



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
DE PHARMACIE

UNIVERSITE DE LORRAINE
2019

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

le 20 Décembre 2019, sur un sujet dédié à :

LE ROLE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DES
USAGERS DE DROGUES OPIACEES EN MEUSE, ENQUETE
AUPRES DES PHARMACIENS MEUSIENS

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Emma SCHIRA

née le 16 Juin 1993

Membres du Jury

Président : Mr Luc FERRARI, Professeur des Universités en Toxicologie

Juges : Mme Isabelle JOSSELIN, Pharmacien d'officine à Bar-le-Duc

Mme Dominique GUIRLET, Praticien Hospitalier

Mme Juliana TOURNEBIZE, Pharmacien au CEIP-A de Nancy

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2019-2020

DOYEN

Raphaël DUVAL

Vice-Doyen

Julien PERRIN

Directrice des études

Marie SOCHA

Conseil de la Pédagogie

Présidente, Brigitte LEININGER-MULLER

Vice-Présidente, Alexandrine LAMBERT

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Présidente, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Présidente, Caroline GAUCHER

Chargés de Mission

Communication

Innovation pédagogique

Référente ADE

Référente dotation sur projet (DSP)

Marie-Paule SAUDER

Alexandrine LAMBERT

Virginie PICHON

Marie-Paule SAUDER

Responsabilités

Filière Officine

Filière Industrie

Filière Hôpital

Pharma Plus ENSIC

Pharma Plus ENSAIA

Pharma Plus ENSGSI

Cellule de Formation Continue et Individuelle

Commission d'agrément des maîtres de stage

ERASMUS

Caroline PERRIN-SARRADO

Julien GRAVOULET

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Xavier BELLANGER

Igor CLAROT

Luc FERRARI

François DUPUIS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Francine PAULUS

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Pierre LEROY

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Claude BLOCK

Pierre DIXNEUF

Chantal FINANCE

Marie-Madeleine GALTEAU

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

François BONNEAUX

Gérald CATAU

Thérèse GIRARD
Pierre LABRUDE
Vincent LOPPINET
Philippe MAINCENT
Alain NICOLAS
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Francine PAULUS
Christine PERDIAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Gabriel TROCKLE
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Colette ZINUTTI

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	<i>Thérapie cellulaire</i>
Béatrice DEMORE	81	<i>Pharmacie clinique</i>
Jean-Louis MERLIN	82	<i>Biologie cellulaire</i>
Jean-Michel SIMON	81	<i>Economie de la santé, Législation pharmaceutique</i>
Nathalie THILLY	81	<i>Santé publique et Epidémiologie</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Ariane BOUDIER ✎	85	<i>Chimie Physique</i>
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	<i>Pharmacologie</i>
Igor CLAROT	85	<i>Chimie analytique</i>
Joël DUCOURNEAU	85	<i>Biophysique, Acoustique, Audioprothèse</i>
Raphaël DUVAL	87	<i>Microbiologie clinique</i>
Béatrice FAIVRE	87	<i>Hématologie, Biologie cellulaire</i>
Luc FERRARI	86	<i>Toxicologie</i>
Pascale FRIANT-MICHEL	85	<i>Mathématiques, Physique</i>
Christophe GANTZER	87	<i>Microbiologie</i>
Frédéric JORAND	87	<i>Eau, Santé, Environnement</i>
Isabelle LARTAUD	86	<i>Pharmacologie</i>
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	<i>Pharmacognosie</i>
Brigitte LEININGER-MULLER	87	<i>Biochimie</i>
Patrick MENU	86	<i>Physiologie</i>
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Bertrand RIHN	87	<i>Biochimie, Biologie moléculaire</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Alexandre HARLE	82	<i>Biologie cellulaire oncologique</i>
Julien PERRIN	82	<i>Hématologie biologique</i>
Loïc REPPPEL	82	<i>Biothérapie</i>
Marie SOCHA	81	<i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES

Xavier BELLANGER ^H	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Emmanuelle BENOIT ^H	86	<i>Communication et Santé</i>

Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN ^H	86	Chimie thérapeutique
Cédric BOURA ^H	86	Physiologie
Sandrine CAPIZZI BANAS	87	Parasitologie
Antoine CAROF [✕]	85	Informatique
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Natacha DREUMONT ^H	87	Biochimie générale, Biochimie clinique
Florence DUMARCAY ^H	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS ^H	86	Pharmacologie
Reine EL OMAR	86	Physiologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Anthony GANDIN	87	Mycologie, Botanique
Caroline GAUCHER ^H	86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD ^H	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique
Olivier JOUBERT ^H	86	Toxicologie, Sécurité sanitaire
Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Julie LEONHARD	86/01	Droit en Santé
Christophe MERLIN ^H	87	Microbiologie environnementale
Maxime MOURER	86	Chimie organique
Coumba NDIAYE	86	Epidémiologie et Santé publique
Arnaud PALLOTTA	86	Bioanalyse du médicament
Marianne PARENT	85	Pharmacie galénique
Caroline PERRIN-SARRADO	86	Pharmacologie
Virginie PICHON	85	Biophysique
Sophie PINEL ^H	85	Informatique en Santé (e-santé)
Anne SAPIN-MINET ^H	85	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	87	Mycologie, Botanique
Guillaume SAUTREY	85	Chimie analytique
Rosella SPINA	86	Pharmacognosie
Sabrina TOUCHET	86	Pharmacochimie
Mihayl VARBANOV	87	Immuno-Virologie
Marie-Noëlle VAULTIER	87	Mycologie, Botanique
Emilie VELOT ^H	86	Physiologie-Physiopathologie humaines
Mohamed ZAIYOU ^H	87	Biochimie et Biologie moléculaire

