

2024-2025

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

**La prise en charge à l'officine
des patients ayant un traitement
par agonistes opioïdes**

BOUMIER Clémence

Née le 26 février 1994 à Saumur (49)

Sous la direction de M. PIRAUT Arthur

Membres du jury

FAURE Sébastien | Président

PIRAUT Arthur | Directeur

JOLY Maëva | Membre

GUINARD Emmanuelle | Membre

Soutenue publiquement le :
15 décembre 2025



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT ET DE RESPECT DE LA CHARTE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Je soussignée Clémence BOUMIER, déclare être pleinement consciente 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.

Je déclare également respecter la charte de la Faculté de Santé de l'Université d'Angers sur l'intelligence artificielle générative dans le cadre de la thèse d'exercice.

Signé par l'étudiante le **23 / 10 / 2025**

Clémence BOUMIER

DECLARATION D'ENGAGEMENT DE L'AUTEUR

« 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. »

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
BOUVARD 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 HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE Franck	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine

LAGARCE Frédéric	BIPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	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
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	Médecine
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
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
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 ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine

ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	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

ECER

HASAN Mahmoud	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	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
BEAUV AIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
MARSAN-POIROUX Sylvie	COMMUNICATION	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine

PLP

CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
--------------	------------------	----------

AHU

ROBIN Julien	DISPOSITIFS MEDICAUX	Pharmacie
--------------	----------------------	-----------

Remerciements

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements,

A **Arthur PIRAUT**, Maître de conférences en pratiques officinales, pour avoir accepté de reprendre la direction de ma thèse. Vous avez su me remotiver et me redonner confiance pour la rédaction de celle-ci. Votre bienveillance, votre implication, votre réactivité et vos conseils m'ont permis d'aller au bout de ce projet. Un grand merci.

A **Sébastien FAURE**, Directeur du département Pharmacie Angers, Vice-Doyen Faculté de Santé, Professeur des Universités en pharmacologie à l'UFR des sciences pharmaceutiques et ingénierie de la santé de l'Université d'Angers, pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie également pour votre pédagogie qui m'a permis d'acquérir de nombreuses connaissances essentielles au métier de pharmacien d'officine.

A **Maëva JOLY**, Docteur en pharmacie d'officine, pour avoir accepté d'être membre du jury. Un grand merci pour ta bienveillance, ton soutien et pour avoir répondu présente aujourd'hui.

A **Emmanuelle GUINARD**, Médecin addictologue au CSAPA de Chinon, pour avoir accepté d'être membre du jury. Je vous remercie de m'avoir reçu au CSAPA de Chinon et d'avoir contribuer à l'élaboration de cette thèse en distribuant les questionnaires auprès de vos patients. Sans vous, il aurait été difficile pour moi de rédiger cette thèse. Merci également d'avoir pris le temps d'être présente aujourd'hui.

A **Mes parents**, pour votre soutien et vos encouragements tout au long de mes études. C'était un long chemin, semé d'embûches et de doutes. Merci pour votre présence lors de mes longues révisions et d'avoir toujours cru en moi. Sans vous, je n'y serai jamais arrivée.

A **Camille**, ma sœur, pour ton amour inconditionnel. Notre relation si fusionnelle est un pilier dans ma vie. Merci de m'avoir fait réviser même si tu ne comprenais pas tous les mots ; et d'avoir partagé des pauses goûter si précieuses. Sans oublier le blues du dimanche soir, pour mieux se retrouver le vendredi soir. Merci d'avoir soutenu ta grande sœur.

A **Valentin**, pour ton amour quotidien. Merci de me soutenir dans mes choix et de croire en moi. Je suis si heureuse de t'avoir rencontré et de construire mon avenir à tes côtés.

A **Mes copines de pharma**, pour votre amitié sincère. Nos études nous ont fait nous rencontrer et nous ont permis de tisser une belle amitié. Nous passions nos journées et nos soirées ensemble, de manière studieuse ou non. Aujourd'hui, c'est toujours un plaisir de se revoir comme si nous nous étions vues la veille. Sans vous, mes études n'auraient pas été les mêmes. Merci.

A **Mes copains de pharma**, pour votre humour et votre bonne humeur. Nous n'étions pas très bons en anglais mais nous avons passé de bons moments en TP. Nous avons vécu de belles soirées. Merci.

A **Mes copines et copain de lycée**, pour cette amitié indestructible. Nous sommes devenus des adultes ensemble. Même si la distance nous sépare, vous êtes une épaule sur laquelle je peux me reposer. Merci.

A **Mes maîtres de stages et à mes employeurs**, et tout particulièrement Mathilde, qui m'ont permis de découvrir et d'aimer le métier de pharmacien d'officine. Vous avez fait preuve de pédagogie, d'altruisme et de bienveillance. C'est à vos côtés que j'ai grandi, que j'ai pris confiance en moi en appliquant mes connaissances tout en m'adaptant aux aléas du quotidien et que je suis devenue pharmacienne. Merci.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
1. Les différentes drogues	2
1.1. Représentation des drogues dans l'Histoire de France.....	2
1.2. Consommation des drogues en France	3
1.3. Leurs effets.....	5
2. Les offres de soins en addictologie	6
2.1. De l'expérience à la dépendance	6
2.2. Les structures de prise en charge ambulatoire en addictologie	7
2.3. Instauration du traitement.....	9
3. Le traitement par agonistes opioïdes	11
3.1. Le sevrage	11
3.2. Les médicaments de substitution disponibles à l'officine	11
3.3. La dispensation à l'officine	15
4. L'objet d'étude.....	18
MATERIEL ET METHODE	19
1. Questionnaire diffusé auprès des pharmaciens	19
2. Questionnaire diffusé auprès des patients	19
RESULTATS	21
1. Le ressenti du pharmacien sur sa prise en charge au comptoir	21
1.1. Analyse des officines.....	21
1.2. Analyse des répondants	23
1.3. Analyse de leur pratique officinale	24
2. Le ressenti du patient sur sa prise en charge au comptoir	26
2.1. Analyse des répondants	26
2.2. Résultats concernant le choix de l'officine	27
2.3. Analyse sur le ressenti du patient à l'officine	28
DISCUSSION	30
1. Points clés ressortant de cette étude	30
2. Forces et Limites	34
3. Pistes d'améliorations	35
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37
TABLE DES ILLUSTRATIONS	41
TABLE DES TABLEAUX.....	42
ANNEXES.....	43

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS :	Agence régionale de santé
BHD :	Buprénorphine haut dosage
CAARUD :	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CJC :	Consultations jeunes consommateurs
CPTS :	Communautés professionnels territoriales de santé
CSAPA :	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
ETP :	Education thérapeutique du patient
HAS :	Haute autorité de santé
MSO :	Médicaments de substitution aux opiacés
OFDT :	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
QR :	Quick Response
TAO :	Traitemennt par agonistes opioïdes
THC :	Tétrahydrocannabinol
TSO :	Traitemennt de substitution aux opiacés
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Depuis 1995, les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) sont mis sur le marché. Ils peuvent être délivrés en milieu hospitalier mais également en ambulatoire. D'après le code de la santé public, Article L5125-1-1 A, « *les pharmaciens d'officine [...] peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients, [...] participent à la coopération entre professionnels de santé, [...] peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.* » D'après les recommandations de la haute autorité de santé (HAS), le pharmacien joue un rôle primordial dans la prise en charge de ces patients et doit se sentir acteur - membre de l'équipe de soins, comme pour les autres pathologies chroniques.

Ce travail fait un état des lieux, trente ans après la mise sur le marché des MSO, de la prise en charge des patients ayant un traitement par agonistes opioïdes (TAO) à l'officine. Il a été réalisé durant l'année universitaire 2024-2025. L'introduction de cette thèse se penchera sur la consommation de drogues en France, puis rappellera les offres de soins en addictologie avant de terminer sur les différents TAO disponibles à l'officine. Par la suite, sera présentée la méthodologie employée dans la réalisation de cette étude, puis les résultats obtenus qui déboucheront sur une discussion.

1. Les différentes drogues

1.1. Représentation des drogues dans l'Histoire de France

L'usage des drogues dans le monde date de plusieurs millénaires avant notre ère. En France, c'est au XVI^{ème} siècle que les premières substances psychotropes sont rapportées par les colons lors de leurs voyages. Les espagnols importent des Amériques les feuilles puis les graines de tabac ainsi que les feuilles de coca. Les anglais, par la compagnie des Indes, rapportent l'opium en Europe. Au milieu du XVI^{ème}, la reine Catherine de Médicis fait adopter le tabac à la cour et impose un savoir-vivre tabagique (1). Les fumeries se développent et l'engouement sociétal explose. Le tabac est alors cultivé et Richelieu créa le premier impôt sur le tabac. Celui-ci représente une grande rentrée d'argent pour l'Etat qui en fait de la publicité. Les produits alcooliques sont fabriqués depuis de nombreux siècles en France mais c'est à partir du XVI^{ème} siècle qu'apparaissent divers spiritueux avec de forts taux d'alcool. Le laudanum, une teinture d'opium est vendu par les apothicaires aux XVII^{ème} siècle comme anti-diarrhéique mais est surtout consommé à des fins récréatives (2). Le XIX^{ème} siècle marque la grande époque de l'opium par sa forte importation par les anglais. Les laboratoires de chimie extraient le principe actif de l'opium, la morphine. Les médicaments à base de morphine sont prescrits à des fins antalgiques, puis pour toutes sortes de maux. Concernant la cocaïne, il faut attendre 1863 pour qu'elle suscite un intérêt chez les français avec la création du vin Mariani (feuilles de coca macérées dans du vin rouge) qui entraînera la commercialisation du Coca-Cola® au XX^{ème} siècle par les Etats-Unis (à base de cocaïne). En France, le chanvre est cultivé depuis le Moyen-Age pour sa fibre et non pour sa substance psychoactive. Le chanvre et le cannabis font partie de la même espèce (*Cannabis sativa L*) mais la teneur en Tétrahydrocannabinol (THC) dans le cannabis est plus forte que dans le chanvre (3). Même si les scientifiques s'intéressent aux intérêts thérapeutiques du cannabis, celui-ci est principalement consommé à des fins récréatives.

Les drogues occupent une place particulière dans nos sociétés : elles sont à la fois sources de fascination, de peur, et d'interdits. Mais au-delà de leurs effets biologiques, ce sont surtout les représentations sociales que nous en avons qui influencent nos comportements, les lois, et les attitudes collectives.

L'ère industriel généralise et standardise ces substances psychoactives qui deviennent de plus en plus populaires. D'abord consommées de manière récréative, elles se transforment en un véritable fléau. La dépendance à l'alcool est la première à être identifiée. En 1870, de nouvelles maladies mentales liées à une substance sont inventées se terminant par « -isme » (alcoolisme, morphinisme, tabagisme) puis « -manie » (toxicomane) pour les maladies liées à un usage répété d'une substance (1). L'image de la société sur les drogues change. Est créée « la morphinée », une figure caricaturale de la femme hystérique, féministe et souvent mondaine, consommatrice d'opium. Cette représentation discriminatoire fait passer les toxicomanes, consommateurs d'opium, pour des dégénérés et des âmes sensibles (4). Les rebellions et la délinquance sont associées aux toxicomanes et des lois répressives sont créées. Le 23 janvier 1912, la Société des nations établit un texte sur l'opium (5). Douze pays (États-Unis, Allemagne, France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Portugal, Russie, Iran, Chine, Japon et Thaïlande) ont signé la Convention internationale de l'opium (Convention de la Haye), entrée en vigueur plusieurs années plus tard en fonction des pays. C'est le premier acte de la communauté internationale à définir le contrôle de l'offre de drogue. La loi concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage de substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne, est publiée au Journal officiel de la république française le 14 juillet 1916. Il faut attendre 1987, avec le circulaire DGS/429/2D, pour que la politique répressive se transforme en politique de soins, de prévention et d'éducation suite à l'apparition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les toxicomanes. Cette politique de prévention a été inscrite dans la loi en 2004 (Loi n°2004-806).

1.2. Consommation des drogues en France

En France, de nombreuses drogues différentes sont consommées. Il existe des drogues licites comme l'alcool, la nicotine, les médicaments psychotropes mais également des drogues illicites comme le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, l'ecstasy, les nouvelles drogues de synthèse et bien d'autres.

D'après la dernière publication de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), les drogues les plus consommées en France restent l'alcool et le tabac (6). Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée par les français adultes. Un français sur deux a déjà consommé du cannabis une fois dans sa vie et un sur dix en a déjà consommé ces douze derniers mois. Près d'un français sur dix a expérimenté la cocaïne et/ou l'ecstasy. La consommation d'héroïne ne représente qu'un faible pourcentage par rapport aux autres drogues [Figure 1]. De nouvelles drogues sont arrivées sur le marché et les chiffres des consommations ne sont pas négligeables. Plus d'un français sur dix a déjà utilisé du poppers et 6,7% des français ont expérimenté le protoxyde d'azote (6) [Figure 2]. L'Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS) a révélé que 5,5% des élèves de 3^{ème} ont déjà consommé du protoxyde d'azote, soit un peu plus d'un élève par classe, un chiffre non négligeable (7).

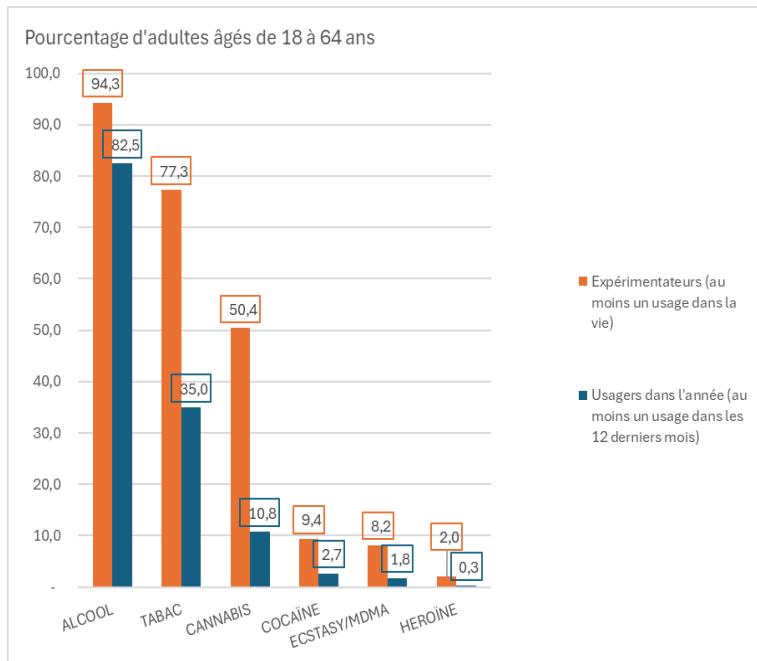


Figure 1 : Estimation du pourcentage d'usagers de substances psychoactives parmi les 18-64ans, en France, en 2023

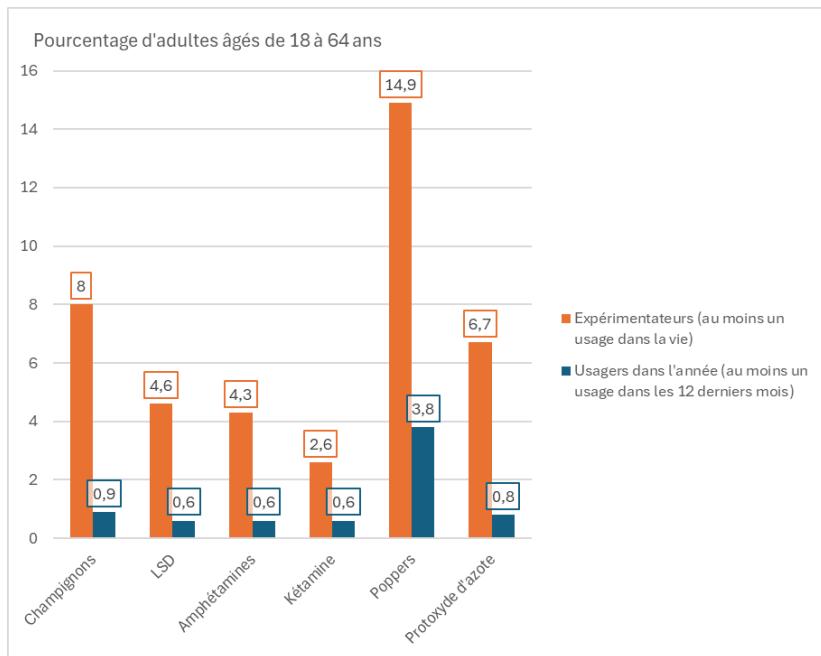


Figure 2 : Estimation du pourcentage d'usagers de substances psychoactives parmi les 18-64ans, en France, en 2023

*Champignons = champignons hallucinogènes

D'après l'INSEE, les 18 – 64 ans représentent plus de 38 millions de français.

