



HAL
open science

Prise en charge du patient toxicomane à l'officine

Salomé Perrin-Agou

► **To cite this version:**

Salomé Perrin-Agou. Prise en charge du patient toxicomane à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03290782

HAL Id: dumas-03290782

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03290782>

Submitted on 19 Jul 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.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Avril 2021

par

Perrin-Agou Salomé

Né(e) le 16 février 1995 à Mont-Saint-Aignan

PRISE EN CHARGE DU PATIENT TOXICOMANE À L'OFFICINE

Présidente du jury

Dr Malika SKIBA

Docteur en Pharmacie et Enseignant-chercheur en Pharmacie Galénique

Membres du jury :

M. Philippe Decrouez, Docteur en Pharmacie

M. Thierry Wable, Maître de Conférences

Remerciements

Une thèse n'est pas une fin en soi, mais c'est un moment particulier dans une vie : il y aura eu un avant qui ne sera plus, et il y aura un après à construire. Aussi, au moment de franchir cette limite, je suis obligée de penser à tous ceux qui, de près ou de loin, auront contribué à ce grand effort car, si l'épreuve est individuelle, ses implications sont sociales, académiques, familiales, et humaines tout simplement.

Je dédie donc cette thèse,

à ma maman, la personne la plus chère à mes yeux. Celle qui a fait de moi ce que je suis devenue aujourd'hui. Celle qui a mis de côté sa carrière professionnelle pour nous élever. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

à Amaury, pour m'avoir tant aimé depuis toutes ces années. Après l'ouverture de notre restaurant pendant la crise sanitaire et bientôt une application mobile qui va sans aucun doute cartonner, que nous réserve encore l'avenir ? J'ai hâte de le découvrir ! Je t'aime

à Liam et Ceylian mes frères, les amours de ma vie. Je vous souhaite beaucoup de réussite, énormément d'amour et que tous vos rêves se réalisent.

à Fazia, ma tante, ce modèle de réussite sans conteste. Pharmacienne titulaire depuis plus de 10 ans et quatre enfants plus tard, tu resteras à jamais mon modèle de réussite.

à ma grand-mère, cette femme d'exception qui a tant donné. Celle qui a dû quitter son pays à 16 ans pour rejoindre la France et y construire sa famille. J'espère que cette thèse te rendra fière.

à Jean et Françoise pour leur gentillesse envers moi et pour m'avoir toujours accueilli les bras grands ouverts.

Toute ma reconnaissance va vers celles et ceux qui ont accepté d'évaluer ce travail :

à Mme Skiba, pour sa gentillesse et sa patience envers moi. Je n'oublierai jamais les travaux pratiques de Galénique qui feront très certainement partie des meilleurs souvenirs de ces 6 années d'études.

à Mr et Mme Decrouez pour m'avoir tant appris pendant mes études. De par votre grande expérience, vous avez su me montrer ce qu'était le vrai métier de Pharmacien. Nos discussions m'ont tellement instruites ! Merci infiniment pour tout ce que vous avez fait pour moi, je ne vous oublierai jamais.

à Mr Wable, pour cette bouffée d'oxygène pendant vos cours. Ces moments représentaient pour moi la réalité du terrain et me permettaient de m'épanouir dans ce que j'apprécie le plus aujourd'hui : la communication.

L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikael **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE-BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Virologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (détachement)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	16
Partie I : La toxicomanie.....	18
I. La toxicomanie : notions générales et définitions	18
1. Définitions	18
2. Usage et dépendance	19
2.1. Les causes.....	19
2.2. Le parcours du toxicomane.....	22
2.3. Différents niveaux d'usages des drogues.....	23
2.4. La poly-consommation.....	28
3. Effets et dangers des drogues	29
3.1. Les effets.....	29
3.2. Les dangers	30
3.3. Un potentiel à chaque drogue.....	30
II. La diversité des drogues et leur action pharmacologique	31
1. Les principales drogues.....	31
2. Mode d'action et dépendance	34
3. Principaux produits de substitution des drogues	36
3.1. Buprénorphine	36
3.1.1. Mécanisme d'action, cinétique et effets	36
3.1.2. Présentation commerciale.....	37
3.1.3. Posologie	37
3.1.4. Effets indésirables	37
3.1.5. Interactions.....	38
3.1.6. Contre-indications.....	38
3.1.7. Législation.....	39
3.1.8. Les risques	39
3.2. Méthadone.....	40
3.2.1. Mécanisme d'action, cinétique et effets	40
3.2.2. Présentation commerciale.....	41
3.2.3. Posologie	41
3.2.4. Effets indésirables	41
3.2.5. Interactions.....	42
3.2.6. Contre-indications.....	42
3.2.7. Législation.....	43
3.2.8. Les risques	43
Partie II : Prise en charge à l'officine par le pharmacien	44
I. Les principes de l'intervention pharmaceutique en toxicomanie	44
II. Les fonctions du pharmacien.....	46
1. La prévention	47
2. La relation entre pharmacien et toxicomane.....	48
2.1. Les bases du dialogue.....	48
2.2. Désamorcer les tensions et les conflits	48
3. Pistes pour améliorer la prise en charge des patients toxicomanes.....	49
3.1. Diffusion de fiches pratiques pour le patient.....	49
3.2. Mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique du patient (ETP)	50
3.3. Mise en place d'entretiens pharmaceutiques personnalisés.....	51
3.4. Élaboration d'un livret conseil de réduction des risques en lien avec le mésusage et le détournement d'usage des TSO	51

III. Le détournement d'usage des médicaments substitutifs	53
1. L'expression de la demande	53
2. La conduite du pharmacien face à cette demande	53
2.1. Les ordonnances sécurisées : règles de prescription et délivrance	54
2.2. La réponse du pharmacien face au détournement	56
2.3. Le médicament et son bon usage	57
2.3.1. L'opposition à la vente	57
2.3.2. Les centres de pharmacodépendance (Ansm.fr, 2017)	57
Partie III : Enquête auprès des Pharmaciens d'Officine concernant la prise en charge du patient toxicomane	59
I. Questionnaire	59
II. Réponses et analyse	63
III. Discussion et conclusion.....	74
Conclusion générale	76
Références bibliographiques	79
Annexes.....	81
Serment de Galien	86

FIGURES ET TABLEAUX

- Figure 1 :** Chronologie de la consommation
Figure 2 : La molécule de Buprénorphine
Figure 3 : La molécule de Méthadone
Figure 4 : Modèle d'une ordonnance sécurisée pour la prescription de médicaments stupéfiants ou assimilés stupéfiants
- Tableau 1 :** Critères de dépendance de la DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

ABREVIATIONS

- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
DSM : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders-V
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (abréviation de l'anglais)
MDMA : MéthylèneDioxyMéthAmphétamine
CIO : Comité International Olympique
BHD : Burprénorphine Haut Dosage
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MSO : Médicament de Substitution aux Opioïdes
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
TSO : Traitement de Substitution Opiacée
CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
ETP : Education Thérapeutique du Patient
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CSP : Centre Spécialités Pharmaceutiques.
ONU : Organisation des Nations Unies
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives
CEIP : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance/ Addictovigilance
CNSP : Comité National de Santé Publique

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

CSST : Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CFA : Centres de Formation des Apprentis

SCMR : Salles de Consommation à Moindre Risque

Introduction

La relation Pharmacien-Toxicomane a toujours été d'un abord complexe et elle n'est pas si loin l'époque où l'indifférence, le rejet et la mauvaise conscience primaient pour contrer une situation dans laquelle le pharmacien se sentait souvent démuné.

Avec l'épidémie du Sida qui s'est propagée dans les années 90, la politique gouvernementale de réduction des risques mise en place à cette époque a permis d'afficher le pharmacien comme l'acteur professionnel de « première ligne » donc avec un rôle important à jouer sur le plan de la santé publique.

En effet, le pharmacien est le premier des professionnels de santé avec lequel tous les usagers de drogues peuvent entrer en contact. Il délivre le matériel d'injection utilisé par les toxicomanes mais son rôle n'est pas uniquement technique. Le pharmacien est aussi le porteur de la politique de réduction des risques. Il donne sa cohérence à deux impératifs de cette mission apparemment contradictoires : le respect du choix de l'utilisateur de drogues et la protection de sa santé.

Le pharmacien assume les fonctions de surveillant et d'arbitre entre l'utilisateur et le médecin et, plus largement, les services sanitaires. Il peut facilement faire le lien avec les autres acteurs de santé car il est le premier à suivre l'évolution des consommations de médicaments psychotropes de sa clientèle et leur détournement éventuel. Le pharmacien fait donc partie intégrante du réseau de soins.

Cette thèse est composée de trois parties :

La première partie présente la toxicomanie dans sa globalité pour répondre à deux questions : Qu'est-ce que la dépendance ? Quelles en sont les causes ? Nous présenterons les différentes drogues et les différents traitements substitutifs délivrables à l'officine.

Dans la deuxième partie, nous expliquons le rôle du pharmacien dans cette prise en charge particulière : la prévention, une écoute attentive, des conseils personnalisés. La communication est un élément essentiel à la bonne observance du traitement. Comment un pharmacien peut diriger le patient toxicomane vers la voie de la guérison ?

La troisième partie présente un sondage réalisé à l'aide des réseaux sociaux en ciblant les

pharmaciens de Normandie où les principaux résultats obtenus suite à cette enquête seront discutés.

La lutte contre la toxicomanie est une responsabilité collective. Il est important et nécessaire que tous les acteurs, médicaux et sociaux, travaillent mutuellement et partagent les informations afin d'améliorer cette prise en charge, d'autant plus que le toxicomane stigmatise à lui seul toutes sortes de difficultés.

Partie I : La toxicomanie

I. La toxicomanie : notions générales et définitions

1. Définitions

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la toxicomanie comme « un état de dépendance physique ou psychique ou les deux, vis-à-vis d'un produit s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci ». La toxicomanie représente donc une aliénation, une certaine privation de liberté puisque le toxicomane est profondément dépendant de sa drogue. L'OMS préfère même au terme de « toxicomanie », celui de « pharmacodépendance ».

Une drogue

La définition de l'OMS est très large. On appelle drogue « toute substance qui peut modifier la conscience et le comportement de l'utilisateur ». En ce sens, tout médicament peut être désigné par le mot drogue. Selon l'usage qui en est fait, les drogues peuvent être employées à des fins médicales ou à des fins non médicales. Seules les substances susceptibles de modifier la fonction psychique (y compris l'alcool) peuvent être retenues comme drogues. Ce sont les **drogues psychotropes**, c'est-à-dire l'ensemble des substances d'origine naturelle ou synthétique qui peuvent, par leur action sur le système nerveux central, modifier l'activité mentale, les sensations, les comportements.

Le toxicomane

Il y a plusieurs types d'usagers de la drogue :

- Les usagers occasionnels, parfois appelés « récréatifs », qui n'ont pas totalement perdu leur liberté par rapport au produit.
- Les toxicomanes qui ont une relation de complète dépendance avec leur drogue et dont la vie quotidienne est centrée sur la recherche et l'usage du produit.

Un traitement substitutif

C'est l'utilisation temporaire, sous contrôle médical, d'une substance médicamenteuse destinée à libérer le sujet de la dépendance vis à vis de diverses drogues et notamment de l'héroïne. Ce traitement médical doit s'accompagner d'une prise en charge psychosociale. Deux produits de substitution sont principalement utilisés :

- La méthadone
- La buprénorphine

À ces produits, s'ajoute la naltrexone (Nalorex[®]) mais celle-ci est très peu utilisée en France.

Les thérapeutiques de substitution peuvent améliorer la situation sanitaire et sociale des usagers dépendants chroniques d'héroïne. Réduisant les risques individuels, la substitution permet au toxicomane de modifier son comportement (réduction ou arrêt de l'usage de drogues injectables, des actes délictueux, reprise ou formulation de projets d'insertion sociale, de formation...).

L'addiction

C'est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsifs de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives.

Le diagnostic de l'addiction (ou dépendance) repose sur des critères bien définis, fixés par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans un manuel, le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM), dont la cinquième édition date de 2013. Parmi ces critères, on trouve la perte de contrôle de soi, l'interférence de la consommation sur les activités scolaires ou professionnelles, ou encore la poursuite de la consommation malgré la prise de conscience des troubles qu'elle engendre. (*Prevention.Ch – 2018*)

2. Usage et dépendance

2.1. Les causes

Au regard des conséquences, la consommation de drogue n'est pas un geste banal, il est toujours expliqué par une raison, consciente ou non. **En toxicomanie, cette raison est aussi importante que la nature de la drogue consommée** : la découvrir ou la connaître donne une clé utile, sinon indispensable, pour obtenir une possible rémission, particulièrement si la consommation est liée à un problème psychique, familial ou social sous-jacent. Les causes d'usage de

drogue sont multiples et variées. Nous recensons, ci-dessous, les raisons les plus communément rencontrées, mais bien d'autres raisons spécifiques sont inhérentes à chaque individu.

A titre ludique, par curiosité ou par transgression

C'est certainement la cause la plus courante de consommation de drogue, mais il s'agit particulièrement de celle qui génère les premiers essais de consommation.

- Consommation en groupe d'alcool, de tabac, de cannabis, cocaïne, ecstasy ou autre pour « faire comme les autres », marquer son appartenance au groupe, à titre de convivialité,
- Consommation pour augmenter le sentiment d'empathie et de communion avec les autres ou vaincre ses inhibitions et se libérer des contraintes sociales,
- Pour rechercher du plaisir et se défouler,
- Pour ressentir des sensations intenses, hors du commun : jouissance avec les opiacés (héroïne), amplification ou déformation de la perception avec les hallucinogènes (L.S.D. ou autres), sentiment de toute puissance (cocaïne, amphétamines) etc.
- À l'adolescence pour transgresser les normes du monde des adultes et faire sa propre expérience.

Pour vaincre un mal-être ou une angoisse

- Cas fréquent de consommation de sédatifs (alcool, héroïne, médicaments) ou de cannabis,
- Pour tromper son ennui,
- Pour fuir la réalité et les problèmes que l'on juge insupportables,
- Souvent lié à une situation familiale, scolaire ou professionnelle difficile ou ressentie comme telle :
 - mésentente ou séparation des parents,
 - violences familiales verbales ou physiques, abus sexuels et inceste,
 - manque de repères éducatifs ou, au contraire, trop forte pression des parents,
 - difficultés de communication parents-enfants ou entre parents, refoulement de l'expression des sentiments dans certaines familles,

- carence affective de la part des parents ou, au contraire, relation fusionnelle et étouffante avec l'un des parents,

- drames familiaux occultés et « secrets de famille » non révélés,

- difficultés scolaires ou professionnelles qui génèrent un sentiment d'échec dévalorisant, etc...

- Parfois lié à un problème psychique (angoisse, sentiment de vide) ou neurologique sous-jacent non révélé (dépression, psychose, paranoïa, schizophrénie, etc.),

Selon une enquête Ipsos conduite en 2005, plus de la moitié des adolescents de 13 à 18 ans disent avoir déjà rencontré un problème « important » dans leur vie et le tiers disent le vivre actuellement. Sont cités entre autres ; les problèmes familiaux (57%), scolaires (35%) sentimentaux (30%) et psychologiques (12%).

Pour améliorer ses performances

- Cas d'utilisation des stimulants, consommation d'amphétamines, de cocaïne et dérivés,
- Dopage dans le sport ou la vie professionnelle,
- Consommation d'ecstasy dans les soirées pour « se défoncer » et rester éveillé toute une nuit,
- Recherche de sensations fortes et défi personnel.

Pour se soigner et résoudre des difficultés comportementales

- Certains prendront du cannabis pour calmer des douleurs,
- Des parents feront prendre des calmants à leur enfant pour « être tranquilles »,
- Des insomniaques feront un abus de sédatifs,
- Des timides prendront un excitant pour vaincre leur timidité,
- Les schizophrènes ont fréquemment une consommation abusive de cannabis. (*Prevention.Ch – 2018*)

Quelle qu'en soit la cause, l'usage de drogue est rarement sans conséquences pour le consommateur et son entourage.

2.2. Le parcours du toxicomane

Le premier contact avec la drogue se fait souvent dans un groupe où il a valeur d'intégration ou d'initiation : le premier verre d'alcool en famille, la première cigarette puis le premier joint avec des amis, la première ligne de cocaïne avec des collègues, le premier cachet d'ecstasy dans une soirée ou une rave party, etc. Il est d'autant plus aisé que l'on peut facilement se procurer la drogue utilisée. Cette initiation a souvent lieu à l'adolescence pour faire comme les autres, braver l'interdit ou vaincre un mal-être fréquent à cet âge. C'est le début de « l'usage » ou « phase de plaisir ». (OFDT, 2019)

La plupart des consommateurs en restent là et cessent rapidement leur consommation ou en font un usage épisodique jusqu'à avoir atteint leur maturité psychique et sociale (parfois tardivement) et ils s'arrêtent. **Cela ne veut pas dire que cette consommation est anodine**, elle peut même être dangereuse (ecstasy, crack, LSD, cannabis et alcool si ivresse, etc.) et doit toujours être prise en considération.

Certains ressentent avec cette consommation un plaisir fort ou un soulagement temporaire de leurs problèmes, et sont tentés de renouveler l'expérience de plus en plus fréquemment, d'autant que le plaisir s'émousse puis disparaît ou que le problème resurgit dès que la drogue ne fait plus d'effet.

Le produit n'a généralement pas encore induit d'effets négatifs sur la santé, le psychisme ou la vie sociale, mais l'accoutumance commence à prendre place et diminue l'effet de la drogue, ce qui pousse insidieusement, sans que l'on s'en rende compte, à en **consommer de plus en plus et de plus en plus souvent**. C'est le début de « l'abus ».

L'abus va produire des effets perturbateurs sur la santé, le psychisme et le comportement. **L'abus devient rapidement nocif**.

