Regards croisés entre les attentes et représentations du patient présentant une addiction aux produits psychoactifs et le futur pharmacien d'officine Grenoblois

Yoan Vergnol

▶ **To cite this version:**

Yoan Vergnol. Regards croisés entre les attentes et représentations du patient présentant une addiction aux produits psychoactifs et le futur pharmacien d'officine Grenoblois. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03161860

HAL Id: dumas-03161860

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03161860

Submitted on 8 Mar 2021

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.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2021

Regards croisés entre les attentes et représentations du patient présentant une addiction aux produits psychoactifs et le futur pharmacien d'officine Grenoblois.

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ÉTAT

Yoan VERGNOL

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le : 25.02.2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : Madame Marie Faure-Joyeux

Directeur de thèse : Monsieur Maurice Dematteis

Tuteur universitaire : Madame Béatrice Bellet

Membres : Monsieur Vincent Viel

L'UFR 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.

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Michel SEVE**

Vice-doyen et Directrice des Etudes :
Mme Christine DEMEILLIERS

Année 2019 - 2020

ENSEIGNANTS – CHERCHEURS

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MAST	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055
PU-PH	BEDOUCH	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS
MCF	BELAIDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042
MAST	BELLET	BEATRICE	-
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	IAB – CRI INSERM U823
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042
PU	BURMEISTER	WIM	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309
Professeur Emerite	CALOP	JEAN	
MCF	CAVAILLES	PIERRE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS
MCU -PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-
PU	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF Emérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON
MCF	DEMEILLIERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
PU-PH	FAURE	PATRICE	HP2 – INSERM U1042

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042
PRCE	FITE	ANDREE	-
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF Emerite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042
Professeure Emérite	GRILLOT	RENEE	-
MCF Emérite	GROSSET	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR 5063 CNRS
AHU	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-
AHU	MAZET	ROSELINE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	MELO DI LIMA	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR 5525 CNRS, ThEMAS
MCF	RACHIDI	WALID	LCIB – UMR E3 CEA
MCF	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042
PAST	RIEU	ISABELLE	-
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	
PU-PH	SEVE	MICHEL	LBFA – INSERM U1055
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	WOUESSIDJEWE	DENIS	DPM – UMR 5063 CNRS

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire
ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche INSERM
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels Enseignement
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institute for Advanced Biosciences
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse 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
LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MAST : Maitre de Conférences Associé à Temps Partiel
MCF : Maitre de Conférences des Universités
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes

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 ».

Remerciements :

En premier lieu je tenais à remercier monsieur le professeur Maurice Dematteis, mon directeur de thèse. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et merci pour tout le temps que vous m'avez accordé. Merci pour vos conseils, votre expertise et votre confiance.

À madame Béatrice Bellet qui a acceptée d'être mon tuteur universitaire. Je vous remercie de siéger aujourd'hui à mon jury, et merci pour ces années de formations universitaires.

A madame Marie Faure-Joyeux qui a acceptée de siéger aujourd'hui à mon jury en tant que présidente : je vous en remercie.

À toute l'équipe de la Pharmacie Viel à Aix-les-Bains : Annick, Corine, Isabelle, Nathalie, IH, et bien sûr Mr Vincent Viel qui siège aujourd'hui à mon jury. Merci pour votre confiance, merci pour la formation que vous m'avez apporté durant ces 4 années, merci pour vos conseils et votre patience : merci pour tout ! Quel honneur que de commencer ma carrière de pharmacien auprès de cette équipe !

À toutes les personnes ayant répondu aux questionnaires : les étudiants en 5ème et 6ème année officine ainsi que les patients des CSAPA Service Universitaire de Pharmaco-Addictologie, du CSAPA le Point-Virgule et du CSAPA le SAM des Alpes.

À toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à cette thèse : Michel Menon, Lucie Pennel, Bruno Revol, Prudence Gibert, Antoine Marie Saby, Michel Mallaret, l'équipe de la pharmacovigilance de Grenoble, René Maarek, Martine Bestegui, Sandra Martens, la grande Pharmacie Normale, Aylin Cenkciler et les équipes des trois CSAPA de Grenoble qui m'ont accueilli très chaleureusement.

Enfin, bien sûr je tenais à remercier ma famille : ils m’ont toujours soutenu et ont toujours cru en moi. Merci pour votre patience, merci pour votre amour, merci pour tout ce que vous m’avez appris : je vous serai éternellement reconnaissant. Ce diplôme est aussi le vôtre.

Table des matières

Liste des abréviations ……9

Liste des figures ……..11

Liste des tableaux ……...12

1 - Introduction ……...13

2 - Matériels et méthodes ……16

2.1 : Type d'étude ……16

2.2 : Sujets de l'étude ……16

2.3 : Construction des questionnaires ……17

2.4 : Passation des questionnaires …… 17

2.5 : Analyses statistiques…… 18

3 – Résultats …… 19

3.1 : Caractérisation des patients …… 19

3.2 : Perception des pharmaciens par les patients ……. 22

3.3 : Caractérisation des étudiants et de leurs évaluations vis-à-vis des addictions…...24

3.4 : Attentes et croyances des étudiants et des patients vis-à-vis du rôle du pharmacien d'officine……..27

3.5 : Croyances des étudiants vis-à-vis des patients……..28

3.6 : Connaissances des étudiants en addictologie……29

4 - Discussion ……33

4.1 : Limites de l'étude …… 38

5 - Conclusion et perspectives en termes de formation …….. 40

6 – Bibliographie …… 44

7 – Liste des annexes …… 49

Liste des abréviations :

▪ ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

▪ Bup/N : Buprénorphine + Naloxone (Suboxone®)

▪ Bup : Buprénorphine

▪ Bzd : Benzodiazépines

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

▪ CEIP-Addictovigilance : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

▪ CI : Contre Indiqué

▪ CQ : Consommateurs Quotidiens

▪ CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

▪ CSAPA CHU : CSAPA hospitalier localisé au centre ambulatoire de santé mentale à Saint-Martin d'Hères

▪ CSAPA PV : CSAPA associatif le Point-Virgule à Grenoble

▪ CSAPA SAM : CSAPA associatif le Service d'Addictologie Mutualiste des Alpes

▪ DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, 5ème édition

▪ ET : Ecart Type

▪ HAS : Haute Autorité de Santé

▪ IV : Intra Veineux

▪ OSIAP : Ordonnance Suspectes Indicateur d'Abus Possible

▪ PO : Per Os

▪ PopG : Population Générale

▪ RdRD : Réduction des Risques et des Dommages

▪ RDV : rendez-vous

- TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés
- UGA : Université Grenoble Alpes
- 5AHU : 5ème Année Hospitalo-Universitaire

Liste des figures :

▪ Figure n°1 : Ressentis et postures de l'étudiant en pharmacie en fonction du type d'addiction du patient.

▪ Figure n° 2 : Regards croisés des patients souffrant d'addiction et des étudiants en pharmacie concernant les attentes vis à vis du pharmacien d'officine.

▪ Figure n°3 : Motifs de consommation des produits psychoactifs par les patients souffrant d'addiction selon les étudiants en pharmacies.

▪ Annexe n°1 : Questionnaire étudiant.

▪ Annexe n°2 : Questionnaire patient.

▪ Figure annexe n°3: Cas pratique proposé aux étudiants.

Liste des tableaux :

▪ Tableau n°1 : Critères d'inclusion et de non inclusion des patients.

▪ Tableau n°2 : Caractéristiques sociodémographiques des patients et de leurs modes de fréquentation avec leur pharmacie.

▪ Tableau n°3 : Pathologies addictives et traitements médicamenteux associés des patients.

▪ Tableau n°4 : Perception par les patients de la compétence de leur pharmacien et de leurs interactions en officine.

▪ Tableau n° 5 : Evaluation par les étudiants de leurs connaissances des addictions et de leurs traitements, et des difficultés dans la pratique des pharmaciens seniors face aux addictions.

▪ Tableau n°6 : Autoévaluation par les étudiants de leurs connaissances et compétences en fonction de l'addiction aux produits psychoactifs.

▪ Tableau n°7 : Evaluation par les étudiants de la perception des pharmaciens d'officine par les patients.

▪ Tableau n°8 : Evaluation des connaissances sur les traitements médicamenteux et les dispositifs en addictologie des étudiants en pharmacie.

1 - INTRODUCTION :

Le pharmacien d'officine occupe une place stratégique dans le domaine de la santé. Il se trouve à la croisée des différentes disciplines médicales et des grandes pathologies de notre société, notamment les pathologies chroniques dont beaucoup sont sous-tendues par les conduites addictives ou les favorisent (1 – 3). Le pharmacien se trouve à l'interface, en perpétuel échange avec les autres professionnels de santé et est également celui qui voit le plus souvent les patients (7 français sur 10 se rendent au moins une fois par mois en pharmacie (4)). Il a un rôle majeur tant en termes d'accompagnement et de soutien, de conseils, de gestion des différents traitements, d'encadrement du mésusage, de repérage et d'orientation dans le parcours de soins et d'éducation thérapeutique (5 – 7).

Mais qu'en est-il pour les addictions et les pathologies associées ? Les principales conduites addictives en France regroupent notamment le tabac (27% de consommateurs quotidiens (CQ)), l'alcool (10% CQ) et les produits illicites (700 000 CQ) (2 , 8). Ces addictions sont-elles toutes considérées avec le même égard, tant au niveau de la prévention, du repérage, et de l'accompagnement ?

L'accompagnement des différents professionnels de santé et la prise en charge holistique est primordiale (addictologue, pharmacien, médecin traitant, psychiatre, psychologue, travailleurs sociaux…). Cependant dans les faits, il existe encore en 2020 des freins importants dans la prise en charge de ces patients souffrant d'addiction. Il reste cette image du jeune patient « toxico », exclu socialement, en rupture avec la société et le travail, vivant dans une grande précarité, violent et quotidiennement en manque (9 – 11). Cette vision rétrograde est médiée par une méconnaissance et l'existence de fausses croyances fortement ancrées dans la société : « l'addiction touche les personnes faibles avec un manque de volonté, il ne s'agit pas d'une maladie, ces personnes font preuve de vice et de perversion etc. ».

Bien que dans les faits ce cliché périclite, la conduite addictive reste associée à cette image et ce même à travers le prisme de certains professionnels de santé (12).

La place centrale revendiquée par le pharmacien d'officine dans le suivi des maladies chroniques contraste avec le suivi des patients souffrant d'addiction. Or l'addiction est une maladie chronique incluant des phénomènes de rechutes comme pour d'autres pathologies chroniques (13)**.** Les souffrances de notre société (stress chronique (1), pathologies mentales, troubles du sommeil, douleurs chroniques, misère sociale…) favorisent le développement des conduites addictives, qui à leur tour contribuent au développement des grandes pathologies chroniques de notre société (cancers, maladies cardio-vasculaires, broncho-pneumopathies chroniques, hépatopathies, troubles psychiques etc...) et des trois grands vecteurs de décès de la population Française (cancers, pathologies circulatoires et respiratoires) avec le tabac et l'alcool qui représentent les deux premières causes de mortalité évitables (14).

L'épidémiologie des conduites addictives ne cesse d'évoluer au fil des années avec une implication croissante des pharmaciens, d'abord dans le dispositif d'addictovigilance (notification spontanée, enquête OSIAP), dans la réduction des risques et des dommages (programme de distribution des seringues) puis dans les traitements de substitution (opiacés, tabac) et plus récemment dans le traitement de l'overdose aux opiacés (programme « take home naloxone »).

Il se doit aujourd'hui d'être encore plus actif à travers une posture d'accompagnement, de prévention et de repérage des conduites addictives, et donc de conseils et de soutien, voire d'éducation thérapeutique (9, 15, 16).

Dans le cadre des évolutions conceptuelles et nosographiques de la maladie addictive qui se traduit dans le DSM-5 par la notion de trouble de l'usage, véritable continuum progressif entre un usage et un usage problématique il apparait nécessaire de faire évoluer le rôle et par conséquent la formation du pharmacien d'officine (17).

Mais actuellement, quelle est la réelle place du pharmacien dans le suivi, l'accompagnement et l'orientation des patients souffrant de pathologies addictives ?

Pour aider au mieux les patients souffrant d'addiction, et plus particulièrement d'addiction aux produits psychoactifs (tabac, alcool, benzodiazépines, opiacés licites et illicites, cocaïne, cannabis) le pharmacien se doit d'en connaître les spécificités. Il se doit de connaitre les attentes, les besoins, les représentations (façon de penser, peurs, place du pharmacien dans la chaine de soin…) le tout étant certainement médié par des expériences passées ou présentes.

Afin d'établir un état des lieux du métier et de la posture du pharmacien vis-à-vis des addictions, nous avons constitué des questionnaires au sein de l'écosystème Grenoblois (patients et étudiant) afin d'obtenir un regard croisé sur les attentes et représentations des patients souffrant d'addiction aux produits psychoactifs et des futurs pharmaciens d'officine.

2 - MATERIELS ET METHODES :

2.1 - Type d'étude :

A l'aide d'une étude transversale déclarative, nous avons évalué chez les patients souffrant d'addiction aux produits psychoactifs leurs représentations et attentes vis-à-vis des pharmaciens d'officine, et chez les étudiants en pharmacie leurs représentations et postures vis-à-vis des patients souffrant d'addiction ainsi que leurs connaissances en addictologie.

2.2 - Sujets de l'étude :

Cette étude a été menée dans Grenoble et son agglomération, incluant des étudiants de cinquième et de sixième années de pharmacie, filière officine, de la faculté de pharmacie de Grenoble (Université Grenoble Alpes), et des patients majeurs consultant auprès de l'un des trois centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour une addiction à au moins un produit psychoactif et bénéficiant pour cette addiction d'un traitement médicamenteux délivré en officine. Les critères d'inclusion et de non-inclusion sont résumés dans le tableau n°1. Les trois CSAPA correspondaient au CSAPA hospitalier (CSAPA du CHU dans le centre ambulatoire de santé mentale à Saint Martin d'Hères) et aux deux CSAPA associatifs (CSAPA Point-Virgule et CSAPA SAM des Alpes) localisés à Grenoble. Patients et étudiants ont été recrutés sur la base du volontariat.

	Patients	**Etudiants en pharmacie**
Critères d'inclusion	- Age supérieur à 18 ans - Pris en charge dans un des 3 CSAPA (CHU ; PV ; SAM) - Personne présentant une conduite addictive pour un ou plusieurs produits psychoactifs licites et/ou illicites ou bénéficiant actuellement d'un traitement par un produit psychoactif - Patient possédant un traitement médicamenteux *(entrainant une délivrance en officine)* - Patient consentant à répondre au questionnaire	- Etudiant en 5ème ou 6ème année de pharmacie d'officine à l'UGA à la rentrée 2019-2020.
Critères de non inclusion	- Patient présentant une conduite addictive sans produit psychoactif (addictions aux jeux, sexe, sport, aliments, achats compulsifs…) - Age inférieur à 18 ans - Majeur incapable - Patient cognitivement et/ou émotionnellement incapable de répondre au questionnaire (patient sous-produit, syndrome confusionnel, état psychique incompatible, atteintes cognitives, etc…) - Patient ne parlant pas le français - Patient non consentant à répondre au questionnaire - CSAPA de Varces (dont la patientèle est majoritairement issue du milieu carcéral)	- Autres étudiants - Auteur du questionnaire

Tableau n°1 : Critères d'inclusion et de non inclusion des patients.

