

2023-2024

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie
ENGAGEMENT DU PHARMACIEN
D'OFFICINE DANS LA REDUCTION
DES RISQUES ET DES DOMMAGES
DANS LE CHAMP DE L'ADDICTION
LIEE AUX OPIACES :
DISPENSATION DE TRAITEMENTS
DE SUBSTITUTION OPIACES ET
NALOXONE

ROUSIER Salomée

Né le 06/10/2000 à Le Mans (72)

Sous la direction du Dr ARMAND-BRANGER Sophie

Membres du jury

Dr CLERE Nicolas | Président
Dr. ARMAND-BRANGER Sophie | Directeur
Dr BAGLIN Isabelle | Membre
Dr VULLIEMIN Marie Pierre | Membre

Soutenue publiquement le :
18 décembre 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) ROUSIER Salomée
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **25 / 11 / 2024**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE
Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETTON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUWARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
DUVERGER Philippe	HOSPITALIERE	
EVEILLARD Matthieu	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
FAURE Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOUQUET Olivier	ANATOMIE	Médecine
FURBER Alain	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	CARDIOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PNEUMATOLOGIE	Médecine
GUARDIOLA Philippe	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUILET David	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine



FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	HOSPITALIERE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACCOURREYE Laurent	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LAGARCE Frédéric	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LANDREAU Anne	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEBDAI Souhil	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEGENDRE Guillaume	UROLOGIE	Médecine
LEGRAND Erick	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LEROLLE Nicolas	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	REANIMATION	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HISTOLOGIE	Médecine
MARCHAIS Véronique	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARTIN Ludovic	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MENEI Philippe	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MERCAT Alain	NEUROCHIRURGIE	Médecine
ORVAIN Corentin	REANIMATION	Médecine
PAISANT Anita	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAPON Nicolas	RADIOLOGIE	Médecine
PASSIRANI Catherine	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PETIT Audrey	PEDIATRIE	Médecine
PICQUET Jean	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PROCACCIO Vincent	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PRUNIER Delphine	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Fabrice	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PY Thibaut	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine



FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIQUE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	Santé
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène	OFFICINE	Pharmacie
BEAUV AIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
MARSAN-POIROUX	COMMUNICATION	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
ROBIN Julien	DISPOSITIFS MEDICAUX	Pharmacie



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

"La Faculté de Santé déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation."

REMERCIEMENTS

A **Madame Sophie Armand-Branger**, merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Merci pour tous vos conseils, vos relectures, votre disponibilité et votre bienveillance. Vous m'avez permis de réaliser ce travail.

A **Monsieur Clerc**, merci de me faire l'honneur de présider le jury. Je tenais également à vous remercier pour la qualité de vos enseignements de pharmacologie.

A **Madame Baglin**, merci d'avoir accepté d'être membres du jury. Je tenais également à vous remercier pour les enseignements que vous nous dispensez, et votre engagement auprès des étudiants.

A **Madame Marie-Pierre Vulliemin**, merci de faire partie du jury. Je vous remercie de m'avoir accueillie dans votre équipe pour mon stage de 6ème année. J'ai pu à vos côtés acquérir de nombreuses compétences pour exercer au mieux aujourd'hui. Merci à l'ensemble de l'équipe qui m'a accompagnée : Cindy, Yasmina, Laurence, Sylvaine, Kenza, Lise.

A la **pharmacie Le Coz**, merci de m'avoir fait découvrir le métier de pharmacien d'officine au cours de mon stage de 3ème puis de m'avoir accueillie pour mes stages de la 2ème à la 4ème années de pharmacie.

A la **pharmacie Granet-Hunault** et **pharmacie Granet**, merci à vos équipes à Moncé puis à Arnage, pour les années à vos côtés, ou j'ai pu acquérir de l'expérience et des connaissances.

A la **pharmacie Bosquet Grenelle**, merci Sophie de m'avoir fait confiance pour intégrer votre équipe. Merci pour votre accueil et votre accompagnement.
Merci aux pharmaciens de l'équipe : Bérénice, Coline et Lisa.

A **mes parents**, papa et maman, merci pour votre soutien depuis toujours. Ces études n'ont pas toujours été simple, mais vous avez toujours su me soutenir et m'accompagner. Si aujourd'hui, je peux exercer un métier qui me plaît, c'est grâce à vous. J'espère vous rendre fière.

A **mon frère**, Titouan, merci. Tu as toujours été présent à mes côtés pour me soutenir et apporter ton grain de folie.

A **Brice**, merci pour tout. Tu m'apportes ton soutien et ton amour au quotidien depuis plusieurs années maintenant. Merci pour les moments de joie et de rires que nous partageons.

A **mes amis de pharmacie**, Alison, Julia, Faustine, Eloise, Margot, Arnaud, Thomas, Baptiste, Enzo, Naël, Yassir, merci pour tous les moments passés depuis la 2ème année autour d'un jeu ou d'un verre. Vous avez rendu ces années plus belles et plus folles !

Un merci tout particulier à **Alison**, pour ton soutien, ton écoute, ta gentillesse et ta bienveillance. A toutes ces heures passées autour d'un thé, souvent pour réviser et à tous les futurs moments que l'on passera autour d'un thé.

A mes **amies**, Audrey, Agnès, Camille, Pauline, merci pour tous les moments passés avec vous.

A la **famille Ganot**, merci pour tous les moments passés ensemble autour d'un repas ou au départ d'une course.

A la **famille Rebuffic**, merci pour tous les moments de rires passés à vos côtés.

A **mes grands-parents**.

Plan

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

GENERALITE SUR LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES EN FRANCE

1. Origine et historique de la réduction des risques et des dommages

1.1. L'addiction considérée comme une maladie

1.2. Cout de l'addiction en France

2. Produits disponibles en France dans le cadre de la RDRD

2.1. Médicaments de substitution opiacés

2.1.1. Méthadone

a) Pharmacodynamie

b) Modalité de prescription

c) Posologies et modalités de prises

d) Interactions médicamenteuses

2.1.2. Buprénorphine haut dosage

a) Pharmacodynamie

b) Modalité de prescription

c) Posologies et modalités de prises

d) Interactions médicamenteuses

2.1.3. Relai

a) Méthadone vers BHD

b) BHD vers méthadone

2.2. Antidote au surdosage opiacés : naloxone

2.2.1. Produits disponibles en France

2.2.2. Objectifs de la mise en place de la distribution de naloxone en France

2.2.3. Population cible

2.2.4. Indications

2.2.5. Pharmacodynamie

2.2.6. Dose et mode d'administration

2.2.7. Effets indésirables

2.2.8. Contre-indications et interactions médicamenteuses

2.2.9. Recommandations

3. Organisation du circuit des médicaments de substitution opiacés et de la naloxone

3.1. Accompagnement et distribution de traitements de substitution opiacés et de la naloxone

3.1.1. Secteur médico-social

3.1.2. Secteur libéral

3.1.3. Secteur hospitalier

3.1.4. Autres

3.2. Suivi national d'addictovigilance

ENQUETE MENEES AUPRES DES PHARMACIENS DES PAYS DE LA LOIRE

1. Objectifs

2. Matériel et méthode

3. Résultats

4. Discussion des résultats de l'enquête

4.1. Généralités

4.2. Préparation à l'acte de dispensation

4.2.1. Formations

4.3. Dispensation

4.3.1. Traitements de substitution opiacés

a) Analyse pharmaceutique

b) Conseils associés

c) Délivrance

- 4.3.2. Naloxone
- 4.4. Accompagnement des patients
- 4.4.1. Relation patient-pharmacien
- 4.4.2. Entretiens pharmaceutiques
- 4.4.3. Orientation des patients
- 4.5. Relations pluriprofessionnelles
- 4.5.1. Pharmacien – médecin
- 4.5.2. Réseau d'addictologie
- 4.6. Ressenti de l'implication du pharmacien en RDRD

5. Limites de l'enquête

PERSPECTIVES D'AMELIORATIONS

1. Préparation à l'acte de dispensation

- 1.1. Amélioration des connaissances

2. Dispensation

- 2.1. Outils d'aide à la dispensation
- 2.1.1. Traitements de substitutions opiacés
- 2.1.2. Naloxone
- 2.2. Pour une augmentation de la dispensation de naloxone en officine

3. Accompagnement des patients

- 3.1. Limiter le risque de mésusage
- 3.1.1. Demande inappropriée
- 3.1.2. Falsification d'ordonnances
- 3.2. Entretiens pharmaceutiques
- 3.2.1. Entretien motivationnel
- 3.2.2. Education thérapeutique
- 3.2.3. Autres entretiens
- 3.3. Orientation des patients

4. Relations pluri professionnelles

CONCLUSION

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

ANNEXES

ROUSIER SALOMEE

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
BHD	Buprénorphine haut dosage
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CEIP-A	Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CJC	Consultations jeunes consommateurs
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DRAMES	Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
NCHRC	North Carolina Harm Reduction Coalition
MSO	Médicament de substitution opiacés
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
OMS	Organisation mondiale de la santé
OOAS	Opioid Overdose Attitudes Scale
OOKS	Opioid Overdose Knowledge Scale
PGR	Plan de gestion des risques
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
REDO	Réseau douleur de l'ouest
RESPADD	Réseau de prévention des addictions
RDRD	Réduction des risques et des dommages
SINFONI	Prévention des overdoses aux opioïdes en pays de la loire : formation des professionnels
SRAE	Structure Régionale d'Appui et d'Expertise
TSO	Traitemennt de substitution opiacés
URML	Union régionale des médecins libéraux
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Les troubles dus à la consommation de substances ou comportements addictifs, sont définis par l'OMS comme « résultant d'une utilisation unique ou répétée de substances ayant des propriétés psychoactives» (1) qui engendre un état de dépendance à cette substance. Cet état de dépendance provoque des conséquences négatives pour l'individu. L'addiction est considérée comme une pathologie chronique, elle est définie dans le DSM V et le CIM 11 (2).

Parmi les addictions liées aux substances, on peut citer les molécules opiacées. Ce sont des drogues dites dépresseurs, c'est-à-dire qu'elles entraînent un ralentissement cérébral et respiratoire. Une drogue est une substance psychoactive qui engendre des modifications sur le fonctionnement du système nerveux central et l'état de conscience de l'individu (3). A l'arrêt de la consommation de ces substances, des symptômes de sevrage sont ressentis par le consommateur. Afin de limiter ces symptômes, des traitements de substitution peuvent être mis en place. Ils miment l'action pharmacologique de la drogue (4). Deux molécules ont l'autorisation de mise sur le marché dans le cadre des traitements de substitutions opiacés (TSO), la méthadone et la buprénorphine. En 2019, en France, ce sont environ 177 000 personnes qui ont bénéficié d'un TSO (5).

La consommation d'opioïdes, médicamenteux ou non, provoque de nombreux décès par surdose. En France en 2021, 627 décès liés à une overdose ont été recensés selon le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Parmi ces décès, 37% sont liés à la prise de méthadone (6). Cependant, ces événements pourraient être évités dans 4 cas sur 5 par l'administration précoce de naloxone. La naloxone est l'antidote de référence des overdoses dues aux substances opiacées (7).

Les actes de dispensations de TSO et de la naloxone sont réalisés par le pharmacien d'officine et s'inscrivent dans le dispositif de réduction des risques et des dommages (RDRD). La politique de RDRD vise à « prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants ». La RDRD est définie dans le code de la santé publique (8).

Depuis la mise en place de la RDRD, dans laquelle s'intègre notamment les TSO, l'efficacité de ces produits a été démontré. L'avantage est également leur rapport coût/bénéfice qui est intéressant.

Cependant, depuis une quinzaine d'années, les médicaments opiacés sont responsables d'une hausse de mortalité par overdose, et cela y compris pour la méthadone. Le pharmacien joue donc un rôle essentiel dans la mise à disposition de la naloxone (9).

L'objectif de la thèse est de faire un état des lieux de l'engagement du pharmacien d'officine en matière de RDRD, plus précisément en ce qui concerne les missions de dispensation des TSO et de son antidote, la naloxone.

Dans un premier temps, nous aborderons les généralités sur la mise en place de la politique de RDRD en France. Nous exposerons ensuite l'enquête réalisée auprès des pharmaciens des Pays de la Loire. Enfin nous proposerons des perspectives d'amélioration suite aux résultats de l'enquête, pour accroître l'engagement du pharmacien dans la réduction des risques et des dommages (RDRD).

Généralité sur la réduction des risques et des dommages en France

1. Origine et historique de la réduction des risques et des dommages

La morphine a été découverte en 1805 par un pharmacien allemand Sertürner et devient rapidement l'antalgique de référence. Près de 90 ans après sa découverte, c'est l'héroïne qui fait son arrivée sur le marché en tant qu'antalgique et antitussif. Dès 1875, la iatrogénie et des détournements d'usage de la morphine sont constatés. Afin de remédier à cela, l'héroïne est utilisée comme traitement de substitution, et sera le premier. Cependant en 1905, elle fait l'objet à son tour de détournements (10). C'est lors de la seconde guerre mondiale que la méthadone est découverte par des chercheurs allemands en tant qu'analgésique narcotique à longue durée d'action (11). Le brevet tombant dans le domaine public au moment de l'armistice, ce sont les Etats-Unis qui s'en saisissent et mettent en avant son effet dans la prise en charge de l'addiction en 1960 (12). Ils remarquent une amélioration de l'état de santé, une réduction des consommations et une amélioration des situations psychosociales. Les bases des TSO sont alors posées.

En France, ce n'est qu'en 1973 que les premières études sont réalisées par l'INSERM. Cependant, ces études sont limitées et à cette époque c'est un « consensus anti substitution » qui domine. Face à cela, les médecins et les pharmaciens en faveur de la substitution, ne pouvaient respectivement que prescrire et dispenser des médicaments à base de codéine, la prescription de méthadone n'étant pas facilitée du fait de son appartenance au régime des stupéfiants (11).

Dans les années 1980, l'épidémie de VIH relance le débat des TSO en France. Le partage de seringues entre usagers favorise la progression du virus. La buprénorphine, des sulfates de morphines et le dextromoramide sont alors prescrits en substitution de l'héroïne. A partir de 1987, le gouvernement met en place une politique de prévention des problèmes sanitaires et sociaux qui repose sur la facilitation de l'accès aux seringues stériles, aux dépistages (VIH et hépatites virales), et aux soins. Cet évènement marque le début de la politique de réduction des risques et des dommages (10).

En 1995, la méthadone sirop obtient l'AMM dans le traitement de substitution opiacés, c'est l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris qui en est le titulaire. Les autorités décident de restreindre le champs des prescripteurs, afin de sécuriser la prescription. En 1996, la buprénorphine haut dosage (BHD) est mise sur le marché. Suite à une augmentation de prescription de BHD et méthadone, des recommandations françaises sont publiées en 2004 (13) et mise à jour en 2022 (14). Les recommandations de l'OMS concernant les TSO datent de 2009. Elles encadrent encore la prescription des médicaments de substitution opiacés (MSO) aujourd'hui (15).

Au moment de la publication des recommandations nationales, la mise en place des TSO avait déjà montré des résultats concluants quant à son efficacité : diminution de la mortalité et morbidité, amélioration des situations sociales et de l'insertion. Cependant, des limites avaient déjà été relevées, comme par exemple l'hétérogénéité d'accès aux prescripteurs et aux pharmacies acceptant de dispenser ces produits, le mésusage, ainsi que le marché parallèle (13).

En 2008, l'offre galénique de la méthadone évolue et une forme orale sèche (gélule) est mise sur le marché. Cette avancée permet de répondre aux problématiques soulevés par les associations de patients, à savoir un flacon difficilement dissimulable, et un goût désagréable de la méthadone sirop (11).

Concernant la politique de RDRD, elle se trouve, dès 2004, dans la loi de santé publique. Cette dernière permet la création des Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) en 2005, puis des Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en 2007 (11).

La RDRD est inscrite dans l'article L3411-8 du 26 janvier 2016 du code de la santé publique : « La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants. » (16)

L'objectif général de l'utilisation des TSO est d'améliorer la santé et la qualité de vie des patients. Pour cela, des objectifs personnels sont définis par le patient en accord avec l'équipe médicale, dans le cadre du projet de soins afin de s'adapter au mieux aux attentes et besoins. Ce projet peut être réévalué et modifié au cours de la prise en charge (13). L'accompagnement est réalisé par différents professionnels afin d'assurer un suivi médical, psychologique et social (17).

Il est nécessaire de différencier les TSO et les MSO. Le TSO englobe l'ensemble des moyens mis en place pour le patient dans le cadre du traitement de son addiction. Le MSO est le médicament, c'est un moyen utilisé dans le TSO (10).

La mise en place des TSO a fait partie des premières actions de RDRD avec le programme d'échange de seringue. Désormais, la RDRD s'élargit et comprend également la mise à disposition de la naloxone, de salles de consommations et le contrôle des drogues. On peut constater à l'aide du graphique ci-dessous que les actions mises en place ont été développées au fur et à mesure des années. La France n'est pas le seul pays européen à prendre des mesures et l'on peut constater que de plus en plus de pays participent au projet de RDRD. Désormais dans la quasi-totalité des pays de l'union européenne, le programme d'échange de seringue et le traitement de substitution est possible. Cependant, la naloxone n'est accessible que dans la moitié d'entre eux. (18)

Figure. Number of European countries implementing harm reduction interventions, up to 2022

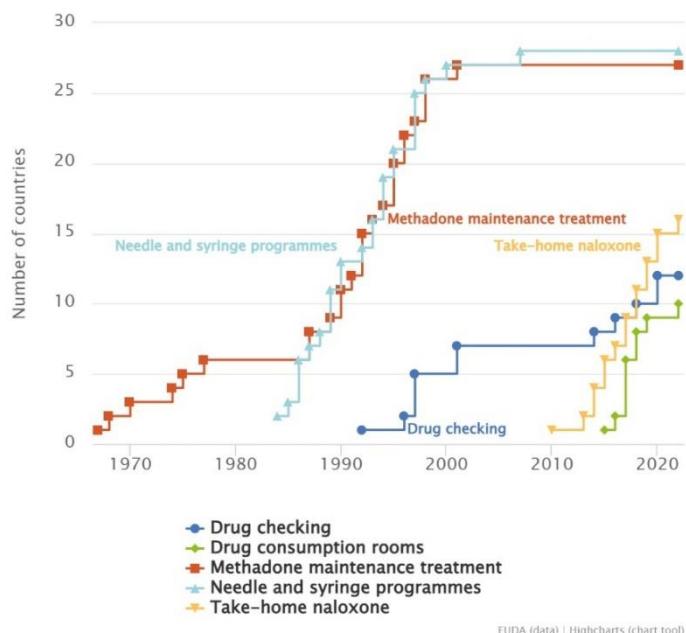


Figure 1 : Nombre de pays de l'Union européenne ayant mis en place des interventions de réductions des risques (16)

Dans le cadre de la RDRD, le pharmacien d'officine peut, au quotidien, dispenser des MSO et de la naloxone, participer au programme d'échange de seringues, favoriser le bon usage du médicament et maintenir le patient dans le parcours de soin.

1.1. L'addiction considérée comme une maladie

La classification internationale des maladies (CIM) est le référentiel produit par l'OMS qui référence l'ensemble des maladies. Elle définit la dépendance comme étant le résultat d'un usage non contrôlé d'une substance, opioïde dans ce cas. Les critères sont : « forte envie interne de consommer des opioïdes, qui se manifeste par une altération de la capacité à contrôler la consommation, une priorité croissante accordée à la consommation par rapport à d'autres activités et la persistance de la consommation malgré les dommages ou les conséquences négatives. ». Cela peut se manifester par des symptômes physiques tel que « la tolérance aux effets des opioïdes, les symptômes de sevrage après l'arrêt ou la réduction de la consommation d'opioïdes, ou l'utilisation répétée d'opioïdes ou de substances pharmacologiquement similaires pour prévenir ou atténuer les symptômes de sevrage. ». Le diagnostic de dépendance peut être posé à partir d'une consommation continue depuis au moins 3 mois. (19)

Les symptômes de sevrage peuvent se manifester par « une humeur dysphorique, une envie impérieuse d'opioïde, de l'anxiété, des nausées ou vomissements, des crampes abdominales, des douleurs musculaires, des bâillements, de la transpiration, des bouffées de chaleur et de froid, un larmoiement, une rhinorrhée, une hypersomnie (généralement dans la phase initiale) ou une insomnie, une diarrhée, une horripilation et une dilatation pupillaire. » (20)

La déclaration d'évènement de pharmacodépendance est obligatoire pour les pharmaciens. Elle doit se faire auprès du centre de pharmacodépendance et d'addictovigilance du territoire sur lequel est constaté le fait. Les substances opiacées, qu'elles soient légales ou non, peuvent entraîner une dépendance (21). La pharmacodépendance est définie dans le code de la santé publique article R5132-97 comme : « l'ensemble de 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 » (22)

1.2. Cout de l'addiction en France

7,7 milliards d'euros, c'est le coût social estimé de l'addiction aux substances illicites en France en 2019. Le coût le plus élevé, est celui de la perte de vies humaines, en second le soin et en troisième les pertes de productions. Malgré tout, il est observé une diminution du nombre de décès dû aux drogues entre 2010 et 2019 (23).

Avec la mise en place de la RDRD, et l'accompagnement par TSO, ce sont 161 760 personnes qui bénéficient de MSO en ville en 2021 en France. Ce nombre est stable, depuis les années 2014. A 77%, ce sont des hommes et leur âge moyen est de 42,9 ans. La BHD est le MSO le plus prescrit mais les prescriptions de méthadone ont tendance à augmenter depuis 2014 (24). En 2022, 57% des prescriptions de TSO concernaient la BHD. Ceci s'explique par le fait qu'en 1990 les autorités sanitaires ont fait le choix d'élargir la prescription de BHD à tous les prescripteurs, tandis que la primo prescription de méthadone est réservé au milieu hospitalier et CSAPPA (25).

En 1997, le coût économisé grâce à la mise en place des TSO est estimé à 595 millions d'euros (13). Ce chiffre ne peut pas être comparé avec ceux d'aujourd'hui étant donné que les méthodes de calcul ne sont plus les mêmes. En revanche, il est quand même possible d'affirmer que la prévention permet de limiter les coûts.

Le montant des remboursements de MSO par l'assurance maladie en 2021 s'élève à 76 millions d'euros (24).

2. Produits disponibles en France dans le cadre de la RDRD

2.1. Médicaments de substitution opiacés

Les médicaments ayant une AMM dans le sevrage opiacé sont la méthadone, et la buprénorphine haut dosage (BHD) associée ou non à la naloxone. Le sulfate de morphine est utilisé hors AMM (17).

L'ensemble des traitements sont indiqués dans le cadre de dépendance avérée aux opiacés. En 2004, l'objectif était l'abstinence complète. Désormais, la durée de traitement est variable, il n'y a pas d'objectif d'arrêt lors de l'introduction d'un MSO. L'objectif est d'accompagner la personne afin de réduire sa consommation et les risques que cela peut engendrer (10). L'arrêt doit être envisagé, si possible, dans un second temps (26).

Concernant le choix du traitement, il dépend du profil du patient.

Dans les recommandations ordinaires, une annexe (numéro 3) est consacrée aux MSO et naloxone. Ce tableau synthétique rappelle les médicaments, l'AMM, les dosages, les posologies et les conditions de prescription et de dispensation.