Les habitudes physiques et psychiques s'installent. Lorsqu'il ne consomme pas, le consommateur va ressentir **l'état de manque**, assorti d'une souffrance physique ou simplement d'une gêne ou d'une souffrance psychique. Il va passer du plaisir au besoin de plus en plus impérieux de consommer pour atténuer cette souffrance. Il entre dans la phase de « gestion du manque » où le manque cohabite avec le plaisir ou le soulagement.

Pour combler ce manque, il va consommer de plus en plus souvent **seul**, de plus en plus **tôt dans la journée**. Le processus de **dépendance** est engagé. Le consommateur va voir son temps et sa vie de plus en plus monopolisés par la recherche de drogues. La dépendance est installée. C'est la phase de « **galère** » avec des conséquences parfois très dures sur la santé et surtout sur la vie sociale.

Son comportement, ses modes de pensée et sa façon de raisonner sont modifiés et altérés par son besoin de drogue. **Il se trouve isolé et souvent rejeté** par son entourage familial ou d'amis qui ne comprennent plus sa façon de raisonner et ne supportent plus son comportement, ses mensonges et souvent son laisser-aller, voire sa déchéance. Il se replie alors sur lui-même et se tourne vers ceux qui consomment comme lui.

Il sera passé progressivement, insidieusement, de façon plus ou moins rapide selon la drogue utilisée, du plaisir à la souffrance, de l'expérimentation à la dépendance, de la vie normale à la déchéance. (*Prevention.Ch – 2018*)

2.3. Différents niveaux d'usages des drogues

La chronologie de la consommation peut être schématiquement représentée comme telle (Figure 1) :

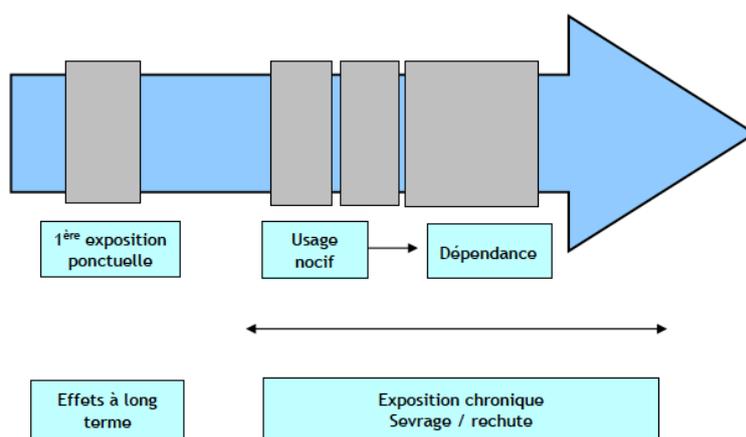


Figure 1 : Chronologie de la consommation - *Baudens A. Prévention et prise en charge de la toxicomanie à l'officine, Thèse de docteur en Pharmacie, Lille, 2017*

En matière de consommation de produits psychoactifs, nous distinguerons quatre niveaux évoqués précédemment :

- **L'usage**
- **L'abus**
- **L'usage nocif**
- **La dépendance**

Cette distinction repose sur les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Association Américaine de Psychiatrie et est reconnue au plan international, bien que certains auteurs fusionnent en un seul niveau l'abus et l'usage nocif car ces deux niveaux incluent des notions de souffrance et de préjudice.

➤ **L'usage**

L'usage est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des effets nocifs sur les autres.

L'usage est souvent une consommation ludique ou conviviale, faite pour s'amuser, passer un bon moment avec les autres ou par curiosité. L'usage est souvent le cas de l'expérimentation d'adolescents ou de jeunes adultes, c'est aussi le cas du verre d'alcool avec des amis. La plupart du temps l'usage ne conduit pas à une quelconque escalade. Cette consommation peut varier dans son intensité et peut être qualifiée d'**expérimentale**, d'**occasionnelle** ou de **régulière**. Nous pouvons dire à travers cette définition que l'usage ne peut être considéré comme un problème. Les seules complications de l'usage simple de substances illicites sont pénales ou sociales.

Les principes d'usage de telles substances renvoient à trois modalités de consommation :

- La non-consommation

Qu'elle soit primaire (sans initiation) ou secondaire (arrêt après une période de consommation), la majorité de la population ne consomme pas. Par exemple, en 2014, l'expérimentation du cannabis concerne 42% des adultes de 18 à 64 ans. La consommation régulière, nettement moins fréquente, s'élève à 3% (5% pour les hommes et 2% pour les femmes). Autre exemple : 5,6% des 18-64 ans ont expérimenté la cocaïne en 2014. La consommation au cours de l'année concerne 1,1% des personnes âgées de 18 à 64 ans (OFDT,2015).

- La consommation et le cercle social

Cette consommation est la plupart du temps rattachée avec le refus, la tolérance ou la valorisation d'une substance par une société donnée à un moment donné. Par exemple, nous pouvons citer la place du vin en France ; tout dépend du compromis fait entre intérêts et prises de position multiples. Les normes de consommation ne cessent d'évoluer.

- La consommation à risques

Il faut que le consommateur soit bien informé des risques aussi bien par les pouvoirs publics que par le vendeur de drogues.

Les risques peuvent être aigus dans certaines circonstances, de par les propriétés pharmacologiques du produit et par le mode de consommation. Il convient aussi de souligner que la personnalité du consommateur facilite les prises de risque ou le comportement agressif. Il faut également mentionner les femmes enceintes, chez qui tous les produits ont un effet néfaste sur le fœtus (*Reynaud M. et al., 2000*).

➤ **L'abus**

L'abus est un mode de consommation inadéquat d'une substance qui génère une souffrance ou altère le fonctionnement de façon que l'on puisse constater sur une période d'un an au moins, un des faits suivants :

- L'utilisation d'une drogue dans des situations où cela peut devenir dangereux (conduire une voiture, faire fonctionner une machine),
- Des infractions répétées, liées à l'usage d'une drogue (violences commises ou accidents occasionnés sous l'effet du produit),
- L'aggravation de problèmes personnels ou sociaux causés ou amplifiés par les effets de la drogue (dégradation des relations familiales, difficultés financières),
- L'incapacité à remplir ses obligations dans sa vie professionnelle, à l'école, à la maison ou en famille : absences répétées ou mauvaises performances au travail, perte d'attention, mauvais résultats ou absentéisme scolaire, exclusion, abandon des responsabilités familiales ou professionnelles, etc.

L'abus n'est pas uniquement lié à la quantité consommée en une seule fois.

➤ **L'usage nocif**

L'usage nocif est une consommation de substances psychoactives préjudiciable à la santé qui provoque des dommages physiques ou/et psychiques au consommateur.

Les dommages peuvent être générés par la substance elle-même ou par les modalités de la consommation. Les conséquences de cet usage nocif peuvent aussi mettre en péril la santé et l'équilibre des autres, comme les risques qu'encourt une femme enceinte pour la santé de son bébé.

Cet usage peut créer des dommages sociaux pour le consommateur et pour son entourage proche ou lointain. Il est généralement désapprouvé par les autres et par l'environnement social et culturel mais ce point ne constitue pas en lui seul un critère d'usage nocif.

➤ **La dépendance**

Brutale ou progressive selon les produits et l'état physique et psychique du consommateur, la dépendance est installée quand un usager ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques.

Ces troubles de manque, appelés « syndrome de sevrage », peuvent être extrêmement douloureux, particulièrement lors du sevrage de l'héroïne. La vie quotidienne du consommateur dépendant est alors dédiée, souvent exclusivement, à la recherche et la prise de drogue.

On distingue deux dépendances : la dépendance physique et la dépendance psychique, qui peuvent ou non être associées et qui se caractérisent par des symptômes généraux comme l'impossibilité de résister au besoin de consommation, l'anxiété avant la consommation, la perte de contrôle de soi pendant la consommation, le soulagement ressenti après la consommation.

• **La dépendance physique**

La dépendance physique est en partie due à un dysfonctionnement des métabolismes cérébraux, dysfonctionnement causé par la drogue utilisée. Ce dysfonctionnement des métabolismes est bien un phénomène physique.

Certains produits entraînent une dépendance physique : en l'absence du produit, l'organisme est en manque et réclame le produit. Les symptômes sont variables selon la substance consommée. La privation de produits tels que les opiacés, le tabac, l'alcool et certains médicaments psychoactifs engendre des malaises physiques tels que douleurs violentes avec les opiacés, tremblements avec l'alcool, convulsions avec les barbituriques et les benzodiazépines, fièvre, diarrhées, etc. L'état de manque peut s'accompagner de troubles du comportement (anxiété, irascibilité, angoisse...).

Lorsque l'usager arrête la prise de ce type de drogue, on parle de **sevrage**. Le sevrage peut être brutal ou progressif. Pour libérer l'organisme du besoin de la drogue sans les effets physiques du manque, les personnes dépendantes peuvent bénéficier d'une aide médicale et psychologique sous la forme d'un sevrage sous contrôle médical ou d'un traitement de substitution.

Le suivi et l'accompagnement psychologique sont presque toujours nécessaires pour un sevrage définitif, ils favorisent et consolident les résultats attendus.

Le sevrage physique, contrairement au sevrage psychique **est généralement rapide** : de quelques jours à deux mois selon la drogue, l'usage qui en est fait et la personne concernée.

- **La dépendance psychique**

La privation d'un produit entraîne une sensation de malaise, d'angoisse, allant parfois jusqu'à la dépression. Une fois qu'elle a cessé de consommer, la personne peut mettre longtemps à se réadapter à la vie sans le produit. **Ce temps se compte souvent en années**. L'arrêt de la consommation bouleverse ses habitudes, laisse un vide et permet la réapparition d'un mal être que la consommation visait à supprimer. Cela explique la survenue fréquente de **rechutes**, elles sont normales et font partie du lent processus de marche vers une vie sans drogue.

La dépendance psychique peut être multiple et ne pas être une simple dépendance au produit, c'est la **poly-dépendance**. Le consommateur peut développer, parallèlement à la dépendance au produit, une dépendance au rituel de prise : préparation du produit, préparation de la seringue, du joint, de la pipe etc. Il peut également être dépendant à des horaires de consommation ou de rencontre avec son dealer, à des atmosphères ou des ambiances, à des situations ou des lieux où il a pour habitude de consommer. C'est cet ensemble de dépendances variées qui explique la très longue durée du sevrage psychique.

On peut en effet se souvenir toute une vie d'odeurs, de goûts, d'ambiances ou de rencontres qui nous ont marqué pendant l'enfance et même après : la « madeleine de Proust », la cigarette associée à l'odeur du café, etc... On peut également ne consommer que dans certaines situations. C'est le cas du fumeur qui fume au bureau pendant la semaine et s'abstient chez lui pendant le week-end ou les vacances, ou l'inverse. (*Prevention.Ch – 2018*)

Les manifestations diverses d'un état de dépendance sont résumées dans le tableau suivant :

Dépendance DSM IV (1994)
<i>Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :</i>
1 - existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
2 - existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance
b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
3 - la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
4 - un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
5 - un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
6 - d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
7 - l'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Tableau 1: Critères de dépendance de la DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

2.4. La poly-consommation

On constate que la consommation d'un produit entraîne fréquemment des consommations associées : alcool et cigarette, cannabis et alcool, ecstasy et cannabis ou médicaments psychoactifs, etc. Dans ces cas, on parle de **poly-consommation**. **Conjugués, les effets des produits peuvent être amplifiés, entraînant des risques graves pour la santé.** Les dangers sont par ailleurs souvent méconnus de l'utilisateur.

On distingue **deux modes de poly-consommation** :

➤ **La personne fait l'usage régulier de plusieurs produits**

Elle consomme par exemple régulièrement du tabac, de l'alcool et des anxiolytiques. Un tiers des hommes qui prennent des somnifères ou des tranquillisants ont une consommation d'alcool problématique. Les fumeurs réguliers de tabac ont plus souvent que les autres une consommation d'alcool excessive. C'est aussi parmi les consommateurs de cannabis que l'on

trouve la plus grande proportion d'expérimentateurs d'autres drogues illicites comme le LSD et la cocaïne.

➤ **La personne associe plusieurs produits à la fois au cours d'une même consommation**

Les enquêtes conduites par l'OFDT montrent que les « mélanges » à deux composants sont les plus nombreux (80%). La substance la plus citée est le cannabis, qui est présent dans 99% des mélanges, devant l'alcool (43%). Viennent ensuite l'ecstasy (16% des mélanges cités), les champignons, le LSD, les poppers, la cocaïne, et les produits à inhaler (5%). (*Prevention.Ch – 2018*)

3. Effets et dangers des drogues

3.1. Les effets

Les effets d'une drogue sont largement dépendants, de la drogue elle-même, mais aussi de l'individu qui l'absorbe, de son état physique et psychique et des circonstances dans lesquelles il la consomme.

Les effets varient selon le type de drogue et en résumé :

- **Les stimulants** favorisent temporairement un état d'éveil et d'excitation et réduisent la fatigue. Ils induisent un sentiment fallacieux d'assurance et de contrôle de soi. L'effet est généralement suivi d'un état d'épuisement et de dépression.
- **Les hallucinogènes ou perturbateurs** provoquent une perturbation de la perception de l'environnement et de la réalité : modifications du temps et de l'espace, sensibilité exacerbée aux couleurs et aux sons.
- **Les dépresseurs** entraînent une sensation de détente et de rêve ainsi qu'une perte d'inhibition.

Il est à souligner qu'une même drogue peut avoir des effets différents selon la dose absorbée. Certains produits peuvent par exemple être stimulants à faible dose et dépresseurs à forte dose. (*Prevention.Ch – 2018*)

3.2. Les dangers

- Le risque **somatique** : capacité à léser certains organes (foie ou système nerveux pour l'alcool, destruction des neurones pour l'ecstasy, cancer pour le tabac ou le cannabis, etc.) et à induire des maladies.
- Le risque **psychique** : troubles psychiques durables plus ou moins graves (modification de l'humeur, perte de contrôle de soi, troubles du comportement, anxiété, dépression, crises d'angoisse et de panique, délire, épisodes psychotiques, troubles de la personnalité).
- Le risque **social** : isolement, marginalisation, exclusion sociale, violences, accidents.
- Le risque **maternel et fœtal** : fausse couche, mort *in utero*, accouchement prématuré, malformations du fœtus, mort subite du nourrisson, retard de croissance. (*Prevention.Ch – 2018*)

3.3. Un potentiel à chaque drogue

- Un potentiel « **intoxicant** » induisant des risques somatiques et psychiques, pouvant aller jusqu'à la mort par overdose.
- Un potentiel « **agressogène** », lié à une désinhibition et à un sentiment de toute puissance, conduisant à la violence ou aux accidents.
- Un potentiel **addictif**, c'est à dire la capacité à conduire à la dépendance. Le délai de dépendance, physique ou psychique, sera plus ou moins rapide mais jamais absent. (*Prevention.Ch – 2018*)

Toutes les drogues apportent quelques minutes de rêve, toutes peuvent conduire à des années d'enfer.

Baudelaire, le grand poète, connu aussi pour son usage de drogues, écrivait : « Je veux prouver que les chercheurs de paradis font leur enfer, le préparent, le creusent avec un succès dont les prévisions les épouvanteraient peut-être ». (*Baudelaire C. Les paradis artificiels. Paris, Folio, 1972*)

II. La diversité des drogues et leur action pharmacologique

1. Les principales drogues

On recense aujourd'hui plusieurs centaines de drogues qui **peuvent être classées selon leurs effets ou selon leur dangerosité**. Ces deux classements comportent toujours une part d'arbitraire, ainsi les effets d'une drogue sont fortement dépendants de la dose absorbée mais aussi de la personne qui l'absorbe, de son état physique et psychique et même de son environnement au moment de la consommation. Nous avons tous l'expérience de l'alcool et savons que certaines personnes ont « l'alcool triste » alors que d'autres ont « l'alcool gai », que certains supportent de boire plusieurs verres sans effets notables et que d'autres seront ivres dès le premier verre.

→ Classement des drogues selon leurs effets

Les produits sont classés en trois grandes catégories :

- **Les stimulants** qui stimulent le fonctionnement du système nerveux : tabac, cocaïne, crack, médicaments stimulants (amphétamines et autres dopants), ecstasy, GHB... Ces produits favorisent temporairement un état d'éveil et d'excitation et réduisent la fatigue. Ils induisent un sentiment fallacieux d'assurance et de contrôle de soi. L'effet est généralement suivi d'un état d'épuisement et de dépression. Ils conduisent fréquemment à la dépendance psychique et peuvent induire, à forte dose, des conséquences graves : paranoïa, dépression importante, fatigue généralisée. Ils sont aussi la cause d'accidents par surestimation de ses capacités.
- **Les hallucinogènes ou perturbateurs** qui perturbent le fonctionnement du système nerveux : cannabis et produits dérivés, produits volatils (colles et solvants, anesthésiques volatils), kétamine, LSD, champignons hallucinogènes...). Ces produits provoquent une perturbation de la perception de l'environnement et de la réalité : modifications de la perception du temps et de l'espace, sensibilité exacerbée aux couleurs et aux sons. A long terme, ils peuvent modifier durablement la personnalité du consommateur qui ne peut plus composer avec les éléments de la réalité.
- **Les dépresseurs** qui ralentissent le fonctionnement du système nerveux : alcool, médicaments tranquillisants et somnifères (barbituriques, benzodiazépines...), opiacés (héroïne, méthadone, codéine, morphine...). Ces produits entraînent une sensation de détente et de rêve ainsi qu'une perte d'inhibition. Ils conduisent fréquemment à la dépendance physique et

peuvent induire, à fortes doses, des conséquences graves (arrêt cardiaque ou respiratoire). Ils sont également la cause d'accidents par perte de vigilance et de contrôle de soi.

