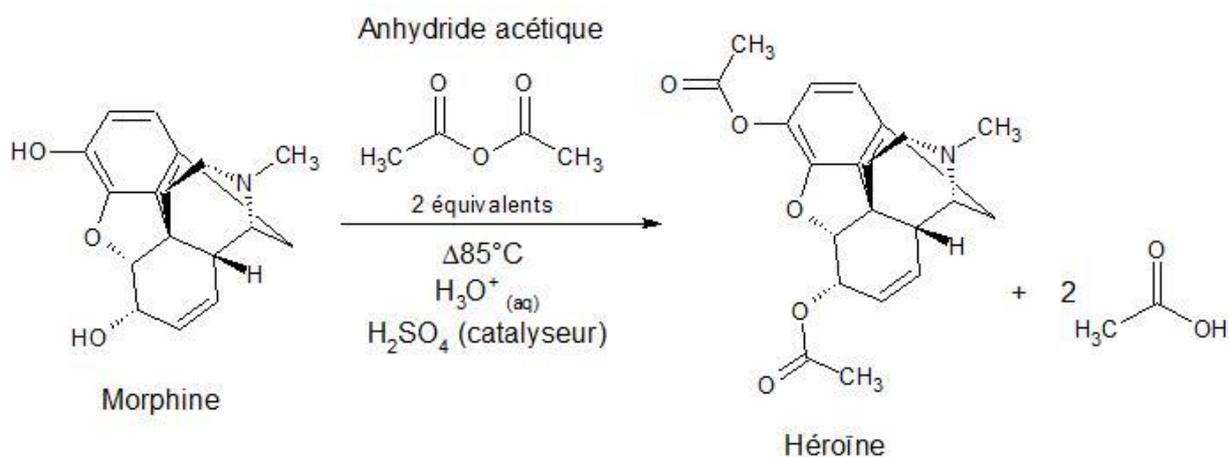
La formule chimique de la morphine base est :

Figure 1 : Formule chimique développée de la morphine



Pour synthétiser l'héroïne, il suffit d'ajouter à la morphine de l'anhydride acétique, ainsi que de l'acide sulfurique en faible quantité (rôle de catalyseur). En chauffant à 85°C pendant environ 5 heures, et à l'aide du matériel approprié (appareil de Dean-Stark), une double réaction d'estérification (acétylation) va s'opérer sur les deux fonctions alcool de la morphine base. On obtient alors l'héroïne.

Figure 2 : Schéma de synthèse de l'héroïne



Cette synthèse est relativement facile, et surtout peu coûteuse en matériel et matières premières. On obtient approximativement 700 grammes d'héroïne pour 1 kilogramme de morphine. L'héroïne est plus ou moins pure; c'est sa couleur qui détermine sa pureté : plus la poudre est blanche plus elle est pure.

2.3 Quelles formes pour quelles voies d'administration ¹⁶

Il existe principalement quatre formes d'héroïne pouvant être consommées :

- L'héroïne base, souvent coupée à d'autres substances pour en augmenter le volume. Elle n'est pas directement soluble dans l'eau, c'est pourquoi elle est surtout fumée. Il faut ajouter un acide (citron, vinaigre) pour la rendre hydrosoluble et injectable.

¹⁶ - Maestracci N, France. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Comité français d'éducation pour la santé. Héroïne. Drogues, savoir plus risquer moins: livret de connaissances. Vanves, France: Comité français d'éducation pour la santé; 1999. p. 58-67.

- Drogues Infos Service. Héroïne - Drogues info service : information, aide sur drogues alcool...

- Seidenberg A, Honegger U. Présentations galéniques. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 59-62.

- L'héroïne n°4 est une poudre blanche, donc d'une pureté extrême, obtenue par des étapes de raffinement élevées. Celle-ci est soluble dans l'eau, et donc injectable directement après dissolution.

- L'héroïne n°3, ou brune ou encore « brown-sugar », est traditionnellement utilisée comme drogue à fumer. De couleur brune, elle est de ce fait moins pure que l'héroïne n°4.

- L'héroïne « Black-tar » est solide, en bloc, de couleur noire à marron et de texture visqueuse. C'est une héroïne qui n'a subi aucune purification. Elle est fumée principalement.

Le plus souvent, l'héroïne est injectée par voie intraveineuse (IV), on parle de « shoot » ou de « fix ». La poudre est placée dans une cuillère et on la mélange avec un peu d'eau, ou un acide (citron, vinaigre) si c'est de l'héroïne brune. Une fois dissoute, la préparation peut être aspirée par une seringue après filtration. Le temps de latence pour que les premiers effets apparaissent après l'injection est d'environ 8 à 12 secondes ; la biodisponibilité est de 100%

Cette préparation peut aussi être mélangée à d'autres drogues, comme de la cocaïne. On appellera ce mélange un « speedball ».

Autrement, l'héroïne peut être prise par voie nasale, c'est le « sniff » : la poudre est répartie en ligne, puis reniflée à l'aide d'une paille. L'absorption des molécules actives se fait au niveau de la muqueuse nasale.

De plus, elle peut être inhalée. Dans le jargon, ce procédé est nommé « chasser le dragon ». La poudre est placée sur une feuille d'aluminium et chauffée : le consommateur se place au-dessus et inhale les vapeurs émanantes. Cette manière

permet d'absorber un maximum de produit en une seule inhalation, contrairement aux autres. De plus, par ce procédé, une surdose est presque impossible.

Enfin, cette poudre peut être fumée dans une pipe à eau ou à tabac ou même dans une cigarette, mais les effets sont moindres, leur temps d'apparition est long et il n'y a pas de « flash ».

2.4 Psychopharmacologie

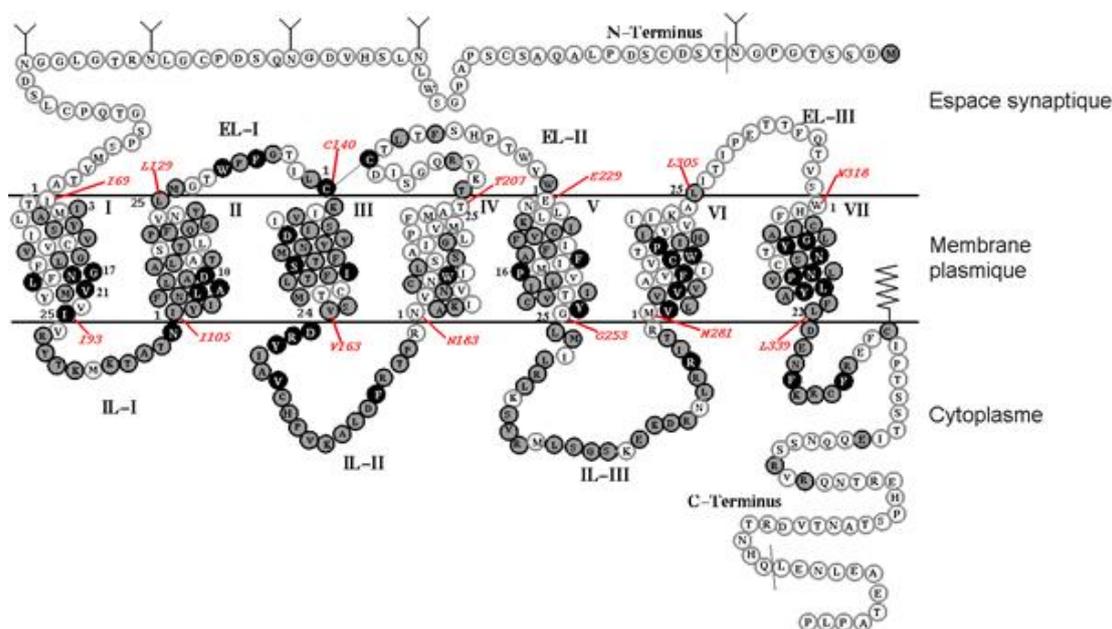
2.4.1 Rappels

2.4.1.1 Les récepteurs opioïdes ¹⁷

Comme nous pouvons le voir sur la Figure 3 ci-après, les récepteurs opioïdes sont des récepteurs couplés aux protéines G. Ils possèdent tous en commun une région extracellulaire N-terminale dans l'espace synaptique, une région transmembranaire composée de sept hélices et une région C-terminale intracytoplasmique.

¹⁷ - Muller A, Monassier L. Chapitre 20: Les analgésiques centraux opiacés. Faculté de médecine de Strasbourg.
- Ferran A. Les opioïdes. Disponible sur: <http://physiologie.envt.fr/spip/IMG/pdf/opioides.pdf>
- Seidenberg A, Honegger U. Pharmacodynamique. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 16-20.

Figure 3 : Conformation des récepteurs opioïdes μ (mu), κ (kappa) et δ (delta)



Source : http://www.lyc-lecorbusier-poissy.ac-versailles.fr/vieux_site/douleur/douleur2.htm

Ces récepteurs sont localisés dans diverses zones du système nerveux central, résumées dans le Tableau III ci-dessous.

Tableau III : Les opioïdes endogènes et leurs effets en fonction du récepteur

Récepteur	Localisations du récepteur	Opioides endogènes	Effets
μ (1 et 2)	Au niveau du système limbique (nucleus accumbens) ; hypothalamus ; hypophyse ; système dopaminergique (tegmentum ventral, terminaisons axonales) ; muscle lisse du tube digestif	B-endorphines	Analgésie (μ 1) Dépression respiratoire (μ 2) Euphorie Dépendance Myosis Constipation
κ (1, 2 et 3)	Principalement au niveau spinal	Dynorphines	Analgésie Dysphonie (Dépression respiratoire)
δ (1)	Au niveau spinal et supraspinal sur les interneurons du nucleus accumbens principalement	B-endorphines Enképhalines	Analgésie (Dépression respiratoire)

Source : Seidenberg A, Honegger U. Pharmacodynamique. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription

d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 19.

On regroupe sous le terme plus général d'*endorphines* tous les opioïdes endogènes.

Ces récepteurs sont principalement situés au niveau présynaptique, mais des exceptions existent pour les récepteurs μ qui peuvent se trouver au niveau postsynaptique sur les ganglions de la racine dorsale.

Le mécanisme d'action des opioïdes est assez simple. Il repose sur une activation ou une inhibition des canaux ioniques au niveau de la synapse. En effet, l'opioïde va venir se fixer sur son récepteur présynaptique pour lequel il a le plus d'affinité : s'il est agoniste, le récepteur couplé à la protéine G va inhiber le canal calcique et empêcher donc l'entrée de calcium (Ca^{2+}) dans le neurone pré-synaptique. Il n'y aura donc pas de libération de neurotransmetteur (substance P). Ceci engendrera l'augmentation de l'entrée de potassium (K^+) dans le neurone postsynaptique. Ainsi on obtiendra une hyperpolarisation de ce neurone, ce qui correspond au blocage du signal nociceptif.

2.4.1.2 Les ligands exogènes ¹⁸

Dans cette partie, nous allons différencier les ligands agonistes aux récepteurs opioïdes des ligands antagonistes. Les effets respectifs des opioïdes principaux sont listés dans le tableau ci-dessous.

¹⁸ Seidenberg A, Honegger U. Pharmacodynamique. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 13.

Tableau IV : Affinités des différents opioïdes exogènes aux récepteurs opioïdes

Opioïdes	Récepteurs opioïdes		
	μ	Δ	K
Morphine	+++	+	+
Codéine	+	+	+
Héroïne	+++	+	+
Méthadone	+++	+	+
Buprénorphine	++	-	/

Légende : « - » faible affinité → « +++ »: très forte affinité

Ces ligands ont chacun un type d'action sur les récepteurs.

Parmi les agonistes purs, on citera la morphine, l'héroïne et la méthadone. Ils auront tous trois une activité semblable sur le récepteur pour lequel ils ont plus d'affinité que les opioïdes endogènes.

Parmi les antagonistes, on citera la naloxone et la naltrexone, qui eux bloquent totalement le récepteur. On peut les considérer comme de bons antidotes en cas de surdose en agoniste (efficacité avérée seulement s'il y a présence d'agoniste).

Parmi les agonistes partiels, c'est-à-dire ceux qui peuvent se lier aux récepteurs opioïdes en ne stimulant que partiellement la cellule et ceux qui peuvent entrer en compétition avec les agonistes lors de la fixation et ainsi empêcher leur action, on citera la buprénorphine.

2.4.1.3 Dopamine et système de récompense ¹⁹

Les substances psychoactives comme l'héroïne ont non seulement une activité sur les récepteurs opioïdes (bloquant donc le message douloureux), mais aussi et surtout une action au niveau de la voie mésocorticolimbique et ainsi sur le système dopaminergique.

Comme l'ont démontré James Olds et Peter Milner en 1954, ainsi que bien avant eux le célèbre Ivan Petrovitch Pavlov au cours des années 1890, on peut remarquer « des comportements d'auto-stimulation du système limbique ». En effet, si l'on extrapole les hypothèses émises par ces auteurs à l'être humain, le phénomène d'addiction amène l'usager de drogue à s'infliger une expérience nuisible pour lui-même, sans que ce comportement soit un réel besoin physiologique. Il existe donc bel et bien un système dit de « récompense », qui satisfait en fait l'esprit et le corps dès la consommation.

Cette satisfaction est due au mécanisme d'action directement (ou non) des opioïdes, type morphine, héroïne. En effet, ceux-ci, de par leur action au niveau des récepteurs opioïdes, agissent parallèlement sur le système dopaminergique. Rappelons que la dopamine est un neurotransmetteur responsable du contrôle de l'émotion, du comportement, de la motivation et de la sensation de satisfaction. C'est ici que les notions d'addiction et de dépendance prennent toute leur signification. Lors de la consommation d'opioïdes, une libération massive de dopamine s'effectue dans la fente synaptique au niveau du nucleus accumbens, entraînant ainsi chez l'usager de drogue une sensation de pleine satisfaction et de récompense. Ce phénomène explique donc la dépendance psychique ainsi que le comportement compulsif et

¹⁹ - Richard D, Senon JL, Hautefeuille M, Facy F. L'héroïne.
- Mann C. Neuro-physiologie de la douleur. CHU Montpellier.

quasiment incontrôlable du consommateur dans la recherche de son produit afin d'en ressentir à nouveau le plaisir.

2.4.2 Mode d'action

2.4.2.1 L'activité au niveau des récepteurs opioïdes ²⁰

Comme la plupart des opioïdes physiologiques ou non, l'héroïne, ou diacétylmorphine, va produire une analgésie, et ce en ayant une action agoniste sur les récepteurs opioïdes mu, kappa et delta. Son action à ce niveau sera donc entièrement similaire à un autre agoniste de ces récepteurs, tel que la morphine. Le mécanisme d'action a déjà été explicité ci-dessus, au chapitre 2.4.1.1.

Notons juste que l'héroïne va se substituer aux endorphines, tout en conservant une activité similaire à la morphine.

2.4.2.2 Effets centraux ²¹

Les effets physiques et physiologiques de l'héroïne sont presque identiques à ceux de la morphine. « Presque » car en réalité les seules différences entre les deux substances se trouvent au niveau de leur délai d'action, de leur durée d'action et de leur intensité d'effet. Si on prend l'exemple de l'effet analgésiant, l'intensité est deux fois plus importante avec l'héroïne qu'avec la morphine ; le délai d'action est bien plus rapide et sa durée moins longue (3 heures pour l'héroïne contre 4 à 5 heures pour la morphine).

D'une manière plus générale, l'héroïne est considérée comme un dépresseur du SNC. On notera qu'elle perturbe l'activité du cervelet en induisant une action

²⁰ Richard D, Senon JL, Hautefeuille M, Facy F. L'héroïne.

²¹ - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction — information on drugs and drug addiction in Europe.

- Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. EMCDDA | Héroïne.

- Richard D, Senon JL, Hautefeuille M, Facy F. L'héroïne.

dépressive (thymoleptique) ; à ceci s'ajoute l'effet dépressif au niveau de l'hypothalamus, et notamment du centre de thermorégulation (hypothermie), et d'autres centres provoquant des effets émétisants (surtout lors d'une administration rapide), des troubles de mémorisation, de concentration, du sommeil, et induisant un état d'apathie. Parmi tous ces effets, que l'on pourrait qualifier d'indésirables, notons que l'effet recherché est plutôt celui du plaisir immédiat, provoqué par la stimulation intense du système dopaminergique, dit « système de récompense ».

2.4.2.3 L'activité périphérique ²²

En plus des effets plus qu'indésirables au niveau cérébral, il existe de nombreux effets périphériques, causés soit par la présence de récepteurs situés au niveau du système nerveux périphérique, soit résultant de l'activité sur le SNC.

Tout d'abord, l'héroïne était considérée comme une réelle panacée contre la tuberculose au XIXème siècle pour sa propriété antitussive inégalable (chapitre 2.1). Cependant, à haute dose (intoxication aiguë), cette propriété s'exacerbe pour qu'*in fine* l'usager décède d'une dépression respiratoire : bronchoconstriction, diminution de la réponse des centres respiratoires à l'augmentation de la pression partielle en dioxyde de carbone (pCO₂).

De plus, la présence de récepteurs opioïdes au niveau de la musculature lisse peut provoquer certains troubles bénins comme la constipation et la diminution de la

²² - Friedman H, Klein TW, Specter S, éditeurs. Drugs of abuse, immunity, and infections. Boca Raton: CRC Press; 1996. 196.

- Seidenberg A, Honegger U. Effets et effets secondaires des opioïdes. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 48-49.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction — information on drugs and drug addiction in Europe.

- Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. EMCDDA | Héroïne.

- Sahnoun A, Ahmed H. Les antalgiques - Propriétés.

- Richard D, Senon JL, Hautefeuille M, Facy F. L'héroïne.

diurèse²³. Cela peut également être grave, voire fatal s'il survient un collapsus cardiovasculaire (hypotension orthostatique) ou une arythmie. Par la suite, des effets endocriniens non négligeables peuvent apparaître, causés par les répercussions importantes des opioïdes sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, modifiant ainsi la sécrétion d'hormones. On citera d'une part une augmentation du taux de prolactine, d'hormone de croissance (GH), d'hormone anti-diurétique (ADH), d'hormone corticotrope (ACTH) ; et d'autre part une inhibition de la sécrétion d'hormone lutéinisante (LH), d'hormone folliculostimulante (FSH) ainsi que l'hormone thyroïdienne (TSH). On pourra observer également une discrète augmentation de la glycémie, une diminution de la sécrétion d'œstrogènes et d'insuline.

Il est également important de souligner que certaines cellules du système immunitaire possèdent des récepteurs delta et kappa. Lors de la consommation, on observera une diminution globale des fonctions immunitaires de l'utilisateur, avec entre autres une activation des lymphocytes T CD8, une production d'anticorps et des réactions histaminiques (érythèmes, œdèmes, prurit, etc.).

Enfin, d'autres effets secondaires plus généraux peuvent apparaître, comme une transpiration profuse et brutale, des troubles du sommeil, etc.

2.4.2.4 Tolérance et dépendance ²⁴

Un point important dans l'addiction aux opiacés est le développement de la tolérance. Ce phénomène ne s'arrête pas seulement aux opiacés mais aussi à d'autres substances, qualifiées de drogues également. Comme expliqué précédemment, lors

²³ Augmentation du tonus des fibres musculaires circulaires et diminution de celui des fibres longitudinales.

²⁴ - Seidenberg A, Honegger U. Méthadone, héroïne et autres opioïdes. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001.

- Simon EJ. Opiates. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, éditeurs. Substance abuse: a comprehensive textbook. 2nd éd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992.

d'une administration répétée d'héroïne, on observe soit une diminution du nombre des récepteurs aux opiacés, soit une diminution de l'affinité qu'a le récepteur avec l'héroïne (soit les deux). Ceci est nommé dans le langage médical la *down-regulation*, la stimulation « démesurée » du neurone va être inhibée, afin d'empêcher qu'il épuise ses capacités de réponse.

C'est cette *down-regulation* qui va expliquer le phénomène de tolérance²⁵ mais aussi la dépendance²⁶.

2.4.3 Aspects pharmacocinétiques²⁷

La puissance d'action de l'héroïne s'explique volontiers par ses caractères pharmacocinétiques. En effet, grâce à sa double acétylation, l'héroïne est plus liposoluble que la morphine. Les deux groupements acétyles confèrent à l'héroïne un log P supérieur à celui de la morphine (1.58 contre 0.89). L'héroïne franchit donc aisément la barrière hémato-encéphalique que ce soit en terme de moyen mais aussi de rapidité.

Concrètement, le métabolisme de l'héroïne est relativement simple. L'héroïne, ou diacétylmorphine, est transformée en l'espace de 3 à 10 minutes en 6-monoacétylmorphine (6-MAM), au niveau du système nerveux central et périphérique, par une première désacétylation sur le carbone 3 du squelette. Une vingtaine de minutes après l'administration, la quasi-totalité du 6-MAM est transformée en morphine par une seconde désacétylation. Ensuite, le métabolisme suit celui de la morphine basique, c'est-à-dire qu'une partie (environ 10%) restera sous forme inchangée dans

²⁵ Augmenter à chaque prise les doses administrées afin d'obtenir les mêmes effets.

²⁶ Nécessité de perpétuer l'usage afin de préserver les fonctions physiologiques normales, et surtout de ne pas souffrir de manque.

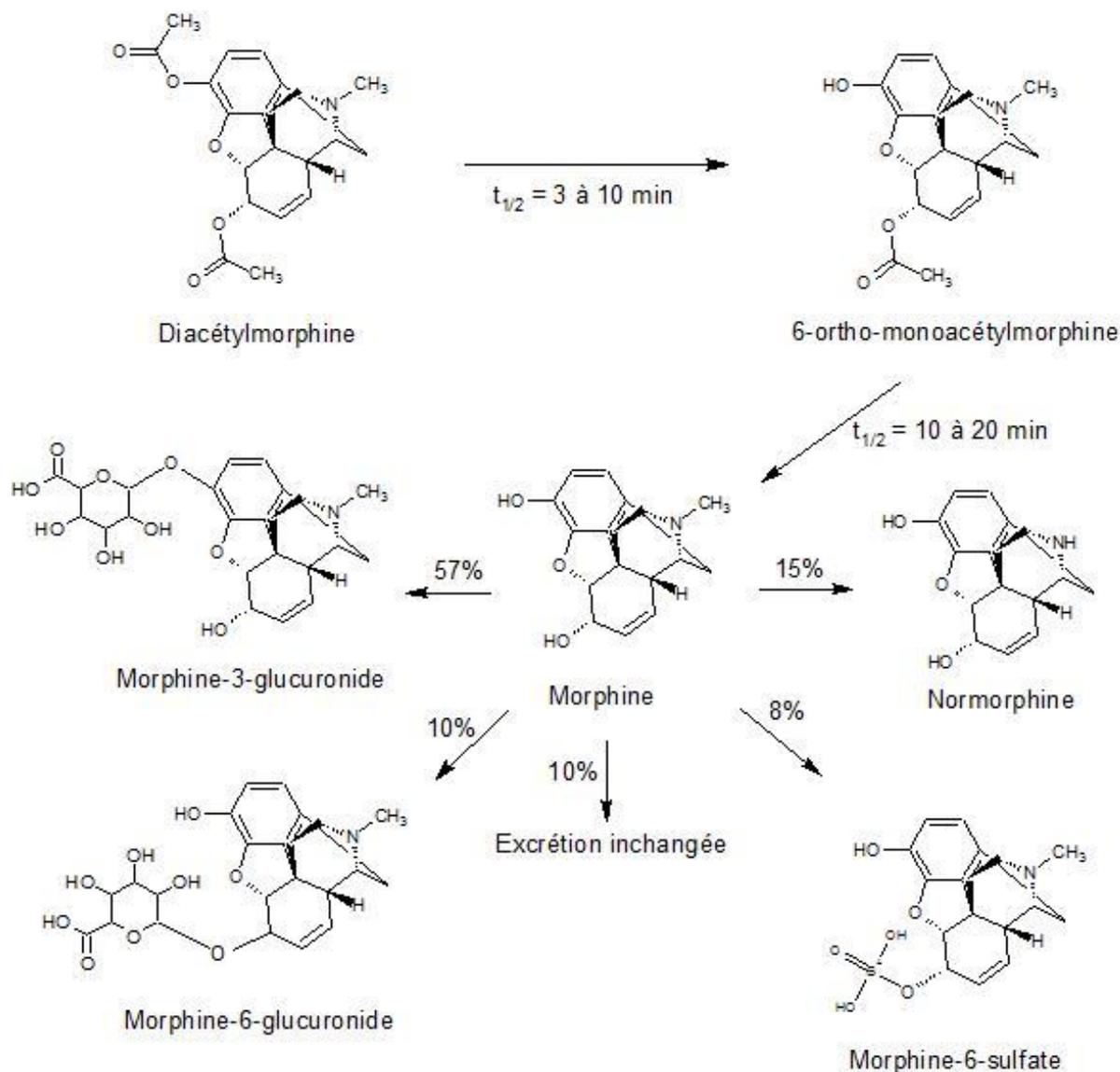
²⁷ - DrugBank. DrugBank: Small Molecule Drugs.

- Seidenberg A, Honegger U. Méthadone, héroïne et autres opioïdes. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001.

les urines [métabolisme rénal], une autre sera transformée en normorphine (par une N-déméthylation), une autre en morphine-3-glucuronide et morphine-6-glucuronide qui est le plus actif, et une dernière en morphine-6-sulfate [métabolisme hépatique].

L'héroïne n'a pas elle-même d'effet sur les récepteurs opioïdes, mais ce sont ses deux premiers métabolites, le 6-MAM et la morphine qui possèdent l'activité, avec une activité plus puissante tout de même du 6-MAM. On peut donc considérer que l'héroïne sert de véhicule rapide au transport des substances psychoactives.

Figure 4 : Schéma de métabolisation de l'héroïne



2.5 Chiffres clés sur l'héroïnomanie en 2014 ²⁸

Ces chiffres sont tirés du site internet de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Ils sont basés sur ses propres études ainsi que des travaux menés par d'autres institutions, en France. Ces chiffres sont les plus récents et les plus pertinents à l'heure actuelle pour évaluer le phénomène des drogues en France. Ils servent de référence pour mener à bien les actions des pouvoirs publics, coordonnés par la MILDT.

2.5.1 Nombre de consommateurs

Le nombre de consommateurs d'héroïne est en diminution chez les jeunes de moins de 17 ans. On note que parmi eux, 0.9% ont déjà expérimenté l'héroïne contre 1.2% des adultes.

Il est impossible de donner un nombre exact de consommateurs (traités ou non) car depuis la loi de 1970, l'usager qui est dans un parcours de soins peut être traité dans l'anonymat le plus complet, et si l'usager est inconnu des services de santé, il nous est impossible de connaître son addiction.

2.5.2 Morbidité et mortalité

Les données de la morbidité vont être établies sur les maladies transmissibles, tel que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et le virus de l'hépatite C (VHC). Ces données sont issues d'enquêtes réalisées parmi les usagers dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et dans les centres d'accueils et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). On pourra estimer alors que la séroprévalence du VIH est de

²⁸ - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, chiffres clés. OFDT.

- Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008 - 2011.

6.2% à 7.4% et celle du VHC est de 33.3% à 46%, parmi les usagers de drogues injecteurs, l'ayant fait au moins une fois dans leur vie.

La mortalité des consommateurs est surtout liée à l'association de plusieurs produits en même temps, c'est ce que l'on appelle la polytoxicomanie.

Le nombre de décès par surdose, très sous-estimé, avoisinait en 2010 les 300 chez les 15-49 ans, et semble rester stable.

Le nombre de décès par le SIDA était en 2010 d'environ 75 décès, quand bien même ce chiffre a tendance à diminuer depuis quelques années.

2.5.3 « Usages problématiques de drogues »

Un « usage problématique de drogue » est défini par l'Observatoire Européen de Drogues et des Toxicomanies (OEDT) comme un usage de drogues par voie IV ou un usage régulier d'opiacé parmi les 15-64 ans. On dénombrait en 2011 plus de 281 000 « usagers problématiques » ; ce chiffre est vraisemblablement en augmentation. Dans les CAARUD, on compte environ 60 000 personnes en 2010, que ce soit des personnes suivies en accueil fixe, en unités mobiles ou lors d'interventions extérieures.

2.5.4 Prescription des traitements de substitution aux opiacés

En 2010, environ 170 000 personnes ont bénéficié d'un TSO : 150 000 ont été remboursés par l'assurance maladie pour des molécules de substitution délivrées en ville, et 20 000 ont reçu une dispensation de méthadone dans un CSAPA. La buprénorphine haut-dosage (BHD) reste largement majoritaire (65%) contre la méthadone, même si, ces dernières années, un rééquilibrage est en cours.

2.5.5 Interpellations et saisies

Le nombre d'interpellations aujourd'hui semble à nouveau en augmentation comparé à il y a une dizaine d'années. On estime une augmentation chaque année de 2% d'interpellations. En 2010, 3 382 usagers-revendeurs et trafiquants ont été interpellés (chiffre en hausse de 14% par rapport à 2009).

Le nombre de saisies d'héroïne était en augmentation nette depuis les années 2000, mais depuis 2012, celles-ci tendent plutôt à diminuer.

3 Les traitements de substitution aux opiacés

3.1 Les débuts ²⁹

Tout commence en Allemagne, avant la Seconde Guerre mondiale, lorsque la méthadone a été synthétisée pour la première fois par Max Bockmül et Gustav Ehrhart en 1937, afin d'en faire une alternative à la morphine. Sa première utilisation dans le cadre du traitement de substitution remonte aux années 1960 aux Etats-Unis. Ses précurseurs Vincent Dole et Mary Nyswander, face aux échecs des thérapies jusqu'alors utilisées dans la prise en charge des usagers d'héroïne (dont leur principale préoccupation était de se procurer le produit), ont jugé que si un opiacé leur était fourni, leur situation sociale et économique pouvait s'améliorer et se stabiliser assez rapidement. Les premiers essais réalisés avec la morphine étant décevants, ils se tournèrent vers la méthadone qui présentait l'avantage par rapport à la morphine d'une durée d'action plus longue. Suite aux résultats assez positifs de ces tests, la prescription de méthadone connut une très rapide expansion, et cela sur un échantillon bien moins sélectif. Malheureusement, la diffusion de ce type de traitement ne s'est pas faite comme on aurait pu le penser, et même a failli disparaître, cela pour

²⁹ Schmelck M-A. Introduction à l'étude des toxicomanes. Chiva M, éditeur. Paris, France: Nathan; 1993.

différentes raisons. Parmi celles-ci, nous pouvons citer une certaine méfiance des autorités vis-à-vis du concept de substitution, un investissement thérapeutique minimal, des morts par overdose en constante augmentation et un développement accru d'un marché noir. Il a fallu attendre les années 1980, avec la large épidémie du VIH, pour que la notion de substitution soit reconsidérée par les autorités sanitaires, et que les débats et idées portées sur ces sujets s'atténuent.

En mars 1995, la méthadone obtient son autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication du traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.

En juillet 1995, il en est de même pour le Subutex® (BHD).

3.2 Les objectifs ³⁰

Initialement, les objectifs principaux du TSO ont été énoncés lors de l'autorisation de prescription de la méthadone pour tous les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Selon l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 2004 - structure maintenant regroupée avec d'autres commissions au sein de la Haute Autorité de Santé (HAS) - ces objectifs « consistaient à :

- Prévenir la survenue de problèmes sanitaires découlant de l'usage d'opiacés "en aidant à la réduction de consommation de drogues issues du marché illicite et en favorisant un moindre recours à la voie injectable"

³⁰ - Haute Autorité de Santé (ex-ANAES), Fédération Française d'Addictologie. Conférence de consensus : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.
- Haute Autorité de Santé (ex-ANAES). Dossier de presse : les recommandations de la conférence de consensus ; Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution.

- Favoriser l'insertion des usagers dans un processus thérapeutique et faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie, d'ordre psychiatrique et/ou somatique
- Contribuer à l'insertion sociale des usagers.

L'objectif ultime étant de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans pharmacodépendance, y compris à l'égard des médicaments substitutifs aux opiacés (MSO). »

Aujourd'hui, ces objectifs se sont élargis. En effet, les stratégies thérapeutiques actuelles visent principalement à donner la possibilité aux personnes dépendantes de pouvoir se débarrasser de leur comportement addictif en effaçant totalement les notions de dépendance physique et psychique. Tout ceci dans le but de leur permettre de reprendre une vie « normale », c'est-à-dire sans les effets de manque d'héroïne et en se dégageant du « centrage de leur existence sur les effets et la recherche délétères du produit ». En pratique, l'instauration d'un traitement substitutif permet au patient dépendant de s'inscrire au sein d'un réseau et ainsi de commencer à nouer une relation de confiance avec les différents professionnels qu'il rencontrera dans le cadre de sa prise en charge globale. Cette motivation pour se soigner lui permettra de réduire, voire de cesser toute consommation de produits illicites d'un point de vue pharmacologique, ainsi que de recouvrer si possible toute sa liberté et une meilleure qualité de vie.

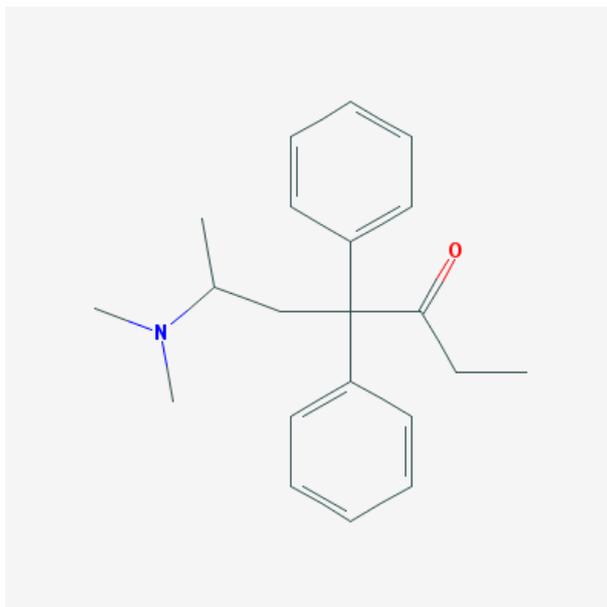
3.3 Les produits sur le marché ³¹

3.3.1 Méthadone (Chlorhydrate de) ³²

3.3.1.1 Caractéristiques générales

La méthadone est indiquée selon le dictionnaire Vidal 2014 dans « les traitements des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique ». Bien que son action soit similaire à la morphine, la méthadone a une structure complètement différente et ne possède notamment pas de noyau morphinane³³ comme la morphine ou l'héroïne.

Figure 5 : Structure chimique de la méthadone



La méthadone existe sous deux formes : sirop et gélule. Traditionnellement, toute instauration de traitement par méthadone débute par la forme sirop, et ensuite,

³¹ - Classification Vidal.

- ANSM. Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes.

- Meddispar - Accueil. Disponible sur: <http://www.meddispar.fr/>

³² - HAS - METHADONE AP-HP. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_623558/fr/methadone-ap-hp

- Velastugui S. Les effets indésirables de la méthadone : l'hypersudation. Le Flyer. (46):16-7.

- Velastugui S. La prise de poids sous méthadone : effet secondaire ou simple occurrence. Le Flyer. Sept 2013;(52):12-3.

³³ Noyau de base de la plupart des molécules psychotropes.

la forme gélule peut être proposée en relais chez des patients traités par la forme sirop depuis plus d'un an et stabilisés, notamment sur le plan médical et des conduites addictives.

Selon le rapport de la commission de transparence de l'HAS du 29 février 2012, le service médical rendu (SMR) par les spécialités contenant de la méthadone est important dans l'indication préconisée. En revanche, l'amélioration du service médical rendu (ASMR) est de niveau V, c'est-à-dire que la forme gélule de la méthadone n'apporte aucune amélioration par rapport à la forme sirop.

3.3.1.2 Contextes législatif et réglementaire

D'un point de vue législatif, la méthadone est classée comme un stupéfiant (Liste 1) dès sa commercialisation en mars 1995 pour la forme sirop, et en septembre 2007 pour la forme gélule.

La première prescription doit être rédigée sur une ordonnance sécurisée hospitalière (PIH), soit par un médecin exerçant dans un CSAPA, soit par un médecin hospitalier à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consultation ou en centre pénitentiaire, des analyses urinaires étant obligatoires à l'initiation du traitement. La durée de prescription maximale est de 14 jours, et sa délivrance doit se faire au maximum par période fractionnée de 7 jours. Néanmoins, le prescripteur peut spécifier sur l'ordonnance la durée de chaque fraction, ou exclure le fractionnement en apposant la mention « délivrance en une seule fois », ou précise que la dispensation doit se faire quotidiennement.

La décision de faire un relais avec le médecin de ville appartient uniquement au médecin prescripteur en CSAPA. Cette décision repose sur des critères de

stabilisation, tels que la capacité du patient à gérer de façon autonome son traitement, une posologie de méthadone stabilisée et des dosages urinaires d'opiacés négatifs.

Le renouvellement de l'ordonnance peut être fait par un médecin de ville à condition que le médecin prescripteur initial ait rédigé une ordonnance de délégation³⁴. Lors du renouvellement, l'ordonnance pourra être honorée par le pharmacien si le patient présente bien l'ordonnance de renouvellement ainsi que l'ordonnance de délégation.

Théoriquement, la dispensation sera prise en charge par l'assurance maladie si, et uniquement si, la prescription porte bien le nom du pharmacien qui sera en charge de la délivrance du traitement (susceptibilité de faire objet de mésusage).

Comme pour tout stupéfiant, l'ordonnance ne peut être exécutée dans sa totalité (ou totalité de la fraction de traitement) que si elle est présentée dans les trois jours suivant sa date de rédaction, ou suivant la fin de la fraction précédente (dénommée, par les termes techniques, de « délai de carence »). Au-delà, l'ordonnance ne sera exécutée que pour la durée de traitement restant à courir, avec déconditionnement des boîtes si cela s'avérait nécessaire afin de délivrer la quantité d'unités de prise exacte. De plus, tout chevauchement est formellement interdit, sauf mention expresse du prescripteur.

Lors de la délivrance, les mentions à apposer sur l'ordonnance par le pharmacien sont les mêmes que pour les autres stupéfiants, à savoir le timbre de l'officine, le numéro d'enregistrement à l'ordonnancier, la date d'exécution, la dénomination du médicament et la quantité délivrée en unité de prise.

³⁴ Ordonnance sécurisée mentionnant le nom du médecin choisi, le nom du pharmacien choisi ainsi que les conditions de délivrance si nécessaire.

La méthadone doit être conservée en pharmacie dans un coffre-fort sous clef, et les entrées-sorties doivent être comptabilisées par la tenue du registre comptable des stupéfiants.

3.3.1.3 Pharmacocinétique

Du fait de son caractère liposoluble, la méthadone est aisément absorbée au niveau intestinal. Elle subit ainsi l'effet de premier passage hépatique.

La méthadone est assez fortement liée aux protéines plasmatiques et à l'albumine (60 à 90%). Ceci explique sa lente vitesse d'élimination. Sa demi-vie plasmatique est de 1 à 18 heures, après une administration orale unique ; pour des patients recevant plus de 100 milligrammes par jour de méthadone, sa demi-vie peut aller jusqu'à 47 heures.

La méthadone suit un métabolisme hépatique (N-déméthylation), et les métabolites sont inactifs. L'excrétion urinaire est dose-dépendante et représente la voie principale d'élimination.

3.3.1.4 Pharmacodynamie

La méthadone est un agoniste plein des récepteurs opioïdes, et agit principalement sur le sous-type de récepteurs μ . Elle va activer le récepteur et provoque par la suite un effet dépresseur sur le système nerveux central (analgésie, antitussif voire dépression respiratoire...). Les effets seront semblables à ceux observés avec la morphine.

3.3.1.5 Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquents chez le sujet pharmacodépendant aux opiacés dans le cadre d'une instauration de traitement, sont une euphorie, des

vertiges, une sédation plus ou moins importante, des nausées accompagnées ou non de vomissements, une constipation, une hypersudation, une prise de poids...

Dans le cadre d'un traitement d'entretien, toujours chez le sujet pharmacodépendant : hypersudation, nausées, constipation.

Chez le sujet non pharmacodépendant, les effets indésirables seront les mêmes que la morphine, à savoir une sédation, une hypersudation, des nausées accompagnées ou non de vomissements, une constipation, des vertiges...

On citera également les effets indésirables les plus graves pouvant survenir, notamment en cas de surdosage : dépression respiratoire, hypotension sévère, arrêt respiratoire, choc et arrêt cardiaque.

3.3.1.6 Mises en garde et précautions d'emploi

Rappeler au patient que le succès du traitement est très fortement lié aux mesures médico-psychologiques et socio-éducatives mises en place. Un traitement pharmacologique seul est inefficace.

De plus, en aucun cas le traitement ne doit être arrêté brutalement, sous risque de voir apparaître un syndrome de sevrage opiacé et une diminution de la tolérance acquise.

Enfin, il faut absolument mettre en garde le patient sur le fait que la méthadone est un médicament à tenir absolument hors de portée des enfants (flacons de sirop, plaquettes thermoformées, ne jamais ouvrir le flacon à l'avance...). Des cas fatals d'ingestions accidentelles sont déjà survenus. La dose létale pour un enfant ou un sujet naïf ou peu dépendant aux opiacés est de 1 milligramme par kilogramme de masse corporelle.

3.3.1.7 Interactions

La méthadone est un médicament susceptible de donner des torsades de pointes par allongement de l'intervalle QT sur l'électrocardiogramme (ECG). Les médicaments pouvant aggraver ces effets sont nombreux et ils nécessiteront d'évaluer la balance bénéfico-risque avant leur association à la méthadone ; on citera à titre d'exemple la cimétidine, tous les médicaments hypokaliémisants (diurétiques hypokaliémisants comme le furosémide, l'indapamide ou l'hydrochlorothiazide, les glucocorticoïdes et l'amphotéricine B par voie IV), les médicaments bradycardisants (bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque, antihypertenseurs d'action centrale, antiarythmiques, certains inhibiteurs calciques comme le vérapamil ou le diltiazem).³⁵

D'autres interactions sont à retenir :

- Avec les médicaments qui augmenteront les concentrations plasmatiques en méthadone, et donc majoration de son action : la cimétidine, la fluvoxamine
- Avec les médicaments qui diminueront les concentrations plasmatiques en méthadone, et donc réduction de l'action avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage opiacé : les inducteurs enzymatiques en règle générale (carbamazépine, rifampicine, phénobarbital, phénytoïne...) et les inhibiteurs de protéase utilisés dans les protocoles thérapeutiques anti-VIH
- Avec l'alcool et les benzodiazépines, susceptibles d'augmenter le risque de survenue d'une dépression respiratoire.

³⁵ Nota Bene : L'association d'un médicament torsadogène à un autre médicament torsadogène est contre-indiquée en règle générale. Toutefois, la méthadone fait exception à cette règle, et après évaluation de la nécessité de chaque médicament.

3.3.1.8 Contre-indications

Les contre-indications absolues sont assez simples :

- Age inférieur à 15 ans
- Insuffisance respiratoire grave
- Traitement concomitant par un agoniste-antagoniste morphinique, comme la buprénorphine, ou un antagoniste pur (naltrexone)
- Et l'indémorable « hypersensibilité à la méthadone ».

3.3.1.9 Surdosage

Les signes d'alertes et cliniques d'un surdosage en méthadone sont : myosis, bradypnée, dépression respiratoire, œdème pulmonaire, somnolence, coma avec hypotension artérielle, bradycardie et apnée.

Le traitement est dans un premier temps uniquement symptomatique et vise à traiter la dépression respiratoire et l'hypotension, grâce aux techniques de réanimations habituelles. En cas de risque vital, il est nécessaire d'administrer par voie IV ou intramusculaire (IM) un antagoniste aux opiacés (naloxone).

3.3.2 Subutex® (buprénorphine) ³⁶

3.3.2.1 Caractéristiques générales

La buprénorphine est indiquée d'après le dictionnaire Vidal 2014 dans le « traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le

³⁶ - Arrêté du 9 mars 2012. Code de la santé publique.

- Arrêté du 15 septembre 1999. Code de la santé publique.

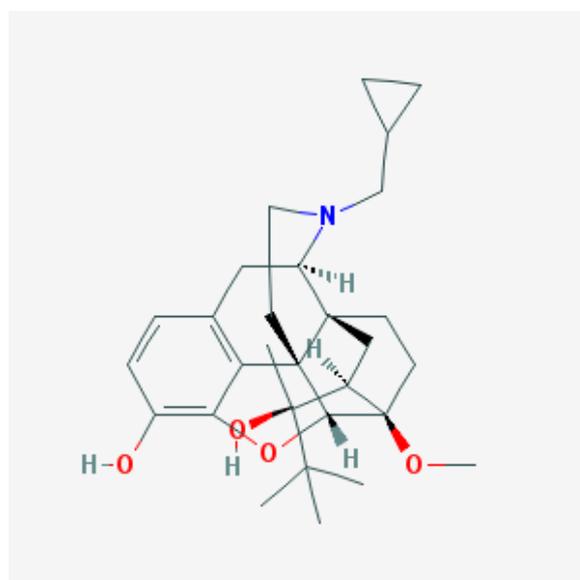
- Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence 2011 : Subutex.

- Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. 2009.

- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses (...). Code de la santé publique.

cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique ». Il existe six dosages en buprénorphine, appelée buprénorphine haut-dosage, utilisée dans le TSO : 0.4mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg et 8mg, tout en sachant que la dose maximale se situe à 16mg par jour en France. Il existe un septième dosage à 0.2mg (Temgésic[®]) mais il a l'indication de douleurs intenses postopératoires et néoplasiques (bien qu'aujourd'hui il ne soit presque plus utilisé dans cette indication, mais plutôt dans le sevrage aux opiacés).

Figure 6 : Structure chimique de la buprénorphine



On remarque que cette fois-ci, la molécule ci-dessus comporte bien un squelette carboné semblable à celui de la morphine, et notamment un noyau morphinane. On note en plus du squelette de base de la morphine³⁷, l'ajout d'une fonction alcool sur le carbone 10 et le remplacement de la fonction méthyle sur l'azote par un groupement méthylcyclopropane.

Le Subutex[®] existe sous la forme de comprimés sublinguaux, à maintenir sous la langue jusqu'à dissolution complète du comprimé.

³⁷ Noyau morphinane composé d'un cycle aromatique et de deux fonctions alcool sur les carbones 3 et 6.

Selon le rapport de la commission de transparence de l'HAS le 16 novembre 2011, le SMR du Subutex[®] reste important dans l'indication de l'AMM.

3.3.2.2 Contextes législatif et réglementaire

Le Subutex[®] est classé comme un médicament assimilé aux stupéfiants (Liste 1) ; il a obtenu son autorisation de mise sur le marché en juillet 1995. Sa prescription doit être rédigée sur une ordonnance sécurisée, établie par tout prescripteur³⁸. La durée de prescription est limitée à 28 jours, et aucun renouvellement ne peut être réalisé. La délivrance du médicament se fait par fractionnement de 7 jours, sauf mention expresse du prescripteur. De plus, le chevauchement d'ordonnance est interdit³⁹.

La dispensation sera prise en charge ici aussi par l'assurance maladie si la prescription porte bien le nom du pharmacien qui sera en charge de la délivrance du traitement⁴⁰, et si la spécialité générique est délivrée⁴¹.

Le patient a un délai de trois mois, à compter du jour de rédaction de l'ordonnance, pour venir récupérer son traitement à l'officine.

L'enregistrement de la délivrance, la traçabilité et la comptabilité des produits sont en tout point identiques à la délivrance d'un stupéfiant.

3.3.2.3 Pharmacocinétique

L'administration par voie orale est inappropriée car la buprénorphine subit un important effet de premier passage hépatique. La voie sublinguale est largement

³⁸ Ordonnance conforme définie par l'arrêté du 31 mars 1999.

³⁹ Sauf mention expresse du prescripteur.

⁴⁰ Susceptibilité de faire objet de mésusage.

⁴¹ Sauf mention « non substituable » en face de la ligne de traitement.

préférable : la biodisponibilité varie entre 15 et 30% et le pic de concentration est obtenu en 90 minutes.

Son absorption est rapide ; la demi-vie est de l'ordre de 2 à 5 heures.

La buprénorphine est métabolisée principalement par les cytochromes P450 (CYP) 3A4 (N-désalkylation). C'est la N-désalkylbuprénorphine qui est responsable de l'effet agoniste sur les récepteurs μ . Son élimination est longue (20 à 25 heures), due certainement à sa réabsorption au niveau intestinal après sa glycuconjugaison, et se fait à hauteur de 80% dans les selles.

3.3.2.4 Pharmacodynamie

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs μ (pour lesquels il possède une très grande affinité) et un antagoniste des récepteurs kappa. Elle se fixe au niveau des récepteurs cérébraux μ et kappa. Son efficacité dans le traitement de substitution des opioïdes est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs μ qui minimiserait de façon prolongée le besoin (ou le manque) des toxicomanes en stupéfiants.

De plus, l'effet agoniste partiel (activité intrinsèque faible) lui confère un effet dépresseur minime au niveau des centres cardiorespiratoires, car, de par cet effet, elle ne reproduit que partiellement ceux reliés à la stimulation des récepteurs μ par des agonistes purs tels que la morphine ou la méthadone ; à noter qu'à partir d'un certain seuil, l'augmentation des doses en produit ne fera plus augmenter les effets : c'est « l'effet plafond ». C'est ici que réside l'intérêt, voire l'avantage, de la BHD par rapport à la méthadone. En effet, cette caractéristique minimise au maximum les risques de consommations trop grandes pour des effets plus forts, et ainsi les risques de

surdosages (ou d'overdose) et de dépression respiratoire. La BHD a un profil de sécurité supérieur à celui de la méthadone.

3.3.2.5 Effets indésirables

Comme pour tout TSO, la survenue d'effets indésirables dépend du seuil de tolérance. Les plus fréquents sont : insomnie, céphalée, vertige, hypotension orthostatique, constipation, nausée, vomissements et somnolence.

3.3.2.6 Mises en garde et précautions d'emploi

A noter qu'il existe un risque réel de détournement de son utilisation, notamment par voie IV. Cette utilisation peut engendrer des dépressions respiratoires et des atteintes hépatiques aiguës (insuffisance hépatique, nécrose, encéphalopathie hépatique...) potentiellement fatales.

De plus, la prise prolongée de BHD peut engendrer une dépendance de type opioïde. Bien que celle-ci soit moindre qu'avec un agoniste pur tel que la morphine, l'arrêt du traitement doit se faire progressivement afin d'éviter tout syndrome de sevrage.

Enfin, la BHD (comme tout opioïde) provoque l'augmentation de pression du liquide céphalorachidien, pouvant entraîner des crises épileptiques. C'est pourquoi, la BHD doit être utilisée avec précaution chez ce type de patient.

3.3.2.7 Interactions

En règle générale, une surveillance étroite et une évaluation médicale appropriée du rapport bénéfice/risque (avec d'éventuelles adaptations posologiques) sont recommandées pour toute association de la buprénorphine avec un inducteur ou

un inhibiteur (antifongiques azolés...) du CYP3A4⁴² ; avec une molécule appartenant à la classe des benzodiazépines (majoration du risque de dépression respiratoire) ; avec d'autres déprimeurs du SNC (majoration de la dépression du SNC).

3.3.2.8 Contre-indications

Les contre-indications absolues sont les suivantes :

- Association à la méthadone ou à des analgésiques morphiniques de palier III
- Enfant de moins de 15 ans
- Insuffisance respiratoire sévère
- Insuffisance hépatique sévère
- Intoxication alcoolique aiguë ou delirium tremens
- Hypersensibilité à la buprénorphine ou à tout autre constituant du produit.

3.3.2.9 Surdosage

En cas de surdosage accidentel, une prise en charge globale doit être instaurée, comprenant une surveillance étroite de l'état respiratoire (liberté des voies aériennes supérieures et si nécessaire une ventilation contrôlée ou assistée) et cardiaque du patient. Le principal symptôme à traiter est la dépression respiratoire, qui peut conduire à un arrêt respiratoire et à la mort. Le myosis est un signe fréquent de surdosage accidentel.

L'utilisation d'un antagoniste opiacé (naloxone) est recommandée, malgré son effet modeste sur les symptômes respiratoires de la BHD.

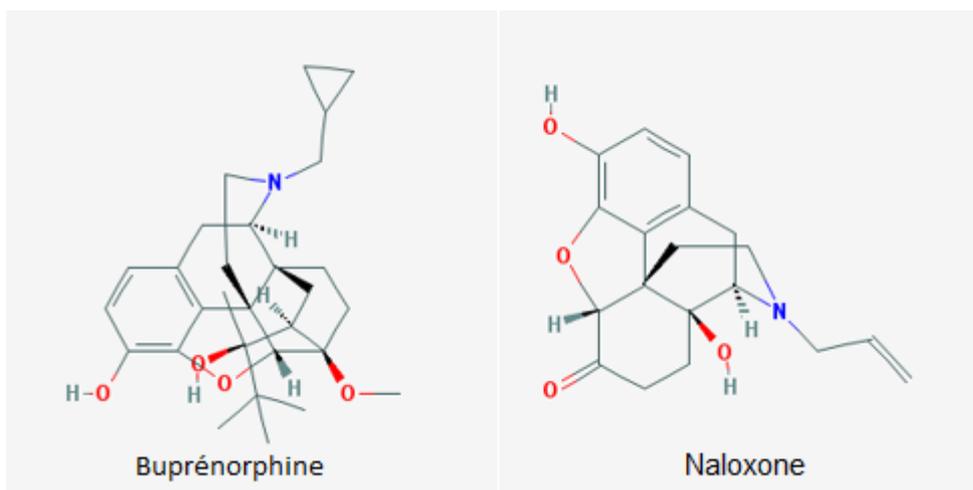
⁴² Respectivement, les effets seront une diminution et une augmentation des concentrations plasmatiques en BHD : une adaptation posologique peut être de mise.

