



**HAL**  
open science

# Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés accueillis en officine

Mathilde Camille

► **To cite this version:**

Mathilde Camille. Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés accueillis en officine. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03619746

**HAL Id: dumas-03619746**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03619746v1>**

Submitted on 25 Mar 2022

**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.

**QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS PRIS  
EN CHARGE PAR TRAITEMENT  
SUBSTITUTIF AUX OPIACÉS  
ACCUEILLIS EN OFFICINE**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

---

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2021

Par

**Mathilde CAMILLE**

Née le 05 août 1993 à Amiens (Somme)

**Jury**

---

Président	Mme Catherine MULLIE-DEMAILLY, Maître de conférence
Maître de thèse	Mme Judith ANDRÉ, Maître de conférence
Juge	Mme Nelly PEGARD, Pharmacien titulaire

# REMERCIEMENTS

**A mon président de thèse, Mme Catherine MULLIE-DEMAILLY, maître de conférence à l'UFR de pharmacie,**

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

**A ma directrice de thèse, Mme Judith ANDRÉ, maître de conférence à l'UFR de pharmacie,**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail et d'avoir fait preuve de patience durant ces longs mois. Soyez assuré de mon respect et veuillez trouver, au travers de cet ouvrage, le témoignage de ma sincère reconnaissance.

**A mes juges,**

**Mme Nelly PEGARD, pharmacienne titulaire à Ailly-sur-Somme,**

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury, mais surtout merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir formé tout au long de mon parcours scolaire dans votre officine. Je vous remercie également pour tout le partage de vos connaissances au cours de toutes ces années.

**Aux officines ayant participé à la distribution des questionnaires,**

Merci d'avoir pris le temps tout d'abord de remplir le questionnaire destiné aux pharmaciens. Mais je tiens à vous remercier également d'avoir accepté de distribuer le questionnaire destiné aux patients dépendants aux opiacés à votre patientèle.

**A mes parents,**

Merci pour le soutien, les encouragements, et les séances « remontage de moral » au cours de toutes ces années d'études qui n'étaient pas de tout repos. Cette thèse et l'aboutissement de ces études, ces remerciements sont un hommage à l'éducation et aux valeurs que vous m'avez transmises

**A mes grands-mères,**

Parties bien trop tôt, mais j'espère que de là où elles sont je les rends fières.

**A mes oncles, tantes, cousins, cousines,**

**A mon parrain, ma marraine et mon grand-père,**

Merci de votre soutien tout au long de ces années, merci d'avoir cru en moi.

**A mes anciennes collègues : Anne, Sylvie et Véronique,**

Merci pour votre gentillesse, pour toutes ces connaissances partagées et pour les bons moments passés, au cours de tout mon cursus scolaire.

**A mes collègues de la pharmacie du Vimeu vert,**

Merci de votre accueil, moi cette toute jeune diplômée, dans votre officine. Merci de me faire évoluer et de faire de moi une meilleure pharmacienne.

### **A mes amies d'enfance,**

Alexia, depuis la maternelle jusqu'à la dernière année de fac de pharmacie, on se sera suivi. La fierté de nos mères de dire qu'on a fait le même parcours.

La vie ne m'a pas donnée une sœur mais une meilleure amie exceptionnelle : Fanny ! Merci du soutien depuis toutes ces années, on a passé le cap des 10 ans et les 20 ans se profilent doucement mais sûrement.

### **A mes supers copines,**

Claire et Auriane, merci d'être là au quotidien, dans les bons comme les mauvais moments. Merci d'être venues croiser ma route, et merci pour ces soirées mouvementées sur St leu (on aurait pu avoir des réductions après tant de fidélité !)

### **A mes amis rencontrés sur les bancs de la fac et du lycée,**

Justine, Valentin, Larissa, Gabriel, Anne, Erwan et les autres. Merci pour ces années de fac, un monde à part mais une chance de vous avoir rencontré.

### **A tous mes autres amis,**

Peut importe où l'on s'est rencontré, merci pour les moments du quotidien qui font du bien.

**Et a tout ceux qui ne pourront plus dire « Au fait elle en est où cette thèse ? »**

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>2</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>8</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>12</b>
<b>Partie I : Introduction .....</b>	<b>14</b>
1. <i>Historique de la consommation d’opiacés et la prise en charge des patients souffrant de dépendance .....</i>	<i>14</i>
2. <i>Epidémiologie .....</i>	<i>16</i>
3. <i>Traitements substitutifs aux opiacés avec autorisation de mise sur le marché.....</i>	<i>19</i>
3.1. <i>Buprénorphine haut dosage .....</i>	<i>19</i>
3.2. <i>Méthadone AP-HP .....</i>	<i>19</i>
3.3. <i>Règles de prescription et de délivrance .....</i>	<i>20</i>
3.4. <i>Effets indésirables du SUBUTEX et de la Méthadone AP-HP .....</i>	<i>21</i>
4. <i>Bonnes pratiques de dispensation des médicaments par les pharmaciens d’officine .....</i>	<i>22</i>
5. <i>Le concept de qualité de vie.....</i>	<i>23</i>
<b>Partie II : Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés accueillis à l’officine .....</b>	<b>26</b>
1. <i>Objectifs.....</i>	<i>26</i>
2. <i>Matériels et méthodes.....</i>	<i>27</i>
2.1. <i>Procédure.....</i>	<i>27</i>
2.2. <i>Recrutement des participants.....</i>	<i>27</i>
2.3. <i>Questionnaire patient : « Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés » .....</i>	<i>28</i>
2.3.1. <i>Histoire du patient.....</i>	<i>28</i>
2.3.2. <i>Évaluation des consommations associées (tabac, alcool, substances psychoactives) .....</i>	<i>28</i>
2.3.3. <i>Pharmacie(s) fréquentée(s) .....</i>	<i>29</i>
2.3.4. <i>Qualité de vie.....</i>	<i>30</i>

2.4. Questionnaire pharmacien : « Enquête sur la délivrance de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage à l'officine » .....	30
2.5. Analyse statistique .....	31
2.5.1. Analysis of variance .....	31
2.5.2. Corrélation .....	31
2.5.3. Khi-deux .....	31
3. Résultats .....	33
3.1. Epidémiologie .....	33
3.1.1. Localisation des pharmacies ayant participées à l'enquête et nombre de questionnaires récoltés	33
3.1.2. Présentation de la population de l'étude .....	34
3.2. Mesure qualité de vie .....	35
3.2.1. Score qualité de vie .....	35
3.2.2. Score de qualité de vie selon le traitement substitutif aux opiacés .....	35
3.2.3. Envie de consommation d'opiacés .....	36
3.2.4. Consommations d'autres opiacés (codéine, héroïne, morphine) et consommations associées	37
3.2.4.1. Consommations d'opiacés (codéine, héroïne, morphine) .....	37
3.2.4.2. Consommations associées .....	38
3.2.5. Amélioration souhaitée par les patients .....	42
3.2.5.1. Santé, forme physique et sommeil (Figure 14) .....	42
3.2.5.2. Humeur négative, vie amoureuse et libido (Figure 16) .....	44
3.2.5.3. Vie professionnelle, familiale et quotidienne (Figure 19) .....	46
3.3. Influence des pharmaciens d'officine sur le score de qualité de vie .....	47
3.3.1. Nombre de pharmacies délivrant les traitements substitutifs aux opiacés .....	47
3.3.2. Qualité de l'accueil à l'officine .....	49
3.3.3. Suivi du traitement et des effets secondaires .....	51
3.4. Ressenti des pharmaciens d'officine .....	53
4. Discussion .....	56
4.1. Analyse de notre population .....	56
4.2. Mesure de la qualité de vie .....	57
4.3. Influence des pharmaciens d'officine .....	60
4.4. Ressenti des pharmaciens d'officine .....	62
5. Conclusion et limites de l'étude .....	64
<b>Partie III : Conclusion .....</b>	<b>66</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>68</b>

<b>Annexes .....</b>	<b>79</b>
<i>Annexe 1 : .....</i>	<i>80</i>
<i>Annexe 2 : .....</i>	<i>85</i>
<i>Annexe 3 : .....</i>	<i>92</i>
<i>Annexe 4 : .....</i>	<i>93</i>
<i>Annexe 5 : .....</i>	<i>94</i>
<i>Annexe 6 : .....</i>	<i>97</i>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les effets indésirables très fréquents ( $\geq 1/10$ ) et fréquents ( $\geq 1/100$ à $< 1/10$ ) du SUBUTEX <sup>®</sup> et de ses génériques ainsi que ceux de la méthadone chez le sujet pharmacodépendant aux opiacés lors de la mise en place du traitement et phase d'entretien (14) .....	21
Tableau 2 : Points forts et points faibles des pharmacies d'officine.....	49

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de la répartition des bénéficiaires de traitement substitutif aux opiacés selon la forme galénique de méthadone remboursée en ville de 2011 à 2016 (en pourcentage) .....	16
Figure 2 : Bénéficiaires de buprénorphine haut dosage dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais en 2009. Nombre et taux pour 100 000 habitants de 20-39 ans.....	17
Figure 3 : Nombre de questionnaires patients "Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés" inclus par commune des Hauts de France .....	33
Figure 4 : Répartition des patients selon leur MSO prescrit (méthadone sirop, méthadone gélule, SUBUTEX®, BHD) .....	34
Figure 5 : Résultats du score Q-LES-Q-SF selon le traitement (méthadone sirop, méthadone gélule, SUBUTEX®, BHD) et le genre, présentés en pourcentage .....	35
Figure 6 : Fréquence d'apparition des envies de consommer des opiacés (rarement, régulièrement fréquemment) selon le genre .....	36
Figure 7 : Score de qualité de vie Q-LES-Q-SF moyen selon l'envie de consommer ou non des opiacés.....	37
Figure 8 : Score de qualité de vie Q-LES-Q-SF moyen selon la consommation d'opiacés.....	38
Figure 9 : Troubles de l'usage déclarés par les patients pris en charge par TSO .....	39
Figure 10 : Consommation de cigarettes par les patients pris en charge par TSO .....	39
Figure 11 : Score de qualité de vie Q-LES-Q-SF moyen selon la consommation de cigarettes	40
Figure 12 : Résultats du FTND simplifié (pas de dépendance, dépendance modérée, dépendance forte, test non conforme) des patients pris en charge par TSO en fonction du genre.....	41

Figure 13 : Résultats de l’AUDIT-C (consommation pas à risque, consommation à risque, consommation à risque d’alcool-dépendance) des patients pris en charge par TSO en fonction du genre .....	42
Figure 14 : Amélioration souhaitée par les patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés pour leur santé, leur forme physique et leur sommeil .....	43
Figure 15 : Courbe de corrélation entre le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon l’amélioration souhaitée pour le sommeil.....	43
Figure 16 : Amélioration souhaitée par les patients pris en charge par TSO pour leur humeur négative, leur vie amoureuse et leur libido .....	44
Figure 17 : Courbe de corrélation entre le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon l’amélioration souhaitée pour l’humeur négative.....	45
Figure 18 : Courbe de corrélation entre le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon l’amélioration souhaitée pour leur libido .....	45
Figure 19 : Amélioration souhaitée par les patients pris en charge par TSO pour leur vie professionnelle, familiale et quotidienne.....	46
Figure 20 : Fréquentation ou non de la même officine pour la délivrance de tous leurs médicaments (MSO inclus).....	47
Figure 21 : Score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon le nombre de pharmacies fréquentées par le patient pour la délivrance du MSO et des autres traitements .....	48
Figure 22 : Score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon la présence d’un interlocuteur privilégié pour la délivrance du MSO .....	48
Figure 23 : Satisfaction des patients vis-à-vis de l’accueil à l’officine au moment de la délivrance des MSO .....	49
Figure 24 : Résolution des difficultés rencontrés par les patients vis-à-vis de leur traitement par les pharmaciens d’officine.....	50

Figure 25 : Courbe de corrélation entre le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF et la résolution des problèmes attribué par les patients.....	50
Figure 26 : Nombre d'effets indésirables ressentis selon le médicament substitutif aux opiacés et en fonction du genre .....	51
Figure 27 : Courbe de corrélation entre le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF et le nombre d'effets indésirables ressentis par les patients.....	52
Figure 28 : Effets indésirables ressentis par les patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés en fonction du genre .....	53
Figure 29 : Problèmes rencontrés avec les patients au moment de la délivrance de leur TSO .....	54
Figure 30 : Sujets abordés entre le pharmacien d'officine et les patients au moment de la délivrance des TSO .....	54

## LISTE DES ABREVIATIONS

**ALD** : Affection(s) de longue durée

**AMM** : Autorisation(s) de mise sur le marché

**ANOVA** : Analysis of variance

**AUDIT** : Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool

**AUDIT-C** : Version courte du test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool

**BHD** : Buprénorphine haut dosage

**BZD** : Benzodiazépines

**CH** : Centre(s) hospitalier(s)

**CSAPA** : Centre(s) de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

**CSST** : Centre de soins spécialisé aux toxicomanes

**FTND** : Fagerström Test for Nicotine Dependence = Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

**MSO** : Médicament(s) substitutif(s) aux opiacés

**NC** : Non communiqué

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**P** : Taux de signification entre groupe, du test ANOVA

**p'** : Taux de signification asymptotique du test de khi-deux

**Q-LES-Q-SF** : Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form. Questionnaire sur le plaisir et la satisfaction en matière de qualité de vie – Version courte.

**R** : Coefficient de corrélation

**TSO** : Traitement(s) substitutif(s) aux opiacés

**UE** : Union Européenne

**VHB** : Virus de l'hépatite B

**VHC** : Virus de l'hépatite C

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

# Partie I : Introduction

---

## 1. Historique de la consommation d'opiacés et la prise en charge des patients souffrant de dépendance

En France, avant guerre, on retrouve la consommation de drogues dans les quartiers des grands ports faisant du commerce avec l'empire colonial. Puis, l'usage de drogues a concerné d'anciens colons qui bénéficiaient d'une délivrance par le médecin d'opiacés dans le cadre « du principe de dérogation de la loi » (1). Les premiers usages festifs apparaissent en 1965 ; ce sont des jeunes de milieux aisés qui ont surtout une utilisation d'hallucinogènes. Au début des années 1970 arrivent l'héroïne, l'opium, la morphine en même temps que les amphétamines et les barbituriques. Au cours de la seconde moitié des années 1970, la consommation d'héroïne s'étend au milieu populaire et touche l'ensemble des grandes agglomérations, à 2 exceptions : Lyon où elle surviendra 10 plus tard, et Lille, elle arrivera à la fin des années 1980, lorsque la drogue en provenance des Pays-Bas qui ne faisait jusque là que traverser la région trouve une large clientèle (1).

En réponse à la venue de ces nouvelles drogues, la loi française de 1970 pénalise le trafic et l'usage. La prise en charge a commencé à se faire de façon gratuite et anonyme dans 2 établissements parisiens, l'hôpital Sainte-Anne et l'hôpital Fernand-Widal, dans l'unique but d'arrêter la consommation des produits stupéfiants (1)(2). Les épidémies dues aux virus de l'immunodéficience humaine (VIH), virus de l'hépatite B (VHB), virus de l'hépatite C (VHC) ont bouleversé le système de prise en charge mis en place par les autorités en 1970. Pour ces 3 virus, on avait une corrélation entre le niveau d'échange des seringues et la prévalence des infections (2). Au début des années 1990, la France était sur le banc des mauvais élèves, isolée dans le refus de développer l'accès aux traitements substitutifs aux opiacés (TSO) (pouvant aussi être appelé traitement par agonistes aux opiacés). Il faudra attendre 1993 pour entrevoir une évolution des mentalités et une implication ministérielle, et de passer de 50 places dans les 2 établissements parisiens à 1 000 places à la fin de l'année 1994. Pour les

patients dépendants aux opiacés, le seul vrai traitement accessible est l'auto-substitution de façon sauvage, réalisée avec des produits codéinés obtenus en pharmacie sans ordonnance (1). Les principes actifs autorisés comme médicaments substitutifs aux opiacés (MSO) en France sont la méthadone, depuis 1995 dans les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), puis en officine, et la buprénorphine haut dosage (BHD) disponible en officine depuis 1996 (2). La large diffusion des TSO à partir de 1996 a eu plusieurs conséquences. Tout d'abord, il y a une transformation du paysage du marché illicite, avec une baisse des tarifs. On a également vu émerger de façon progressive la BHD comme produit de consommation illicite. Son faible prix et la mauvaise qualité de l'héroïne vendue dans la rue ont facilité cette dérive de la BHD. Cependant la mise en place à grande échelle des TSO en France a diminué les risques de contamination pour le VIH, VHB et VHC (1).

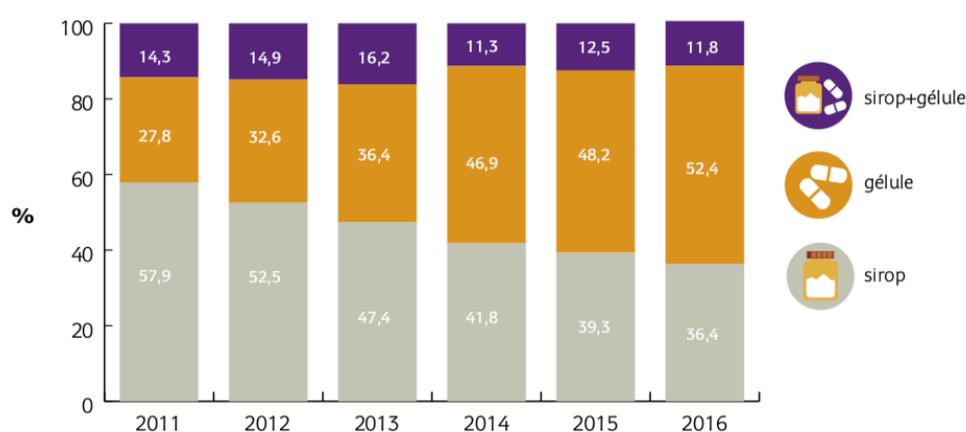
Les différents plans gouvernementaux élaborés par la Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) depuis le début des années 2000 ont modifié la prise en charge des patients souffrant de dépendance aux différentes drogues. Cela a permis de mettre l'accent sur la prévention et la prise en charge, en incluant tous les professionnels de santé (comme les pharmaciens d'officine), et en améliorant la formation (3). Plus récemment, le plan gouvernemental 2013-2017 de la MILDECA a été élaboré dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de développer l'accessibilité aux TSO (4).

L'une des difficultés de la prise en charge des patients dépendants aux opiacés est de réintégrer socialement les individus, et de les éloigner de leurs fréquentations, souvent dépendantes aux drogues. Cette étape est nécessaire pour renforcer le processus de guérison (5). La reprise d'une activité professionnelle augmente la qualité de vie des patients (6).

## 2. Epidémiologie

L'union européenne (UE) compte plus de 1,4 millions de consommateurs réguliers d'opiacés. Les décès liés à la consommation de substances illicites représentent 4% de l'ensemble des décès en UE chez les 15 – 39 ans. Les opiacés sont impliqués dans 75% des cas (7). L'héroïne, utilisée en voie injectable, est la principale cause de morbidité et de mortalité chez les consommateurs de drogues en UE. Le risque de mortalité est multiplié par un facteur 10 voire 20 chez les consommateurs illicites d'opiacés (7).

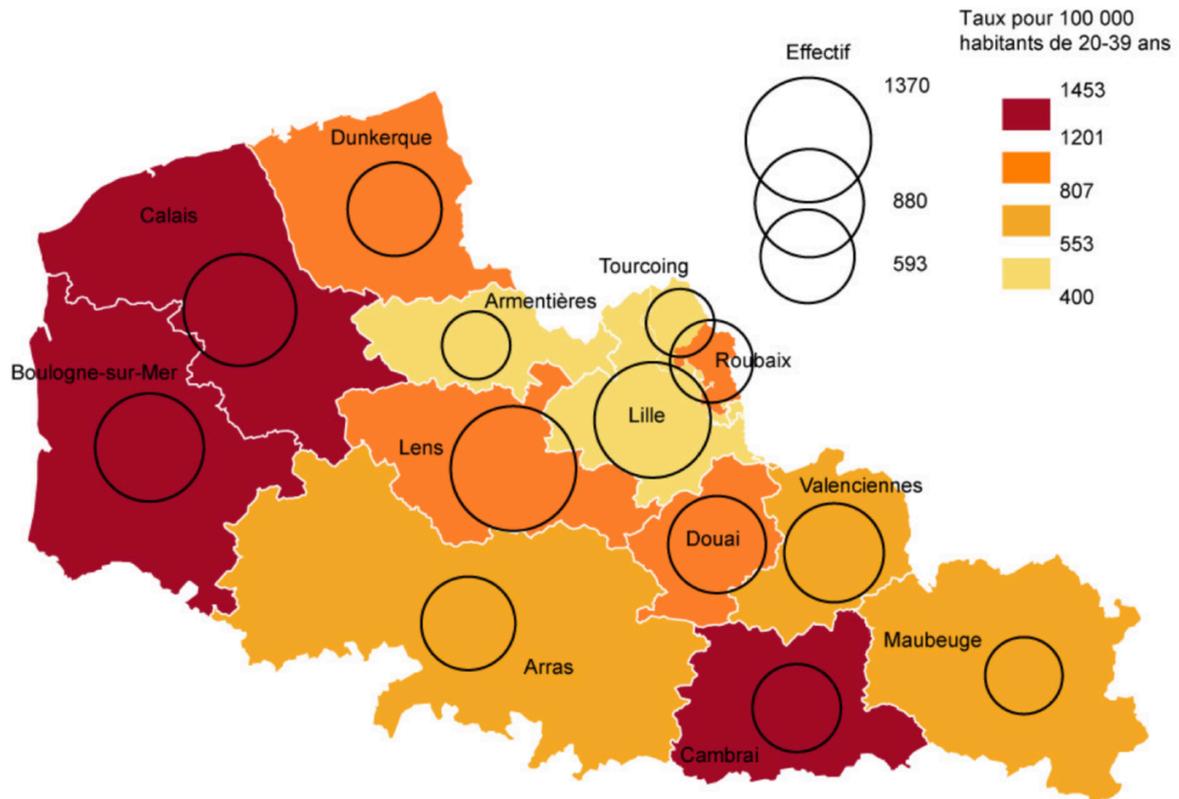
En France, la prescription de MSO se fait majoritairement par des médecins de ville (4). Les personnes traitées par BHD sont un peu plus âgées que celles traitées par méthadone (40,5 vs 37,5 ans) et les hommes représentent plus de 75% des patients bénéficiaires d'un remboursement pour un MSO (8). Le tableau de bord « Traitements de substitution aux opiacés » de 2019 identifie une stabilisation du nombre de bénéficiaires de prescription de MSO en ville aux alentours de 180 000 personnes en France. La BHD non associée à la naloxone est prescrite à 61% des patients ; c'est la forme la plus prescrite devant la méthadone (38%)(9). Depuis quelques années la forme gélule de la méthadone est en forte progression et, depuis 2014, elle est plus souvent prescrite que la forme sirop (9) (Figure 1).



Source : Données CNAM-TS, RG, SLM, RSI, MSA issues de l'EGB simplifié, extraction OFDT

**Figure 1 : Evolution de la répartition des bénéficiaires de traitement substitutif aux opiacés selon la forme galénique de méthadone remboursée en ville de 2011 à 2016 (en pourcentage)**

1/3 de la population, recevant une prescription de MSO, a une prise en charge pour affection de longue durée (ALD). Les TSO s'inscrivent dans la durée : 43% des patients pris en charge poursuivent leur traitement 5 ans après le premier remboursement. Le taux de patients sous TSO par habitants est inégal entre les différentes régions françaises, et entre les différents territoires composant une région (10)(11) (Figure 2).



Fait avec Philcarto. \* Chiffres et taux ne prennent en compte que les bénéficiaires de ce seul TSO (à l'exclusion donc des bénéficiaires des deux molécules la même année).

Source : Direction régionale du service médical Nord - Picardie (Cnamts). Traitement : Granitea Nord - Pas-de-Calais.