2.3 - Construction des questionnaires :

Deux questionnaires spécifiques ont été constitués. Le questionnaire "patient" comportait 35 questions avec plusieurs sous-parties permettant de décrire les caractéristiques socio-démographiques de la population, le type d'addiction et les médicaments pris par les patients au moment de l'étude, les caractéristiques de la pharmacie fréquentée par le patient, la perception de sa relation avec le pharmacien et ses attentes.

Le questionnaire "étudiant" comportait 38 questions permettant une caractérisation des étudiants, de leurs représentations et postures vis-à-vis des addictions, de leurs connaissances et compétences en addictologie par une auto- et une hétéro-évaluation sur différents points clés (pharmacologie, dispositions règlementaires, connaissance de la maladie addictive, etc).

2.4 - Passation des questionnaires :

Les deux questionnaires ont été créés sur la plateforme en ligne de réponse « Eval&go ». Afin de s'assurer de leur faisabilité (durée de passation, compréhension, ambiguïté des items), ces questionnaires ont fait l'objet d'une phase test sur trois patients sans problématique addictive pour le questionnaire patient, et sur sept personnes (étudiants en pharmacie filière industrie, pharmaciens et préparateurs en pharmacie) pour le questionnaire étudiant.

Le questionnaire étudiant a été transmis aux étudiants par le biais des réseaux sociaux, sur les pages Facebook des deux promotions. Le recueil des réponses s'est étalé sur tout le mois de Janvier 2020. Concernant les patients, la passation des questionnaires a fait l'objet d'une adaptation du protocole en raison de la crise du COVID-19 et s'est étalée sur une période plus longue de janvier à juillet 2020.

Avant le confinement, seuls des patients du CSAPA hospitalier ont été inclus en présentiel. Le patient était sollicité dans la salle d'attente. L'objectif du questionnaire et les modalités de passation étaient expliqués au patient, puis après avoir obtenu son accord, nous nous isolions

dans une salle de consultation et nous lisions ensemble les questions directement sur le site de réponse en ligne du questionnaire et nous notions les réponses données par le patient.

Au cours du confinement, le recueil des réponses fut réalisé en distanciel, par téléphone : à l'issue de sa téléconsultation, le médecin demandait l'accord du patient afin que l'on puisse le rappeler directement sur son téléphone. Comme en présentiel, les questions étaient lues aux patients afin de saisir ses réponses sur le site Eval&Go. Cette modalité a concerné une partie des patients du CSAPA hospitalier et tous les patients des deux CSAPA associatifs. Quelle que soit la modalité, la durée de passation des questionnaires patient et étudiant était d'environ 10-15 minutes sans pour autant qu'une limite de temps ne soit fixée. Les réponses des patients et des étudiants ont été recueillies de manière anonyme.

2.5 – Analyses statistiques :

Les participants ont été inclus sans calcul de puissance car il s'agissait essentiellement d'un travail descriptif. Afin d'obtenir un nombre équivalent de réponse entre étudiants et patients, nous comptions sur une participation significative des 80 étudiants des cinquièmes et sixièmes années de pharmacie (inscrits à la rentrée 2019-2020). Côté patient, nous avions envisagé une trentaine de patients par centre, soit 90 patients répondants au questionnaire.

Les données quantitatives ont été exprimées en moyennes (avec écart-type) et les données qualitatives en pourcentage de personnes ayant répondu à l'item, sans analyse en sous-groupes compte tenu des effectifs inclus. Une analyse comparative des données qualitatives a été réalisée à l'aide du test du Chi-deux ou du test exact de Fisher en utilisant les logiciels Excel (2013) et Statview (5.0). Le seuil de significativité du p était $< 0,05$.

3 - RESULTATS :

3.1 : Caractérisation des patients :

Quatre-vingt-quinze questionnaires patient ont été remplis, dont 61,1% provenant du CSAPA hospitalier (CSAPA CHU). Le taux de participation n'a pas été quantifié précisément, il a été estimé à environ 80% des patients sollicités, la cause principale de refus étant un manque de temps (tableau n°2).

Les patients étaient majoritairement des hommes (57,9%) de 35 à 44 ans (34,7%) vivant dans l'agglomération Grenobloise (75,8%) et en appartement (72,6%). Ils étaient majoritairement ouvriers (43,2%) ou sans emploi (47,4%). Concernant leur parcours scolaire, 63,2% des patients ont déclaré avoir un niveau supérieur ou égal au baccalauréat, qu'il soit général ou technologique, et 39% détenaient un diplôme supérieur ou égal à bac +2.

Concernant la pharmacie des patients, ces derniers se rendaient majoritairement dans une seule pharmacie (75,8%), alors que seuls 5,3% ont déclaré en changer régulièrement. Ils étaient des clients réguliers de la même pharmacie depuis plus d'un an (80,1%) et s'y rendaient au moins une fois par mois (96,9%). Leur officine se trouvait la plupart du temps à moins d'un kilomètre de leur domicile (48,4%) (tableau n°2).

	Base	%			Base	%
Nombre de patient	95	100		**Caractérisation des pharmacies**		
Répartition des patients en fonction des CSAPA :				**Nombre d'officines**		
- **CSAPA CHU** (33/58 en présentiel)	58	61,1		- 1 seule officine	72	75,8
- **CSAPA SAM** (0/15 en présentiel)	15	15,8		- plusieurs officines	23	24,2
- **CSAPA PV** (0/22 en présentiel)	22	23,2		- changement régulier d'officine	5	5,3
Sexe :						
- Homme	55	57,9				
- Femme	40	42,1				
Age :				**Fréquentation mensuelle** :		
Moyenne = 42.2 ans (ET = 27.1)						
Age min = 18 ans				- < 1 fois	3	3,2
Age max = 68 ans				- Environ 1 fois	34	35,8
- 18 à 24 ans	6	6,6		- Environ 2 fois	32	33,7
- 25 à 34 ans	19	20,0		- Environ 3 fois	6	6,3
- 35 à 44 ans	33	34,7		- > 3 fois	20	21,1
- 45 à 54 ans	20	21,1				
- 55 à 64 ans	14	14,7				
- ≥ 65 ans	3	3,2				
Lieu de vie et type de domicile :				**Distance domicile-officine** du patient :		
- Agglomération Grenobloise	72	75,8				
- Ville à + de 30km de Grenoble	10	10,5		- < 1 km	46	48,4
- Village à + de 30 km de Grenoble	10	10,5		- 1 à 3 km	20	21,1
- Hors Isère	3	3,2		- 3 à 5 km	12	12,6
				- > 5 km	17	17,9
- Maison	21	22,1		- Le patient va		
- Appartement	69	72,6		volontairement dans une		
- Foyer	5	5,3		officine éloignée de son		
- Sans domicile	0	0		domicile :	7	7,4
Travail :				**Depuis combien de temps** le patient se rend-il		
- Sans emploi	45	47,4		dans cette officine :		
- Ouvrier / employé	41	43,2				
- Cadre	0	0		- < 3 mois	5	5,3
- Chef d'entreprise	3	3,2		- 3 mois à 1 an	14	14,7
- Autre (dont retraités)	6	6,3		- 1 à 5 ans	37	39,0
				- > 5 ans	39	41,1
Diplômes scolaires (niveau) :						
- Aucun	13	13,7		Légende :		
- CAP / BEP	22	23,2		- Ville définie ici comme supérieur à 2000 habitants		
- Baccalauréat (général ou technologique)	23	24,2		- Village défini ici comme inférieur à 2000 habitants		
- Bac + 2	15	15,8				
- ≥ Bac + 3	22	23,2				

Tableau n°2 : Caractéristiques sociodémographiques des patients et de leurs modes de fréquentation avec leur pharmacie.

Concernant les conduites addictives, les patients étaient majoritairement polyconsommateurs (56,8%). Les morphiniques (44,2%) et l'alcool (41,1%) étaient pour eux les produits les plus problématiques à l'origine de la prise en charge en CSAPA. Spontanément, 17,9% des patients ont relié leur addiction à leur pharmacie, soit parce que le produit problématique faisait l'objet d'une prescription médicale (tramadol, autres morphiniques, benzodiazépines, …), ou d'une délivrance sans ordonnance en officine (dont la codéine avant 2017), le tout ayant entrainé des surconsommations et une addiction. La majorité des patients bénéficiaient d'un traitement pour une addiction aux opiacés (61,1%), ou à l'alcool (35,8%) ainsi qu'un traitement par hypnotique, antidépresseur, anxiolytique ou antipsychotique pour plus d'un tiers des patients (tableau n°3). Ils étaient traités depuis au moins six mois pour 83,1% d'entre eux.

	Base	%			Base	%
Nombre de patient	95	100		**Traitements des patients**		
Motif de consultation :				**Médicament des addictions :**		
- Polyconsommation	41	43,2		- addiction au tabac	3	3,2
- Addiction impliquant un seul produit	54	56,8		- addiction à alcool	34	35,8
				- addiction aux morphiniques	58	61,1
				- hypnotiques *(Bzd ou tout médicament avec une composante hypnotique marquée)*	35	36,8
				- antidépresseurs	29	30,5
				- antipsychotiques	37	39,0
				- anxiolytiques	41	43,2
Produits considérés par le patient comme étant les plus problématiques (mono ou polyconsommation)				Médicament de la douleur pris ≥ 3 fois par semaine :		
				- Aucun	60	63,2
				- antalgique non morphinique	27	28,4
- morphiniques	42	44,2		- antalgique morphinique faible	5	5,3
- alcool	39	41,1		- antalgique morphinique fort	7	7,4
- cocaïne	19	20,0		- autres médicaments co-analgésiques	9	9,5
- cannabis	16	16,8				
- benzodiazépines	7	7,4		Durée des traitements médicamenteux pour l'addiction :		
- tabac	4	4,2				
- autres (speed, propofol, ecstasy…)	10	10,5		- < 3 mois	8	8,4
				- 3 à 6 mois	8	8,4
				- 6 à 9 mois	10	10,5
				- > 9 mois	69	72,6

Tableau n°3 : Pathologies addictives et traitements médicamenteux associés des patients.

3.2 : Perception des pharmaciens par les patients :

Les patients ont décrit majoritairement une bonne relation (90,5%) et une relation de confiance (91,6%) avec leurs pharmaciens (tableau n°4). Ils ont cependant indiqué se confier plus facilement au sujet des autres pathologies (84,2%) que de leur addiction (61,1%). Ils étaient plus de la moitié (54,8%) à décrire un manque de conseil sur leur addiction, et 49,5% rapportaient même moins de conseils pour les addictions que pour les autres pathologies. Pourtant, 74,8% des patients considéraient le pharmacien comme compétent vis-à-vis des addictions et même tout aussi compétent que pour les autres pathologies (68,4%).

Cependant, 82,1% des patients ne souhaitaient pas plus de temps auprès de leur pharmacien, que ce soit au comptoir ou dans un lieu dédié avec ou sans rendez-vous. Les patients considéraient le pharmacien comme une aide (62,1%) en cas de questionnement, de problème sur l'ordonnance ou de survenue d'un effet indésirable.

Concernant les freins à la relation patient-pharmacien, la plupart des patients ont rapporté un problème de confidentialité dans l'officine (56,8%) ou d'interlocuteur non approprié (67,4%) (préparateurs, étudiants, pharmaciens, jeunes ou moins jeunes). En revanche, 52,6% des patients ont indiqué que l'attitude du patient (souriant, fermé, pressé, énervé…) pouvait influencer la posture du pharmacien.

	Base	%			Base	%
Nombre de patient :	**95**	**100**		▪ Durée moyenne de la délivrance au comptoir :		
▪ Relation avec le pharmacien				- < 2 min	13	13,7
- excellente	44	46,3		- 2 à 5 min	27	28,4
- plutôt bonne	42	44,2		- 5 à 10 min	33	34,7
- plutôt pas bonne	6	6,3		- > 10 min	22	23,2
- mauvaise	3	3,2				
▪ Confiance envers le pharmacien				▪ Evaluation des compétences générales du pharmacien :		
- très confiance	44	46,3		- très compétent	34	35,8
- plutôt confiance	43	45,3		- plutôt compétent	37	39,0
- plutôt pas confiance	5	5,3		- plutôt pas compétent	15	15,8
- pas confiance	3	3,2		- pas compétent	9	9,5
▪ Ressenti pour se confier auprès du pharmacien :				▪ Evaluation des compétences sur l'addiction : comparaison avec les autres maladies :		
■ Sur l'addiction :				- plus compétent	6	6,3
- très à l'aise	40	42,1		- moins compétent	24	25,3
- plutôt à l'aise	18	19,0		- autant compétent	65	68,4
- plutôt pas à l'aise	18	19,0				
- pas du tout à l'aise	19	20,0				
■ Sur les autres pathologies :				▪ Le pharmacien est-il une aide ?		
- très à l'aise	66	69,5		- oui beaucoup	34	35,8
- plutôt à l'aise	14	14,7		- plutôt oui	25	26,3
- plutôt pas à l'aise	9	9,5		- plutôt non	24	25,3
- pas du tout à l'aise	6	6,3		- non pas du tout	12	12,6
▪ Evaluation des conseils du pharmacien sur l'addiction :				▪ Evaluation de l'aide du pharmacien pour les addictions : comparaison avec les autres maladies :		
- très bien	30	31,6		- autant	65	68,4
- plutôt bien	13	13,7		- plus pour l'addiction	1	1,1
- plutôt pas bien	22	23,2		- moins pour l'addiction	26	27,4
- pas bien du tout	30	31,6				
▪ Evaluation quantitatives des conseils donnés sur l'addiction comparativement aux autres maladies				▪ Freins à la bonne prise en charge du patient au comptoir :		
- autant de conseil	47	49,5		- manque de confidentialité (trop de monde dans la pharmacie	54	56,8
- plus de conseil pour l'addiction	0	0		- Professionnel dépendant	64	67,4
- moins de conseil pour l'addiction	47	49,5		- Professionnel occupé / pressé	24	25,3
- non renseigné	1	1,1		- Attitude du patient (pressé, pas à l'écoute...)	50	52,6
▪ Le patient souhaite-il avoir plus de temps auprès du pharmacien?				▪ Le patient se sent il stigmatisé par le pharmacien ?		
- non	78	82,1		- oui parfois	40	42,1
- oui au comptoir	1	1,1		- oui mais uniquement par rapport à l'addiction	35	36,8
- oui dans un espace dédié	4	4,2		- oui mais aussi bien pour l'addiction que pour les autres traitements	1	1,1
- oui au comptoir sur RDV	2	2,1		- non	54	56,8
- oui dans un espace dédié sur RDV	10	10,5				
▪ Le patient ne comprend pas le langage du pharmacien :				▪ Le patient a-t-il déjà eu des conflits avec le pharmacien ou son équipe ?		
- très souvent	2	2,1		- Non jamais	76	80,0
- plutôt souvent	1	1,1		- Oui et régulièrement (>3/an)	6	6,3
- plutôt rarement	3	3,2		- Oui mais pas régulièrement (2/an)	12	12,6
- rarement	89	93,7		- Oui avec violence verbale	8	8,4
				- Oui avec violence physique	1	1,1
Attention : il s'agit ici de comparaisons subjectives et non de comparaisons statistiques.						