3.3.3 Suboxone®⁴³

3.3.3.1 Caractéristiques générales

Le Suboxone® est une association de deux molécules : la BHD et la naloxone. Les données concernant la BHD ne seront pas réexposées dans cette partie. Son indication d'après le dictionnaire Vidal 2014 est d'une part le « traitement substitutif de la pharmacodépendance aux opioïdes dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique » pour la BHD, et d'autre part « empêcher le mauvais usage du produit par voie intraveineuse » pour la naloxone. Il existe deux dosages de Suboxone® : 2 et 8 mg.

Figure 7 : Structures chimiques des deux molécules du Suboxone®



La naloxone possède elle-aussi un squelette carboné semblable à la morphine (noyau morphinane). On remarque en plus l'ajout d'une fonction alcool sur le carbone 9, l'oxydation de la fonction alcool sur le carbone 6 en une fonction cétone, et l'ajout d'un groupement propène sur l'azote.

⁴³ - Arrêté du 9 mars 2012. Code de la santé publique.

- Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence 2008 : Suboxone.
- Haute Autorité de Santé - SUBOXONE.
- Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. 2009.
- European Medicines Agency. Résumé EPAR à l'intention du public : Suboxone.

L'intérêt du Suboxone[®], ou plutôt de l'association de la BHD avec la naloxone est très intéressant. En effet, selon le rapport de la commission de transparence publié par l'HAS le 16 avril 2008, elle a un SMR important dans son indication, bien que son ASMR soit à l'heure actuelle de niveau V à cause d'un manque de recul probable: « l'impact de la mise sur le marché de Suboxone[®] en termes de mésusage et de trafic de la buprénorphine reste à déterminer ».

Le Suboxone[®] existe sous la forme de comprimés sublinguaux, à maintenir sous la langue jusqu'à dissolution complète du comprimé.

3.3.3.2 Contextes législatif et réglementaire

Le Suboxone[®] est classé comme un médicament assimilé aux stupéfiants (Liste 1) ; il a obtenu son AMM en septembre 2006.

Les conditions de prescription et de délivrance sont semblables à celles du Subutex[®], vues en 3.3.2.

3.3.3.3 Pharmacocinétique

La naloxone administrée par voie orale ou sublinguale est relativement bien absorbée mais son métabolisme est presque complet lors de l'effet de premier passage hépatique. Elle n'aura donc aucun rôle pharmacologique dans ce cas, et la buprénorphine pourra pleinement jouer le sien au niveau des récepteurs opioïdes.

En revanche, si l'usage du Suboxone[®] est détourné, c'est-à-dire qu'au lieu de placer le comprimé sous la langue, celui-ci est dissous puis injecté par voie parentérale, la naloxone est distribuée bien plus rapidement que la buprénorphine (demi-vie de distribution d'environ 4 minutes). Ainsi, elle ira se fixer aux récepteurs opioïdes bien avant la BHD injectée simultanément, et de ce fait exercer son action

antagoniste et s'opposer aux effets d'éventuels agonistes administrés conjointement. Pour résumer, la prise orale de Suboxone® aura des effets identiques à la prise de BHD seule, tandis que son administration par voie injectable aboutira à un blocage des effets de la BHD par la naloxone, et *a-fortiori* une précipitation du syndrome de sevrage opioïde. Ce système permet ainsi de dissuader toute utilisation abusive du produit par voie parentérale, et semblerait être une bonne alternative pour diminuer l'usage détourné de la BHD seule, tout en conservant une activité analogue. La seule limite que l'on peut rapporter serait en rapport aux demi-vies d'élimination des produits. En effet, la BHD a une demi-vie d'élimination d'environ une trentaine d'heures contre une heure seulement pour la naloxone.

3.3.3.4 Pharmacodynamie

Comme dit précédemment, la naloxone est un antagoniste des récepteurs opioïdes μ , provoquant un syndrome de sevrage aux opioïdes ; son rôle est utile lorsque le médicament fait l'objet de mésusage.

3.3.3.5 Effets indésirables

Au cours des essais cliniques pivots, les effets indésirables les plus fréquemment signalés « ont été la constipation et les symptômes fréquemment associés au syndrome de sevrage (à savoir insomnie, céphalée, nausées, et douleurs). Parmi les cas de crise épileptique, vomissement, diarrhée et résultats élevés des tests de la fonction hépatique qui ont été rapportés, certains ont été considérés comme graves. »

3.3.3.6 Mises en garde et précautions d'emploi

Les mises en garde et les précautions d'emploi sont identiques à celles de la BHD seule. Rappelons tout de même que les mises en garde et les précautions

d'emploi sont majoritairement liées à une mauvaise utilisation de la BHD, ou à un usage détourné, et que c'est dans cette optique de prévention que cette association de BHD avec la naloxone, qu'est le Suboxone[®], a été commercialisée.

3.3.3.7 Interactions

Les interactions de la Suboxone[®] avec d'autres substances sont identiques à celles de la BHD administrée seule.

3.3.3.8 Contre-indications

Les contre-indications de la Suboxone[®] sont identiques à celles de la BHD administrée seule.

3.3.3.9 Surdosage

Les signes de surdosage et les risques liés sont dus à la BHD. La conduite à tenir face à un surdosage en Suboxone[®] sera donc identique à un surdosage en BHD seule.

3.3.4 Autres produits ⁴⁴

La méthadone, le Subutex[®] et le Suboxone[®] sont tous trois les médicaments de référence lorsqu'il s'agit de traiter une pharmacodépendance aux opiacés. En réalité, ils sont les seuls à posséder cette indication dans leur AMM. Néanmoins, d'autres solutions existent comme en témoigne l'expertise collective réalisée par l'Inserm en 2010, même si ces solutions enfreignent « les règles classiques que font la base d'un traitement de substitution :

- Remplacer un produit à action courte par un produit à action longue

⁴⁴ France. Ministère de la santé de la jeunesse. Autres traitements de la dépendance. In: Institut national de la santé et de la recherche médicale. Centre d'expertise collective, éditeur. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, France: INSERM; 2010. p. 179-93.

- Remplacer une substance injectable par une substance administrée par voie orale
- Remplacer une substance illicite par une substance licite ».

Ces solutions sont les suivantes :

➤ **L'héroïne licite, ou diacétylmorphine, ou DAM**, est structurellement parlant identique à l'héroïne illicite ; on parle d' « héroïne médicalisée ». C'est en réalité un protocole de substitution de l'héroïne dite illicite par de l'héroïne licite, encadré par un corpus médical ; ce plan d'action a été adopté dans certains pays européens, notamment la Suisse, l'Allemagne, le Danemark, et les Pays-Bas. En d'autres termes, il s'agit de substituer de l'héroïne de rue par de l'héroïne pharmaceutique, c'est-à-dire dont la composition quantitative et qualitative est contrôlée. Cette prescription d'héroïne est généralement conjointe à une prescription de méthadone pour contrôler les états de manque du patient. Comme le confirment la plupart des essais cliniques randomisés, la prescription d'héroïne médicalisée demeure une option thérapeutique intéressante, destinée uniquement à des personnes sévèrement dépendantes (au produit comme au geste) et dont le traitement de substitution classique (méthadone, Subutex® ou Suboxone®) a été un échec. Ce type de substitution est en réalité une étape. Dans ce contexte-ci, la substitution par héroïne médicalisée et méthadone se révèle être une bonne alternative à la méthadone seule, que ce soit au niveau de la diminution de la consommation de drogues illicites, de la diminution de la criminalité, de la diminution des pratiques dites à risques, de la rétention du traitement, mais aussi du rapport coût/bénéfice.

➤ **La substitution par sulfate de morphine** est une autre alternative thérapeutique pour des patients qui ont essuyé des échecs répétés aux TSO classiques, et pour qui une substitution par héroïne médicalisée aurait été possible

dans d'autres pays. En France sont utilisées deux spécialités (le Moscontin® et le Skénan® LP) dans ce cadre-là, bien que l'indication de substitution à une pharmacodépendance aux opiacés ne figure pas dans leur AMM. Il y a très peu d'études qui montrent l'efficacité de ce type de traitement, et son usage détourné par injection parentérale interroge les autorités compétentes quant à son utilité.

➤ **La buprénorphine injectable** est une autre option thérapeutique destinée aux patients présentant une dépendance sévère aux opiacés et au geste de l'injection. On a pu observer au cours de ces dernières années une recrudescence des cas de patients détournant le mode d'administration de la BHD classique de la voie sublinguale vers la voie parentérale. C'est face à ce problème que la possibilité d'une buprénorphine injectable a été envisagée, en la proposant aux patients ne pouvant se passer de la voie injectable et de faire l'injection avec du matériel adéquat (stérilité, usage unique...). La buprénorphine par inhalation a également été pensée, et serait destinée aux patients qui seraient prêts à abandonner la voie injectable mais pas les pratiques de sniff, ou pour ceux présentant un accès veineux impossible. Cette pratique est intéressante car elle présente très peu de risques infectieux.

➤ **La codéine**, pour laquelle on ne peut parler réellement de substitution, car en elle-même, elle ne permet pas de pallier une dose d'héroïne (à moins de la prendre à de très fortes doses). C'est en réalité une forme d'auto-substitution : l'usager peut se la procurer très facilement à la pharmacie étant donné que la codéine peut être obtenue sans ordonnance (Néo-Codion®), et il l'utilise principalement comme dépannage d'urgence, dans l'attente d'une nouvelle dose d'héroïne.

➤ D'autres produits existaient, comme le **lévo-alpha-acétyl-méthadol (LAAM)**, qui lui fut même utilisé comme traitement de substitution au même titre que

la méthadone, bien qu'aujourd'hui il ait été retiré du marché en raison d'effets indésirables graves (arythmies cardiaques avec allongement de l'intervalle QT).

3.4 Les structures de soins ⁴⁵

Suite à la loi de 1970 garantissant notamment l'anonymat et la gratuité des soins pour quiconque souhaitait rentrer dans un réseau de soin, des structures spécialisées se sont développées, et aujourd'hui presque tous les départements français possèdent au moins un centre spécialisé. En France, il existe trois principaux types de structures :

- Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)
- Les communautés thérapeutiques.

3.4.1 CSAPA ⁴⁶

Le premier type de centre spécialisé mis en place était le Centre spécialisé de soin au toxicomane. Les CSST proposaient un service de soin en ambulatoire pour la grande majorité. Ces centres sont réservés au sevrage des drogues illicites. Parallèlement furent créés les Centres de cure ambulatoire et d'alcoologie (CCAA). Dans le cadre du plan gouvernemental de 2007 à 2011, les CSST et les CCAA ont tous été regroupés au sein d'une même structure juridique, par le décret n°2007-877 publié le 14 mai 2007 : les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ces CSAPA pouvaient alors prendre en charge tous les types d'addiction

⁴⁵ - Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. 2007-877.

- Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

⁴⁶ - Houssin D. CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008. Code de la santé publique.

- Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. 2007-877.

aux substances. Elles font partie du type de structures dites à « haut-seuil », c'est-à-dire que la seule condition pour y avoir accès est d'abandonner définitivement toute consommation de drogue illicite (ceci étant vérifié à chaque visite dans le centre par une analyse urinaire). Les missions des CSAPA ont été énoncées dans la circulaire du 28 février 2008. Ils garantissent un accueil convenable, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation des personnes ou de l'entourage vers d'autres structures plus adaptées (mise en place par exemple de consultations de proximité afin de repérer précocement les usages nocifs). De plus, ils garantissent une prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative (diagnostic, prestation des soins, et l'aide à l'insertion et la réinsertion). Enfin, ils mettent tout en œuvre pour réduire les consommations à risques des substances nocives. De manière générale, les CSAPA garantissent le sevrage et surtout l'accompagnement qui va de pair. Trois types de CSAPA se détachent, on distingue les CSAPA proposant les soins en ambulatoire ; les centres thérapeutiques résidentiels ou « post-cure » qui proposent un hébergement collectif destiné aux personnes polydépendantes et pour qui un encadrement médical et psychologique est indispensable ; et les centres de soins en milieu pénitentiaires.

3.4.2 CAARUD ⁴⁷

Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues ont été mis en place suite au décret n° 2004-806 du 9 août 2004, relatif à la politique de santé publique. Ce sont des structures dites de « bas-seuil », ce qui signifie que seule la consommation de drogue dans les locaux y est interdite.

⁴⁷ - Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2005-1606 déc 19, 2005.

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806. Code de la santé publique.

Les missions des CAARUD sont énoncées dans le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005. Ils assurent ainsi l'accueil et le soutien collectif ou individuel, notamment dans l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, l'orientation vers le système de soins spécialisés et l'incitation au dépistage des infections transmissibles. Ils garantissent également une aide dans l'accès au logement, et essayent de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle. Ils mettent également à disposition du matériel de prévention des infections. Enfin, ils tentent de rendre une image moins stigmatisée du consommateur en menant des actions de médiation sociale, afin de l'aider dans sa propre réinsertion dans le quartier (dispositions nommées depuis le mot anglais *outreach*).

3.4.3 Communautés thérapeutiques ⁴⁸

Créées par la circulaire du 24 octobre 2006, les communautés thérapeutiques « s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un but d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale ». En d'autres termes, leur fonctionnement est semblable à un CSAPA (d'ailleurs la plupart sont rattachées directement à un CSAPA), mais elles sont destinées à des personnes beaucoup plus désinsérées, et la durée de séjour peut être aussi bien plus long (1 an, pouvant être prolongé jusqu'à 2 ans).

3.4.4 Autres

D'autres dispositifs de « bas-seuil » existaient, et font maintenant partie intégrante des CSAPA. Nous pouvons citer *les boutiques*, (lieu donnant accès à du matériel de

⁴⁸ SANT4 - Bulletin Officiel N°2006-11: Annonce N°35 = Communautés thérapeutiques. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-11/a0110035.htm>

prévention, des installations sanitaires...) ou encore les *sleep-in* (centre d'hébergement de courte durée pour les usagers de drogues).

Un autre acteur de ces réseaux joue un rôle important, en essayant de maintenir une certaine cohésion entre les autres : le pharmacien.

4 La place du pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine, peut-être même plus que le médecin généraliste, se retrouve au front dans le système de santé, que ce soit pour la notification d'un quelconque effet indésirable ou pour essayer n'importe quel mécontentement d'un patient. Dans notre contexte, il va jouer le rôle d'acteur en première ligne dans l'accueil d'une grande majorité des consommateurs de drogues, dans l'urgence ou non, dans la détresse ou non et surtout avec ou sans rendez-vous. Son écoute et sa disponibilité fait de lui un professionnel de santé de proximité incontournable dans la plupart des cas.

4.1 La politique de réduction des risques ⁴⁹

Au milieu des années 1980, dans un contexte morbide face à l'épidémie de SIDA, la politique de réduction des risques a été mise en place dans certains pays, de manière urgente. La drogue administrée par voie IV constitue un facteur de risque à elle-seule. Concrètement, la politique de réduction des risques n'est rien d'autre qu'un programme gouvernemental rassemblant différentes mesures qui visent à réduire tous

⁴⁹ - Décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. Code de la Santé Publique.

- Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. Code de la Santé Publique.

- Direction Générale de la Santé. Lettre DGS-DIV-SIDA n° 95-1320 du 15 octobre 1995. p. 8.

- France. Ministère de la santé de la jeunesse. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Centre d'expertise collective, éditeur. Paris, France: INSERM; 2010. xii+573.

dommages collatéraux liés à l'usage de substances psychoactives. Ce concept va en d'autres termes rationaliser l'idée que l'éradication de la consommation de drogue est impossible, en limitant au plus l'usage nocif que la consommation peut apporter. Cette nouvelle notion se fonde sur le fait qu'elle ne s'intéresse absolument pas à la question morale, légale ou scientifique imposée par l'usage de drogues, mais naturellement à la prévention de tout effet délétère pour le consommateur. Elle propose ainsi un véritable changement de la conception de la prise en charge du toxicomane. Cette politique se résume en Europe tout à fait par cette phrase : « Si vous le pouvez, ne vous drogez pas. Sinon essayez de sniffer au lieu d'injecter. Sinon, utilisez une seringue propre. Sinon, réutilisez la vôtre. Au pire, si vous partagez une seringue, nettoyez-la à l'eau de Javel ».

La première mesure de cette politique est la mise en vente libre en pharmacie des seringues. Cette vente était autrefois interdite par le décret n° 72-200 du 13 mars 1972, mais qui a été abrogé par le décret n° 87-328 du 13 mai 1987 (« décret Barzach »). Ici, nous retrouvons l'un des premiers rôles du pharmacien dans cette politique de réduction des risques : l'accès au matériel stérile garantissant les conditions de réalisation des injections dans des conditions d'hygiène satisfaisante. Ce plan d'action évolue par la suite avec le Programme d'Echange de Seringues (PES), officialisé par la circulaire 311/SIDA de la direction générale de la santé le 11 mai 1992 : les usagers de drogues sont incités à ramener les seringues usagées, ce qui amène à limiter le nombre de seringues abandonnées dans les lieux publics, et ainsi le risque dommages sanitaires accidentels. Ensuite, la Stéribox[®] 50 entre en scène, dont la vente libre en officine sera rendue officielle en 1994. Puis, l'évolution

⁵⁰ Boîte contenant deux seringues à insuline (1mL), deux ampoules d'eau pour préparation injectable, deux tampons imbibés d'alcool, un préservatif et une notice d'utilisation.

directe de la Stéribox® arrive : Stéribox2®, pour faire face aux autres maladies transmissibles (VHC) par simple partage de la « cuillère » ou du « filtre coton ». Il y a adjonction au dispositif initial de deux Stéricup®⁵¹. Enfin, en 1995, le directeur général de la santé recommande par la lettre DGS-DIV-SIDA n° 95-1320 aux communes françaises de s'équiper d'appareils distributeurs de matériel stérile à injection, « Distribox », et d'appareils collecteurs de ces matériels usagés, « Totems ».

La deuxième mesure de cette politique de réduction des risques concerne la mise à disposition aux patients usagers de drogues d'un traitement de substitution. En France, le TSO se décline en trois principales molécules mentionnées ci-avant : la méthadone®, la buprénorphine haut-dosage (Subutex®) et la Suboxone®. Ces trois molécules ont obtenu chacune l'AMM dans l'indication de substitution aux opiacés, respectivement en mars 1995 (Méthadone sirop) et septembre 2007 (Méthadone gélule), en juillet 1995 et en septembre 2006. De plus, comme nous l'avons vu au 3.3.4, d'autres produits sont utilisés dans ce contexte de substitution. Le pharmacien, en tant que seul professionnel habilité à dispenser légalement des médicaments, il se trouve une fois de plus au centre de cette politique de réduction des risques, à savoir dispenser le TSO selon les bonnes pratiques :

- détecter tout effet indésirable
- savoir orienter vers un médecin ou un CSAPA ou autre en cas de besoin
- décrire et promouvoir le bon usage du médicament
- etc.

⁵¹ Contient chacun un récipient en aluminium, se substituant à la cuillère, et un filtre en coton et un tampon sec, se substituant tous deux au filtre coton habituel.

4.2 La prise en charge au comptoir ⁵²

Comme pour n'importe quel autre patient, le toxicomane venant chercher son traitement à la pharmacie doit être considéré avec autant de respect et d'estime. Il est un malade avant tout. Sa prise en charge globale, son accompagnement dans son sevrage doit se faire en respectant scrupuleusement le code de déontologie de la profession, et tout autre texte réglementant la profession de pharmacien.

L'accueil du patient toxicomane de son arrivée jusqu'à son départ de la pharmacie doit se faire sans aucune arrière-pensée de la part de l'équipe officinale, et la manière d'aborder les choses se font comme avec n'importe quel autre patient : vouvoiement (marque de respect), explications du bon usage du médicament en règle générale (effets indésirables possibles, contre-indications, précautions d'emplois...). Toutes ces mesures permettent alors à ce que la dispensation ait lieu de la meilleure manière possible, et ainsi de mettre en place une relation fiable entre les deux parties. Cette étape est très importante, et notamment lors d'une première délivrance. C'est la base de leur relation future. Le pharmacien doit ainsi établir une relation de confiance, et ce au rythme des venues et du bon vouloir du patient. C'est ici que réside toute la complexité et la singularité de cette prise en charge. Cette relation pharmacien-toxicomane ne pourra être renforcée que s'il existe au préalable une solidarité inconditionnelle entre le pharmacien et le médecin. Cette relation est aussi cruciale dans la prise en charge car au moindre problème, quel qu'il soit, comme par exemple une ordonnance falsifiée, des chevauchements, un sous- ou sur-dosage en médicament, un besoin en médicaments psychotropes adjuvants afin de pallier les troubles anxieux et du sommeil liés au traitement de substitution, un comportement

⁵² Jauffret-Roustide M, éditeur. Les drogues: approche sociologique, économique et politique. Paris, France: la Documentation française; 2004. 156.

inapproprié au sein de la pharmacie, le patient pourra être ainsi recadré de façon immédiate, et de la manière la plus efficace qu'elle soit. Comme nous l'avons compris, le pharmacien devra manier ainsi toutes ses qualités qui font de lui un professionnel de santé, à savoir l'écoute, le respect, la disponibilité et le professionnalisme, tout en restant dans la fermeté de ses propos et dans le respect des règles imposées. C'est ainsi que le pharmacien obtient toute son importance et sa place dans la prise en charge du toxicomane et dans les réseaux de soins aux toxicomanes, que ce soit dans le cadre de la politique de réduction des risques, ou simplement dans le pur respect du serment de Galien.

Afin de déterminer les limites de ce rôle défini ci-avant et d'en apporter des solutions, nous avons réalisé cette enquête destinée aux titulaires d'officines.

Chapitre 2 : Enquête

C'est dans le cadre de la délivrance du TSO, et plus exactement en vue d'améliorer cette dispensation que cette étude s'inscrit. Elle aura pour objectif ainsi de présenter les différentes difficultés que peut rencontrer un pharmacien lors de la délivrance d'un TSO, et par la suite proposer des solutions face à ces difficultés, pour justement améliorer cette dispensation. C'est une étude dite déclarative, c'est-à-dire que le pharmacien interrogé peut très bien avancer des propos partiellement inexacts.

1 Matériel et méthode

1.1 Lieu de l'étude

L'enquête a été réalisée dans les pharmacies de trois secteurs différents. Le premier secteur correspond au bassin grenoblois (38000) : Grenoble, Gières, Saint-Martin-d'Hères, Poisat, Eybens, Echirolles, Pont-de-Claix, Claix, Varcès, Seyssins, Seyssinet-Pariset, Fontaine, Sassenage, Saint-Laurent-du-Pont, Voreppe, Saint-Egrève, Saint-Martin-le-Vinoux, La Tronche, Corenc, Meylan, Montbonnot, Biviers, Crolles, Champ-près-Frogès, Brignoud, Villard-Bonnot, Le Versoud et Domène. Le deuxième secteur de prospection répond à la vallée de la Tarentaise en Savoie (73600) : on citera les pharmacies de Moûtiers, Aime et Bourg-Saint-Maurice. Enfin, la dernière zone se situe dans le Sud-Ouest de la France, en région Midi-Pyrénées, à Toulouse (31400) et Tarbes (65000).

Le choix s'est porté sur ces régions principalement pour des questions de praticité, le premier et deuxième secteur étant proches de mon lieu de résidence. Les pharmacies du troisième secteur ont été visitées par des tierces personnes.

1.2 Echantillon

Toute pharmacie est éligible au questionnaire (Questionnaire - Annexe 1), car quelle que soit la réponse à la question 1 de la partie II (Délivrance ou non du TSO) du questionnaire, un enchaînement de questions est prévu : toutes les possibilités de réponses sont considérées. Le questionnaire s'adresse exclusivement aux pharmaciens titulaires d'une officine. La majorité des pharmacies démarchées se situaient dans le premier et le deuxième secteur : le nombre de questionnaires déposés s'y élève à 148. Dans le troisième secteur, 65 pharmacies ont été questionnées (49 à Toulouse et 16 dans la zone de Tarbes). Au total, le questionnaire a été distribué à 213 pharmacies. Au final, ces trois secteurs seront tous rassemblés pour l'analyse des résultats.

1.3 Date de l'étude

L'enquête auprès des pharmaciens titulaires a débuté le 1^{er} février 2014 et s'est terminée le 30 avril 2014. La distribution des questionnaires s'est faite sur des journées ou des demi-journées, les samedis et les jours de repos du stage officinal de 6^{ème} année.

1.4 Mode de recueil de données

Le questionnaire a été distribué en main propre via le porte-à-porte, zone par zone. Plusieurs cas de figures se présentaient alors. Dans le premier, le titulaire était présent à la pharmacie lors de la visite, et souhaitait répondre directement au questionnaire (au comptoir ou dans son bureau) ; le questionnaire m'était donc remis aussitôt. Dans le deuxième cas, le titulaire était présent mais ne pouvait pas m'accorder du temps pour remplir le questionnaire (patients en attente de se faire servir dans la pharmacie, titulaire en rendez-vous...) et ainsi le questionnaire était

confié à un pharmacien ou une préparatrice, avec une enveloppe adressée à mon nom, et éventuellement timbrée ; un délai de réponse était laissé (généralement d'environ une semaine). Dans le troisième cas, le titulaire était absent, et on revient alors au deuxième cas de figure, c'est-à-dire que le questionnaire était confié au pharmacien assistant, avec une enveloppe ou non, et un délai de réponse fixé.

Au total, 41 pharmaciens titulaires (soit 19.2%) ont accepté de remplir le questionnaire directement, et de me le remettre en main propre, tandis que les 172 autres (soit 80.8%) ont préféré que le questionnaire leur soit laissé, pour le retourner par courrier – seuls 119 l'ont effectivement retourné. Parmi les 172, on dénombre 107 dans le premier et le second secteur, et 65 dans le troisième. D'une manière générale, on peut donc affirmer que les pharmaciens préféraient remplir le questionnaire ultérieurement.

Une relance téléphonique une fois le délai de retour dépassé ne s'est pas avéré nécessaire étant donné le taux de réponse obtenu et à la vue du seuil limite fixé (50% de réponses) : 160 réponses pour 213 questionnaires distribués, ce qui porte à un taux de réponse supérieur à 75%.

1.5 Présentation du questionnaire titulaire

Le questionnaire proposé est présenté en Annexe 1. Il est divisé en quatre parties. La première concerne une approche un peu générale afin de mettre en place un cadre géopolitique et économique de la pharmacie questionnée : on cherche à définir le profil de la pharmacie. La deuxième partie est composée d'une seule et unique question, à savoir si la pharmacie délivre ou non le TSO. En fonction de la réponse donnée à cette question, le pharmacien interrogé se voit dirigé soit vers la partie III du questionnaire, ainsi que la première question de la partie IV (si la réponse

à la question de la partie II est « oui »), soit vers la partie IV uniquement (si la réponse à la question de la partie II est « non »). Le pharmacien interrogé doit répondre exclusivement à l'une des deux dernières parties, et non aux deux. Ce cas de figure s'est présenté plusieurs fois, et ainsi, en fonction de la réponse donnée à la question 4, on ne gardait que la partie qui correspondait.