→ **Classement selon leur dangerosité :**

La réglementation française classe les « substances vénéneuses », selon l'article **L.5132-1 du Code de la Santé Publique**, en **4 catégories** en fonction de leur toxicité et de leur dangerosité :

- **Les substances stupéfiantes** (morphine, cocaïne, héroïne, cannabis, etc.)
- **Les substances psychotropes** (médicaments, antidépresseurs, tranquillisants, hypnotiques, etc.)
- **Les médicaments « inscrits sur les listes I et II » et les substances dangereuses** (éther, acides, etc.)

Les stupéfiants sont les produits les plus toxiques. La production, la distribution et l'usage de ces stupéfiants sont strictement réglementés et, pour certains d'entre eux, totalement interdits.

Il y a sur la liste des stupéfiants plus de 170 plantes et substances dont :

- Les stupéfiants de la convention de 1961 : coca, opium, cannabis et leurs dérivés (morphine, héroïne, méthadone, cocaïne, résine de cannabis...)
- Certains psychotropes de la convention de 1971 : hallucinogènes, amphétamines, la MDMA (ecstasy)...
- Les champignons hallucinogènes et le khat
- Deux précurseurs chimiques : la phénylacétone et l'acide lysergique (précurseur du LSD).
- Les nouvelles drogues de synthèse : MBDB, 4MTA, kétamine...

Les psychotropes sont des produits agissant sur le psychisme, ils correspondent aux substances de la convention de 1971 non classées comme stupéfiants : benzodiazépines, barbituriques, etc. Certains sont utilisés comme médicaments.

Les médicaments « inscrits sur les listes I et II » sont définis par l'article L.5132-6 du Code de la Santé Publique. Ce sont des médicaments à prescription médicale obligatoire et dispensés que sur présentation d'une ordonnance.

Les substances dangereuses : Ce sont des substances destinées au commerce, à l'industrie ou à l'agriculture, et classées par les ministères concernés en huit catégories : très toxiques, toxiques, nocives, corrosives, irritantes, cancérogènes, tératogènes ou mutagènes. Il n'existe pas une définition générale du « stupéfiant » sinon que c'est « un produit inscrit sur la liste des stupéfiants », cette qualification se faisant en fonction du potentiel d'abus de la substance et de son danger pour la santé.

Les produits dopants relèvent d'une liste spécifique, fixée par l'arrêté du 2 février 2000 des ministres des Sports et de la Santé, à partir notamment de la liste officielle du Comité International Olympique (CIO).

On entend fréquemment parler de « drogues dures » et de « drogues douces ». **Il n'existe en fait aucun critère scientifique permettant un tel classement.**

Une approximation définirait les « drogues dures » comme celles qui créent une dépendance physique (héroïne, autres opiacés, barbituriques, alcool) ou une dépendance psychique très rapide (crack) ou qui présentent un danger psychique (LSD, ecstasy, etc.) et les drogues douces comme les autres drogues (tabac et cannabis principalement).

Une autre interprétation pourrait être de nommer « drogues douces » celles dont l'usage s'est plus ou moins banalisé et donc qui n'effraient pas comme l'alcool, le tabac et le cannabis, et même la cocaïne pour certains, les autres drogues étant classées comme dures.

Certains pays comme les Pays-Bas font une distinction similaire, sans parler de drogues dures ou douces, en distinguant les « drogues à risques acceptables » et les « drogues à risques inacceptables ».

Mais, comme nous l'avons souligné précédemment, les effets, les risques et les dangers liés à la consommation de drogues varient selon les produits mais aussi selon la personne qui les consomme et le contexte de la consommation. **On ne peut donc pas classer les drogues en catégories « dures » ou « douces » mais seulement parler de drogues plus ou moins dangereuses pour un individu donné.**

Il serait plus judicieux de parler **d'usage dur ou d'usage doux** d'une drogue, l'usage dur impliquant la perte de contrôle du comportement et/ou de la consommation et donc une dépendance, et l'usage doux une consommation modérée et contrôlée n'induisant pas de dépendance. Cette distinction tient compte du fait que certains pays ont apprivoisé socialement des

drogues et savent en faire une consommation modérée sans perte de contrôle pour la majorité des usagers, c'est le cas de l'alcool en France, la coca dans les Andes ou le cannabis dans les pays du Moyen Orient.

Il est important de souligner cependant que la consommation modérée n'est pas exempte de dangers car l'usage d'une drogue dans ces pays peut être « doux » pour la majorité des consommateurs mais aussi « dure » pour certains. Cette notion d'usage dur ou doux a donc ses limites. Si un usage dur peut être défini comme causant une dépendance rapide ou des troubles immédiats, l'usage de certaines drogues comme l'héroïne, le LSD ou encore le crack, ne peut être que dur, mais l'usage de tabac peut être aussi considéré dans ce cas comme un usage dur car particulièrement addictif et entraînant des risques pour la santé. (*Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie, 2019*)

2. Mode d'action et dépendance

Les drogues perturbent le fonctionnement normal du cerveau en agissant au niveau des neurotransmetteurs. Rappelons qu'un neurotransmetteur est une substance chimique qui assure la continuité de l'influx nerveux. Il est libéré dans la synapse, zone de jonction entre deux neurones ou entre un neurone et une autre cellule. Lorsque l'influx nerveux arrive depuis le neurone émetteur sur la synapse, il déclenche la libération du neurotransmetteur. Celui-ci vient alors se fixer sur les récepteurs appropriés du neurone récepteur qui transmet à son tour l'influx nerveux.

Les différentes zones du cerveau, sièges de nos facultés, de nos humeurs et de nos sentiments, sont plus ou moins sensibles à différents neurotransmetteurs. En perturbant le fonctionnement d'un ou plusieurs neurotransmetteurs déterminés, une drogue perturbera le fonctionnement des zones cervicales sensibles à ces neurotransmetteurs. Les effets de cette drogue seront donc déterminés en fonction des zones du cerveau ainsi perturbées ainsi que de la façon dont elle les perturbe. (*Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie, 2019*).

On distingue trois modes d'action selon les substances :

- Certaines substances (morphine, héroïne, nicotine, cannabis...), de par leur structure moléculaire, imitent les neurotransmetteurs naturels et se substituent à eux au niveau des récepteurs appropriés. Par exemple, la morphine prend la place de l'endorphine dans les récepteurs correspondants, et la nicotine la place de l'acétylcholine. Lors d'un usage chronique, les

neurones s'adaptent et perdent leur capacité à produire eux-mêmes ce neuromédiateur, ce qui engendre un phénomène physique de manque et donc de dépendance physique.

- Certaines substances, particulièrement les stimulants (cocaïne, ecstasy...), augmentent la sécrétion d'un neuromédiateur naturel puis épuisent ses réserves d'où le phénomène de dépression ou « descente » qui apparaît après l'effet stimulant. Par exemple, la cocaïne augmente la sécrétion de dopamine, et l'ecstasy, celle de sérotonine et de dopamine. Ils agissent par saturation des récepteurs qui deviennent de moins en moins sensibles, c'est le phénomène d'accoutumance. Ainsi, lors d'un usage chronique, l'utilisateur a besoin de plus en plus de produit pour retrouver l'état qu'il recherche voire même pour se trouver dans un état normal.
- Certaines drogues (alcool...) bloquent un neuromédiateur naturel nécessaire au fonctionnement neuropsychique normal et agissent par manque.

Les produits stupéfiants, qui entraînent une dépendance, ont un point commun : celui d'augmenter la quantité de **dopamine**, neuromédiateur agissant sur une zone du cerveau appelée le « circuit de récompense ». C'est cette zone qui est stimulée et nous donne du plaisir chaque fois que nous agissons dans le sens de notre conservation ou de la survie de l'espèce : le plaisir de manger ou le plaisir sexuel par exemple.

La stimulation des neurones à la dopamine produit une sensation de plaisir intense. L'individu cherchera alors à ressentir de nouveau ce plaisir avec le ou les produits utilisés. Ce mécanisme explique les comportements de consommation répétitive qui conduisent à la dépendance. Mais en sollicitant anormalement le circuit de récompense, les produits stupéfiants peuvent engendrer à terme son déséquilibre permanent.

Les autres neuromédiateurs impliqués sont principalement les endomorphines, les endocannabinoïdes, la noradrénaline, la sérotonine, l'acétylcholine et le GABA.

3. Principaux produits de substitution des drogues

3.1. Buprénorphine

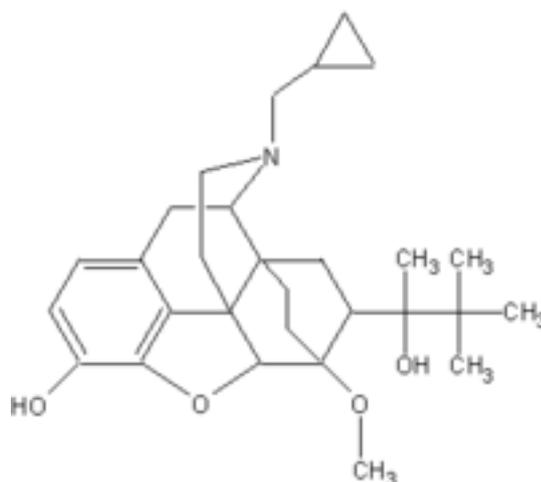


Figure 2 : la molécule de buprénorphine

3.1.1. Mécanisme d'action, cinétique et effets

C'est un morphinique agoniste μ partiel et antagoniste kappa. Les effets agonistes partiels limitent les effets dépresseurs notamment cardio-respiratoires. Les effets agonistes-antagonistes induisent un effet plafond qui minimise les risques de surdosage.

La dissociation de la molécule et de ses récepteurs est très lente, ce qui conduit à un faible développement de tolérance, à une longue durée d'action et à un syndrome de sevrage modéré et retardé. De plus, l'héroïnomanie peut fractionner sa prise en deux si c'est vraiment nécessaire pour ne plus ressentir de sevrage clinique en mono prise.

La buprénorphine a une biodisponibilité sublinguale de 35 à 55% et elle est inactivée par voie orale car le premier passage hépatique est trop important. Le pic plasmatique est obtenu en 90 minutes. La métabolisation est hépatique et l'élimination se fait par la bile et les selles (75%) et par les urines (25%). Sa demi-vie est de 20 à 25 heures d'où une seule administration par jour. Il est à noter que la buprénorphine passe dans le lait maternel. Au-delà d'un certain seuil, l'augmentation des doses de buprénorphine n'aboutira pas à une augmentation des effets. Lorsque la BHD (Buprénorphine à haut dosage) est utilisée seule et correctement (aux posologies de l'AMM), les doses donnant les effets pharmacologiques d'intensité maximale sont inférieures aux doses responsables d'une dépression respiratoire, constituant un élément important de sécurité d'emploi de la BHD (*Vidal.fr, 2019*).

La buprénorphine supprime les symptômes de manque et de désir et entraîne une sensation de bien-être sans euphorie ni effet flash. Elle est de façon générale moins toxique que la méthadone. (*Vidal.fr, 2019*)

3.1.2. Présentation commerciale

Le Subutex® se présente sous forme de comprimés non sécables de 0,4 ; 2 et 8 mg. La buprénorphine générique se présente en comprimés non sécables aux mêmes dosages mais aussi de 1 ; 3 et 6 mg. La buprénorphine se prend par voie sublinguale en une seule prise quotidienne de préférence le matin et à distance de toute autre thérapeutique. La dissolution complète prend 5 à 10 minutes et il ne faut pas boire pendant ce laps de temps.

On distingue la buprénorphine haut dosage de la buprénorphine bas dosage, cette dernière, commercialisée sous le nom de spécialité Temgésic®, est principalement prescrite pour ses propriétés antalgiques. La buprénorphine générique a la même bioéquivalence que le médicament princeps et présente un profil pharmacocinétique similaire. Certains patients se plaignent d'une moindre efficacité (effet nocebo) mais une explication rationnelle du pharmacien permet souvent de rassurer le patient (*Vidal.fr, 2019*).

3.1.3. Posologie

La buprénorphine est un traitement réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans, volontaires pour recevoir un traitement de substitution. On débute le traitement à une dose comprise entre 0,8 et 2 mg/j administrée moins de 4 heures après la dernière prise d'opiacés. La dose sera ensuite progressivement augmentée jusqu'à atteindre une dose d'entretien de 8 mg/j en général.

Il est à noter que la buprénorphine peut être instaurée en relai de la méthadone mais elle risque d'engendrer un syndrome de sevrage par ses effets antagonistes et la dose journalière ne doit pas dépasser 16 mg. (*Vidal.fr, 2019*)

3.1.4. Effets indésirables

La buprénorphine peut induire des hépatites cytolytiques dans de rares cas mais nécessite alors un arrêt immédiat. Ce risque est accentué lors d'une administration par voie

intraveineuse.

En début de traitement, certains effets secondaires peuvent se manifester comme une constipation, des céphalées, des insomnies, des vertiges, de l'hypotension orthostatique, des altérations dentaires, ...

Lors du surdosage, le risque de dépression respiratoire est plus faible en raison de l'activité agoniste partielle mais des décès ont été observés car des benzodiazépines étaient associées. On surveillera donc la fonction cardio-respiratoire et on administrera de la Naloxone pour neutraliser les effets dépresseurs.

La buprénorphine peut, au cours du sevrage en vue d'une abstinence, aggraver un tableau psychiatrique sous-jacent d'où les prescriptions de neuroleptiques souvent associées. (*Vidal.fr, 2019*).

3.1.5. Interactions

L'association à la méthadone ou aux analgésiques morphiniques de palier III est aussi contre-indiquée. En effet, lorsqu'on ajoute un agoniste-antagoniste à un agoniste pur, l'effet de l'opioïde diminue par blocage partiel des récepteurs, avec le risque d'apparition d'un syndrome de sevrage. Pour les mêmes raisons pharmacologiques, l'association avec les analgésiques de palier II (codéine, tramadol...) est déconseillée.

L'association avec des benzodiazépines expose au risque de décès par dépression respiratoire d'origine centrale. Il convient de surveiller les posologies et d'éviter cette association en cas de risque de mésusage. L'association aux autres dépresseurs du système nerveux central (autres dérivés morphiniques (analgésiques et antitussifs), certains antidépresseurs, antihistaminiques H1 sédatifs, benzodiazépines, anxiolytiques autres que benzodiazépines, neuroleptiques, clonidine et apparentés) majore le risque de dépression du système nerveux central (*Vidal.fr, 2019*).

3.1.6. Contre-indications

Les contre-indications sont principalement liées aux antécédents d'atteintes hépatiques dues à la buprénorphine, à une insuffisance hépatique ou respiratoire sévère, à une intoxication

alcoolique aiguë, à une hypersensibilité à la buprénorphine et un âge inférieur à 15 ans. (*Vidal.fr, 2019*).

3.1.7. Législation

La buprénorphine est une substance assimilée aux stupéfiants, dont la prescription initiée par tout médecin, doit être rédigée en toutes lettres sur une ordonnance sécurisée pour une durée de traitement limitée à 7, 14 ou 28 jours. Sa dispensation par le pharmacien peut se faire quotidiennement, ou par fractions de 7 ou 14 jours selon les indications du prescripteur. D'autre part et le cas échéant, le prescripteur doit mentionner sur l'ordonnance la non-substitution par un médicament générique voire un éventuel chevauchement.

En concertation avec le patient, le prescripteur et le pharmacien, le nom de la pharmacie de référence doit figurer sur l'ordonnance. Le numéro d'ordonnancier doit être reporté sur le conditionnement secondaire. (*Meddispar.fr, 2019*).

3.1.8. Les risques

La buprénorphine est apparenté aux stupéfiants au regard d'une possibilité de mésusage et surtout d'un abus détourné via une administration par voie parentérale ou par voie nasale (sniff), exposant alors à un risque d'overdose (défaillance respiratoire), d'infections, de lésions du foie et de lésions vasculaires (injection), ou de lésions des muqueuses nasales (sniff). Cela concerne 20 à 25% des patients qui recherchent les effets excitants procurés par ces voies d'administration. On peut observer chez ces patients une agressivité et une irritabilité croissantes. Après reconnaissance par le patient de son acte, il convient d'augmenter les doses de buprénorphine et de renforcer le cadre de délivrance voire de passer à la méthadone en centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

Le passage de la méthadone à la buprénorphine évoque une simplification du traitement. L'obtention de plusieurs ordonnances par un même toxicomane chez différents prescripteurs est difficile (mais reste possible) car les contrôles par la sécurité sociale sont renforcés et la mise en place du dossier pharmaceutique permettra de pallier ce désagrément (en théorie).

La spécialité Suboxone®, disponible sur le marché, associe la buprénorphine et la naloxone. La naloxone est un composé polycyclique complexe et le principal antagoniste des récepteurs

de la morphine. Dans les cas d'intoxication aiguë aux morphiniques (notamment en surdosage), la naloxone est administrée afin de déplacer la morphine de ses sites récepteurs et d'arrêter son action. Lorsque la naloxone est administrée par voie orale ou sublinguale aux posologies habituelles chez des patients présentant un syndrome de sevrage aux opioïdes, elle n'expose qu'à peu ou pas d'effets pharmacologiques en raison de son métabolisme presque complet lors du premier passage hépatique. Cependant, en cas d'administration intraveineuse à des personnes dépendantes aux opioïdes, la présence de naloxone dans Suboxone® provoque des effets antagonistes opioïdes marqués (dépression respiratoire, myosis, analgésie) ainsi qu'un syndrome de sevrage aux opioïdes, dissuadant donc de toute utilisation abusive du produit par voie intraveineuse. Pour les patients qui ne peuvent se détourner d'une injection, le pharmacien peut proposer des Steribox® gratuitement.

