



**HAL**  
open science

## Mésusage des substituts à l'héroïne : quelle réalité au comptoir?

Emilie Benedik

► **To cite this version:**

Emilie Benedik. Mésusage des substituts à l'héroïne : quelle réalité au comptoir?. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04097610

**HAL Id: dumas-04097610**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04097610v1>**

Submitted on 15 May 2023

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

# THÈSE

PRESENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE  
DEVANT LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE VENDREDI 7 AVRIL 2023 À 16H00

PAR

Madame BENEDIK Émilie

Née le 04/12/1996 à La Ciotat

EN VUE D'OBTENIR

**LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

TITRE :

**MÉSUSAGE DES SUBSTITUTS À L'HÉROÏNE :  
QUELLE RÉALITÉ AU COMPTOIR ?**

JURY :

Président : Madame le Professeur Caroline SOLAS-CHESNEAU

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Caroline JOUVE  
Monsieur le Docteur Édouard LAMY

Membre : Monsieur le Docteur Éric JOUVE



# THÈSE

PRESENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE  
DEVANT LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE VENDREDI 7 AVRIL 2023 À 16H00

PAR

Madame BENEDIK Émilie

Née le 04/12/1996 à La Ciotat

EN VUE D'OBTENIR

**LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

TITRE :

**MÉSUSAGE DES SUBSTITUTS À L'HÉROÏNE :  
QUELLE RÉALITÉ AU COMPTOIR ?**

JURY :

Président : Madame le Professeur Caroline SOLAS-CHESNEAU

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Caroline JOUVE  
Monsieur le Docteur Édouard LAMY

Membre : Monsieur le Docteur Éric JOUVE

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05  
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

## **ADMINISTRATION :**

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, Mme Alexandrine BERTAUD, M. David BERGELFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, M. Philippe GARRIGUE, M. Guillaume HACHE, M. Thierry TERME
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Philippe CHARPIOT, M. Riad ELIAS
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Chloé SIMON
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

## **DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE**

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

### **PROFESSEURS**

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT  
M. Hervé KOVACIC  
M. François DEVRED

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,  
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Philippe PICCERELLE

## MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

Mme Odile RIMET-GASPARINI  
Mme Pascale BARBIER  
Mme Manon CARRE  
M. Gilles BREUZARD  
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA  
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,  
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pierre REBOUILLON  
M. Emmanuel CAUTURE  
Mme Véronique ANDRIEU  
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES  
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON  
Mme Carole SIANI  
Mme Muriel MASI

## ENSEIGNANT CDI

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

## A.H.U.

PHARMACOTECHNIE

Mme Mélanie VELIER

## DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

## PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE  
Mme Laurence CAMOIN-JAU  
Mme Florence SABATIER-MALATERRE  
Mme Nathalie BARDIN  
M. Romaric LACROIX

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN  
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET  
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

## MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN Mme Sandra GHAYAD
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU Mme Alexandra WALTON

## A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Amandine BONIFAY
----------------------------	----------------------

## MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

PRATIQUE OFFICINALE	Mme Emmanuelle TONNEAU-PFUG
---------------------	-----------------------------

## DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

## PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE - PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME

## MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne FAVEL  
M. Quentin ALBERT

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine DEFOORT  
M. Alain NICOLAY  
Mme Estelle WOLFF  
Mme Elise LOMBARD  
Mme Camille DESGROUAS  
M. Charles DESMARCHELIER  
M. Mathieu CERINO

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET  
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Duje BURIC  
M. Pascal PRINDERRE

CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET  
STRUCTURALE

Mme Sandrine ALIBERT  
Mme Caroline DUCROS  
M. Marc MONTANA  
Mme Manon ROCHE  
Mme Fanny MATHIAS

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE  
HYDROLOGIE

M. Armand GELLIS  
M. Christophe CURTI  
Mme Julie BROGGI  
M. Nicolas PRIMAS  
M. Cédric SPITZ  
M. Sébastien REDON

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE

Mme Valérie MAHIOU-LEDDER  
Mme Sok Siya BUN  
Mme Béatrice BAGHDIKIAN  
M. Elnur GARAYEV

## MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION  
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET  
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Cyril PUJOL

DROIT ET ETHIQUE

Mme Laurie PAHUS

GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE  
ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET  
COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET  
GESTION DE LA PHARMAFAC

Mme Félicia FERRERA

DISPOSITIFS MEDICAUX

Mme Valerie MINETTI-GUIDONI



**DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE**

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

**PROFESSEURS**

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE M. Joseph CICCOLINI
TOXICOLOGIE GENERALE	Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU

**MAITRES DE CONFERENCES**

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD Mme Marie-Anne ESTEVE
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA Mme Anne RODALLEC M. Nicolas FABRESSE
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Pierre-Henri VILLARD

**A.H.U.**

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON M. Vincent NAIL
-----------------------------	------------------------------------

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 13 décembre 2021



LE DOYEN  
F. DIGNAT-GEORGE

- 6 -

*« La drogue mène à des paradis artificiels mais en retour, elle rend ses otages misérables d'en être dépendants. » Jimmy Sabater*

## *Remerciements*

Au Docteur Caroline SOLAS-CHESNEAU d'avoir accepté de présider ma thèse.

Au Docteur Edouard LAMY, d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour votre sympathie et votre bienveillance durant l'écriture de ma thèse mais également durant ces années en filière officine. Merci de nous avoir toujours soutenus, nous, les étudiants.

Au Docteur Caroline JOUVE, d'avoir accepté de co-diriger ma thèse. Merci pour ton soutien sans faille au quotidien. Merci de m'avoir donné ma chance en juillet 2017, de m'avoir toujours soutenue, enseignée et conseillée que ce soit sur le plan professionnel comme personnel.

Au Docteur Éric JOUVE, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour ton sourire au quotidien et ton soutien. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir laissé ma chance.

Au Docteur Carmen DRAGOMIRESCU, de m'avoir accordé un entretien téléphonique.

Au Docteur Patrick PADOVANI, de m'avoir reçue dans le Caarud Sleep'in, à ses anecdotes, ses confidences, son partage et son savoir.

À Pierre, qui a accepté de me raconter son histoire. Merci pour toutes tes confidences et tes nombreuses connaissances. Tu m'as beaucoup appris et je t'en remercie.

À mes parents, grâce à qui j'en suis là aujourd'hui. Merci d'avoir été des parents formidables, aimants et généreux. Merci pour la merveilleuse éducation et enfance que vous m'avez données. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir soutenue et chérie.

J'espère que mon premier objectif de vie est accompli : vous rendre fière.

Je vous aime plus que tout au monde et je vous en serai éternellement reconnaissante.

À mon frère, merci pour ton soutien et ton humour durant toutes ces années.

À ma superbe Marraine, qui m'a toujours soutenue.

À Téo, qui m'a supportée durant toutes ces années d'études, qui a subi mon stress et mes pleurs à chaque partiel. Merci de me donner confiance en moi et de me rendre forte au quotidien. Merci de me faire rire chaque jour sans exception. Merci d'être la personne que tu es.  
À ta folie et notre amour.

À ma Binôme, mon amie, Camille, à tout notre parcours ensemble depuis le début à Modulo prépa. Force et honneur jusqu'au bout, on aura réussi notre promesse. Du concours à la thèse.

À Laurie, à toutes nos soirées révisions inoubliables et nos fous rires à en pleurer : Sofosbuvir.  
À Ines, et tes fiches fabuleuses en hématologie qui m'ont sauvée en deuxième année.  
À Laura et Marie, à nos révisions en visio en cancéro en 3ème année quand on était au bord du gouffre.

À Morgane et Lysis, à notre quatuor avec Camille. À nos petits tchaï latte à l'infusion.

À mes meilleures amies d'enfance, Daphné et Océane.

À Noëllia, mon amie, qui m'a toujours soutenue dans n'importe quelles épreuves de ma vie.

À ma team : Popo, Julia, Aurore, et Laurella.

À la Pharmacie Jouve, à toute l'équipe, à toutes ces superbes personnes qui me suivent depuis mes débuts et qui m'ont chacune à leur tour appris quelque chose. Merci pour votre patience et votre bienveillance. À tous nos fous rires et nos pépites au comptoir. À toutes nos brioches aux pralines et nos coupes de champagne.

À mon Parrain et mes cousines, à nos retrouvailles.

À Canaille, ma merveille, aux quatorze plus belles années de ma vie passées avec toi.  
À Nina, ma sœur de cœur.

À Mamie Dédée, le meilleur pour la fin, qui restera le plus grand amour de ma vie.

## Table des matières

<i>Lexique des abréviations</i> .....	15
<i>Introduction</i> .....	16
<i>Partie 1 : Présentation des drogues : pavot, morphine, héroïne</i> .....	18
1. Un peu d'histoire.....	18
2. Molécules, origines.....	22
3. Mécanisme d'action .....	29
4. Modes d'administration .....	34
5. Pharmacocinétique .....	36
6. Effets recherchés .....	37
7. Effets indésirables et dangers .....	38
8. Procuration : marché noir.....	44
9. La loi et l'usage de stupéfiants.....	46
10. Conseils d'utilisation.....	48
<i>TEMOIGNAGE PIERRE PARTIE I : 5 MARS 2022 – PHARMACIE JOUVE</i> .....	68
<i>Partie 2 : Présentation des substituts à l'héroïne : methadone, buprenorphine, buprenorphine/naloxone</i> .....	82
1. Principe du traitement de substitution aux opiacés.....	82
2. Commercialisation .....	83
3. Indications .....	83
4. Formes galéniques, composition et dosages.....	85
5. Mécanismes d'action.....	88
6. Pharmacocinétique .....	89
7. Posologies.....	92
8. Modes d'utilisation .....	95
9. Effets indésirables .....	96
10. Contre-indications .....	99

11.	Interactions médicamenteuses .....	100
12.	Règles de prescription .....	105
13.	Règles de délivrance.....	109
14.	Remboursement .....	111
15.	Conseils d'utilisation.....	112
16.	Et le Skenan® LP dans tout ça ? .....	115
<b>TEMOIGNAGE PIERRE PARTIE II – JUILLET 2022 - PHARMACIE JOUVE .....</b>		<b>118</b>
<b>Partie 3 : Réalité au comptoir .....</b>		<b>126</b>
1.	Interrogation sur le mésusage.....	126
2.	Addictions aux produits/Addictions aux comportements .....	127
3.	Poly addiction.....	129
4.	Cerveau modifié : comportement et neurobiologie.....	130
5.	Pathologies psychiatriques sous-jacentes.....	131
6.	Mésusage : IV au lieu de pers os.....	132
7.	Mensonges du patient, avances, chevauchements d'ordonnance .....	143
8.	Ressenti du pharmacien .....	144
9.	Profils des usagés rencontrés à la pharmacie .....	146
<b>TEMOIGNAGE PIERRE PARTIE III – AOUT 22 - PHARMACIE JOUVE.....</b>		<b>148</b>
<b>Partie 4 : Coordination professionnelle Addictologue/Pharmacien .....</b>		<b>152</b>
1.	Premier rendez-vous d'un patient, suivi d'un patient .....	152
2.	Coordination professionnelle .....	155
3.	Place dans la société.....	157
4.	Associations et structures spécialisées.....	161
<b>Conclusion .....</b>		<b>181</b>

## Tables des illustrations :

Figure 1 : Antitussif par Bayer (1).....	19
Figure 2 : Autres produits vendu par Bayer (1).....	19
Figure 3 : Flacon d'héroïne vendu par Bayer (2).....	19
Figure 4 : Carte du trafic d'opium dans le monde (2).....	20
Figure 5 : Papaver somniferum L (2).....	22
Figure 6 : Fleur de pavot (4).....	22
Figure 7 : Fruit de pavot (5).....	22
Figure 8 : Pate d'opium (6).....	23
Figure 9 : Molécule de morphine (9).....	25
Figure 10 : Molécule d'héroïne (11).....	26
Figure 11 : Héroïne brune (12).....	27
Figure 12 : Héroïne blanche (12).....	28
Figure 13 : Black tar (12).....	28
Figure 14 : Physiologie de la douleur (14).....	29
Figure 15 : Transmission de la douleur (14).....	29
Figure 16 : Mécanisme des agonistes aux récepteurs opioïdes $\mu$ au niveau spinal (16).....	32
Figure 17 : Mécanisme des agonistes aux récepteurs opioïdes $\mu$ au niveau supra spinal (16).....	33
Figure 18 : Shoot d'héroïne (17).....	34
Figure 19 : « Chasser le dragon » (18).....	34
Figure 20 : Sniff (19).....	35
Figure 21 : Pipe à drogue (20).....	35
Figure 22 : Injection anale (21).....	35
Figure 23 : Stéribox2.....	49
Figure 24 : Message Stéribox.....	49
Figure 25 : Boîte Stéribox.....	50
Figure 26 : Composition Stéribox.....	50
Figure 27 : Mode d'emploi Stéribox.....	50
Figure 28 : Précautions Stéribox .....	50
Figure 29 : Kit Exper'.....	52
Figure 30 : Message Kit Exper' .....	52
Figure 31 : Prévention Kit Exper'.....	52
Figure 32 : Composition Kit Exper'.....	52
Figure 33 : Numéro info service Kit Exper' .....	52
Figure 34 : Kit exper' 1 mL détail (31).....	53
Figure 35 : Notice d'utilisation Kit Exper' .....	54
Figure 36 : Notice d'utilisation Kit Exper' 2.....	55
Figure 37 : Sites d'injection de l'héroïne (33).....	58
Figure 38 : Prenoxad® (36).....	64
Figure 39 : Nyxoid ® (36).....	66
Figure 40 : Naloxone – Arthrosc (37).....	67
Figure 41 : Naloxone – Méthadone (37).....	67
Figure 42 : Naloxone – Tramadol (37).....	67
Figure 43 : Naloxone – Héroïne (37).....	67
Figure 44 : Score de Handelsman (26).....	94
Figure 45 : Ordonnance sécurisée (51).....	108
Figure 46 : Registre des stupéfiants (52).....	110
Figure 47 : Ingestion accidentelle - Méthadone (54).....	114
Figure 48 : Circulaire de Girard (56).....	117
Figure 49: Substitution et rééquilibrage biologique (26).....	127
Figure 50 : Nécrose pouce Subutex®.....	136
Figure 51 : Nécrose pouce Subutex® - 1 Semaine.....	138
Figure 52 : Filtration Subutex® (32).....	139
Figure 53 : Syndrome de Popeye (58).....	140
Figure 54 : Sondage répression de l'usage de drogues (64).....	159
Figure 55 : Bus 31/32 (66).....	164
Figure 56 : Règlement Bus 31/32 .....	164
Figure 57 : Caarud Sleep'in .....	166

Figure 58 : Plaque Caarud Sleep'in.....	166
Figure 59 : Salle de consultation Sleep'in.....	168
Figure 60 : Réserve matériels .....	168
Figure 61 : Salle d'accueil Sleep'in.....	168
Figure 62 : Affiche Sleep'in.....	168
Figure 63 : Accueil du Sleep'in .....	169
Figure 64 : Localisation Automates.....	169
Figure 65 : Jetons automates .....	169
Figure 66 : Automate Gambetta .....	170
Figure 67 : SCMR Gaia Paris (68) .....	174
Figure 68 : SCMR Gaia Paris 2 (69) .....	174
Figure 69 : Fonctionnement SCMR (70).....	174
Figure 70 : Caarud gérés par AIDES (64).....	176
Figure 71 : Affiche AIDES (64).....	176
Figure 72 : Fonctionnement Safe.....	178
Figure 73 : Équipes d'accueil en région.....	179



## Tables des tableaux :

Tableau 1 : Effets indésirables de l'héroïne.....	38
Tableau 2 : Syndrome de manque.....	40
Tableau 3 : Le Kit Exper'.....	51
Tableau 4 : Commercialisation des traitements de substitution.....	83
Tableau 5 : Indications des traitements de substitution.....	83
Tableau 6 : Formes galéniques, composition et dosages des substituts.....	85
Tableau 7 : Mécanisme d'action des substituts.....	88
Tableau 8 : Pharmacocinétique des substituts.....	89
Tableau 9 : Posologies des substituts.....	92
Tableau 10 : Effets indésirables des substituts.....	96
Tableau 11 : Contre-indications des substituts.....	99
Tableau 12 : Inducteurs et inhibiteurs enzymatiques.....	100
Tableau 13 : Règles de prescription des substituts.....	105
Tableau 14 : Règles de délivrance des substituts.....	109
Tableau 15 : Conseils d'utilisation des substituts.....	112
Tableau 16 : Grille de questionnaires.....	153
Tableau 17 : Objectifs d'une salle de consommation à moindre risques.....	175

## SOMMAIRE

### LEXIQUE DES ABREVIATIONS

AMM :	autorisation de mise sur le marché
ANSM :	agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé
ARS :	agence régionale de santé
CAARUD :	centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CSAPA :	centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP :	code de la santé publique
HAS :	haute autorité de santé
INSERM :	institut national de la santé et de la recherche médicale
OFDT :	observatoire français des drogues et des tendances addictives
OICS :	organe international de contrôle des stupéfiants
OMS :	organisation mondiale de la santé
TAO :	traitement par agoniste opioïde
TSO :	traitement de substitution aux opiacés

## INTRODUCTION

La toxicomanie est un phénomène social évolutif. Les drogues d'aujourd'hui étaient les médicaments d'autrefois. Depuis la société a évolué ainsi que l'usage des substances psychoactives. Je souhaiterais aller au-delà des idées reçues et des prescriptions.

La substance psychoactive que nous étudierons plus en détail est l'héroïne.

À la fin de mes trois premières parties, j'ai choisi de présenter le témoignage d'un ancien usager, ancien consommateur d'héroïne et maintenant sous traitement de substitution : la Méthadone. J'ai retranscrit nos échanges mot à mot. Je souhaitais, à travers ma thèse, confronter la théorie et la réalité. Tous les points de vue exposés lui appartiennent et je les respecte. Je tiens à préciser que tous les conseils que je peux donner dans ma thèse sont uniquement dans un but de **réduction des risques** et en aucun cas dans le but d'incitation à la consommation. J'ai essayé au mieux de ne pas juger, et de ne pas donner mon avis. Cependant je pense que c'est un sujet qu'il faut approfondir, qu'il y a encore beaucoup de choses à apprendre, comprendre, à faire et à créer pour aider ces patients. La drogue est un sujet de santé publique, enjeu majeur pour les futures générations.

La première partie de ce travail est centrée sur l'héroïne, cette « fameuse » drogue qui touche n'importe quel milieu social et ethnique. Tout d'abord commercialisée par les laboratoires pharmaceutiques puis retirée du marché, elle est à l'origine des toxicomanies. Sont évoqués tous les paramètres pharmacologiques la concernant ainsi que les effets néfastes que cela peut engendrer. Nous aborderons la prévention associée à la réduction des risques et des dommages.

Dans un second temps, nous nous concentrerons sur la commercialisation des traitements de substitution à l'héroïne. Ces traitements sont la clé d'une insertion dans un système de soin ainsi qu'une insertion sociale pour les usagers.

Dans une troisième partie, nous développerons le mésusage des traitements de substitution que je délivre quotidiennement. Le mésusage signifie « mauvais usage ». L'administration est faite par voie intra veineuse au lieu de pers os et de terribles conséquences en découle.

Pour finir, nous verrons tout ce qui est mis en place pour aider ces patients que ce soit des associations aux structures spécialisées ou de la coordination entre professionnels de santé à l'alliance thérapeutique avec les usagers.

## **PARTIE 1 : PRESENTATION DES DROGUES : PAVOT, MORPHINE, HEROÏNE**

### 1. UN PEU D'HISTOIRE

Le pavot à opium est l'une des plus anciennes drogues du monde. Il a traversé de nombreux pays, de nombreuses périodes historiques et de multiples civilisations. Il a fait l'objet d'accords économiques, politiques et militaires. Il était surnommé « plante de la joie » ou « réjouissance » par les sumériens, déjà 4000 ans avant Jésus Christ. Un commerce s'est ensuite développé à travers le bassin méditerranéen et jusqu'en Inde.

En Égypte, il fut consommé pour ses vertus thérapeutiques et psychotropes par les pharaons. En Grèce antique, le Népenthes, boisson à base d'opium, permettant l'oubli des chagrins est décrite par Homère dans l'Odyssée. Dans l'Empire romain, le médecin Andromaque, sous le règne de l'empereur Néron, établit la recette d'un contre poison appelé Thériaque, composé d'une cinquantaine de substances dont la principale est l'opium. Il fut décrit scientifiquement pour la première fois à Rome par Dioscoride. L'Empire arabe contribua également au développement de la culture et de la commercialisation du pavot à opium durant les conquêtes musulmanes.

Au XV<sup>ème</sup> siècle, l'**opium** apparaît en Europe. Le docteur suisse **Paracelse** développe un breuvage très ressemblant à celui du Thériaque, nommé « **Laudanum** ». Il décrit cette boisson comme « supérieure à toute substance héroïque ». Il la préconise en tant qu'analgésique. Cette dernière sera répandue dans toute l'Europe. L'opium pouvait être retrouvé sous forme de pilules vendues en pharmacie.

**Thomas Sydenham**, médecin anglais étudia le Laudanum, et proposera ce dernier sous forme de teinture mère d'opium. C'est en s'échappant des officines que le Laudanum de Sydenham sera à l'origine des **toxicomanies** du XIX<sup>ème</sup> siècle.

Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle (1819), c'est le pharmacien allemand **Sertürner** qui isolera chimiquement le premier alcaloïde de l'opium : la **morphine** (du grec Morphée : dieu du sommeil et des rêves). Elle sera fabriquée et commercialisée par Merck. La morphine deviendra l'antidouleur de référence jusqu'à ce qu'on constate une forte dépendance et des syndromes de sevrage lors d'usages prolongés.

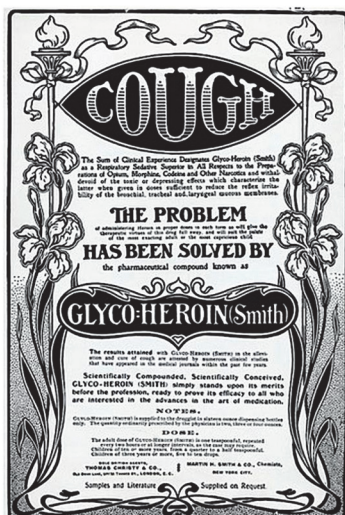


Figure 1 : Antitussif par Bayer (1)

En 1874, le chimiste **Alder Wright** découvre qu'il est possible avec quelques étapes de chimie de transformer la morphine en diacétylmorphine soit ; l'**héroïne**, qui sera reconnue inutile à l'époque et partira aux oubliettes jusqu'à être exploitée en 1898 par **Dreiser**, un chimiste allemand des laboratoires **Bayer** qui préconisera d'utiliser l'héroïne pour soigner la **toux**, les diarrhées, ainsi que différents troubles respiratoires. L'héroïne était un remède contre les pneumonies ou encore un antidouleur pour les personnes atteintes de tuberculose.

Selon Dreiser, l'héroïne ne créait pas de dépendance contrairement à la morphine et était même considérée comme susceptible de se substituer à la morphine.

**Bayer** la commercialisera sous le nom de « **Heroin** » de l'allemand « héroïque », car il la vendait comme un traitement héroïque capable de soigner l'addiction à la morphine sans créer de dépendance, mais également capable de soigner la toux provoquée par la tuberculose, la pneumonie ou toutes autres maladies respiratoires. Elle sera vendue librement en pharmacie sous la forme de poudre puis sirop, comprimés, pastilles et suppositoires. Une ordonnance n'était pas forcément nécessaire pour acheter de l'héroïne en pharmacie, cela pouvait donc être probablement consommé par des enfants.

L'industrie pharmaceutique ira jusqu'à faire des campagnes publicitaires en faveur de l'héroïne, durant la même période que la commercialisation de l'**aspirine**. Bayer enverra même des échantillons gratuits aux personnes addictes à la morphine dans le but de les sevrer. C'est ainsi que l'héroïnomanie se répandra à grande vitesse, et touchera tous les milieux sociaux, des plus démunies aux artistes de rock, aux grunges, aux écrivains et au monde mondain.



Figure 2 : Autres produits vendu par Bayer (1)



Figure 3 : Flacon d'héroïne vendu par Bayer (2)

Am. J. Ph.] 7 [December, 1901  
**BAYER Pharmaceutical Products**  
**HEROIN-HYDROCHLORIDE**  
 is pre-eminently adapted for the manufacture of cough elixirs, cough balsams, cough drops, cough lozenges, and cough medicines of any kind. Price in 1 oz. packages, \$4.85 per ounce; less in larger quantities. The efficient dose being very small (1-48 to 1-24 gr.), it is  
**The Cheapest Specific for the Relief of Coughs**  
 (In bronchitis, phthisis, whooping cough, etc., etc.)  
 WRITE FOR LITERATURE TO  
**FARBENFABRIKEN OF ELBERFELD COMPANY**  
 SELLING AGENTS  
 P. O. Box 2160 40 Stone Street, NEW YORK

En **1911**, l'héroïne est constatée aussi **addictive** que la morphine par le British Pharmaceutical Codex et, nous nous apercevons que la dépendance à l'héroïne se développe encore plus rapidement que celle de la morphine. En **1913**, le laboratoire Bayer arrêta la production.

C'est ainsi que l'héroïne sera inscrite au tableau des stupéfiants dès 1916 en France. L'héroïne appartient depuis à la liste I des stupéfiants et à la liste IV des stupéfiants ayant aucun avantage thérapeutique d'après la Convention unique sur les stupéfiants en 1961. En 1962, l'administration thérapeutique d'héroïne deviendra interdite et en 1971 elle sera supprimée définitivement de notre Pharmacopée.

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les États-Unis interdisent l'importation d'opium sur le territoire et prohibent tout usage non médical. Les Britanniques et les européens avaient créé en Chine, suite à deux guerres, la légalisation des importations d'opium. Les Britanniques importaient l'opium en Chine. Suite à la stigmatisation d'usage d'opium par les américains, la Chine finit par endiguer la consommation d'opium. L'opium deviendra ainsi une substance prohibée. La convention nationale de l'opium officialisera les mouvements dans tous les pays concernés. Le combat anti-drogue de l'opium est désormais celui de l'héroïne. C'est ainsi qu'aura lieu la naissance du marché mondial et illégal d'héroïne.

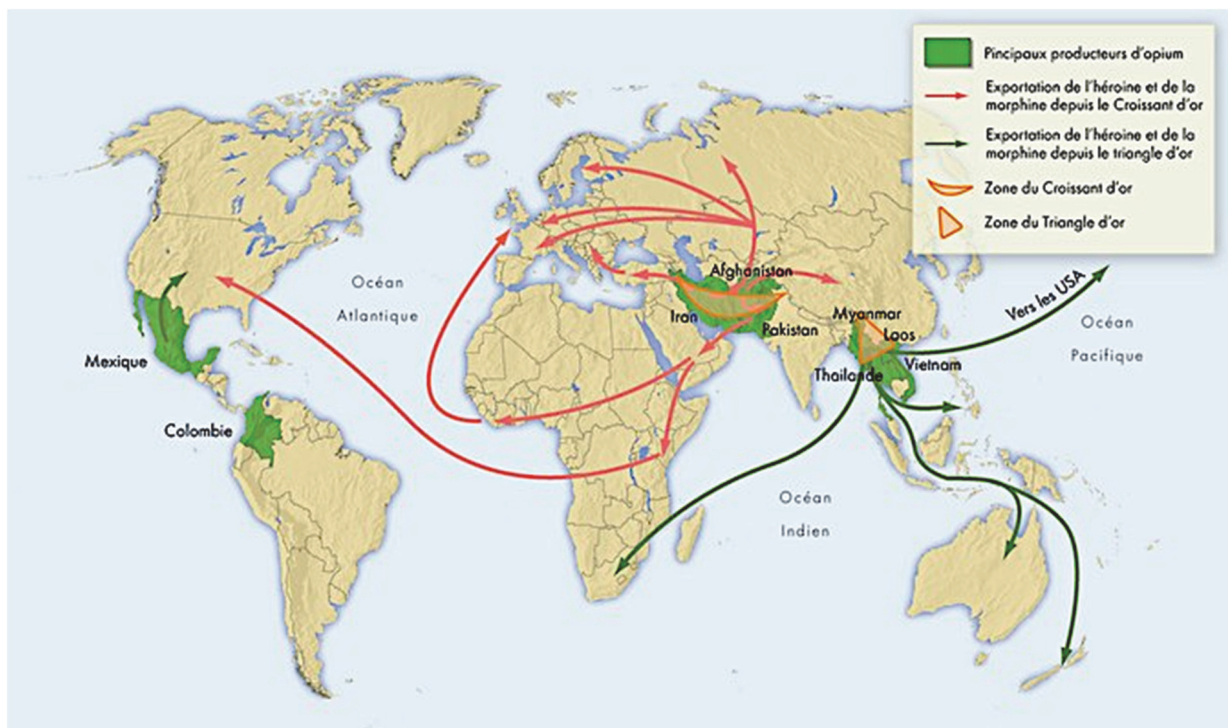


Figure 4 : Carte du trafic d'opium dans le monde (2)

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, aux États-Unis, un trafic fut tenu par les italiens, pendant qu'en France, à Marseille ; la French Connection assurait 80% des importations américaines avec la production d'une héroïne pure à 99%. Aura lieu la naissance également du **Triangle d'or** (Birmanie, Thaïlande, Laos), du **Croissant d'or** (Iran, Afghanistan, Pakistan) sans compter les gros producteurs d'opium comme le **Mexique** ou la **Colombie** où de nombreux transferts vers les États Unis ont lieu. (3)



## 2. MOLECULES, ORIGINES



Figure 5 : *Papaver somniferum* L (2)

**Le pavot somnifère**, le pavot à opium ou encore « le pavot des jardins ». C'est une plante annuelle originaire d'Asie mineure et de Méditerranée.

Nom latin : *Papaver somniferum* L.

Famille : Papaveraceae.

Cette plante possède une seule tige de couleur vert glauque, dressée et peut mesurer jusqu'à 1,5 mètres de hauteur. Les feuilles sont allongées, alternes, glabres et très innervées. A la base de la plante, les feuilles sont pennatiséquées alors que celles au sommet sont dentées.



Figure 6 : Fleur de pavot (4)

Les fleurs sont solitaires, actinomorphes. La corolle est composée de 4 pétales et le calice de 2 sépales qui tomberont quand la fleur s'ouvrira.

Il existe plusieurs variétés : *Var album* à pétales blancs ; *Var nigrum* à pétales rose clair et violet ; et *Var glabrum* à pétales pourpres.

L'androcée est composé par de nombreuses étamines et le gynécée de 8 à 12 carpelles unis en un ovaire uniloculaire.



Figure 7 : Fruit de pavot (5)

Les fruits sont des capsules sphériques, à déhiscence et dimensions variables, surmontés d'un plateau stigmatique aplati. Ils renferment des milliers de graines.

La tige et la capsule de cette plante sont composées de canaux lactifères à **latex blanc**. C'est en incisant ces capsules qu'on obtiendra ce suc blanc laiteux : **l'opium**. Une capsule fournit 20 à 50 mg d'opium.

Comment se déroule la production et la récolte d'opium ?

À la fin de l'automne, les graines de pavot somnifère sont semées, les fleurs apparaissent vers avril mai et les capsules vers mai juin. Pour obtenir le latex, l'opium, nous devons inciser les capsules uniquement lorsqu'elles sont mures. L'incision des capsules se fait généralement au crépuscule, il faut que le soleil ait bien réchauffé le pistil et le bulbe de la fleur pour que le latex à l'intérieur devienne liquide. L'incision se fait avec un petit couteau simple, le latex s'écoule et en coagulant devient de couleur brunâtre.



Figure 8 : Pate d'opium (6)

Il faut attendre le lendemain matin pour récupérer à l'aide d'un grattoir un maximum de suc, pate brune à noire brillante qui est l'opium. Cette pate sera ensuite séchée pendant plusieurs jours et façonnée en pochon ou blocs.

Dans certains pays comme par exemple le Mexique ou la Colombie, des familles pauvres, cultivent le pavot somnifère et le vendent aux narcotrafiquants afin de subvenir à leurs besoins. Ces familles sont le premier maillon de la chaîne du trafic de drogue international mais pourtant nous sommes bien loin du cliché des narco trafiquants multi millionnaires. Ils vendent leur opium récolté aux narcotrafiquants pour un prix misérable. Les narcos transformeront cet opium de manière chimique afin de synthétiser de multiples drogues telle que l'**héroïne** ou encore des mélanges opium + fentanyl (opiacé synthétique 50 fois plus puissante que l'héroïne) qu'ils revendront aux États Unis à un prix 1000 à 2000 fois supérieures.

À l'heure actuelle le trafic illicite d'opium règne toujours parmi le triangle d'or, le croissant d'or dont le pays principal producteur d'opium est l'Afghanistan depuis de très nombreuses années.

Cependant le pavot somnifère est cultivé légalement dans une vingtaine de pays comme la France, l'Espagne, la Turquie à des fins thérapeutiques, uniquement pour la production de **morphine** à usage médical. La morphine est produite à partir de la paille de pavot, excepté l'Inde qui passe par l'opium. La culture et la production de pavot est depuis 1961 sous le contrôle de l'organe international de contrôle des stupéfiants (OICS).

L'opium est très caractéristique pour sa riche composition en alcaloïdes, parmi les principaux : la **morphine** (10 à 15%), la **codéine** (1 à 2%), la thébaine (0,5%), la noscapine (5%), la papavérine (1%) connus pour leurs actions antalgique et antitussive principalement.

L'opium peut être consommé par les toxicomanes sous forme de joint (mélangé à du tabac) ou encore par inhalation à l'aide d'une pipe à opium ou sous forme orale avec des élixirs ou bu en décoction, ou encore sous forme de boulettes avalées directement pour ses effets psychotropes.

L'opium est également retrouvé dans la composition de certains médicaments, en tant qu'analgésiques, qui pourront être prescrits par les médecins comme la Lamaline® (paracétamol, poudre d'opium, caféine) ou Izalgi® (paracétamol, poudre d'opium). Il existe aussi la spécialité Colchimax® (colchicine, méthylsulfate de tiémonium, poudre d'opium) qui sera indiquée dans le cadre de la crise de goutte et en prévention, de la chondrocalcinose, de rhumatismes à hydroxyapatite aigu et de certaines maladies rares. (4) (7) (8)

## **La morphine**

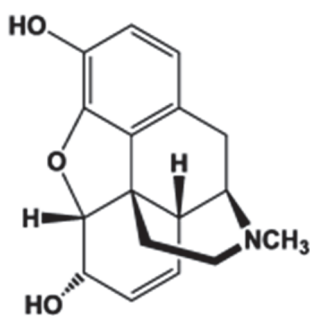
Rappelons que la morphine fut isolée chimiquement pour la première fois par le pharmacien allemand Sertürner au début du XIX<sup>ème</sup> siècle (1805). La morphine est l'alcaloïde le plus célèbre issu de l'opium du pavot somnifère. Le mot Morphine vient du grec Morphée, dieu du sommeil et des rêves, pour ses propriétés sédatives et dormitives. À l'époque, elle fut utilisée notamment pour les grosses douleurs dues aux amputations durant les guerres. Antidouleur de référence, cependant nous nous sommes rapidement aperçus de la dépendance qui se développait à usage prolongé.

La synthèse consiste à dissoudre de l'opium (précédemment obtenue par incision des capsules du pavot somnifère) dans de l'eau très chaude, à ajouter de la chaux qui permet d'obtenir du morphénate de calcium soluble dans l'eau, puis à ajouter du chlorure d'ammonium pour en obtenir un précipité qui sera filtré et séché pour donner la morphine base. La morphine base obtenue à ce stade-là se présentera sous forme de poudre de couleur brune, ce qui explique la présence encore d'impuretés.

Pour la rendre la plus pure possible et obtenir une poudre blanche, il faudra la dissoudre dans de l'eau chauffée, ajouter de l'acide chlorhydrique pour obtenir une nouvelle fois un précipité qui sera filtré pour donner le chlorhydrate de morphine, soluble dans l'eau. Du charbon actif permettra d'éliminer les impuretés.

Ce sel de morphine est utilisé en tant que tel en pharmacie, disponible sous forme de gélules. Exemples d'analgésiques commercialisés : Moscontin® (voie orale), Skenan®LP (voie orale), ActiSkenan® (voie orale), Sevredol® (voie orale), Chlorhydrate de Morphine par voie parentérale ou encore des dérivés morphiniques : Durogésic® (voie transdermique) Actiq® (voie orale), Oxycontin® (voie orale).

Par héli synthèse la morphine peut être transformée en codéine, principe actif qui sera retrouvé dans de nombreuses spécialités pharmaceutiques commercialisées. Exemples d'antitussifs commercialisés : Polery®.



En 1925, Robert Robinson établit la structure moléculaire de la morphine soit : 7,8-dihydro-4,5-époxy-17-méthylmorphinan-3,6-diol ou encore C<sub>17</sub>H<sub>19</sub>NO<sub>3</sub>.

Cette molécule présente deux groupements alcool (OH), un cycle aromatique composé de trois doubles liaisons, un pont oxyde, deux oxygènes, et une fonction amine.

Figure 9 : Molécule de morphine (9)

La morphine possède plusieurs énantiomères :

- Lévoxyres : Lévorphanol et Etorphine ; qui ont des propriétés analgésiques
- Dextroxyres : Dextrophan ; qui a une propriété antitussive

L'activité pharmacologique dépend donc du positionnement de la molécule dans l'espace.

La morphine est majoritairement utilisée sous forme de sel pour une meilleure absorption : chlorhydrate de morphine, sulfate de morphine. Elle se présente sous forme de poudre cristalline qui peut être blanche ou incolore.

Considérée comme l'antidouleur de référence, elle est classée parmi la liste des stupéfiants, et appartient aux antalgiques de palier III, qui sont des agonistes opioïdes forts indiqués dans les douleurs sévères à rebelles. Ces médicaments sont généralement utilisés pour les douleurs d'origine cancéreuse ou encore pour des patients en fin de vie.

La morphine est commercialisée sous forme de comprimés, patchs et sirops. Elle est le premier principe actif, issu d'une plante, à pouvoir exploiter la voie intraveineuse. Il existe désormais des perfusions, des pompes portables, des pousses seringues et bien d'autres dispositifs afin d'améliorer la qualité de vie du patient que ce soit à l'hôpital ou à domicile. Elle existe également sous forme de suppositoires pour la voie rectale (Lamaline®), et liquide pour la voie péridurale. (9) (10)

### L'héroïne

Synthétisée en 1874 par le chimiste Alder Wright, exploitée en 1898 par **Dreiser** un chimiste allemand des laboratoires Bayer, elle était préconisée pour la toux, les diarrhées et la tuberculose. Elle était vendue librement en pharmacie jusqu'à ce qu'on constate une très forte dépendance et on arrêta la commercialisation.

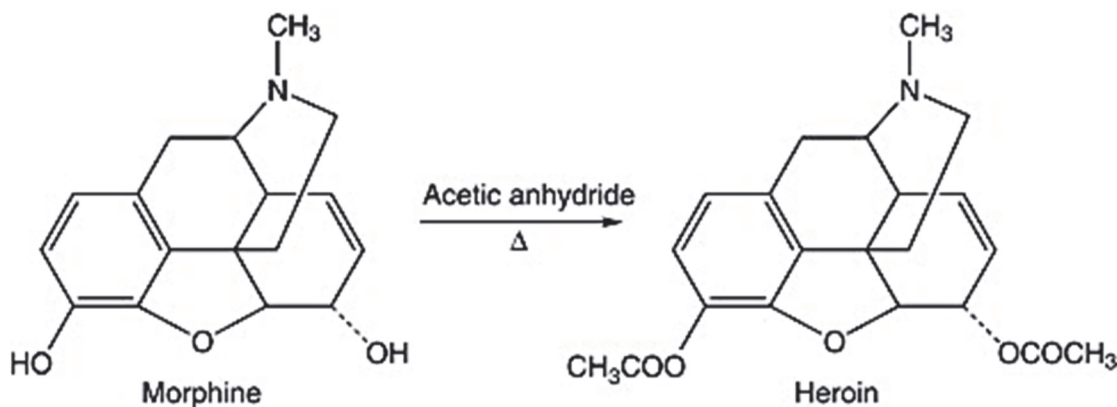


Figure 10 : Molécule d'héroïne (11)

L'héroïne ou diacétylmorphine est un opiacé synthétisé à partir de la morphine. Il s'agit d'une morphine estérifiée sur les carbones 3 et 6, d'où le nom diacétylmorphine. Cette réaction a lieu en ajoutant de l'anhydride acétique. Ce sont ces deux fonctions acétyle qui augmenteront la solubilité dans les lipides et justifieront la puissance et l'action rapide, ce « flash » décrit par les toxicomanes. De l'acide sulfurique catalysera cette réaction. Cette réaction est chauffée à 85° durant 4 à 5h afin de dissoudre totalement la morphine. Après filtration de la mixture obtenue, nous isolerons **l'héroïne base**.

Cette héroïne base n'est pas soluble et les toxicomanes ne pourront que la fumer. Pour que cette dernière puisse être injectée, il faudra la mélanger avec de l'acide chlorhydrique, ce qui permettra d'obtenir le chlorhydrate d'héroïne, soluble et qui est donc injectable. La première héroïne base obtenue sera de couleur brune ce qui signifie donc une présence d'impuretés, par multiplication de processus de raffinage nous obtiendrons une héroïne blanche et donc pure.

Une très forte dépendance se développe lors de consommation d'héroïne, une dépendance qui est encore plus rapide que celle pour la morphine. À la différence de la morphine, l'héroïne n'a aucun but ni usage thérapeutique.

**L'héroïne**, ou diacétylmorphine est un opiacé qui peut se présenter sous beaucoup de formes différentes.

**L'héroïne n°1 et n°2** : ne sont autres que les composés intermédiaires de fabrication. Ils sont donc non utilisés en tant que tels.

**L'héroïne brune (n°3) :**



Figure 11 : Héroïne brune (12)

Poudre granuleuse de couleur grise ou brune. Elle est considérée comme impure car dans son processus de fabrication il manque l'étape de raffinement. Il s'agit d'une forme d'héroïne base qui est destinée à être fumée principalement. Pour les toxicomanes souhaitant se l'injecter, ils seront obligés d'utiliser un acide (acide ascorbique, jus de citron) afin de dissoudre les impuretés et de solubiliser l'héroïne dans l'eau pour la mettre dans une seringue. Elle est majoritairement retrouvée en Europe. Elle sera la majeure partie du temps fumée en Inde et au Pakistan.

### L'héroïne blanche (n°4) :



Figure 12 : Héroïne blanche (12)

Poudre très fine et très légère de couleur blanche à beige. Appelée : « héroïne blanche » c'est la forme raffinée de l'héroïne. Elle est donc beaucoup plus pure et puissante que la n°3. Elle est très recherchée par les toxicomanes car cette dernière est directement soluble dans l'eau. Les usagers n'ont pas besoin d'utiliser de l'acide pour la solubiliser dans l'eau comme pour la n°3 afin de se l'injecter. Attention ce n'est pas parce qu'une héroïne est blanche que c'est obligatoirement la n°4. Elle est beaucoup plus rare sur le marché noir en France.

### Black Tar :

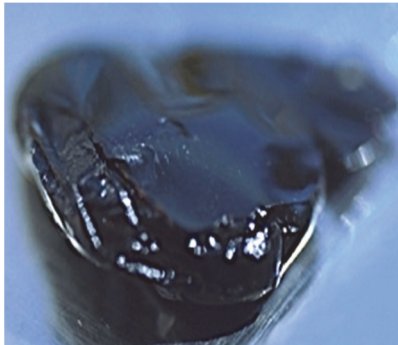


Figure 13 : Black tar (12)

C'est une forme de pâte brunâtre, qui ressemble à du goudron. C'est une forme très impure, obtenue en transformant la morphine directement en héroïne sans étape intermédiaire et donc plus rapide à produire. Elle est destinée à être fumée, et pas à être injectée car cette forme très impure présente de nombreux risques tels que les infections bactériennes mortelles, des scléroses veineuses ou encore des nécroses cutanées. Elle est très répandue aux États-Unis.

L'utilisateur ne doit pas se fier au dosage car des produits de coupe diluent le taux d'héroïne. Le grand danger est que l'héroïne n'étant pas un produit manufacturé, nous ne savons pas réellement avec quoi elle est coupée, ce qui participe à la dangerosité du produit.

Parmi les produits de coupe, nous pouvons retrouver principalement du sucre (lactose, mannitol, saccharose), de la caféine, du paracétamol. Il existe également des complexes avec d'autres substances : la cocaïne (« Speed Ball ») qui majore la puissance des effets, ou encore avec d'autres médicaments. L'héroïne peut aussi être coupée avec du talc, du lait en poudre, de l'amidon ou encore de la strychnine (raticide) dans de très rares cas.

Il existe bien d'autres produits de coupe dont nous n'avons pas connaissance.

À la pharmacie où je travaille, je soupçonne parfois certains usagers d'acheter du bicarbonate de sodium pour couper leur héroïne ou leur cocaïne.

Dans le jargon, différentes appellations de l'héroïne existent comme : « héro, banche, brown sugar, smack, rabla, came, poudre ». (10) (12) (13)

### 3. MECANISME D'ACTION

#### Physiologie de la douleur :

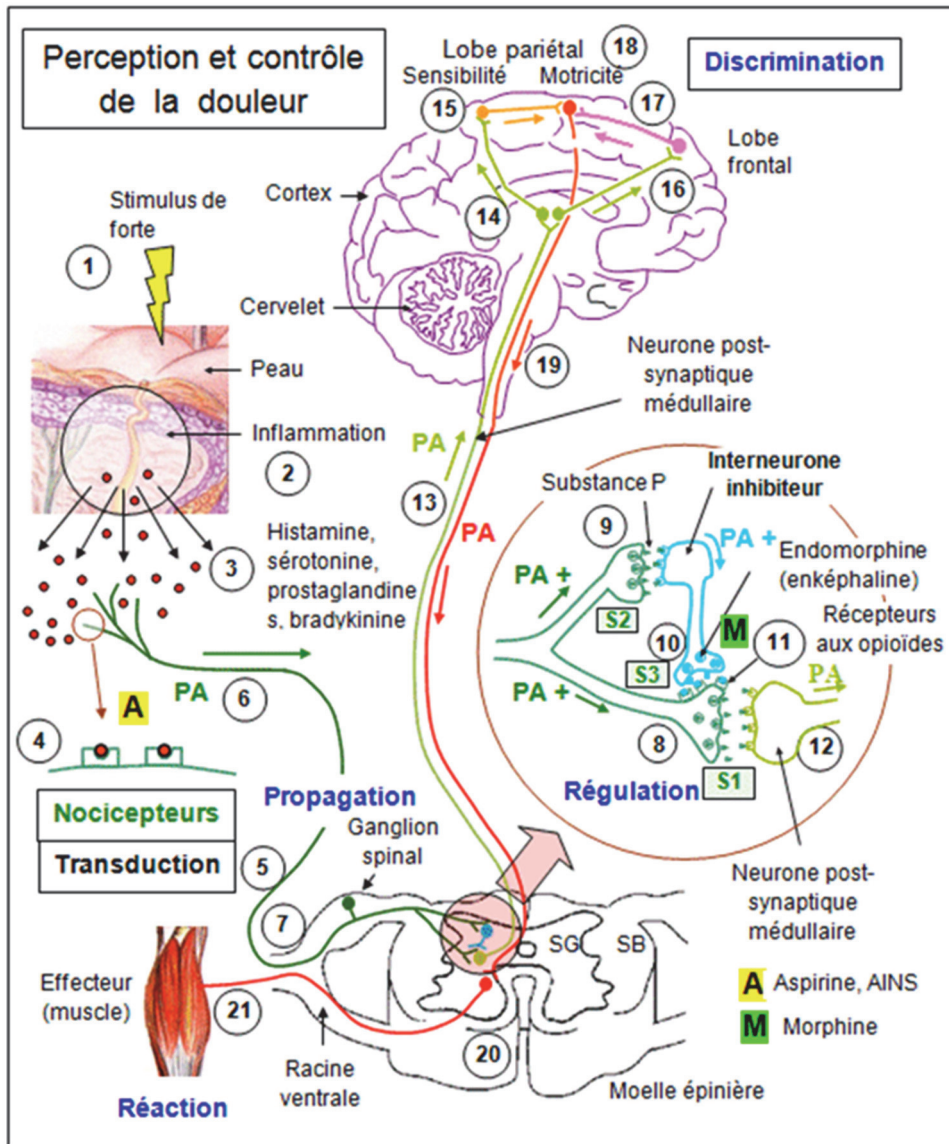
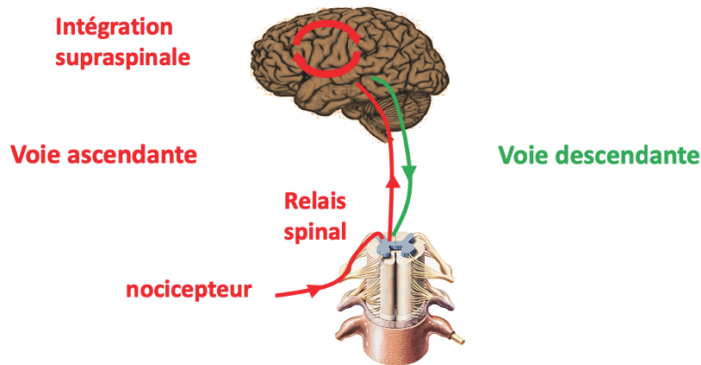


Figure 14 : Physiologie de la douleur (14)



Pharma - UE31-02 Pathologie générale - Physiologie de la douleur - 2019 - G.Hache

Figure 15 : Transmission de la douleur (14)



Il existe deux grandes voies : la voie ascendante et la voie descendante.