1.6 Difficultés rencontrées

D'un point de vue relationnel avec tous les pharmaciens rencontrés, aucun souci n'est à déplorer, et je les remercie vivement de l'accueil qu'ils m'ont réservé ainsi que du temps qu'ils ont bien voulu m'accorder. Les principales difficultés se portent sur la compréhension du questionnaire lui-même. Comme on peut le lire sur l'annexe 1, toutes les indications sur la bonne marche à suivre pour le remplissage du questionnaire sont inscrites en début de chaque partie. Malgré cela, certains pharmaciens remplissaient tout le questionnaire. D'autres pensaient que, dans la mesure où ils ne délivraient pas le TSO, le questionnaire ne leur était pas destiné et ils s'arrêtaient à la partie II du questionnaire (alors que justement le sujet de ce travail porte sur cela). D'autres encore ont retourné le questionnaire vierge car justement ils délivraient le TSO et jugeaient que le questionnaire n'était pas adapté à leur cas (alors qu'une partie du questionnaire est justement destiné à leur situation) ; enfin, d'autres répondaient de manière minimale, sans développer les questions pour lesquelles il fallait expliciter le choix. D'autres difficultés également peuvent être notées, et celles-ci portent directement sur le remplissage en direct du questionnaire. En effet, pour les questions que nous qualifieront de « sensibles », on pouvait avoir l'impression que ceux-ci hésitaient sur les items à cocher, et finissaient par choisir ceux les plus neutres : ils ne remplissaient pas le questionnaire comme ils l'auraient voulu. Si je n'avais pas été face à eux, ils auraient certainement pu remplir le questionnaire comme

ils pensaient véritablement. Ceci est un réel biais, surtout au niveau de la représentativité des résultats.

La méthode de recueil des données était longue et laborieuse (porte à porte de chaque pharmacie), et nécessitait une certaine préparation au préalable, mais n'a pas posé de problèmes particuliers.

2 Résultats question par question

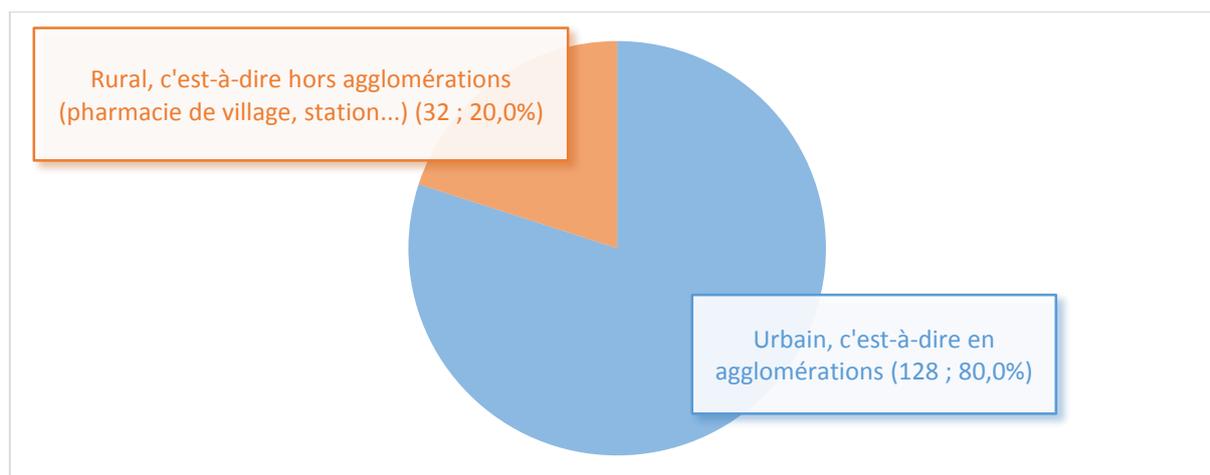
Les résultats question par question sont détaillés ci-dessous. L'ensemble des résultats bruts est présenté dans l'annexe 2. Toutes les données et les résultats ont été traités avec un logiciel de statistiques : Sphinx Plus version 5.1.0.8.

l) Type et identité de la pharmacie interrogée

Question 1 : La pharmacie dans laquelle vous exercez se situe plutôt dans un milieu :

- Rural, c'est-à-dire hors agglomérations (pharmacie de village, stations...)
- Urbain, c'est-à-dire en agglomérations

Figure 8 : La pharmacie dans laquelle vous exercez se situe plutôt dans un milieu :

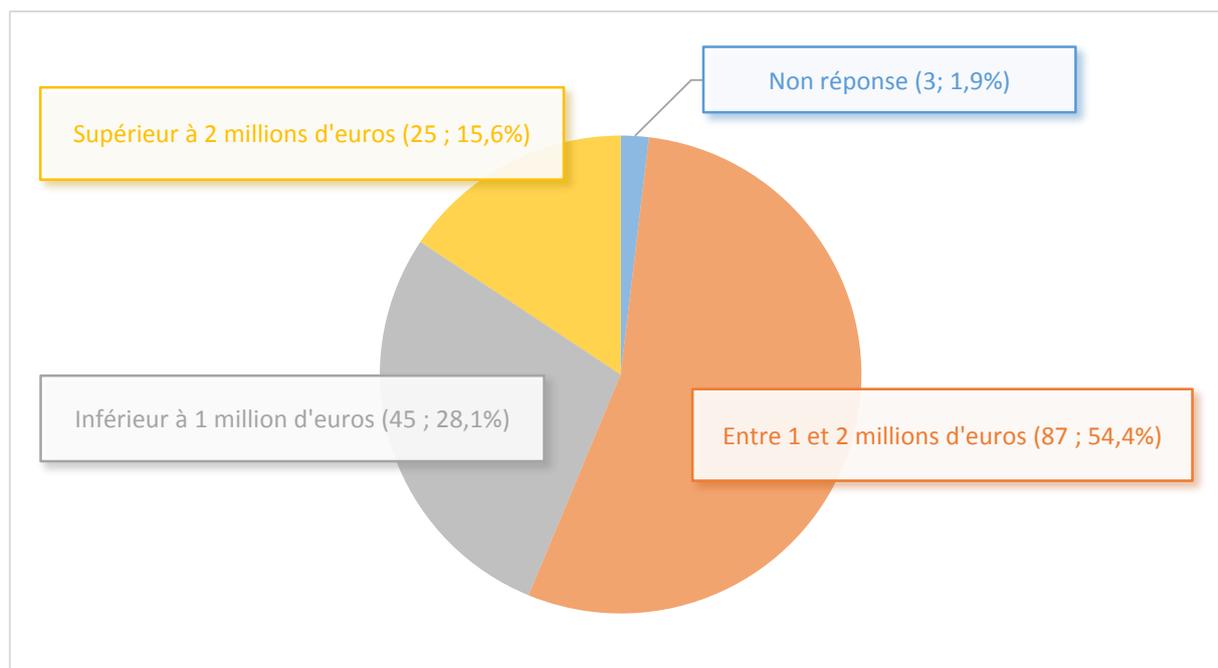


La grande majorité des pharmacies interrogées fait partie d'une agglomération (80%). Seulement une minorité (20%) se situe vraiment en milieu rural.

Question 2 : Le chiffre d'affaires (CA) de la pharmacie peut être estimé :

- Inférieur à 1 million d'euros
- Entre 1 et 2 millions d'euros
- Supérieur à 2 millions d'euros

Figure 9 : Le chiffre d'affaires (CA) de la pharmacie peut être estimé

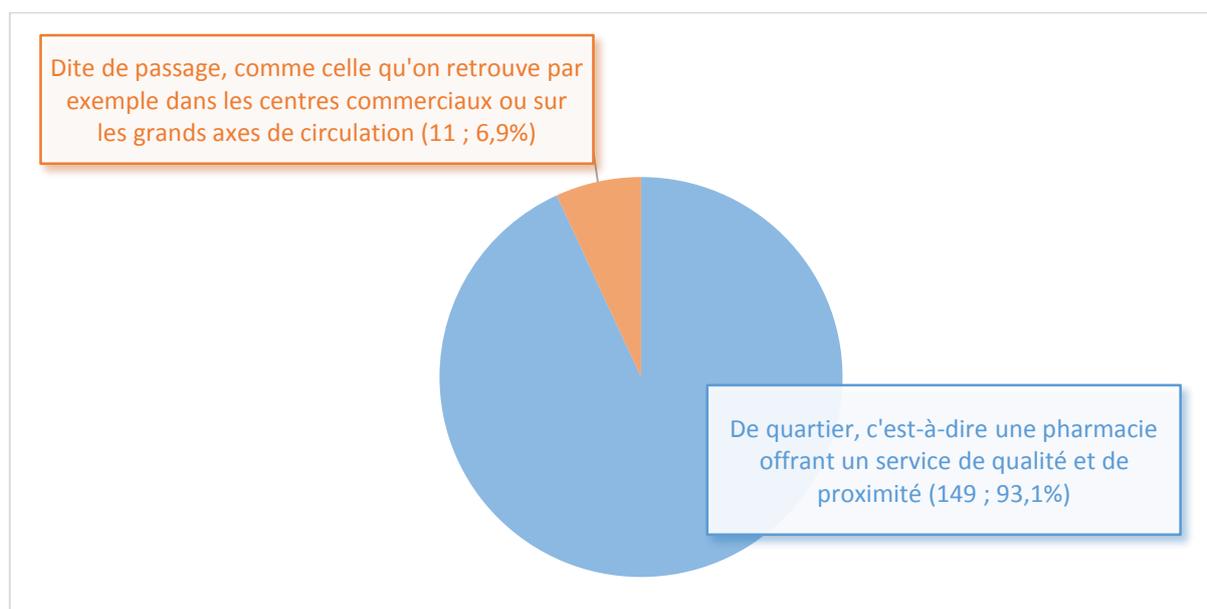


Cette question permet de connaître, par ordre de grandeur du CA annuel de la pharmacie interrogée, sa taille moyenne. La majorité des pharmacies peuvent se définir comme étant de taille moyenne, à la vue de leur CA (54.4%). Les plus petites, soit avec un CA inférieur à 1 million d'euros, sont relativement nombreuses également (28.1%). Les pharmacies se considérant comme importantes, c'est-à-dire avec un CA dépassant les 2 millions d'euros, sont plus rares (15.6%). Enfin, 3 pharmacies ne se sont pas prononcées sur leur CA.

Question 3 : Vous considérez votre pharmacie comme une pharmacie plutôt :

- De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
- Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation

Figure 10 : Vous considérez votre pharmacie comme une pharmacie plutôt



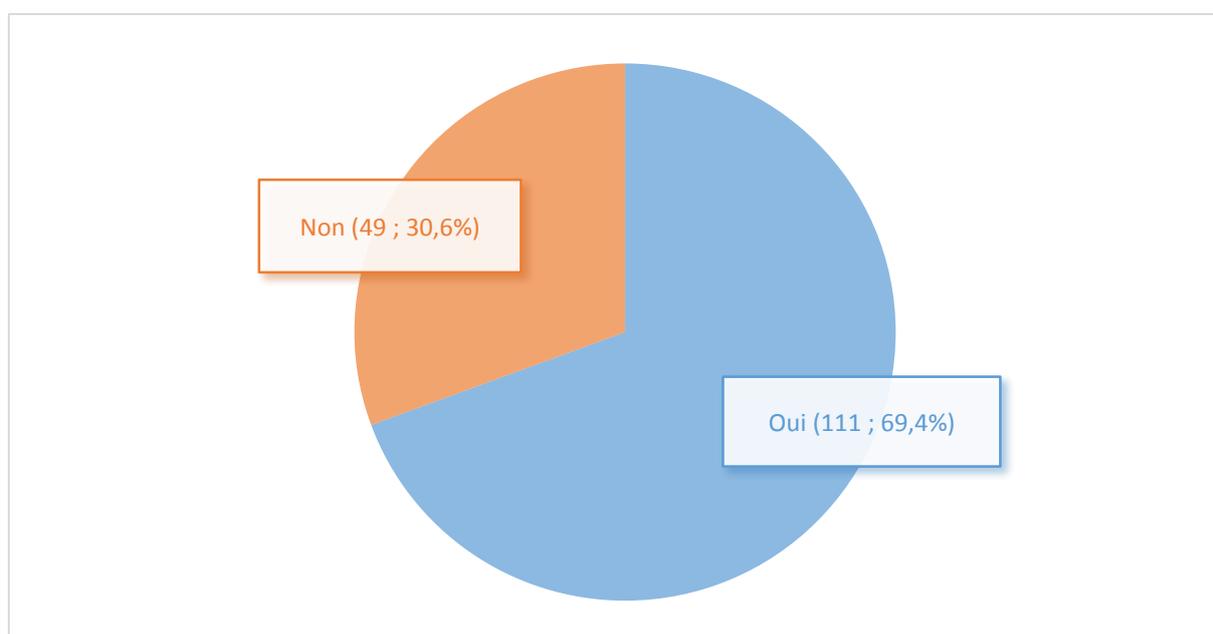
A l'heure actuelle, presque toutes les pharmacies (93.1%) sont, ou en tous cas se qualifient comme des pharmacies de quartier, c'est-à-dire offrant un service de qualité et de proximité. Seulement 6.9% sont des pharmacies dites de passage, en d'autres termes, des pharmacies dont le pharmacien titulaire estime que ses principaux clients sont des personnes de passage, non fidélisés (on retrouve ces pharmacies dans les centres commerciaux par exemple).

II) Délivrance

Question 4 : Délivrez-vous le Traitement Substitutif aux Opiacés (Méthadone, Subutex[®], Suboxone[®] ...) ?

- Oui
- Non

Figure 11 : Délivrez-vous le Traitement Substitutif aux Opiacés (Méthadone, Subutex[®], Suboxone[®] ...) ?



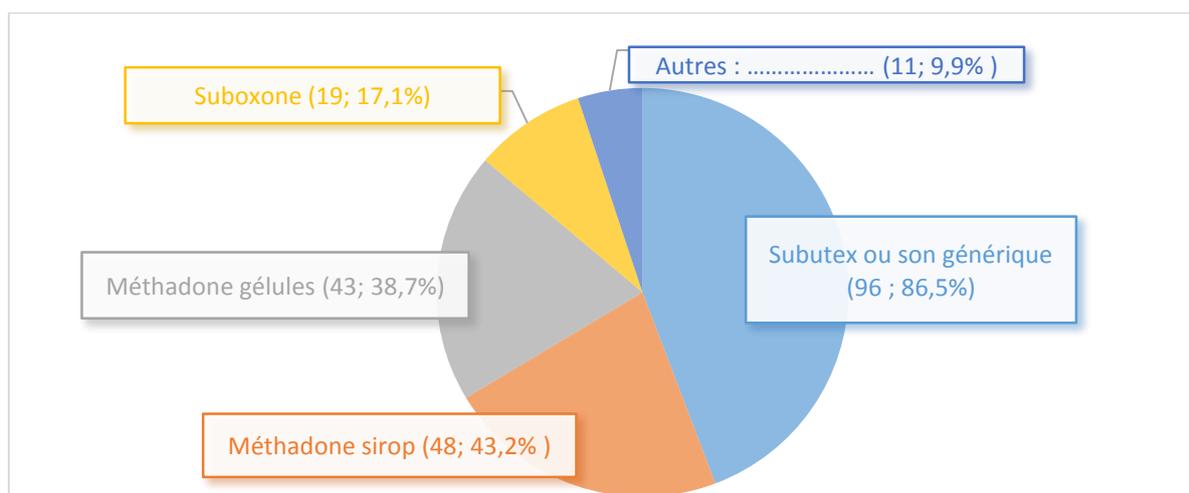
Nous remarquons un assez faible pourcentage de pharmaciens qui délivrent le TSO (69.4% contre 30.6%). A l'inverse, s'ils sont comparés aux chiffres d'autres études concernant les TSO, ceux-ci sont très élevés. Les pharmaciens ne délivrant pas le TSO sont ceux qui nous intéresseront le plus ici. Nous verrons dans la suite du questionnaire les raisons de cette non-dispensation.

III) Motivations

Question 5 : Quelles spécialités possédant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le TSO avez-vous toujours en stock ?

- Méthadone sirop
- Méthadone gélules
- Subutex® ou son générique
- Suboxone®
- Autres :

Figure 12 : Quelles spécialités possédant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le TSO avez-vous toujours en stock ?



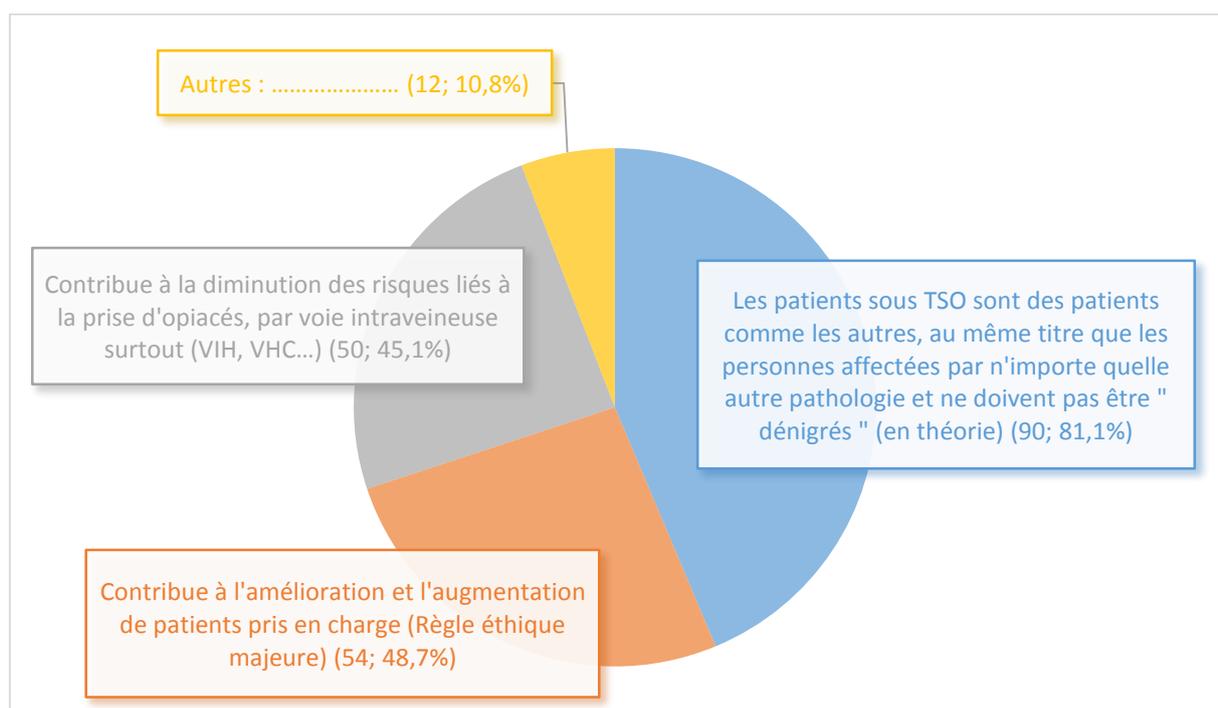
Le Subutex® est le TSO le plus possédé en stock, et ainsi délivré dans les pharmacies (86.5%). Ensuite, la méthadone sirop et gélules reviennent également assez souvent (respectivement 43.2% et 38.7%). D'une manière générale, il existe plus de pharmacies possédant le Subutex® (ou générique) et la méthadone, que la méthadone seulement. Le Suboxone® n'est pas encore beaucoup dispensé (il fait partie des TSO que 17.1% des pharmacies interrogées ont toujours en stock), et ceci est certainement dû à son intérêt mal connu par les prescripteurs dans la prise en

charge des toxicomanes (ASMR V, recul insuffisant pour identifier les éventuels effets indésirables...). Le dernier item « Autres » concerne toutes les autres spécialités que les pharmaciens possèdent et qu'ils utilisent dans le cadre d'un TSO (Skénan...).

Question 6 : Quelles sont vos motivations à dispenser ce type de traitement ?

- Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)
- Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être « dénigrés » (en théorie)
- Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)
- Autres :

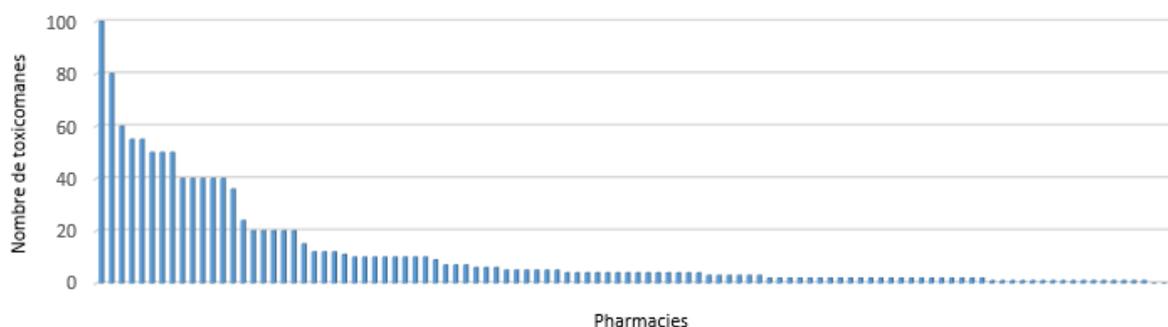
Figure 13 : Quelles sont vos motivations à dispenser ce type de traitement ?



Cette question est une question à choix multiple, c'est-à-dire que le pharmacien interrogé peut, s'il le désire, choisir plusieurs réponses. En moyenne, le nombre de réponses choisies était d'environ 2 ou 3. Celles-ci étaient les trois premières, à savoir que les motivations les plus grandes sont : « Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être "dénigrés" (en théorie) », à hauteur de plus de 80% ; « Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure) » à 48.7% ; et « Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...) » à 45.1%. Le dernier item, intitulé « Autres : », s'adresse aux pharmaciens dont la motivation est autre. On remarque ainsi que les motivations respectent assez bien le code de déontologie du pharmacien.

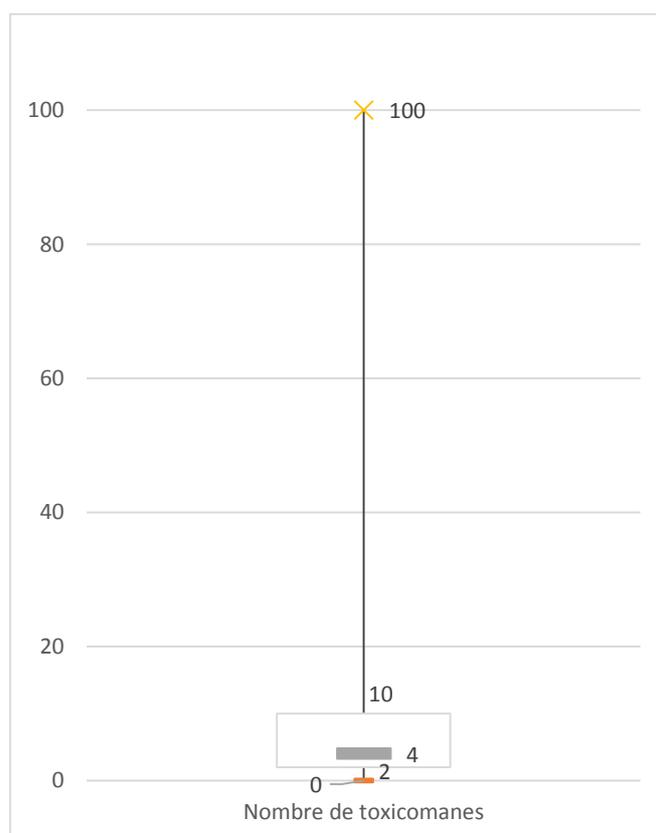
Question 7 : Pouvez-vous estimer le nombre de toxicomanes auxquels vous dispensez le TSO ?

Figure 14 : Nombre moyen de toxicomanes par pharmacie



Sur les 107 pharmacies ayant répondu à cette question, environ 25 ont soutenu qu'elles délivraient à plus de 10 patients le TSO.

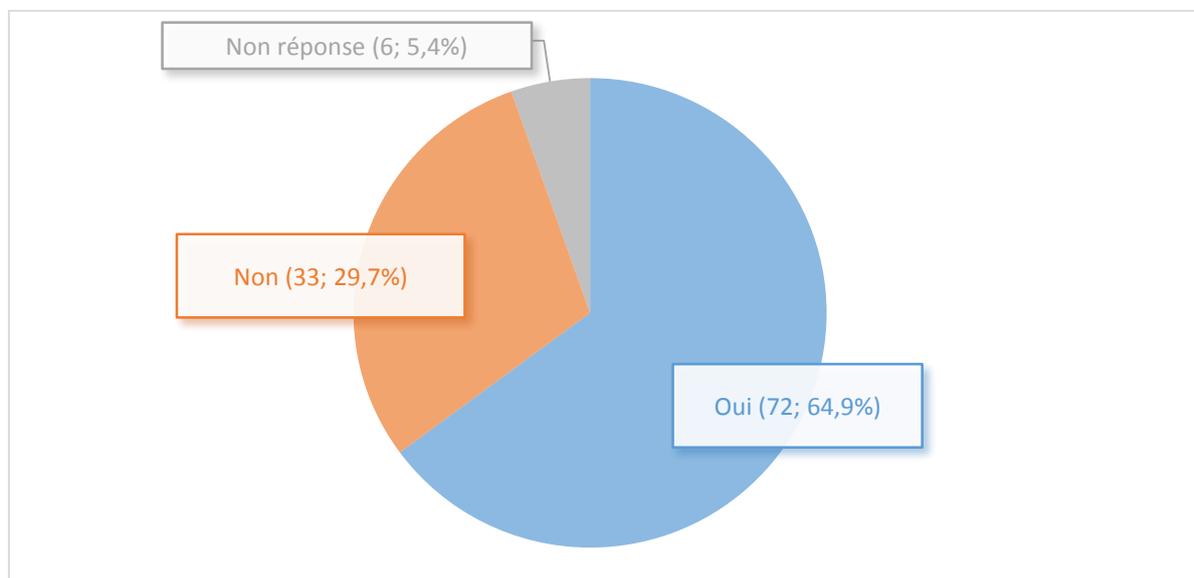
Figure 15 : Représentation de la répartition du nombre moyen de toxicomanes traités dans les pharmacies



La majorité des pharmacies dispensent le traitement de substitution à un nombre moyen compris entre 2 et 10 patients (ces deux chiffres sont respectivement le 1^{er} et le 3^{ème} quartile de la série de nombres obtenus par le questionnaire). La médiane de cette série est 4 : c'est le nombre situé au milieu de la série de données. Le minimum de toxicomanes est donc 0, pour les pharmacies ne délivrant pas, et au maximum 100 patients pour une pharmacie se trouvant par exemple proche d'un CSAPA. Le nombre de toxicomanes traités par pharmacie est très variable et il dépend surtout de la présence ou non d'un CSAPA et d'un médecin prescripteur (paramètre géographique). D'après les dires de certains pharmaciens, les toxicomanes essayent de se fournir en TSO dans une pharmacie éloignée de leur résidence principale pour des raisons d'anonymat principalement.