3.2. Méthadone

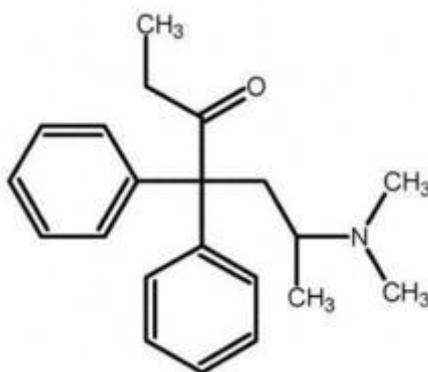


Figure 3 : la molécule de méthadone

3.2.1. Mécanisme d'action, cinétique et effets

La méthadone, agoniste morphinique qui se fixe sur les récepteurs μ , est un opioïde de synthèse. Elle a pour but de supprimer les syndromes de sevrage et de bloquer l'envie de consommer de l'héroïne. D'autre part, en occupant les récepteurs μ , elle réduit les effets de l'héroïne si elle est consommée en parallèle. La méthadone bloque aussi les molécules du stress et agit sur la sérotonine et la dopamine, ce qui explique en partie le bien-être qu'elle procure. Elle est bien absorbée au niveau gastro-intestinal et possède une biodisponibilité de 80 à 95% par voie orale. L'activité maximale est observée 2 à 4 heures après la prise. Elle a un taux de fixation aux protéines plasmatiques de 60 à 90%. Elle possède une demi-vie longue de 24 à 36

heures lui permettant de n'être prise qu'une fois par jour sans entraîner de syndrome de sevrage ni de somnolence. Il est à souligner que la méthadone passe la barrière placentaire et passe dans le lait maternel, cette substance active est donc contre-indiquée en cas de grossesse et d'allaitement.

La méthadone entraîne les effets propres à tous les opiacés à savoir l'analgésie, l'effet anti-tussif et le myosis. Elle induit un sentiment léger d'euphorie sans effet de flash comme avec l'héroïne et qui dure longtemps (36-48h), d'indifférence et de repli sur soi. (*Vidal.fr, 2019*)

3.2.2. Présentation commerciale

La méthadone est à prendre par voie orale en une seule prise quotidienne, de préférence le matin à distance des éventuels autres traitements. Elle se présente sous forme de sirop en flacons de 5mg/3,75ml, 10mg/7,5ml, 20mg/15ml, 40mg/15ml ou 60 mg/15ml ou bien sous forme de gélules dosées à 1, 5, 10, 20 ou 40 mg.

La méthadone est parfois prise matin et soir lorsque le patient est un métaboliseur rapide. La forme sirop induit des désagréments bucco-dentaires à long terme et peut aggraver un diabète. La méthadone sous forme gélule à 1 mg permet de diminuer la dose sans prendre de risques chez un patient qui veut devenir abstinent. (*Vidal.fr, 2019*)

3.2.3. Posologie

On débute le traitement avec une première dose comprise entre 20 et 30 mg administrée moins de 10 heures après la dernière prise d'opiacées. Elle sera augmentée par paliers de 10mg/semaine jusqu'à une dose moyenne d'équilibre pour prévenir les signes de sevrage ou un surdosage. En général, la dose est comprise entre 40 et 80 mg/j. (*Vidal.fr, 2019*)

3.2.4. Effets indésirables

En début de traitement et durant les six premiers mois, la méthadone peut provoquer divers effets indésirables comme une insomnie ou de l'agitation, des douleurs abdominales, des vertiges, une hypersudation, une constipation, des œdèmes périphériques, un prurit, une bradycardie, de l'hypotension, une sécheresse buccale...

Lors de la phase d'entretien, on peut observer des troubles du sommeil, des états anxio-dépressifs, des troubles de la libido, une prise de poids ou une anorexie, une gynécomastie, des dysménorrhées...

En cas de surdosage, on peut observer un myosis, une bradypnée, une détresse respiratoire, un œdème pulmonaire, une bradycardie, une rhabdomyolyse voire un coma avec hypotension. Dans ce cas, on procède à une réanimation symptomatique et à l'administration de naloxone jusqu'à réapparition d'une ventilation efficace.

La méthadone entraîne aussi un phénomène de pharmacodépendance. (*Vidal.fr, 2019*)

3.2.5. Interactions

La méthadone est contre-indiquée avec les morphiniques agonistes-antagonistes (pentazocine, buprénorphine, nalbuphine) avec un risque de diminution de l'effet recherché par blocage compétitif des récepteurs et avec des risques d'apparition d'un syndrome de sevrage. Il en est de même avec l'antagoniste morphinique (naltrexone). La méthadone est métabolisée par l'isoenzyme CYP 3A4 du cytochrome P450. Ses concentrations plasmatiques peuvent donc être modifiées par les inhibiteurs enzymatiques (augmentation des concentrations et donc des effets indésirables avec risque de surdosage et de torsades de pointe) ou par les inducteurs enzymatiques (diminution des concentrations avec risque de syndrome de sevrage).

Nous pouvons citer comme principaux Inducteurs enzymatiques la carbamazépine, le phéno-barbital, la phénytoïne, la rifabutine, la rifampicine, la griséofulvine, le millepertuis, l'oxcarbazépine, la primidone ainsi que les antirétroviraux (éfavirenz, étravirine, lopinavir, nelfinavir, nevirapine, ritonavir).

Les Inhibiteurs enzymatiques du CYP 3A4 sont principalement l'amiodarone, le diltiazem, le vérapamil, les macrolides (sauf spiamycine), les antifongiques azolés, la cimétidine, les antirétroviraux ainsi que le jus de pamplemousse (*Vidal.fr,2019*).

3.2.6. Contre-indications

Les principales contre-indications sont une insuffisance respiratoire grave, une hypersensibilité à la méthadone et un âge inférieur à 15 ans. (*Vidal.fr, 2019*)

3.2.7. Législation

La méthadone est un stupéfiant. Le traitement par méthadone est obligatoirement initié en centre de soins spécialisé ou en établissement hospitalier et se fait toujours avec la forme sirop en traitement initial. Ensuite, le relais peut être pris par un médecin de ville mais il faudra alors une prescription initiale d'un établissement de santé précisant les conditions de ce relais. Ainsi, elle fera mention du centre initiateur, du médecin et de la pharmacie assurant le relais et de la posologie initiale. Dès qu'un de ces termes est amené à changer, une nouvelle ordonnance doit être prescrite par le centre initiateur. La prescription se fait sur ordonnance sécurisée (voir annexe 2) non renouvelable qui doit indiquer en toutes lettres le nombre d'unités thérapeutiques, le nombre de prises et le dosage, ainsi que le nom de la pharmacie habilitée à dispenser le médicament et les modalités de délivrance. La durée de prescription est de 14 jours mais la délivrance est fractionnée par période de 7 jours. Les modalités de délivrance peuvent varier selon l'état du patient, soit une dispensation quotidienne avec prise devant le pharmacien, une délivrance bihebdomadaire ou hebdomadaire ou une délivrance exceptionnelle pour 14 jours. Dans tous les cas, ces modalités doivent être précisées par le prescripteur sur l'ordonnance.

L'original de l'ordonnance est remis au patient (suivi des prises et justificatif en cas de contrôle), une copie est transmise à la sécurité sociale et une autre copie est conservée par le pharmacien pour une durée de dix ans.

Si le patient souhaite passer à la forme gélule, il doit en référer au centre initiateur. Cela ne sera possible que s'il bénéficie du traitement par la forme sirop depuis plus d'un an, s'il est stabilisé et si ce protocole est accepté par le centre de sécurité sociale. (*Meddispar, 2019*)

3.2.8. Les risques

Il existe plusieurs risques dès lors que le patient possède une ordonnance de buprénorphine. Les toxicomanes ont tendance à stocker en partie des doses délivrées dans le cadre d'un trafic ou en prévision d'une consommation personnelle pendant une période d'abstinence mais cette provision peut s'avérer dangereuse en cas d'envie suicidaire.

Ce médicament peut donner lieu à une intoxication grave s'il est ingéré par des personnes non dépendantes. Sa dose létale de l'ordre de 1mg/kg avec une DL50 égale à 50 mg.

Partie II : Prise en charge à l'officine par le pharmacien

Cette deuxième partie s'appuie sur une expérience personnelle d'exercice officinal et une gestion au comptoir d'un nombre conséquent de patients toxicomanes durant mes études.

Le rôle du pharmacien implique de collaborer avec de nombreux professionnels (ville, hôpital, institutions, associations, etc....) sur des thématiques de santé globale. Ceci est d'autant plus vrai sur le sujet des addictions. Pour améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients, le pharmacien est amené à collaborer avec les secteurs sanitaires et médico-social. La notion de relation a ainsi un sens très large et correspond aux interactions entre le pharmacien d'officine et les autres professionnels du parcours de soin. Elle peut correspondre à des collaborations ou des échanges formalisés (protocoles de soins, réunions de concertation pluridisciplinaire, etc.), d'expérimentations (réseaux de santé, actions territoriales ou régionales, etc.) ou de collaborations informelles (souvent au sein d'un groupe de professionnels qui se connaissent, formés ensemble et sur un territoire donné).

Depuis de nombreuses années, le pharmacien délivre des traitements substitutifs, il a donc généralement acquis une expérience très solide dans la prise en charge du patient toxicomane. On demande au pharmacien de procéder à une délivrance de qualité en respectant la législation mais également d'avoir un rôle d'écoute, d'éducation thérapeutique et d'accompagnement dans sa globalité.

I. Les principes de l'intervention pharmaceutique en toxicomanie

L'intérêt premier de l'officine repose sur la proximité des patients avec le pharmacien.

Un rapport de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) de 2010 montre que 85% des officines reçoivent au moins 1 usager de drogue par mois. Le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible sans prise de rendez-vous préalable. Un guide de l'addictologie en officine est disponible. Il propose un outil pratique destiné aux pharmaciens d'officine qui souhaitent s'investir dans la prévention et la prise en charge des conduites addictives. (Respadd.org, 2015)

Ses responsabilités concernant le traitement substitutif aux opiacés seront de veiller à la qualité de la dispensation pour garantir une efficacité thérapeutique en favorisant le bon usage du médicament, mais également de veiller au maintien du patient dans le processus de soin par différents moyens (accueil, écoute, conseils au patient, instauration d'un lien de confiance...). Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) est un ensemble de mesures de la prise en charge du toxicomane aux opiacés,

il comprend les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) dont 2 seules molécules ont l'AMM en France, mais aussi la recherche d'une alliance thérapeutique et d'une prise en charge plus globale du patient. Le pharmacien a une place de choix dans le traitement en ville. La finalité de ce dernier est de permettre au patient de pouvoir modifier sa consommation et son mode de vie pour recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. (Hassante.fr, 2004)

Les virus du VIH et de l'hépatite C nous ont bouleversé les modalités de prise en charge des toxicomanes. En effet, les traitements de substitution ont multiplié les approches puis ont forcé les professionnels libéraux ainsi que les services hospitaliers à se diversifier.

Le pharmacien est confronté quotidiennement aux toxicomanes. En effet, son rôle est de limiter les dommages qu'entraîne la toxicomanie en délivrant du matériel de prévention mais aussi d'être avant tout à l'écoute du patient. Ainsi, le but est de contribuer à préserver la santé et la vie du patient dans l'attente d'une potentielle guérison. Le pharmacien est totalement impliqué dans le processus de substitution puisqu'il est le principal dispensateur de seringues et de traitement.

La déclaration de Lisbonne de 1992 a permis de résumer des objectifs bien définis (CNCDH.fr, 2016) :

- Les usagers de drogues et les toxicomanes sont des citoyens à part entière, avec leurs droits (droits à la santé, à l'emploi, au logement, à l'expression...) et leurs devoirs.
- La toxicomanie révèle et génère des souffrances et des difficultés psychiques, physiques et sociales. Ces souffrances placent les sociétés européennes devant l'exigence de la prévention, de la solidarité et des soins.
- La toxicomanie, même la plus prolongée, doit être considérée comme une situation provisoire et réversible.

Il faut aujourd'hui considérer la délivrance des médicaments de substitution aux opiacés tout en ayant une approche plus humaine. Il faut allier médicament et psychologie afin que la délivrance soit la plus complète possible. Si le patient ne se sent pas concerné ou qu'il ne prend pas le traitement au sérieux, il faut impérativement l'orienter vers son médecin généraliste afin de revoir les bases du traitement. Le pharmacien n'est pas obligé de délivrer le traitement mais il est dans l'obligation de lui proposer une autre solution.

Le pharmacien doit apprendre à considérer la prise de drogue comme une maladie pouvant devenir chronique. Il faut garder à l'esprit que les traitements de substitution ne guérissent pas de la toxicomanie mais qu'ils peuvent contribuer à pallier le manque et à éviter la rechute. C'est le suivi psychologique et la stabilité qui permettront un jour la guérison. Il s'agit donc d'un traitement long quoi qu'il arrive avec parfois des rechutes du patient. (Has-sante.fr, 2004)

II. Les fonctions du pharmacien

Lors de la délivrance, la prescription doit obligatoirement présenter le nom de la pharmacie préalablement mentionné sur l'ordonnance par le médecin. Médecins et pharmaciens devront avoir des contacts réguliers notamment en début de traitement et jusqu'à la posologie d'entretien mais également en cas de chevauchement ou de nomadisme.

Le pharmacien doit jouer son rôle de base : délivrer le traitement. Il faut assurer un stock minimum de médicament substitutif afin de ne pas laisser repartir le patient sans son traitement. Les médicaments peuvent être mis sous sachet avant de les délivrer afin que les autres clients ne voient pas qu'il s'agit d'un traitement substitutif.

Le rôle du pharmacien est également d'empêcher et de prévenir les mauvaises utilisations du traitement notamment s'il est face à :

- Des prescripteurs multiples.
- Du nomadisme (revente de traitement).
- Des prises de médicaments fractionnées (plusieurs prises dans la même journée).
- Des mésusages du médicament (injections ou sniffs).
- Des co-prescriptions de benzodiazépines.

1. La prévention

Lors de la primo délivrance, il faut s'entretenir avec le patient afin de définir les objectifs de ce traitement. Différents thèmes peuvent être abordés dont voici les plus importants :

- La confiance : le patient doit faire confiance à l'équipe de la pharmacie et doit pouvoir se confier s'il le souhaite. Il doit comprendre que le pharmacien est là pour l'aider, le soigner sans le juger et lui permettre d'évoluer vers la stabilisation puis vers la guérison.
- Le traitement : il faut débiter le traitement au moins 4 à 24h après la dernière prise d'opiacés ou dès les premiers signes de manque. Il faut expliquer au patient le mode de prise et la durée d'action. Le pharmacien doit également l'informer sur les interactions avec la méthadone et la buprénorphine (alcool, benzodiazépines...). Il pourra également le sensibiliser aux conditions de stockage au domicile, mais aussi sur les risques d'intoxication de l'entourage et bien sûr rappeler les effets indésirables fréquents.
- L'environnement familial, professionnel et social : Le milieu de vie va considérablement influencer la réussite du traitement. En effet, si le patient est entouré de toxicomanes, il devra redoubler d'attention pour mettre en sécurité son traitement. La revente de méthadone peut permettre aux toxicomanes de se faire de l'argent facilement.
- Rétro planning : Il faut expliquer au patient que les objectifs du traitement de substitution évoluent et doivent être ajustés au cours du temps. Le traitement sera entrecoupé de périodes douloureuses mais le manque sera potentiellement supprimé. Il est qualifié comme étant un traitement de fond et il permettra au patient de retrouver une vie sociale et professionnelle sans se renfermer sur lui-même.

A la pharmacie, l'équipe officinale est confrontée à deux types de toxicomanes : celui sous traitement et/ou celui venant chercher son Stéribox®. Il arrive effectivement que le patient sous traitement utilise, en plus de ses médicaments, des seringues pour des injections. Cependant, le patient ne vient généralement pas dans la même pharmacie pour se fournir en aiguille par peur de jugement. À charge de l'équipe officinale de le rassurer avec les mots justes et de le mettre à l'aise tout en conservant une attitude neutre.

Compte-tenu d'un risque infectieux élevé par transmission des virus VIH, VHB, VHC, il est donc primordial de proposer gratuitement des Stéribox®.

2. La relation entre pharmacien et toxicomane

2.1. Les bases du dialogue

La relation entre le patient et le pharmacien va très certainement avoir un impact sur la réussite du traitement. En effet, un jeune pharmacien timide va avoir plus de difficultés à imposer ses règles contrairement à un pharmacien avec de l'expérience. Ce type de patient peut parfois être agressif voire faire preuve de violence au comptoir. Face à une telle attitude, il est primordial de conserver son sang-froid, de mener le dialogue et ne pas céder aux exigences du patient. Il faut lui expliquer que s'il ne respecte pas les règles, aucun traitement ne pourra lui être délivré. La plupart du temps, tout se passe très bien. Il ne faut pas faire de différence entre un patient lambda et un patient toxicomane et être prêt à parler des bonnes, comme des mauvaises choses.

Les jugements moraux sont à proscrire au maximum comme les phrases : « C'est n'importe quoi, il ne faut pas... ». Le pharmacien doit user avant tout d'un langage professionnel.

2.2. Désamorcer les tensions et les conflits

Les tensions entre patient toxicomane et pharmacien sont très fréquentes. En effet, le dialogue est parfois succinct voire inexistant. Le problème peut venir du patient mais également du pharmacien qui n'est pas à l'écoute. Il faut essayer de rester calme, ne pas élever la voix, écouter les besoins et les demandes du patient, et essayer d'y apporter une solution.

L'agressivité des patients toxicomanes peut parfois avoir différentes significations :

- Certains patients, notamment en début de traitement, ont l'impression d'être sous dosés. Il faut donc contacter le prescripteur afin qu'il reprenne en consultation le patient.
- D'autres ne prennent pas leur traitement de la bonne façon et n'obtiennent pas l'effet désiré, il va donc falloir réexpliquer le bon mode d'utilisation de ces médicaments.
- Dans certains cas, des pathologies sous-jacentes peuvent se révéler sous traitement de substitution comme des dépressions, des troubles anxieux généralisés ou parfois des schizophrénies. Si l'agressivité est récurrente, il ne faut donc pas hésiter à en faire part au prescripteur afin qu'il puisse mettre en place un traitement complémentaire.