2.1.1. Méthadone

a) Pharmacodynamie

La méthadone est un agoniste des récepteurs opioïdes (27).

b) Modalité de prescription

La méthadone a un statut de stupéfiant. Elle doit être instaurée par un médecin en centre spécialisé, le relais en ville est possible. La prescription est limitée à 14 jours pour la forme sirop et 28 jours pour les gélules. La dispensation se fait pour 7 jours, sauf mention contraire du prescripteur. L'ordonnance doit être présentée dans les 3 jours suivant sa rédaction, si le délai est dépassé, les jours passés devront être décomptés. Le chevauchement des ordonnances est interdit sauf mention contraire du prescripteur, et le nom de la pharmacie dispensatrice doit être mentionnée sur l'ordonnance. (28)

c) Posologies et modalités de prises

La première prise doit se faire lors de l'apparition des premiers symptômes de sevrage, et au minimum 10 heures après la dernière consommation d'opioïdes. La mise en place du traitement a lieu après la réalisation d'un contrôle urinaire. Ce contrôle permet de confirmer que le patient ne prend pas de la méthadone.

La dose initiale de méthadone est de 20 à 40 mg/jour. L'instauration se fait sous la forme sirop pour une durée totale minimale d'un an, une fois le dosage équilibré, il est possible de passer à la forme gélule. L'augmentation de posologie doit être progressive, 5 à 10 mg tous les 3 à 5 jours. La dose maximale d'augmentation par semaine est de 20 mg. (13-15)

La dose d'entretien se situe généralement entre 60 et 120 mg/jour. Les traitements se prennent une fois par jour. Cependant certaines situations peuvent nécessiter une augmentation des fréquences de prise telle que : la prise d'opioïdes dans le cadre de gestion de la douleur, les métaboliseurs rapides de méthadone, les femmes enceintes (14).

Afin d'adapter au mieux les posologies, différents dosages sont disponibles allant de 1 à 40 mg en gélule. En cas de désir du patient d'arrêter le traitement, il faudra encadrer une diminution progressive pour limiter les risques de rechutes. En cas, de décision de diminution de posologie vers un arrêt, il est recommandé de diminuer toutes les 1 à 4 semaines de 5 à 10% (14,27).

d) Interactions médicamenteuses

Les spécificités pharmacologiques de la méthadone amènent à certaines interactions. Elle possède une toxicité cardiovasculaire, qui nécessite une vérification de l'ECG avant l'instauration du traitement. Il sera donc contre-

indiqué d'associer la méthadone avec d'autres molécules susceptibles d'entrainer des torsades de pointes, comme par exemple l'hydroxyzine, l'escitalopram, citalopram, dompéridone, et la pipéraquine. D'autres molécules torsadogènes seront déconseillées comme la chlorpromazine, l'amiodarone, etc. L'ensemble des molécules torsadogènes sont citées dans le Thésaurus des interactions médicamenteuses de l'ANSM (29).

La méthadone est métabolisée au niveau hépatique. Il n'est pas recommandé de l'associer à des molécules inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques en particulier celles agissants au niveau des CYP 3A4 et 2D6 (30).

La consommation associée à d'autres médicaments ou substances sédatives doit être prise en compte.

Les interactions citées ci-dessus ne sont pas exhaustives.

2.1.2. Buprénorphine haut dosage

a) Pharmacodynamie

La BHD est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes. Ce mécanisme d'action engendre un effet plateau, ce qui signifie qu'au-delà d'une certaine dose, l'effet n'est plus amplifié et reste le même. En cas de surconsommation, les effets dépresseurs seront moindres et le risque d'overdose est ainsi diminué (31).

b) Modalité de prescription

Le traitement par buprénorphine suit la réglementation des médicaments assimilés stupéfiants. Elle peut être instaurée par tous les prescripteurs. Elle doit être rédigée sur une ordonnance sécurisée avec le nom de la pharmacie dispensatrice. Les modalités de dispensation sont la présentation de l'ordonnance dans les 3 mois suivant la rédaction, et une délivrance pour 7 jours. Le chevauchement est interdit sauf mention contraire du prescripteur. La durée maximale de traitement est de 28 jours (32). Le médecin peut exclure la substitution générique du Subutex® en y apposant la mention « non substituable MTE » (marge thérapeutique étroite) (26).

c) Posologies et modalités de prises

La première prise doit se faire dès l'apparition des premiers symptômes de sevrage et au minimum 6 heures après la dernière consommation.

La dose initiale recommandée selon le résumé des caractéristiques du produit est de 2 à 4 mg/jour. L'OMS recommande, quant à elle, une introduction à 4 mg/jour. En cas de signes de sevrage modérés à sévères, la posologie initiale peut atteindre 8 mg/jour. L'augmentation doit se faire par palier de 2 à 8 mg/jour. La dose maximale de BHD par jour est de 24 mg en France. La posologie maximale pour les formes sublinguales est de 18 mg/jour. L'OMS fixe la dose journalière maximale à 32 mg/jour. L'efficacité optimale se situe autour de 16 mg/jour.

Lorsque que les patients sont stabilisés, il est possible de diminuer le nombre d'administrations en doublant la dose le jour de prise, ce qui permet de prendre un traitement 1 jour sur 2.

Concernant l'arrêt, tout comme la méthadone, il doit se faire de manière progressive s'il est envisagé, c'est-à-dire une diminution allant jusqu'à 25% toutes les 1 à 4 semaines. (13-15,31).

La buprénorphine est disponible sous de multiples dosages allant de 0,4 mg à 8 mg, ce qui permet d'adapter la dose journalière. Elle se présente sous forme de comprimés sublinguaux. De nouvelles formes de buprénorphine à libération prolongée sont à l'étude : Sixmo®, un implant semestriel. Sublocade® et Buvidal® sont quant à eux en injections retard (33).

d) Interactions médicamenteuses

De par son mécanisme d'action agoniste partiel, la BHD ne doit pas être associée à des agonistes opioïdes. La consommation associée d'autres médicaments ou substances sédatives doit être prise en compte. (29) Les interactions citées ci-dessus ne sont pas exhaustives.

2.1.3. Relai

a) Méthadone vers BHD

Lors d'un relai méthadone vers BHD, la dose journalière de méthadone doit être inférieure à 30 mg/jour. Pour prendre la première dose de BHD, il faudra attendre les symptômes de sevrage de la méthadone et 24 à 36 heures après la dernière prise de méthadone. Pour les patients ayant une dose journalière de méthadone de 20 mg, l'initiation de BHD se fera à 4 mg/jour ; et une initiation à 8 mg/jour pour 30 mg/jour de méthadone. (13-15)

b) BHD vers méthadone

Lors d'un relai BHD vers méthadone, la première prise de méthadone se fait 24 heures après la dernière prise de BHD. Il n'y a pas de dose minimale ou maximale de BHD quotidienne pour entreprendre un relai. L'OMS estime que pour une dose quotidienne de BHD supérieure à 8 mg/jour, la dose initiale de méthadone sera de 30 mg/jour. Pour une dose journalière de BHD comprise entre 4 et 8 mg/jour, il est conseillé de commencer la méthadone entre 20 et 30 mg/jour. Pour une dose de BHD inférieure à 4 mg/jour, la méthadone sera initiée à 20 mg/jour. (14,15)

2.2. Antidote au surdosage opiacés : naloxone

Depuis plus de 40 ans, la naloxone est le traitement de référence des surdosages en opioïdes. 80% des décès liés à un surdosage sont dûs aux opioïdes. Il est estimé que dans 4 cas sur 5, le décès pourrait être évité en cas d'administration précoce de naloxone (7). Les surdoses d'opioïdes constatées ces dernières années sont en progression, ceci étant dû à l'augmentation de prescriptions des médicaments antidouleurs opioïdes et à l'arrivée de nouvelles drogues opioïdes sur le marché illicite. A noter que chez un sujet naïf, la dose létale d'opioïde est de

1 mg/kg. Même après un court arrêt de consommation, la tolérance diminue et l'individu devient sujet aux overdoses en cas de reprise aux doses précédentes.

En Europe, 6 392 décès sont liés à une overdose dont les trois quarts liés à une consommation d'opioïdes. Face ce phénomène, une fiche d'intervention a été proposée dans un rapport rédigé par l'Agence de l'union européenne sur les drogues (EUDA). Elle définit des actions réalisables selon leur niveau de preuve et l'objectif. Parmi, les moyens cités pour réduire les overdoses mortelles la naloxone fait partie des ceux ayant le plus de preuves (34).

Figure 11.1. Interventions to prevent opioid-related deaths, by intended aim and evidence of benefit

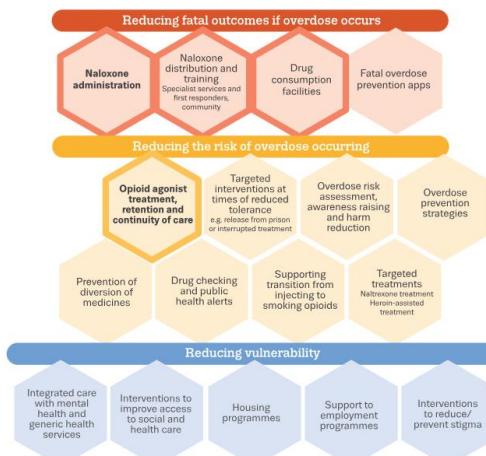


Figure 2 : Fiche d'intervention de l'EUDA (32)

2.2.1. Produits disponibles en France

Initialement, la naloxone était uniquement utilisée dans les services de soins. Elle a été mise à disposition du grand public suite à des recommandations internationales (35). Depuis 2016, des mesures sont mises en place afin de démocratiser son utilisation. Ainsi, la naloxone intranasale a fait l'objet d'une ATU de cohorte. En 2017, le code de santé publique a été modifié pour permettre une distribution de kit naloxone par les membres des CAARUD.

Aujourd'hui les produits disponibles sont : Nyxoid® et Ventizolve® par voie nasale, Narcan® par voie intraveineuse et Prenoxad® par voie intramusculaire. Narcan® est réservé à l'usage hospitalier (36) (37).

La naloxone est disponible sous forme de kit prêt à l'emploi, intra musculaire ou intranasale, dans les pharmacies, hôpitaux et structures spécialisées en addictologie.

2.2.2. Objectifs de la mise en place de la distribution de naloxone en France

Les objectifs majeurs de la prise en charge des patients à risque d'overdose opiacés sont définis dans un document publié par le ministère de la santé « prévenir et agir face au surdoses d'opioïdes. Feuille de route 2019-2022 ». Il détermine 18 actions réparties en 5 objectifs principaux. L'enjeu est de faciliter et de garantir l'accès à la naloxone, dans le but de réduire le nombre de décès et d'anticiper l'arrivée des fentanylloïdes sur le territoire français (9). Les fentanylloïdes sont des dérivés de synthèse du fentanyl. Les Etats-Unis subissent actuellement

une crise due à l'utilisation accrue de ces molécules, qui entraîne une augmentation des overdoses opioïdes. Face à ce phénomène, la France a mis en place un système de surveillance. L'OFDT n'a pas relevé d'augmentation de consommation et de circulation de ces produits en 2021 (38).

Les cinq objectifs définis par le ministère de la santé dans la feuille de route sont :

- « 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 réponse » (9)

2.2.3. Population cible

Il a été défini, dans les recommandations de l'HAS de 2022, une population cible pour laquelle le risque de surdose est accru. Ces patients devraient se voir prescrire ou proposer de la naloxone.

- « usagers ayant une perte de tolérance aux opioïdes liée à un arrêt ou une période de plus faible consommation, par exemple à la suite d'une sortie d'incarcération, d'un centre de soins résidentiel ou en cours de sevrage ;
- usagers ayant des antécédents de surdose d'opioïde ;
- patients recevant un médicament de substitution aux opioïdes, en particulier par méthadone, lors de l'instauration du traitement ou dans le mois suivant son arrêt ;
- patients traités par des médicaments antalgiques opioïdes en cas de TUO (augmentation non contrôlée des doses pour soulager une douleur mal contrôlée, recherche d'effets psychoactifs) ou ayant développé une dépendance physique ;
- utilisateurs occasionnels recherchant les effets psychoactifs des opioïdes ;
- usagers d'opioïdes en « autosubstitution » pour une dépendance physique aux opioïdes ;
- association à des substances potentialisant le risque de surdose (ex. : gabapentinoïdes, benzodiazépines, alcool, etc.). » (14)

2.2.4. Indications

La naloxone est indiquée dans le traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes, qui se manifeste par une dépression respiratoire et/ou une dépression du système nerveux central (39–41).

En cas de surdose liée à la méthadone, les effets cardiaques ne seront pas rétablie par l'administration de naloxone (42).

2.2.5. Pharmacodynamie

La naloxone, c'est l'antidote spécifique des opioïdes, un antagoniste pur des récepteurs opioïdes. Elle agit en quelques secondes voire minutes. Son effet est limité dans le temps, environ 20 minutes à 2 heures selon l'opioïde et la dose consommée. Elle dispose d'une grande sécurité d'emploi : si elle est injectée à une personne non imprégnée en opioïde, elle n'aura pas d'effet. (9)

La naloxone peut être utilisée dans le cadre d'un diagnostic différentiel d'une dépression respiratoire. Si la dépression respiratoire est due à une surconsommation d'opioïdes alors la naloxone sera efficace. Elle n'a d'effet que sur la dépression respiratoire, les effets indésirables cardiaques engendrés par une surconsommation de méthadone ne sont pas réversibles par l'utilisation de la naloxone. Sa demi-vie est de courte durée. Ayant une durée d'action plus courte que les opioïdes, une nouvelle dépression respiratoire peut être observée. Dans ce cas, une dose supplémentaire de naloxone peut être administrée. De plus, certains opioïdes ayant une forte affinité pour les récepteurs nécessiteront des doses plus importantes ou des administrations répétées de l'antidote. (43)

2.2.6. Dose et mode d'administration

Concernant les produits disponibles par voie intranasale, Nyxoïd®, une dose délivre 1,8 mg de naloxone par voie intranasale, il s'agit d'un flacon unidose (40). Ventizolve® contient 2 flacons unidoses de 1,26 mg de naloxone (41). Une pulvérisation correspond à un volume de 0,1 ml.

Prenoxad®, s'utilisant en voie intramusculaire, contient 1,82 mg de naloxone. La dose initiale recommandée est d'injecter 0,4 ml de solution. La seringue contient un volume total de 2 ml, et est graduée en 5 doses de 0,2 ml. Cette formulation permet l'injection d'une nouvelle dose en cas de réapparition des symptômes de détresse respiratoire dans l'attente des secours (39).

2.2.7. Effets indésirables

Les principaux effets indésirables repérés en post injection sont le syndrome de sevrage, les nausées et vomissements, l'irritabilité et la colère. (43)

2.2.8. Contre-indications et interactions médicamenteuses

La seule contre-indication à l'utilisation de la naloxone est de présenter une hypersensibilité à un excipient ou à la substance active, la naloxone.

La principale interaction médicamenteuse est la diminution de l'effet des antalgiques opiacés. (39–41)

2.2.9. Recommandations

Les dernières recommandations de l'OMS concernant les overdoses opioïdes datent de 2014. Elles ont été rédigées suite à la distribution par plusieurs états de naloxone aux personnes susceptibles d'être témoin

d'overdose. Avant leur rédaction, seuls les professionnels de santé pouvaient l'administrer. La naloxone est reconnue par l'OMS comme un médicament essentiel (35).

La figure 3, représente les quatre recommandations établies lors de la rédaction du « Community management of opioid overdose ». La première met en avant le rôle des témoins. Susceptibles d'assister à une overdoses, ils doivent avoir accès à la naloxone et être capable de l'administrer. La seconde, avec un niveau de recommandation conditionnel, concerne les voies d'administrations possibles : intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée et intranasale. Dans la mesure du possible, il est préférable que le patient choisisse le produit le plus adapté, selon les disponibilités, la compétence d'administration et le cadre. La troisième porte sur les signes de gravité sur lesquels doivent se concentrer les témoins : la gestion de la détresse respiratoire, l'assistance ventilatoire et l'administration de naloxone. Enfin la quatrième, porte sur l'après injection. Le retour de la personne à un état de conscience et de respiration doit être surveillé jusqu'à un état normal (35).

No.	Recommendation	Strength of recommendation	Quality of evidence
①	People likely to witness an opioid overdose should have access to naloxone and be instructed in its administration to enable them to use it for the emergency management of suspected opioid overdose.	Strong	Very low
②	Naloxone is effective when delivered by intravenous, intramuscular, subcutaneous and intranasal routes of administration. Persons using naloxone should select a route of administration based on the formulation available, their skills in administration, the setting and local context.	Conditional	Very low
③	In suspected opioid overdose, first responders should focus on airway management, assisting ventilation and administering naloxone.	Strong	Very low
④	After successful resuscitation following the administration of naloxone, the level of consciousness and breathing of the affected person should be closely observed until full recovery has been achieved.	Strong	Very low

Figure 3 : Tableau de recommandations de l'OMS concernant la naloxone (35)

Selon les recommandations de l'OMS, la dose initiale par voie injectable afin de rétablir les capacités respiratoires, doit être comprise entre 0,4 et 2 mg, mais une dose comprise entre 0,4 et 0,8 serait suffisante dans la majorité des cas. La pulvérisation nasale peut nécessiter des doses plus importantes ; il recommande un volume de pulvérisation de 1 ml dosé à 1 mg/ml. Dans l'idéal, la dose de naloxone utilisée permet de restaurer la capacité respiratoire en limitant les symptômes de sevrage (35).

Les conseils de l'ordre des médecins et des pharmaciens ont publié de nouvelles recommandations ordinaires en juillet 2024. Il y figure que « la mise à disposition de naloxone doit être systématique ». Ce point doit inciter les prescripteurs à ajouter un kit de naloxone à la prescription de MSO et pour les pharmaciens à proposer un kit lors de la dispensation (26).

En cas de surdosage chez une femme enceinte, l'administration de naloxone est recommandée.

3. Organisation du circuit des médicaments de substitution opiacés et de la naloxone

3.1. Accompagnement et distribution de traitements de substitution opiacés et de la naloxone

Les secteurs de l'addictologie sont variés et les patients peuvent entrer dans un parcours de soin via différents acteurs.

3.1.1. Secteur médico-social

Le secteur médico-social spécialisé en addictologie permet un accueil pluriprofessionnel, un accompagnement dans la durée, une gratuité et une possibilité d'anonymat. Ils comprennent les CSAPA, les CJC et les CAARUD. Certains acteurs du secteur peuvent intervenir en milieu festif, milieu carcéral, les haltes soins addictions. Les haltes de soins, autrefois nommées salles de consommations à moindre risque, sont des lieux de consommation supervisée par des professionnels de santé, respectant des mesures d'hygiène et dans lesquels du matériel stérile est mis à disposition.

Des professionnels sont désormais aptes à récupérer des échantillons de drogue afin de les faire analyser. Ceci permet au consommateur de connaître sa substance et au pouvoir public de surveiller les produits qui circulent (44). Les CSAPA ont pour mission de délivrer des MSO et du matériel de RDRD (45). Ils ont accueilli en 2021 environ 210 000 personnes dont 71 000 nouveaux patients. Les CAARUD sont là pour accompagner les patients vers des conduites à moindre risque, notamment par la distribution de kits prêts à l'emploi de naloxone mais ne distribuent pas de MSO.

3.1.2. Secteur libéral

Le secteur libéral est parfois organisé en réseau qui regroupe des médecins généralistes, des addictologues libéraux, des psychiatres ou psychologues, des pharmaciens et des microstructures médicales spécialisées en addictologie. Ces microstructures permettent un accompagnement pluriprofessionnel médical, social et psychologique (44).

Les pharmaciens, qui dispensent des MSO et de la naloxone font partie du secteur libéral.

3.1.3. Secteur hospitalier

Le secteur hospitalier offre une permanence des soins, un accès au plateau technique et une interdisciplinarité. Il se compose des consultations d'addictologie et des équipes de liaisons et de soins en addictologie qui peuvent intervenir dans les différents services d'hospitalisation (ELSA).

Le secteur hospitalier comprend des prises en charge par des hospitalisations : de jour, complète ou en service médical de réadaptation en addictologie (44).

3.1.4. Autres

Les associations de patients occupent une place importante dans l'accompagnement des patients souffrant de problématiques addictives. Elles leurs proposent de nombreux supports, mais également à leur entourage (44). D'autres associations sont orientées dans la RDRD, elles participent à la mise en place de nouveaux dispositifs de RDRD et au maintien de dispositifs déjà existants (46)

3.2. Suivi national d'addictovigilance

La méthadone fait l'objet d'un suivi national dans le cadre de l'addictovigilance. L'addictovigilance est un réseau de pharmacologues qui ont pour objectif de surveiller les substances psychoactives à risque potentiel d'abus. Ce réseau se compose de différents centres répartis sur le territoire français. Les signalements par les professionnels de santé leur permettent par la suite de détecter, évaluer, analyser et informer sur les potentiels addictologiques des molécules après leur mise sur le marché. Selon le potentiel addictologique des molécules, certains médicaments peuvent faire l'objet d'un suivi particulier (47).

En 2019, un rapport d'expertise « suivi national d'addictovigilance de la méthadone » a été publié. Des axes d'améliorations pour un meilleur usage de la méthadone, y sont suggérés, notamment : la mise en place de recommandations liées aux dépendances aux antalgiques opioïdes, et l'amélioration de l'accès à la naloxone (30).

Ces suivis permettent également de recenser les décès imputables aux médicaments. En 2021, l'étude DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances), a montré que la méthadone est la première substance opioïde impliquée dans les overdoses mortelles. Comme le montre la figure 4, entre 2010 et 2021, le nombre de décès lié à la méthadone a été multiplié par 2,7 en France. (48). Les décès peuvent être dus à un mésusage.

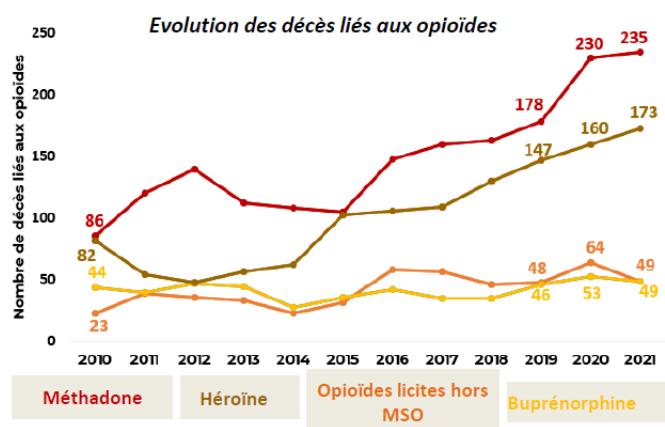


Figure 4 : Evolution des décès liés aux opioïdes en France (48)

L'étude OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) de 2023, a mis en avant que 66% des consommateurs de méthadone n'ont pas de naloxone à leur disposition (42). Le pharmacien a donc un rôle clé à jouer dans la démocratisation de l'usage de la naloxone.

Enquête menée auprès des pharmaciens des Pays de la Loire

1. Objectifs

L'objectif principal de l'enquête est de comprendre comment le pharmacien d'officine se sent engagé dans la réduction des risques et des dommages. Afin d'évaluer ce niveau d'implication, les objectifs sont :

- Connaitre leurs connaissances concernant les TSO et la naloxone
- Connaitre l'organisation de l'acte de dispensation pour ces produits
- Connaitre leur niveau d'accompagnement
- Connaitre leurs relations pluriprofessionnelles

Les réponses aux questions permettront d'obtenir des données pour proposer des perspectives d'améliorations.

2. Matériel et méthode

Une étude prospective a été réalisée. Le questionnaire a été distribué par mail en décembre 2023, via le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens des Pays de la Loire à tous les pharmaciens de la région. Les réponses pouvaient être données par retour de mail ou via un lien Google Forms®, et elles ont été acceptées jusqu'en mars 2024.