PROFESSEUR ASSOCIE

Julien GRAVOULET	86	Pharmacie clinique
------------------	----	--------------------

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	11	Anglais
--------------------	----	---------

[✕] En attente de nomination

^H Maître de conférences titulaire HDR

* *Disciplines du Conseil National des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens

De coopérer avec les autres professionnels de santé

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI
IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A
LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A mon président de jury :

Mr **Luc Ferrari**, professeur des Universités en Toxicologie à la faculté de Pharmacie de Nancy, qui me fait l'honneur de présider cette thèse. Pour vos conseils, votre aide dans la rédaction de ce travail et vos enseignements durant ces années d'études, je vous témoigne mon plus profond respect et toute ma reconnaissance.

A ma directrice de thèse :

Mme **Isabelle Josselin**, merci de m'avoir formée en me transmettant vos multiples connaissances, de m'avoir sensibilisée au problème de la toxicomanie et d'avoir été présente à l'origine de ce projet de thèse. Ce fut un plaisir de travailler avec vous, votre pratique officinale et votre implication professionnelle sont pour moi une référence, je vous adresse mes plus sincères remerciements.

A mon jury de thèse :

Mme **Dominique Guirlet**, praticien hospitalier, pour avoir accepté de faire partie de mon jury, je vous témoigne toute ma reconnaissance. Vous avez pour moi une importance considérable dans la prise en charge des toxicomanies dans notre département, je vous remercie d'avoir consacré du temps à mon travail et à sa relecture.

A Mme **Juliana Tournebize**, pharmacien au CEIP-A de Nancy, pour votre présence au sein de mon jury, votre disponibilité et vos précieux conseils dans l'élaboration de ce travail, soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Remerciements professionnels :

A Mme **Ndeye Coumba Ndiaye**, pour le temps que vous m'avez consacré et pour votre aide dans l'exploitation statistique de mon questionnaire, je vous adresse tous mes remerciements.

A Mr **Olivier Glady**, procureur de la République de Bar-le-Duc, pour m'avoir apporté un autre regard sur mon sujet et pour m'avoir permis d'échanger avec vous, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Mme **Ghislaine Trilicien**, pour m'avoir introduit dans les travaux menés par la préfecture concernant mon sujet de thèse, je vous adresse mes plus sincères remerciements.

A Mr **François Defosse**, pharmacien d'officine pour votre accueil, votre écoute et votre aide dans la réalisation d'entretiens, je vous témoigne toute ma reconnaissance.

A toute **l'équipe de la pharmacie de la Gare** à Bar-le-Duc, merci pour vos bonnes idées et vos remarques qui m'ont toujours été utiles dans l'écriture de ce travail. Je vous remercie également pour tout ce que vous m'avez apporté au cours de mon stage.

A mon **équipe de travail à la pharmacie de Pargny**, merci de me supporter au quotidien et de m'avoir encouragée tout au long de la rédaction de cette thèse.

A tous **les pharmaciens meusiens**, merci d'avoir répondu à mon questionnaire, sans vous ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Remerciements personnels :

A **mes parents**, pour votre présence, votre soutien depuis toujours dans mes études et dans tout ce que j'entreprends, je ne vous remercierai jamais assez.

A **mon père**, merci de m'avoir appris ton métier, je suis ravie de travailler à tes côtés.

A **ma sœur Inès**, merci pour notre année de coloc et ta présence durant toutes mes études ainsi que pour nos balades à cheval.

A **ma famille**, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines (du Nord et du Sud) merci pour tous les bons moments partagés.

A **Romain**, merci pour ton soutien au quotidien durant toutes ces études et pour ton aide primordiale dans la rédaction de cette thèse. Je te remercie pour tout le bonheur que tu m'apportes, à tous nos moments partagés et à tous ceux à venir.

A **mes beaux parents**, merci pour votre accueil, votre écoute et vos encouragements durant mes études.

Aux « **Girls** » **Lucie, Cécile et Maria**, merci pour ces 5 années de cours passées ensemble, merci à Cécile ma binôme, d'avoir supporté ma maladresse et mon stress dans les TP. Je remercie la fac d'avoir permis le croisement de nos chemins, à toutes nos soirées, nos vacances, nos RU et tout ce qu'il nous reste encore à faire et à partager.

A **tous mes amis** GG, Marion, Anaïs, Inès, Dedau...qui ont suivi de près ou de loin mes études et l'avancement de cette thèse.

A **Justine**, je te remercie pour nos grandes discussions au cours de nos balades à cheval.