**Figure 2 : Bénéficiaires de buprénorphine haut dosage dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais en 2009. Nombre et taux pour 100 000 habitants de 20-39 ans**

La méthadone est prescrite aux Etats-Unis, au Suède, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et au Danemark depuis le début des années 1960. Depuis 1970, la méthadone est prescrite en Finlande, au Portugal, en Italie et en Espagne, et 1990 en l'Allemagne et en Grèce (2). A l'heure actuelle, la BHD est le MSO le plus prescrit en Grèce, en République Tchèque, à Chypre et dans les pays nordiques. Ailleurs en Europe, on retrouve la méthadone comme MSO, en tête des prescriptions. L'exception européenne est l'Autriche où la morphine à libération prolongée est le MSO le plus prescrit (12).

Il est cependant disponible de comparer les données entre les différents pays car il n'y a pas de normalisation dans le mode de calcul des données et du principe actif utilisé, même en UE (12).

Au cours des années, les différents plans d'action mis en place (notamment par la MILDECA) ont permis à la France d'obtenir un meilleur taux de prise en charge par MSO par habitant, en comparaison avec ses 7 pays frontaliers qui sont le Royaume-Uni, l'Irlande, la Belgique, le Luxembourg, l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne (10).

### **3. Traitements substitutifs aux opiacés avec autorisation de mise sur le marché**

Les TSO s'inscrivent dans une prise en charge pluridisciplinaire, comprenant la prise en charge médicale, mais également psychologique et social (4)(13). Les principes actifs ayant une AMM dans la dépendance aux opiacés sont présentés ci-dessous.

#### **3.1. *Buprénorphine haut dosage***

Ce principe actif est inscrit sur la liste I des substances vénéneuses, assimilé stupéfiant (14). La molécule de buprénorphine est un agoniste/antagoniste ; agoniste partiel des récepteurs  $\mu$  et antagoniste des récepteurs  $\kappa$ . A faible dosage, elle est utilisée comme antalgique.

La spécialité SUBUTEX® se présente sous la forme de comprimés sublinguaux, par boîte de 7 comprimés dosés de 0,4mg, 2mg et 8mg (14). La buprénorphine est associée à la naloxone dans la spécialité SUBOXONE, un antagoniste non sélectif des récepteurs opiacés ; elle bloque ainsi les récepteurs  $\mu$ ,  $\kappa$  et  $\delta$  (15). L'OROBUPRE® se présente sous la forme de lyophilisat oral, par boîtes de 7 lyophilisats dosés à 2mg et 8mg (14).

#### **3.2. *Méthadone AP-HP***

Ce principe actif est inscrit sur la liste des stupéfiants (14). C'est un analgésique central qui possède des propriétés voisines de celles de la morphine (15).

La méthadone AP-HP existe sous 2 formes galéniques, en sirop et en gélules. La forme sirop se présente en récipients uni-doses inutilisables en injection ; on retrouve 5 dosages (5mg/3,75ml ; 10mg/7,5ml ; 20mg/15ml ; 40mg/15ml ; 60mg/15ml). Pour la forme gélule on retrouve également 5 dosages : 1mg, 5mg, 10mg, 20mg et 40mg (16).

Sa conservation doit être assurée en officine dans les armoires ou locaux fermés à clef et munis d'un système d'alerte ou de sécurité renforcée (17).

### **3.3. Règles de prescription et de délivrance**

Les TSO sont réservés aux adultes ainsi qu'aux adolescents de plus de 15 ans ; les patients doivent être volontaires (18).

La méthadone est un médicament à prescription initiale particulière en CSST, en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), en centre hospitalier (CH). La méthadone sirop est prescrite lorsqu'on installe le traitement ; alors que la prescription de la méthadone gélule se fait lorsque les patients sont déjà stabilisés à la dose efficace (16). En moyenne la dose efficace, qui permet de prévenir les signes de sevrage et de surdosage, se situe entre 60 et 100mg par jour. La durée maximale de prescription est de 14 jours pour la forme sirop et de 28 jours pour la méthadone gélule (14)(17). Au moment du relais entre le CSAPA ou CSST ou CH et le médecin de ville, l'ordonnance sécurisée rédigée par le premier prescripteur doit mentionner le nom du médecin choisi ainsi que celui du pharmacien, le tout en accord avec le patient (17). La délivrance de la méthadone doit avoir lieu dans les 3 jours après la rédaction de l'ordonnance (16).

La BHD peut être primo-prescrite par un médecin généraliste. La prescription médicale doit être faite sur une ordonnance sécurisée ; elle ne peut excéder 28 jours et ne peut être renouvelée. La dose dite d'entretien est en moyenne de 8mg/j et la dose maximale efficace est de 16mg/j. La délivrance de la BHD doit être réalisée dans les 3 mois après rédaction de l'ordonnance sécurisée ; il n'y a pas de déconditionnement car il n'y a plus le délai de carence de 72 heures. (16).

Le nom du pharmacien en charge de la délivrance du TSO doit figurer sur l'ordonnance pour une prise en charge par l'Assurance Maladie. La délivrance par procédure exceptionnelle est interdite, de même que le chevauchement, sauf si une mention expresse est portée sur l'ordonnance par le médecin prescripteur (17). Sur la prescription le médecin précisera si il souhaite une délivrance fractionnée : quotidienne, hebdomadaire ... (16). Sans mention particulière, le pharmacien délivrera au maximum 7 jours de traitement de façon hebdomadaire. Au moment de la délivrance du TSO le pharmacie doit faire figurer plusieurs

éléments sur l'ordonnance : timbre de l'officine, numéro d'enregistrement à l'ordonnancier, date d'exécution, quantité délivrée en unités de prise. De plus une copie de l'ordonnance, papier ou numérique, avec tous les éléments retranscrit par le pharmacien, doit être conservée pendant 3 ans (17).

### 3.4. Effets indésirables du SUBUTEX et de la Méthadone AP-HP

Classes de systèmes d'organes	SUBUTEX®	Méthadone
Infections et infestations	Pharyngite	
Troubles psychiatriques	Insomnie, agitation	Euphorie
Affections du système nerveux	Céphalée, somnolence, vertige	Vertige, somnolence
Affections vasculaires	Hypotension orthostatique	
Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales	Dyspnée	
Affections gastro-intestinales	Nausées, vomissements, douleur, constipation	Nausées, vomissements, constipation
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Hyperhidrose	Hypersudation
Affections musculo-squelettiques et systémiques	Spasmes musculaires	
Affections des organes reproducteurs et du sein	Dysménorrhée, leucorrhée	
Troubles généraux et anomalie au site d'administration	Syndrome de sevrage, asthénie	
Autres		Dysurie, oedèmes

**Tableau 1 : Les effets indésirables très fréquents ( $\geq 1/10$ ) et fréquents ( $\geq 1/100$  à  $< 1/10$ ) du SUBUTEX® et de ses génériques ainsi que ceux de la méthadone chez le sujet pharmacodépendant aux opiacés lors de la mise en place du traitement et phase d'entretien (14)**

Le risque principal des MSO est le décès par surdosage ; ce risque est majoré en cas de consommation de façon concomitante de benzodiazépines (BZD) et d'alcool. En France, 41% des décès par surdosage chez des patients pris en charge pour une dépendance aux opiacés étaient imputables aux MSO (10).

## 4. Bonnes pratiques de dispensation des médicaments par les pharmaciens d'officine

Les TSO sont apparus dans les années 1990 dans les officines françaises, et peu de pharmaciens acceptés de délivrer ces traitements, et ils n'avaient pas une bonne opinion à leur sujet. De nos jours quasiment la totalité des pharmacies délivrent des MSO, et une grande majorité de pharmaciens considère l'addiction comme une maladie, et trouve que les TSO apporte un intérêt aux patients et à la société (19). Cette évolution des mœurs peut s'expliquer par la mise en place de différents plans gouvernementaux élaborés par la MILDECA depuis le début des années 2000. Cela a mobilisé l'ensemble des acteurs sociaux, avec notamment l'ensemble des soignants y compris les pharmaciens, dans la réponse aux risques liés aux drogues (3). Les pharmaciens sont devenus des acteurs de santé clef dans le suivi et la prise en charge des patients traités par MSO.

Les différentes parutions sur les bonnes pratiques de dispensation des médicaments ont insisté sur l'importance lors du renouvellement d'un traitement, de recueillir les éventuelles observations du patient, ainsi que la survenue d'effets indésirables. Les pharmaciens apprécient alors les décisions antérieures prises par le prescripteur ou par l'équipe officinale et en proposent si nécessaire de nouvelles au médecin. Lors d'un renouvellement de traitement, les pharmaciens doivent consulter l'historique du patient afin d'analyser l'évolution du traitement et s'assurer de la bonne observance du patient (20).

L'observance est parfois improprement désignée sous le nom de compliance. Le dictionnaire de l'Académie nationale de pharmacie donne la définition suivante : « Observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement. Est conditionnée par différents facteurs d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental et social » (21). Une bonne observance, permet d'obtenir des meilleurs résultats avec le traitement et une amélioration générale de la qualité de vie du patient.

## 5. Le concept de qualité de vie

Le concept de qualité de vie a émergé en même temps que le développement des maladies chroniques, le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de handicaps causés par des accidents graves. Auparavant, on ne parlait pas de qualité de vie mais de bien-être, de satisfaction, de bonheur, d'équilibre (22).

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité de vie de la façon suivante : « La qualité de la vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement. » (23).

La qualité de vie englobe une composante subjective et une composante multidimensionnelle (24). Ce concept ne peut être évalué que par le patient, il faut interroger directement pour qu'il évalue lui-même sa qualité de vie (24). La composante multidimensionnelle fait référence à la prise en compte de multiples éléments : le bien-être physique, fonctionnel, émotionnel et social. Le **bien-être physique** est le fonctionnement du corps tel qu'il est perçu, observé, voire perturbé. Le patient doit distinguer les perturbations liées à la maladie et celles liées au traitement, afin de mieux percevoir « l'intérêt » de se soigner. Le médecin doit questionner son patient pour obtenir une vision globale de la situation et adapter au mieux le traitement. La dimension physique est corrélée avec la **dimension fonctionnelle**, mais on entend par bien-être fonctionnel la capacité du patient à exercer des activités pour répondre à son besoin personnel, poursuivre ses ambitions et avoir ou maintenir un rôle social (marcher, se laver, s'habiller, s'alimenter, faire face à ses responsabilités familiales et professionnelles). Le **bien-être émotionnel** est corrélé au bien-être physique ; il est le reflet de l'affect positif et négatif. Pour mesurer la qualité de vie en santé, il faut donc bien évaluer ces deux dimensions (bien être émotionnel et physique). Le **bien-être social** s'ajoute aux critères précédents, plus difficile à définir, il inclut des éléments très divers comme la perception du soutien social, la possibilité de continuer des activités de loisir, le fonctionnement familial, la vie intime du patient. Du fait de cette définition

abordant de larges points, il n'y a pas de consensus entre les chercheurs, alors que cette dimension est très importante pour le patient (24).

L'état d'addiction est le dernier pallier dans l'usage des drogues, après l'usage simple correspondant à l'expérimentation, l'usage à risque qui est une consommation susceptible d'avoir des risques sur la santé. L'addiction à une ou plusieurs substances induit des conséquences dommageables, l'individu perd le contrôle de ses consommations. Il ne peut plus se passer de consommer sans ressentir un manque d'ordre physique et psychique (25)(26)(27). L'OMS définit l'addiction comme : « état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage) » (28). Plusieurs facteurs modulent le fait qu'un individu devient addict à une substance psychoactive : le produit consommé, la quantité consommée, la fréquence de consommation au cours de l'année, le contexte social et culturel, ainsi que les vulnérabilités interindividuelles (27). La consommation abusive de substances psychoactives impacte négativement la qualité de vie, mais c'est la sévérité de l'addiction, à une ou plusieurs drogues, qui est la variante qui impacte le plus fortement celle-ci (29).

Les consommations associées de substances psychoactives, autres que des dérivés opioïdes sont courantes chez les patients sous TSO, et ne disparaissent pas totalement avec la mise en place d'une prise en charge par MSO (30)(31)(32)(33).

Les substances psychoactives ont des effets immédiats sur les perceptions, l'humeur et le comportement. Les effets varient selon l'histoire de consommation des patients : les substances consommées, la quantité prise, la fréquence et la durée. La consommation régulière peut engendrer des conséquences négatives sur les activités, les relations, la vie personnelle ainsi que la santé. Ces différents paramètres affectés par la consommation de substances psychoactives ont un impact sur la qualité de vie. S'ajoute à la dégradation de la qualité de vie les risques de surdosage, d'accidents et les violences. Pour toutes ces raisons les substances psychoactives font l'objet d'un usage réglementé ou interdit (25).

Les 2 substances psychoactives les plus consommées en France sont le tabac et l'alcool (34). Leur consommation est fréquente chez les patients pris en charge par TSO, et est plus élevée que dans la population générale française (30)(31)(32).

De puis plusieurs années, la qualité de vie est une préoccupation majeure des professionnels de santé hospitaliers et libéraux. On ne traite pas seulement le patient, on doit l'accompagner afin qu'il vive le mieux possible (22). Dans cette vision de soins, la qualité de vie entre maintenant dans les critères cliniques évalués par la commission de transparence, qui rend un avis scientifique sur les remboursements des médicaments (35).

# Partie II : Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés accueillis à l'officine

---

## 1. Objectifs

La qualité de vie des populations dépendantes aux opiacés est réduite, avec également une baisse de l'espérance de vie. Une étude a mis en lumière la corrélation entre l'amélioration de la qualité de vie et l'efficacité d'un traitement (36)(37).

L'objectif principal de notre recherche est d'étudier l'influence du suivi pharmaceutique sur la qualité de vie des patients pris en charge par TSO.

Notre travail avait également comme objectif secondaire, la comparaison de la qualité de vie des patients en fonction du MSO ; ainsi que l'impact sur d'autres facteurs notamment les effets indésirables, les envies de consommer des opiacés et la consommation de substances psychoactives.

## 2. Matériels et méthodes

### 2.1. Procédure

Cette étude a été réalisée dans 41 pharmacies du département de la Somme. Chaque pharmacie s'est vu remettre 4 exemplaires du questionnaire « Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés » destinés aux patients sous TSO (**Annexe 1**). Ils ont été remplis soit à l'officine pendant la délivrance du traitement soit au domicile du patient puis rapportés à l'officine. Un exemplaire du questionnaire « Enquête sur la délivrance de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage à l'officine » (**Annexe 2**) à destination des pharmaciens a également été donné.

Les questionnaires ont été remis en main propre à un titulaire ou à un membre de l'équipe officinale.

Sur 164 questionnaires destinés aux patients, et déposés dans les officines, 66 questionnaires (40%) ont été correctement remplis et inclus dans l'étude. Sur les 41 questionnaires pharmaciens distribués, 26 questionnaires ont été remplis – soit un taux de participation de 63 %.

### 2.2. Recrutement des participants

L'ensemble des participants, pharmaciens et patients, ont remplis les questionnaires sur la base du volontariat. Pour les patients, le seul critère d'inclusion est une prise en charge par l'un des traitements ayant une AMM en France.

## **2.3. Questionnaire patient : « Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés »**

### **2.3.1. Histoire du patient**

La première partie concerne les **données socio-épidémiologiques du patient** : l'âge, le sexe, la situation familiale, socio-économique et professionnelle. Cette partie a été élaborée pour ce questionnaire.

Le patient est ensuite questionné sur son **histoire personnelle avec les TSO, les drogues et les comportements addictifs** : le traitement suivi pris actuellement, ses antécédents de MSO, le nombre d'années de prise en charge, nombre de mois ou d'années de stabilisation, les effets indésirables ressentis et causés par le traitement, le soutien de l'entourage, les prescripteurs, les autres troubles addictifs.

### **2.3.2. Évaluation des consommations associées (tabac, alcool, substances psychoactives)**

Le patient est ensuite interrogé sur ses consommations de substances psychoactives associées.

**Le test de dépendance à la nicotine de Fagerstöm (FTND)** permet de déterminer la dépendance psychique et comportementale au tabac d'un patient. Dans notre questionnaire nous avons intégré l'index de fort tabagisme correspondant aux questions 1 et 4 du FTND (38). Ce qu'on appellera dans la suite du document le FTND simplifié (**Annexe 3**).

Interprétation des résultats :

Score entre 0 et 1 → Absence de dépendance

Score entre 2 et 3 → Dépendance modérée

Score entre 4 et 5 → Dépendance forte

**Le test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT)** est un test mis au point à partir d'un projet auquel l'OMS a collaboré ainsi que 6 pays de 10 questions (39). Nous utilisons ici la version abrégée de l'AUDIT (AUDIT-C) validée en 1998, comprenant 3 questions. Chaque question étant notée de 1 à 4 points (**Annexe 4**) (40)(41).

Interprétation des résultats :

**Homme :**

Score entre 0 à 3 → Pas de consommation à risque.

Score supérieur ou égale à 4 → Risque de mésusage.

Score supérieur à 5 → Risque d'alcool-dépendance.

**Femme :**

Score entre 0 et 2 → Pas de consommation à risque.

Score supérieur ou égale à 3 → Risque de mésusage.

Score supérieur à 4 → Risque d'alcool-dépendance.

Notre enquête interroge le patient sur **ses consommations actuelles ou antérieures de drogues** (cannabis, cocaïne, crack, speed, ecstasy, héroïne, morphine, anxiolytiques et antidépresseurs). On s'intéresse à : la durée de consommation, le temps depuis la dernière consommation, la fréquence de consommation et les doses habituelles, le tout retranscrit dans un tableau.

### **2.3.3. Pharmacie(s) fréquentée(s)**

Le patient répond à des questions sur **la/les pharmacie(s)** qu'il fréquente pour son TSO ou ses autres médicaments, en indiquant des points forts et des points faibles et en jugeant l'accueil.

#### 2.3.4. Qualité de vie

Pour évaluer la qualité de vie des patients, nous avons inclus dans notre questionnaire patient la version française du « **Quality of Life Enjoyment and Satisfaction – Short Form** » (Q-LES-Q-SF) qui fournit une évaluation clinique viable et valide de la qualité de vie (42)(43)(44). C'est un questionnaire d'auto-évaluation de 16 questions portant sur le plaisir et la satisfaction en matière de qualité de vie (**Annexe 5**)(45)(46).

Le score total brut est transformé en un score maximal possible en pourcentage à l'aide de la formule suivante : 
$$\frac{\text{score total brut} - \text{score minimum}}{\text{score total maximum possible} - \text{score minimum}} = \frac{\text{score brut} - 14}{56}.$$

La dernière partie interroge le patient sur **ses attentes et les améliorations souhaitées sur sa qualité de vie** : santé, forme physique, sommeil, humeur négative, vie amoureuse, libido et vie sexuelle, vie professionnelle, vie familiale et vie quotidienne. Le patient indique s'il souhaite une amélioration ou non.

#### 2.4. **Questionnaire pharmacien : « Enquête sur la délivrance de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage à l'officine »**

Notre questionnaire destiné aux pharmaciens est issu d'un travail présenté en 2011, nommé « Délivrance de la buprénorphine haut dosage et de la méthadone à l'officine » (47). Le questionnaire comporte 5 items, nous avons choisi d'analyser uniquement l'item : Ressenti des pharmaciens vis-à-vis des TSO et des addictions. Ce choix a été fait dans le but de mettre en évidence ou non l'impact de la qualité du conseil dans la prise en charge des patients.

## 2.5. Analyse statistique

### 2.5.1. Analysis of variance

Ce test permet d'effectuer une analyse de variance uni-variée avec une variable quantitative dépendante d'une variable indépendance. L'objectif de ce test est de voir si il y a une égalité des moyennes. Les résultats seront présentés par le taux de signification (P- (48).

Interprétation des résultats :

$P > 0,05 \rightarrow$  pas de différence significative des moyennes obtenues.

$P < 0,05 \rightarrow$  différence significative des moyennes obtenues.

### 2.5.2. Corrélation

Les corrélations (R) permettent de mesurer la façon dont les variables sont liées (49).

Interprétation des résultats :

R proche de + 1  $\rightarrow$  corrélation positive, les valeurs d'une matrice augmentent les valeurs de l'autre matrice augmentent également.

R proche de - 1  $\rightarrow$  corrélation négative, les valeurs d'une matrice diminuent les valeurs de l'autre matrice diminuent également.

R proche de 0  $\rightarrow$  corrélation faible ou aucune corrélation

### 2.5.3. Khi-deux

Ce test est utilisé pour les tableaux croisés. Nos tableaux n'ayant pas un nombre défini de colonnes et de lignes, on a utilisé le khi-deux de Pearson (50). Ce test compare les fréquences (observées et attendues) dans chacune des catégories afin de vérifier si elles contiennent toutes la même proportion de valeurs. Les résultats seront représentés par le taux de signification asymptotique du test de khi-deux ( $p'$ ) (51).

Interprétation des résultats :

$p' > 0,05$  → pas de différence significative des fréquences observées

$p' < 0,05$  → différence significative des fréquences observées

Nous avons utilisé le logiciel SPSS de chez IBM et EXCEL, pour analyser les résultats obtenus avec les questionnaires distribués.

### 3. Résultats

#### 3.1. Epidémiologie

##### 3.1.1. Localisation des pharmacies ayant participées à l'enquête et nombre de questionnaires récoltés

66 questionnaires patients « Qualité de vie des patients sous traitement substitutif aux opiacés » ont été distribués dans le département de la Somme. Le nombre de questionnaires réceptionnés dans chaque commune est représenté en Figure 3.

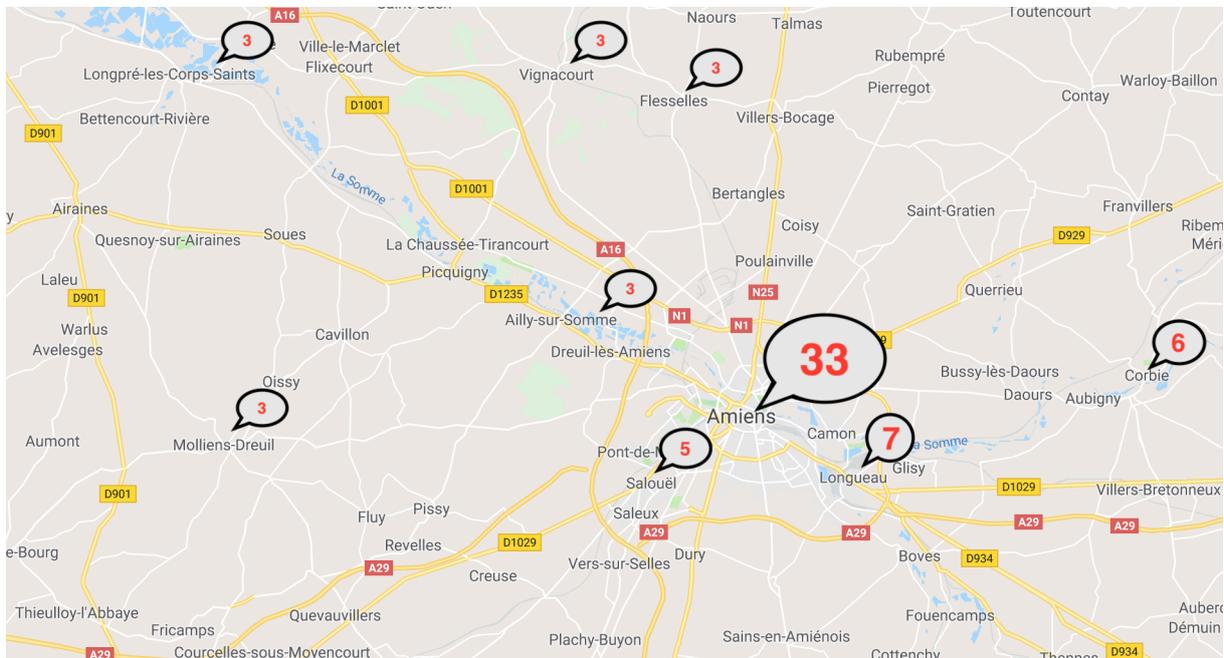


Figure 3 : Nombre de questionnaires patients "Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés" inclus par commune des Hauts de France

### 3.1.2. Présentation de la population de l'étude

La population de patients pris en charge par TSO de notre étude est composée à 70 % (n = 46/66) d'hommes et à 29 % de femmes (n = 19/66). 1 % (n = 1/66) des patients n'ont pas communiqué (NC) leur sexe. La moyenne d'âge est de 39 ans dans notre population – 36 ans chez les femmes (n = 18/66) et 40 ans chez les hommes (n = 46/66).