La voie ascendante (de la périphérie au niveau supra spinal) est caractérisée par trois étapes :

La **transduction** au niveau du nocicepteur. En périphérie, un nocicepteur va recevoir et coder le stimulus en information nociceptive. C'est lui qui va être capable de détecter le stimulus nociceptif grâce à un seul neurone, le neurone de premier ordre.

Il achemine l'information de la douleur au niveau de la moelle épinière.

La **transmission** au niveau de la corne dorsale de la moelle, il y a un phénomène de relais spinal. Il va y avoir transmission du message nerveux du neurone de premier ordre au neurone de second ordre. Ce dernier va monter dans un faisceau au niveau supra spinal, en un seul axone.

L'**intégration** au niveau supra spinal, l'information nociceptive va être projetée vers les différentes aires cérébrales pour subir la phase d'intégration. C'est à ce moment-là qu'on a conscience de l'information nociceptive et qu'on peut l'appeler « douleur » dès que le cerveau a l'information, on a la douleur.

La voie descendante se caractérise par des phénomènes de modulations à tous les niveaux qui viennent pondérer l'information. Il s'agit d'une réaction du système nerveux de façon à moduler (en stimulant ou limitant l'information douloureuse) les différentes étapes de la transmission.  
(14)

Concernant l'héroïne, pour comprendre le mécanisme d'action je tiens à définir le terme d'opiacé et d'opioïde.

**Opiacés** : dérivés naturels du pavot (opium, morphine, codéine).

**Opioïdes** : composés semi synthétiques (héroïne, buprénorphine), ou synthétique (fentanyl).  
Action analgésique plus puissante.

À présent, quelle que soit l'origine (naturelle ou synthétique) nous utiliserons le terme d'opioïdes. C'est pourquoi quand j'explique le mécanisme d'action, j'utilise l'ancien terme mais c'est désormais pareil.

Les opiacés/opioïdes ont pour propriété pharmacologique l'antalgie, qui va permettre de soulager la douleur. (15)

Lorsque qu'une douleur est détectée par l'organisme, ce dernier va synthétiser des peptides opiacés endogènes qui sont l'**endorphine**, l'**enképhaline** et la **dynorphine** afin d'atténuer ce message douloureux.

Ces peptides endogènes vont se fixer sur les récepteurs aux opiacés de notre organisme :

- $\mu$  : analgésie, constipation, dépendance, myosis, hypothermie.
- $\delta$  : analgésie, mydriase, agitation, délire.
- $\kappa$  : analgésie, sédation, myosis.

Ces récepteurs appartiennent à la famille des récepteurs couplés aux protéines G.

Les antalgiques de palier III autrement dit les opioïdes forts vont mimer l'action des peptides endogènes en se fixant sur les récepteurs aux opiacés pour déclencher l'analgésie.

L'héroïne, comme tous les opiacés, exercera son action en se fixant aux récepteurs aux opiacés. Les mécanismes de transduction membranaire restent encore mal élucidés. Nous savons désormais que les récepteurs  $\mu$  sont majoritaires et sont la cible préférentielle des opioïdes. Cette forte affinité pour ces récepteurs  $\mu$  donne lieu à des usages abusifs et une forte dépendance.

Je vais ainsi présenter le mécanisme d'action le plus courant des opiacés avec une fixation sur le récepteur  $\mu$ . L'activité antalgique des opiacés va se produire :

- **Au niveau spinal dans la corne dorsale de la moelle** : les opioïdes se fixent sur les récepteurs aux opiacés ( $\mu$ ), qui sont couplés à une protéine G et à l'adényl cyclase. Cette fixation va entraîner une modification conformationnelle qui va entraîner au niveau :

→ **Pré synaptique** : une interaction de l'adényl cyclase avec les canaux calciques ce qui va entraîner une inhibition des canaux calciques qui vont permettre de limiter l'exocytose des médiateurs de la douleur tel que la **Substance P** ou encore le **Glutamate**. Ainsi, s'il n'y a pas d'entrée de calcium, il n'y a pas de genèse de potentiel d'action ainsi il n'y a pas d'exocytose des médiateurs de la douleur et donc il n'y a pas de douleur.

→ **Post synaptique** : au niveau des canaux potassiques, le glutamate se fixe sur son récepteur, déclenche un potentiel d'action qui entraîne une dépolarisation et une activation de la voie de la douleur. Nous avons une activation des récepteurs qui permet une hyperpolarisation du neurone de second ordre et donc une diminution de l'excitabilité. Donc même si le glutamate se fixe sur le récepteur post synaptique, comme le potentiel de repos est plus élevé il sera plus difficile de déclencher la dépolarisation qui est responsable de la genèse d'un potentiel d'action dans le neurone du second ordre donc il n'y a pas d'influx transmis au niveau supra spinal donc moins de ressenti de la douleur.

#### Agonistes des récepteurs opioïdes $\mu$



Figure 16 : Mécanisme des agonistes aux récepteurs opioïdes  $\mu$  au niveau spinal (16)

Nous avons donc au niveau spinal une diminution de l'activité des voies ascendantes de la douleur.

#### - Au niveau supra spinal :

Ici les récepteurs aux opiacés sont positionnés sur les interneurons GABAergiques.

La fonction principale d'un interneurone GABAergique est d'inhiber la transmission qui a lieu en aval.

Ici nous prenons l'exemple d'un neurone seroto-adrénergique, pour les inhibitions contrôles descendantes transitant par ce neurone, les molécules endogènes antalgiques sont la sérotonine et la noradrénaline. Quand ce neurone va recevoir une information de douleur il va envoyer en terminal ces molécules. Or, à l'état basal physiologique, ce neurone est retenu réprimé par un interneurone GABAergique : le GABAergique va avoir une activité inhibitrice sur les contrôles inhibiteurs descendants. Cependant sur cet interneurone GABAergique, nous avons vu qu'il y avait des récepteurs aux opiacés. Ces derniers vont être activés lorsque la molécule de morphine va venir s'y fixer.

Cette activation va inhiber l'action du GABA en limitant son exocytose, ce qui fait que les récepteurs GABA non activés ne vont pas pouvoir inhiber la dépolarisation du neurone secondaire.

Les opiacés, une fois qu'ils interagissent avec leur ligand sur les récepteurs, vont inhiber l'inhibition des contrôles inhibiteurs descendants exercée par les interneurons GABAergiques entraînant ainsi une libération des contrôles descendants et l'activation de la voie antalgique.

### Agonistes des récepteurs opioïdes $\mu$



Au niveau des interneurons GABAergiques de la PAG(supra spinal)

→ Bouton synaptique: inhibition des canaux  $Ca^{2+}$   
 = diminution exocytose GABA



Levée inhibition tonique des interneurons GABAergique sur les contrôles Inhibiteurs descendants

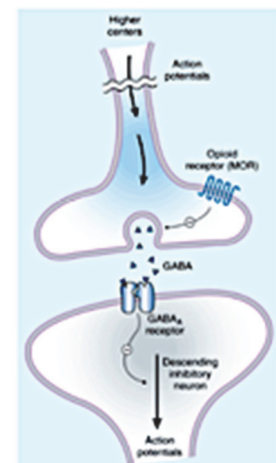


Figure 17 : Mécanisme des agonistes aux récepteurs opioïdes  $\mu$  au niveau supra spinal (16)

**Conclusion** : l'intérêt des opiacés au niveau spinal et supra spinal est à la fois de diminuer la transmission au niveau des voies ascendantes et de potentialiser les voies inhibitrices descendantes. (16)

Pour la suite du plan, je ne me concentrerai plus que sur l'héroïne, qui reste la base de mon sujet.

#### 4. MODES D'ADMINISTRATION

Il existe plusieurs modes de consommation de l'héroïne :

##### Injection intra veineuse :



Figure 18 : Shoot d'héroïne (17)

Appellations dans le jargon : « **Shoot** », « **Fix** »

La voie intraveineuse est la plus utilisée par les toxicomanes, notamment avec l'héroïne sous forme de sel (sulfate, chlorhydrate).

Préparation : l'héroïne sous forme de poudre est placée dans une cuillère ou coupelle métallique (Stericup), et mélangée avec de l'eau et un acide (citron, vinaigre) pour diluer toutes les impuretés. La cuillère est chauffée à l'aide d'un briquet afin de diluer le tout. Le mélange obtenu est donc liquide, et est passé à travers un filtre. Ce dernier mélange est prélevé dans une seringue et est injecté dans une veine. C'est le mode de consommation le plus ancien, le plus dangereux et le plus puissant. Il est possible d'injecter l'héroïne en intramusculaire ou en sous cutanée, mais cela est très rare.

##### Inhalation :



Figure 19 : « Chasser le dragon » (18)

Appellation dans le jargon : « **Chasser le dragon** »

Cette pratique consiste à utiliser une feuille de papier aluminium. Nous déposons l'héroïne sous forme de poudre sur cette feuille et nous faisons chauffer cette feuille d'aluminium avec un briquet par en dessous.

L'utilisateur place une paille dans sa bouche et inhale l'évaporation dégagée par l'héroïne.

### Insufflation :



Figure 20 : Sniff (19)

Appellation dans le jargon : « **sniff** ». Cette pratique est plus souvent connue pour la consommation de cocaïne, mais il en est de même pour l'héroïne. L'héroïne sous forme de poudre est disposée sous forme de ligne, sur une surface plate. La ligne est aspirée directement dans la narine de l'utilisateur avec une paille ou un billet roulé le plus souvent. L'héroïne sera absorbée par la muqueuse nasale avant de rejoindre la circulation sanguine.

### Fumée :



Figure 21 : Pipe à drogue (20)

L'héroïne est mélangée avec du tabac. Nous pouvons utiliser des pipes ou des cigarettes.

Ci-joint l'exemple d'une pipe plus généralement connue sous le nom de « pipe à cristal met », que certains toxicomanes utilisent pour les amphétamines, le crack, la cocaïne, et l'héroïne.

### Injection anale :

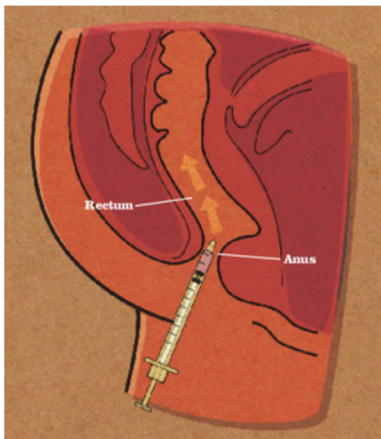


Figure 22 : Injection anale (21)

Appellation dans le jargon : « **plug** »

La préparation de l'héroïne est la même que pour l'injection intra veineuse.

Pour cette pratique, on utilise une seringue sans aiguille, c'est la canule qui est placée dans l'anus préalablement lubrifié, et on appuie lentement sur le piston pour que l'héroïne se propage dans le rectum. L'utilisateur reste allongé quelques minutes pour que l'héroïne soit totalement absorbée par la muqueuse. Pratique très courante chez les toxicomanes dont le capital veineux est déficient ou lors de pratiques sexuelles type sodomie.

Notons également un mélange connu, appelé le « speed-ball », composé d'héroïne et de cocaïne mélangées. La cocaïne boosterait et contrerait un peu les effets dépressifs de l'héroïne. Ce speed ball est le plus souvent consommé en intra veineuse ou en sniff.

La voie orale est totalement négligée par les toxicomanes car il n'y a aucun effet recherché et une trop faible activité. La voie veineuse reste la plus efficace en termes de rapidité, car elle évite la dégradation hépatique du premier passage. (13) (21)

## 5. PHARMACOCINETIQUE

La pharmacocinétique ou ADME : absorption, distribution, métabolisme et élimination sont les quatre étapes du devenir du médicament ou d'une substance chimique dans l'organisme. C'est une étude permettant d'évaluer les concentrations plasmatiques au cours du temps. C'est grâce à ces paramètres pharmacocinétiques que nous pourrions définir la posologie, la voie d'administration, la fréquence, la forme galénique et la durée de traitement.

En ce qui concerne l'héroïne, ces paramètres pourront expliquer sa puissance d'action et ses effets cliniques.

Du fait de sa grande liposolubilité, l'héroïne franchit plus rapidement la barrière hémato encéphalique par rapport à la morphine. La forme active de l'héroïne sur les récepteurs est la morphine. Ainsi, une fois arrivée dans le cerveau, l'héroïne est désacétylée en 6 mono acetylmorphine puis en morphine. La demi vie plasmatique de l'héroïne est très courte, de 3 à 10 secondes selon les usagers.

À proprement parlé nous ne retrouverons pas d'héroïne, même dans les urines lors d'éventuels contrôles, mais des traces de 6 mono acetylmorphine qui est sa forme active. Cette dernière peut être détectée jusqu'à 7h après consommation du produit. Nous nommons ainsi « catabolisme », la transformation de l'héroïne en morphine dont la demie vie varie de 1,5 à 4 heures.

La morphine subit ensuite des réactions de conjugaison la rendant plus hydrosoluble et des réactions d'oxydation permettant de la transformer en codéine. De ce fait en plus de la mono acetylmorphine, nous retrouverons de la morphine et de la codéine dans les urines des consommateurs d'héroïne.

La consommation répétée d'héroïne entraîne une tolérance métabolique qui peut être due à une désensibilisation des récepteurs ou à une suractivité d'enzyme qui accélère le catabolisme de la substance. (22)

## 6. EFFETS RECHERCHES

Les effets recherchés seront différents selon les personnes, selon le dosage, la quantité, la qualité de l'héroïne et bien évidemment selon le contexte (seul en déprimant, ou en collectif dans un milieu festif). L'héroïne est connue pour ses propriétés anti douleur. Que ce soit au niveau physique ou psychique, anxiolytique, elle procure une sensation de bien-être, d'extase, et d'euphorie. L'usager aura confiance en lui et sera désinhibé de tout. Chaque usager a son histoire, les effets sont propres à chacun, à ce qu'il recherche. Cependant ce qu'ils ont tous en commun, c'est que les effets durent en moyenne 4 à 6h, se décompensant globalement en trois phases :

### **Première phase appelée « la montée » ou plus connue sous le nom de « flash » :**

C'est une phase qui dure 10 secondes en moyenne. Sensation de chaleur envahissante très soudaine. Nous pouvons parler d'un changement d'état très rapide. C'est une fois que l'héroïne, à travers la circulation du sang a atteint le cerveau, que tous ses effets vont apparaître, que ce soit physique et psychique. Certains toxicomanes comparent cette phase à un orgasme beaucoup plus intense que l'orgasme sexuel. Une sensation de bonheur très puissante. Cette première phase est très développée lors des deux modes d'administration suivant : injection intra veineuse et « chasser le dragon ». Plus la dose sera élevée, plus l'effet sera exacerbé.

### **Deuxième phase appelée « le plateau » :**

Les effets du flash commencent légèrement et doucement à diminuer. L'usager sera dans une phase de plénitude totale. Il n'a plus de douleur physique ou émotionnelle. Ses muscles sont décontractés. L'usager se sent extrêmement bien comme sur un petit nuage. Il est euphorique et oublie tous ses problèmes. Il ressent toujours une sensation de chaleur qui permet une relaxation profonde. Cette phase peut durer 3 à 4h.

Ces deux premières phases sont recherchées par les usagers. Pour certains, cela leur permet de s'évader le temps d'un instant, d'oublier leurs problèmes, de calmer des douleurs, des maux.

C'est une sensation de plaisir intense qui vient en quelques minutes et peut perdurer pendant quelques heures. Cependant, la troisième phase n'est bien évidemment pas recherchée par les usagers, mais aucun n'y échappe. Cette troisième phase fera la transition de la partie suivante.



### Troisième phase appelée « la descente » :

Les effets recherchés vont disparaître progressivement. L'utilisateur passe de l'euphorie à une forte somnolence. Cette descente va entraîner de très fortes nausées jusqu'à disparition totale des effets. Nous parlons de diarrhées très intenses et quasiment inévitables. Lors d'une première prise d'héroïne l'utilisateur finit par vomir, et même après consommation régulière, certains toxicomanes vomissent toujours. C'est une redescente totale où plus rien n'est joyeux et où tout est déprimant. Cette phase va faire que l'utilisateur va d'autant plus se renfermer sur lui-même et il n'arrivera pas à se lever. Ces effets peuvent durer quelques heures (2 à 3h).

Cependant durant cette période de descente et pendant plusieurs heures, voire jours après la consommation, le craving et les effets secondaires apparaissent.

Le craving est une impulsion, un besoin irrésistible de consommer une substance psychoactive, et une recherche compulsive de reconsommer. (23)

## 7. EFFETS INDESIRABLES ET DANGERS

L'héroïne peut entraîner de nombreux effets secondaires :

À court terme	À long terme
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nausées, vomissements</li><li>▪ Constipation</li><li>▪ Démangeaisons (chatouillement, gratouillement)</li><li>▪ Assèchement des muqueuses</li><li>▪ Ralentissement du rythme cardiaque</li><li>▪ Diminution de la sensation de faim</li><li>▪ Somnolence à forte dose</li><li>▪ Relaxation musculaire</li><li>▪ Rétrécissements des pupilles en tête d'épingle</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Perturbation du cycle menstruel (absence de règles ou règles douloureuses)</li><li>▪ Empêchement ou retard d'éjaculation chez l'homme</li><li>▪ Modification du désir sexuel</li><li>▪ Perturbation du cycle du sommeil</li><li>▪ Problèmes buccodentaires (déchaussement des dents, caries)</li><li>▪ Ostéoporose à long terme</li><li>▪ Malnutrition, carence</li></ul>

(13)

Tableau 1 : Effets indésirables de l'héroïne

Définissons le terme de : « toxicomanie » (du grec : *Toxikon* : poison et *Mania* : folie).

C'est une dépendance physique et/ou psychologique à une ou plusieurs substances chimiques exogènes toxiques sans justification thérapeutique.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la toxicomanie se caractérise par :

- Une envie irrésistible de consommer le produit (craving)
- Une tendance à augmenter les doses (tolérance)
- Une dépendance physique et psychologique
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne

Nous pouvons ainsi parler d'**Addiction**. Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), « l'addiction est une pathologie qui repose sur la **consommation répétée** d'un produit ou la **pratique anormalement excessive** d'un comportement qui conduit à une **perte de contrôle** du niveau de consommation/risque, une modification de l'équilibre émotionnel, des troubles d'ordre médical, et des perturbations de la vie personnelle, professionnelle et sociale ». (24)

En 1964, l'OMS prend la décision de ne plus employer le terme de « toxicomanie » mais plutôt « dépendance » afin d'éviter toute connotations sociales et économiques.

Au sens du code de la santé publique également, la **pharmacodépendance** est « l'ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable dans lesquels l'utilisation d'une ou plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire et dont les caractéristiques essentielles sont **le désir obsessionnel de se procurer et de prendre la ou les substances en cause et leur recherche permanente** ; l'état de dépendance peut aboutir à l'auto administration de ces substances à des doses produisant des modifications physiques ou comportementales qui constituent des problèmes de santé publique ». (25)

Cette dépendance est tellement forte, quelle en pousse certains au vol, à la prostitution, à tout moyen pour avoir de l'argent et se procurer sa « dope ». La drogue devient malheureusement la chose la plus importante, au détriment même de manger. La drogue passe avant tout. Cette drogue isole de tout. L'utilisateur se retrouve souvent seul. Cela deviendra une cascade infernale au niveau familial, social, financier et professionnel.

La dépendance se traduit par un **syndrome de manque** lors de l'arrêt de consommation de la substance.

**Syndrome de manque :**

**6 à 8 heures après la dernière prise :** Larmoiements, bâillements, nez qui coule

Après 12 heures	Après 48 heures
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sueurs, frissons</li> <li>▪ Sensation de chaud et de froid</li> <li>▪ Mydriase</li> <li>▪ Anxiété</li> <li>▪ Asthénie</li> <li>▪ Faim d'héroïne</li> </ul>	<p>Les mêmes signes s'intensifient avec en plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diarrhées, coliques, vomissements</li> <li>▪ Hypertension artérielle</li> <li>▪ Tachycardie</li> <li>▪ Hyperthermie</li> <li>▪ Polypnée</li> </ul>
Après 24 heures	Après 72 ou 96 heures
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nausées</li> <li>▪ Douleurs profondes des membres : abdominaux, articulaires et lombaires +++</li> <li>▪ Crampes musculaires</li> <li>▪ Augmentation anxiété</li> <li>▪ Augmentation insomnie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rétrocession progressive du tableau (8 à 10 jours)</li> <li>▪ Persistance de l'insomnie</li> <li>▪ Persistance de l'anxiété</li> <li>▪ Persistance de l'asthénie</li> </ul> <p style="text-align: right;">(26)</p>

**Tableau 2 : Syndrome de manque**

Ce syndrome de manque traduit donc une dépendance non seulement **physique** mais aussi **psychique**.

La dépendance physique est représentée par tous ces troubles physiques lors de l'arrêt de la substance. La dépendance psychique, par le fait que la substance procurera tellement un bien être qu'une impulsion psychique obligera à une administration continue pour prolonger le plaisir et éviter un état de mal, dépressif.

Comme dirait un de mes patients « le manque, c'est une gastro entérite fois dix ».

L'héroïne est très addictive. Il suffit d'une fois pour ressentir l'envie encore et encore d'en consommer. L'utilisateur devra augmenter la dose pour obtenir de nouveau l'effet initial qu'il a connu, c'est ce qu'on appelle la tolérance.

**La Tolérance/Accoutumance** est l'augmentation des doses consommées pour obtenir le même effet. Cette tolérance s'installe assez vite pour l'héroïne, seulement après quelques jours et plusieurs fois par jour de consommation. Cela est dû à une désensibilisation des récepteurs. Ils produisent moins d'effets pour une même quantité de substance. L'utilisateur devra sans cesse augmenter les doses afin d'obtenir l'effet de départ, l'effet recherché. Il se retrouvera dans une spirale infernale avec premièrement une augmentation de la quantité consommée, et par la suite de la fréquence. Cette tolérance sera alors croisée avec celles des autres opioïdes, entraînant ainsi des incidences capitales pour le traitement par agoniste opioïdes ou le traitement de la douleur (morphine).

Lors des trois phases décrites dans la partie précédente, à la dernière phase je parlais de **Craving**. C'est le désir compulsif et insurmontable de consommer de l'héroïne, un besoin de retrouver ses effets plaisants. L'idée de re consommer deviendra obsessionnelle. Le craving sera alors d'autant plus puissant, que l'utilisateur a apprécié l'héroïne. C'est bien là le piège, si nous succombons au craving et que nous décidons de reconsommer et que nous faisons cela plusieurs fois, nous allons vite rentrer dans une addiction très intense. C'est à partir de là que les craving deviennent insurmontables et durent beaucoup plus longtemps.

Si l'addiction persiste, la dépendance va s'installer à son tour. Le corps s'adapte à la présence de la molécule, et nous avons besoin de doses de plus en plus hautes pour ressentir les mêmes effets. Les premiers symptômes de manque apparaissent alors.

Nous verrons, dans la troisième partie « la réalité au comptoir », le mécanisme de cette dépendance, du système de récompense et ces signes de manque. L'héroïne entraîne des troubles physiques et psychiques : dépressions, anxiété, angoisse pouvant pour certains aller jusqu'à des troubles psychiatriques.

Le danger principal est l'**overdose**. L'overdose, ou encore appelée surdosage d'opioïde, est lorsqu'un individu prend un produit opioïde dans une quantité supérieure à la dose limite supportable par son organisme. Cette dose limite dépend de plusieurs facteurs : taille, poids, sexe, état général de santé, consommation de drogues ou médicaments.

Il peut y avoir des périodes où le corps est moins tolérant aux opioïdes (ex : arrêt ou après un démarrage de traitement agoniste aux opioïdes).

L'overdose dépend également du temps écoulé entre les consommations, plus elles sont rapprochées, plus les doses s'accumulent dans l'organisme. L'overdose concerne aussi bien les patients traités par un médicament opioïde comme par exemple le Subutex, la Méthadone, le Skenan, que les usagers de drogues qui consomment de l'héroïne.

Cette dernière peut survenir lors d'une première prise, lors de mélange de produits (alcool, benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques, cocaïne), lors de consommation de produit inhabituel (si l'héroïne par exemple est moins « coupée » que d'habitude et donc plus fortement dosée), lors d'une reprise d'opiacés après une période d'abstinence où il peut y avoir une perte de la tolérance. La pratique d'injection favoriserait également l'overdose, mais, quel que soit le mode d'administration, il y a toujours ce risque.

Il est important de savoir reconnaître les signes d'une **overdose** :

- **Myosis +++**
- **Pâleur de la peau**
- **Bleuissements des lèvres, mains et pieds**
- **Dépression respiratoire : bradypnée +++**
- **Dépression du système nerveux central : engourdissement du corps et de l'esprit**
- **Sommeil ne répondant pas aux stimuli extérieurs +++**

Le risque est la dépression respiratoire qui pourra entraîner la mort.

Si vous reconnaissez ces signes, appeler immédiatement le 15 ou le 112, pour que l'utilisateur ait une prise en charge hospitalière la plus rapide possible. En attendant les secours, il est indispensable de pratiquer un massage cardiaque.

Ce patient sera placé en soin intensif sous oxygène et sera traité par de la **Naloxone ; antidote aux surdoses d'opioïdes**, qui agit en bloquant l'action négative des opioïdes (respiration, conscience).

(13)

Le mode de consommation peut entraîner en plus des effets néfastes de l'héroïne les effets suivants :

### **Injection intra veineuse :**

La pratique d'injection est à risque, elle peut entraîner :

- La transmission du VIH ou des hépatites (B,C)

Le VIH : virus de l'immunodéficience humaine, est responsable du SIDA : syndrome immuno déficience acquise, qui est le stade ultime de la maladie en l'absence de thérapeutique pour contrer le virus. L'hépatite : atteinte du foie qui peut être due à un virus ou à l'alcool et les médicaments. Dans le cas de la transmission par voie intra veineuse on parlera d'hépatite virale B et C.

- Au niveau cutané : abcès, suppuration, hématomes, œdèmes
- Au niveau sanguin : septicémie (infection du sang à cause d'une bactérie) qui peut déboucher sur une endocardite (inflammation de l'endocarde). Attention au jus de citron qui peut être utilisé pour dissoudre l'héroïne, il est imprégné de micro champignons qui pourront s'attaquer au cœur, cela peut aboutir à une endocardite, les valves peuvent être détruites et on obtient une insuffisance cardiaque.
- Au niveau pulmonaire : infection
- Réaction allergique

Complications qui peuvent engager le pronostic vital. (13)

### **Inhalation « chasser le dragon » :**

Cette pratique va toucher plus particulièrement les poumons. Il n'est pas sain de fumer sur une feuille d'aluminium. À long terme, vont se développer des problèmes respiratoires tels que des bronchites chroniques, une dilatation des alvéoles. L'utilisateur aura de plus en plus de mal à respirer. Cette méthode pourra entraîner des complications pouvant aller jusqu'à l'emphysème et le cancer du poumon. (18)

Pour le moment, aucun cas de VIH n'a été déclaré par l'utilisation de cette méthode. Le risque de contamination d'hépatite C est diminué si chacun utilise son matériel. Comme toutes les autres pratiques, le risque d'overdose n'est pas à exclure, cependant, ce mode d'administration permettrait à l'utilisateur de pouvoir mieux doser et tâtonner petit à petit son dosage selon les effets. (27)

### **Insufflation « sniff » :**

Le risque de transmission d'hépatite est diminué uniquement si l'utilisateur utilise son propre tube ou sa propre paille comme pour la méthode vue précédemment « chasser le dragon ». Cette méthode-là impactera la muqueuse nasale : saignements, perforation de la cloison nasale. Le risque d'overdose est bien présent. (28)

### **Fumée :**

Les risques encourus sont exactement les mêmes que pour la méthode « chasser le dragon ». Les poumons seront la cible.

### **Plug :**

Cette pratique touche la muqueuse rectale. L'introduction de la canule de la seringue peut à la longue entraîner des complications rectales, anales et coliques. Au niveau local, il peut y avoir des fissures, des fistules anales, également des hémorroïdes et des diarrhées. À long terme, cette pratique peut entraîner des complications tels que des infections et des pathologies. S'il y a une pratique sexuelle type sodomie, le port du préservatif est conseillé, afin de diminuer le risque de transmission de maladie tel que le VIH. (21)

Quel que soit le mode d'administration, le risque de contamination du VIH et des hépatites B et C est bien présent, même si ce risque est d'autant plus présent lors de la pratique en intra veineuse.

Ce risque de transmission de ces maladies est augmenté lorsque que les conditions de vie sont défavorables, lorsqu'un problème d'hygiène est présent, et surtout lors de partage de matériels. Le phénomène d'overdose est présent dans toutes les voies d'utilisation. Il peut suffire d'une seule et unique fois.

## **8. PROCURATION : MARCHÉ NOIR**

L'héroïne, toujours sur le marché, est au cœur de nombreux trafics mondiaux. Les toxicomanes ont généralement leur dealer attitré, car si jamais l'héroïne est moins coupée que d'habitude et donc de qualité supérieure il faudra que l'utilisateur puisse en être averti pour éviter toute overdose. Il faut une relation de confiance entre dealer et usager.

Triste anecdote, un de nos patients est décédé d'une overdose à 34 ans cette année. Un soir où il avait déjà consommé alcool et drogue, il a voulu racheter de l'héroïne à son dealer attitré.

Or son dealer n'a pas voulu lui en vendre car il a jugé qu'il avait déjà trop consommé de stupéfiants et que cela risquait d'être dangereux. De ce fait notre patient s'est énervé et est allé voir un autre dealer à qui il n'avait jamais acheté d'héroïne. Le lendemain matin, notre patient ne répondait à aucun de ses amis, son frère est allé à son appartement et l'a trouvé mort. L'autopsie a révélé qu'il avait fait une overdose. La qualité du produit acheté au nouveau dealer devait être supérieure à celle qu'il consommait habituellement et son corps ne l'a pas supporté.

L'héroïne est une drogue qui perdure depuis des générations, et touche toute catégorie sociale, toute ethnie et tout âge. La plupart des gens ont toujours ce stéréotype en tête du toxicomane qui est pauvre et vit dans la rue, cependant l'héroïne touche également le monde mondain. Tout le monde est égal face à cette drogue. Derrière les dealers qui vendent de la drogue aux coins des rues se cache un énorme réseau, avec des gérants et des grands barons de la drogue. Nous ne voyons jamais ces derniers, ils sont généralement sous les cocotiers à blanchir l'argent, tout en tenant le réseau à distance grâce aux différents échelons en dessous d'eux. Tout est très bien organisé, c'est pour cela que perdure toujours ces réseaux mondiaux cités précédemment.

Nous pouvons trouver des réseaux dans des grandes villes comme Marseille mais également dans les zones rurales, comme dans des petites villes. Nous pouvons trouver de la drogue aux quatre coins du pays. C'est devenu un véritable business à part entière.

L'héroïne a un prix et elle est tellement addictive que les plus démunis y passeront tout leur argent aux dépens parfois même de leurs besoins vitaux. Le prix de l'héroïne est dépendant de multiples facteurs comme la qualité de l'héroïne (pureté), le dosage, le pays, les produits de coupe, la fidélité du client, le prix du marché ou encore le gérant.

L'office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants constate en 2016 que le prix moyen d'un gramme d'héroïne brune est d'environ 35 euros.

L'observatoire français des drogues et des toxicomanies estime en 2017 le prix moyen d'un gramme d'héroïne à **40 euros**. D'une année à l'autre, nous pouvons voir que le prix augmente. Pour un usager qui consomme 1 gramme d'héroïne tous les jours, l'héroïne lui coûte 1200 euros/mois, quasiment un SMIC. Pour les usagers, qui malheureusement à cause de cette dépendance ne peuvent assurer un travail, c'est très compliqué. Certains usagers se passent de manger, d'autres peuvent en arriver à voler pour se payer leur dope, ou encore certaines femmes peuvent se prostituer afin d'obtenir, soit directement leur dope soit de l'argent pour l'acheter.



Sachant qu'1 gramme par jour d'héroïne pour un toxicomane c'est en général le minimum, nous arrivons à un budget bien supérieur. Certains toxicomanes pourront négocier avec leur dealer pour une avance de dope et le règlement se fera ultérieurement. Il arrive que les dettes s'accumulent et l'utilisateur aura de très gros problèmes avec le dealer (bagarres, règlement de compte).

Concernant la qualité de l'héroïne, l'Institut national de police scientifique a saisi en 2017 dans les rues une héroïne pure à **14%** et l'observatoire français des drogues et des toxicomanies à **16%**. Plus l'héroïne est coupée, plus les trafiquants ont encore matière à en fabriquer, à en vendre et s'enrichir, ceci est dans leur intérêt. Qui dit héroïne coupée, dit héroïne de moins bonne qualité, donc un peu moins puissante, ce qui poussera l'utilisateur à augmenter sa quantité et donc en racheter. (13) (15)

## 9. LA LOI ET L'USAGE DE STUPEFIANTS

Il existe une liste des substances classées comme stupéfiants en France. Cette liste est disponible sur le site de l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de santé (ANSM). Toutes les substances psychoactives présentes sur cette liste sont interdites, d'où le terme « Stupéfiant ». L'héroïne en fait partie.

Ces substances sont ajoutées sur cette liste après un arrêté du Ministère de la Santé et après évaluation toxicologique prouvant l'effet néfaste de l'héroïne, la pharmacodépendance qui en résulte, et le constat d'aucun bénéfice thérapeutique pour la santé humaine.

Il est ainsi interdit de les posséder, de les consommer, de les fabriquer, de les transporter ou de les vendre. La loi lutte contre l'usage, l'incitation et le marché des stupéfiants. (29)

D'après l'article L.3421-1 du Code de la Santé publique : « L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende ». L'infraction à cette interdiction fait l'objet de deux sanctions possibles :

- Amende forfaitaire ou
- Traitement judiciaire

Concernant l'amende forfaitaire, elle est destinée à une personne majeure détenant une faible quantité de drogue ou faisant l'usage de cette dernière lors d'un contrôle de police.

L'amende est de 200 euros mais peut être réduite de 50 euros si l'usager la règle dans les 15 jours suivant l'amende. Cependant, au-delà de 45 jours, elle sera majorée à 450 euros. Cette infraction sera écrite au casier judiciaire de l'individu. Si l'amende n'est pas réglée nous nous orienterons vers un traitement judiciaire. Il existe quelques exceptions où l'amende forfaitaire ne peut être appliquée et fera l'objet directement d'un traitement judiciaire : personne désorientée, personne ne pouvant justifier son identité ou encore personne déjà connue des services.

Concernant le traitement judiciaire, il se passe au tribunal correctionnel. Les juges décident en fonction de la drogue saisie, de la quantité, de l'individu, de ses antécédents, du contexte sanitaire, social et de bien d'autres points, s'ils appliquent une sanction ou s'ils s'orientent plutôt vers des alternatives (rappel à la loi, stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants ou encore d'aider cette personne et de l'orienter vers des structures sociales et thérapeutiques). Les sanctions peuvent être des amendes, ou encore travaux d'intérêts généraux.

Concernant :

- L'incitation à l'usage et au trafic et la présentation du produit : jusqu'à 75 000 euros d'amende et jusqu'à 5 ans de prison (article L3421- 4 du CSP)
- Les actes de trafic : jusqu'à 7 500 000 euros d'amende et jusqu'à 30 ans de prison

Il existe un usage médical de certaines drogues classées comme stupéfiants. Ces substances sont reconnues par l'ANSM pour leur usage thérapeutique. Une prescription médicale est obligatoire pour justifier sa détention et son usage.

En cas de contrôle, le patient doit pouvoir présenter son ordonnance lui évitant toutes sanctions car il prouve que cet usage n'est pas illicite mais thérapeutique. L'ordonnance prouve également que le patient est suivi. Ces substances sont par exemple les substituts à l'héroïne appelés traitements par agoniste opioïdes dont je parlerai dans ma deuxième partie. (30)

Quand nous parlons de substituts à l'héroïne, agonistes opioïdes ou encore médicaments de sevrage, nous parlons dans le jargon pharmaceutique de stupéfiants ou de toxiques. Ces substances-là nécessitent un encadrement. Le patient doit avoir une ordonnance sécurisée prescrite par un médecin addictologue. Le pharmacien doit posséder ces médicaments dans un coffre sécurisé, tenir un carnet des stupéfiants stipulant toutes les entrées et les sorties. Le suivi des stupéfiants est très important. Le pharmacien doit être irréprochable en cas de contrôle.

Les professionnels de santé tels que les médecins ou les pharmaciens peuvent être punis par la loi en cas de non-respect des règles des stupéfiants (sur prescription, falsification d'ordonnances, renouvellement non autorisé).

Les patients également peuvent être punis par la loi s'ils possèdent de fausses ordonnances. Nous entendons souvent parler de vol d'ordonnancier, et par la suite de présentation de fausses ordonnances en officine concernant des toxiques. Un de nos patient a fait de la prison pour avoir vendu les substituts que nous lui avions délivré chaque mois. Il avait chaque mois une nouvelle ordonnance, tout était respecté au niveau réglementaire, cependant, hors pharmacie, il faisait de la revente à la sauvette illégale. Non seulement il peut exister des trafics de stupéfiants mais également de stupéfiants à usage médical qui seront achetés pour être détournés sur le marché noir.

Pour certains toxicomanes, c'est la prison qui leur « sauvera » la vie : prise de conscience, encadrement, suivi sont ce dont ils avaient besoin. Certains se réinséreront dans la société en étant stables sous substituts et pourront reprendre une vie normale, travailler et avoir des projets.

## 10. CONSEILS D'UTILISATION

Les mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie reposent sur la loi du 31 décembre 1970. La répression de l'usage et du trafic de drogues ainsi que l'offre de soins étaient les deux principaux objectifs de cette loi.

La loi du 31 décembre 1970 visait à « compliquer » la vie du toxicomane pour l'inciter à arrêter. Voilà pourquoi l'accès aux seringues était difficile, et pourquoi il fallait absolument une ordonnance. La plupart des toxicomanes avaient honte d'aller chez le médecin pour ça, d'autres refusaient l'accès aux soins, d'autres n'avaient pas de couverture sociale. Il pouvait exister de multiples raisons pour que l'usager ne veuille pas aller chez le médecin pour se faire prescrire des seringues. C'est ainsi qu'il y a eu une propagation du VIH car les seringues furent alors partagées. Ce n'est qu'en 1987 que l'accès aux seringues fut simplifié grâce au décret de Michel Barzach, après avoir pris exemple sur d'autres pays précurseurs (Pays-Bas, Grande Bretagne), instaurant ainsi la réduction des risques. (26)

La vente libre des seringues en pharmacie a eu un impact conséquent sur le non partage du matériel et donc sur la transmission du VIH et des Hépatites chez les usagers de drogues.

En 1994, la ministre des affaires sociales, de la santé et de ville, Madame Simone Veil a annoncé par décret, la mise en place d'un programme d'échange de seringues (local, boutique, travail de rue). Le principe est de recueillir des seringues usagées en échange d'un kit, composé de tout le matériel stérile nécessaire à l'injection intra veineuse. Il y aura également cette année-là, la mise sur le marché de la Stéribox (kit de réduction des risques) vendue en pharmacie.

Quel que soit le mode d'administration de l'héroïne que choisit l'usager, un seul mot d'ordre : la **réduction des risques**. Les usagers de drogues, quel que soit la manière dont ils le font, doivent avoir du matériel stérile pour éviter la transmission de maladies telles que le VIH, l'hépatite ou encore pour éviter les conséquences d'un shoot mal fait : septicémie, endocardites, œdèmes, abcès. Des études réalisées à grande échelle ont montré que lorsque nous donnons les moyens aux usagers, ils se protègent et que de ce fait les transmissions virales diminuent par le biais d'une distribution importante de matériel de réduction des risques et d'information sur les bonnes pratiques.

Pour les usagers qui pratiquent l'injection, les pharmacies vendent des kits appelés « Steribox2 » à 1 euro, contenant deux seringues 1mL, deux ampoules d'eau pour préparation injectable, deux tampons d'alcool, deux ensembles Stéricup stérile à usage unique contenant chacun un récipient (2,5 mL) et un filtre, un tampon sec, un préservatif, un message d'information et de prévention. Ces kits sont vendus en pharmacie dans le cadre de la politique de santé publique menée par le ministère chargé de la santé.



Figure 23 : Stéribox2



Figure 24 : Message Steribox



Figure 25 : Boîte Stéribox



Figure 26 : Composition Stéribox



Figure 27 : Mode d'emploi Stéribox

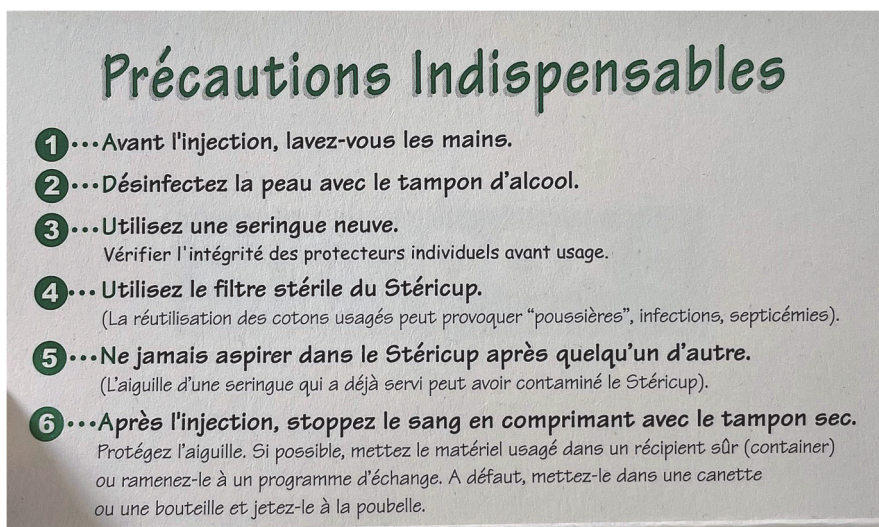


Figure 28 : Précautions Stéribox

La Stéribox, commercialisée par la société Apothicom en 1991, est la référence en matière de réduction des risques. Cependant elle n'a pas été retenue par l'État cette année pour cause de concurrence. Le ministère de la santé ainsi que les associations travaillent pour améliorer les kits de réduction des risques, qui, depuis la fin des années 1990, sont les mêmes.

En décembre 2021, l'État a publié un décret définissant la composition des nouveaux kits et a choisi le laboratoire Edec. De nouvelles candidatures auront lieu en 2023 pour l'élection de nouveaux kits. Nous ne cesserons d'améliorer encore et encore ces kits pour les prochaines années.

C'est ainsi que depuis le **1<sup>er</sup> octobre 2022** la Steribox a été remplacée par le **Kit exper'**, commercialisé par le laboratoire Edec. Il existe **deux modèles** de ce kit :

<b>Kit exper' 1mL</b> → Matériel pour 2 injections	<b>Kit exper' 2mL</b> → Matériel pour 1 injection
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 seringues BD Micro fine à aiguille sertie 29G</li> <li>▪ 2 fioles d'eau pour préparation injectable de 5mL unidoses avec AMM (dissolution du produit)</li> <li>▪ 4 lingettes antiseptiques, bactéricides, levuricides, virucides (2 pour le nettoyage des mains avant la préparation, 2 pour désinfecter la zone d'injection).</li> <li>▪ 2 blisters stériles contenant chacun :</li> <li>▪ 1 filtre à membrane 0,22microns antibactérien, antifongique, retenant les particules non solubles</li> <li>▪ 1 récipient chauffe de 5mL</li> <li>▪ 1 tampon sec en coton intissé post injection</li> <li>▪ 1 filtre coton</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 blister stérile avec ses quatre produits : Filtre exper', Cup exper', filtre coton, tampon sec</li> <li>▪ 1 fiole d'eau ppi de 5 mL avec AMM</li> <li>▪ 2 lingettes antiseptiques</li> <li>▪ 1 aiguille BD Micro lance 25G sous blister stérile (adaptable à la seringue Terumo)</li> <li>▪ 1 seringue stérile de 2,5 mL Terumo (meilleure acceptabilité en raison de son format, bonne préhension, souplesse du piston)</li> </ul>

(31)

**Tableau 3 : Le Kit exper'**



Figure 29 : Kit Exper'

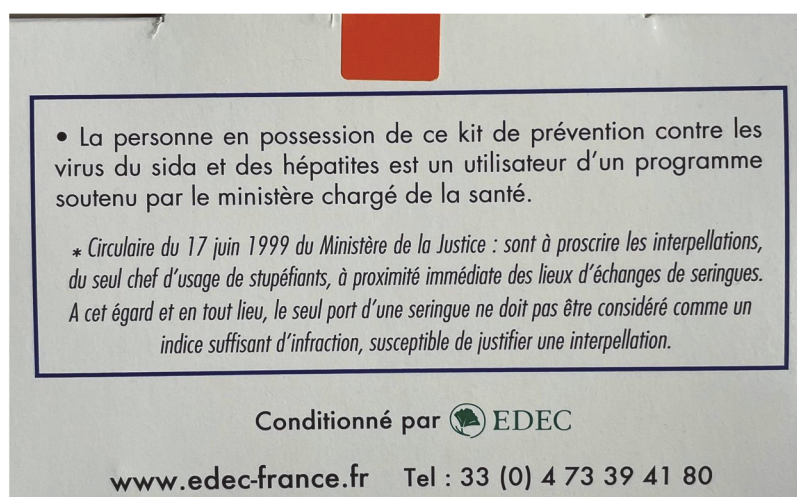


Figure 30 : Message Kit Exper'

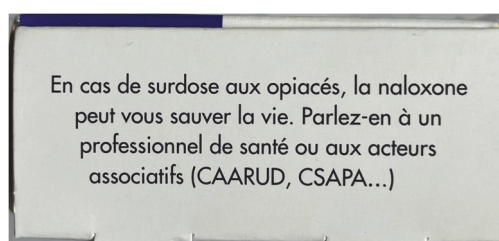


Figure 31 : Prévention Kit Exper'

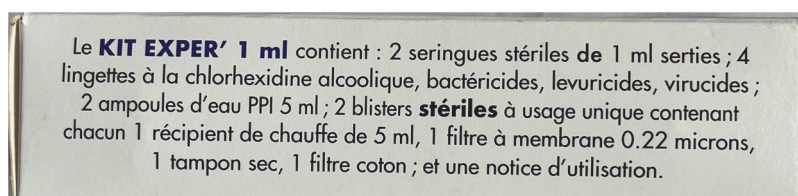


Figure 32 : Composition Kit Exper'



Figure 33 : Numéro info service Kit Exper'

# Kit Exper' 1ml

*Ce Kit est conforme aux nouvelles réglementations ministérielles de sécurité sanitaire, selon les travaux d'équipes de recherches, de professionnels de la réduction des risques et de représentants des usagers.*

**Pour 2 injections, il contient :**

-  **4 lingettes antiseptiques**  
levuricides, bactéricides et virucides (Hépatite C et virus enveloppés).  
2 pour la désinfection des mains, 2 pour la désinfection du point d'injection.
-  **2 cupules 5ml**  
avec manchon prémonté pour vos préparations.
-  **2 fioles d'eau PPI 5ml**  
pour diluer votre produit.
-  **2 Seringues BD microfine**  
stériles, Aiguille 29G, celles que vous connaissez.
-  **2 filtres universels**  
Sa membrane à 0,22µ permet de filtrer bactéries, champignons et particules. Il ne retient pas de produit quand on le rince
-  **2 filtres coton**
-  **2 tampons secs**  
pour stopper le saignement après injection.



**KIT EXPER' 1ml**  
Associatif  
Matériel pour 2 injections  
Usage individuel et unique

Le KIT EXPER' 1 ml est un outil de préparation contre le VIH et les virus des Hépatites B et C.  
CETTE PRODUIT EST DISTRIBUÉ GRATUITEMENT AUX ASSOCIATIONS  
EN LIEN AVEC DES ACTIONS DE RÉDUCTION DES RISQUES  
EN FAVEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE.



**EDEC**  
[www.edec-france.fr](http://www.edec-france.fr)  
Tél : 04 73 39 41 80

**KitExper' existe aussi en 2ml / 1 injection**

Figure 34 : Kit Exper' 1 mL détail (31)

**Exemple du kit exper' 1mL :** avantages et améliorations par rapport à la Steribox.

Fioles d'eau ppi : ne peuvent pas être recapuchonnées. On diminue les risques de conservation et d'une nouvelle utilisation une fois la fiole ouverte.

Filtre à membrane : adaptable à la seringue Becton Dickinson 29G mais également à d'autres types de seringues (à embout Luer, Luer Lock, Omnican, Nevershare). Filtre stérile, filtration rapide, sans perte du produit.

Grille plastique du filtre : réduit les risques de détérioration, de déchirure et de contamination manipulée.

Récipient chauffe 5 mL : plus grande contenance, permet d'éviter toute dispersion ou perte de produit. Manchon rouge prémonté non thermo conducteur ergonomique. En aluminium, pas de peinture ou de vernis pour éviter lorsqu'on chauffe le produit, l'inhalation de produits toxiques.

D'après mes patients, ce kit est la Steribox 2.0, effectivement le préservatif n'est pas « nécessaire », la plupart des usagers prenant ce kit uniquement pour l'injection. Pierre m'avait expliqué que le préservatif de la Steribox n'était pas du tout de bonne qualité, qu'il pouvait se déchirer très facilement. Le kit est plus apprécié surtout pour sa plus grande contenance des cups et pour le filtre à membrane qui est une très bonne avancée en termes de sécurité sanitaire. Dans le kit exper' on n'a plus les conseils écrits à l'intérieur de la boîte mais une notice d'utilisation. Cf page suivante.