Table des matières

Listes des figures	6
Liste des tableaux	8
Liste des annexes	9
Liste des abréviations	10
INTRODUCTION	12
PARTIE 1 : LA TOXICOMANIE : CONSTAT DE LA SITUATION EN MEUSE	14
I. Définitions et généralités	14
1. Définitions.....	14
A. Toxicomanie.....	14
B. Les drogues.....	15
2. De l'usage simple à la dépendance.....	16
A. L'usage expérimental.....	16
B. Usage occasionnel.....	16
C. Usage récréatif.....	16
D. Usage régulier.....	17
E. L'usage nocif ou abus.....	17
F. La dépendance.....	17
a. La tolérance.....	17
b. La dépendance physique.....	18
c. La dépendance psychologique.....	18
G. Critères du DSM-V.....	19
3. Rappel de la loi en matière de toxicomanie.....	20
A. La loi du 31 décembre 1970.....	20
B. Le délit d'usage.....	21
C. Le délit de trafic.....	21
4. Les produits : les opiacés.....	22
A. Opiacés/opioïdes.....	22
B. La morphine.....	22
a. Historique et découverte.....	23
b. Présentation.....	23
c. Usage.....	23
d. Propriétés pharmacologiques.....	24
e. Effets indésirables.....	24
f. Syndrome de sevrage.....	24
g. Signes de surdosage.....	25
C. La codéine.....	25
a. Propriétés pharmacologiques.....	25
b. Usage.....	26
c. Législation.....	27
D. L'héroïne.....	27
a. Historique.....	29
b. Usage.....	29
c. Effets.....	29
i. Action sur le SNC.....	29
ii. Activité somatique.....	30
d. Syndrome de sevrage.....	30
e. Overdose.....	31

E. Effets des opiacés sur le cerveau	32
II. La Meuse : un territoire marqué par la consommation d'héroïne	33
1. Description du territoire.....	33
2. Etat des lieux des consommations d'opiacés en Grand Est.....	34
3. Etat des lieux des consommations d'opiacés sur le territoire meusien	38
A. D'un point de vue juridique	38
B. D'un point de vue médical.....	41
4. Profils des consommateurs en Meuse.....	43
A. Usager simple	43
B. Usager délinquant.....	44
C. Usager revendeur	44
D. Exemples de parcours de vie « types » d'usagers de drogues : résumé d'entretiens	45
a. Usager simple	45
b. Usagers revendeurs.....	47
5. Le trafic d'héroïne en Meuse	50
A. Un ravitaillement conditionné par la situation géographique	50
B. La particularité du « Trafic de fourmis ».....	51
C. Le réseau de proximité : un accès facilité à l'héroïne	52
6. Le produit : de l'initiation aux modalités de consommation	53
A. Le produit.....	53
B. Le milieu festif.....	54
C. La transmission familiale.....	54
7. Les établissements de prise en charge des toxicomanes en Meuse	55
A. CSAPA-ANPA et CSAPA-Centr'aid	55
B. Analyse des patients pris en charge	57
C. L'émergence d'un nouveau CAARUD	58

PARTIE 2 : LE ROLE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES..... 59

I. Rappel du Code de la Santé Publique et du Code de Déontologie	59
II. Prise en charge de la toxicomanie aux opiacés	60
1. Le sevrage et la substitution.	61
A. La substitution en ambulatoire	61
B. Le sevrage en milieu hospitalier	61
C. Le sevrage en milieu carcéral	62
2. Les médicaments de substitution aux opiacés (MSO).....	62
A. Les objectifs des MSO	62
B. La buprénorphine haut dosage	63
a. Structure chimique	63
b. Propriétés pharmacodynamiques	64
c. Propriétés pharmacocinétiques	64
i. Absorption	64
ii. Distribution	65
iii. Métabolisme	65
iv. Elimination	65
d. Présentation	65
e. Voie d'administration	65
f. Posologie	65
g. Les modalités de prescription.....	66
h. Effets indésirables.....	66

i.	Contres indications	66
j.	Cas clinique.....	67
C.	La méthadone	67
a.	Structure chimique	67
b.	Propriétés pharmacodynamiques	67
c.	Propriétés pharmacocinétiques	68
i.	Absorption	68
ii.	Distribution	68
iii.	Métabolisme	68
iv.	Elimination	68
d.	Présentation	68
e.	Voie d'administration	69
f.	Posologie	69
g.	Les modalités de prescription.....	69
i.	Primo prescription	69
ii.	Ordonnance de délégation	70
h.	Effets indésirables	71
i.	Contre indications	71
j.	Cas cliniques.....	71
D.	La suboxone	72
a.	Structure chimique	72
b.	Propriétés pharmacodynamiques	72
c.	Propriétés pharmacodynamiques.....	73
i.	Absorption et distribution.....	73
ii.	Métabolisme et élimination.....	73
d.	Présentation	73
e.	Voie d'administration	73
f.	Posologie	73
g.	Modalités de prescription	74
h.	Effets indésirables et contre indications.....	74
III.	Le pharmacien face à une ordonnance de MSO	74
1.	L'accueil du patient toxicomane au comptoir.....	74
2.	La dispensation.....	75
A.	BHD-BHD/Naloxone	76
B.	Méthadone	76
C.	Résumé.....	76
D.	La préparation des doses	77
E.	L'administration à la pharmacie	77
F.	Cas particulier de la dispensation en garde à vue	77
3.	Les conseils associés	78
4.	Le suivi du patient.....	81
5.	Le mésusage	81
A.	Les voies d'administration	82
B.	Le trafic et la revente	84
C.	La ruse et le mensonge	86
D.	La fraude.....	87
E.	La violence.....	89
F.	Le nomadisme médical et pharmaceutique	89
G.	Conduite à tenir.....	91
6.	L'importance d'une bonne communication	92
A.	Communication interne	92
B.	Communication externe	93