30 % (n = 20/66) des patients sont traités par méthadone gélules ; 42 % (n = 8/66) chez les femmes et 26 % (n = 12/66) chez les hommes. 20 % (n = 13/66) des patients ont comme traitement la méthadone sous forme sirop ; 27 % (n = 5/66) chez les femmes et 17 % (n = 8) chez les hommes. 38 % (n = 25/66) des patients sont pris en charge par la spécialité SUBUTEX® ; 5 % (n = 1/66) des femmes et 44 % (n = 20/66) des hommes. Pour les autres MSO, les pourcentages de prescription sont représentés dans la figure suivante (Figure 4).

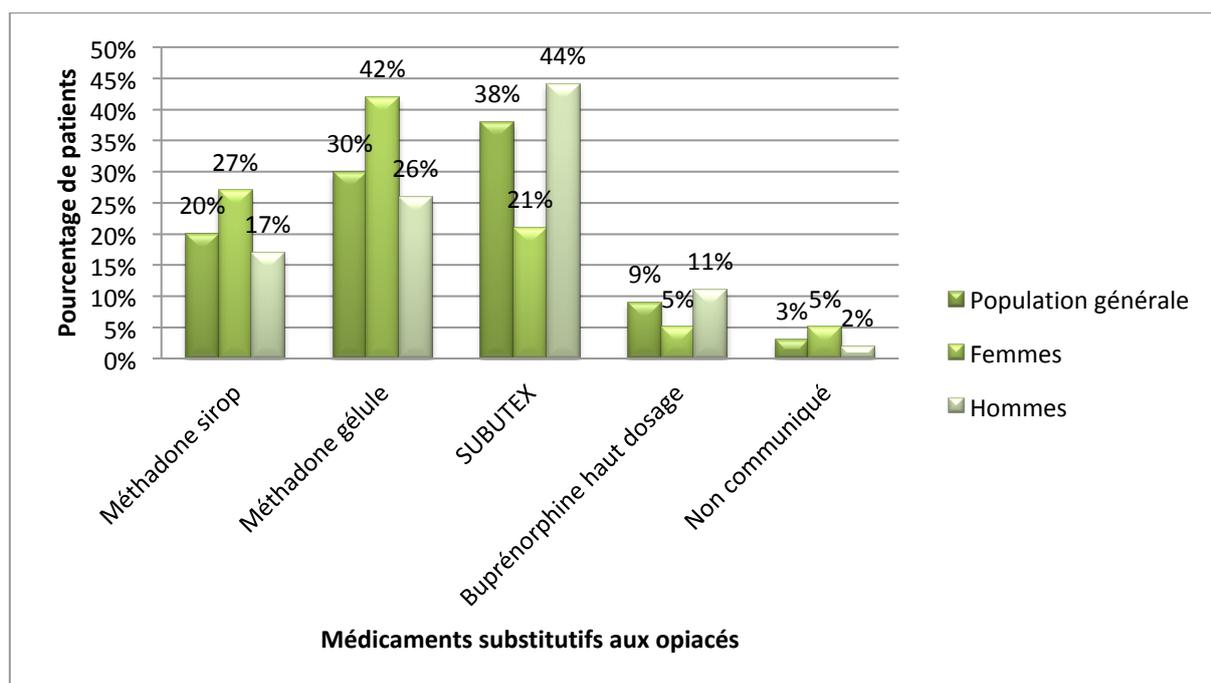


Figure 4 : Répartition des patients selon leur MSO prescrit (méthadone sirop, méthadone gélule, SUBUTEX®, BHD)

## 3.2. Mesure qualité de vie

### 3.2.1. Score qualité de vie

Pour l'ensemble de la population d'étude, le score moyen de qualité de vie obtenu à l'aide du questionnaire Q-LES-Q-SF est de 0,64 (n = 53/66), quelque soit le TSO du patient ; 0,63 (n = 19/66) pour les femmes et 0,64 (n = 34/66) pour les hommes.

### 3.2.2. Score de qualité de vie selon le traitement substitutif aux opiacés

Dans notre échantillon d'étude, l'analyse statistique ne montre pas de différence significative du score de qualité de vie Q-LES-Q-SF quelque soit le traitement suivi, (Figure 5).

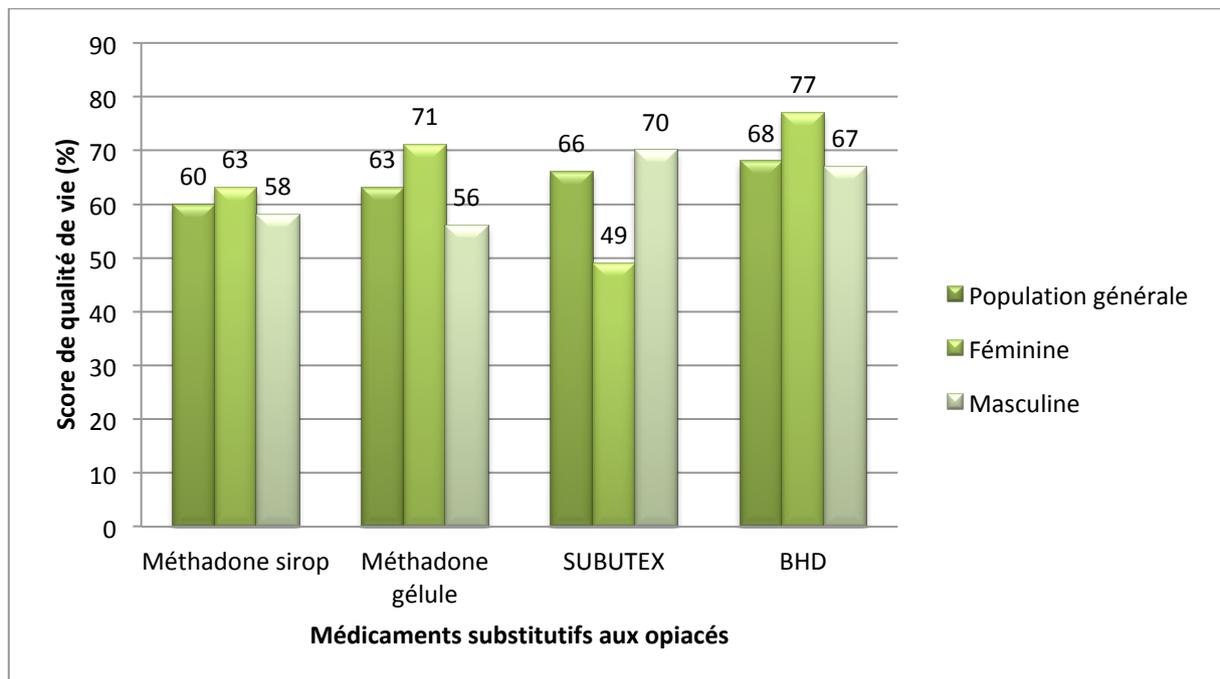


Figure 5 : Résultats du score Q-LES-Q-SF selon le traitement (méthadone sirop, méthadone gélule, SUBUTEX®, BHD) et le genre, présentés en pourcentage

### 3.2.3. Envie de consommation d'opiacés

36 % (n = 24/66) des patients déclarent avoir toujours envie de consommer des opiacés ; 42 % (n = 8/66) des femmes et 35 % (n = 16/66) des hommes. 61 % (n = 40/66) des patients indiquent le contraire ; 58 % (n = 11/66) des femmes et 61 % (n = 28/66) des hommes, avec des fréquences d'apparition variables, 3% (n=2/66) n'ont pas répondu à la question (Figure 6).

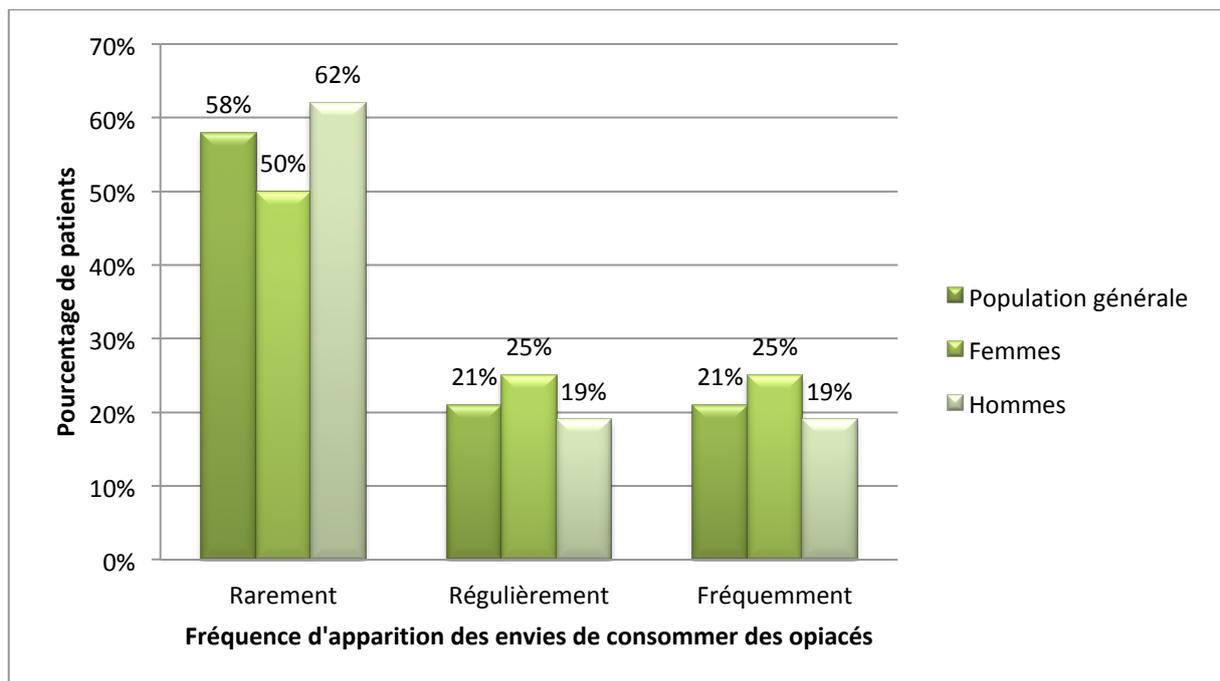


Figure 6 : Fréquence d'apparition des envies de consommer des opiacés (rarement, régulièrement fréquemment) selon le genre

L'analyse statistique montre une différence significative du score de qualité de vie Q-LES-Q-SF entre les populations (envie de consommer VS pas envie de consommer), Figure 7.

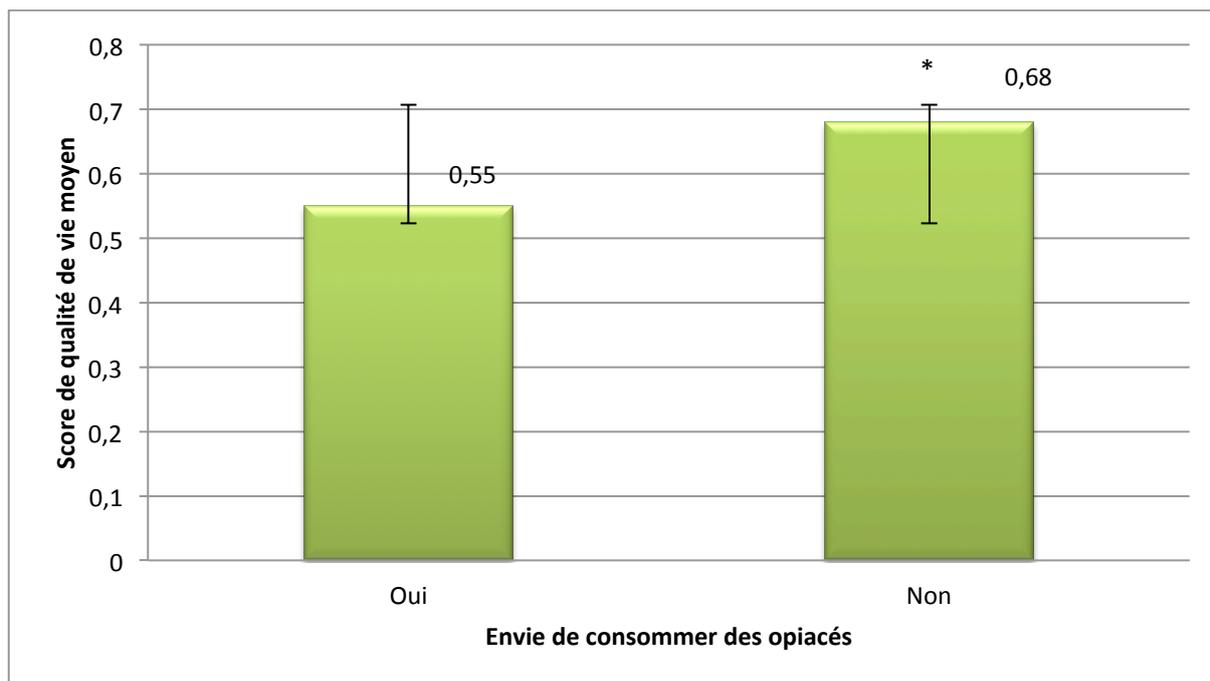


Figure 7 : Score de qualité de vie Q-LES-Q-SF moyen selon l'envie de consommer ou non des opiacés

\*P < 0,05

La fréquence des envies de consommation d'opiacés ne varie pas significativement quelque soit le MSO. De même, nous n'avons pas de différence du score de qualité de vie Q-LES-Q-SF quelque soit la fréquence d'apparition des envies de consommer des opiacés.

### **3.2.4. Consommations d'autres opiacés (codéine, héroïne, morphine) et consommations associées**

#### **3.2.4.1. Consommations d'opiacés (codéine, héroïne, morphine)**

14 % (n = 9/66) des patients consomment d'autres opiacés (codéine, héroïne, morphine) ; 5 % (n = 1/66) des femmes et 17 % (n = 8/66) des hommes. Cette consommation ne modifie pas le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF entre les populations, (Figure 8).

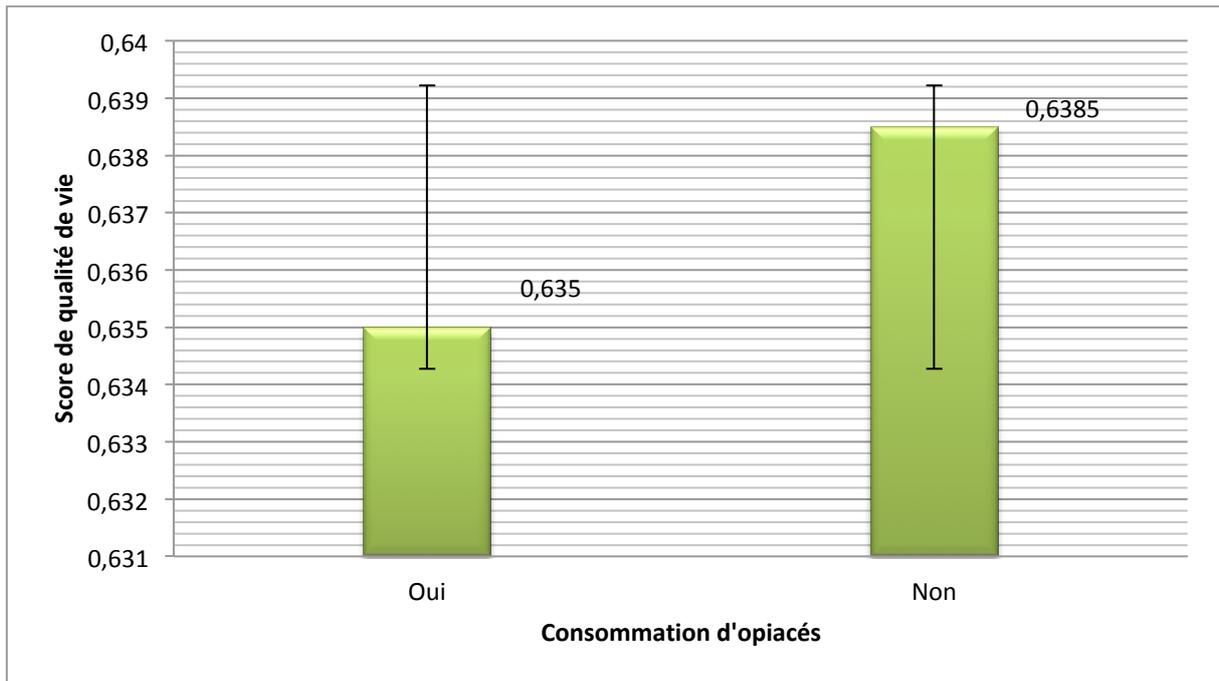


Figure 8 : Score de qualité de vie Q-LES-Q-SF moyen selon la consommation d'opiacés

#### 3.2.4.2. Consommations associées

50 % (n = 33/66) des patients déclarent avoir des troubles de l'usage à une ou plusieurs substances autre(s) que les opiacés, 58 % (n = 11/66) des femmes et 48 % (n = 22/66) des hommes. 33 % (n = 22/66) des patients répondent n'avoir aucune autre addiction, 42 % (n = 8/66) des femmes et 30 % (n = 14/66). 17% (n=11/66) des patients n'ont pas répondu à la question. Les troubles de l'usage les plus cités sont le tabac (50 %), le cannabis (15 %), l'alcool (12 %) (Figure 9).

L'analyse statistique ne montre pas de différence significative de déclaration d'apparition de trouble de l'usage quelque soit le MSO prescrit.

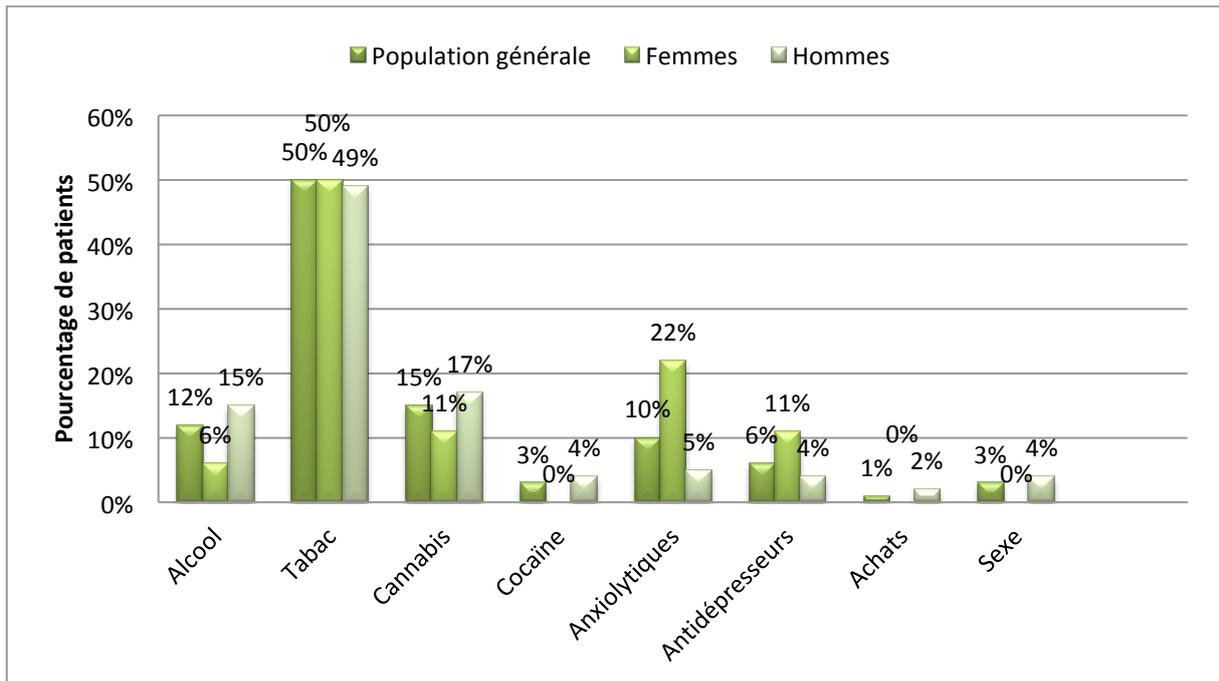


Figure 9 : Troubles de l'usage déclarés par les patients pris en charge par TSO

### Tabac

91 % (n = 60/66) des patients de notre enquête déclarent fumer, 95 % (n = 18/66) des femmes et 87 % (n = 40/66) des hommes (Figure 10).

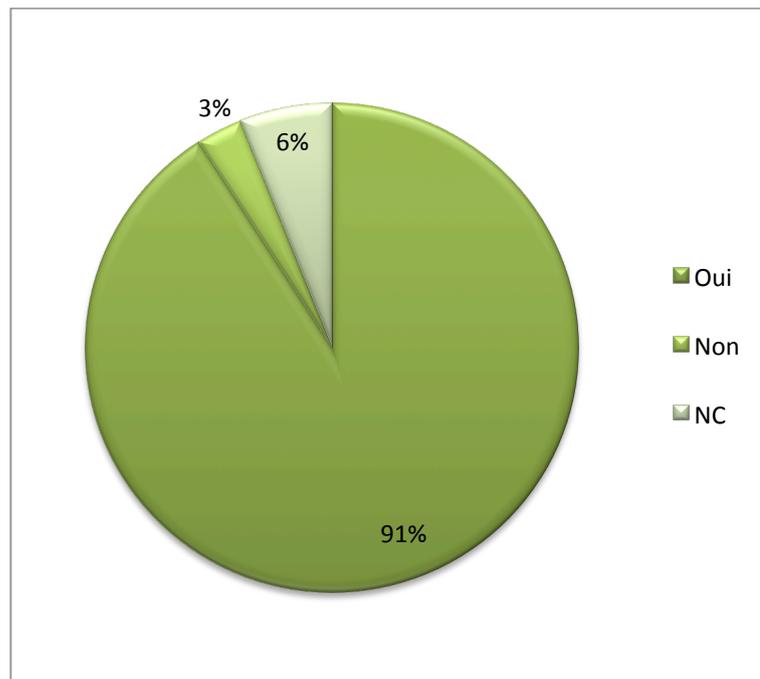


Figure 10 : Consommation de cigarettes par les patients pris en charge par TSO

La consommation de tabac des patients pris en charge par MSO n'influe pas significativement le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF, (Figure 11).

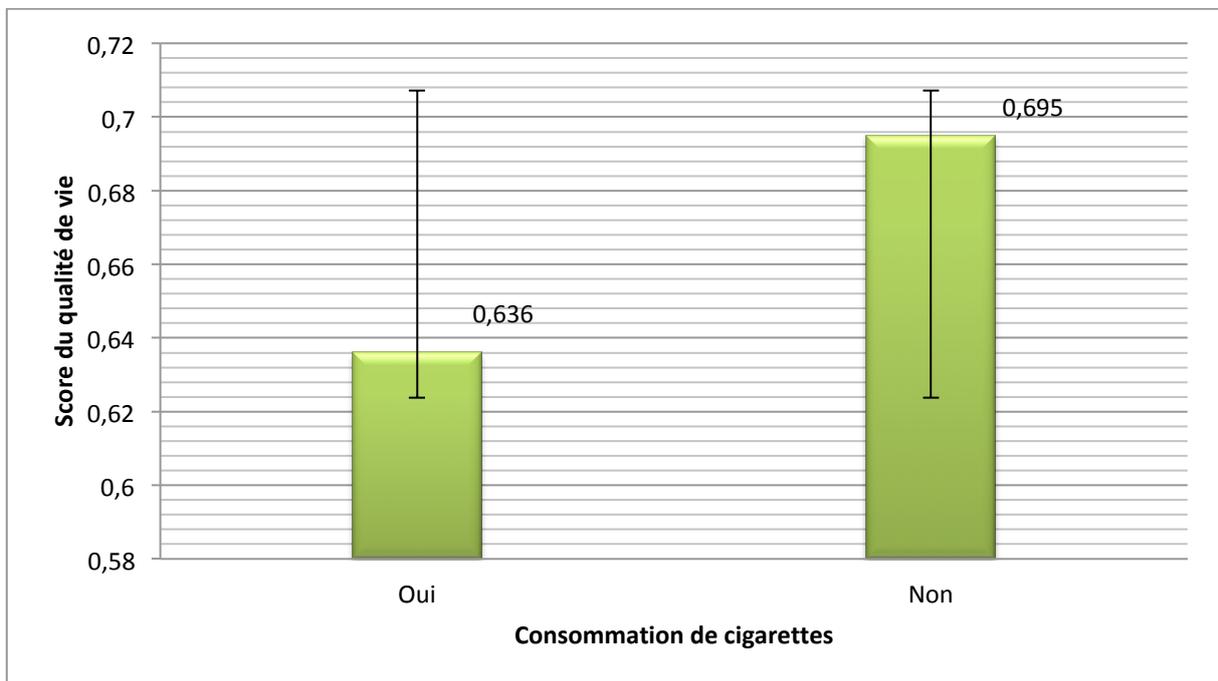


Figure 11 : Score de qualité de vie Q-LES-Q-SF moyen selon la consommation de cigarettes

74 % (n = 49/66) des patients ont répondu correctement au test FTND simplifié ; 84 % (n = 16/66) des femmes et 70 % (n = 32) des hommes (Figure 12) :

- 38 % (n = 23/66) ont une dépendance modérée au tabac ;
- 22 % (n = 13/66) ont une dépendance forte ;
- 22 % (n = 13/66) ne sont pas dépendants.