# NOTICE D'UTILISATION DU KIT EXPER' 1ML

## 1 Contenu du kit

Le Kit EXPER' 1 ml est un outil de prévention. Ce matériel est à usage unique, il est destiné à éviter la contamination par le VIH, et les virus des hépatites B et C et autres complications liées à l'injection. Il permet aussi de lutter efficacement contre les risques d'abcès et risques de maladies graves provoquées par des bactéries ou champignons (candida). Il s'agit d'un kit pour deux injections : son usage est individuel.

### ■ Le KIT EXPER' 1ml contient :

- 2 seringues stériles 1 ml serties
- 4 lingettes antiseptiques à la chlorhexidine alcoolique pour le nettoyage des mains et des points d'injection
- 2 ampoules d'eau PPI de 5 ml
- 2 blisters stériles contenant chacun :
  - 1 récipient de chauffe de 5 ml avec manchon non thermoconducteur pré-monté
  - 1 filtre à membrane de 0,22 microns
  - 1 filtre coton
  - 1 tampon sec
- 1 notice

## 2 Pourquoi utiliser un kit complet ?

### Prévention

Les infections virales au VIH et aux hépatites B et C peuvent se transmettre par le sang. Pour éviter de vous contaminer ou de contaminer les autres, aucun matériel ne doit être partagé entre utilisateurs.

### Hygiène

Pour réduire les risques de contaminations par des microbes :

- préparer son injection avec des mains nettoyées (lingettes) sur une surface propre
- ne pas réutiliser son matériel
- ne pas toucher, lécher l'aiguille
- ne pas toucher l'intérieur du récipient
- ne pas comprimer le point d'injection avec les doigts.

### Filtration

Pour réduire les risques de «poussières», infections, ou abcès :

- utiliser le filtre à membrane
- Pratiquer la double filtration : filtre coton + filtre à membrane si vous êtes plus à l'aise ou si votre produit a beaucoup d'excipients.

## 3 Mode d'emploi

### Etape n°1 : Hygiène

- Pour ne pas être contaminé par les bactéries et les champignons (candida) et pour limiter les risques de transmission du VIH et des hépatites virales B et C, il est indispensable d'avoir des mains propres et désinfectées.
- Nettoyer ses mains avec une lingette à la chlorhexidine alcoolique, en insistant entre les doigts et dans les plis, pendant 30 secondes.



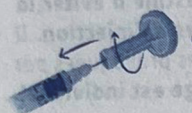
Figure 35 : Notice d'utilisation Kit Exper'

## Etape n°2 : Préparation de l'injection



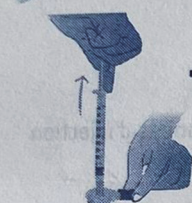
→ Préparer le produit dans la cupule stérile prévue à cet effet.

→ Si le produit doit être chauffé, faire attention à ne pas filtrer ni injecter de produits trop chauds.



→ **Monter le filtre**

Prendre le filtre par le corps, le clipser sur la seringue en appuyant fermement. Afin d'assurer l'étanchéité entre le filtre et la seringue, si nécessaire «visser» le filtre sur la seringue en tournant doucement.



→ **Aspirer le produit**

Poser le filtre sur le fond du récipient de chauffe sans le coller complètement au fond (il doit être en contact avec l'eau pour ne pas aspirer d'air).

Aspirer tout le produit lentement. Il est probable qu'à cette étape la seringue ne soit pas complètement remplie.

A noter : il est possible de pratiquer la double filtration en plaçant le filtre coton au fond du récipient de chauffe, sous le filtre à membrane ou en filtrant 2 fois. D'abord avec le filtre coton puis avec le filtre membrane.



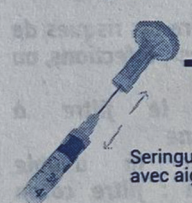
→ **Chasser l'air et rincer le filtre**

Afin de remplir complètement la seringue, chasser l'air sans enlever le filtre. Remettre de l'eau dans le récipient de chauffe : entre 4 à 6 gouttes environ. Cela permet de rincer le filtre et de récupérer le produit restant.



→ **Aspirer à nouveau le produit**

Aspirer à nouveau jusqu'à remplir votre seringue. Ne pas hésiter à ajouter quelques gouttes d'eau PPI dans le récipient de chauffe si nécessaire.



→ **Enlever le filtre**

Enlever le filtre à membrane.

Les particules restent dans les grilles du filtre mais pas le produit actif qui est soluble dans l'eau.

Seringue avec aiguille

## Etape n°3 : Injection



→ **Désinfecter** le point d'injection avec la deuxième lingette à la chlorhexidine alcoolique.

→ **Pour injecter, tourner la partie biseautée de l'aiguille vers le haut. Piquer en direction du haut du corps.**

## Etape n°4 : Après l'injection



→ Pour arrêter le saignement, **compresser le point d'injection avec le tampon sec. Les doigts ne doivent pas entrer en contact avec le point d'injection.**

→ **Jeter la seringue, l'aiguille et le tampon sec dans un container jaune. Chaque matériel doit être éliminé de façon appropriée après usage afin de ne présenter aucun danger pour autrui.**

www.edec.france.fr

Labora  
**EDE**  
tel : 33 (0) 4 73 39 4

Figure 36 : Notice d'utilisation Kit Exper' 2

À la pharmacie dans laquelle je travaille, certains usagers achètent directement des paquets de seringues à insuline (plus rentables financièrement) : 2,90 euros le paquet de 10 seringues. Je tiens à souligner que l'accès aux seringues n'a pas pour objectif de faciliter la toxicomanie mais plutôt de réduire les épidémies de VIH ou hépatites comme il y a pu avoir à l'époque, le but étant d'éviter qu'une seringue serve à plusieurs usagers. Malheureusement nous ne pourrons pas empêcher un usager de consommer l'héroïne, mais on peut lui éviter de gros dommages en le prévenant des risques et lui expliquant l'importance de faire les choses en toute sécurité.

**Distribuer des seringues vise à réduire les complications liées à l'injectable.**

Dans le cadre du programme de réduction des risques, il existe différentes associations de santé publique telle que les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), ou l'association SAFE localisée à Paris, qui fournissent du matériel stérile aux usagers à distance et gratuitement. Les associations fournissent aux usagers qui pratiquent l'injection : garrot, aiguilles, acide ascorbique, ou encore stéricup, à ceux qui pratiquent l'inhalation nommée dans le jargon « chasser le dragon » : une feuille d'aluminium, pour le sniff une paille stérile, et pour l'injection anale : le matériel plug. Le tout stérile afin de réduire au maximum la transmission des maladies. Il y a une seule règle d'or pour les toxicomanes : **ne jamais emprunter le matériel de quelqu'un d'autre.**

Pour les usagers de drogues en général, il est conseillé de garder le même dealer, afin que le produit soit identique à chaque fois, du moins le plus identique possible que la fois précédente pour éviter l'overdose. Pour rappel, ce n'est pas la quantité qui fait l'overdose mais la qualité du produit.

Concernant les différents modes d'administration, la préparation du produit et la pratique nécessitent des règles d'hygiène bien strictes.

### **L'injection :**

L'utilisateur devra se laver les mains au savon ainsi que la zone qu'il a choisie pour s'injecter l'héroïne. Il devra également dans un second temps désinfecter cette zone avec de l'alcool ou désinfectant (ex : Chlorhexidine).

Je souhaite insister sur trois points, à savoir :

- Le rôle de l'espace mort : toutes les seringues possèdent un espace mort, « il correspond au volume dans lequel, une fois le piston de la seringue complètement enfoncé, subsiste une certaine quantité de liquide ». Après usage, cette espace contient toujours du sang, sang qui peut être potentiellement contaminé (VIH ou hépatites) et transmis lors de partage. Il est conseillé de choisir une seringue à espace mort réduit et sertie type BD®, Nevershare®, Terumo®. Cela permet de ne pas perdre du produit et de réduire les risques de transmissions de ces maladies. S'il y a moins de sang perdu, il y a moins de virus et aussi moins de produit perdu.
- La filtration : permet l'élimination des éléments indésirables de la préparation à injecter. C'est une étape indispensable à la réduction des risques. Elle est obligatoire. Pour trois raisons : éviter que l'aiguille soit obstruée durant l'injection, limiter les dommages veineux, et la survenue de complications médicales.

Il est conseillé d'utiliser des filtres membranaires qui éliminent la majorité des particules insolubles en comparaison avec les filtres cotons qui ne les éliminent que partiellement. Il vaut mieux privilégier filtres membranaires, les Sterifilt, filtre toupie qui éliminent bactéries et champignons. La filtration n'altère pas le principe actif et donc l'effet recherché. Aucun filtre n'élimine les virus (VIH, hépatites), c'est pourquoi le seul moyen d'éviter la transmission virale est de ne jamais partager son matériel. (32)

- Les sites d'injection :

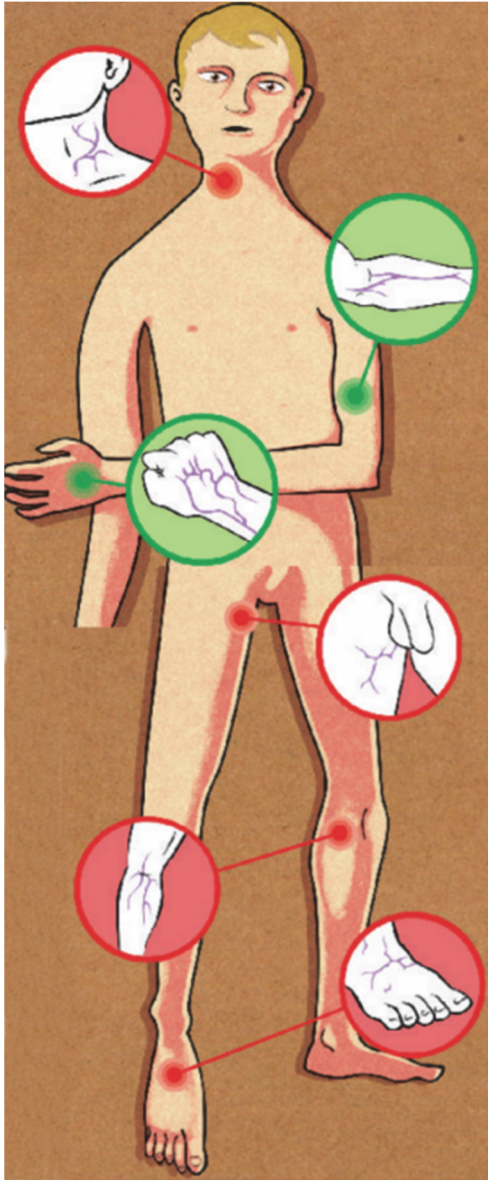


Figure 37 : Sites d'injection de l'héroïne (33)

Il existe différents sites d'injection de l'héroïne. L'héroïne s'injecte par voie veineuse et surtout pas par voie artérielle qui est encore plus dangereuse. Pour rappel, les artères conduisent le sang qui sort du cœur vers les différents organes à la différence des veines qui ramènent le sang de l'organisme vers le cœur. La pression du sang y étant élevée, il y aurait un risque de tordre l'aiguille. Le risque hémorragique est alors beaucoup plus important. L'utilisateur devra faire très attention car de nombreuses artères sont proches des veines.

Parmi les différents abords veineux nous retrouvons : le cou, l'avant-bras, le creux du coude, la main, poignet, à côté de la zone intime, le mollet et les pieds. Plus le site d'injection est éloigné du cœur plus l'héroïne mettra du temps à être absorbée, le phénomène de gravité impactera sur la cinétique. L'héroïne devra être injectée lentement pour éviter toute extravasation. Si le produit passe à côté, ou à travers la veine et passe dans des tissus autour, il y aura des risques d'infections, d'œdème, d'ulcères, de nécrose qui pourront s'aggraver et aller jusqu'à la septicémie.

Les sites d'injections généralement les plus utilisés sont le creux du coude, l'avant-bras et le poignet. L'injection dans la main ou le poignet reste compliquée. Il faut faire très attention car les veines sont beaucoup plus fines, s'abiment très rapidement et ont du mal à se réparer. Il est en de même pour celles des pieds. De plus, les pieds sont des membres généralement humides et donc propices au développement de champignons et de bactéries. Il est donc conseillé de se laver les pieds avant toute injection à cet endroit. Le pied étant le point le plus éloigné du cœur, si jamais l'utilisateur bouche la veine à ce niveau (membres inférieurs), la circulation veineuse sera totalement altérée de ce côté, il y aura des risques de thromboses et également des risques d'infections, d'ulcères et de gangrènes. L'injection au niveau du cou est la plus risquée car c'est dans cette région que se trouvent les plus grosses artères acheminant au cerveau, le risque étant d'autant plus important.

Concernant le contexte, un shoot doit se faire dans un endroit calme, l'utilisateur ne doit pas être stressé et doit se sentir en sécurité pour favoriser au mieux l'injection. Un shoot mal fait peut avoir de terribles conséquences.

Premièrement, l'utilisateur doit choisir une veine. S'il a du mal à la sentir ou la trouver, il peut utiliser un garrot, serrer une balle, ou encore passer le point d'injection sous l'eau chaude pour la faire ressortir. Je tiens à préciser que même un garrot ne se prête pas, il suffit de quelques gouttes de sang pour être contaminé.

Il est conseillé d'orienter l'aiguille biseau vers le haut, en direction de la veine choisie, dans le sens de la circulation afin d'éviter des hématomes.

Pour rappel, la circulation du sang dans les veines se fait des doigts vers les épaules, et des orteils vers le ventre. Une fois l'aiguille bien insérée dans la veine, l'utilisateur peut retirer le garrot ou desserrer la balle. Il doit appuyer doucement sur le piston afin que le produit reste bien dans la veine et qu'il n'y ait pas d'extravasations. Une fois l'injection terminée, l'utilisateur retire doucement l'aiguille et compresse le point d'injection avec un tampon sec. Il jettera la seringue et l'aiguille dans une boîte de recyclage DASRI (déchets d'activité de soins à risques infectieux). L'utilisateur ne devra jamais prêter sa seringue ni son matériel pour réduire les risques pour lui et pour les autres. Diminuer la transmission du VIH et des hépatites est une des principales missions. L'utilisateur devra alterner régulièrement les sites d'injections. Une seringue peut servir pour plusieurs shoots dans une même journée, mais il doit la changer tous les jours.

(33)

### **L'inhalation : « chasser le dragon » :**

Cette pratique consiste à inhaler, à l'aide d'un tube, de l'héroïne disposée sur une feuille d'aluminium chauffée.

Concernant le matériel, des associations distribuent cette fameuse feuille pour chasser le dragon. Il est préférable qu'elle soit assez épaisse pour résister à la chaleur. Il faut découper cette feuille d'aluminium en petit rectangle (20cmx10cm à peu près), et la garder bien lisse. Il faut plier la feuille en deux pour placer l'héroïne sur la partie mate au milieu, et déplacer la flamme du briquet en dessous (1-2cm en dessous) sur la partie lisse afin de faire fondre l'héroïne au-dessus. Nous plaçons l'héroïne sur le côté mate car le côté brillant en aluminium contient de l'huile et peut accrocher, coller à l'héroïne, et nous pourrions donc avoir des vapeurs d'huile. L'utilisateur doit utiliser un tube (10cm) en aluminium pour inhaler et une feuille neuve, le tout à usage unique pour diminuer le risque de transmission de maladie. Le tube pourra être également dispensé par les différentes associations. L'héroïne chauffée va se liquéfier, la fumée libérée sera donc aspirée par la bouche grâce au tube. La feuille se tient à une main (voir figure 10). Il faudra passer le briquet tout doucement sous la feuille afin que la goutte s'évapore petit à petit. Concernant la dose, elle est propre à l'utilisateur. Celui-ci doit manier les dosages car s'il en met peu, il y a de fort risque que l'héroïne brûle très vite, et s'il en met trop, il sera plus compliqué de « gérer » la goutte formée.

Cette pratique-là pourrait être une alternative par rapport à la pratique d'injection puisque les risques d'infection, d'œdème, de transmission du VIH et des hépatites sont diminués, uniquement si l'utilisateur utilise un tube unique et ne le prête à personne.

Cependant les risques de transmission demeurent toujours présents, c'est pour cela qu'il est très important d'avoir son propre matériel. Cette pratique peut aller jusqu'à l'emphysème, et au cancer du poumon. Il n'est pas bon pour la santé de fumer sur de l'aluminium, c'est pourquoi il faut changer cette feuille à chaque inhalation. Cette pratique constitue, à usage régulier, une toxicité pulmonaire très importante. (18)

### **L'insufflation : « sniff » :**

Cette pratique concerne le nez, les narines et la muqueuse nasale. Il peut y avoir autant de risques que les autres modes d'administration de l'héroïne. L'utilisateur devra dans un premier temps se moucher afin de dégager les voies nasales et que rien n'altère le passage de l'héroïne.

L'héroïne sous forme de poudre est pilée et écrasée pour obtenir une poudre la plus fine possible pour que ce soit le moins douloureux possible, ce sont les grains qui abiment la muqueuse nasale. L'héroïne est disposée en lignes fines et régulières pour faciliter l'insufflation sur une surface plane, lisse et propre. L'utilisateur pourra utiliser une paille stérile fournie par une association de réduction des risques, sinon, il est conseillé de rouler une feuille de papier qui sera moins agressive pour le nez. Certains usagers utiliseront une paille en plastique ou un billet. Encore une fois, l'usage de la paille doit être unique, et l'utilisateur ne doit jamais prêter sa paille afin de réduire les risques de transmission de maladies. Quelques minutes après que l'utilisateur ait sniffé le produit, il est conseillé de se nettoyer le nez, de le rincer avec de l'eau stérile pour éliminer tout résidu. Il faut également se moucher. Pour l'entretien des narines, il est conseillé d'utiliser un décongestionnant nasal.

Si le produit brûle, ou qu'il y a des maux de tête et des saignements du nez qui apparaissent, c'est un signe de surdosage ! Il est conseillé d'aller voir bien évidemment son médecin et de ralentir la cadence. Cette pratique de sniff altère la muqueuse nasale et peut aller jusqu'à perforer la cloison nasale. (28)

### **Fumée :**

L'héroïne peut être consommée avec du tabac ou avec d'autres drogues telle que du cannabis sous forme de joint. La règle de base est de ne pas partager sa cigarette ou son joint. D'après un forum de toxicomanes, il faudrait mettre l'équivalent d'un rail de sniff dans sa cigarette pour avoir des effets. Comme ils le disent « autant se taper une ligne direct » pour avoir de meilleurs effets à quantité égale. De plus, l'héroïne serait gaspillée dans la majorité des cas de par la combustion. Les toxicomanes décrivent un goût dérangeant qui donne envie de vomir. Cette pratique sous forme de joint est donc peu utilisée. (34)

### **Injection anale : « plug »**

Après plusieurs années de toxicomanie, il peut arriver que le capital veineux d'un toxicomane soit totalement altéré. Il se peut que certaines veines soient détruites, d'autres bouchées. Ainsi le produit a du mal à être absorbé et la vitesse d'absorption est d'autant plus longue.

C'est pourquoi il reste « l'injection » anale. En effet, dans le rectum existe des veines rectales dites « hémorroïdales » qui propulsent le sang vers le système cave et le système porte. Cette pratique serait aussi rapide que celle de l'injection par voie intra veineuse.

Ce mode d'administration peut être également utilisé lors de pratique sexuelle type sodomie.



Cette pratique de plugging nécessite la même préparation de l'héroïne que celle pour l'injection en intra veineuse. L'utilisateur devra insérer le mélange dans une seringue sans aiguille, il placera juste la canule de la seringue dans l'anus. Pour se faire, il faut un anus préalablement lubrifié afin de faciliter l'introduction de la canule. Certains toxicomanes conseillent d'avoir un rectum vide (lavement juste avant), pour faciliter l'absorption. L'absorption de l'héroïne au niveau du rectum est très dépendante des usagers, la vascularisation n'est pas la même d'une personne à l'autre. Il faudra injecter petit à petit pour que l'héroïne soit absorbée doucement. Il est conseillé de serrer les fesses en retirant la seringue, afin de récupérer un maximum de produit restant. Par la suite, l'utilisateur devra rester de préférence allongé pour garder le plus longtemps son mélange et qu'il puisse être absorbé un maximum.

S'il y a un acte sexuel type sodomie, le port du préservatif est obligatoire pour diminuer le risque de transmission du VIH. (21)

Toutes ces pratiques présentent des risques comme vus précédemment que ce soit au niveau local (veines, muqueuse nasale, muqueuse buccale, muqueuse rectale) et peuvent entraîner à long terme de très grosses complications concernant les organes vitaux (poumons, foie). Il y a toujours ce risque de transmission de maladies telles que le VIH ou les hépatites, raison pour laquelle il est très important de réduire ces risques au maximum, en pratiquant de la manière la plus sécuritaire possible.

### **L'overdose**

Nous rappelons qu'une overdose est une surdose d'opioïdes que l'organisme n'a pas pu supporter, et dont le risque principal étant l'arrêt respiratoire pouvant conduire à la mort.

En France, la majorité des décès (80%) par surdose sont dues aux opioïdes. Il existe un antidote aux opioïdes qui s'appelle la **Naloxone** et qui est prêt à l'emploi sous forme de kit pour que tout le monde puisse l'utiliser en cas de nécessité.

Nous pouvons l'obtenir en pharmacie sans prescription médicale, à l'hôpital gratuitement ainsi que dans des structures spécialisées en addictologie (CSAPA, CAARUD).

Cela fait 15 ans que des programmes ont été mis en place pour distribuer ces kits de Naloxone pour une utilisation hors structures de soins (squat, rue, domicile) aux usagers et à leur entourage. Une douzaine de pays européens ont mis ces programmes en place et la Naloxone est majoritairement distribuée aux Etats-Unis et au Canada.

Les kits distribués étaient de la naloxone injectable, et nous essayons de distribuer désormais la forme nasale. Une administration précoce de cet antidote permettrait d'éviter 4 décès par surdose sur 5. En 2019, une feuille de route destinée à prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes a été publiée par le Ministère chargé de la santé avec plusieurs objectifs : améliorer les pratiques professionnelles, assurer une diffusion large de la naloxone prête à l'emploi, impliquer les usagers et leur entourage, mettre en réseau l'ensemble des acteurs au niveau territorial et favoriser les actions coordonnées de proximité, renforcer le système de vigilance, d'alerte et de réponses. La Naloxone appartient à la liste des matériels de prévention des services de réduction des risques et des dommages.

**Naloxone** : antagoniste spécifique des récepteurs aux opiacés. Son mécanisme consiste à prendre la place de l'opioïde pris à la base, celui à l'origine de la surdose, et d'inverser ses effets déprimeurs en quelques secondes à quelques minutes. Au fur et à mesure, la personne reprendra une respiration efficace et redeviendra de plus en plus consciente. La durée d'action est courte ; de 20 min à 2h selon la voie d'administration, les effets opioïdes peuvent donc revenir. En cas de doute de surdosage aux opiacés, si nous administrons de la naloxone et que la personne en réalité n'avait pas consommé d'opiacés, il n'y aura pas d'instauration de dépendance ni d'effets indésirables. Chez les usagers réguliers, le seul effet indésirable de la naloxone est le syndrome de sevrage, lié à la levée rapide des effets déprimeurs opioïdes.


Aujourd'hui en France, il existe deux types de naloxone :

- **Prenoxad®** : injectable en intra musculaire (seringue préremplie 0,91 mg/ml). Un kit permet l'administration de 5 doses. Médicament remboursé à 65% si prescription. Prescription médicale facultative. Indiqué chez l'adulte.
- **Nyxoïd®** : spray nasal (1,8 mg). Un kit contient deux pulvérisateurs nasaux. Médicament remboursé à 65% si prescription. Prescription médicale obligatoire. Indiqué chez l'adulte et l'adolescent âgé de 14 ans et plus.(35)

L'administration de Naloxone, nécessite au préalable une formation qui est dispensée par des professionnels de santé à l'utilisateur et surtout à son entourage. Sinon lors de l'appel des secours on suivra les indications du médecin si on possède de la Naloxone ou si l'utilisateur en a sur lui.

Ci-joint comment se déroule l'administration des deux spécialités existantes de Naloxone. Il est important de savoir les administrer correctement car cela peut sauver des vies.

Ci-joint des fiches mémo que j'ai prise sur le site de Naloxone.fr (36)



## ADMINISTRER LA NALOXONE PAR VOIE INJECTABLE (INJECTION INTRAMUSCULAIRE)

### Fiche MEMO

Spécialité : Prenoxad®


Prenoxad® contient de la naloxone, un antidote aux opioïdes. Il n'est pas efficace pour les surdoses occasionnelles par tout autre produit psychotrope non opioïde.

Même si vous n'êtes pas certain que la personne fait une overdose, vous pouvez utiliser Prenoxad®, il n'a pas d'effet nocif sur sa santé. Pensez que son utilisation peut sauver la vie !

### Comment administrer Prenoxad®

- 1

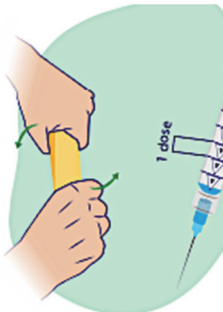
**Avant d'administrer Prenoxad®**

  - Protégez
  - Appelez les secours **15** ou **112**
  - Allongez la personne **sur le dos**
  - Basculez prudemment la tête de la personne en arrière afin de libérer les voies respiratoires
- 2

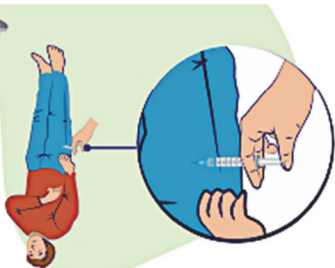
**Préparer Prenoxad®**

  - Retirez l'emballage plastique du kit en tirant le long de la ligne **rouge**. Tenez la boîte par les deux bouts et exercez une torsion pour l'ouvrir.
  - Ouvrez le bout du sachet d'une aiguille, côté couleur bleue, et reposez le sachet dans la boîte.
  - Prenez la seringue et dévissez le capuchon gris.
  - Saisissez de l'autre main le sachet de l'aiguille, vissez l'aiguille sur la seringue et sortez-la du sachet, sans enlever le capuchon. Votre seringue est prête à l'emploi.

N'appuyez pas sur le piston avant d'avoir piqué pour ne pas perdre le produit.


- 3

**1ère injection de Prenoxad®**

  - Tenez fermement la seringue entre le pouce et l'index (en l'appuyant sur le majeur), avec les graduations 1-2-3-4-5 visibles (vers le haut).
  - Repérez la zone à piquer : elle se situe sur le côté extérieur de la cuisse, sur la moitié haute.
  - Décapuchonnez l'aiguille.
  - Enfoncez plus de la moitié de l'aiguille, perpendiculairement à la peau.
  - On peut piquer à travers les vêtements.
  - Injectez 0,4 ml c'est à dire poussez le piston jusqu'au trait noir situé entre le 1 et le 2.
  - Retirez la seringue (avec l'aiguille) de la cuisse et posez la dans la boîte jaune, dans son emplacement initial. Pour que la seringue tienne bien, clipsez la dans les deux encoches.
  - Notez l'heure d'administration de Prenoxad® sur la notice ou sur la peau de la victime (ou n'importe quel papier).

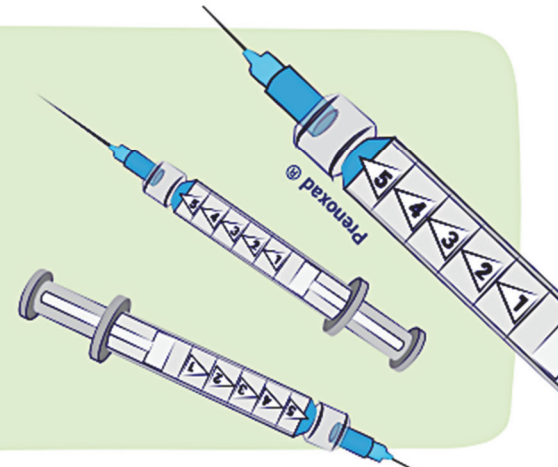


Figure 38 : Prenoxad® (36)

# Fiche MEMO

## 4 Après la 1ère injection de Prenoxad®.....

- Si la personne respire, placez-la sur le côté (position latérale de sécurité – PLS).
- Si la personne ne respire pas, démarrez un massage cardiaque.

Tant que la personne ne donne pas de signes de réveil, administrez de nouvelles doses de Prenoxad® toutes les 2 à 3 minutes.



## 5 Injection des autres doses de Prenoxad®.....

- Si au bout de 2 à 3 minutes il n'y a pas d'amélioration de l'état de conscience et de la fréquence respiratoire, recommencez à injecter (voir cadre « 1ère injection de Prenoxad®).
- Recommencez à injecter toutes les 2 à 3 minutes tant qu'il n'y a pas d'amélioration. Si possible, notez toutes les heures d'administration de naloxone.
- Si l'aiguille se casse ou se tord, changez-la.



## 6 Quand les secours arrivent .....

- Donnez-leur la boîte de Prenoxad® et le matériel usagé
- Indiquez l'heure de la dernière administration de Prenoxad®
- Indiquez quel produit a été consommé si vous le savez.



## Quand et comment changer l'aiguille ?

- QUAND ?**
- Si l'aiguille est cassée
  - Si l'aiguille est sale ou endommagée (tombée par terre...)
- COMMENT ?**
- Commencez par ouvrir le bout du sachet de la 2ème aiguille et reposez-le.
  - D'une main tenez fermement la seringue, de l'autre, tenez la base de l'aiguille endommagée, sur la partie bleue
  - Dévissez l'aiguille en tournant la seringue
  - Posez doucement l'aiguille endommagée dans la boîte jaune
  - Vissez la deuxième aiguille sur la seringue
  - Information importante : si jamais vous piquez lors de cette opération, informez-en les secours dès leur arrivée pour qu'ils mettent en place avec vous le protocole de soin approprié.



## Que faire si on a dépassé la dose en appuyant sur le piston

- Gardez la même surveillance.
- Réinjectez quand même une dose au bout de 2 à 3 minutes selon le schéma préconisé, si l'état de conscience et de la respiration ne s'est pas amélioré.
- Si des signes de sevrage brutal apparaissent (réveil agité, envie de reconsommer...) : il faut essayer d'éviter la reconsommation et rester avec la personne jusqu'à l'arrivée des secours.

# Fiche MEMO

## ADMINISTRER LA NALOXONE PAR VOIE INTRANASALE (PULVÉRISATION DANS LE NEZ)



### Spécialité : Nyxoid®

Nyxoid® contient de la naloxone, un antidote aux opioïdes. Il n'est pas efficace pour les surdoses occasionnées par la consommation de tout autre produit psychotrope non opioïde.

Même si vous n'êtes pas certain que la personne fait une surdose vous pouvez utiliser Nyxoid®, il n'a pas d'effet nocif sur la santé. Pensez que son utilisation peut lui sauver la vie !



### Comment administrer Nyxoid®

#### 1 Avant d'administrer Nyxoid®

- Protégez
- Appelez les secours 15 ou 112
- Allongez la personne sur le dos
- Basculez prudemment la tête de la personne en arrière afin de libérer ses voies respiratoires



#### 2 Utilisation de Nyxoid®

- Sortez un pulvérisateur de la boîte. **Ne testez pas le pulvérisateur**, cela le viderait.
- Tenez le pulvérisateur entre les doigts et le pouce. **Surtout n'appuyez pas avant qu'il soit dans la narine.**
- Introduisez le premier pulvérisateur **complètement dans la narine vers l'aile du nez**. Appuyez fermement sur le piston jusqu'à entendre un « Click ».
- **Notez l'heure** à laquelle Nyxoid® a été pulvérisé.



#### 3 Après utilisation de Nyxoid®

- **Si la personne respire**, placez-la sur le côté (position latérale de sécurité - PLS) et restez près d'elle jusqu'à l'arrivée des secours.
- Si la personne ne respire pas, démarrez un massage cardiaque.



#### 4 Deuxième utilisation de Nyxoid®

- Si la personne ne donne pas de signe de réveil au bout de 3 à 5 minutes après pulvérisation de Nyxoid®, faites à nouveau une pulvérisation. **A l'arrivée des secours, remettez les pulvérisateurs usagés aux secouristes et précisez (si possible) la substance que la personne a consommée.** Notez l'heure de la seconde administration de Nyxoid®.

3 à 5 min



Figure 28 : Nyxoid® (36)

Voici des campagnes publicitaires qu'a publiées le Ministère chargé de la Santé qui illustre à mon goût très bien les différentes situations pour lesquelles nous pourrions utiliser la Naloxone pour sauver une vie. Il ne faut pas stigmatiser l'utilisation de la Naloxone.



Figure 29 : Naloxone – Arthrose (37)



Figure 30 : Naloxone – Méthadone (37)



Figure 31 : Naloxone – Tramadol (37)



Figure 32 : Naloxone – Héroïne (37)

Fin de la première partie.

Je vais vous présenter maintenant un premier témoignage de Pierre, 34 ans, patient qui était autrefois héroïnomane et désormais sous traitement de substitution avec la Méthadone. Je tenais à travers ma thèse confronter théorie et réalité et c'est pour cela que Pierre témoignera à la fin de mes trois premières parties. Il était important pour moi de me mettre pour une fois de l'autre côté du comptoir. Tous ses points de vue lui appartiennent et émanent de son vécu.

## **TEMOIGNAGE PIERRE PARTIE I : 5 MARS 2022 – PHARMACIE JOUVE**

*Moi : Où est-ce que tu es né ? ta situation familiale ? ton enfance ?*

*Pierre : Je suis né en Normandie, après j'ai vite grandi dans les Yvelines en région parisienne, des parents dans l'éducation nationale, une mère alcoolique et son père était alcoolique donc mon grand-père, que je n'ai pas connu et mon oncle aussi, donc je pense qu'il doit y avoir une sorte de terrain un peu à risque et évidemment je me suis mis à boire très très tôt aussi et j'ai arrêté très très tôt aussi.*

*Moi : Tes deux parents étaient professeurs ?*

*Pierre : Ouais ouais ouais étonnamment hein (il rigole). Ma mère était prof en maternelle et mon père est vite passé directeur des écoles.*

*Moi : Est-ce que tu as des frères et des sœurs ?*

*Pierre : Oui j'ai un frère qui lui par contre ne consomme pas, a une vie parfaitement normale, pas de souci. C'est lui l'ainé. Il vit en République Tchèque avec sa copine.*

*Moi : Est-ce que petit tu étais conscient que ta mère buvait ?*

*Pierre : Ah beh oui j'ai vu parce que c'est moi qui devais gérer ça, mon père ne le gérait pas du tout, ça me tombait un peu dessus. Mon père ne gérait pas du tout, il se réfugiait dans le boulot, il était très peu à la maison donc forcément c'est moi qui devais m'occuper de ma mère, c'est moi qui la couchais, aller la réveiller et ce genre de conneries. Par contre elle n'a jamais eu de reproches au boulot ou quoi que ce soit, elle a toujours très très bien travaillé. Ça ne se voyait pas parce qu'elle buvait que le soir. Elle n'arrivait jamais bourrée au travail.*

*Moi : Incroyable comme on arrive à dissimuler les choses.*

*Pierre : Ah mais oui même moi quand j'étais au collège et que j'ai demandé aux services sociaux qu'ils me placent parce que c'était plus possible, on m'a dit ce n'est pas possible tes deux parents sont dans l'éducation nationale.*

*Moi : Est-ce que tu étais soudé avec ton frère ?*

*Pierre : On a à peine 3 ans de différence, mais on ne s'est jamais vraiment bien entendu. Ma mère est décédée j'avais à peine 15 ans sauf que j'étais déjà émancipé et au final c'était une bonne chose, le calme est revenu mais bon je consommais déjà.*

*Moi : À partir de quand as-tu commencé à consommer ? Est-ce qu'il y a quelque chose dans ta vie qui a fait que ?*

*Pierre : Beh je n'ai pas vraiment le souvenir en fait. J'ai commencé les clopes comme tout le monde au collège, vraiment pour faire comme tout le monde, après beh les joint évidemment, l'alcool c'était festif mais au final c'est devenu un problème donc je me suis arrêté.*

*Moi : Cash ?*

*Pierre : Oui mais j'étais jeune je n'avais même pas 16 ans encore, et je me suis retrouvé alcoolique vraiment à trembler le matin.*

*Moi : Tu vivais encore chez ton père ?*

*Pierre : Oui je payais un loyer donc ouais, il me faisait payer un loyer. Étonnamment ils ont payé le permis, la voiture, le permis moto, la moto à mon frère, une partie de ses études et moi à 15 ans je devais payer une partie du loyer.*

*Moi : Il y avait une préférence ?*

*Pierre : Je ne sais pas... après j'étais un peu plus débrouillard aussi je cherchais à travailler je ramenaient de l'argent.*

*Moi : Au niveau drogues dures tu as commencé par quoi ?*

*Pierre : Kétamine, c'est une copine qui m'a ramené ça et m'a montré comment on le cuisinait et c'est parti de là, c'était festif, j'allais déjà en teuf, je consommait des ecstasys, le lsd. Ça a été très révélateur d'ailleurs, la première fois que j'ai pris du lsd, quand je suis revenu à la raison je me suis rendu compte qu'il y avait plein de choses qu'on ne nous expliquait pas, qui clochait, avec la perte de temps que peuvent impliquer les hallucinations, je me suis vraiment dit le monde ce n'est pas ce qu'on m'a expliqué.*

*Moi : Tu as commencé par consommer de la kétamine mais tu étais à ce moment là encore scolarisé ?*

*Pierre : Oui à ce moment-là oui.*

*Moi : Comment de la kétamine tu es passé à l'héroïne ?*

*Pierre : Parce que dans le milieu de l'injection c'est souvent l'héroïne. Encore plus dans la région parisienne et tout autour, les gens dans le nord consomment énormément d'héroïne parce qu'elle n'est pas chère. Et à partir du moment où on parle d'injection on parle souvent d'héroïne. L'un entraînant l'autre.*

*Moi : Pourquoi as-tu consommé de l'héroïne ? es-tu allé voir par toi-même ?*

*Pierre : Beh je trouvais ça fun, j'en ai entendu parler, et en plus de ça j'avais des insomnies je me suis dit ça va m'aider, alors on ne dort pas mais ça calme.*

*Moi : Est-ce que tu te souviens de la toute première fois que tu as consommé ?*



*Pierre : Non absolument pas, ça fait ouf, j'ai 34 ans j'avais une quinzaine d'années donc....*

*Moi : Tu avais 15 ans la première fois que tu as consommé de l'héroïne ?!!!*

*Pierre : Ouais, quand j'ai commencé à injecter j'avais 15 ans, et j'en rencontre maintenant qui en consomme encore plus jeune.*

*Moi : Est-ce que tu étais bien entouré ?*

*Pierre : J'avais ma grand-mère, c'est elle qui m'a élevé, parce que ma mère m'a donné très tôt à ma grand-mère parce qu'elle voulait une fille. En gros elle s'est débarrassée de moi et après elle m'a récupéré assez tard je devais avoir 12-13 ans.*

*Moi : Et ton père ?*

*Pierre : Beh je le connais mais on n'a jamais eu plus d'affinités. On se reparle un peu.*

*Moi : Mais quand ta mère t'a repris et que ça n'allait pas à la maison, ton père n'a pas cherché à partir et vous protéger ton frère et toi ?*

*Pierre : La seule fois où mon père est venu me dire un truc censé, c'était pour me demander ce que je pensais du divorce. Je lui ai dit, allez-y, divorcez, mais vite et ma mère est morte peu de temps après.*

*Moi : À 15 ans tu as réussi à te piquer tout seul ?*

*Pierre : Tout seul non, la première fois on me l'a fait, d'ailleurs c'était des gens assez dingues maintenant que j'y pense. Je me rappelle maintenant mon premier dealer d'héroïne, c'était un fou, il avait déjà perdu une jambe, il avait des abcès à répétition à cause de l'héroïne. Il avait une trentaine d'années et avec ses potes ils s'amusaient à s'envoyer des doses létales d'un côté et de l'autre côté à se réveiller avec de la pseudo éphédrine. C'était des barbares. C'est mon dealer qui m'a piqué pour la première fois mais je n'étais pas tout seul on était nombreux, c'est un peu leur façon de faire aussi. Au début c'est gratuit, c'est assez facile et au bout d'un moment faut payer ou travailler.*

*Moi : Au départ l'héroïne a été commercialisée en pharmacie, tu savais ?*

*Pierre : Oui oui beh c'était pour remplacer la morphine, d'où le nom héroïne d'ailleurs puisque c'était censé un peu aider sur le champ de bataille et au final ils se sont rendus compte que l'addiction était encore pire, plus rapide en tout cas.*

*Moi : Quelle type d'héroïne as-tu acheté au début ?*

*Pierre : Entre la brune et la blanche, c'est ce qu'on appelle la rabla. C'est une sous qualité. C'est plutôt couleur crème, on sent que ce n'est pas pur quoi. Et ensuite je suis passé à la Brown, l'héroïne brune, et la blanche. Grosse différence entre les deux, la blanche beaucoup plus violente car beaucoup plus pure, elle est plus travaillée. L'effet est plus dangereux d'ailleurs, la montée est violente et je parle de quantité qui sont vraiment minimes minimes. C'est souvent comme ça qu'il y a des overdoses maintenant.*

*Moi : Concernant les différents modes d'administration ?*

*Pierre : Injection au niveau des bras au début je connaissais que ça après « chassez le dragon », ça c'était quand j'étais en Espagne justement vu que là-bas il y a moins de programmes d'échanges de seringues, c'est difficile de se procurer du matériel alors qu'eux ont des narco salles depuis très longtemps mais pourtant il y a beaucoup moins d'injecteurs chez eux que chez nous. L'héroïne là-bas elle est coupée avec des produits, comme par exemple le diclophényl qui est fait notamment pour être fumé. L'héroïne ne se consomme pas trop sur l'aluminium, plus elle est pure et moins elle va couler en fait donc il rajoute des produits pour pouvoir faire en sorte que ce soit consommable de cette façon. L'effet par rapport à l'injection, quand on fume, le corps l'assimile plus rapidement étonnamment. Par injection ça vient de l'intérieur du corps, le bien être vient de l'intérieur alors que quand tu fumes c'est plus court, ça soulage plus rapidement mais il n'y a pas cette montée, cette euphorie, ce flash. Sniff aussi j'ai fait, c'est ce qu'il y a de plus constant je dirais, c'est ce qui permet d'assimiler le mieux en partie. Le plug je n'ai jamais essayé. J'ai rarement vu des gens fumer l'héroïne dans une pipe par contre. Concernant l'injection, plus on s'injecte, plus on a les veines défoncées donc plus longtemps ça met à faire le tour du corps.*

*Moi : Quand tu te piquais tu changeais à chaque fois d'endroit ?*

*Pierre : Non malheureusement, mais au début je connaissais pas du tout tout ce qui était réduction des risques etc en plus quand j'ai commencé c'était dans un bled de la région parisienne donc on n'avait pas forcément accès aux Steribox, donc des fois **fallait qu'on achète des vaccins, qu'on les réutilise, c'était une horreur, je me suis vu même sur du papier de verre limer la seringue pour qu'elle puisse refonctionner** quoi. Moi au début je me disais on a des veines ce n'est pas important, mais maintenant j'essaierai même plus.*

*Moi : Tu étais conscient du danger ?*

*Pierre : Étonnamment oui, j'ai toujours été conscient de ce que je faisais. Je m'informais énormément avant de consommer un produit. Même quand **je récupérais de l'eau dans des flaques** je savais ce que je faisais sauf que je m'en foutais.*

*Moi : Mais tu t'en foutais parce que tu étais dans une mauvaise période de ta vie ? tu n'avais pas de projets, d'objectif ?*

*Pierre : Non, je n'ai jamais eu de projet, je ne me suis jamais dit tiens je vais faire ça comme métier. Enfin même à l'heure actuelle c'est assez compliqué d'ailleurs.*

*Moi : Quand tu t'injectais l'héroïne tu étais toujours à l'école ?*

*Pierre : Au début oui, et j'ai vite décroché, j'ai vite compris qu'il fallait que je gagne de l'argent. J'ai arrêté l'école juste avant mes 16 ans, mes notes ont chuté. J'étais déjà en BEP. J'ai sauté des classes, je suis arrivé à l'école je savais lire et écrire j'ai commencé en CE1 mais ça été très rapide, je suis passé en CE2 direct. En discutant avec d'autres collègues, je me suis rendu compte que tous les parents ne buvaient pas, qu'ils ne frappaient pas leur enfant...*

*Moi : On t'a déjà levé la main dessus ?*

*Pierre : Oh oui plus d'une fois, je me suis pris des bouteilles, je devais coucher ma mère. Je protégeais mon frère parce que j'étais un peu plus rebelle et je ne supportais pas qu'elle s'en prenne à lui pour rien. Mon père avait peur de ma mère. Il se réfugiait dans le boulot. À 18 ans mon père avait déjà son bac et enseignait, il était déjà professeur et surdoué.*

*Moi : Tu as consommé pendant combien temps l'héroïne ?*

*Pierre : Jusqu'à il y a quelques années, en tout quinze ans. Après avec des pauses, il y a eu beaucoup de **traitements de substitutions**, alors ça **c'est l'erreur fatale**, faut pas. Un jour j'ai découvert le manque, et un gars m'a dit beh viens avec moi on va voir un médecin, il va te prescrire du Subutex, je te le fais passer sur mon numéro sécu et au final c'était mon médecin de famille.*

*Moi : Oh mince*

*Pierre : Mais il m'a quand même fait l'ordonnance.*

*Moi : Oui après c'est son rôle (moi, naïve sur le moment)*

*Pierre : Oui en **bon médecin de dealer**. Ouais enfin c'est son rôle de faire deux ordonnances sur une carte de sécu qui n'est pas la mienne, sachant qu'il connaissait mes parents, non ce n'est pas son rôle non. Donc c'est un bon médecin dealer, ils ont leur nombre de patients sous traitement de substitution, ils savent que c'est des patients qu'ils vont voir 15 min et voilà.*

*Moi : Le manque tu l'a eu au bout de combien de temps ?*

*Pierre : Assez vite, deux semaines même pas.*

*Moi : Quand tu as pris le Subutex, ça ta soulagé juste le manque ?*

*Pierre : Ah non au début ça m'a complètement mis à l'ouest, vu que je ne connaissais pas la molécule. Je ne l'ai pas pris par la bouche, je l'ai directement injecté, encore un truc bête. Il y a une addiction au geste, d'ailleurs avant dans les traitements de cure il y avait des programmes où c'était prévu où on te donnait un substitutif et on te laissait te faire des injections avec de l'eau ppi. Mon Subutex je le préparais comme l'héroïne, sauf que je ne chauffais pas, et que la quantité d'amidon qu'il y a dedans est impressionnante.*

*Moi : as-tu vu des changements physiques sur ton corps ?*

*Pierre : Au début non.*

*Moi : Tu prenais héroïne et Subutex alors ?*

*Pierre : Oui, le jour où j'ai commencé le Subutex, plus moyen d'arrêter les opiacés en générale. Quand j'ai découvert les traitements de substitution, parce que la buprénorphine c'est bien plus pure que l'héroïne qu'on trouve en tout cas et le manque est horrible je ne conseille pas de commencer. **Le traitement de substitution ce n'est pas une solution du tout, ça te met dedans encore plus.** C'est peut-être bien quand on a des patients qui ont 15 ans de « carrière » derrière eux, maintenant un jeune de moins de 18 ans qui n'est pas encore vraiment accro fin... Déjà lui mettre deux claques et lui donner un petit choc, juste le mettre à l'arrêt. Surtout qu'à l'époque j'avais quand même la possibilité d'être chez mes parents.*

*J'esquivalais le plus possible d'être chez moi. Dès fois je partais, je revenais deux jours après, mon père ne disait rien, c'était la politique de l'autruche je pense. D'ailleurs c'est assez étonnant parce que maintenant il est à la retraite, mais après il a commencé à enseigner aux professeurs comment s'en sortir avec les enfants surdoués à haut potentiel. Il s'est rendu compte de l'échec avec moi et du coup il a commencé à l'enseigner aux autres et il a même été récompensé pour ça putain (il rigole nerveusement...) il a reçu une palme académique. Quand même hein ! c'est assez ironique au final, ça me fait rire.*

*Moi : Quand tu as commencé à consommer, tu as directement vendu de l'héroïne ?*

*Pierre : Très peu de temps après. Je me suis toujours trouvé assez doué dans la vente de stupéfiant étonnamment. Du coup beh j'ai passé une bonne partie de ma vie à faire ça.*

*Moi : Tu savais d'où provenais ta Cam quand on te fournissait pour la vendre ?*

*Pierre : Au début si, plus ou moins, après je n'avais pas tous les détails sur la chaîne de production, ni les conditions géo politiques.*

*Moi : Tu te souviens combien coûtait 1g d'héroïne ?*

*Pierre : Non moi je vendais par 50 ou 100 g, après je suis vite passé au kilo. C'était assez cher, j'achetais pour 25 000 euros et après au détail c'était fois 3 fois 4.*

*Moi : Mais tu faisais comment au début pour acheter la Cam ? tu as toujours dealé ?*

*Pierre : Oui enfin plus ou moins, j'ai toujours fait des petits boulots officiels. J'ai vite compris qu'il valait plus travailler à décharger des conteneurs la nuit de façon illégale et mettre de l'argent de côté. Mes petits premiers boulots, vu qu'on était tous mineurs beh les rabatteurs nous faisaient bosser, ils ouvraient le grillage, ils avaient des deals avec la sécurité. Dans les conteneurs il y avait des consoles, des tv, des chaussures. Moi j'étais payé juste à décharger et après j'avais une commission.*

*Moi : Waouh mais un vrai système l'affaire !*

*Pierre : Ah oui mais c'est un réseau, c'est une mafia vraiment. Puis petit à petit on commence à rentrer dedans.*

*Moi : Les sous tu ne pouvais pas les mettre sur ton compte ?*

*Pierre : Et non j'avais tout en liquide, d'ailleurs pour ma première perquisition j'étais encore à l'internat. Ce petit boulot là je l'avais quand j'étais encore à l'internat du lycée pour mon BEP. Je vendais à l'internat des benzo, neuro etc...*

*Moi : Mais comment tu avais ces médicaments ?*

*Pierre : ah beh sur ordonnance, **c'est tellement facile**, en plus j'étais insomniaque donc j'avais tout ce que je voulais. Je ne les prenais pas pour moi je les vendais. Puis après ce n'est pas compliqué d'aller voir un médecin pour qu'il nous prescrive de la Ritaline ou autre. Et malheureusement une fois ça a envoyé un petit jeune dans le coma, ça a été une grosse erreur.*

*À l'internat il y avait deux parties, moi je m'occupais d'une partie et l'autre partie je l'avais délégué à quelqu'un et apparemment un petit jeune en a pris plus et ça l'envoyé à l'hôpital. Évidemment il nous a balancés. Je vendais aussi à l'internat des chaussures, consoles des conteneurs. Je faisais du business dedans et dehors. Quand les flics sont venus, ils ont trouvé mes sacs de sport remplis de billets. Je n'avais même pas 16 ans, comment je pouvais expliquer ça, puis à l'époque le blanchiment d'argent je n'y avait même pas pensé. Je ne viens pas de ce milieu-là.*

*Moi : Au niveau géographique tu es allé où dans ta vie ?*

*Pierre : Région parisienne où j'ai beaucoup bossé, après pas mal de séjour à Djibouti, à la Réunion, Ile Maurice. J'ai fait une vingtaine de pays. Quand je voyageais, je continuais à consommer. Maintenant j'aimerais voyager mais plus en étant dépendant justement. J'aimerais bien avoir une cure de sommeil mais bon en France ça ne se fait plus trop.*

*Moi : Une cure de sommeil, c'est quoi ?*

*Pierre : L'idée c'est de plonger le patient dans un semi coma, de « l'aider » de façon médicamenteuse et à la fin de le gaver de Naloxone et de le sortir du coma comme ça toute la partie manque dur il l'a vécu sans souffrir, sauf qu'en France à priori ça ne se pratique plus.*

*Moi : Ça se pratique dans quels pays ça ?*

*Pierre : Espagne, Belgique, Pays Bas. En France l'addictologue m'a dit que ça se faisait mais avant qu'elle soit médecin, avant même qu'elle commence ses études de médecine. Après le souci c'est qu'il y a un petit pourcentage qui ne sortent pas du coma, qui ont un choc tellement violent que.... Après derrière on sort de là on est clean sauf que si on retourne à consommer la même quantité ou que le produit est moins coupé que d'habitude beh boom c'est comme ça que les overdoses arrivent. Les médecins ils sont bien gentils de nous dire de faire des cures mais ce qu'ils ne nous disent pas c'est que c'est là que nos veines vont vraiment s'abimer, que les problèmes de cœur vont venir, qu'on va faire des embolies et que justement quand on va sortir et qu'on va vouloir consommer beh là on risque de faire des overdoses. Quand on sort **si on n'a pas l'environnement social qui a évolué** on retourne aux vieilles habitudes et c'est là où ça devient dangereux. Pour les veines, moi je l'ai constaté quand j'ai arrêté de m'injecter en Espagne il y a quelques années, elles sont toutes devenues sclérosées mais vraiment d'un coup, tant que je continuais ça allait plus ou moins, et quand j'ai arrêté elles sont devenues dures comme du béton, j'ai commencé à avoir des problèmes pour respirer.*

*Moi : Tu as voyagé pour travailler ou juste pour les vacances ?*

*Pierre : Ça dépendait, je suis resté 2 ans en Allemagne, 2 ans en Pologne, je suis passé en Belgique, en Italie, j'ai été au Togo, au Burkina-Faso, j'ai quand même pas mal voyagé.*

*Moi : Ton dernier voyage avant de revenir en France ?*

*Pierre : Espagne, et c'est là où je me suis cassé la jambe et qu'après je suis revenu en France. Je me suis dit faut que je change de pays.*

*Moi : Tu as fait comment pour te casser la jambe ?*

*Pierre : Je suis passé par le 3<sup>ème</sup> étage.*

*Moi : Pourquoi ?*

*Pierre : Je ne préfère pas le dire. C'était un mauvais « job ». C'était soit je sautais par la fenêtre et il valait mieux, soit je ne sortais pas de l'appartement. Donc bref, je me suis cassé la jambe, je suis resté en Espagne pour me soigner, je consommais encore un peu d'héroïne. Je prenais plus depuis un moment de Subutex. Je suis passé à la Méthadone parce que le Subutex je l'injectais. En prenant de la méthadone je me suis mis dans la cocaïne et tout le reste.*

*Moi : Ça ne t'a jamais réussi le **traitement de substitution** ?*

*Pierre : Non à chaque fois et quand j'en parle autour de moi ça ne marche que très rarement. Je ne connais personne chez qui ça marche ou alors si ça marche ils sont toujours à 180 mg de Méthadone depuis dix ans ou vingt ans. **Arrêt total ça n'existe pas.** C'est beaucoup plus pur que le produit qu'on a ici. Les drogues qu'on a ici elles sont très loin d'être pures, je ne sais pas quels sont les rapports de l'ofdt, on doit être à quelques pourcentage pour l'héroïne encore moins sur la cocaïne.*

*Moi : Comment après l'Espagne es-tu arrivé à La Ciotat ?*

*Pierre. : Avec un pote on s'est dit bon beh on va à La Ciotat c'est une des villes de France où il y a le plus d'enseillement à l'année. Mon pote avec qui je voyage depuis des années. Puis même je me suis dit faut vraiment que tu changes de vie quoi, encore une fois je sortais de prison.*

*Moi : Tu as fait de la prison à quel âge ?*

*Pierre : Tôt, la première fois j'avais une vingtaine d'années. J'en ai fait 4 fois de la prison dans 4 pays différents : France, Allemagne, Espagne et en Angleterre. Presque 5 ans de prison en tout.*

*Moi : Toujours par apport à ça ?*

*Pierre : Oui malheureusement. Toujours un truc. À chaque fois que j'avais arrêté, je me trouvais une copine et forcément le seul boulot que je fais bien et vite c'est ça. Donc à chaque fois c'est la solution facile pour avoir de l'argent, on reprend un appartement et puis petit à petit on a des contacts donc c'est très difficile de se séparer de certains contacts, quand on rentre dans certains réseaux c'est très difficile d'en sortir et donc ça revient vite et à chaque fois la même histoire, je m'installais avec une copine et peu de temps après boom.*

*Moi : L'héroïne quand tu l'as plus du tout touché, tu as eu un déclic ?*

*Pierre : Ça m'intéressait plus, c'était plus assez fort*

*Moi : Tu as switché avec autre chose ?*

*Pierre : Oui plutôt le fentanyl ou l'oxycodone, ou opioïde de synthèse.*

*Moi : Tu les achetais dans la rue ?*

Pierre : Non sur internet

Moi : Sur le dark net ? (naïve encore une fois)

Pierre : Non même pas, **tout est accessible sur Google** vraiment. Maintenant c'est peut-être un peu plus contrôlé parce qu'il y a eu des accidents. Tous les opioïdes synthétiques sont encore en vente libre par contre tout ce qui est amphétamines là ça a été classifié. Ouais c'est absurde.