IV. Rôle du pharmacien dans la prévention des risques infectieux	93
1. Distribution de seringues : détection de « nouveaux » patients toxicomanes	93
A. Steribox®	94
B. Steribox 2 ®	95
2. Récupération des seringues	95
A. La récupération à l'officine : programme d'échange de seringues	95
B. Les récupérateurs de rue	96

**PARTIE 3 : LA PRISE EN CHARGE ET LES RELATIONS PHARMACIENS/PATIENTS :
ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS D'OFFICINE 97**

I. Enquête	97
1. Introduction : présentation de l'enquête.....	97
2. Matériel et méthode	97
A. Population ciblée	97
B. Période et lieu d'étude	98
C. Elaboration du questionnaire	98
D. Diffusion du questionnaire	98
E. Analyses statistiques	98
F. Questionnaire	99
3. Résultats	100
A. Le territoire étudié	101
B. Nombre de patients par officine	101
C. Relations pharmaciens/patients	102
D. Les agressions physiques	103
E. Les agressions verbales	104
F. Facilité à joindre les médecins	104
G. Volonté de recevoir des outils d'aide à la délivrance	105
H. Influence du caractère Ville/Campagne.....	106
a. Sur le nombre de patients	106
b. Sur les relations pharmaciens/patients	107
c. Sur les agressions physiques et verbales	107
d. Sur la facilité à joindre les prescripteurs	108
e. Sur la volonté d'outils d'aide à la délivrance	109
I. Influence du nombre de patients sous MSO.....	109
a. Sur les relations avec les pharmaciens.....	109
a. Sur les agressions physiques et verbales	110
b. Sur le désir d'outils d'aide à la prise en charge.....	111
J. Influence des agressions verbales et physiques sur la volonté d'outils d'aide à la délivrance	112
K. Influence des relations patients/pharmaciens avec la volonté d'outils d'aide à la prise en charge.....	113
II. Outils d'aide à la délivrance et à la prise en charge des patients	114
1. Outils existants	114
A. Historique informatique	115
B. DP et DMP	115
C. Boite mail sécurisée mailiz.....	116
D. Les alertes de l'ordre	116
2. Outils proposés.....	117
A. Fiche pharmacien	118
B. Fiche médecin.....	119
C. Fiches patients.....	120
D. Procédure de délivrance de méthadone.....	122

E. Procédure de délivrance de BHD/Suboxone®.....	123
F. Dossier patient	124
III. Discussion	127
CONCLUSION ET PERSPECTIVE	129
Bibliographie	131
Annexes	139

Listes des figures

FIGURE 1 : LES DIFFERENTS TYPES D'USAGES (13).....	20
FIGURE 2 : FORMULE CHIMIQUE DE LA MORPHINE (18).....	22
FIGURE 3 : FORMULE CHIMIQUE DE LA CODEINE (21).....	25
FIGURE 4 : BOISSON PURPLE DRANK (23).....	27
FIGURE 5 : FORMULE CHIMIQUE DE L'HEROÏNE (26).....	28
FIGURE 6 : CONCENTRATION SANGUINE D'HEROÏNE DANS LE CORPS (29)	31
FIGURE 7 : ACTION DES OPIACES SUR LE CERVEAU (32).....	33
FIGURE 8 : PREVALENCE REGIONALE DE L'UTILISATION DE METHADONE (A GAUCHE) ET DE BHD (A DROITE) EN 2015 (37).....	36
FIGURE 9 : TAUX D'INTERPELLATIONS POUR USAGE SIMPLE D'UN PRODUIT ILLICITE POUR 100 000 HABITANTS PAR DEPARTEMENT EN 2009 (35).....	38
FIGURE 10 : TAUX D'INFRACTIONS LIES AUX STUPEFIANTS POUR USAGE D'HEROÏNE DANS LES DEPARTEMENTS RURAUX POUR 100 000 HABITANTS DE 18 A 39 ANS EN 2009 (35)	39
FIGURE 11 : CARTE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE EN MEUSE (34)	56
FIGURE 12 : FORMULE CHIMIQUE DE LA BHD (47).....	64
FIGURE 13 : FORMULE CHIMIQUE DE LA METHADONE (53)	67
FIGURE 14 : FORMULE CHIMIQUE DE LA NALOXONE (62)	72
FIGURE 15 : PYRAMIDE DE SKINNER (72).....	82
FIGURE 16 : MESUSAGE DU SUBUTEX® ET SON GENERIQUE (ENQUETE OPPIDUM 2016) (73).....	84
FIGURE 17 : POURCENTAGE DES SUJETS AYANT OBTENUS ILLEGALEMENT DE LA METHADONE (76).....	86
FIGURE 18 : EXEMPLE D'ORDONNANCE FALSIFIEE	88
FIGURE 19 : EVOLUTION DU POURCENTAGE SUR CES DERNIERES ANNEES DE PATIENTS AYANT EU DES PRESCRIPTIONS DE MSO PAR 3 PRESCRIPTEURS DIFFERENTS OU PLUS ET DES DISPENSATIONS PAR 3 PHARMACIES OU PLUS (66).....	90
FIGURE 20 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES OFFICINES	101
FIGURE 21 : NOMBRE DE PHARMACIES PRENANT EN CHARGE ENTRE 0-4/4-9/10- 19/20 ET PLUS PATIENTS.....	101
FIGURE 22 : NATURE DES RELATIONS PHARMACIENS/PATIENTS	102
FIGURE 23 : PROPORTION D'AGRESSIONS PHYSIQUES	103
FIGURE 24 : PROPORTION D'AGRESSIONS VERBALES	104
FIGURE 25 : REPRESENTATION DE LA FACILITE A JOINDRE LES MEDECINS.....	105