L'enquête se composait de 24 questions réparties en quatre parties : une première pour les généralités sur l'officine et la dispensation de TSO et de la naloxone. Une seconde partie portait sur la préparation à l'acte de dispensation de ces produits. Une troisième concernait l'accueil et l'accompagnement des usagers. Et enfin la dernière partie abordait le point de la pluriprofessionnalité. Le temps estimé pour répondre au questionnaire était de 5 à 7 minutes.

Les réponses attendues aux questions étaient de différents types : fermées, à choix multiples ou ouvertes.

L'analyse des résultats a été faite grâce au logiciel Excel® qui a permis de générer des graphiques (diagramme et histogramme).

3. Résultats

Généralité sur votre exercice

1- Où se situe la pharmacie où vous travaillez ?

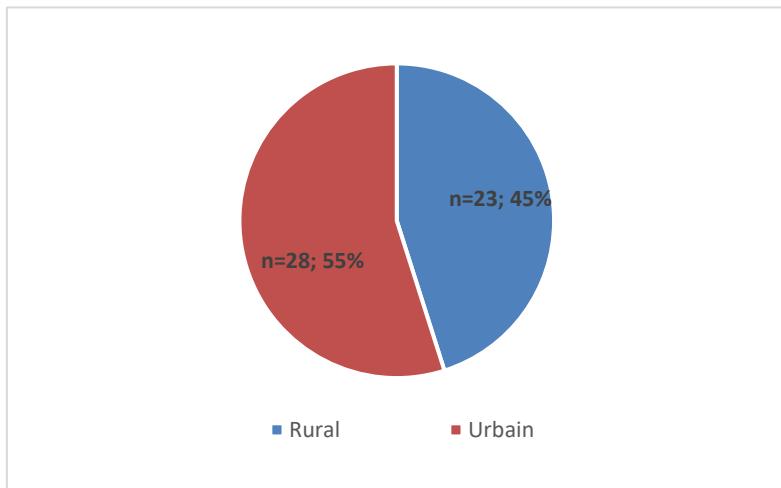


Figure 5 : Diagramme représentant la localisation des pharmacies

La répartition territoriale des 51 répondants est la suivante : 55% travaillent en milieu urbain et 45% en milieu rural.

2- Depuis combien de temps exercez-vous en officine ?

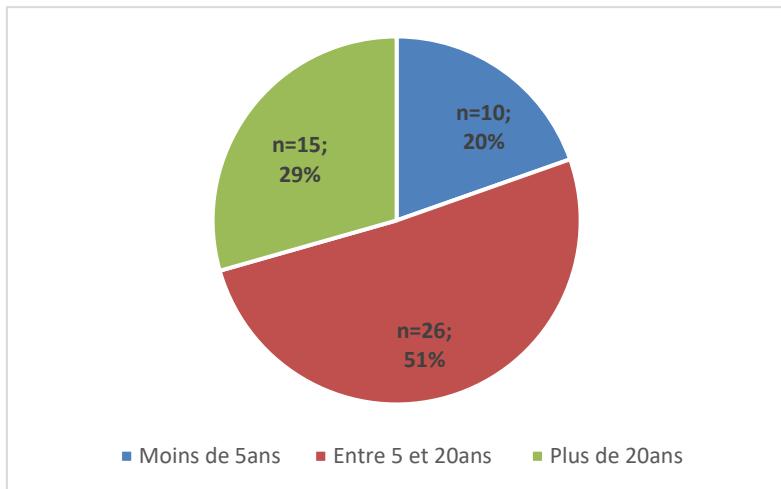


Figure 6 : Diagramme représentant l'ancienneté d'exercice à l'officine

La majorité des répondants (51%) ont entre 5 et 20 ans d'exercice en officine. Ensuite, 29% ont plus de 20 ans d'ancienneté et 20% ont moins de 5 ans.

3- Dispensez-vous des TSO (méthadone, buprénorphine) dans votre officine ?

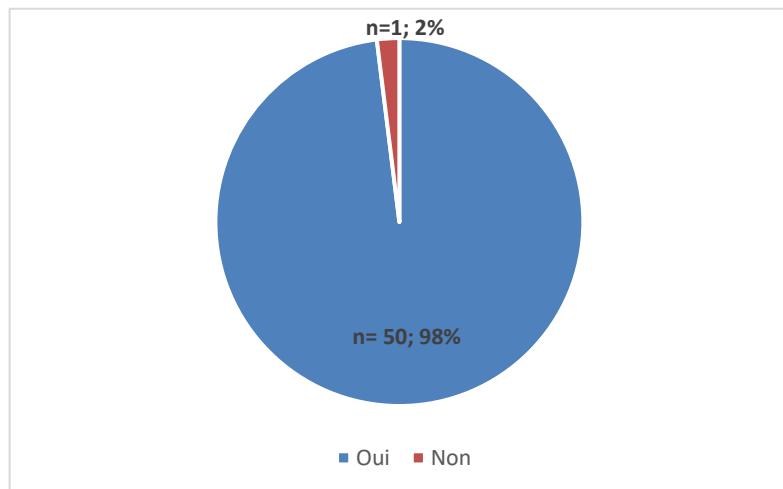


Figure 7 : Diagramme représentant les pharmacies dispensant des TSO

Ce diagramme met en avant que 98% des officines dispensent des TSO. 2% des pharmaciens interrogés n'en dispensent pas.

4- A combien de patient dispensez-vous des TSO par mois ?

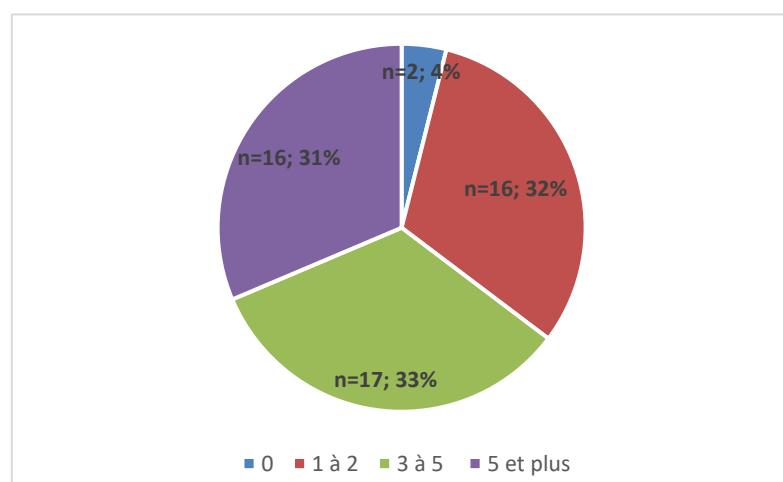


Figure 8 : Diagramme représentant le nombre de patients pris en charge par TSO par officine

33% des répondants dispensent des TSO à 3 à 5 patients par mois, 32% à 1 à 2 patients et 31% à plus de 5 patients. 4% des pharmaciens n'avaient pas de patients concernés.

5- Avez-vous déjà dispensé de la naloxone ?

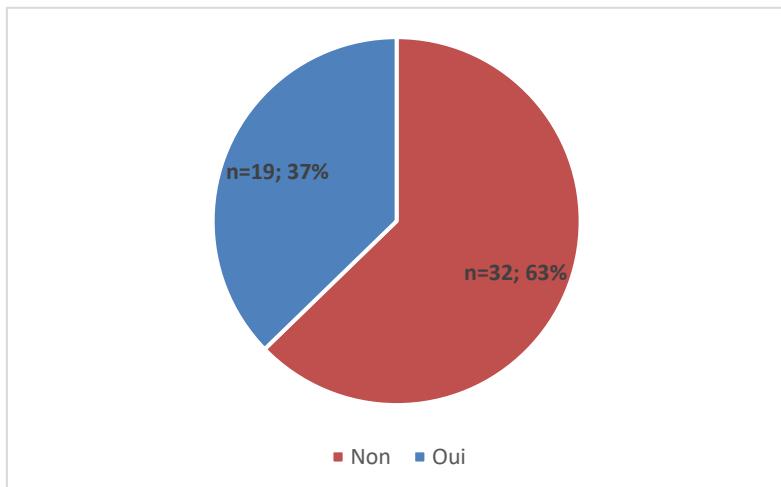


Figure 9 : Diagramme représentant les pharmaciens ayant dispensé de la naloxone

La majorité des répondants, 63%, n'ont jamais dispensée de naloxone. A l'inverse, 37% en ont déjà dispensée.

6- Selon vous, quels sont les objectifs des TSO ? (plusieurs réponses sont possible)

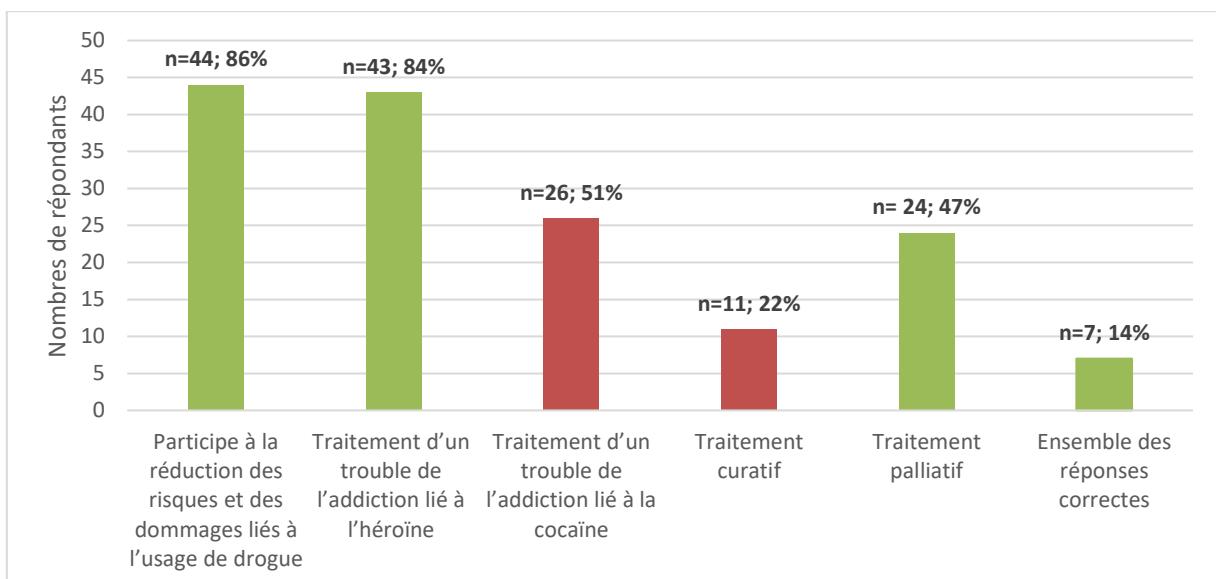


Figure 10 : Histogramme représentant la répartition des réponses correctes fournies par les pharmaciens de l'échantillon

86% des répondants considèrent que l'un des objectifs du TSO est de participer à la RDRD liés à l'usage de drogue.

Pour 84% des pharmaciens, les TSO permettent le traitement d'un trouble de l'addiction lié à l'héroïne ; et 51% le traitement d'un trouble de l'addiction lié à la cocaïne.

47% des pharmaciens considèrent le TSO comme palliatif et 22% comme curatif.

14% des répondants ont répondu correctement à l'ensemble des propositions.

Préparation à l'acte de dispensation et dispensation

7- Avez-vous suivi une formation sur les TSO ?

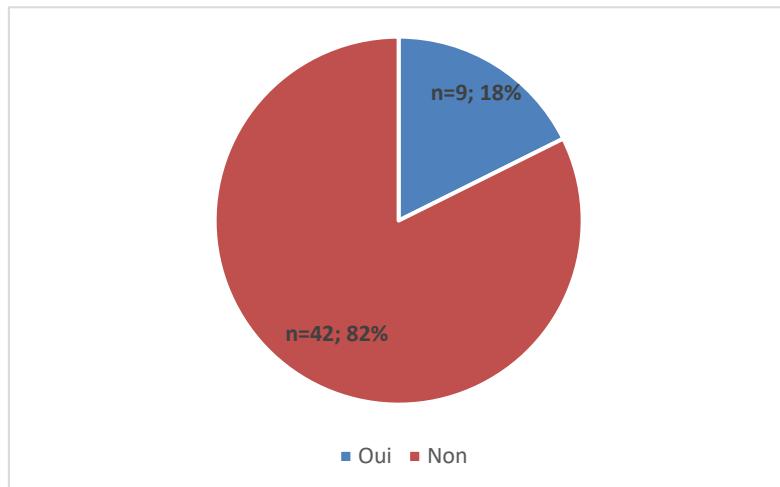


Figure 11 : Diagramme représentant le pourcentage de pharmaciens ayant suivi une formation TSO

82% des pharmaciens répondants n'ont pas suivi de formation sur les TSO.

18% ont suivi une formation : 6 ont été formés par la faculté, 3 par le CSAPA, et 1 par le laboratoire. Cela fait un total de 9 car un pharmacien a suivi une formation par le biais de ses études et par le CSAPA.

8- Vous sentez vous suffisamment formé à la dispensation des TSO ?

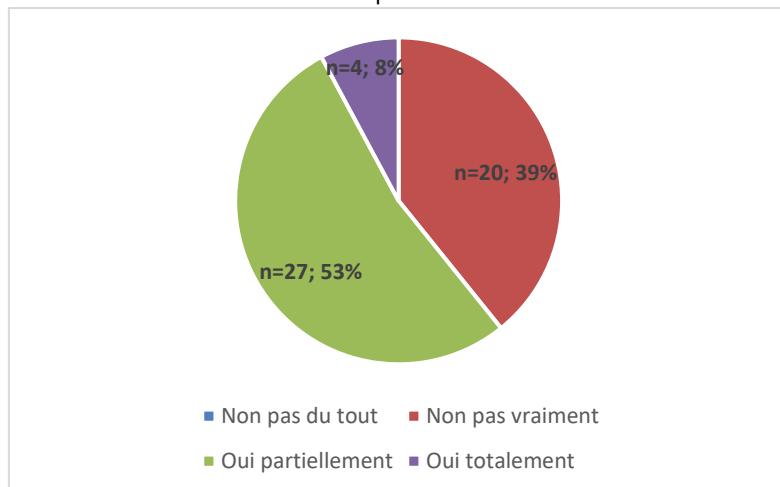


Figure 12 : Diagramme représentant le ressenti du pharmacien sur son niveau de formation sur les TSO

Environ la moitié, 53% des pharmaciens questionnés ont répondu « oui partiellement », 39% ont répondu « non pas vraiment ». A l'inverse, 8% se sentent totalement formés à la dispensation des TSO.

9- Associez-vous des conseils à la dispensation de TSO ?

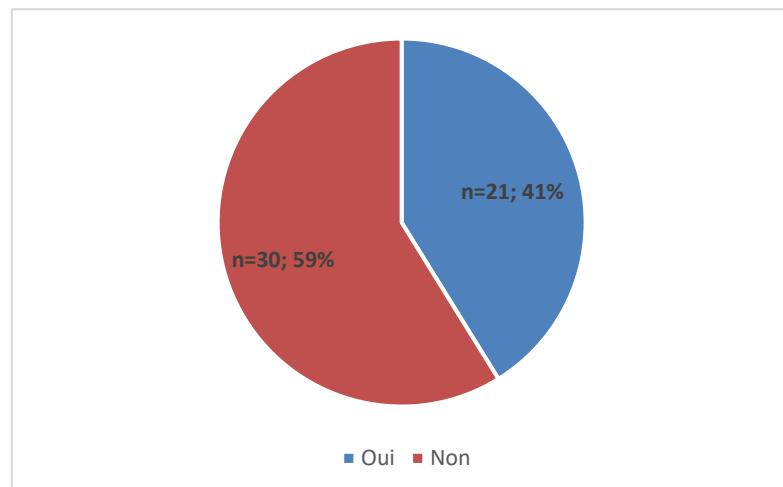


Figure 13 : Diagramme représentant le pourcentage de pharmaciens associant des conseils à la dispensation de TSO

41% des pharmaciens dispensent des conseils lors de la dispensation. Les sujets abordés sont les suivants :

- Lié au traitement (26 réponses) :
 - o Observance/régularité des prises (12 réponses),
 - o Respect des posologies (6 réponses),
 - o Modalité de prise (4 réponses),
 - o Précaution d'emploi (1 réponse),
 - o Ne pas associer de consommation d'opiacés (1 réponse),
 - o Ne pas d'injecter (1 réponse),
 - o Durée du traitement (1 réponse).
- Lié à la réglementation (8 réponses) :
 - o Modalité de prescription (4 réponses),
 - o Modalité de dispensation (4 réponses).
- Lié au relationnel (1 réponse):
 - o Instaurer un climat de confiance (1 réponse).
- Lié à l'accompagnement possible : renseignement sur le centre le plus proche (1 réponse).
- Lié aux habitudes et à l'environnement social (1 réponse).

Parmi les répondants, 59% déclarent ne pas associer de conseils associés à la dispensation.

Les raisons sont les suivantes :

- Lié au patient (12 réponses) :
 - o Relation difficile (4 réponses),
 - o Non réceptif (6 réponses),
 - o Pressé, nerveux et/ou impatient (2 réponses).
- Lié à la formation (11 réponses) :
 - o Ne sait pas quoi dire aux patients (8 réponses),
 - o Mauvaises connaissances (3 réponses).

- Lié à l'ancienneté du traitement :
 - o Patient déjà connaisseur du traitement (8 réponses).
- Lié à la confidentialité :
 - o Manque de confidentialité et discréction souhaité par les patients (2 réponses).
- Lié à l'accompagnement en centre d'addictologie :
 - o Conseils déjà donnés en centre lors de la prescription (2 réponses).

10- Avez-vous suivi une formation sur la naloxone ?

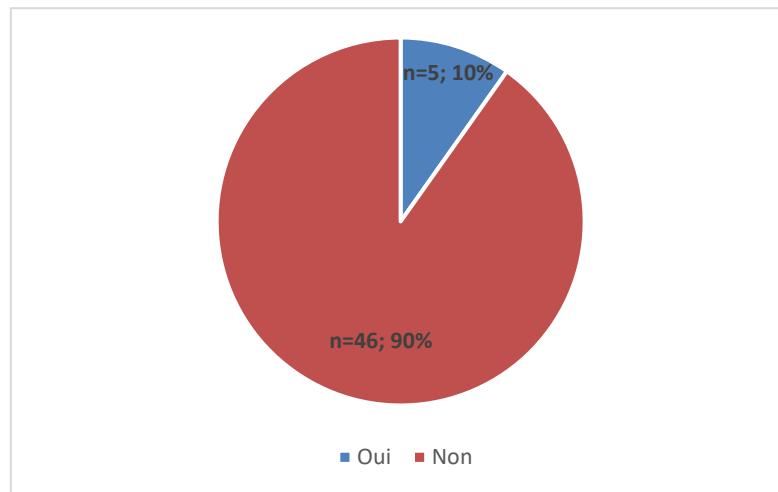


Figure 14 : Diagramme représentant le pourcentage de pharmaciens ayant suivi une formation sur la dispensation de naloxone

90% des répondants n'ont pas reçu de formation sur la dispensation de naloxone. 10% en ont reçu une dont 3 par de la faculté, 1 par l'URPS, et 1 par le laboratoire fabriquant.

11- Vous sentez vous suffisamment formé à la dispensation de la naloxone ?

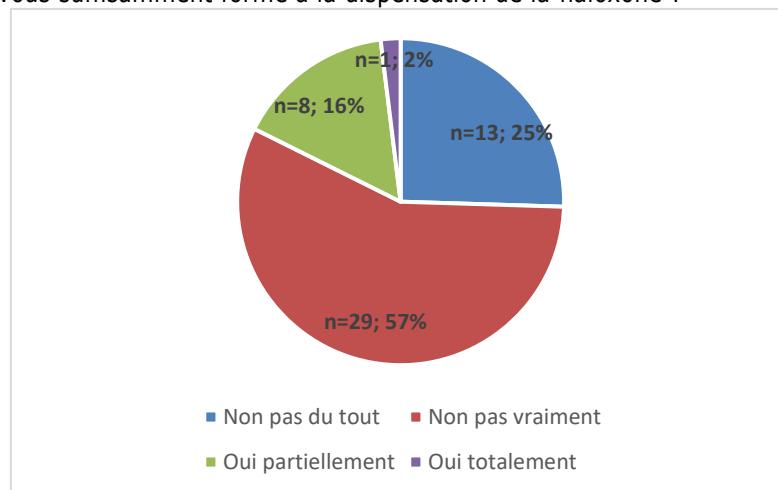


Figure 15 : Diagramme représentant le ressenti du pharmacien sur son niveau de formation sur la naloxone

Parmi les répondants, 57% ont sélectionné la réponse « non pas vraiment » et 25% « non pas du tout ». Concernant les oui, 16% sont « partiellement » et 2% « totalement » formés à la dispensation de naloxone.

12- Avez-vous de la naloxone en stock ?

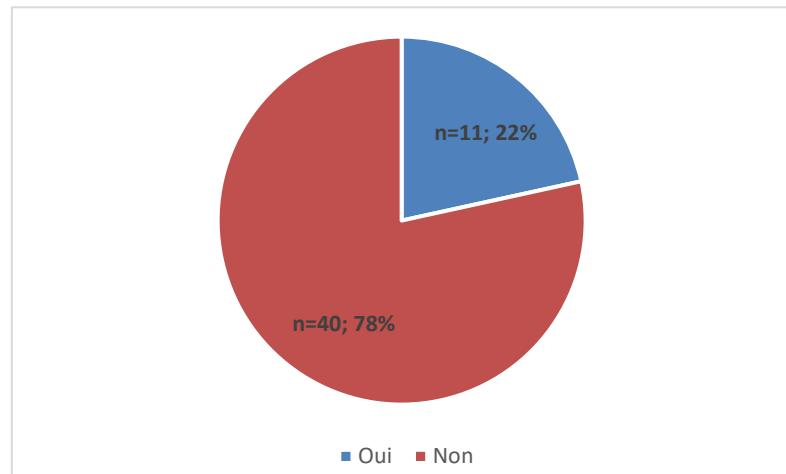


Figure 16 : Diagramme représentant le pourcentage de pharmaciens ayant en stock de la naloxone

22% des répondants déclarent avoir de la naloxone en stock dans leur officine, et 78% n'en ont pas.

13- Quels sont les symptômes de sevrage aux opiacés ? (plusieurs réponses possibles)

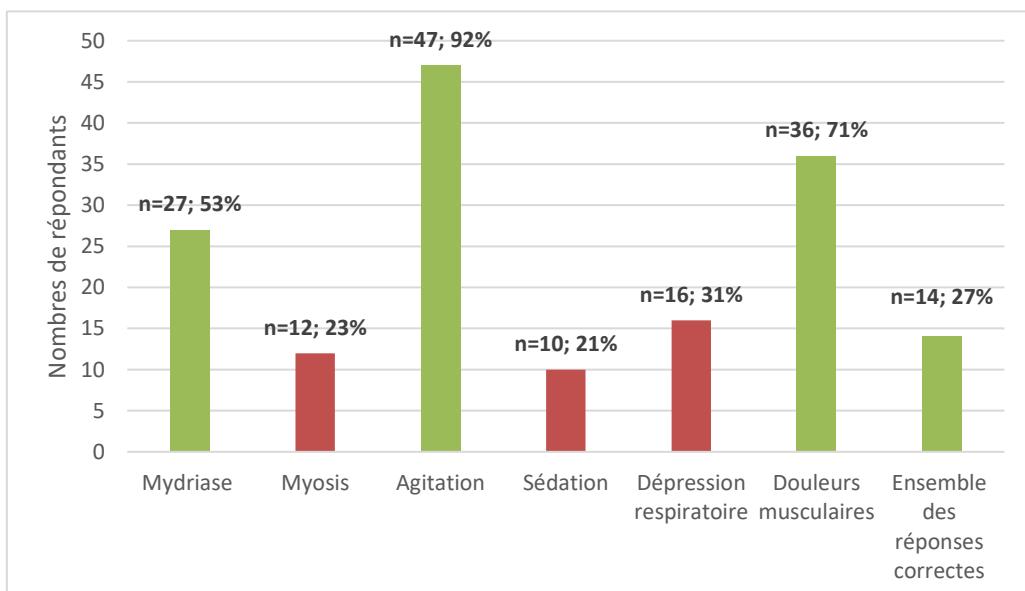


Figure 17 : Histogramme représentant le pourcentage de pharmaciens déclarant le symptôme comme signe de sevrage aux opiacés

53% identifient la mydriase comme un signe de sevrage aux opiacés. Tandis que 23% pensent que c'est la myosis, or il s'agit d'un signe d'overdose.