Moi : Quand tu es arrivé ici tu avais un toit ?

Pierre : Non je suis resté à la rue un moment. Puis j'en ai eu marre, j'avais envie de me poser, d'essayer d'avoir une vie normale, enfin normale entre guillemets.

Moi : À l'heure où on se parle, est ce que tu consommes toujours quelque chose ?

Pierre : Oui la Méthadone, les benzo et de temps en temps un peu de cocaïne mais ici il n'y en a pas c'est vite réglé.

Moi : Parfois tu viens à la pharmacie demander des stéribox, c'est pour quoi ?

Pierre : À la base c'est pour les anticoagulants. Vu que j'ai le pied pété et que j'avais des produits à injecter beh je me faisais les injections de médicaments moi-même. Au début j'avais tout un lot de seringues assez impressionnantes. Je consommais plus et un fois une copine elle me dit tu peux aller me chercher une steribox ? J'ai dit ouais euh si tu veux, du coup petit à petit je me suis mis à re fréquenter des gens qui consomment et je vois qu'effectivement les gens ont besoin et n'osent pas demander quoi.

Moi : Donc les steribox ce n'est plus pour toi ?

Pierre : Beh non, plus maintenant non. Ça m'est arrivé mais c'est très très rare. Je vois les autres consommer ça ne me donne pas envie et puis ici y a rien comme drogue. Je serais curieux, j'aimerais trouver un laboratoire qui accepte de faire analyser la cocaïne qu'on trouve.

Moi : En plus ce n'est pas ce qui manque dans les rues à côté ?

Pierre : Ouais beh ouais y en a partout, puis c'est tous les mêmes, c'est toujours les mêmes familles.

Moi : Les dealers ?

Pierre : Oui même en arrivant là, ils me connaissaient plus ou moins pour certains, ils m'ont déjà proposé du travail, et ça faisait des années que j'étais en Espagne. Et ouais **quand je te dis que c'est difficile de sortir de certains réseaux c'est vraiment difficile**. Même là il y a quelques jours j'ai rencontré un gitan, il me connaît, je ne sais pas d'où, je ne sais pas qui c'est enfin bref. Des gens pas fiables.

Moi : Ça fait combien de temps que tu es sous Méthadone ?

Pierre : Trop longtemps. En Espagne quand je me suis éclaté le pied, vu que je n'avais pas de papiers rien, le seul médicament à visée antalgique qui pouvait me donner c'était la Méthadone.

*Moi : Mais pourquoi ils ne t'ont pas donné de morphine ?*

*Pierre : Parce que j'étais consommateur donc forcément... Je ne me serais pas pété la jambe, je ne serai plus dépendant, je n'aurais plus de problème.*

*Moi : Tu penses que tu aurais réussi à arrêter tout seul ?*

*Pierre : Beh j'avais décroché.*

*Moi : Et par rapport au manque et au Subutex ?*

*Pierre : Ouais mais vu qu'en Espagne je prenais plus de Subutex et que je fumais l'héroïne de temps en temps pour le plaisir... vu que là-bas elle est faite pour être fumée. C'est difficile à prouver mais je pense qu'il y a une volonté de la part de certains gouvernements de faire les choses de cette façon, en Espagne ils ont eu une épidémie, un problème sanitaire avec les injections et en quelques années seulement on se retrouve avec une héroïne qui n'est plus injectable, il y a plus de problème d'échange, il y a des narco salles, et des fumoirs qui ouvrent partout. Et en Espagne je crois qu'ils ont l'autorisation de mise sur le marché comme en Angleterre pour la Méthadone comme antidouleur, il me semble.*

*Moi : Parlons des effets indésirables de l'héroïne ?*

*Pierre : Alors constipation, c'est plus avec les produits de substitution, sinon oui avec tous les opiacés. Je ne sais pas si c'est réellement une diminution de la sensation de faim mais on l'oublie oui, j'ai pu passer des semaines sans manger, je buvais des boissons sucrées, soit une bouteille d'eau avec moitié eau moitié sucre. Somnolence évidemment. Perturbation du cycle menstruelle chez la femme, oui ça je l'ai vu. Pas de problème de libido quand je consommais l'héroïne à l'époque par contre maintenant oui j'ai des problèmes de libido depuis que je suis sous substitués en tout cas, encore une fois. Ostéoporose oui et avec la Méthadone c'est une horreur c'est encore pire, parce que ça vient se fixer dans la moelle osseuse et forme des petits cristaux dans la moelle osseuse qui ressortent après, j'ai très mal dans les os.*

*Moi : Syndrome de manque ?*

*Pierre : En premier je mettrais larmoiements, nez qui coule, bâillements, après en deuxième partie je mettrais les douleurs de dos. Au début, ce n'est pas une douleur, c'est une gêne comme si t'avais la peau trop courte pour tout l'intérieur, tu tends les jambes tu ne peux pas, tu les plies tu ne peux pas les garder pliées, un peu comme la sensation des jambes lourdes. On ne peut pas rester en place. Moi ce c'est ce qui me dérange le plus d'ailleurs, et avec la Méthadone ça dure et ça dure encore plus longtemps.*

*Moi : Au début tu as le flash après le plateau et la redescende où tu es mal ?*

*Pierre : Ouais après ça te laisse le temps d'aller rechercher la prochaine dose pour ne pas arriver à ce stade de manque où là tu ne peux plus rien faire. J'ai vu des gens faire des choses vraiment chelou quoi.*

*Moi : Là en ce moment tu es que sous Méthadone et ça va ?*

*Pierre : Non j'aimerais bien arrêter la Méthadone parce que c'est vraiment une merde sans nom. J'ai des problèmes de libido que je n'avais pas avant, j'ai une dépendance qui est horrible.*



*Si pendant un ou deux jours je ne prends pas de métha le troisième jour je vais être très mal et les jours d'après **je vais vouloir me tuer**. C'est une des rares choses qui me fait peur. C'est même plus des idées noires là, c'est vraiment vouloir se tuer, ça m'est déjà arrivé d'avoir envie de sauter par la fenêtre et me casser un membre en me disant **je vais arrêter de penser au manque ne serait-ce que quelques secondes**. Le manque de Méthadone, je n'ai rien connu de pire. Normalement la Méthadone c'est un traitement pour 21 jours à la base.*

*Moi : Oui exact mais c'est une chose que je n'ai jamais vue.*

*Pierre : Ils fonctionnent là-dessus, plus ils ont de patients, plus ils ont de subventions, plus ils ont intérêt à augmenter les doses et à garder leurs patients. C'est con, mais le système n'est pas bien foutu je pense. Le problème c'est que c'est partout pareil en Europe. Je sais que je n'arriverai pas à arrêter de consommer alcool et shit par exemple, de temps en temps par contre j'aimerais bien arrêter d'être dépendant. Que ce soit qu'en milieu festif, sauf qu'avec la Méthadone ou même la plupart des TSO, c'est impossible donc à voir comment je vais faire. Je veux vraiment faire la cure de sommeil.*

*Moi : Tu n'as pas peur ?*

*Pierre : Non ça fait des années que j'y réfléchis et la peur n'évite pas le danger donc bon. En tout cas ça me fait moins peur que d'être en manque de **Méthadone**. Au bout de 3 semaines : vomissements, diarrhées intenses. **C'est une drogue sponsorisée par l'état** c'est tout. On change de dealleur et c'est un gain d'argent.*

*Moi : Je me sens impuissante parfois et j'ai l'impression d'entretenir la chose.*

*Pierre : Ouais mais il faudrait repartir en amont, il y a des lois qui mélangent santé et répression et là c'est n'importe quoi du coup ça pénalise l'usage, donc il n'y a rien de productif, à côté de ça **on a la vente des Steribox mais on n'est pas censé consommer**. Ça crée des failles et ça permet à des médecins addicto ou généraliste de faire leur chiffre.*

*Moi : On va dire que la seule chose qui me conforte quand je distribue des seringues c'est que je me dis il va le faire proprement.*

*Pierre : Oui il y a moins de partage de seringue et de problèmes, ça j'ai pu le voir en bossant dans divers associations AIDES, SAFE. On a fait des maraudes, on avait un local. Quand j'étais en Allemagne on allait dans les free party et on distribuait des flyers on faisait de l'information et du testing.*

*Moi : Tu as l'air quand même motivé pour avoir travaillé dans des assos, c'est que tu as envie que les choses changent ?*

*Pierre : Ouais beh c'est comme quand je suis parti en Afrique, au début c'était juste un voyage ou deux puis c'est parti dans l'aide humanitaire. Je pense que c'est des choix un peu perso je ne sais pas pourquoi mais c'est vrai que là maintenant **j'aimerais bien que mon parcours serve**. Maintenant je me dis bon je ne suis pas encore sevré, je ne suis pas encore sorti de tout ça mais j'aimerais bien que toutes les erreurs que j'ai commises et mon passé servent en fait. Justement c'est pour ça que là j'ai pris contact avec différentes personnes, différentes structures, pour voir s'il y a moyen qu'on mette en place un CARUUD ici. Ça m'est déjà arrivé de ramasser des seringues par terre et ça ça ne devrait pas arriver ce n'est pas normal.*

*Ici je n'en ai pas trouvé mais quand je suis arrivé on m'a dit que c'était un peu la politique de la coté d'azur.*

*Moi : Tu es allé à la mairie pour obtenir un logement ?*

*Pierre : Oui inscris toi sur liste d'attente, dans 10 ans on te proposera un HLM. Mon référent social m'a clairement dit oublis.*

*Moi : Tu as fait des petits boulots ici ?*

*Pierre : Oui magasins de farfouille, extra plonge. C'était au black. C'est là que j'ai rencontré ma copine, donc au début c'est elle qui m'a hébergé, après elle a perdu son taf donc c'est moi qui me demerdais pour payer son loyer et puis on s'est séparés et je lui ai laissé l'appart. Je ne m'attendais pas à ce qu'elle s'installe après avec mon ancien coloc. Maintenant je sais qu'ils sont en couple. Pour une fois je pensais avoir un groupe social normal, avec des jeunes qui ne consomment pas qui dealent pas beh...*

*Moi : Tu es en recherche actuellement de travail ?*

*Pierre : Ouais beh là je donne des cours d'informatique à domicile, après je bosse pas mal sur internet aussi, je passe beaucoup de temps sur mon pc la nuit, je bosse sur le crypto monnaie les bitcoins les trucs comme ça.*

*Moi : Tu as investi là-dedans ?*

*Pierre : C'est ce que j'essaie de faire mais vu que je n'ai pas de fonds d'investissement propre beh... je n'ai même pas un téléphone viable. Là j'étais suivi à la mairie par Alice\*\*\*\*\* qui a juste oublié de me dire que je sois suivi par un autre organisme pour signer un contrat pour que je puisse continuer à toucher mon RSA, pendant trois mois elle a juste oublié de me le dire hein, tout va bien tout va bien. Quand je suis arrivé à La Ciotat elle m'a dit c'est bon vous allez avoir votre RSA, elle n'a jamais transmis mon rib à la caf. Ce n'est pas cool quoi nous derrière on compte sur elle.*

*Moi : Tu n'as donc aucun revenu depuis ?*

*Pierre : Beh là depuis 3 mois non...*

*Moi : Tu fais comment pour vivre ?*

*Pierre : Beh je n'ai pas le choix, je bosse et le reste du temps je fais la manche. Je n'ai vraiment pas le choix. Et depuis le 31 décembre j'ai plus d'appart donc là c'est assez compliqué ouais retour case départ.*

*Moi : Ta routine c'est quoi ?*

*Pierre : Le matin j'essaie de bosser comme je peux, en général j'ai bossé toute la nuit, après quand je peux je donne des cours d'informatique, du dépannage des trucs comme ça, et puis la nuit je me demerde pour faire un peu de sous sur internet, et entre temps faut que je fasse la manche pour manger. C'est un peu épuisant.*

*Moi : C'est dommage que tu ne sois pas beaucoup aidé, je vois que tu es volontaire et tu as envie de travailler. Pourquoi pas t'aider ?*

*Pierre : Il y en a beaucoup qui me voit comme un consommateur déjà, juste comme un **junky** tout simplement. J'ai quand même **la gueule de l'emploi** (il me montre ses dents), ça se voit un peu quoi, ça joue un peu quoi.*

*Moi : Ce n'est pas parce qu'on est bien habillé qu'on a tué personne. Tout le monde a un passé.*

*Pierre : Il rigole ah ça j'en connais plein, d'ailleurs ici j'en connais pas mal qui ont des passés et pourtant, des mecs qui bossent à la mairie et qu'on des passés poufff bref. Après ici il y a une volonté de tout laisser dans le paraître, que ce soit propre.*

### ***Je lui montre ma partie où j'explique la Steribox.***

*Pierre : Ce qu'il faut marquer c'est ne pas utiliser ce préservatif, il n'y a rien de plus dangereux, ça pète c'est une horreur c'est à se demander s'ils ont fait exprès quoi, tout le reste du matos c'est niquel.*

### ***Je lui montre les différents endroits où on peut s'injecter.***

*Pierre : À partir du moment où on commence à se rapprocher des mains, là on perd la sensibilité au niveau des doigts, sur toute la zone du poignet aussi, on perd la sensibilité, le toucher. Toujours injecter de l'extérieur vers l'intérieur.*

*Moi : Oui exact dans le sens de la circulation.*

*Pierre : Ouais moi j'avoue que je n'ai jamais respecté et j'ai rencontré un gars à Lyon, une seule fois il a l'a pas fait comme ça il a perdu son pouce, pas de chance. Même le biseau toujours vers le haut pour éviter d'abimer la gaine.*

### ***Je lui montre les deux types de Naloxone.***

*Pierre : Injection on n'est pas censé l'avoir, faut être urgentiste ou avoir un diplôme.*

*Moi : Le spray on peut l'avoir ?*

*Pierre : Alors le spray moi je peux, vous vous pouvez mais au CSAPA ils n'ont pas le droit mais ça vient de leurs directives après faut que j'en parle avec eux.*

### ***Je lui montre les fiches mémos.***

*Pierre : Il faut penser à assister la respiration au cas où, parce qu'en général si on a l'usage du spray c'est que la personne ne respire déjà plus ou très mal, donc si on peut on aide à assister la respiration.*

*Moi : Tu l'as déjà utilisé le spray pour toi ou quelqu'un ?*

*Pierre : Ouais sur moi.*

*Moi : Parce que tu as senti que tu partais ?*

*Pierre : Ah ouais ouais il a fallu que je prévienne mes collègues là je vais faire une overdose donc sortez-moi.*

*Moi : Tu as ressenti quoi comme symptômes ?*

*Pierre : Un soulagement, un peu comme une hémorragie, on se sent bien, on se sent calme, il y a plus de bruit petit à petit, une image blanche et boum.*

*Moi : Tu as eu le temps de te le faire ?*

*Pierre : Ah oui oui parce que autour de moi ils n'avaient pas l'air de comprendre que j'étais en train de faire une overdose d'ailleurs ces cons, dans ces cas là pour moi c'est un réflexe mais tu n'appelles pas l'ambulance dans l'appartement, je sors la personne et j'appelle l'ambulance dehors ça évite de foutre dans la merde tous les gens qui sont dedans. Je n'aurais pas perdu un logement ici à La Ciotat, c'était un couple, la fille m'a justement volé quelques gélules de metha et son conjoint la frappé et du coup ils ont appelé l'ambulance dans l'appart et on s'est tous fait dégager.*

*Moi : Tu te souviens quel effet tu as eu quand tu t'es mis le spray ?*

*Pierre : Non je me souviens plus après j'ai perdu connaissance*

*Moi : Tu penses que ça t'a sauvé ?*

*Pierre : Je ne sais pas si ça m'a sauvé mais ça m'a forcément aidé et le spray je l'ai bien gardé dans la main histoire de signaler que je l'avais utilisé. **Pour le coup, le fait d'avoir été formé et informé ça m'a bien sauvé la vie** cette fois ci ouais. Après j'ai une chance incroyable on va dire parce que j'ai fait un certain nombre d'overdoses et pour l'instant je suis encore là.*

## **PARTIE 2 : PRESENTATION DES SUBSTITUTS A L'HEROÏNE : METHADONE, BUPRENORPHINE, BUPRENORPHINE/NALOXONE**

### **1. PRINCIPE DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES**

Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) est désormais appelé traitement par agoniste opioïde (TAO) pour des raisons de stigmatisation.

Le principe du traitement par agoniste opioïde (TAO) est de substituer l'héroïne (opioïde) par un médicament pharmacologiquement similaire. Nous passons d'un psychotrope illicite acheté au marché noir, à un psychotrope licite, réglementé, et prescrit par un médecin (cadre légal). Ces médicaments permettent une **réduction des états de manque aux opioïdes** ainsi qu'une **diminution de la consommation du produit addictif**.

Le TAO est une substitution pharmacologique certes, mais **une prise en charge médicale, psychologique et sociale** du patient est indispensable à son accompagnement et à la réduction des risques de rechute (38).

Cette substitution permettra au patient de s'éloigner du produit, des risques encourus, il sortira de l'illégalité et d'un contexte social à risque. Une fois sortie de sa routine quotidienne et stabilisé, il pourra envisager de nouveaux projets et se réinsérer socialement ainsi que professionnellement. Un traitement de sevrage permet au patient de mener une vie la plus normale possible.

Il n'existe pas de normes ou de règles établies concernant la durée du traitement, cela est patient dépendant. Le degré de dépendance, la stabilité, les effets indésirables, le contexte social, les aléas de la vie et de nombreux facteurs influenceront le choix des patients. Certains auront une consommation transitoire, passagère, d'autres sentiront le besoin de le continuer toute leur vie.

Le but de l'accompagnement étant de donner un sens à la prise en charge thérapeutique du patient, il est donc primordial d'établir et de maintenir une relation de confiance entre le patient et les professionnels de santé qui le suivent. Le patient doit pouvoir se confier sur sa vie personnelle, son contexte social, ses consommations d'autres produits et ses éventuelles rechutes. Les professionnels de santé sont là pour l'écouter, l'aider et l'accompagner (39).

## 2. COMMERCIALISATION

Il existe trois traitements qui ont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France, utilisés dans la dépendance aux opioïdes : (40) (41) (42)

<b>Chlorhydrate de méthadone</b>	<b>Buprénorphine haut dosage</b>	<b>Buprénorphine haut dosage / Naloxone</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Methadone AP-HP</b> AMM sirop: 1995 AMM gélule : 2007 <u>Laboratoire</u> : Bouchara-Recordati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Subutex®</b> : commercialisé en 1995</li> <li>▪ <b>Buprénorphine générique</b> : commercialisée en 2006 <u>Laboratoire</u> : Indivior France</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Suboxone®</b> : commercialisé en 2006 <u>Laboratoire</u> : Indivior France</li> </ul>

**Tableau 4 : Commercialisation des traitements de substitution**

## 3. INDICATIONS

<b>Chlorhydrate de méthadone (Méthadone AP-HP)</b>	<b>Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques)</b>	<b>Buprénorphine haut dosage / Naloxone (Suboxone®)</b>
<p>Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opioïdes dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.</p> <p>Le traitement est réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans.</p>	<p>Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opioïdes dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.</p> <p>Le traitement est réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans.</p>	<p>Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opioïdes dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.</p> <p>Le traitement est réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans.</p> <p><b>La Naloxone est une molécule qui empêche le mésusage du produit par voie intraveineuse. (43)</b></p>

**Tableau 5 : Indications des traitements de substitution**

Le choix d'un TAO doit être fait au cas par cas.

La Méthadone par exemple serait adaptée en cas de : difficulté à renoncer à l'injection, poly consommation (alcool, benzodiazépines, cocaïne), comorbidité psychiatrique, dépendance sévère, situation de grande précarité sociale, patients non stabilisés sous buprénorphine (son effet opiacé partiel peut induire une moindre stabilisation chez certains patients), patients nécessitant un traitement antalgique morphinique.

Le Subutex est généralement attribué aux personnes insérées dans la vie active.

Concernant la Méthadone, avant l'instauration du traitement, une analyse urinaire est obligatoire afin de vérifier la consommation récente d'opiacés et l'absence de prise de Méthadone comportant un traceur spécifique. Cette analyse permet également pour les professionnels de santé de s'assurer que le patient ne bénéficie pas de deux suivis avec prescription de Méthadone. Cette analyse urinaire est également recommandée pour les autres substituts. Les mesures médicales, psychologiques, sociales et éducatives associées sont indispensables pour la réussite du traitement. (44)

#### 4. FORMES GALÉNIQUES, COMPOSITION ET DOSAGES

Formes galéniques		Dosage	Composition
Chlorhydrate de méthadone (Méthadone AP-HP)	<u>Sirop</u> : flacon (récipient unidose)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5mg/3,75mL (*2,3g, *1,6% de volume)</li> <li>▪ 10mg/7,5mL (*4,6g, *1,6% de volume)</li> <li>▪ 20mg/15mL (*9,1g, *1,6% de volume)</li> <li>▪ 40mg/15mL (*9,1g, *1,6% de volume)</li> <li>▪ 60mg/15mL (*9,1g, *1,6% de volume)</li> </ul>	<p><u>Excipients à effets notoires</u> : saccharose*, éthanol*.</p> <p><u>Autres excipients</u> : acide sorbique, glycérol, D-xylose, saccharose, concentré pour sirop d'orange amère, eau purifiée.</p>
	<u>Gélules</u> : corps de couleur blanche comportant l'inscription en couleur noire du dosage en radial et d'une coiffe de couleur correspondant au dosage.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 mg : rose</li> <li>▪ 5 mg : ivoire</li> <li>▪ 10 mg : jaune</li> <li>▪ 20 mg : caramel</li> <li>▪ 40 mg : brune</li> </ul>	<p>Une boîte est constituée de 7 gélules.</p> <p><u>Excipients à effets notoires</u> : lactose.</p> <p><u>Autres excipients</u> : carmellose sodique, carboxyméthylamidon sodique type A, stéarate de magnésium, silice colloïdale anhydre, lactose monohydraté.</p> <p><u>Enveloppe de la gélule</u> : gélatine, dioxyde de titane (E171), oxydes de fer (E172) rouge, noir et jaune (uniquement pour la coiffe).</p>



<p><b>Buprénorphine</b>  <b>haut dosage</b>  <b>(Subutex® ou</b>  <b>généériques)</b></p>	<p><b><u>Buprénorphine (générique) MYLAN :</u></b>  Comprimés sublinguaux : rond blanc, biconvexe, gravé le chiffre du dosage sur une face et une flèche sur l'autre face. La présentation peut différer selon le laboratoire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>0,4 mg</b></li> <li>▪ <b>1 mg</b></li> <li>▪ <b>2 mg</b></li> <li>▪ <b>4 mg</b></li> <li>▪ <b>6 mg</b></li> <li>▪ <b>8 mg</b></li> </ul>	<p>Une boîte est constituée de 7 comprimés.  <u>Excipients à effets notoires :</u> lactose  <u>Autres excipients :</u> lactose monohydraté, mannitol, amidon de maïs, povidone K30, acide citrique anhydre, citrate de sodium, sodium stearyl fumarate.</p>
	<p><b><u>Subutex :</u></b> Comprimés sublinguaux blanc à crème, ovales, plats, aux bords biseautés avec la gravure « 04 », « B2 », « B8 » sur une face selon le dosage.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>0,4 mg</b></li> <li>▪ <b>2 mg</b></li> <li>▪ <b>8 mg</b></li> </ul>	<p>Une boîte est constituée de 7 gélules.  <u>Excipients à effets notoires :</u> lactose.  <u>Autres excipients :</u> lactose monohydraté, mannitol, amidon de maïs, povidone K30, acide citrique anhydre, citrate de sodium, stéarate de magnésium.</p>
<p><b>Buprénorphine</b>  <b>haut dosage /</b>  <b>Naloxone</b>  <b>(Suboxone®)</b></p>	<p>Comprimés sublinguaux hexagonaux biconvexes blancs de 6,5mm portant la mention « N2 » ou « N8 » gravée sur une face.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>2mg/0,5mg :</b>  2 mg de chlorhydrate de buprénorphine et 0,5 mg de chlorhydrate de naloxone dihydraté.</li> </ul>	<p>Une boîte est constituée de 7 comprimés.  <u>Excipients à effets notoires :</u> chaque comprimé contient 42 mg de lactose monohydraté.  <u>Autres excipients :</u> mannitol, amidon de maïs, povidone K30, acide citrique anhydre, citrate de sodium, stéarate de magnésium, acésulfame de potassium, arôme naturel de citron, arôme naturel de citron vert.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>8mg/2mg :</b>  8 mg de chlorhydrate de buprénorphine et 2 mg de chlorhydrate de naloxone dihydraté.</li> </ul>	<p>Une boîte est constituée de 7 comprimés.  <u>Excipients à effets notoires :</u> chaque comprimé contient 168 mg de lactose monohydraté.  <u>Autres excipients :</u> macrogol, maltritol, liquide arôme naturel de citron vert, hypromellose, acide citrique, acésulfame potassium, citrate de sodium, jaune orangé S (E110), propylène glycol (E1620)</p>

**Tableau 6 : Formes galéniques, composition et dosages des substituts**

**Le chlorhydrate de méthadone sirop** comporte du **saccharose**, l'utilisation est déconseillée chez les intolérants au fructose, les patients présentant un déficit en sucrase/isomaltase ou encore atteints d'un syndrome de malabsorption du glucose et galactose. Il faut faire attention de prendre en compte cette quantité de sucre dans la ration journalière chez les personnes diabétiques. Il contient aussi de **l'alcool**, ce qui est dangereux chez les personnes alcooliques, femmes enceintes et allaitantes, hépatiques ou épileptiques.

**Le chlorhydrate de méthadone gélule** comporte du **lactose**, il est déconseillé chez les intolérants au galactose, présentant un déficit total en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et galactose. Les remarques sur le lactose valent également pour le Subutex® et Suboxone®.

Pour la Méthadone, l'instauration du traitement se met en place avec le sirop. Pour le traitement d'entretien, il y aura un passage à la forme gélule pour le confort du patient. Les patients qui sont stabilisés sous la forme sirop depuis **au moins 1 an** peuvent bénéficier de la forme gélule. L'initiation de la prescription se fera au CSAPA puis relais en médecine de ville.

Concernant les 3 TAO, premièrement, l'objectif sera de supprimer les symptômes physiques liés au manque : fortes douleurs musculaires, bâillements, rhinorrhée, mydriase, larmoiements, agitation, transpiration. Ensuite, de réduire au maximum les signes subjectifs du manque dont le craving et déterminer la posologie adéquate permettant un arrêt de la consommation d'opiacés. Ainsi, maintenir un arrêt de consommation d'opiacés au long cours et réévaluer si nécessaire la posologie. (40) (41) (45) (46) (47)

## 5. MECANISMES D'ACTION

	Mécanismes d'action
<b>Chlorhydrate de Méthadone (Méthadone AP-HP)</b>	<b>Agoniste complet</b> des récepteurs aux opioïdes : récepteurs $\mu$ (comme la morphine). Propriétés analgésiques, antitussives, entraîne un syndrome de dépendance pharmacologiques. Propriétés euphorisantes faibles.
<b>Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques)</b>	<b>Agoniste partiel</b> des récepteurs cérébraux $\mu$ et antagoniste des récepteurs $\kappa$ . Liaison lentement réversible aux récepteurs $\mu$ qui minimiserait de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiants. C'est un agoniste partiel, index thérapeutique élevé limitant les effets déresseurs cardio-respiratoires.
<b>Buprénorphine haut dosage / Naloxone (Suboxone®)</b>	<u>Buprénorphine</u> : agoniste partiel des récepteurs $\mu$ et antagoniste des récepteurs $\kappa$ . Liaison lentement réversible aux récepteurs $\mu$ qui minimiserait de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiants. <u>Naloxone</u> : antagoniste des récepteurs $\mu$ . Administrée par <b>voie orale</b> ou <b>sublinguale</b> : elle n'a que peu ou pas d'effet pharmacologique en raison de son métabolisme presque complet lors du premier passage hépatique. Administrée par <b>voie intraveineuse</b> : provoque des effets antagonistes opioïdes marqués et un syndrome de sevrage aux opioïdes, le but étant de dissuader cette utilisation par voie intraveineuse. La Naloxone précipite l'apparition du syndrome de sevrage chez les patients dépendants à l'héroïne, à la méthadone ou à d'autres opioïdes. (40) (41) (45) (46) (47)

Tableau 7 : Mécanismes d'action des substituts

## 6. PHARMACOCINETIQUE

Tableau 8 : Pharmacocinétique des substituts

<b>Chlorhydrate de Méthadone (Méthadone AP-HP)</b>	
<b>Absorption</b>	<p>Administré par voie orale. Bien absorbée par le tube digestif car liposoluble.</p> <p>Pic plasmatique entre 2h30 et 4h après administration.</p> <p>Subit un premier passage hépatique.</p>
<b>Distribution</b>	<p>Se lie à l'albumine et aux protéines plasmatiques (taux de fixation entre 60 et 90%) et tissulaires.</p> <p>Effets cumulatifs et lente vitesse d'élimination.</p> <p>Concentrations foie, poumon rein &gt; la concentration plasmatique</p> <p>Les concentrations plasmatiques peuvent varier d'un individu à un autre. Patients recevant 100-120 mg/jour, la demi-vie est très variable : de 13 à 47 heures (moyenne 25heures)</p>
<b>Métabolisme</b>	<p>Hépatique principalement où se produit une N-déméthylation et une cyclisation sans conjugaison. Les métabolismes sont inactifs.</p>
<b>Élimination</b>	<p>Excrétée par filtration glomérulaire, puis réabsorption rénale. Sa clairance rénale diminue avec l'augmentation du pH urinaire.</p> <p>La voie principale d'élimination est l'excrétion urinaire. Après administration de méthadone : 20% sont excrétés dans les urines sous forme inchangée et 13% sous forme métabolisée.</p> <p>20 à 40% de la dose initiale est excrétée dans les fèces sous forme métabolisée via la bile.</p> <p>La méthadone peut être trouvée dans la sueur et la salive.</p> <p style="text-align: right;">(40) (41) (45) (46) (47)</p>

<b>Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques)</b>	
<b>Absorption</b>	<p><u>Voie orale</u> : N-désalkylation et glycoconjugaison dans l'intestin grêle et dans le foie. Important premier passage hépatique, voilà pourquoi la voie orale est inadaptée.</p> <p><u>Voie sublinguale</u> : biodisponibilité entre 15 et 30 %. Le pic de concentration plasmatique a obtenu 90 min après la prise du comprimé. Relation dose-concentration maximale est linéaire entre 2 et 16 mg.</p>
<b>Distribution</b>	<p>Rapide</p> <p>Demi-vie est de 2 à 5 heures.</p>
<b>Métabolisme</b>	<p>Métabolisée par 14N-désalkylation (CYP3A4), et glycoconjugaison de la molécule mère et du métabolite désalkylé. La N-désalkylbuprénorphine est un agoniste <math>\mu</math> de faible activité intrinsèque.</p>
<b>Élimination</b>	<p>Bi ou tri exponentielle. Longue phase d'élimination terminale : 20 à 25 heures due à une réabsorption de la buprénorphine après hydrolyse intestinale du dérivé conjugué, et due au caractère hautement lipophile.</p> <p>Elle est éliminée dans les fèces par excrétion biliaire des métabolites glycoconjugués (70%), le reste est éliminé dans les urines. Attention chez les insuffisants hépatiques, la métabolisation étant importante on retrouve des taux plasmatiques plus élevés de buprénorphine chez ces patients-là, faire attention aux risques de surdosage et toxicité, adaptation posologique.</p>

(40) (41) (45) (46) (47)

## Buprénorphine haut dosage / Naloxone (Suboxone®)

	<u>Buprénorphine</u>	<u>Naloxone</u>
<b>Absorption</b>	<p><u>Voie orale</u>: N-désalkylation et glycucoconjugaison dans l'intestin grêle et dans le foie. Important premier passage hépatique, voilà pourquoi la voie orale est inadaptée.</p> <p><u>Voie sublinguale</u>: la concentration plasmatique maximale est obtenue en 90 min. Les concentrations plasmatiques de buprénorphine augmentent avec les doses croissantes de suboxone.</p>	<p><u>Voie sublinguale</u>: les concentrations plasmatiques de naloxone sont faibles et diminuent rapidement. La naloxone ne modifie pas la PK de la buprénorphine.</p>
<b>Distribution</b>	<p>Rapide</p> <p>Demi-vie est de 2 à 5 heures. La buprénorphine est très lipophile, ce qui entraîne un passage rapide de la BHE. La liaison de la buprénorphine aux protéines alpha et beta globulines est à peu près de 96%.</p>	<p>La liaison de la naloxone aux protéines est essentiellement avec l'albumine (45%).</p>
<b>Métabolisme</b>	<p>N-désalkylation (CYP3A4). La molécule mère et le métabolite primaire desalkylé, la norbuprénorphine font ensuite l'objet d'une glycucoconjugaison. La norbuprénorphine se lieux aux récepteurs opioïdes.</p>	<p>Dans le foie par glycucoconjugaison pour former la naloxone 3-glycuromide et aussi par N-désalkylation et réduction du groupe 6-oxo.</p>
<b>Élimination</b>	<p>Bi ou tri exponentielle, demi-vie moyenne : 32 heures. Elle est éliminée dans les fèces par excrétion biliaire des métabolites glycucoconjugués (70%), le reste est éliminé dans les urines.</p> <p>Attention chez les insuffisants hépatiques, même remarque que le Subutex.</p>	<p>Dans les urines. Demi-vie d'élimination moyenne : 0,9 à 9 heures.</p> <p style="text-align: right;">(40) (41) (45) (46) (47)</p>

## 7. POSOLOGIES

	Instauration	Entretien	Arrêt
<b>Chlorhydrate de méthadone (Méthadone AP-HP)</b>	<p>Initiation du traitement uniquement sous la forme <b>sirop</b>.</p> <p>1<sup>ère</sup> dose quotidienne : <b>20 à 30 mg</b> selon le niveau de dépendance physique et doit être administrée au moins 10 heures après la dernière prise d'opioïdes.</p> <p>La dose quotidienne est prise en une fois.</p> <p>La prise initiale doit se faire à <b>l'apparition des premiers signes de sevrage</b>.</p> <p>La posologie est adaptée progressivement jusqu'à <b>40 à 60 mg</b> en une à deux semaines en fonction du patient.</p>	<p>La <b>dose d'entretien</b> est obtenue par augmentation de <b>10 mg</b> par semaine et se situe habituellement entre <b>60 et 100mg/jour</b>. Des doses supérieures peuvent être nécessaires.</p> <p>La forme gélule sera prescrite à la posologie correspondant à la posologie d'entretien atteinte avec la forme sirop.</p> <p>La première prise gélule doit avoir lieu le lendemain de la dernière prise sirop, à l'heure habituelle.</p>	<p>Si <b>arrêt du traitement</b> envisagé :</p> <p>Sirop : diminuer progressivement de 5 à 10 mg par paliers espacés d'au moins une semaine (Surveillance du patient +++).</p> <p>Gélule : diminuer progressivement de 1 à 5 mg par paliers espacés d'au moins une semaine. (Surveillance du patient +++).</p>
<b>Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques)</b>	<p>La première dose de buprénorphine doit être prise <b>lors de l'apparition des premiers signes de sevrage</b> mais doit intervenir au moins 6 heures après la dernière prise d'opioïdes ou 24h après la dernière prise de méthadone.</p>	<p>Adaptation posologique par paliers de <b>2 à 8 mg</b>. Ré évaluation en fonction de l'état clinique et psychologique du patient.</p> <p>Posologie maximale : <b>24 mg / jour</b>.</p>	<p>La dose doit être diminuée progressivement jusqu'à l'arrêt du traitement pour éviter symptômes de sevrage et rechutes.</p>

<p><b>Buprénorphine</b>  <b>haut dosage /</b>  <b>Naloxone</b>  <b>(Suboxone®)</b></p>	<p>Instauration : <b>2 à 4 mg</b> en prise quotidienne. Une dose supplémentaire de 2 à 4 mg peut être ajoutée le premier jour en fonction des besoins du patient. À l'instauration du traitement, le médecin doit prendre en compte le caractère agoniste partiel, car il peut précipiter un syndrome de sevrage si le traitement est pris moins de 6 heures après un dernier shoot d'héroïne ou moins de 24h après une prise de méthadone.</p> <p>La première dose doit être prise <b>lors de l'apparition des premiers signes de sevrage</b> mais doit intervenir au moins 6 heures après la dernière prise d'opioïdes ou 24h après la dernière prise de méthadone.</p> <p>Instauration : la dose initiale recommandée : deux comprimés de Suboxone <b>2mg/0,5mg</b>. Cette dose peut être obtenue en une prise, qui peut être répétée jusqu'à deux fois le premier jour pour minimiser les signes de sevrage.</p>	<p>Une fois stabilisé, le patient peut recevoir une administration tous les deux jours en doublant la dose quotidienne, il peut également avoir une fréquence d'administration réduite à 3 jours par semaine, ex lundi mercredi ou la dose sera le double de celle quotidienne et le vendredi le triple.</p>	
		<p>Entretien : adaptation posologique afin de stabiliser le patient et lui supprimer les signes de sevrage. La posologie maximale ne doit pas dépasser <b>24 mg par jour</b>.</p> <p>Une fois stabilisé, le patient peut recevoir une administrations tous les deux jours en doublant la dose quotidienne, il peut avoir également une fréquence d'administration réduite à 3 jours par semaine, ex lundi mercredi ou la dose sera le double de celle quotidienne et le vendredi le triple.</p>	<p>Si arrêt du traitement envisagé : la dose doit être diminuée progressivement jusqu'à l'arrêt du traitement pour éviter symptômes de sevrage et rechutes.</p> <p>Chez les patients nécessitant une dose plus faible de buprénorphine : il est possible d'utiliser des comprimés de buprénorphine de 0,4 mg.</p>

**Tableau 9 : Posologies des substituts**





Il est très important de déterminer une posologie optimale afin de contrôler le craving et ainsi diminuer le risque de compensation avec d'autres produits, diminuer le risque de rechute à l'héroïne et diminuer le risque de mésusage du TAO.

Le niveau de tolérance est le paramètre le plus important dans l'adaptation de la posologie. Ce niveau est conditionné par plusieurs paramètres comme l'âge de début de consommation, la durée, la voie d'administration. Encore un fois, que ce soit le choix du TAO, le dosage ou la posologie, tout est au cas par cas car il existe une variation extrêmement importante entre les individus.

La posologie est réévaluée régulièrement en tenant compte de situations nouvelles (grossesse, prise de poids, consommation d'alcool, stress). Une posologie pourra toujours varier à tout moment au cours du traitement, une posologie adéquate ne peut pas être considérée fixe et définitive. (40) (41) (44) (45) (46) (47)

## 8. MODES D'UTILISATION

**Chlorhydrate de méthadone (Méthadone AP-HP) : Sirop et Gélule : voie orale.**

Chacun est administré en une prise quotidienne.

**Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques) : voie sublinguale** (sous la langue).

Laisser fondre jusqu'à dissolution complète (entre 5 et 10 min). L'absorption se fait par la muqueuse buccale. Il ne faut pas consommer de boissons ou d'aliments avant dissolution complète du comprimé. C'est la seule voie efficace et bien tolérée.

Si le patient a différents dosages, il peut placer les différents comprimés simultanément sous la langue ou les prendre séparément, en prenant le deuxième comprimé après dissolution complète du premier.

**Buprénorphine haut dosage/Naloxone (Suboxone®) : voie sublinguale** (sous la langue).

Laisser fondre 5 à 10 min. L'absorption se fait par la muqueuse buccale

Dans cette partie-là je parle du « bon usage » du médicament, c'est-à-dire comment faut-il le prendre, par quelle voie. Dans la troisième partie je parlerai justement du mésusage du médicament auquel je suis confrontée au quotidien à l'officine. (40) (41) (45) (46) (47)

## 9. EFFETS INDESIRABLES

Les effets indésirables ne sont pas systématiques et sont propres à chaque patient.

Chlorhydrate de méthadone (Méthadone AP-HP)	Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques)	Buprénorphine haut dosage / Naloxone (Suboxone®)
<p><u>À l'initiation du traitement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Euphorie</li> <li>▪ Vertiges</li> <li>▪ Somnolence / sédation</li> <li>▪ Nausées, vomissements</li> <li>▪ Constipation</li> <li>▪ Hypersudation</li> <li>▪ Difficulté à uriner</li> <li>▪ Œdème</li> </ul> <p><u>Lorsque le traitement est stabilisé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hypersudation</li> <li>▪ Constipation</li> <li>▪ Nausées</li> <li>▪ Dépression respiratoire</li> </ul> <p style="text-align: right;">(48)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constipation</li> <li>▪ Infection</li> <li>▪ Nausées, Vomissements</li> <li>▪ Maux de tête</li> <li>▪ Fatigue</li> <li>▪ Somnolence</li> <li>▪ Insomnie</li> <li>▪ Malaises</li> <li>▪ Vertiges</li> <li>▪ Sueurs</li> <li>▪ Hypotension orthostatique</li> </ul> <p><u>Rares : dépression respiratoire</u>, hépatite aiguë grave, hallucinations</p> <p style="text-align: right;">(49)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insomnie</li> <li>▪ Constipation</li> <li>▪ Nausées</li> <li>▪ Transpiration excessive</li> <li>▪ Maux de tête</li> </ul> <p style="text-align: right;">(50)</p>

Tableau 10 : Effets indésirables des substituts

Pour une posologie élevée de Méthadone (>120 mg/jour), des torsades de pointes et allongements de l'intervalle QT ont été rapportés. Une surveillance clinique, électrolytique et cardiaque est nécessaire. Il faut faire attention aux interactions avec les médicaments torsadogènes.

À l'instauration du traitement ou lors d'une reprise de traitement après période de sevrage, il y a un risque de **dépression respiratoire**. Durant la première semaine de traitement, la surveillance du patient est donc primordiale.

L'état d'équilibre peut être obtenu tardivement, c'est pourquoi au début il peut y avoir des variations de la concentration plasmatique. Une surveillance accrue du patient est nécessaire pendant la première semaine car l'état d'équilibre de la Méthadone est obtenu tardivement, avec un risque d'augmentation de la concentration plasmatique entre le 4<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> jour.

Un arrêt brutal du traitement entraîne ce que l'on appelle un syndrome de sevrage aux opioïdes, qui se manifeste par une diminution de la tolérance acquise et les signes cliniques suivants : agitation, larmolement, éternuement, rhinorrhée, bâillements, sudation, frissons, tremblements, mydriase, irritabilité, anxiété, douleurs des extrémités, arthralgie, myalgie, crampes abdominales, insomnie, nausées, vomissements, diarrhées, augmentation de la pression artérielle de la fréquence cardiaque ou respiratoire. Ces signes rappellent ceux du manque d'héroïne. Il est fortement conseillé de diminuer progressivement les doses pour envisager un futur arrêt.