FIGURE 26 : NOMBRE DE PHARMACIES SOUHAITANT DES OUTILS D'AIDE A LA DELIVRANCE	105
FIGURE 27 : COMPARAISON DU NOMBRE DE PATIENTS EN FONCTION DU CARACTERE VILLE/CAMPAGNE	106
FIGURE 28 : NATURE DES RELATIONS PATIENTS/PHARMACIENS EN FONCTION DU CARACTERE VILLE/CAMPAGNE	107
FIGURE 29 : PROPORTION D'AGRESSIONS VERBALES EN FONCTION DU CARACTERE VILLE/CAMPAGNE	107
FIGURE 30 : PROPORTION D'AGRESSIONS PHYSIQUES EN FONCTION DU CARACTERE VILLE/CAMPAGNE	108
FIGURE 31 : FACILITE A JOINDRE LES MEDECINS EN FONCTION DU CARACTERE VILLE/CAMPAGNE	108
FIGURE 32 : VOLONTE D'OUTILS D'AIDE PAR LES PHARMACIENS EN FONCTION DU CARACTERE VILLE/CAMPAGNE	109
FIGURE 33 : NATURE DES RELATIONS PHARMACIENS/PATIENTS EN FONCTION DU NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS PAR L'OFFICINE	110
FIGURE 34 : PROPORTION D'AGRESSIONS PHYSIQUES EN FONCTION DU NOMBRE DE PATIENTS	111
FIGURE 35 : PROPORTION D'AGRESSIONS VERBALES EN FONCTION DU NOMBRE DE PATIENTS	111
FIGURE 36 : PHARMACIES SOUHAITANT DES OUTILS D'AIDE EN FONCTION DU NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS	111
FIGURE 37 : PROPORTION DE PHARMACIES SOUHAITANT/REFUSANT LES OUTILS D'AIDE EN FONCTION DES AGRESSIONS PHYSIQUES.....	112
FIGURE 38 : PROPORTION DE PHARMACIES SOUHAITANT/REFUSANT LES OUTILS D'AIDE EN FONCTION DES AGRESSIONS VERBALES.....	113
FIGURE 39 : PROPORTION DE PHARMACIES DEMANDANT/REFUSANT DES OUTILS D'AIDE EN FONCTION DE LA NATURE DES RELATIONS AVEC LES PATIENTS..	114

Liste des tableaux

TABLEAU I : INDICATEURS SANITAIRES ET SOCIAUX LIES A L'USAGE DE DROGUES ILLICITES (36)	35
TABLEAU II : ESTIMATION DU NOMBRE D'USAGERS AYANT PRATIQUE L'INJECTION INTRAVEINEUSE AU COURS DE LEUR VIE ET AU COURS DU MOIS PAR SITE EN 2011 (38).....	37
TABLEAU III : TAUX D'INTERPELLATIONS POUR USAGE SIMPLE D'UN PRODUIT ILLICITE POUR 100 000 HABITANTS EN 2009 (35)	38
TABLEAU IV : TAUX D'INTERPELLATIONS POUR USAGE-REVENTE D'UN PRODUIT ILLICITE POUR 100 000 HABITANTS EN 2009 (35)	39
TABLEAU V : INTERPELLATIONS POUR ILS (ET TAUX POUR 10 000 HABITANTS DE 15 A 74 ANS) EN 2017 (34)	40
TABLEAU VI : QUANTITES DE PRODUITS STUPEFIANTS (EN GRAMMES) ET (PART EN % DES QUANTITES SAISIES POUR LES 3 PRINCIPAUX STUPEFIANTS SAISIS) SAISIES EN MEUSE (34)	40
TABLEAU VII : SEJOURS EN PSYCHIATRIE LIES A L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (ET TAUX POUR 100 000 HABITANTS) EN 2017 (34)	41
TABLEAU VIII : VENTES DE STERIBOX® EN MEUSE EN 2016 (ET TAUX POUR 100 HABITANTS DE 15 A 74 ANS), EN GRAND EST ET EN FRANCE METROPOLITAINE (34).....	42
TABLEAU IX : PATIENTS THEORIQUES SUIVANT UN TRAITEMENT PAR LES SUBSTITUTS D'OPIACES EN 2016 (ET TAUX POUR 100 000 HABITANTS) DE 15 A 74 ANS EN MEUSE, EN GRAND EST ET FRANCE METROPOLITAINE (34).....	42
TABLEAU X : NOMBRE DE PATIENTS PRIS EN CHARGE POUR 10 000 HABITANTS DE 15 A 74 ANS SUIVANT LE PRODUIT CONSOMME POSANT LE PLUS DE PROBLEMES EN 2016 (34).....	57
TABLEAU XI : CARACTERISTIQUES DES PERSONNES PRISES EN CHARGE DANS LES CSAPA EN 2016 (%)(34)	57
TABLEAU XII : RESULTATS GENERAUX DE L'ENQUETE	100