Tableau n°4 : Perception par les patients de la compétence de leur pharmacien et de leurs interactions en officine.

Concernant les éventuels heurts auxquels les patients ont pu faire face, 11,6% des patients ont été confrontés à un refus de délivrance des médicaments relatifs à l'addiction sans justification particulière comme un problème d'ordonnance, de disponibilité du médicament, etc. La grande majorité des patients a déclaré n'avoir jamais eu de conflits avec leurs pharmaciens. Seuls 9,5% ont indiqué des faits de violence essentiellement verbale (8,4%) avec le personnel de la pharmacie au cours de leur vie. Plus de quatre patients sur dix se sentaient parfois stigmatisés par le pharmacien (42,1%) dont 87% uniquement en raison de leur addiction. Ils étaient 36.8% à se sentir jugés et mal vus par le pharmacien, et plus d'un patient sur 4 (27,4%) en avait honte.

Le caractère intrusif du questionnaire a été évalué auprès des patients. 91,6% ont répondu ne pas avoir été gênés du tout (valeur de 0 sur 100). Seuls 3,2% des patients ont exprimé une valeur entre 0 et 10, et 5,3% une valeur entre 10 et 50 (dont 1 réponse à 50), soit une moyenne de 1,7/100 (ET = 8,7).

3.3 : Caractérisation des étudiants et de leurs évaluations vis-à-vis des addictions :

Sur 79 étudiants, 43 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 54,4%, les deux tiers (62,8%) étant inscrits en sixième année (tableau n°5). Concernant l'évaluation des compétences des pharmaciens séniors en addictologie, plus de la moitié des étudiants (51,2%) ont rapporté des difficultés lors de la délivrance des pharmaciens avec qui ils ont travaillé. Concernant l'auto-évaluation des étudiants dans ce domaine, ils pensent mieux maîtriser les traitements que la maladie addictive elle-même. En revanche, aussi bien pour les traitements (46,5%) que pour la maladie addictive (53,5%), ces connaissances sont considérées comme moins bonnes comparativement aux autres maladies.

	Base	%			Base	%
Nombre d'étudiants	**43**	**100**		▪ Difficultés des pharmaciens séniors en addictologie : comparaison avec les autres prescriptions :		
▪ Année d'étude :				- plus en difficulté	22	51,2
- 5ème année officine (sur 40 inscrits)	16	37,2		- autant en difficulté	13	30,2
- 6ème année officine (sur 39 inscrits)	27	62,8		- moins en difficulté	1	2,3
				- non renseigné	7	16,3
				Fréquence des difficultés :		
				- < 1 fois/semaine	23	53,5
				- plusieurs fois par semaine	13	30,2
				- tous les jours	1	2,3
				- non renseigné	6	14,0
▪ **Auto-évaluation** des connaissances de l'étudiant sur la maladie addictive :				▪ **Auto-évaluation** des connaissances de l'étudiant sur les traitements de l'addiction :		
- excellent	1	2,3		- excellent	1	2,3
- plutôt bon	14	32,6		- plutôt bon	18	41,9
- plutôt pas bon	20	46,5		- plutôt pas bon	16	37,2
- mauvais	0	0		- mauvais	0	0
- non renseigné	8	18,6		- non renseigné	8	18,6
Comparativement aux autres maladies, les connaissances sont considérées comme :				Comparativement aux autres maladies, les connaissances sont considérées comme :		
- meilleures	2	4,7		- meilleures	1	2,3
- aussi bonnes	7	16,3		- aussi bonnes	8	18,6
- moins bonnes	23	53,5		- moins bonnes	20	46,5
- non renseigné	11	25,6		- non renseigné	14	32,6

Tableau n° 5 : Evaluation par les étudiants de leurs connaissances des addictions et de leurs traitements, et des difficultés dans la pratique des pharmaciens seniors face aux addictions.

L'auto-évaluation des étudiants a montré que les addictions aux benzodiazépines, aux opiacés et à l'alcool étaient moins bien maîtrisées que l'addiction au tabac et les traitements hors addiction (tableau n°6).

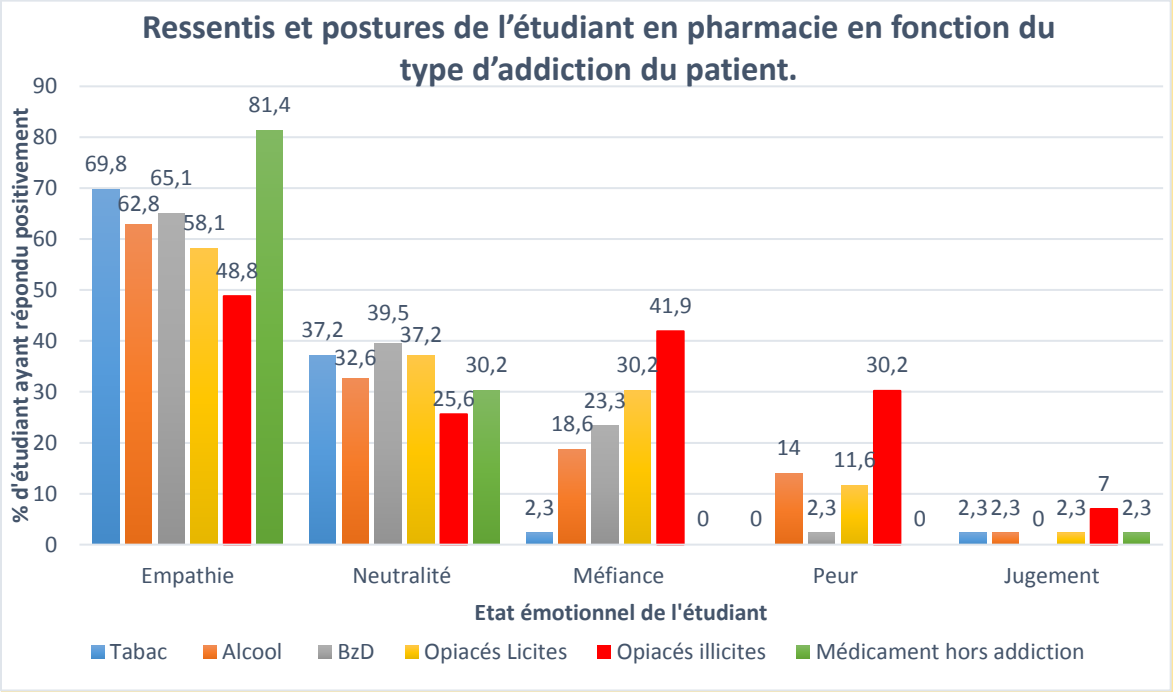
Produit et addiction	Evaluation subjective (moyenne (écart-type)	Pourcentage de réponses inférieures à la moyenne
Benzodiazépines	5.6 / 10 (ET = 3.91)	51.2 %
Opiacés	5.0 / 10 (ET = 3.94)	67.4 %
Alcool	4.5 / 10 (ET = 3.96)	76.7 %
Tabac	7.1 / 10 (ET = 4.6)	16.3 %
Médicament hors addiction	7.3 / 10 (ET = 7.3)	2.3 %

0 ----------10
Pas du tout à l'aise Très à l'aise

Tableau n°6 : Autoévaluation par les étudiants de leurs connaissances et compétences en fonction de l'addiction aux produits psychoactifs.

Concernant l'état d'esprit, les ressentis et la posture des étudiants face à un patient souffrant d'addiction (figure n°1), l'empathie était moins présente de 14,3% au minimum par rapport à une délivrance médicamenteuse hors addiction, et que cette diminution atteignait 40,1% pour une addiction aux opiacés illicites. La méfiance et la peur n'étaient présentes qu'en cas d'addiction et prédominaient pour les addictions aux opiacés illicites, touchant respectivement 41,9% et 30,2% des étudiants. Paradoxalement, peu d'étudiants ont exprimé un sentiment de jugement, y compris pour les addictions aux opiacés illicites. C'est évidemment contradictoire avec les ressentis précédents (biais de désirabilité, réponse politiquement correcte…).

Figure n°1 : Ressentis et postures de l'étudiant en pharmacie en fonction du type d'addiction du patient.

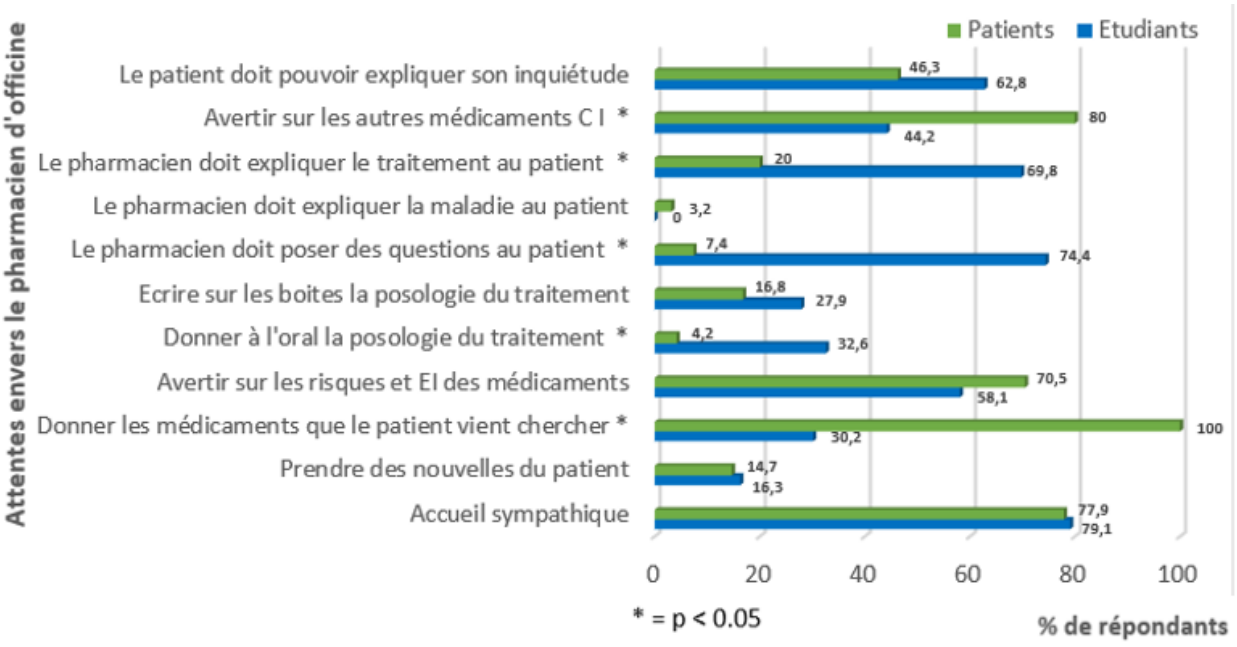


3.4 : Attentes et croyances des étudiants et des patients vis-à-vis du rôle du pharmacien d'officine:

Concernant les étudiants, l'accueil des patients était le plus important suivi des explications sur le traitement, le fait de lui poser des questions, d'être à l'écoute de ses inquiétudes et questionnements (figure n°2). Mais concernant les patients, leur priorité était d'obtenir leurs médicaments (100%), suivie des conseils concernant les associations médicamenteuses, les risques et effets indésirables. L'accueil était tout aussi important que pour les pharmaciens.

Ce regard croisé sur les attentes respectives des patients et des étudiants a montré qu'il existait une discordance (différences statistiquement significatives) sur près de la moitié des items (5 sur 11).

Figure n° 2 : Regards croisés des patients souffrant d'addiction et des étudiants en pharmacie concernant les attentes vis à vis du pharmacien d'officine.



Légende :
C I = contre-indication
EI = effets indésirables
p < 0.05 = analyse statistique par test du chi-2 avec seuil de significativité de 5%.

3.5 : Croyances des étudiants vis-à-vis des patients :

Si plus de la moitié des étudiants (53,5%) pense que les patients évaluent positivement les compétences des pharmaciens, seul un peu plus d'un tiers (37,2%) pense que les patients leur font confiance ; 30% des étudiants ne se sont pas prononcés sur la question. Pour plus de trois quart (76,7%) des étudiants, les patients ne se confieraient pas facilement sur leur addiction, et pour 79,1% des étudiants ils le feraient moins facilement que pour une autre pathologie. (tableau n°7).

	Base	%			Base	%
Nombre d'étudiants :	**43**	**100**		▪ Les patients se confient-ils facilement auprès du pharmacien au sujet de leur addiction ?		
▪ Les patients ont-ils confiance en leur pharmacien ?				- Oui facilement	7	16,3
- Oui	16	37,2		- Non pas facilement	33	76,7
- Non	14	32,6		- Non renseigné	3	7,0
- Non renseigné	13	30,2				
▪ Les patients pensent-ils que le pharmacien est compétent ?				- Plus facilement pour l'addiction que pour les autres maladies	3	7,0
- Oui	23	53,5				
- Non	11	25,6		- Aussi facilement pour l'addiction que pour les autres maladies	6	14,0
- Non renseigné	9	20,9				
- Plus compétent hors addiction que addiction	18	41,9		- Moins facilement pour l'addiction que pour les autres maladies	34	79,1
- Aussi compétent addiction que hors addiction	21	48,8				

Tableau n°7 : Evaluation par les étudiants de la perception des pharmaciens d'officine par les patients.

3.6 : Connaissances des étudiants en addictologie :

Les dispositifs importants comme les CSAPA et les CAARUD n'étaient connus respectivement que par 46,5% et 32,6% des étudiants (tableau n°8). Près de 19% des étudiants ne connaissaient pas les CEIP-Addictovigilance.

Concernant les connaissances pharmacologiques, tels que les médicaments et substances agissant sur les récepteurs morphiniques, plus d'un quart des étudiants se sont trompés sur le tramadol (27,9%), la cocaïne (25,6%) ou l'héroïne (30,2%). La puissance analgésique des morphiniques a fait l'objet d'au moins 25% d'erreur à chaque item.

Concernant la réglementation, les étudiants connaissaient les médicaments qui relevaient d'une ordonnance sécurisée (maximum de 7% d'erreurs) hormis pour le clorazépate (Tranxène® 20 mg 37,2% d'erreurs). Les mentions devant figurer sur une ordonnance sécurisée étaient bien connues par les étudiants, mais pour 41,9% d'entre eux, elles devaient obligatoirement être manuscrites. En revanche les durées maximales de prescription ont fait l'objet de nombreuses erreurs, avec plus de 30% pour la Méthadone® et près de 80% pour le baclofène.