Les analgésiques opioïdes peuvent à long terme et dans de rares cas provoquer une insuffisance surrénalienne réversible et une diminution du taux des hormones sexuelles entraînant ainsi une baisse de libido.

Les opioïdes peuvent entraîner une hypotension orthostatique, augmenter la pression du liquide céphalo rachidien, la pression intra-cholédocienne et entraîner des convulsions. Il faut donc être très vigilant chez les patients avec une pathologie associée.

Concernant la fertilité, la Méthadone pourrait entraîner une baisse de la testostérone sérique et déprime nettement le volume de l'éjaculat et la motilité des spermatozoïdes.

Une administration chronique pour chaque substitut entraîne une dépendance.

Ces substituts sont parfois détournés de leur usage. Nous parlons de mésusage, notamment dans la situation à laquelle je suis confrontée régulièrement dans la pharmacie où je travaille, les substituts ne sont pas pris par voie orale mais par voie injectable, cela peut entraîner de terribles conséquences, on peut parler d'effets indésirables graves. Les effets indésirables cités précédemment pour la pratique de l'injection d'héroïne sont les mêmes. Cette pratique d'injection est la plus à risque, que ce soit au niveau des maladies transmissibles : VIH, hépatites aiguës graves, que les abcès et les septicémies.

Nous pharmaciens, devons veiller à la fois au non-mésusage mais aussi nous savons que certains de nos patients pratiquent l'injection et nous délivrons des seringues et des Stéribox. Je ne sais pas personnellement où me placer parfois. Je me conforte dans l'idée que je participe à la politique de réduction des risques qui permet d'éviter des pratiques à risques et la transmission de maladies.

Il est important de reconnaître les signes d'un éventuel **surdosage** : nausées, vomissements, hypoglycémie, sédation, myosis, hypotension artérielle, bradycardie, œdème pulmonaire, bradypnée sévère, somnolence sévère, un surdosage peut mener à une dépression du système nerveux centrale entraîne une dépression respiratoire, arrêt respiratoire, mort.

En cas de surdosage le patient doit se traiter avec la Naloxone qui est un antagoniste des récepteurs opioïdes (vu précédent lors de la première parmi lors d'une overdose d'héroïne).

(40) (41) (45) (46) (47)

## 10. CONTRE-INDICATIONS

<b>Chlorhydrate de méthadone (Méthadone AP-HP)</b>	<b>Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques)</b>	<b>Buprénorphine haut dosage / Naloxone (Suboxone®)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients</li> <li>▪ Enfants de moins de 15 ans</li> <li>▪ Insuffisance respiratoire grave</li> <li>▪ En association avec un agoniste-antagoniste morphinique (buprénorphine, nalbuphine).</li> <li>▪ En association avec un antagoniste morphinique partiel (naltrexone, nalméfène)</li> <li>▪ En association avec citalopram, escitalopram, dompéridone, hydroxyzine : torsade de pointe</li> <li>▪ ++++, oxybate de sodium et pipérquine.</li> <li>▪ Millepertuis</li> <li>▪ Oxybate de sodium</li> <li>▪ Pipéraquline</li> <li>▪ Iléus paralytique constitué</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients</li> <li>▪ Enfants de moins de 15 ans</li> <li>▪ Insuffisance hépatique sévère</li> <li>▪ Insuffisance respiratoire sévère</li> <li>▪ État d'ivresse aiguë</li> <li>▪ Delirium tremens</li> <li>▪ En association avec la méthadone, antalgique de pallier III : morphine et substances apparentées, naltrexone, nalméfène.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients</li> <li>▪ Insuffisance hépatique grave</li> <li>▪ Insuffisance respiratoire grave</li> <li>▪ État d'ivresse</li> <li>▪ Delirium tremens*</li> <li>▪ En association avec des antagonistes opioïdes (naltrexone, nalméfène) utilisés pour le sevrage alcoolique ou aux opioïdes.</li> </ul>

Tableau 11 : Contre-indications des substituts

(40) (41) (45) (46) (47)

## 11. INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Chlorhydrate de Méthadone (Méthadone AP-HP), Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques) et Buprénorphine haut dosage/Naloxone (Suboxone®).

Prises concomitantes de médicaments :

Inducteurs enzymatiques des CYP 450	Inhibiteurs enzymatiques des CYP 450
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Millepertuis</li> <li>▪ Carbamazépine</li> <li>▪ Phénobarbital</li> <li>▪ Oxcarbazépine</li> <li>▪ Primidone</li> <li>▪ Phénytoïne</li> <li>▪ Fosphénytoïne</li> <li>▪ Rifabutine</li> <li>▪ Rifampicine</li> <li>▪ Griséofulvine</li> <li>▪ Efavirenz</li> <li>▪ Névirapine</li> </ul> <p>→ Une augmentation du métabolisme hépatique entraîne une augmentation de la posologie (fréquence des prises)</p> <p>→ Il y a une diminution de la concentration du substitut et donc un risque de syndrome de sevrage !</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antifongiques azolés</li> <li>▪ Antirétroviraux</li> <li>▪ Macrolide</li> <li>▪ Amiodarone</li> <li>▪ Diltiazem</li> <li>▪ Vérapamil</li> <li>▪ Jus de pamplemousse</li> </ul> <p>→ Une diminution du métabolisme hépatique entraîne une diminution de la posologie</p> <p>Cela veut dire augmentation de la concentration du substitut et donc une augmentation du risque de troubles ventriculaires tels que les torsades de pointe, augmentation autrement dit de tous les effets indésirables.</p>

Tableau 12 : Inducteurs et inhibiteurs enzymatiques

Il existe également d'autres facteurs pouvant influencer la posologie comme, des facteurs génétiques (impact sur l'activité des CYP 450). Il existe des métaboliseurs rapides et d'autres lents. Le poids des patients implique une modification du volume de distribution et de la masse grasseuse ainsi on aura une posologie plus faible en cas d'IMC bas et élevée en cas d'IMC haut.

J'insisterai encore une fois pour dire que le niveau de tolérance est le paramètre le plus important dans l'adaptation de la posologie.

### **Chlorhydrate de méthadone**

#### Associations contre indiquées :

- **Morphiniques agonistes-antagonistes** : nalbuphine, buprénorphine (diminution de l'effet de la méthadone par blocage compétitifs des récepteurs).
- **Morphiniques antagonistes partiels** : naltrexone, nalméfène (risque d'apparition de syndrome de sevrage).
- **Citalopram, Escitalopram** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointes).
- **Dompéridone** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointe).
- **Hydroxyzine** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointe).
- **Millepertuis** (diminution des concentrations de méthadone, risque de syndrome de sevrage).
- **Oxybate de sodium** (risque majoré de dépression respiratoire)
- **Pipéraquline** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointe).

#### Associations déconseillées :

- **Alcool** (majoration de l'effet sédatif de la méthadone)
- **Apalutamide** (diminution très importante des concentrations de la méthadone).
- **Cotrimoxazole** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointe).
- **Substances susceptibles de donner des torsades de pointe** : antiarythmique de classe Ia et III, certains antiparasitaires, cocaïne, érythromycine IV, spiramycine, certains neuroleptiques : amisulpride, chlorpromazine, cyamémazine, halopéridol, quétiapine, hydroxychloroquine etc. (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointes).



Associations faisant l'objet de précautions d'emploi :

- **Anagrelide** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointes).
- **Azithromycine, clarithromycine, roxithromycine** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointes).
- **Bisoprolol, carvedilol, métoprolol, nébivolol** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointes).
- **Antiarythmique de classe Ia, de classe III, diazépam, vérapamil, anticholinestérasiques, beta-bloquants, digoxine** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointes).
- **Cimétidine** (augmentation des concentrations plasmatiques de méthadone avec risque surdosage et risque majoré d'allongement de l'intervalle QT et de troubles du rythme ventriculaire notamment de torsades de pointe).
- **Ciprofloxacine, lévofloxacine, norfloxacine** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointes).
- **Fluvoxamine** (augmentation des concentrations plasmatiques de méthadone avec risque de surdosage et risque majoré d'allongement de l'intervalle QT et de troubles du rythme ventriculaire notamment de torsades de pointe).
- **Amphotéricine B voie IV, glucocorticoïdes, diurétiques hypokaliémiants, laxatifs stimulants** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointes).
- Inducteurs enzymatiques (diminution des concentrations plasmatiques de méthadone avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage).
- **Inhibiteurs de protéases boostées par ritonavir** (diminution des concentrations plasmatiques de méthadone avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage).
- **Ondansétron** (risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, torsades de pointes).
- **Voriconazole** (augmentation des concentrations plasmatiques de méthadone avec risque de surdosage et risque majoré d'allongement de l'intervalle QT et de troubles du rythme ventriculaire notamment de torsades de pointe).

Associations à prendre en compte :

- **Antitussifs morphine like : dextrométorphan, noscapine, pholcodine et antitussifs morphiniques vrais** (risque majoré de dépression respiratoire et augmentation du risque de sédation, de coma et de décès en raison de la potentialisation de l'effet dépresseur du système nerveux centrale).

- **Médicaments sédatifs : anti histaminiques, antihypertenseurs centraux, baclofène, thalidomide, anxiolytiques, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs** (majoration de dépression centrale).
- **Barbituriques** (risque majoré de sédation et de dépression respiratoire pouvant entraîner coma et décès).
- **Benzodiazépines et apparentés** (risque majoré de sédation et de dépression respiratoire pouvant entraîner coma et décès).
- **Substituts nicotiniques** (risque de surdosage lors du remplacement du tabac par le traitement substitutif).
- **Médicaments atropiniques** (risque important d'akinésie colique et constipation sévère).
- **Médicaments à l'origine d'un syndrome sérotoninergiques : amitriptyline, clomipramine, duloxétine, fluoxétine, escitalopram, imipramine, lithium, milnacipran, paroxétine, sertraline, tramadol, venlafaxine** (risque d'apparition ou de majoration d'un syndrome sérotoninergiques).
- **Quétiapine** (augmentation des concentrations de méthadone, signes de surdosages).

### **Buprénorphine haut dosage**

#### Associations contre-indiquées :

- **Méthadone** (diminution de l'effet de la méthadone par blocage compétitif des récepteurs, avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage).
- **Analgsiques morphiniques de palier III** (diminution de l'effet antalgique du morphinique par blocage compétitif des récepteurs avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage).
- **Naltrexone et nalméfène** (antagonistes des opioïdes, susceptibles de bloquer les effets pharmacologiques de la buprénorphine).

#### Associations déconseillées :

- **Analgsiques de palier II : tramadol, codéine, dihydrocodéine** (diminution de l'effet analgsique du morphinique par blocage compétitif des récepteurs avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage).
- **Ethylmorphine** (diminution de l'effet analgsique du morphinique par blocage compétitif des récepteurs avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage).
- **Alcool** (augmente l'effet sédatif de la buprénorphine).

Associations faisant l'objet de précautions d'emploi :

- **Médicaments sédatifs : benzodiazépines et apparentés** (majore le risque de sédation, de dépression respiratoire, de com et de décès en augmentant l'effet dépresseur du système nerveux central).
- **Autres dépresseurs du système nerveux central : dérivés opioïdes, antidépresseurs, antihistaminiques H1 sédatifs, barbituriques, benzodiazépines, anxiolytiques, neuroleptiques, clonidine** (majore la dépression du système nerveux central).
- **Médicaments sérotoninergiques : inhibiteurs de la MAO, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, antidépresseurs tricycliques**
- **Inhibiteurs du CYP3A4**
- **Inducteurs du CYP3A4**

Pour tous les TAO, lors d'une association avec une benzodiazépine par exemple, le médecin fera une adaptation posologie de la benzodiazépine pour éviter tout risque de surdosage et de potentialisation de ces risques cités précédemment. Ce qui est souvent le cas, la plupart de mes patients sont sous anxiolytiques pour gérer le manque. (40) (41) (45) (46) (47)



<b>Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques)</b>	
<b>Classement</b>	Médicament de la liste I des substances vénéneuses mais soumis aux mêmes règles de prescription et de délivrance des stupéfiants. On parle d' <b>assimilé stupéfiant</b> .
<b>Ordonnance</b>	Ordonnance : <b>sécurisée</b> Les mentions obligatoires figurant sur l'ordonnance sont les mêmes que celles citées pour le chlorhydrate de méthadone.
<b>Prescripteur</b>	Tout médecin.
<b>Durée prescription</b>	Prescription limitée à <b>28 jours</b> .
<b>Renouvellement</b>	Le renouvellement d'une même ordonnance est interdit pour les substances listées stupéfiants. Il faudra une nouvelle ordonnance à chaque fois.
<b>Remarque</b>	Médicament dopant.

<b>Buprénorphine haut dosage / Naloxone (Suboxone®)</b>	
<b>Classement</b>	Médicament de la liste I des substances vénéneuses mais soumis aux mêmes règles de prescription et de délivrance des stupéfiants. On parle d' <b>assimilé stupéfiant</b> .
<b>Ordonnance</b>	Ordonnance : <b>sécurisée</b> Les mentions obligatoires figurant sur l'ordonnance sont les mêmes que celles citées pour le chlorhydrate de méthadone.
<b>Prescripteur</b>	Tout médecin.
<b>Durée prescription</b>	Prescription limitée à <b>28 jours</b> .
<b>Renouvellement</b>	Le renouvellement d'une même ordonnance est interdit pour les substances listées stupéfiants. Il faudra une nouvelle ordonnance à chaque fois.
<b>Tableau 13 : Règle de prescription des substituts</b>	

Avant une prescription de TAO, le médecin doit prendre en compte plusieurs paramètres :

- Type de dépendance (courte ou longue durée d'action de l'opioïde consommé)
- Intervalle de temps écoulé depuis la dernière prise d'opioïdes
- Niveau de dépendance

Une nouvelle ordonnance ne peut être prescrite ni ordonnée par les mêmes professionnels de santé pendant la période déjà couverte par une ancienne ordonnance. Le chevauchement d'ordonnance est interdit sauf mention du prescripteur.

**Chlorhydrate de Méthadone** : ce passage du sirop à la gélule permettra au patient une meilleure tolérance digestive (pas de glycérol), pas de sucre, une discrétion et moins stigmatisante pour le patient, et surtout une possibilité d'une prescription de 28 jours.

À l'instauration du traitement, le patient devra se soumettre à une analyse urinaire afin d'évaluer une consommation récente d'opioïdes et l'absence de prise de Méthadone comportant un traceur spécifique, ce qui nous permet de vérifier que le patient ne soit pas suivi par plusieurs professionnels de santé concernant la prescription de Méthadone.

Sur demande du prescripteur, une analyse urinaire peut être renouvelée pour vérifier la bonne conduite du patient et mesurer l'efficacité du traitement sur la prise d'opioïdes illicites.

Nous mettons en place un relais ville hôpital lorsque le patient se sent capable de gérer son traitement tout seul, est stable au niveau de sa posologie, et a obtenu des résultats urinaires négatifs aux opioïdes. À ce moment-là, l'addictologue fera un **courrier relais** au médecin de ville. Le patient devra également montrer au médecin généraliste une primo prescription hospitalière et à ce moment-là le médecin de ville aura le droit de renouveler le traitement et il pourra lui aussi demander des analyses urinaires si elles lui semblent nécessaires.

(40) (41) (43) (45) (46) (47)

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

**2** 04 janvier 2015

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

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

**5** Dupont

**6** Nom de la Pharmacie

**7**

- 1 Informations prescripteur**  
Noms et prénoms du prescripteur  
Qualité, titre ou spécialité le cas échéant  
N° identification (Adéli ou RPPS)  
Adresse professionnelle précisant la mention « France »  
Coordonnées téléphoniques précédées de « +33 »  
Adresse électronique  
Nom de l'établissement ou du service de santé et n° FINISS le cas échéant
- 2 Date de rédaction de l'ordonnance**
- 3 Informations patient**  
Nom, prénoms, sexe, date de naissance du malade  
Taille et poids si nécessaire
- 4 Informations prescription**  
Dénomination du médicament et dénomination commune  
En toutes lettres : - Nombre d'unités thérapeutiques de prise  
- Nombre de prises  
- Dosage  
Durée du traitement ou nombre d'unités de conditionnement
- 5 Signature du prescripteur** immédiatement sous la dernière ligne de la prescription
- 6 Numéro d'indentification du lot d'ordonnances sécurisées**
- 7 Nombre de spécialités prescrites**

Figure 34 : Ordonnance sécurisée (51)

### 13. REGLES DE DELIVRANCE

Chlorhydrate de méthadone (Méthadone AP-HP)	Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques)	Buprénorphine haut dosage / Naloxone (Suboxone®)
<p>Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours maximum sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois » ou s'il précise que la dispensation doit se faire quotidiennement.</p> <p><u>Prise en charge ambulatoire :</u> délivrance du traitement par une pharmacie de ville ou un CSAPA. Le nom du pharmacien choisi par le patient doit être mentionné sur l'ordonnance.</p> <p><u>Prise en charge hospitalière :</u> délivrance quotidienne sous contrôle médical ou infirmier.</p>	<p>Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois »</p> <p>À l'instauration du traitement, une délivrance quotidienne est recommandée.</p>	<p>Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois »</p> <p style="text-align: right;">(43)</p>

**Tableau 14 : Règles de délivrance des substituts**

À l'officine, le stockage des médicaments stupéfiants se fait dans une armoire ou un coffre fermé à clé et muni d'une alarme ou un autre système de sécurité. Ce coffre ne doit contenir que des médicaments stupéfiants, rien d'autre.

Le patient a jusqu'à **trois jours après la date de prescription** pour nous présenter l'ordonnance. Au-delà, nous devons soustraire le nombre de jours dépassant ces 3 jours en traitement. Si un patient se présente 5 jours après la date de prescription de l'ordonnance, nous lui déduisons 2 jours de traitement. C'est ce qu'on appelle un **délai de carence**.



La délivrance se passe au comptoir avec le patient. À la pharmacie il est possible de délivrer mensuellement un traitement pour des patients stabilisés mais il est possible de délivrer également de façon journalière. Dans ce cas, le patient vient tous les jours récupérer son traitement pour le jour, ce qui lui permet de ne pas faire d'excès et l'aide à gérer son traitement. Une fois le traitement délivré et donc facturé à la sécurité sociale, le registre des stupéfiants doit être rempli.

Le **registre des stupéfiants** concerne uniquement les médicaments classés stupéfiants. Ce registre est un cahier où sont notées toutes les entrées et sorties de stupéfiants, c'est-à-dire de la réception des boîtes livrées par le grossiste répartiteur à la délivrance au comptoir et donc de la sortie de la pharmacie de la boîte.

Ces entrées et sorties sont également tracées sur ordinateur (date, heure, quantité etc.). Lorsque nous facturons une sortie, nous précisons la quantité délivrée en unités de prise. En cas de contrôle nous nous devons d'être irréprochables que ce soit informatiquement parlant et devons présenter notre registre papier.

Nous conservons pendant 10 ans tous les registres stupéfiants.

La conservation des copies d'ordonnance est de **3 ans** pour les stupéfiants. Nous remettons le duplicata (tamponné) de l'ordonnance au patient et nous nous gardons l'original.

*Exemple d'inscription des entrées et des sorties*

Date	Observations	Stupéfiant A			Stupéfiant B		
		Entrée	Sortie	Balance	Entrée	Sortie	Balance
15/01/2010	Grossiste X	28		28			
18/01/2010	Patient Y		20	8			
Balance à reporter							

Figure 35 : Registre des stupéfiants (52)

Concernant les périmés, nous ne mettons pas des médicaments stupéfiants dans un Cyclamed classique avec les autres médicaments. Il existe une procédure de dénaturation. Tout d'abord lorsque nous avons un stupéfiant périmé (non utilisé, ramené par un patient, ou autre) nous devons le placer dans un lieu sûr, encore une fois dans une armoire ou un local fermé à clé destiné à être détruit, donc pas dans le même local où les boîtes sont rangées pour être futurement délivrées.

Le titulaire de l'officine devra contacter le conseil régional de l'ordre pour que ce dernier désigne un pharmacien témoin de l'opération.

Quelques mois auparavant, le titulaire écrit au pharmacien inspecteur en lui donnant la date de l'opération, les noms des stupéfiants à détruire, ainsi que la quantité. Après destruction, le titulaire établit un procès-verbal avec le pharmacien témoin et une copie est transmise au pharmacien inspecteur.

L'original est conservé **dix ans** comme le registre.

#### 14. REMBOURSEMENT

##### **Chlorhydrate de méthadone (Méthadone AP-HP) :**

Sirap : PPHT = 0,88 / PPUB = 0,96 / TVA = 2,1 / Remboursé à 65%

Gélules : PPHT = 4,75 / PPUB = 5,22 / TVA = 2,1% / Remboursé à 65%

##### **Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques) :**

Subutex® : PPHT = 3,96 / PPUB = 4,36 / TVA = 2,1% / Remboursé à 65%

Générique (dépend des marques) : PPHT = 2,95 / PPUB = 3,33 / TVA = 2,1% / Remboursé à 65%

##### **Buprénorphine haut dosage / Naloxone (Suboxone®) :**

PPHT = 2,81 / PPUB = 3,11 / TVA = 2,1% / Remboursé à 65%

(40) (41) (45) (46) (47)

## 15. CONSEILS D'UTILISATION

	Conseils d'utilisation
<b>Chlorhydrate de méthadone (Méthadone AP-HP)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Même horaire de prise</li><li>• Une seule prise par jour (recommandations de la Haute autorité de santé)</li><li>• Pas de déconditionnement à l'avance</li><li>• Ne pas conserver de flacon unidose ouvert ou à demi consommé.</li></ul> <p>Le flacon est vêtu d'un bouchon de sécurité mais en raison du risque mortel, mettre le flacon en sureté, tenir hors de la portée des enfants et ne jamais prendre ce médicament devant des enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En cas d'ingestion accidentelle ou suspicion contacter un service d'urgence.</li><li>• Commencer par absorber le flacon à plus fort dosage</li><li>• Ne pas se laver les dents immédiatement après l'absorption du sirop (attendre 30 min)</li><li>• Boire un verre d'eau pour augmenter la formation de salive</li><li>• Soins dentaires</li><li>• Durée de conservation : <u>Sirop</u> : 2 ans (ne pas dépasser 25 degrés) <u>Gélule</u> : 3 ans (ne pas dépasser 30 degrés)</li></ul> <p>La plaquette thermoformée des gélules est sécurisée. Mettre la plaquette en sureté. Même conduite que pour le sirop.</p> <p>Découper une unité de la plaquette thermoformée. Peler chaque unité à partir du coin non scellé pour accéder à la feuille d'aluminium qui être percée afin de libérer la gélule. (53)</p>

<p><b>Buprénorphine haut dosage (Subutex® ou génériques)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Même horaire de prise</li> <li>• Une seule prise par jour</li> <li>• Pas de déconditionnement à l'avance</li> <li>• Laisse fondre le comprimé sous la langue (temps de dissolution 5 à 10min)</li> <li>• Ne pas croquer, ne pas avaler le comprimé, ni sa salive durant la dissolution</li> <li>• Tenir hors de la portée des enfants et mettre en sureté.</li> <li>• Ne rien boire quelques minutes après la prise du médicament afin de ne pas réduire l'absorption sublinguale de la quantité restante</li> </ul> <p>Le générique Buprénorphine donc plus rapidement que le Subutex®, c'est pour cette raison qu'on devrait plutôt initier les patients avec le générique ou du Suboxone®</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée de conservation : 2 ans, ne pas dépasser 30 degrés. (53)</li> </ul>
<p><b>Buprénorphine haut dosage / Naloxone (Suboxone®)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Même horaire de prise</li> <li>• Pas de déconditionnement à l'avance</li> <li>• Le comprimé doit être placé sous la langue jusqu'à dissolution complète.</li> <li>• Ne rien boire, ni manger avant dissolution complète du comprimé.</li> </ul> <p>La dose peut être composée de plusieurs comprimés de dosage différents qui peuvent être pris simultanément ou en deux parts, la deuxième part doit être prise immédiatement après dissolution complète de la première part.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée de conservation : 3 ans (40) (41) (45) (46) (47)</li> </ul>

**Tableau 15 : Conseils d'utilisation des substituts**

L'ingestion accidentelle d'un médicament peut être mortelle. Concernant la Méthadone, la dose létale est de 1mg/kg pour les enfants ou les personnes non-consommatrices.

Votre médecin vous a prescrit de la méthadone sous forme de gélule. Comme le sirop que vous preniez précédemment, ce médicament vous est destiné, et à vous seulement.

**Attention aux enfants :** Le risque de décès est très important en cas d'ingestion accidentelle. Depuis la mise à disposition de la méthadone en gélules, plusieurs cas d'intoxication ont été rapportés chez des enfants laissés sans surveillance et ayant ingéré, dans la majorité des cas, une gélule préalablement sortie de son emballage.

**Ainsi, pour éviter tout risque d'accident :**

- tenez toujours votre traitement hors de portée et de vue des enfants,
- ne sortez jamais à l'avance les gélules de leur emballage,
- ne prenez pas votre médicament devant les enfants.

Par ailleurs, la prise de ce médicament peut également avoir des conséquences graves, voire mortelles pour les adultes n'ayant pas l'habitude de consommer des opiacés.

**Si vous pensez qu'un enfant ou un adulte a pris accidentellement une ou des gélules de Méthadone, contactez IMMEDIATEMENT un service d'urgence : 15 (SAMU), 18 (POMPIERS) ou 112 (TOUTES URGENCES médicales, incendie, sécurité).**  
Essayer de garder la personne éveillée jusqu'à l'arrivée des secours.  
**La période critique se situe 1 à 4 heures après la prise.** Les signes d'intoxication ne surviennent pas immédiatement après une prise et leur absence, en cas de prise avérée ou suspectée, ne doit pas être considérée comme rassurante.

Chaque gélule contient des agents gélifiants qui rendent très difficile sa transformation en un liquide injectable. En cas de tentative d'injection, vous prenez le risque de détériorer vos veines, et de mettre votre vie en danger.  
En cas de mésusage, votre médecin pourra suspendre la prescription de ces gélules de méthadone et vous prescrire à nouveau le sirop de méthadone ou un autre traitement de substitution.



Figure 36 : Ingestion accidentelle - Méthadone (54)

### Chlorhydrate de méthadone :

Une importante perte de poids, au cours du traitement, peut être un signe de relargage de Méthadone dans le sang et donc un surdosage !

Dans le cas d'un surdosage de TAO, il y a un risque de dépression respiratoire, il faut dégager les voies aériennes, mettre en place une ventilation assistée et le patient sera transféré en réanimation. Si la personne vomit, il faut la mettre de telle sorte qu'elle ne l'avale pas. Il est conseillé d'utiliser de la Naloxone.

L'un des principaux effets indésirables des opioïdes est la constipation, il est important en tant que professionnels de santé de rappeler à notre patient les règles hygiéno-diététiques pour éviter ou du moins diminuer au maximum cet effet, pour cela : boire 2L d'eau/jour, privilégier les fibres et l'activité physique.

Si le patient ne se sent pas capable de gérer tout seul son traitement, il peut demander à la pharmacie qui le lui délivre, de lui délivrer au jour le jour, pour qu'il n'y ait pas de surconsommation.

Ces patients-là ont besoin de soutien et d'être encadrés, notre rôle en tant que pharmaciens d'officine est d'être à l'écoute du patient et de le conseiller au mieux. Ces patients-là doivent être suivis. La Pharmacie Jouve, pharmacie dans laquelle je travaille à La Ciotat est en relation avec le CSAPA de l'hôpital de La Ciotat, plus particulièrement avec le Docteur Dragomirescu qui suit plusieurs de nos patients. Nous sommes également en relation avec le médecin généraliste qui leur renouvelle le traitement, et prescrit des médicaments associés. Nous sommes là pour leur rappeler également leurs rendez-vous médicaux.

La coordination entre professionnels de santé est très importante surtout pour ces patients-là, qui ont un usage détourné du médicament. Notre but à tous, étant de réduire au mieux les risques de l'injection, et pour ceux sous Skénan de les faire basculer sous Méthadone, Subutex® ou Suboxone®.

Les TAO, comme tous les autres opioïdes licites ou illicites, peuvent être mal utilisés. J'approfondirai le mésusage sur ma troisième partie.

#### 16. ET LE SKENAN® LP DANS TOUT ÇA ?

Médicament ayant pour indications les douleurs persistantes intenses ou rebelles aux autres analgésiques, en particulier douleurs d'origine cancéreuse.

Ce médicament se présente sous forme de gélule transparente contenant des micro granules de sulfate de morphine à libération prolongée.

Il existe différents dosages : 10 mg (gélules jaunes et incolores), 30 mg (gélules roses et incolores), 60 mg (gélules orange et incolores), 100 mg (gélules blanches et incolores), 200 mg (gélules incolores). (55)

Beaucoup de toxicomanes de la Pharmacie dans laquelle je travaille sont sous Skenan® LP. Or le Skenan® n'a pas du tout l'indication de traitements de substitution aux opiacés, alors pourquoi les médecins continuent de le prescrire hors AMM ? Mon premier entretien avec le Docteur Dragomirescu, médecin généraliste spécialisé en addictologie m'a permis de comprendre. Le but étant de garder l'alliance thérapeutique avec l'usager, l'objectif sera de basculer vers la Méthadone ou la Buprénorphine (Subutex®), médicaments qui ont l'AMM et l'indication pour la substitution aux opiacés (héroïne). On peut parler de prescription transitoire.

Certains patients de l'officine dans laquelle je travaille depuis maintenant 6 ans, sont toujours sous Skenan®. Ces derniers ont commencé à prendre ce médicament sur le marché noir avec un usage détourné.

Le Skenan®, sulfate de morphine, a des effets très proches de l'héroïne, notamment celui du flash orgasmique, ce qui explique son usage détourné et également pourquoi certains toxicomanes refusent de passer aux substituts par agoniste opioïde. Ces derniers ont moins de flash orgasmique comme celui de l'héroïne. Le Skenan doit sûrement avoir le mécanisme le plus similaire à celui de l'héroïne pour obtenir ce flash le plus proche. C'est pour ça que je me pose la question suivante : Peut-on parler d'héroïne du pauvre ? Nous avons ici un médicament remboursé par la sécurité sociale et prescrit dans un cadre réglementaire. Il y a ce flash orgasmique commun avec l'héroïne. Ces patients-là sont dans des situations précaires, avec un contexte social compliqué, ils vont de squats en squats. Y a-t-il une limite entre le légal et l'illégal ? L'entretien ou l'aide ?

Ci-joint un formulaire que Pierre m'a partagé, qu'il a connu par l'intermédiaire d'un médecin. Le formulaire autoriserait par dérogation l'usage du Skenan pour la substitution aux opioïdes. Les dérogations sont : échec des TAO, contre-indications, état du patient. Après discussion avec Pierre, la plupart des médecins ne connaissent pas ce formulaire. Pourtant après quelques-unes de mes recherches, je trouve ce formulaire sur le guide de stage de pratique professionnelle en officine ou encore sur le site de l'observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). C'est bien une note de la DGS (direction générale de la santé). Si un médecin veut prescrire du Skenan dans ce cas-là il devra demander l'autorisation au médecin conseil de la sécurité sociale et devra mentionner sur l'ordonnance « concertation avec le médecin conseil ». Cependant, c'est une note d'information de la DGS datant de 1996. Ce texte législatif n'est pas paru au Journal Officiel. Cette « dérogation » fut autorisée jusqu'au 30 juin 1996. En aucun cas le sulfate de morphine ne doit être utilisé comme traitement de substitution.



MINISTÈRE DU TRAVAIL  
ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

6 8 5 - - - . .

REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le 27 JUIN 1996

Ministère du Travail et des  
Affaires Sociales

à  
Messieurs les Préfets de Région  
Direction Régionale des Affaires  
Sanitaires et Sociales

Messieurs les Préfets de Département  
Direction départementale des Affaires  
Sanitaires et Sociales

#### NOTE D'INFORMATION

**OBJET :** Traitement de substitution pour les toxicomanes.

**Réf :** Note d'information des 15 février et 14 décembre 1995.

Circulaire du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

Conformément à mes notes citées en référence, je vous rappelle que la poursuite de traitements utilisant le sulfate de morphine, **dans le cadre de traitement de substitution**, n'est tolérée que jusqu'au 30 juin 1996 pour assurer un relais par les médicaments validés pour cette indication : la METHADONE et le SUBUTEX.

Cependant à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la METHADONE et au SUBUTEX aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose, la prescription de médicaments utilisant le sulfate de morphine à des seules fins de substitution, peut être poursuivie après concertation entre le médecin traitant et le médecin conseil, conformément aux dispositions de l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale.

L'ordonnance extraite du carnet à souches devra porter la mention manuscrite : "concertation avec le médecin conseil".

Le comité départemental de suivi des traitements de substitution sera informé du nombre de patients concernés.

Enfin, je vous rappelle qu'en aucun cas, le PALFIUM ne doit être prescrit comme traitement de substitution.

Je vous remercie de votre collaboration active et vigilante.

*Le Directeur Général de la Santé*

Label

Jean-François GIRARD  
8, avenue de Ségur - 75350 Paris 07 SP - Tél. : (1) 46 62 40 00 - Télécopie : (1) 46 62 43 54

Figure 37 : Circulaire de Girard (56)



## TEMOIGNAGNE PIERRE PARTIE II – JUILLET 2022 - PHARMACIE JOUVE

*Moi : En France on a trois substituts avec AMM : Méthadone, Subutex, Suboxone.*

*Pierre : Il n'y en a pas d'autre à priori pour l'instant.*

*Moi : J'ai vu des caractéristiques particulières concernant la Méthadone, elle est prescrite pour une certaine population. Peut-on injecter la Méthadone ? Car elle est indiquée justement pour une population qui a du mal à renoncer à l'injection.*

*Pierre : Non justement le laboratoire a tout fait pour que ça ne soit pas injectable. Souvent on passe à la Méthadone quand le Subutex a échoué, ou quand on continue à injecter ce genre de produit on passe à la Méthadone qui n'est techniquement pas injectable.*

*Moi : Alors « techniquement » dans quel sens ? Dans le sens où, si on essaye de se l'injecter on n'obtient pas l'effet escompté ?*

*Pierre : Dans tous les cas, il y a une biodisponibilité qui est super longue, il faut que ce soit métabolisé par le foie donc ça sert à rien et le fait est que c'est quand même injectable mais il faut enlever pas mal de sucre, enlever les excipients le plus possible et en version gélule donc dedans c'est une poudre, j'ai vu qu'il y avait un processus pour pouvoir séparer les excipients de la Méthadone, j'ai rencontré des gens qui ont essayé et effectivement il y aurait un effet pas flash mais plus immédiat, par contre c'est un protocole qui est compliqué, il s'agit d'extraire avec de l'alcool, de l'éthanol vraiment pur, en suite il y a une réaction je m'en rappelle plus du nom mais je l'avais noté dans un dossier à moi sur mon drive je te l'enverrai. Il faut chauffer, il faut mettre la gélule dans l'alcool, il faut attendre un certain temps que ça refroidisse, il faut faire chauffer de l'eau à côté et après je m'en souviens plus mais il y a un choc thermique à faire.*

*Moi : Donc en gros si on veut se l'injecter on peut quoi ?*

*Pierre : Oui, par contre de ce que j'ai vu, ça fait des abcès, ça nécrose la peau.*

*Moi : Même si on enlève les excipients ?*

*Pierre : Ah beh oui de tout façon la Méthadone en soit-ce n'est pas bon, par exemple en Espagne dans certaines communautés il n'y a pas de sucre dans la Méthadone, c'est de la Méthadone quasi pure, les gens peuvent directement l'injecter beh ça nécrose la peau, les os, les tendons, les nerfs. Même pour les gens qui la consomment normalement, au bout d'un mois ça commence à faire des dégâts, les cristaux se fixent dans la moelle osseuse, fin ça se fixe partout, j'ai vu des gens en Espagne avec vraiment des cristaux sous la peau, et à priori ça serait dû au traitement de Méthadone.*

*Moi : On fait remonter ces effets là à la pharmacovigilance ?*

*Pierre : Le truc c'est que nous on n'a pas la même Méthadone que là-bas, chaque communauté indépendante a son propre mélange et je ne sais même pas si chaque région ou chaque ville peut être peut avoir ses propres mélanges.*

*Moi : C'est à dire que nous on n'a pas la même Méthadone ? Ce n'est pas la même dans toute l'Europe ?*

*Pierre : Ah beh par exemple au Portugal c'est encore une autre forme.*

*Moi : Il n'y aucune harmonisation européenne alors ?*

*Pierre : Non à part sur le principe de délivrance, de ce que je vois un peu partout en Europe, les centres ont des subventions en fonction du nombre de patients qu'ils ont à part là-dessus je n'ai pas l'impression qu'au niveau de la forme que ce soit au niveau du comprimé ou en liquide, avec sucre sans sucre, avec alcool ou sans alcool, ce n'est nivelé au niveau européen. Juste la distribution et les subventions qu'obtiennent les centres c'est à peu près partout pareil sauf en Pologne où s'est très compliqué d'avoir un traitement de substitution, ils ont un passé qui est un peu plus trouble que le nôtre, ils sont sortis du bloc soviétique dans les années 90, ils n'ont pas de programme d'échanges de seringues, j'imagine qu'à Varsovie oui, mais sortie de la capitale non, mais c'est carnage il n'y a pas de cup stérile c'est une catastrophe. Ils ne sont pas favorables à ce genre de chose, ils sont encore contre l'avortement, c'est interdit.*

*Moi : La Méthadone on débute par la forme sirop puis une fois stabilisé au bout d'un an on passe aux comprimés.*

*Pierre : Moi quand j'avais commencé on m'avait dit 6 mois, quand j'étais en Espagne je l'avais en liquide, et quand je suis arrivé ici on me l'a directement proposé en gélules.*

*Moi : C'est parce qu'ils savaient que tu avais commencé en sirop peut être ?*

*Pierre : Si j'avais mes ordonnances d'Espagne mais elles ne dataient pas d'un an*

*Moi : Tu as ressenti une différence entre sirop et gélule ?*

*Pierre : J'ai l'impression que la gélule se libère plus rapidement, j'ai l'impression que ça tient moins longtemps par contre c'est beaucoup plus pratique pour l'arrêt justement il y a des dosages de 1 et de 5 mg et le problème du sirop c'est qu'il y a toujours quelque chose qui reste dans la fiole, donc on ne sait jamais exactement la dose qu'on prend fin il y a énormément de sucre car c'est très amer et il y a de l'alcool aussi dedans pour la conservation, c'est quand même pas super bon pour le foie non plus.*

*Ici vous avez plus de Subutex ou de buprénorphine générique ?*

*Moi : J'ai que du Subutex sauf un seul patient qui veut le générique car il me dit que le Subutex c'est trop fort.*

*Pierre : Ouais, le Subutex c'est un peu plus puissant, c'est comme les histoires de Valium ou le Valium Roche fonctionne beaucoup mieux que le générique, ils n'ont pas du tout les mêmes effets, donc je ne comprends pas non plus ça fait un moment que je cherche sur le principe d'excipient.*

*Moi : Concernant la posologie de la Méthadone ?*

*Pierre : Moi ma première dose était de 40 mg.*

*Ici je connais une jeune fille qui n'allait pas très bien, elle avait pris quelques fois des opiacés de son père qui était en phase terminale type patch de fentanyl et oxycodone, mais qui n'était pas dépendante et ils lui ont mis un traitement Méthadone à 30 mg dès le début, alors qu'elle n'était pas dépendante elle était juste névrosée elle avait besoin d'un traitement de fond, mais elle avait pas du tout de problème de dépendance avec les opiacés, elle prenait du tramadol de temps en temps mais c'était ponctuel, je l'ai tannée pour pas qu'elle commence avec la Méthadone et elle m'a écouté ce qui est plutôt une bonne chose car elle a vu qu'au bout d'une semaine de traitement elle commençait à être en manque quand elle en prenait pas, je ne comprends pas comment le médecin ne s'est pas rendu compte de ça par contre, une dose de 30 mg ce n'est pas mortelle mais c'est très dangereux pour quelqu'un qui n'a jamais consommé régulièrement des opiacés, 60 mg ça peut tuer quelqu'un. Normalement il y a soit une prise de sang soit une analyse urinaire à faire avant la Méthadone.*

*Moi : L'analyse urinaire est obligatoire avant de débiter n'importe quel substitut ?*

*Pierre : C'est recommandé pour tous les cas par contre le Subutex n'importe quel médecin de ville peut prescrire, et lui il ne va pas demander de tests urinaires. Pour la Méthadone, il faut absolument passer par là. Avant de passer en gélule il faut une confirmation, ce n'est pas un médecin traitant qui doit pouvoir changer le traitement du sirop à la gélule. Il faut là aussi un primo ordonnance qui soit hospitalière.*

*Moi : Le score de Handelsman, tu en penses quoi ?*

*Pierre : Après ça a une fiabilité toute relative parce que pour reprendre l'exemple de cette jeune fille, elle, elle pensait réellement être addictive aux opiacés alors que non, elle exagérerait énormément, même le test urinaire dans ce cas-là il est pas fiable il faut une prise de sang et pour la Méthadone ça a été compliqué pour moi au début donc j'ai commencé avec 40 mg, le lendemain je suis revenu j'étais pas bien donc je suis passé à 60,80,100 mg en très peu de temps, et je continuais à venir en étant pas bien, pas vraiment soulagé, pas stabilisé jusqu'à ce que je demande une **méthadonémie**.*

*Moi : C'est quoi une méthadonémie ?*

*Pierre : On fait des prises de sang à différents intervalles pour savoir à quelle vitesse on élimine la Méthadone, le corps élimine la Méthadone, et suite à ça ils se sont rendu compte que je n'avais **pas besoin d'augmenter la dose mais de la fractionner**. J'élimine un peu plus rapidement la Méthadone que les autres gens.*

*Moi : C'est ce qu'on appelle métaboliseur rapide ?*

*Pierre : Oui, et de ce fait si je n'avais pas demandé moi la méthadonémie, ils auraient continué à augmenter mes doses. J'aurais été complètement gazé.*

*Moi : Concernant la voie d'administration des médicaments, nous avons la voie orale et sublinguale, cependant il y a énormément de mésusage c'est pour ça que je fais ma thèse dessus, peu de mes patients les prennent correctement.*

*Pierre : Je pense que pour la Méthadone ça reste faible le mésusage mais ça se fait quand même, à Lyon les CAARUD avait quand même des seringues de 5, 10, 15 et 20 ml, parce que la Méthadone quand elle est en sirop, il faut séparer le sirop, c'est une technique assez simple qui passe par le frigo, le sucre cristallise et du coup ça enlève une partie du sucre. Quand la Méthadone est en gélule, il faut bien faire la petite chimie dont je t'ai parlée tout à l'heure pour ce que ça devienne une pâte gluante impossible à injecter, par contre en sirop une fois qu'on a enlevé le sucre on peut l'injecter mais après il faut y aller avec des grosses seringues et lentement. C'est un peu comme l'Actiskenan, techniquement il n'est pas injectable parce que justement il se forme une pâte tellement gluante que c'est infiltrable, contrairement au Skenan LP, qui reste filtrable. La Méthadone en gélule à moins de faire un gros travail en amont il n'y a pas moyen de l'injecter comme ça et c'est assez marginal. Le Subutex c'est très fréquent, on le voit au « Syndrome de Popeye » et aux abcès. C'est à cause de l'amidon tout ça qu'il y a dans le Subutex, ce n'est pas à cause du lactose comme certains peuvent croire, c'est une coupe neutre, c'est un excipient neutre sauf à moins d'avoir des allergies, mais l'Amidon il n'est jamais filtré par le corps donc il s'agglutine dans les veines et quand on en fout à côté beh forcément c'est catastrophique. Quand on voit la taille des génériques et des princeps pour le Subutex, il y a une grosse différence, la buprénorphine est beaucoup plus petite, il y a beaucoup plus d'excipients dans le Subutex à quantité égale de principe actif.*

*Moi : Le Suboxone justement a été commercialisé pour ne pas être injecté ?*

*Pierre : Alors oui justement ça c'est leur argument de vente, en théorie c'est pour éviter l'injection mais en pratique ça évite les déviances à côté surtout parce que si on prend de l'héroïne effectivement là oui la Naloxone va effectuer son travail, et on risque de se retrouver en manque bien plus vite que prévu. La Naloxone dégage vraiment tous les opiacés. Je sais que quand j'injectais le Subutex, j'étais passé au générique car justement il y avait moins d'excipients. Après on m'a proposé le Suboxone dans le but de ne plus injecter et finalement j'ai quand même essayé et j'ai vu ça fonctionnait tant que je me contentais que de ça. Que la consommation de Suboxone ça passait sans problème, par contre si je voulais consommer de l'héroïne là il n'y avait plus moyen, j'avais plus d'effet.*

*Moi : Avais-tu quand même essayé le Suboxone par voie sublinguale ?*

*Pierre : Oui au début je le prenais correctement je me disais que je n'avais pas envie de me retrouver mal, c'était plus sous forme punitive que je l'avais pris fin... J'ai l'impression que par voie orale c'est moins efficace.*

*Moi : Ça serait quoi pour toi le plus efficace par voie orale ?*

*Pierre. : Pour moi ça serait le Subutex, après faudrait interroger pas mal d'usagers qui sont injecteurs ou consommateurs en voie sublinguale, concernant le Subutex et le générique.*

*Moi : Concernant les effets indésirables, de ce que j'ai pu voir, la Méthadone nécessite vraiment une surveillance la plus renforcée.*

*Pierre : Ah oui c'est le pire, c'est qui accroche le plus, et débauche le plus, **ça rend plus dépendant que l'héroïne**. Difficultés à uriner, rétention d'eau, ça abîme énormément le système lymphatique. Pour les femmes il y a de gros problèmes menstruels, ça se déclare au bout de 6 mois elles sont toutes dérégées.*

Concernant l'hypersudation alors ça c'est dès le début, justement il y a le cas d'un addictologue soi-disant réputé qui prescrivait de l'Artane pour éviter ça en complément avec la Méthadone, finalement il a tué une dizaine de ses patients. L'Artane ça a des effets vraiment dangereux, c'est un gros psychotrope, on appelle ça l'ecstasy du pauvre. Moi je sais que quand j'en prenais **je ramassais des cailloux par terre en pensant que c'était de l'or**. J'ai un copain qui a chassé le dragon et s'est pris une voiture de plein fouet, il s'est mis en plein milieu de la route, pensant qu'il était chevalier et qu'un dragon arrivait sauf que c'était une voiture. Il prenait bien sa Méthadone, bien son Artane. Je ne comprends pas que cet addictologue soit encore en place, en plus c'est lui qui a ouvert des services d'addictologie, d'alcool... On a fait un dossier avec une infirmière d'un CAARUD où je bossais pour faire en sorte qu'il arrête de pratiquer mais vu qu'il jouit d'une super réputation il a supervisé plusieurs centres d'addictologie et là c'est parti en live. De prescrire un anti parkinsonien pour stopper l'hypersudation de la Méthadone c'est n'importe quoi.

Autre effet pour la métha surtout la prise de poids, très visible sur les femmes. Euphorie du traitement vraiment au tout tout début et encore c'est très léger. Je dirais qu'il y a plus d'euphorie avec le Subutex, parce que lui il a un effet flash c'est pour ça que les gens l'injectent, quand on est en manque on se l'injecte et là on est soulagé instantanément donc l'euphorie ça serait plus avec le Subutex.

Moi : En réalité les substituts ça soulage le manque ?

Pierre : Oui ça remplace l'héroïne en fait. Au début avec le Subutex il y a un effet récréatif mais a un moment dans tous les cas on le prend pour ne plus être mal comme l'héroïne. Avec la Méthadone c'est clairement l'objectif car il n'y a pas de flash, alors après certains avec des hauts dosages et des benzo arrivent à obtenir des somnolences mais c'est tout, c'est surtout le coup à faire une dépression respiratoire ou à se retrouver paralysé.

Moi : Concernant les contre-indications des substituts : contre-indication chez les moins de 15 ans.

Pierre : Pour la Méthadone, je n'en ai jamais vu en dessous de 18 ans, après le Subutex j'en ai déjà vu à 14-15 ans. Quand je faisais des interventions à Marseille pour des jeunes qui sont en obligation de soin, des jeunes de 14 ans sont déjà sous Subutex, mais ça je pense que c'est lié aux dérives des médecins qui veulent faire des ordonnances et ...

Moi : On peut les sortir de là sans Subutex ?

Pierre : Clairement, car quand on prescrit du Subutex à des jeunes qui veulent arrêter de fumer du cannabis il n'y a aucun intérêt, ou par exemple ceux qui consomment de la cocaïne, c'est très fréquent, même ici à La Ciotat en centre d'addictologie il y a des patients sous Méthadone parce qu'ils consomment de la cocaïne. C'est complètement stupide ça évite les symptômes de craving c'est-à-dire l'effet de reprendre de la cocaïne et justement quand on en a plus, on est mal. On consomme les deux. **Les trois TAO sont uniquement pour l'héroïne**. Il n'y a rien qui justifie de prescrire un traitement TAO pour de la cocaïne. Il n'y a pas de médicaments pour la cocaïne, avec AMM il n'y a pas. Après j'ai entendu parler de certains médicaments qui fonctionnerait mais ça resterait psychologique.

Moi : Désormais c'est surtout la consommation de cocaïne qui explose non ?