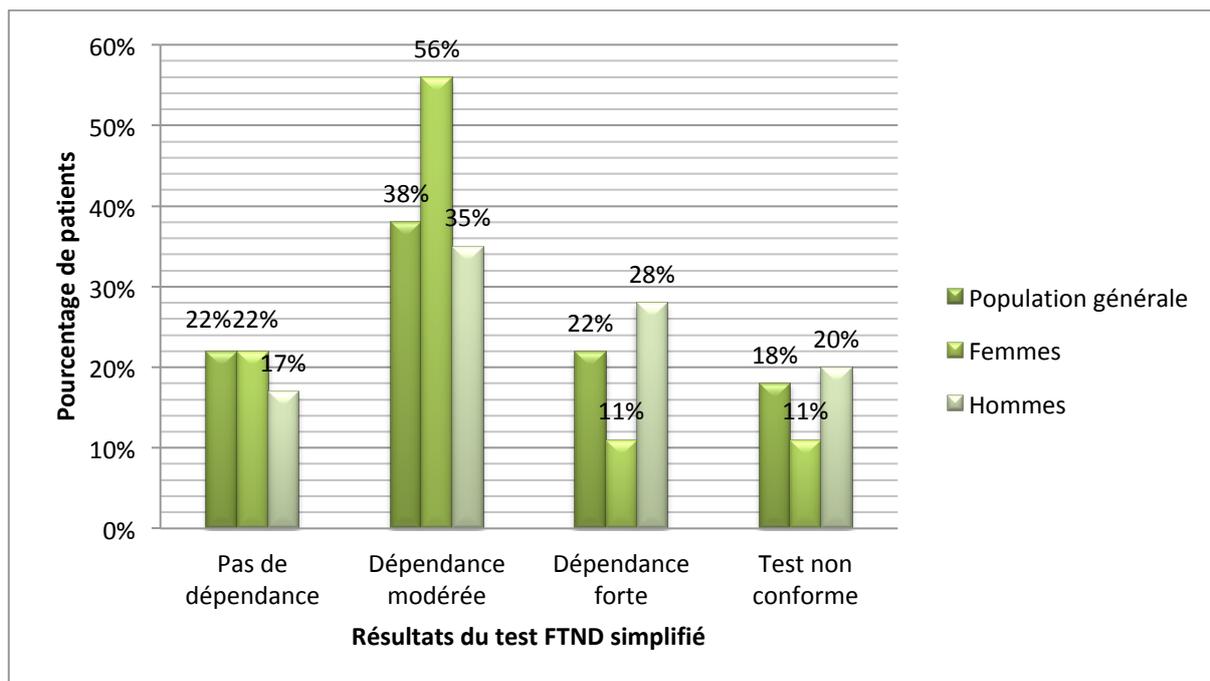


Figure 12 : Résultats du FTND simplifié (pas de dépendance, dépendance modérée, dépendance forte, test non conforme) des patients pris en charge par TSO en fonction du genre

Le risque de dépendance au tabac des patients pris en charge par MSO n'impact pas le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF.

### Alcool

La consommation d'alcool des patients pris en charge par MSO, n'influe pas significativement la qualité de vie Q-LES-Q-SF.

31 tests AUDIT-C ont été correctement remplis par les patients (Figure 13) :

- 42 % (n = 13/66) des patients ont une consommation qui n'est pas à risque ; 75 % (n = 6/66) des femmes et 41 % (n = 10/66) des hommes ;
- 13 % (n = 4/66) des patients ont une consommation à risque ; 25 % (n = 2/66) des femmes et 6 % (n = 3/66) des hommes ;
- 45 % (n = 14/66) des patients ont une consommation à risque d'alcool-dépendance, uniquement des hommes. Cela concerne 33 % des hommes du panel.

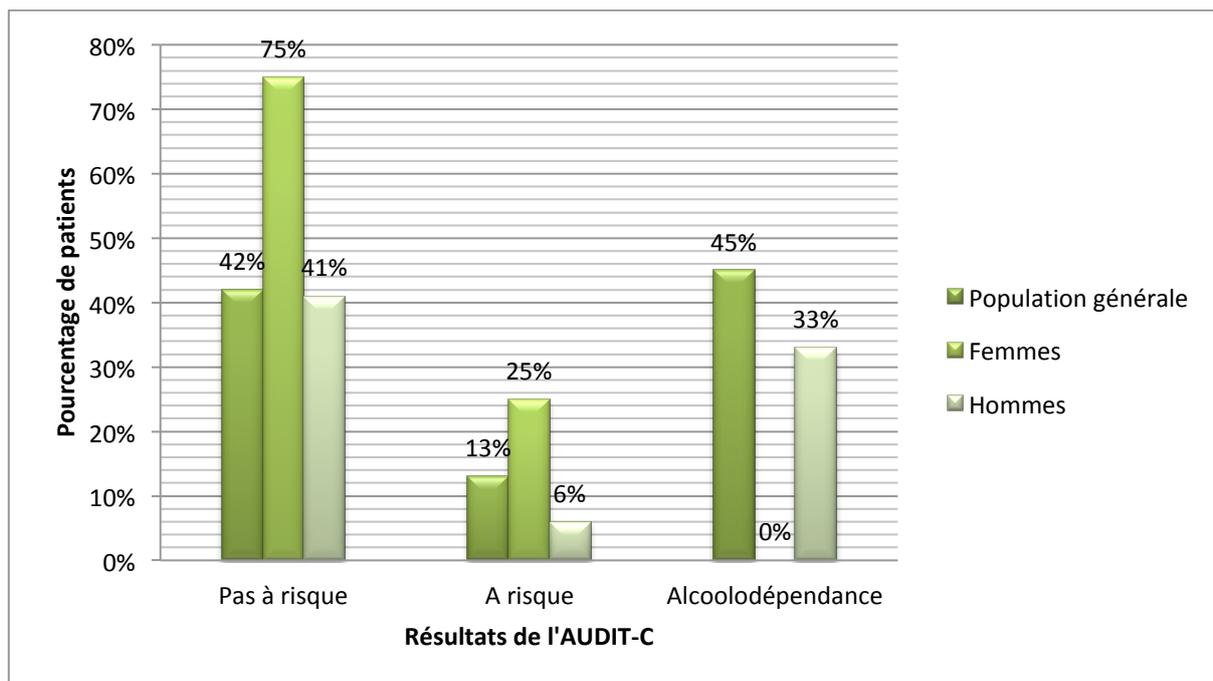


Figure 13 : Résultats de l'AUDIT-C (consommation pas à risque, consommation à risque, consommation à risque d'alcoolodépendance) des patients pris en charge par TSO en fonction du genre

Le risque de dépendance à l'alcool des patients pris en charge par MSO n'impact pas le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF.

Quel que soit le MSO nous n'avons pas de différence significative des scores obtenus au test de risque de dépendance au tabac (FTND simplifié) et à l'alcool (AUDIT-C).

### 3.2.5. Amélioration souhaitée par les patients

#### 3.2.5.1. Santé, forme physique et sommeil (Figure 14)

79% (n = 52/66) des patients souhaitent une amélioration plus ou moins rapide de leur santé, 77% (n = 51/66) souhaitent une amélioration de leur forme physique. 77% (n = 51/66) des patients souhaitent une amélioration plus ou moins rapide de leur sommeil.

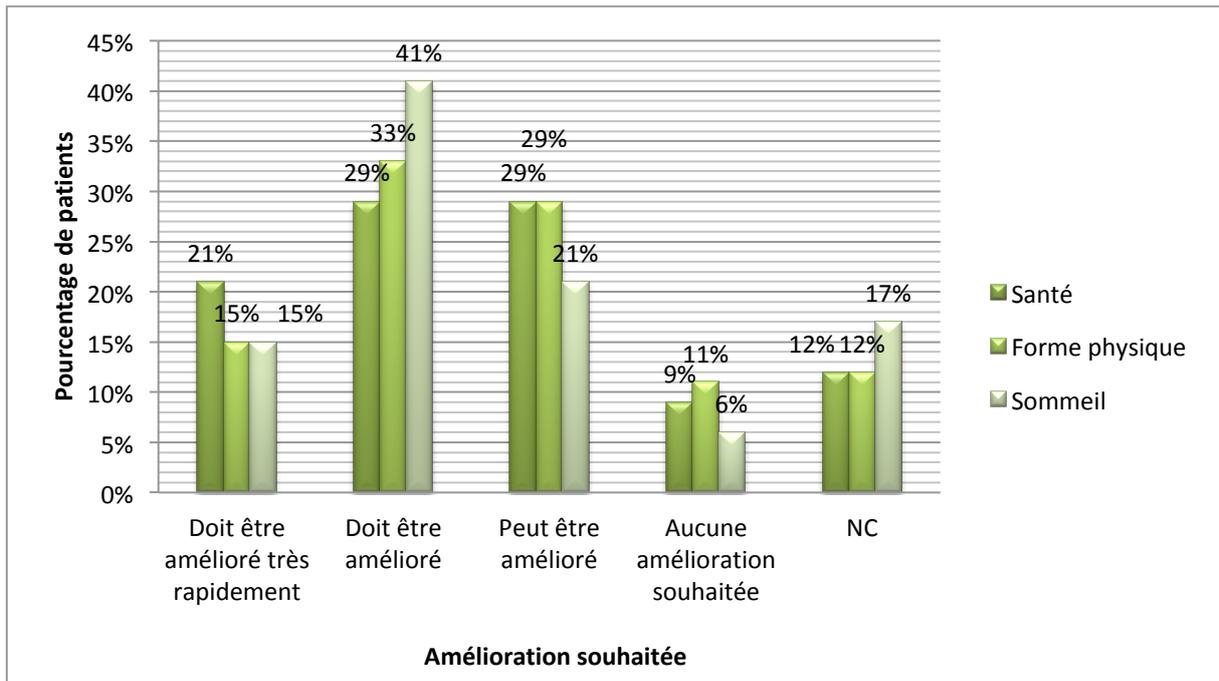


Figure 14 : Amélioration souhaitée par les patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés pour leur santé, leur forme physique et leur sommeil

Les améliorations souhaitées par les patients pris en charge par MSO pour leur forme physique n'impact pas significativement le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF.

L'amélioration souhaitée du sommeil impact significativement le score de qualité de vie (Figure 15),  $P < 0,05$ , avec une corrélation négative.

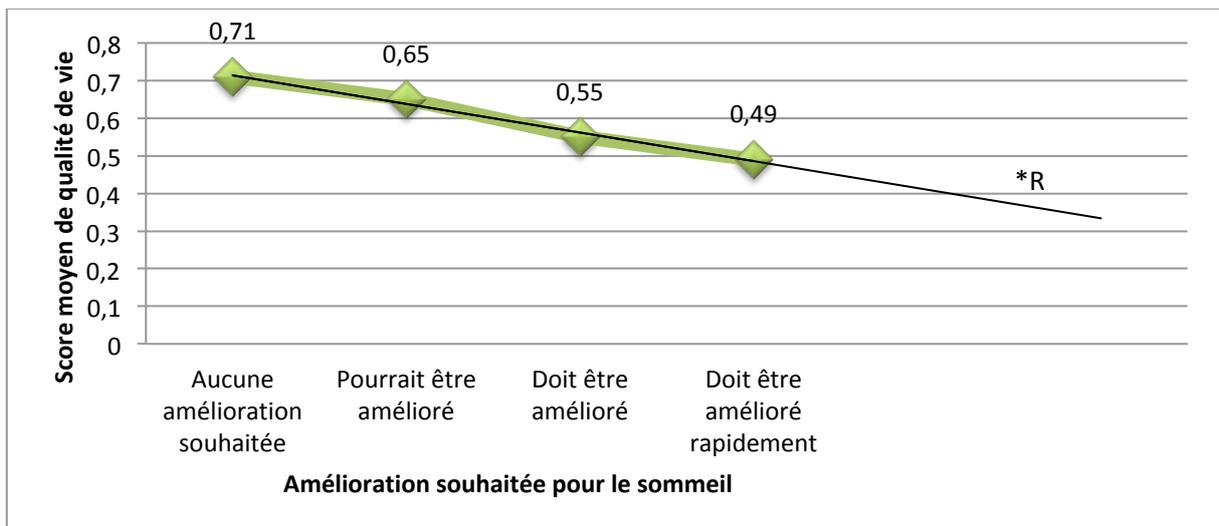


Figure 15 : Courbe de corrélation entre le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon l'amélioration souhaitée pour le sommeil

\*R = - 0,99

### 3.2.5.2. Humeur négative, vie amoureuse et libido (Figure

16)

78% (n = 52/66) des patients souhaitent une amélioration plus ou moins rapide de leur humeur négative. 77% (n = 51/66) des patients souhaitent une amélioration plus ou moins rapide de leur vie amoureuse. 77% (n = 51/66) des patients souhaitent une amélioration plus ou moins rapide de leur libido.

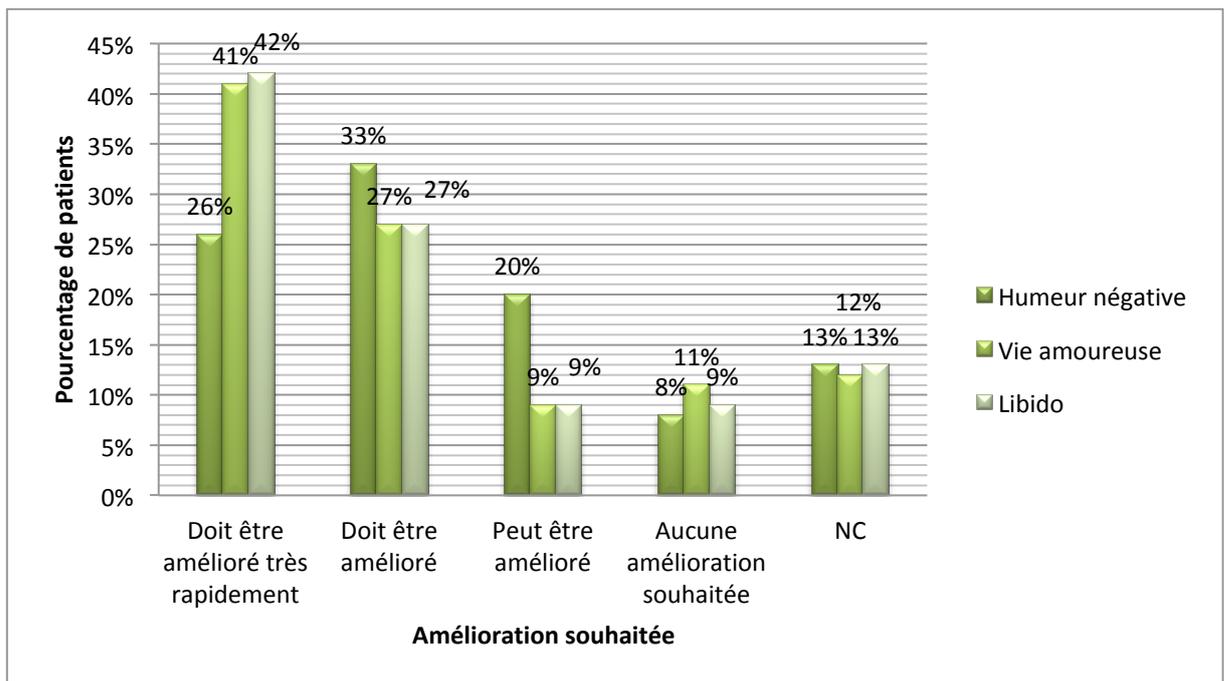


Figure 16 : Amélioration souhaitée par les patients pris en charge par TSO pour leur humeur négative, leur vie amoureuse et leur libido

Les améliorations souhaitées par les patients pris en charge par MSO pour leur humeur négative impact significativement le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF (Figure 17),  $P < 0,05$ , avec une corrélation négative.

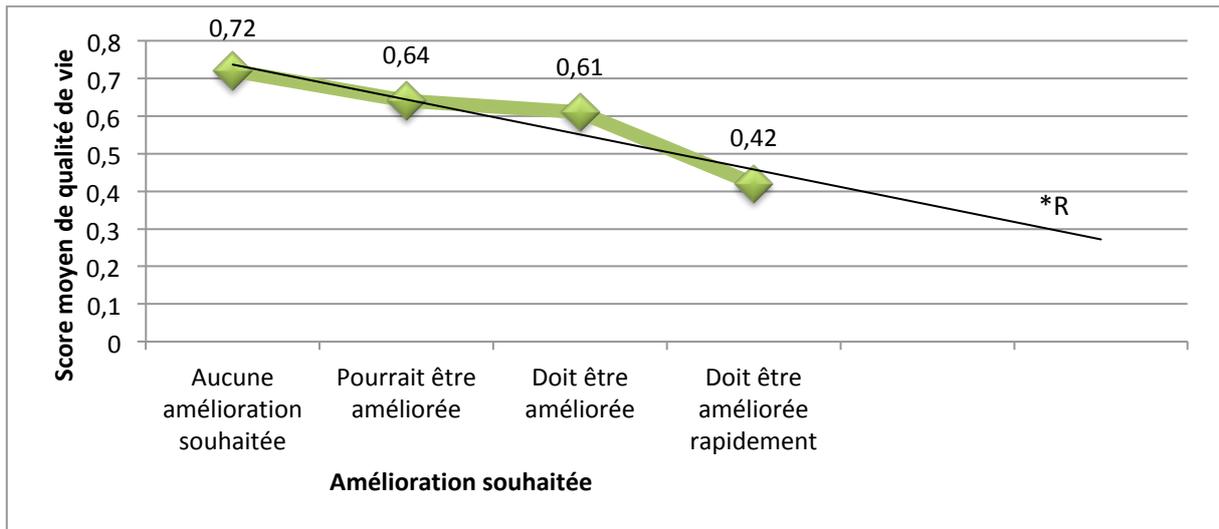


Figure 17 : Courbe de corrélation entre le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon l'amélioration souhaitée pour l'humeur négative

\*R = - 0,94

Les améliorations souhaitées par les patients pris en charge par MSO pour leur vie amoureuse n'impact pas significativement le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF.

Nous notons une différence significative du score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon les améliorations souhaitées par les patients pris en charge par MSO pour leur libido (Figure 18),  $P < 0,05$ , avec une corrélation négative.

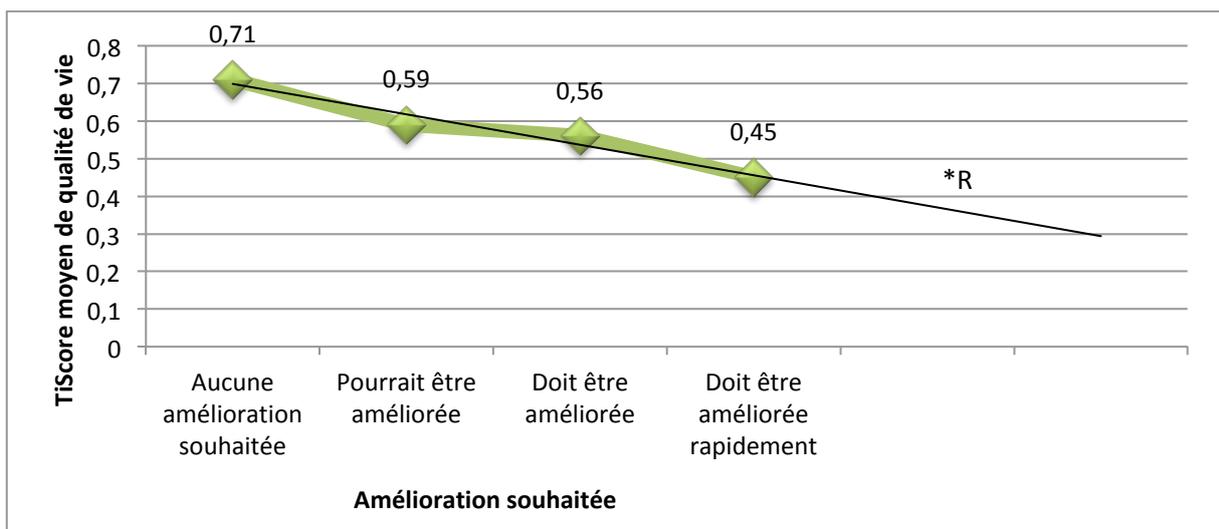


Figure 18 : Courbe de corrélation entre le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon l'amélioration souhaitée pour leur libido

\*R = - 0,98

### 3.2.5.3. Vie professionnelle, familiale et quotidienne (Figure 19)

70% (n = 46/66) des patients souhaitent une amélioration plus ou moins rapide de leur vie professionnelle. 79% (n = 53/66) des participants à l'enquête souhaitent une amélioration plus ou moins rapide de leur vie familiale. 79% (n = 53/66) des patients souhaitent une amélioration plus ou moins rapide de leur vie quotidienne.