	Base	%			Base	%
Nombre d'étudiants	43	100				
Connaissance des structures d'aides et de soins :				Classement des médicaments à l'origine de décès en population générale d'après les étudiants :		
- CSAPA	20	46,5				
- CAARUD	14	32,6				
- CEIP / addictovigilance	35	81,4				
- Addictologue libéral	30	69,8		- Codéine 1ère place :	5	11,6
- Addictologue hôpital	36	83,7		- Tramadol 1ère place :	13	30,2
				- Fentanyl 1ère place :	16	37,2
				- Morphine 1ère place :	9	20,9
Quelles substances / médicaments agissent sur les récepteurs morphiniques :				Quels médicaments nécessitent une ordonnance sécurisée ?		
- Codéine	43	100		- Codéine	2	4,7
- Tramadol	31	72,1		- Morphine PO & IV	42	97,7
- Cocaïne	11	25,6		- Zopiclone	3	7,0
- Lamaline®	39	90,7		- Zolpidem	40	93,0
- Izalgi®	39	90,7		- Méthadone®	42	97,7
- Héroïne	30	69,8		- Buprénorphine	41	95,4
- Amphétamines	6	14,0		(Subutex®)		
- Ecstasy	2	4,7		- Prégabaline	0	0
- Fentanyl	40	93,0		- Baclofène	2	4,7
- Prégabaline	0	0		- Bromazépam	0	0
- Diazépam	1	2,3		- Tranxène® 20 mg	16	37,2
Erreur sur la puissance analgésique des morphiniques :				Erreur sur les durées maximales de prescription :		
- Codéine – Morphine PO	17	39,5				
- Oxycodone – Morphine PO	13	30,2		- Bzd anxiolytique	6	14,0
- Morphine IV – Morphine PO	11	25,6		- Bzd hypnotique	9	20,9
- Héroïne IV – Morphine PO	19	44,2		- Méthadone® sirop	14	32,6
- Fentanyl – Héroïne	11	25,6		- Méthadone® gélules	16	37,2
				- Subutex®	8	18,6
				- Morphine PO	10	23,3
PO = per os ; IV = intra veineux				- Baclofène	34	79,1

Tableau n°8 : Evaluation des connaissances sur les traitements médicamenteux et les dispositifs en addictologie des étudiants en pharmacie.

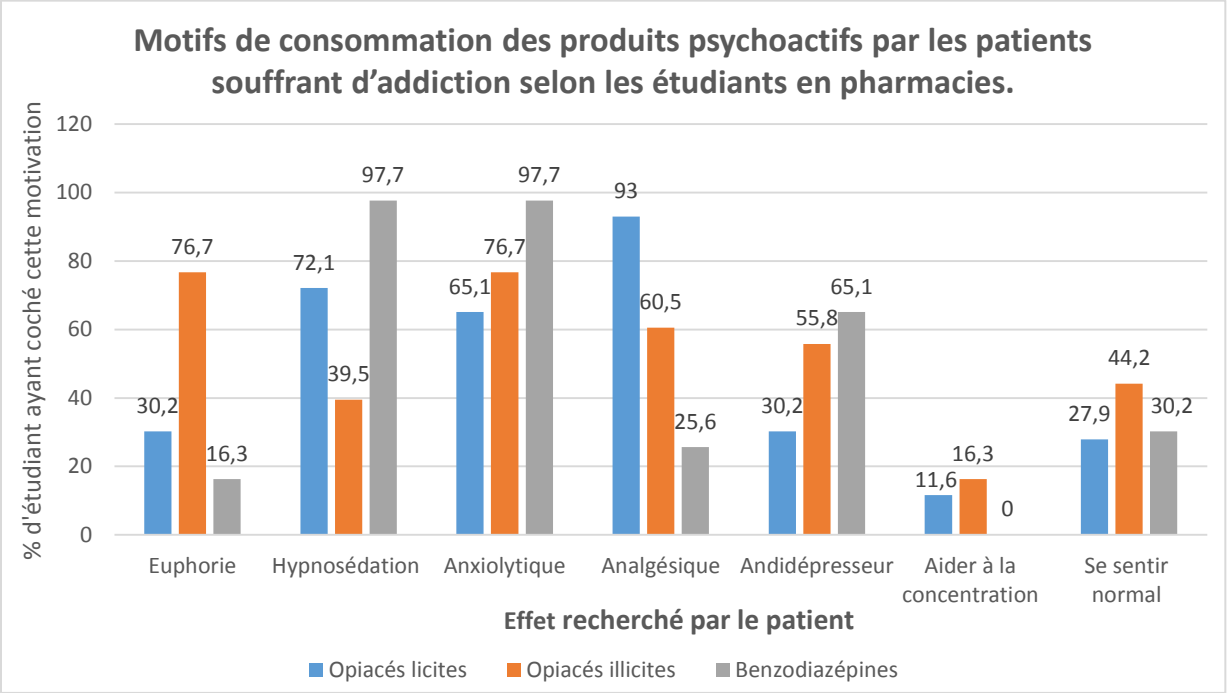
La connaissance des benzodiazépines est apparue meilleure que celle des morphiniques, avec moins de 10% d'erreurs sur la plupart des items proposés. En revanche, le bromazépam (Lexomil®) n'était pas une benzodiazépine pour 27,9% des étudiants tandis que l'amitriptyline (Laroxyl®) en était une pour 11,6%.

Concernant les effets indésirables des benzodiazépines, la dépression respiratoire sous traitement et le risque épileptogène à l'arrêt ont fait l'objet de 18,6% d'erreurs chacun. Enfin, la quasi-totalité des étudiants (93%) ignoraient que toutes les benzodiazépines anxiolytiques avaient l'indication dans la prévention ou le traitement du sevrage alcoolique.

Concernant l'addiction au tabac, il y avait moins de 10% d'erreurs sur la plupart des items proposés. Cependant 23,3% des étudiants ne connaissaient pas l'équivalence entre le nombre de cigarette fumées par jour et le dosage de nicotine (simplifiée ici à 1mg ≈ 1 cigarette). Plus de la moitié (51,2%) méconnaissaient l'action du tabac sur les cytochromes et la métabolisation des autres médicaments. Si les signes de sous dosage nicotinique étaient bien connus (seulement 7% d'erreurs), les signes de surdosage ont fait l'objet de 20,9% d'erreurs.

Enfin, en ce qui concerne les effets recherchés par les patients addicts dans les produits psychoactifs, pour les étudiants il existait clairement une différence entre les morphiniques illicites et licites : euphorie et anxiolyse pour les premiers, antalgie et hypnosédation pour les seconds (figure n°3). Quant aux benzodiazépines, elles étaient associées au besoin d'anxiolyse et d'hypnosédation.

Figure n°3 : Motifs de consommation des produits psychoactifs par les patients souffrant d'addiction selon les étudiants en pharmacies.



Dans le cas pratique proposé aux étudiants, 14% se sont trompés sur le nombre de comprimés de buprénorphine/naloxone (Bup/N) à délivrer, 76,7% sur le délai de carence de la présentation de l'ordonnance et 65,1% sur la voie d'administration du traitement (voie orale versus sublinguale). Près de 19% méconnaissaient l'intérêt de l'association Bup/N versus Bup seule. Ils étaient 37,2% à ne pas connaitre l'indication du nalméfène (Selincro®), et 23,3% auraient délivré le nalméfène et la buprénorphine en dépit d'une contre-indication formelle.

De plus, 25,6% des étudiants auraient conseillé un sirop homéopathique à dilution alcoolique (Stodal®) à un patient alcoolo-dépendant traité par disulfirame (Espéral®) alors qu'il s'agissait d'une contre-indication formelle (effet antabuse). Si 34,9% des étudiants ne connaissaient pas les propriétés anti-craving du baclofène, 9,3% ignoraient les risques d'un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal de ce médicament à doses élevées (intoxication et sevrage GABAergique).

Si 86,1% des étudiants connaissaient l'indication des TSO dans le cadre d'une addiction aux antalgiques opioïdes, près de 21% ne connaissaient pas la composition de la Stéribox® et 88,4% ignoraient l'existence et la vente libre de la naloxone injectable (Prenoxad®) en officine.

Concernant le rôle futur du pharmacien d'officine dans les addictions, 97,7% des étudiants l'entrevoyaient dans l'accompagnement, le questionnement et l'écoute du patient, et pour 79,1% des étudiants dans l'échange et la discussion avec le médecin.

Enfin, la quasi-totalité des étudiants (95,4%) souhaiteraient avoir plus de formation, stages et/ou cours en addictologie durant leur cursus officinal.

4 - Discussion :

L'idée de cette étude sous forme de regard croisé patient-étudiant a émergée après avoir constaté les difficultés de prise en charge des patients souffrant d'addiction aux produits psychoactifs en officine tandis que de leur côté les étudiants en pharmacie à l'issu de leur cursus universitaires semblaient peu préparés à la prise en charge de ces patients complexes.

Conduite dans Grenoble et son agglomération, l'étude a montré que les caractéristiques socio-démographiques des patients étaient proches de celles de la population générale (14 , 8) malgré une surreprésentation des patients du CSAPA hospitalier. En effet, ce dernier accueille des patients sévères (polyconsommations / polyaddictions, comorbidités notamment psychiatriques, précarité sociale) pouvant laisser présager un profil particulier comme celui projeté par les étudiants en pharmacie. Malgré un niveau d'étude quasiment similaire à celui de la population générale (14), les patients étaient majoritairement sans emploi (47,4%), sans pouvoir apprécier la contribution des patients du CSAPA hospitalier, une sous-analyse des résultats n'ayant pu être effectuée. Ces résultats montrent que la population souffrant d'addiction, y compris celle prise en charge dans des dispositifs spécifiques, a évolué, s'éloignant des stéréotypes. Tous les âges et classes sociales sont désormais concernés, d'où l'importance de reconsidérer cette problématique de santé publique dans les soins de première ligne qui impliquent les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine) (16, 18).

Mais les fausses croyances et représentations négatives relevées tout au long du travail constituent l'un des freins. Parmi elles, le nomadisme officinal : trois étudiants sur quatre pensaient que les patients avaient plusieurs pharmacies, voire en changeaient régulièrement, alors que le comportement de la plupart des patients était finalement proche de celui de la population générale en se rendant dans une seule pharmacie (75,8% vs 84%) (19 – 20). Comme précédemment rapporté, seule une minorité des patients était concernée par ce problème (5,2%).

On remarque que la fréquence mensuelle des visites en officine était supérieure à celle de la population générale (96,9 versus 70%) (4). Cette différence peut être liée au type de traitement délivré dont les traitements de substitution aux opiacés (délivrance hebdomadaire sauf mention expresse, délivrance maximale de 14 jours pour la méthadone sirop), et/ou au nombre de prescripteurs concomitants (médecin généraliste, addictologue, médecins spécialistes) en raison des comorbidités somatiques et psychiatriques fréquentes.

Le traitement de l'addiction durait plus de 6 mois pour plus de 80% des patients, et comme indiqué plus haut, trois patients sur quatre récupéraient tous leurs traitements dans la même pharmacie. Il s'agissait donc de patients bien connus de leur officine du fait de la récurrence de leurs visites. Dans notre étude, un nombre important de patients bénéficiait de traitements du trouble de l'usage d'alcool et des opioïdes, et de différentes classes de psychotropes. Or les morphiniques (antalgiques, opioïdes de substitution, produits illicites) et les médicaments utilisés dans le trouble de l'usage d'alcool étaient insuffisamment connus par les étudiants. En auto-évaluation, la pathologie addictive était même moins bien connue que les traitements pour près de la moitié des étudiants.

Au-delà des représentations liées aux patients, il y avait celles liées aux produits. Malgré la connaissance pharmacologique assimilée par l'étudiant, ce fut le caractère légal ou illégal du morphinique qui a déterminé pour les étudiants des profils de motivations de consommation très distincts (figure n°3). Cette méconnaissance est d'autant plus problématique que le trouble des opioïdes implique aujourd'hui de plus en plus des opioïdes prescrits, notamment à visée antalgique.

Plus d'un quart des étudiants méconnaissaient les cibles pharmacologiques de certains médicaments "grand public" comme le tramadol, la puissance analgésique des morphiniques, l'action du tabac sur le métabolisme des médicaments (21), ou encore les structures de soins et d'aides en addictologie (CSAPA, CAARUD). L'existence d'un sevrage gabaergique à l'arrêt

brutal du baclofène faisant quant à lui l'objet de 10% d'erreurs en dépit d'une récurrence médiatique ces dernières années (22).

Le cas pratique a mis en exergue cette méconnaissance sur une situation pouvant se présenter quotidiennement à l'officine : une méconnaissance des dispositions règlementaires associée à une méconnaissance du médicament et de la pharmacologie menant in fine à une situation qui se termine aux urgences (23 – 24).

Si l'héroïne et la cocaïne ne représentent pas le quotidien du pharmacien, le tramadol est l'antalgique opioïde le plus consommé en France et représente la première cause de décès par antalgiques (25 – 26).

Comparativement, les caractéristiques d'une ordonnance sécurisée, les benzodiazépines et le sevrage tabagique étaient mieux connus par les étudiants (27). La problématique des BZD est plus ancienne que celle des opioïdes, avec depuis des années des incitations régulières par les différentes instances (HAS, ANSM, CPAM…) afin de mieux maitriser, encadrer et connaitre cette classe de médicaments. Concernant le tabac, c'est une addiction "plus populaire", avec une implication de longue date du pharmacien dans l'aide au sevrage tabagique, y compris sans prescription médicale (28). La dynamique a été renforcée par les démarches collectives du "moi(s) sans tabac" (29) et par un élargissement des prescripteurs et des remboursements des substituts nicotiniques (30).

L'étude a montré que l'existence d'une addiction, quelle qu'elle soit, modifiait la perception, le ressenti émotionnel des étudiants, et que le type d'addiction déterminait l'importance de cette altération. L'addiction aux opiacés illicites entrainait la plus forte baisse d'empathie et les plus haut niveaux de peur et de méfiance (figure n°1).

En raison de ses représentations elles-mêmes sous-tendues par une méconnaissance, l'étudiant se trouve en position défensive avant même d'avoir commencé sa délivrance (31 – 33).