1.3. Leurs effets

Chaque drogue provoque différents effets sur le corps. En fonction des effets recherchés, le consommateur peut prendre une ou plusieurs substances différentes. Voici un tableau récapitulatif sur les différentes substances, leur mode de consommation, leurs effets et leur type d'accoutumance [Tableau I] (8,9) :

- Substances perturbatrices : altèrent les fonctions psychiques et induisent des perceptions inhabituelles ;
- Substances stimulantes : accélèrent l'activité du système nerveux central ;
- Substances dépressives : ralentissent l'activité du système nerveux central.

Tableau I : Classements des différentes substances

	Drogues	Forme	Mode de consommation	Effets recherchés	Type d'accoutumance
SUBSTANCES PERTURBATRICES	Cannabis	Feuilles séchées Cubes bruns noirs Huile brunâtre	Se fume, s'inhale	Euphorie Détente Réduction de l'anxiété Intensification des perceptions sensorielles	Dépendance psychologique
	Champignons hallucinogènes	Champignons séchés	S'ingère, se fume, se sniffe	Hallucinations Déformation des perceptions Euphorie	Dépendance psychologique
	MDMA* / Ecstasy	Comprimés, poudre, gélules, cristaux	S'avale, se sniffe, s'inhale, s'injecte		
	LSD*	Liquide sur buvard	S'avale ou sublinguale		
	Kétamine	Poudre ou ampoule liquide	Se sniffe, s'injecte, s'inhale		
SUBSTANCES STIMULANTES	Amphétamines	Poudre, cristaux, comprimés	Se sniffe, s'inhale, s'ingère, s'injecte	Augmentation de la confiance en soi, Sensation de puissance Idées de grandeur, Euphorie, excitation et stimulation Réduction de la faim et de la fatigue	Dépendance psychologique
	Cocaïne	Poudre	Se sniffe, s'injecte, s'ingère, se fume		Dépendance physique
	MDMA*/Ecstasy	Comprimés, poudre, gélules, cristaux	Comprimés, poudre, gélules, cristaux		
SUBSTANCES DEPRESSIVES	Poppers	Liquide	S'inhale	Euphorie, excitation	Dépendance psychologique
	Protoxyde d'azote (=gaz hilarants)	Cartouche	S'inhale	Euphorie comparable à une ivresse (rires) Dissociation Réduction de l'anxiété	
	Héroïne	Poudre	S'injecte, s'inhale, se sniffe, se fume	Réduction de la douleur Impression de chaleur Sensation de bien-être et relaxation	Dépendance psychologique Dépendance physique

*MDMA : Méthylénedioxyméthamphétamine

*LSD : Acide lysergique diéthylamide

Il existe différents types d'accoutumances (9) :

- La **dépendance psychologique** qui provoque un besoin de consommer une substance de plus en plus régulièrement pour se sentir mieux ou affronter une situation particulière ;
- La **dépendance physique** qui provoque un besoin physiologique créé par l'accoutumance du corps.

2. Les offres de soins en addictologie

2.1. De l'expérience à la dépendance

Le cerveau est composé de milliards de cellules nerveuses (les neurones) qui communiquent entre eux par des décharges électriques ou chimiques afin d'acheminer une information aux cellules. Ces molécules chimiques, appelées neurotransmetteurs ou neuromédiateurs, sont sécrétées par les neurones dans la fente synaptique et sont reconnues par des récepteurs spécifiques du neurone postsynaptique. Les neurotransmetteurs assurent la communication entre chaque neurone. Il existe de nombreux neurotransmetteurs comme l'acétylcholine, la noradrénaline, la dopamine et la sérotonine ayant chacun des effets définis [Tableau II].

Tableau II : Effets des neurotransmetteurs

<u>Neurotransmetteurs</u>	<u>Effets</u>
Acétylcholine	Stimulation musculaire Apprentissage, mémoire
Noradrénaline /adrénaline	Vasoconstriction ou vasodilatation des tissus cardiaques « Hormone du stress »
Dopamine	Plaisir, récompense, relaxation Mémoire, apprentissage, prise de décision
Sérotonine	Mémoire, apprentissage Comportement sexuel et alimentaire

2.1.1. L'effet dopaminergique

La dopamine est un neurotransmetteur responsable du plaisir et de la récompense. L'augmentation excessive de dopamine dans la fente synaptique, voie finale commune de la dépendance, est régie par des mécanismes différents en fonction des substances consommées. La morphine et le THC ont un effet indirect sur l'activité des neurones dopaminergiques (10). Les neurones GABA inhibent l'activité des neurones dopaminergiques. La morphine et le THC ont une action inhibante sur l'activité de ces neurones GABA. Cette inhibition induit donc une augmentation de l'activité dopaminergique entraînant une augmentation de libération de dopamine dans la fente synaptique. Quant à la cocaïne, elle a une action directe sur l'activité des neurones dopaminergiques (10). Elle inhibe la recapture de la dopamine et entraîne une augmentation de sa concentration dans la fente synaptique. La consommation répétée de substances psychoactives induit une altération du circuit de récompense et entraîne des modifications du comportement conduisant au développement de l'addiction. Cependant, ces modifications de concentration de dopamine ne suffisent pas à elles seules d'expliquer l'addiction.

2.1.2. Le triangle multifactoriel de Claude Olievenstein

Claude Olievenstein, né en 1935, est un psychiatre français spécialisé dans le traitement de la toxicomanie. Il crée en 1971, un centre d'accueil et de soins pour les toxicomanes non alcooliques. Olievenstein instaure une prise en charge individuelle, personnalisée, basée sur l'histoire de chacun (11). Il crée un outil qui permet d'appréhender la consommation du produit dans une vision globale en tenant compte de l'individu, de la nature du produit et du contexte dans lequel le produit est consommé : le triangle multifactoriel d'Olievenstein [Figure 3]. L'articulation de ces trois axes permet de mieux comprendre le consommateur et de savoir si l'usage du produit est fait de manière modérée ou abusive. L'analyse des facteurs de risques liés à ces trois éléments permet de poser un diagnostic et d'orienter la prise en charge du patient [Annexe 1] (12).

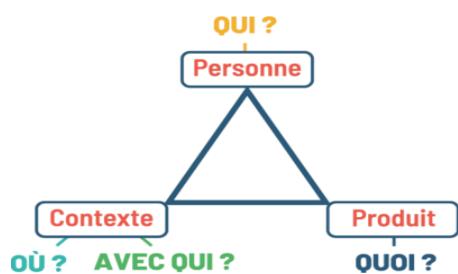


Figure 3 : Le triangle multifactoriel d'Olievenstein

2.2. Les structures de prise en charge ambulatoire en addictologie

2.2.1. Le secteur médico-social spécialisé en addictologie

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), créés 2002, sont mis en place progressivement à partir de 2006, regroupant les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) (13,14). Ils accueillent les personnes et leur entourage, qui rencontrent des difficultés avec leur consommation de substances psychoactive (licite ou non) ou qui ont une addiction sans substance (tels que les jeux pathologiques). Les CSAPA peuvent être spécialisés mais doivent assurer la prise en charge de toutes les addictions. Ils doivent remplir plusieurs missions (obligatoires et non obligatoires) adaptées aux moyens et besoins de leur secteur. On compte environ 500 CSAPA en France (6).

Cet établissement médico-social se caractérise par sa proximité (cinq centres dans le Maine-et-Loire), sa pluridisciplinarité (professionnels de santé et travailleurs sociaux), ainsi que par son accompagnement dans la durée (il n'y a pas de durée maximale de prise en charge). Parmi les missions obligatoires, les CSAPA doivent assurer l'accueil, l'information, l'évaluation (médicale, psychologique et sociale) ainsi que l'orientation de la prise en charge (au sein de l'établissement ou dans une structure plus adaptée). De plus, chaque personne prise en charge doit bénéficier d'une séance sur les risques encourus lors de la consommation (prévention des risques infectieux, overdose...) (15). En 2022, 50% des patients reçus en CSAPA ont consulté pour une addiction à l'alcool, 17% pour le cannabis et 11% pour les opioïdes (6).

Les centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) sont des établissements médico-sociaux accueillant des usagers de drogues qui ne veulent pas forcément s'engager dans un parcours de soins. Il s'agit le plus souvent de personnes précaires et marginalisées. L'intention est de réduire les risques de transmissions des infections liés à l'usage des drogues. Les infirmiers et les éducateurs des CAARUD dispensent des soins et distribuent du matériel de réduction de risques (type Stéribox®) car la consommation par voie injectable expose à des abcès et à des risques de contamination par le VIH, le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C (15).

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) accueillent les jeunes consommateurs et leur entourage et proposent une évaluation des consommations et des risques associés, un accompagnement pour prévenir une consommation problématique et une aide dans la réduction ou l'arrêt des consommations. Ces consultations ont lieu dans les CSAPA, centres hospitaliers ou autres lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes (16).

Dans le Maine-et-Loire, les CSAPA, CAARUD et CJC sont gérés par l'association ligérienne d'addictologie (ALiA). Elle a été créée en 2009, à la suite du regroupement de trois associations : l'association angevine d'aide aux toxicomanes, l'association Soleil Levant (toxicomanie) et l'association d'alcoologie du Maine-et-Loire (17).

2.2.2. Le secteur libéral

Les médecins généralistes peuvent prendre en charge les patients ayant une addiction (16). Certains sont investis en addictologie et travaillent en collaboration avec les services d'addictologie, les CSAPA et les équipes de liaison et de soins en addictologie (milieu hospitalier). Cependant ils n'ont pas le monopole de prescription lors d'une initiation de traitement telle que la méthadone (18).

Les addictologues libéraux encore peu nombreux en France peuvent prendre en charge les patients (16). Cependant les consultations ne sont pas systématiquement remboursées dans leur intégralité (selon les dépassements d'honoraires pratiqués).

Les psychologues et les psychiatres spécialisés en addictologie peuvent également recevoir les patients avec une addiction. Ils permettent de compléter la prise en charge du patient afin qu'elle soit pluridisciplinaire (16).

Les pharmaciens, grâce à leur proximité de soins, permettent de répondre aux attentes des patients et ont un rôle essentiel dans l'accompagnement du patient (16).

2.3. Instauration du traitement

Il existe plusieurs prises en charge en fonction des addictions. Pour cette étude, la prise en charge des patients ayant une addiction aux opioïdes sera uniquement évoquée. La mise en place d'un sevrage peut se faire en plusieurs temps : la prise de contact, l'évaluation clinique, l'évaluation sociale et le projet de soins.

2.3.1. La prise de contact

Lorsque la consommation de substance devient problématique, la personne peut faire le choix de diminuer ou d'arrêter sa consommation seule ou bien de se faire aider par un professionnel de santé. La demande d'une prise en charge peut être de diverses raisons: par la personne addictive ou un proche, par un médecin ou une assistante sociale qui a fait un signalement auprès de l'agence régionale de santé ou bien dans un cadre judiciaire, où la personne est contrainte de suivre un sevrage (19). Qu'importe la raison de cette rencontre, le patient a une prise de conscience (même faible) sur son impuissance à se libérer seul de cette addiction. Le soignant doit alors saisir cette opportunité pour créer une relation thérapeutique avant même d'évoquer le parcours de soins. Il peut instaurer par la suite une « alliance thérapeutique ». Cette alliance se définit par une collaboration entre le patient et le thérapeute pour atteindre des objectifs de santé fixés conjointement (20). Cette alliance thérapeutique ne s'applique pas qu'aux addictions. Elle est utilisée par les professionnels de santé pour toutes pathologies.

2.3.2. L'évaluation clinique

Afin d'organiser au mieux les soins, le professionnel de santé doit faire un constat clinique du patient. Pour commencer, il est nécessaire de faire une analyse sur la psychologie du patient. Ceci peut demander plusieurs consultations et ainsi définir le cadre psychothérapeutique de la prise en charge. S'en suit, l'évaluation de la dépendance qui ne pourra se faire qu'une fois la relation thérapeutique installée avec le médecin. L'évaluation commence par l'histoire du patient avec le produit au début de la consommation : l'histoire personnelle, le contexte et le produit (Triangle d'Olievenstein) ainsi que son parcours : doses, doses maximales, voies d'administration, autres produits associés. L'évocation des accidents ou overdoses permet d'avoir des indices sur la sévérité de la dépendance. La codépendance à d'autres substances doit être systématiquement recherchée car elle est fréquente. De la même manière que pour les opioïdes, l'histoire de la relation avec ces autres substances doit être abordée.

Internationalement, deux supports sont utilisés pour évaluer la dépendance d'un patient :

- la classification internationale des maladies. En 2019, est apparue la 11^{ème} édition (**CIM-11**) (21) ;
- le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. La 5^{ème} version (**DSM-5-TR**) cite onze critères pour diagnostiquer un trouble de la consommation [**Annexe 2**] (22). Le nombre de critères qui correspondent au patient permet de déterminer le niveau de sévérité de dépendance.

2.3.3. L'évaluation sociale initiale

L'évaluation sociale a autant d'importance que l'évaluation clinique. Afin d'assurer une prise en charge à long terme, il est nécessaire de connaître la situation sociale du patient (23). Une situation sociale se caractérise par la couverture sociale, l'ouverture de ses droits, la situation financière (éventuelles dettes liées à la consommation), la formation professionnelle, le type de logement ainsi que la situation judiciaire. Les liens familiaux et sociaux doivent également être renseignés. Une personne ayant une ou des addictions a tendance à se replier sur elle-même, son quotidien étant dicté par la consommation de la substance. Les liens familiaux et sociaux peuvent être rompus. Il est important que le patient puisse avoir accès à une assistante sociale, au logement, à l'emploi afin de recréer des relations sociales et une réinsertion. Ceci fait partie du rôle pluridisciplinaire du parcours de soins (24).

2.3.4. Le projet de soins

Le projet de soins a pour objectif de modifier la consommation et les habitudes de vie du patient afin d'améliorer ses compétences psychosociales, diminuer les prises de risques liées à sa consommation et donc de trouver une meilleure qualité de vie. Lors de l'élaboration de ce projet, le professionnel de santé peut évoquer au patient des objectifs à court, moyen et long terme afin de l'orienter dans son parcours de soins. Les objectifs cités par l'HAS sont les suivants (24) :

- Soulager un état de manque douloureux ;
- Assurer une gestion personnelle de la dépendance ;
- Diminuer, voire cesser la consommation des opiacés en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance de substitution ;
- Parvenir à une abstinence complète d'opiacés, y compris de tout TAO ;
- Parvenir *in fine* à la résolution complète de toute problématique de mésusage de substances psychoactives.

Ces objectifs sont donnés à titre indicatif et peuvent évoluer au cours du traitement. Le patient peut, initialement ou pendant son traitement, se retrouver face à une situation particulière comme la précarité, une grossesse en cours, en détention ou en situations irrégulières. Tous ces facteurs peuvent évoluer et bouleverser le parcours de soins initialement établi. C'est pour cela qu'il est important de ne pas figer les objectifs et qu'il faut savoir les adapter à *l'instant t*. Un parcours de soins peut être long, stagnant, et parsemer de rechutes mais ce n'est pas pour autant qu'il faut les considérer comme des échecs. Un patient peut avoir un TAO au long court, sans avoir pour objectif d'arrêter le traitement voire une consommation en parallèle de substances. L'objectif principal est qu'il retrouve une qualité de vie sans prise de risque (24).

3. Le traitement par agonistes opioïdes

3.1. Le sevrage

Le sevrage se définit comme l'arrêt de la consommation du produit. Il peut être complet ou partiel. L'ensemble de symptômes traduisant un état de manque est appelé « syndrome de sevrage ». Ils dépendent de la substance et de la dose consommée avant l'arrêt. Les symptômes peuvent être physiques et psychiques (variables en fonction des substances consommées).

Les opioïdes entraînant une dépendance psychique et physique, le syndrome de sevrage se traduit par plusieurs symptômes (25):

- **Symptômes psychiques :** anxiété, irritabilité, recherche du produit, trouble du sommeil ;
- **Symptômes physiques :** augmentation de la fréquence respiratoire, augmentation de la sudation, bâillements, rhinorrhée, larmoiement, mydriase, crampes d'estomac, douleurs musculaires, horripilation, accélération du transit, vomissements.

En fonction du produit consommé, ces symptômes peuvent apparaître en quelques heures voire quelques jours.

Actuellement en France, le sevrage des différentes substances se fait par des traitements symptomatiques. Pour la famille des opioïdes, il existe un traitement de substitution, aujourd'hui appelé traitement par agonistes opioïdes (TAO).

3.2. Les médicaments de substitution disponibles à l'officine

En France, les médicaments de substitution obtiennent leur autorisation de mise sur le marché en 1995. La France fait face, depuis les années 80, à l'épidémie du VIH et plus particulièrement chez les toxicomanes échangeant des seringues contaminées (26). A cette époque, ces médicaments sont commercialisés dans l'unique but d'aider les personnes à diminuer voire arrêter leur consommation d'opioïdes. Cependant quelques années plus tard, le traitement est recentré sur l'amélioration des compétences psychosociales du patient et donc sur sa qualité de vie. Ces médicaments peuvent être prescrits au long cours, tel un traitement chronique. Actuellement en France, il existe deux principes actifs sur le marché : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD). Ces médicaments sont uniquement prescrits aux patients dépendants aux opioïdes comme l'héroïne, la morphine, la codéine etc.