Question 8 : Faites-vous un suivi régulier, spécifique et personnalisé pour chacun d'entre eux ?

Figure 16 : Faites-vous un suivi régulier, spécifique et personnalisé pour chacun d'entre eux ?



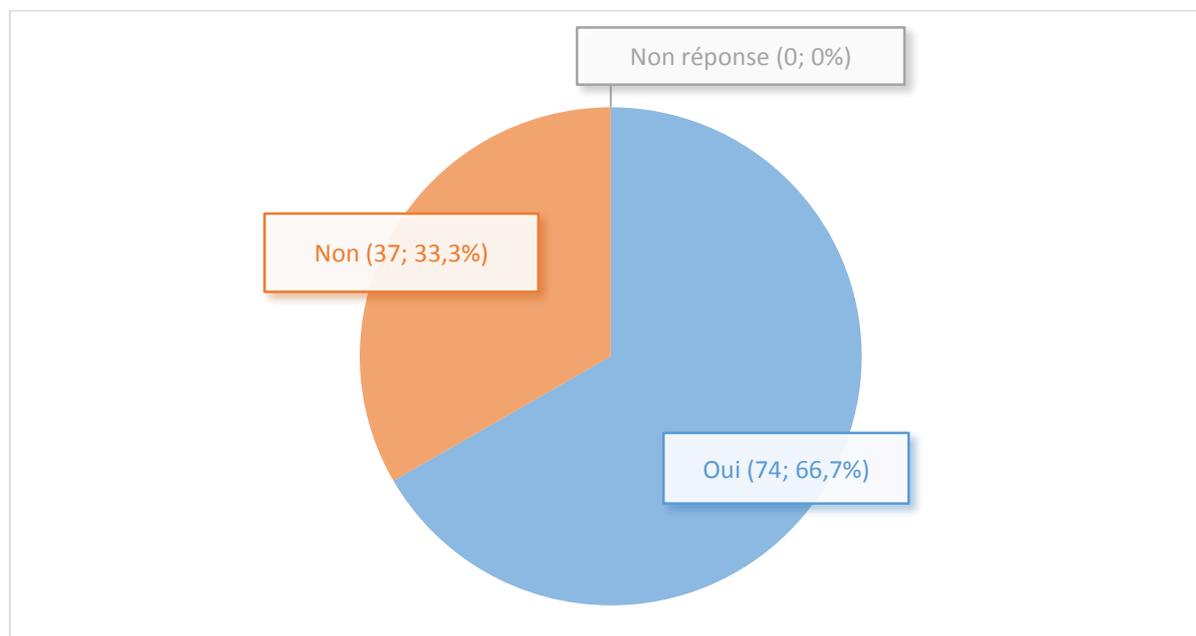
Dans 64.9% des cas, le pharmacien propose un suivi régulier au patient auquel il délivre le TSO et essaye de le rendre spécifique et personnalisé pour chacun. Il va essayer par exemple de savoir s'il n'y a pas de problèmes relatifs à la prise du médicament, ou sur l'observance ; il va également tenter de connaître un peu mieux le patient, pour comprendre son quotidien et savoir s'il a un entourage solide, sur lequel il peut s'appuyer en cas de difficultés. « Je lui ai expliqué les règles dès le départ » témoigne un pharmacien. Un autre affirme que « c'est la condition de mise en place d'un TSO ». On citera également : « dans le département, les personnes ont un carnet de suivi de traitement », « on les connaît depuis longtemps », « oui je réalise un suivi avec ceux qui ne font pas n'importe quoi », « il faut être encore plus disponible pour ces patients qui ont besoin d'un suivi particulier », ou encore « en vérifiant la conformité de l'ordonnance, on suit l'historique patient et on met en avant avec eux l'augmentation ou la diminution de posologie, on discute des chevauchements éventuels et on les canalise, on appelle le médecin si on soupçonne la moindre dérive ». On voit donc

bien que lorsque le suivi est mis en place, tout se passe pour le mieux. Le reste des pharmaciens ne fait pas de suivi du patient, ou en tout cas pas sérieusement (29.7% de réponses négatives, et 5.4% de non réponses) : « non pas vraiment », « non, passage rapide », « les patients ne sont pas disposés », et « suivi régulier pour 1% des patients, les autres ne veulent pas réellement s'en sortir ». Leur rôle ici se cantonne uniquement à la dispensation du produit.

Question 9 : Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ?

- Oui, quelle est-elle ?
- Non

Figure 17 : Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ?



Parmi les pharmaciens délivrant le TSO, on remarque tout de même une forte proportion (66.7% contre 33.3%) d'entre eux considérant que le toxicomane est une personne dont l'image est largement stigmatisée. Tous les pharmaciens interrogés ont répondu avec conviction à cette question. Cette stigmatisation est portée par le

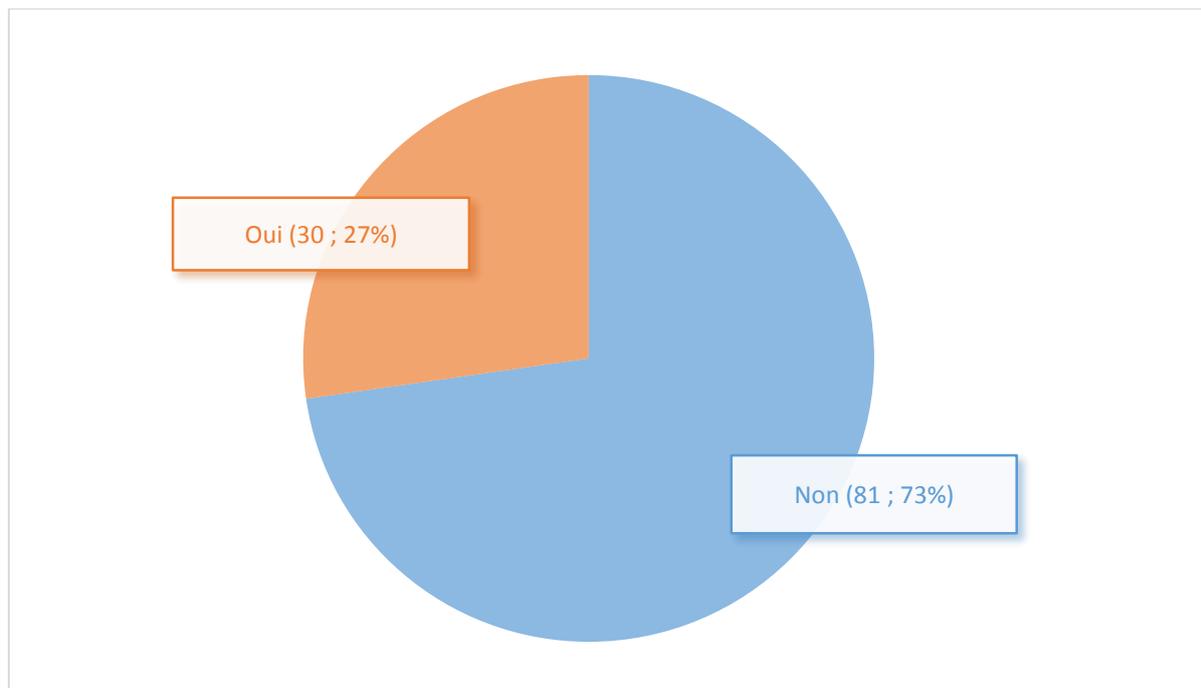
pharmacien lui-même mais aussi et surtout par l'ensemble de notre société. Les pharmaciens pensant que l'image du toxicomane est stigmatisée certifient que son image est « négative » et qu'il est une « personne que l'on craint », que « la toxicomanie a du mal à être acceptée par la société comme une maladie », que c'est une « population à risque dans tous les sens du terme », que c'est un « menteur qui ne cherche qu'à obtenir sa drogue, violent, vit au crochet de la société, incapable de guérir ». On notera également des remarques bien plus crues et directes : « image de marginalité, violence, mensonge, vol », « personne imprévisible et difficile d'établir un climat de confiance qui est la règle dans notre profession », « insécurité, agressif, crainte », « deux cas: les réglos avec qui on peut travailler et avancer, et les nomades plutôt délétères », « gâchis personnel », « délinquance, mépris, associable », « image de voyou, pas de malade », « trafic, dépendance...il y a une part de stigmatisation, mais aussi une part de réalité », « impatient, agressif, drogué », « il l'a bien cherché », « personne instable psychologiquement, menteuse, agressive, manipulatrice », « rejet de la patientèle "normale" », « irrécupérable », « citoyen déchu ».

Toutefois, cette image péjorative est relativement minoritaire. Les autres pharmaciens l'imaginent comme un malade à part entière : « c'est avant tout un malade et les malades n'ont pas d'image ».

Question 10 : Avez-vous suivi une formation sur la toxicomanie, sur la délivrance du TSO et/ou sur la PEC globale du toxicomane ?

- Oui
- Non

Figure 18 : Avez-vous suivi une formation sur la toxicomanie, sur la délivrance du TSO et/ou sur la PEC globale du toxicomane ?

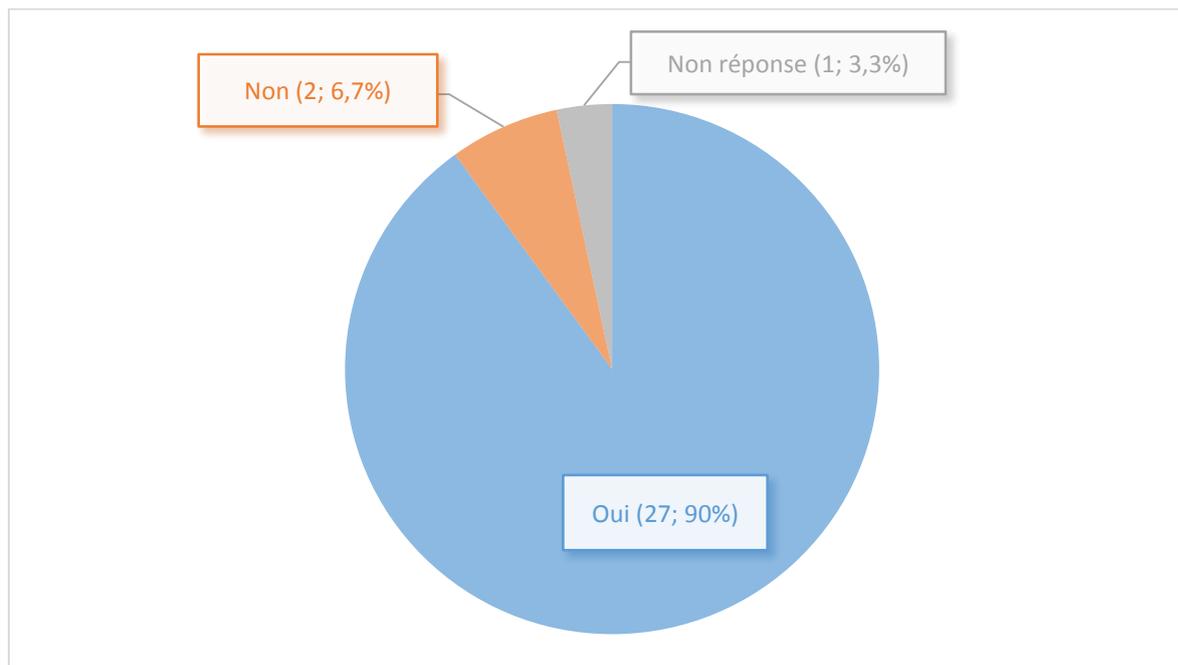


Très peu de pharmaciens ont suivi une formation sur le sujet (73% contre 27%). Dans le cadre professionnel, ces formations existent au sein d'associations, mais aussi et surtout au niveau des centres d'hébergement et d'accompagnement du toxicomane. Il existe également, dans un but de formation continue, des organismes qui proposent tout au long de l'année ce type de formation (conférences, e-conférences...). Cependant, selon certains pharmaciens, ça n'est pas le fait d'avoir fait une formation en plus qui va permettre une meilleure prise en charge de ces patients. En effet, toujours selon les mêmes personnes, « l'expérience et l'écoute sont la solution ». Le toxicomane s'inscrit alors pour eux dans le même cadre que n'importe quel patient

venu chercher son traitement à l'officine : « aujourd'hui nous les considérons comme des patients chroniques ».

Question 11 : Si oui, vous a-t-elle aidé dans la PEC globale de ces patients ?

Figure 19 : Si oui, vous a-t-elle aidé dans la PEC globale de ces patients ?



Pour les pharmaciens ayant répondu « oui » à la question 10, une grande majorité assurent que ces formations les ont aidés dans la prise en charge de ces patients : « Tout à fait, meilleure appréhension du "profil" de cette patientèle » ; « surtout à savoir conserver ma place de soignant pharmacien et pas d'assistante sociale ou autre comme le voudrait parfois certains patients » ; « je n'ai plus aucune appréhension ». Certains appartenaient à des réseaux de toxicomanies, (réseaux ville-hôpital), et cette collaboration leur a permis d'élargir leur connaissances sur le sujet, et ainsi d'améliorer leur relation avec le patient : « il y a longtemps, je faisais partie du réseau Passages Addictions 31 », « c'est surtout la relation directe pharmacien-médecin qui est importante, quand ils ont tendance à nous raconter n'importe quoi

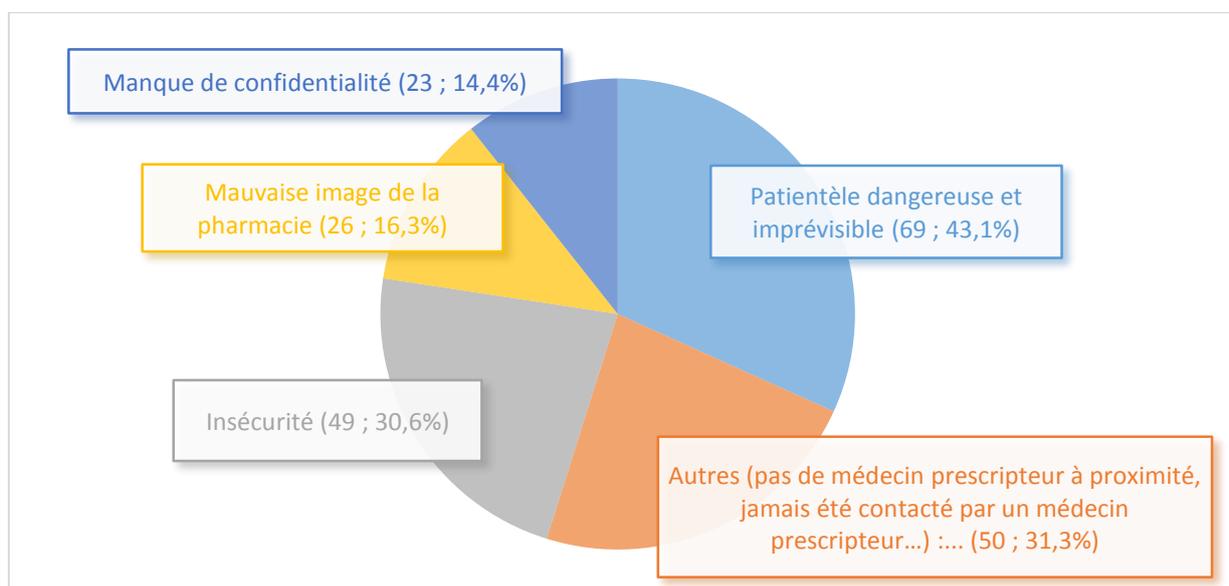
pour expliquer des chevauchements d'ordonnance ». D'autres considèrent que ces formations doivent être obligatoires : « la formation devrait être obligatoire car cela fait partie du métier ». Pour conclure sur cette question, les pharmaciens qui ont suivi des formations se sentent beaucoup plus à l'aise pour prendre en charge les toxicomanes.

IV) Freins

Question 12 : Quels sont les freins selon vous d'une dispensation du TSO en pharmacie d'officine ?

- Insécurité
- Patientèle dangereuse et imprévisible
- Mauvaise image de la pharmacie
- Manque de confidentialité
- Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :

Figure 20 : Quels sont les freins selon vous d'une dispensation du TSO en pharmacie d'officine ?



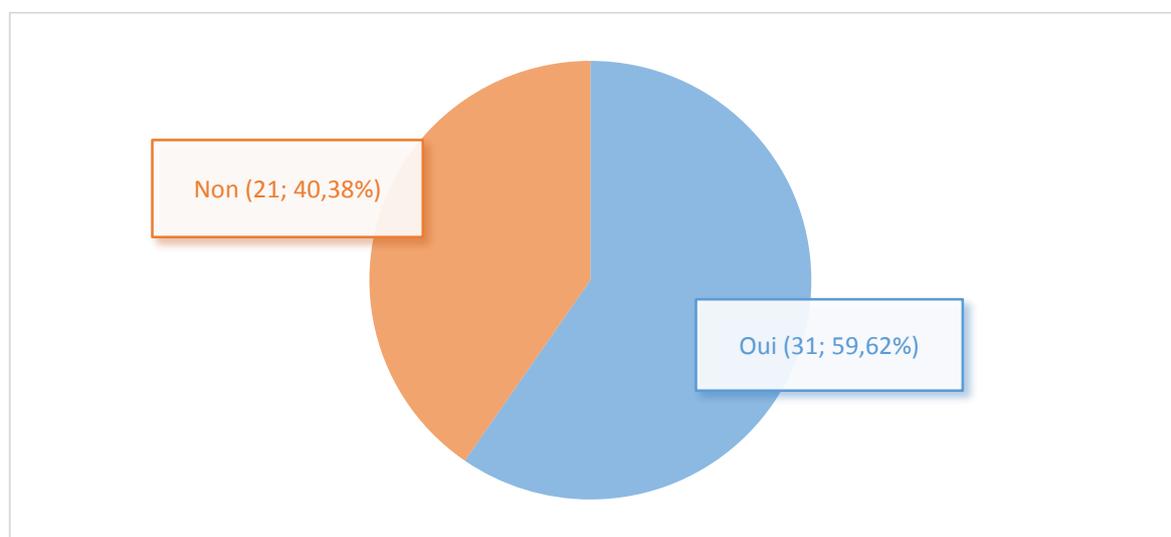
Cette question était remplie de façon peu convaincante par les pharmaciens titulaires lorsqu'ils remplissaient le questionnaire directement. Les réponses obtenues ici se divisent de manière assez équitable. Pour le pharmacien, de manière générale, la principale limite pour laquelle il ne délivre pas le traitement de substitution est qu'il estime cette patientèle comme dangereuse et imprévisible dans ses actes (43.1%). Or, l'item « Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) » faisait réfléchir le pharmacien qui souvent, lorsqu'il remplissait en direct le questionnaire, préférait cet item aux autres car il présentait moins de risque pour lui. Celui-ci a été choisi à hauteur de 31.3% ce qui est tout-à-fait important pour une rubrique indéterminée (« Autres »). De plus, nous avons remarqué que la majorité des pharmaciens remplissant en direct ne cochaient que cet item, tandis que les questionnaires rendus sous enveloppe mettaient en avant les autres items. Il faut ajouter que les pharmaciens qui cochaient les autres items en général n'ont pas mis le tampon de leur pharmacie et ont préféré l'anonymat.

Certains pharmaciens disent qu'il peut y avoir une réelle part d'insécurité lorsqu'un patient sous TSO entre dans la pharmacie : « nous sommes isolés, fermons très tard, donc trop d'insécurité » ; cet item a été choisi à 30.6%, et essentiellement par les pharmacies dont l'équipe officinale est exclusivement féminine : « personnel féminin, trop dangereux ». Les deux derniers items se valent en termes de proportion : le pharmacien estime que le toxicomane apporte une image négative de la pharmacie (16.3%), ainsi qu'il existe une « surface de confidentialité trop petite » pour la délivrance du TSO (14.4%). Il y a certainement ici une piste d'amélioration dans la prise en charge du toxicomane.

Question 13 : Si un médecin prescripteur du TSO venait à s'installer dans votre zone d'activité et vous proposait de faire partie d'un réseau de toxicomanie, changeriez-vous d'opinion quant à ne pas dispenser le TSO ?

- Oui, je délivrerais
- Non, pourquoi ?

Figure 21 : Si un médecin prescripteur du TSO venait à s'installer dans votre zone d'activité et vous proposait de faire partie d'un réseau de toxicomanie, changeriez-vous d'opinion quant à ne pas dispenser le TSO ?



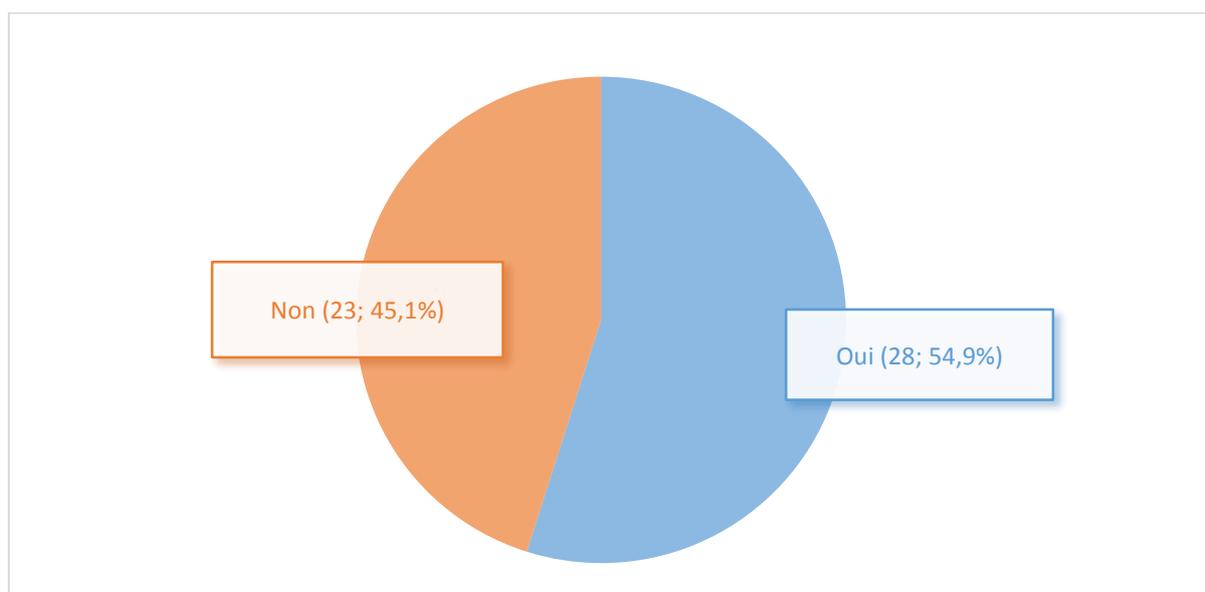
Cette question permet de savoir si le fait de pouvoir faire partie d'un réseau de toxicomanie, dans un cadre strict du respect des bonnes pratiques, peut faire changer d'avis les pharmaciens sur leur non-dispensation du TSO (entre-aide des professionnels de santé, solidarité...). Ce peut-être une piste d'amélioration. On obtient une réponse positive à 59.62%. Les pharmaciens pour qui cette mesure ne leur ferait pas changer d'opinion (40.38%) ont d'autres arguments : « trop imprévisible », « petite pharmacie de quartier, non adaptée à cette clientèle », « pharmacie de quartier, clientèle familiale », « je ne veux pas faire se côtoyer des toxicomanes et des jeunes mamans avec leur bébé : c'est dangereux car leur comportement est

imprévisible et ils ont des problèmes d'hygiène: ils sont sales et des odeurs désagréables... », « mauvaise expérience dans le passé », « suite à une expérience traumatisante », « la délivrance doit être faite à l'hôpital ». On évoque ici différents problèmes finalement : l'appréhension des pharmaciens et leur inquiétude face à l'image que véhiculent les toxicomanes dans notre société, les expériences choquantes qu'ont pu avoir certains d'entre eux, et la délivrance exclusive de ce traitement dans un lieu plus adéquat (l'hôpital).

Question 14 : Si vous aviez la possibilité de suivre une formation sur la toxicomanie, sur la délivrance du TSO et/ou sur la PEC globale du toxicomane, changeriez-vous d'opinion quant à ne pas dispenser le TSO ?

- Oui, je délivrerais
- Non, pourquoi ?

Figure 22 : Si vous aviez la possibilité de suivre une formation sur la toxicomanie, sur la délivrance du TSO et/ou sur la PEC globale du toxicomane, changeriez-vous d'opinion quant à ne pas dispenser le TSO ?

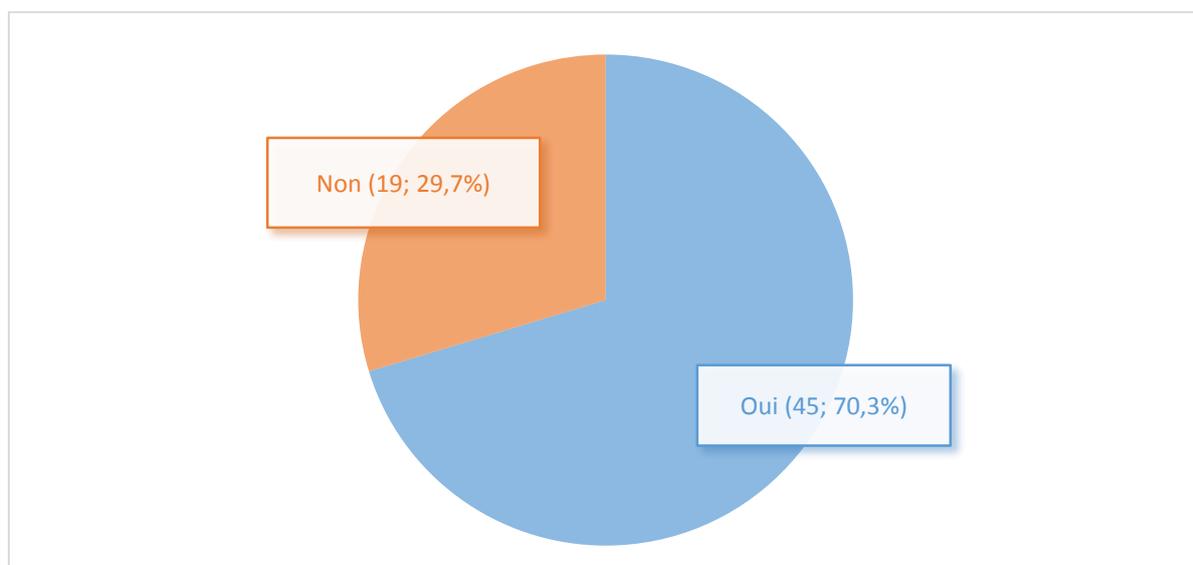


Le principe ici est le même que celui de la question 13, à savoir de commencer à proposer des solutions à cette non-dispensation. Il s'agit de savoir si le fait de proposer des formations (obligatoires ou non, dans le cadre de la formation professionnelle continue) avec des intervenants qualifiés pouvant sensibiliser le pharmacien, permettrait de réintégrer dans la doctrine cette prise en charge. Les réponses positives sont sensiblement les mêmes qu'à la question précédente (54.9% contre 45.1%). On remarque que les pharmaciens ont répondu de façon semblable à ces deux questions (questions 13 et 14). Parmi les pharmaciens ayant répondu positivement, ils certifient qu'ils accepteraient de revenir sur leur choix si leur structure leur permettait et si le patient est encadré dans un réseau. Ceux ayant répondu négativement fournissent semblablement les mêmes raisons que celles de la question précédente : « les toxicos n'ont pas leur place dans les officines de ville », « parce que j'estime que les établissements hospitaliers du service public sont mieux adaptés et équipés médicalement qu'une pharmacie de ville », « pour moi la toxicomanie n'est pas une maladie, c'est un choix du patient ».