Malgré tout, et conformément à leur formation en communication, les étudiants étaient dans une démarche d'accueil, d'explication des traitements, d'écoute et d'échange vis-à-vis des inquiétudes que pourrait émettre le patient. Cependant ces derniers points n'étaient quasiment pas recherchés par les patients. Cette situation est quelque part contradictoire car l'addiction est une maladie chronique qui nécessite une santé participative, où rendre le patient acteur et détenteur d'informations est primordial (Savoir – Vouloir - Pouvoir). Des explications ont cependant été verbalisées par les patients lors du recueil de données comme l'absence de confidentialité au comptoir de l'officine (34 – 35) et le fait d'avoir déjà reçu les informations du médecin addictologue. Pour pouvoir contribuer au rôle de psychoéducation et de pharmaco-éducation, le pharmacien doit favoriser la confidentialité au sein de son officine bien que ça ne règle pas tout. En effet, plus de 80% des patients ont refusé un temps dédié dans un espace propice au secret médical. Donc au-delà de cet espace, c'est l'évolution des connaissances et des compétences du pharmacien qui pourront positionner le pharmacien comme un acteur majeur, une ressource pour le patient qui bénéficie d'un capital confiance pour 92% des patients interrogés.

Au-delà des connaissances de la maladie, les techniques de communication comme les interventions brèves et l'entretien motivationnel seront de nature à aider le pharmacien dans cette démarche d'accompagnement personnalisé (15, 36). Dans l'étude, les patients ont accordé aux pharmaciens une compétence et une confiance plus importantes que celles estimées par l'étudiant en pharmacie. L'auto-évaluation négative des étudiants de leurs propres compétences a pu contribuer à leur différents ressentis, inconfort et posture vis-à-vis des patients, au fait de leur avoir attribué de manière projective leur propre manque de confiance et d'avoir des difficultés à donner des informations et conseils (théorie de l'esprit (37)).

Enfin concernant la présumée violence des patients souffrant d'addiction, seuls 6,3% des patients ont fait état de violences régulières avec la pharmacie. Ce chiffre peut paraitre bas,

mais dans l'expérience du CSAPA hospitalier qui travaille en étroit partenariat avec les pharmacies libérales, les violences en officine sont effectivement relativement rares. Une des pistes d'explication réside dans le fait que 42,1% des patients se sentent stigmatisés par le pharmacien, 36.8% se sentent « mal vus » et jugés et 27,4% ont parfois honte d'eux à cause de cela (38).

Cette étude, et d'autres (39) montrent que la stigmatisation sociétale des patients souffrant d'addiction est belle et bien perçue par les patients eux-mêmes et qu'elle peut être à l'origine d'une auto-stigmatisation. Toutes les addictions n'ont pas le même poids. Comme montré dans notre étude, l'addiction à l'alcool et aux opioïdes sont associées à la plus forte stigmatisation (40). Quels sont les enjeux de ce sentiment de stigmatisation ? Les patients souffrant d'addiction, souffrent également de cette stigmatisation et cela peut remettre en cause la poursuite du traitement, être à l'origine d'une rechute dans la consommation de drogues, ou encore influencer le dosage et la durée du traitement médicamenteux (10, 41 , 42). Comment lutter contre ce sentiment de stigmatisation ? La réinsertion sociale et professionnelle (43), le travail de l'estime de soi, de la confiance en soi notamment par des approches cognitivo-comportementales mais aussi par la pair-aidance peuvent permettre d'atténuer cette auto-stigmatisation (44).

Enfin un dernier point concernait le rôle futur du pharmacien d'officine dans la prise en charge des addictions : la quasi-totalité des étudiants (97,7%) l'entrevoyaient dans l'accompagnement, le questionnement et l'écoute du patient. Les étudiants et les patients convergeaient sur l'importance de l'échange et de la discussion pharmacien-médecin (80% de réponses positives chez les étudiants et chez les patients).

4.1 - Limites de l'étude :

Tout d'abord, il s'agit d'une étude déclarative avec de possibles biais de déclaration, de désirabilité, entrainant un décalage des réponses par rapport à la réalité (minimisation ou amplification selon les items), que ce soit pour les patients ou les étudiants.

Concernant les étudiants, à peine plus de la moitié (54,4%) des étudiants ont répondu aux questionnaires, avec pour les répondants une absence de réponse sur certains items entrainant dès lors une perte importante d'informations.

D'autre part, les étudiants ont été évalués sans les outils d'aides au comptoir (Vidal, logiciels de gestion d'officine, sites internet tels que Meddispar etc…) ce qui a pu conduire à une majoration du taux d'erreur. Bien que cette situation ne reflète pas la réalité sur le terrain, elle objective des carences vis à vis de certaines connaissances et des erreurs pouvant mettre en péril la santé du patient (cf cas pratique).

Concernant les patients, les deux tiers étaient issus du CSAPA hospitalier car ce dernier a les effectifs médicaux et de patients les plus importants, et parce que les inclusions ont débuté dans ce centre en amont de la pandémie virale. En revanche, la pandémie a affecté les inclusions des deux autres CSAPA de manière équivalente.

En l'absence de sous-analyse des résultats, il n'a pas été possible d'identifier des différences entre les CSAPA. Mais indépendamment des trois CSAPA, les patients pris en charge dans de tels dispositifs ne sont pas forcément représentatifs de tous les patients souffrant d'addiction, dont ceux pris en charge en médecine libérale. Comme indiqué plus haut, la surreprésentation du CSAPA hospitalier s'est traduite par un recrutement de patients complexes, polyconsommateurs, avec de multiples comorbidités psychiatriques et une précarité sociale plus importante que dans d'autres dispositifs. Notre étude omet donc un type de patient tels que ceux suivis par un professionnel en libéral (addictologue, psychiatre, psychologue, etc), ou encore les patients souffrant d'une addiction mais sans suivi.

Concernant le recueil des réponses, l'auteur du questionnaire lisait les questions aux patients et notait les réponses, de manière similaire en présentiel puis en distanciel. La durée de passation était équivalente, et aucune difficulté spécifique à la modalité de passation n'a été relevée, laissant penser que l'adaptation méthodologique a vraisemblablement peut influencer les résultats.

Enfin, cette étude a été réalisée dans l'écosystème Grenoblois avec des résultats qui pourraient différer dans d'autres villes de l'hexagone, notamment parce que la formation initiale dans les facultés et l'implication des pharmacies libérales dans les problématiques addictives sont très hétérogènes sur l'ensemble du territoire national. Il serait donc utile de reproduire cette étude dans différentes villes ou régions de France.

5 - Conclusion et perspectives en termes de formation :

Cette étude a permis de confronter les attentes, représentations et croyances des étudiants en pharmacie et des patients souffrant d'addiction aux produits psychoactifs. Des divergences majeures ont pu être mises en évidence, entre les patients qui attendaient les pharmaciens d'officine sur certaines missions et les étudiants qui percevaient les patients avec des à priori anciens décalés des évolutions sociétales.

Les stéréotypes du patient étiqueté "toxicomane" (jeune marginal sans emploi et sans domicile faisant l'objet de violence, de nomadisme médical et officinal, etc) persistent en 2020, y compris chez les professionnels de la santé, dont les étudiants en pharmacie. Les évolutions sociétales des addictions et de leur prise en charge impliquent une réactualisation de la formation initiale du pharmacien d'officine car il représente, de par son positionnement privilégié et son maillage territorial (45 – 46), un acteur majeur de la prise en charge de ces patients (repérage, orientation dans le parcours de soin, partenariat avec les médecins, éducation thérapeutique, prévention des complications, voire RdRD).

Cependant, le pharmacien d'officine ne bénéficie pas d'une formation suffisante pour répondre à ces évolutions et à une plus grande implication dans le parcours de soins des patients (47 – 48). Comme d'autres maladies chroniques, les addictions devraient intégrer le portefeuille de compétences du pharmacien d'officine et bénéficier des évolutions successives (31) (épidémiologique (8), pharmacologiques (49 – 51), réglementaires (52 – 54) ou de RdRD (2, 8, 14, 55 – 60) etc) pour que le pharmacien d'officine puisse jouer pleinement le rôle d'un partenaire professionnel solide. Cette évolution pourrait d'ailleurs contribuer à faire évoluer les attentes des patients vis à vis des pharmaciens d'officine.

Afin de combler cette inadéquation entre le besoin sur le terrain et la formation initiale (61), et comme demandé par plus de 95% des étudiants interrogés, des solutions peuvent être proposées.

Tout d'abord, la formation devrait rendre l'étudiant plus acteur dans son apprentissage par le biais de cours facultatifs, de travaux pratiques, de mises en situation, de groupes de paroles (32, 62 – 67), avec la participation de patients experts (68) et de professionnels exerçant en structures de soins ou en libéral et de stages d'immersion (59, 69). Ces solutions ont montré leur pertinence dans le changement de posture et d'attitude de l'étudiant vis-à-vis des patients, ainsi que de sa confiance en lui.

Au-delà de la formation, afin de répondre aux attentes des patients, l'adaptation de la pratique en officine qui préserve un espace de confidentialité contribuera, comme pour les autres pathologies chroniques, à proposer un accompagnement personnalisé et à asseoir le rôle du pharmacien dans ce parcours de soins.

THÈSE SOUTENUE PAR : Yoan VERGNOL

TITRE :

REGARDS CROISES ENTRE LES ATTENTES ET REPRESENTATIONS DU PATIENT PRESENTANT UNE ADDICTION AUX PRODUITS PSYCHOACTIFS ET LE FUTUR PHARMACIEN D'OFFICINE GRENOBLOIS.

CONCLUSION :

Il existe un paradoxe entre la place centrale du pharmacien d'officine dans le suivi des maladies chroniques et celui des addictions qui sont pourtant des maladies chroniques. Le pharmacien gère de nombreuses pathologies dont beaucoup sont sous-tendues par les conduites addictives (exemple des 200 pathologies liées à l'alcool) ou qui peuvent en favoriser l'émergence (anxiété, troubles du sommeil, douleurs chroniques, etc). Il occupe une place majeure dans le suivi des addictions, notamment aux produits psychoactifs dont certains sont dispensés par les pharmaciens eux-mêmes (benzodiazépines, morphiniques, etc). Mais dans la réalité la formation académique du pharmacien d'officine répond-elle aux besoins et attentes spécifiques des patients souffrant d'addiction en apportant la connaissance actualisée ainsi que des éléments de posture permettant de s'émanciper des fausses croyances qui pèsent sur cette patientèle ?

Pour y répondre, nous avons évalué la place du pharmacien d'officine sous un double angle de vue, celui du patient souffrant d'addiction aux produits psychoactifs et celui du pharmacien d'officine en fin de formation. Nous avons réalisé une étude transversale déclarative incluant 95 patients suivis dans l'un des trois centres d'addictologie (CSAPA) de Grenoble et 43 étudiants de la Faculté de Pharmacie de Grenoble, en 5ème et 6ème année filière officine, à l'aide de questionnaires évaluant entre autres leurs perceptions, fausses-croyances et attentes respectives. Il existait des items communs permettant de croiser les regards et de comparer les données à l'aide de tests du Chi2.

Les résultats de l'étude montrent une participation plus importante de la part des patients (95 réponses) comparativement aux étudiants (43 réponses). Sur le plan sociodémographique, les patients inclus étaient proches de la population générale en de nombreux points [niveau d'étude (39% avec niveau ≥ bac + 2), confiance (91,6%), fidélité (75,8%) et bonne relation (90,5%) avec le pharmacien], avec cependant un sentiment de honte (27,4%) et de stigmatisation (42,1%) très présent. Les patients avaient des attentes particulières (récupérer son traitement, obtenir un conseil minimal sur les contre-indications et effets indésirables des médicaments) vis à vis des pharmaciens mais elles n'étaient pas bien cernées par les étudiants. Ces derniers mesuraient bien

la difficulté pour ces patients de se confier sur leur addiction. Ils avaient très souvent de ces patients une représentation de nomadisme officinal (74,4%) alors qu'en réalité elle dépassait à peine 5%. Certaines conduites addictives (opiacés illicites) induisaient même de la peur (+ 30%) et de la méfiance (+ 42%) et réduisaient l'empathie (- 40%). Les étudiants ont reconnu les limites de leur formation initiale en addictologie (connaissance de la maladie addictive et de son accompagnement, la pharmacologie, la règlementation, etc) et ont été nombreux (95,4%) à demander plus de formation et de stages afin de pouvoir progresser.

Le caractère déclaratif de l'étude allié au biais de recrutement des participants (patients des CSAPA uniquement et étudiants en pharmacie) ainsi que la taille de l'échantillon et sa circonscription à l'écosystème Grenoblois représentent les principaux éléments limitants de ce travail. Une étude semblable avec un élargissement du recrutement des patients à la médecine libérale ainsi qu'un élargissement hors de l'agglomération Grenobloise permettra de confirmer nos résultats.

Ce travail a donc permis de montrer l'existence d'un décalage dans leurs perceptions et attentes respectives, entre une population de patients qui au fil des évolutions sociétales est devenue de plus en plus "banale", et des pharmaciens en formation dont le référentiel connaissance et compétence nécessite des ajustements pour pouvoir répondre de manière adaptée à ces évolutions. Pour cela, la formation académique du pharmacien d'officine se devra de majorer voire d'intégrer d'avantage de stages, de formations pratiques et d'implication de patients-experts. Ce travail ouvre des pistes pour améliorer la posture et les connaissances des pharmaciens afin de repréciser leur rôle auprès de cette patientèle et donc de mieux répondre à l'exercice officinal de demain.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 21/12/21
LE DOYEN

Michel SEVE

LE DIRECTEUR DE THESE :

M.Dematteis

LE TUTEUR UNIVERSITAIRE :

Béatrice Bellet

6 - Bibliographie :

1. Watt MJ, Weber MA, Davies SR, Forster GL. Impact of juvenile chronic stress on adult cortico-accumbal function: Implications for cognition and addiction. ProgNeuropsycho pharmacol Biol Psychiatry. 03 2017;79(Pt B):136-54.

2. Compton WM, Jones CM, Stein JB, Wargo EM. Promising roles for pharmacists in addressing the U.S. opioid crisis. Res Social Adm Pharm. 2019;15:910-916.

3. Impact of community pharmacist-led interventions in chronic disease management on clinical, utilization, and economic outcomes: An umbrella review. NLM. 2020 :1155-1165.

4. IFOP. Sondages GIPHAR. Les Français et la pharmacie. 2014.

5. Haslam L, Gardner DM, Murphy AL. A retrospective analysis of patient care activities in a community pharmacy mental illness and addictions program. Res Social Adm Pharm. 2020; 16:522-528.

6. Strand MA, Eukel H, Burck S. Moving opioid misuse prevention upstream: A pilot study of community pharmacists screening for opioid misuse risk. Res Social Adm Pharm. 2019;15:10 32-1036.

7. Watson MC, Blenkinsopp A. The feasibility of providing community pharmacy-based services for alcohol misuse: a literature review. Int J Pharm Pract. 2009;17:199-205.

8. Brisacier A-C, Brissot A, Cadet-Taïrou A, et al. Drogues et addictions, données essentielles. Rapport OFDT 2019.

9. Mountain-Ray S, Simeone C, Hadland SE, Finnell DS, Northup R, MacLane-Baeder D. Challenges and new horizons in substance use and addictions: Overview of the 2019 conference of the Association of Multidisciplinary Education and Research in Substance use and Addiction (AMERSA). Subst Abus. 2019;40:389-391.