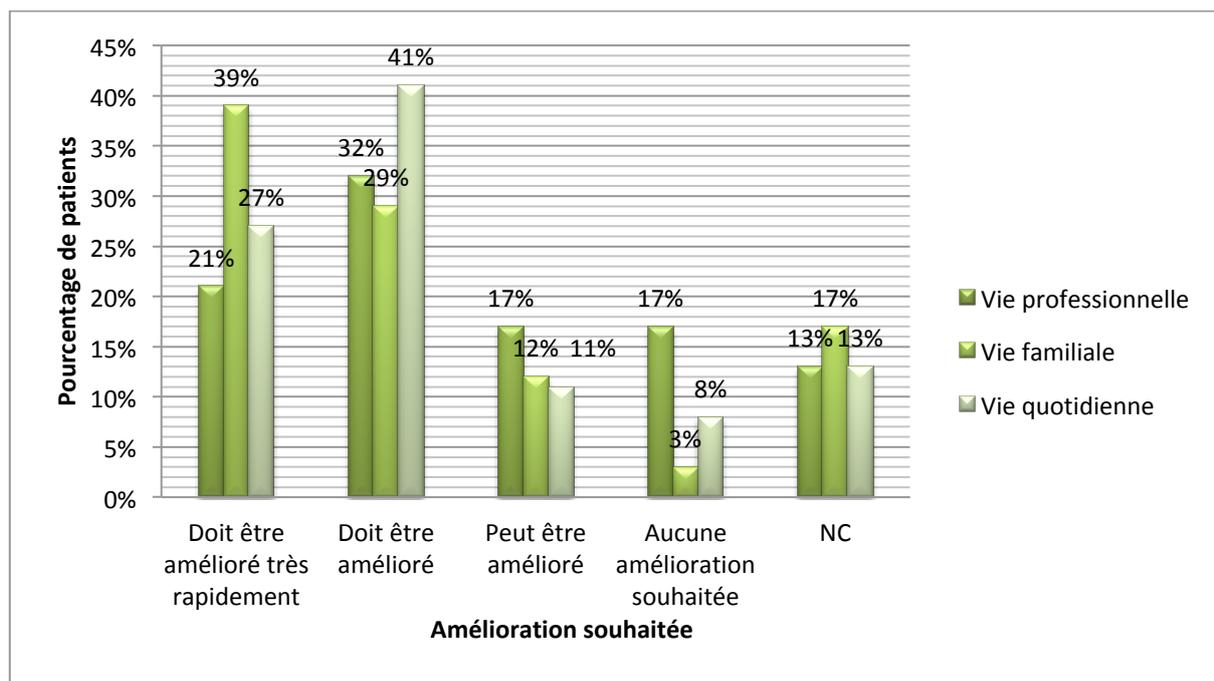


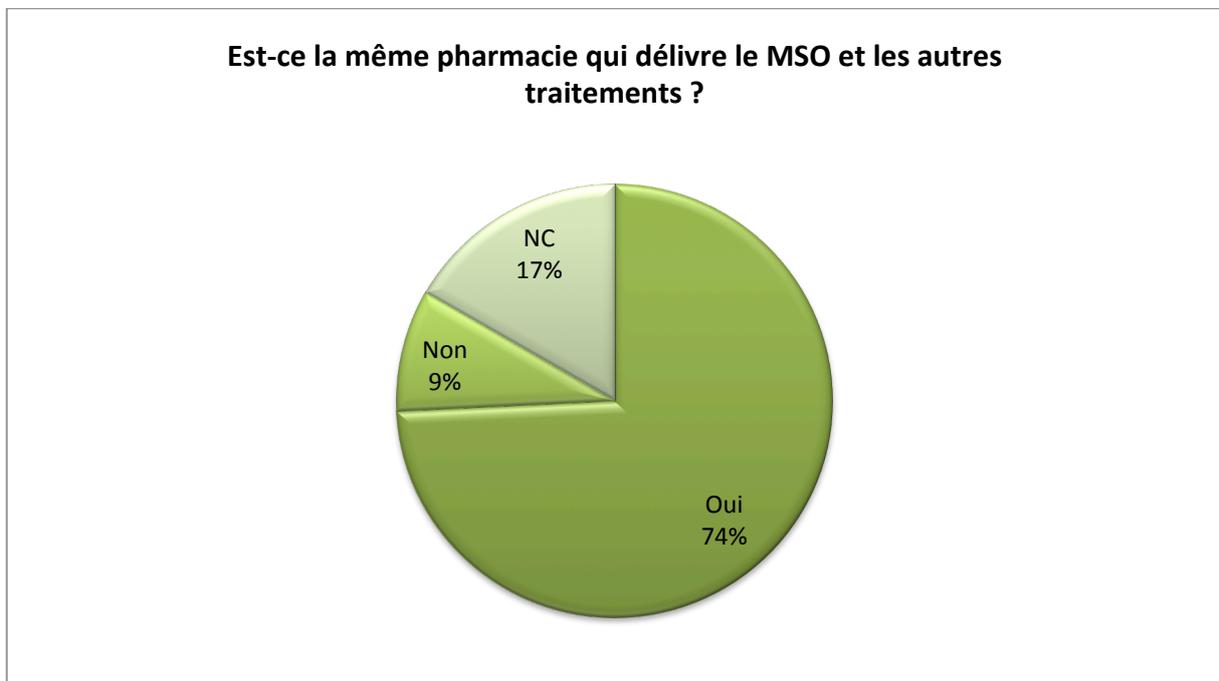
Figure 19 : Amélioration souhaitée par les patients pris en charge par TSO pour leur vie professionnelle, familiale et quotidienne

L'analyse statistique ne montre pas une différence significative du score de qualité de vie Q-LES-Q-SF quelque soit les améliorations souhaitées par les patients pris en charge par MSO pour leur vie professionnelle, familiale et quotidienne.

### 3.3. *Influence des pharmaciens d'officine sur le score de qualité de vie*

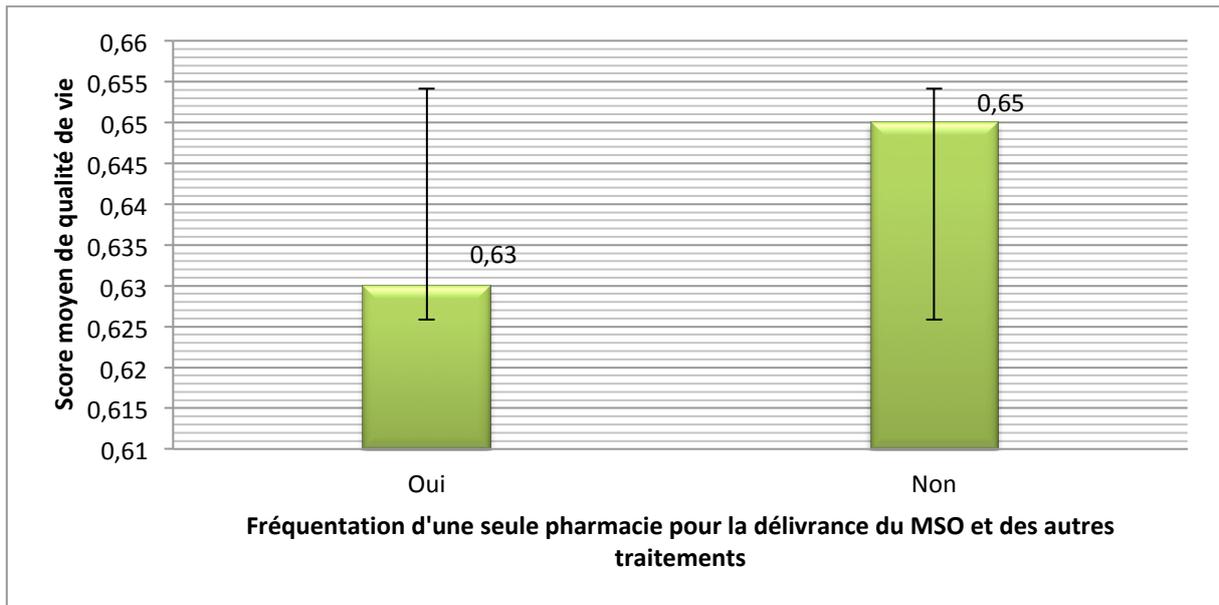
#### 3.3.1. *Nombre de pharmacies délivrant les traitements substitutifs aux opiacés*

92% (n = 61/66) des patients fréquentent une seule pharmacie pour la délivrance de leur MSO. 74% (n = 49/66) des participants à notre enquête fréquentent la même pharmacie pour la délivrance de tous leurs médicaments (MSO inclus) (Figure 20).



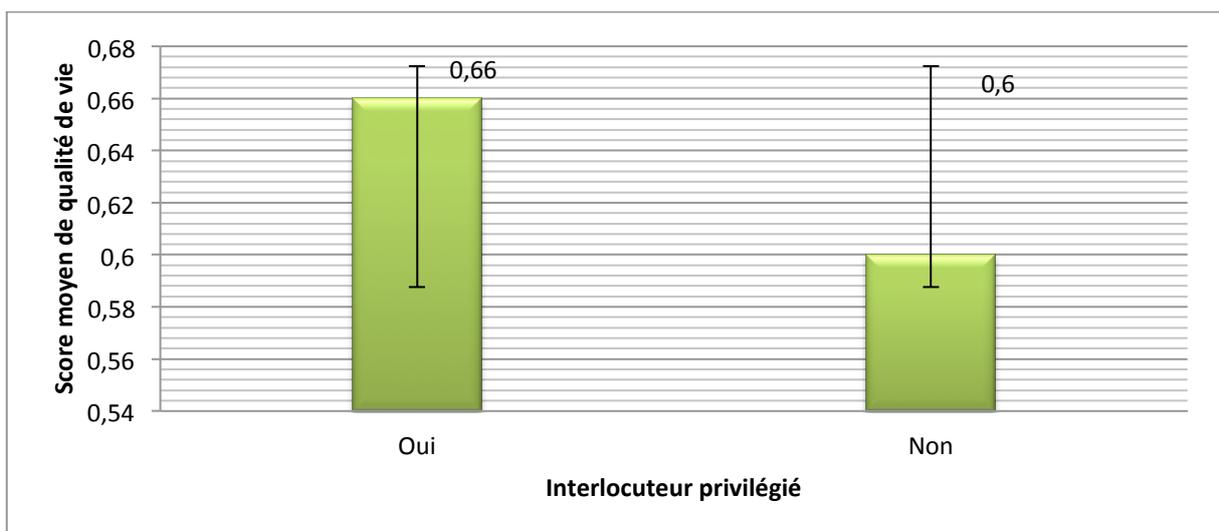
**Figure 20 : Fréquentation ou non de la même officine pour la délivrance de tous leurs médicaments (MSO inclus)**

Le nombre de pharmacie fréquentait par le patient ne modifie pas le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF (Figure 21).



**Figure 21 : Score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon le nombre de pharmacies fréquentées par le patient pour la délivrance du MSO et des autres traitements**

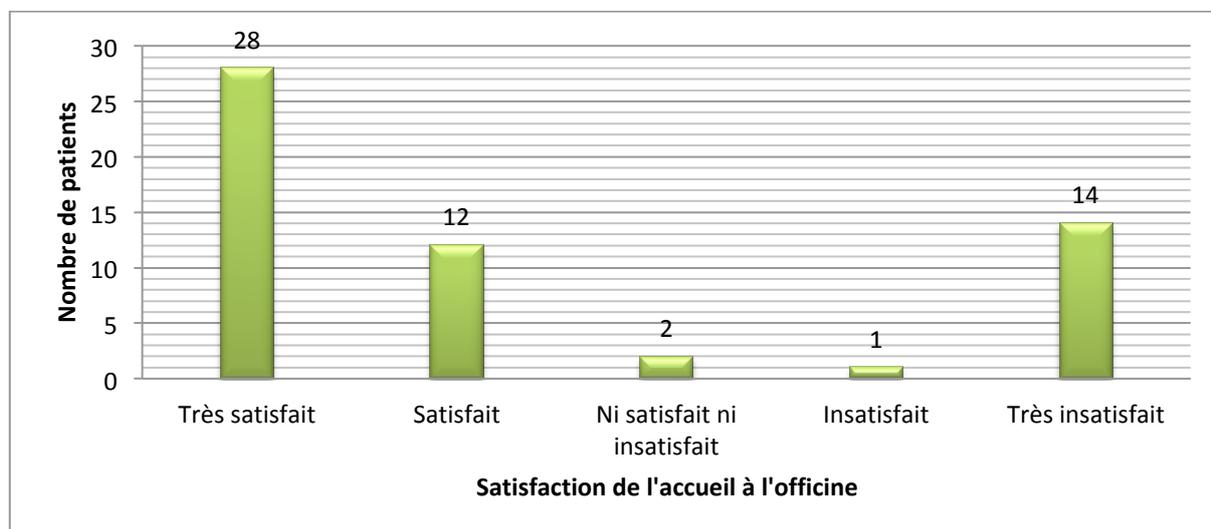
Dans leur pharmacie, 49 % (n = 32/66) des patients ont un interlocuteur privilégié, 36 % (n = 24/66) n'en n'ont pas et 15 % (n = 10/66) n'ont pas communiqué de réponse. L'analyse statistique ne montre pas de différence statistique du score de qualité de vie Q-LES-Q-SF que les patients aient ou non un interlocuteur privilégié pour la délivrance du MSO (Figure 22).



**Figure 22 : Score de qualité de vie Q-LES-Q-SF selon la présence d'un interlocuteur privilégié pour la délivrance du MSO**

### 3.3.2. Qualité de l'accueil à l'officine

60% (n = 40/66) des patients sont satisfaits de l'accueil qui leur est réservé au moment de la délivrance du MSO (Figure 23).



**Figure 23 : Satisfaction des patients vis-à-vis de l'accueil à l'officine au moment de la délivrance des MSO**

Parmi les points forts attribués à l'accueil en pharmacie, la confidentialité et l'écoute sont cités à 68% (n = 45/66) puis vient la confiance à 67% (n = 44/66) et le conseil à 62% (n = 41/66). Les points faibles sont peu discutés par les patients (Tableau 2).

Points forts				
	Population féminine	Population masculine	Total	
<b>Confidentialité</b>	13	32	45	68 %
<b>Conseil</b>	13	28	41	62 %
<b>Écoute</b>	16	29	45	68 %
<b>Confiance</b>	13	31	44	67 %
Points faibles				
	Population féminine	Population masculine	Total	
<b>Confidentialité</b>	4	3	7	11 %
<b>Conseil</b>	0	0	0	0 %
<b>Écoute</b>	0	3	3	4 %
<b>Confiance</b>	3	1	4	6 %

**Tableau 2 : Points forts et points faibles des pharmacies d'officine**

48% (n = 32/66) des patients estiment que leurs passages dans les officines résolvent leurs difficultés vis-à-vis de leur traitement (Figure 24).

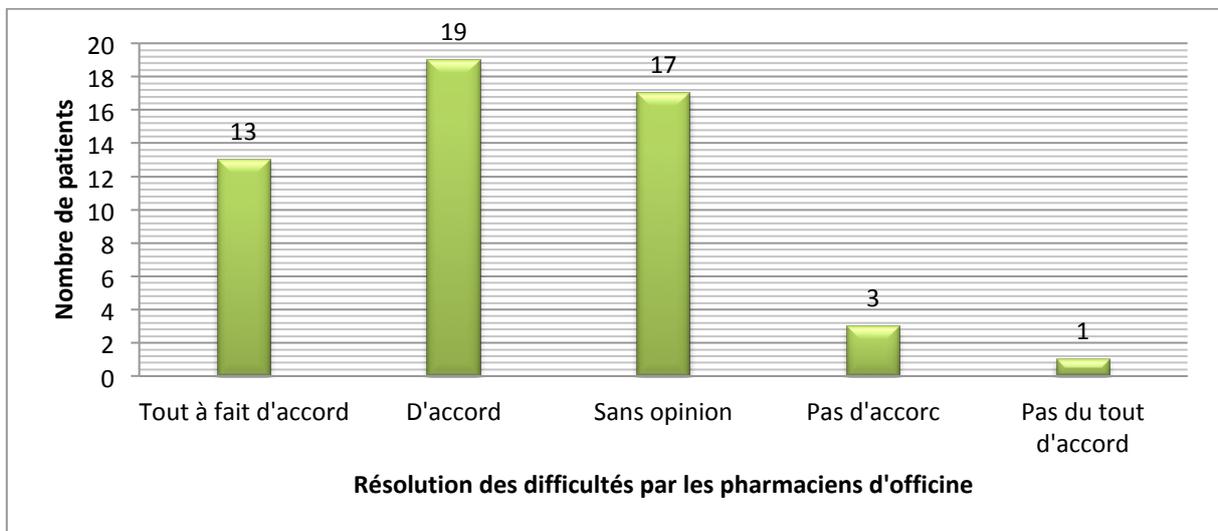


Figure 24 : Résolution des difficultés rencontrés par les patients vis-à-vis de leur traitement par les pharmaciens d'officine

La résolution, par les pharmaciens d'officine, des problèmes rencontrés par les patients pris en charge par MSO, impact significativement le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF,  $P < 0,05$ , avec une corrélation positive (Figure 25).

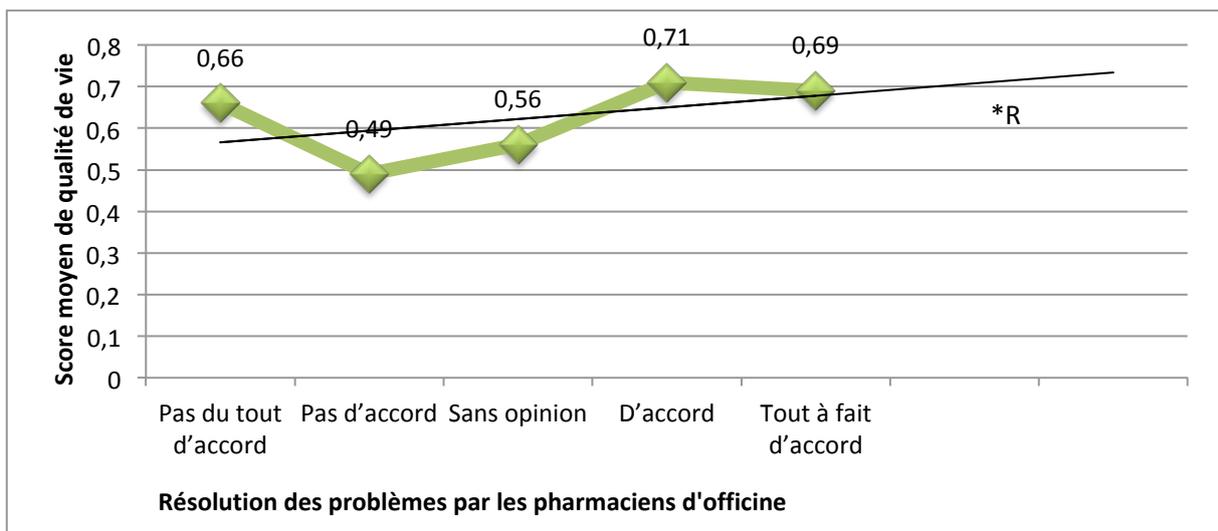
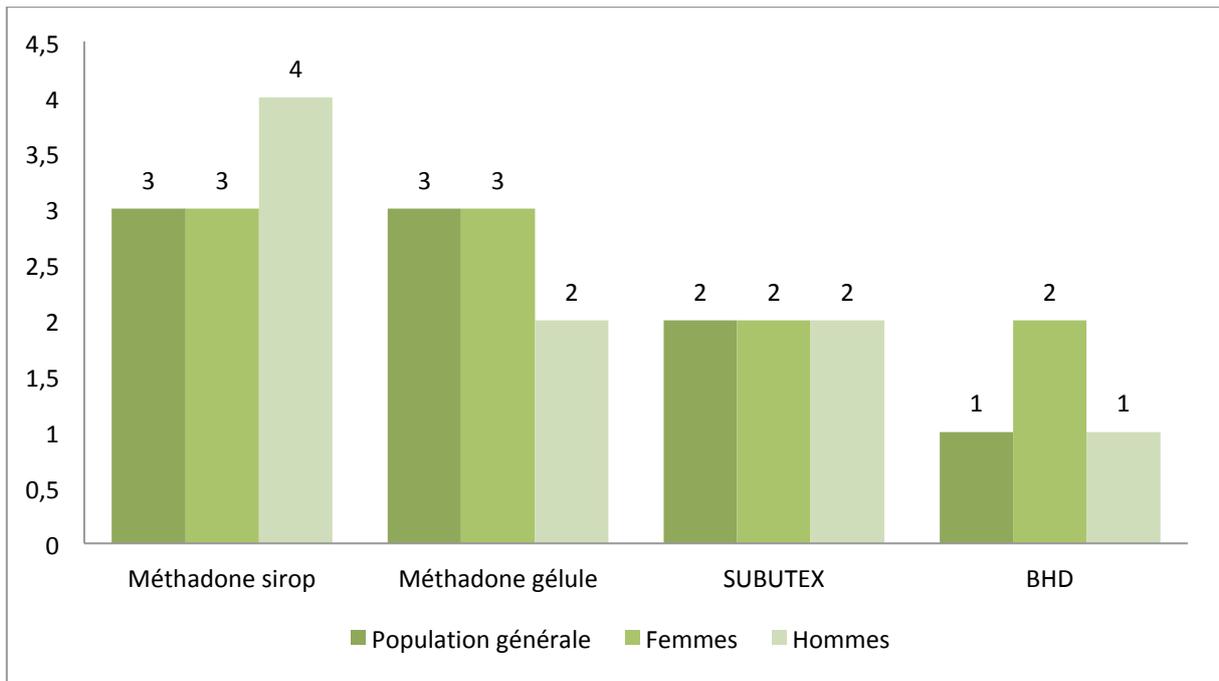


Figure 25 : Courbe de corrélation entre le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF et la résolution des problèmes attribué par les patients

\*R = 0,44

### 3.3.3. Suivi du traitement et des effets secondaires

80 % (n = 53/66) des patients ressentent des effets indésirables avec leur TSO. Dans notre population, le nombre moyen d'effets secondaires ressentis est de 3, quelque soit le sexe (Figure 26).



**Figure 26 : Nombre d'effets indésirables ressentis selon le médicament substitutif aux opiacés et en fonction du genre**

Le nombre d'effets indésirables ressentis par les patients pris en charge par MSO, impact significativement le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF,  $P < 0,05$ , avec une corrélation négative (Figure 27).

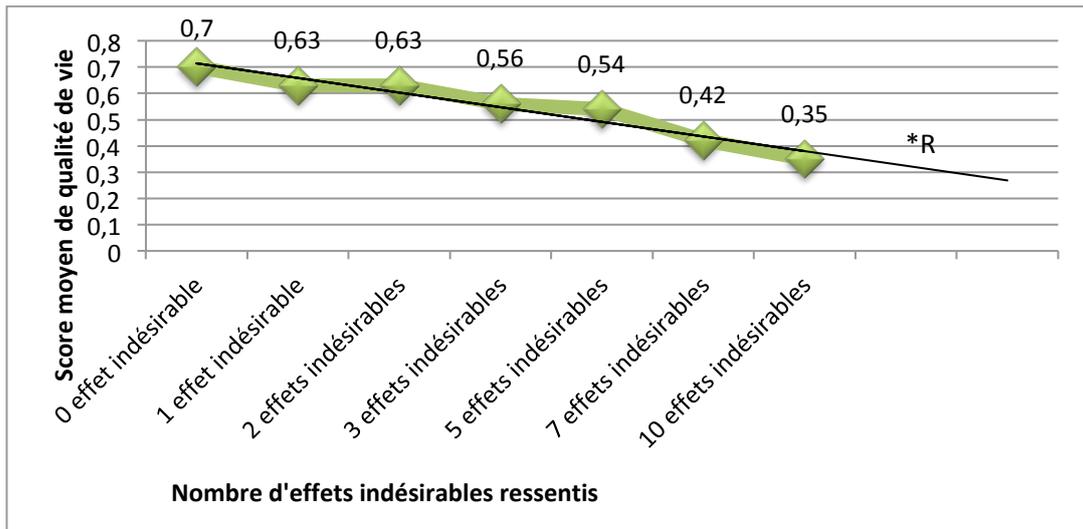


Figure 27 : Courbe de corrélation entre le score de qualité de vie Q-LES-Q-SF et le nombre d'effets indésirables ressentis par les patients

\*R = - 0,97

Les effets indésirables ressentis les plus fréquents sont les problèmes de sommeil et les sueurs abondantes (Figure 28).

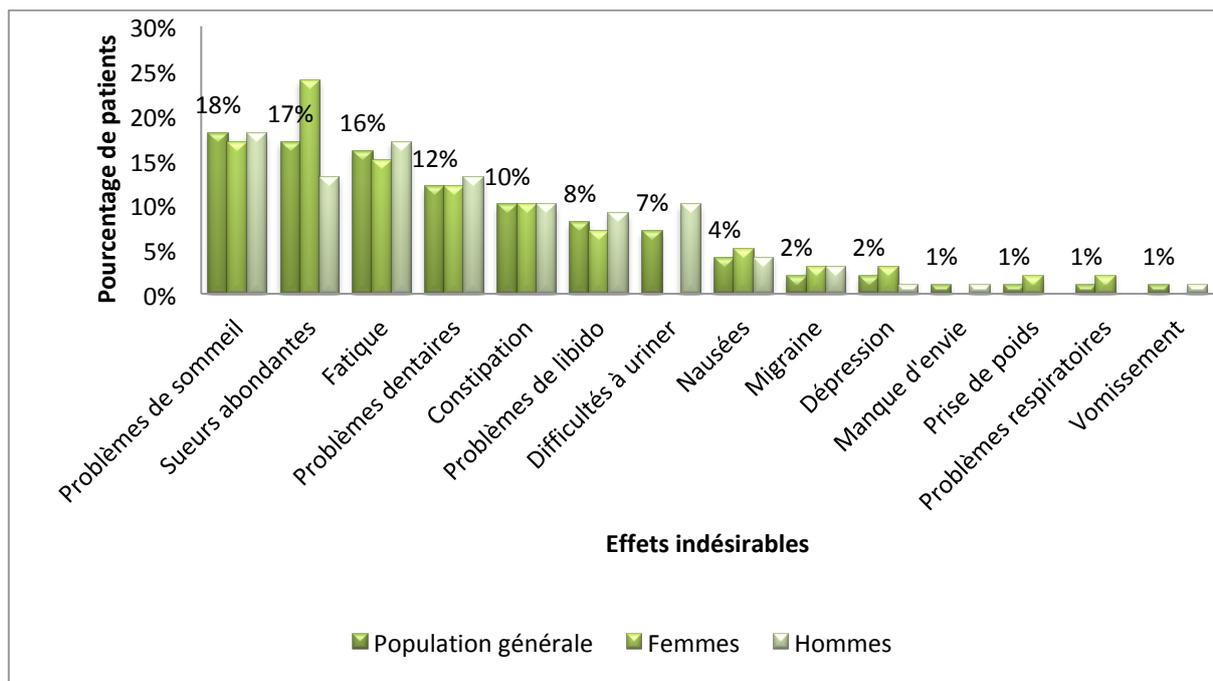


Figure 28 : Effets indésirables ressentis par les patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés en fonction du genre

### 3.4. Ressenti des pharmaciens d'officine

21 pharmaciens sont à l'aise avec le thème des « addictions à l'officine ». Ils indiquent de façon majoritaire qu'ils considèrent les problèmes d'addiction comme n'importe quelle autre pathologie, qu'ils ont une bonne communication avec les patients, peut-être due à leur expérience. 18 d'entre eux se disent à l'aise avec les patients atteints d'addiction car ils les connaissent et communiquent avec eux ; une relation de confiance dans certains cas a été établie.