92% reconnaissent l'agitation comme signe de sevrage, ce qui est correct. La sédation, qui a été sélectionnée par 21% des répondants, correspond à un signe d'overdose.

La dépression respiratoire est un signe de surdosage, mais 31% des pharmaciens l'ont identifié comme un signe de sevrage.

Pour 71% des répondants, les douleurs musculaires font parties des signes de sevrage, ce qui est correcte.

Sur les 51 répondants, 27% ont identifié correctement l'ensemble des signes de sevrage.

14- Envisagez-vous de suivre une formation sur les TSO et/ou la naloxone ?

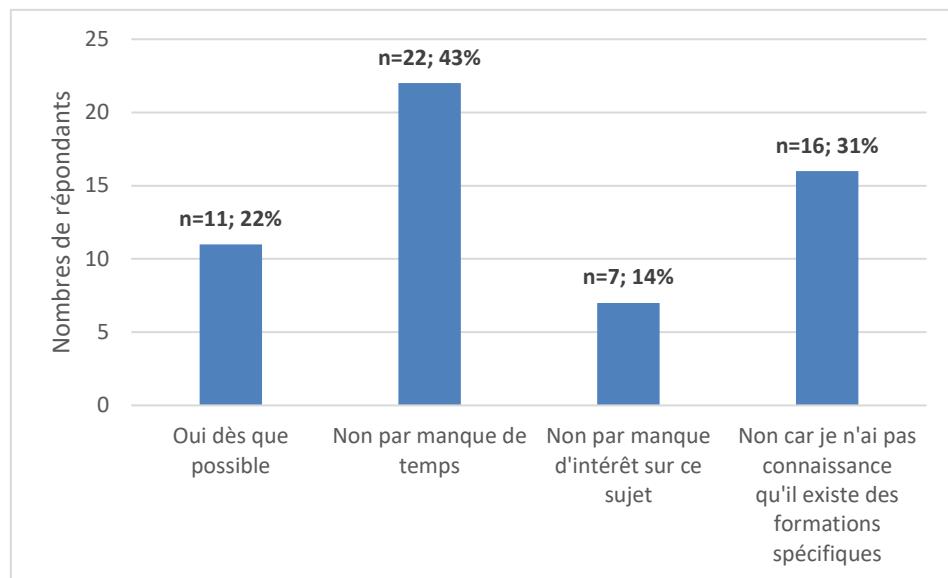


Figure 18 : Histogramme représentant l'intentionnalité de suivre une formation sur la dispensation de TSO et/ou de naloxone

22% des répondants souhaiteraient suivre une formation sur la dispensation des TSO et/ou de naloxone. 43% ne souhaiteraient pas en suivre par manque de temps, 14% par manque d'intérêt pour le sujet. 31% n'ont pas connaissance de l'existence de formations spécifiques.

Accueil/accompagnement des patients

15- La dispensation se déroule :

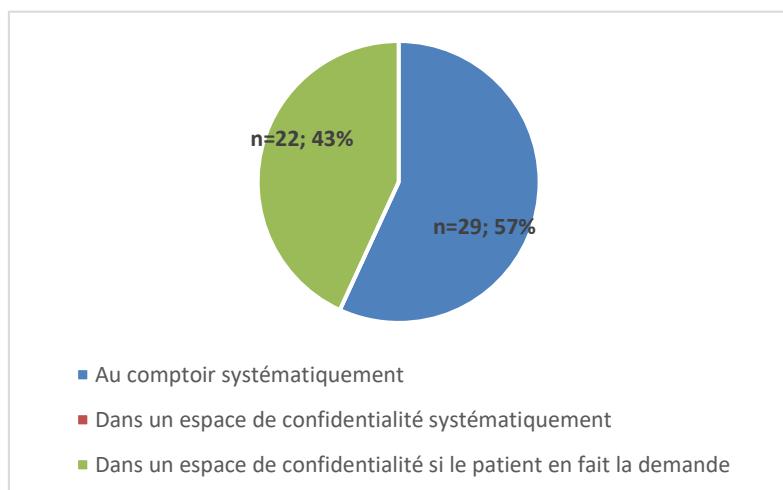


Figure 19 : Diagramme représentant le lieu de dispensation des TSO

57% des pharmaciens réalisent la dispensation systématiquement au comptoir. 43% la réalisent dans un espace de confidentialité sur demande du patient. Aucun des pharmaciens ne réalise la dispensation systématiquement dans l'espace de confidentialité.

16- Organisez-vous des entretiens avec les patients ?

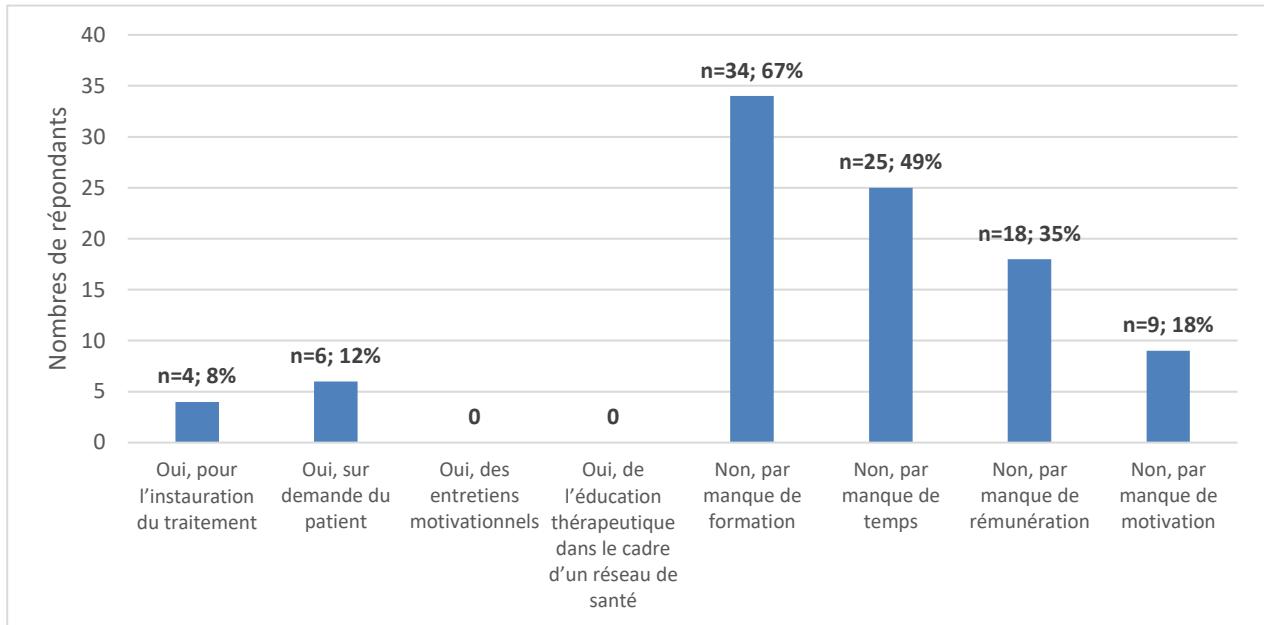


Figure 20 : Histogramme représentant les motifs de réalisation d'entretiens ou non

20% des réponses concernent des pharmaciens réalisant des entretiens : lors de l'initiation du traitement pour 8% d'entre eux, sur demande pour 12%.

80% des réponses concernent des pharmaciens ne réalisant pas d'entretiens : 35% par manque de formation, 26% par manque de temps, 19% par manque de rémunération, et 9% par manque de motivation.

Il était possible de sélectionner plusieurs motifs pour répondre à la question.

17- Lors de la dispensation de TSO, quelles difficultés rencontrez-vous ?

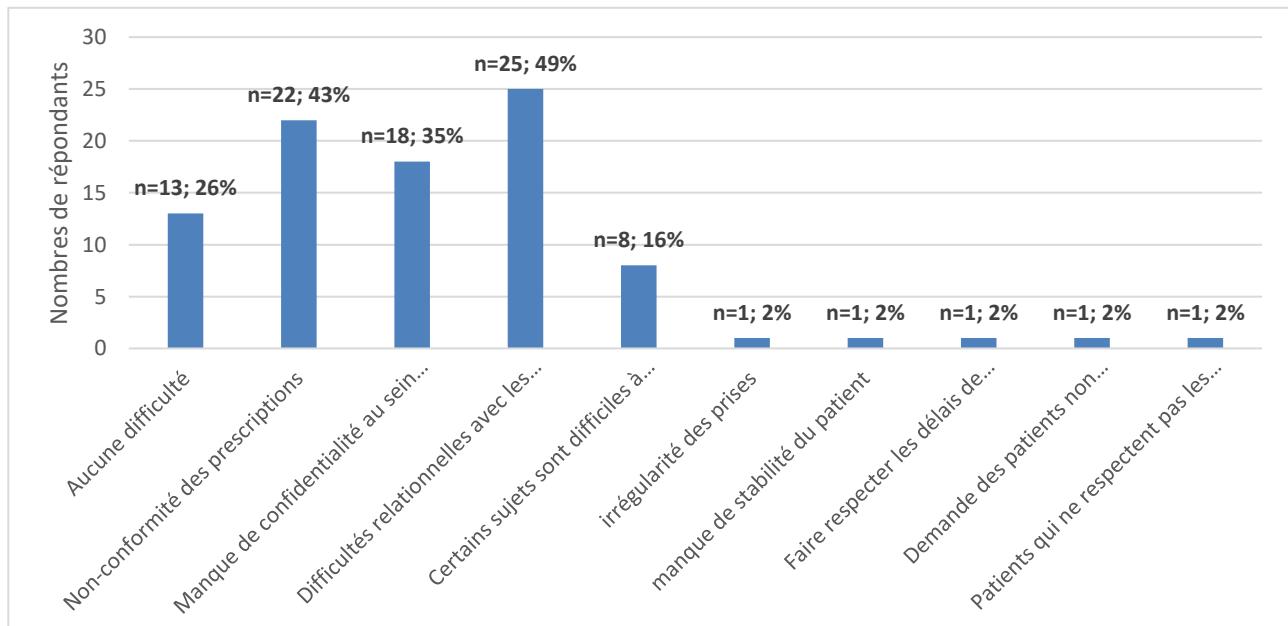


Figure 21 : Histogramme représentant les difficultés rencontrées lors de la dispensation des TSO par le pharmacien

49% des pharmaciens évoquent des difficultés relationnelles avec les patients. 43% ont répondu qu'ils étaient confrontés à des non-conformités des prescriptions. 35% mettent en avant le manque de confidentialité à l'officine.

26% ne rencontrent aucune difficulté.

Dans les réponses libres possibles, sont signalées : l'irrégularité des prises, le manque de stabilité du patient, le non-respect des patients de la législation, et le non-respect des règles.

Les sujets difficiles à aborder par les pharmaciens auprès des patients sont les suivants :

- Addiction (2 réponses),
- Agressivité des patients (2 réponses),
- Regard des autres patients sans trouble de l'usage sur les patients addict (1 réponse),
- Demandes de dépannages récurrentes et mensonges des patients (1 réponse),
- Instauration d'un climat de confiance long (1 réponse).

18- Comment qualifiez-vous votre relation avec les patients sous TSO ?

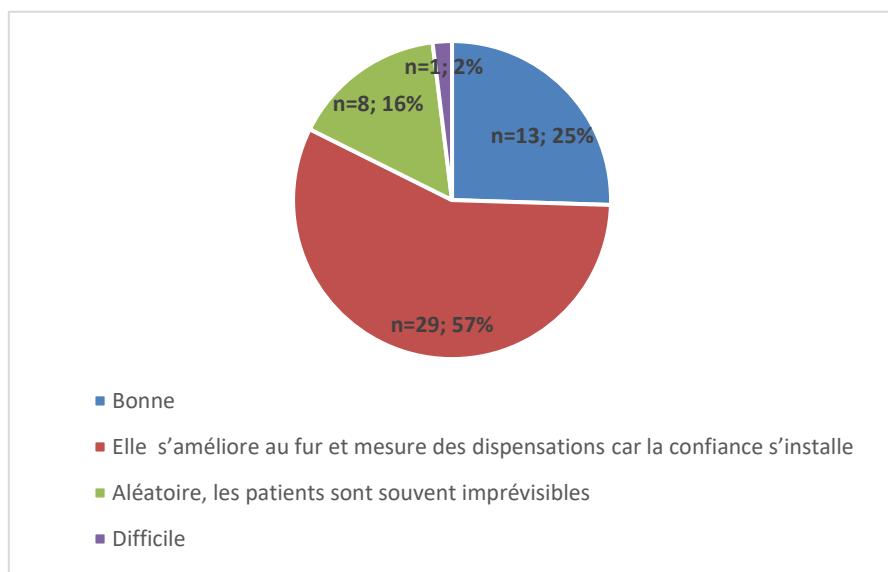


Figure 22 : Diagramme qualifiant la relation entre pharmaciens et patients

Pour 57% des pharmaciens, la relation avec les patients s'améliore au fur et à mesure des dispensations car la confiance s'installe. Pour 25% d'entre eux, la relation est qualifiée de bonne. 16% des répondants, déclarent une relation aléatoire avec des patients souvent imprévisibles. Pour 2%, soit 1 pharmacien, la relation est difficile à établir.

19- Selon vous, la dispensation de la Naloxone à l'officine participe-t-elle à la politique de réduction des risques et des dommages lié à l'usage de drogues ?

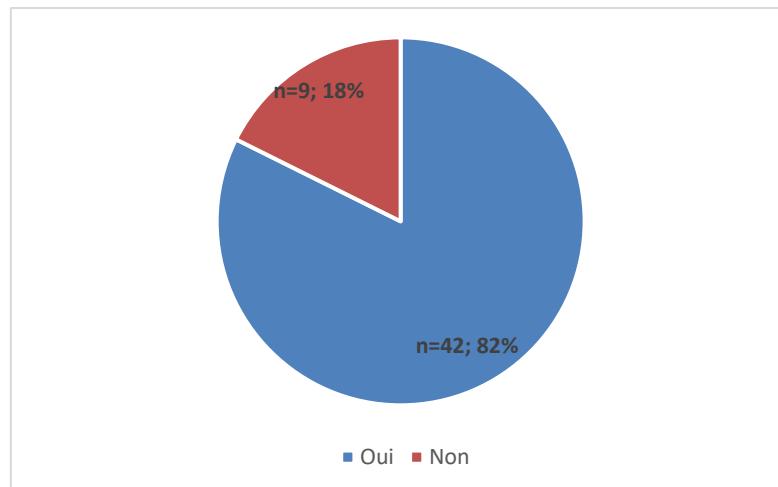


Figure 23 : Diagramme représentant si la naloxone participe à la RDRD ou non selon le pharmacien

Pour 82% des pharmaciens, la dispensation de naloxone à l'officine participe à la RDRD. 18% ne pense pas que cela participe à la RDRD.

20- Connaissez-vous un (des) réseau(x) d'addictologie dans votre département ?

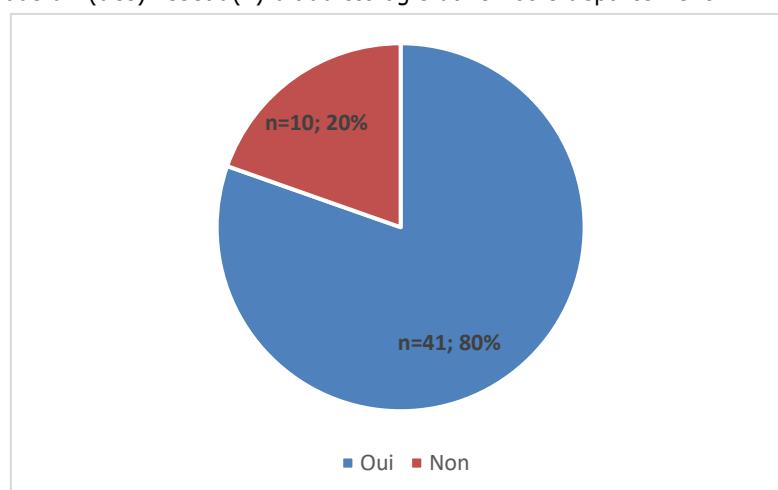


Figure 24 : Diagramme représentant la connaissance du réseau d'addictologie par le pharmacien

80% des répondants déclarent connaître au moins un réseau d'addictologie sur leur territoire, 20% n'en connaissent pas.

Parmi les répondants connaissant les structures environnantes, sont cités :

- ALIA (Maine et Loire) (21 réponses),
- CSAPA (9 réponses),
- CAARUD (3 réponses),
- Les Apsyades (Loire Atlantique) (3 réponses),
- Clinique Prémartine (Sarthe) (3 réponses),
- La Métairie (Vendée) (2 réponses),
- Le triangle (Loire Atlantique) (2 réponses),

- Daumezon (Loire Atlantique) (1 réponse),
- CHU (1 réponse),
- Consultations jeunes consommateurs (CJC) (1 réponse).

Pluriprofessionnalité

21- Comment qualifiez-vous votre relation avec les prescripteurs de TSO ?

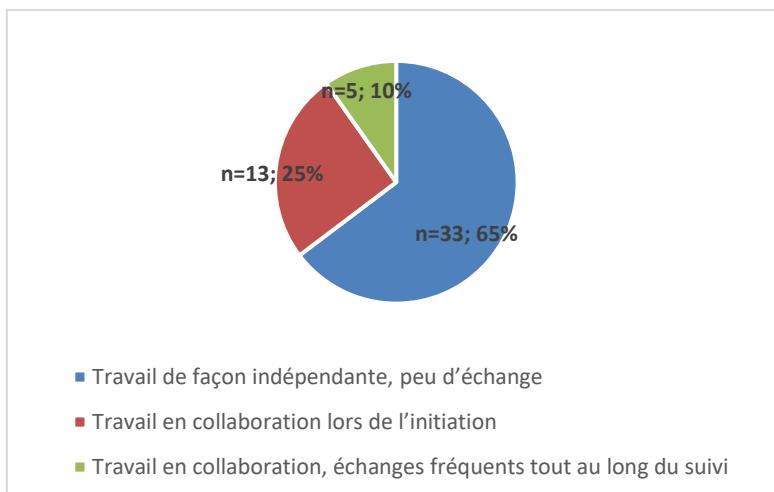


Figure 25 : Diagramme qualifiant la relation pharmaciens – prescripteurs par les pharmaciens

Pour 65% des répondants, le travail de dispensation et d'accompagnement des patients se fait de façon indépendante avec peu d'échange avec les prescripteurs. 25% travaillent en collaboration lors de l'initiation. 10% travaillent en collaboration tout au long de l'accompagnement du patient.

22- Pensez-vous que le pharmacien à sa place dans un réseau d'addictologie ?

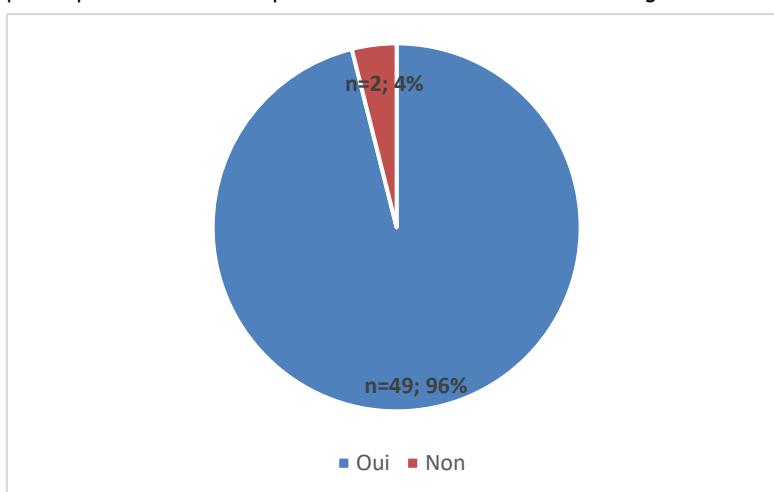


Figure 26 : Diagramme représentant l'avis des pharmaciens sur la place du pharmacien au sein d'un réseau d'addictologie

96% des répondants pensent que le pharmacien peut avoir une place dans un réseau d'addictologie. 4% ne pensent pas que le pharmacien puisse intégrer ce type de réseau.

23- Si vous aviez la possibilité de faire partie d'un réseau d'addictologie, le feriez-vous ?

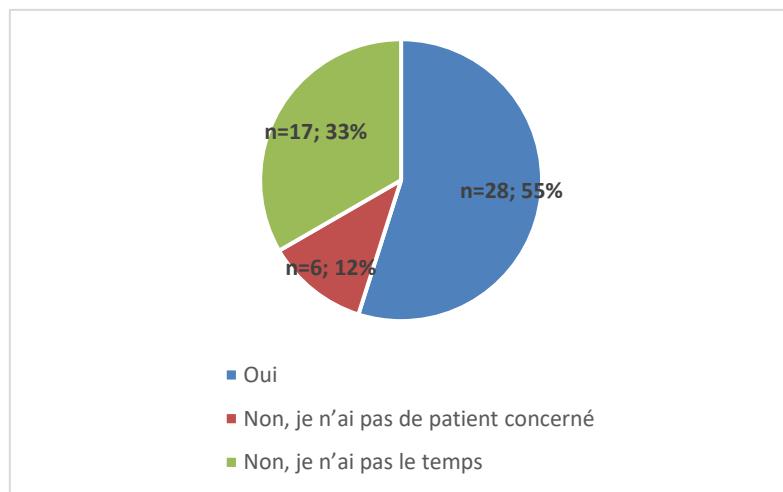


Figure 27 : Diagramme représentant la volonté du pharmacie d'appartenir à un réseau d'addictologie ou non

55% des répondants pourraient participer à un réseau d'addictologie.

33% ne le feraient pas par manque de temps et 12% car ils déclarent ne pas avoir de patient concerné.

24- Sur une échelle de 0 à 3 où situez-vous votre engagement en réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues ?

Pas du tout engagé 0 1 2 3 Totalement engagé

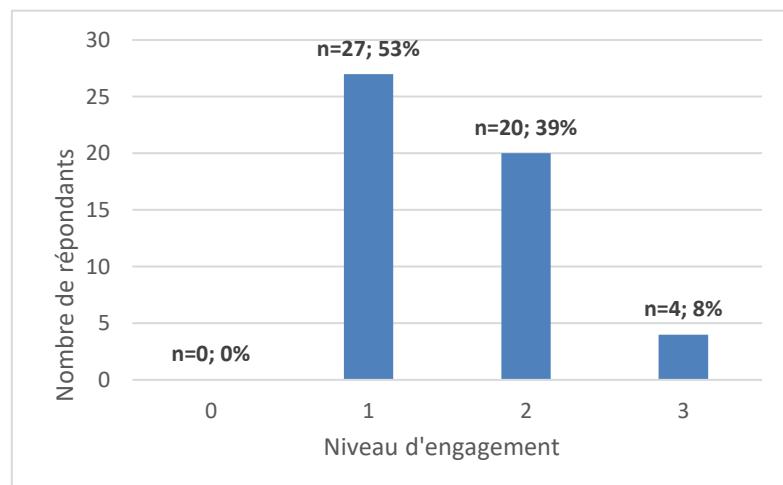


Figure 28 : Histogramme représentant le niveau d'engagement en RDRD ressenti par les pharmaciens

53% des pharmaciens répondants, estiment leur engagement à 1 sur une échelle allant de 0 à 3, où 0 correspond à un niveau d'engagement nul et 3 un niveau total d'engagement. 39% estiment à 2 leur niveau et 8% à 3.