Question 15 : Avez-vous déjà subi des violences verbales/physiques/matérielles émanant d'un toxicomane ?

- Oui, lesquelles ?
- Non

Figure 23 : Avez-vous déjà subi des violences verbales/physiques/matérielles émanant d'un toxicomane ?

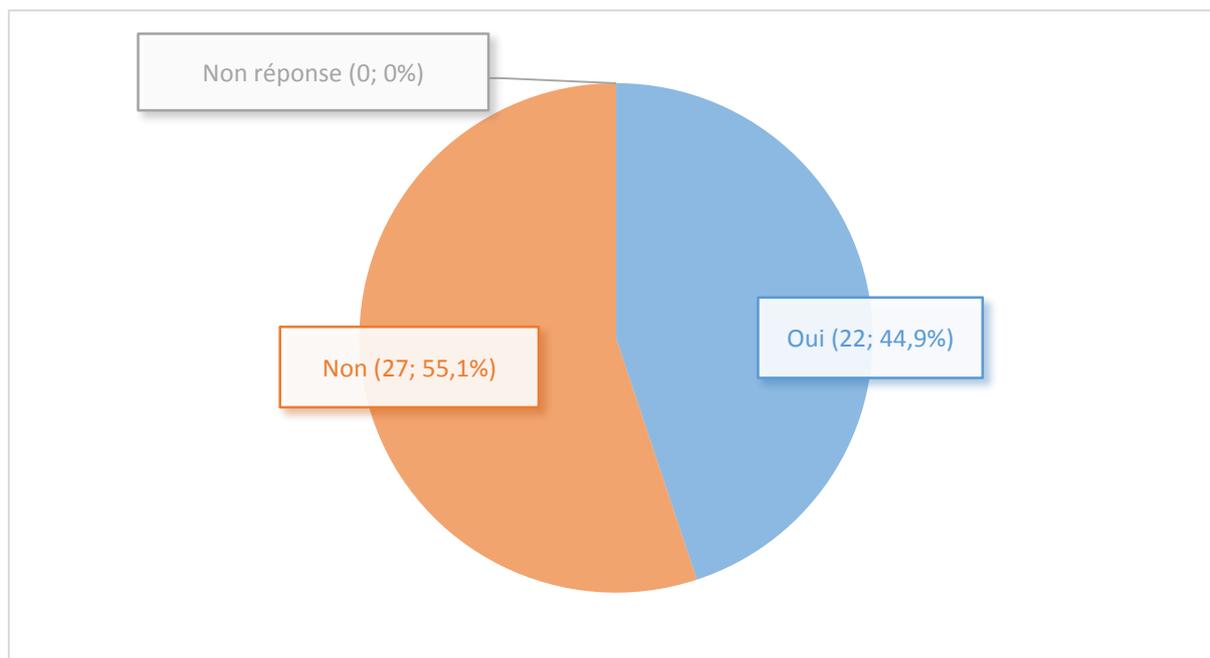


Cette question 15 permet par une autre approche d'identifier l'une des raisons pour laquelle certains pharmaciens ont choisi de ne pas dispenser, ou plutôt de ne plus dispenser le TSO. Plus de 70% des pharmaciens titulaires (ou assistants) ont en effet déjà subi des violences verbales, physiques et/ou matérielles dans l'exercice de leur profession : « énervement », « insultes », « essentiellement VERBALES », « verbales et matérielles », « verbales, crachat, vols surtout », « verbales, menaces, renversement de présentoirs, crachats », « présentoirs cassés, vitrines cassées, agressions verbales », « verbales, matérielles, appel de la police à plusieurs reprises », « physique, psychologique ». Les violences rapportées vont même jusqu'à des menaces bien plus alarmantes : « intimidation », « chahut, menaces, dégradation, intimidation de patients présents et mobilisation de la pharmacie pendant 1h jusqu'à l'arrivée des pompiers », « mettre le feu à la maison », « menaces de mort ». Arrivé à un certain point, il est tout à fait compréhensible que ces pharmaciens aient choisi la voie de la sécurité pour leur équipe et leur clientèle. Cependant, des solutions existent ici également.

Question 16 : Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ?

- Oui, quelle est-elle ?
- Non

Figure 24 : Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ?



Cette question est identique à la question 9 de la partie concernant les motivations de la dispensation du TSO, mais cette fois-ci elle est adressée aux pharmaciens ne le délivrant pas. Les résultats obtenus sont plutôt contradictoires : pour un pharmacien ne délivrant pas le TSO, il est effectivement logique de penser que l'une des raisons serait justement que l'image du toxicomane est stigmatisée au sein de notre société. Ici, les résultats nous prouvent le contraire : 55.1% des pharmaciens ne délivrant pas considèrent que l'image véhiculée n'est pas stigmatisée, contre 44.9%. Ces derniers rapportent la même image déjà décrite dans la question 9, quoique les expressions soient un peu plus dures à entendre : « mauvaise », « image de violence et d'inconstance », « essaie toujours de renouveler avant son ordo, invente des histoires

pour en avoir davantage », « un individu hors société, un parasite », « danger, saleté, vols, tricheurs, menteur », « imprévisible, irraisonnable quand en manque ». D'autres pharmaciens restent plus pragmatiques : « personne agressive, difficile à canaliser et à cadrer; image parfois justifiée mais pas systématique », « ils ont un vrai problème quand ils sont en manque et sont réellement dangereux ». Bien que cette fois-ci plus de pharmaciens estiment que l'image du toxicomane n'est pas stigmatisée, si l'on regroupe les résultats des questions 9 et 16, la majorité (60%) des pharmaciens considèrent cette image clairement péjorative, contre 40%.

Nous allons désormais pouvoir analyser ces résultats, et en tirer quelques enseignements dans la partie suivante.

3 Quel avenir ?

3.1 Discussion

Nous allons ici mettre en relation les questions, afin de tenter de tirer davantage de conclusions de l'étude.

3.1.1 Comparaisons des profils de pharmacies

3.1.1.1 Définition des différents profils

Tout d'abord, il est indispensable de souligner que les commentaires qui vont suivre se font de manière libre, et ne reposent sur aucune analyse statistique. Pour valider scientifiquement ces analyses, il serait nécessaire de réaliser des tests statistiques poussés. Nous allons ici simplement déterminer les profils de pharmacies en regroupant les réponses aux questions 1, 2 et 3.

Tableau V : Les différents profils de pharmacies interrogées

	<i>De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité</i>	<i>Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation</i>
Rural, c'est-à-dire hors agglomérations (pharmacie de village, station...)	32	0
Entre 1 et 2 millions d'euros	20	0
Inférieur à 1 millions d'euros	6	0
Supérieur à 2 millions d'euros	5	0
Non réponse	1	0
Urbain, c'est-à-dire en agglomérations	117	11
Entre 1 et 2 millions d'euros	62	5
Inférieur à 1 millions d'euros	38	1
Supérieur à 2 millions d'euros	15	5
Non réponse	2	0
Total général	149	11

A partir du tableau V, qui définit les différents profils de pharmacies, celui qui ressort de façon largement majoritaire est la pharmacie urbaine, de quartier ayant un CA annuel compris entre 1 et 2 millions d'euros (62 pharmacies). Il y a aussi 38 pharmacies urbaines, de quartier et ayant un CA inférieur à 1 million d'euros : c'est le deuxième profil plus important. On peut remarquer qu'aucune pharmacie ne s'est qualifiée à la fois de rurale et aussi dite de passage. Les autres profils de pharmacies sont largement minoritaires : 20 pharmacies rurales, de quartier avec un CA compris entre 1 et 2 millions d'euros ; 6 rurales, de quartier avec un CA inférieur à 1 million d'euros ; 5 rurales, de quartier avec un CA supérieur à 2 millions d'euros ; 15 urbaines, de quartier avec un CA supérieur à 2 millions d'euros...

3.1.1.2 Comparaison des profils avec les autres questions

Nous allons avant tout essayer de savoir si le type de profil peut avoir une influence sur la délivrance ou la non délivrance du TSO. Pour cela, les profils et la question 4 vont être comparés dans le tableau ci-dessous :

Tableau VI : Influence des profils de pharmacies sur la délivrance du TSO

	Question 4	
	Oui	Non
Rural, c'est-à-dire hors agglomérations (pharmacie de village, station...)	18	14
<i>Entre 1 et 2 millions d'euros</i>	11	9
<i>De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité</i>	11	9
<i>Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation</i>	0	0
<i>Inférieur à 1 million d'euros</i>	4	2
<i>De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité</i>	4	2
<i>Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation</i>	0	0
<i>Supérieur à 2 millions d'euros</i>	3	2
<i>De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité</i>	3	2
<i>Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation</i>	0	0
<i>Non réponse</i>	0	1
<i>De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité</i>	0	1
<i>Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation</i>	0	0
Urbain, c'est-à-dire en agglomérations	93	35
<i>Entre 1 et 2 millions d'euros</i>	51	16
<i>De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité</i>	47	15
<i>Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation</i>	4	1
<i>Inférieur à 1 million d'euros</i>	26	13
<i>De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité</i>	25	13
<i>Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation</i>	1	0
<i>Supérieur à 2 millions d'euros</i>	14	6
<i>De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité</i>	12	3
<i>Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation</i>	2	3
<i>Non réponse</i>	2	0
<i>De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité</i>	2	0
<i>Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation</i>	0	0
Total général	111	49

D'une part, on peut affirmer qu'il n'y a pas vraiment de différences marquantes selon les profils en milieu rural. En effet, 18 pharmacies délivrent le TSO, tandis que 14 ne le délivrent pas. De plus, on remarque que le CA annuel et le type de pharmacie (de quartier ou de passage) n'influence pas la délivrance du TSO en milieu rural : 11 pharmacies délivrent le TSO pour un CA compris entre 1 et 2 millions d'euros contre 9 ; 4 pharmacies dont le CA est inférieur à 1 million d'euros le délivrent contre 2 ; et 3 pharmacies dont le CA est supérieur à 2 millions d'euros le délivrent contre 2.

D'autre part, du côté urbain, de plus grandes disparités apparaissent. Il y a 93 pharmacies qui délivrent le TSO en milieu urbain tandis que 35 autres ne le font pas. Parmi ces 93, 86 sont des pharmacies de quartier, et plus de la moitié (47) ont un CA compris entre 1 et 2 millions d'euros. A l'inverse, seulement 15 de celles-ci ne le délivrent pas. On peut aisément assurer qu'aucun lien de causalité ne peut être établi entre le CA annuel de la pharmacie, le type de pharmacie (de quartier ou de passage) avec la dispensation du TSO ou la non dispensation. Néanmoins, il est certain que la situation géographique de la pharmacie a un impact assez important sur cette délivrance (situation proche d'un CSAPA par exemple).

3.1.2 Autres analyses

Tout d'abord, en analysant les résultats du questionnaire pour les pharmaciens ne délivrant pas, on remarque une forte proportion estimant que c'est une clientèle dangereuse et imprévisible (43.1%), relevant même parfois de l'insécurité (30.6%). Cette crainte vis-à-vis d'eux est d'autant plus forte que l'équipe officinale est essentiellement féminine. De plus, à cela s'ajoute le fait que plus de 70% de ces pharmaciens ont déjà subi des violences, qu'elles soient verbales, matérielles ou physiques. On voit ainsi l'une des principales raisons de cette non dispensation.

Néanmoins, en comparant les questions 9 et 16 (« Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ? ») qui ont été posées dans les deux cas, on remarque que la réponse est positive (66.7%) pour le pharmacien dispensant, tandis que pour le pharmacien ne dispensant pas elle a tendance à être plutôt négative (44.9%). Ces réponses sont assez paradoxales, étant donné que dans une logique des plus pures, on aurait tendance à penser l'inverse. Ceci peut être dû au fait que les pharmaciens dispensant le TSO soient plus confrontés à cette clientèle, et pensent ainsi se forger une opinion plus objective.

On remarque d'autre part que, quelle que soit la question, les mêmes arguments reviennent toujours, en commentaires. En effet, les idées de clientèle dangereuse, « sale », apparaissent de manière très fréquente. Ce qu'il faudrait retenir finalement c'est uniquement cette image que la société a cloué sur le dos de cette clientèle.

3.1.3 Conclusions sur les résultats de l'enquête

A la vue des résultats de l'enquête, on peut discerner plusieurs freins.

On isole d'une part les freins qui n'engagent en rien le pharmacien titulaire dans son devoir des bonnes pratiques de dispensation : l'absence de demande par un réseau de soin ou un médecin prescripteur de la dispensation de ce type de traitement. On pense alors à toutes les pharmacies pour lesquelles aucun CSAPA, ou médecin prescripteur de TSO n'exerce dans le secteur d'influence de la pharmacie. Malheureusement, pour ce cas de figure, il n'y a pas de possibilité d'amélioration de la prise en charge, étant donné que ce qui est en cause ne concerne pas un refus de délivrance mais une absence de demande. On peut donner, à titre d'exemple inverse, la pharmacie interrogée dispensant à plus de 100 patients le TSO (voir la question 7).

La raison de cette large dispensation est simplement le fait qu'elle se situe, géographiquement parlant, toute proche d'un CSAPA. A cela s'ajoute le fait que cette pharmacie est connue pour justement sa dispensation, mais aussi sa bonne prise en charge, et son suivi régulier et personnalisé. Néanmoins, même si la demande de dispensation du TSO était présente, certains pharmaciens ne le délivreraient toujours pas (Question 13 : réponse négative à 40.38%). Dans ce cas-là, en fonction des arguments avancés par ces pharmaciens, les solutions proposées ci-après dans la partie 3.3 pourraient s'appliquer.

D'autre part, on distingue les difficultés pour lesquelles au contraire certaines mesures peuvent être prises afin d'améliorer la prise en charge du toxicomane. On évoquera :

- le manque de formation et de connaissances sur les bonnes pratiques de dispensation du TSO ;
- les soucis de confidentialité lors de la dispensation ;
- le manque de solidarité entre les professionnels de santé sur ce type de prise en charge ;
- le manque de suivi du patient ;
- les problèmes d'ordre comportementaux du patient (violences, agressivité...) en cas de refus légal de dispensation (chevauchements d'ordonnances, ordonnances falsifiées ou périmées).

Ces mesures mentionnées précédemment seront détaillées dans la partie suivante.

3.2 L'enquête Pharmasud ⁵³

3.2.1 Présentation de l'enquête

3.2.1.1 Contexte

C'est en décembre 2011 qu'est publiée dans l'*Asud Journal* l'enquête Pharmasud réalisée par l'association des Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD) et par l'association Safe (association qui gère la prévention des risques infectieux liées à l'usage de drogues par injection en fournissant du matériel d'injection et en garantissant l'information des usagers). C'est face à la recrudescence d'usagers se plaignant de la difficulté d'obtenir du matériel d'injection que cette enquête a été menée à Paris *intra-muros*. Elle se divise en deux parties : la première est une enquête déclarative réalisée directement auprès des pharmaciens ; et la deuxième est une action dite de « testing », c'est-à-dire qu'elle a été menée par les usagers dans les pharmacies. L'échantillon est assez représentatif, et a été tiré au sort en fonction de la densité d'officines pour 10 000 habitants dans chaque arrondissement.

3.2.1.2 Objectifs

Les objectifs de cette enquête sont :

- De mesurer l'accès au matériel d'injection et aux MSO
- D'évaluer les éventuelles disparités géographiques
- D'évaluer les conditions de délivrance
- D'identifier les éventuels freins à la délivrance
- D'identifier d'éventuelles discriminations.

⁵³ - Duplessy C. Dossier : rêves de comptoir, Résultats de l'enquête Pharmasud. *Asud Journal*. déc 2011;(48):12-5.
- Duplessy C. Accès aux seringues: pour en finir avec le parcours du combattant. Biarritz; 2011. p. 13.

3.2.2 Résultats

Selon le rapport de l'enquête, deux enseignements peuvent en être tirés.

Le premier est que seulement une minorité des pharmacies interrogées délivre du matériel d'injection et des TSO. Les chiffres relevés montrent qu'une petite majorité vend la Stéribox[®] (53%), alors qu'une autre majorité ne délivre pas de seringues ou tout autre matériel d'injection (52%), et ne délivre pas non plus les TSO (58% pour le Subutex[®], 71% pour la méthadone). Parmi les pharmaciens refusant la délivrance, les raisons apportées étaient nombreuses. On distingue cinq catégories d'arguments avancés : l'absence de demandes ou de prescriptions (57%) ; la peur et les problèmes déjà rencontrés (13%) ; le refus des usagers de drogues ou de certains d'entre eux (11%) ; le jugement sur la substitution (10%) avec des commentaires tels que « traitement qui doit être délivré par les CSAPA », « incompatibilité de délivrer des seringues et des TSO », « trafic supposé d'ordonnances »... ; et les difficultés d'organisation de la délivrance des TSO (9%) avec des commentaires tels que : « difficultés liées au remboursement par la CPAM », « contraintes d'organisation pour la délivrance »...

Le deuxième enseignement montre qu'il n'y a aucun lien entre l'emplacement géographique des pharmacies avec la demande supposée et la densité de centres de prise en charge (CSAPA, CAARUD...). Une réelle disparité des pharmacies délivrant subsiste.

Auparavant, l'hypothèse première était que la localisation des pharmacies dispensant le matériel d'injection et/ou les TSO serait corrélée aux places de consommation et de revente présumées des drogues. L'enquête Pharnasud montre l'inverse : il n'y a aucun lien entre la délivrance et les besoins.

De plus, l'argument avancé de la demande faible ne peut être réellement justifié. En effet, les équipes d'ASUD ont interrogé cinq CSAPA de Paris à propos, justement, de ce relais en ville des patients traités par un TSO. Il est dit que l'ensemble des CSAPA travaille avec un nombre assez restreint d'officines (10 en moyenne), et qu'ils ne cherchent pas à l'augmenter étant donné « la difficulté d'impliquer de nouvelles pharmacies ».

Ensuite, le rapport conclut sur le fait que les jugements personnels ou les discriminations sont contraires à l'éthique de la profession, et dans le cas contraire ceux-ci ne doivent en aucun cas transparaître dans le fait de délivrer ou non. Afin d'illustrer ces propos, on citera certains pharmaciens interrogés lors de l'enquête Pharmasud, qui ont affirmé que :

- Le TSO est inefficace (« l'inefficacité du TSO ») car « un usager sous traitement n'est pas forcément guéri au bout de deux ans »
- Certains pharmaciens acceptent de délivrer mais uniquement à ceux connus ou seulement « certains d'entre eux »
- La dispensation du TSO peut entraîner la dégradation de « l'image du quartier ».

Enfin, l'épreuve de testing montre quelques déficiences au niveau relationnel et surtout au niveau du conseil de la part du pharmacien. Cela montre peut-être un manque d'information ou de formation du personnel de santé ? Quoi qu'il en soit, le testing révèle généralement un bon accueil (respect, politesse, discrétion...), même si dans la majorité des cas les pharmaciens orientent très mal les usagers en cas de problèmes : « allez à l'hôpital », « allez chez votre médecin généraliste », ou encore « allez dans une autre pharmacie » (très faible pourcentage) et « allez dans un laboratoire d'analyses médicales ».

3.2.3 Comparaison des résultats

Les résultats à comparer entre l'enquête Pharmasud et la nôtre concernent le pourcentage de pharmacies qui délivrent ou non le TSO et si la localisation géographique de la pharmacie a un impact ou non sur la dispensation.

Rappelons que dans l'enquête Pharmasud, il ressort un très fort pourcentage de pharmacies ne délivrant pas les TSO : 58% ne délivrent pas le Subutex[®] et 71% ne délivrent pas la méthadone. En moyenne, 64.5% des pharmacies interrogées ne délivrent pas de TSO à Paris. Dans notre étude, sur les 160 pharmacies ayant répondues au questionnaire, 30.6% ne délivrent aucun TSO.

On remarque alors une forte contradiction entre les chiffres obtenus en région parisienne et ceux-ci : 64.5% contre 30.6%.

Le premier postulat que nous pouvons formuler pour expliquer cette différence serait que certains pharmaciens, s'estimant comme « délivrant le TSO », ne délivre en réalité qu'à une petite patientèle, et se limitent à celle-ci. Si par exemple un nouveau patient venait à la pharmacie avec une ordonnance valide pour de la méthadone, celui-ci se verrait refuser la délivrance alors que cette pharmacie en possède bien en stock, mais le réserve aux clients dont elle a l'habitude. Ce type de pharmacie ne délivre donc pas à proprement parler les TSO. Cependant, dans notre enquête, elle s'identifie tout à fait comme le délivrant. Nous pouvons citer à titre d'exemple réel, une variante de cela : un pharmacien a délibérément faussé une lettre de l'Assurance Maladie (AM) pour indiquer qu'il avait atteint le quota maximum par pharmacie de patients toxicomanes fixé par l'AM, et qu'ainsi il ne pouvait plus en accepter davantage.

Le deuxième postulat serait que certains pharmaciens se disent « pro-Subutex[®] ». En fait, ils ne dispensent que du Subutex[®], car, selon Stéphane Robinet,

président de l'association Pharm'Addict, ils considèrent soit que « la méthadone s'adresse à des personnes plus "compliquées" », soit que, d'un point de vue administratif, la délivrance de méthadone est trop complexe. Son stockage par exemple nécessite un coffre-fort, qui est néanmoins déjà possédé et opérationnel pour le stockage des stupéfiants. Certes, la méthadone sirop occupe un volume de stockage conséquent et il est souvent nécessaire de posséder un coffre-fort de capacité plus importante. Il faut aussi tenir à jour un registre, et la comptabilité serait, aux dires de ces pharmaciens, plus compliquée que pour la buprénorphine. De même, si un patient venait à la pharmacie avec une ordonnance valide de méthadone, il se verrait refuser la délivrance car dans cette pharmacie, il n'est délivré que du Subutex®.

Encore une fois, ces pharmaciens s'estiment délivrer les TSO, alors qu'en réalité ils n'en délivrent qu'un seul type, et n'acceptent aucun autre patient traité par un autre pharmacien.

L'enquête Pharmasud a également prouvé que la localisation de la pharmacie (notamment la proximité de médecins prescripteurs, de CSAPA...) n'a pas d'impact sur la dispensation ou la non-dispensation, tandis que notre enquête a montré l'inverse. Nous voilà à nouveau confronté à un paradoxe, qui s'explique simplement par le fait que la dispensation du TSO est finalement régit par la volonté en premier lieu du pharmacien à dispenser ce traitement, et ainsi sa motivation. C'est dans ce cas que l'on se rend compte de la réelle passion qu'ont certains pharmaciens pour ce type de délivrance et de patientèle.

Pour conclure, si on voulait comparer correctement les études, il faudrait réaliser à nouveau notre enquête en adaptant les questions, pour que les deux hypothèses précédentes soient infirmées. Autrement dit, il faudrait savoir si, d'une part, au-delà d'un certain nombre de patients traités, certaines pharmacies n'acceptent pas

de nouveau patient, et si, d'autre part, il existe des pharmacies qui ne délivrent qu'une seule spécialité, et qui refuseraient la délivrance à un patient muni d'une ordonnance mentionnant l'autre spécialité. Autre possibilité : on pourrait effectuer une action « testing », comme dans l'enquête Pharmasud, afin d'apporter les réponses à ces questions.

En effet, si l'on reprend le graphique de la Figure 14 (Nombre moyen de toxicomanes par pharmacie), on note qu'environ 25 pharmacies sur 107 soutiennent délivrer le TSO à plus de 10 patients. Si on réalise cette nouvelle enquête, ou l'action « testing » comme expliqué ci-avant, en sélectionnant les pharmacies délivrant à moins de 10 patients, on pourrait penser que la proportion de pharmaciens délivrant le TSO à un patient quelconque serait comprise entre 20 et 30%. Ces chiffres deviendraient alors totalement comparables à ceux de l'enquête Pharmasud.

3.3 Les pistes d'amélioration

Nous avons vu, à travers cette étude menée en région iséroise et toulousaine, que certains pharmaciens titulaires refusent la dispensation du TSO, et cela pour différentes raisons. Nous verrons ci-après plusieurs pistes et projets d'amélioration de la prise en charge du toxicomane, leurs aspects positifs, ainsi que les limites posées par ce genre de mesures.

3.3.1 La prise en charge au comptoir

Certains pharmaciens ont souligné le fait que cette prise en charge était difficile au comptoir, du fait d'un manque de confidentialité lors de la dispensation, ou bien même pour le suivi du patient. D'une certaine manière, ils n'ont pas tout à fait tort car il n'est peut-être pas toujours facile d'aborder ce sujet lorsque par exemple la pharmacie est pleine, et la délivrance se résume à la dispensation de la boîte. Certains

vont même plus loin, et assurent que ces patients ne doivent pas être traités en pharmacie de ville mais dans une structure adaptée, et uniquement dans celle-ci. Rappelons tout d'abord que ces structures existent, et concernent uniquement les toxicomanes en initiation de traitement, ou ceux instables sur le plan médical et psychologique. Cette catégorie ne se sert pas en pharmacie de ville. Ceux à l'inverse ayant l'autorisation par leur médecin référent dans ces centres, peuvent venir se servir en pharmacie de ville. Nous avons à faire alors à des patients censés être stables médicalement et psychologiquement, même s'il est vrai que ça n'est pas toujours le cas.

Pour revenir aux difficultés évoquées par les pharmaciens, le manque de confidentialité ne semble pas réellement être un problème à la dispensation du TSO, et il en est de même pour le suivi. Ce problème de confidentialité ou de suivi ne semble absolument pas s'appliquer aux patients diabétiques venant chercher leur insuline, ou même au séropositif venant prendre sa trithérapie. Si le toxicomane est considéré comme un patient alpha, c'est-à-dire égal aux autres, ce problème n'existe plus. On identifie alors encore une fois que le problème originel est vraisemblablement celui de la stigmatisation de l'image du toxicomane.