3.2.1. La méthadone

La méthadone est commercialisée sous différentes formes galéniques (sirop et gélule) et à différents dosages. La forme sirop est sur le marché depuis 1995 alors que les gélules le sont depuis 2007. La seule indication de la méthadone est le traitement de substitution aux opioïdes lors d'une dépendance majeure. La forme sirop est prescrite en initiation de traitement et les gélules sont uniquement prescrites lors d'un relais de la forme sirop chez les patients traités depuis au moins un an et stabilisés. La méthadone est un agoniste des récepteurs opioïdes sans effet plafond. Elle provoque les mêmes effets que la morphine mais avec des propriétés euphorisantes plus faibles. La posologie se situe habituellement entre 60mg à 100mg par jour même si des

dosages plus élevés peuvent être prescrits. La méthadone doit faire preuve de vigilance auprès des professionnels de santé car elle présente de nombreuses interactions médicamenteuses, notamment avec les médicaments torsadogènes (27).

Plusieurs effets secondaires peuvent subvenir lors de la mise en place du traitement comme l'euphorie, les vertiges, la somnolence, la sédation, des troubles digestifs, l'hypersudation, la dysurie et l'œdème. En phase d'entretien, certains effets sont toujours présents (hypersudation, nausées, constipation). Les signes évocateurs de surdosages sont le myosis, la somnolence, l'hypotension artérielle, la bradycardie, la dépressions respiratoire, l'œdème pulmonaire pouvant conduire au coma (27). En cas de surdosage, la naloxone peut être administrée comme antidote (27).

L'utilisation de la méthadone au cours de la grossesse est possible, quel que soit le terme (28). Lors d'une prise chronique en fin de grossesse, le nouveau-né peut développer un syndrome de sevrage quelques heures voire quelques jours après l'accouchement. La méthadone passant dans le lait maternel, l'allaitement pourra alors prévenir la survenue de syndrome de sevrage (29).

3.2.2. La buprénorphine haut dosage

La buprénorphine haut dosage (BHD) est commercialisée sous différents dosages et différentes formes :

- Comprimé sublingual (Subutex® (1996) et génériques (2006))
- Lyophilisat/Film orodispersible (Orobupré® (2018))
- Comprimé sublingual en association avec la naloxone (Suboxone® (2012)).

La seule indication de la BHD est le traitement de substitution de la pharmacodépendance aux opioïdes. La buprénorphine est un agoniste-antagoniste des récepteurs opioïdes. Sa liaison lentement réversible minimiserait le besoin des toxicomanes en stupéfiants (30). La posologie maximale est de 24 mg/jour. La BHD a démontré un « effet plafond » sur l'euphorie et la dépression respiratoire. Si le patient augmente la dose par mésusage, l'état euphorique atteindra un plafond (30). La BHD doit faire preuve de vigilance auprès des professionnels de santé car elle présente de nombreuses interactions médicamenteuses ainsi que des contre-indications notamment en cas d'insuffisance hépatique et respiratoire (30).

La biodisponibilité de la voie sublinguale et orodispersible ne sont pas équivalentes. L'interchangeabilité sans avis médical entre les deux formes est donc interdite (31). Le film Orobupré® est plus discret, se dissout plus vite, et rend le détournement (injection, sniff) beaucoup plus difficile que Subutex®.

Plusieurs effets secondaires peuvent subvenir lors de la prise de BHD comme des infections, des insomnies, des céphalées, des nausées, des douleurs abdominales, une hypersudation. La sédation, le myosis, l'hypotension, les nausées et vomissements sont des symptômes qui surviennent en cas de surdosage. Celui-ci peut également provoquer une dépression respiratoire et une dépression du système nerveux central (SNC) pouvant conduire à l'arrêt respiratoire et la mort. La naloxone peut être administrée comme antidote afin d'atténuer les symptômes de surdosage (30).

L'utilisation de la BHD au cours de la grossesse est possible, quel que soit le terme (32). Si la prise est chronique en fin de grossesse, le nouveau-né peut développer un syndrome de sevrage quelques heures après l'accouchement. Une faible quantité de BHD passe dans le lait maternel. L'allaitement peut être envisagé mais ne permettra pas la survenu de syndrome de sevrage du nourrisson (33).

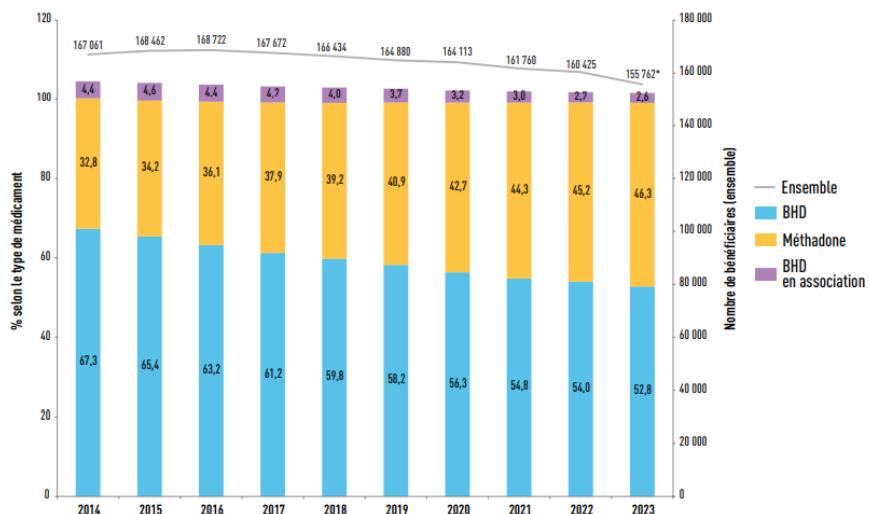
Le but de l'association de la BHD avec la naloxone est d'empêcher le mésusage. La naloxone, antagoniste des récepteurs opioïdes, empêche l'action des opioïdes administrés par voie intraveineuse (34). La naloxone est complètement métabolisée et n'entraîne pas d'effets pharmacologiques sur le patient (34).

Par son effet antagoniste, la naloxone seule peut être administrée par voie intraveineuse ou nasale comme antidote pour atténuer les symptômes de surdosage (34). Deux spécialités, disponible à l'officine, sont ainsi indiquées dans le traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes : NYXOÏD® (spray nasal), PRENOXAD® (injectable en intra-musculaire) (35,36).

3.2.3. Statistiques de prescription

L'OFDT a publié un tableau de bord sur les traitements de substitution aux opioïdes regroupant de nombreuses données. Une partie importante des données proviennent de l'Échantillon Généraliste des Bénéficiaires Simplifié (EGBS). Il s'agit d'un échantillon permanent représentatif des bénéficiaires de l'assurance maladie qui apporte des renseignements sur les patients. Les chiffres suivants sont basés sur le rapport de l'OFDT, sur les « traitements par agonistes opioïdes en France – Bilan 2024 » (37).

En France, en 2023, 155 762 personnes ont bénéficié d'un remboursement de TAO en soin ambulatoire [Figure 4]. Plus de la moitié des bénéficiaires ont une délivrance de BHD seule mais cette part tend à diminuer au cours des années. Les bénéficiaires de méthadone augmentent au fil des années. Quant à la BHD en association, il n'y a pas d'évolution au cours des années.



La répartition selon le type de médicament est supérieure à 100 % puisque certains patients peuvent bénéficier de deux ou trois types différents de TAO.
*A partir de 2023, les données ont été calculées directement à partir du SNDS. Elles étaient auparavant issues de l'Open Medic (base complète sur les dépenses de médicaments inter-régimes).

Source : données Open Medic Cnam 2014 – 2022, SNDS - exploitation OFDT 2023

Figure 4 : Évolution du nombre de bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement de traitement par agonistes opioïdes en ville dans l'année suivant le type de médicament entre 2014 et 2023

En 2023, 76,1% des bénéficiaires d'un remboursement de TAO en ville étaient des hommes. Les 35-54 ans représentaient les deux tiers des bénéficiaires [Figure 5]. L'âge moyen était de 45,7 ans soit +9,1 ans par rapport à 2011 Ce vieillissement pourrait s'expliquer par la poursuite du traitement au long cours ainsi que l'initiation du traitement tardif. D'après l'OFDT, « *On peut faire l'hypothèse d'un recul de l'âge des premières consommations d'héroïne et d'un recours plus tardif à un médecin prescripteur de TAO compte tenu de la large disponibilité des médicaments sur le marché de rue* ».

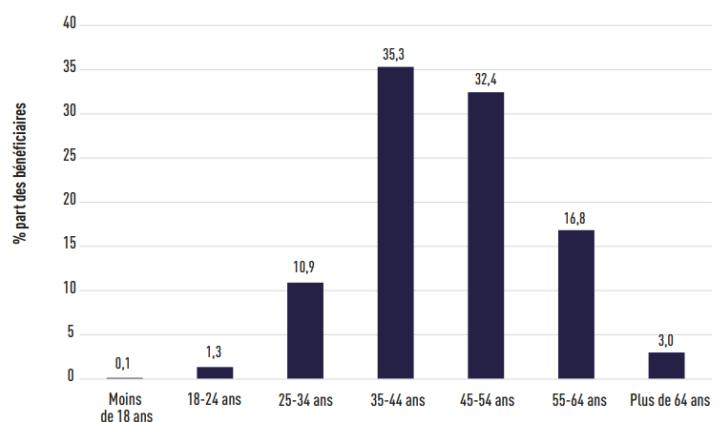


Figure 5 : Répartition par classe d'âge des bénéficiaires de TAO en 2023 (en %)

Parmi les bénéficiaires de TAO, 32% sont affiliés à la complémentaire santé solidaire. Ce qui sous-entend que ces personnes ont un faible revenu ou ne travaillent pas, pouvant être recluses et marginalisées. Environ un tiers des personnes ayant un TAO ont une prise en charge pour une affection longue durée (ALD), 29% justifiés par un trouble psychiatrique, 5,3% pour une hépatite virale chronique et 3,4% des cas pour une infection par le VIH.

La Belgique et les Pays-Bas sont des pays européens de stockage et de redistribution de l'héroïne (38). De par leur proximité géographique, le marché de l'héroïne se localise en majorité à l'Est et au Nord de la France. Ceci explique que les régions Grand-Est et Bourgogne-Franche-Comté ont les plus grandes parts de patients bénéficiant d'un TAO en ville [Figure 6].

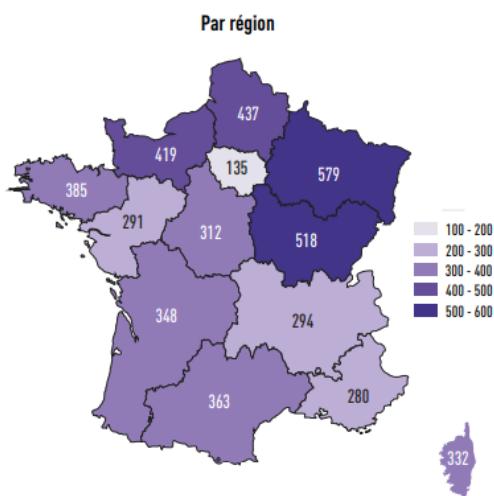


Figure 6 : Nombre de bénéficiaires de TAO en ville pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans en 2023, en France métropolitaine

Concernant la méthadone, 76,4% des bénéficiaires traités ont eu un traitement exclusivement sous forme gélules, 16,1% exclusivement sous forme sirop et 7,5% ont eu un remboursement de la forme sirop et gélule dans la même année. Étant donné que la forme gélule est indiquée en relais de la forme sirop après un an de stabilité, ces résultats laissent supposer que les patients sous méthadone sont en grande majorité stabilisés. En 2023, la médiane des doses quotidiennes moyennes selon leur délivrance est de 50 mg/j, doses en dessous des doses recommandées (60 – 100 mg/jour).

Pour la BHD, 61,1% des bénéficiaires ont eu un remboursement de la forme princeps (Subutex®). Cette faible substitution par le générique s'explique par l'exclusion du Subutex® de la substitution générique, celui-ci étant classé parmi les médicaments à marge thérapeutique étroite (39). Mais il se peut que le Subutex® soit détourné de son usage (40). En effet, des enquêtes montrent que les TAO peuvent être détournés pour un usage non conforme (inhalé, injecté, sniffé). Le comprimé de Subutex® est plus gros que celui des génériques et peut donc être plus facilement divisible et écrasable. En 2023, la médiane de la dose quotidienne moyenne parmi les bénéficiaires de BHD (seule ou en association) est de 8 mg/jour. Cette dose est la valeur faible des doses recommandées (8 – 24 mg/jour).

Concernant le nombre de professionnels rencontrés au cours de l'année 2023, les résultats montrent que les patients sont en majorité stables. Plus de la moitié des patients ont consulté un seul prescripteur et sont allés dans une pharmacie pour se procurer leurs médicaments [Figure 7]. La prescription d'un TAO par plusieurs prescripteurs et la délivrance dans plusieurs pharmacies sont des indicateurs de nomadisme et d'un possible mésusage du produit.

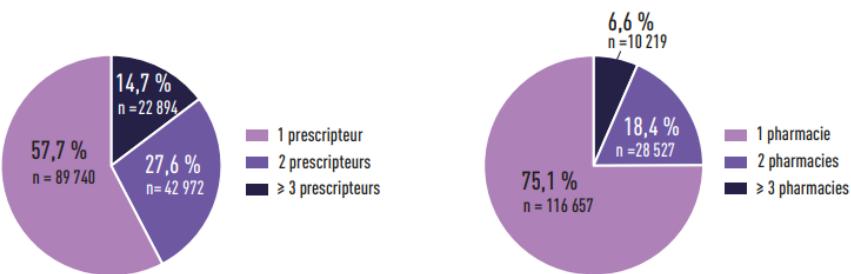


Figure 7 : Nombre de bénéficiaires selon le nombre de prescripteurs consultés et selon le nombre de pharmacies en 2023

3.3. La dispensation à l'officine

Les traitements par agonistes opioïdes sont délivrés en ambulatoire dans les pharmacies d'officine ainsi que dans les CSAPA. En effet les CSAPA peuvent délivrer des médicaments en lien avec leur prise en charge tels que les TAO, les substituts nicotiniques, les psychotropes etc. Pour les patients pris en charge en CSAPA, l'initiation de traitement peut se faire au sein de la structure. Ceci permet d'avoir le ressenti du patient sur son sevrage et d'ajuster le dosage jusqu'à trouver celui qui convient le mieux au patient (41).

En France métropolitaine, on dénombre aujourd'hui plus de 20 000 officines (42). Avec environ 155 000 bénéficiaires d'un TAO en ambulatoire, une officine a en moyenne sept patients avec un TAO. Selon le parcours de soins du patient, l'équipe officinale peut dispenser un TAO soit lors d'une primo-prescription soit dans le cadre

d'une poursuite de traitement (traitement déjà dispensé à l'officine). Dans le cas d'une primo-prescription ambulatoire, deux situations sont possibles : le patient peut se présenter pour débuter un traitement initié par un médecin généraliste (BHD) ou par un spécialiste (méthadone ou BHD) ; ou bien il peut déjà avoir commencé son traitement au sein d'un CSAPA ou en milieu hospitalier, que ce soit par méthadone ou par BHD.

D'après l'article L162-4-2 datant de 2008, « *La prise en charge par l'assurance maladie de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage [...] est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au prescripteur, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription qui doit alors être exécutée par ce pharmacien* » (43).

La méthadone étant classée comme « stupéfiant » et la BHD comme « assimilé stupéfiant », ces médicaments ont une réglementation spécifique et stricte. Voici présentées ci-dessous, les différentes règles de délivrance (44).

Pour qu'une **ordonnance** de stupéfiants ou assimilés stupéfiants soit recevable au comptoir, elle doit remplir plusieurs critères. Le support doit être une ordonnance sécurisée, fabriquée par un éditeur agréé « Association Française de NORmalisation » (AFNOR). Elle doit être rédigée en toutes lettres et des mentions obligatoires doivent y figurer [**Annexe 3**]. Depuis 2022, les professionnels de santé sont autorisés à prescrire de manière dématérialisée grâce aux ordonnances numériques, appelées « e-prescription » (45). Les TAO peuvent être prescrits sur ce type d'ordonnance, sécurisée par un QR code.

Un fois le traitement initié par un médecin spécialiste d'un centre ou hospitalier, un médecin de ville peut prendre le relais. Dans ce cas, le primo-prescripteur peut déléguer la prescription à un médecin généraliste choisi avec le patient. Le médecin généraliste relais est en droit de modifier les posologies pour accompagner au mieux son patient. Lors de la première prescription du médecin généraliste, le patient devra présenter deux ordonnances à l'officine : l'**ordonnance de délégation** du primo-prescripteur et l'ordonnance du médecin généraliste [**Annexe 4**].