Le pharmacien peut proposer au patient un entretien dans une pièce isolée du comptoir au début, en cours et à la fin du traitement. Cet échange va permettre de structurer le traitement,

mais également d'expliquer au patient l'indication précise de chaque médicament. De plus, dans un tel cadre, le patient pourra plus facilement se confier au pharmacien sur sa vie privée. Cet entretien n'égalera jamais une consultation chez un psychologue mais il créera des liens entre les deux interlocuteurs et contribuera à améliorer l'observance du traitement.

En acceptant d'être pris en charge par le pharmacien, le patient accepte les codes et conventions sociales de l'officine : il doit donc emprunter la file d'attente comme les autres patients et ne pas faire preuve d'agressivité ou de vulgarité. L'équipe officinale peut se réserver le droit de rappeler au patient agité qu'il est tenu au respect d'autrui. Si celui-ci ne respecte pas les règles et qu'il met en danger le personnel ainsi que la patientèle, le pharmacien peut décider d'exclure ce patient.

3. Pistes pour améliorer la prise en charge des patients toxicomanes

La prise en charge des patients toxicomanes à l'officine n'est pas une situation toujours facile à gérer pour le pharmacien. Plusieurs pistes pourraient être envisagées pour l'améliorer.

3.1. Diffusion de fiches pratiques pour le patient

Les traitements de substitution, dont la mise en place a été très progressive en France, ne sont qu'une des modalités de prise en charge et de traitement des personnes pharmacodépendantes aux opiacés. Les produits de substitution ont amélioré les soins administrés aux toxicomanes mais aussi le regard des personnels de santé concernés par cette population de patients, diminuant leur stigmatisation.

Afin d'informer les patients, différents organismes ont élaboré des fiches pratiques pour répondre à des questions pratiques. Dans ces fiches synthétiques sont présentées différentes situations comme la grossesse et le traitement substitutif. Ces fiches d'aide pratique lors de la dispensation peuvent apporter des conseils indispensables aux patients lors de la délivrance.

De telles fiches concernant la buprénorphine et la méthadone existent déjà et sont présentées en annexe :

- L'annexe 1 concerne la grossesse et la prise de Subutex® (CRAT, 2020)
- L'annexe 2 présente les différents points concernant l'arrêt du Subutex® (addictovigilance.aphp.fr, 2013)
- L'annexe 3 concerne la grossesse et la prise de Méthadone (CRAT, 2020)

- L'annexe 4 présente les différents points concernant l'arrêt de la Méthadone (addictovigilance.aphp.fr, 2013)
- L'annexe 5 détaille un effet indésirable important suite à la prise de Méthadone : la transpiration (addictovigilance.aphp.fr, 2013)

Une plus grande diffusion de ces informations auprès des patients toxicomanes dans les officines serait sans doute souhaitable.

3.2. Mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

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

En effet, l'objectif est de proposer au patient de prendre une part active dans sa guérison, d'être un acteur de soin. L'ETP s'inscrit donc dans le cadre d'une relation équilibrée entre les soignants, le patient et son entourage. L'ETP se déroule en quatre étapes :

- La préparation du diagnostic éducatif (l'exploration de ses besoins et de ses attentes et la réceptivité du patient à la proposition d'un ETP) ;
- La volonté des objectifs de l'ETP ;
- La sélection des contenus à proposer lors des séances d'ETP et des méthodes et techniques participatives d'apprentissage ;
- L'évaluation des compétences.

Malheureusement, ce projet a des limites. En effet, l'investissement que représente l'engagement dans un programme d'ETP est important et, pour la population de toxicomanes, cela est difficilement envisageable. Elle nécessite une grande motivation, une disponibilité et une grande assiduité. Or le patient toxicomane aura des difficultés à se plier à ces obligations. Bien que cette approche ait fait ses preuves dans diverses maladies chroniques, il est très difficile d'imaginer la réussite d'une telle tentative dans cette population. (em-consulte.com, 2005)

3.3. Mise en place d'entretiens pharmaceutiques personnalisés

La mise en place d'entretiens pharmaceutiques permet une meilleure prise en charge du patient. Ils se font dans un espace confidentiel de la pharmacie, sans aucune contrainte de durée, de fréquence ou thèmes à aborder. Ces entretiens pharmaceutiques pourraient constituer une nouvelle offre de prise en charge. Cette proposition de prise en charge, caractérisée par sa liberté de décision et sa grande malléabilité d'organisation, pourrait permettre au patient de s'investir plus dans sa démarche de traitement.

L'entretien pharmaceutique constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient (article 10-2 de la convention nationale). Il doit notamment permettre :

- De renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients ;
- De valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament ;
- D'évaluer la connaissance par le patient de son traitement ;
- De rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement ;
- D'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement.

3.4. Élaboration d'un livret conseil de réduction des risques en lien avec le mésusage et le détournement d'usage des TSO

Le livret conseil a pour objectif d'apporter au patient les connaissances primordiales en matière de réduction des risques en cas de mésusage et de détournement d'usage, pour entreprendre ou poursuivre un traitement efficace et sans danger. Ce livret conseil pourrait être un nouvel outil systématisé de réduction des risques des pharmaciens d'officine. Il permettrait d'améliorer l'accompagnement des patients sous TSO au quotidien, grâce aux informations essentielles résumées dans une source conservable sur soi de par son format réduit.

La proposition d'une formation plus complète des équipes officinales est primordiale pour accueillir des patients toxicomanes, pour les orienter au mieux sans porter de jugements moralisateurs et pour les encourager à la mise en place d'un TSO. Il faut qu'un minimum

d'officines offrent un maillage géographique cohérent et il est nécessaire que les officines non participantes fassent l'effort de rediriger les usagers de drogue vers ces officines relais (et non de se contenter de refuser une délivrance ou un service). Ainsi, pourquoi ne pas opter pour la création de « pharmacies référentes », qui collaboreraient avec les structures locales de prise en charge notamment en collaboration étroite avec les Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD) et les réseaux ville-hôpital. Ces pharmacies pourraient proposer notamment la fourniture de matériel comme des Stéribox® ou des seringues, la récupération anonymisée du matériel usagé, la dispensation et le suivi des TSO « inhabituels » (traitements nécessitant une dispensation quotidienne avec ou sans prise sur place...), les conseils avancés en réduction des risques (connaissance du matériel, des modalités d'injections, des points d'injection à risques...).

III. Le détournement d'usage des médicaments substitutifs

Depuis toujours, le pharmacien considère le toxicomane comme une personne marginalisée, souvent agressive, et demandeur de seringues. La mise en place des traitements de substitution et la banalisation de la vente de seringues ont modifié cette vision du toxicomane. Néanmoins, le pharmacien doit rester très attentif concernant le détournement de l'usage des médicaments, le nomadisme médical et l'augmentation de la polytoxicomanie.

1. L'expression de la demande

Par tous les moyens, la tromperie, la fraude ou l'agression, certains usagers de drogues sont capables de tout pour obtenir leur drogue.

- La tromperie : en essayant d'apitoyer le pharmacien par des simulations de douleurs ; en utilisant une personne serviable qui veut par exemple rendre service à une soi-disant personne âgée qui souffre et qui ne peut se déplacer ; en expliquant que les boîtes de médicament ont été volées ou perdues par leur conjoint(e).
- La fraude : en utilisant des ordonnances dérobées chez un médecin en ville ou à l'hôpital ; en modifiant des prescriptions médicales (par adjonction d'un médicament ou par modification de la posologie, de la durée de traitement) ; en procédant à des photocopies ; en découpant le tampon de la pharmacie en prétextant que le chien a mangé l'ordonnance...
- L'agression : physique ou verbale, cette conjecture est malheureusement utilisée par les toxicomanes.

2. La conduite du pharmacien face à cette demande

En dehors des règles strictes de la réglementation du Code de la Santé Publique, la délivrance du traitement constitue une infraction pénale. En effet, l'exécution d'ordonnances de complaisance, falsifiées ou aberrantes (posologie, produits, nombre d'unités) par le pharmacien l'oppose à de très lourdes sanctions pénales prévues par l'article 222-37 du Code Pénal, à condition toutefois que celui-ci ait connu ce caractère fictif ou de complaisance. Il faut que le pharmacien, en cas de doute, prenne contact avec le médecin pour s'assurer du traitement prescrit ou qu'il refuse la vente.

2.1. Les ordonnances sécurisées : règles de prescription et délivrance

L'utilisation des ordonnances dites sécurisées est obligatoire pour toute prescription ou commande à usage professionnel de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, en application de l'article R.5132-5 du Code de la santé publique. Ces dispositions s'appliquent aux médicaments à usage humain et aux médicaments destinés à la médecine vétérinaire.

L'utilisation des ordonnances sécurisées n'est pas limitée aux médicaments stupéfiants : les prescripteurs qui le souhaitent peuvent utiliser des ordonnances sécurisées pour les autres prescriptions et commandes à usage professionnel de médicaments (médicaments inscrits sur les listes I ou II des substances vénéneuses, ou médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire).

Les ordonnances sécurisées répondent à des spécifications techniques précises fixées par arrêté (conseil.ordre.medecin.fr, 2014) :

- Des informations obligatoires imprimées sur les ordonnances vierges permettent d'identifier le professionnel de santé (qui doit être joignable selon ces informations et bien entendu être inscrit au conseil de l'ordre des médecins). Pour les établissements de santé, il doit apparaître l'identification de l'établissement (N° FINESS) et le nom du responsable de l'unité de soin. Chaque professionnel de santé travaillant dans cet établissement et devant utiliser ces blocs d'ordonnances devront être authentifiés (nom, prénom et numéro RPPS).
- Un filigrane ombré représentant un caducée doit apparaître (au minimum : 1 caducée complet et 2 incomplets) sur chaque ordonnance.
- Un double carré, en bas et à droite, réalisé à l'aide de micro-lettres formant l'expression « ordonnance sécurisée », doit permettre l'inscription par le prescripteur du nombre de médicaments prescrits.
- Un numéro d'identification du lot d'ordonnances, en bas à gauche, est porté verticalement dans la marge.
- Le papier ne comporte pas d'azurant optique et présente donc une couleur blanc jaunâtre.

Les TSO sont considérés comme des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un mésusage : la prise en charge par l'Assurance Maladie dépend de la mention par le médecin sur l'ordonnance du nom du pharmacien qui sera en charge de la délivrance du traitement.

De plus, l'ordonnance ne peut être exécutée dans sa totalité que si elle est présentée dans les 3 jours suivant sa date d'établissement. Au-delà de ce délai de carence, elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir.

La délivrance peut être fractionnée pour une durée de 7 jours maximum sauf mention expresse du prescripteur. Celui-ci peut préciser sur l'ordonnance la durée de chaque fraction, exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention « délivrance en une seule fois » ou préciser que la dispensation doit se faire quotidiennement.

L'ordonnance doit mentionner le tampon de l'officine, le numéro d'enregistrement à l'ordonnancier, la date d'exécution, et la quantité délivrée en unités de prise.

Enfin, le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié. L'utilisation de ce type d'ordonnance s'est généralisée mais le pharmacien dispose là d'un bon outil de prévention de falsification.

Le pharmacien doit conserver une copie de l'ordonnance sécurisée pendant trois ans et doit la classer alphabétiquement par nom de prescripteur et chronologiquement. L'original de l'ordonnance est rendu au patient. La Figure 4 décrit les sept mentions obligatoires à porter sur l'ordonnance sécurisée pour la prescription d'un médicament stupéfiant ou d'un médicament assimilé aux stupéfiants afin qu'elle soit conforme à la législation.

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

2 04 janvier 2015

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

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

5 Dupont

6 9911345

7 1

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

2 Date de rédaction de l'ordonnance

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

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

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

6 Numéro d'identification du lot d'ordonnances sécurisées

7 Nombre de spécialités prescrites

Figure 4 : Modèle d'une ordonnance sécurisée pour la prescription de médicaments stupéfiants ou assimilés stupéfiants

2.2. La réponse du pharmacien face au détournement

Le pharmacien doit adopter une attitude différente face à un détournement d'usage de médicament. En effet, il peut délivrer le médicament mais en se sentant complice et en appuyant l'image du fournisseur. Il peut également refuser « tout simplement » de délivrer. Si le pharmacien décide de dire « non » à la première demande, il s'épargnera sans doute la réitération de la demande et gagnera la réputation de ne pas délivrer facilement. A contrario, si le pharmacien accepte une première fois, il peut provoquer alors un risque de violence si, après de multiples demandes, il décide ensuite de refuser de délivrer. Le toxicomane va alors se montrer menaçant, ce qui ira dans la suite logique de sa démarche.

Le pharmacien est donc face un dilemme qu'il n'est pas formé à gérer. Sa seule difficulté devrait être de pouvoir fournir une aide et une réponse adaptée à la demande : dispenser le traitement d'un toxicomane et échanger avec son patient pour connaître son état psychologique.

Le pharmacien peut dans tous les cas adopter une attitude préventive à l'égard de ce type de patient même s'il ne pourra pas immédiatement convaincre le toxicomane. Celui-ci est le seul à pouvoir gérer sa toxicomanie et nul ne peut se mettre à sa place pour prendre des décisions. Pour une meilleure efficacité, c'est au patient toxicomane de devoir lui-même formuler cette demande d'aide auprès des professionnels de santé qui l'entoure.

2.3. Le médicament et son bon usage

2.3.1. L'opposition à la vente

« Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement de son refus et le mentionner sur l'ordonnance » (article R.50 15-60 du CSP).

Le pharmacien a cette responsabilité et cette faculté, que l'ordonnance soit valable ou non, ou encore que le prescripteur l'ait prescrit ou non.

Il est de plus important que le pharmacien veille à ce que son équipe officinale ait une attitude cohérente, le toxicomane repérant facilement la personne qui délivre et celle qui refuse dans une telle situation.

2.3.2. Les centres de pharmacodépendance (Ansm.fr, 2017)

Depuis le 13 mars 2017, les professionnels de santé ou les usagers peuvent signaler en quelques clics aux autorités sanitaires tout événement indésirable sur le site du Ministère de la Santé (signalement-sante.gouv.fr), dont les effets indésirables, les incidents ou les risques d'incidents liés aux produits de santé.

L'addictovigilance est la surveillance des cas d'abus et de dépendance liés à la prise de toute substance ayant un effet psychoactif, qu'elle soit médicamenteuse ou non, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac.

Cette surveillance repose sur un réseau national de centres chargés de recueillir et d'évaluer ces cas. Ce dispositif permet aux autorités de santé de prendre toute mesure adaptée pour préserver la santé publique et d'informer les autorités sanitaires, les professionnels de santé et le grand public.

L'addictovigilance se traduit principalement par :

- L'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance d'un produit et ses risques pour la santé publique grâce à des systèmes de recueil adaptés ;
- La surveillance et l'encadrement des conditions d'utilisation des médicaments psychoactifs ;
- Le classement des produits psychoactifs sur la liste des stupéfiants et des psychotropes ;
- La diffusion d'alertes.

La création d'un système d'**évaluation de la pharmacodépendance** répond à des exigences internationales en matière de lutte contre la toxicomanie.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies (ONU) appellent les états à participer à l'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance des substances psychoactives. Ils doivent mettre en place des mesures de prévention, de formation et d'information des professionnels de la santé et du grand public (articles 38 et 38 bis de la Convention Unique des Stupéfiants de 1961).

Le système français d'évaluation de la pharmacodépendance existe depuis 1990. Ce dispositif participe à la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie en coordination avec la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Il repose sur le réseau des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP).

Le réseau comprend 13 CEIP : Caen, Clermont -Ferrand, Grenoble, Lille, Paris, Marseille, Montpellier, Nancy, Poitiers, Bordeaux, Lyon, Nantes et Toulouse et 7 centres correspondants.

Les CEIP recueillent et évaluent les cas de pharmacodépendance qui leur sont transmis et préparent les travaux de la Commission Nationale des Stupéfiants et des Psychotropes (CNSP). Des outils de surveillance et d'évaluation spécifiques et adaptés ont été développés afin d'évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des substances psychoactives.

La déclaration des cas d'abus graves et de pharmacodépendance graves liés à la prise de substances ou plantes ayant un effet psychoactif ainsi que tout autre médicament ou produit est obligatoire.

Partie III : Enquête auprès des Pharmaciens d'Officine concernant la prise en charge du patient toxicomane

Cette enquête vise à mieux connaître l'état des lieux de la prise en charge en ville des patients toxicomanes en Normandie. En plus d'évaluer l'activité des professionnels de santé en matière de toxicomanie, les principaux objectifs de l'enquête étaient de décrire l'attitude et la pratique des pharmaciens en fonction de leur niveau d'investissement, et de recueillir leur ressenti sur la situation actuelle de la prise en charge des patients toxicomanes en médecine de ville.

L'enquête devrait aussi permettre d'évaluer la connaissance de l'existence de structures de soins spécialisées et de réseaux, et d'apprécier la place du travail pluridisciplinaire.

D'autre part, ce sondage pourrait contribuer à identifier les besoins de formation ou d'information sur la prise en charge des patients toxicomanes par le pharmacien d'officine et à déterminer ainsi les potentielles lacunes dans ce domaine.

I. Questionnaire

Un sondage sous forme de questionnaire a été établi sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO) pour soulever divers problèmes s'y référant. Ce questionnaire a été envoyé par e-mail et via les réseaux sociaux à une centaine de titulaires d'officine exerçant en Normandie. La CERP de Rouen (Centre de Répartition Pharmaceutique) a également participé à la diffusion de cette enquête par l'envoi d'un e-mail à chacun de ses adhérents. 71 réponses ont été obtenues à la suite de ce sondage, et la synthèse des réponses a permis d'établir une tendance concernant la vision des pharmaciens d'officine vis à vis des traitements de substitution aux opiacés.