Les solutions ici sont difficilement envisageables. Il s'agirait de changer l'image du toxicomane dans la société. Comment ? Toute la complexité de la situation se trouve ici, et nous rentrons alors dans un tout autre domaine que celui relevant de la pharmacie. C'est pourquoi nous ne traiterons pas dans le cadre de notre travail.

3.3.2 Les autres difficultés

Nous aborderons ici les difficultés que peut rencontrer le pharmacien en situation de délivrance, à savoir surtout les problèmes comportementaux (violences

verbales, physiques, matérielles...). Notons toutefois que l'image du patient toxicomane est d'abord nourrie par l'image qu'il porte dans la société. De plus, la crainte du pharmacien d'avoir à faire face à des débordements du toxicomane, à laquelle s'ajoute la crainte du manque du toxicomane s'il n'obtient pas son traitement (forme de *craving*) augmente l'image négative. Rappelons que dans la majorité des cas, ces débordements ont lieu lors d'un refus de délivrance dans le cadre d'un chevauchement d'ordonnances ou d'ordonnances falsifiées.

Enfin, on remarque que les pharmacies dans lesquelles tout se passe toujours pour le mieux sont celles qui ont fixé les règles dès le départ avec le patient (commentaires nombreux à ce sujet laissés par les pharmaciens sur le questionnaire : "je lui ai expliqué les règles dès le départ").

Pour conclure, le patient toxicomane n'est pas si différent d'un autre. Par exemple, citons le patient qui essaye d'avoir du Lexomil® avec une ordonnance périmée ou trop tôt dans ses renouvellements. La situation est identique et rien n'empêche un débordement du patient à qui on refuse le Lexomil®, même si ceux-ci sont plus rares.

Nous pouvons donc affirmer que si dès le début les règles de délivrance et de conduite sont fixées avec le patient, ces problèmes deviennent exceptionnels.

3.3.3 L'information par la formation

Aussi, un manque crucial d'information et de connaissances sur le sujet apparaît chez les pharmaciens titulaires, qu'ils délivrent ou non. Ce défaut de connaissances en matière de délivrance du TSO s'explique par le fait que ce type de sujet n'est pas, ou très peu abordé dans l'enseignement supérieur en cursus pharmaceutique. Cependant, il ne faut pas se limiter à cela, étant donné que l'un des devoirs du

pharmacien est de mettre à jour régulièrement ses connaissances scientifiques et pharmaceutiques. C'est ce que l'on nomme le Développement Professionnel Continu (DPC). D'ailleurs, aujourd'hui, au titre des dispositions de l'article L4236-1 du *Code de la Santé Publique*, le DPC est une obligation pour tous pharmaciens inscrits à l'ordre ou non. Ainsi, il paraît évident de proposer aux pharmaciens, par le biais d'organisations offrant un DPC, ou même d'enseignements des facultés, des formations sur le TSO dans son ensemble : l'objectif des traitements, les connaissances sur les molécules, le cadre réglementaire de la délivrance, soit la prise en charge globale du patient. Ces formations, doivent alors apporter aux participants les connaissances nécessaires et combler les lacunes qu'ils pouvaient avoir. On peut même penser qu'une formation réalisée par les laboratoires commercialisant les TSO pourrait répondre à la demande. Ce type de formation doit alors reposer sur des bases solides et selon des critères bien définis, bien qu'ils soient communs à la plupart : validant un DPC, attractif, peu contraignant, pluridisciplinaire. L'attractivité se définit par une interactivité par exemple entre l'assemblée et les formateurs, ou bien un côté théorique, puis un pratique. On peut par exemple penser à des formations à la mode, l'*e-learning*⁵⁴, faites sur les heures de travail ou pendant les heures creuses : rapides mais concises elles permettent un apprentissage efficace des principales notions à avoir. Enfin, ces formations doivent s'ouvrir non seulement aux pharmaciens, mais aussi au reste du corps médical, notamment celui qui s'inscrit dans les réseaux de toxicomanies (médecin, psychologues, infirmiers...). Ce point-là peut alors renforcer la solidarité et les liens entre les professionnels de santé. Comme nous le savons, ces formations existent déjà, mais sont mal connues. De plus, pour la plupart, ce sont des formations qualifiantes suivant un cursus universitaire (Paris, Rennes, Lyon,

⁵⁴ En français, « formation en ligne », désigne l'ensemble des solutions pour un apprentissage par des moyens électroniques.

Bordeaux...), en vue de l'obtention d'un diplôme universitaire et sont donc onéreuses. Néanmoins, comme nous l'avons vu dans le questionnaire à la question 11, plus de 90% des pharmaciens ayant suivi une formation sur le TSO affirment que cette formation les a aidés au quotidien dans la prise en charge de ces patients. Ce peut-être une bonne solution que d'incorporer dans le cursus universitaire, un enseignement complémentaire sur l'addiction et/ou la prise en charge des toxicomanes à l'officine. Cet enseignement aurait alors au minimum un objectif de sensibilisation du pharmacien face à la délivrance du TSO et des matériels d'injection. Le pharmacien doit être sensibilisé, informé et accompagné sur ce sujet, c'est certainement la principale mais surtout la meilleure solution.

Thèse soutenue par : Antoine-Marie Saby

Titre : Quels sont les freins et les limites de la dispensation du Traitement de Substitution aux Opiacés dans les pharmacies d'officine ?

Conclusion

Depuis les années 1970, l'usager de drogue peut, *en théorie*, obtenir une prise en charge sur tous les plans, que ce soit médical, psychologique ou social, avec notamment la création de réseaux de soin dédiés aux toxicomanes, à des niveaux d'exigences et de compétences très variés, avec des objectifs différenciés.... Néanmoins, malgré les nombreuses mesures prises suite à l'augmentation inexorable du nombre de consommateurs, du nombre de décès par overdose ou par infections secondaires, *en pratique* l'accompagnement et la prise en charge des patients montrent une réalité bien différente.

Les pharmaciens font désormais partie intégrante du réseau de prise en charge de l'usager de drogue, en offrant la possibilité à ceux-ci de se fournir en matériel d'injection stérile et en dispensant le traitement de substitution aux opiacés (les deux piliers de la politique de réduction des risques). Cependant, en réalisant l'enquête qui a nourri ensuite notre étude, nous avons constaté que certains se montrent toujours réticents à délivrer les traitements substitutifs. Les arguments avancés pour tenter de justifier ces refus restent toujours obscurs, même si l'on réussit à en dessiner quatre principaux : l'absence de demandes et de prescriptions, la crainte d'engendrer des problèmes, le manque d'information et de formation des pharmaciens, et les difficultés à caractères plus pharmaceutiques (problèmes de confidentialité et manque de suivi

par exemple), administratifs et logistiques (problème de stockage, difficultés de comptabilité...).

En réponse à ces difficultés, plusieurs pistes d'améliorations ont été proposées (formations incluses dans le DPC, sensibilisation des pharmaciens...). Néanmoins, ce qu'il faut retenir par-dessus tout c'est que l'usager de drogue n'est ni plus ni moins qu'un patient comme tous les autres : c'est l'hypertendu, c'est le diabétique, etc. Sa personne ne doit pas être dénigrée, méprisée, rejetée et ainsi la majorité des problèmes rencontrés à l'officine (qui poussent un nombre encore important de pharmaciens à ne pas délivrer le TSO) sera résolue.

En outre, on peut être certain que si la situation ne change pas, la prise en charge dans sa globalité de l'usager de drogue n'ira pas en s'améliorant et le consommateur aura encore moins la volonté de se soigner. On peut rappeler combien la volonté du patient est essentielle pour la réussite du sevrage d'une addiction.

Dans les situations mises en évidence par l'enquête, nous arrivons au paradoxe suivant : si le pharmacien est considéré comme un professionnel de santé incontournable pour le public, non seulement dans le domaine médical mais aussi social, il ne faut pas qu'il devienne un réel obstacle pour l'usager de drogues.

Cette enquête, qui nous le rappelons encore ici a été faite de manière déclarative, mériterait d'être approfondie en réalisant une opération « testing », identique à celle réalisée dans l'enquête Pharmasud en 2011. Ceci nous permettrait de sélectionner le nombre de pharmaciens délivrant réellement et de manière éthique

le TSO, afin de cibler plus précisément les difficultés que rencontrent les pharmaciens,
et ainsi d'apporter des réponses plus fiables.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le *02 octobre 2014*

LE DOYEN

Professeur Christophe RIBUOT



LE PRESIDENT DE LA THESE

Dr Marie JOYEUX-FAURE

Bibliographie

1. Lowenstein W, Sanchez M. Addictions aux opiacés et traitements de substitution: évolution des pratiques médicales. Montrouge, France: J.Libbey-Eurotext; 2003. 91.
2. Lejoyeux M, éditeur. Addictologie. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson; 2008. xxiii+324.
3. Marie N, Noble F. À propos de quelques aspects de la pharmacologie de la méthadone. Le Flyer : Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire. déc 2011;(45):4-9.
4. Arrêté du 9 mars 2012 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2012/0320/joe_20120320_0024.pdf?ref=1405526143115 (Dernière consultation le 29 juillet 2014)
5. Arrêté du 15 septembre 1999 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/1999/142/JO199914231ALL.pdf?ref=1405525378916> (Dernière consultation le 16 juillet 2014)
6. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FFCC11B8807AC1F4065E4392E9CDC850.tpjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000000393107&dateTexte=20140716 (Dernière consultation le 29 juillet 2014)
7. France. Ministère de la santé de la jeunesse. Autres traitements de la dépendance. Dans: Institut national de la santé et de la recherche médicale. Centre d'expertise collective, éditeur. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, France: INSERM; 2010. p. 179-93.
8. Auto-Support des Usagers de Drogues, Olivet F, Chappard P. Buprénorphine haut dosage (BHD), le pourquoi et le comment [Internet]. ASUD; [Cité le 18 juill. 2014]. Disponible sur : http://www.asud.org/pub/subutex_2008.pdf (Dernière consultation le 18 juillet 2014)
9. France. Ministère de la santé et de la jeunesse. Chapitre 9 : Critères diagnostiques [Internet]. INSERM; [Cité le 5 janv. 2014]. Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/103/?sequence=16> (Dernière consultation le 22 juin 2014)

10. France. Ministère de la santé de la jeunesse. Chapitre 9: Traitements de substitution aux opiacés. In: Institut national de la santé et de la recherche médicale. Centre d'expertise collective, éditeur. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, France: INSERM; 2010. p. 157-78.
11. Muller A, Monassier L. Chapitre 20: Les analgésiques centraux opiacés. Faculté de médecine de Strasbourg.
12. Houssin D. CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 [Internet]. Code de la Santé Publique févr. 28, 2008.
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf (Dernière consultation le 13 juillet 2014)
13. Classification Vidal [Internet]. [Cité le 15 juill. 2014].
Disponible sur: <http://contenu.univadis.fr/vidal/classifications/vidal/> (Dernière consultation le 10 août 2014)
14. Code de la santé publique - Article L3121-4.
15. Code de la santé publique - Article L4236-1.
16. Groupe TSO. Commission Addictions, Note de synthèse: Suboxone [Internet]. [Cité le 21 juill. 2014].
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_suboxone.pdf (Dernière consultation le 20 août 2014)
17. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence 2007 : Méthadone AP-HP [Internet]. [Cité le 15 juill. 2014].
Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/chlorhydrate de methadone 29022012 avis ct11413.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/chlorhydrate_de_methadone_29022012_avis_ct11413.pdf) ; http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-5198_methadone.pdf (Dernière consultation le 15 juillet 2014)
18. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence 2008 : Suboxone [Internet]. [Cité le 22 juill. 2014].
Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-5344_suboxone .pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-5344_suboxone_.pdf) (Dernière consultation le 22 juillet 2014)
19. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence 2011 : Subutex [Internet]. [Cité le 16 juill. 2014].
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/subutex_16_11_2011_avis_ct11414.pdf (Dernière consultation le 16 juillet 2014)
20. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence 2012 : Méthadone AP-HP [Internet]. [Cité le 15 juill. 2014].
Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/chlorhydrate de methadone 29022012 avis ct11413.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/chlorhydrate_de_methadone_29022012_avis_ct11413.pdf) (Dernière consultation le 25 juillet 2014)

21. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes [Internet]. [Cité le 20 juill. 2014].

Disponible sur :

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b2fb75f473939d0e4f5cdf8c2c46d59f.pdf (Dernière consultation le 22 juillet 2014)

22. Haute Autorité de Santé (ex-ANAES), Fédération Française d'Addictologie. Conférence de consensus: Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution [Internet]. [Cité le 28 juill. 2014].

Disponible sur : [http://www.has-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf)

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf) (Dernière consultation le 29 juillet 2014)

23. De Quincey T. Confessions d'un opiomane anglais. Paris, France: Nouvel office d'édition (Saint-Amand, impr. Bussière); 1965.

24. Nations Unies. Convention unique sur les stupéfiants de 1961 [Internet]. [Cité le 2 juill. 2014].

Disponible sur : [http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-](http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_fr.pdf)

[Convention/convention_1961_fr.pdf](http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_fr.pdf) (Dernière consultation le 10 juillet 2014)

25. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2005-1606 déc 19, 2005.

26. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. 2007-877 mai 14, 2007. Code de la Santé Publique.

27. Définitions - Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives [Internet]. [Cité le 26 juill. 2014].

Disponible sur : [http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-](http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/definitions/)

[laddiction/presentation/definitions/](http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/definitions/) (Dernière consultation le 15 août 2014)

28. Richard D, Senon J-L, Valleur M, éditeurs. Dictionnaire des drogues et des dépendances. Paris, France: Larousse; 2004. xvi+626.

29. Haute Autorité de Santé (ex-ANAES). Dossier de presse : les recommandations de la conférence de consensus; Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution.

30. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, chiffres clés. OFDT.

31. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Pousset M, éditeur. Saint-Denis La Plaine, France: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013. 398.

32. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, éditeur. Drogues et dépendance : le livre d'information. 2007.
33. Jacques J-P, Figiel C. Drogues et substitution. Paris: [diffusion] Cairn.info; 2010.
34. Morel A. Drogues et substitution: traitements et prise en charge du sujet. Jacques J-P, Figiel C, éditeurs. Bruxelles, Belgique: De Boeck; 2006. 424.
35. DrugBank. DrugBank: Small Molecule Drugs [Internet]. [Cité le 28 juill. 2014]. Disponible sur : <http://www.drugbank.ca/drugs> (Dernière consultation le 30 juillet 2014)
36. Friedman H, Klein TW, Specter S, éditeurs. Drugs of abuse, immunity, and infections. Boca Raton: CRC Press; 1996. 196.
37. American psychiatric association. DSM-IV: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, France; 1996. xxxii+1008.
38. Michel L. Editorial : Héroïne médicalisée, quoi de neuf docteur ? Le Flyer : Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire. mai 2012;(47):3.
39. Seidenberg A, Honegger U. Effets et effets secondaires des opioïdes. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 48-49.
40. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction — information on drugs and drug addiction in Europe [Internet]. [Cité le 28 juill. 2014]. Disponible sur : <http://www.emcdda.europa.eu/> (Dernière consultation le 29 juillet 2014)
41. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. EMCDDA | Héroïne [Internet]. [Cité le 4 juill. 2014]. Disponible sur : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin/fr> (Dernière consultation le 4 juillet 2014)
42. Byrne A. Etudes sur la naloxone (et la combinaison buprénorphine - naloxone). Le Flyer : Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire. déc 2013;(53):18-9.
43. Vouge N. Gélules de méthadone, regard et place du pharmacien d'officine. Le Flyer : Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire. mai 2012;(47):4-9.

44. Gélules de méthadone, regard et place du pharmacien d'officine [Internet]. [Cité le 16 juill. 2014].
Disponible sur : <http://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/substitut-methadone/688-gelules-de-methadone-regard-et-place-du-pharmacien-dofficine.html> (Dernière consultation le 16 juillet 2014)
45. Heydel S. Grossesse et toxicomanie [Internet]. [Nancy 1]: Université Henri Poincaré; 2009 [Cité le 24 juin 2014].
Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_T_2009_HEYDEL_STEPHANIE.pdf (Dernière consultation le 24 juin 2014)
46. Haute Autorité de Santé - METHADONE AP-HP [Internet]. [Cité le 16 juill. 2014].
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_623558/fr/methadone-ap-hp (Dernière consultation le 16 juillet 2014)
47. Haute Autorité de Santé - SUBOXONE [Internet]. [Cité le 29 juill. 2014].
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_666452/en/suboxone (Dernière consultation le 29 juillet 2014)
48. Haute Autorité de Santé - SUBUTEX [Internet]. [Cité le 16 juill. 2014].
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1188989/fr/subutex (Dernière consultation le 16 juillet 2014)
49. Maestracci N, France. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Comité français d'éducation pour la santé. Héroïne. Drogues, savoir plus risquer moins: livret de connaissances. Vanves, France: Comité français d'éducation pour la santé; 1999. p. 58-67.
50. Drogues Infos Service. Héroïne - Drogues info service : information, aide sur drogues alcool... [Internet]. [Cité le 26 juill. 2014].
Disponible sur : <http://www.drogues-info-service.fr/?Heroine> (Dernière consultation le 26 juillet 2014)
51. Cadet-Taïrou A, Dambélé S. Héroïne et autres opiacés. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine, France: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013. p. 242-50.
52. Héroïne-Morphine [Internet]. [Cité le 7 juill. 2014].
Disponible sur : <http://heroine-morphine.toile-libre.org/MorphHero.php> (Dernière consultation le 7 juillet 2014)
53. Schmelck M-A. Histoire, origine et effets des différents produits. Dans : Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 30.
54. Schmelck M-A. Histoire, origine et effets des différents produits. Dans : Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 31-32.

55. Schmelck M-A. Histoire, origine et effets des différents produits. Dans : Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 34.
56. Kabat EA, Liao J, Lemieux RU. Immunochemical studies on blood groups--LXVIII. The combining site of anti-I Ma (group 1). *Immunochemistry*. Nov. 1978; 15 (10-11):727-31.
57. Herbert C, Jamain T. Intoxications pédiatriques accidentelles; évaluation d'une campagne de sensibilisation des usagers de substitution opiacée (méthadone). *Le Flyer : Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire*. févr. 2014;(54):4-9.
58. Schmelck M-A. Introduction à l'étude des toxicomanes. Chiva M, éditeur. Paris, France: Nathan; 1993.
59. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Centre d'expertise collective, éditeur. Jeux de hasard et d'argent: contextes et addictions. Paris, France: Inserm; 2008. xiv+479.
60. Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes [Internet]. 2009 [Cité 26 juill 2014].
Disponible sur : <http://www.cmq.org/fr-CA/MedecinsMembres/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~~/media/Files/Lignes/Lignes%20buprenorphine%202009.ashx?51224> (Dernière consultation le 26 juillet 2014)
61. Pélicier Y, Thuillier G. La drogue. Paris, France: Presses universitaires de France; 1997. 127.
62. Henrion R. La méthadone et les traitements de substitution. Paris, France: Doin; 1995. xvi+160.
63. Wilquin M, Cottencin O. La méthadone, plus difficile à arrêter que l'héroïne. *Le Flyer : Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire*. mai 2014;(55):10-1.
64. Velastugui S. La prise de poids sous méthadone : effet secondaire ou simple occurrence. *Le Flyer : Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire*. sept 2013;(52):12-3.

65. Ministère de la santé et des solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions; Plan 2007 - 2011 [Internet]. 2007 [Cité le 19 juin 2014].
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf
(Dernière consultation le 19 juillet 2014)
66. Le CAARUD - Drogues info service : information, aide sur drogues alcool... [Internet]. [Cité le 18 juill. 2014].
Disponible sur : <http://www.drogues-info-service.fr/?Le-Centre-d-Accueil-et-d>
(Dernière consultation le 18 juillet 2014)
67. Cohen J-M. Un autre regard sur les Médicaments de Substitution Opiacée. Le Flyer : Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire. avr. 2010;(39):25-6.
68. Sahnoun A, Ahmed H. Les antalgiques - Propriétés pharmacodynamiques [Internet]. [Cité le 9 juill 2014].
Disponible sur : http://www.dematice.org/ressources/DCEM2/Pharmacologie/D2_phar_001/co/antalgiques%20centaux_17.html (Dernière consultation le 9 juillet 2014)
69. Condé K. Place du pharmacien d'officine dans le dispositif de réduction des risques liés à l'usage de drogues [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences pharmaceutiques; 2013.
70. Salmandjee Y. Les drogues: tout savoir sur leurs effets, leurs risques et la législation. Paris: Eyrolles; 2003.
71. Velastugui S. Les effets indésirables de la méthadone : l'hypersudation. Le Flyer : Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire. (46):16-7.
72. Ferran A. Les opioïdes [Internet]. [Cité le 28 juill. 2014].
Disponible sur : <http://physiologie.envt.fr/spip/IMG/pdf/opioides.pdf> (Dernière consultation le 29 juillet 2014)
73. Yvorel J-J. Les poisons de l'esprit: drogues et drogués au XIXème siècle. Paris, France: Quai Voltaire; 1993. 322.
74. Reynaud M, Parquet P, Lagrue G. Les pratiques addictives. Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives : rapport au directeur général de la santé. Paris: Jacob; 2000. p. 32.
75. Reynaud M, Parquet P-J, Lagrue G, Kouchner B, France. Direction générale de la santé. Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris, France: O. Jacob; 2000. 273.

76. Le Strat Y. Les salles d'injection supervisée : utiles et souhaitables ? Le Flyer : Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire. déc 2011;(45):15-6.
77. Les textes relatifs aux CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) | Fédération Addiction | prévenir, réduire les risques, soigner [Internet]. [Cité le 18 juill. 2014].
Disponible sur : <http://www.federationaddiction.fr/les-textes-relatifs-aux-csapa-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie/> (Dernière consultation le 18 juillet 2014)
78. Touzeau D, Jacquot C. Les traitements de substitution pour les usagers de drogues. Arnold-Richez F, éditeur. Paris, France: Arnette; 1997. xiv+329.
79. Le Suboxone®, c'est pour bientôt ! | ASUD [Internet]. [Cité le 16 juill. 2014].
Disponible sur : <http://www.asud.org/2008/06/21/suboxone/> (Dernière consultation le 16 juillet 2014)
80. Richard D, Senon JL, Hautefeuille M, Facy F. L'héroïne [Internet]. [Cité le 28 juill. 2014].
Disponible sur : http://www.cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_heroine.pdf (Dernière consultation le 28 juillet 2014)
81. Michaux H. L'infini turbulent. Paris: Mercure de France; 1997. 234; 8.
82. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 [Internet]. Code de la santé publique p. 74.
Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/1971/000/JO197100074.PDF?ref=1403279721814> (Dernière consultation le 12 juillet 2014)
83. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806. Code de la Santé Publique.
84. Meddispar - Accueil [Internet]. [Cité le 15 juill. 2014].
Disponible sur : <http://www.meddispar.fr/> (Dernière consultation le 15 juillet 2014)
85. MedHyg.ch [Internet]. [Cité le 8 juill. 2014].
Disponible sur : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=33497> (Dernière consultation le 8 juillet 2014)
86. Seidenberg A, Honegger U. Méthadone, héroïne et autres opioïdes. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001.
87. Methadone - PubChem [Internet]. [Cité le 15 juill. 2014].
Disponible sur : <http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/summary/summary.cgi?cid=4095#itabs-3d> (Dernière consultation le 15 juillet 2014)

88. Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial Infections, Immunomodulation, and Drugs of Abuse. Clin Microbiol Rev. Avr. 2003;16(2):209-19.
89. Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives [Internet]. [Cité le 29 juill. 2014].
Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/> (Dernière consultation le 30 juillet 2014)
90. Mann C. Neuro-physiologie de la douleur [Internet]. CHU Montpellier; [Cité le 24 juill. 2014].
Disponible sur : http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MID/Ressources_locales/Spal/MID_Spal_Item_65-1_Douleur_%20bases_neurophysiologiques.pdf (Dernière consultation le 24 juillet 2014)
91. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Syndrome de sevrage [Internet]. WHO. [Cité le 24 juin 2014].
Disponible sur : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/ (Dernière consultation le 24 juin 2014)
92. Simon EJ. Opiates. Dans: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, éditeurs. Substance abuse: a comprehensive textbook. 2nd éd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992.
93. Opium Overdose [Internet]. [Cité le 3 juill. 2014].
Disponible sur : <http://www.opium.org/opium-overdose.html> (Dernière consultation le 5 juillet 2014)
94. Seidenberg A, Honegger U. Pharmacodynamique. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 8.
95. Seidenberg A, Honegger U. Pharmacodynamique. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 8-9.
96. Seidenberg A, Honegger U. Pharmacodynamique. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 16-20.
97. Seidenberg A, Honegger U. Pharmacodynamique. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 13.
98. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008 - 2011 [Internet]. 2008 [Cité le 7 juill. 2014].
Disponible sur : <http://www.cancer-environnement.fr/LinkClick.aspx?fileticket=XTEZLTjlfY%3D&tabid=217&mid=1125> (Dernière consultation le 10 juillet 2014)

99. Seidenberg A, Honegger U. Présentations galéniques. Méthadone, héroïne, et autres opioïdes: la prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire. Chêne-Bourg/Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2001. p. 59-62.
100. Bertschy G. Pratique des traitements à la méthadone. Paris, France; 1995. vi+113.
101. Jacques J-P, Memmi A. Pour en finir avec les toxicomanies: psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues. Bruxelles, Belgique; 1999. 248.
102. Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance no 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique.
103. France. Ministère de la santé de la jeunesse. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Centre d'expertise collective, éditeur. Paris, France: INSERM; 2010. xii+573.
104. Refus de Prescription ou de Délivrance | ASUD [Internet]. [Cité le 17 juill. 2014]. Disponible sur : <http://www.asud.org/substitution/refus-de-prescription-ou-de-delivrance/> (Dernière consultation le 17 juillet 2014)
105. European Medicines Agency. Résumé EPAR à l'intention du public : Suboxone [Internet]. 2011 [Cité le 21 juill. 2014]. Disponible sur : http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000697/WC500058495.pdf (Dernière consultation le 22 juillet 2014)
106. SANT4 - Bulletin Officiel N°2006-11: Annonce N°35 = Communautés thérapeutiques [Internet]. [Cité le 18 juill. 2014]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-11/a0110035.htm> (Dernière consultation le 20 juillet 2014)
107. Façy-Marchal F, éditeur. Toxicomanes et prescription de méthadone. Paris, France: Éd. EDK; 1999. 127.
108. Schmelck M-A. Toxicomanies : définitions et données. Dans : Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 10.
109. Schmelck M-A. Toxicomanies : définitions et données. Dans : Chiva M, éditeur. Introduction à l'étude des toxicomanies. Paris, France: Nathan; 1993. p. 12.
110. Loi du 19 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses [Internet]. Code de la Santé Publique p. 409. Disponible sur : http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=5342 (Dernière consultation le 16 août 2014)

111. Duplessy C. Accès aux seringues: pour en finir avec le parcours du combattant. Biarritz; 2011 [Cité le 11 sept 2014]. p. 13.
Disponible sur : http://www.ths-biarritz.com/wp-content/uploads/2011/12/jeudi_atelier2_duplessy.pdf (Dernière consultation le 11 septembre 2014)
112. Décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. Code de la Santé Publique.
113. Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. Code de la Santé Publique.
114. Duplessy C. Dossier : rêves de comptoir, Résultats de l'enquête Pharmasud. Asud Journal. déc 2011;(48):12-5.
115. Jauffret-Roustide M, éditeur. Les drogues: approche sociologique, économique et politique. Paris, France: la Documentation française; 2004. 156.
116. Direction Générale de la Santé. Lettre DGS-DIV-SIDA n° 95-1320 du 15 octobre 1995 [Internet]. p. 8.
Disponible sur : http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/898.pdf (Dernière consultation le 8 septembre 2014)
117. France. Ministère de la santé de la jeunesse. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Centre d'expertise collective, éditeur. Paris, France: INSERM; 2010. xii+573.