La **durée de prescription** maximale est de vingt-huit jours (sauf pour la méthadone sirop qui est limitée à quatorze jours), non renouvelable. L'ordonnance doit être présentée dans les trois jours suivant la prescription (J+3) pour qu'elle puisse être exercée dans sa totalité (**délai de carence**). Au-delà, le pharmacien sera amené à déconditionner la spécialité pour délivrer le nombre exact d'unités nécessaires pour couvrir la durée restante. La BHD étant classée comme un assimilé stupéfiant, relevant de la liste I des substances vénéneuses, le délai maximal de présentation de l'ordonnance pour ces spécialités est de trois mois et le déconditionnement n'est pas obligatoire (46).

La réglementation impose une délivrance de sept jours maximums pour la méthadone et la BHD. Si ce **fractionnement** ne correspond pas aux attentes du patient, le prescripteur peut indiquer la durée du fractionnement souhaitée (de quotidien à la totalité de l'ordonnance en une seule fois). Dans le cas où le patient ne souhaite aucun fractionnement, le prescripteur doit apposer sur l'ordonnance la mention expresse « délivrance en une seule fois ». Le délai de carence est également applicable lors des fractionnements. Les pharmaciens sont donc amenés à recevoir un patient quotidiennement pour la dispensation de TAO. Dans ce cas, le médicament peut être administré à l'officine.

D'après l'article R5132-33 « *Une nouvelle ordonnance ne peut être ni établie ni exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement par une mention expresse portée sur l'ordonnance* ». La mention expresse est « *chevauchement autorisé* ».

Le pharmacien doit faire preuve de vigilance face à cette réglementation spécifique et stricte. De plus, cette réglementation n'est pas la même pour tous les médicaments classés comme « stupéfiants » et « assimilés stupéfiants » (durée maximale de prescription, fractionnement). Le site Internet Meddispar met à disposition des tableaux récapitulatifs sur la délivrance des stupéfiants et assimilés [**Annexe 5** ; **Annexe 6**].

En plus de la réglementation, le pharmacien ne doit pas oublier ses missions comme contribuer à l'éducation thérapeutique du patient (47). Cette éducation passe par la compréhension de la maladie et des traitements, la promotion du bon usage du médicament, le soutien et l'accompagnement des patients, etc. Le pharmacien doit par exemple donner des informations sur la conservation du produit, des conseils sur l'administration ainsi que les potentiels effets secondaires du médicament [**Annexe 7**].

4. L'objet d'étude

Même si les TAO sont sur le marché depuis trente ans, j'ai pu observer au cours de mes stages et de mes expériences professionnelles que les pratiques de dispensation des TAO à l'officine sont hétérogènes. Malgré le code de déontologie qui indique que « *le pharmacien doit faire preuve de dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art* », les préjugés sur les toxicomanes sont encore présents. Même si la législation reste stricte et respectée, le rôle du pharmacien est de dispenser et non simplement de délivrer des médicaments. La dispensation du médicament inclut l'analyse de l'ordonnance, la préparation des doses et la fourniture d'informations au patient (48).

Cette étude cherchera à évaluer si la prise en charge d'un patient sous TAO à l'officine est la même qu'un autre patient chronique. A travers cette problématique, ce sont le ressenti du pharmacien sur sa prise en charge des patients avec un TAO, et le vécu du patient au comptoir qui seront évalués puis comparés.

Matériel et méthode

Cette partie présentera les méthodes d'évaluation de l'étude. Un questionnaire a été réalisé pour les pharmaciens et un second questionnaire, destinés aux patients.

1. Questionnaire diffusé auprès des pharmaciens

Pour mesurer la prise en charge des patients sous TAO, il était indispensable d'avoir le ressenti du pharmacien sur sa pratique au comptoir. Afin d'avoir une meilleure représentativité vis-à-vis de la pratique officinale, cette étude observatoire a été menée nationalement auprès de tous les pharmaciens (titulaires, adjoints et étudiants) français. Pour réaliser cette étude, ce questionnaire a été diffusé au format numérique à l'aide de Microsoft Forms™ [[Annexe 8](#)].

Ce questionnaire a été transmis sur Internet par divers canaux de diffusion tels que les réseaux sociaux (Facebook et LinkedIn), par mails aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et à des connaissances personnelles. Celui-ci est resté accessible pendant douze semaines, du 24 mars au 15 juin 2025.

Afin d'optimiser le nombre de réponses, le questionnaire ne devait pas être trop long, le temps de réponses ne devant pas excéder quelques minutes. C'est pour cela, qu'il est constitué essentiellement de questions fermées et de seulement deux questions ouvertes. Dans un premier temps, ce questionnaire anonyme avait pour but de recueillir des informations sur l'officine dans laquelle les pharmaciens travaillaient, telles que sa région, son emplacement, son chiffre d'affaires et le nombre de patients par jour. Dans un deuxième temps, il s'est intéressé au pharmacien lui-même tels que le sexe, l'âge, son poste au sein de l'officine. Et dans la dernière partie, le questionnaire s'est concentré sur sa pratique officinale envers les patients sous TAO. Les questions ouvertes ont permis aux pharmaciens de s'exprimer sur les raisons de leur éventuelle méfiance envers ces patients ainsi que sur les supports qu'ils pouvaient utiliser lors de la dispensation au comptoir.

Les variables quantitatives (typologie de l'officine, des répondants et de leur pratique officinale) seront décrites en effectifs et pourcentages puis certaines seront comparées à l'aide du test de Chi².

2. Questionnaire diffusé auprès des patients

Ce deuxième questionnaire avait pour objectif d'être comparé aux réponses des pharmaciens afin d'avoir le recueil des deux visions, celle du professionnel de santé et celle du patient. Il était important d'avoir le ressenti du patient sur sa prise en charge au comptoir. Ce questionnaire s'est basé sur le concept « PREMS » (*Patients-reported experiences measures*) qui mesure la perception des patients sur leur expérience des soins.

Afin d'avoir le recueil de réponses de manière anonyme et non biaisé, ce questionnaire n'a pas pu être diffusé dans les officines. Le choix s'est donc tourné auprès des CSAPA, qui accueillent plusieurs patients sous TAO par jour. Afin de garder une proximité pour d'éventuels déplacements au sein des CSAPA, le questionnaire a été envoyé aux CSAPA du Maine-et-Loire (Angers, Cholet et Saumur) et d'Indre-et-Loire (Tours, Langeais, Chinon). Dans un premier temps, le but était de mettre le questionnaire en format papier dans la salle d'attente

afin que les patients puissent y répondre avant leur rendez-vous. Pour les CSAPA rencontrant des patients ayant plusieurs types d'addictions, cette proposition leur a paru discriminante. Le questionnaire était donc proposé par les professionnels de santé aux patients à la fin de leur consultation [**Annexe 9**]. Celui-ci se présentait sous format papier ou numérique *via Microsoft Forms™* (le patient devait scanner un QR code avec son smartphone pour y accéder). Les résultats papiers obtenus ont ensuite été informatisés pour les exploiter sur Microsoft Forms™. Ce questionnaire a été disponible pendant trois mois, du 24 mars au 30 juin 2025.

Le questionnaire étant distribué à la fin d'un rendez-vous, celui-ci ne devait pas être trop long, le temps de réponses ne devant pas excéder quelques minutes. C'est pour cela, qu'il est constitué essentiellement de questions fermées (à choix simple ou multiple) et de seulement une question ouverte. Dans un premier temps, ce questionnaire anonyme avait pour but de recueillir des informations sur le patient, telles que son sexe, son âge, son TAO. Puis dans un deuxième temps, il s'est concentré sur le choix de l'officine, et dans un troisième temps sur le ressenti du patient dans la pharmacie. A la fin du questionnaire, une question ouverte était proposée au patient afin qu'il puisse s'exprimer sur un axe d'amélioration de sa prise en charge au comptoir.

Les résultats obtenus feront l'objet d'une analyse descriptive afin de mettre en évidence les principales tendances et caractéristiques observées.

Résultats

1. Le ressenti du pharmacien sur sa prise en charge au comptoir

Le mode de diffusion du questionnaire a permis de récolter un faible nombre de réponses (179) malgré de nombreuses relances. Mais les principaux résultats, émanant de toutes les régions de France, permettent d'évaluer le ressenti du pharmacien sur sa prise en charge au comptoir des patients ayant un TAO.

1.1. Analyse des officines

Le tiers des pharmaciens ayant répondu au questionnaire travaillent dans des officines qui se situent dans le quart Nord-Est de la France ainsi qu'en Pays-de-la-Loire [Figure 8] et un peu plus de la moitié (54,2%) se situant en zone urbaine [Tableau III]. Concernant leur localisation par rapport à une structure qui prend en charge les addictions aux opioïdes, 41,9% en sont proches.

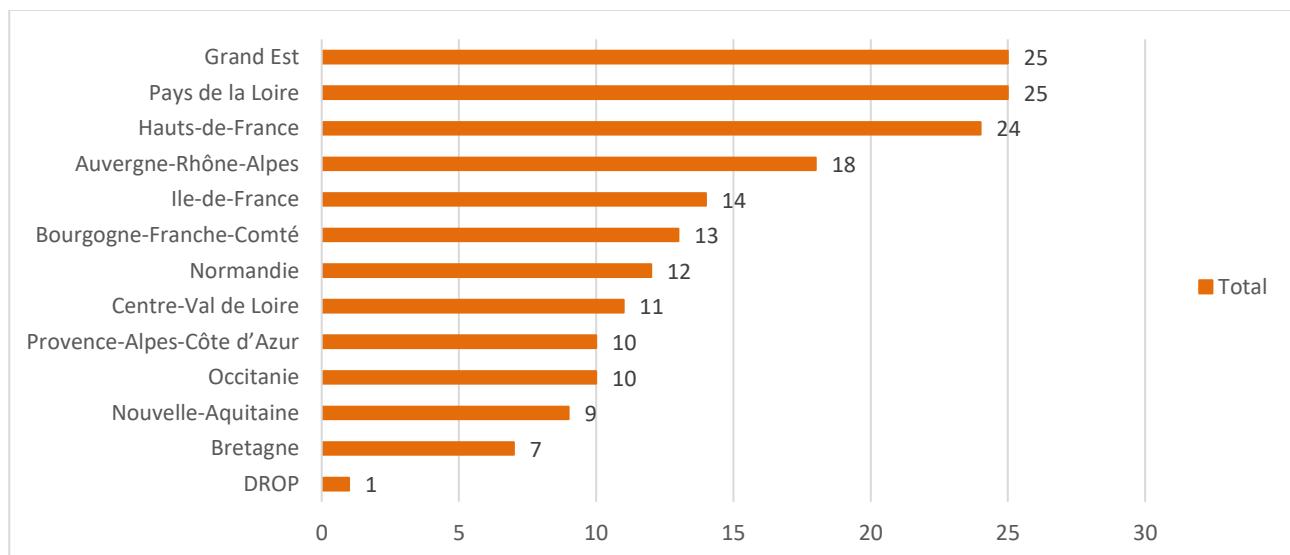


Figure 8 : Nombre de réponses collectées en fonction des régions

Tableau III : Localisation de l'officine

Réponses N =179 (%)	
Quel est le type de l'officine ?	
Rurale	82 (45.8)
Urbaine	97 (54.2)
Où se situe l'officine ?	
Proche d'une structure prenant en charge les addictions aux opiacées	75 (41.9)
Proche d'aucune structure	104 (58.1)

D'après le tableau suivant [Tableau IV], plusieurs aspects sur la typologie des officines peuvent être relevés. Plus d'une pharmacie sur deux a un chiffre d'affaires entre 1,3 et 2,6 millions d'euros par an, avec une moyenne de deux pharmaciens équivalents temps plein. 44.7% des pharmacies ont cinq patients ou moins avec un TAO. Dans une pharmacie sur deux, ce sont les pharmaciens et les préparateurs qui servent les patients avec un TAO contre 21,8% où ce sont uniquement les pharmaciens qui délivrent les TAO. Dans un tiers des pharmacies, un patient peut être servi par plus de six personnes différentes pour la dispensation de son traitement.

Tableau IV : Typologie des officines

		Réponses N =179 (%)
Quel est le chiffre d'affaires de la pharmacie ?		
<1.3 millions d'euros		22 (12.3)
Entre 1,3 et 2,6 millions d'euros		97 (54.2)
Entre 2,6 et 3,9 millions d'euros		33 (18.4)
>3.6 millions d'euros		27 (15.1)
En moyenne, combien de patients servez-vous par jour ?		
<100		18 (10.0)
[100 ;199]		82 (45.8)
[200 ;299]		44 (24.6)
>300		35 (19.6)
Combien avez-vous de patients sous TAO ?		
≤5		80 (44.7)
[6 ;10]		39 (21.8)
[11 ;15]		24 (13.4)
>15		36 (20.1)
Au sein de votre équipe, combien de personnes délivrent des TAO au comptoir ?		
[1 ;5]		117 (65.4)
[6 ;9]		50 (27.9)
>10		12 (6.7)
Qui délivre les TAO au comptoir ?		
Uniquement les pharmaciens		39 (21.8)
Pharmaciens et préparateurs		89 (49.7)
Pharmaciens, préparateurs, étudiants		51 (28.5)

Suite à ces précédents résultats, un test du Chi² a été réalisé afin de savoir s'il y avait une indépendance ou non entre deux critères. Avec un seuil de signification de 5%, on peut conclure qu'il y a une relation significative entre le type d'officine (urbaine ou rurale) et le nombre de patients avec un TAO par officine (p-value = 0.0001). De plus, il y a une relation significative avec un seuil de 5% entre la proximité de l'officine avec une structure prenant en charge les addictions aux opiacés et le nombre de patients avec un TAO par officine (p-value=0.0003).

1.2. Analyse des répondants

Dans un deuxième temps, les questions étaient ciblées sur le pharmacien répondant [Tableau V]. Plus des trois quarts (78%) des répondants sont des femmes. Plus d'un tiers des répondants a moins de 30 ans et 67% des pharmaciens occupent le poste d'adjoint. La moitié des répondants se trouve méfiant à l'égard des patients ayant un TAO. A la question « Pouvez-vous expliquer pourquoi ? », les réponses faisaient principalement état de certaines problématiques liées à la législation : les falsifications d'ordonnances, les demandes de renouvellements trop rapprochées, ainsi que les dépannages dus à des pertes ou vols récurrents de médicaments. Dans un deuxième temps, les pharmaciens abordaient les comportements problématiques des patients comme l'agressivité, les mensonges et la manipulation pour des dépannages de médicaments (parfois dus à une situation précaire avec une absence de droits et de remboursements). Ces comportements engendrent une méfiance accrue surtout envers les nouveaux patients ainsi qu'une difficulté à instaurer la confiance. Ils imposent également au pharmacien d'établir un cadre clair et une surveillance renforcée. Malgré toutes ces réponses, 74% des répondants estiment avoir une relation agréable avec les patients sous TAO contre 9% avec une relation conflictuelle.

Tableau V : Résultats concernant les répondants

		Réponses N =179 (%)
Vous êtes :		
Homme		38 (21.2)
Femme		140 (78.2)
Autre		1 (0.6)
Vous avez :		
<30 ans		67 (37.4)
[30 ;44] ans		72 (40.2)
[45 ;59] ans		32 (17.9)
60 ans et plus		8 (4.5)
Quel est votre poste dans l'officine ?		
Titulaire		56 (31.3)
Adjoint		110 (61.4)
Etudiants		13 (7.3)
Vous trouvez-vous méfiant à l'égard des patients ayant un TAO ?		
Oui, beaucoup		11 (6.1)
Plutôt oui		81 (45.3)
Plutôt non		62 (34.6)
Non, pas du tout		25 (14.0)
Comment considérez-vous la relation avec vos patients sous TAO ?		
Agréable		132 (73.7)
Conflictuelle		17 (9.5)
Inexistante		30 (16.8)

Des tests du Chi² ont été réalisé afin de savoir s'il existait une relation significative entre les différents critères. Pour les besoins du test du Chi², la personne ayant répondu « autre » sera exclu de la stratification sur le sexe et certaines stratifications ont été regroupées. Avec un seuil de signification de 5%, on peut conclure qu'il n'y a pas de relation entre le sexe ou l'âge du pharmacien et sa méfiance à l'égard des patients sous TAO. Le test ne révèle pas une relation significative entre le nombre de patients ayant un TAO par officine et la relation avec les patients. Il n'y a pas de relation significative entre la proximité de l'officine avec une structure prenant en charge les addictions aux opiacées et la relation avec les patients ayant un TAO. De plus, le poste du pharmacien est indépendant de sa méfiance envers les patients sous TAO ni même avec sa relation avec cette patientèle.