Pour les pharmaciens qui ne sont pas à l'aise avec le thème des addictions, et avec les patients pris en charge par MSO, les réponses citées par 3 pharmacies sont :

- le manque de formation
- le manque de communication avec les patients
- l'attitude jugée imprévisible des patients – lesquels peuvent même devenir agressifs.

24 pharmacies sur 26 déclarent avoir eu des problèmes avec les patients pris en charge par TSO. Les problèmes étant présentés dans la figure suivante (Figure 29).

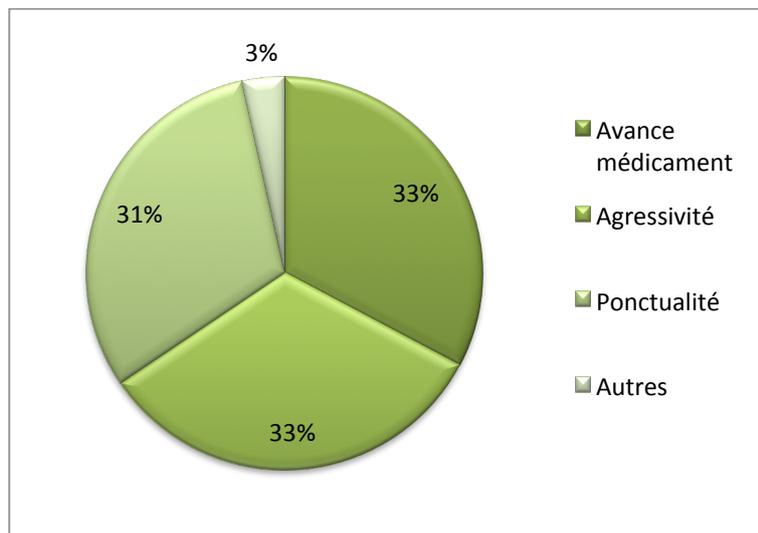


Figure 29 : Problèmes rencontrés avec les patients au moment de la délivrance de leur TSO

Malgré le manque de formation de certains professionnels, et la « peur d'agressivité des patients » pour 21 pharmacies sur 26, il existe un dialogue entre l'équipe officinale et le patient au moment de son passage dans la pharmacie. Le sujet le plus abordé est l' « Observance et les effets indésirables du traitement » (Figure 30).

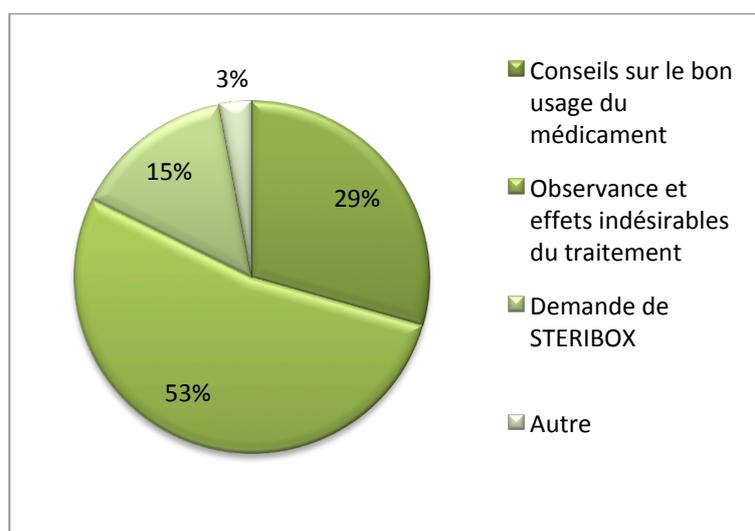


Figure 30 : Sujets abordés entre le pharmacien d'officine et les patients au moment de la délivrance des TSO

La présence ou non de dialogue au moment de la délivrance des MSO impact significativement le ressenti des pharmaciens vis-à-vis des patients pris en charge par MSO  
 $P < 0,05$ .

## 4. Discussion

Les pharmaciens se sont impliqués depuis plusieurs années dans la prise en charge des patients traités par substitutifs aux opiacés (52). Ils ont des rôles multiples au moment du passage des patients dans leur locaux (53) :

- Aider le patient à comprendre sa maladie et ses traitements
- Faire la promotion du bon usage du médicament
- Aider le patient à pratiquer l'auto-surveillance
- Soutenir et accompagner le patient

Les pharmaciens d'officine ont également plusieurs atouts : une présence uniforme sur le territoire français, la qualité de leur connaissance ainsi que la présence d'espace de confidentialité dans leurs locaux. La mission principale des pharmaciens est la qualité de leurs dispensations afin de favoriser le bon usage du médicament et garantir la qualité des soins thérapeutiques. Ils doivent également inscrire et maintenir le patient dans un processus thérapeutique (54). La littérature souligne l'importance d'un traitement continu et d'une bonne observance de la part du patient pour voir apparaître une augmentation de la qualité de vie plus rapide et plus importante (55).

L'objectif principal de notre enquête était d'analyser l'influence du suivi pharmaceutique sur la qualité de vie des patients pris en charge par TSO.

On peut noter que nous n'avons pas trouvé d'étude française menée exclusivement au sein des officines, et évaluant la qualité de vie des patients sous TSO.

### 4.1. *Analyse de notre population*

Notre enquête nous a permis d'établir un état des lieux de la qualité de vie des patients pris en charge par TSO accueillis à l'officine. Elle repose sur un échantillon de 66 questionnaires patients. Notre population est composée à 70% d'hommes (n=46/66), 29% (n=19/66) de femmes et un patient n'a pas communiqué son sexe/ ce panel a une moyenne

d'âge de 39 ans. 50% (n=33/66) des participants suivent un traitement ayant comme principe actif la méthadone, et pour 47% (n=31/66) des patients le traitement repose sur la prise de BHD. 2 participants n'ont pas communiqué leur traitement.

Notre panel est un petit échantillon, le ratio homme/femme et la moyenne d'âge concordent avec la population française sous TSO (9). Cependant il est important de noter que le nombre de femmes dépendantes aux opiacés est certainement sous estimé avec une sous prise en charge. Cette sous-déclaration s'explique notamment chez les femmes étant mère. Une peur du placement de leurs enfants peut les freiner dans leur démarche de soins (56). Nous avons fait le choix de nous rapprocher le plus possible d'une répartition égale de notre échantillon entre les 2 principes actifs commercialisés en France, la méthadone et la BHD. L'objectif est de pouvoir comparer aisément les 2 traitements. La BHD étant la plus prescrite sur le territoire français (9).

#### **4.2. *Mesure de la qualité de vie***

D'après la littérature, l'augmentation de la qualité de vie est à la fois observée chez des patients pris en charge par méthadone et BHD. Elle est observée rapidement dès les premiers mois de traitement quelque soit le MSO, et est accentuée par une abstinence totale d'opiacés (57)(55)(58)(59)(60)(61)(62)(63). L'amélioration de qualité de vie est modeste, de 5 à 15%. Les améliorations les plus importantes sont dans le domaine de la santé globale et dans le bien être émotionnel (62).

D'après nos résultats nous n'observons aucune différence du score de qualité de vie Q-LES-Q-SF de nos patients quelque soit le traitement suivi (méthadone sirop et gélules, SUBUTEX® et ses génériques). Nous n'observons également aucune différence sur la durée de prise en charge des patients pris en charge par TSO, ainsi que la fréquence et la nature des co-consommations. Les problèmes d'abandon, de manque d'observance, et de changement de traitement, sont plus couramment observés chez des patients ayant un traitement reposant sur la prise de BHD. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ses différences (61)(64) :

- Au moment de l'instauration de traitement la première prise de BHD peut-être sous-dosées, ce qui arrive moins fréquemment avec la méthadone.

- Le syndrome de sevrage à la méthadone est plus important que celui à la BHD, ce qui freine les patients à arrêter leur traitement.

Dans la littérature les co-consommations chez les patients pris en charge par TSO, sont semblables d'un point de vue quantité, nature de substances, quelque soit le MSO prescrit (65). En conclusion l'efficacité des TSO est sensiblement identique, notamment sur la qualité de vie, la différence majeure repose sur les problèmes d'abandon pouvant apparaître chez les patients pris en charge par BHD.

36% (n=24/66) des participants à notre enquête déclarent ressentir des sensations de manque malgré la prise de leur traitement. Dans notre échantillon les sujets déclarant avoir des états de manque aux opioïdes ont un score de qualité de vie plus bas que les autres patients. D'après nos résultats, la fréquence des sensations de manque ressentis par les patients ne diffère pas en fonction du MSO prescrit.

Les TSO permettent une diminution des sensations de manque (66)(67)(68). Avec une prise en charge psychologique, en association aux MSO, les états de manque peuvent être réduits et on observe une augmentation de la qualité de vie (69)(70).

14% (n=9/66) de nos patients pris en charge par TSO consomment des opiacés malgré la prise de leur traitement. Nous n'avons pas mis en lumière une différence de qualité de vie entre les populations consommant et ne consommant pas d'opiacés.

La prise d'un TSO diminue la consommation d'héroïne mais pas un arrêt total chez certains individus (71)(72)(31). Les opiacés ne sont pas la seule substance consommée par les patients. Dans une étude parue en 2017, seulement 6,7% de ses participants étaient abstinents de toutes substances (amphétamines, BZD, cocaïne et opiacés) tout au long de l'enquête. Les patients ayant une consommation régulière d'opiacés, ainsi qu'une dépendance, ont une qualité de vie détériorée (73). Cependant les TSO améliorent tout de même la qualité de vie, même quand il y a toujours une consommation d'opiacés, car la quantité de substances consommées est moindre (37)(62)(63). Peu d'études évaluent, à l'aide de dépistage sanguin, la proportion de patient suivant un TSO et consommant encore des drogues. Souvent les chiffres se basent sur des données déclaratives, nous pouvons donc penser qu'il y a une sous-déclaration des consommations d'opiacés.

Les patients pris en charge par TSO présentent de nombreuses consommations associées (30)(31)(73)(74)(75)(76)(77). D'après nos résultats du test AUDIT-C (consommation d'alcool), 21% (n=14/66) des patients ont une consommation d'alcool à très haut risque, 6% (n=4/66) des patients présentent une consommation à risque. On note une sous-estimation chez ces patients d'une reconnaissance de leur trouble (12% (n=8/66) de nos patients reconnaissent avoir une consommation d'alcool problématique). La mise en place d'un TSO n'engendre pas une diminution de la prise d'alcool sur le court et le long terme (31)(32). La qualité de vie des patients ayant participé à notre enquête ne serait pas impactée par la consommation d'alcool. Cependant nous savons que la qualité de vie des patients dépendant à l'alcool s'améliore avec l'abstinence (78). D'après la littérature nous devrions nous attendre à une différence de qualité de vie chez les patients ayant une consommation d'alcool problématique. Notre petit échantillon pourrait expliquer que l'on n'observe pas ce résultat attendu.

94% (n=60/66) de nos patients sont fumeurs. La qualité de vie de nos participants ne serait pas impactée par la consommation de tabac. Cependant nos résultats sur la consommation de tabac peuvent être faussés, nous avons questionné les patients sur la consommation de « cigarettes » sans nous intéresser aux cigarettes électroniques. Cette forme de consommation de tabac est assez courante chez les patients sous TSO (79). La dépendance à la nicotine pourrait donc être sous évaluée chez certains participants. Une grande prévalence de fumeurs est observée chez les patients sous traitement d'entretien à la méthadone. Cette prévalence est bien plus élevée que dans la population générale. Ce nombre important de fumeurs peut s'expliquer par le fait que le tabac pourrait aider les patients à gérer les sensations de manque (30). Comme vu précédemment, les états de manque impactent négativement la qualité de vie des patients pris en charge par TSO. L'« avantage » sur la gestion des sensations de manque masque les effets nocifs du tabac sur le long terme (80).

Par conséquent, notre étude ne met pas en lumière les résultats qu'on pourrait attendre sur l'impact des consommations d'opiacés et de substances psychoactives (alcool et tabac) sur la qualité de vie. Selon nos résultats, ces consommations n'impactent pas la qualité de vie des patients. Une enquête plus approfondie, pouvant reposer sur des dépistages sanguins, avec

un nombre plus important de participant, pourrait rendre des résultats plus fiables, validant ou invalidant nos résultats obtenus.

Dans notre étude nous avons questionné les participants sur les différents aspects de leur vie, et les souhaits d'améliorations. Nos résultats nous avons pu mettre en lumière une corrélation entre le score de qualité de vie et les attentes des patients vis-à-vis de leur sommeil, humeur et libido.

La prise en charge et l'amélioration de certaines fonctions impactées par la prise d'un TSO augmentent la qualité de vie des patients. On retrouve notamment l'amélioration de la fonction sexuelle, la prise en charge de la détresse psychologique, la santé mentale, la constipation (81)(82)(83)(84)(85). Dans cette littérature les pharmaciens d'officine n'ont pas été inclus, ce qui nous empêche d'analyser la possible influence du conseil pharmaceutique.

### **4.3. *Influence des pharmaciens d'officine***

48% (n=32/66) des patients interrogés dans notre étude ont donné un avis positif à la question « Est ce que votre passage à l'officine vous permet de résoudre vos éventuelles difficultés vis-à-vis de votre traitement ? ». 6% (n=4/66) des patients ont donné une réponse négative, 16% (n=17/66) n'ont pas d'opinion et 20% (n=13/66) de non répondants. Nos patients ayant un avis positif à cette question ont un score de qualité de vie Q-LES-Q-SF plus élevé que les autres.

La satisfaction des patients vis-à-vis des conseils prodigués par leur(s) pharmacien(s) peut être considérée comme un indicateur indirect de la qualité du conseil pharmaceutique (86). Au moment de la délivrance, il y a un échange, une communication pendant laquelle le pharmacien prodigue son conseil sur le traitement (prise, effets indésirables) mais également sur les co-consommations et leurs conséquences (71)(87)(88)(19). On observe une évolution des soins pharmaceutiques procurés aux patients pris en charge par TSO, avec un développement des nouveaux services, une meilleure implication des pharmaciens et des politiques ; même si les équipes officinales ne se sentent pas en première ligne dans la lutte dans la toxicomanie (87)(88). Les pharmaciens peuvent être amenés à fournir à leur patient

consommant des opiacés des seringues ou des kits d'injection (89). En délivrant ce matériel en officine, les professionnels participent à la lutte contre la transmission des pathologies infectieuses (VIH, VHC, VHB) (90). La mise en place de ces nouveaux services ne peut être possible que si l'aménagement des locaux est revu, avec la création d'espaces de confidentialité (19). Les pharmaciens prennent en compte la sensibilité des patients pris en charge par TSO, ce qui renforce la confiance et favorise les relations positives (88). Cette patientèle est favorable à ses échanges et les trouve utiles (71). L'entretien doit cependant être confidentiel, dans le cadre d'un examen médicamenteux et fait avec sensibilité (91).

Dans notre enquête, nous pouvons souligner que les patients ayant un meilleur score de qualité de vie sont ceux qui notent le mieux les conseils de leurs pharmaciens. Chez les patients souffrant d'une ALD (pouvant être comparée à l'addiction) l'impact positif du conseil pharmaceutique sur la qualité de vie et l'observance des patients (92)(93)(94).

Nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : l'impact positif du conseil pharmaceutique sur le score de qualité de vie observé chez des patients souffrant de diverses pathologies chroniques, peut être supposé chez les patients pris en charge par TSO.

Les pharmaciens ont un rôle de vigilance au moment des délivrances. Ils doivent détecter les mauvaises prises de traitement, les prescriptions inappropriées et les dangers de co-prescriptions (morphiniques et ses dérivés, les BZD) (95). L'objectif de cette surveillance est d'améliorer l'abstinence, car comme vu précédemment cela peut augmenter l'amélioration de qualité de vie observée par la prise d'un TSO. La gestion des effets indésirables ressentis par les patients, est une partie intégrante du conseil pharmaceutique.

80% (n=53/66) de nos patients déclarent ressentir des effets indésirables dus à leur traitement. En moyenne ils déclarent trois effets néfastes. Nous observons une corrélation négative entre le nombre d'effets indésirables et la qualité de vie des patients. Nos résultats n'ont pas mis en lumière une différence du nombre d'effets indésirables ressentis selon le MSO. Les effets secondaires les plus cités par les patients (> 5%) sont : problèmes de sommeil, sueurs abondantes (= hyperhidrose), fatigue, problèmes dentaires, constipation, problèmes de libido et difficultés à uriner.

La prise en charge des effets indésirables chez les patients traités par substitutifs aux opiacés augmente la qualité de vie des patients (81)(82)(83)(84)(85). Cependant dans cette littérature les auteurs n'ont pas inclus les pharmaciens. Dans une population non atteinte de

trouble de l'usage, les pharmaciens ont montré leur importance dans la prise en charge de dysfonctionnements, d'effets néfastes, notamment pour trouver la cause (96)(97)(98). Les effets ressentis par les patients ne sont pas toujours causés par leur MSO, la cause primaire peut être leur pathologie ou les co-consommations (97)(99)(100).

Des résultats similaires peuvent être espérés dans une population prise en charge par TSO.

En conclusion, peu d'études ont été menées avec des pharmaciens d'officine, sur l'impact du conseil pharmaceutique sur la qualité de vie, la prise en charge des effets secondaires, chez les patients pris en charge par TSO. Des résultats positifs ont été mis en évidence dans d'autres populations souffrant de pathologies chroniques. Nous avons également des résultats positifs, avec une meilleure qualité de vie dans la population pour laquelle les pharmaciens répondent à leurs difficultés face aux TSO. Nous pouvons espérer des résultats similaires dans une enquête à plus grande échelle que la notre. De plus les patients sont favorables aux échanges et aux nouvelles missions des pharmaciens tant que cela s'opère dans un espace de confidentialité.

#### **4.4. *Ressenti des pharmaciens d'officine***

D'après nos résultats, dans la majorité des officines il existe un dialogue entre les professionnels de santé et les patients. La présence ou non de cet échange verbal peut être un indicateur du ressenti des pharmaciens, plus ils seraient à l'aise plus il y aurait du dialogue. Les pharmaciens ayant le moins d'aisance au comptoir face aux patients pris en charge par TSO, soulignent le manque de formation, la peur de l'attitude imprévisible de ce type de patientèle.

Comme vu précédemment les patients sont dans l'attente d'échange avec leurs pharmaciens, et nos résultats montrent une meilleure qualité de vie dans la population recevant des conseils les aidant avec les difficultés rencontrées par la prise de leur traitement.

Les pharmaciens d'officine sont de plus en plus impliqués dans la prise en charge et le dépistage des troubles addictifs (52)(87)(88)(101). Les problèmes de formation et de

manque de confiance sont un frein au développement de leur nouvelle fonction (101). De plus certains pharmaciens ne se sentent pas en première ligne dans la lutte contre la toxicomanie (87)(88).

Par conséquent, une amélioration de la formation des pharmaciens d'officine, une meilleure reconnaissance de leurs nouvelles fonctions, pourraient favoriser l'implication des pharmaciens au moment de la délivrance des TSO, et mieux répondre aux attentes des patients.

## 5. Conclusion et limites de l'étude

L'instauration d'un TSO augmente la qualité de vie des patients, qu'ils consomment encore ou non des opiacés. Cette augmentation reste modeste dans certains paramètres de la vie des patients, mais elle est accentuée par une bonne observance. Les pharmaciens d'officine peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité de vie des patients pris en charge par TSO. Ce sont des professionnels de santé accessibles et ils sont répartis de façon homogène sur le territoire français. Les pharmaciens d'officine sont souvent le premier accès au système de santé. L'impact positif du conseil pharmaceutique sur la qualité de vie des patients souffrant de pathologies chroniques a déjà été montré. Les troubles de l'usage peuvent être comparés aux ALD, ce qui nous permet d'émettre l'hypothèse que de tels résultats pourraient être observés chez des patients atteints de dépendance aux opiacés. Les pharmaciens sont de plus en plus impliqués dans la prise en charge des patients pris en charge par TSO. Ils sont de mieux en mieux formés sur le thème des « addictions », et l'aménagement des zones de confidentialité améliore leur quotidien, et la prise en charge de cette patientèle. Cependant des problèmes de confidentialités, de peur des patients et de manque de confiance en soi, de reconnaissance, de manque d'envie de formations demeurent. Les pharmaciens peuvent aussi aider les patients à gérer les effets indésirables ressentis et les sensations de manque des patients. Ces 2 facteurs peuvent impacter négativement le score de qualité de vie. De nombreuses co-consommations ont été mises en lumière dans notre enquête et dans la littérature. Leur impact réel sur la qualité de vie n'a pas été mis en lumière dans notre enquête. Une étude sur plusieurs années, et sur un plus grand échantillon pourrait nous donner des résultats plus claires, fiables et interprétables.

Notre étude a plusieurs limites. Elle comporte un faible nombre de participants ( $n = 66$  patients et  $n = 26$  pharmacies) et les questionnaires n'ont pas tous été remplis entièrement par les patients et pharmaciens. Le questionnaire patient « Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés » était peut être un peu trop long, avec des questions pouvant être considérées comme intrusives, trop personnelles.

Notre enquête a été réalisée sur un petit secteur géographique, ne concernant qu'une partie du département de la Somme. Comme vu précédemment la prescription de MSO n'est pas homogène d'un département à l'autre voir même au sein d'un même département. De plus le ration BHD/méthadone ne correspond pas à la répartition observée dans la population française pris en charge par TSO. Nous avons fait le choix d'une répartition la plus homogène possible pour avoir une meilleure interprétation des résultats. Cependant la moyenne d'âge et le ratio homme/femme sont très comparable à ce qui peut être observé dans la population globale pris en charge par TSO.

## Partie III : Conclusion

---

La France est passée du banc des mauvais élèves à l'un des pays d'Europe ayant le plus développé l'accès aux TSO à sa population avec sur le marché 2 principes actifs : la méthadone sous formes sirop et gélule et la BHD seule ou en association avec la naloxone. L'accélération de la prise en charge des patients dépendants aux opiacés a modifié le marché des substances psychoactives illicites en France. La BHD est apparue comme une nouvelle drogue, avec un faible coût, une prescription et une délivrance plus souple, car elle n'est pas inscrite sur la liste des produits stupéfiants.

De nos jours, la qualité de vie des patients souffrant de pathologies chroniques, comme la dépendance aux opiacés, est devenue une priorité des professionnels de santé. La qualité de vie est définie par plusieurs dimensions : physique, fonctionnel, émotionnel et social. Pour évaluer cette qualité de vie, il faut interroger le patient afin qu'il l'évalue lui-même. C'est dans cet esprit que nous avons choisi d'intégrer le questionnaire sur le plaisir et la satisfaction en matière de qualité de vie (Q-LES-Q-SF) en 16 points, dans notre formulaire distribué aux patients sous TSO.