Liste des annexes

ANNEXE 1 : EXEMPLE DE FAUSSE ORDONNANCE	139
ANNEXE 2 : EXEMPLE D'ALERTE DE L'ORDRE DES PHARMACIENS.....	140
ANNEXE 3 : PROCEDURE MANUSCRITE DE DELIVRANCE DE STUPEFIANTS	141

Liste des abréviations

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

SNC : Système Nerveux Central

ANSM : Agence Nationale de la Santé et du Médicament

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

CIM : Classification Internationale des Maladies

CSP : Code de la Santé Publique

N° CAS : Chemical Abstracts Service

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

RECAP : Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

GABA : Acide gamma-aminobutyrique

U.TOPIA : Utilisation des Traitements de substitution aux Opiacés en France

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

NEMO : Nouvelle Etude Multicentrique de l'OFDT

IV : Intra veineux

ILS : Infractions Liés aux Stupéfiants

TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés

RSA : Revenu de Solidarité Active

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

BAC : Baccalauréat

CH : Centre Hospitalier

ANPA : Association Nationale de Prévention en Addictologie

AMIE : Association Meusienne d'Information et d'Entraide

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

VHC : Virus de l'Hépatite C

DM : Dispositifs Médicaux

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

VHB : Virus de l'Hépatite B

DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments ou de Substances

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

PLS : Position Latérale de Sécurité

ARS : Agence Régionale de Santé

OPPIDUM : Observation des Produits Psychotropes Illicites Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse

SDF : Sans Domicile Fixe

OSIAP : Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible

CEIP : Centre d'Évaluation et d'Information en Pharmacodépendance

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

QCM : Questions à choix Multiples

RDV : Rendez Vous

LGO : Logiciel de Gestion Officinal

DP : Dossier Pharmaceutique

DMP : Dossier Médical Partagé

CPS : Carte Professionnel de Santé

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

IM : Intra Musculaire

INTRODUCTION

La toxicomanie représente un problème communautaire croissant et actuel en France touchant toutes les classes de la société. Ce phénomène constitue une priorité de santé publique avec la mise en place de nombreuses actions de réduction des risques afin de minimiser toutes les conséquences néfastes liées à la perte de contrôle de la consommation d'une substance psychoactive. Le toxicomane a longtemps renvoyé une image négative de personne marginalisée, désinsérée de la société avec un comportement agressif et violent. Néanmoins en quelques années, le regard que nous posons sur l'usage de drogues a légèrement évolué. Les termes deviennent moins péjoratifs : « usage de drogues » remplace celui de toxicomanie et le terme « drogué » disparaît pour laisser place à celui d'usager.

Dans une première partie, après avoir rappelé les différentes définitions de la toxicomanie et des drogues, nous étudierons en particulier les opiacés. Nous examinerons de quelle manière les opiacés agissent sur le cerveau en mettant en jeu le système de la récompense qui pousse un individu à reconsommer et à devenir progressivement dépendant.

Ensuite, nous ciblerons particulièrement la région Grand Est afin de dresser un rapide portrait de la consommation marquée d'opiacés dans le territoire avant de s'intéresser plus en détails au département de la Meuse. Les données des travaux de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) combinées aux données qui émanent de la préfecture permettent de mettre en lumière le problème de l'héroïne en Meuse. Le département se distingue par de nombreuses caractéristiques prouvant l'existence d'un nombre élevé d'usagers d'héroïne et d'un trafic organisé spécifiquement, en tenant compte du caractère rural ainsi que de la position géographique du territoire, qui rend le produit facilement accessible. Face à cette situation, nous développerons l'offre de soin et les structures spécialisées accueillant ces patients.