1.3. Analyse de leur pratique officinale

La dernière partie du questionnaire était consacrée à la pratique officinale du pharmacien [Tableau VI]. Près d'un pharmacien sur dix estime ne pas prendre assez de temps pour réaliser la dispensation de TAO. A la question « *Pensez-vous avoir la même prise en charge entre un patient avec un TAO et un autre patient chronique ?* », 71% ont répondu positivement et 26% ont répondu « plutôt non ». 43,6 % ont répondu n'être jamais contactés par le prescripteur lors d'une primo-prescription d'un TAO, soit près de la moitié. Parmi ces 43,6 %, 92 % disent ne pas contacter le prescripteur à leur tour. Concernant la perception du rôle du pharmacien dans le parcours de soins d'un patient ayant un TAO, 40% se considèrent comme un fournisseur de médicaments et non comme un membre de l'équipe de soins. Trois pharmaciens sur quatre n'ont pas fait de formation sur la prise en charge des patients avec un TAO et 86% d'entre eux seraient intéressés pour en faire. 94% des pharmaciens n'utilisent pas de supports explicatifs lors de la dispensation. Parmi les 6% restants, certains utilisent des calendriers afin de respecter les délais de délivrance.

Il existe une relation significative (au seuil de 5%) entre la perception du pharmacien dans le parcours de soins et la relation avec les patients sous TAO [Tableau VII]. Les pharmaciens qui se considèrent comme membres de l'équipe de soins ont plus souvent une relation agréable avec leurs patients, tandis que ceux qui se voient comme de simples fournisseurs sont plus représentés dans les relations inexistantes ou moins positives. Il existe également une relation significative (au seuil de 5%) entre la perception du rôle de pharmacien et la réalisation de formations [Tableau VIII]. Autrement dit, les pharmaciens se considérant comme membres de l'équipe de soins ont tendance à manifester plus d'intérêt aux formations.

Tableau VI : Pratique officinale du pharmacien

Réponses N =179 (%)

Au comptoir, pensez-vous prendre le temps nécessaire pour réaliser la dispensation de TAO ?	
Oui, tout à fait	69 (38.6)
Plutôt oui	94 (52.5)
Plutôt non	12 (6.7)
Non, pas du tout	4 (2.2)
Pensez-vous avoir la même prise en charge entre un patient avec un TAO et un autre patient chronique ?	
Oui, tout à fait	59 (33.0)
Plutôt oui	68 (38.0)
Plutôt non	46 (25.7)
Non, pas du tout	6 (3.3)
Le médecin prescripteur prend-il contact avec vous lors d'une première délivrance pour établir un cadre de travail pluridisciplinaire ?	
Oui, à chaque fois	19 (10.6)
Oui, parfois	82 (45.8)
Non, jamais	78 (43.6)
Comment vous percevez-vous en tant que pharmacien dans le parcours de soins du patient ?	
Comme un membre de l'équipe de soins	107 (59.8)
Comme un fournisseur de médicament	72 (40.2)
Avez-vous fait des formations sur la prise en charge des patients sous TAO ?	
Oui	37 (20.7)
Non, mais ça m'intéresserait	122 (68.1)
Non, ça ne m'intéresse pas	20 (11.2)
Utilisez-vous des supports explicatifs lors de la dispensation de TAO ?	
Oui	11 (6.1)
Non	168 (93.9)

Tableau VII : Relation entre la qualité de la relation pharmacien-patient et la perception du rôle de pharmacien dans le parcours de soins du patient

Qualité de la relation pharmacien-patient	Perception du rôle de pharmacien dans le parcours de soins du patient		Total
	Fournisseur de médicaments	Membre de l'équipe de soins	
Agréable	46	86	132
Conflictuelle	8	9	17
Inexistante	18	12	30
Total	72	107	179
Test du Chi² d'indépendance		p = 0,033*	

*significatif à p<0.05

Tableau VIII : Relation entre la perception du rôle du pharmacien et la volonté de suivre une formation TAO

Perception du rôle de pharmacien dans le parcours de soins du patient	Volonté de faire des formations sur la prise en charge des patients sous TAO			Total
	Oui	Non, mais ça m'intéresserait	Non, ça ne m'intéresse pas	
Fournisseur de médicaments	12	47	13	72
Membre de l'équipe de soins	25	75	7	107
Total	37	122	20	179
Test du Chi² d'indépendance		p = 0,045*		

*significatif à p<0.05

2. Le ressenti du patient sur sa prise en charge au comptoir

Malgré de nombreuses relances pendant trois mois auprès des médecins des CSAPA, seulement neuf réponses ont été récoltées. La plupart des médecins n'a pas souhaité diffuser le questionnaire auprès de leurs patients par manque de temps.

2.1. Analyse des répondants

Dans un premier temps, le début du questionnaire était ciblé sur le patient [Tableau IX]. D'après les résultats obtenus, deux tiers des répondants sont des hommes et huit ont plus de 35 ans. Quasiment autant de patients vivent en milieu rural ou urbain. Un tiers des patients prennent leur traitement en officine depuis plus de six ans. Avant d'avoir un TAO, quatre patients allaient déjà régulièrement à la pharmacie.

Tableau IX : Réponses concernant les répondants

		Réponses N =9
Vous êtes :		
Homme		6
Femme		3
Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?		
Entre 20 et 34 ans		1
Entre 35 et 49 ans		5
50 ans et plus		3
Où vivez-vous ?		
En ville		5
A la campagne		4
Depuis combien de temps la délivrance de votre TAO s'effectue en pharmacie ?		
Moins de 1 an		2
Entre 1 et 5 ans		4
Entre 6 et 10 ans		1
Plus de 10 ans		2
Avant d'avoir un traitement de substitution, à quelle fréquence alliez-vous dans une pharmacie ?		
Régulièrement		4
De temps en temps		3
Jamais		2

2.2. Résultats concernant le choix de l'officine

Dans cette deuxième partie, il était intéressant de se pencher sur les raisons qui ont permis aux patients de choisir la pharmacie dans laquelle ils allaient chercher leur traitement [Tableau X]. Dans la plupart des cas, les patients vont chercher leur traitement dans une pharmacie urbaine. A la question à choix multiples, « *Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi cette pharmacie ?* », cinq personnes ont répondu *pour sa localisation*, cinq patients ont répondu *par habitude*, et seulement une personne a fait son choix par *conseil* d'une tierce personne. Dans plus, sept patients prennent d'autres produits dans l'officine et pas uniquement leur TAO. La moitié des patients n'a pas changé d'officine depuis le début du traitement et d'autres ont déjà changé d'officine pour causes de vacances ou déplacements. Aucun n'a changé de pharmacie à cause d'une mauvaise expérience avec l'équipe de l'officine.

Tableau X : Résultats concernant le choix de l'officine

Réponses N =9

La pharmacie dans laquelle vous allez chercher votre TAO se situe :	
En ville	7
A la campagne	2
Dans la pharmacie où vous allez chercher votre traitement de substitution :	
Vous ne prenez que votre traitement de substitution	2
Vous prenez aussi d'autres médicaments ou produits sans ordonnances	7
Vous est-il arrivé de changer de pharmacie au cours de votre traitement ?	
Oui, pour changer de localisation	2
Oui, mais uniquement pour les vacances ou déplacements	2
Non	5

2.3. Analyse sur le ressenti du patient à l'officine

Le ressenti du patient sur sa prise en charge est détaillé dans cette dernière partie du questionnaire [Tableau XI]. D'après les réponses rendues par les patients, huit patients sur neuf pensent être pris en charge de la même manière qu'un autre patient chronique. Tous pensent que le pharmacien prend le temps nécessaire pour la dispensation de leur TAO dont six qui ont répondu « *oui, tout à fait* ». Les trois quarts des patients considèrent avoir une relation agréable avec l'équipe officinale. Plus de la moitié des patients estime que la confidentialité au comptoir n'est pas respectée. Un des patients a relevé que la quantité de boîtes sur le comptoir lors de la dispensation attire l'attention des autres patients. L'espace de confidentialité n'a pas été proposé à six patients alors que quatre d'entre eux accepterait un échange dans celui-ci. Un patient sur trois n'a pas reçu d'explications venant du pharmacien sur les interactions et les effets secondaires de son médicament et un patient sur trois rencontre des difficultés de compréhension sur la règlementation de son traitement. Parmi ces répondants, deux patients n'ont pas reçu d'explication et rencontrent des difficultés de compréhension sur leur traitement. Concernant le rôle du pharmacien, cinq patients estiment que le pharmacien joue un rôle de soutien dans leur parcours de soins contre quatre qui comparent le pharmacien à un fournisseur de médicaments.

Trois patients se sont exprimés sur les axes d'amélioration de leur prise en charge au comptoir. Un patient a abordé le manque d'informations sur les effets secondaires du traitement et de leur prise en compte lorsqu'ils sont exprimés au comptoir. Un deuxième patient rencontre des difficultés de disponibilités de ses médicaments lorsqu'il se présente à la pharmacie. Et pour finir, un patient s'est exprimé sur le souhait qu'une personne de l'équipe officinale soit formée dans le domaine de l'addiction afin d'avoir une meilleure prise en charge et compréhension du parcours de sevrage.

Tableau XI : Résultats sur le ressenti du patient

Réponses N =9

Pensez-vous être pris(e) en charge de la même manière qu'un autre patient ?	
Oui, tout à fait	4
Plutôt oui	4
Plutôt non	1
Trouvez-vous que les pharmaciens sont soucieux de prendre le temps nécessaire pour réaliser la dispensation de votre traitement ?	
Oui, tout à fait	6
Plutôt oui	3
Comment considérez-vous votre relation avec l'équipe officinale ?	
Agréable	7
Conflictuelle	1
Inexistante	1
Trouvez-vous que le pharmacien porte une attention particulière à la confidentialité au comptoir ?	
Oui, tout à fait	2
Plutôt oui	2
Plutôt non	4
Non, pas du tout	1
Vous a-t-on déjà proposé d'échanger / discuter dans l'espace de confidentialité de la pharmacie ?	
Oui et vous avez accepté	3
Non mais vous appréciez	4
Non mais ça ne vous intéresse pas	2
A la pharmacie, vous a-t-on expliquer comment prendre vos médicaments, leurs effets indésirables et les interactions médicamenteuses ?	
Oui	6
Non	3
Rencontrez-vous des difficultés de compréhension sur la réglementation de ces médicaments ? (Jour de renouvellement, chevauchement...)	
Plutôt oui	3
Plutôt non	2
Non, jamais	4
Comment considérez-vous le rôle du pharmacien dans votre parcours de soins ?	
Comme un fournisseur de médicaments	4
Comme un soutien dans votre parcours de soins	5

Discussion

1. Points clés ressortant de cette étude

Le but de cette étude était de déterminer si un patient sous TAO est pris en charge à l'officine de la même manière que tout autre patient atteint d'une maladie chronique. Les résultats mettent en évidence plusieurs tendances. Tout d'abord, 50 % des pharmaciens se montrent méfiants envers les patients sous TAO, alors que trois quarts d'entre eux estiment entretenir une relation agréable avec ces patients. Cependant, 40 % des pharmaciens se considèrent comme de simples fournisseurs de médicaments.

De manière inattendue, les résultats ne révèlent pas de prédominance particulière ni de positionnement marqué des pharmaciens sur leur méfiance à l'égard des patients sous TAO. Dans une étude menée en 2022 auprès des pharmaciens de France métropolitaine à propos de leur méfiance envers les patients sous TAO, une majorité (65 %) a répondu à cette même question par « un peu » ou « pas du tout » (49). Les items d'évaluation y étaient formulés différemment, mais reposaient également sur une échelle à quatre niveaux, comme dans la présente étude. L'écart entre ces résultats fait émerger plusieurs hypothèses : l'échantillon des répondants n'est peut-être pas représentatif de la population, la formulation de la question et/ou des items est peut-être inadéquate, ou bien il s'agit réellement du reflet actuel de la méfiance des pharmaciens envers ces patients. Ces différentes hypothèses peuvent être évoquées dans les résultats suivants.

Le rapport de méfiance que les pharmaciens manifestent à l'égard des patients sous TAO apparaît en décalage avec la nature de la relation qu'ils entretiennent avec ces derniers. En effet, 74 % des pharmaciens estiment avoir une relation agréable avec leurs patients. Cela signifie que 25 % des pharmaciens affirment avoir une relation agréable tout en exprimant une certaine méfiance à leur égard. Ce décalage suggère que la prise en charge des patients sous TAO pourrait générer des appréhensions particulières, et ce, malgré une relation jugée agréable. Il est probable que chacun n'évalue pas de la même façon ce qu'est une « relation agréable » ; il peut alors être avancé un biais de subjectivité. Plusieurs études sur la relation soignant-soigné soulignent qu'elle se caractérise par la confiance mutuelle, l'écoute active, la compréhension du vécu du patient, une communication claire et empathique, le respect de la personne et un partenariat dans le soin (50–52). Ces dimensions relèvent à la fois des attitudes personnelles du soignant (empathie, ouverture, non-jugement) et de ses compétences professionnelles (savoirs, organisation). Les pharmaciens n'ont potentiellement pas pris en compte tous ces aspects. On pourrait penser que confiance et méfiance s'excluent mutuellement. Pourtant, selon un rapport sur les représentations de la confiance et de la méfiance, elles ne sont pas forcément contradictoires (53). La confiance est une relation positive, symétrique dans l'échange, tandis que la méfiance s'apparente à une distanciation permettant de juger la relation. Ainsi, il est possible d'éprouver confiance et méfiance en même temps : l'une n'exclut pas l'autre. Le point d'équilibre entre les deux pourrait être la prudence. Une échelle d'évaluation, sous forme de jauge confiance-prudence-méfiance, aurait pu être proposée dans les deux questionnaires afin de préciser davantage les réponses. De plus, d'après l'étude de Castaldo et al., la confiance des patients envers leur pharmacien est le premier moteur de satisfaction et conduit à fidéliser le patient à la pharmacie (54). Ceci se retrouve dans les résultats où sept patients sur neuf disent n'avoir jamais changé de pharmacies au cours de leur traitement, ou uniquement lors des vacances ou déplacements.

Même si la majorité des patients ont répondu avoir un bon relationnel avec l'équipe officinale, deux patients sur neuf déclarent prendre uniquement leur TAO dans la pharmacie désignée. Parmi ces répondants, l'un indique bénéficier d'une relation agréable avec l'équipe, tandis que l'autre affirme n'entretenir aucun lien avec celle-ci. L'hypothèse d'un mauvais relationnel entre patient et équipe officinale entraînant une distinction des pharmacies de la part du patient peut être exclue. En examinant plus attentivement les réponses des patients, on constate qu'il s'agit des deux patients qui ne fréquaient jamais de pharmacie avant d'avoir un TAO. On peut donc supposer qu'ils ne réalisent d'achats dans aucune pharmacie, sans distinction entre celle du TAO et une autre officine. Il peut être également supposé que le patient recherche une confidentialité entraînant une distinction entre les officines : celle de son TAO et une autre pour l'obtention des autres produits de santé. La confidentialité dans une officine peut être altérée par la disposition des comptoirs, parfois trop proches les uns des autres, ou à la vue de tous les autres patients. Parfois, l'intensité sonore n'est pas appropriée à la discréetion et les échanges peuvent être entendus de tous. Ces problématiques ont été soulignées lors d'une étude menée par un pharmacien inspecteur de santé publique (55). De plus, les patients avec un TAO peuvent avoir de nombreuses boîtes dispensées en une seule fois (conditionnement à l'unité pour les sirops ou par sept gélules pour la méthadone), ce qui attire l'attention des autres patients de l'officine. Par crainte d'être jugé ou stigmatisé, un patient peut privilégier une pharmacie où il n'entretient aucun lien personnel avec les membres de l'équipe, et où la probabilité de rencontrer une connaissance est nulle. Cette situation se retrouve chez d'autres patients ayant un traitement pouvant entraîner une stigmatisation, comme des antirétroviraux, des médicaments contre les troubles érectiles. Par expérience professionnelle, et d'après une étude menée auprès des patients avec un traitement contre le VIH, certains patients se rendent dans une pharmacie où ils ne connaissent personne afin de ne pas être stigmatisés par leur entourage (56). Ils ne prennent alors qu'un médicament précis. Pour leurs autres traitements, ils se les procurent généralement dans leur pharmacie habituelle, le plus souvent située à proximité de leur domicile.

Les pratiques officinales divergent quant au poste occupé par les personnes qui dispensent les TAO. D'après nos résultats, dans la moitié des cas ce sont les pharmaciens et les préparateurs d'une même officine qui dispensent les TAO. Dans un quart des officines, seuls les pharmaciens assurent cette dispensation, tandis que dans l'autre quart, les étudiants sont également autorisés à dispenser les TAO. Ainsi, un patient peut être servi par plus de six personnes différentes dans un tiers des pharmacies. La multiplicité des interlocuteurs constitue un facteur susceptible de compromettre la continuité relationnelle. Cette discontinuité peut entraver l'établissement d'un climat de confiance, condition pourtant essentielle à l'expression des besoins du patient. Selon les résultats d'une étude menée en 2021 auprès des patients suivis en CSAPA et CAARUD, ceux-ci tiennent à être servis par la même personne, en qui ils ont confiance, afin de bénéficier d'un meilleur suivi (57). De plus, les patients de cette étude relèvent un manque de formation des pharmaciens sur le sevrage. A noter que le même argument a pu être évoqué par un patient de notre étude lorsqu'il lui a été demandé de proposer des pistes d'amélioration.