*Pierre : Ici oui, mais dans le nord ça reste l'héroïne, dans le sud la cocaïne est moins chère et l'héroïne est très chère. Je suis en train de négocier avec un laboratoire pour faire analyser la cocaïne pour voir ce qu'il y a dedans mais ça a été interdit par le gouvernement depuis des années donc peu de chance que le laboratoire se mouille. Ici on parle de 50-60 euros 1g de d'héroïne alors qu'à Strasbourg par exemple c'est 15-20 euros le gramme d'héroïne et par contre le gramme de cocaïne va être à 80-100 euros le gramme alors qu'ici elle est plutôt à 60-70 euros.*

***Je lui montre le tableau d'inducteur et d'inhibiteur enzymatique en lui expliquant le concept.***

*Pierre : le Primidone c'est pour quoi ?*

*Moi : C'est un barbiturique pour l'épilepsie mais peut être utilisé pour les tremblements.*

*Pierre : Wahou parce que je l'ai vu il n'y a pas longtemps dans des résultats de produits de coupe de cocaïne. C'est des produits de coupe les plus utilisés pour la cocaïne en France avec des antiparasitaires ou antifongiques.*

*Au fait j'ai demandé au médecin qu'on me change le traitement car je prends trop de Valium, je le prends le matin avec de la caféine pour me réveiller et m'aider à commencer ma journée. Là c'est n'importe quoi mais je pense qu'il faut faire comme les opiacés quand on est dans le traitement de la douleur, il y a une rotation des opiacés à faire pour éviter l'accoutumance et éviter d'augmenter les doses n'importe comment, je pense qu'avec les benzodiazépines il faudrait envisager ce genre de chose. Je crois que la France est le pays le plus consommateur d'antidépresseurs et de benzo. Là c'est le système qui est mis en place qu'il faudrait revoir parce que pour revenir au **médecin généraliste qui me fait actuellement les ordonnances, elle a la main facile** pour les traitements quand je lui ai parlé de changer mon traitement de Méthadone et de me mettre sous morphine elle n'a pas rechigné quoi. Je la trouve assez compétente comme médecin, pour mon problème de thyroïde elle a été superbe, par contre par rapport à mon suivi opiacé elle est assez laxiste sur les ordonnances.*

*Moi : Est-ce que la médecin généraliste te pose régulièrement des questions sur toi et ton traitement ? est-ce que ton dosage te convient ? est-ce que tu as des effets indésirables ? Le manque ?*

*Pierre : Rien aucune question, la première fois que je l'ai rencontrée c'est quand mon addictologue était en vacances et j'avais perdu mon traitement de Méthadone au Portugal, donc déjà j'arrive pour la première fois ce n'est pas un cas idéal, j'ai perdu 1 mois de traitement. **La secrétaire m'a demandé plus de justificatifs que le médecin**, le médecin n'a même pas regardé mes papiers, je lui ai demandé de me prescrire ça, elle l'a fait. À voir si un patient de 18 ans se pointe et demande ce genre de chose si elle le fait, est ce qu'elle aurait la main aussi facile là je ne sais pas.*

*Moi : Il faudrait que les médecins généralistes aient des formations renforcées concernant les TAO et surtout le suivi du patient.*

*Pierre : Elle sert de béquille en fait, car ils n'ont toujours pas fait venir l'addictologue au CSAPA, il n'y en a qu'une à ELSA une seule fois par semaine. On manque d'addictologue. Donc je vois la médecin gé pour mon traitement de valium et autre thyroïde etc. mais je continue mon suivi opiacé avec l'addictologue même si elle est là qu'une seule fois par semaine car ça*

*reste une bonne addictologue, elle est quand même très protocolaire, mais c'est quelqu'un avec qui on peut discuter. Tant qu'on est franc jeu avec elle, elle joue le jeu, ça fonctionne bien. Mais elle très protocolaire, elle a beau reconnaître par exemple que le tramadol et l'acupan pourraient me faire du bien pour ma jambe mais elle refuse de me le prescrire, car elle est là pour prescrire uniquement le traitement de substitution. Elle préfère que j'aie voir le généraliste pour ça.*

*Moi : Les trois substituts sont remboursés.*

*Pierre : Oui et il serait peut-être pas mal de dire que pour la Méthadone ça peut être anonyme aussi. À Paris, l'association GAIA distribue anonymement la Méthadone. Ils ont des CSAPA, des CAARUD, ils ont des bus aussi. On voit un médecin qui est directement sur place, donc il y a quand même tout un protocole qui est suivi et respecté. Il fait une ordonnance qu'il va garder lui, et appeler l'infirmière qui va délivrer et l'infirmière délivre. Tout est anonyme, il n'y a même pas besoin de numéro de sécurité sociale, de carte d'identité, rien.*

*Moi : Ça pourrait être fait pour le Subutex ?*

*Pierre : Je sais qu'ils peuvent dépanner du Subutex comme cela, par contre ils vont vite le renvoyer vers un médecin pour lui faire l'ordonnance. Pour la Méthadone, l'idée c'est d'ouvrir l'accès aux soins, pour les migrants, les gens qui n'ont pas de papiers, ce qui était aussi ma situation quand je suis revenu en France après l'Espagne et sur le coup j'étais vraiment surpris qu'il me délivre la Méthadone aussi facilement, après attention il y a un protocole, il a fallu que j'aie les voir une première fois, que je fasse un test urinaire, il y a plusieurs médecins, addictologues, GAIA c'est une grosse structure, ils sont compétents, ils sont à fond dans la réduction des risques.*

*Moi : Dans tous les pays que tu as pu faire, tous les TAO étaient remboursés ?*

*Pierre : Oui, c'est comme cela qu'en Espagne on m'a mis sous Méthadone, car c'était le seul antalgique que je n'avais pas à payer. En Espagne, justement ils sont en train de discuter pour avoir une AMM à visée antalgique comme en Angleterre pour la Méthadone.*

### **Je lui parle des conseils d'utilisation.**

*Pierre : Alors oui une seule prise par jour, il faudrait évoquer la méthadonémie car pas tout le monde métabolise la Méthadone de la même façon. Ne pas se laver les dents après absorption du sirop, ouffff alors moi on me conseillait de me laver les dents directement après pour éviter que le sucre abime les dents, mais après c'est logique vu qu'il faut un certain temps pour que ce soit absorbé... Les horaires de prises c'est très important. Alors le Subutex, une seule prise par jour, j'ai même entendu parler d'une prise tous les deux jours ou trois jours mais après on est sur du 24 mg ou des choses comme ça donc je ne comprends pas l'intérêt. Je crois que c'est en Suisse et en Belgique qu'on délivre comme ça mais si mes souvenirs sont bons ce n'est pas exactement la même buprénorphine.*

*Je lui montre mon aparté sur le Skenan et sur le fait que certains addictologues acceptent de prescrire du Skenan pour garder l'alliance thérapeutique avec le patient.*

*Pierre (il rigole) : Justement ça ça sort de l'AMM, ça ne devrait pas être remboursé mais en général les addictologues le mette en ALD, dans mon cas c'était sous ALD quand j'en prenais,*

*après c'est vrai que j'ai des problèmes de douleurs qui sont effectives depuis un moment, je suis passé par plusieurs centre anti douleur et ça a été une horreur parce qu'être **toxicomane et avoir des problèmes de douleurs donc c'est très compliqué de le prouver**, comment prouver que ce soit pas pour un usage récréatif et réellement pour notre douleur ? Personne ne nous croit évidemment, et puis il y a le fait de le gérer aussi. Là pour mes douleurs aux pieds je parlais justement au médecin de me mettre sous Actiskan parce que ça pourrait être éventuellement une solution mais avec la Méthadone... le problème c'est qu'il y a une potentialisation des deux qui n'est vraiment pas bonne.*

*Mais je pense que le Skénan LP peut être une bonne alternative comme traitement de substitution, par contre il faudrait une substitution injectable. Je connais des gens qui sont sous Skénan dans le cadre substitutif et qui s'en sont sortis car ils ont arrêté de l'injecter. Ils ont commencé à le prendre sérieusement et progressivement à diminuer les doses, par contre il faut une volonté de fer parce que la morphine ça accroche. La morphine au bout d'un certain temps faut vraiment augmenter les doses pour avoir le même effet et le problème là c'est le mésusage là pour le coup et les médecins continuent à le prescrire tout en le sachant. Après certes, ça maintient l'alliance thérapeutique pour éviter qu'on l'achète dans la rue, pour éviter l'isolement. Après ça fait des dégâts aussi encore une fois le mésusage. Après je vois beaucoup d'oxycodone maintenant vous en avez beaucoup des délivrances ?*

*Moi : Quelques-unes pour des patients en fin de vie.*

*Pierre : Parce qu'à Marseille il y en a de plus en plus dans la rue et le marché noir, les gens se shootent avec.*

***Là je lui explique que je suis parfois perdue dans mes pensées, car peut-on considérer ça comme l'héroïne du pauvre ? Pas le droit d'injecter mais je délivre des seringues ? je ne sais plus quoi penser.***

*Pierre (il rigole) : Ah mais **l'usage de drogue est interdit mais on distribue tout le matériel pour l'utiliser**. C'est comme les bonbonnes de protoxyde d'azote ils en vendent au tabac à côté, il y a des balances de précision vendus dans des tabac et ce n'est pas des balances pour peser les épices si tu vois ce que je veux dire, les pipes à crack, les trucs comme ça. Les lois sur les TSO, l'usage de drogue et les répressions fin une loi répressive qui émane du ministère de la santé ce n'est pas logique **il y a une sorte d'hypocrisie générale**. On revient sur le coup du Skénan, les médecins voient très bien si le patient l'injecte ou pas : abcès, œdèmes... Ca peut faire des dégâts quand les gens sont mal informés ils le filtrent n'importe comment, ils le chauffent trop ou pas assez du coup ils s'injectent une sorte de pâte gluante, ça bouche les veines en deux secondes, si on en met à côté abcès, le Subutex c'est la même chose d'ailleurs, moins que la buprénorphine j'ai l'impression que les excipients sont un peu mieux choisis, mais le Subutex les abcès sont très costauds, j'ai vu beaucoup d'amputations à cause de ça.*

*Moi : Ton circulaire de Girard comment l'as-tu connue ?*

*Pierre : C'est mon médecin qui m'avait parlé de ça pour m'initier un traitement de Skénan.*

*Moi : Mais du coup c'est hors AMM ou pas ? Techniquement oui mais quand on lit le circulaire non du coup.*

*Pierre : L'addictologue m'a dit que c'était plus en vigueur, si j'ai bien compris il faut prouver qu'il y a un échec thérapeutique avec les trois TAO.*



## **PARTIE 3 : REALITE AU COMPTOIR**

### **1. INTERROGATION SUR LE MESUSAGE**

En juillet 2017, je commence à travailler à la Pharmacie Jouve à La Ciotat en tant qu'étudiante en pharmacie. Au tout début, je voyais des patients venir partir plusieurs fois dans la journée sans vraiment trop comprendre ce qu'il se passait. J'ai ainsi compris ce qu'était la délivrance journalière. Certains patients viennent récupérer par exemple leurs 14 boîtes de Subutex® pour le mois. Ces usagers-là sont en général complètement insérés dans la société, ont un travail, une vie de famille et ont un bon usage du médicaments (per os). On ne se douterait même pas qu'ils aient eu recours auparavant à l'héroïne. Je suis encore parfois surprise quand le patient me tend l'ordonnance et que je vois un traitement par agoniste opioïdes. Ils savent désormais se gérer et surtout sont bien stabilisés ce qui leur permet de mener une vie normale sans contraintes. Cependant, il y en a d'autres, pour qui la délivrance au mois est impossible sans surconsommation et abus. Ils se connaissent mieux que personne, et savent qu'ils ne peuvent pas gérer tout seul leurs boîtes de Subutex®, Méthadone® ou Skenan®. Ces usagers ont en général, et surtout dans la Pharmacie dans laquelle je travaille, un mauvais usage du médicament, c'est-à-dire qu'au lieu d'une utilisation per os, ils utilisent la voie intraveineuse. N'oublions pas que c'est un sevrage pharmacologique et non comportemental. L'addiction au geste est toujours présente. Ils peuvent demander d'eux même une délivrance journalière à la Pharmacie qui leur délivrent le traitement. Ainsi, à la Pharmacie, pour chaque usager nous avons un petit sac conservé dans le coffre des stupéfiants, contenant le traitement, avec le nom du patient, la quantité à délivrer pour le jour. En plus du traitement journalier, nous leur vendons également, à leur demande, le nombre de seringues stériles nécessaires aux prises journalières. J'ai ainsi compris que ces personnes-là, avaient besoin d'être encadrées, aidées et suivies. C'est comme ça qu'en réalité j'ai eu le déclic de faire ma thèse sur ce sujet-là, sujet peu abordé durant ces six années de faculté. Délivrer des seringues tous les jours, en voyant certains toujours aussi mal me contrariait énormément. Je ne savais même pas les orienter vers des structures spécialisées. J'avais souvent l'impression de ne leur servir à rien. Ce sentiment d'impuissance m'a poussée à travailler sur ce sujet.

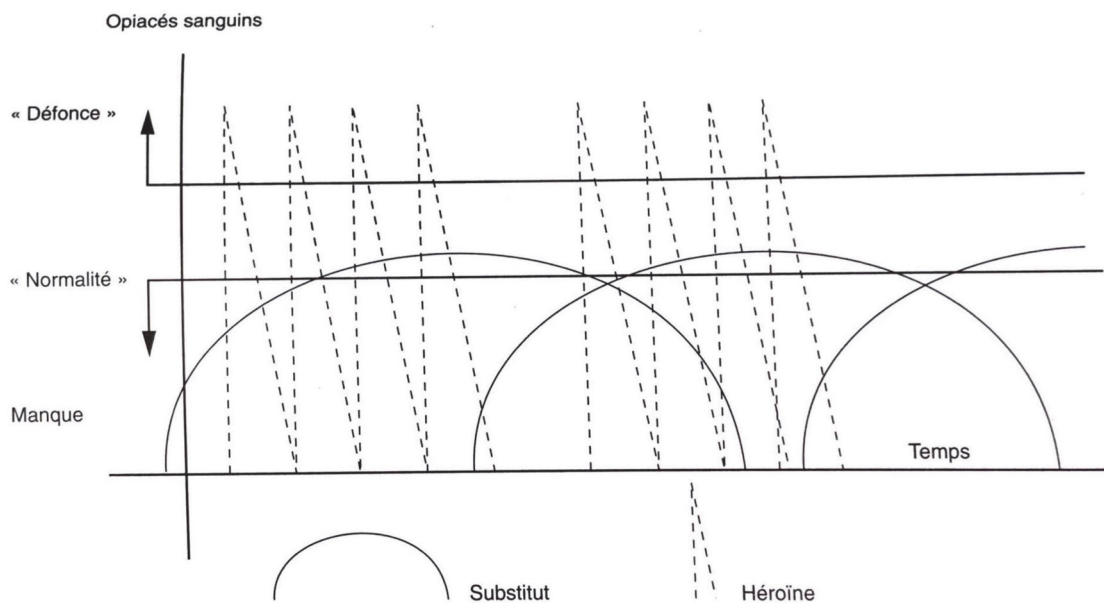
Rappelons qu'à la base nous partons d'une drogue végétale dotée de propriétés pharmacologiques devenant alors un médicament, et ce médicament fera l'objet de détournements non médicaux qui deviendra alors une drogue.

## 2. ADDICTIONS AUX PRODUITS/ADDICTIONS AUX COMPORTEMENTS

Nous pouvons parler de dépendance multiple : dépendance au produit et dépendance de tout ce qui va avec. Le tout ce qui va avec comprend : rituels de prise (seringue), horaires de prises, rendez-vous avec le dealleur, atmosphère, ambiance qui rappelle la prise de drogue, situations dans lesquelles l'usager perçoit la drogue comme indispensable pour les affronter, copains, groupe de toxicomanes, argent, trafics, délinquances.

Il existe une **dépendance biologique** avec des désordres neurohormonaux dus aux opiacés (endorphines, noradrénaline).

Le manque physique peut augmenter pendant 4 jours puis diminuer sans revenir à la normalité car il y a une multiplication des récepteurs au fil de la consommation. Parmi ces signes physiques, il existe des signes psychiques (anxiété, pensée obsédante, rêve de drogue). La question que nous pouvons nous poser est : **comment agit la substitution sur cette clinique ?**



**Figure 49 : Substitution et rééquilibrage biologique (26)**

Selon la quantité d'opiacés présente dans le cerveau d'un usager, nous pouvons dire qu'en dessous d'un certain seuil il sera en manque, au-dessus d'un certain seuil il sera « défoncé » et entre les deux « normal ».

La substitution va consister à proposer un produit qui monte progressivement, sans flash et à être en permanence dans la zone de « normalité ». Elle fonctionne parfaitement sur cette origine du comportement obsédant. Cependant il existe du craving qu'on ne peut expliquer par la biologie.

La consommation d'opiacés est associée au fil du temps à des stimuli perceptifs en déclenchant une dépendance biologique avec le comportement obsédant. Les stimuli perceptifs sont généralement externes : musique, atmosphère, un copain « défoncé », billet roulé, seringue, horaire de prise, horaire de rendez-vous avec le dealleur.

Ces conditionnements sont souvent à l'origine des rechutes précoces postsevrage classiques. Ils provoquent ainsi des sursauts de manque.

Il faut les distinguer du syndrome de manque biologique décrit précédemment.

Lors d'un sursaut, les signes de manque s'atténuent progressivement sans prise de drogue à la différence du manque biologique où les signes s'aggravent.

Par exemple, « un toxicomane hospitalisé, bien couvert par son traitement du manque, a brutalement des signes de manque à 17 heures, moment de prise d'héroïne. Sans modification du protocole, si ce n'est une discussion confiante, les symptômes rétrocedent dans l'heure. C'est bien un sursaut de manque. Mais si le patient avait été chez lui avec sa substitution à disposition, il l'aurait utilisée et expliqué ainsi son amélioration ».

La substitution diminue ainsi ces conditionnements. Si le patient cède à ces conditionnements sous substituts, il ne ressentira pas l'effet de l'héroïne. Nous comprenons ainsi l'importance du fractionnement de la délivrance, qui permet au patient de ne pas prendre un comprimé à chaque sursaut. Il ne faut pas calquer la prise de son substitut sur la prise d'héroïne habituelle.

Concernant la dépendance comportementale, comme dirait Pierre c'est de la « picomanie ». C'est le fait d'avoir le besoin de se piquer, cette sensation, ce geste. Certains essaieront de prendre et reprendre le peu qu'il peut rester dans un filtre déjà utilisé, on appelle ça des « poussières » dans le jargon. Le risque de contamination et de septicémie est augmenté. D'autres s'injecteront de l'eau stérile. (26)

### 3. POLY ADDICTION

Certains de mes patients sont sous anxiolytiques ou hypnotiques pour essayer de « gérer au mieux le manque » me disent-ils. Il arrive, dans certains protocoles de désintoxication « d'orienter » l'addiction vers un autre principe actif. Le patient finit souvent dépendant aux benzodiazépines. Dans le cas de mes patients vivant en squat, ils leur permettent de contrôler leurs troubles anxieux leurs angoisses ou encore leurs insomnies.

Le TAO aide à gérer le manque. Si le patient est en manque cela peut être un signe de sous dosage.

Le patient peut également avoir un problème de dépendance avec les benzodiazépines à la base. Plus la demie vie de la benzodiazépine est longue, plus il y a un risque de dépression respiratoire.

L'alcool est un problème qui vient se rajouter à celui d'une ancienne addiction à l'héroïne. Le problème de l'alcool est qu'il entraîne des troubles de la mémoire, par exemple le patient peut oublier s'il est déjà venu chercher son traitement ou pas. Nous pouvons parler de poly addiction. Encore une fois, dans ce cas-là, l'alcool permet de tenir chaud la nuit et de faire oublier transitoirement les problèmes. Les effets de l'alcool se rajoutent aux risques du mésusage des substituts ou aux effets néfastes de la consommation d'héroïne, avec notamment l'augmentation du risque de survenue de cancer, de pathologies cardio-vasculaires ou encore de cirrhose du foie qui est irréversible.

Les morphiniques peuvent être détournés également pour une « défonce » équivalente ou pour réguler un manque du fait de la parenté pharmacologique avec l'héroïne. Les codéinés sont très détournés pour gérer le manque aussi. De multiples molécules, hypnotiques, codéinés ou autres sont détournées pour la « défonce ». D'autres prennent de la Ritaline pour son effet « cocaïne-like ».

Le marché noir est le point d'accès à de nombreuses substances psychoactives, cela reste problématique. Un patient peut fréquenter un dealleur pour acheter par exemple un peu plus de Subutex. Le jour où le dealleur n'en a plus, il lui proposera autre chose et le patient testera donc une nouvelle molécule ou alors une autre drogue et se retrouvera « poly addicté ».

Pierre, dont le témoignage est dans ma thèse, consomme de temps en temps de la cocaïne et de la marijuana sous forme de joint et il fume également une sorte de sauge. Encore une fois je note un « déplacement » de l'addiction vers une autre substance. Cependant l'usage de tous ces produits n'a qu'un seul but pour l'utilisateur : être stone, ne plus penser, réduire les souffrances psychiques. Ces conduites sont le plus souvent associées à un train de vie chaotique avec chaque circonstance une consommation : cannabis (convivial), cocaïne (récréative), amphétamines (speed), ecstasy (festif). Durant le parcours d'un toxicomane, il y aura souvent l'essai d'autres produits, la drogue principale finira par ne plus suffire, on aura alors l'essai de drogues illicites ou licites détournées.

#### 4. CERVEAU MODIFIÉ : COMPORTEMENT ET NEUROBIOLOGIE

L'addiction comprend en général trois étapes avec en premier la **recherche du plaisir** qui sera suivi d'un **état émotionnel négatif** et pour finir à une **perte de contrôle**. (57)

Recherche du plaisir : La substance consommée, dans notre cas l'héroïne, va activer un circuit de la récompense au niveau cérébral. Ce circuit se situe dans le noyau accumbens. Il est sous la dépendance d'un neurotransmetteur : la dopamine. Au fur et à mesure que nous consommons, la personne va devenir conditionnée, c'est-à-dire que les sensations acquises lors d'un apprentissage et d'habitudes deviennent des réflexes quand le cerveau fait les liens entre le stimulus et l'action qui suit (=apprentissage pavlovien). Le cerveau libère de la dopamine petit à petit avant même la récompense acquise, elle sera libérée par anticipation. Il y a également les systèmes impliquant la sérotonine ou les récepteurs aux endorphines qui seront altérés. Ils seront moins sensibles à nos peptides endogènes participant à l'antalgie, l'euphorie et la sensation de bien-être. C'est pour cela que notre production d'endorphines naturelles diminue au fur et à mesure, le plaisir sera obtenu uniquement par ingestion d'une substance extérieure et il faudra augmenter de plus en plus la dose pour obtenir le même plaisir, du fait de la tolérance qui se met progressivement en place.

État émotionnel négatif : Plus nous consommons, plus le taux de dopamine libérée diminue. Le circuit de la récompense est alors de moins en moins sensible aux stimuli habituels. D'autre part, les libérations répétées de dopamine à chaque consommation induisent un changement de fonctionnement de l'amygdale cérébrale engendrant du stress, des sensations négatives et un passage de l'excitation à la tristesse (dysphorie).

Seul une augmentation du dosage permet d'obtenir du plaisir et de soulager la dysphorie. Il y a une perte progressive de plasticité cérébrale. C'est à ce stade, où nous consommons, non plus pour être bien mais pour ne plus être mal.

Perte de contrôle : suite à l'altération des circuits de la récompense, d'autres processus (cortex préfrontal) seront altérés : les capacités d'autorégulation et les capacités à résister pour ne pas consommer. Par imagerie médicale, chez le cerveau de personne dépendante, nous observons une diminution des flux sanguins, une hyperactivation des régions impliquant la mémoire, les émotions, le conditionnement, la motivation et une hypo activation des régions corticales frontales. (57)

## 5. PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES SOUS-JACENTES

Il existe des troubles mentaux non spécifiques à l'usage de drogue que nous pouvons retrouver dans la vie du toxicomane et également des complications psychiatriques due à l'usage de drogue. Une personne peut avoir des troubles sans consommer de la drogue, pendant que d'autres peuvent les développer à cause de la drogue et que d'autres auront un terrain à la base. Certains encore prennent des substances psychoactives pour contrôler ces troubles pré existants.

Troubles anxieux : le plus souvent l'usager a recours à l'alcool ou prend une benzodiazépine. Ces troubles-là peuvent affecter le sevrage. Une simple anxiété chronique peut vite se transformer en angoisses plus poussées, voir phobies. Nous préconisons des benzodiazépines à demie vie longue, anxiolytiques et neuroleptiques.

Troubles dépressifs : ils peuvent être accompagnés d'épisodes hypomaniaques. Ces épisodes peuvent être signe d'alarme concernant une pathologie de l'humeur : bi polarité, pathologie narcissique ou nous pouvons suspecter une prise de cocaïne si l'humeur vacille souvent. Cette dépression peut être vécue par les usagers comme une période de deuil envers la substance. Les inhibiteurs de recapture de la sérotonine sont les mieux tolérés.

Troubles de la personnalité : l'héroïne a une fonction « adaptative » dans ce cas. Certains usagers continuent de consommer l'héroïne tout en prenant leurs substitutions comme s'ils cherchaient à retrouver le manque. Quand la souffrance psychique est aussi forte, le manque peut être considéré par le toxicomane comme un moindre mal.

Les troubles observés sont : plaintes hypochondriaques, psychose aiguë, paranoïa, délire de persécution, agressivité, suspicion de schizophrénie avec un discours non congruent, des hallucinations, des bizarreries, des troubles narcissiques et des troubles du sommeil. Il y a également la confusion, le patient ne sait plus s'il est déjà venu prendre son traitement, cela peut lui arriver de se demander quel jour on est, voire parfois quelle année. Les troubles sont apaisés par la consommation de substances psychoactives. (26)

Le manque concerne majoritairement les patients dont je parle tout au long de ma thèse avec une délivrance journalière et mésusage du médicament. Le patient arrive, il ne tient pas trop en place, il gigote en se repliant sur lui-même et gémit. Il transpire beaucoup, a mal au ventre et peut parfois trembler.

De ce fait, le patient peut confondre les signes d'une maladie (ex : la grippe) avec les signes de manque. C'est ce que nous appelons les **distorsions cognitives** ou encore des erreurs d'attribution. L'utilisateur rapporte des événements à la drogue et au manque qui n'en sont pas. Ex : il fait chaud, il transpire (pour l'utilisateur ça sera le manque qui est en train d'apparaître).

## 6. MESUSAGE : IV AU LIEU DE PERS OS

Une prise non injectable traduit « pas de flash » pour un toxicomane. La préparation du médicament est presque la même que celle de l'héroïne.

Parlons du cas du Skenan, les usagers ouvrent leur gélule, les micro-granules présents dans la gélule sont versées dans une coupelle métallique appelée « Stericup ». Ils ajoutent de l'eau ppi. Ils chauffent cette coupelle afin d'obtenir une galette. Ils écrasent cette galette et continuent de faire chauffer pour avoir une mixture la plus liquide possible et passent le tout à travers un filtre pour enlever les impuretés. Ils prélèvent le tout dans une seringue, et se l'injectent dans une veine (bras, poignets, jambes, cou, plusieurs localisations sont possibles). Je leur ai demandé s'ils mettaient du citron, ils m'ont répondu que le citron c'était uniquement pour l'héroïne pour dissoudre les impuretés.

Concernant cette fameuse mixture : « Plus c'est clair mieux c'est, car si c'est blanc pâteux ça nous bouchent les veines à cause de l'amidon et on a des œdèmes, c'est pour ça que le Subutex® c'est beaucoup plus difficile pour se l'injecter » m'ont-ils dit. Voilà une des principales raisons pour laquelle les patients ne souhaitent pas basculer sous Buprénorphine (Subutex®).

Pierre m'a fait parvenir un extrait de chat sur le forum d'utilisateurs « Psychoactif » concernant l'injection de Méthadone gélule. Pierre me dit qu'après avoir demandé à plusieurs toxicomanes, il semblerait que cela fonctionne plus au moins et provoquerait bien un effet « flash » proche de celui de l'héroïne. Le souci serait la pureté de l'alcool, car il faudrait dans l'idéal de l'alcool pur type éthanol. Les nécroses seraient très fréquentes. Pierre me confirme que l'intérêt de ce forum est que les posts officiels sont le fruit d'une collaboration entre utilisateurs et professionnels de santé. Ci-dessus l'extrait du chat concernant l'injection de Méthadone :

*« Sachez que je déconseille cette méthode car la Méthadone est soluble uniquement dans l'alcool, même si on finit par enlever l'alcool par un procédé ça reste plus mauvais que prendre du Skenan par exemple. Par contre les effets sont vraiment là, c'est vraiment proche d'un shoot de came d'après un ami qui en consomme très régulièrement par injection.*

*Voici le guide d'injection pour gélule de Méthadone en espérant qu'il en aidera plus d'un à ne pas faire n'importe quoi, car cela requière des étapes très particulières pour bien faire donc s'il vous plaît lisez bien ce que j'ai écrit et faite le exactement comme je l'explique merci :*

*Liste du matériel : 2 2CC, 1 aiguille, 2 maxi cup, 5 tampons d'alcool, gélules de Méthadone.  
Étape de préparation :*

- 1) Mettre vos gélules dans la maxi cup, moi je vais partir sur un exemple de 80 mg*
- 2) Prendre vos tampons d'alcool par exemple ceux qu'il y a dans la Stéribox mais le mieux c'est d'utiliser les gros tampons qu'il donne dans les centres de réduction des risques mais ce n'est pas indispensable, c'est pareil, c'est juste qu'ils sont plus gros donc besoin de moins*
- 3) Essorez vos tampons (environ 5) d'alcool dans votre cup ou il y a la Méthadone*
- 4) Laissez reposer le tout 30 min, c'est le top, mais si vraiment vous ne pouvez pas attendre c'est minimum 20 min mais vraiment faite l'effort d'attendre les 30 min c'est le mieux donc regardez l'heure et mettre un réveil si possible ou sinon faite attention à regarder de temps en temps l'heure qui tourne*
- 5) Une fois vos 30 min passées, prendre la 2CC et mettre un filtre au bout sans aiguille, juste mettre le filtre pour l'instant et aspiré le chlorhydrate de méthadone autant que possible de l'alcool viendra aussi forcément mais on l'enlèvera juste après pas d'inquiétude*
- 6) Verser le mélange dans la 2<sup>ème</sup> maxi cup*
- 7) Préparer la 2<sup>ème</sup> 2CC avec 2 mL d'eau à l'intérieur*
- 8) Avec votre briquet mettre la flamme dans la Cup juste de quoi allumer l'alcool et chauffer ensuite en prime*



- 9) Dès que c'est chaud et qu'il n'y a plus de flamme dans la cup mettre immédiatement l'eau de la 2CC dans la maxi cup pour y faire un choc thermique
- 10) Mettre un dernier petit coup de flamme en dessous donc pour chauffer un peu et ensuite touiller ce qu'il y a au fond
- 11) Prendre cette fois la 2CC et votre filtre et aspirer le mélange
- 12) Trouvez-vous une bonne veine à bon piquage de zen !!!

Voilà ma méthode, si quelqu'un en a une différente ou souhaite même nous expliquer comment il fait une des phases différemment c'est avec plaisir. Petit mot pour la fin : **j'espère que ce guide en aidera plus d'un à ne pas vouloir faire de connerie avec votre Méthadone** à chercher des moyens de la shooter n'importe comment car comme vous pouvez le voir c'est assez complexe a réalisé et ne se fait pas n'importe comment, il faut un minimum de matériel, bien appliquer les étapes comme je l'ai dit.

Sachez aussi quand même que je persiste à dire que ça abime quand même plus que shooter du Skenan ou du Subutex par exemple mais je ne me base sur rien d'autre que mon intuition pour dire cela donc ça vaut ce que ça vaut, je n'ai aucune preuve concrète à vous montrer donc ça se trouve pas du tout mais bon ça n'empêche pas de le penser quand même.

Et pour finir à titre personnel moi je prends ma Méthadone par voie orale donc ce que je vous ai écrit la vient tout droit de mon ami qui lui en shoot très souvent et pour vous rassurer sachez aussi qu'il se trouve juste à côté de moi donc il a pu me décrire la méthode sans souci en plus de me la montrer, donc j'affirme que cela fonctionne et comme dit plus haut d'après lui c'est encore mieux qu'un shoot d'héroïne ou de Skenan.

Donc voilà comme je vous l'ai déjà dit mais je me répète quand même j'espère que ce guide vous aura plus et en **aidera plus d'un à ne pas faire de connerie** et faire des expériences pour vous injecter voter Méthadone. »

Je trouve que ce forum est une source de bons conseils. J'ai voulu m'inscrire sur ce chat et j'ai réussi : adresse mail, mot de passe, pseudonyme et après avoir posé une question pour ma thèse j'ai reçu pleins de messages de professionnels de santé qui encadrent ce site pour s'assurer que je n'étais pas là pour décrédibiliser, juger et dénigrer les usagers. On m'a posé de multiples questions avant que ma question soit validée et publier sur le chat. Il est intéressant de lire ces chats sur de multiples sujets concernant l'usage et les pratiques de drogue. Les usagers sont très bien informés concernant la réduction des risques et se donnent de bons conseils. Ce forum est encadré par des professionnels de santé.

Pour ma part, Pierre m'a énormément appris durant mon travail de thèse et est très impliqué dans la réduction des risques et il aimerait que ses bêtises servent pour les futures générations.

N'oublions pas que le TAO est une substitution pharmacologique et non comportementale. Quelqu'un qui a eu le geste de se piquer pendant des années, ne peut pas du jour au lendemain avaler un comprimé, c'est toute l'importance de l'accompagnement afin de réduire les risques au maximum et d'orienter le patient vers un bon usage. Comme vu précédemment il y a l'addiction au produit mais également une addiction comportementale qui va avec. C'est un tout qui procure l'effet recherché. Le mésusage du médicament par voie intraveineuse a les mêmes conséquences que l'injection d'héroïne : abcès, septicémie, hépatites aiguë, pneumonies, endocardites ont été rapportées.

La réalité au comptoir c'est aussi ça :



Figure 50 : Nécrose pouce Subutex®



29 décembre 2022 : ici, la main de Benjamin, injecteur de Subutex® depuis de longues années. Il ne changeait jamais de point d'injection. Un jour en baladant son chien, il se fait tirer par la laisse et ripe sa main contre un tronc d'arbre, il se prend quelques échardes, rien de méchant. Les jours passent, il commence à avoir mal au pouce, il va à l'hôpital. Le personnel médical regarde rapidement et lui disent que c'est sûrement des échardes, mais Benjamin a tenu à leur signifier qu'il était injecteur, il s'est lui-même qualifié auprès des professionnels de santé de toxicomane.

À partir du moment où il s'est défini ainsi, le personnel de l'hôpital ne l'a plus pris au sérieux, en lui répondant « ah beh vous avez du vous cassez des aiguilles à l'intérieur alors ». Il est ressorti de l'hôpital avec une prescription d'antibiotiques pour seulement 4 jours.

Après 4 jours d'antibiothérapie, Benjamin commence à ne plus rien sentir au niveau du pouce, plus de sensation, et le sang commençait à coaguler. Il retourne à l'hôpital encore une fois, nous lui avons répondu que ne pouvons rien faire pour lui, il ressort sans rien. Les jours passent, le pouce commence à nécroser, il retourne encore une fois à l'hôpital et on lui a dit qu'il fallait qu'il aille à la Timone pour se faire amputer la zone dessinée.

Benjamin arrive encore une fois au comptoir un peu déprimé. Je lui demande comment il se sent psychologiquement. Il me répond concernant l'amputation, qu'il savait au fond de lui ce qui l'attendait car il ne changeait jamais de point d'injection, et que maintenant il n'aura plus le choix de changer de ce fait. Il était assez énervé vis-à-vis du corps médical car ils ont laissé trainer la chose à partir du moment où il a dit qu'il était toxicomane « je n'étais plus que du bétail, s'il m'avait pris plus tôt au sérieux j'aurais pu être amputé que d'une phalange et pas du pouce entier ». Nous avons alors échangé sur le fait qu'il n'a pas pu se confier. Benjamin est revenu le lendemain, il a été à La Timone, a pu un peu plus se confier auprès des chirurgiens. Ils lui ont établi un traitement anticoagulant : Kardegic pendant 15 jours avant l'opération pour voir si au niveau du pouce cela s'améliorait, pour amputer la zone la plus minime possible. Nous pouvons voir sur la deuxième photo, le fameux point d'injection de Benjamin.

Je souligne encore le fait que les risques de l'injection sont très importants et dangereux, que ce soit l'injection de drogues ou de médicaments. Voilà pourquoi j'insiste sur la réduction des risques au maximum et notamment sur la filtration. Au comptoir maintenant, je n'hésite pas à rappeler qu'il faut changer de point d'injection, ou demander s'ils ont tout le matériel nécessaire et stérile (compresse, biseptine, filtre, cup, seringues).

Une semaine après, sous Kardegic, Benjamin revient me montrer sa main. Je trouve que la nécrose a encore gagné du terrain, je lui dis d'appeler l'hôpital en urgence pour avancer son rendez-vous du 28 janvier.

Une semaine après :



Figure 51 : Nécrose pouce Subutex® - 1 semaine



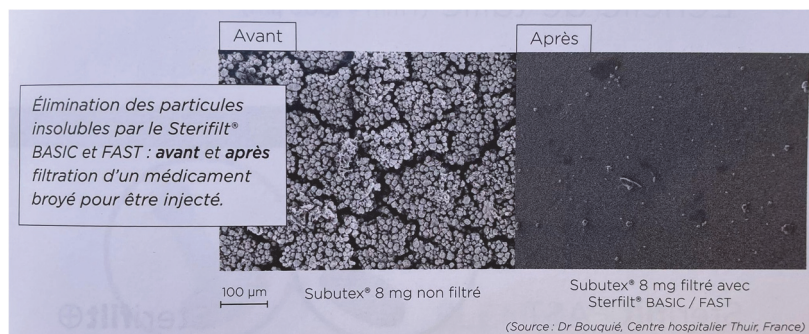
Le lendemain, Benjamin s'est fait hospitaliser en urgence à la Timone. **Il s'est fait amputer la zone dessinée.** Après avoir pris de ses nouvelles par téléphone, il me raconte que psychologiquement ça va car il était vraiment préparé à ce qui l'attendait. Deux jours après son opération, il a déjà ressenti la douleur du membre fantôme.

« Même si je suis conscient de ne plus l'avoir, je crois que le cerveau ne veut pas recevoir l'information » me dit-il. Il a l'impression que son pouce « bouge ».

Il commence à s'adapter avec ses quatre doigts restants. Malheureusement, la cicatrisation ne se passe pas comme prévu, il doit alors faire 10 séances de caisson hyperbare. L'oxygénothérapie hyperbare est utilisée pour accélérer la cicatrisation de plaies post opératoires notamment. Elle régénère les tissus infectés, lésés et pauvres en oxygène. Elle favorise également la prolifération des vaisseaux sanguins. Cela consiste en une inhalation d'oxygène pur en surpression.

Benjamin est sans domicile fixe, voilà pourquoi les conditions d'hygiène sont très difficiles d'accès pour lui. Il me raconte qu'il est au chaud à l'hôpital, dans une petite chambre tout seul. Il me dit également qu'il aura fallu qu'il se fasse amputer pour obtenir le statut handicapé et donc de pouvoir prétendre à un logement, notamment une place à la Station Lumière à La Ciotat. Il est désormais en contact avec la maison départementale des personnes handicapées.

Je tiens à souligner que lorsque des particules insolubles arrivent à traverser des capillaires pulmonaires sans y être bloquées, elles peuvent ainsi se disséminer dans tout l'organisme et altérer le fonctionnement des organes suivants : cœur, poumons, foie, cerveau, rein, yeux. Leur accumulation au niveau des capillaires pulmonaires entraîne des troubles cardio-respiratoire graves. Ces particules insolubles provoqueront des micro lésions au niveau des vaisseaux sanguins et par conséquent pourront entraîner des phlébites et thrombophlébites. Dans le cas de Benjamin nous voyons bien qu'il y a eu une infection bactérienne au niveau de la main, mais elle aurait pu se produire au niveau des valves cardiaques (endocardite, infection cardiaque). Ces particules insolubles restent tout de même des corps étrangers, l'organisme peut réagir avec des douleurs intenses et une fièvre. Encore une fois, j'insiste absolument sur le rôle de la filtration qui est indispensable à la réduction des risques et des complications. Le risque de pratiquer l'injection est justement l'injection d'organismes vivants, de bactéries et de champignons causant ainsi des infections profondes de la peau et des tissus autour.



**Figure 52 : Filtration Subutex® (32)**

On peut voir que même après filtration, il y a encore la présence de particules insolubles. (32)

La réalité au comptoir c'est également ça : **Le Syndrome de Popeye.**



Figure 53 : Syndrome de Popeye (58)



C'est une complication liée au mésusage du Subutex®. L'injection intra veineuse du médicament, à long terme, va conduire à un gonflement du dos de la main, de la face dorsale des doigts, des poignets ainsi que des avant-bras. Cela est dû à un excipient en particulier contenu dans le Subutex® qui est l'amidon de maïs. À la base, la buprénorphine est peu soluble mais l'**amidon de maïs** est lui **insoluble** ce qui expliquerait que ces microparticules s'accumulent et conduisent à une obstruction des vaisseaux lymphatiques entraînant alors des œdèmes.

Au début des premières injections, ces œdèmes apparaissent systématiquement mais se résorbent tout seuls. Néanmoins, ils finissent par persister et ne plus se résorber à long terme. Les œdèmes peuvent apparaître quelques années après l'arrêt de l'injection intra veineuse. Ce n'est pas douloureux. Nous constatons sur la photo que nous ne voyons plus les veines de la main, ni même les muscles extenseurs des doigts. Ce syndrome a été décrit par des médecins dans une prison de New York en 1965 chez des usagers pratiquant l'injection intra veineuse du Subutex® sur une longue période. (59)

Ce syndrome nuit psychologiquement au patient. Le regard des gens impacte sa vie, il peut être catalogué par les gens qui ont connaissance du Syndrome de Popeye car malheureusement il n'existe pas de traitement, si ce n'est des massages, drainages lymphatiques, bandages qui pourront éventuellement diminuer un peu l'œdème. L'esthétique sera également impactée. En général, ces patients-là sont gênés et ont honte. Voilà pourquoi j'insiste encore une fois sur la réduction des risques et l'utilisation indispensable d'un filtre. Je conseille un filtre à membrane ou filtre toupie qui seront les plus efficaces.

En travaillant sur ce sujet, je me suis posé cette fameuse question : pourquoi n'existe-t-il pas de médicaments de substitutions sous forme injectable ? J'ai découvert un article de la revue « Le Flyer » sur Facebook le 5 décembre 2022 concernant la mise sur le marché de nouvelles formes galéniques de TAO et les premiers avis sortants. La revue le Flyer a été créée en 2000. Elle permet la diffusion d'informations scientifiques et de pratiques en addictologie. La revue est indépendante des laboratoires pharmaceutiques, de financements publics ou de sociétés savantes. Ils n'ont pas de site internet.



L'article concerne la mise sur le marché d'une buprénorphine d'action prolongée c'est-à-dire une buprénorphine sous forme injectable, nommée : « BUVIDAL® ». Ce médicament « contribue » à la réduction des risques pour les usagers car il est fait pour la voie intra veineuse. La durée d'action est d'une semaine à un mois. Elle est réservée et disponible en milieu spécialisé : hospitaliers, CSAPA. En prison, cette forme a commencé à être administrée. Il faudrait que les usagers soient d'accord pour s'administrer une dose mensuelle. Le traitement est cher, c'est à dire 6 fois plus cher que du Subutex par exemple.

Autorisation de mise sur le marché : le 22 novembre 2018. (60)

Après avoir lu plusieurs commentaires d'usagers ou de professionnels de santé, je note pas mal de choses négatives :

- Prive les usagers du rituel d'une prise quotidienne ou bi quotidienne
- Prive la liberté de gérer eux même le traitement au quotidien
- Problématique si besoin d'un traitement antidouleur opioïdes post opératoire qui sera inefficace pour cause d'une imprégnation continue de buprénorphine.

Les professionnels de santé soulignent l'importance du choix par l'utilisateur et l'information concernant les bénéfices et les inconvénients. Les patients concernés seraient plutôt des patients qui n'ont pas encore de TAO, ne voulant quasiment aucun contrôle de leur traitement et pas de gestion journalière.

Il existe également le SIXMO®, implant sous cutané de buprénorphine de longue durée d'action. Il est indiqué dans le traitement substitutif de la dépendance aux opioïdes, toujours avec une prise en charge médicale, sociale et psychologique. L'implant a une durée d'action de 6 mois. Un implant contient 74,2 mg de buprénorphine. Il est dédié aux adultes stabilisés pour lesquels la posologie de buprénorphine sublinguale ne dépasse pas 8mg/jour. C'est une spécialité hospitalière. Autorisation de mise sur le marché : 20 juin 2019. (61)

J'ai été étonné de voir les dates de mise sur le marché car je n'en avais encore jamais entendu parler. Cela est sûrement due au fait que les spécialités sont dispensées uniquement en milieu carcéral et hospitalier.

Je ne développerai pas plus sur le sujet, mais il est essentiel de développer de nouvelles formes galéniques pouvant « convenir » aux usagers.

Plusieurs formes sont déjà commercialisées dans le monde que je ne ferais que citer : Probuphine® : buprénorphine en implant sous cutanée durant 6 mois (USA, Italie, Europe de l'Est). Sublocade® : buprénorphine « dépôt » : injection sous cutanée de fluides, libérer la buprénorphine dans un temps donné (USA). Il y a également des pays voisins qui ont adoptés des programmes d'héroïne injectable. (60) (61)

Je pense que tous ces détournements et ces mésusages des substituts par voie intra veineuse découlent de l'absence d'un substitut par voie injectable à moindre risque, d'une absence d'accompagnement, d'une absence de lieux dédiés à la réduction des risques, d'une absence de formation et d'informations. L'utilisation du Skenan par exemple montre bien que les usagers non prêts à renoncer à l'injection n'ont pas trouvé non plus le bon substitut qui leur convient.

## 7. MENSONGES DU PATIENT, AVANCES, CHEVAUCHEMENTS D'ORDONNANCE

Le discours de l'utilisateur évolue dans le temps et il ne dira pas toujours la même chose :

- Au bout de 2 mois : « c'est génial »
- Au bout de 2 ans : « j'arrête quand je veux, je gère »
- Au bout de 12 ans : « La drogue c'est de la merde »

Au cours de cette trajectoire, sera de plus en plus omniprésente la perte de contrôle.

L'utilisateur deviendra hyper tolérant aux produits, hypersensible au manque, ce qui fait que lors des arrêts, les reprises sont plus précoces et que la lune de miel et la gestion du manque se réduisent dans le temps. (26)

Pour les patients dont je parle tout au long de ma thèse, nous facturons chaque ordonnance chaque mois et mettons dans un petit sac leur traitement avec un papier indiquant le nombre d'unités à délivrer chaque jour dans le coffre à stupéfiants.

Il arrive parfois voire souvent par période que le patient revienne deux fois dans la journée, une fois le matin pour récupérer son traitement journalier et une fois le soir pour nous redemander encore des gélules. Le patient avoue parfois avoir craqué, avoir augmenté le dosage car la nuit fut difficile dans le squat ou encore parce qu'il a dépanné un autre usager. Le problème est alors le suivant, certains disent la vérité et d'autres non par honte ou par fierté. C'est ainsi que nous pouvons entendre toutes sortes d'histoires les plus délirantes les unes que les autres (gélules mangées par les chiens, ou encore tombées dans une plaque d'égout).

Le contexte social joue énormément, selon le squat, les conditions de vie et les galères. Il y a des jours plus difficiles que d'autres, ce pourquoi il craque et consomme plus que prévu. Il peut y avoir d'autres raisons comme le vol, le racket, surdosage, ou encore la revente au marché noir. Malheureusement, nous ne pouvons pas en avoir la certitude.

Il arrive ainsi que le pharmacien délivre au patient un peu plus que la dose prévue (accord téléphonique avec le prescripteur) et nous nous retrouvons à la fin du mois avec le sac vide, le patient ayant épuisé tout son traitement. Nous ne pouvons pas laisser le patient sans son traitement et en accord avec le médecin prescripteur, nous avançons une boîte au patient. Dès le prochain rendez-vous, le patient nous rapporte l'ordonnance où le chevauchement est bien notifié sur l'ordonnance. Nous rattrapons la boîte avancée et facturons les boîtes restantes pour le mois. La coordination professionnelle est d'autant plus importante dans ces cas-là, que ce soit pour le patient afin de maintenir et de renforcer quand il le faut le suivi, et pour nous professionnels de santé pour rester dans la légalité et effectuer notre travail correctement.

Il existe des périodes compliquées où l'utilisateur se retrouve dans un cercle vicieux entre mensonges et avances, et où même nous professionnels de santé, nous nous retrouvons parfois dans une impasse. Que faire quand nous avons déjà beaucoup avancé et que le patient est en manque et dans un état critique ? appeler le médecin pour qu'il augmente le dosage ? la posologie ? dire non ? dépanner pour éviter un delirium tremens ?

Il faut être vigilant quant aux détournements, un toxicomane peut avoir plusieurs prescripteurs, nous parlons alors de co prescription. Nous connaissons aussi des vols d'ordonnanciers.

## 8. RESSENTI DU PHARMACIEN

Quand j'ai commencé à travailler dans cette officine en plein centre-ville, j'ai tout de suite été très choquée du nombre de seringues délivrées chaque jour. Ayant effectué des stages dans d'autres officines se trouvant près de quartiers résidentiels, il n'y avait pas ce type de patientèle. Le rôle du pharmacien est difficile à définir. Il arrive qu'on passe par plusieurs émotions : compassion, heureux, mécontents, désespoir, déception, colère. Pharmacien mais avant tout humain, il faut savoir garder la bonne distance. Personnellement il m'est arrivé plusieurs fois de me demander si la peine que j'avais pour certains de mes patients prenait le dessus, faire des avances avec accord téléphonique du médecin et puis parfois regretter en se demandant si je ne devais pas être moins compassionnelle car ce n'était pas les aider non plus. Il est très dur de trouver le bon équilibre. Il faut savoir s'adapter à chaque cas.