1 - Dans quel département exercez-vous ?

2 - Quel est l'environnement de votre lieu de travail ?

- Urbain

- Rural

3 - Accueillez-vous des patients toxicomanes dans votre l'officine ?

- Oui
- Non, jamais

4 - Si oui, combien de patients toxicomanes recevez-vous par mois ?

5 - Concernant la prise en charge du patient toxicomane, pensez-vous avoir eu une formation initiale suffisante ?

- Oui
- Non

6 - Depuis que vous exercez en officine, avez-vous suivi une (ou des) formation(s) sur la prise en charge des toxicomanes ?

- Oui
- Non

7 - Êtes-vous amené à donner des conseils hygiéno-diététiques contre les effets indésirables (constipation, sécheresse buccale, nausées...) concernant les traitements substitutifs ?

- Oui
- Non

8 - Délivrez-vous des Steribox® ?

- Oui
- Non

9 - Si oui, combien délivrez-vous de Stéribox® par mois ?

- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 20
- Plus de 20

10 - Avez-vous été confronté à des patients toxicomanes vous demandant, en plus de leur traitement de substitution, des seringues ou une boîte de Stéribox ?

- Oui
- Non

11 - Êtes-vous pour l'installation des Distribox® à proximité d'une pharmacie ?

- Oui
- Non

12 - Avez-vous déjà été confronté à des patients toxicomanes en lien avec plusieurs médecins prescripteurs ?

- Oui, régulièrement
- Parfois
- Non, jamais

13 - Quelle est votre attitude face à un chevauchement d'ordonnance ?

- Vous délivrez
- Vous refusez de délivrer
- Vous téléphonez au médecin

14 - Quelle est votre attitude face à une demande d'avance de produit de substitution ?

- Vous acceptez
- Vous refusez
- Vous téléphonez au médecin

15 - Face à un patient toxicomane en demande de soins, vous l'orientez vers :

- Un médecin généraliste
- Un centre spécialisé de soins aux toxicomanes
- Un hôpital
- Un centre médico-psychologique
- Autre

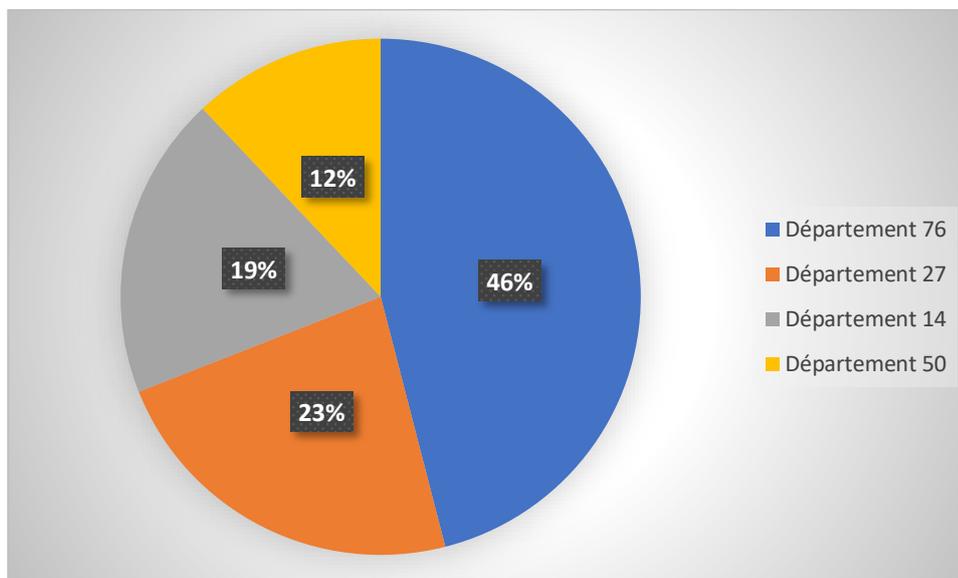
16 - Avez-vous été confronté à des problèmes d'insécurité avec un patient toxicomane ?

- Oui
- Non

17 - Avez-vous des suggestions ou des idées d'amélioration concernant la prise en charge du patient toxicomane ?

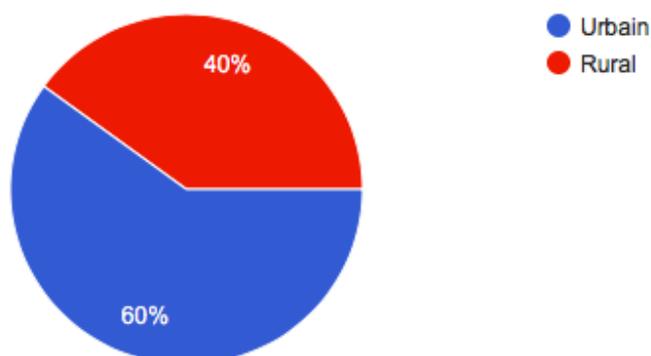
II. Réponses et analyse

Question 1. Dans quel département exercez-vous ?



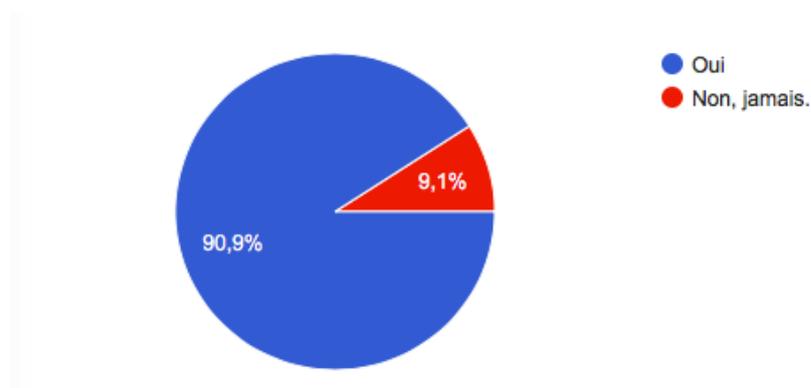
La majorité des Pharmaciens titulaires ayant répondu à ce sondage exercent en Seine Maritime comparativement à la participation des pharmaciens de l'Eure, du Calvados et de la Manche. Cette disparité s'explique par le fait que la diffusion de cette enquête a été principalement publiée sur des groupes Facebook de Pharmaciens de l'Agglomération Rouennaise.

Question 2. Quel est l'environnement de votre lieu de travail ?



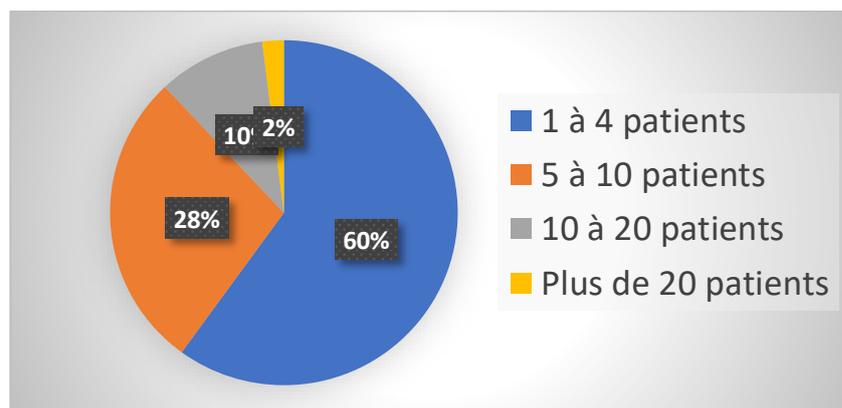
L'étude montre que la majorité des pharmacies (60%) ayant participé à ce sondage sont situées en milieu urbain, environnement plus concerné par des patients sous TSO comparativement à un milieu rural (40% des réponses).

Question 3. Accueillez-vous des patients toxicomanes dans votre officine ?



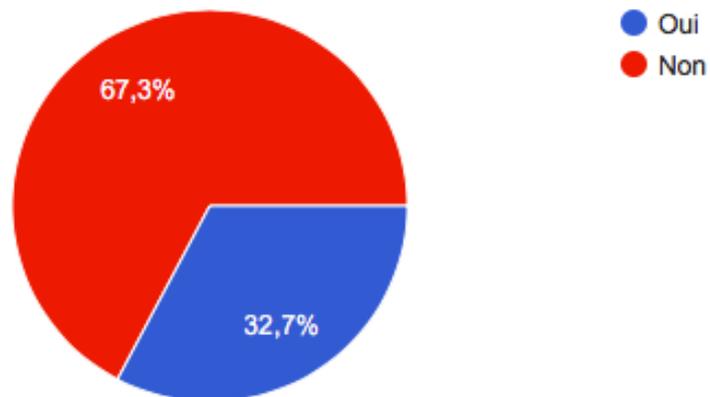
Nous constatons que la très grande majorité des pharmaciens d'officine ont des patients toxicomanes parmi leur clientèle. Le taux restant de 9,1% semble correspondre à des pharmacies rurales où la toxicomanie y est beaucoup moins répandue.

Question 4. Si oui, combien de patients toxicomanes recevez-vous environ par mois ?



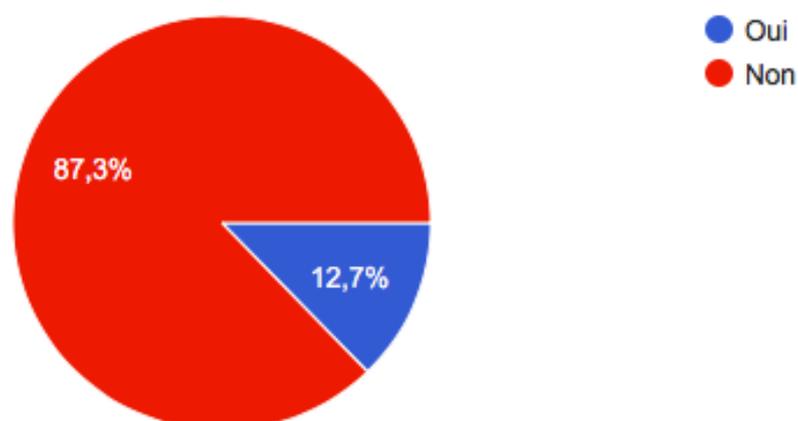
La grande majorité des pharmaciens accueillent en moyenne entre 1 et 4 patients toxicomanes par mois. La localisation de la pharmacie comme le quartier de celle-ci peut influencer ces chiffres. Certains médecins généralistes accepteront plus ou moins de prendre en charge ce type de patients, ce qui crée donc des disparités entre les pharmacies. Certaines structures spécialisées vont aussi pouvoir accueillir ces patients toxicomanes.

Question 5. Concernant la prise en charge du patient toxicomane, pensez-vous avoir eu une formation initiale suffisante ?



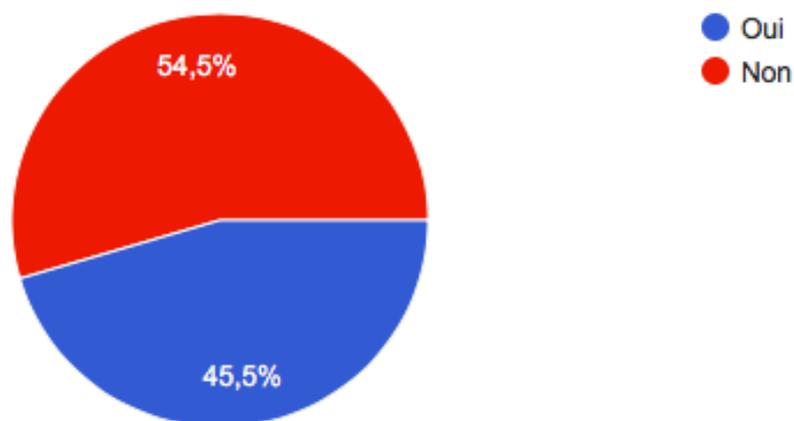
La majorité des Pharmaciens pensent ne pas avoir une formation assez complète ce qui pourrait expliquer la peur de la prise en charge de ce type de patient. En effet, les enseignements dispensés au sein des Facultés de Pharmacie n'approfondissent pas assez la prise en charge de ce type des toxicomanes. Les pharmaciens d'officine se forment le plus souvent au comptoir et sont plus ou moins à l'aise avec ces patients. Il ne s'agit pas d'un patient quelconque et sa guérison est très longue. Cette situation implique d'être à l'écoute du toxicomane si celui-ci se confie spontanément.

Question 6. Depuis que vous exercez en officine, avez-vous suivi une (ou des) formation(s) sur la prise en charge des toxicomanes ?



La grande majorité ont répondu qu'ils ne se formaient pas à la prise en charge du patient toxicomane. Serait-ce dû au manque d'intérêt concernant la pathologie ? Au manque de temps ? Le plus souvent, l'équipe officinale reproduit les actes du titulaire tant sur le plan de la délivrance du traitement que sur l'attitude à adopter. Il est donc du devoir du pharmacien d'officine de se former régulièrement afin de mettre à jour ses connaissances.

Question 7. Êtes-vous amené à donner des conseils contre les effets indésirables (constipation, sécheresse buccale, nausées...) concernant les traitements substitutifs ?

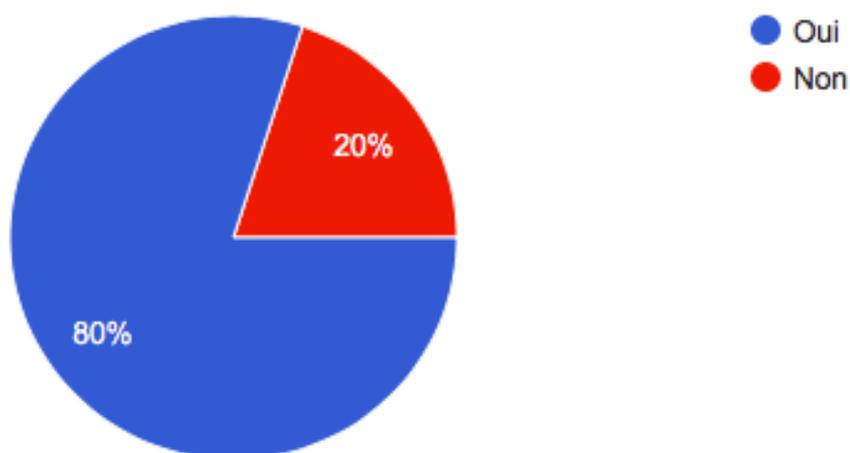


Les pharmaciens interrogés sont 45,5% à tenter de donner une information sur les effets indésirables liés au traitement de substitution aux opiacés.

Les diverses raisons invoquées par les pharmaciens ne donnant pas cette information sont en premier lieu l'absence de demande de ces patients connaissant eux-mêmes très bien les risques, puis un espace non adapté avec un manque de confidentialité. Le manque de formation peut également amener le pharmacien à ne pas développer la conversation au comptoir. Le pharmacien doit sans cesse rappeler au patient toxicomane les effets indésirables afin d'éviter tout arrêt de traitement. Si le patient se sent nauséux, et qu'il n'a pas été mis au courant de cet effet secondaire, il peut vite prendre la décision d'arrêter son traitement en concluant que celui-ci n'a aucun effet bénéfique pour lui. La plupart de ces patients sont pressés, ou même gênés, il est parfois difficile de garder leur attention au comptoir. Cependant, il est primordial d'expliquer au patient lors de la première délivrance les différents effets indésirables auxquels il peut être soumis afin d'améliorer l'observance du traitement. De même, le pharmacien a un rôle majeur d'information vis-à-vis des toxicomanes

se présentant à leur officine concernant notamment les pratiques à risques, les conseils hygiéno-diététiques, le mésusage des médicaments, les associations de produits, les risques liés aux drogues et les maladies transmissibles.

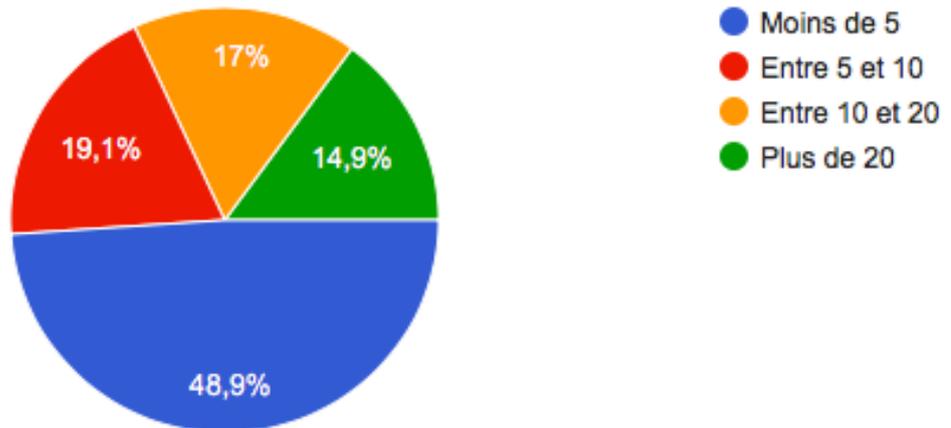
Question 8. Délivrez-vous des Stéribox® ?



L'enquête nous démontre que 80% pharmaciens délivrent des Stéribox® en officine.