D'après notre étude, seulement 10 % des pharmaciens sont appelés par le prescripteur lors de chaque première délivrance dans leur pharmacie. Le pharmacien pourrait ne pas se sentir intégré à l'équipe de soins pluridisciplinaire du patient. C'est un nombre très insuffisant, étant donné que le prescripteur se doit de prendre contact avec la pharmacie désignée lors d'une primo-prescription dans l'officine. Cette première prise de contact

permet de créer un travail en collaboration entre médecin-pharmacien-patient (24). En 2013, une étude a été menée auprès des pharmaciens des Pays-de-la-Loire afin de faire un point après 15 ans de mise sur le marché des traitements de substitution aux opiacés (TSO) (58). Seulement 20% des pharmaciens déclaraient être contactés par le prescripteur à chaque nouvelle prise en charge et 69% se sentent acteur d'une prise en charge multidisciplinaire. On constate, qu'en 10 ans, la prise de contact entre les médecins et les pharmaciens ne s'est pas améliorée. Or, ce premier échange est essentiel pour un travail pluridisciplinaire, mais également au regard du patient. Si le médecin contacte le pharmacien en présence du patient pendant la consultation, ce dernier peut alors percevoir la collaboration entre les professionnels de santé et comprendre que le pharmacien s'inscrit dans la continuité de sa prise en charge. De plus, l'appel du prescripteur en amont permet d'anticiper la venue du patient, d'assurer que l'ordonnance comporte l'ensemble des mentions obligatoires et de limiter ainsi les retards ou les refus de délivrance. Cette démarche favorise également une meilleure gestion du stock : elle offre au pharmacien le temps de vérifier la disponibilité du produit et, le cas échéant, d'organiser son approvisionnement. Le contact avec le prescripteur contribue donc à fluidifier le parcours de soins, à sécuriser la délivrance et à améliorer la qualité de la prise en charge du patient. Cette anticipation est également valable pour d'autres patients. Par exemple, lorsqu'un patient sort d'hospitalisation avec un traitement spécifique, il est préférable que le prescripteur prévienne la pharmacie afin que celle-ci dispose d'informations sur le patient et sur son traitement afin de l'accueillir dans les meilleures conditions. D'autres études, réalisées en Amérique du Nord (59) et en Nouvelle-Zélande (60) montrent que les pharmaciens ont du mal à trouver leur place dans ce système de soins. La réglementation des TAO varie en fonction des états (prescripteurs, centre d'accueil, financement) mais le pharmacien est également le dernier maillon de la prise en charge ambulatoire. En France, la création de Communautés professionnels territoriales de santé (CPTS) permet aux différents professionnels d'un même secteur géographique de travailler ensemble. Le partage des compétences variées de chaque profession permet d'améliorer l'accès aux soins des usagers et de mieux structurer les parcours de santé des patients. Ces échanges permettent aux pharmaciens d'être membres d'une équipe de soins pluridisciplinaire. Cependant, toutes les pharmacies ne sont pas intégrées à une CPTS et les thématiques abordées varient selon chaque structure ; la prise en charge des addictions n'y figure pas systématiquement. L'association ligérienne d'addictologie (ALiA) soutient les missions du comité d'acteurs en addictologie du Maine-et-Loire (CAAd49). Ce comité organise des rencontres avec seulement deux CPTS sur cinq du Maine-et-Loire (61).

Bien que les pharmaciens entretiennent généralement une bonne relation avec leurs patients sous traitement par agonistes opioïdes et qu'ils déclarent, dans 70% des cas, les prendre en charge de la même manière que d'autres patients chroniques, seulement 60% se considèrent comme de véritables membres de l'équipe de soins. Les autres se perçoivent davantage comme de simples fournisseurs de médicaments, ce qui traduit une relation parfois limitée à la délivrance, sans véritable accompagnement thérapeutique. Ce ressenti est également partagé par les patients ayant répondu à l'étude. Selon une étude menée en 2021 auprès de 50 personnes sous TAO en France, ceux-ci se disent globalement satisfaits de leur prise en charge officinale, mais expriment une satisfaction moindre concernant les compétences du pharmacien dans l'accompagnement du sevrage (62). De leur côté, les 46 pharmaciens interrogés se montrent satisfaits de leur rôle dans la dispensation, mais soulignent des difficultés de communication et un manque de formation en addictologie. Ce déficit de connaissances a un impact direct sur la relation de soins : face à un pharmacien peu formé au sevrage, le patient

tend à reporter ses attentes vers les médecins, n'intégrant pas toujours le pharmacien comme un acteur de l'équipe de soins. Ainsi, le rôle de ce dernier peut être perçu comme limité à une fonction logistique de délivrance, réduisant l'officine à un lieu de récupération des médicaments, alors qu'elle constitue en réalité un espace de soins et de conseils. Le manque de formation apparaît comme un facteur explicatif majeur de cette situation. Dans notre étude, près de 80% des pharmaciens déclarent n'avoir jamais suivi de formation spécifique sur la prise en charge des patients sous TAO. Les conclusions des études citées précédemment confirment que cette lacune éducative constitue un frein majeur à l'optimisation de leur rôle (24,49,58-60,62). Ce manque de compétences nourrit parfois des difficultés de communication, voire une méfiance et des préjugés, alors que les patients attendent un accompagnement plus complet, notamment en matière de sevrage. Toutefois, des perspectives positives existent. Les pharmaciens eux-mêmes identifient l'absence de formation comme le principal obstacle à l'instauration d'une relation de confiance et expriment une réelle volonté d'évolution. D'après les résultats de notre étude, les pharmaciens se considérant comme membres de l'équipe de soins ont tendance à manifester plus d'intérêt aux formations sur les TAO. 68 % des pharmaciens expriment le souhait de suivre une formation dans ce domaine, ce qui laisse entrevoir des perspectives d'amélioration pour renforcer leur rôle au sein de la prise en charge des patients sous TAO. Depuis novembre 2024, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne-Franche-Comté a mis en ligne une formation e-learning gratuite sur les TAO destinée aux médecins et aux pharmaciens d'officine (63). Mais au vu des résultats de notre étude, cette formation ne semble pas être connue par la majorité des pharmaciens.

Plusieurs pistes sont ainsi suggérées pour pallier ce déficit : la formalisation d'entretiens pharmaceutiques, afin d'harmoniser les pratiques et d'offrir un cadre sécurisant aux deux parties ; la désignation de pharmaciens référents, garants d'une relation de suivi durable et personnalisée ; enfin, un renforcement de la formation continue en addictologie, associé à une meilleure circulation de l'information émanant des instances de santé. Ainsi, bien que la volonté d'implication des pharmaciens soit manifeste, le manque de formation apparaît comme l'entrave principale à un accompagnement optimal des patients, et mérite de constituer un axe prioritaire d'amélioration des pratiques professionnelles.

2. Forces et Limites

Cette étude présente plusieurs forces. Tout d'abord, elle s'appuie sur une étude quantitative basée sur deux questionnaires. Un des questionnaires était destiné aux pharmaciens d'officine de l'ensemble du territoire français, sans faire de distinction de poste. Les répondants avaient un profil varié et provenant de toute la France. L'autre enquête a été réalisée auprès des patients suivis en CSAPA, avec un TAO et allant dans une officine pour obtenir leur traitement. Les patients suivis en CSAPA représentent plusieurs profils : des patients bénéficiant d'une prise en charge récente, permettant de recueillir l'avis de nouveaux patients en officine, mais aussi des patients suivis depuis plus longtemps et disposant donc de plus d'expérience. De plus, les enquêtes étaient anonymes : les répondants ont pu s'exprimer librement, ce qui a permis de limiter les biais liés à l'identification. Ces questionnaires étaient composés de questions à choix simple, pour la plupart avec une échelle de Likert, d'une question à choix multiples et de quelques questions ouvertes à réponses courtes. Ce format permettait de répondre rapidement aux questionnaires et de cadrer les réponses. Des mêmes questions, posées aux pharmaciens et aux patients, permettaient de comparer les réponses. Bien que les pistes d'amélioration évoquées concernent la pratique du pharmacien, il était essentiel d'avoir le point de vue du patient afin de les construire. Enfin, l'originalité du sujet constitue un atout, car la comparaison de prise en charge entre patients atteints de maladie chronique et patients sous TAO reste un domaine encore peu exploré dans la littérature scientifique.

Cependant, certaines limites doivent être soulignées. La taille restreinte des échantillons limite la portée et la généralisation des résultats. Malgré de nombreuses relances sur les réseaux sociaux touchant plusieurs milliers de pharmaciens, et en insistant sur le fait qu'il ne faut que quelques minutes pour répondre au questionnaire, seulement une centaine de réponses ont été récoltées. Les pharmaciens sont tellement sollicités que l'article peut rapidement passer inaperçu. Concernant les patients, le fait de distribuer le questionnaire auprès des CSAPA pouvaient toucher plusieurs centaines de personnes. Les patients sous TAO recevant leur traitement au sein du CSAPA étaient exclus de l'étude, ce qui rendait le recrutement plus complexe. Un seul médecin a donné suite à ma demande, les autres n'avaient pas le temps ou n'ont pas donné de réponses. Malgré une proposition d'investissement personnel ou en proposant d'autres alternatives pour récolter des réponses, ils n'ont pas donné suite. De plus, quelques patients du CSAPA de Chinon, ont été réticents à l'idée de donner leur avis ou d'émettre une critique. Ce faible recueil réduit la variabilité et la transférabilité des conclusions. Enfin, si le choix d'un questionnaire de type Likert a facilité et accéléré la collecte des réponses, une reformulation plus approfondie des items aurait permis d'obtenir des informations qualitatives plus riches et nuancées. Malgré ces limites, notre étude constitue une première étape importante pour mieux comprendre la place de l'officine dans la prise en charge des patients sous TAO et ouvre des perspectives pour de futures recherches à plus large échelle.

3. Pistes d'améliorations

D'après le rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur la consommation des antalgiques opioïdes en 2019, l'utilisation du tramadol, de l'oxycodone et du fentanyl a connu une augmentation significative au cours de la dernière décennie. Cette évolution, marquée par une tendance à la surconsommation et à des usages inappropriés, a conduit les autorités sanitaires à renforcer des mesures réglementaires. Depuis mars 2025, la prescription des opioïdes faibles, tels que la codéine et le tramadol, doit obligatoirement être effectuée sur ordonnance sécurisée, à l'instar des médicaments classés comme stupéfiants, avec une durée maximale de prescription fixée à douze semaines. Parallèlement, depuis janvier 2025, les pharmaciens sont habilités à conduire des entretiens d'accompagnement auprès des patients traités par antalgiques opioïdes faibles. Cependant, pour réaliser ces entretiens, les pharmaciens s'appuient sur deux fiches fournies par l'assurance maladie, qui servent de guide, sans avoir reçu de formation préalable. Ces entretiens s'inscrivent dans une démarche de prévention du mésusage et de dépistage précoce d'une éventuelle dépendance, tout en favorisant une meilleure observance et un usage approprié du traitement.

Au-delà de cette approche centrée sur les antalgiques opioïdes, la formation des professionnels de santé aux entretiens pharmaceutiques et à la compréhension des mécanismes de l'addiction trouve également une pertinence majeure dans la prise en charge des patients sous TAO. L'acquisition de compétences spécifiques en communication, en accompagnement personnalisé et en repérage des comportements addictifs constitue un levier essentiel pour optimiser l'adhésion thérapeutique du patient et réduire les risques de mésusage des opioïdes. Le pharmacien d'officine peut mener des entretiens pharmaceutiques pour tout type de traitement. Appelé «accompagnement pharmaceutique», ce suivi consiste en une série d'entretiens centrés sur le patient et son traitement médicamenteux. Cependant, seuls certaines thématiques sont conventionnées, et donc prises en charge par l'assurance maladie, comme le suivi des patients sous anticancéreux ou sous anticoagulants oraux. Les entretiens pharmaceutiques des patients sous TAO n'étant pas conventionnés, ils n'ouvrent pas droit à une prise en charge, ce qui en limite la faisabilité. Par ailleurs, la plupart des pharmaciens d'officine sont formés à l'éducation thérapeutique du patient (ETP), au cours de leurs études ou en formations complémentaires, mais ne peuvent pas toujours la pratiquer car sa mise en œuvre nécessite une autorisation de l'ARS et des conditions organisationnelles strictes (équipe pluridisciplinaire, locaux adaptés, outils validés). Cette formation renforce les compétences en accompagnement du patient, mais ne permet pas la réalisation autonome de programmes ETP au sein d'une officine. La prise en charge des patients sous TAO ne figure pas parmi la liste des programmes d'ETP de l'ARS des Pays-de-la-Loire alors que de nombreuses pathologies chroniques différentes y figurent. Malgré les compétences acquises lors des études ou des formations continues, leur application est limitée par l'absence de reconnaissance et de valorisation au sein du système de santé actuel. Les maladies addictives et dans le cas de cette étude la prise en charge des patients ayant un TAO, ne sont pas reconnues à juste titre comme maladies chroniques.

Conclusion

En France, l'usage des substances psychoactives s'inscrit dans une histoire ancienne, témoignant d'une relation complexe entre société et consommation de drogues. Face aux conséquences sanitaires et sociales de ces usages, la mise sur le marché, il y a maintenant trente ans, de traitements par agonistes opioïdes a représenté une avancée majeure. Ces médicaments ont permis de réduire significativement le nombre d'overdoses, de limiter les risques infectieux et d'améliorer la qualité de vie des patients dépendants. Aujourd'hui, ces traitements concernent des patients chroniques que les pharmaciens rencontrent dans leur pratique quotidienne. D'après les données recueillies, 70 % des pharmaciens considèrent la prise en charge de ces patients comparable à celle d'autres patients atteints de pathologies chroniques, tout en cherchant à entretenir une relation agréable. Cependant, la moitié d'entre eux avouent conserver une certaine méfiance à l'égard de ce public, illustrant la persistance de représentations parfois ambivalentes. Le rôle du pharmacien dans le parcours de soins est reconnu à la fois par les pharmaciens eux-mêmes et par les patients : dans 60 % des cas, il est perçu comme un membre à part entière de l'équipe de soins. Cette reconnaissance témoigne de l'importance du pharmacien dans l'accompagnement, le suivi et la fidélisation de ces patients. Néanmoins, dans un contexte de croissance des officines et d'augmentation du nombre d'employés, la continuité relationnelle se voit parfois fragilisée : les patients manifestent souvent le besoin de s'adresser à la même personne, condition essentielle à l'établissement d'un lien de confiance durable. Enfin, un manque de formation spécifique à la prise en charge des patients sous traitement par agonistes opioïdes a été souligné par les pharmaciens. Ce constat met en lumière la nécessité d'un renforcement des connaissances et des compétences dans ce domaine, afin d'améliorer la qualité du suivi, de réduire les préjugés et de consolider la place du pharmacien comme acteur clé de la santé publique dans la lutte contre les addictions.

Ainsi, après trois décennies d'expérience, la dispensation des traitements de substitution illustre pleinement la dimension humaine, sociale et préventive de l'exercice pharmaceutique. Dans un contexte où la France souhaite éviter l'émergence d'une crise des opioïdes semblable à celle qui touche l'Amérique du Nord avec le fentanyl, cette pratique incarne une responsabilité majeure du pharmacien. Elle invite à repenser la formation et la pratique quotidienne autour d'une même ambition : accompagner chaque patient, sans distinction, avec bienveillance, compétence et engagement professionnel. Dans cette perspective, les dispositifs associant formation à l'addictologie et entretien thérapeutique apparaissent comme des outils indispensables pour garantir une prise en charge globale, coordonnée et sécurisée des patients addictifs aux opioïdes.