10. Current status of opioid addiction treatment and related preclinical research. Science Advances. 2019 Oct; 5(10): eaax9140.

11. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. Br J Psychiatry. 2000l;177:4-7.

12. Martinelli TF, Meerkerk GJ, Nagelhout GE, Brouwers EPM, van Weeghel J, Rabbers G, van de Mheen D. Language and stigmatization of individuals with mental health problems or substance addiction in the Netherlands: An experimental vignette study. Health Soc Care Community. 2020;28:1504-1513.

13. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. - PsycNET. Am Psychol. 1992 Sep;47(9):1102-14.

14. DREES. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017.

15. Bratberg J. Pharmacy: Addressing substance use in the 21st century. Subst Abus. 2019;40:421-434.

16. Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, Bond CM. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation.Cochrane Database Syst Rev. 2019;2019:CD003698.

17. Hasin et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale Am J Psychiatry. 2013;170:834-51.

18. Cespharm. Rôle du pharmacien dans les soins de 1er recours. 2020. Article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique.

19. Harris Interactive. Rapport_Harris-Les_Francais_et_leurs_attentes_vis-a-vis_des_pharmaciens-_OCP. 2019.

20. Pauly V, Frauger E, Pradel V, Rouby F, Berbis J, Natali F, et al. Which indicators can public health authorities use to monitor prescription drug abuse and evaluate the impact of regulatory measures? Controlling High Dosage Buprenorphine abuse. Drug Alcohol Depend. 1 janv 2011;113(1):29-36.

21. Gail D Anderson, Lingtak-Neander Chan. Interactions pharmacocinétiques des médicaments avec le tabac, les cannabinoïdes et les produits d'abandon du tabac. Clin Pharmacokinet. 2016 novembre; 55 (11): 1353-1368.

22. Leo RJ, Baer D. Delirium associated with baclofen withdrawal: a review of common presentations and management strategies. Psychosomatics. déc 2005;46(6):503-7.

23. Franchitto N, Jullian B, Salles J, Pelissier F, Rolland B. Management of precipitated opiate withdrawal syndrome induced by nalmefene mistakenly prescribed in opiate-dependent patients: a review for clinicians. Expert Opin Drug Metab Toxicol. juin 2017;13(6):669-77.

24. Pélissier F, Rougé Bugat M-E, Nubukpo P, Franchitto N. Nalmefene Mistakenly Prescribed to Reduce Alcohol Consumption in Patients Under Buprenorphine Substitution Therapy Resulting in Acute Opioid Withdrawal: Management in an Emergency Setting. J Clin Psychopharmacol. févr 2016;36(1):100-3.

25. ANSM. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques en France. 2019.

26. CEIP-A Grenoble. Décès Toxiques par Antalgiques (DTA) : Résultats 2018.

27. El Hajj MS, Awaisu A, Saleh RA, Al Hamad NM, Kheir N, Zeenny RM, Fathelrahman AI. Tobacco-Related Education in Schools of Pharmacy in the Middle East: A Multinational Cross-Sectional Study. Nicotine Tob Res. 2018;20:561-567.

28. Walch N. Thèse : Positionnement et stratégies d'interventions du pharmacien d'officine dans la prise en charge des patients fumeurs en vue de leur sevrage tabagique en France. Sciences pharmaceutiques.2018. ffdumas-02117162f.

29. Santé Publique France. Tabac Info service. Site Internet.

30. L'assurance Maladie. Ameli. Remboursement et prise en charge des substituts nicotiniques.2019.

31. Hall EA, Cernasev A, Nasritdinova U, Veve MP, Hohmeier KC. Stigma of Opioid Use Disorder and Its Indirect Effects on Student Pharmacists' Perceptions and Attitudes. Pharmacy (Basel). 2020;8:144.

32. Thakur T, Frey M, Chewning B. Evaluating Pharmacy Student Consultations with Standardized Patients on Opioid Medication Use and Opioid-Specific Risks. Am J Pharm Educ. 2019;83:7494.

33. Hagemeier NE, Ventricelli D, Sevak RJ. Situational communication self-confidence among community pharmacists: A descriptive analysis. Res Social Adm Pharm. 2017;13:1175-1180.

34. Messaadi N, Pansu A, Cohen O, Cottencin O. Pharmacists' role in the continued care of patients under opiate substitution treatment. Therapie. 2013;68:393-400.

35. Gidman W, Coomber R. Contested space in the pharmacy: public attitudes to pharmacy harm reduction services in the West of Scotland. Res Social Adm Pharm. 2014;10:576-87.

36. Tommasello AC. Substance abuse and pharmacy practice: what the community pharmacist needs to know about drug abuse and dependence. Harm Reduct J. 2004;1:3.

37. Frank CK. Reviving pragmatic theory of theory of mind. AIMS Neurosci. 2018;5(2):116-31.

38. Matthews S, Dwyer R, Snoek A. Stigma and Self-Stigma in Addiction. J Bioethical Inq. juin 2017;14(2):275-86.

39. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices SPECIAL ARTICLE Patrick W. Corrigan, Jonathon E. Larson, Nicolas Rüsch.

40. Gavriel-Fried B, Rabayov T. Similarities and Differences between Individuals Seeking Treatment for Gambling Problems vs. Alcohol and Substance Use Problems in Relation to the Progressive Model of Self-stigma. Front Psychol. 2017;8:957.

41. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review.DoveMedicalPress.2019; 10: 1–12.

42. Matthews S, Dwyer R, Snoek A. Stigma and Self-Stigma in Addiction. J Bioeth Inq. 2017;14:275-286.

43. Kalisova L, Michalec J, Hadjipapanicolaou D, Raboch J. Factors influencing the level of self-stigmatisation in people with mental illness. Int J Soc Psychiatry. 2018;64:374-380.

44. Corrigan PW, Schomerus G, Shuman V, Kraus D, Perlick D, Harnish A, Kulesza M, Kane-Willis K, Qin S, Smelson D. Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. Am J Addict. 2017;26:67-74.

45. Ordre national des pharmaciens. Démographie des pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2020.

46. Look KA, Kile M, Morgan K, Roberts A. Community pharmacies as access points for addiction treatment. Res Social Adm Pharm. 2019;15:404-409.

47. Wenthur CJ, Cross BS, Vernon VP, Shelly JL, Harth BN, Lienhoop AD, Madison NR, Murawski MM. Opinions and experiences of Indiana pharmacists and student pharmacists: the need for addiction and substance abuse education in the United States. Res Social Adm Pharm. 2013;9:90-100.

48. Hudmon KS, Bardel K, Kroon LA, Fenlon CM, Corelli RL. Tobacco education in U.S. schools of pharmacy. Nicotine Tob Res. 2005;7:225-32.

49. The Medical Letter. Buprénorphine sous-cutanée une fois par mois pour traiter le trouble de la consommation d'opioïdes. 23 mars 2018;Vol 40(n°7 (USA n°1541)):p.50.

50. The Medical Letter. Médicaments pour traiter le trouble de consommation d'opioïdes. 30 juin 2017;Vol 39(n°14 (USA n°1522)):103.

51. The Medical Letter. Roxybond - Une formulation d'Oxycodone à libération immédiate dotée de propriétés décourageant l'abus. 5 oct 2018;Vol 40(N°21 (USA n°1555)):p.159.

52. Ordre National des Pharmaciens. Meddispar - TRAMADOL.

53. Ordre National des Pharmaciens. Meddispar - ZOLPIDEM.

54. VIDAL - Codéine, dextrométorphane, éthylmorphine et noscapine : prescription médicale obligatoire, liste des produits concernés - Actualités.

55. ANSM. Surdosage et overdose d'opioïdes : point sur l'offre thérapeutique de la naloxone en France - Point d'information : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

56. Green TC, Case P, Fiske H, Baird J, Cabral S, Burstein D, Schwartz V, Potter N, Walley AY, Bratberg J. Perpetuating stigma or reducing risk? Perspectives from naloxone consumers and pharmacists on pharmacy-based naloxone in 2 states. J Am Pharm Assoc(2003).2017;57:S19-S27.e4.

57. Cernasev A, Veve MP, Talbott T, Hall EA, Hohmeier KC. Pharmacy Students' Perceptions and Stigma Surrounding Naloxone Use in Patients with Opioid Use Disorder: A Mixed Methods Evaluation. Pharmacy (Basel). 2020;8:205.

58. Mahon LR, Hawthorne AN, Lee J, Blue H, Palombi L. Assessing pharmacy student experience with, knowledge of and attitudes towards harm reduction: illuminating barriers to pharmacist-led harm reduction. Harm Reduct J. 2018;15:57.

59. Hines J, Deja E, Black EP. Student pharmacist perceptions of participation in hands-on naloxone counseling. Curr Pharm Teach Learn. 2018;10:712-716.

60. Blumenthal WJ, Springer KW, Jones TS, Sterk CE. Pharmacy student knowledge, attitudes, and beliefs about selling syringes to injection drug users. J Am Pharm Assoc (Wash). 2002;42:S34-9.

61. Badran I, Slimano F, Depaquit J. Regards croisés sur la formation du pharmacien d'officine : le point de vue des pharmaciens d'officine, des enseignants et des étudiants en pharmaciePerspectives on the training of the pharmacist among pharmacists, academics and pharmacy students: A cross-sectional study. Ann Pharm Fr. févr 2020;78:242-51.

62. Muzyk A, Mullan P, Andolsek K, Derouin A, Smothers Z, Sanders C, Holmer S. A Pilot Interprofessional Course on Substance Use Disorders to Improve Students' Empathy and Counseling Skills. Am J Pharm Educ. 2020;84:7415.

63. Miller LN, Mercer SL. Drugs of Abuse and Addiction: An integrated approach to teaching. Curr Pharm Teach Learn. 2017;9:405-414.

64. Muzyk AJ, Peedin E, Lipetzky J, Parker H, McEachern MP, Thomas K. Substance use education in US schools of pharmacy: A systematic review of the literature. Subst Abus. 2017;38:455-463.

65. Dumenco L, Monteiro K, Collins S, Stewart C, Berkowitz L, Flanigan T, Rich J, George P. A qualitative analysis of interprofessional students' perceptions toward patients with opioid use disorder after a patient panel experience. Subst Abus. 2019;40:125-131.

66. Matheson C, Thiruvothiyur M, Robertson H, Bond C. Community pharmacy services for people with drug problems over two decades in Scotland: Implications for future development. Int J Drug Policy. 2016;27:105-12.

67. Neville MW. Pharmacy students' attitudes about treating patients with alcohol addiction after attending a required mutual support group. Am J Pharm Educ. 2014;78:39.

68. Pommery A, Moisan D, Claudon M. Patient expert en addictologie. Médecine des Maladies Métaboliques 2018,12:610-611.

69. Hagemeier NE, Alamian A, Murawski MM, Pack RP. Factors associated with provision of addiction treatment information by community pharmacists. J Subst Abuse Treat. 2015;52:67-72.

7 - Liste des Annexes :

Annexe n°1 :

Questionnaire étudiant :

Bonjour,
Ce questionnaire est **anonyme** et n'a pas vocation à être transmis à qui que ce soit.
Ce questionnaire a pour but d'objectiver le niveau de connaissance des étudiants de 5 et 6ème année officine à l'Université de Grenoble dans le domaine de l'addictologie (pharmacologie, pharmacocinétique, règles de dispensations…) afin de répondre à la question suivante : « la formation du pharmacien d'officine à l'UGA, donne-t-elle les connaissances et compétences nécessaires pour un accompagnement officinal adapté de patients souffrant d'addiction »

L'objectif n'est pas d'obtenir 100% de bonnes réponses grâce à l'aide de recherches annexes (internet, livres, cours…) ou en revenant aux questions précédentes : nous comptons sur vous pour jouer le jeu.

Il comporte 33 questions et vous prendra environ 15 minutes.
Une correction pourra vous être apportée à la fin de la phase de diffusion du questionnaire (fin janvier) si vous le souhaitez.
Merci pour votre participation !

1) Vous êtes étudiants en pharmacie à l'UGA en :

□ 5ème année officine
□ 6ème année officine

2) Vous arrive-t-il de voir des pharmaciens d'officine en difficultés vis-à-vis d'une prescription de benzodiazépine/opioïdes/traitement du sevrage alcoolique/tabac ou opiacée ?

□ Souvent (tous les jours)
□ De temps en temps (plusieurs fois par semaine : entre 1 et 6 fois)
□ Très rarement (moins de 1 fois par semaine)
□ Les pharmaciens sont plus en difficultés sur ce genre de prescription que sur une prescription lambda (cardiologie/diabétologie…)
□ Les pharmaciens sont autant en difficultés sur ce genre de prescription que sur une prescription lambda (cardiologie/diabétologie…)
□ Les pharmaciens sont moins en difficultés sur ce genre de prescription que sur une prescription lambda (cardiologie/diabétologie…)

3) Selon vous, votre niveau de connaissance sur la maladie addictive est :

□ Excellent
□ Plutôt bon
□ Plutôt pas bon
□ Mauvais
□ Meilleur que pour les autres maladies
□ Aussi bon que pour les autres maladies
□ Moins bon que pour les autres maladies

4) Selon vous, votre niveau de connaissance sur <u>les médicaments de l'addiction</u> est :

□ Excellent
□ Plutôt bon
□ Plutôt pas bon
□ Mauvais
□ Meilleur que pour les autres maladies
□ Aussi bon que pour les autres maladies
□ Moins bon que pour les autres maladies

5) Vous sentez-vous apte à dispenser et conseiller un patient se présentant avec une ordonnance de benzodiazépines, opioïdes, traitement de substitution aux opiacés, sevrage alcoolique ou tabagique etc ? **cocher de 0 à 10**

Pour un patient addict aux benzodiazépines (avec les traitements qui vont avec) ?
□----------10
Pas du tout à l'aise Très à l'aise

Pour un patient addict aux opiacés (avec les traitements qui vont avec) ?
□----------10
Pas du tout à l'aise Très à l'aise

Pour un patient addict a l'alcool (avec les traitements qui vont avec) ?
□----------10
Pas du tout à l'aise Très à l'aise

Pour un patient addict au tabac (avec les traitements qui vont avec) ?
□----------10
Pas du tout à l'aise Très à l'aise

De manière générale, qu'en est-il pour un patient hors addiction (patient lambda) avec une prescription hors addiction ?
□----------10
Pas du tout à l'aise Très à l'aise

6) Que ressentez-vous lorsque vous servez au comptoir un patient présentant une <u>addiction au tabac</u> ?

□ De l'empathie : il s'agit d'un patient normal
□ De la neutralité : aucune émotion, il s'agit d'un patient normal
□ De la méfiance : ces patients sont source de problèmes / mensonges
□ De la peur : ces patients sont souvent instables
□ Du jugement : ces patients sont dépendants car ils ne sont pas sérieux.

7) Que ressentez-vous lorsque vous servez au comptoir un patient présentant une <u>addiction à l'alcool</u> ?