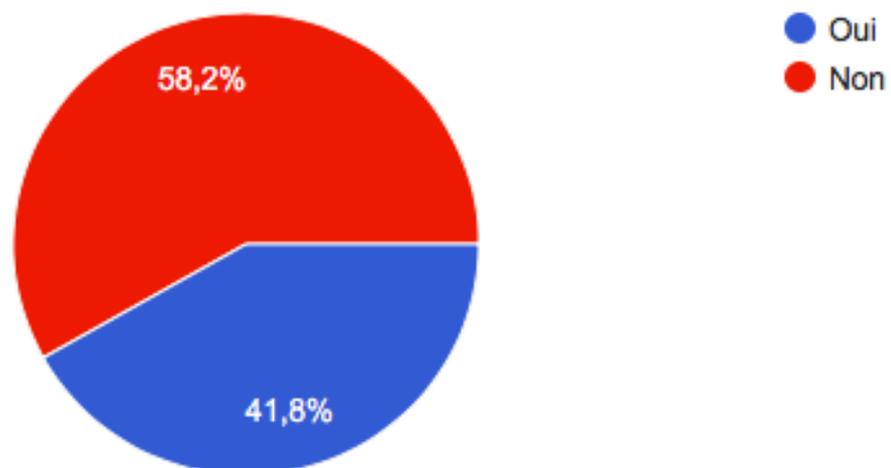
En effet, la mise à disposition en pharmacie des Stéribox® correspond à une politique de réduction des risques. Les pharmaciens n'en délivrant pas mettent en avant la peur de la violence, l'image de l'officine, la non-rentabilité, le sentiment de complicité dans l'acte de se droguer ou tout simplement l'absence de toxicomanes dans leur périmètre d'exercice.

Question 9. Si oui, combien délivrez-vous de Stéribox® par mois ?



La moitié des pharmaciens délivrent moins de cinq Stéribox® par mois, ce qui reste un chiffre relativement bas mais tout dépend du nombre de demandes de ce type de patientèle et aussi de la localisation de la pharmacie. Si celle-ci est située en pleine campagne normande, les demandes seront forcément moins nombreuses.

Question 10. Avez-vous été confronté à des patients toxicomanes vous demandant, en plus de leur traitement de substitution, des seringues ou une boîte de Stéribox® ?



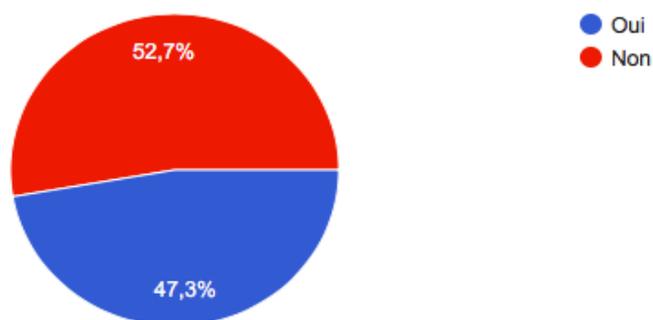
Presque deux tiers des pharmaciens n'ont pas été confrontés à cette situation. Cependant, plus d'un tiers l'ont tout de même déjà vécue. Que faut-il en penser ? Le travail du médecin a-t-il été correctement fait ? Le pharmacien a-t-il bien expliqué le but du traitement ?

Il existe plusieurs situations qui incitent le patient à demander un Stéribox® :

- le patient s'injecte son traitement grâce au Stéribox®
- Il revend son traitement et continue à s'injecter de l'héroïne avec le Stéribox®
- Il consomme son traitement normalement et continue en plus à s'injecter de l'héroïne.

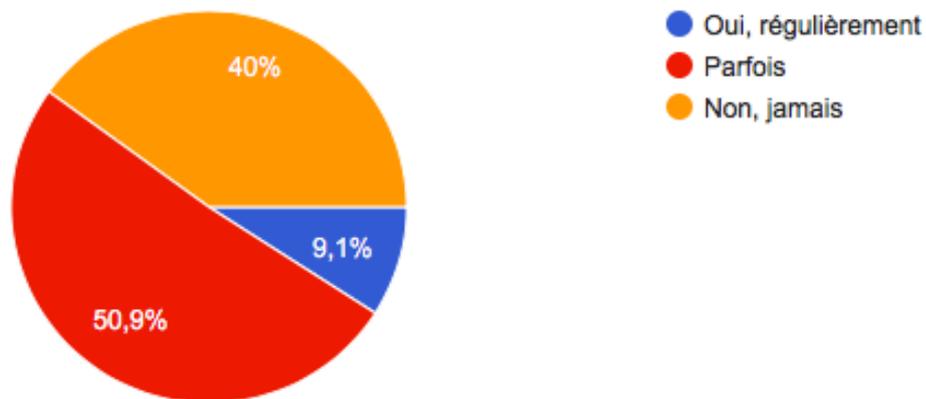
Dans tous les cas, la délivrance d'une boîte de Stéribox® sera indispensable pour éviter toutes infections quelles qu'elles soient.

Question 11. Êtes-vous pour l'installation des Distribox® à proximité d'une pharmacie ?



Plus de la moitié des pharmaciens ne veulent pas de Distribox® à proximité d'une pharmacie. Il est possible que le développement d'un sentiment d'insécurité lié à la proximité de ce dispositif, l'absence d'intermédiaire et de contact humain avec un risque de banalisation suscitent des craintes des pharmaciens.

Question 12. Avez-vous déjà été confronté à des patients toxicomanes en lien avec plusieurs médecins prescripteurs ?



Plus de la moitié des pharmaciens interrogés déclarent avoir déjà été confrontés à des patients toxicomanes ayant plusieurs médecins prescripteurs, dont 9,1% de façon régulière. Cette question soulève un autre problème : comment est-il possible que ces patients arrivent à avoir accès à plusieurs médecins prescripteurs en même temps ? Comment certains médecins peuvent-ils accepter de prescrire sans se renseigner au préalable de l'existence potentielle d'un autre prescripteur traitant ? Existe-t-il une faille dans le système de santé français ?

Pour contrer ce problème, il faudrait imposer le Dossier Médical Partagé à ce type de patient. Grâce à cet outil, tous les professionnels de santé auraient une visibilité complète sur les traitements en cours du patient. Ainsi, si le patient consulte un deuxième médecin afin d'obtenir une seconde ordonnance, le médecin généraliste traitant en sera averti.

Question 13. Quelle est votre attitude face à un chevauchement d'ordonnance ? (Plusieurs réponses possibles)



La très grande majorité des pharmaciens contactent le médecin prescripteur afin d'avoir plus d'informations et de s'assurer que le patient n'a pas falsifié une ordonnance. Il est très

important que les pharmaciens adoptent cette démarche face à un chevauchement car cela peut déceler un détournement de traitement, une potentielle revente à autrui ou même une surconsommation. Concernant les 5,5% qui délivrent le traitement sans appeler le médecin, même si ce chiffre est très bas, il existe un réel danger de surdosage qui pourrait nuire à la santé du patient.

Le patient peut se présenter en avance mais avec une ordonnance du médecin comportant la mention « chevauchement autorisé avec l'ordonnance du ... ». Dans ce cas, le pharmacien délivre le traitement normalement. Il doit néanmoins être attentif au fait que ces chevauchements doivent rester exceptionnels, et que les durées de chevauchement ne doivent pas dépasser quelques jours par mois. Le sujet peut aussi se présenter avec une ordonnance datée du jour, sur laquelle aucun chevauchement autorisé n'est précisé, alors qu'une délivrance de médicaments conduirait à un chevauchement avec la précédente prescription. Le sujet peut également, dans le cas d'une délivrance fractionnée, se présenter en avance pour la délivrance de la fraction suivante. Enfin, le pharmacien doit faire face parfois, bien que plus rarement, à des sujets désirant une avance de traitement.

Question 14. Quelle est votre attitude face à une demande d'avance de produit de substitution ? (Plusieurs réponses possibles)

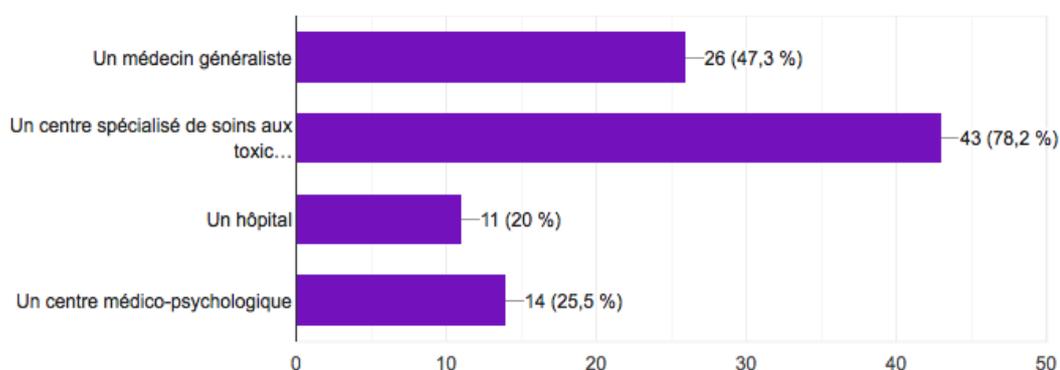


Il incombe au pharmacien de décider de la démarche qu'il suivra. D'une officine à une autre, d'un cas à un autre, les réponses peuvent différer face à ce type de problème. Le toxicomane venant chercher son traitement en avance justifie systématiquement cette demande. Certains pharmaciens ne cèderont jamais, et ne délivreront jamais de médicament de substitution en avance sur la date prévue, quelle que soit la raison invoquée ni le contexte (médecin absent par exemple), prenant le risque de mettre en péril le traitement et la prise en charge dans son ensemble. D'autres ne le feront qu'en cas d'accord du médecin, écrit ou téléphonique. D'autres enfin tenteront d'évaluer chaque situation et de prendre une décision au cas par cas. La vraie difficulté dans ce genre de situation est d'évaluer si le sujet est honnête ou non, si la raison invoquée est recevable ou non. Il est important de prendre en compte également le

caractère exceptionnel de ce type de demande. En effet, même si la délivrance en avance est interdite, on peut considérer que dans certains cas, une exception est nécessaire car si un refus de délivrance empêche le sujet de suivre son traitement en continu, ce dernier risquant alors une rechute.

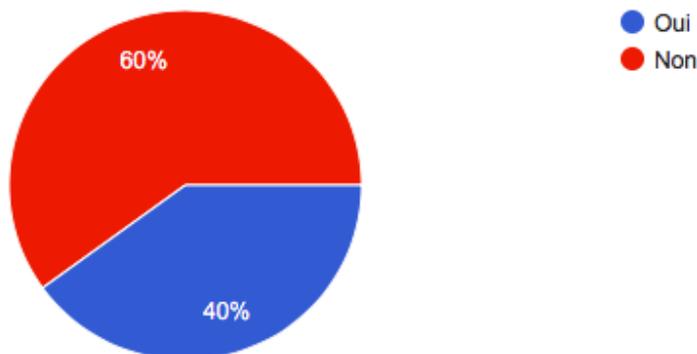
Cependant, si les avances sont répétitives et constantes, le pharmacien se doit de ne pas accorder cette délivrance et d'informer le médecin traitant.

Question 15. Face à un patient toxicomane en demande de soins, vous l'orientez vers :
(Plusieurs réponses possibles)



La grande majorité des pharmaciens dirige le patient vers un centre spécialisé de soins aux toxicomanes. Ces Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont des structures pluridisciplinaires qui ont pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction. Ils regroupent depuis 2011 les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). (annuaire.action-social.org, 2020). Les pharmaciens orientent aussi les patients vers le médecin généraliste, ce qui peut parfois être problématique car ces derniers n'acceptent pas tous les patients toxicomanes.

Question 16. Avez-vous été confronté à des problèmes d'insécurité avec un patient toxicomane ?



Une part importante de pharmaciens (40%) ont déjà été confrontés au cours de leur exercice à des problèmes d'insécurité face à un patient toxicomane.

Le sujet toxicomane est plus susceptible qu'un autre client de l'officine de faire preuve d'agressivité envers l'équipe officinale. Cette situation s'observe essentiellement dans le cas d'une demande inappropriée et refusée par le pharmacien. Le sujet, s'il est en manque, peut parfois être agressif, avoir un comportement violent, que ce soit de manière verbale ou même physique. Ce type d'attitude contribue à entretenir dans certaines officines la peur du patient sous MSO.

Face à une personne agressive, l'idéal serait de rester ferme et de refuser catégoriquement toute demande de délivrance non justifiée. Malheureusement, les équipes officinales sont constituées en majorité de femmes, et lorsque la violence devient physique, l'attitude raisonnable est de céder à la demande et d'en avertir ensuite le médecin traitant et les autorités pour porter plainte.

Question 17. Avez-vous des suggestions ou des idées d'amélioration concernant la prise en charge du patient toxicomane ?

Les pharmaciens ayant répondu au questionnaire ont proposé plusieurs axes d'amélioration dont en voici la synthèse :

Concernant la formation, les pharmaciens souhaitent :

- avoir une formation régulière à proposer à toute l'équipe officinale (pharmaciens, préparateurs en pharmacie, étudiants)
- faire des mises en situation en cours de communication pour être mieux formé à la prise en charge psychologique de ce type de patient.
- avoir une formation plus poussée à la faculté ou en Centre de Formation d'Apprentis (CFA) afin d'approfondir les connaissances.

Concernant la prescription et la délivrance, les pharmaciens souhaitent :

- une informatisation des prescriptions dans le cadre d'un renouvellement de produits de substitution. Par exemple, l'ordonnance serait directement envoyée au pharmacien par messagerie sécurisée.
- rendre obligatoire le Dossier Pharmaceutique et le Dossier Médical Partagé.
- renforcer et contrôler la possibilité de changer de prescripteur et de pharmacie. Les pharmaciens estiment qu'il est aujourd'hui aisé pour le patient d'obtenir son traitement dans différentes pharmacies.

D'autre part, les pharmaciens souhaitent une meilleure collaboration interprofessionnelle avec les médecins prescripteurs. Ils souhaiteraient également des réunions entre médecins, infirmiers et psychiatres afin de discuter de la prise en charge globale de patients communs.

Certains pharmaciens souhaiteraient voir plus de campagnes d'informations proposées par les centres d'addictologie.

III. Discussion et conclusion

Cette étude normande a permis de mettre en avant les problèmes auxquels sont confrontés les pharmaciens d'officine dans le cadre de leur pratique professionnelle face à des patients toxicomanes. Des propositions de solutions et d'améliorations ont même pu être soulevées.

Les pharmaciens souhaitent plus de formations dans le domaine de l'addiction, ce qui peut s'appliquer également aux médecins généralistes afin d'éviter des erreurs de rédaction d'ordonnances ou encore de dosage.

Cette enquête traduit également le manque de communication entre pharmaciens, médecins et spécialistes. En effet, les médecins généralistes comme les médecins hospitaliers, amenés à prescrire un traitement substitutif pour un patient toxicomane, ne communiquent pas assez. Dans le domaine de l'addictologie, les praticiens de ville ont plusieurs atouts et moyens mis à leur disposition : contacts fréquents entre soignant/patient, connaissance de la toxicomanie, outils de dépistage simple, outils médicamenteux avec notamment des traitements de substitution. Cependant, il arrive que certains faits limitent leur implication. Les plus fréquents sont l'investissement relationnel ou temporel et une formation jugée incomplète concernant les médecins et les pharmaciens. Compte-tenu de la complexité des situations dans lesquelles sont enfermés la plupart de ces patients, la prise en charge isolée en médecine de ville est extrêmement difficile, et il apparaît évident de développer des relations avec un ensemble de partenaires de santé. C'est ainsi que l'approche multidisciplinaire et le développement de réseaux permettent une prise en charge globale du patient toxicomane.

Conclusion générale

Le rôle du pharmacien dans la prise en charge du toxicomane est essentiel et en perpétuelle évolution. Disponible tous les jours, à toute heure, et sans rendez-vous, le pharmacien est ainsi dans de nombreux cas, le premier professionnel de santé au contact de la population et en première ligne. Cette disponibilité est fondamentale dans la prise en charge des toxicomanes qui ont régulièrement besoin d'un professionnel de santé en urgence, en toute discrétion, et sachant répondre à leur demande. Le pharmacien remplit cette fonction par la délivrance de matériel de réduction des risques. Il tient ce type de matériel à disposition des usagers injecteurs, notamment des seringues.

Étant le seul professionnel de santé habilité à délivrer des médicaments, il dispense les médicaments de substitution aux opiacés par voie orale. Le pharmacien est à la disposition des usagers de drogues pour les conseiller et les orienter vers des structures spécialisées. Dans la réalité on notera, malheureusement, la persistance de refus de délivrer du matériel ou quelques réticences sur la dispensation de certains médicaments de substitution orale. L'objectif n'est pas de juste délivrer des boîtes de médicaments, il faut aussi accompagner le patient au quotidien sur les modes de prise adaptés, l'informer des effets indésirables mais également déceler les problèmes de posologie. Le pharmacien doit assumer avant tout un rôle d'assistance et de soutien. D'autre part, le pharmacien d'officine est le professionnel de santé qui est le plus en lien avec le patient sous TSO, surtout à l'instauration du traitement lorsque le fractionnement est court. Le pharmacien est donc le plus à même de constater l'évolution des signes cliniques et d'apprécier si le patient est bien équilibré au cours du temps. Dès l'instauration d'un traitement de substitution, le pharmacien devra cadrer et encadrer le patient dans un espace de confidentialité. Il pourra lui donner tous les conseils adéquats et rappeler les effets indésirables des opioïdes. De plus, il pourra fournir des flyers d'information, des fiches sur les conseils hygiéno-diététiques obligatoirement associés aux TSO. Le pharmacien réalisera en fait un entretien pharmaceutique avec le patient.