Notre étude, réalisée dans le département de la Somme, repose sur l'analyse de 66 questionnaires « Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés » et de 26 questionnaires « Enquête sur la délivrance de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage à l'officine ».

Nos résultats et la littérature montrent que la prise en charge des patients souffrant de dépendance aux opiacés permet de réduire voire d'arrêter les consommations illicites de substances psychoactives telle que l'héroïne. Une amélioration de la qualité de vie est également mise en lumière quand les patients commencent un TSO, les améliorations les plus importantes sont dans le domaine de la santé globale et le bien-être émotionnel. Les patients pris en charge par MSO peuvent toujours consommer des opiacés, mais la quantité étant moindre qu'avant le début du traitement, une amélioration de la qualité de vie est notée. Cette qualité de vie des patients pris en charge par TSO peut être diminuée par l'apparition de sensation de manque, d'effets indésirables attribués aux médicaments. Les pharmaciens d'officine ont un rôle à jouer dans la prise en charge des effets secondaires, des

sensations de manque, dans la prévention des risques liés aux consommations associés (alcool, tabac, médicaments) et dans la réduction des risques de contaminations causés par les échanges de seringues. Dans notre étude nous pouvons noter que les participants qui estiment que leur passage en officine permet de résoudre leurs difficultés face à leur traitement obtiennent un meilleur score de qualité de vie Q-LES-Q-SF. Les patients sont favorables aux échanges avec leurs pharmaciens tant qu'un moyen de respecter la confidentialité est mis en place.

Cette étude pourrait être approfondie, en élargissant la zone géographique des patients inclus dans l'étude, car on observe une disparité des prescriptions selon les départements, les régions. Un plus grand échantillon pourrait fournir des résultats plus fiables et mieux interprétables.

# Bibliographie

---

1. Chossegros P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire). Datarevues0399832000318-9-C344 [Internet]. 29 mars 2008 [cité 17 juill 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/132543>
2. Courty P. Prescrire la substitution aux opiacés : de l'illégalité à la banalité. *Inf Psychiatr.* mai 2005;81(5):409-15.
3. Plans précédents [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/les-precedents-plans>
4. Brisacier A-C, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. *Obs Fr Drogue Toxicom.* oct 2014;
5. Diaz-Negrete DB, Velázquez-Altamirano M, Benítez-Villa JL, Fernández-Cáceres C, Diaz-Negrete DB, Velázquez-Altamirano M, et al. Psychosocial reintegration process in patients who receive maintenance treatment with methadone: A qualitative analysis. *Salud Ment.* août 2019;42(4):173-84.
6. Fernandez Rodriguez V, Fernandez Sobrino AM, Lopez Castro J. La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Rev Calid Asist.* 1 janv 2016;31(1):3-9.
7. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Etat du phénomène de la drogue en Europe [Internet]. 2012 [cité 21 mai 2019] p. 116. Disponible sur: [https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/AR2012oedt.pdf#xd\\_co\\_f=ZDU1Y2Q1NjAtNTRmYy00ZDM0LTliNWUtNWU0YTk4OTkzN2E5~](https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/AR2012oedt.pdf#xd_co_f=ZDU1Y2Q1NjAtNTRmYy00ZDM0LTliNWUtNWU0YTk4OTkzN2E5~)
8. Brisacier A-C. Tableau de bord « Traitement de substitution aux opiacés » - Mise à jour septembre 2020. :21.
9. Brisacier A-C. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » Mise à jour 2019. mars 2019;(4):19.
10. Brisacier A-C. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opiacés » 2018. févr

2018;(3):17.

11. Les traitements de substitution aux opiacés en médecine de ville dans le Nord-Pas-de-Calais [Internet]. Fédération Addiction. 2010 [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/les-traitements-de-substitution-aux-opiaces-en-medecine-de-ville-dans-le-nord-pas-de-calais/>
12. Bulletin statistique 2019 - Réponses sociales et sanitaires | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019/hsr>
13. Recommandations Dépendance aux opiacés (traitement de substitution) - VIDAL [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dependance-aux-opiaces-traitement-de-substitution-1696.html#prise-en-charge>
14. VIDAL [Internet]. VIDAL. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr>
15. Gomez G. Opium, opiacés, opioïdes [Internet]. Opium, opiacés, opioïdes. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <https://sciences-physiques.ac-montpellier.fr/ABCDORGA/Famille4/OPIUM.htm>
16. Vital Durand D, Le Jeune C. Dorosz - Guide pratique des médicaments - 2018. 37<sup>e</sup> éd. Maloine; 2017. 1934 p.
17. Ordre national des pharmaciens. Meddispar [Internet]. Meddispar. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.meddispar.fr/>
18. VIDAL - Dépendance aux opiacés (traitement de substitution) - Prise en charge [Internet]. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/recommandations/1696/dependance\\_aux\\_opiaces\\_traitement\\_de\\_substitution/prise\\_en\\_charge/](https://www.vidal.fr/recommandations/1696/dependance_aux_opiaces_traitement_de_substitution/prise_en_charge/)
19. Messaadi N, Pansu A, Cohen O, Cottencin O. Pharmacists' Role in the Continued Care of Patients under Opiate Substitution Treatment. *Therapies*. 1 nov 2013;68(6):393-400.
20. Ordre national des pharmaciens. Bonnes pratiques de dispensation des médicaments

- Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. 2016 [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Bonnes-pratiques-de-dispensation-des-medicaments>

21. Observance - Acadpharm [Internet]. [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: <http://dictionnaire.acadpharm.org/w/Observance>

22. Formarier M. La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé. *Rech Soins Infirm.* 2007;N° 88(1):3-3.

23. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1 nov 1995;41(10):1403-9.

24. Cella DF. Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Rech Soins Infirm.* 2007;N° 88(1):25-31.

25. OFDT. Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues [Internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2018 [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>

26. Guérin O, Michelot F, Thomas N, Trugeon A. La santé des jeunes en Haute-Normandie. Consommation de substances psychoactives. Observatoire régional de la santé et du social; 2015.

27. Les niveaux d'usage de substances psychoactives [Internet]. [intervenir-addictions.fr](http://intervenir-addictions.fr), le portail des acteurs de santé. [cité 17 juill 2018]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/les-niveaux-dusage-substances-psychoactives/>

28. Warchol N. Dépendance [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.merlin.u-picardie.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-147.htm>

29. Colpaert K, Maeyer JD, Broekaert E, Vanderplasschen W. Impact of Addiction Severity and Psychiatric Comorbidity on the Quality of Life of Alcohol-, Drug- and Dual-Dependent Persons in Residential Treatment. *Eur Addict Res.* 2013;19(4):173-83.

30. Do HP, Nguyen LH, Nguyen NPT, Ngo C, Nguyen HLT, Le GT, et al. Factors associated

with nicotine dependence during methadone maintenance treatment: findings from a multisite survey in Vietnam. *BMJ Open*. 1 juill 2017;7(7):e015889.

31. Eastwood B, Strang J, Marsden J. Change in alcohol and other drug use during five years of continuous opioid substitution treatment. *Drug Alcohol Depend*. 1 janv 2019;194:438-46.

32. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A. Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers. 1-year follow-up results. *J Subst Abuse Treat*. juill 2000;19(1):45-50.

33. Messaadi N, Favre J, Rolland B, Cottencin O, Calafiore M, Stalnikiewicz B, et al. Enquête sur la situation médico-sociale de patients suivis pour un traitement substitutif aux opiacés depuis plus de 10ans par leur médecin généraliste. *Thérapie*. 1 avr 2016;71.

34. Les consommations de substances psychoactives en population générale [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/chiffres-cles/en-population-generale>

35. Direction de l'Évaluation Médicale, Économique et de Santé Publique. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie)

36. Celerier I. Analyse bibliographique : qualité de vie chez les usagers d'héroïne en traitement de maintenance à la buprénorphine versus méthadone [Internet]. Flyers. [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/buprenorphine-hd/76-addictions-penser-ensemble-les-prises-en-charge/documents-sur-lest-du-val-doise/100-analyse-bibliographique-qualite-de-vie-chez-les-usagers-dheroine-en-traitement-de-maintenance-a-la-buprenorphine-versus-methadone.html>

37. Mitchell SG, Gryczynski J, Schwartz RP, Myers CP, O'Grady KE, Olsen YK, et al. Changes in Quality of Life following Buprenorphine Treatment: Relationship with Treatment Retention and Illicit Opioid Use. *J Psychoactive Drugs*. 2015;47(2):149-57.

38. Haute Autorité de Santé. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». 2014.
39. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addict Abingdon Engl.* juin 1993;88(6):791-804.
40. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med.* 14 sept 1998;158(16):1789-95.
41. Gordon AJ, Maisto SA, McNeil M, Kraemer KL, Conigliaro RL, Kelley ME, et al. Three questions can detect hazardous drinkers. *J Fam Pract.* avr 2001;50(4):313-20.
42. Bourion-Bédès S, Schwan R, Epstein J, Laprevote V, Bédès A, Bonnet J-L, et al. Combination of classical test theory (CTT) and item response theory (IRT) analysis to study the psychometric properties of the French version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF). *Qual Life Res.* 1 févr 2015;24(2):287-93.
43. Stevanovic D. Is the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF) a unidimensional or bidimensional instrument? *Qual Life Res.* mai 2014;23(4):1299-300.
44. Q-LES-Q-SF.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: <https://outcometracker.org/library/Q-LES-Q-SF.pdf>
45. Stevanovic D. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – short form for quality of life assessments in clinical practice: a psychometric study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2011;18(8):744-50.
46. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull.* 1993;29(2):321-6.
47. Viallefont P. Délivrance de la buprénorphine haut dosage et de la méthadone à

l'officine = Buprenorphine high dosage and methadone dispensing in community pharmacists [Internet]. Limoges; 2011 [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-40937>

48. ANOVA à 1 facteur [Internet]. 2014 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: [www.ibm.com/support/knowledgecenter/fr/sslvmb\\_24.0.0/spss/base/idh\\_owew.html](http://www.ibm.com/support/knowledgecenter/fr/sslvmb_24.0.0/spss/base/idh_owew.html)

49. COEFFICIENT.CORRELATION (COEFFICIENT.CORRELATION, fonction) [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://support.microsoft.com/fr-fr/office/coefficient-correlation-coefficient-correlation-fonction-995dcef7-0c0a-4bed-a3fb-239d7b68ca92>

50. IBM Knowledge Center [Internet]. 2014 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: [www.ibm.com/support/knowledgecenter/fr/sslvmb\\_24.0.0/spss/base/idh\\_owew.html](http://www.ibm.com/support/knowledgecenter/fr/sslvmb_24.0.0/spss/base/idh_owew.html)

51. Test du khi-deux [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: [https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/fr/SSLVMB\\_24.0.0/spss/base/idh\\_ntch.html?view=embed](https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/fr/SSLVMB_24.0.0/spss/base/idh_ntch.html?view=embed)

52. Rôle du pharmacien dans la lutte contre la toxicomanie – Guide de stage de pratique professionnelle en officine [Internet]. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/role-du-pharmacien-dans-la-lutte-contre-la-toxicomanie-2/>

53. Cespharm - Rôle du pharmacien [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>

54. Réseau de prévention des addictions. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine. Respadd. 2014. 108 p.

55. Tran BX, Moir M, Nguyen TMT, Do HN, Vu GT, Dang AK, et al. Changes in quality of life and its associated factors among illicit drug users in Vietnamese mountainous provinces: a 12-month follow-up study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 18 mars 2020;15(1):23.

56. Simmat-Durand L, Vellut N, Jauffret-Roustide M, Michel L, Mougel S, Lejeune C, et al. Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? *Psychotropes*. 2013;Vol. 19(3):35-60.

57. Baharom N, Hassan MR, Ali N, Shah SA. Improvement of quality of life following 6 months of methadone maintenance therapy in Malaysia. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 1 août 2012;7:32.
58. Gong A, Huong W, Ng C, Siddiq A, Amer Nordin AS, Ahmad Adlan A, et al. Quality of life assessment of opioid substance abusers on methadone maintenance therapy (MMT) in University Malaya Medical Centre. *ASEAN J Psychiatry*. 1 janv 2009;10.
59. Padaiga Z, Subata E, Vanagas G. Outpatient methadone maintenance treatment program. Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Med Kaunas Lith*. 2007;43(3):235-41.
60. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X. Quality of Life of Outpatients in Methadone Maintenance Treatment Clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. févr 2010;53(Suppl 1):S116.
61. Dhawan A, Chopra A. Does buprenorphine maintenance improve the quality of life of opioid users? *Indian J Med Res*. janv 2013;137(1):130-5.
62. Blevins CE, Abrantes AM, Kurth ME, Gordon AL, Stein MD. Quality of Life and Well-being following Inpatient and Partial Hospitalization Treatment for Opioid Use Disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. juin 2018;32(3):505-9.
63. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *J Subst Abuse Treat*. 1 juill 2007;33(1):91-8.
64. Burns L, Gisev N, Larney S, Dobbins T, Gibson A, Kimber J, et al. A longitudinal comparison of retention in buprenorphine and methadone treatment for opioid dependence in New South Wales, Australia. *Addiction*. 2015;110(4):646-55.
65. Kelty E, Hulse G, Joyce D. A comparison of blood toxicology in fatalities involving alcohol and other drugs in patients with an opioid use disorder treated with methadone, buprenorphine, and implant naltrexone. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 3 mars 2020;46(2):241-50.
66. Fareed A, Vayalapalli S, Stout S, Casarella J, Drexler K, Bailey SP. Effect of methadone maintenance treatment on heroin craving, a literature review. *J Addict Dis*. janv

2011;30(1):27-38.

67. Ahmadi J, Jahromi MS, Ghahremani D, London ED. Single high-dose buprenorphine for opioid craving during withdrawal. *Trials* [Internet]. 10 déc 2018 [cité 17 mars 2021];19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6288888/>
68. Northrup TF, Stotts AL, Green C, Potter JS, Marino EN, Walker R, et al. Opioid withdrawal, craving, and use during and after outpatient buprenorphine stabilization and taper: a discrete survival and growth mixture model. *Addict Behav.* févr 2015;41:20-8.
69. Yaghubi M, Zargar F. Effectiveness of Mindfulness-based Relapse Prevention on Quality of Life and Craving in Methadone-treated Patients: A Randomized Clinical Trial. *Addict Health.* oct 2018;10(4):250-9.
70. Tang Y-Y, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug Alcohol Depend.* 1 juin 2016;163 Suppl 1:S13-18.
71. Jaffray M, Matheson C, Bond CM, Lee AJ, McLernon DJ, Johnstone A, et al. Does training in motivational interviewing for community pharmacists improve outcomes for methadone patients? A cluster randomised controlled trial. *Int J Pharm Pract.* févr 2014;22(1):4-12.
72. Raffa JD, Grebely J, Tossonian H, Wong T, Viljoen M, Khara M, et al. The impact of ongoing illicit drug use on methadone adherence in illicit drug users receiving treatment for HIV in a directly observed therapy program. *Drug Alcohol Depend.* 10 juill 2007;89(2):306-9.
73. Greg Rhee T, Rosenheck RA. Association of current and past opioid use disorders with health-related quality of life and employment among US adults. *Drug Alcohol Depend.* 1 juin 2019;199:122-8.
74. Ryder N, Cullen W, Barry J, Bury G, Keenan E, Smyth BP. Prevalence of problem alcohol use among patients attending primary care for methadone treatment. *BMC Fam Pract.* 11 juin 2009;10(1):42.
75. Hartzler B, Donovan DM, Huang Z. Comparison of opiate-primary treatment seekers with and without alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat.* sept 2010;39(2):114-23.

76. Hood LE, Leyrer-Jackson JM, Olive MF. Pharmacotherapeutic management of co-morbid alcohol and opioid use. *Expert Opin Pharmacother*. 2 mai 2020;21(7):823-39.
77. Rajabi A, Dehghani M, Shojaei A, Farjam M, Motevalian SA. Association between tobacco smoking and opioid use: A meta-analysis. *Addict Behav*. 1 mai 2019;92:225-35.
78. Ugochukwu C, Bagot KS, Delaloye S, Pi S, Vien L, Garvey T, et al. The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. *Harv Rev Psychiatry*. févr 2013;21(1):1-17.
79. Baldassarri SR, Fiellin DA, Savage ME, Madden LM, Beitel M, Dhingra LK, et al. Electronic Cigarette and Tobacco Use in Individuals Entering Methadone or Buprenorphine Treatment. *Drug Alcohol Depend*. 1 avr 2019;197:37-41.
80. Tabac [Internet]. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
81. Llanes C, Álvarez AI, Pastor MT, Garzón MÁ, González-García N, Montejo ÁL. Sexual Dysfunction and Quality of Life in Chronic Heroin-Dependent Individuals on Methadone Maintenance Treatment. *J Clin Med* [Internet]. 7 mars 2019 [cité 6 mars 2021];8(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6463066/>
82. Chang K-C, Lin C-Y, Chang C-C, Ting S-Y, Cheng C-M, Wang J-D. Psychological distress mediated the effects of self-stigma on quality of life in opioid-dependent individuals: A cross-sectional study. *PLoS ONE* [Internet]. 6 févr 2019 [cité 6 mars 2021];14(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6364895/>
83. High prevalence of constipation and reduced quality of life in opioid-dependent patients treated with opioid substitution treatments: *Expert Opinion on Pharmacotherapy: Vol 17, No 16* [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14656566.2016.1232391?journalCode=ieop>  
20
84. Yee A, Loh HS, Ng CG, Sulaiman AH. Sexual Desire in Opiate-Dependent Men Receiving Methadone-Assisted Treatment. *Am J Mens Health*. juill 2018;12(4):1016-22.
85. Khalatbari-mohseni A, Banafshe HR, Mirhosseini N, Asemi Z, Ghaderi A, Omid A. The

effects of crocin on psychological parameters in patients under methadone maintenance treatment: a randomized clinical trial. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 22 févr 2019 [cité 13 oct 2019];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6387551/>

86. Naqvi AA, Hassali MA, Naqvi SBS, Aftab MT. Impact of pharmacist educational intervention on disease knowledge, rehabilitation and medication adherence, treatment-induced direct cost, health-related quality of life and satisfaction in patients with rheumatoid arthritis: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 9 août 2019 [cité 27 févr 2021];20. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688212/>

87. Matheson C, Thiruvethiyur M, Robertson H, Bond C. Community pharmacy services for people with drug problems over two decades in Scotland: Implications for future development. *Int J Drug Policy*. 1 janv 2016;27:105-12.

88. Robertson HD, Bond C, Matheson C. The evolution of pharmaceutical care for drug misusers. *Fam Pract*. 1 déc 2015;32(6):639-45.

89. Winstock AR, Lea T, Sheridan J. Problems experienced by community pharmacists delivering opioid substitution treatment in New South Wales and Victoria, Australia. *Addiction*. 2010;105(2):335-42.

90. Apothicom - Des outils pour réduire les risques [Internet]. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.apothicom.org/>

91. Madden M, Morris S, Atkin K, Gough B, McCambridge J. Patient perspectives on discussing alcohol as part of medicines review in community pharmacies. *Res Soc Adm Pharm RSAP*. janv 2020;16(1):96-101.

92. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Ul Haq N, Farooqui M, Aljadhay H, et al. Pharmacist intervention in improving hypertension-related knowledge, treatment medication adherence and health-related quality of life: a non-clinical randomized controlled trial. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. oct 2015;18(5):1270-81.

93. Upadhyay DK, Mohamed Ibrahim MI, Mishra P, Alurkar VM. Impact assessment of pharmacist-supervised intervention on health-related quality of life of newly diagnosed

diabetics: A pre-post design. *J Pharm Bioallied Sci.* 2020;12(3):234-45.

94. Syarifuddin S, Nasution A, Dalimunthe A, Khairunnisa null. Impact of Pharmacist Intervention on Improving the Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Open Access Maced J Med Sci.* 30 avr 2019;7(8):1401-5.

95. Compton WM, Jones CM, Stein JB, Wargo EM. Promising roles for pharmacists in addressing the U.S. opioid crisis. *Res Soc Adm Pharm.* 1 août 2019;15(8):910-6.

96. Lodise NM. Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: Treatment Options Beyond Testosterone and Approaches to Communicating with Patients on Sexual Health. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther.* 2013;33(4):411-21.

97. Morales AM, Hatzichristou D, Lladós JR, Renedo VP, Pimenidou A. Community Pharmacy Detection of Erectile Dysfunction in Men with Risk Factors or Who Seek Treatment or Advice but Lack a Valid Prescription. *J Sex Med.* 1 sept 2013;10(9):2303-11.

98. Symonds T, Dean JD, Carr A, Carlsson M, Marfatia A, Schnetzler G. A Feasibility Study Comparing Pharmacist and Physician Recommendations for Sildenafil Treatment. *J Sex Med.* 1 mai 2011;8(5):1463-71.

99. Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. *Evolutions.* mars 2016;35:10.

100. Dali S. Le rôle du pharmacien dans la prise en charge et dans la réduction des risques chez l'utilisateur de drogues [Internet]. [Nancy]: Faculté de pharmacie; 2014 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA\\_T\\_2014\\_DALI\\_SOUAD.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2014_DALI_SOUAD.pdf)

101. Watson MC, Sheridan J. Drugs, sex . . . and alcohol? Extending the community pharmacist's public health role. *Int J Pharm Pract.* 1 août 2011;19(4):217-8.

# Annexes

---

**Annexe 1 :** Questionnaire « Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés »

**Annexe 2 :** Questionnaire « Délivrance de la buprénorphine haut dosage et de la méthadone à l'officine »

**Annexe 3 :** Interprétation du questionnaire FTND

**Annexe 4 :** Interprétation du questionnaire AUDIT-C

**Annexe 5 :** Q-LES-Q-SF et son interprétation

**Annexe 6 :** Recommandations prise en charge des dépendances aux opiacés

**Annexe 1 :**

Questionnaire « Qualité de vie des patients sous traitement  
substitutif aux opiacés »

# Questionnaire patient

Sexe :

- Féminin  Masculin

Âge : .....

Votre situation familiale :

- Célibataire  Pacsé(e)  
 Marié(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfants à charge : .....

**Composition du foyer, lieu d'habitation** (plusieurs réponses sont attendues) :

N° Département : .....

- Seul  
 Avec votre conjoint(e)/époux(se)  
 Avec vos enfants  
 Avec un autre membre de votre famille. Lequel : .....
- Locataire  Maison  
 Propriétaire  Appartement  
 Chambre chez l'habitant  
 Hôtel  
 Foyer
- Sans domicile fixe

**Votre situation professionnelle**

- Employeur  Au revenu de solidarité active (RSA)  
 Salarié(e)  Situation de précarité  
 Au chômage  Autres : .....

**Votre traitement**

- Méthadone sirop  
 Méthadone gélule  
 SUBUTEX®  
 OROBUPRE®  
 Buprénorphine haut dosage  
(générique du SUBUTEX®)  
 SUBOXONE®

**Autres traitements**

.....  
.....  
.....  
.....

Depuis combien de temps prenez vous un traitement pour votre dépendance aux opiacés (codéine, héroïne, morphine) ?

- Moins d'un an  Entre 6 et 10 ans  Entre 16 et 20 ans  
 Entre 1 et 5 ans  Entre 11 et 15 ans  Plus de 20 ans

Depuis le début de la prise en charge de votre addiction avez-vous toujours pris le même médicament ?

- Oui  
Quel était le premier traitement ? .....
- Non

Depuis combien de temps êtes vous stabilisé(e) sous ce traitement, et à ce dosage ?

- Moins d'un an  Entre 6 et 10 ans  Entre 16 et 20 ans  
 Entre 1 et 5 ans  Entre 11 et 15 ans  Plus de 20 ans

Effets indésirables dû à votre traitement (Méthadone / SUBUTEX® et ses génériques / OROBUPRE® / SUBOXONE®) que vous ressentez régulièrement :

- Problèmes de sommeil  Difficultés à uriner  
 Sueurs abondantes  Problèmes dentaires  
 Nausées  Problèmes de libido  
 Vomissements  Fatigue  
 Constipation  Autres : .....

Etes vous soutenu(e) au quotidien par un membre de votre entourage (prise de votre traitement, rendez-vous médicaux, présence dans le quotidien ...) ?