En moyenne le niveau d'engagement ressenti est de 1,5 sur une échelle de 0 à 3.

4. Discussion des résultats de l'enquête

4.1. Généralités

L'enquête a été renseignée par 51 pharmaciens.

Les pharmacies étaient localisées sur l'ensemble du territoire régional, avec une répartition quasi homogène entre le milieu urbain et rural (figure 5). Ceci illustre le maillage territorial pharmaceutique national qui permet une accessibilité aux médicaments pour l'ensemble de la population. La réglementation de l'installation des officines visant à une répartition homogène sur le territoire (49).

L'échantillon de pharmaciens répondants avait pour la moitié entre 5 et 20 ans d'ancienneté officinale (figure 6). D'après le rapport « Démographie des pharmaciens » publié en 2022, l'âge moyen des pharmaciens en France est de 46,7 ans, ce qui équivaut à environ 20 années d'expérience. Notre échantillon reflète la répartition des pharmaciens de France (49).

La quasi-totalité des répondants dispensent des MSO (figure 7). Ceci ne paraît pas étonnant sachant qu'un pharmacien ne peut refuser une délivrance de médicament uniquement si celle-ci met en danger la santé du patient. Les MSO font partie des médicaments disponibles à l'officine, ce résultat pouvait être prévisible (26).

Pour les pharmaciens dispensant des MSO, 4% n'avaient pas de patient concerné (figure 8). Selon le rapport de l'OFDT, il y a eu 161 700 patients pris en charge par TSO en 2021 via le circuit officinal (24). Pour cette même année, le conseil de l'ordre des pharmaciens recense 20 318 officines sur le territoire français (49). Cela ferait par exemple, une moyenne de 8 patients par officine. Dans notre travail, 64% des officines interrogées dispensent des TSO à plus de 3 patients par mois. Ce chiffre peut sembler faible comparé au chiffre national. La figure ci-dessous, met en avant les ventes de MSO en dose journalière pour 10 000 habitants en 2022 en France. On peut remarquer que les départements de la région des Pays de la Loire, font partie des départements avec des doses journalières pour 10 000 habitants les plus faibles, ce qui pourrait expliquer un nombre de patient moins important par officine dans notre échantillon.

Figure 12. Ventes de MSO en dose journalière pour 10 000 habitants âgés de 20 à 59 ans par jour selon les départements en 2022

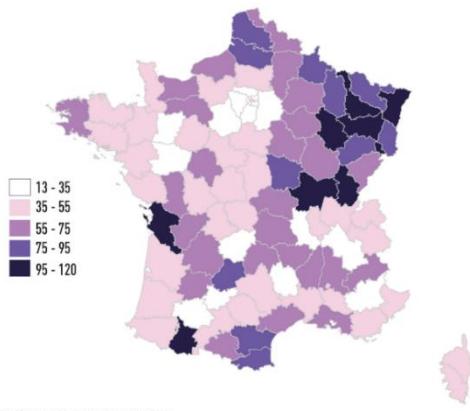


Figure 29 : Ventes de MSO en dose journalière pour 10 000 habitants en France (24)

L'indication des MSO est la prise en charge des pharmacodépendances opiacés. Les produits s'intègrent dans le cadre de la mise en place de la RDRD. Lors de l'instauration du traitement, aucune durée maximale de traitement n'est définie. Ceci fait des TSO, un traitement palliatif. Les objectifs de soins sont définis de façon personnalisée pour chaque patient. Les MSO sont des médicaments dispensés par la majorité des pharmaciens de l'échantillon de l'enquête (figure 7). Pour autant, comme indiqué dans la figure 10, seulement 14% d'entre eux en connaissent la totalité des objectifs. Ceci montre un manque de connaissance du traitement, par les pharmaciens de notre étude.

Le rôle des officinaux dans la RDRD porte également sur la distribution de naloxone. Trois spécialités de naloxone sont disponibles à l'officine, Prenoxad®, Nyxoid® et Ventizolve®. D'après le rapport de l'OFDT publié en 2023, 4 798 kits de naloxone ont été commandés par les officinaux en 2021. Comparé au nombre de pharmacies sur le territoire français en 2021 (20 318), 23,6% des officines en auraient commandés. Dans l'échantillon de pharmaciens de l'étude, 37% des pharmaciens ont déjà dispensé de la naloxone (figure 9). Ce chiffre est du même ordre que celui obtenu au niveau national (24,49).

Ces questions ont permis de connaître l'échantillon de pharmaciens répondants dans notre étude qui semble représentatif de la population de pharmaciens en France.

4.2. Préparation à l'acte de dispensation

4.2.1. Formations

Dans le cadre du développement professionnel continu, le pharmacien d'officine peut participer à des formations sur le thème des TSO et de la naloxone.

Dans notre enquête, 82% des pharmaciens n'avaient pas suivi de formation sur les TSO (figure 11) et 90% pour la naloxone (figure 14). L'objectif principal des formations est d'acquérir des connaissances et des compétences dans un domaine pour accompagner au mieux les patients.

En dehors des questions sur le ressenti concernant leur formation, les réponses aux questions de connaissances liées à la dispensation des TSO et de naloxone ont mis en avant un taux de réponses correct faible. Concernant les objectifs des TSO, le taux de bonnes réponses étaient de 14% (figure 10). Concernant la reconnaissances des symptômes de sevrage opioïde, il était de 27% (figure 17), la majorité des répondants ayant confondu les signes de sevrage avec les signes d'overdose. Ceci montre un manque de connaissances général sur la RDRD. De plus, 11 des répondants ont déclaré ne pas donner de conseils associés au moment de la dispensation par manque de connaissances (figure 13). Il est donc nécessaire de former les pharmaciens.

Une étude réalisée auprès 355 professionnels de santé dont 158 pharmaciens dans les Pays de la Loire a révélé que seulement 8 pharmaciens avaient délivré un kit de naloxone dans les 12 mois précédents. Les raisons

évoquées étaient un manque de connaissances sur ces kits et des difficultés à cibler les patients à risque (50). Ce chiffre va dans le sens du résultat obtenu au cours de notre enquête.

Notre travail a mis en avant que seulement 22% des répondants souhaiteraient suivre une formation sur ce sujet (figure 18). Ce chiffre pourrait s'expliquer par le fait que plus de la moitié des répondants, 61%, se considèrent formés à la dispensation de TSO (figure 12). En revanche, concernant la naloxone, seulement 18%, se disent formés (figure 15). Le motif principalement évoqué pour ne pas suivre de formation est le manque de temps. Cependant, certaines formations durent quelques minutes à une heure, et se réalisent à distance. C'est certainement par méconnaissance du panel de formations existant que cet argument est avancé.

4.3. Dispensation

La dispensation de médicaments fait partie du quotidien du pharmacien. Cet acte est défini dans les « bonnes pratiques de dispensation des médicaments ». Elle se compose de quatre étapes : l'analyse pharmaceutique, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils associés, et la délivrance (51).

Les questions de cet item avaient pour objectif de refléter les pratiques professionnelles dans le quotidien des pharmaciens répondants.

4.3.1. Traitements de substitution opiacés

a) Analyse pharmaceutique

L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance est la première étape de l'acte de dispensation. Elle prend en compte différents critères en lien avec le patient tels que l'objectif thérapeutique, l'état physiopathologique du patient, les posologies, les interactions médicamenteuses et contre-indications (52). L'analyse peut également mettre en avant un oubli de prescription médicamenteuse. Dans ce sens, le pharmacien pourrait jouer un rôle important dans la dispensation de naloxone associé à la délivrance de MSO.

Lors de cette étape, il est également nécessaire de vérifier la recevabilité de l'ordonnance. S'il s'agit d'une continuité de traitement, le dispensateur doit vérifier la date de la dernière dispensation ainsi que la posologie. L'enquête a mis en avant que cette étape pouvait parfois poser des difficultés réglementaires, puisque que 43% des répondants sont confrontés à des prescriptions non conformes (figure 21). Selon l'origine de la non-conformité plusieurs attitudes peuvent être adoptées. Si elle provient de la rédaction de l'ordonnance, il s'agirait de prendre contact avec le prescripteur et de revoir avec lui les modalités de prescriptions. En cas de doute ou de difficultés, il est possible de se référer à Meddispar ou au RCP de chaque médicament, qui renseignent les modalités de prescriptions. Meddispar est un site internet proposé par l'ordre national des pharmaciens. Il recense les médicaments à dispensation particulière disponibles à l'officine.

Une ordonnance non conforme pose la question d'un trafic éventuel. En effet, les MSO sont des médicaments sensibles à ce sujet. Le pharmacien doit rester en alerte vis-à-vis de ces ordonnances douteuses qui pourraient l'impliquer dans un réseau.

b) Conseils associés

D'après notre enquête, 59% des pharmaciens répondants n'associent pas de conseil à la dispensation des TSO (figure 13). Or le conseil associé fait partie intégrante de l'acte de dispensation (51).

D'après les réponses sur les conseils donnés lors de la dispensation (figure 13), le point le plus fréquemment évoqué était celui en rapport avec le traitement : régularité des prises, respect des posologies, modalité de prise, etc ... En effet, ce point ne doit pas être négligé et doit être évoqué régulièrement. Une prise régulière ou un traitement au long cours, n'est pas un motif pour ne pas donner de conseils associés. Il est possible de rappeler que le pharmacien reste disponible en cas de questions concernant le traitement ou de manifestation d'effets indésirables.

L'enquête a montré que seulement 27% des répondants ont su identifier les symptômes caractéristiques du sevrage (figure 17). Or la première prise d'un MSO nécessite d'être vigilant quant à l'apparition éventuelle des symptômes de sevrage. Il est nécessaire d'informer les patients sur ces signes qui se manifestent par une mydriase, de l'agitation, des douleurs musculaires, et qui conditionne la première prise du traitement.

Les pharmaciens ne dispensant pas de conseils associés mettent en avant des difficultés liées au patient, à la formation, à l'ancienneté du traitement ou au manque de connaissances des conseils à associer (figure 13).

Il est intéressant de noter que la dispensation se passe pour 57% des pharmaciens systématiquement au comptoir (figure 19), or l'utilisation d'un espace de confidentialité pourrait permettre de réunir des conditions de dispensation meilleure et d'assurer une discrétion pour les patients, qui ont parfois peur du regard des autres.

c) Délivrance

La délivrance constitue la dernière étape de l'acte de dispensation. Les pharmaciens n'ont pas fait part de remarques concernant cette étape.

4.3.2. Naloxone

D'après notre enquête, 82% des pharmaciens sont d'accord pour dire que la dispensation de naloxone participe à la politique de RDRD (figure 23).

Dans notre travail, 37% des répondants ont déjà dispensé de la naloxone (figure 9). D'après la figure 30 (ci-dessous) tiré du rapport « traitements de substitution aux opioïdes en France : bilan 2023 » de l'OFDT, les pharmacies d'officine représentaient 38% des commandes de kit de naloxone France en 2021. Ce chiffre est en

constante augmentation, puisqu'en 2019 il ne représentait que 13%. Pendant ce temps, les commandes attribuées aux hôpitaux et aux CSAPA/CAARUD stagnent (24). Ceci montre que le pharmacien s'implique malgré tout de plus en plus dans cette mission.

Figure 16. Évolution des commandes de naloxone selon le type de structure (2016-2021)



Figure 30 : Graphique de l'évolution des commandes de naloxone selon le type de structure en France entre 2016 et 2021 (24)

L'enquête que nous avons réalisée, a montré que 22% des répondants ont au moins un kit de naloxone en stock (figure 16). Or, il s'agit d'un médicament pouvant constituer une urgence de dispensation et pouvant être demandé de façon spontanée. Avoir un kit de naloxone à l'officine permet de répondre à une urgence et de sauver des vies.

D'après une enquête réalisée entre juin 2021 et juin 2022 en région Pays de la Loire, 55% des médecins urgentistes, 21% des pharmaciens et 32,4% des patients sous TSO ont connaissance de l'existence de kit de naloxone (53). Ce chiffre paraît faible, face à l'enjeu que représente la mise à disposition de naloxone.

L'ensemble des résultats montre que le pharmacien s'investit de plus en plus dans sa mission de dispensation de naloxone. Il est donc nécessaire de continuer à sensibiliser la profession car, par son expertise pharmaceutique, le pharmacien d'officine peut contribuer à la distribution de la naloxone.

4.4. Accompagnement des patients

Les questions posées dans cette partie de l'enquête visaient à mettre en avant la relation qu'entretiennent les pharmaciens avec les patients, notamment les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Les thèmes des entretiens pharmaceutiques et de l'orientation des patients ont également été abordés afin de faire un état des lieux sur les pratiques professionnelles.

4.4.1. Relation patient-pharmacien

Il est nécessaire d'avoir un lien de confiance entre le professionnel de santé et le patient, afin de favoriser l'alliance thérapeutique. Selon les pathologies et les patients, ce lien peut nécessiter plus ou moins de temps avant d'être établi.

Difficultés relationnelles

La « difficulté relationnelle » était la difficulté la plus citée par les répondants, 49% d'entre eux étaient concernés. Les obstacles liés à la communication peuvent être liés à la pathologie addictive. La pratique de l'écoute active peut instaurer un climat de confiance. Comme pour tous les autres patients, et malgré les aprioris que la pathologie addictive peut engendrer, le pharmacien doit adopter une attitude bienveillante. Pour autant, lorsque nous demandons aux pharmaciens de qualifier leur relation avec les patients, 57% d'entre eux affirment qu'elle s'améliore au fur et à mesure (figure 22). Pour seulement 1 répondant, la relation reste compliquée même avec le temps. La création d'une relation de confiance peut être plus longue à installer qu'avec d'autres patients, mais, malgré tout, elle se crée avec le temps.

Parmi les difficultés relevées au cours de l'enquête, le manque de confidentialité est un point cité par 35% des pharmaciens (figure 21). Cependant, 57% des répondants affirment que la dispensation se déroule systématiquement au comptoir (figure 19). La mise à disposition d'un espace de confidentialité permet de s'entretenir de façon plus discrète et d'éviter le regard des autres patients de la pharmacie qui peut être problématique pour certains. Il peut également être envisageable dans certains cas d'utiliser des comptoirs éloignés.

Dans notre enquête, certains professionnels ont mis en avant des sujets difficiles à aborder, notamment le sujet de l'addiction (figure 21). Ce résultat n'est pas étonnant puisqu'une enquête réalisée auprès de 46 pharmaciens répartis sur l'ensemble du territoire français entre novembre 2020 et avril 2021, a également démontré cela, où seulement 33% des pharmaciens connaissent le type d'addiction de leurs patients (54). Ceci montre un manque de communication entre pharmacien et patient. Pourtant, une bonne communication est nécessaire afin de passer des messages clés sur la prise en charge et l'accompagnement.

Difficultés liées aux risques de mésusages

Un répondant a fait part de « Demandes de dépannages récurrentes et mensonges des patients » (figure 21). Face à ces demandes, le pharmacien doit se poser la question du trafic, du mésusage mais aussi d'un sous dosage. En effet, un sous dosage peut entraîner une surconsommation. Les symptômes pouvant l'évoquer sont : anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, prise du matin précoce, prises rapprochées. Le patient peut exprimer une sensation de manque. Dans ce cas, il est recommandé de contacter le prescripteur. Lors de l'instauration du traitement, les posologies peuvent nécessiter des ajustements fréquents. Il faut également penser à vérifier l'absence de médicaments inducteurs enzymatiques, qui pourraient augmenter le métabolisme des MSO (55).

En cas de difficulté, le pharmacien doit pouvoir se tourner vers les autres professionnels accompagnants le patient afin d'échanger sur ces difficultés et trouver des solutions adaptées à la situation.

Un article paru dans « Actualités pharmaceutiques », relève trois points afin d'améliorer l'accompagnement du pharmacien envers le patient souffrant de troubles de l'usage :

- « meilleure connaissance de la maladie addictive »
- « attitude favorisant la confiance et le dialogue »
- « langage neutre avec une attention particulière à l'utilisation de certains termes (alcoolique, toxico, etc.) ou notions (mensonge, violence, etc.) qui peuvent être perçus comme stigmatisants »

Ces points corrèlent avec les résultats de l'enquête qui montrent un manque de formation, et un dialogue qui peut être compliqué à se mettre en place (56).

Une étude a constaté que les patients concernés par l'addiction sont globalement satisfaits de leur prise en charge en pharmacie d'officine. Le point d'amélioration selon eux, serait les compétences des pharmaciens en matière de sevrage (54).

Nous sommes face à une divergence d'avis entre le pharmacien qui fait part de difficultés et le patient qui trouve sa prise en charge satisfaisante. Cela peut laisser penser que les patients ne cherchent pas une relation de proximité avec le pharmacien, ce qui peut expliquer que la relation de confiance peut être longue à s'établir.

4.4.2. Entretiens pharmaceutiques

Le pharmacien peut, dans le cadre de son exercice, proposer des entretiens aux patients. Ils permettent d'assurer un accompagnement personnalisé autour du conseil, de la prévention et de l'éducation en santé.

Pour le pharmacien, ils permettent de l'impliquer dans le parcours de soin du patient, au-delà de la dispensation du médicament. Par la mise en place des entretiens, la communication et la relation patient-pharmacien pourra évoluer plus facilement vers une relation de confiance, et ainsi favoriser une alliance thérapeutique.

Parmi les pharmaciens répondants, 10 proposent des entretiens : 4 à l'instauration du traitement et 6 sur demande du patient (figure 20).

Les propositions de l'enquête mettaient en avant des entretiens pharmaceutiques spécifiques : motivationnel, éducation thérapeutique du patient. Aucun des pharmaciens répondants à l'enquête n'en pratique.

Une enquête a été faite auprès des pharmaciens et des patients sur la prise en charge à l'officine des patients sous TSO par M. Muller et al.. Elle a montré que les pharmaciens réalisent peu d'entretiens et le justifient par un manque de connaissances en addictologie (54).

La majorité des pharmaciens ne réalisant pas d'entretien évoque, pour 67%, le manque de formation (figure 20).

Pour faire face à cela, des formations sont disponibles pour la réalisation des entretiens. Désormais, certaines formations aux entretiens sont réalisées par les facultés.

49% d'entre eux évoquent le manque de temps (figure 20). Il est vrai que la réalisation d'entretiens peut nécessiter du temps, et ce principalement pour la préparation. Cependant, il existe des trames prêtées à l'emploi pour la réalisation de certains entretiens, ceci représentant un gain de temps.

Pour 35%, c'est le manque de rémunération qui est évoqué (figure 20). En effet, l'encadrement de la rémunération des entretiens ne comprend pas la réalisation d'entretien lié à une pathologie addictive.

4.4.3. Orientation des patients

Le pharmacien, professionnel de premier recours, doit pouvoir orienter les patients se présentant à l'officine vers des structures médicales adaptées à la demande.

Lors de notre enquête, les répondants ont indiqué connaître les structures environnantes spécialisées en addictologie pour une grande majorité d'entre eux (80%). Les pharmaciens indiquant les connaître ont tous pu citer au moins une structure spécialisée en addictologie (figure 24).

4.5. Relations pluriprofessionnelles

Le pharmacien d'officine accompagne les patients dans leur parcours de santé. Des échanges avec les autres professionnels de santé impliqués est nécessaire pour optimiser leur prise en charge.

4.5.1. Pharmacien – médecin

Notre enquête a mis en avant que 65% des pharmaciens travaillent de façon indépendante avec le prescripteur (figure 25). Ce chiffre va dans le même sens que l'enquête « Les traitements de substitution aux opiacés : enquête auprès de patients et de pharmaciens sur la prise en charge à l'officine », qui évoque des difficultés de communications entre les pharmaciens d'officine et les prescripteurs (54). Pourtant, le travail en collaboration permet une meilleure prise en charge. Dès 2004, dans les recommandations des TSO, les institutions font part d'une communication médecin/pharmacien nécessaire (13). Par la suite en 2017, les ordres des pharmaciens et médecins ont rédigé des recommandations, qui conseillent également un contact entre les professionnels de santé de façon systématique (57). De nouvelles recommandations ordinaires ont été publiées par le CNOM et le CNOP en juillet 2024, et précisent de nouveau que ce lien doit être systématique (26).

Le document « Le pharmacien d'officine acteur de la réduction des risques et des dommages dans le champ de l'addiction aux opioïdes » rédigé par le Cespharm à destination des pharmaciens, va dans ce même sens (46). Le Cespharm est le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française. Il met à disposition des pharmaciens des documents sur les thèmes de la prévention, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient, dans l'objectif d'impliquer les professionnels dans ces missions. Ce site est réalisé par le conseil national de l'ordre des pharmaciens (58).

Afin d'établir un contact entre professionnels de santé, divers moyens peuvent être utilisés (téléphonie, messagerie sécurisée, etc), le plus important étant de trouver un moyen qui convient à l'ensemble des professionnels et permettant des échanges sécurisés.

Cette coordination paraît d'autant plus importante qu'en 2020, 95% des prescripteurs de MSO sont des médecins généralistes (24).

4.5.2. Réseau d'addictologie

Les réseaux de santé spécialisés dans l'addictologie ont pour objectif de regrouper différents professionnels de santé sur un territoire défini, par exemple pharmaciens, médecins, infirmiers, psychologues etc, afin d'améliorer la prise en charge globale du patient. Ces groupements peuvent être financés par les ARS (59).

96% des pharmaciens ayant répondu à l'enquête sont d'accord sur le fait que le pharmacien à sa place dans un réseau d'addictologie, 55% d'entre eux seraient prêts à en intégrer un (figure 26 et 27).

4.6. Ressenti de l'implication du pharmacien en RDRD

Les pharmaciens de notre enquête se sentent globalement peu impliqués dans la RDRD puisque 53% d'entre eux estiment à 1 sur une échelle à 4 niveaux, leur niveau d'engagement (figure 28).

On peut constater avec le tableau 1 ci-dessous, que plus le pharmacien se sent formé à la dispensation de MSO et de naloxone, plus son engagement ressenti en RDRD est important. A l'inverse, moins il se sent formé, moins il se sent engagé. Améliorer le niveau de formation, permettrait une meilleure connaissance de la RDRD et donc un engagement ressenti plus fort.

	Pharmacien ne se sentant pas suffisamment formé à la dispensation de MSO et de naloxone	Pharmacien ne se sentant pas suffisamment formé à la dispensation de MSO ou de naloxone	Pharmacien se sentant suffisamment formé à la dispensation de MSO et de naloxone
Ressenti de l'engagement en RDRD sur une échelle de 0 à 3 (0 = faible ; 3 = fort)	15 (78%)	11 (46%)	1 (13%)
	4 (22%)	12 (50%)	4 (50%)
	0 (0%)	1 (4%)	3 (37%)

Tableau 1 : Ressenti de l'engagement du pharmacien en RDRD selon leur ressenti sur la formation à la dispensation de MSO et de naloxone.

5. Limites de l'enquête

L'enquête présente différents biais. Elle a été réalisée à distance, ce qui implique que certains professionnels ont pu vérifier les réponses, ceci principalement pour les questions impliquant des connaissances. De plus, les réponses saisies étaient déclaratives et sans délai dans la réponse.