La formation des pharmaciens et des équipes officinales pourrait être approfondie afin de permettre une plus grande implication de ce corps de métier à la gestion de la prise en charge des toxicomanes et pour offrir un maillage territorial convenable. La mise en place d'un cadre juridique mieux défini dans ces conditions concernant les missions déléguées aux pharmaciens

et la mise en place d'une rémunération forfaitaire seraient aussi une possibilité. Il incombera au pharmacien de continuer à se former pour suivre les évolutions sur les consommations (nouveaux produits...), sur les traitements de substitution, sur la législation pharmaceutique, et sur les parcours de soins aux patients toxicomanes. Les pharmaciens souhaiteraient disposer d'une formation élargie dans le domaine de l'addiction mais celle-ci pourrait aussi s'appliquer aux médecins généralistes afin de limiter certaines erreurs de prescription (type d'ordonnance, problèmes de dosage...). Fort de toutes ces nouvelles mesures, le pharmacien pourrait s'investir davantage et s'intégrer dans un dispositif au sein duquel il a une place légitime. Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de ces patients toxicomanes apparaît ainsi prépondérant.

Il faut garder à l'esprit que le pharmacien sera vraisemblablement confronté au cours de sa carrière à des toxicomanes pouvant être violents, peu ponctuels, avec de nombreux troubles psychiatriques, des patients sous SUBUTEX® ou METHADONE® rendant le dialogue difficile voire impossible. Le pharmacien devrait alors pouvoir compter sur l'aide de structures spécialisées et de professionnels de santé qui l'entourent tel le médecin généraliste.

En tant que professionnel de santé, le pharmacien d'officine pourrait être amené à intervenir dans le réseau de soins d'addictologie en participant notamment à différents modules concernant le patient sous TSO, certes axés sur le médicament (éducation thérapeutique).

La prise en charge du toxicomane a énormément progressé ces dernières années et de nouvelles recommandations devraient encore voir le jour. A Paris en octobre 2016, une nouvelle structure a vu le jour, une Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR) plus communément appelée « salle de shoot », dédiée à la consommation de drogues à moindre risque car dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité et avec un encadrement assuré par un personnel formé à accueillir et à accompagner les toxicomanes. Ce type de centre ne fournit pas de drogues mais délivre seringues et conseils de première main. Un objectif sanitaire donc, mais aussi une avancée sociale puisque cet espace aide aussi « les malades de la drogue » à se réinsérer dans la société, en leur trouvant une activité ou simplement en les replaçant dans des espaces de sociabilité, leur permettant ainsi de reprendre pied. Depuis son ouverture, cette salle de consommation à moindre risque accueille entre 130 et 150 personnes par jour. Autant de personnes qui n'ont pas eu à se droguer dans l'espace public, avec tout ce que cela comporte en termes de de risques et de dangers, pour eux-mêmes, mais aussi pour le reste de la communauté. Pourtant, l'ouverture de ce centre a dû faire face à de fortes oppositions,

notamment de la part du futur voisinage. Les opposants aux salles de shoot s'inquiètent d'un possible effet d'entraînement, d'un encouragement pernicieux à la consommation. C'est l'idée selon laquelle fournir les moyens de se droguer en toute sécurité pousserait nécessairement au vice et à la débauche. Tant que les toxicomanes continueront d'être perçus comme des marginaux, des criminels, et non comme des malades qu'il convient d'aider, les communautés continueront d'être hostiles à ces centres, perçus comme une nuisance pour les riverains et non comme un espace de sûreté, un refuge pour les consommateurs de drogues. (Franceculture.fr, 2019)

Il n'existe pas de site idéal pour suivre et traiter la clientèle toxicomane. La meilleure solution est d'effectuer le suivi et les traitements de médecine somatique dans un lieu où le sujet puisse se rendre fréquemment, où l'on a l'habitude de gérer les usagers de drogues.

La substitution n'est pas une fin en soi mais un moyen et seule une collaboration étroite entre les différents acteurs de santé formant une véritable équipe pluridisciplinaire et permettant l'indispensable partage de l'information aboutira à une prise en charge optimale.

Il semble certain que le pharmacien d'officine sera amené à tenir un rôle prépondérant dans l'éducation, la prévention, et la prise en charge quotidienne des patients toxicomanes dans les années à venir.

Références bibliographiques

Addictovigilance APHP - <http://addictovigilance.aphp.fr/2013/02/05/fiches-a-destination-des-patients-sous-methadone-le-flyer/>, Consulté le 12 Mars 2020

ANSM - [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/(offset)/0) , consulté le 13 Mars 2020

Action Social - <https://annuaire.action-sociale.org/?p=csapa-rouen-ass-la-boussole-760919175&details=caracteristiques> , consulté le 1 avril 2020

Baudelaire C. Les paradis artificiels. Paris, Folio, 1972.

Baudens A. Prévention et prise en charge de la **toxicomanie** à l'officine, Th D Pharm, Lille, 2017.

Caat.Online.fr – Usages et dépendance - <http://www.caat.online.fr/toxicomanie/usages.htm>, consulté le 17 aout 2018

CNCDH USAGE DE DROGUE ET DROIT DE L'HOMME - https://www.cncdh.fr/sites/default/files/161108_avis_usages_de_drogues_et_droits_de_lhomme_a5_0.pdf, Consulté le 22 Mars 2020

CONSEIL 75 ORDRE MEDECIN - <https://conseil75.ordre.medecin.fr/content/ordonnances-sécurisées>, consulté le 12 Mars

CRAT – Centre de références des actions tératogènes
https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=47 , Consulté le 28 Mars 2020

EM Consulte - <https://www.em-consulte.com/rmr/article/157238>, consulté le 13 Mars 2020

HAS – Commission de la transparence SUBOXONE - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct-5344_suboxone_.pdf, consulté le 4 décembre 2019

HAS - Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf , consulté le 20 Juin 2020

Fernandez L., Catteeuw M. Clinique des addictions, théories, évaluations, prévention et soins. Ed Nathan université, Liège, 2002,161 p.

Franceculture.fr - "Salles de shoot" : un impératif de santé et de société
<https://www.franceculture.fr/emissions/les-nouvelles-de-leco/les-nouvelles-de-leco-du-jeudi-24-janvier-2019> , consulté le 27 Juillet 2020

Meddispar.fr – Buprénorphine

[http://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBUTEX-0.4-B-7/\(type\)/name/\(value\)/subutex/\(cip\)/3400933944421#nav-buttons](http://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBUTEX-0.4-B-7/(type)/name/(value)/subutex/(cip)/3400933944421#nav-buttons), consulté le 12 Aout 2019

Meddispar.fr – Médicaments stupéfiants et assimilés

<http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Criteres#nav-buttons>, consulté le 12 Aout 2019

Meddispar.fr – Méthadone

<http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/3805081#nav-buttons>, consulté le 12 aout 2019

OFDT.fr – Usage de drogues à l'adolescence

<https://www.ofdt.fr/populations-et-contextes/usage-de-drogues-l-adolescence/>

Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies. Drogues, chiffres clés, 6^{ème} édition. OFDT, 2015, 8 p.

Prevention.Ch – Qu'est-ce que la toxicomanie ?

<http://www.prevention.ch/latoxicomanie.htm>, consulté le 12 aout 2018.

Respadd.org - Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine

https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=75059 , consulté le 20 Juillet 2020

Reynaud M., Parquet P.J., Lagrue G. Les pratiques addictives, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Ed Odile Jacob, Paris, 2000, 273 p.

Stratégie thérapeutique pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, ANAES, conférence de consensus 2004

Vidal.fr – Buprénorphine

<https://www.vidal.fr/substances/6272/buprenorphine/>, consulté le 12 Aout 2019

Vidal.fr – Méthadone

<https://www.vidal.fr/substances/6305/methadone/>, consulté le 12 Aout 2019

Annexes

ANNEXE 1

Grossesse et Subutex® (CRAT, 2020)

Grossesse et Subutex

Puis-je avoir un enfant lorsque je reçois un traitement de Subutex® ?

Oui. Ce traitement ne présente pas de risque de complication ni pour vous, ni pour votre enfant. Les données publiées chez les femmes exposées à la buprénorphine en cours de grossesse sont nombreuses et rassurantes. Cependant, la prise en charge de la dépendance majeure aux opiacés est primordiale en cours de grossesse.

Dois-je arrêter ou diminuer ma méthadone pendant la grossesse ?

Non. Il faut maintenir un traitement adapté vous évitant toute situation de manque. Ressentir des effets liés au manque présente des risques pour l'enfant que vous portez. Il est même fréquent d'augmenter votre posologie durant la grossesse car les modifications de votre organisme vous font éliminer plus rapidement la buprénorphine.

Que se passe-t-il à la naissance ?

La plupart des enfants nés de mères sous Subutex® n'ont pas de problèmes particuliers. Mais un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés est probable en cas de prise chronique de buprénorphine jusqu'à l'accouchement. Sa survenue et sa gravité ne dépendent pas forcément de la posologie maternelle. Il survient dans un délai de quelques heures à quelques jours après la naissance. Ce syndrome se manifeste notamment par une irritabilité, des trémulations, un cri aigu et une hypertonie.

J'ai envie d'allaiter. Est-ce possible ?

Oui, l'allaitement est parfaitement possible.

Les quantités de buprénorphine présentes dans votre lait sont extrêmement faibles et elles n'intoxiquent pas votre bébé. L'allaitement favorise le contact avec votre enfant et ce contact mère-enfant aide à accompagner un éventuel syndrome de sevrage du nouveau né.

Arrêt du Subutex®

Est-ce le bon moment pour arrêter ?

Le traitement de Subutex® peut être arrêté mais :

- Le plus souvent, après plusieurs années de traitement.
- Il est essentiel d'être bien entouré et accompagné par la famille, des amis et par des professionnels de santé.
- Identifier avec le médecin/pharmacien les facteurs de réussite de l'arrêt du traitement ou ceux qui peuvent le rendre difficile.

Comment se déroule l'arrêt du traitement ?

Idéalement, il doit être facile et sans douleur. L'arrêt brutal du traitement provoque un état de manque qui s'installe progressivement (en quelques jours) mais devient très pénible.

Attention à la rechute : reconsommation d'opiacés !

L'arrêt du traitement devra toujours se faire progressivement. Il est conseillé de diminuer la posologie de Subutex® par paliers de 5 à 10mg toutes les une à deux semaines. La phase la plus difficile et parfois la plus longue, est celle où les posologies sont les plus basses.

La baisse doit alors être encore plus progressive.

En cas d'apparition de signes négatifs (anxiété, dépression, forte envie de consommer..) mieux vaut arrêter la baisse et reprendre le traitement à une posologie adaptée pour maintenir une qualité de vie.

Et après l'arrêt ?

Il est possible de rencontrer des difficultés d'endormissement ou un sentiment de tristesse qui peuvent perdurer plusieurs mois.

D'autres signes peuvent apparaître comme des douleurs ou une « agitation ». Des envies de consommer peuvent ressurgir.

Dans tous les cas :

- Gardez un contact avec le médecin ou l'équipe soignante et évoquez vos difficultés ou vos craintes.
- Surveillez vos consommations d'alcool et de médicaments (Anxiolytiques, somnifères..)
- Vous pouvez à tout moment reprendre le traitement. Ce n'est pas un échec, il était juste trop tôt pour arrêter. Dans ce cas, il faudra revoir votre médecin.

Grossesse et Méthadone

Puis-je avoir un enfant lorsque je reçois un traitement de Méthadone® ?

Oui. Ce traitement ne présente pas de risque de complication ni pour vous, ni pour votre enfant. Cependant, si vous n'arrivez pas à stopper votre consommation de cocaïne, d'alcool, de tabac et autres substances psychoactives, il est fortement recommandé de réduire au niveau le plus bas.

Dois-je arrêter ou diminuer ma méthadone pendant la grossesse ?

Non. Il faut maintenir un traitement adapté vous évitant toute situation de manque. Ressentir des effets liés au manque présente des risques pour l'enfant que vous portez. Il est même fréquent d'augmenter votre posologie durant la grossesse car les modifications de votre organisme vous font éliminer plus rapidement la méthadone.

Que se passe-t-il à la naissance ?

La plupart des enfants nés de mères sous méthadone n'ont pas de problèmes particuliers. Il est possible qu'un syndrome de sevrage du nouveau né survienne mais ce n'est pas systématique. S'il y a un syndrome de sevrage, il dure en moyenne 1 semaine à 1 mois durant lesquels vous pouvez rester à l'hôpital proche de votre enfant.

J'ai envie d'allaiter. Est-ce possible ?

Oui, l'allaitement est parfaitement possible et il est même recommandé :

- Les quantités de méthadone présentes dans votre lait sont extrêmement faibles et elles n'intoxiquent pas votre bébé.
- L'allaitement favorise le contact avec votre enfant et ce contact mère-enfant aide à accompagner un éventuel syndrome de sevrage du nouveau né.

Arrêt de la Méthadone®

Est-ce le bon moment pour arrêter ?

Le traitement de méthadone peut être arrêté mais :

- Le plus souvent, après plusieurs années de traitement.
- Il est essentiel d'être bien entouré et accompagné par la famille, des amis et par des professionnels de santé.
- Identifier avec le médecin/pharmacien les facteurs de réussite de l'arrêt du traitement ou ceux qui peuvent le rendre difficile.

Comment se déroule l'arrêt du traitement ?

Idéalement, il doit être facile et sans douleur. L'arrêt brutal du traitement provoque un état de manque qui s'installe progressivement (en quelques jours) mais devient très pénible.

Attention à la rechute : reconsommation d'opiacés !

L'arrêt du traitement devra toujours se faire progressivement. Il est conseillé de diminuer la posologie de méthadone par paliers de 5 à 10mg toutes les une à deux semaines. La phase la plus difficile et parfois la plus longue, est celle où les posologies sont les plus basses.

La baisse doit alors être encore plus progressive.

En cas d'apparition de signes négatifs (anxiété, dépression, forte envie de consommer..) mieux vaut arrêter la baisse et reprendre le traitement à une posologie adaptée pour maintenir une qualité de vie.

Et après l'arrêt ?

Il est possible de rencontrer des difficultés d'endormissement ou un sentiment de tristesse qui peuvent perdurer plusieurs mois. D'autres signes peuvent apparaître comme des douleurs ou une « agitation ». Des envies de consommer peuvent resurgir.

Dans tous les cas :

- Gardez un contact avec le médecin ou l'équipe soignante et évoquez vos difficultés ou vos craintes.
- Surveillez vos consommations d'alcool et de médicaments (Anxiolytiques, somnifères..)
- Vous pouvez à tout moment reprendre le traitement. Ce n'est pas un échec, il était juste trop tôt pour arrêter. Dans ce cas, il faudra revoir votre médecin.

Méthadone® et transpiration excessive

La méthadone peut-elle me faire transpirer ?

La transpiration excessive est un phénomène commun à tous les opiacés. Lorsqu'on est dans une consommation de drogues illicites, l'hyper-sudation peut passer au second plan et peut ressortir de manière plus visible avec l'instauration d'un traitement par la méthadone.

Que puis-je faire pour diminuer mon problème de transpiration ?

Dans un premier temps, il est possible de préconiser quelques règles hygiéno-diététiques :

- Pratiquer une activité modérée (marche, course à pied..) aide à éliminer par voie naturelle l'excès d'eau.
- Avoir une alimentation équilibrée limitant les substances responsables d'hyper-sudation (alcool, café..)
- Porter des vêtements légers en fibres naturelles (coton, lin..) favorisera l'évaporation naturelle.
- Boire suffisamment d'eau pour éviter la déshydratation.

Des traitements locaux, disponibles en pharmacie, telles que la pierre d'Alun, des anti transpirants fort (Etiaxil® ou équivalents) ou encore de la poudre de talc peuvent aider à limiter les problèmes de transpirations.

Est-il utile de diminuer ma posologie de méthadone ou de changer de traitement ?

Les problèmes d'hyper-sudation ne sont pas liés à une posologie donnée mais peuvent survenir au cas par cas. Il est possible d'adapter le traitement de substitution selon vos besoins :

- Une posologie moins élevée aide parfois à faire régresser cet effet indésirable.
- Un changement de traitement de substitution peut être envisagé. Il faut garder à l'esprit que l'adaptation du traitement de substitution doit être compatible avec votre bien être et doit se réaliser sans apparition de signes de manque. Un état de manque permanent, même léger, peut lui aussi occasionner des sudations excessives.

Serment de Galien

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement. De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine. De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



Perrin-Agou Salomé

Prise en charge du patient toxicomane à l'officine

Th. D. Pharm., Rouen, 2021, 87p.

RESUME

En France et partout dans le monde, les addictions sont un problème de santé publique qui touche toutes les populations et tous les milieux sociaux. Ainsi, le pharmacien d'officine est très régulièrement confronté à des patients souffrant d'addiction et son rôle dans la prise en charge est primordial. En premier lieu, cela nécessite des connaissances théoriques concernant les principales drogues et leurs effets sur le corps humain. Le pharmacien est également un des composants du triangle médecin-pharmacien-patient. Suivant un cadre législatif strict, il délivre notamment les traitements de substitution aux opiacés en lien avec le médecin prescripteur et son rôle est fondamental de par sa disponibilité, l'éducation thérapeutique, l'écoute et les conseils qu'il peut proposer. De plus, les pharmaciens sont impliqués dans la réduction des risques liés à la toxicomanie avec par exemple la délivrance de Steribox®.

Une étude normande sous forme d'une enquête a permis de mettre en avant les problèmes auxquels sont confrontés au quotidien les pharmaciens d'officine dans le cadre de leur pratique professionnelle face à des patients toxicomanes. Des propositions de solutions et d'améliorations ont même pu être soulevées.

La lutte contre la toxicomanie est une implication collective et seul un partage des informations permettra une prise en charge globale du patient toxicomane, nécessaire à la réussite des traitements.

MOTS CLES : patient, toxicomane, drogues, traitement substitutif, pharmacien, officine

JURY

Président : Dr Malika LAHIANI-SKIBA, Docteur en Pharmacie et Enseignant-chercheur en Pharmacie Galénique

Membres : Mr. Wable Thierry, Maître de Conférences Universitaire en Communication
Dr Decrouez Philippe, Docteur en Pharmacie