Être compassionnelle en maintenant une distance, être ferme mais tout faire pour maintenir ce lien de confiance que nous avons avec eux. Le suivi est indispensable.

J'ai envie de rappeler une des phrases du serment de Gallien : « **De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine** ». N'oublions pas que le pharmacien doit lutter contre la pharmacodépendance, la toxicomanie, et les maladies sexuellement transmissibles. Cependant certaines pharmacies n'acceptent pas de servir ces anciens drogués ou toxicomanes. Cependant cela est considéré comme une atteinte au code de déontologie des pharmaciens. Carine Wolf-Thal, la présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens a dit : « *Il est totalement illégal et absolument intolérable que certaines pharmacies refusent de prendre en charge ces patients* » ; « *Nous devons prendre en charge n'importe quel patient, et s'assurer de la continuité de ses soins* » ; « *Refuser un patient sous prétexte qu'on a peur des fausses ordonnances ou qu'on ne le connaît pas est interdit. S'il y a des difficultés avec un patient, on contacte son médecin, on trouve avec lui de nouvelles solutions, mais on le prend en charge* » ; « *le pharmacien contribue à la lutte contre la toxicomanie* » ; « *il doit porter secours à toute personne en danger immédiat* ».

Les pharmaciens qui refusent peuvent être sanctionnés en chambre de discipline : avertissements, blâmes, interdiction d'exercer. Les patients ont le droit de porter plainte (lettre) au Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens. Le refus de délivrance de substituts peut avoir des conséquences néfastes pour le toxicomane comme retourner au marché noir pour obtenir son substitut, voire même de retomber dans sa drogue. Un autre problème va se poser ainsi pour les autres pharmacies qui délivrent les substituts. En effet elles vont avoir énormément d'usagers dans leur officine et vont devenir les pharmacies « attirés des usagers » et qu'il faut savoir gérer autant de monde en demande du fait que d'autres confrères refusent. (62)

Je pense que nous pharmaciens, si nous ne sommes pas aussi à l'aise avec une ordonnance de stupéfiants, c'est parce que nous ne sommes pas assez formés à cet exercice, ni sur la prise en charge en général d'un toxicomane d'ailleurs. Il nous arrive de « paniquer » devant une ordonnance d'Actiskenan 10mg par exemple alors que nous pouvons être à l'aise avec une ordonnance de Dafalgan codéiné à 6 comprimés par jour et que l'effet est quasiment le même.

Je pense que si certaines pharmacies refusent, alors certes cela peut être parce que les patients sont difficilement gérables, mais c'est surtout parce que nous n'avons pas assez de connaissances, nous ne sommes pas assez formés, c'est bien de délivrer un kit expert à 1 euro mais que faisons-nous de plus ? Je pense qu'il est très important de continuer à se former pour pouvoir être compétents et aider au mieux nos patients. Pourquoi, dès le début de mes délivrances de seringues, avais-je ce sentiment de ne servir à rien ? tout simplement parce que je ne connaissais rien et que je ne pouvais donc rien leur apporter. C'est ce sentiment qui m'a poussée à faire ma thèse là-dessus. Depuis que j'ai commencé à écrire ma thèse et que je me suis instruite, que ce soit au niveau des médicaments et surtout de la réduction des risques, le dialogue est beaucoup plus ouvert avec mes patients, ils voient que je m'y intéresse, que je leur parle, que je leur pose des questions et que je leur donne systématiquement des conseils. Ainsi, ils reviennent se confier et nous échangeons. C'est comme cela que nous pouvons créer une alliance thérapeutique, le patient nous fait confiance et nous lui faisons confiance, et tout se déroule très bien que ce soit dans les règles de prescriptions comme dans les règles de délivrance. Quand je leur ai donné mon premier conseil, ils étaient hyper contents que quelqu'un s'intéresse enfin à eux et ils me l'ont dit très clairement. Ils sont contents de ne pas se faire juger mais aider.

## 9. PROFILS DES USAGES RENCONTRES A LA PHARMACIE

À première vue quand nous évoquons le terme de toxicomane, la plupart des gens ont une définition ou une image assez réductrice et stéréotypée. Plusieurs facteurs rentrent en jeu : enfance difficile, mauvaises fréquentations, épreuves de la vie. Je souligne la qualité de vie, les patients dont je parle vivent dans des squats ou dans la rue, ils ont des chiens qui sont leurs seuls compagnons. Vivre dans la rue les expose à être encore confrontés aux dealers. Ils n'ont pas de travail. Ils ont une couverture sociale et touche le RSA, leur seul revenu. Certains ont sûrement des ressources illégales : deal, revente de médicaments, prostitution. Le mode de vie peut être très précaire : dénutrition, maladie sexuellement transmissible, tuberculose. Certains essaient au départ d'obtenir une couverture sociale si ce n'est pas déjà le cas. Le produit permet d'échapper à cette insécurité. Certains ont une carence affective, nous ne pouvons pas rattraper cela en 10 secondes, ni réduire alors que l'apport du produit soulage très rapidement.

### A l'officine j'ai différents types de patients :

→ Patients sous agonistes opioïdes, délivrance mensuelle, insérés dans la vie active, travail, famille, enfant. Stables.

→ Patients dont je parle tout au long de ma thèse : sous Méthadone®, Subutex® ou encore Skenan® qu'ils s'injectent. Ils vivent dans la rue ou dans des squats. Il arrive régulièrement qu'ils changent de squat car ils sont expulsés par la police. Ils ont toujours cette peur et ne dorment jamais tranquilles. Ils se font souvent voler leur traitement. Ils ne sont pas insérés dans la vie active, n'ont pas de travail et touchent le RSA.

→ Patients qui viennent régulièrement acheter des kits pour s'injecter leur drogues (héroïne, cocaïne) ou médicaments mais ne prennent pas de substituts chez nous.

→ Patients qui viennent prendre leurs substituts dans notre officine, je pense à un patient en particulier qui est sous Subutex®, complètement inséré dans la vie sociale, mais on le soupçonne de s'injecter son Subutex®. Nous ne lui avons jamais délivré de seringue mais il a le syndrome de Popeye. Il a pas mal d'ulcères au niveau des bras, des ordonnances de pansements, compresses de ialuset sont mensuellement délivrées. Nous pensons qu'il prend son Subutex® chez nous et les seringues dans une autre officine. Encore une fois je me pose la question sur le rôle du pharmacien et de comment aborder le sujet avec son patient ? S'il va prendre les seringues ailleurs, c'est peut-être qu'il ne veut pas nous décevoir ou ne veut pas du tout que nous le sachons.

## TEMOIGNAGE PIERRE PARTIE III – AOUT 22 - PHARMACIE JOUVE

*Moi : On parle d'addiction aux produits et aux comportements.*

*Pierre : Oui je dirais c'est 50/50. Je dirais que lors de la pratique de l'injection, le geste est même plus important que le produit. La plupart des injecteurs s'injectent tout et n'importe quoi. À un moment ce geste, ça devient un rituel, c'est un truc de malade, moi j'en suis arrivé parfois à m'injecter de l'eau.*

*Moi : Quand tu t'injectais de l'eau, ça ne te faisait rien ou il y avait un effet placebo ?*

*Pierre : Je me sentais vaguement mieux après.*

*Moi : Tu ne te disais pas ça y est je suis soulagé, je me suis piqué ?*

*Pierre : Non, jamais, c'est que de l'eau...Mais par exemple quand je consommait beaucoup d'héroïne ou de la cocaïne, de la refiltrer une fois, deux fois, trois fois, quatre fois le coton, ou même plusieurs jours après reprendre un coton déjà utilisé et là forcément on envoie que de la merde dans le sang, ça fait un choc septique, ça c'est ce que j'appelle moi de la « picomanie » et là **c'est la dépendance au comportement qui est bien plus forte que le produit.***

*Moi : Quand tu me parles des cotons que tu refiltrais, il n'y avait plus rien dedans ?*

*Pierre : Beh non, il n'y a plus rien, c'est tellement minime que ça ne soulage pas vraiment, par contre là oui j'avais l'impression d'être soulagé. Quand je bossais pour l'association AIDES, ils avaient fait une enquête avec un laboratoire et dans 1 mL d'eau il y a 60 mg de Skénan qui peut être dissous, Donc dans 1 gélule de 200 mg on a à peu près un peu plus de 3 mL donc là ok, donc à partir du moment où on a refait les cotons 6 ou 7 fois il reste quoi dedans ? Que les excipients et pourtant dans ces cas-là j'avais l'impression d'être soulagé. Il y a 20 ou 30 ans en arrière, il existait des cures avec des programmes d'injection de solution saline. Ça ce n'est pas à négliger l'addiction au comportement. Au début oui c'est l'addiction au produit sauf qu'au bout de plusieurs années, même **au bout d'un mois avec l'héroïne, on n'en prend plus pour être bien mais on en prend pour ne plus être mal.** Quand on passe les 10 ans il n'y a plus aucun plaisir, du coup-là c'est vraiment comportement, un peu comme la nicotine je dirais. Je pense que de la part des patients ou même des centres de réduction des risques c'est assez négligé ce côté-là, ce n'est pas bien pris en compte.*

*Moi : Justement c'est ce que j'essayais de comprendre dans ma thèse, car la substitution c'est une substitution pharmacologique que beaucoup s'injecte donc ce n'est pas une substitution comportementale. Donc il n'existe aucune substitution comportementale... J'ai l'impression qu'il n'y a rien qui est mis en place pour ça. De ce fait le mésusage continue.*

*Pierre : Je ne comprends pas pourquoi le gouvernement continue à s'obstiner à ne pas mettre en place des substituts injectables, ça existe dans d'autres pays, il y a des laboratoires qui commercialisent ça. Même sur internet ça peut s'acheter sans ordonnance. C'est un peu faire les cobayes, mais on peut trouver du Fentanyl injectable ou des dérivés de morphine c'est ce qu'on appelle des « Research Chemicals » c'est des produits où les molécules n'ont pas encore été classées stupéfiantes, on peut donc les trouver elles sont injectables et ne font pas de dégâts enfin... (il rigole), après ça reste des research chemicals donc on n'a pas de retour là-dessus. Ça fonctionne en Belgique et dans d'autres pays.*

*Moi : Certains addictologues savent très bien qu'en prescrivant du Skénan ou autre il y a du mésusage, ils savent que les patients se l'injectent mais ils veulent absolument garder cette alliance thérapeutique avec le patient. Qu'en penses-tu ?*

*Pierre : Ils le savent forcément, mais c'est jouer avec la vie du patient, **l'injection c'est aussi la roulette russe, à chaque fois ça peut mal se passer.** J'ai fréquenté des injecteurs qui étaient obligés de prendre des seringues de 5 ou 10 mL parce qu'ils s'envoient 600 mg de Skénan d'un coup, là l'overdose peut vite arriver même si on a une tolérance de cheval. Sans compter tous les risques liés à l'injection : arrêt cardiaque, œdèmes mal placés ...*

*Moi : Parlons des poly addictions : alcool, benzo, produits illicites, essai d'autres produits, reprise épisodique d'héroïne.*

*Pierre : Pour gérer le manque, l'anxiété, l'angoisse faut forcément une benzo ouais. Pour l'insomnie il n'y a rien qui fonctionne vraiment. J'ai l'impression qu'il y a énormément de patients qui se sortent de l'héroïne grâce à « l'alcool ». Après **ils deviennent addicts à l'alcool du coup, mais vu que c'est légal, ils sont mieux vus et mieux insérés.** Ça devient un alcoolisme chronique.*

***Il regarde mon plan et voit le titre « cerveau modifié »** : c'est simple à partir du moment où on commence avec ces produits qui nous dérèglent tout, tout le système de dopamine, de sérotonine. Quand on en a plus, soit on subit la dépression et on attend que le cerveau refasse toute sa chimie soit on prend des médicaments et on fait en sorte de pas déprimer. Moi si je n'ai pas de benzodiazépine au bout d'une semaine je ne peux plus rien faire, je suis incapable de me doucher, de laver mon linge ou de manger, c'est problématique. C'est aussi hyper compliqué de se sortir des benzo. Après le manque de benzo reste beaucoup moins dangereux que le manque d'héroïne ou de Méthadone, **un manque de Méthadone ça peut clairement tuer quelqu'un**, il y a déjà eu des cas où des gens qui étaient en sous haut dosage 150-200 mg ont arrêté d'un coup, rupture d'anévrisme, muscles qui lâchent, des dents qui éclatent.*

*Moi : Pathologies psychiatriques sous-jacentes.*

*Pierre : Dépression et troubles du sommeil ça c'est clair que ce soit avec l'héroïne et même plus avec les substituts. Je cible encore une fois la **Méthadone** mais pour moi c'est un substitut qui n'a pas lieu d'être, **c'est un remède qui est pire que le mal.** L'agressivité oui surtout pour l'héroïne, le manque ça rend vraiment hargneux. Confusion oui ça peut arriver, des fois ça m'arrive de me demander en quelle année on est, je dirai que c'est plus de l'ordre de l'oubli que de la confusion. L'héroïne et les substituts à la longue la mémoire elle prend un sacré coup. Encore une fois je pense que l'héroïne serait une solution substitutive beaucoup mieux que la Méthadone ou le Subutex. L'héroïne médicale ça existe, c'est déjà utilisé, on aurait enfin une substitution adéquate et injectable.*

*Moi : Mais il y aurait toujours ses effets indésirables et ses effets de manque ?*

*Pierre : Oui dans tous les cas, mais si l'idée c'est d'éviter d'isoler les personnes, d'avoir une alliance thérapeutique à ce moment-là on fait comme la Suisse et on met en place de l'héroïne médicale et là ça devient complètement cohérent. En Suisse, on va au commissariat, on se présente on dit qu'on est toxicomane, il nous envoie vers un médecin addictologue et là il y a une prise en charge qui peut être faite avec de l'héroïne médicalisée soit sous forme de*



*comprimé soit en formule injectable, cela est fait sous contrôle. Ils ont l'air d'avoir des retours plutôt bons.*

*Moi : Parlons des mensonges du patient et dans le cercle vicieux dans lequel on se retrouve avec des demandes d'avances. Je tiens à te dire Pierre, qu'on les capte très vite vos mensonges du type « J'ai fait tomber mes gélules dans la plaque d'égoûts ; Mes chiens ont mangé mon traitement ». Une fois d'accord je veux bien imaginons que ça puisse arriver, mais pas plusieurs fois...*

*Pierre : (Il rigole)... Oui quand j'étais sous Subutex au début, justement je repense aux genres de conneries que j'ai pu sortir à mon Pharmacien, et puis au bout d'un moment je me suis dit mais c'est bon il le sait. Au bout d'un moment le médecin et le pharmacien le savent, ça ne sert à rien, ils sont conciliants, autant que je leur explique clairement la situation et point barre quoi. Par contre des fois je me retrouve vraiment comme un con, comme là où je suis parti au Portugal et je me suis fait voler mon traitement, et pour le coup c'est vraiment vrai...*

*Moi : Nous on préfère la vérité, du moment qu'on est réglo avec nous on est réglo avec vous, Puis c'est surtout pour vous aider, si vous en prenez trop beh on appelle l'addictologue et on essaye de voir avec lui un changement de dosage ou de posologie.*

*Pierre : Exact. Après j'ai déjà vu dans des pharmacies des cas où les patients font scandales jusqu'à avoir leur dose...*

***Nous faisons une petite pause et on en vient à parler des trafics et la revente de substituts.***

*Pierre : Quand j'étais à Paris, il y avait des médecins à qui on passait plusieurs cartes vitales qui n'était pas les nôtres, et il nous faisait plusieurs ordonnances à la pelle et on après on allait dans différentes pharmacies et là c'est un gros trafic. **Le médecin touché une commission bien sûr, quand on arrive avec 10 cartes vitales volées, forcément le médecin est payé à faire ça.** Après ça c'est des réseaux. Ici, même juste avec des chevauchements : 20 euros la boîte, 14 boîtes par mois, 2 ou 3 ordonnances par mois c'est facilement gérable. Quand moi j'ai débuté le Subutex et que je déconnais vraiment, je l'injectais, donc le traitement pour un mois, au bout d'une semaine j'en avais plus. J'avais mon médecin normal qui me faisait une ou deux ordonnances par mois, et un autre médecin pour moi en plus pour me dépanner. Donc déjà une seule personne comme moi qui faisait plusieurs ordonnances sans but financier et beh **il a quand même fallu des années et des années pour que le médecin conseil me tombe dessus et pourtant avec des chevauchements hallucinants.** Après ici dans les bouches du Rhône ça l'air plus contrôlé ce genre de chose. Les médecins sont peu enclins à faire des chevauchements. Mon addictologue préfère augmenter la posologie sur une ordonnance pour rattraper par exemple des gélules avancées que de faire des chevauchements pour pas avoir de problèmes avec la sécurité sociale. Les trafics de Paris dont je te parle des kilos et des kilos de Subutex qui partent soit au Maghreb soit dans les pays de l'Est. Comme le Rivotril, cocaïne du pauvre, en Espagne c'est un business énorme, les douaniers sont formés là-dessus pour éviter que ça passe en frontières et s'envoyer vers le Maghreb, c'est à partir de là que ça serait utilisé pour faire de nouvelles drogues. A Marseille aussi, gros trafic de Subutex.*

***Nous reprenons mon plan.***

*Moi : Je vois vraiment plein de profils différents d'usagers à l'officine.*

*Pierre : Quand moi j'ai commencé à prendre des substituts, j'étais vraiment le cliché du toxicomane qui a son médicament, maintenant c'est n'importe qui, chez les jeunes de plus en plus.*

*Moi : Tu m'avais parlé de médicaments qu'on peut trouver en pharmacie qui peuvent être mésusés, dis m'en plus.*

*Pierre : Effets comme les opiacés on va avoir la molécule qu'on trouve dans le sirop pour la toux, le DMX.*

*Moi : Oui le dextrométorphane, molécule du sirop Tussidane®.*

*Pierre : C'est métabolisé en partie en opiacé, faut faire gaffe aux posologies par rapport au poids, faut faire attention pour l'absorption à pas s'intoxiquer et prendre la bonne posologie, le but avant tout est hallucinogène. L'effet opiacé reste minime. Est-ce que Laudanum existe toujours ?*

*Moi : Non, c'était une teinture mère d'opium à l'époque, s'est en s'échappant des officines qu'elle sera à l'origine des toxicomanies.*

*Pierre : Non mais ça c'était quand il y avait encore des fumoirs d'opium, d'ailleurs c'est marrant, c'est tout le début des accords de commerce avec la Chine, ça a continué avec la Guerre d'Indochine, du Vietnam et tout repose sur le trafic d'opium. Le Croissant et le triangle D'or aussi. Ça fait quand même trois guerres importantes juste pour de l'usage de drogues, fin du trafic de drogue. Parce qu'il y a une grande partie des soldats revenant du Vietnam qui étaient totalement intoxiqués. Quand le projet de la CIA est tombé dans le domaine privé, là il se sont rendu compte que l'armée était impliquée dans le trafic d'opium pour ensuite revendre de l'héroïne dans les ghettos, et milieux défavorisés pour pouvoir incriminer les noirs et les communistes.*

## **PARTIE 4 : COORDINATION PROFESSIONNELLE ADDICTOLOGUE/PHARMACIEN**

### 1. PREMIER RENDEZ-VOUS D'UN PATIENT, SUIVI D'UN PATIENT

Un « partenariat » est nécessaire pour prendre en charge un toxicomane, car il est à « multiproblème ». Aucune branche n'a de solution exclusive pour un usager, il faut travailler tous ensemble.

Le rôle du médecin généraliste sera tout d'abord de soigner des plaies, des pathologies consécutives à la prise de drogues, des virus, des bactéries, et de centrer un traitement sur cette pathologie. Son but premier ne sera pas de l'amener sur une abstinence de la toxicomanie.

Il pourra l'aider pour des soins somatiques, la gestion du manque, l'orienter vers d'autres professionnels de santé spécialisés dans un domaine. (26)

La première rencontre avec un addictologue par exemple peut être conflictuelle. Le but sera d'obtenir au fur et à mesure une alliance thérapeutique. Le patient doit avoir confiance en son médecin, c'est primordial pour qu'il puisse se confier et pour que le professionnel de santé l'aide au mieux tout au long de son suivi. Cette alliance thérapeutique une fois obtenue permettra de travailler sur le long terme.

Apprendre à connaître son patient est primordial avant d'instaurer tout traitement. Certains professionnels de santé s'inspirent de grille de questionnaires comme :

<b>ASI : addiction severity index</b> (Mc Lellan, Luborsky, O'Brien, Woody) → Recherche et évolution du patient	<b>Score TMSP : toxicomanie, médical, social, psychiatrie</b> (Lowenstein, Gourarier) → Diagnostic de situation
<p>Version francophone : IGT : indice de gravité de la toxicomanie Explore 7 axes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>État médical</b> : maladies chroniques, médicaments, antécédents d'hospitalisation</li> <li>2) <b>Emploi- ressources</b> : emploi, formation, ressources financières légales, illégales, permis de conduire.</li> <li>3) <b>Drogue-alcool</b> : psychoactifs pris au courant de la vie et dans les 30 derniers jours, surdoses, argent dépensé, sevrage</li> <li>4) <b>Situation légale</b> : incarcérations, inculpations, situation actuelle</li> <li>5) <b>Histoire de famille</b> : antécédents psychiatriques, d'alcoolisme</li> <li>6) <b>Relations familiales-sociales</b> : conditions de vie, relations conjugales, conflits.</li> <li>7) <b>État psychiatrique</b> : anxiété, agressivité, dépression, hallucinations, idées suicidaires.</li> </ol> <p>A la fin de chaque axe, l'utilisateur devra répondre à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ « Comment évaluer vous son besoin ? » (0 à 9 points)</li> <li>▪ « Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement, une aide. » (0 à 4 points)</li> </ul> <p>Ces questions aideront l'utilisateur à prendre conscience de sa situation et de nommer ses difficultés.</p>	<p>Explore 4 axes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Toxicomanie</li> <li>2) Suivi médical</li> <li>3) Socio personnel</li> <li>4) Approche psychiatrique</li> </ol> <p>Chaque axe comprend 3 items (1, 2 ou 5 points). Résultat total entre 4 et 20 points.</p> <p>Tout cela évite de fâcheux oublis dans une catégorie.</p> <p>Cerner les indications thérapeutiques.</p> <p>Cerner les modalités de prise en charge.</p> <p>Comparer les scores au fil des consultations.</p> <p><b>Tableau 16 : Grille de questionnaire (26)</b></p>

Certains addictologues s'inspirent des grilles, d'autres par expérience échangeront plus naturellement. À force, comme m'expliquait le Dr Dragomirecu, il devine le fonctionnement du patient. Les grilles restent assez impersonnelles.

Il faut réfléchir à des stratégies diversifiées de prise en charge : la réduction des risques, l'abstinence, etc. La demande de l'utilisateur évolue dans le temps.

Au départ lorsque l'utilisateur est dans la lune de miel, il n'aura pas de demande d'arrêt, il ne sera pas dans le désir d'abstinence. Il contactera le médecin en cas d'infections ou d'autres effets indésirables.

Lors d'une demande d'arrêt, il faudra que le professionnel de santé fasse bien une distinction sur ce que désire réellement le toxicomane :

- Arrêter le manque : l'utilisateur veut supprimer ces signes de sevrage qui le rend malade ou
- Arrêter la toxicomanie : en manque ou non, il souhaiterait une vie sans héroïne.

Cette distinction est indispensable pour la prise en charge du patient. (26)

Il faudra rechercher les causes du craving pour mettre en place une psycho éducation du patient. Il faut travailler sur l'usage surtout, même si l'arrêt reste bien évidemment un projet. Conseiller le patient en lui disant que même s'il n'arrive pas à arrêter le mauvais usage, autant le faire de la manière la plus sécuritaire possible.

Les rechutes sont ancrées dans le processus de sortie de la toxicomanie. L'abstinence est une intentionnalité du médecin mais ne peut être une exigence. Lorsque nous aidons le patient à gérer son manque, nous limitons des dommages sociaux. En tant que professionnel de santé, notre contact avec eux limite également les dommages médicaux.

Le médecin fait une ordonnance de courte durée au début, pour essayer de trouver la bonne posologie pour le patient et pouvoir l'accompagner au mieux dans les difficultés rencontrées afin de réajuster la posologie.

Un refus d'accompagnement peut concerner autant le professionnel de santé que le patient. Concernant le refus d'accompagnement venant du professionnel de santé, par principe nous ne refusons pas un accompagnement, en général après une première consultation nous pouvons l'orienter vers un autre professionnel de santé ou une structure plus adaptée, c'est ce que nous appelons la clause de conscience.

## 2. COORDINATION PROFESSIONNELLE

Les bases d'une relation entre un professionnel de santé et son patient sont : de réagir en soignant et non en citoyen, d'être chaleureux et empathique. L'empathie n'implique pas le copinage et la cécité. Elle n'est pas contradictoire avec la fermeté et la fermeté n'implique pas la rigidité. Il faut être authentique, concret et pragmatique.

Dans mon cas et dans le cas de plusieurs des professionnels santé, nous sommes souvent perdus et confrontés à un conflit interne à gérer. Il faut essayer d'être le plus neutre possible, ne pas le juger, cependant parfois à force de multiples mensonges des patients nous finissons par perdre notre sang-froid. Notre cerveau est souvent partagé entre :

- « Il se drogue et il n'y est pas pour rien, il a cherché ce qui lui arrive »
- « C'est un malade souffrant que je dois aider dans la mesure de mon savoir »

Le patient tentera plusieurs fois de déstabiliser le professionnel de santé.

Nous pourrions essayer de multiples reproches. Il peut faire culpabiliser le professionnel de santé en le rendant responsable de son échec par exemple. Voilà pourquoi il reste primordial de garder en tête que **nous sommes responsables des soins que nous prodiguons mais non de ce que fait ou va faire le patient**. Il est important de ne jamais dénigrer le travail d'un autre confrère ou des structures qui sont intervenus dans le suivi du patient. (26)

Il est également difficile parfois de garder la bonne distance. Dans le cas inverse, nous pouvons être dans la compassion (c'est très souvent mon cas) du fait du mode de vie précaire des patients. Rentrer le soir chez nous en plein hiver sachant que certains de mes patients ne rentrent nulle part et dorment dans le froid est parfois compliquer à gérer.

En général, l'addictologue appellera le pharmacien, pour lui parler d'un nouveau patient sous substitution et obtenir son accord pour la délivrance. Nous pouvons voir ensemble le fractionnement. À la pharmacie nous devons nous organiser concernant la délivrance fractionnée, voir journalière de chacun.

Le processus de la toxicomanie comprendra des rechutes et des difficultés. Cependant nous ne devons pas arrêter pour autant le suivi mais au contraire, l'optimiser et le consolider au mieux.

Le rôle du pharmacien est également d'orienter le patient vers une structure spécialisée si besoin, comme des centres spécialisés, des structures sociales, éducatives, psychiatriques.

Ce qui est très compliqué pour nous, c'est de se retrouver face à des prescriptions qui ne suivent pas les recommandations, nous nous retrouvons « témoin » et indirectement « acteur » du développement de trafics et de l'injectable et malgré ce nos patients même suivis n'évoluent pas. Malheureusement beaucoup de professionnels de santé baissent les bras face à toutes ces mésusages.

Nous, pharmaciens, sommes en première ligne pour la réduction des risques : nous délivrons des seringues, des Stéribox (kit anti VIH, hépatites), des préservatifs et surtout des conseils et des messages de prévention.

À l'officine, nous nous devons de rester discrets lors de la dispensation. Le patient doit respecter la file d'attente, ce qui peut être parfois difficile quand il arrive à la pharmacie en manque. Pour l'usager cela peut être parfois intenable, et nous devons de le gérer comme nous pouvons.

Notre coordination professionnelle est primordiale pour aider le patient. Nous pourrions mettre en place des entretiens motivationnels par exemple en discutant des bons points à renoncer à son héroïne, ou du moins baisser sa consommation. Cela peut concerner le mésusage des substituts également, en leur rappelant les effets bénéfiques du bon usage et les effets non bénéfiques du mésusage. Il faut leur expliquer que ce n'est pas bon pour la santé, même si certains le savent très bien et il est important de réitérer le message régulièrement. Nous parlons avec eux également des poly consommation, de la prise d'autres produits qui pourrait réduire leur résistance à l'héroïne et de leur faire prendre conscience de la dangerosité.

Que ce soit le médecin généraliste, l'addictologue à l'hôpital ou le pharmacien d'officine, l'accompagnement psychologique et social est indispensable pour le patient, il fait partie du traitement de sevrage et un traitement médicamenteux seul ne suffira pas. Pour tout ce qui est thérapie cognitivo-comportementale de type entretien motivationnel, bilan médicamenteux (effets secondaires du traitement par exemple), c'est le professionnel de santé qui décidera ce qui est le plus adapté pour le patient. Le patient ne doit pas avoir de problèmes psychiatriques, ne pas être en manque ou en décompensation pour participer à ce genre de thérapies.

C'est à nous pharmaciens, de réorienter vers un professionnel quand nous dépistons une surconsommation. Certains patients ne sont pas au courant de la substitution ou des structures type CSAPA ou CARUUD pour l'aider et c'est à nous de les informer.

### 3. PLACE DANS LA SOCIETE

Voilà une question. C'est là que je trouve un paradoxe qui me perturbe. Rappelons la loi du 31 décembre 1970, qui obligeait les usagers à aller voir le médecin pour obtenir une ordonnance de seringues. C'est pourquoi les toxicomanes se les échangeaient et qu'il y a eu l'émergence du VIH. Cette loi a-t-elle fait obstacle aux soins ? Le débat sur la toxicomanie est basé sur l'aspect législatif. Nous pouvons nous poser comme question s'il faut légaliser les drogues ? les dépénaliser ? harmoniser des dispositifs européens ? Existe-t-il une solution législative idéale ?

#### **Paradoxe entre la pratique et la loi ?**

##### L'accès aux seringues

L'usage de drogue illicites est considéré comme un délit. Le port d'une seringue est une présomption d'usage et donc de délit. Si nous appliquons la loi mot à mot, il y a alors une opposition à la réduction des risques : VIH, hépatites, pathologies infectieuses etc...

Mais nous pharmaciens, distribuons des seringues. Le délit d'usage disparaît-il ? Faudrait-il une dépénalisation de l'usage ?

Beaucoup d'usagers continuent à s'injecter notamment leurs médicaments de substitution. Une autre question qui me taraude : Pourquoi les laboratoires pharmaceutiques n'ont-ils pas commercialisé plus tôt un traitement de substitution par voie intraveineuse notamment pour l'initiation du traitement par exemple ?

Je rappelle encore une fois qu'un héroïnomanes qui s'est piqué pendant des années ne pourra pas avaler un comprimé du jour au lendemain.

#### **Substitution pharmacologique mais non comportementale.**

##### Anonymat

Lorsqu'un patient demandera l'accès aux soins, il sera automatiquement « fiché », il sera reconnu usager et donc délinquant ? Nous pharmaciens avons des ordonnances nominatives pour la substitution. Où est l'anonymat ? Comment pouvons-nous faire pour travailler, et continuer notre coordination avec les autres professionnels de santé avec l'anonymat ?



## Gratuité

Dans les centres spécialisés a été instauré un « budget État spécifique », ce qui permet un accès aux soins pour les patients en attente de couverture sociale. En pratique, c'est tout autre chose. Certains centres n'ont pas de budget médicament adéquate pour avancer un traitement, ou manquent de personnels soignants et d'aidants. Dans certains cas nous passons d'un « budget État spécifique » à une prestation de sécurité sociale. Les médecins libéraux sont payés à l'acte, la substitution est payante et remboursable.

## Une loi idéale ?

Comme j'expliquais précédemment il y a un paradoxe entre le fait que nous pharmaciens délivrons des seringues mais que la pratique de l'injectable est interdite. Ce paradoxe est dangereux, il se présente comme un obstacle à la réduction des risques infectieux et dans la lutte des maladies transmissibles (VIH, hépatites).

Pour rappel, le port de seringues reste une présomption de délit. C'est la situation française. Dans certains pays, l'usage est interdit sur la voie publique, mais reste autorisée chez soi.

## **Est-ce que la dépénalisation de l'usage ne serait pas une solution ?**

L'achat et la vente resterait interdit. Le but serait de courir après les gros dealers. Les consommateurs seraient pénalisés d'une amende à chaque consommation en public. Le port de seringue serait dépénalisé ce qui fait qu'il n'y aurait plus d'obstacles législatifs dans la démarche de réduction des risques. L'usager ne serait plus considéré comme « délinquant ».

(26) (63)

En Décembre 2020, le Consumer Science and Analytic Research réalise un sondage consistant à juger les politiques des drogues en France. Une étude a été réalisée sur 1007 français majeurs, parmi lesquels 50% avaient reçu de l'information à propos des politiques des drogues avant de répondre à certaines questions et 50 % n'avaient pas reçu d'information.



Un débat serait le bienvenu sur les politiques de contrôles des drogues ainsi que sur la pénalisation de l'usage en incluant tous les acteurs, c'est-à-dire les professionnels de santé et les personnes concernées comme certains usagers pour mener à bien une réflexion constructive. (64)

Au Portugal, dans les années 90, une forte vague d'injecteurs et de VIH a émergé. Les politiques ont décidé de dépénaliser la consommation, ils ont réussi à stopper la propagation du VIH, et ce avant le développement des trithérapies. Il en a été de même pour l'hépatite B et C. Il y a des consommateurs mais il n'y a pas plus de pic d'infections, de VIH ou d'hépatites que dans d'autres pays européens. Tout trafic est puni, mais pas la consommation qui est autorisée chez soi et interdite dans les lieux publics. Le principe est le suivant : pas de chasse aux consommateurs. Voilà qui nous pousse encore une fois à mener une réflexion sur les autres pays européens. Chaque pays a également sa vision culturelle qui peut entrer en jeu.

Le Dr Dragomirescu se demandait pourquoi elle n'avait jamais aucun gendarme près du CHU d'Aubagne là où elle reçoit tous les toxicomanes ? « **Quand quelqu'un est en demande de soin, ce n'est pas la peine de le pourchasser** » me dit-elle.

Après avoir discuté longuement avec le Dr Dragomirescu, je lui parle de mon incompréhension concernant la non harmonisation européenne sur plusieurs sujets. Cette dernière me fait part d'une information concernant la Méthadone. En France, la Méthadone qui est délivrée contient de l'alcool alors qu'en Suisse, par exemple, la Méthadone qui est délivrée ne contient pas d'alcool. Ainsi pour les usagers, une Méthadone sans alcool est donc plus facile à « cuisiner » pour se l'injecter car nous avons plus tout ce long processus pour séparer l'alcool de la Méthadone. La densité n'est pas la même. Les excipients sont différents. Nous avons donc une Méthadone différente selon les pays. En Suisse, la Méthadone sans alcool est une Méthadone « retard » voilà pourquoi il est indispensable quand une personne arrive en France que nous vérifions la prise de Méthadone et de quel pays

Les quantités peuvent ainsi être différentes et il y a un risque d'overdose si on ne prend pas les précautions nécessaires concernant ce qui a été pris avant. Il faut vérifier que le patient ne soit pas alcoolique. Notre nouvelle interrogation est donc : « **comment pourrait-on harmoniser nos pratiques avec d'autres patients de la communauté européenne ?** »

#### 4. ASSOCIATIONS ET STRUCTURES SPECIALISEES

L'exclusion de l'usager est un « dommage », de même que la désinsertion sociale. Voilà pourquoi le soutien des professionnels de santé est indispensable, de même que la création de lieux, d'endroits où les personnes dans les situations les plus précaires peuvent se doucher, manger un repas chaud, voir du monde, communiquer, s'aider. Cela permet aux toxicomanes de retrouver un sentiment d'existence et de leur susciter de l'espoir.

Il existe des structures en France avec de nombreux acteurs : médecins, psychiatres, pharmaciens, infirmiers, éducateurs spécialisés, assistantes sociales. La plupart sont conventionnés par la Direction départementale d'action sanitaire et sociale (DDASS). Les structures ont chacune leur mode de sélection. Nous pouvons les contacter par courrier, consultation téléphonique, ou contact direct. Voici les différentes structures qui existent :

- 1) **CSCST** : centres spécialisés conventionnés de soins aux toxicomanes. Ils sont financés par l'État pour prévenir, agir, et permettre l'accès aux soins. Il y aura une prise en charge multidisciplinaire : médicale, psychologique, sociale, éducative, sevrage, accompagnement, aide à la réinsertion. Il existe 250 centres en France. Les soins sont pratiqués dans l'anonymat et la gratuité.
- 2) **Centres d'accueil** : nous y trouvons la substitution, le sevrage et des ateliers. La prise en charge est multidisciplinaire. Il en existe en général un par département. Il y a également une prise en charge ambulatoire des usagers.
- 3) **Postcures** : structures qui accueillent des patients sevrés (sous substitution). La prise en charge est psychologique et sociale. Il y a une douzaine de places disponibles.
- 4) **Boutiques** : qui sont un accueil pour les toxicomanes les plus marginalisés. Des soins de première nécessité sont proposés : prendre une douche, boire et manger. À La Ciotat, derrière la Pharmacie, il y a un petit local qui s'appelle le **Cap's**. La plupart de mes patients y vont. C'est un lieu d'échange qui leur permet de voir un peu de monde dans la journée et de communiquer autour d'un café chaud.

Il existe des dispositifs complémentaires tels que des appartements thérapeutiques, des réseaux de famille d'accueil et des solutions d'hébergements d'urgence.

À La Ciotat il y a une structure qui s'appelle « **Station Lumière** » qui accueille et héberge des familles, personnes seules, sans abris, victimes de violences, en rupture avec la ville ou toute personne, pour une raison ou une autre, qui s'est retrouvée sans logement. La station a été créée en 1996. Les personnes bénéficient d'une chambre, d'une douche, et de repas.

Les personnes qui y travaillent aident chaque personne dans des démarches administratives, sociales. Ils les aident à se réinsérer dans la vie active et professionnelle. Sur place, ils partagent des activités de bricolage, de recustomisations de meubles et des ateliers. Les personnes pourront montrer leur savoir-faire. Ils vivent en communauté et se répartissent les tâches ménagères. Les animaux de compagnie sont strictement interdits dans cette structure c'est pourquoi la plupart de mes patients préfèrent rester dans la rue mais sans se séparer de leurs fidèles compagnons.

Il existe aussi un **Comité départemental de suivi des traitements de substitution** dirigée par la DDASS. C'est une structure informelle qui se réunit 1 à 3x/an pour faire remonter les besoins du terrain avec toujours des acteurs multidisciplinaires.

- 5) **Ecimud** : équipe spécialisée pour les toxicomanes qui sont admis dans n'importe quels services de l'hôpital.

À l'hôpital de La Ciotat, il existe l'**ANPAA** : association nationale de prévention en alcoologie et addictologie qui regroupe deux structures (CSAPA et ELSA) :

- 6) **CSAPA** : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie. Il est financé par l'assurance maladie. Il y a une équipe pluridisciplinaire. Les médecins du CSAPA peuvent prescrire des TAO, des substituts nicotiques ou encore des psychotropes. Dans certains CSAPA, la méthadone peut être délivrée directement sur place sinon l'utilisateur pourra présenter son ordonnance en officine de ville.

Les missions d'un CSAPA sont : l'accueil aussi bien pour l'utilisateur que son entourage pour pouvoir permettre de répondre à une demande. L'information sur les droits et modalités de prise en charge. Une évaluation médicale, psychologique et sociale. L'orientation. La distribution de matériel pour la réduction des risques.

Dans le cas de La Ciotat, il n'y a pas de délivrance de Méthadone, car le médecin est là qu'une seule fois par semaine. Il ne distribue pas de matériel non plus. Nous sommes obligés d'orienter les patients au CSAPA d'Aubagne. Le manque de personnel en est l'origine.

- 7) **ELSA** : équipe de liaison et de soins en addictologie. Elle est pluridisciplinaire. Elle intervient auprès des patients admis aux urgences ou hospitalisés en appui à l'équipe soignante. Elle intervient auprès des professionnels de santé, elle peut les aider, les former, les assister par le dépistage, le diagnostic et l'orientation des patients. Elle mène des actions de sensibilisation, de prévention et assure la coordination ville hôpital.

Passons à des structures, associations et dispositifs plus spécialisés dans la **réduction des risques** (faciliter l'accès aux seringues, à la substitution, aux soins, et promouvoir l'autosupport des usagers de drogues). Je vais faire un focus sur ce qui existe le plus près de chez nous, c'est-à-dire Marseille.

- 8) **ASUD** : auto support des usagers de drogues. Mouvement militant, c'est une association créée en 1992 et reconnue par les autorités administratives, plus précisément par l'agence française de lutte contre le sida (AFLS). Grâce à l'appui de l'ex ministre Madame Simone Veil, fut créée la première association française d'usagers ou anciens usagers de drogues. Ils participent aux programmes d'échanges de seringues et à la prévention du VIH. Leur but est d'intensifier les services de réductions des risques, de faire de la prévention et de promouvoir les réformes politiques concernant la drogue. Ce mouvement permet de passer du terme « toxicomane » à « usager de drogue ». Cette nouvelle dénomination permet une évolution des représentations, en passant d'une personne auto destructrice, irresponsable à un individu responsable avec des comportement de prévention. Nous avons également un changement de statut où le patient n'est pas qu'un soigné mais peut même devenir partenaire des « soignants ». Ces usagers-là pourront intervenir par exemple dans le cadre de bus d'échanges de seringues, ils connaissent bien la drogue, les pratiques, et ils sont aussi rassurants pour les autres usagers. Ils ont créé un journal qui fut leur outil de propagande et un outil de réduction des risques liées à l'usage de drogues. À ce jour, sur le site de l'ASUD, je peux trouver de nombreuses de revues très intéressantes en lien avec l'usage de drogues. (65) Adresse : « MARS SAY YEAH » 57-59 rue du Coq, 13001 Marseille.

*Il en existe également un à Nîmes.*

9) **Association bus 31/32** : chaque année cette association met en œuvre des actions de prévention et de soins pour les personnes consommatrices de produits psychoactifs avec des outils de réduction des risques et des dommages liés à l'usage des drogues. Ces actions sont faites de manière anonyme, gratuite, sans jugement, ni moralisation.

Cette association comprend plusieurs structures :

- **CSAPA Bus Méthadone 31/32** : il s'agit d'unité mobile facilitant l'accès au traitement de substitution, la Méthadone, ainsi qu'aux circuits thérapeutiques et sociaux. C'est une équipe pluridisciplinaire (personnel médical, paramédical, sociale, psychologue).

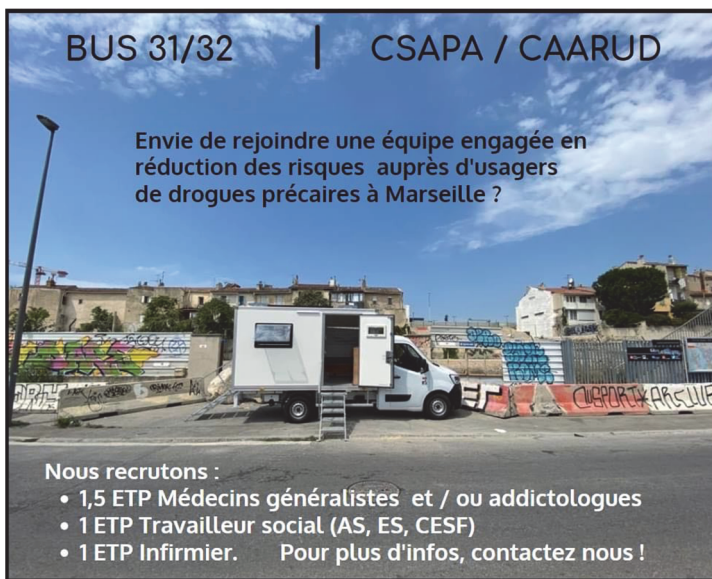


Figure 55 : Bus 31/32 (66)



Figure 56 : Règlement Bus 31/32

Il existe 3 stationnements, 7 jours sur 7, toute l'année y compris les jours fériés :

- Rue Jules Ferry (Gare saint Charles) de 9h30 à 11h
- Parking situé au croisement du Bd Verd et de la rue Roux de Corse de 13h30 à 14h30
- Avenue Félix Zoccola de 15h à 16h

Il existe un local 129 avenue de Toulon pour les consultations psychologiques et médicales.

Je m'y suis rendue Lundi 10 octobre 2022 à 9h30 **rue Jules Ferry près de la Gare Saint Charles**. J'aperçois une file indienne près d'une petite camionnette. Des profils de personnes plus différents les uns que les autres. Sur place, deux infirmiers, et deux travailleurs sociaux. Le principe du bus est d'être aux endroits où il n'y aura pas d'accès aux soins. Le bus est actif de 9h30 à 16h. C'est un bus militant avec des médecins bénévoles (médecins du monde). La travailleuse sociale m'explique que c'est différent des fédérations comme Addiction France qui sont financés par l'État. Tout le matériel disponible dans le bus est délivré par l'ARS.

Seul un CSAPA peut délivrer de la Méthadone. Il délivre tout le matériel nécessaire à la réduction des risques : seringues, stéricup, filtre, antiseptique, préservatifs, pipe à crack. Ils peuvent délivrer jusqu'à 40 mg par jour de Méthadone **sirop** par personne (pour un héroïnomanes c'est une dose minime, donc pas de risque d'overdose). C'est anonyme. J'ai assisté à la distribution de matériels et à la délivrance de Méthadone avec un infirmier dans le bus, l'infirmier note un « surnom » sur un tableau informatique et sur papier et note la quantité délivrée, il peut également délivrer d'autres médicaments sur prescription, type antidépresseurs ou anxiolytiques. Il y a une traçabilité mais qui reste anonyme. L'utilisateur doit avaler sa fiole de Méthadone à l'intérieur du bus. Il reste avec l'équipe un moment à l'extérieur pour que l'équipe veille à sa sécurité, voir s'il ne fait pas d'overdose, car nous ne pouvons pas savoir si l'utilisateur a pris d'autres substances juste avant. Ils dispensent également des soins infirmiers (désinfection, changement de pansements) si nécessaire.

Le bus est un CSAPA mobile. L'idée qu'il faut garder en tête, m'expliquait la travailleuse sociale, c'est vraiment cette notion de « **bas seuil** » : la volonté de maintenir un lien et d'accompagner la personne, quel que soit son état sanitaire et psychique, ses consommations et son niveau de prise de risque. Le principe du bus est un travail de proximité : aller au plus près des personnes concernées, établir une proximité relationnelle avec les usagers pour écouter, entendre leurs besoins, leurs désirs, comprendre leur mode de fonctionnement, les orienter vers des médecins, des structures spécialisées et adapter des réponses.

- **Caarud** : accès aux outils de réduction des risques, missions d'accès aux droits et aux soins pour les personnes usagères de drogues actives avec un travail de proximité sur « l'aller vers » et le « travailler avec » les usagers de drogues, au sein des grands ensembles des 13<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> arrondissements (réfèrent sur ce secteur, ARS PACA), au sein de la gare.
- **Des microstructures médicales addictions et covid/santé mentale** : permanences sociales et psychologiques au sein de cabinets de médecine générale dans le cadre d'une prise en charge addictologique ou santé mentale.
- **Le bus Hépatant** : dispositif d'accès au dépistage et soin des hépatites.
- **Le projet « Epowerment drugs users »** : interventions et amplification des messages de prévention et réduction des risques sur les espaces numériques interactifs.



- **Plus Belle La Nuit (PBLN)** : dispositif de prévention et de réduction des risques en milieux festifs urbains/commerciaux (free parties, raves parties) dans les Bouches du Rhône. La planification est pluriannuelle. Différentes actions sont menées avec des interventions sur sites (stands, maraudes sur l'espace public marseillais et à Aix en Provence, flyages), autonomisation des acteurs (Label, malles de préventions et sensibilisations).
- **Le « Chill'in »** : accueil des publics de PBLN, de consommateurs récréatifs de produits tous les jeudis de 18h30 à 20h30. Lieu ressource, passerelle, basé sur les principes de la santé communautaire et complétant l'offre du secteur de l'addictologie, du soin, de la jeunesse, entre les événements festifs et les dispositifs existants.
- **Dispositif d'analyse de drogue** : permettre aux usagers de drogues rencontrés par le bus 3132 et ses partenaires d'améliorer leurs connaissances des substances qu'ils consomment. Participer à la veille, en lien avec le dispositif SINTES et l'ODFT, à limiter les accidents, les prises en charges hospitalières suite à des consommations de produits.

Le Dr Dragomirescu qui travaille au CHU d'Aubagne, particulièrement au CSAPA, est en relation avec le Dispositif TREND-SINTES. Elle est autorisée à emballer des échantillons de substance psychoactive pour faire analyser le produit quand l'utilisateur a eu un effet particulier ou un gros bad trip, quand il y a une suspicion de substance mal coupée. Il existe 3 laboratoires en France qui font ce type d'analyse.

**10) CAARUD Sleep'in** : Je m'y suis rendu le Lundi 10 octobre 2022 après le bus.



Figure 57 : Caarud Sleep'in



Figure 58 : Plaque Caarud Sleep'in

J'admets que j'ai un coup de cœur pour cet endroit. J'ai été reçu par une éducatrice spécialisée, Vanessa, qui a pris le temps de me recevoir dans une petite salle charmante et intime. Nous avons pu échanger pendant plus d'une heure. Dans un CAARUD, nous ne délivrons pas de Méthadone mais uniquement du matériel pour la réduction des risques, matériel qui est délivré par l'ARS. Elle m'explique qu'ici la plupart des usagers ne s'injectent que très rarement de la drogue à proprement parlé mais s'injectent leurs médicaments (Subutex, Skenan, Ritaline).