Le pharmacien fait partie des professionnels de santé les plus concernés lors de la prise en charge de ces patients. De ce fait, nous exposerons dans une deuxième partie les différentes missions des officinaux qui s'étalent de l'accueil de l'usager de drogues au comptoir à la délivrance des médicaments de substitution, à la préparation des posologies, ainsi qu'à la délivrance de conseils. De plus, le pharmacien doit s'occuper également du côté administratif de gestion des stocks, du bon usage du médicament en respectant les périodes de fractionnement des délivrances. Il s'illustre parfois également comme le premier interlocuteur, professionnel de santé, lors de la distribution de kits de prévention.

Dans la troisième partie, nous effectuerons le lien entre les deux parties précédentes en exploitant les résultats de l'enquête menée auprès de l'ensemble des pharmacies meusiennes. Cette enquête interroge les pharmaciens d'officines de la Meuse sur le déroulement des traitements, la nature des relations qu'ils entretiennent avec les patients toxicomanes. L'exploitation des questionnaires permet de détailler les points forts et les faiblesses concernant la gestion des toxicomanes à l'officine du point de vue du pharmacien afin d'apporter des outils d'aides à la prise en charge.

PARTIE 1 : LA TOXICOMANIE : CONSTAT DE LA SITUATION EN MEUSE

I. Définitions et généralités

1. Définitions

A. Toxicomanie

La toxicomanie se définit comme un état de dépendance physique, psychique, ou les deux, vis à vis d'un produit qui s'établit chez un individu à la suite d'une consommation périodique ou continue de celle ci. (1)

La toxicomanie se caractérise par plusieurs éléments :

- une envie irrésistible de consommer le produit appelée « craving »
- une tendance à augmenter les doses pour obtenir l'effet recherché
- une dépendance psychologique et parfois physique
- des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (sociales, économiques, culturelles...)

La toxicomanie apparaît comme un phénomène complexe et multifactoriel qui nécessite la réunion d'un produit psychotrope, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel précis (Claude Olivenstein). (1)

La rencontre entre l'utilisateur de drogues et le produit s'opère dans un environnement où les influences sont souvent très déterminantes à l'incitation à consommer. (2)

En effet, l'addiction survient lorsque plusieurs facteurs se conjuguent :

- le **produit** qui de par son mode de consommation, son potentiel addictif et hédonique, son mode d'action sur l'organisme, son statut social (licite ou illicite) participe à la dépendance
- l'**environnement** conditionne également le risque addictif : la désinsertion sociale (chômage), l'absence de liens familiaux ou amicaux, l'appartenance à un groupe qui utilise le produit.
- l'**individu** lui même : chaque personne n'a pas les mêmes facteurs de vulnérabilité et de protection. Il a été montré que les prédispositions génétiques pourraient intervenir

dans l'apparition du risque addictif, ainsi que la présence de troubles psychiatriques et psychopathologiques.

- le **vécu et le ressenti** suite à la consommation du produit (euphorie, soulagement, plaisir) conditionnent l'entrée dans l'addiction. (3)

L'analyse du phénomène sous une dimension unique paraît donc dérisoire.

La définition du toxicomane est donnée par la loi de 1970 et est également communiquée dans l'article L.355-14 du Code de la Santé Publique « Toute personne usant d'une façon illicite des substances ou plantes classées comme stupéfiants ». (4)

B. Les drogues

Les drogues sont des produits psychoactifs naturels ou synthétiques, utilisés par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non.

Les drogues constituent des substances naturelles ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif qui conduit à faire perdurer cet effet et à prévenir les troubles psychiques voire physiques qui surviennent à l'arrêt de la consommation.

Ce besoin permanent de consommer la substance devient une véritable addiction : la personne y concentre alors toutes ses préoccupations en négligeant les conséquences sanitaires et sociales de sa consommation abusive. L'individu devient l'esclave de la drogue et de sa recherche. (5)

Diverses classifications existent pour les substances psychoactives en fonction de leurs effets sur le SNC, de leur statut (licites/illicites), de leur dangerosité.

En France, on dénombre environ 200 substances psychoactives interdites regroupées sous le terme de stupéfiants. Le classement d'une drogue comme stupéfiant signifie que l'on ne peut pas l'utiliser librement.

Les critères d'appartenance d'une substance à la liste des stupéfiants sont établis par l'évaluation de sa toxicité, son intérêt thérapeutique, son potentiel d'abus et de dépendance. L'ANSM (Agence Nationale de la sécurité du médicament et des autres produits de santé) et l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) se chargent d'établir une liste de substances classées comme stupéfiants. (6)

Les comportements de consommation de substances psychoactives sont nombreux et différents allant de l'usage simple avec des conséquences moindres, à la dépendance. Les classifications DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et la CIM 10 (Classification internationale des maladies) permettent de distinguer de manière similaire ces différents modes d'usages.

2. De l'usage simple à la dépendance

A. L'usage expérimental

L'usage expérimental se caractérise par un essai ponctuel du produit, l'individu cherche à explorer lui-même les effets de la substance pour satisfaire sa curiosité. Cette consommation est en général unique et sans lendemain. (7)

B. Usage occasionnel

L'usage occasionnel correspond à une consommation du produit dans des circonstances particulières : usage convivial par exemple.