□ De l'empathie : il s'agit d'un patient normal
□ De la neutralité : aucune émotion, il s'agit d'un patient normal
□ De la méfiance : ces patients sont source de problèmes / mensonges
□ De la peur : ces patients sont souvent instables
□ Du jugement : ces patients sont dépendants car ils ne sont pas sérieux

8) Que ressentez-vous lorsque vous servez au comptoir un patient présentant une addiction aux benzodiazépines (BZD) ?

□ De l'empathie : il s'agit d'un patient normal
□ De la neutralité : aucune émotion, il s'agit d'un patient normal
□ De la méfiance : ces patients sont source de problèmes / mensonges
□ De la peur : ces patients sont souvent instables
□ Du jugement : ces patients sont dépendants car ils ne sont pas sérieux

9) Que ressentez-vous lorsque vous servez au comptoir un patient présentant une addiction aux opiacées licites (Morphine, Codéine…) ?

□ De l'empathie : il s'agit d'un patient normal
□ De la neutralité : aucune émotion, il s'agit d'un patient normal
□ De la méfiance : ces patients sont source de problèmes / mensonges
□ De la peur : ces patients sont souvent instables
□ Du jugement : ces patients sont dépendants car ils ne sont pas sérieux

10) Que ressentez-vous lorsque vous servez au comptoir un patient présentant une addiction aux opiacées illicites (héroïne…) ?

□ De l'empathie : il s'agit d'un patient normal
□ De la neutralité : aucune émotion, il s'agit d'un patient normal
□ De la méfiance : ces patients sont source de problèmes / mensonges
□ De la peur : ces patients sont souvent instables
□ Du jugement : ces patients sont dépendants car ils ne sont pas sérieux

11) De manière générale, que ressentez-vous lorsque vous servez au comptoir un patient présentant une pathologie chronique hors addiction (Diabète, HTA…) ?

□ De l'empathie : il s'agit d'un patient normal
□ De la neutralité : aucune émotion, il s'agit d'un patient normal
□ De la méfiance : ces patients sont source de problèmes / mensonges
□ De la peur : ces patients sont souvent instables
□ Du jugement

12) Selon-vous, au minimum, à quoi doit ressembler le travail du pharmacien au comptoir lors d'une délivrance (même si la pharmacie est remplie de patients, et pour n'importe quel patient) **Maximum 5 réponses possibles**

□ Accueil sympathique
□ Prendre des nouvelles du patient ou de son entourage
□ Donner les médicaments que le patient vient chercher
□ Avertir sur les risques du médicament et ses effets indésirables
□ Donner à l'oral la posologie du médicament (1 comprimé matin-midi-soir)
□ Noter sur les boîtes la posologie du médicament (1 comprimé matin-midi-soir)
□ Le pharmacien doit poser des questions au patient
□ Le pharmacien doit expliquer la maladie
□ Le pharmacien doit expliquer le traitement
□ Le pharmacien doit avertir le patient sur les autres médicaments à ne pas prendre
□ Le patient doit pouvoir expliquer son inquiétude et se sentir écouté

13) Cochez les réponses correctes selon vous :

□ Les patients addicts ont souvent plusieurs pharmacies en fonction du produit qu'ils doivent récupérer
□ Les patients addicts changent souvent de pharmacie (environ tous les 6 mois)
□ Un patient addict à 1 produit souffre souvent d'autres addictions et/ou de comorbidités (psychiatriques et/ou somatiques)
□ Les patients addicts se sentent stigmatisés par le pharmacien
□ Les patients addicts ne se sentent pas stigmatisés par le pharmacien

14) Cochez les réponses correctes selon vous :

□ Les patients addicts ont confiance en leur pharmacien
□ Les patients addicts n'ont pas confiance en leur pharmacien
□ Les patients addicts se confient facilement auprès de leur pharmacien au sujet de leur addiction
□ Les patients addicts ne se confient pas facilement auprès de leur pharmacien au sujet de leur addiction
□ Les patients addicts se confient plus facilement sur leur addiction que sur leurs autres traitements et/ou maladies
□ Les patients addict se confient aussi facilement sur leur addiction que sur leurs autres traitements et/ou maladies
□ Les patients addicts se confient moins facilement sur leur addiction que sur leurs autres traitements et/ou maladies

15) Cochez les réponses correctes selon vous :

□ Le patient addict pense que le pharmacien est compétent
□ Le patient addict pense que le pharmacien n'est pas compétent
□ Le patient addict pense que le pharmacien est plus compétent pour les traitements hors addiction que pour les traitements de l'addiction
□ Le patient addict pense que le pharmacien est aussi compétent pour les traitements hors addiction que pour les traitements de l'addiction

16) Si besoin, vers qui puis-je me tourner (ou adresser mon patient) en cas de questions concernant l'addictologie et l'utilisation de drogues ?

□ Le CSAPA
□ Le CSIRU
□ Le CAARUD
□ Le CEIP / addictovigilance
□ Un professionnel de l'addictologie en libéral
□ Un professionnel de l'addictologie en hôpital

1) <u>Concernant les médicaments opiacés :</u>

17) Quelles substances/médicaments agissent sur les récepteurs morphiniques ?

□ Codéine
□ Tramadol
□ Cocaïne
□ Lamaline®
□ Izalgi®
□ Héroïne
□ Amphétamines

 Ecstasy
 Fentanyl
 Prégabaline
 Diazépam

18) Quels sont les effets possiblement recherchés par les patients lorsqu'ils consomment des opiacés licites ?

 Euphorisant
 Hypnosédation : pour s'endormir et dormir
 Anxiolytique : diminuer le stress, l'anxiété, les ruminations
 Analgésique : diminuer, supprimer la douleur
 Antidépresseur : diminuer la tristesse, améliorer l'humeur
 Aider à la concentration
 Pour se sentir « normal », comme les autres

19) Quels sont les effets possiblement recherchés par les patients lorsqu'ils consomment des opiacés illicites ?

 Euphorisant
 Hypnosédation : pour s'endormir et dormir
 Anxiolytique : diminuer le stress, l'anxiété, les ruminations
 Analgésique : diminuer, supprimer la douleur
 Antidépresseur : diminuer la tristesse, améliorer l'humeur
 Aider à la concentration
 Pour se sentir « normal », comme les autres

20) Concernant l'équianaglésie (à dose équivalente) :

VO = voie orale, IV = intraveineux
 La codéine est 6x moins puissante que la morphine par VO
 L'Oxycodone est 10x plus forte que la morphine par VO
 La morphine par voie IV est 3x plus forte que la morphine par VO
 L'héroïne IV est 30x plus forte que la morphine par VO
 Le Fentanyl est environ 3 fois plus fort que l'héroïne

21) En 2018, quels sont selon-vous les médicaments morphiniques qui tuent le plus de patient dans la population générale ?

N°1 = le médicament qui tue le plus, n°4 = celui qui tue le moins
 Tramadol = n°…
 Codéine = n°….
 Fentanyl = n°…
 Morphine = n°…

2) <u>Concernant les benzodiazépines et apparentés (BZD) :</u>

22) Quels sont les effets possiblement recherchés par le patient lorsqu'il consomme des benzodiazépines ?

 Euphorisant
 Hypnosédation : pour s'endormir et dormir
 Anxiolytique : diminuer le stress, l'anxiété, les ruminations
 Analgésique : diminuer, supprimer la douleur

□ Antidépresseur : diminuer la tristesse, améliorer l'humeur
□ Aider à la concentration
□ Pour se sentir « normal », comme les autres

23) Cochez les bonnes réponses :

□ Selon l'AMM, l'Alprazolam (Xanax®) est une BZD majoritairement anxiolytique
□ Selon l'AMM, l'Amitriptyline (Laroxyl®) est une BZD majoritairement anxiolytique
□ Selon l'AMM, le Bromazépam (Lexomil®) est une BZD majoritairement anxiolytique
□ Toutes les BZD anxiolytiques sont indiquées dans la prévention ou le ttt du sevrage alcoolique
□ Un des effets indésirables des BZD est la dépression respiratoire (favorise les apnées du sommeil)
□ Il existe un risque épileptogène lors d'un arrêt trop rapide des BZD à dose normale
□ Les BZD hypnotiques permettent de reproduire un sommeil physiologique

3) Concernant le tabac et les substituts nicotiniques :

24) Quel est le nom du test permettant de connaître et quantifier l'état de dépendance du patient vis-à-vis du tabac ?

□ Réponse ouverte : ……

25) Concernant les substituts nicotiniques, cocher les réponses justes :

□ On considère que 1 cigarette par jour équivaut environ à 1 mg de nicotine
□ Il est formellement contre indiqué de fumer une cigarette lors d'un traitement par patch nicotinique
□ La grossesse est une contre-indication absolue aux substituts nicotiniques
□ Certains substituts nicotiniques sont remboursés
□ Le tabac agit sur les cytochromes et donc sur le métabolisme des médicaments
□ L'arrêt du tabac peut induire un état dépressif chez le patient
□ Les effets d'un sous-dosage en nicotine sont : dysphorie, irritabilité, insomnie, impatience…
□ Les effets d'un surdosage en nicotine sont : nausée, vomissements, céphalées, hypersalivation…

4) Concernant les règles de prescriptions et dispensations :

26) Quels médicaments doivent être prescrits sur une ordonnance sécurisée ?

□ Codéine
□ Morphine PO et IV
□ Zopiclone (Imovane®)
□ Zolpidem (Stilnox®)
□ Méthadone®
□ Buprénorphine (Subutex®)
□ Prégabaline (Lyrica®)
□ Baclofène (Lioresal®)
□ Bromazépam (Lexomil®)
□ Clorazépate (Tranxène®) 20mg

27) Quels sont les durées maximales de prescription sur une ordonnance pour les médicaments suivants (cocher les réponses justes) :

□ Maximum 28 jours pour les benzodiazépines anxiolytiques
□ Maximum 28 jours pour les benzodiazépines hypnotiques
□ Maximum 28 jours pour la Méthadone® sirop
□ Maximum 28 jour la Méthadone® gélules
□ Maximum 28 jours pour la Buprénorphine (Subutex®)
□ Maximum 28 jours pour la Morphine PO
□ Maximum 28 jours pour le Baclofène (Lioresal®)

28) Une ordonnance sécurisée doit comporter obligatoirement (cocher les réponses justes) :

□ Identification du prescripteur (Nom, Prénom, Qualité, Adresse, N°RPPS…)
□ Date de rédaction de l'ordonnance
□ Information du patient (Nom, Prénom, Date de naissance…)
□ Une signature du prescripteur
□ Numéro d'identification du lot d'ordonnance sécurisée
□ Nombre de spécialités prescrites
□ Le nom du pharmacien/de la pharmacie où va se rendre le patient
□ La prescription doit être écrite en toutes lettres (date, posologie, nombre d'unités…)
□ La prescription doit obligatoirement être écrite à la main

5) Cas pratique :

La prochaine question concerne un cas pratique avec ordonnance pouvant vous être présentée au comptoir : cochez les réponses justes

29) Nous sommes le 10.01.2020, Mr X est un client de longue date, traité depuis longtemps par Buprénorphine/Naloxone seulement. Mr X se présente à la pharmacie avec l'ordonnance sécurisée suivante :

Docteur MG Grenoble RPPS… Buprénorphine / Naloxone – comprimé à huit / deux milligrammes 1 par jour pendant vingt-huit jours Ajout de Nalméfène (sélincro) 1 comprimé en fin d'après-midi 2 2	Le 01.01.20 Mr X Age A délivrer à la pharmacie CHUGA Signature du Médecin

□ Je délivre 28 comprimés de Buprénorphine/Naloxone
□ La Buprénorphine/Naloxone possède un délai de carence de 3 jours, c'est-à-dire que le patient doit se présenter à l'officine dans les 3 jours suivant la prescription. Dans le cas contraire on lui retire des unités (on enlève 1 cp/j)
□ Le comprimé de Buprénorphine/Naloxone doit être avalé avec un grand verre d'eau.

 L'intérêt de l'association Buprénorphine + Naloxone par rapport à la Buprénorphine seule, est en théorie de limiter le mésusage notamment par injection du médicament grâce à la présence de Naloxone
 Le Nalméfène (Selincro®) est indiqué dans la réduction de la consommation d'alcool
 Je délivre le Nalméfène (Selincro)
 Je ne délivre pas le Nalméfène (Selincro)

30) Concernant les médicaments participant au sevrage alcoolique : cochez les réponses justes

 Le Baclofène est un médicament anti craving
 En cas de traitement au long cours par Baclofène à haute dose, il peut être arrêté du jour au lendemain car il n'existe pas de syndrome de sevrage
 En cas de suspicion d'abus ou de dépendance, une déclaration doit être effectuée par le pharmacien auprès du CEIP
 En cas de falsification d'ordonnances une déclaration doit être effectuée par le pharmacien auprès du CEIP
 Je peux conseiller un sirop homéopathique Stodal® chez un patient traiter par Disulfirame (Espéral®)

31) Cochez les items justes selon vous :
TSO = traitement substitutif aux opiacés (type Méthadone, Buprénorphine…)

 Il est formellement contre indiquée de s'injecter de l'héroïne par voie intra veineuse en cas de traitement concomitant par Suboxone®
 Le TSO n'est réservé qu'aux patients ayant des antécédents de toxicomanies
 Le TSO peut également être prescrit chez un patient ayant une addiction aux antalgiques opioïdes (type morphine, fentanyl etc…)
 L'objectif d'un TSO bien mené, est de faire arrêter la co-consommation d'opioïdes (souvent illicites), réduire / maitriser les phénomènes de craving, et gérer certaines comorbidités (type anxiété importante)
 La Stéribox® contient deux seringues, un tampon imprégné d'alcool, des cupules, de l'eau PPI, et un filtre.
 La Stéribox® contient également un préservatif
 La Naloxone injectable (Prenoxad®) est en vente libre à l'officine

32) Selon vous, à l'avenir, quel devrait être la place du pharmacien dans la prise en charge du patient présentant une problématique addictive ?

 Accompagnement /questionnement / écoute du patient dans sa démarche de soin
 Discussion et échange d'informations avec le médecin
 Possibilité d'avoir recours à la délivrance supervisée (Le patient vient tous les jours à la pharmacie pour chercher sa dose du jour et uniquement celle-ci : la pharmacie garde l'ordonnance et la boîte entamée)
 Le patient addict souhaiterait avoir plus de temps auprès du pharmacien (entretiens, au comptoir…)
 Aucune de ces réponses

33) Souhaiteriez-vous avoir plus de cours d'addictologie durant votre cursus officinal ?

□ Oui
□ Oui voir même des stages durant la 5AHU
□ Non
□ Ne se prononce pas

Voilà, le questionnaire est terminé.
Je vous remercie sincèrement pour votre participation.