- Oui  
 Non

## Questionnaire patient

Si oui, merci de précisez votre lien à cette personne (famille, ami, conjoint, voisin...)?

Quel praticien vous suit et vous prescrit tous les mois votre traitement pour la prise en charge de votre consommation d'opiacés (Méthadone / SUBUTEX® et ses génériques / OROBUPRE® / SUBOXONE®)?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Centre hospitalier |
| <input type="checkbox"/> Psychiatre          | <input type="checkbox"/> CSAPA ou CAARUD    |

Selon vous êtes-vous dépendant à d'autres produits ou à un comportement ?

- Oui  
 Non

Si oui, lesquels ?

- |                                   |  |                                      |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcool   | <input type="checkbox"/> Speed           | <input type="checkbox"/> Jeux vidéos |
| <input type="checkbox"/> Tabac    | <input type="checkbox"/> Ecstasy         | <input type="checkbox"/> Achats      |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Anxiolytiques   | <input type="checkbox"/> Sexe        |
| <input type="checkbox"/> Cocaïne  | <input type="checkbox"/> Antidépresseurs |                                      |

Ressentez vous des envies de consommer des opiacés (codéine, héroïne, morphine) malgré la prise de votre traitement ?

- Oui  
 Non

Si oui à quelle fréquence ?

- Rarement  
 Régulièrement  
 Fréquemment

Vous arrive-t-il de consommer des opiacés (codéine, héroïne, morphine) de façon régulière ?

- Oui  
 Non

Si oui à quelle fréquence ?

- Rarement  
 Régulièrement  
 Fréquemment

---

### Votre consommation de cigarettes :

Fumez vous ? Si **non** à cette question ne répondez pas aux 2 prochaines questions sur la consommation de cigarettes

- Oui  
 Non

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins  
 11 à 20  
 21 à 30  
 31 ou plus

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- Moins de 5 minutes  
 6 à 30 minutes  
 31 à 60 minutes  
 Après plus d'une heure

**Votre consommation d'alcool sur l'année écoulée.** (Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool sur l'année écoulée. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et pas les dernières semaines.)

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais                     | <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois    | <input type="checkbox"/> Au moins 4 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois ou moins | <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par semaine |  |

Combien de boissons alcoolisées standard (=verre d'alcool servi à une quantité équivalente à celle des bars/restaurants) buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- |                                 |                                 |                                     |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 ou 2 | <input type="checkbox"/> 5 ou 6 | <input type="checkbox"/> 10 ou plus |
| <input type="checkbox"/> 3 ou 4 | <input type="checkbox"/> 7 à 9  |                                     |



## Questionnaire patient

Ce questionnaire vise à évaluer le degré de plaisir et de satisfaction ressentis au cours des 7 derniers jours  
(Entourez le chiffre correspondant à votre niveau général de satisfaction pour chaque question)

<b>ACTIVITES GENERALES</b>	<b>NIVEAU GENERAL DE SATISFACTION</b>				
En tenant compte de tout, au cours des 7 derniers jours, à quel point avez-vous été satisfait(e) de ...	Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
... votre santé physique ?	1	2	3	4	5
... votre humeur ?	1	2	3	4	5
... votre travail ?	1	2	3	4	5
... vos tâches ménagères ?	1	2	3	4	5
... vos relations avec les autres ?	1	2	3	4	5
... vos relations avec votre famille ?	1	2	3	4	5
... vos loisirs ?	1	2	3	4	5
... votre capacité à gérer la vie quotidienne ?	1	2	3	4	5
... votre désir, votre intérêt et/ou votre capacité à avoir des activités sexuelles ?	1	2	3	4	5
... votre situation financière ?	1	2	3	4	5
... vos conditions de vie (logement, personnes vivant avec vous) ?	1	2	3	4	5
... votre capacité à vous déplacer sans avoir de vertiges, sans perdre l'équilibre ou tomber ?	1	2	3	4	5
... votre vue lorsque vous travailler ou vous pratiquez vos passe-temps ?	1	2	3	4	5
... votre sensation générale de bien-être ?	1	2	3	4	5
... vos médicaments? (Si vous n'en prenez pas, cochez ici _____ et passez cette question)	1	2	3	4	5
Au cours des 7 derniers jours comment évalueriez-vous votre satisfaction générale concernant votre vie ?	1	2	3	4	5

**Les points à améliorer afin d'augmenter votre qualité de vie :**

(Entourez le chiffre correspondant à votre niveau général de satisfaction pour chaque question)

	Aucune amélioration souhaitée	Pourrait être amélioré(e)	Doit être amélioré(e)	Doit être amélioré(e) rapidement
Santé	1	2	3	4
Forme physique	1	2	3	4
Sommeil	1	2	3	4
Humeur négative (anxiété, tristesse, mélancolie ...)	1	2	3	4
Vie amoureuse	1	2	3	4
Libido et vie sexuelle	1	2	3	4
Vie professionnelle	1	2	3	4
Vie familiale	1	2	3	4
Vie quotidienne	1	2	3	4

## **Annexe 2 :**

**Questionnaire « Délivrance de la buprénorphine haut dosage et de la méthadone à l'officine »**

Melle Mathilde CAMILLE  
Université de Picardie Jules Verne  
UFR de Pharmacie

Amiens, le 21 janvier 2019  
Destinataires : Les pharmaciens d'officine

Objet : Enquête sur la délivrance de la méthadone et le buprénorphine haut dosage à l'officine dans le cadre d'une thèse de doctorat en pharmacie.

Chers confrères,

Dans le cadre d'un travail de thèse sur le sujet « Qualité de vie des patients pris en charge par traitements substitutifs aux opiacés accueillis à l'officine » par Melle Mathilde CAMILLE, nous vous sollicitons pour une enquête sur votre pratique officinale.

Ce questionnaire a déjà été utilisé au cours d'une thèse en 2011, il a été distribué aux pharmaciens exerçant en Haute-Vienne et les résultats ont été centralisés et synthétisés par AddictLim.

Vous trouverez également un deuxième questionnaire qui est réservé à vos patients sous traitements substitutifs aux opiacés. Le but de ce questionnaire est d'évaluer leur qualité, à travers différents facteurs qui peuvent l'impacter comme leurs consommations de drogues, d'alcool, de tabac, leur entourage ...

Nous vous remercions de prendre quelques minutes de votre temps afin que Melle Mathilde CAMILLE ait des éléments pour illustrer son travail de thèse.

Veuillez agréer, chers confrères, l'assurance de nos salutations distinguées

<b>Mme Judith ANDRÉ</b> Directrice de la thèse	<b>Melle Mathilde CAMILLE</b> Étudiante en 6 <sup>e</sup> année de pharmacie à l'UPJV <i>mathilde.camille@etud.u-picardie.fr</i>
---	--

## **Enquête sur la délivrance de la méthadone et la buprénorphine haut dosage à l'officine dans le cadre d'une thèse de doctorat en pharmacie**

Cochez les réponses qui correspondent à votre cas (certaines questions sont à choix multiple).

NB : Quand la réponse « autre » se présente n'hésitez pas à donner votre avis

Qui va remplir ce questionnaire

- Le ou la titulaire de la pharmacie
- Le ou la pharmacien(ne) adjoint(e)

### **I. Questions générales sur l'officine**

1. **Numéro de département dans lequel est située l'officine :** .....

2. **Situation de l'officine**

- Milieu rural
- Zone périurbaine
- Zone urbaine

3. **Taille de l'officine**

- Nombre de pharmacien(s) : .....
- Nombre de préparateur(s) : .....
- Autres employés : .....

4. **Nombre de patients sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) depuis les 6 derniers mois dans votre officine :**

Buprénorphine haut dosage (BHD)

Patients réguliers	0	1-3	4-6	6-10	>10
Patients de passage	0	1-3	4-6	6-10	>10

Méthadone

Patients réguliers	0	1-3	4-6	6-10	>10
Patients de passage	0	1-3	4-6	6-10	>10

### **II. Délivrance des MSO et relation pharmacien-patient**

5. **Dans l'équipe officinale, est ce qu'il y a une personne affectée à la délivrance des MSO ?**

- Si oui, pourquoi ?
  - A cause de la formation (le pharmacien de par sa formation est plus apte à délivrer les MSO)
  - A cause du statut et de la législation des MSO
  - C'est une question de volonté du professionnel
  - Autres : .....
- Si non, pourquoi ?
  - Tout le monde participe à la délivrance des MSO
  - Autres : .....

**6. Quels sont les problèmes les plus souvent rencontrés lors de la délivrance de MSO ?**

(Fréquence : 1 étant le plus fréquent et 5 le moins fréquent, entourez le chiffre correspondant)

- |   |           |                   |
|---|-----------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Problèmes d'avance de médicament   | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="checkbox"/> Problèmes d'agressivité du patient | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de ponctualité           | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="checkbox"/> Autres : .....                     | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

**7. Existe-t-il un dialogue avec le patient lors de la délivrance ?**

- Oui  
 Non

Si oui

- Pour donner des conseils concernant le bon usage du médicament  
 Pour savoir si le patient supporte bien et suit bien son traitement  
 Pour une demande de STERIBOX®  
 Autres : .....

Si non,

- Le dialogue est difficile  
 Autres : .....

**III. Relation pharmacien-médecin**

**8. Le médecin prescripteur vous prévient-il à chaque première ordonnance de MSC prévue dans votre officine ?**

- Oui  
 Non

**9. Le nom de la pharmacie délivrant le MSO est-il toujours inscrit sur l'ordonnance ?**

- Oui, à chaque fois  
 De temps en temps  
 Jamais

**10. Avez-vous des contacts réguliers avec les médecins prescripteurs (plusieurs réponses peuvent être possibles et ordre de fréquence)**

- Oui  
 Non

Si oui, pourquoi ?

- |   |           |                   |
|---|-----------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Uniquement lors de la première ordonnance              | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="checkbox"/> Uniquement lors de problèmes liés à l'ordonnance       | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="checkbox"/> Régulièrement pour avoir un suivi du patient           | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="checkbox"/> Lors d'un doute sur un mésusage                        | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="checkbox"/> Lors de la vente de STERIBOX®                          | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="checkbox"/> Pour une autre ordonnance contenant une prescription : |           |                   |
| <input type="radio"/> D'opiacés   | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="radio"/> De produits codéinés                                      | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="radio"/> De benzodiazépines  | Fréquence | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| <input type="checkbox"/> Jamais   |           |                   |
| <input type="checkbox"/> Autres : .....   |           |                   |

**11. Quels sont les problèmes le plus souvent rencontrés avec les ordonnances de MSO ?**

*(Plusieurs réponses peuvent être possibles et ordre de fréquence)*

**Buprénorphine haut dosage :**

- Problèmes de dosage 1-2-3-4-5
- Problèmes liés à la rédaction de l'ordonnance sécurisée 1-2-3-4-5
- Problèmes de chevauchement 1-2-3-4-5
- Autres : .....

**Méthadone sirop :**

- Problèmes de dosage 1-2-3-4-5
- Problèmes avec l'ordonnance initiale du centre initiateur 1-2-3-4-5
- Problèmes liés à la rédaction de l'ordonnance sécurisée 1-2-3-4-5
- Problèmes de chevauchement 1-2-3-4-5
- Autres : .....

**Méthadone gélule :**

- Problèmes de dosage 1-2-3-4-5
- Problèmes avec l'ordonnance initiale du centre initiateur 1-2-3-4-5
- Problèmes liés à la rédaction de l'ordonnance sécurisée 1-2-3-4-5
- Problèmes de chevauchement 1-2-3-4-5
- Autres : .....

**IV. Ressenti des pharmaciens dans la délivrance des MSO**

**12. D'une manière générale, vous sentez-vous à l'aise avec le thème des addictions à l'officine ?**

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi :

.....  
.....

Si non, pourquoi ?

.....  
.....

**13. Vous sentez-vous à l'aise avec le patient atteint d'addiction ?**

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi :

.....  
.....

Si non, pourquoi :

.....  
.....

**14. En pratique, la délivrance de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage pose-t-elle les mêmes difficultés ?**

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi :

.....  
.....

Si non, pourquoi :

.....  
.....

**15. En pratique ressentez-vous plus de facilités lors de la délivrance de la méthadone ou de la buprénorphine haut dosage ?**

- Méthadone
- Buprénorphine haut dosage

Pourquoi :

.....  
.....

## **V. Le pharmacien et les réseaux de santé**

**16. Avez-vous déjà entendu parler des différents réseaux Ville-Hôpital dans les Hauts-de-France ?**

- Si oui, pouvez-vous nous citer des noms de réseaux :

.....  
.....

- Si non, aimeriez-vous pouvoir disposer de ce type d'outil dans votre pratique ?
  - Oui
  - Non

**17. Y-a-t-il dans l'environnement proche de votre officine un centre CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) ou CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ? Si oui avez-vous l'occasion de coopérer ou communiquer avec ces centres ?**

.....  
.....

**18. Le travail en réseau avec les différents partenaires (médecins libéraux, hospitalier, médecins de centre spécialisé, ou autres professionnels) pour la délivrance des MSO vous semble-t-il ?**

- Indispensable
- Facultatif
- Mal organisé
- Difficile à mettre en œuvre
- Autres : .....



## Annexe 3 :

### Questionnaire FTND simplifié et son interprétation

---

#### Combien de cigarettes fumez vous par jour ?

- 10 ou moins 0
- 11 à 20 1
- 21 à 30 2
- 31 ou plus 3

#### Dans que délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- Moins de 5 minutes 3
- 6 à 30 minutes 2
- 31 à 60 minutes 1
- Après plus d'1 heure 0

Score	Interprétation du test de Fagerström en 2 questions
0	Pas de dépendance
1	
2	Dépendance modérée
3	
4	Dépendance forte
5	
6	

## Annexe 4 :

### Questionnaire AUDIT-C et son interprétation

<b>Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?</b>	
Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
Deux à quatre fois par mois	2
Deux à trois fois par semaine	3
Au moins quatre fois par semaine	4
<b>Combien de boissons alcoolisées standard (= verre d'alcool servi à une quantité équivalente à celle des bars/restaurants) buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</b>	
1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 à 9	3
10 ou plus	4
<b>Au cours d'une même occasion, un même événement, combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standard ou plus ?</b>	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

Un score supérieur ou égale à 4 chez l'homme, à 3 chez la femme, signe un mésusage.

Un score supérieure à 5 chez l'homme, à 4 chez la femme signe une consommation à risque d'alcool-dépendance

**Annexe 5 :**  
**Q-LES-Q-SF et son interprétation**

**Ce questionnaire vise à évaluer le degré de plaisir et de satisfaction ressentis au cours des 7 derniers jours**  
*(Entourez le chiffre correspondant à votre niveau général de satisfaction pour chaque question)*

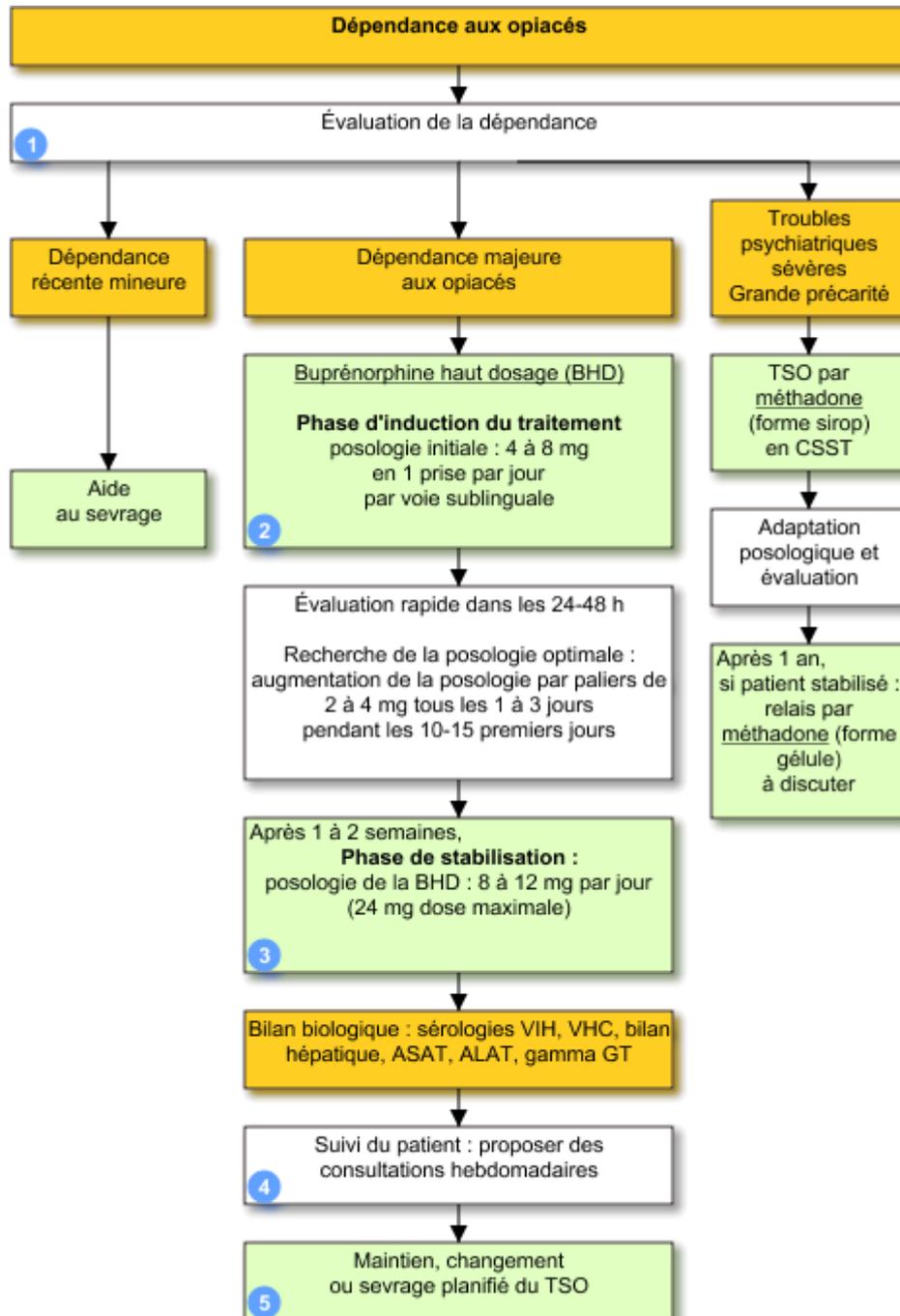
<b>ACTIVITES GENERALES</b>	<b>NIVEAU GENERAL DE SATISFACTION</b>				
<b>En tenant compte de tout, au cours des 7 derniers jours, à quel point avez-vous été satisfait(e) de ...</b>	<b>Très insatisfait(e)</b>	<b>Insatisfait(e)</b>	<b>Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)</b>	<b>Satisfait(e)</b>	<b>Très satisfait(e)</b>
... votre santé physique ?	1	2	3	4	5
... votre humeur ?	1	2	3	4	5
... votre travail ?	1	2	3	4	5
... vos tâches ménagères ?	1	2	3	4	5
... vos relations avec les autres ?	1	2	3	4	5
... vos relations avec votre famille ?	1	2	3	4	5
... vos loisirs ?	1	2	3	4	5
... votre capacité à gérer la vie quotidienne ?	1	2	3	4	5
... votre désir, votre intérêt et/ou votre capacité à avoir des activités sexuelles ?	1	2	3	4	5
... votre situation financière ?	1	2	3	4	5
... vos conditions de vie (logement, personnes vivant avec vous) ?	1	2	3	4	5
... votre capacité à vous déplacer sans avoir de vertiges, sans perdre l'équilibre ou tomber ?	1	2	3	4	5
... votre vue lorsque vous travailler ou vous pratiquez vos passe-temps ?	1	2	3	4	5
... votre sensation générale de bien-être ?	1	2	3	4	5
... vos médicaments ? (Si vous n'en prenez pas, cochez ici ____ et passez cette question)	1	2	3	4	5
Au cours des 7 derniers jours comment évalueriez-vous votre satisfaction générale concernant votre vie ?	1	2	3	4	5

Le score total brut est transformé en un score maximal possible en pourcentage à l'aide de la formule suivante :  $\frac{\text{score total brut} - \text{score minimum}}{\text{score total maximum possible} - \text{score minimum}} = \frac{\text{score brut} - 14}{56}$ . Le tableau ci dessous convertit les scores bruts totaux en score maximum et pourcentage des scores maximum.

Score brut	Score maximum	% maximum	Score brut	Score maximum	% maximum	Score brut	Score maximum	% maximum	Score brut	Score maximum	% maximum
14	0	0	28	0,25	25	42	0,5	50	56	0,75	75
15	0,02	2	29	0,27	27	43	0,54	54	57	0,77	77
16	0,04	4	30	0,29	29	44	0,54	54	58	0,79	79
17	0,05	5	31	0,3	30	45	0,55	55	59	0,8	80
18	0,07	7	32	0,32	32	46	0,57	57	60	0,82	82
19	0,09	9	33	0,34	34	47	0,59	59	61	0,84	84
20	0,11	11	34	0,36	36	48	0,61	61	62	0,86	86
21	0,13	13	35	0,38	38	49	0,63	63	63	0,88	88
22	0,14	14	36	0,39	39	50	0,64	64	64	0,89	89
23	0,16	16	37	0,41	41	51	0,66	66	65	0,91	91
24	0,18	18	38	0,43	43	52	0,68	68	66	0,93	93
25	0,2	20	39	0,45	45	53	0,7	70	67	0,95	95
26	0,21	21	40	0,46	46	54	0,71	71	68	0,96	96
27	0,23	23	41	0,48	48	55	0,73	73	69	0,98	98
									70	1	100

## Annexe 6 :

# Recommandations prise en charge des dépendances aux opiacés



Université de Picardie Jules Verne  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année 2021

Nom : **CAMILLE**  
Prénom : **Mathilde**

Titre de la thèse :

**Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés accueillis en officine**

**Mots-clefs :** traitement substitutif aux opiacés, méthadone, buprénorphine haut dosage qualité de vie, officine, France, alcool, tabac

**Keywords :** opioid replacement therapy, methadone, high-dose buprenorphine, quality of life, pharmacy, France, alcohol, tobacco

---

**Résumé :**

La France est passée du banc des mauvais élèves à l'un des pays ayant le plus développé l'accès aux traitements substitutifs aux opiacés (TSO) à sa population avec sur le marché 2 principes actifs : la méthadone sous formes sirop et gélule et la buprénorphine haut dosage (BHD) seule ou en association avec la naloxone.

Notre enquête, réalisée dans le département de la Somme, repose sur l'analyse de 66 questionnaires « Qualité de vie des patients pris en charge par traitement substitutif aux opiacés » et de 26 questionnaires « Enquête sur la délivrance de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage à l'officine ».

La mise en place d'un TSO permet d'augmenter la qualité de vie des patients dépendants aux opiacés. Cependant celle-ci peut être impactée négativement si le patient ressent plusieurs effets indésirables attribués au TSO, mais également si il souffre d'états de manque d'opiacés. Le pharmacien a un rôle à jouer dans la prise en charge des difficultés, des effets secondaires, des patients pris en charge par TSO. Cette population est favorable aux échanges avec leurs pharmaciens tant qu'un moyen de respecter la confidentialité est mis en place.

**Summary :**

France has gone from the bench of bad students to one of the countries with the most developed access to opioid substitution treatment (OST) to its population with 2 active ingredients on the market: methadone in syrup and capsule form and high-dose buprenorphine (HDB) alone or in combination with naloxone. Our survey, conducted in the department of the Somme, based on the analysis of 66 surveys "Quality of life of patients treated with opioid replacement therapy" and 26 questionnaires "Survey on the delivery of methadone and buprenorphine high dosage at the dispensary". The establishment of a OST can increase the quality of life of opiate-dependent patients. However this may be negatively impacted if the patient experiences more adverse effects attributed to the OST, but also if he suffers from cravings for opiates. The pharmacist has a role to play in the management difficulties, side effects, patients supported by OST. This population is favorable to trade with their pharmacists as a way to maintain confidentiality is in place.

**Membres du jury :**

**Président :** Mme Catherine MULLIE-DEMAILLY, MCU

**Directeur :** Mme Judith ANDRÉ, MCU

**Jury :** Mme Nelly PEGARD, Pharmacien titulaire