On peut également noter que le nombre de réponses obtenues est faible par rapport au nombre de pharmaciens sollicités.

La robustesse de l'enquête paraît insuffisante. Cependant, les réponses ont permis de constituer une base de données pour les comparer avec celles déjà publiées.

Perspectives d'améliorations

Notre enquête a mis en avant que le ressenti d'implication dans la RDRD par les pharmaciens est modéré. La moyenne du score attribué est de 1,5 sur 3 sur l'ensemble des pharmaciens répondants (figure 28). Nous avons pu remarquer que la dispensation de TSO fait partie des missions que pratiquent régulièrement la majorité des pharmaciens. En revanche, la dispensation de naloxone est difficile à se mettre en place et encore peu de pharmacien en ont à disposition.

Cette partie a pour objectif de proposer des pistes d'amélioration pour que le pharmacien d'officine participe et s'engage plus dans cette mission de RDRD au quotidien.

1. Préparation à l'acte de dispensation

Dans notre enquête, nous avons mis en évidence que le manque de formation était un frein à la dispensation des produits de RDRD. Il serait donc intéressant d'agir sur l'accroissement des connaissances et compétences des pharmaciens.

1.1. Amélioration des connaissances

De nombreuses formations sont disponibles pour les pharmaciens. Pour cela, différents exemples de formations sont cités ci-dessous.

Le site internet, www.officinetso.org propose une formation en ligne « Formation TSO : Délivrance des TSO à l'officine & Outils de réduction des risques ». Il a été conçu dans le cadre d'une thèse et approuvé par l'université de Paris Saclay et l'association RESPADD (Réseau de prévention des addictions). Ce site permet également de se former à la dispensation de naloxone. Un quiz est disponible pour évaluer son niveau de connaissances avant ou après la formation (55).

Différentes structures spécialisées en addictologie, comme la SRAE Addictologie (Structure Régionale d'Appui et d'Expertise), mettent à disposition des pharmaciens des formations, des colloques/webinaires, des diplômes universitaires sur les thèmes de l'addiction. Une rubrique du site internet regroupe des outils qui peuvent aider le pharmacien d'officine dans la dispensation de produits de la RDRD (60).

Certaines associations, comme par exemple Fédération Addiction, peuvent former les pharmaciens sur différents thèmes en lien avec l'addictologie et notamment les TSO et naloxone (61).

Le projet SINFONI (Prévention des overdoseS aux opioïdes en pays de la loire : FORMatioN des professIonnels), est un projet de formation suggéré par le CEIP-A (Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance), le CHU Nantes, le SRAE Addictologie, l'assurance maladie des Pays de la Loire, l'ordre des pharmaciens des Pays de la Loire, l'URML (Union régionale des médecins libéraux), le REDO

(Réseau douleur de l'ouest). Il s'agit d'un projet régional, à destination des médecins libéraux et pharmaciens d'officine. L'objectif de sa mise en place est d'améliorer la mise à disposition des kits de naloxone dans la région des Pays de la Loire. Pour cela, ils forment sur les opioïdes et la naloxone. La formation est courte, elle se réalise en quelques minutes. La première partie comporte un questionnaire de pré formation. La seconde partie se réalise par le visionnage de deux vidéos de 3 minutes, sur la naloxone en pharmacologie et en pratique clinique. Et enfin la troisième partie un questionnaire post-formation (62, 63).

Le site naloxone.fr propose une formation « Savoir agir en cas de surdose (overdose) d'opioïdes : une formation en une heure, pour apprendre à sauver une vie ! ». Ce site permet de se former en ligne sur une heure, gratuitement, à destination des usagers et des professionnels de santé. Elle est approuvée par le ministère de la santé et des préventions. Elle permet aux professionnels de santé de pouvoir former par la suite les patients et leur entourage lors de la dispensation. Une page à destination des pharmaciens et médecins est en cours de construction. A la fin de la formation, un questionnaire de certification permet d'obtenir une attestation de formation (36).

En plus de cela, les pharmaciens peuvent obtenir des diplômes universitaires en addictologie. Ces formations sont disponibles en présentiel ou en e-learning, en lien avec une faculté.

Des auto-évaluations peuvent être réalisées afin de mesurer son niveau de connaissances. Anna Williams, John Strang et John Marsden, ont créé deux échelles spécifiques aux overdoses opioïdes. L'une porte sur les connaissances relatives aux overdoses, nommée Opioid Overdose Knowledge Scale (OOKS), l'autre sur les attitudes à adopter en cas d'overdose, nommée Opioid Overdose Attitudes Scale (OOAS). Ces échelles peuvent également être utilisées pour sensibiliser et évaluer le niveau de connaissance des patients sur les overdoses (64, 65).

Nous pouvons remarquer que de nombreuses formations existent. Certaines peuvent se réaliser à distance en quelques minutes, tandis que d'autres, plus longues, se font en présentiel. Chacun peut donc, s'il le souhaite, se former et trouver une modalité d'acquisition des connaissances et compétences qui lui correspond.

2. Dispensation

Une fois les connaissances acquises, le pharmacien peut utiliser des outils d'aide à la dispensation pour assurer un acte pharmaceutique sécurisé.

2.1. Outils d'aide à la dispensation

2.1.1. Traitements de substitutions opiacés

Plusieurs outils peuvent être utilisés par le pharmacien. Certains sont prêts à l'emploi.

Concernant les règles de dispensation, le site web Meddispar, met à disposition des fiches. Rapides à la lecture, elles récapitulent la législation pour les médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants. Ces fiches sont téléchargeables directement à partir du site internet, et se trouvent en annexe 1 et 2 (66).

Afin d'accompagner le pharmacien dans la dispensation, nous proposons une fiche d'aide à la dispensation qui est disponible en annexe 3. Cette fiche décrit les différentes étapes de la dispensation, en commençant par les points relatifs aux conditions de prescriptions. Elle aborde ensuite les conditions de délivrance. La méthadone et la buprénorphine sont des médicaments qui suivent des conditions particulières de dispersions. Ensuite, le point numéro 3 rappelle les contre-indications et interactions médicamenteuses principales de ces molécules. La quatrième partie porte sur les conseils associés à la dispensation, à savoir : le moment de la première prise, les modalités de prise du traitement, les effets indésirables possibles, les associations de substances à éviter, et les signes évocateurs d'un sous dosage. Enfin le dernier encadré, rappelle l'importance de l'association de naloxone à la dispensation d'un TSO. Ces éléments permettent au pharmacien d'assurer un conseil complet.

Une fois la dispensation réalisée, au sein de l'équipe pharmaceutique, une fiche de suivi des dispersions peut être mise en place. Elle permet d'assurer une bonne coordination de la prise en charge du patient. Il s'agit de renseigner une fiche par patient. Ce document regroupera des informations comme : le nom du patient et du prescripteur, le ou les médicaments, la posologie, la fréquence de délivrance etc. Elle devra être complétée après chaque délivrance par la personne ayant réalisé la dispensation. Un commentaire pourra y être ajouté afin de faire part d'éléments de prise en charge rapporté par le patient. Si un nouveau pharmacien assure une dispensation ultérieure, il peut vérifier ce qui a été fait précédemment et reprendre la suite. Avec l'accord du patient, la fiche pourra être mise en ligne sur « mon espace santé ». Ainsi, elle sera consultable par les autres professionnels de santé en charge du patient et lui-même.

Une fiche préexistante est en annexe 4. Elle est tirée du site de formation www.officinetso.org. Une version modifiable est disponible en ligne, et permettra à chaque officine d'adapter la fiche à son mode de fonctionnement et au patient (55).

2.1.2. Naloxone

En annexe 5, se trouve une fiche réalisée dans le cadre du projet de formation SINFONI. Ce projet de formation sur la naloxone est à destination des médecins et des pharmaciens de la région des Pays de Loire. La fiche se divise en 3 parties : « à savoir », « à faire » et « en pratique ». La première partie reprend l'indication et la pharmacologie de la naloxone. La seconde met en avant des situations pouvant nécessiter la dispensation d'un kit et guide le pharmacien sur les opportunités de proposition de ce kit. Enfin, la dernière partie, indique les informations à donner aux patients, et les kits disponibles (63).

Le pharmacien doit, lors de la dispensation de naloxone, former le patient à l'utilisation du dispositif et la démarche à suivre en cas de situation d'overdose. Rappelons que dans les cas d'overdoses, l'entourage peut avoir un rôle crucial, c'est pourquoi, il est important de les sensibiliser et de les former également.

Face à une personne présentant les signes de surdosages opiacés (mydriase, détresse respiratoire, inconscience), il faut d'abord appeler les secours (numéro 15). Ils pourront guider la marche à suivre par téléphone en attendant d'arriver sur les lieux. Il n'est pas recommandé d'administrer de la naloxone sans les avoir préalablement contactés.

Lors de la dispensation de naloxone, il faut informer le patient et l'entourage sur les signes évoquant une overdose : dépression respiratoire, myosis, inconscience. Cette triade de symptômes doit alerter.

Concernant le produit, il est important de rappeler la voie d'administration du dispositif : nasale ou intra musculaire. Dans le cadre du plan de gestion des risques (PGR), les laboratoires proposant de la naloxone, mettent à disposition des professionnels de santé des fiches PGR. Ces documents ont pour objectif de permettre un suivi rapproché des médicaments après leur mise sur le marché.

Parmi ces documents, on peut trouver : un guide de formation destiné aux professionnels de santé qui permet de se renseigner sur l'utilisation de chacun des dispositifs. Une carte de formation pour les utilisateurs est également disponible. Elle peut servir de support aux pharmaciens lors de la dispensation du dispositif pour expliquer le mode d'utilisation (67-69).

Pour Prenoxad®, une checklist de formation permet de guider l'entretien avec le patient (annexe 6). Elle peut être complétée pour s'assurer qu'aucune étape n'a été oubliée et assurer une compréhension suffisante de la personne à qui est dispensé le dispositif (67).

Ces documents sont construit pour les pharmaciens et doivent être utilisés. Ils regroupent l'ensemble des informations qui doivent être transmises au patient. Ainsi, en suivant ce guide, la dispensation et le conseil associé seront complets. Ils permettraient aux pharmaciens ne se sentant pas totalement formés de prendre de l'assurance au moment de la dispensation, le tout en complément d'une formation réalisée au préalable par l'organisme de son choix.

Afin de promouvoir et de faciliter l'utilisation de naloxone, il est important de dispenser la forme de naloxone la plus adaptée aux patients. Pour cela, un dialogue est nécessaire entre le pharmacien et l'utilisateur.

Ci-dessous un tableau récapitule les médicaments à base de naloxone disponibles à l'officine et qui aide le pharmacien lors de la dispensation.

Nom commercial	Prenoxad ® (39,67)	Nyxoid ® (40,69)	Ventizolve ®(41,68)
CIP	34009 301 545 7 1	34009 301 813 9 3	34009 301 616 8 5
Indication	traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes chez l'adulte	traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes à partir de 14 ans	traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes chez l'adulte
Dose	0,91 mg/mL	1,8 mg	1,26 mg
Posologie	Injection de 0,4 mL. Si insuffisant faire une seconde injection de 0,4 mL	Une pulvérisation dans une narine Un pulvérisateur contient une dose	Une pulvérisation dans une narine Un pulvérisateur contient une dose
Nombre de doses par kit	5	2	2
Voie d'administration	Intra musculaire	Nasale	Nasale
Composition du kit	1 seringue préremplie 2 aiguilles 1 notice	2 pulvérisateurs 1 notice 1 guide d'initiation rapide	2 pulvérisateurs 1 notice 1 carte d'information du patient
Modalité de dispensation	Remettre la brochure et la carte patient après formation du patient et évaluation de l'aptitude de la personne à administrer de Prenoxad®	Recommandation de faire une formation au patient et d'évaluer son aptitude à administrer Nyxoid®	
Condition d'obtention	Non listé Non soumis à prescription médicale	Liste 1 Soumis à prescription médicale	Non listé Non soumis à prescription médicale
Prix TTC (hors honoraires)	22,16 € (au 29/10/24)	31,40 € (au 29/10/24)	Prix libre
Taux de remboursement	65 %	65 %	Non remboursé
Commande	Grossiste répartiteur	Centre de spécialités pharmaceutiques (CSP)	
Formation	https://www.prenoxad.fr/	https://fr.mundipharma.com/produits	https://fr.ventizolve.com/hjem/guide-destine-aux-professionnels-de-sante/

Tableau 2 : Produits contenant de la naloxone ayant une AMM en France

2.2. Pour une augmentation de la dispensation de naloxone en officine

Face à la crise des opioïdes que traverse les Etats-Unis, certains états prennent des mesures de lutte contre les overdoses. En Caroline du Nord, un programme de distribution de naloxone a été mis en place par le NCHRC (North Carolina Harm Reduction Coalition). Ce dernier a permis la distribution de 100 000 kits entre aout 2013 et février 2019.

Les résultats montrent que, pour les comtés ayant distribué plus de 100 kits pour 100 000 habitants, le taux d'overdose est 14% inférieur à ceux qui n'en distribuaient pas. Pour une distribution allant de 1 à 100 kits pour 100 000 habitants, le taux d'overdose est 11% inférieur à ceux qui n'en distribuaient pas.

L'étude conclut que pour 1\$ investi dans le programme de distribution de naloxone, c'est 2 500\$ de coût par overdose évitée (70).

Une seconde étude, réalisée également aux Etats-Unis, montre l'impact de la co prescription de naloxone. Certains états ont voté des lois qui réglementent la co prescription de naloxone avec certains opioïdes. Ces lois ont permis d'augmenter de 37% la distribution de naloxone au cours de l'étude. (71)

Il est donc nécessaire de continuer de promouvoir et distribuer de la naloxone. Cela doit passer par l'augmentation de la prescription associée au MSO et sa proposition spontanée par le pharmacien d'officine.

3. Accompagnement des patients

Dans notre enquête, nous avons remarqué que le pharmacien étaient confrontés à des difficultés face aux patients, ceci rendant parfois l'accompagnement plus compliqué.

3.1. Limiter le risque de mésusage

3.1.1. Demande inappropriée

Au cours de la première dispensation, il est nécessaire de rappeler les règles liées à la dispensation. Ceci est un moyen de mettre en place un cadre à la dispensation. En cas de demande inappropriée, le pharmacien pourra alors rappeler au patient que, lors de la première dispensation, les règles ont été énumérées, et donc que la demande ne peut pas aboutir. De plus, en cas de dépassement du cadre, le pharmacien doit prévenir le patient que les autres professionnels l'accompagnant seront contactés. Cela permet d'afficher que l'ensemble de l'équipe est liée et va dans le même sens pour l'accompagner au mieux.

3.1.2. Falsification d'ordonnances

Nous avons pu remarquer que certains pharmaciens ont fait part de difficultés avec des ordonnances douteuses.

En cas de suspicion sur l'authenticité d'une prescription, il est possible de se connecter au téléservice « fausses ordonnances (ASAFO) » via amelipro. Ce service permet de signaler l'ordonnance à la CPAM ou de vérifier si une ordonnance a déjà été signalée. Il est tout de même recommandé de contacter le prescripteur avant tout signalement (72). La mise en place de l'ordonnance numérique pourrait aider les prescripteurs et dispensateurs.

Courant 2024, les prescripteurs et dispensateurs devront assurer la mise en place de l'ordonnance numérique ou prescription électronique. Le décret a été publié le 21 décembre 2023 au journal officiel. Ce mode de prescription permettra de générer un QR code associé à un numéro unique d'ordonnance, et d'alimenter le DMP et l'Espace Santé avec la prescription et les dispersions. L'ordonnance numérique contribuera à la facilitation des échanges entre les professionnels de santé, assurera l'authenticité de l'ordonnance, simplifiera l'accès aux ordonnances par les patients, et fiabilisera les prescriptions. Avec un logiciel de dispensation version « Ségur », le pharmacien pourra scanner le QR code pour obtenir les informations relatives à la prescription qui auront été préalablement complétées par le prescripteur. Avec l'accord du patient, les données de dispensation pourront être consultables par le médecin. Lors de la dispensation, l'ordonnance sera automatiquement associée en pièce justificative. Ce type de prescription est également prévu pour les médicaments suivant la réglementation des stupéfiants (26).

Ce nouveau système de prescriptions devrait faciliter la communication entre pharmaciens et prescripteurs, étant donné que les informations sur les dispersions leur seront accessibles. De plus, concernant les falsifications d'ordonnances, elles seront plus limitées et permettront d'assurer l'authenticité des prescriptions (73).

La sécurisation des dispersions est également facilitée par l'ouverture automatique du Dossier Pharmaceutique, depuis avril 2023, en l'absence de manifestation contraire des patients. La simple lecture de la carte vitale permet de s'assurer de la date de la dernière dispensation (73, 74).

Ainsi ces nouveaux dispositifs devraient éviter aux pharmaciens dispensant des MSO d'être confrontés à une falsification potentielle d'ordonnance.

3.2. Entretiens pharmaceutiques

Le pharmacien d'officine peut réaliser différents types d'entretiens pharmaceutiques. Ces derniers visent à effectuer une prise en charge personnalisée qui permet, entre autres, de s'assurer de la bonne tolérance des médicaments et de prévenir des risques associés à la prise du traitement. Ci-dessous, des exemples sont cités.

3.2.1. Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est « une méthode de communication clinique, centrée sur la personne, dirigée vers un objectif, pour résoudre l'ambivalence et promouvoir un changement positif, en élaborant et en renforçant la motivation personnelle au changement ». Il est indiqué pour toutes les pathologies qui demandent au patient de modifier son comportement. Il est donc parfaitement adapté aux troubles de l'usage, notamment opioïdes. Il permet d'aborder l'ambivalence du changement auquel les patients sont confrontés (75).

Si l'entretien motivationnel peut nécessiter du temps pour être mis en place et une formation spécifique, le pharmacien peut adopter au comptoir une attitude motivationnelle. Cela reprend les principes fondamentaux de l'entretien motivationnel : « posture empathique par une écoute attentive et bienveillante, afin d'établir un climat de confiance et favoriser le dialogue ; faire émerger les dissonances entre le comportement actuel du patient et ses valeurs ; diminuer la résistance au changement ; renforcer le sentiment d'efficacité personnelle » (76). L'adoption d'une posture motivationnelle par le pharmacien, va permettre de mettre en place un échange centré sur le patient.

3.2.2. Education thérapeutique

Le pharmacien peut, en collaboration avec d'autres professionnels de santé, participer à la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique, s'il a suivi la formation requise. En France, il existe déjà plusieurs programmes : « Patient vivant avec un Traitement de Substitution aux Opiacés - «Vivre avec mon traitement de substitution aux Opiacés» » dans l'Hérault (Montpellier), (77) et «Addictologie - Programme "Patients sous TSO et / ou psychotropes" » dans le Gard (Nîmes) (78). Les objectifs de ces échanges, entre le patient et les professionnels de santé, sont de promouvoir l'adhésion au traitement par le patient, de le rendre plus autonome, dans l'objectif d'améliorer sa qualité de vie (79).

Avec d'autres professionnels de santé, le pharmacien peut participer à la mise en place de nouveaux programmes d'éducation thérapeutique ciblés sur les addictions opiacés.

3.2.3. Autres entretiens

Un guide d'entretien pharmaceutique a été réalisé dans le cadre d'une thèse : « Élaboration d'un entretien pharmaceutique pour les patients dépendants aux opioïdes : Enquête auprès de différents professionnels ». Ce document propose une trame pour la réalisation d'entretien de 15 minutes à l'officine en annexe 7 (80). Ce travail permet au pharmacien d'officine d'avoir à sa disposition un support d'entretien adapté aux traitements de substitutions opiacés. Ce guide, prêt à l'emploi, offre un gain de temps de préparation.

3.3. Orientation des patients

Des fiches regroupant les structures spécialisées en addictologie autour de l'officine peuvent être constituées et mise à disposition de l'équipe. Elle permettent de proposer un support à destination de l'ensemble des membres de l'officine en regroupant les coordonnées des structures les plus proches adaptées à la demande du patient. Une personne responsable pourrait être nommée au sein de l'officine pour s'assurer de leur mise à jour.

Afin de réaliser ce document, il est possible de compléter celui proposé par le Cespharm, « Réseau d'appui en addictologie (local) », qui se trouve en annexe 8. Il est à compléter par la pharmacie avec les établissements géographiquement les plus proches. Elle permet, en cas de sollicitation, de savoir vers qui orienter mais aussi qui contacter en cas de nécessité (46).

Une autre possibilité, est de se rendre sur la page internet du SRAE addictologie. Une page est dédiée aux structures spécialisées en addictologie. Elles sont regroupées par département ou par type de structure. Ces fiches sont déjà complétées et peuvent être directement affichées dans l'officine (81).

4. Relations pluri professionnelles

Le réseau de santé spécialisé en addictologie peut être une solution au manque de communication entre pharmaciens et médecins. L'enquête de la thèse « Réseau de santé en addictologie : expérience de la Haute-Vienne place du pharmacien dans ce réseau », a mis en avant que les pharmaciens participants au réseau attendent majoritairement « un lieu de rencontre pluridisciplinaire », « un lieu de formation » et « un lieu d'échanges sur sa pratique » (82). L'ensemble de ces critères pourrait répondre aux difficultés auxquelles les pharmaciens sont le plus confrontés au quotidien selon les résultats de l'enquête : manque de formation, manque d'échange entre professionnels. Ces centres sont encore peu développés sur le territoire régional, mais on peut citer, par exemple, le RIAM 53 (Réseau des intervenants en addiction de la Mayenne) (83).

L'ensemble des actions menées par le réseau permet des échanges entre les professionnels, propose des formations, le tout dans l'objectif d'améliorer la prise en charge du patient.

Conclusion

La réalisation de l'enquête, a évalué l'engagement du pharmacien en RDRD, plus particulièrement dans les missions de dispensation des TSO et de la naloxone.

Mis en place depuis de nombreuses années, la dispensation de TSO est une mission de RDRD intégrée dans le quotidien du pharmacien. En revanche, concernant la mise à disposition de naloxone, nous avons pu remarquer que son développement est plus difficile et que peu de pharmaciens en dispensent. L'enquête nous a permis de déterminer que le pharmacien d'officine ressent un engagement modéré pour ces missions de RDRD.

Bien qu'il exprime un sentiment de faible participation à la politique de RDRD, des perspectives d'amélioration sont envisageables. Le renforcement des connaissances permettraient d'augmenter les compétences de ce professionnel de santé en matière de dispensation des TSO mais surtout de la naloxone. L'utilisation d'outils d'aide à la dispensation, devrait guider l'acte pharmaceutique afin de délivrer le maximum d'informations au patient.

Concernant l'accompagnement pharmaceutique des patients, nous avons pu remarquer qu'il est souvent freiné par des difficultés relationnelles entre le pharmacien et le patient. L'accompagnement de patients souffrant de troubles de la dépendance, peut nécessiter parfois un temps plus long avant d'établir une relation de confiance. La réalisation d'entretiens pharmaceutiques pourrait aider à la mise en place de ce lien, et assurer un accompagnement personnalisé. Des trames d'entretiens pharmaceutiques ont été réalisées et sont à disposition des pharmaciens, ce qui permet de faciliter leurs mises en place.

Le dernier point relevé par l'enquête est le manque de communication entre les médecins prescripteurs et les pharmaciens dispensateurs. Une meilleure communication entre ces professionnels permettrait des échanges autour de situations complexes et ainsi assurer un suivi optimisé du patient.

La mise en place des réseaux d'addictologie, dans lequel le pharmacien peut participer, l'intégrerait dans un système d'accompagnement pluridisciplinaire. Ces réseaux sont un moyen d'améliorer les relations pluriprofessionnelles. Encore peu développés dans la région, ils pourraient être une solution pour une meilleure communication et pour un accompagnement plus personnalisé du patient.