Annexes

Liste des annexes

<u>Annexe 1 : Questionnaire destiné au titulaire.....</u>	<u>133</u>
<u>Annexe 2 : Résultats « bruts » de l'enquête.....</u>	<u>139</u>

Annexe 1 : Questionnaire destiné au titulaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER FACULTE DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Année 2014

**Quels sont les freins et les limites de la dispensation
du Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)
dans les pharmacies d'officine ?**

QUESTIONNAIRE POUR LA THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

DIPLÔME D'ETAT

Antoine-Marie Saby

Directeur de thèse : Michel MENON, Docteur en médecine

Ceci est un questionnaire anonyme dans le but de réaliser une étude statistique, dans le cadre d'une thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme de Docteur en pharmacie.

Note importante : *ce questionnaire ne sera en aucun cas utilisé pour divulguer des informations quelles qu'elles soient, ou ne pourra servir comme outil de délation.*

Nom de la pharmacie (tampon) :

QUESTIONNAIRE

I) Type et identité de la pharmacie interrogée

1. La pharmacie dans laquelle vous exercez se situe plutôt dans un milieu :
 - Rural, c'est-à-dire hors agglomérations (pharmacie de village, stations...)
 - Urbain, c'est-à-dire en agglomérations

2. Le chiffre d'affaires de la pharmacie peut être estimé :
 - Inférieur à 1 million d'euros
 - Entre 1 et 2 millions d'euros
 - Supérieur à 2 millions d'euros

3. Vous considérez votre pharmacie comme une pharmacie plutôt :
 - De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
 - Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation

II) Délivrance

4. Délivrez-vous le Traitement Substitutif aux Opiacés (Méthadone, Subutex, Suboxone...)?

- Oui
- Non

III) Motivations

Si vous avez répondu « Oui » à la question II) 1., veuillez répondre aux questions suivantes, ainsi qu'à la question IV) 1. , sinon reportez-vous à la page 4 de ce questionnaire.

5. Quelles spécialités possédant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le TSO avez-vous toujours en stock ?

- Méthadone sirop
- Méthadone gélules
- Subutex ou son générique
- Suboxone
- Autres :

6. Quelles sont vos motivations à dispenser ce type de traitement ?

- Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)
- Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être « dénigrés » (en théorie)
- Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)
- Autres :

7. Pouvez-vous estimer le nombre de toxicomanes auxquels vous dispensez le TSO ?

.....

8. Faites-vous un suivi régulier, spécifique et personnalisé pour chacun d'entre eux ?

.....

9. Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ?

- Oui, quelle est-elle ?
- Non

10. Avez-vous suivi une formation sur la toxicomanie, sur la délivrance du TSO et/ou sur la PEC globale du toxicomane ?

- Oui
- Non

11. Si oui, vous a-t-elle aidé dans la PEC globale de ces patients ?

.....

IV) Freins

Si vous avez répondu « Non » à la question II) 1., veuillez répondre aux questions suivantes :

12. Quels sont les freins selon vous d'une dispensation du TSO en pharmacie d'officine ?

- Insécurité
- Patientèle dangereuse et imprévisible
- Mauvaise image de la pharmacie
- Manque de confidentialité
- Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :

13. Si un médecin prescripteur du TSO venait à s'installer dans votre zone d'activité et vous proposerait de faire partie d'un réseau de toxicomanie, changeriez-vous d'opinion quant à ne pas dispenser le TSO ?

- Oui, je délivrerais
- Non, pourquoi ?.....

14. Si vous aviez la possibilité de suivre une formation sur la toxicomanie, sur la délivrance du TSO et/ou sur la PEC globale du toxicomane, changeriez-vous d'opinion quant à ne pas dispenser le TSO ?

- Oui, je délivrerais
- Non, pourquoi ?.....

15. Avez-vous déjà subi des violences verbales/physiques/matérielles émanant d'un toxicomane ?

- Oui, lesquelles ?
- Non

16. Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ?

- Oui, quelle est-elle ?
- Non

Annexe 2 : Résultats « bruts » de l'enquête

Les cases de « non-réponses » (cases vides) ont été retirées des tableaux ci-dessous, pour les questions qui ne sont pas en commun à tous les pharmaciens interrogés (questions 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15). Les tableaux de ces questions ne sont donc pas superposables.

Rural, c'est-à-dire hors agglomérations (pharmacie de village, station...)
Rural, c'est-à-dire hors agglomérations (pharmacie de village, station...)
Urbain, c'est-à-dire en agglomérations
Rural, c'est-à-dire hors agglomérations (pharmacie de village, station...)
Rural, c'est-à-dire hors agglomérations (pharmacie de village, station...)
Urbain, c'est-à-dire en agglomérations

Question 3 : Vous considérez votre pharmacie comme une pharmacie plutôt :

De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité

De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
Dite de passage, comme celle qu'on retrouve par exemple dans les centres commerciaux ou sur les grands axes de circulation
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité
De quartier, c'est-à-dire une pharmacie offrant un service de qualité et de proximité

Question 5 : Quelles spécialités possédant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le TSO avez-vous toujours en stock ?

Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	
Méthadone gélules				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	Autres :
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	Autres :
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone gélules				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		

Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Autres :				
Subutex ou son générique				
Méthadone gélules	Subutex ou son générique			
Méthadone gélules	Subutex ou son générique			
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Méthadone sirop				
Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Méthadone gélules	Subutex ou son générique			
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Méthadone gélules				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Méthadone gélules	Subutex ou son générique			

Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Subutex ou son générique	Suboxone			
Méthadone sirop				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Méthadone gélules				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Autres :				
Autres :				
Méthadone sirop	Subutex ou son générique	Suboxone		
Méthadone gélules				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Subutex ou son générique	Suboxone			
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		

Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	Autres :
Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	Autres :
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	
Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	

Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	
Autres :				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Autres :				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique		
Subutex ou son générique				
Suboxone	Autres :			
Méthadone gélules				
Méthadone sirop	Subutex ou son générique			
Subutex ou son générique	Autres :			
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Subutex ou son générique				
Méthadone sirop	Méthadone gélules	Subutex ou son générique	Suboxone	

Question 6 : Quelles sont vos motivations à dispenser ce type de traitement ?

Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)		Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)			

Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	Autres :
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)		

Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	Autres :	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Autres :			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Autres :		

Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés,		

affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Autres :		
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		

autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	Autres :
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)		Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au		

pris en charge (Règle éthique majeure)	même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Autres :		
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés,		

affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			

Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	

	pas être " dénigrés " (en théorie)		
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes			

affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	

Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Autres :		
Autres :			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	

Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	Autres :
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			

Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)			
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle			

autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	Autres :
Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	Autres :
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)		
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)			
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients pris en charge (Règle éthique majeure)	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés, par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
Contribue à l'amélioration et l'augmentation de patients	Les patients sous TSO sont des patients comme les autres, au même titre que les personnes	Contribue à la diminution des risques liés à la prise d'opiacés,	

pris en charge (Règle éthique majeure)	affectées par n'importe quelle autre pathologie et ne doivent pas être " dénigrés " (en théorie)	par voie intraveineuse surtout (VIH, VHC...)	
--	--	--	--

Question 7 : Pouvez-vous estimer le nombre de toxicomanes auxquels vous dispensez le TSO ?

7
1
2
2
2
5
2
3
2
0
1
50
4
4
2
5
11
1
1
7
0
4
20
3
4
4
1
2
10
3
100
55
1
4
5
4
1
2
4
4
1
4

2
5
9
1
1
7
2
6
3
10
3
1
2
1
2
2
50
10
3
4
40
10
15
2
6
2
2
55
80
4
1
20
5
20
40
20
12
36
20
1
2
12

2
12
1
2
40
50
0
40
1
4
10
5
40
2
2
6
24
2
60
10
10
4
10

Question 8 : Faites-vous un suivi régulier, spécifique et personnalisé pour chacun d'entre eux ?

oui
oui
non
oui
non
oui
régulier, "je lui ai expliqué les règles dès le départ"
"46 méthadone, 50 autres (dont Skénan); suivi le plus possible"
oui
non
"Régulier"
non
non
oui
non
oui, "c'est la condition de mise en place d'un TSO"
non
oui, "dans le département, les personnes ont un carnet de suivi de traitement"
oui, "régulier spécifique et personnalisé"
"suivi régulier juste"
non
non
oui
oui
"suivi régulier pour chacun"
oui
non "passage rapide"
oui
"j'essaie"
oui
oui
non
oui

oui
oui
oui
oui
non
oui
oui "si possible"
oui "on les connait depuis longtemps 3 méthadone, 2 suboxone, 4 subutex"
oui
oui
"pas vraiment"
non
non
oui
non
non
non
oui
non
"suivi régulier pour 1% des patients, le reste ne veulent pas réellement s'en sortir"
oui
"pas vraiment"
non
oui "avec ceux qui ne font pas n'importe quoi"
oui "il faut être encore plus disponible pour ces patients qui ont besoin d'un suivi particulier"
oui
oui
oui
oui
oui "pour une majorité"
"oui de manière générale, sauf pour ceux qui refusent (manque de temps, confidentialité...) oui imprévisible, bruyant, négligé..."
oui
non
"oui plus ou moins"

oui
oui "quand ils le souhaitent"
oui
non
oui
oui
oui "pour certains"
non
oui
oui "pour 25% d'entre eux"
oui
oui
"pas de suivi"
oui
non "les patients ne sont pas disposés"
non
"dès que c'est possible"
"20 subutex, 4 méthadone", "en vérifiant la conformité de l'ordonnance, on suit l'historique patient et on met en avant avec eux l'augmentation ou la diminution de posologie, on discute des chevauchements éventuels et on les canalise, on appelle le médecin si on soupçonne la moindre dérive"
"Régulier"
oui "parfois et sur plusieurs années et avec prise de contact avec le médecin, délivrances quotidiennes parfois"
non
oui
oui
non

Question 9 : Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ?

oui
non
non
oui "personne que l'on craint"
non
oui "la toxicomanie a du mal à être acceptée par la société comme une maladie"
oui
oui "population à risque dans tous les sens du terme"
oui "menteur qui ne cherche qu'à obtenir sa drogue, violent, vit au crochet de la société, incapable de guérir"
oui "négative"
non
non
oui
non
non
non
non
oui "image de marginalité, violence, mensonge, vol"
oui "surtout dans les campagnes", "personne imprévisible et difficile d'établir un climat de confiance qui est la règle dans notre profession"
oui, "manque de rigueur dans le délai de renouvellement, mais pas la majorité des cas"

oui
oui
oui "dépendance, milieu défavorisé"
oui "agité"
oui "insécurité, agressif, crainte"
non
oui "deux cas: les réglos avec qui on peut travailler et avancer, et les nomades plutôt délétères"
non
oui "agressivité, vols"
non
oui "gâchis personnel"
non
non
non
oui "associal"
oui "mépris"
non
oui "délinquance"
non
oui "image de voyou, pas de malade"
oui "trafic, dépendance...il y a une part de stigmatisation, mais aussi une part de réalité!"
oui
non
non "pas dans l'espace pharmacie, client comme un autre, éduqué et clean, nous sommes en lien direct avec son médecin qui exerce à l'hôpital"
oui "impatience, agressif, drogué"
oui "personne à la situation précaire"

oui "impatient, apparence mauvaise"
oui
oui
oui "agressif, dangereux, peur"
oui
non
oui "malhonnête, dangereux, voleur, agressif"
oui "il l'a bien cherché"
oui " mépris, violence"
oui "dangereux"
oui, "elle n'est certainement pas bonne, ni valorisée dans l'opinion publique"
oui
oui "touche tout le monde"
oui
oui, "personne instable psychologiquement, menteuse, agressive, manipulatrice"
non
oui "rejet de la patientèle "normale""
oui "usage détourné en particulier du Subutex, patients ayant plusieurs prescripteurs/pharmacies"
non
oui
Oui
non
oui "ils ne sont victimes que de leur propre image et/ou particularité et c'est le cas pour tout le monde, toxico ou pas. Stigmatiser c'est dénoncer publiquement ce que l'on juge moralement condamnable. De nos jours, plus personne ne proteste contre les toxicomanes...par contre le faire serait-il

immoral justement? Très probablement, là est tout le paradoxe...à chacun sa morale"
oui "personne à problèmes"
oui
oui "les gens ont peur"
oui "assisté"
oui "mauvaise image"
oui
oui
oui "menaces verbales et physique pour un refus de délivrance sans prescription, plainte au commissariat"
non
oui
oui "irrécupérable"
non
non
non
oui "personnes à problèmes"
non "c'est avant tout un malade et les malades n'ont pas d'image"
oui "négative"
oui "danger, insécurité"
oui
non
oui "violence"
oui
non
oui "menteurs"
"oui et non"
oui
non
non
non
oui "citoyen déchu"
oui "du lait sur le feu, à surveiller, vols dans l'officine, vols de leurs médicaments, soi-

disant jetés par mégarde à la poubelle, beaucoup de temps passé à tout vérifier et à recadrer"
oui "personne qui ne reste pas dans le moule"
oui "instable, imprévisible, dangereux, menteurs..."
oui "marginalisée"
oui "marginalisée"
oui "personne exclue, pas toujours considérée comme un malade"
oui "patients agités, dangereux, voleurs, menteurs"

Question 10 : Avez-vous suivi une formation sur la toxicomanie, sur la délivrance du TSO et/ou sur la PEC globale du toxicomane ?

Oui
Oui
Non
Non
Non
Oui
Non
Non
Non
Oui
Non
Non
Oui
Oui
Non
Oui
Non
Oui
Non
Non
Non
Non
Oui
Non
Oui
Non
Oui
Non
Oui

Non
Oui
Non
Oui
Non
Oui
Non
Non
"pas vraiment, expérience et écoute sont la solution"
Non

Oui
Oui
Oui
Non
Non
Oui
Non
Oui
Non
Non
Oui
Oui
Non
Oui
Non
Oui
Oui
Non
Oui
Non
Oui
Oui
Non

Question 11 : Si oui, vous a-t-elle aidé dans la PEC globale de ces patients ?

oui
oui
oui
oui
oui "surtout à savoir conserver ma place de soignant pharmacien et pas d'assistante sociale ou autre comme le voudrait parfois certains patients"
oui
non
non
oui
"la formation devrait être obligatoire car cela fait partie du métier"
oui: "Tout à fait, meilleure appréhension du profil de cette patientèle"
oui
e-conférence, oui m'a aidé
Insécurité
formation personnelle
oui
oui "tout à fait, c'était de la mise en place du TSO, on pensait pouvoir sevrer les patients en 2 ou 3 ans, aujourd'hui nous les considérons comme des patients chroniques"
"l'aide n'est jamais refusée, même si parfois elle ne sert pas à grand-chose, mais échangé c'est déjà être aidé"
oui
"il y a longtemps, j'ai même fait partie d'un réseau, et cela m'a aidé, même si en 15 ans, leur PEC a complètement changée"
oui
"il s'agit plutôt de réunion interdisciplinaire "

non "les formations ne sont pas adaptées au terrain"
"il y a longtemps, je faisais partie du réseau Passages Addictions 31", "c'est surtout la relation directe pharmacien-médecin qui est importante, quand ils ont tendance à nous raconter n'importe quoi pour expliquer des chevauchements d'ordonnance"
oui "et je n'ai aucune appréhension"
oui
oui

Question 12 : Quels sont les freins selon vous d'une dispensation du TSO en pharmacie d'officine ?

Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie		
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...		
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Insécurité			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible		
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Manque de confidentialité	
Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie		
Insécurité	Mauvaise image de la pharmacie		

Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie		
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	Manque de confidentialité
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Patientèle dangereuse et imprévisible	Insécurité	Manque de confidentialité	
Manque de confidentialité	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...		
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Patientèle dangereuse et imprévisible	Insécurité	Mauvaise image de la pharmacie	
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible		
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible		
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...	
Patientèle dangereuse et imprévisible	Insécurité		
Mauvaise image de la pharmacie			

Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible	et	Mauvaise image de la pharmacie	
Insécurité				
Patientèle dangereuse imprévisible		et	Mauvaise image de la pharmacie	
Patientèle dangereuse imprévisible		et	Manque de confidentialité	
Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible	et	Manque de confidentialité	
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...				
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...				
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...				
Manque de confidentialité	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Patientèle dangereuse imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...	et		
Patientèle dangereuse imprévisible		et	Manque de confidentialité	
Insécurité				

Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible		
Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...		
Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...		
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Manque de confidentialité	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	Manque de confidentialité
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...		

Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	Insécurité	
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Manque de confidentialité			
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...	
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie		
Insécurité			
Patientèle dangereuse et imprévisible			
Manque de confidentialité			
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Patientèle dangereuse et imprévisible	Manque de confidentialité	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais	

		été contacté par un médecin prescripteur...) :...	
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	Manque de confidentialité
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	Manque de confidentialité
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...	
Mauvaise image de la pharmacie	Manque de confidentialité		
Patientèle dangereuse et imprévisible			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	Manque de confidentialité
Patientèle dangereuse et imprévisible			
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	

Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Manque de confidentialité	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...		
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible		
Patientèle dangereuse et imprévisible			
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...	
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...	
Patientèle dangereuse et imprévisible	Manque de confidentialité		
Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...		

Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible	et		
Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible	et	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...	
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...				
Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible	et	Mauvaise image de la pharmacie	
Patientèle dangereuse imprévisible	et	Mauvaise image de la pharmacie	Manque de confidentialité	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...
Patientèle dangereuse imprévisible	et	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...		
Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible	et		
Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible	et		
Insécurité				
Patientèle dangereuse imprévisible	et			
Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible	et		
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un				

médecin prescripteur...) :...			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	Manque de confidentialité
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible		
Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	Manque de confidentialité	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible		
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Mauvaise image de la pharmacie	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...
Insécurité	Patientèle dangereuse et imprévisible	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...	
Insécurité	Manque de confidentialité		
Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...			
Mauvaise image de la pharmacie	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un		

	médecin prescripteur...) :...		
Patientèle dangereuse imprévisible et	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...		
Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible et		
Patientèle dangereuse imprévisible et			
Patientèle dangereuse imprévisible et			
Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible et	Mauvaise image de la pharmacie	
Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible et	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...	
Patientèle dangereuse imprévisible et	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...) :...		
Insécurité	Patientèle dangereuse imprévisible et		
Patientèle dangereuse imprévisible et	Autres (pas de médecin prescripteur à proximité, jamais été contacté par un médecin prescripteur...)		

Question 13 : Si un médecin prescripteur du TSO venait à s'installer dans votre zone d'activité et vous proposait de faire partie d'un réseau de toxicomanie, changeriez-vous d'opinion quant à ne pas dispenser le TSO ?

oui	problèmes d'hygiène: toxicos sals + odeurs...)"
oui	non
non " pas de formation"	non "mauvaise expérience dans le passé"
oui	non "petite pharmacie de quartier, non adaptée à cette clientèle"
oui	oui
oui	
non, "nous sommes isolés, fermons très tard, donc trop d'insécurité"	non "surface de confidentialité trop petite"
non	non "personnel féminin, trop dangereux"
oui	non "manque de temps pour gérer cette clientèle"
oui, "mérite réflexion"	oui
oui	non "la délivrance doit être faite à l'hôpital"
oui "peut-être"	oui
oui	non
oui	non "pharmacie de quartier, clientèle familiale"
oui	non
oui	oui
non "trop imprévisible"	non "suite à une expérience traumatisante"
oui	oui, "en fonction des relations instaurées avec le médecin"
oui	
non	
oui	
non	
Non non	
oui "mais je ne souhaite pas une grande clientèle de toxico (c'est galère)"	
non "mais à réfléchir"	
non	
oui	
oui	
non "je ne veux pas faire se côtoyer des toxicomanes et des jeunes mamans + bébés (danger car comportement imprévisible et	

Question 14 : Si vous aviez la possibilité de suivre une formation sur la toxicomanie, sur la délivrance du TSO et/ou sur la PEC globale du toxicomane, changeriez-vous d'opinion quant à ne pas dispenser le TSO ?

oui
non, "ça n'a rien à voir avec le devoir de délivrance"
oui "mais encadré par un réseau"
oui
non "pas de demande"
oui
oui
non
oui
non
oui
oui
non
oui
oui
oui
non "les toxicos n'ont pas leur place dans les officines de ville"
non
non
oui
non
oui
oui "peut-être"
non
oui
oui
non "je ne veux pas gérer la toxicomanie, c'est une population ingérable"
non "parce que j'estime que les établissements hospitaliers du service public sont mieux adaptés et équipés"

médicalement qu'une pharmacie de ville"
non "pas envie de retrouver cette clientèle"
oui "dans une structure adaptée"
oui
non
non "même raison"
non
oui
non
oui
non
non "pour moi la toxicomanie n'est pas une maladie, c'est un choix du patient"
non
oui
non
non, "la formation ne suffirait pas"

Question 15 : Avez-vous déjà subi des violences verbales/physiques/matérielles émanant d'un toxicomane ?

non
oui "mettre le feu à la maison"
oui "énervement"
oui "présentoirs cassés, vitrines cassées, agressions verbales"
non
oui "verbales et matérielles"
oui "essentiellement VERBALES"
oui, "verbales, crachat, vols surtout"
oui "violences verbales, constitue un risque supplémentaire"
oui "insultes"
non
non
non
non
oui "casser la vitre du comptoir, agression verbale"
non
oui "verbales et matérielles"
non
oui "verbales, menaces, renversement de présentoirs, crachats"
oui "verbales"
non
oui "menaces de mort"
oui "menaces de mort, insultes, vols..."
oui "verbales"
oui "mais pas dans cette pharmacie"
oui "insultes et menaces physiques"
oui "verbales"
non
non
oui "verbales"
non "les violences verbales le plus fréquentes que nous avons émanent principalement de personnes à qui nous refusons un traitement somnifère ou de gens à qui nous refusons le TP"
oui "verbales et matérielles"

oui "insultes, menaces, crachats, bris divers..."
non
oui "verbales et physiques"
non
oui "les trois"
oui
non
oui "insultes, menaces, vols"
oui "verbales et matérielles"
oui "verbales et matérielles"
oui "verbales (falsification d'ordonnances)"
non
oui "comptoirs dévastés, menaces"
oui "chahut, menaces, dégradation, intimidation de patients présents et mobilisation de la pharmacie pendant 1h jusqu'à l'arrivée des pompiers"
oui "insultes, menaces de mort, casse de matériel"
oui "verbales"
oui "verbales, matérielles, appel de la police à plusieurs reprises"
oui "verbales"
non
oui "verbales, physiques et vols fréquents"
oui "insultes"
oui "verbales et matérielles"
oui
non
non
oui "verbales"
oui "intimidation"
oui "verbales, gestuelles, présentoir renversé, caractère inconstant"
oui "physique, psychologique"
oui "jets de produits, insultes"
oui "verbales, physiques"
oui, "verbales et menaces"

Question 16 : Pensez-vous que l'image du toxicomane est stigmatisée ?

oui "essaie toujours de renouveler avant son ordo, invente des histoires pour en avoir davantage"
oui "un individu hors société, un parasite"
oui "difficilement gérable, excuses, prétextes"
non
non
non
non
non
non
non
oui "mauvaise"
non
oui "image de violence et d'inconstance"
non
non

non
non
non
oui "irrécupérable"
oui
oui "déchéance"
oui
non
oui "homme dépendant, excité, violent, sal, voleur"
non
non

non
non
oui
non "ils ont un vrai problème quand ils sont en manque et sont réellement dangereux"
non
non
oui "dépend du comportement du toxicomane"
non
oui "danger, saleté, vols, tricheurs, menteurs"
oui "clientèle désagréable, à soigner dans une structure adaptée"
non
oui "insécurité, violence, imprévisible"

non
non
oui
oui "dangereuse et imprévisible"
non
oui "personne agressive, difficile à canaliser et à cadrer; image parfois justifiée mais pas systématique"
oui "ne pas oublier qu'un toxicomane reste souvent un lâche et un menteur"
oui
oui
oui "imprévisible, irraisonnable quand en manque"
non

*Faculté de Pharmacie,
Université Joseph Fourier Grenoble I.*



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) 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 et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

Candidat : Saby Antoine-Marie

**QUELS SONT LES FREINS ET LES LIMITES DE LA DISPENSATION DU
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS DANS LES PHARMACIES
D'OFFICINE ?**

Résumé : En France, depuis les années 1970, les usagers de drogues, exclusivement les consommateurs d'opiacés, peuvent s'ils le souhaitent effectuer un sevrage dans les meilleures conditions. C'est notamment grâce à la politique de réductions des risques qu'une réglementation apparait en France à propos de la délivrance de matériels d'injections et des traitements de substitution en pharmacie d'officine. Cependant, malgré une chaîne d'acteurs s'efforçant d'être au plus solidaires, au plus professionnels, et surtout au plus près de leurs patients, des dysfonctionnements au sein même de cette chaîne subsistent, dont les patients pâtissent. Ces difficultés apparaissent essentiellement au moment de la délivrance des traitements de substitution aux opiacés par le pharmacien d'officine. En effet, certains pharmaciens refusent, en arguant divers arguments, de dispenser ce type de traitement. Afin de mettre en évidence ces difficultés, et surtout dans le but de proposer des pistes d'améliorations pour la prise en charge de l'usager de drogues, nous avons réalisé une enquête auprès des pharmaciens titulaires de pharmacies d'officine, dans les régions grenobloise et toulousaine principalement. Les résultats de l'enquête révèlent quatre grands arguments avancés par les pharmaciens : l'absence de demandes et de prescriptions, la crainte d'engendrer des problèmes, le manque d'information et de formation des pharmaciens, et les difficultés à caractères plus pharmaceutiques, administratifs et logistiques. Les solutions proposées s'articulent ainsi autour de ses quatre axes.

Mots-Clefs : Traitement de substitution aux opiacés, Réduction des Risques, Usager de drogues, Stigmatisation

Adresse : Saby Antoine-Marie, 8 rue Jean Prévost, 38000 Grenoble

Filière Officine