Ici, au CAARUD, nous parlons de « bas seuil » : aucune exigence pour l'accueil, le Sleep'in est un premier rempart entre la rue et le début d'un suivi social et d'un accès au soin. Ce CAARUD dispose de 15 hébergements sur place et de 15 chambres d'hôtel. Les 15 places disponibles au CAARUD c'est de l'accueil d'urgence. La nuit est à 1,50 euros, les patients ont le droit à un crédit mais pas deux. Il faut s'inscrire le matin avant 8h sur une liste pour avoir sa place pour le soir.

Je lui explique ce qui se passe pour moi en officine, avec le mésusage mais aussi les prescriptions hors AMM du Skenan par exemple et du marché noir. Elle me raconte que quelquefois elle est confrontée à de drôles de situations, comme par exemple si quelqu'un qui arrive ici au CAARUD n'a pas encore de médecin et est sous traitement Méthadone, elle peut l'envoyer sans problème dans un CSAPA.

Le problème est quand une personne arrive, sans papier, sans médecin, et est depuis 40 ans sous Subutex, elle ne peut pas l'orienter vers le CSAPA ou le bus, nous ne pouvons pas prendre de la Méthadone comme cela donc ça lui arrive de lui indiquer à quel métro, à quel endroit il peut acheter du Subutex, ce qui est un gros problème car comme elle me l'a si bien expliqué, « le marché noir il n'y a rien de pire tu y vas pour quelqu'un chose dont tu es addict, le lendemain tu y retournes, le dealleur va te dire qu'il n'en a plus et va te proposer autre chose à la place et à ce moment-là tu deviens polyaddict, ce qui est encore pire ».

Je lui explique que je suis passée plusieurs fois devant le CAARUD sans comprendre que c'était ça, car j'avais l'impression, vu d'extérieur, que c'était un local abandonné. Elle m'a expliqué que c'est fait exprès car « l'avocat ou le banquier qui vient à 3 heures du matin chercher ses seringues n'a pas forcément envie d'être repéré ».

Dans le CAARUD, il y a une équipe de jour (médecin, psychologue, éducateurs spécialisés, infirmiers, assistante sociale, traducteur) et une équipe de nuit (infirmiers, éducateurs).

J'ai passé la matinée là-bas, j'ai vu plusieurs choses : des patients qui vont et qui viennent, d'autres qui s'installent pour boire un café, d'autres qui viennent juste s'inscrire sur la liste pour dormir le soir, d'autres qui attendent leur rendez-vous avec le psychologue, le médecin ou encore l'assistance sociale pour les aider à faire leurs papiers, d'autres qui viennent récupérer du matériel et repartent, d'autres qui discutent avec nous, rigolent et se changent les idées.



Figure 59 : Salle de consultation Sleep'in



Figure 638 : Réserve matériels



Figure 61 : Salle d'accueil Sleep'in

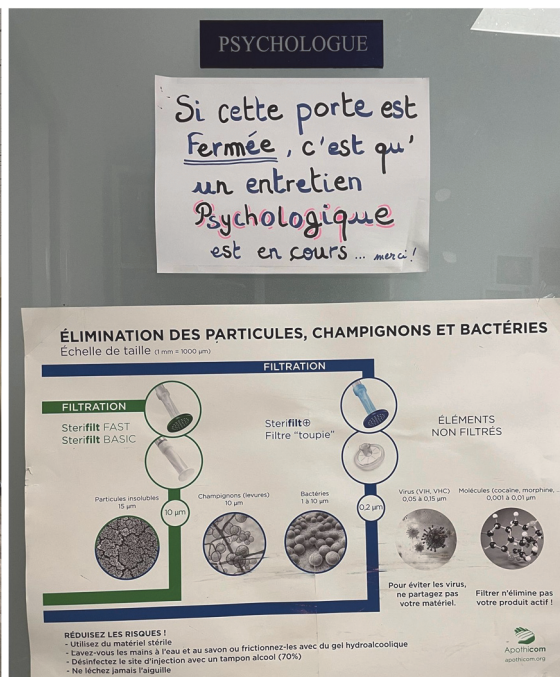
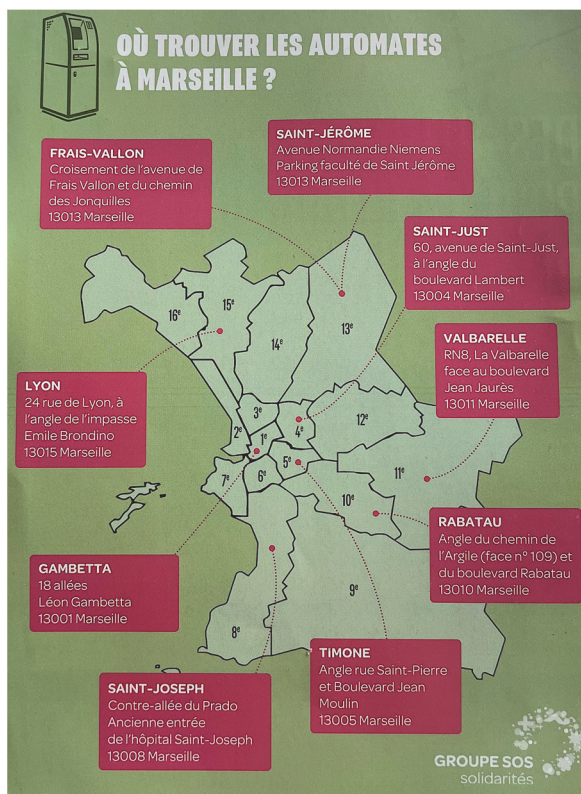


Figure 62 : Affiche Sleep'in



**Figure 63 : Accueil du Sleep'in**

Le CAARUD Sleep'in gère également 10 automates dans tout Marseille. Un automate est un échangeur-distributeur de seringues qui permet d'obtenir gratuitement un kit d'injection stérile « Stéribox » et de récupérer le matériel usager. Le principe est simple : soit l'utilisateur insère sa seringue usagée, obtient un jeton, met le jeton et obtient le kit, soit des associations spécialisées dans l'addiction distribuent directement les jetons. Les jetons sont disponibles également dans les CSAPA, CAARUD et certaines pharmacies.



**Figure 64 : Localisation Automates**



**Figure 65 : Jetons automatés**



Figure 66 : Automate Gambetta



J'y retourne le 21 octobre car j'ai **rendez-vous** avec le médecin du CAARUD qui est le **Docteur Patrick Padovani** (anciennement adjoint au maire de Marseille de Monsieur Gaudin).

Nous commençons à discuter sur le sujet en général. Il m'explique que tout part de la loi de 1970, avec Barzac pour les seringues, Simon Veil pour les TSO. Il me partage son opinion, sur le fait que cette loi devrait être modifiée, il faudrait le faire d'une façon sanitaire, encadrée et surtout qu'il y ait une sécurité publique car c'est ça qui pose le plus problème. La politique était jusqu'à présent « faite ce que vous voulez, n'importe où, mais il ne faut pas qu'on le voit ». Il ne faut pas que les toxicomanes fassent n'importe quoi c'est pour cela qu'on parle de sécurité médicale et surtout pas n'importe où pour une sécurité publique, il faut bien se mettre à la place des toxicomanes qui ont aussi hontes de le faire dans la rue. Il m'explique que le CAARUD n'est pas une salle de consommation à moindre de risque, l'utilisateur ne doit pas pratiquer son injection dans l'enceinte de l'établissement, mais sait très bien que la plupart le font aux toilettes, ils prennent tout le matériel nécessaire, les lingettes antiseptiques et y vont. C'est toujours mieux que dehors entre deux voitures comme certains peuvent le faire, déjà pour des questions d'hygiène, là nous parlons de sécurité médicale et surtout pour une sécurité publique, pour autrui, pour éviter que des seringues traînent dans les rues et d'autant plus le regard des gens.

De ce fait, je lui demande pourquoi il n'y a pas de salle de consommation à moindre de risque ou autrement nommé « salle de shoot » sur Marseille qui est quand même une grande ville, sachant qu'il en existe une à Paris et une à Strasbourg. C'est ainsi que le Docteur Padovani me racontera son histoire. À l'époque, étant adjoint au maire de Monsieur Gaudin et toujours investi dans la réduction des risques et du VIH, il explique son projet au maire, concernant la création d'une salle de consommation à moindre de risque sur Marseille. À ce moment, aucune salle de shoot n'était encore créée et celle de Paris était en train de se faire. Le maire était d'accord pour ce projet cependant pour des raisons confidentielles, le projet n'a pas abouti pour « conflits politiques » pour ne pas trop en dire (même si je connais la vérité avec tous les ministres impliqués dans ce refus de projet).

En janvier 2019, 2<sup>ème</sup> tentative pour le Docteur Padovani, à ce moment-là, il n’y a plus de raisons qu’il y ait de conflits politiques car les ministres ont changé. Le maire donne son accord, l’agence régionale de santé est d’accord, le lieu est trouvé (salle de PASS entre la Timone et la Conception), les professionnels de santé avec, tout était prêt sauf qu’au mois de juin 2019 tout tombe à l’eau, car il fallait l’accord de chaque maire de secteur, de tous les arrondissements de Marseille. Or, comme il m’a dit « tout le monde était d’accord mais chez pas chez eux quoi, oui Patrick je suis à fond dans ton projet mais pas chez moi, pas dans mon arrondissement ». Il rigole en me disant que nous sommes dans un contexte politique « schizophrénique ».

Malgré cela, il me souligne un grand point positif qui va se mettre en place petit à petit et me parle d’une loi du Ministre Olivier Veran du 23 décembre 2021 qui s’inscrit dans le plan de financement de la sécurité sociale pour 2022. C’est l’article 83. Ci-dessous :

*L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :*

*1° Le I est ainsi rédigé :*

*« I.-A titre expérimental et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-9 du code de la santé publique et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés à l'article L. 3411-6 du même code, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et **Marseille**, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, **ouvrent une halte “ soins addictions ”, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.***

*« L'expérimentation porte sur des espaces situés dans les locaux du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue et du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou dans des locaux distincts. Ils peuvent également être situés dans des structures mobiles. » ;*

*2° Aux deux derniers alinéas du II et au V, les mots : « salle de consommation à moindre risque » sont remplacés par les mots : « **halte “ soins addictions ”** » ;*

*3° Au III, après le mot : « drogue », sont insérés les mots : « et les **centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie** ». (67)*

Ainsi, il n’y aura pas besoin de créer de nouvelles structures. On avance !

Nous parlons également du Skenan. Je lui explique que je délivre beaucoup de prescriptions de Skenan, alors que je sais très bien que l’indication dans leurs cas n’est pas la bonne. Il m’explique que le Skenan n’est pas une TSO. Éventuellement pour quelques mois en transition d’une TSO, mais que ces prescriptions sont hors cadre. Une ordonnance de Skenan, additionnée à du Skenan acheté marché noir, on obtient une double dose.

Quand nous prêtons serment, peut-on refuser l'accès aux soins à quelqu'un ?

Je lui explique que pas toutes les pharmacies acceptent de servir des toxicomanes. Il me raconte l'époque où il avait son cabinet. « Premièrement dans la salle d'attente, il y a des patients qui ont pris rendez-vous depuis des mois, il y a des personnes âgées, des enfants. Ça m'est arrivé qu'un patient en manque arrive, et que je fus obligé de le prendre en priorité. De ce fait les autres patients marronnent en salle d'attente. On ne peut malheureusement pas accepter tous les toxicomanes car sinon on ne s'en sort plus. En général nous avons nos patients, puis ils amènent le copain du copain et ainsi de suite. À la fin je refusais de prendre de nouveaux patients, car tout le monde venait chez moi, je ne m'en sortais plus, c'était très difficile de gérer le cabinet correctement ».

Durant notre entretien, une éducatrice spécialisée rentre et demande au Docteur s'il peut prescrire à un patient sous AME un médicament « classique » hors TSO. Il lui demande s'il a les sous pour payer le petit dépassement ou s'il faut qu'il lui donne les 2 euros comme la dernière fois. Par la suite, le professeur Casanova du CSAPA l'appelle pour savoir s'il reste de la place pour 3 nuits pour quelqu'un qui sort de prison et que c'est lui qu'il lui paiera les 3 nuits. Je constate en moins de 5 minutes, que ces professionnels de santé sont impliqués bien au-delà du cadre de leur profession, qu'ils sont très généreux et surtout passionnés par ce qu'ils font. Je parlais précédemment d'une limite, d'une distance à tenir qui n'est pas toujours facile à maintenir.

Je lui demande ainsi qui est le Professeur Casanova et il m'explique que ce professeur gère un CSAPA de l'antenne annexe nord dans le 3<sup>ème</sup> arrondissement. C'est un CSAPA qui a été créé par médecins du monde en 1995. C'est un CSAPA très connu sur Marseille pour la délivrance de Méthadone. Les CSAPA ont le droit de délivrer uniquement de la Méthadone et aucun autre substitut. C'est alors qu'il me parle d'un projet qui devrait voir le jour en février/mars 2023 qu'il va mettre en place avec le Dr Casanova pour continuer à améliorer cette antenne Nord. Il me demande de ne rien dire tant que ce n'est pas mis en place, pour l'instant l'APHM, la DGS et l'ARS sont d'accord pour ce projet. C'est une nouveauté, cela n'existe pas pour le moment. Pour donner un petit indice, cela pourrait être une des solutions à ce que me racontait Vanessa, l'éducatrice spécialisée, sur le problème du marché noir notamment.



## 11) Salle de consommation à moindre de risques (SCMR) :

Une expérimentation de SCMR a été autorisée par la loi de santé du 26 janvier 2016 pour une durée de 6 ans. En Octobre 2016 fut créée la première salle de consommation à moindre de risque à Paris dans le quartier de la gare du Nord. Cette salle est adossée à l'hôpital Lariboisière avec une entrée indépendante. Elle est gérée par l'association GAIA-Paris qui gère déjà CSAPA et CAARUD sur Paris. Une vingtaine de personnes travaillent dans cette salle : médecins, infirmiers, éducateurs, psychologues, assistants sociaux, agents de sécurité. L'espace est ouvert 7j/7 de 13h30 à 20h30. Elle accueille les usagers de plus de 18 ans. L'installation de la salle a été financée par le département de Paris, le financement du fonctionnement lui est assuré par l'assurance maladie (convention tripartite : Gaia-Paris, l'ARS Ile de France, CPAM de Paris).



Figure 67 : SCMR Gaia Paris (68)



Figure 68 : SCMR Gaia Paris 2 (69)

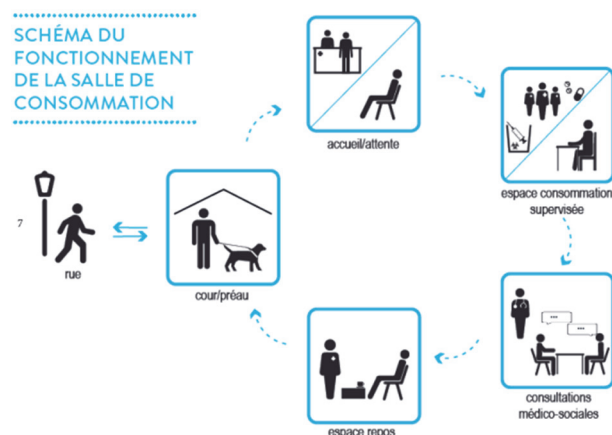


Figure 69 : Fonctionnement d'une SCMR (70)

Premièrement la salle ne distribue pas de drogue, c'est aux usagers d'apporter leur produits illicites ou leurs médicaments qu'ils détournent de leur usage.

Chaque usager doit montrer à l'intervant médico-social ce qu'il vient consommer.

L'usager doit prendre le matériel stérile mis à sa disposition dans la salle.

L'usager a le droit à une salle consommation par session.

Il sera supervisé par un professionnel lors de son injection.

Il partira en salle de repos après consommation.

S'il le souhaite l'usager peut échanger avec un professionnel de santé.

Les objectifs principaux sont :

La santé	Le Social	La sécurité
<p>Réduire les risques de transmission de maladies et des complications grâce à la distribution de matériel stérile.</p> <p>Réduire le risque d'overdose du fait que l'utilisateur soit supervisé par un professionnel de santé lors de sa pratique et qu'il soit surveillé en salle de repos après. La salle est munie de kit de Naloxone à utiliser à tout moment.</p> <p>Orienter des patients vers un traitement de substitution.</p> <p>Dépistage du VIH ou hépatites ?</p> <p>Faire rentrer les usagers dans un processus de réduction des risques.</p>	<p>Améliorer l'accès aux droits et aux services sociaux.</p> <p>Les orienter, les aider à faire leur démarche administrative pour l'accès aux soins.</p> <p>Les réinsérer.</p> <p>Créer une relation de confiance et conserver un lien avec eux.</p> <p>Échanger.</p>	<p>Réduire les nuisances dans l'espace public.</p> <p>Réduire la pratique en rue.</p> <p>Réduire la présence de seringues sur la voie publique</p> <p>Améliorer la sécurité publique.</p> <p>Les intervenants et professionnels de santé deviennent les interlocuteurs des riverains.</p>

**Tableau 17 : Objectifs d'une salle de consommation à moindre risque**

La France devient alors le 10<sup>ème</sup> pays à ouvrir une SCMR. Il en existe déjà en Suisse, Allemagne, Pays-Bas, Australie, Espagne, Canada, Luxembourg, Norvège, Danemark. (70)

Je vous invite à regarder une vidéo YouTube : « *Salle de shoot : immersion dans la salle en expérimentation à Paris* » de Konbini.

En Novembre 2016, c'est à Strasbourg qu'ouvre la deuxième SCMR en France appelée « ARGOS ». Le règlement et le fonctionnement sont exactement les mêmes que celle de Paris. Cette salle est ouverte tous les jours de 13h à 19h. Elle se situe à l'hôpital Civil. Cette salle-là est gérée par l'association ITHAQUE. Le petit plus de la salle de Strasbourg est qu'elle peut proposer des hébergements situés à l'étage au-dessus de la salle pour une durée de 2 mois renouvelable. (71)

Ces associations qui gèrent les salles ont été choisies par le Ministère de la Santé, toutes deux issues de Médecins du Monde au départ.

**12) AIDES** : est la première association créée en 1984 pour lutter contre le VIH et les hépatites. Cette association implique les personnes concernées dans ses actions. C'est une association investie dans la prévention, la distribution de matériel, la sensibilisation, le dépistage, offre en santé sexuelle, l'accompagnement, la défense des droits humains. Elle mobilise les institutions, les élus et les médias pour lutter contre les inégalités sociales en santé. C'est une association militante. Leurs actions peuvent se dérouler dans leurs locaux ou en dehors. AIDES gère 29 CAARUD en France. (64)

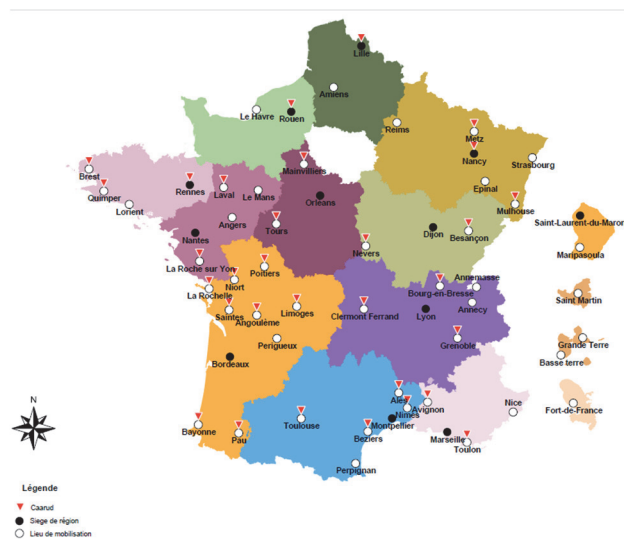


Figure 70 : Caarud gérés par AIDES (64)



Figure 71 : Affiche AIDES (64)

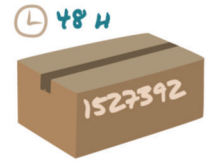
**13) SAFE** : association qui se situe à Paris dont l'objectif est la réduction des risques à **distance**. C'est une alternative pour les usagers qui ne peuvent ou ne souhaitent pas se rendre dans des pharmacies ou des CAARUD pour obtenir leur matériel de consommation. L'utilisateur peut commander par mail ou téléphone tout le matériel souhaité pour sa consommation personnelle. C'est une association qui envoie le matériel par colis dans des cartons « banalisés ». C'est un programme gratuit. SAFE n'a pas de fichier information nominatif.

L'association possède également un site internet très intéressant où nous pouvons trouver pas mal d'informations très instructives. L'association donne des conseils aux usagers, réalise des dépistage VIH, VHB, VHC à distance, gère également des automates, participe à la conception et à la mise à disposition d'outils pour la réduction des risques, fait des études sur les différentes pratiques de consommations, des formations sur la réduction des risques, et travaille sur la prévention des surdoses.

Ci-joint le flyer de l'association qui m'a été envoyé par mail par l'association qui explique le fonctionnement de l'envoi de matériel et toutes les équipes d'accueil en région mises en place pour la réduction des risques à distance. Concernant les équipes d'accueil, on peut voir le groupe « SOS Solidarités » par exemple dont fait partie le CAARUD Sleep'in que j'ai visité à Marseille. (72)



## BIENVENUE DANS LE PROGRAMME DE RÉDUCTION DES RISQUES À DISTANCE



### SERVICE GRATUIT D'ENVOI DE MATÉRIELS DE CONSOMMATION POUR LES USAGERS DE DROGUES - CONSEILS PERSONNALISÉS - ORIENTATION

**L'essentiel :** la RDR à distance est un dispositif de réduction des risques pour les usagers de drogues, qui vous permet de bénéficier de conseils, d'un accompagnement personnalisé pour gérer vos consommations, d'orientations, et de matériels de consommation à moindres risques. Il vient compléter le travail des CAARUD et CSAPA pour les usagers qui ne peuvent pas ou ne veulent pas se rendre dans ces lieux d'accueil spécialisés. Ce dispositif est assuré par des professionnels de la réduction des risques, il est gratuit. Nous ne communiquons à personne vos coordonnées.  
Retrouvez toute l'information dans ce document et sur le site : [www.rdr-a-distance.info](http://www.rdr-a-distance.info)

ACCÈS PAR MAIL  
OU TELEPHONE



#### LA RDR À DISTANCE, COMMENT ÇA MARCHE ?

Vous pouvez contacter les équipes de réduction des risques à distance par téléphone ou mail. Au cours des échanges, nous évaluons ensemble vos besoins en matière d'accompagnement et de matériels. Chaque envoi est adapté au besoin de chacun, en fonction de sa pratique.

#### LES ENVOIS DE MATÉRIELS

Le matériel est envoyé gratuitement, par la poste (colissimo) dans des colis banalisés. Généralement le matériel est chez vous sous 48 heures.  
La fréquence des envois et les quantités de matériels sont adaptés à vos besoins et ne sont donc pas limités.



#### LES MATÉRIELS DISPONIBLES

##### INJECTION :

- ✓ Kits : kits +, kits exper' 1 ml et 2 ml, kits plug
- ✓ Seringues 1 ml à 20 ml et aiguilles de différentes longueurs et différents diamètres (de G20 à G30)
- ✓ Pour la filtration : toupies, stérifilts, cotons
- ✓ Pour la préparation : cups de différentes tailles, acide ascorbique, eau PPI
- ✓ Pour l'hygiène : désinfectants (lingettes chlorhexidine, tampons alcoolisés), champs de soins
- ✓ Pour vos points d'injection : garrots (caoutchouc, clip, ...) et crème cicatrisante
- ✓ Containers de collecte des seringues usagées

##### INHALATION :

- ✓ Kits d'inhalation, pipes, filtres, embouts
- ✓ Carnets de feuilles d'aluminium

**SMIFF :** « roule-ta-paille », sérum physiologique

**RÉDUCTION DES RISQUES SEXUELLE :** préservatifs masculins et féminins, gel intime, matériel pour fist, nettoyant jouets

**DÉPISTAGE :** Kit de dépistage du VIH et des hépatites B et C par buvard ; tests de grossesse



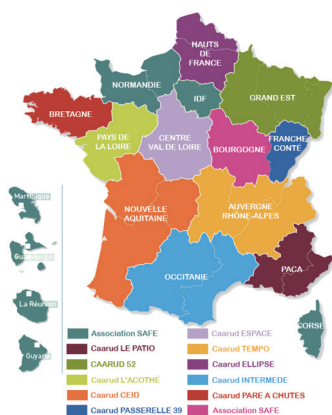
COORDINATION DU DISPOSITIF : Association SAFE – tél. : 01 40 09 04 45 – [contact@safe.asso.fr](mailto:contact@safe.asso.fr) - [www.rdr-a-distance.info](http://www.rdr-a-distance.info)  
RETROUVEZ LES COORDONNÉES DE L'ÉQUIPE D'ACCUEIL DE VOTRE RÉGION AU DOS DE CE DOCUMENT.

Figure 72 : Fonctionnement SAFE (75)



## RÉSEAU NATIONAL DE RÉDUCTION DES RISQUES À DISTANCE

COORDONNÉES DES ÉQUIPES D'ACCUEIL EN RÉGION – 1<sup>er</sup> mars 2021



**ACCUEIL ET COORDINATION NATIONALE, RÉGIONS ILE DE FRANCE, NORMANDIE, CORSE, OUTRE MER**  
 Association SAFE  
 11, rue de la Porte de la Plaine  
 75015 PARIS  
 Tel : 01 40 09 04 45  
 Mail : [contact@safe.asso.fr](mailto:contact@safe.asso.fr)  
 Contacts : Magally, Émilie, Maryse et Catherine



FRANCHE COMTE : CAARUD  
 PASSERELLE 39  
 15 avenue Offenbourg  
 39000 LONS LE SAUNIER  
 Tel : 07 64 61 48 68  
 Mail : [rdradistancefcomtet@oppelia.fr](mailto:rdradistancefcomtet@oppelia.fr)  
 Contacts : Océane, Amandine, Aurélien et Clara



BOURGOGNE : CAARUD LE SPOT  
 6 avenue Jean Bertin  
 21000 DIJON  
 Tel : 06 74 49 98 60  
 Mail : [rdradistancebourgogne@addictions-sedap.fr](mailto:rdradistancebourgogne@addictions-sedap.fr)  
 Contacts : Jean-Yves et Christophe



GRAND EST : CAARUD S2  
 43, rue du Docteur Mougeot  
 52100 ST DIZIER  
 Tel : 03 25 94 47 26  
 Mail : [rdradistance.est@orange.fr](mailto:rdradistance.est@orange.fr)  
 Contacts : Jérôme et Aurélie



CENTRE : Association ESPACE  
 Adresse : 40, rue Périer  
 45200 MONTARGIS  
 Tel : 02 38 28 07 02  
 Mail : [rdradistance.centre@associationespace.fr](mailto:rdradistance.centre@associationespace.fr)  
 Contacts : Laurie et Baptiste



PACA : CAARUD LE PATIO  
 Adresse : 22 rue Mantel  
 84000 AVIGNON  
 Tel : 06 33 34 73 69  
 Mail : [rdr-a-distance.paca@groupe-sos.org](mailto:rdr-a-distance.paca@groupe-sos.org)  
 Contact : Sandra



HAUTS DE FRANCE : CAARUD ELLIPSE  
 57 rue Jean Jaurès  
 59000 LILLE  
 Tel : 06 07 63 76 46 ou 03 20 52 00 97  
 Mail : [rdradistance@lasauvegardedunord.fr](mailto:rdradistance@lasauvegardedunord.fr)  
 Contacts : Anne, Justine et Estelle



NOUVELLE AQUITAINE : CAARUD CEID  
 16 rue de Planterose  
 33800 BORDEAUX  
 Tel : 06 74 43 61 08  
 Mail : [rdradistance@ceid-addiction.com](mailto:rdradistance@ceid-addiction.com)  
 Contacts : Morane, Aude et Thibault



AUVERGNE RHONE ALPES : CAARUD TEMPO  
 4, rue Ampère  
 26000 VALENCE  
 Tel : 06 44 14 06 93  
 Mail : [rdradistance-aura@oppelia.fr](mailto:rdradistance-aura@oppelia.fr)  
 Contacts : Christophe



BRETAGNE : CAARUD PARE A CHUTES  
 10 rue Louis Le Meur  
 56100 LORIENT  
 Tel : 06 67 58 73 93  
 Mail : [rdradistancebretagne@douarnevez.com](mailto:rdradistancebretagne@douarnevez.com)  
 Contacts : Denis



OCCITANIE : CAARUD INTERMEDE  
 2 bis, rue Clémence Isaure  
 31000 TOULOUSE  
 Tel : 07 67 18 73 47  
 Mail : [rdradoccitanie@clemence-isaure.org](mailto:rdradoccitanie@clemence-isaure.org)  
 Contacts : Julie, Virginie



PAYS DE LOIRE : CAARUD L'ACOTHÉ  
 1 bis, boulevard de Launay  
 44100 NANTES  
 Tel : 06 67 94 09 14  
 Mail : [rdradistancecpdl@oppelia.fr](mailto:rdradistancecpdl@oppelia.fr)  
 Contacts : Annaïck, Atmann, Sébastien

Figure 73 : Équipes d'accueil en région pour la distribution SAFE (75)

**14) ARCA-Sud/DICAdd13** : Association Régionale de Coordination en Addictologie territoire des Bouches du Rhône. Elle coordonne les parcours de santé. Elle s'adresse aux professionnels de santé (formation, annuaire départementale, publications, expertise médicale, mobilisation de l'équipe de soins primaires) comme aux usagers (forfait pharmacie en cas de délais à l'ouverture des droits de l'utilisateur pour qu'il n'y ait pas de rupture de soins, forfait psychologie pour des séances avec psychologue). Cette association fait le lien entre les professionnels de santé et les usagers afin qu'il n'y ait jamais de rupture de soins. (73)

Chaque association que j'ai citée possède un site internet avec des articles, des publications, et énormément d'informations concernant la réduction des risques et des dommages ainsi que sur les maladies transmissibles. Il existe bien d'autres associations concernant la réduction des risques et des dommages, je n'ai cité que les plus connues ou celles où je me suis rendue. La plupart font des maraudes.

Grâce aux usagers, à certains acteurs politiques et à ces associations, il y a eu de nombreuses avancées. L'objectif a toujours été de faire reculer le VIH, les hépatites, les overdoses, et les consommations de rue chez les usagers de drogues. (74)

**En 1987** : vente libre des seringues en pharmacie.

Le taux de contamination concernant l'usage de drogue est de 30%.

**En 1992** : création du premier groupe d'auto-support d'usagers de drogue en France : ASUD.

**En 1994** : Simone Veil officialise des programmes d'échange de seringues par décret.

**En 1995** : traitements de substitutions à l'héroïne disponibles.

**En 2004** : inscription de la réduction des risques dans la loi santé.

**En 2005** : création des CAARUD, des boutiques, de structures à la réduction des risques financés par la sécurité sociale.

**En 2016** : Première salle de consommation à Paris. Six mois après : -60% de seringues retrouvées sur la voie publiques, -40% d'injections dans l'espace publique, 153 usagers orientés vers un traitement de substitution à l'héroïne.

**En 2017** : Le taux de contamination concernant l'usage de drogue est de 2%

**Les associations souhaitent une politique des drogues donnant priorité à la santé des usagers.**

## CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de montrer la réalité au comptoir que nous pharmaciens d'officine pouvons vivre au quotidien. Les anciens héroïnomanes peuvent détourner leur traitement de substitution de leur usage principal. C'est une substitution pharmacologique et non comportementale. C'est pourquoi nous nous devons de diffuser des messages de prévention concernant la réduction des risques et des dommages liés à l'injectable. La distribution de matériels stériles et le non partage du matériel sont indispensables pour lutter contre les maladies transmissibles comme le VIH et les Hépatites. Des rappels à prodiguer comme la filtration et le changement de point d'injection peuvent empêcher des abcès et des infections pouvant aller jusqu'à l'amputation.

Un des rôles du pharmacien d'officine lors d'une délivrance est le conseil associé.

Nous essayons de donner des « outils » pour mieux consommer et de favoriser chez le patient la prise de conscience, d'accueillir la réalité de la demande, de maintenir le patient dans un parcours de soin et de renforcer la coordination ville hôpital entre professionnels de santé pour améliorer le suivi du patient. Réorienter vers des structures spécialisées ou des associations où la réduction des risques est la mission principale si nécessaire.

Déontologie, neutralité, bienveillance et confiance sont les piliers d'une alliance thérapeutique avec son patient. La prise en charge des toxicomanes est un enjeu majeur d'où la nécessité de continuer à se former davantage. Aider, accompagner mais ne pas juger.

Après réflexion, nous pouvons nous demander, pourquoi les narcotrafiquants prennent ils du temps à estérifier la morphine en héroïne, si les effets analgésiques sont équivalents ? L'héroïne agit beaucoup plus vite que la morphine car elle est plus lipophile et passe ainsi plus rapidement la barrière hémato encéphalique. Sa rapidité d'action lui confère un effet psychique particulier, cette impression d'être totalement indifférent à la souffrance psychique et physique. D'où son nom, qui au départ était une marque commerciale. D'après plusieurs témoignages de mes patients, la morphine confère un effet plus « physique » et l'héroïne plus « psychique ».



Nous pouvons également nous interroger sur la réelle efficacité des traitements de substitution. Ils sont prescrits au départ, pour une durée limitée, cependant nous constatons que même les patients stabilisés menant une vie sociale et professionnelle « normale » continuent de les prendre toute leur vie. Il y a donc une ingestion d'opioïdes synthétiques au très long cours. Peut-on réellement parler de sevrage ?

## **Bibliographie :**

1. British Broadcasting Corporation News. L'histoire fascinante de l'utilisation de l'héroïne comme remède contre la toux (et de son interdiction ultérieure). BBC News Afrique [Internet]. nov 2021 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: <https://www.bbc.com/afrique/59153477>
2. Le Cartographe. Afghanistan - La culture de l'opium [Internet]. 2022 [cité 28 mai 2022]. Disponible sur: <https://le-cartographe.net/dossiers-carto-91/asia/65-afgaopium>
3. Pourchon Fabienne. Histoire de l'héroïne [Internet]. Auto support des usagers de drogues. Journal n°35. 2013 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.asud.org/2013/01/23/histoire-5/>
4. PhytoMag. Pavot somnifère [Internet]. PhytoMag. 2019 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://phytomag.com/pavot-somnifere/>
5. Docteur Claire Lewandowski. Opium : qu'est-ce que c'est, quels effets ? [Internet]. 2019 [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2585089-opium-drogue-effets-liquide-fumer-pipe/>
6. Boris Thiolay. L'opium dans tous ses états [Internet]. L'Express.fr. 2015 [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/l-opium-dans-tous-ses-etats\\_1725564.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/l-opium-dans-tous-ses-etats_1725564.html)
7. Papaver somniferum L. [Internet]. Toxiplante. 2021 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.toxiplante.fr/monographies/pavot.html>
8. VIDAL. Opium : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. 2013 [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
9. Société Chimique de France. Morphine - Société Chimique de France [Internet]. 2017 [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.societechimiquedefrance.fr/Morphine.html>
10. Héroïne/Diacétylmorphine [Internet]. 2009. Disponible sur: [http://www.analgésique.wikibis.com/heroine.php#cite\\_note-synthese-7](http://www.analgésique.wikibis.com/heroine.php#cite_note-synthese-7)
11. M.L Merves, B.A Goldberger. Heroin - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. Encyclopedia of lytical science. 2005 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/topics/chemistry/heroin>
12. Meynier Marlène. Les nombreux visages de l'héroïne [Internet]. TalkingDrugs. 2015 [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.talkingdrugs.org/fr/les-nombreux-visages-de-lh%C3%A9ro%C3%AFne>
13. Santé publique France. Le dico des drogues - Héroïne [Internet]. Drogue info service. 2020 [cité 2 août 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Heroine>
14. Recap'IDE. Physiologie de la douleur [Internet]. 2009 [cité 4 mars 2023]. Disponible sur: <http://recap-ide.blogspot.com/2014/11/la-douleur-physiologie.html>
15. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Héroïne et autres opiacés - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. 2018 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/#prod>
16. Professeur Hache Guillaume. Pharmacologie des antalgiques. 2021.
17. 7 Types of Drug Paraphernalia and Clues Parents Often Miss [Internet]. Verywell Mind. 2019 [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.verywellmind.com/drug-paraphernalia-photo-gallery-4020396>
18. Auto support des usagers de drogue. Chasser le dragon, une alternative de consommation ? [Internet]. ASUD. 2010 [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.asud.org/2010/07/06/chasser-le-dragon-une-alternative-de-consommation/>
19. HEROIN [Internet]. emaze presentations. [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <https://app.emaze.com/@AOLQTZWZCZ/heroin>

20. Andy. Crack Cocaine and What It Does to Your Body [Internet]. Calm Rehab Bali. 2019 [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <https://calmrehab.com/crack-cocaine-and-what-it-does-to-your-body/>
21. Comment pratiquer le plug à moindre risque — PsychoWiki, le wiki de Psychoactif [Internet]. [cité 2 août 2020]. Disponible sur: [https://www.psyoactif.org/psychowiki/index.php?title=Comment\\_pratiquer\\_le\\_plug\\_%C3%A0\\_moins\\_risque](https://www.psyoactif.org/psychowiki/index.php?title=Comment_pratiquer_le_plug_%C3%A0_moins_risque)
22. Galliot-Guilley. M. Métabolisme des principales drogues et méthodes analytiques, dossier SYVA. 1991.
23. Psychoactif. Héroïne, effets, risques, témoignages — PsychoWiki, le wiki de Psychoactif [Internet]. 2020 [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.psyoactif.org/psychowiki/index.php?title=H%C3%A9ro%C3%AFne,\\_effets,\\_risques,\\_t%C3%A9moignages](https://www.psyoactif.org/psychowiki/index.php?title=H%C3%A9ro%C3%AFne,_effets,_risques,_t%C3%A9moignages)
24. Inserm. Addictions · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. 2020 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
25. Pharmacodépendance - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2016 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/pharmacodependance>
26. Gibier Lionel, Praticien hospitalier, psychiatre des hopitaux, chef de service du CSST Port Bretagne au CHRU de Tours. Prises en charge des usagers de drogues. 2001.
27. Comment chasser le dragon avec du papier aluminium — PsychoWiki, le wiki de Psychoactif [Internet]. 2017 [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.psyoactif.org/psychowiki/index.php?title=Comment\\_chasser\\_le\\_dragon\\_avec\\_du\\_papier\\_aluminium](https://www.psyoactif.org/psychowiki/index.php?title=Comment_chasser_le_dragon_avec_du_papier_aluminium)
28. ASUD, Ji-Air, Auto support des usagers de drogue. Une méthode pour sniffer propre [Internet]. Auto support des usagers de drogues. 2013 [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.asud.org/themes/sniff/>
29. Drogues Info Service. Les drogues interdites [Internet]. Drogues Info Service. 2021 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/La-loi-et-les-drogues/Les-drogues-interdites>
30. Drogues Info Service. L'usage de stupéfiants [Internet]. Drogues Info Service. 2021 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/La-loi-et-les-drogues/L-usage-de-stupefiants>
31. Fédération addiction France. De nouveaux kits d'injection à partir du 1er octobre 2022 [Internet]. Fédération Addiction. 2022 [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/de-nouveaux-kits-dinjection-a-partir-du-1er-octobre-2022/>
32. Apothicom. La filtration en réduction des risques. 2022; Disponible sur: [Apothicom.org](http://Apothicom.org)
33. Comment faire une injection à moindre risque — PsychoWiki, le wiki de Psychoactif [Internet]. 2017 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: [https://www.psyoactif.org/psychowiki/index.php?title=Comment\\_faire\\_une\\_injection\\_a\\_moins\\_risque](https://www.psyoactif.org/psychowiki/index.php?title=Comment_faire_une_injection_a_moins_risque)
34. Héro dans un joint / PsychoACTIF [Internet]. 2016 [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.psyoactif.org/forum/t20151-p1-Hero-dans-joint.html>
35. Ministère de la Santé et de la Prévention. Surdoses (overdose) d'opioïdes : la naloxone est utilisable par tous et peut sauver la vie - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2022 [cité 20 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-ensante/addictions/article/surdoses-overdose-d-opioides-la-naloxone-est-utilisable-par-tous-et-peut-sauver?fbclid=IwAR2Iw7pw3Fov6d8sjjxW7uUoIAC2D1bV6WmYf2Ev53VnRL6ZUMY9-2IPUSg>
36. Association Safe. Naloxone.fr [Internet]. Naloxone.fr. 2022 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <http://naloxone.fr/>

37. DGS\_Céline.M, DGS\_Céline.M. Surdoses (overdose) d'opioïdes : la naloxone est utilisable par tous et peut sauver la vie [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-ensante/addictions/article/surdoses-overdose-d-opioides-la-naloxone-est-utilisable-par-tous-et-peut-sauver>
38. La substitution [Internet]. 2015 [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-substitution>
39. La substitution [Internet]. Drogues Info Service. [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/L-aide-a-l-arret/La-substitution>
40. Ministère des solidarités et de la santé. Résumé des caractéristiques du produit - METHADONE AP-HP 20 mg, gélule - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2022 [cité 14 août 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63009443&typedoc=R>
41. Ministère des solidarités et de la santé. Résumé des caractéristiques du produit - SUBUTEX 2 mg, comprimé sublingual - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2022 [cité 14 août 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65150204&typedoc=R>
42. Ministère des solidarités et de la santé. Fiche info - SUBOXONE 8 mg/2 mg, comprimé sublingual - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2006 [cité 14 août 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=64381336#>
43. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
44. Laboratoire RECORDATI. Traitement de substitution aux opiacés, Méthadone, Instauration et adaptation, objectif, optimisation du traitement. 2022.
45. Ministère des solidarités et de la santé. Résumé des caractéristiques du produit - Chlorhydrate de méthadone Assistance Publique-Hôpitaux de Paris 10 mg/7,5 ml, sirop en récipient unidose - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2022 [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68874401&typedoc=R>
46. Ministère des solidarités et de la santé. Résumé des caractéristiques du produit - BUPRENORPHINE EG 8 mg, comprimé sublingual - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2021 [cité 14 août 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61849961&typedoc=R>
47. Ministère des solidarités et de la santé. Fiche info - SUBOXONE 8 mg/2 mg, comprimé sublingual - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2020 [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=64381336>
51. Conseil national de l'ordre des pharmaciens. Meddispar - Conditions de délivrance [Internet]. 2022 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Conditions-de-delivrance>
52. Meddispar - Ordre national des pharmaciens. Meddispar - Comptabilité [Internet]. 2015 [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Comptabilite>
53. Dr Eveillard-Bardou F. Les traitements de substitutions aux opiacés. Service Prévention Formation Evea; 2015.

54. Garnier DR, Sinno-Tellier DS, Angers C ANSM. Intoxications pédiatriques par la méthadone AP-HP® gélule et sirop. 2012;
55. VIDAL - SKENAN LP 10 mg gél (µgle LP) - Synthèse [Internet]. [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/Medicament/skenan\\_lp-15107.htm](https://www.vidal.fr/Medicament/skenan_lp-15107.htm)
56. Guide-2017.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: <https://cpcms.fr/wp-content/uploads/2015/03/Guide-2017.pdf>
57. Inserm. Addictions · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. 2017 [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
58. Popeye (Dessin animé) • Programme TV & Replay [Internet]. tv-programme.com. 2023 [cité 27 janv 2023]. Disponible sur: [https://tv-programme.com/popeye\\_dessin-anime/](https://tv-programme.com/popeye_dessin-anime/)
59. Marc Gozlan. Psychopathologie des mésusages du Subutex® : le syndrome de Popeye. L'Encéphale. 30 juill 2015;41(3):229-37.
60. VIDAL. BUVIDAL 24 mg sol inj à libération prolongée [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/buvidal-24-mg-sol-inj-a-liberation-prolongee-197369.html>
61. VIDAL. SIXMO 74,2 mg implant [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/sixmo-74-2-mg-implant-202994.html>
62. Carine Wolf-Thal. « On ne veut pas de problèmes » : pourquoi des pharmaciens refusent-ils de délivrer leur traitement aux toxicomanes ? [Internet]. Franceinfo. 2018 [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.francetvinfo.fr/societe/drogue/salles-de-shoot/on-ne-veut-pas-de-problemes-pourquoi-des-pharmaciens-refusent-ils-de-delivrer-leur-traitement-aux-toxicomanes\\_3024431.html](https://www.francetvinfo.fr/societe/drogue/salles-de-shoot/on-ne-veut-pas-de-problemes-pourquoi-des-pharmaciens-refusent-ils-de-delivrer-leur-traitement-aux-toxicomanes_3024431.html)
63. AIDES. AIDES en France [Internet]. 2021 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.aides.org/dossier/aides-en-france>
64. AIDES. 50 ans de répression des drogues : les français-es jugent les politiques des drogues inefficaces et demandent l'ouverture d'un débat [Internet]. 2020 [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.aides.org/communique/sondage-les-francais-jugent-les-politiques-des-drogues-repressives-inefficaces>
65. ASUD. Qui sommes-nous ? [Internet]. ASUD. 2020 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.asud.org/qui-sommes-nous/>
66. Bus 31/32. Bus 31/32 : CSAPA Bus methadone | Marseille | Facebook [Internet]. 2021 [cité 27 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/Bus3132/>
67. Légifrance. Article 83 - LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1) - Légifrance [Internet]. 2021 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000044553541](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044553541)
68. Alexandra Cordebard. Tout savoir sur la salle de consommation à moindre risque [Internet]. 2021 [cité 27 janv 2023]. Disponible sur: <https://mairie10.paris.fr/pages/salle-de-consommation-a-moindre-risque-14415>
69. Léon Tanguy. Création de nouvelles salles de shoot à Paris : Jean Castex valide la demande d'Anne Hidalgo [Internet]. ici, par France Bleu et France 3. 2021 [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/creation-de-nouvelles-salles-de-shoot-0-paris-jean-castex-valide-la-demande-d-anne-hidalgo-1631699852>
70. Gouvernement. Salle de consommation à moindre risque : lancement de l'expérimentation à Paris | MILDECA [Internet]. 2022 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/salle-de-consommation-moindre-risque-lancement-de-lexperimentation-paris>
71. Association Ithaque. Salle de Consommation à Moindre Risque - Association Ithaque [Internet]. 2019 [cité 27 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ithaque-asso.fr/salle-de-consommation-a-moindre-risque>

72. Association Safe. RDR À DISTANCE [Internet]. 2021 [cité 18 janv 2023]. Disponible sur: <https://safe.asso.fr/index.php/rdr-a-distance>
73. ARCA-Sud/DICAdd13. ARCA-Sud / DICAdd13 : C'est quoi et pour qui ? - DICAdd13 - Dispositif d'informations et de Coordination pour l'Addictologie dans les Bouches-du-Rhône [Internet]. 2016 [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.dicadd13.fr/qui-sommes-nous/le-dicadd13-c-est-quoi-et-pour-qui>
74. Association d'auto support : Keep Smiling. Historique de la RDR | [Internet]. 2016 [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: [http://www.keep-smiling.com/?page\\_id=48](http://www.keep-smiling.com/?page_id=48)
75. Safe.fr - 2023

## *SERMENT DE GALIEN*

*Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :*

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.*





## MÉSUSAGE DES SUBSTITUTS À L'HEROÏNE : QUELLE RÉALITÉ AU COMPTOIR ?

La toxicomanie est un phénomène social évolutif. Les drogues d'aujourd'hui étaient les médicaments d'autrefois. Depuis la société a évolué ainsi que l'usage des substances psychoactives. Je souhaiterais aller au-delà des idées reçues et des prescriptions.

La substance psychoactive que nous étudierons plus en détail est l'héroïne.

La première partie de ce travail est centrée sur l'héroïne, cette « fameuse » drogue qui touche n'importe quel milieu social et ethnique. Tout d'abord commercialisée par les laboratoires pharmaceutiques puis retirée du marché, elle est à l'origine des toxicomanies. Sont évoqués tous les paramètres pharmacologiques la concernant ainsi que les effets néfastes que cela peut engendrer. Nous aborderons la prévention associée à la réduction des risques et des dommages.

Dans un second temps, nous nous concentrerons sur la commercialisation des traitements de substitution à l'héroïne. Ces traitements sont la clé d'une insertion dans un système de soin ainsi qu'une insertion sociale pour les usagers.

Dans une troisième partie, nous développerons le mésusage des traitements de substitution que je délivre quotidiennement. Le mésusage signifie « mauvais usage ». L'administration est faite par voie intra veineuse au lieu de per os et de terribles conséquences en découle.

Pour finir, nous verrons tout ce qui est mis en place pour aider ces patients que ce soit des associations aux structures spécialisées ou de la coordination entre professionnels de santé à l'alliance thérapeutique avec les usagers.

L'objectif de ce travail était de montrer la réalité au comptoir que nous pharmaciens d'officine pouvons vivre au quotidien. Les anciens héroïnomanes peuvent détourner leur traitement de substitution de leur usage principal. C'est une substitution pharmacologique et non comportementale. C'est pourquoi nous nous devons de diffuser des messages de prévention concernant la réduction des risques et des dommages liés à l'injectable. La distribution de matériels stériles et le non partage du matériel sont indispensables pour lutter contre les maladies transmissibles comme le VIH et les Hépatites. Des rappels à prodiguer comme la filtration et le changement de point d'injection peuvent empêcher des abcès et des infections pouvant aller jusqu'à l'amputation.