Annexe n°2 :

Questionnaire Patient

Bonjour,
Ce questionnaire est anonyme et n'a pas vocation à être transmis à qui que ce soit.
Futur pharmacien, j'ai produit ce questionnaire dont l'objectif est d'apprendre à mieux vous connaître afin de faire évoluer le métier de pharmacien pour mieux accompagner les patients, en adéquation avec les évolutions des besoins et des attentes :

- Ce que vous recherchez dans une pharmacie
- Ce que vous attendez de votre pharmacien et de son équipe
- Que vous partagiez vos expériences (bonnes / mauvaises) en pharmacie
- Le tout en tenant compte de qui vous êtes (Votre âge / sexe / vos traitements / vos maladies / vos habitudes etc…)

Ce questionnaire n'est pas obligatoire mais il nous permettra d'améliorer la qualité de service du pharmacien : et pour cela nous vous en remercions.
Il comporte **35** questions et vous prendra environ 10 minutes.

1) Quel est votre âge (en année)

□

2) Etes-vous un homme ou une femme ?

□ Homme
□ Femme

3) Où vivez-vous ?

□ Dans l'agglomération Grenobloise
□ Dans une ville (plus de 2000 habitants), à plus de 30 km de l'agglomération Grenobloise
□ Dans un village (moins de 2000 habitants) à plus de 30 km de l'agglomération Grenobloise
□ En dehors du département de l'Isère
□ Je vis dans un appartement
□ Je vis dans une maison
□ Je vis dans un foyer
□ Je n'ai pas de domicile

4) Avez-vous un travail ? Et si oui, quel est-il ?

□ Je n'ai actuellement pas d'emploi
□ Je suis ouvrier ou employé dans une entreprise
□ Je suis cadre dans une entreprise
□ Je suis chef d'entreprise
□ Aucune de ces réponses ne convient

5) Avez-vous des diplômes ?

□ Non je n'ai pas de diplôme spécifique
□ J'ai un niveau CAP ou BEP
□ J'ai un baccalauréat général ou technologique
□ J'ai un niveau bac +2 (DUT/BTS…)
□ J'ai un niveau égal ou supérieur à bac +3

6) Avez-vous 1 ou plusieurs pharmacies dans lesquelles vous vous rendez ?

□ Je ne me rends que dans 1 pharmacie
□ J'ai plusieurs pharmacies : une pour mes traitements contre l'addiction et une autre pour mes autres traitements
□ Je change régulièrement de pharmacie

ATTENTION : désormais nous parlerons de la pharmacie dans laquelle vous-vous rendez pour récupérer vos traitements concernant votre addiction.

7) Combien de fois vous rendez-vous à la pharmacie ?

□ Moins de 1 fois par mois
□ Environ 1 fois par mois
□ Environ 2 fois par mois
□ Environ 3 fois par mois
□ Plus de 3 fois par mois

8) A combien de kilomètres habitez-vous de votre pharmacie ?

□ Moins de 1km
□ 1 à 3 km
□ 3 à 5 km
□ Plus de 5 km
□ Je vais volontairement dans une pharmacie plus éloignée de chez moi pour aller chercher mes traitements contre l'addiction.

9) Etes-vous client depuis longtemps dans votre pharmacie ?

□ Moins de 3 mois
□ De 3 mois à 1 an
□ De 1 an à 5 ans
□ Plus de 5 ans

10) Pourquoi êtes-vous suivi dans un CSAPA ? Pour quelle problématique ?

Par exemple « J'ai une addiction à l'héroïne, à l'alcool et à la cocaïne »
En cas de consommations de plusieurs produits, indiquez le produit qui est le plus important ou qui pose le plus de problème pour vous et pour lequel vous avez un suivi en CSAPA.
□ Réponse ouverte

11) Prenez-vous des médicaments depuis longtemps contre la douleur ou l'addiction

□ Non, je prends des médicaments depuis moins de 3 mois
□ Oui, cela fait entre 3 mois et 6 mois que je prends mes médicaments
□ Oui, cela fait entre 6 mois et 9 mois que je prends mes médicaments
□ Oui, cela fait plus de 9 mois que je prends mes médicaments

12) Quels médicaments prenez-vous pour vos addictions?

□ Médicaments pour l'addiction au tabac (Substituts nicotiniques, Zyban®, Champix®…)
□ Médicaments pour l'addiction à l'alcool (Benzodiazépine, Baclofène, Aotal®, Selincro®, Revia®, Espéral…)
□ Médicaments pour l'addiction aux opiacés illicites et licites (antidouleur morphinique) (Méthadone®, Subutex®, Buprénorphine, Suboxone®)

13) Quels autres médicaments prenez-vous régulièrement (au moins 3 fois par semaine)? PR

□ Somnifères / hypnotiques : (traitement de l'insomnie)
□ Médicament antidépresseur
□ Médicament anxiolytique (contre l'anxiété)
□ Antipsychotiques (Leponex® Clozapine, Zyprexa® Olanzapine, Risperdal® Rispéridone, Xéroquel® Quétiapine, Solian® Amisulpride, Tercian®, Largactil®, Nozinan®, Haldol®, Loxapac®…)
□ Je récupère ces médicaments dans la même pharmacie que mes traitements pour l'addiction
□ Je récupère ces médicaments dans une pharmacie différente de celle où je récupère mes traitements pour l'addiction

14) Prenez-vous régulièrement (au moins 3 fois par semaine) des médicaments contre la douleur ?

□ Je ne consomme pas de médicaments contre la douleur
□ Oui des Anti douleurs non morphiniques (Paracétamol, Doliprane®, Efferalgan®, Dafalgan®, Acupan®, Aspirine, Aspégic®, Ibuprofène, autres anti-inflammatoires….)
□ Anti douleurs morphiniques "faibles" (Codéine, Codoliprane®, Tramadol, Contramal®, Lamaline®, Izalgi®…)
□ Antidouleurs forts (Morphine, Skenan®, Actiskenan®, Oxycodone, Oxycontin®, Oxynorm®, , Fentanyl, Durogésic®, Abstral®, Actiq®…)
□ Autres anti douleurs (Lyrica, Prégabaline, Neurontin, Gabapentine, Carbamazépine, Tegrétol, Laroxyl®, Amitriptyline, Kétamine, …)

Si vous connaissez le nom de vos médicaments, vous pouvez les écrire ici :
□ …

Attention, à partir de la question 15 nous ne parlerons que de la pharmacie où vous allez chercher vos traitements pour l'addiction.

15) Selon vous et vos critères, comment pourriez-vous définir la relation que vous entretenez avec votre pharmacien et son équipe ?

□ Excellente relation
□ Plutôt bonne relation
□ Plutôt pas bonne relation
□ Mauvaise relation

16) Avez-vous confiance en votre pharmacien (selon vous et vos critères) ?

□ Très confiance
□ Plutôt confiance
□ Plutôt pas confiance
□ Pas confiance

17) Vous sentez-vous à l'aise pour vous confier auprès de votre pharmacien et lui poser des questions sur vos médicaments et votre addiction (selon vous et vos critères) ?

□ Très à l'aise
□ Plutôt à l'aise
□ Plutôt pas à l'aise
□ Pas du tout à l'aise

18) Vous sentez-vous à l'aise pour vous confier auprès de votre pharmacien et lui poser des questions sur vos autres médicaments et autres maladies hors addiction (selon vous et vos critères) ?

□ Très à l'aise
□ Plutôt à l'aise
□ Plutôt pas à l'aise
□ Pas du tout à l'aise

19) Si vous ne vous sentez pas à l'aise pour vous confier auprès de votre pharmacien, indiquer pourquoi ?

□ Je ne suis pas concerné par cette question car je suis à l'aise pour me confier auprès de mon pharmacien
□ J'ai peur de lui poser des questions ou peur de le déranger
□ La confidentialité dans l'officine n'est pas suffisante
□ Le pharmacien n'est pas très à l'écoute (peu importe la raison)
□ Je n'aime pas beaucoup discuter avec le pharmacien ou son équipe
□ Ce n'est pas le travail du pharmacien, je n'ai pas à me confier à lui.

20) Combien de temps en moyenne dure votre passage au comptoir de la pharmacie ? (à vous faire servir)

□ Moins de 2 minutes
□ Entre 2 et 5 minutes
□ Entre 5 et 10 minutes
□ Plus de 10 minutes

21) Souhaiteriez-vous avoir plus de temps auprès de votre pharmacien ?

□ Non
□ Oui au comptoir de la pharmacie, j'aimerais que le pharmacien prenne plus de temps pour moi
□ Oui mais dans un espace dédié sans rendez-vous
□ Oui au comptoir avec un rendez-vous
□ Oui dans un espace dédié avec un rendez-vous

22) Concernant votre traitement pour les addictions, pensez-vous que votre pharmacien est compétent (selon vous et vos critères) ?

□ Très compétent
□ Plutôt compétent
□ Plutôt pas compétent
□ Pas compétent

23) Selon vous et vos critères : si vous deviez comparer les compétences du pharmacien concernant votre traitement pour l'addiction et vos autres traitements :

□ Vous le trouvez plus compétent pour les autres traitements que pour l'addiction
□ Vous le trouvez aussi compétent pour les autres traitements que pour l'addiction
□ Vous le trouvez moins compétent pour les autres traitements que pour l'addiction

24) En cas de problèmes avec vos traitements pour les addictions (disponibilité, posologie, effet indésirable…) pensez-vous que votre pharmacien représente une aide ?

□ Oui vraiment beaucoup
□ Plutôt oui
□ Plutôt non
□ Non pas du tout
□ Mon pharmacien m'aide plus pour mon addiction que pour mes autres traitements
□ Mon pharmacien m'aide moins pour mon addiction que pour mes autres traitements
□ Mon pharmacien m'aide autant pour mon addiction que pour mes autres traitements

25) Vous sentez-vous bien conseillé sur vos médicaments pour les addictions et bien averti de leurs potentiels risques ?

□ Très bien
□ Plutôt bien
□ Plutôt pas bien
□ Pas bien du tout
□ Mon pharmacien me conseille plus pour mon addiction que pour mes autres traitements
□ Mon pharmacien me conseille moins pour mon addiction que pour mes autres traitements
□ Mon pharmacien me conseille aussi bien pour mon addiction que pour mes autres traitements

26) Vous arrive-t-il de ne pas comprendre ce que dit votre pharmacien car il utilise un langage trop compliqué ?

□ Très souvent
□ Plutôt souvent
□ Plutôt rarement
□ Rarement

27) Selon vous, qu'est-ce qui peut empêcher une bonne prise en charge par votre pharmacien au comptoir de la pharmacie ?

□ S'il y a trop de monde dans la pharmacie
□ Selon le professionnel qui sert (pharmacien titulaire, stagiaire, préparateur, sujet jeune,…)
□ Si le professionnel est très occupé
□ L'attitude du patient : son comportement, ses réactions vis-à-vis des questions du pharmacien, ses réponses aux questions le ton employé…

28) Votre pharmacien doit-il systématiquement commander certains de vos médicaments pour les addictions (et donc vous faire revenir plus tard dans la journée) ?

 Oui il doit toujours commander mes médicaments
 Non mon pharmacien a quasiment toujours les médicaments dont j'ai besoin

29) Question sur la place du pharmacien (cocher les réponses pour lesquelles vous êtes d'accord)

 Mon pharmacien et mon médecin doivent communiquer et se parler à mon sujet afin d'échanger des informations pour que je sois bien pris en charge
 Je n'apprécie pas que mon pharmacien appelle mon médecin pour lui parler de moi
 Le fait de devoir venir régulièrement à la pharmacie pour chercher mes traitements (toutes les semaines voir tous les jours) m'aide ou m'aiderait dans mon addiction
 Je préfère aller le moins souvent possible à la pharmacie

30) Selon-vous, au minimum, à quoi doit ressembler le travail du pharmacien au comptoir lors d'une délivrance (même si la pharmacie est remplie de patients, et pour n'importe quel patient) **Maximum 5 réponses possibles**

 Accueil sympathique
 Prendre des nouvelles du patient ou de son entourage
 Donner les médicaments que le patient vient chercher
 Avertir sur les risques du médicament et ses effets indésirables
 Donner à l'oral la posologie du médicament (1 comprimé matin-midi-soir)
 Noter sur les boîtes la posologie du médicament (1 comprimé matin-midi-soir)
 Le pharmacien doit poser des questions au patient
 Le pharmacien doit expliquer la maladie
 Le pharmacien doit expliquer le traitement
 Le pharmacien doit avertir le patient sur les autres médicaments à ne pas prendre
 Le patient doit pouvoir expliquer son inquiétude et se sentir écouté

31) Vous sentez-vous parfois stigmatisé* par le pharmacien où son équipe en raison de vos addictions, de vos traitements?

*Sentiment d'être jugé, critiqué, mal vu, voire rejeté.

 Oui je me sens stigmatisé parfois
 Non je ne me sens jamais stigmatisé
 Oui je me sens stigmatisé mais uniquement par rapport à mon addiction
 Oui je me sens stigmatisé mais aussi bien pour mon addiction que pour tous mes autres traitements

32) Selon vous, comment le pharmacien (ou son équipe) vous voit ?

 Le pharmacien me voit comme un patient normal
 Le pharmacien me juge et me voit d'un mauvais œil (comme une mauvaise personne)
 Le pharmacien me fait parfois avoir honte de moi, et me fait me sentir coupable

33) Un pharmacien a-t-il déjà refusé de vous donner vos médicaments ?

 Non
 Oui à cause d'un problème sur l'ordonnance (date, médecin, posologie…)
 Le pharmacien ne voulait pas vous donner « ce genre de médicaments »
 Oui, les pharmaciens refusent souvent de donner les médicaments pour l'addiction
 Oui, les pharmaciens refusent souvent de donner les médicaments hors addiction

34) Avez-vous déjà eu des conflits avec votre pharmacien ?

□ Non jamais
□ Oui et régulièrement (plus de 3 fois dans l'année)
□ Oui mais pas régulièrement (moins de 2 fois dans l'année)
□ Oui avec violence verbale
□ Oui avec violence physique
□ Les conflits concernent souvent mon traitement pour l'addiction
□ Les conflits concerne autant mon traitement pour l'addiction que mes autres traitements

35) Avez-vous été gêné de répondre à ce questionnaire ? (mettre une croix de 0 à 100)

0 ---------- 100
Non pas du tout gêné Oui très gêné

Voilà le questionnaire est terminé ! Je vous remercie pour votre participation à ce questionnaire !

Figure annexe n°3 : Cas pratique proposé aux étudiants (questions 34 & 35).

- Nous sommes le 10.01.2020, Mr X est un client de longue date, traité depuis longtemps par Buprénorphine/Naloxone seulement. Mr X se présente à la pharmacie avec l'ordonnance sécurisée suivante :

Docteur MG Grenoble RPPS…	Le 01.01.20 Mr X
Buprénorphine / Naloxone - comprimé à huit / deux milligrammes 1 par jour pendant vingt-huit jours	Age
Ajout de Nalméfène (sélincro) 1 comprimé en fin d'après-midi	A délivrer à la pharmacie CHUGA
2	Signature du Médecin