Bibliographie

1. Nourrisson D. *La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés. Le cas français.* Drogue Santé Société. 2017;16(2):1-14.
2. Richard D, Senon JL, Valleur M. *Dictionnaire des drogues et des dépendances.* Larousse; 2005.
3. Mongioví C, Crini G. *Le chanvre : De la plante aux applications.* Chapitre : *Les plantes chanvre et cannabis.* Besançon: Presses universitaires de Franche-Comté; 2024. p. 17-48. (Pratiques & techniques).
4. Maguet O, Dumand D. *Histoire de la constitution d'une norme anti-droge internationale.* Multitudes. 2011;44(1):60-3.
5. Société des Nations. *Convention internationale de l'opium, La Haye, 23 janvier 1912.* 222 1912 p. 187.
6. OFDT. *Drogues et addictions, chiffres clés 2025.* Tendances. 2025;10.
7. Spilka S, Philippon A, Le Nezet O, et al. *Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves de 3è en 2021.* OFDT. 2022;(148):4.
8. Gendarmerie royale du Canada. *Tableau de sensibilisation aux drogues.* Service de sensibilisation aux drogues et au crime organisé, Gendarmerie royale du Canada; 2019.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *La drogue... si on s'en parlait?.* Québec: Direction des communications, Ministère de la santé et des services sociaux; 2004.
10. Venance L, Maldonado R, Manzoni O. *Le système endocannabinoïde central.* Médecine/Sciences. 2004;20(1):45-53.
11. Hautefeuille M. *Claude Olievenstein.* Psychotropes. 2011;17(1):5-10.
12. De Cock O. *Le patient toxicomane, le produit et l'environnement.* Conférence Alto: Les drogues sous toutes leurs formes. 2024.
13. Article 15 - Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002-2, MESX0000158L 2002. Journal officiel le 3 janvier 2002. [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/2002-2/jo/article_15 [Consulté le 10 janvier 2025]
14. Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 8 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. Bulletin officiel, SJSP0830130C 2008.
15. Intervenir / Addictions. CSAPA. [En ligne] <https://intervenir-addictions.fr/orienter-vers-qui-orienter/csapa/> [Consulté le 15 déc 2024]
16. MILDECA. *Le dispositif de soins en addictologie.* 2023 [En ligne] <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0> [Consulté le 25 juill 2025]
17. ALIA 49. Association Ligérienne d'Addictologie. [En ligne] <https://alia49.fr/> [Consulté le 10 janv 2025]
18. ANSM. Résumé des caractéristiques du produit - Méthadone AP-HP 1 mg, gélule - Base de données publique des médicaments. 2024. [En ligne] <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=67296909&typedoc=R&ref=R0425458.htm> [Consulté le 15 janv 2025]
19. Service public. *Traitemet de la toxicomanie.* 2025 [En ligne] <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F740> [Consulté le 25 juill 2025]
20. Valot L, Lalau JD. *L'alliance thérapeutique.* Médecine Mal Métaboliques. 2020;14(8):761-7.

21. Organisation Mondiale de la Santé. *Publication de la CIM-11* 2022. 2022 [En ligne] <https://www.who.int/fr/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release> [Consulté le 10 janv 2025]
22. American Psychiatric Association, Crocq MA, Boehrer AE, Guelfi JD. *DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. 5^e éd. Elsevier; 2023. 1360 p.
23. Haute Autorité de Santé. *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés*. 2006 [En ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_272062/fr/modalites-de-sevrage-chez-les-toxicomanes-dependant-des-opiacés [Consulté le 29 juill 2025].
24. Fédération française d'addictologie. *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Texte des recommandations (version longue)*. Paris; 2004 p. 40. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf
25. O'Malley GF, O'Malley R. *Intoxication et sevrage des opiacés*. 2025 [En ligne] <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/drogues-illicites-et-substances-intoxicantes/intoxication-et-sevrage-des-opio%C3%AFdes> [Consulté le 29 juill 2025]
26. Drogues Info Service. *La réduction des risques*. 2019 [En ligne] <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogués/Se-faire-aider/La-reduction-des-risques> [Consulté le 11 mars 2025]
27. ANSM. *Résumé des caractéristiques du produit - Chlorhydrate de méthadone assistance publique - Hôpitaux de Paris 40mg/ 15mL, sirop en récipient unidose*. 2019 [En ligne] <http://agence-prd.anasm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=63644827> [Consulté le 15 déc 2024]
28. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. *Méthadone - Grossesse*. 2023 [En ligne] <https://www.lecrat.fr/12738/> [Consulté le 14 janv 2025]
29. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. *Méthadone - Allaitement*. 2023 [En ligne] <https://www.lecrat.fr/12759/> [Consulté le 14 janv 2025]
30. ANSM. *Résumé des caractéristiques du produit - Subutex 8mg, comprimé sublingual*. 2025 [En ligne] <https://agence-prd.anasm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=68945058&typedoc=R&ref=R0435358.htm> [Consulté le 15 janv 2025]
31. ANSM. *Résumé des caractéristiques du produit - Orobutreotide 2mg, lyophilisat oral*. 2022 [En ligne] <https://agence-prd.anasm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=67776438&typedoc=R&ref=R0393809.htm> [Consulté le 15 janv 2025]
32. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. *Buprénorphine - Grossesse*. 2023 [En ligne] <https://www.lecrat.fr/12748/> [Consulté le 14 janv 2025]
33. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. *Buprénorphine - Allaitement*. 2023 [En ligne] <https://www.lecrat.fr/12747/> [Consulté le 14 janv 2025]
34. ANSM. *Résumé des caractéristiques du produit - Buprénorphine/Naloxone ARROW 8 mg/2 mg*. 2024 [En ligne] <https://agence-prd.anasm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=67154226&typedoc=R&ref=R0416243.htm> [Consulté le 14 janv 2025]
35. VIDAL. *NYXOID 1,8 mg sol p pulv nasal en récipient unidose*. 2025 [En ligne] <https://www.vidal.fr/medicaments/nyxoid-1-8-mg-sol-p-pulv-nasal-en-recipient-unidose-187165.html> [Consulté le 30 juill 2025]
36. VIDAL. *PRENOXAD 0,91 mg/ml sol inj en seringue préremplie*. 2023 [En ligne] <https://www.vidal.fr/medicaments/prenoxad-0-91-mg-ml-sol-inj-en-seringue-preremplie-196017.html> [Consulté le 30 juill 2025]
37. Feng C. *Traitements par agonistes opioïdes en France - Bilan 2024*. OFDT. 2024;15.

38. OFDT. *Héroïne et opioïdes - Synthèse des connaissances*. [En ligne] <https://www.ofdt.fr/heroine-et-opioides-synthese-des-connaissances-1729> [Consulté le 19 mai 2025]
39. Arrêté du 12 novembre 2019 précisant, en application de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les situations médicales dans lesquelles peut être exclue la substitution à la spécialité prescrite d'une spécialité du même groupe générique. 268, SSAS1932504A 2019 p. 13-4. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039393124/> [Consulté le 19 mai 2025]
40. Milhet M, Cadet-Taïrou A, Les coordinateurs TREND. *Usages de BHD non conformes au cadre médical : De la buprénorphine au Subu : observations récentes du dispositif TREND*. 2017.
41. Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. Bulletin officiel, SJSP0830130C 2008 p.186-207. [En ligne] https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-03/SEL_20080003_0100_0112.pdf
42. CNOP. *Démographie des pharmaciens : Panorama au 1er janvier 2022*. [En ligne] <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/demographie-des-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2022> [Consulté le 31 juill 2025]
43. Article L162-4-2 - Code de la sécurité sociale. 2012 [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025104305 [Consulté le 31 juillet 2025]
44. Article R5132-33 - Code de la santé publique. 2022 [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000046010116/2022-07-03/ [Consulté le 31 juillet 2025]
45. Ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020 portant mise en œuvre de la prescription électronique. *Journal officiel de la république française n°0280*, SSAS2028593R 2020.
46. Meddispar. *Modification des conditions de délivrance de certains médicaments assimilés stupéfiants*. 2012 [En ligne] <https://www.meddispar.fr/Actualites/2012/Modification-des-conditions-de-delivrance-de-certains-medicaments-assimiles-stupefiants> [Consulté le 18 août 2025]
47. Cespharm. *Rôle du pharmacien*. 2025 [En ligne] <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/L-education-pour-la-sante/role-du-pharmacien> [Consulté le 31 juill 2025]
48. Article R4235-48 - Code de la santé publique. 2004 [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913703 [Consulté le 18 août 2025]
49. Gudarzinejad E. *Les traitements de substitution aux opiacés: rôle et perception du pharmacien* [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Amiens]: Université de Picardie; 2022.
50. Laranjeira C. *Therapeutic relationship in mental health nursing: A scoping review*. Eur Psychiatry. 2021;64(1):730-1.
51. Xue W, Heffernan C. *Therapeutic communication within the nurse-patient relationship: A concept analysis*. Int J Nurs Pract. 2021;27(6).
52. Tolosa-Merlos D, Moreno-Poyato AR, González-Palau F, et al. *Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study*. J Clin Nurs. 2023;32(1-2):253-63.
53. Desjeux D, Ras I, Le Touze O, et al. *Représentations de la confiance et de la méfiance*. Compr Contruction Soc Médiance Entre Entrep Serv Poste. 1998;4:46.
54. Castaldo S, Grosso M, Mallarini E, Rindone M. *The missing path to gain customers loyalty in pharmacy retail: The role of the store in developing satisfaction and trust*. Res Soc Adm Pharm. 2016;12(5):699-712.
55. Lenoir P. *La confidentialité lors de la délivrance des médicaments : état des lieux dans les officines et les PUI, rôle du PHISP* [Mémoire]. [Rennes]: Ecole des hautes études en santé publique; 2011.

56. Ware NC, Wyatt MA, Tugenberg T. *Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS*. AIDS Care. 2006;18(8):904-10.
57. Chassin S. *Les traitements de substitution aux opiacés en officine : rôle du pharmacien et point de vue des patients sous traitement de substitution aux opiacés* [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Limoges]: Université de Limoges; 2021.
58. Etcheverrigaray F, Bétaud C, Feuillet F, et al. *Pharmacists' different profiles characterization about opioid substitution treatments*. Therapies. 2016;71(4):379-87.
59. Hohmeier KC, Cernasev A, Sensmeier M, et al. *U.S. student pharmacist perceptions of the pharmacist's role in methadone for opioid use disorder: A qualitative study*. SAGE Open Med. 2021;9.
60. Walters C, Raymont A, Galea S, Wheeler A. *Evaluation of online training for the provision of opioid substitution treatment by community pharmacists in New Zealand*. Drug Alcohol Rev. 2012;31(7):903-10.
61. ALiA. *Rapport d'activité 2024*. 2024.
62. Muller M, Palligen M, Perault-Pochat MC, et al. *Les traitements de substitution aux opiacés : enquête auprès de patients et de pharmaciens sur la prise en charge à l'officine*. Therapies. 2022;77(6):783-4.
63. ARS Bourgogne-Franche-Comté. *Traitements de substitution aux opiacés : une formation pour les pharmaciens*. 2024 [En ligne] <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/tso-formation-pour-les-pharmaciens> [Consulté le 1 oct 2025]

Table des illustrations

Figure 1 : Estimation du pourcentage d'usagers de substances psychoactives parmi les 18-64ans, en France, en 2023	4
Figure 2 : Estimation du pourcentage d'usagers de substances psychoactives parmi les 18-64ans, en France, en 2023	4
Figure 3 : Le triangle multifactoriel d'Olievenstein.....	7
Figure 4 : Évolution du nombre de bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement de traitement par agonistes opioïdes en ville dans l'année suivant le type de médicament entre 2014 et 2023	13
Figure 5 : Répartition par classe d'âge des bénéficiaires de TAO en 2023 (en %)	14
Figure 6 : Nombre de bénéficiaires de TAO en ville pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans en 2023, en France métropolitaine.....	14
Figure 7 : Nombre de bénéficiaires selon le nombre de prescripteurs consultés et selon le nombre de pharmacies en 2023	15
Figure 8 : Nombre de réponses collectées en fonction des régions	21

Table des tableaux

Tableau I : Classements des différentes substances.....	5
Tableau II : Effets des neurotransmetteurs	6
Tableau III : Localisation de l'officine	21
Tableau IV : Typologie des officines	22
Tableau V : Résultats concernant les répondants	23
Tableau VI : Pratique officinale du pharmacien.....	25
Tableau VII : Relation entre la qualité de la relation pharmacien-patient.....	26
Tableau VIII : Relation entre la perception du rôle du pharmacien et la volonté de suivre une formation TAO	26
Tableau IX : Réponses concernant les répondants	27
Tableau X : Résultats concernant le choix de l'officine	28
Tableau XI : Résultats sur le ressenti du patient	29

Annexes

Annexe 1 : Les facteurs de risques selon le triangle d'Olievenstein

<u>Personne</u>	<u>Contexte</u>	<u>Produit</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Faible estime de soi. - Ambivalence. - Repli sur soi. - Difficulté d'affirmation. - Isolement, solitude. - Attitude de rébellion. - Lacune au niveau de la communication. - Peu de résistance au stress et à l'angoisse. - Manque de motivation. - Souffrance psychologique. - Difficulté à gérer ses émotions. - Ennui, vide intérieur. - Centré sur son propre univers. - Attitudes rebelles. - Manque d'adhésion aux valeurs sociales. - S'adapte mal au moule de la société. - Traumatisme subit durant l'enfance. - Dépression, problème de santé mentale. - Maladie ou handicap physique. 	<p>Milieu familial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violence, abus. - Messages familiaux ambigus. - Parents abusifs, qui contrôlent. - Niveau d'autorité excessif ou absence totale d'autorité. - Parents négligeant / violents. - Parents consommateurs. - Lacune dans la communication : nulle ou faible en qualité. - Attentes, parents-enfants (irréaliste ou exigeante). - Conflits dans la famille, désunie ou climat de tension. - Comportement criminel ou antisocial dans la famille. - Surprotection (souvent pour compenser le contrôle excessif de l'autre parent, en général le père). - Famille monoparentale. <p>Milieu social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommation dans le cercle d'amis. - Milieu exerçant des pressions. - Manque de reconnaissance. - Manque de satisfaction dans les rapports avec autrui. - Echecs, décrochage scolaire et/ou absentéisme (emmenant une non fierté de soi). - Pression de performance élevée. - Conditions de travail difficile. Publicité incitative. - Grande accessibilité. - Nombreuses occasions de consommer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation précoce à la consommation. - Quantité consommée. - Fréquence de la consommation. - Polyconsommation. - Mode d'administration : ingestion, sniffer, injection, inhalation. - Qualité douteuse du produit due à son illégalité.

Annexe 2 : DSM-5-TR : les 11 critères pour diagnostiquer un trouble de la consommation

- Usage récurrent avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple absences répétées, diminution des performances au travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile)
- Usage récurrent avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc...)
- Persistance de l'usage d'une substance en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de la substance
- Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants :
 - o un besoin manifeste d'augmenter les quantités pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré
 - o une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité
- Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :
 - o présence de signes de sevrage lors de l'arrêt ou forte diminution
 - o la substance est parfois consommée pour éviter ou stopper des signes de sevrages
- La substance est consommée en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé
- Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation
- Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer la substance, à la consommer, ou à récupérer de ses effets
- Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation
- L'usage de la substance reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique
- On constate la présence régulière d'un craving, ou envie importante ou compulsive de consommer.