Parmi les axes d'amélioration, nous pouvons constater que la plupart des propositions faites reposent sur des éléments déjà existants. Une communication plus efficace sur l'existence de ces solutions permettrait aux pharmaciens de mieux saisir l'ensemble des options à leur disposition. De plus, la mise en place de campagnes de prévention des overdoses opiacées par les pouvoirs publics auprès des professionnels de santé et des patients pourraient permettre d'accroître l'usage de la naloxone.

Le pharmacien d'officine est un acteur majeur de la RDRD de par la dispensation de TSO et de naloxone. Il doit cependant continuer à affirmer son rôle en participant encore plus à la distribution de l'antidote aux opioïdes.

Bibliographie

1. OMS. Classification Internationale des Maladies 11. 6 - Troubles dus à la consommation de substances. 01/2024 [cité 07/11/2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#590211325>.
2. MILDECA. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. [cité 10/09/2024]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
3. MILDECA Qu'est-ce qu'une drogue ? [Internet]. [cité 12/09/2024]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-droge>
4. MILDECA. L'Essentiel sur... La réduction des risques et des dommages [Internet]. 11/04/2022 [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-la-reduction-des-risques-et-des-dommages>
5. OFDT. Héroïne et opioïdes - Synthèse des connaissances [Internet]. 03/2023 [cité 12/09/2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/heroine-et-opioides-synthese-des-connaissances-1729>
6. Addictovigilance. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances : Principaux résultats enquête DRAMES 2021. 2021.
7. Ministère de la santé et de la prévention. Surdoses (overdose) d'opioïdes : la naloxone est utilisable par tous et peut sauver la vie [Internet]. 07/08/2023 [cité 03/04/2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/surdoses-overdose-d-opioides-la-naloxone-est-utilisable-par-tous-et-peut-sauver>
8. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues [Internet]. 02/08/2024 [cité 3/10/2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>
9. Ministère de la santé et de la prévention. Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes : Feuille de route 2019-2022. 07/2019.
10. Bonnet N. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine. Respadd. 2014. 108 p.
11. Requillart H. Vingt ans de méthadone, le pari réussi de la substitution. Pharmaceutiques. 02/2016. Volume 234. p11.
12. ASUD. Histoire de la Méthadone [Internet]. 23/01/2013 [cité 13/03/2024]. Disponible sur: <http://www.asud.org/2013/01/24/methadone-histoire/>
13. ANAES, FFA. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution. 23/06/2004.
14. HAS. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. 10/03/2022.
15. OMS. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. 2009.
16. Légifrance. Chapitre Ier bis : Réduction des risques et des dommages (Articles L3411-7 à L3411-10). Code de la Santé Publique [Internet]. 28/01/2016 [cité 20/03/2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000031917438/#LEGISCTA000031917438
17. MILDECA. Le sevrage et la substitution [Internet]. 03/11/2021 [cité 20/03/2024]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/le-sevrage-et-la-substitution>
18. EUDA. Harm reduction – the current situation in Europe (European Drug Report 2024) [Internet]. 11/06/2024 [cité 12/09/2024]. Disponible sur: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/harm-reduction_en

19. OMS. Classification Internationale des Maladies 11. 6C43.2Z Dépendance aux opioïdes, sans précision [Internet]. 01/2023 [cité 27/02/2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#1120716949>
20. OMS. Classification Internationale des Maladies 11. 6C43.4 Sevrage des opioïdes [Internet]. 01/2023 [cité 27/02/2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#663160065>
21. Légifrance. Article R5132-114 - Code de la santé publique - Légifrance. Code de la Santé Publique. [Internet]. 06/12/2019 [cité 20/03/2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034687195/2024-01-24
22. Légifrance. Section 3 : Addictovigilance (Articles R5132-97 à R5132-105). Code de la santé publique [Internet]. 09/12/2019 [cité 20/03/2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190710?init=true&nomCode=LHIW4Q%3D%3D&page=1&query=pharmacod%C3%A9pendance&searchField=ALL&tab_select=ion=code&anchor=LEGIARTI000039659171#LEGIARTI000039659171
23. OFDT. Le coût social des drogues: estimation en France en 2019 [Internet]. 01/07/2023 [cité 10/04/2024]. 15p. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3235-doc_num--explnum_id-34082-.pdf
24. OFDT. Traitements de substitution aux opioïdes en France : bilan 2023 [Internet]. 03/2023 [cité 10/04/2024]. 14p. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3251-doc_num--explnum_id-33864-.pdf
25. Chevalier C, Nguyen A. Prise en charge des patients dépendants au opiacés. Actualités pharmaceutiques. 10/2017. numéro 569. p 23-30.
26. CNOM, CNOP. Recommandations ordinaires : prescription et dispensation des traitements de substitution aux opiacés [Internet]. 09/07/2024 [cité 20/08/2024]. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/mediatheque/fichiers/prescription-et-dispensation-des-traitements-de-substitution-aux-opiacés-recommandations-ordinaires>
27. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS. Résumé des caractéristiques du produit - METHADONE AP-HP 40 mg, gélule [Internet]. 22/05/2023 [cité 02/04/2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65738008&typedoc=R>
28. Meddispar. Meddispar - 3400938050813 - METHADONE AP-HP [Internet]. 31/05/2023 [cité 27/03/2024]. Disponible sur: [https://www.meddispar.fr/Medicaments/METHADONE-AP-HP-40-B-7/\(type\)/letter/\(value\)/M/\(cip\)/3400938050813#nav-buttons](https://www.meddispar.fr/Medicaments/METHADONE-AP-HP-40-B-7/(type)/letter/(value)/M/(cip)/3400938050813#nav-buttons)
29. ANSM. Thesaurus des interactions médicamenteuses [Internet]. 15/09/2023 [cité 10/02/2024]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/reference/thesaurus-des-interactions-medicamenteuses-1>
30. Centre d'addictovigilance de Marseille. Suivi national d'addictovigilance de la méthadone. 11/2019. 68p.
31. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE. Résumé des caractéristiques du produit - SUBUTEX 8 mg, comprimé sublingual [Internet]. 30/09/2024 [cité 27/10/2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68945058&typedoc=R>
32. Meddispar. Meddispar - 3400933943998 - SUBUTEX [Internet]. 12/04/2016 [cité 27/03/2024]. Disponible sur: [https://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBUTEX-8-B-7/\(type\)/name/\(value\)/subutex/\(cip\)/3400933943998#nav-buttons](https://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBUTEX-8-B-7/(type)/name/(value)/subutex/(cip)/3400933943998#nav-buttons)
33. Chappuy M, Trojak B, Nubukpo P, Bachellier J, Bendimerad P, Brousse G, et al. Buprénorphine d'action prolongée : quelles perspectives pour la pratique clinique ? Therapies. 19/05/2020. numéro 459. p12.
34. EUDA. Drug-induced deaths – the current situation in Europe (European Drug Report 2024) [Internet]. 11/06/2024 [cité 12/09/2024]. Disponible sur: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/drug-induced-deaths_en

35. OMS. Community management of opioid overdose [Internet]. 02/11/2014 [cité 04/01/2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548816>
36. SAFE. Naloxone.fr : Réagir à une surdose d'opioïdes [Internet]. [cité 03/03/2024]. Disponible sur: <http://naloxone.fr/>
37. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS. Résumé des caractéristiques du produit - NARCAN 0,4 mg/1 ml, solution injectable en ampoule [Internet]. 29/03/2024 [cité 10/04/2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=64117646&typedoc=R>
38. OFDT. Etat des lieux sur le fentanyl et les fentanyloides en France [Internet]. 01/10/2021 [cité 03/04/2024]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3401-doc_num--explnum_id-32273-.pdf
39. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS. Résumé des caractéristiques du produit - PRENOXAD 0,91 mg/ml, solution injectable en seringue préremplie [Internet]. 17/03/2023 [cité 10/04/2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62968616&typedoc=R>
40. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS. Fiche info - NYXOID 1,8 mg, solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose [Internet]. 10/11/2017 [cité 10/04/2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=63868145>
41. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS. Résumé des caractéristiques du produit - VENTIZOLVE 1,26 mg, solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose [Internet]. 07/06/2023 [cité 10/04/2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66569422&typedoc=R>
42. Addictovigilance PACA Corse. Les principaux faits marquants 2023 : Enquête numéro 35 - octobre 2023. OPPIDUM.
43. Frauger E, Kheloufi F, Boucherie Q, Monzon E, Jupin L, Richard N, et al. Intérêt de la mise à disposition de la naloxone auprès des usagers de drogues pour le traitement d'urgence de surdosage d'opioïdes. Therapies. 1/01/2018. Volume 73. Numéro 6. p511-520.
44. MILDECA. Le dispositif de soins en addictologie [Internet]. 15/03/2023 [cité 10/04/2024]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
45. HAS. La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). 09/2019.
46. Cespharm. Le pharmacien d'officine acteur de la réduction des risques et des dommages dans le champ de l'addiction aux opioïdes. 01/2023.
47. Addictovigilance. Addictovigilance [Internet]. 2024 [cité 20/03/2024]. Disponible sur: <https://addictovigilance.fr/>
48. Addictovigilance de Marseille. Addictovigilance : Méthadone : pourquoi sécuriser son usage?. Bulletin de l'association des Centres d'Addictovigilance [Internet]. 22/02/2024 [cité 20/03/2024]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/ceip-addicto/Bulletin-dAddictovigilance-n%C2%B022-fevrier-2024-sur-la-Methadone.pdf>
49. CNOP. Démographie des pharmaciens : Panorama au 1er janvier 2022 [Internet]. 11/07/2022 [cité 8/10/2024]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/demographie-des-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2022>
50. Duval M, Aquízrate A, Jaulin E, Rousselet M, Kuhn E, Guilleminot A, et al. Physicians, pharmacists and take-home naloxone: What practices? The SINFONI study. Therapies [Internet]. 11/07/2024 [cité 13/10/2024]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004059572400074X>

51. Légifrance. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique - Légifrance Code de la santé publique, L.5121-5 [Internet]. 28/11/2016 [cité 17/10/2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033507633>
52. Démarche Qualité à l'Officine. Procédure : P01. Dispensation d'un médicament sur ordonnance [Internet]. 03/2021 [cité 18/07/2024]. Disponible sur: <https://www.demarchequaliteofficine.fr/outils/p.01-dispensation-d-un-medicament-sur-ordonnance>
53. Aquizerate A, Guerlais M, Gerardin M. Urgence naloxone : regards croisés de médecins, pharmaciens et patients en Pays de la Loire. Therapie. 12/2022. Volume 77. p779.
54. Muller M, Palligen M, Perault-Pochat MC, Fauconneau B, Pain S. Les traitements de substitution aux opiacés : enquête auprès de patients et de pharmaciens sur la prise en charge à l'officine. Therapies. 12/2022. Volume 77. p783-784.
55. Labbé V. Formation TSO Délivrance des TSO à l'officine & Outils de réduction des risques [Internet]. [cité 2/07/2024]. Disponible sur: <https://www.officinetso.org/>
56. Nguyen A. Repérer et orienter un patient présentant un trouble de l'usage d'une substance à l'officine. Actualités Pharmaceutiques. 01/09/2024. Volume 63. Numéro 638. p40-44.
57. CNOM, CNOP. Recommandations ordinaires : Prescription et dispensation des médicaments de substitution aux opiacés [Internet]. 11/10/2017 [cité 12/09/2023]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/mediatheque/fichiers/les-autres-publications/reprise-ancien-site/recommandations-ordinaires-prescription-et-dispensation-des-medicaments-de-substitution-aux-opiacés>
58. Cespharm. Cespharm [Internet]. [cité 19/11/2024]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/cespharm>
59. Intervenir addictions. Réseaux de santé « addictions » [Internet]. 2024 [cité 27/08/2024]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/orienter-vers-qui-orienter/reseaux-de-sante-addictions/>
60. SRAE Addictologie des Pays de la Loire. L'accès à un réseau de partenaires en addictologie en Pays de la Loire [Internet]. 2024 [cité 02/07/2024]. Disponible sur: <https://srae-addicto-pdl.fr/>
61. Fédération Addiction. Formations nationales [Internet]. 2024 [cité 15/08/2024]. Disponible sur: <https://portail.federationaddiction.fr/formations-nationales>
62. Pharmaprat. SINFONI [Internet]. 10/2024 [cité 10/10/2024]. Disponible sur: <https://urpspharmaciens-pdl.com/les-projets/sinfoni/>
63. SRAE Addictologie des Pays de la Loire. Prévention des overdoseS aux opioïdes eN pays de la loire : FOrmatioN des professIonnels (SINFONI) [Internet]. 02/10/2024 [cité 10/10/2024]. Disponible sur: <https://srae-addicto-pdl.fr/referentiels/prevention-des-overdoses-aux-opioides-en-pays-de-la-loire-formation-des-professionnels-sinfoni/>
64. Le Flyer. Échelle d'auto-évaluation Opioid Overdose Knowledge Scales (OOKS) en français [Internet]. 12/03/2023 [cité 02/04/2024]. Disponible sur: <https://leflyer.org/le-flyer-telechargeables/fiches-patients/dr-christelle-peybernard/echelle-dauto-evaluation-opioid-overdose-knowledge-scales-ooks-en-francais/>
65. Le Flyer. Échelle d'auto-évaluation Opioid Overdose Attitudes Scale (OOAS) en français [Internet]. Le Flyer. 12/02/2023 [cité 02/04/2024]. Disponible sur: <https://leflyer.org/le-flyer-telechargeables/fiches-patients/le-flyer/echelle-dauto-evaluation-opioid-overdose-attitudes-scale-ooas-en-francais/>
66. Meddispar. Conditions de délivrance [Internet]. 17/04/2024 [cité 28/10/2024]. Disponible sur: <https://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Conditions-de-delivrance#nav-buttons>

67. Prenoxad. Prenoxade Injection [Internet]. 2019 [cité 08/10/2024]. Disponible sur: <https://www.prenoxad.fr/>
68. eVIDAL. VENTIZOLVE 1,26 mg sol p pulv nasal en récipient unidose - VIDAL [Internet]. 23/04/2024 [cité 22/05/2024]. Disponible sur: https://evidal.vidal.fr/medicament/ventizolve_1_26_mg_sol_p_pulv_nasal_en_recipient_unidose-197230.html
69. eVIDAL. NYXOID 1,8 mg sol p pulv nasal en récipient unidose - VIDAL [Internet]. 23/04/2024 [cité 22/05/2024]. Disponible sur: https://evidal.vidal.fr/medicament/nyxoid_1_8_mg_sol_p_pulv_nasal_en_recipient_unidose-187165.html
70. Naumann R, Durrance C, Ranapurwala S, Austin A. Impact of a community-based naloxone distribution program on opioid overdose death rates. 01/11/2019. Volume 204.
71. Sohn M, Talbert J, Huang Z, Lofwall M, Freeman P. Association of Naloxone Coprescription Laws With Naloxone Prescription Dispensing in the United States. JAMA Network [Internet]. 21/06/2019 [cité 07/07/2024]. Disponible sur : <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2736179>
72. Ameli. Vérifier et signaler une fausse ordonnance avec ASAFO sur amelipro [Internet]. 02/08/2024 [cité 29/08/2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/verifier-et-signaler-une-fausse-ordonnance-avec-asafo-sur-amelipro>
73. Ameli. Ordonnance numérique [Internet]. 21/05/2024 [cité 29/08/2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/ordonnance-numerique>
74. Meddispar. Mise en œuvre de la prescription électronique : Quel impact pour les médicaments stupéfiants et assimilés ? [Internet]. 02/02/2024 [cité 29/08/2024]. Disponible sur: <https://www.meddispar.fr/Actualites/2024/Mise-en-oeuvre-de-la-prescription-electronique-Quel-impact-pour-les-medicaments-stupefiantss-et-assimiles>
75. HAS. Entretien motivationnel [Internet]. 20/03/2024 [cité 05/09/2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501842/fr/entretien-motivationnel
76. Paille F, Maarek R. L'entretien motivationnel en consultation d'addictologie : soutenir l'engagement du patient vers le changement. Le courrier des Addictions. 06/2019. Volume 21. Numéro 2. p28-29.
77. OSCARS. Éducation Thérapeutique - Patient vivant avec un Traitement de Substitution aux Opiacés - «Vivre avec mon traitement de substitution aux Opiacés» [Internet]. 2016 [cité 23/08/2024]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/7396>
78. OSCARS. Education Thérapeutique - Addictologie - Programme « Patients sous TSO et / ou psychotropes » [Internet]. 2016 [cité 15/08/2024]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/occitanie/etp/action/detail/7438>
79. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Education thérapeutique du patient [Internet]. 19/07/2022 [cité 05/09/2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>
80. PROVOOST F. Élaboration d'un entretien pharmaceutique pour les patients dépendants aux opioïdes : Enquête auprès de différents professionnels. 18/11/2019. 136p. Diplôme de docteur en pharmacie. Université Angers.
81. SRAE Addictologie des Pays de la Loire. Annuaire des professionnels [Internet]. 2024 [cité 08/07/2024]. Disponible sur: <https://srae-addicto-pdl.fr/parcours-de-soins/annuaire-des-professionnels/>
82. Nguyen A. Réseau de santé en addictologie : expérience de la Haute-Vienne place du pharmacien dans ce réseau. 11/04/2011. 205p. Diplôme de docteur en pharmacie. Université Limoges.

83. Projet territorial en santé mentale de la Mayenne. Diagnostic territorial : 1er document du projet 2019-2024 [Internet]. 01/01/2019 [cité 10/11/2024]. 166p. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ptsm_53.pdf

Table des matières

.....	1
PLAN	9
LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION	12
GENERALITE SUR LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES EN FRANCE	14
1. Origine et historique de la réduction des risques et des dommages	14
1.1. L'addiction considérée comme une maladie	16
1.2. Cout de l'addiction en France	17
2. Produits disponibles en France dans le cadre de la RDRD	17
2.1. Médicaments de substitution opiacés	17
2.1.1. Méthadone	18
a) Pharmacodynamie	18
b) Modalité de prescription	18
c) Posologies et modalités de prises	18
d) Interactions médicamenteuses	18
2.1.2. Buprénorphine haut dosage	19
a) Pharmacodynamie	19
b) Modalité de prescription	19
c) Posologies et modalités de prises	19
d) Interactions médicamenteuses	20
2.1.3. Relai	20
a) Méthadone vers BHD	20
b) BHD vers méthadone	20
2.2. Antidote au surdosage opiacés : naloxone	20
2.2.1. Produits disponibles en France	21
2.2.2. Objectifs de la mise en place de la distribution de naloxone en France	21
2.2.3. Population cible	22
2.2.4. Indications	22
2.2.5. Pharmacodynamie	23
2.2.6. Dose et mode d'administration	23
2.2.7. Effets indésirables	23
2.2.8. Contre-indications et interactions médicamenteuses	23
2.2.9. Recommandations	23
3. Organisation du circuit des médicaments de substitution opiacés et de la naloxone	25
3.1. Accompagnement et distribution de traitements de substitution opiacés et de la naloxone	25
3.1.1. Secteur médico-social	25
3.1.2. Secteur libéral	25
3.1.3. Secteur hospitalier	25
3.1.4. Autres	26
3.2. Suivi national d'addictovigilance	26
ENQUETE MENEED AUPRES DES PHARMACIENS DES PAYS DE LA LOIRE	27
1. Objectifs	27
2. Matériel et méthode	27
3. Résultats	28
4. Discussion des résultats de l'enquête	41
4.1. Généralités	41
4.2. Préparation à l'acte de dispensation	42
4.2.1. Formations	42
4.3. Dispensation	43
4.3.1. Traitements de substitution opiacés	43
a) Analyse pharmaceutique	43
b) Conseils associés	44
c) Délivrance	44

4.3.2.	Naloxone	44
4.4.	Accompagnement des patients.....	45
4.4.1.	Relation patient-pharmacien	46
4.4.2.	Entretiens pharmaceutiques.....	47
4.4.3.	Orientation des patients	48
4.5.	Relations pluriprofessionnelles	48
4.5.1.	Pharmacien – médecin	48
4.5.2.	Réseau d'addictologie.....	49
4.6.	Ressenti de l'implication du pharmacien en RDRD	49
5.	Limites de l'enquête	49
PERSPECTIVES D'AMELIORATIONS		50
1.	Préparation à l'acte de dispensation	50
1.1.	Amélioration des connaissances	50
2.	Dispensation	51
2.1.	Outils d'aide à la dispensation	51
2.1.1.	Traitements de substitutions opiacés	51
2.1.2.	Naloxone	52
2.2.	Pour une augmentation de la dispensation de naloxone en officine	55
3.	Accompagnement des patients..	55
3.1.	Limiter le risque de mésusage.....	55
3.1.1.	Demande inappropriée	55
3.1.2.	Falsification d'ordonnances	55
3.2.	Entretiens pharmaceutiques.....	56
3.2.1.	Entretien motivationnel	56
3.2.2.	Education thérapeutique.....	57
3.2.3.	Autres entretiens	57
3.3.	Orientation des patients	57
4.	Relations pluri professionnelles	58
CONCLUSION		59
TABLE DES MATIERES		66
TABLE DES ILLUSTRATIONS		68
TABLE DES TABLEAUX.....		70
ANNEXES.....		71
ROUSIER SALOMEE		1

Table des illustrations

Aucune entrée de table d'illustration n'a été trouvée.

Figure 1 : Nombre de pays de l'Union européenne ayant mis en place des interventions de réductions des risques (16)	16
Figure 2 : Fiche d'intervention de l'EUDA (32).....	21
Figure 3 : Tableau de recommandations de l'OMS concernant la naloxone (35)	24
Figure 4 : Evolution des décès liés aux opioïdes en France (48)	26
Figure 5 : Diagramme représentant la localisation des pharmacies	28
Figure 6 : Diagramme représentant l'ancienneté d'exercice à l'officine	28
Figure 7 : Diagramme représentant les pharmacies dispensant des TSO.....	29
Figure 8 : Diagramme représentant le nombre de patients pris en charge par TSO par officine	29
Figure 9 : Diagramme représentant les pharmaciens ayant dispensé de la naloxone	30
Figure 10 : Histogramme représentant la répartition des réponses correctes fournies par les pharmaciens de l'échantillon.....	30
Figure 11 : Diagramme représentant le pourcentage de pharmaciens ayant suivi une formation TSO	31
Figure 12 : Diagramme représentant le ressenti du pharmacien sur son niveau de formation sur les TSO	31
Figure 13 : Diagramme représentant le pourcentage de pharmaciens associant des conseils à la dispensation de TSO.....	32
Figure 14 : Diagramme représentant le pourcentage de pharmaciens ayant suivi une formation sur la dispensation de naloxone	33
Figure 15 : Diagramme représentant le ressenti du pharmacien sur son niveau de formation sur la naloxone .	33
Figure 16 : Diagramme représentant le pourcentage de pharmaciens ayant en stock de la naloxone	34
Figure 17 : Histogramme représentant le pourcentage de pharmaciens déclarant le symptôme comme signe de sevrage aux opiacés.....	34
Figure 18 : Histogramme représentant l'intentionnalité de suivre une formation sur la dispensation de TSO et/ou de naloxone	35
Figure 19 : Diagramme représentant le lieu de dispensation des TSO.....	35
Figure 20 : Histogramme représentant les motifs de réalisation d'entretiens ou non	36
Figure 21 : Histogramme représentant les difficultés rencontrées lors de la dispensation des TSO par le pharmacien	36
Figure 22 : Diagramme qualifiant la relation entre pharmaciens et patients	37
Figure 23 : Diagramme représentant si la naloxone participe à la RDRD ou non selon le pharmacien.....	38
Figure 24 : Diagramme représentant la connaissance du réseau d'addictologie par le pharmacien	38
Figure 25 : Diagramme qualifiant la relation pharmaciens – prescripteurs par les pharmaciens.....	39
Figure 26 : Diagramme représentant l'avis des pharmaciens sur la place du pharmacien au sein d'un réseau d'addictologie	39
Figure 27 : Diagramme représentant la volonté du pharmacie d'appartenir à un réseau d'addictologie ou non	40
Figure 28 : Histogramme représentant le niveau d'engagement en RDRD ressenti par les pharmaciens	40
Figure 29 : Ventes de MSO en dose journalière pour 10 000 habitants en France (24)	41

Figure 30 : Graphique de l'évolution des commandes de naloxone selon le type de structure en France entre 2016 et 2021 (24) 45

Table des tableaux

Tableau 1 : Ressenti de l'engagement du pharmacien en RDRD selon leur ressenti sur la formation à la dispensation de MSO et de naloxone.....	49
Tableau 2 : Produits contenant de la naloxone ayant une AMM en France	54
Annexe 1 : Tableau stupéfiants Meddispar (66)	71
Annexe 2 : Tableau assimilés stupéfiants Meddispar (66).....	72
Annexe 3 : Fiche d'aide à la dispensation	73
Annexe 4 : Exemple de fiche de suivi des dispersions (55)	74
Annexe 5 : Fiche synthétique de la démarche à suivre pour la dispensation de naloxone proposée dans le cadre de la formation SINFONI (63)	75
Annexe 6 : Check list formation naloxone Prenoxad ® (67)	76
Annexe 7 : Trame entretien pharmaceutique patient sous traitement de substitution opiacés (80)	77
Annexe 8 : Fiche à compléter des structures spécialisées en addictologie (46)	79

Annexes

Annexe 1 : Tableau stupéfiants Meddispar (66)

TABLEAU STUPEFIANTS 06022024

Substance	Voie d'administration	Spécialité pharmaceutiques	Ordonnance numérique ou sécurisée papier	Posologie et dosage en toutes lettres	Durée maximale de prescription	Fractionnement obligatoire sauf mention "délivrance en une seule fois"	Interdiction de chevauchement sauf mention contraire du prescripteur	Identité du pharmacien dispensateur sur l'ordonnance***	Autres conditions	Quantité délivrée en unités de prise apposée sur l'ordonnance	Conservation copie de l'ordonnance * (3 ans)	Identité du porteur de l'ordonnance s'il n'est pas le malade**
fentanyl	transdermique	Durogesic® et Gé [®] dont Maxfent® (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	14 jours	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	transmuqueuse	Abstral® cp et Gé cp sublingual Actiq® cp avec applicateur buccal Breakaway® film orodispersible Effemergel® et Gé cp gingival Fentanyl® solution pulv. nasale Fentanyl® solution pulv. nasale Recifert® cp sublingual (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	7 jours	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
hydromorphone	orale	Sophidone® LP gélule (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
méthadone	orale (TSO)	Chlorhydrate de méthadone AP-HP® sirop unidose (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14 jours	7 jours	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Prescription initiale réservée: - aux médecins exerçant dans les CSAPA - aux médecins hospitaliers à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consultation ou en milieu pénitentiaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	orale (TSO)	Méthadone AP-HP® gélule (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	7 jours	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Prescription initiale réservée: - aux médecins exerçant dans les CSAPA - aux médecins exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	orale (analgésique)	Zoryon® gélule et sirop unidose (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	7 jours	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Prescription initiale hospitalière	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
méthylphénidate	orale	Concerto® LP cp Médikinet® gélule LM Quazym® LP gélule LM Ritalin® cp Ritalin® LP gélule LP (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes et services de neurologie, pédiatrie ou psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
morphine	orale	Actikeran® gélule et orodispersible Moscontin® LP cp LP Oramorph® sol buvable Sevedol® cp Skérano® gélule LP (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	injectable	Morphine (chlorhydrate) Aguetant® Morphine (chlorhydrate) Cooper® Morphine (chlorhydrate) Euthyl® Morphine (chlorhydrate) Renaudot® Morphine (chlorhydrate) Lavoisier® (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- 7 jours - 28 jours en cas d'administration à l'aide d'un système actif pour perfusion	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
oxycodone	orale	Oxyriade® LP cp LP Oxycontin® LP cp LP Oxynorm® gélule Oxynormord® cp orodispersible (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

* Prescriptions électroniques conservées dans le LAD, copie papier ou scanner de l'ordonnance sécurisée comportant les mentions obligatoires (notamment les quantités délivrées en unités de prise)

** Enregistrement ou transcription à l'ordonnancier des nom et adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le malade et s'il est inconnu du pharmacien, des références d'une pièce justifiant son identité

*** Pour la prise en charge par l'assurance maladie afin de lutter contre le mésusage



Détail de présentation de l'ordonnance par le patient
- L'ordonnance ne peut être exécutée dans sa totalité ou pour la totalité de la fraction de traitement que si elle est présentée au pharmacien dans les trois jours suivant sa date d'établissement.
Cas particulier des ordonnances établies en vue d'une intervention programmée (depuis le 3 juillet 2022) : l'ordonnance ne peut être exécutée dans sa totalité ou pour la totalité de la première fraction de traitement que si elle est présentée au pharmacien entre le troisième jour précédent l'intervention et les trois jours suivant la date prévisionnelle de sortie de l'établissement de santé.
- En cas de délivrance fractionnée, l'ordonnance ne peut être exécutée pour la totalité de la fraction que si elle est présentée dans les trois jours suivant la fin de la fraction précédente.
Déconditionnement

Si l'ordonnance est présentée au-delà de ces délais, elle ne peut être exécutée que pour la durée de la prescription ou de la fraction de traitement restant à courir.

Afin de respecter ces dispositions, le pharmacien est amené à déconditionner la spécialité pharmaceutique pour ne délivrer que le nombre exact d'unités thérapeutiques prescrites.

Annexe 2 : Tableau assimilés stupéfiants Meddispar (66)

TABLEAU ASSIMILES STUPEFIANTS 06022024

Médicament Liste I	Ordonnance numérique ou sécurisée papier	Posologie et dosage en toutes lettres	Durée maximale de prescription	Fractionnement obligatoire sauf mention "délivrance en une seule fois"	Interdiction de chevauchement sauf mention contraire du prescripteur	Identité du pharmacien dispensateur sur l'ordonnance	Autres conditions	Quantité délivrée en unités de prise apposée sur l'ordonnance	Conservation copie de l'ordonnance * (3 ans)	Identité du porteur de l'ordonnance s'il n'est pas le malade**
Buccolam ® (Midazolam voie orale) Tous dosages	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 mois	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes et services en neurologie et pédiatrie - Commande à usage professionnel possible par tout médecin pour sa trousse d'urgence (ordonnance sécurisée)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Midazolam ACCORD ® Midazolam VIATRIS ® (Midazolam voie injectable) 1mg/ml et 5mg/ml	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 jours	7 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyrica® et Gé (Pégabaliné) Tous dosages	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 mois	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rivotril ® (Clonazépam voie orale) cp et sol. buv.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 semaines	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes et services en neurologie et pédiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Stablon® 12.5mg et Gé (Tianeptine voie orale)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Stilnox® 10mg et Gé (Zolpidème voie orale)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subutex® et Gé Orobupré® (Buprénorphine voie orale) Tous dosages	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	7 jours	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Suboxone® (Buprénorphine+ Naloxone voie orale) Tous dosages	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	7 jours	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tengésic® 0.2mg (Buprénorphine voie orale)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 mois	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tranxéne ® 20mg (Clorazépate dipotassique voie orale)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

* Prescriptions électroniques conservées dans le LAD, copie papier ou scanner de l'ordonnance sécurisée comportant les mentions obligatoires (notamment les quantités délivrées en unités de prise)

** Enregistrement ou transcription à l'ordonnancier des nom et adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le malade et s'il est inconnu du pharmacien, des références d'une pièce justifiant son identité



Délai de présentation de l'ordonnance : 3 mois (ces médicaments ne sont pas soumis au délai de carence donc pas de déconditionnement)

12/04/2024

Dispensation de TSO : les réflexes

1- Condition de prescription

- **Ordonnance sécurisée**
- **Date** écrite en toutes lettres
- Nom et spécialité du **prescripteur**
- **Molécule, dosage et posologie** écrits en toutes lettres
- **Durée de traitement** écrite en toutes lettres : maximum 28 jours (sauf pour la méthadone sirop : maximum 14 jours)
- **Signature** du prescripteur
- **Nom du pharmacien** dispensateur



2- Condition de délivrance

- **Délai de présentation** de l'ordonnance de 3 jours pour la méthadone, et 3 mois pour la buprénorphine
- **Chevauchement** de délivrance interdit sauf mention contraire du prescripteur
- **Fractionnement** de doses par 7 jours sauf mention contraire du prescripteur
- Présentation d'une **prescription initiale** par un médecin hospitalier ou exerçant en CSAPA pour la méthadone

3- Contre-indication et interactions médicamenteuses

- **Méthadone**
CI : autres molécules torsadogènes
IM : autres substances sédatives, inducteurs/inhibiteurs enzymatiques 3A4 et 2D6



- **Buprénorphine**
CI : analgésique opiacés
IM : autres substances sédatives

Toutes les interactions et contre-indication sont disponibles sur : Thériaque ou le RCP des médicaments ou le thésaurus des interactions de l'ANSM

4- Conseils associés à la dispensation

- **Modalité d'administration** selon la forme galénique :
 - Sublinguale : à faire fondre sous la langue
 - Gélule : à avaler avec un verre d'eau
 - Sirop : à avaler pur
- **Modalité de prise** : 1 prise quotidienne
- **Particularité** liée à la première prise (uniquement pour une initiation) :
 - Méthadone : la première prise du traitement doit se faire à l'apparition des symptômes de sevrage et au minimum 10 heures après une consommation d'opiacés
 - Buprénorphine : la première prise du traitement doit se faire à l'apparition des symptômes de sevrage et au minimum 6 heures après une consommation d'opiacés
- **Effets indésirables** possibles : somnolence, nausées, vomissement, constipation, hyperhidrose ...
- **Mise en garde** en cas des consommations de substances associées :
 - Risque de majoration de la dépression respiratoire : avec toutes les molécules ayant des propriétés dépresseur central (alcool, benzodiazépine ...)
 - Risque cardiaque : cocaïne, crack ...
- **Signes de sevrage** : mydriase, agitation, anxiété, douleurs musculaires, irritabilité, troubles du sommeil, prise du matin précoce, prises rapprochées



Proposition de **dispensation associée de naloxone**

Signes d'**overdoses** : dépression respiratoire, myosis, inconscience



PHARMACIE DE SUBSTITO

**Fiche de suivi –
Patient sous traitement substitutif aux opiacés (TSO)**

N° Page : 1

PATIENT

Masculin Féminin

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Nom de l'accompagnant (*si existant*) :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :

Adresse cabinet/structure :

Téléphone :

PRESCRIPTION(S)

Date de la prescription	20/10/20
TraITEMENT (DCI)	Buprénorphine
Posologie	Quatre milligrammes en une prise le matin
Durée (en jours)	28 jours
Date de début de traitement	21/10/20
Date de fin de traitement	17/11/20
Mode de délivrance	En une fois
Date(s) de prise à l'officine	20/10/20

Commentaires :

Le patient n'a pas de questions particulières. Motivé.
Inquiétudes etc.



Annexe 5 : Fiche synthétique de la démarche à suivre pour la dispensation de naloxone proposée dans le cadre de la formation SINFONI (63)

#naloxone

Faire face au risque des opioïdes

Deux vidéos de 3 minutes sur la Naloxone en Pharmacologie et en Pratique clinique.

À SAVOIR

La surdose est possible avec tous les opioïdes, illicites ET médicamenteux y compris les paliers 2

L'appel aux secours est indispensable

La naloxone est antagoniste des récepteurs opioïdes

- Action rapide, mais durée d'action courte
- À répéter si nécessaire :
 - au bout de 2 à 3 minutes en l'absence d'effet et/ou
 - en cas de résurgence des signes de surdose
- Sans risque de détournement
- Utilisable par tout membre de l'entourage, sans formation médicale

À FAIRE

Devant toute consommation d'opioïdes :

MÉDICAMENT DE SUBSTITUTION : INSTAURATION ET ARRÊT DU TRAITEMENT

Buprénorphine ou méthadone : période de vulnérabilité

PATIENTS NAÏFS LORS DE L'INSTAURATION DE TOUT TRAITEMENT OPIOÏDE

ASSOCIATION À DES SUBSTANCES POTENTIALISANT LE RISQUE DE SURDOSE

Alcool, benzodiazépines mais aussi d'autres médicaments, notamment la pré gabapaline !

USAGERS AYANT UNE PERTE DE TOLÉRANCE AUX OPIOÏDES

Suite à une période d'arrêt ou de plus faible consommation : la reconsommation de doses plus élevées expose à un risque de surdose

UTILISATEURS OCCASIONNELS RECHERCHANT LES EFFETS PSYCHOACTIFS

Dans ou en dehors du cadre médical (par exemple : automédication, mésusage...)

PATIENTS DOULOUREUX EN CAS DE TROUBLE DE L'USAGE OU DE DÉPENDANCE

Patients mal soulagés qui risquent de surconsommer leur analgésique, ceux qui ont un trouble de l'usage, et ceux qui les mésusent pour une autre finalité que la douleur

EN PRATIQUE

Instructions à fournir au patient et à son entourage

- La naloxone est le traitement d'urgence des surdoses opiacées caractérisées ou suspectées
- L'appel des secours (15 ou 112) est obligatoire avant l'administration
- L'administration de naloxone ne se substitue pas aux soins médicaux d'urgence
- La dose initiale à administrer est 1 pulvérisation nasale ou une graduation de la seringue
- Si l'état du patient ne s'améliore pas dans les 2 à 3 minutes, ou si le patient se dégrade après une phase d'amélioration, une deuxième dose peut être administrée
- Attendre dans tous les cas l'arrivée des secours : une surveillance du patient de plusieurs heures en milieu hospitalier est nécessaire

Deux formes de naloxone prête à l'emploi remboursables sont disponibles chez vos grossistes répartiteurs:

UNE SERINGUE PRÉ-REMPLIE POUR ADMINISTRATION INTRA-MUSCULAIRE*

DEUX PULVERISATEURS POUR ADMINISTRATION INTRA-NASALE**

Pour chacune de ces formes il existe des spécialités NON remboursées à prescription médicale (vente libre)

* tel que Prenoxyd® ** tel que Nyozi®, Ventizol®



CHECKLIST DE LA FORMATION CONCERNANT LE KIT PRENOXAD

A remplir avant chaque dispensation

Personne en formation : Usager ; Accompagnant <i>(rayer la mention inutile)</i>		
Nom (initiales)	Date de naissance	Sexe
		Homme <input type="checkbox"/>
		Femme <input type="checkbox"/>

La personne que vous venez de former au kit Prenoxad :	Oui	Non*
Sait-elle identifier une overdose aux opioïdes ?		
Sait-elle ce qu'est Prenoxad et quand l'utiliser ?		
Sait-elle comment obtenir un kit Prenoxad ?		
Sait-elle quand et comment injecter Prenoxad ?		
A-t-elle compris le système de graduation de doses sur la seringue ?		
A-t-elle compris l'importance d'appeler immédiatement et systématiquement les secours ?		
A-t-elle compris le risque de résurgence de la dépression respiratoire même après une amélioration?		
A-t-elle compris l'importance de surveiller le patient et d'attendre l'arrivée des secours ?		
Sait-elle comment retourner un kit Prenoxad utilisé ?		

**Un seul Non impose de refaire la formation puis de remplir une nouvelle checklist.*

La personne en formation ci-dessus a démontré comprendre et être sensibilisée à une overdose aux opioïdes, à l'utilisation du kit Prenoxad, à l'appel des services d'urgence et est habilitée à recevoir un kit Prenoxad afin de l'emporter chez elle.

Un guide Utilisateur lui a été remis.

Nom du formateur..... Date

Signature du formateur.....

Document à garder dans votre structure (ne pas envoyer aux Laboratoires Ethypharm)

Annexe 7 : Trame entretien pharmaceutique patient sous traitement de substitution opiacés (80)

Questionnaire d'entretien pharmaceutique pour les patients en traitement de substitution aux opioides

(TSO) :

Durée 15/30 min

Nom : Date de l'entretien :

Prénom :

Age :

Nom et posologie du TSO :

Buprénorphine (Subutex®) :

Méthadone :

Buprénorphine/Naloxone (Suboxone®):

Rappel de la confidentialité des échanges, prises de notes, préciser durée prévue.

I) Vie quotidienne

1) Comment allez-vous en ce moment ?

- Vivre avec un traitement de substitution
- Difficultés par rapport au TSO et solutions pouvant être trouvées

2) De quels sujets ou difficultés souhaiteriez-vous que l'on parle éventuellement ensemble ?

- Autres pathologies et autres traitements
- Emploi
- Logement
- Entourage (famille...)
- Difficultés financières

3) Où en êtes-vous dans vos consommations en ce moment et quelles sont-elles ?

- Modalités de consommation / mélange (risque overdose)/ Fréquence
- Envie intense de consommer de l'héroïne ou autres opioides (craving)
- Consommations passées
- Connaissances des mesures de réduction du risque infectieux (stéribox, CAARUD, programme d'échange de seringues ...)

4) Dans quel endroit rangez-vous habituellement votre traitement ? (Comment faites-vous quand vous voyagez ?)

- Médicament mortel pour les personnes naïves aux opioides en particulier les enfants
- Voyage dans l'espace Schengen, faire une demande de transport à l'ARS valable 30 jours
- Voyage en dehors de l'espace Schengen se renseigner auprès des ambassades (dans de nombreux pays ces médicaments sont interdits et peuvent entraîner des amendes ou des peines d'emprisonnement)

II) Histoire du patient :

5) Dans quelles circonstances avez-vous débuté votre addiction et le traitement par ?

- Origine de l'addiction
- Durée de traitement
- Changement de molécules et ou de posologies au cours de sa prise en charge
- Interruption de traitement

III) Traitement :

6) Que pouvez-vous me dire sur votre traitement médicamenteux ?

- Principe du médicament
- Connaissance de la posologie prescrite
- Respect de celle-ci / si non pour quelles raisons
- Modalité de prise du médicament (voie orale, sublinguale, nasale, parentérale...)
- Connaissance des médicaments contre-indiqués avec son traitement

7) Comment êtes-vous soutenu psychologiquement ?

IV) Effets du médicament :

8) Par rapport à votre médicament, y a-t-il des éléments qui vous gênent?

- Effets indésirables

9) Selon vous, quels seraient les principaux signes d'un traitement sous dosé ? Avez-vous déjà rencontré ces signes ?

- Syndrome de sevrage (Larmoiement, rhinorrhée, anxiété, irritabilité, trouble du sommeil...)

10) Selon vous, quels sont les principaux signes d'une overdose (inconscience, dépression respiratoire, contraction des pupilles...) ?

- Existence d'antidote Prenoxade® (injection IM) disponible en pharmacie de ville, ordonnance facultative et Nalscue® (spray nasal) disponible en CSAPA/CAARUD les deux nécessitent une formation.

V) Objectifs du patient

11) Quels sont vos projets personnels ?

12) Comment envisagez-vous la suite de votre traitement ?

- Envie de diminuer la posologie
- Freins et craintes possibles à la diminution

VI) Fin de l'entretien

13) Que retenez-vous de notre entretien ?

14) Suite prévue de la prise en charge ?

15) Souhaitez-vous discuter d'éléments qui n'auraient pas été abordés et qui vous tiennent à cœur ?

Je reste à votre disposition

Annexe 8 : Fiche à compléter des structures spécialisées en addictologie (46)

Fiche personnalisable à afficher à l'officine

Structure ²⁴	Coordonnées	Jours et horaires d'ouverture
CAARUD le plus proche		
CSAPA le plus proche		
CJC la plus proche		
Hôpital le plus proche ayant un service d'addictologie		
Associations d'usagers et groupes d'entraide		
Réseau addictions		
Structure d'aide sociale et d'aide au logement		
RdR à distance local		

ROUSIER Salomée

Engagement du pharmacien d'officine dans la réduction des risques et des dommages dans le champ de l'addiction liée aux opiacés : dispensation de traitements de substitution opiacés et naloxone

RÉSUMÉ

Ce travail explore l'engagement des pharmaciens d'officine en réduction des risques et des dommages (RDRD), plus particulièrement dans les missions de dispensation des traitements de substitution opiacés (TSO) et de son antidote, la naloxone. La politique de RDRD a été mise en place dans les années 1980, et vise à réduire les risques liés à l'usage de substances stupéfiantes.

Nous avons réalisé une enquête auprès des pharmaciens des Pays de la Loire.

Les résultats ont mis en avant que l'échantillon de pharmacien se sent modérément engagé. Concernant la dispensation des TSO, de nombreux pharmaciens y participent quotidiennement. En revanche, la dispensation de naloxone peine à se mettre en place.

Des freins ont été relevés, tel qu'un manque de formation, des difficultés relationnelles avec les patients, et une communication insuffisante entre les professionnels de santé. Pour accroître l'engagement du pharmacien par l'amélioration de ses connaissances et compétences, de nombreuses formations sont à disposition mais peu connus des officinaux. Concernant le relationnel, les patients souffrant de pathologies addictives, peuvent nécessiter un temps plus long que d'autres patients pour établir une relation de confiance. La proposition d'entretiens pharmaceutiques, tels que les entretiens motivationnels ou l'éducation thérapeutique, peuvent permettre d'assurer un suivi personnalisé et d'établir une relation plus personnalisée avec le patient. Enfin concernant les relations pluriprofessionnelles, le pharmacien peut intégrer des réseaux d'addictologie. Ces réseaux permettent notamment aux professionnels de santé autour de situations particulières. Ces structures peuvent également proposer des formations.

Le pharmacien est un acteur clé de la politique de RDRD en ce qui concerne la dispensation des TSO et de la naloxone. Il doit cependant affirmer et renforcer son rôle dans la dispensation de la naloxone.

Mots-clés : Réduction des risques et des dommages, traitements de substitution opiacés, naloxone, pharmaciens

Pharmacists' commitment to harm reduction in the field of opioid addiction: dispensing opioid substitution treatments and naloxone

ABSTRACT

This study explores the involvement of dispensing pharmacists in harm and risk reduction, more specifically in the dispensing of opioid substitution treatments (OST) and its antidote, naloxone. The harm and risk reduction policy was introduced in the 1980s, and aims to reduce the risks associated with the use of narcotic substances.

We conducted a survey of pharmacists in the Pays de la Loire region.

The results showed that the sample of pharmacists felt moderately involved. Many pharmacists are involved in dispensing OSTs on a daily basis. Naloxone dispensing, on the other hand, is struggling to get off the ground. A number of obstacles have been identified, including a lack of training, difficulties in dealing with patients, and inadequate communication between healthcare professionals. To increase pharmacists' commitment by improving their knowledge and skills, a number of training courses are available, but not widely known by pharmacists. With regard to relationships, patients suffering from addictive pathologies may need more time than other patients to establish a relationship of trust. Pharmaceutical interview, such as motivational interview or therapeutic education, can help ensure personalized follow-up and establish a more personalized relationship with the patient. Finally, with regard to multi-professional relations, pharmacists can join addictology networks. These networks enable healthcare professionals to work together on specific situations. They can also offer training courses.

Pharmacists are key players in the harm and risk reduction policy for dispensing OSTs and naloxone. They must, however, assert and reinforce their role in the dispensing of naloxone.

Keywords : harm and risk reduction, opioid substitution treatments, naloxone, pharmacist