Annexe 3 : Exemple d'ordonnance de TAO

<p>1 Docteur DUPONT François Charles Médecine générale RPPS 10025215330 5 rue des Océans 75000 PARIS FRANCE +33 1 44 49 43 49 francois.dupont@gmail.com</p> <p>2 le quatre janvier deux mille vingt-trois</p> <p>3 Mademoiselle Durand Léa Sophie Femme 26/02/1990 1m69 65Kg</p> <p>4 Spécialité stupéfiant Une gélule de soixante milligrammes une fois par jour pendant vingt-huit jours à fractionner par semaine</p> <p>5 A délivrer par la pharmacie PHARMA</p> <p>6 Dupont</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>1 Informations prescripteurs Noms et prénoms du prescripteur Qualité, titre ou spécialité me cas échéant Numéro d'identification (Adeli ou RPPS) Adresse professionnelle précisant la mention "France" Coordonnées téléphoniques précédées de "+33" Adresse électronique Nom de l'établissement ou du service de santé et numéro de FINESS le cas échéant</p> <p>2 Date de la rédaction de l'ordonnance</p> <p>3 Informations patient Nom, prénoms, sexe, date de naissance Taille et poids si nécessaire</p> <p>4 Informations prescription Dénomination du médicament et dénomination commune <i>En toutes lettres :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'unités thérapeutiques de prise • Nombre de prises • Dosage Durée du traitement ou nombre d'unités de conditionnement Indiquer le type de fractionnement ou "délivrance en une seule fois" si nécessaire</p> <p>5 Nom de la pharmacie qui délivra les médicaments</p> <p>6 Signature du prescripteur immédiatement sous la dernière ligne de la prescription</p> <p>7 Numéro d'identification du lot d'ordonnances sécurisées</p> <p>8 Nombre de spécialités prescrites</p>
--	---

Issue du site Internet Meddispar

Annexe 4 : Ordonnance de délégation du primo-prescripteur et ordonnance du médecin de ville

<p>Docteur DUPONT François Charles Médecine générale RPPS 10025215330 5 rue des Océans 75000 PARIS FRANCE +33 1 44 49 43 49 francois.dupont@gmail.com</p> <p>le quatre janvier deux mille vingt-trois</p> <p>Mademoiselle Durand Léa Sophie Femme 26/02/1990 1m69 65Kg</p> <p>Spécialité stupéfiant Une gélule de soixante milligrammes une fois par jour pendant vingt-huit jours à fractionner par semaine</p> <p>A délivrer par la pharmacie PHARMA</p> <p>A renouveler par le Docteur X</p> <p>Dupont</p> <p>0912345</p> <p>1</p>	<p>Docteur DUPONT François Charles Médecine générale RPPS 10025215330 5 rue des Océans 75000 PARIS FRANCE +33 1 44 49 43 49 francois.dupont@gmail.com</p> <p>le quatre janvier deux mille vingt-trois</p> <p>Mademoiselle Durand Léa Sophie Femme 26/02/1990 1m69 65Kg</p> <p>Spécialité stupéfiant Une gélule de soixante milligrammes une fois par jour</p> <p>Délégation de prescription au Docteur X</p> <p>Dupont</p> <p>0912345</p> <p>1</p>
---	---

Issue du site Internet Meddispar

Annexe 5 : Tableau récapitulatif de la délivrance des stupéfiants

Substance	Voie d'administration	Spécialités pharmaceutiques	Ordonnance sécurisée	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 Matrifen® (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® et Gé cp sublingual Actiq® cp avec applicateur buccal Breakaly® film croisepersible Effentora® et Gé cp gingival Instant® solution pulv. nasale Peccant® solution pulv. nasale Recivit® 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"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	orale (analgésique)	Zyron® 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
méthylphénidate	orale	Concerta® LP cp Médikinet® gélule LM Quasym® LP gélule LM Ritaline® cp Ritaline® 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
morphine	orale	Actiskeran® gélule et orodispersible Moscontin® LP cp LP Oramorph® sol buvable Séredol® cp Skéran® LP 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) Aquette® Morphine (chlorhydrate) Cooper® Morphine (chlorhydrate) Lavoisier® Morphine (chlorhydrate) Renaudin® 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	Oxaynia® LP cp LP Oxycotin® LP cp LP Oxynorm® gélule Oxynormorin® 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"/>



Annexe 6 : Tableau récapitulatif de la délivrance des assimilés stupéfiants

Médicament Liste I	Ordonnance sécurisée	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 (Prégabalin) 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 (Zolpidem 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"/>
Temgésic® 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"/>
Tranxène ® 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"/>

Annexe 7 : Conseils sur la conservation, le mode d'administration et les effets secondaires liés à l'administration des différents TAO

	Méthadone sirop	Méthadone gélule	BHD sublinguale (Subutex® et génériques, Suboxone®)	BHD orodispersible (Orobupré®)
Conservation	Le flacon doit être conservé avec son couvercle scellé et ne doit pas être ouvert à l'avance. Le sirop doit être bu immédiatement et entièrement après l'ouverture afin d'éviter que le sirop ne soit bu par une tierce personne.	Les gélules doivent être conservées dans leurs blisters thermoformés et sécurisés. Afin d'éviter tout risque d'ingestion accidentelle par une tierce personne, les gélules ne doivent pas être sorties à l'avance.	Les comprimés doivent être conservés dans leurs blisters thermoformés et sécurisés afin d'éviter tout risque d'ingestion par une tierce personne.	
Conseils d'administration	Il est conseillé de boire le sirop avec une paille, se rincer la bouche immédiatement après avoir pris le sirop. Se brosser les dents après chaque repas avec un dentifrice fluoré (supérieur à 1500ppm) et plutôt cracher que se rincer la bouche afin de prolonger les effets du dentifrice.	La gélule ne doit pas être ouverte et la poudre prise avec de l'eau. La galénique a été conçu pour éviter les mésusages. Un phénomène de gélification a lieu lors du contact de la poudre de la gélule avec de l'eau afin d'éviter toute injection de la méthadone.	Le comprimé doit être maintenu sous la langue jusqu'à dissolution complète (entre 5 et 10 minutes). Si le patient doit prendre plusieurs comprimés, il peut les placer simultanément ou en deux fois sous la langue. La deuxième part devant être prise juste après la dissolution de la première. Le patient ne doit pas boire ni manger avant la dissolution complète du comprimé.	Le comprimé doit être retiré de son blister avec des doigts secs (à cause de sa porosité) et placer immédiatement sur la langue. La dissolution du comprimé se produit en une dizaine de secondes. Le patient doit éviter de déglutir pendant deux minutes car l'absorption se fait par la muqueuse buccale. Le patient ne doit pas boire ni manger dans les cinq minutes qui suivent l'administration.
Effets secondaires liés à l'administration	L'acidité et la diminution de salive augmente le risque d'érosion des dents et le sucre du sirop favorise les caries. Le glycérol présent dans la forme sirop peut provoquer des céphalées et des troubles digestifs comme des diarrhées. La forme sirop est déconseillée aux diabétiques de par sa forte teneur en sucre.	Les risques bucco-dentaires sont diminués avec la forme gélule. L'absence d'acidité et de sucre diminue les risques d'érosion et de caries.	Hormis la diminution de la salivation (effet de tous les dérivés opiacés), la BHD n'a pas d'effet notable sur les dents.	

D'après le résumé des caractéristiques du produit (RCP) des différents médicaments (18,27,30,31,34)

Annexe 8 : Questionnaire diffusé auprès des pharmaciens

Ressenti du pharmacien sur la prise en charge des patients ayant un MSO à l'officine

Dans le cadre de mes études en pharmacie, je rédige une thèse sur la prise en charge des patients sous TSO (traitement de substitution aux opiacées) à l'officine. Je souhaite inclure dans mon analyse l'expérience de la prise en charge vue par le pharmacien.

Obligatoire

L'officine

1. Dans quelle région se situe l'officine ? *
2. De quel département ? (Auvergne-Rhône-Alpes) *
3. De quel département ? (Bourgogne-Franche-Comté) *
4. De quel département ? (Bretagne) *
5. De quel département ? (Centre - Val de Loire) *
6. De quel département ? (Corse) *
7. De quel département ? (Grand Est) *
8. De quel département ? (Hauts-de-France) *
9. De quel département ? (Île-de-France) *
10. De quel département ? (Normandie) *
11. De quel département ? (Nouvelle-Aquitaine) *
12. De quel département ? (Occitanie) *
13. De quel département ? (Pays de la Loire) *
14. De quel département ? (Provence-Alpes-Côte d'Azur) *
15. De quel département ? (DROM) *
16. Quel est le type de l'officine ? *
 - Urbaine
 - Rurale
17. La pharmacie se situe : *
 - Proche d'un CSAPA, CAARUD, centre d'addictologie, centre d'accueil des toxicomanes
 - Proche d'aucune structure prenant en charge les addictions aux opiacés
18. Quel est le chiffre d'affaires de la pharmacie ? *
 - < 1.3 millions d'euros
 - Entre 1.3 et 2.6 millions d'euros
 - Entre 2.6 et 3.9 millions d'euros
 - >3.9 millions d'euros
19. Au sein de votre équipe, combien y a-t-il de pharmacien(ne)s en équivalent temps plein ? * _____

20. En moyenne, combien de patients servez-vous par jour ? *

- < 100
- [100 ; 199]
- [200 ; 299]
- >300

21. Au sein de votre équipe, combien de personnes délivrent les MSO au comptoir ? *

- 1
- [2 ; 5]
- [6 ; 9]
- > 10

22. Qui délivre les MSO au comptoir ? *

- Uniquement les pharmaciens
- Pharmaciens et préparateurs
- Pharmaciens, préparateurs, étudiants

23. Combien avez-vous de patients sous MSO ? *

- Aucun
- [1 ; 5]
- [6 ; 10]
- [11 ; 15]
- > 15

Le/La pharmacien(ne)

24. Vous êtes : *

- Homme
- Femme
- Autre

25. Vous avez : *

- < 30 ans
- [30 ; 44] ans
- [45 ; 59] ans
- 60 ans et plus

26. Quel est votre poste dans l'officine ? *

- Titulaire
- Adjoint
- Etudiant

27. Vous trouvez-vous méfiant à l'égard des patients ayant un TSO ? *

- Oui, beaucoup
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas de tout

28. Pouvez-vous expliquer pourquoi ? _____

29. Comment considérez-vous la relation avec vos patients sous TSO ? *

- Agréable
- Inexistante
- Conflictuelle

30. Au comptoir, pensez-vous prendre le temps nécessaire pour réaliser la dispensation de MSO ? *

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

31. Pensez-vous avoir la même prise en charge entre un patient sous MSO et un autre patient chronique ? *

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

32. Le médecin prescripteur prend-il contact avec vous lors d'une première délivrance pour établir un cadre de travail pluridisciplinaire ? *

- Oui, à chaque fois
- Oui, parfois
- Non, jamais

33. Si non, contactez-vous le médecin prescripteur lors d'une première délivrance afin d'établir un cadre de travail pluridisciplinaire ? *

- Oui
- Non

34. Comment vous percevez-vous en tant que pharmacien dans le parcours de soin du patient ? *

- Comme un fournisseur de médicaments
- Comme un membre de l'équipe de soin

35. Avez-vous fait des formations sur la prise en charge des patients sous TSO ? *

- Oui
- Non, ça ne m'intéresse pas
- Non, mais ça m'intéresserait

36. Utilisez-vous des supports (papiers, numériques) lors de la dispensation des médicaments de substitution ? (ex: flyer, calendrier, vidéos, etc) *

- Oui
- Non

37. Si oui, lesquels ? _____

Annexe 9 : Questionnaire diffusé auprès des patients

Questionnaire sur votre vécu d'accompagnement à l'officine pour votre traitement MSO

Dans le cadre de mes études en pharmacie, je rédige une thèse sur la prise en charge des patients sous MSO (médicaments de substitution aux opiacées) à l'officine. Il me semble important d'inclure dans mon analyse votre ressenti sur votre accompagnement à la pharmacie d'officine. Il s'agit d'un questionnaire ANONYME. Vous devez répondre à toutes les questions.

Cochez **une réponse par question** sauf pour la question 7 (plusieurs réponses possibles)

A propos de vous

1. Vous êtes :

- Femme
- Homme
- Autre

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- Entre 15 et 19 ans
- Entre 20 et 34 ans
- Entre 35 et 49 ans
- 50 ans et plus

3. Où vivez-vous ?

- En Ville
- A la campagne

4. Depuis combien de temps la délivrance de votre traitement de substitution s'effectue en pharmacie ?

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Plus de 10 ans

5. Avant d'avoir un traitement de substitution, à quelle fréquence alliez-vous dans une pharmacie ?

- Régulièrement
- De temps en temps
- Jamais

Choix de la pharmacie

6. La pharmacie dans laquelle vous allez chercher votre traitement de substitution se situe :

- En ville
- A la campagne

7. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi cette pharmacie ? (Plusieurs réponses possibles)

- Vous aviez l'habitude d'aller dans cette pharmacie
- On vous a conseillé cette pharmacie
- Pour sa localisation
- Autre : _____

8. Dans la pharmacie où vous allez chercher votre traitement de substitution :

- Vous ne prenez QUE votre traitement de substitution
- Vous prenez aussi d'autres médicaments ou produits sans ordonnances

9. Vous est-il arrivé de changer de pharmacie au cours de votre traitement ?

- Oui, car j'ai eu une mauvaise expérience avec l'équipe de la pharmacie
- Oui, pour changer de localisation
- Oui, mais uniquement pour les vacances ou déplacements
- Non
- Autre : _____

Votre ressenti dans la pharmacie

10. Pensez-vous être pris(e) en charge de la même manière qu'un autre patient ?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

11. Trouvez-vous que les pharmaciens sont soucieux de prendre le temps nécessaire pour réaliser la dispensation de votre traitement ?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

12. Comment considérez-vous votre relation avec l'équipe de la pharmacie ?

- Agréable
- Inexistant
- Conflictuelle

13. Trouvez-vous que le pharmacien porte une attention particulière à la confidentialité au comptoir ?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

14. Vous a-t-on déjà proposé d'échanger / discuter dans l'espace de confidentialité de la pharmacie ?

- Oui et vous avez accepté
- Oui et vous avez refusé
- Non mais vous apprécierez
- Non mais ça ne vous intéresse pas

15. A la pharmacie, vous a-t-on expliquer comment prendre vos médicaments, leurs effets indésirables et les interactions médicamenteuses ?

- Oui
- Non

16. Rencontrez-vous des difficultés de compréhension sur la réglementation de ces médicaments ? (Jour de renouvellement, chevauchement...)

- Oui, très souvent
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, jamais

17. Comment considérez-vous le rôle du pharmacien dans votre parcours de soin ?

- Comme un fournisseur de médicaments
- Comme un soutien dans votre parcours de soin

18. D'après vous, comment votre prise en charge à la pharmacie peut-elle être (ou a-t-elle été) améliorée ? (ex : documents / flyer / calendrier de renouvellement / support numérique / aménagement de la pharmacie, personnel ...) Toute idée est bonne à prendre

ABSTRACT

RÉSUMÉ

BOUMIER Clémence

La prise en charge à l'officine des patients ayant un traitement par agonistes opioïdes

En France, la consommation de substances psychotropes remonte au XVI^e siècle. Sources de fascination, de crainte et d'interdits, les drogues occupent une place singulière au sein de la société. La politique répressive à l'égard des consommateurs d'opioïdes a évolué vers une politique axée sur le soin, la prévention et l'éducation, notamment à la suite de l'apparition du virus de l'immunodéficience humaine. Commercialisés depuis trente ans, les traitements par agonistes opioïdes constituent les seuls médicaments substitutifs d'une drogue illicite dispensés à l'officine.

Ce travail de thèse vise à évaluer la prise en charge à l'officine des patients traités par agonistes opioïdes. Deux questionnaires ont été élaborés : l'un destiné aux pharmaciens d'officine exerçant sur l'ensemble du territoire français, l'autre aux patients pris en charge au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie de Chinon. Le ressenti du pharmacien sur sa prise en charge auprès de ces patients, et le vécu du patient au comptoir ont été évalués puis comparés.

Les résultats révèlent une ambivalence dans la posture des pharmaciens : la moitié manifeste une certaine méfiance, tandis que près des trois quarts déclarent entretenir une relation agréable avec ces patients. Si 70 % affirment assurer une prise en charge équivalente à celle d'autres patients chroniques, 40 % se perçoivent encore comme de simples fournisseurs de médicaments. Parallèlement, les patients expriment une satisfaction globale, tout en relevant un manque d'accompagnement dans le sevrage.

La relation entre pharmaciens et patients sous traitement de substitution révèle une complexité entre engagement professionnel et influence des expériences passées. Si les pharmaciens considèrent les patients sous traitement par agonistes opioïdes comme des patients chroniques, leur ressenti demeure parfois méfiant. De leur côté, les patients reconnaissent bénéficier d'une prise en charge comparable à celle d'autres malades, sans pour autant établir de véritable relation avec leur pharmacien ni l'intégrer pleinement à leur parcours de soins, révélant ainsi l'ambiguïté d'un lien davantage fonctionnel que réellement thérapeutique. L'étude souligne la nécessité de renforcer la formation, de développer des entretiens pharmaceutiques autour de cette pathologie et de valoriser le rôle du pharmacien comme acteur dans le parcours de soins.

Mots-clés : **pharmacien d'officine, addiction, opioïdes, substitution, traitement chronique, relation, formation**

Pharmacy-based care for patients on opioid agonist treatment

In France, the consumption of psychotropic substances dates back to the 16th century. As sources of fascination, fear, and prohibition, drugs occupy a singular place within society. Repressive policies targeting opioid users have gradually shifted toward a public health-oriented approach focused on care, prevention, and education, particularly following the emergence of the human immunodeficiency virus. Marketed for thirty years, opioid agonist therapies constitute the only substitution treatments for an illicit drug that are dispensed in community pharmacies.

This thesis aims to evaluate the management of patients treated with opioid agonists in community pharmacies. Two questionnaires were developed : one intended for community pharmacists practicing throughout France, and the other for patients cared for at the addiction care, support, and prevention center in Chinon. Pharmacists' perceptions of the care they provide to these patients, as well as patients' experiences at the counter, were assessed and then compared.

The results reveal an ambivalence in pharmacists' attitudes : half express a degree of mistrust, while nearly three-quarters report having a pleasant relationship with these patients. Although 70% state that they provide care equivalent to that offered to other chronic patients, 40% still perceive themselves primarily as mere medication suppliers. At the same time, patients express overall satisfaction, while noting insufficient support during withdrawal.

The relationship between pharmacists and patients undergoing opioid substitution treatment reflects a tension between professional commitment and the influence of past experiences. While pharmacists consider patients treated with opioid agonists as chronic patients, their perceptions sometimes remain marked by mistrust. For their part, patients acknowledge receiving care comparable to that of other individuals with chronic conditions, yet they do not establish a genuine relationship with their pharmacist nor fully integrate them into their care pathway. This highlights the ambiguity of a connection that is more functional than truly therapeutic. The study underscores the need to strengthen training, develop pharmacist-patient consultations focused on this condition, and enhance the pharmacist's role as a key actor within the care pathway.

Keywords : **community pharmacist, addiction, opioids, substitution, chronic treatment, relationship, training**