Les usagers recherchent une sensation de plaisir, un état de bien-être, d'apaisement ou de désinhibition.

Les usages expérimentaux et occasionnels n'entraînent ni complications ni dommages et ne sont pas considérés comme pathologiques.

L'individu est dit consommateur modéré, son usage constitue un faible risque bien que cela ne signifie pas que le risque est nul mais il est considéré comme acceptable pour l'individu et la société.

C. Usage récréatif

Les consommateurs font un usage récréatif de la drogue souvent en groupe et pendant des loisirs ou des soirées. La recherche de plaisir reste toujours la première motivation de ces consommateurs et s'ajoutent la recherche de sensations, de convivialité, d'appartenance à un groupe, de transgression des interdits ou encore de rites d'initiation.

Dans la grande majorité des cas, l'usage récréatif n'a pas de conséquences sur les activités socioprofessionnelles des usagers. (7)

D. Usage régulier

Les consommateurs utilisent le produit au moins trois fois par semaine ou plus. L'usage est dénué du caractère convivial évoqué lors d'un usage récréatif. Le produit est consommé pour lutter contre une tristesse importante ou contre des manifestations anxieuses.

Le consommateur est qualifié de consommateur à risque. Sa consommation qui peut sembler en apparence socialement réglée, sans répondre aux critères de l'abus et de la dépendance, peut entraîner des dommages physiques, psychologiques ou sociaux à court, moyen ou long terme. (8)

E. L'usage nocif ou abus

Il se définit par la consommation répétée d'une substance malgré l'apparition de dommages sanitaires, sociaux, professionnels, familiaux sans pour autant répondre aux critères de la dépendance.

L'individu est dit consommateur à problèmes.

En plus du produit, ce sont les trajectoires de vies différentes, l'intensité, les circonstances et surtout les conséquences de l'usage qui permettent de distinguer les consommateurs à problèmes des consommateurs récréatifs. (9)

F. La dépendance

Elle se manifeste par une impossibilité de s'abstenir de consommer la substance souvent induite par une tolérance au produit, et lorsqu'il existe une dépendance physique, par un syndrome de sevrage qui apparaît dès l'arrêt de la consommation.

L'usager perd totalement la maîtrise de sa consommation, toute son attention est portée sur la substance et sur le moyen de s'en procurer : il est donc consommateur dépendant.

La dépendance est un phénomène multifactoriel. Elle est due en partie aux renforcements positifs sur le cerveau liés à l'euphorie et à l'inhibition de la douleur. Les renforcements négatifs sont représentés par la peur des symptômes de sevrage et par la maladie. (7)

a. La tolérance

La tolérance à un produit se définit par

- la nécessité d'une nette augmentation des doses de la substance pour obtenir l'effet désiré
- un effet diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

Elle résulte d'une modification pharmacodynamique au sein de l'organisme caractérisée par la désensibilisation des récepteurs à la substance suite à son administration continue. (10)
L'organisme s'habitue au produit et peut alors en supporter des quantités habituellement nocives sans présenter aucun symptôme apparent. Ceci amène certains toxicomanes à consommer en une fois une dose qui serait potentiellement mortelle pour un organisme non tolérant. (2)

b. La dépendance physique

La dépendance physique ou physiologique se manifeste par l'apparition d'une tolérance au produit et d'un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal de la substance.

Pour les consommateurs d'opiacés par exemple, le syndrome de sevrage typique se caractérise par des crampes abdominales et musculaires, des douleurs diffuses, une alternance de sueurs et frissons, céphalées, angoisse, tremblements, tachycardie, diarrhée, lombalgie, rhinorrhée, bâillements.

La dépendance physique conduit à un comportement compulsif de recherche de drogue chez l'individu afin d'obtenir les effets attendus : sensation de détente de l'organisme, absence de douleurs physiques, chaleur et apaisement. (7)

c. La dépendance psychologique

La notion de dépendance psychologique ou psychique fait référence aux pulsions à consommer une substance ou à reproduire un comportement pour en retrouver les effets. Ce désir irrésistible et irrépressible de consommer se désigne par le terme anglo saxon « craving » : désir ardent, appétit insatiable, recherche compulsive. (11)

La dépendance psychique est couplée à la notion de plaisir et d'autosatisfaction. La consommation répétée d'une substance active le système de la récompense et entraîne une sensation de satisfaction et de plaisir. (7)

De nos jours, l'opposition entre dépendance physique et dépendance psychologique n'existe plus, le diagnostic psychiatrique de la dépendance précise la présence ou l'absence de dépendance physique. (8)

G. Critères du DSM-V

Selon le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), les critères d'abus et de dépendance sont remplacés par une seule entité dénommée « trouble de l'usage d'une substance ». 11 critères diagnostiques définissent trois niveaux de sévérité du trouble avec un questionnaire reposant sur des questions portant sur les habitudes de consommations durant les 12 derniers mois pour une substance donnée :

- substance prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue
- désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance
- beaucoup de temps passé pour la recherche de la substance, son utilisation et se remettre de ses effets
- craving ou envie intense de consommer la substance
- utilisation répétée de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance
- activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes abandonnées en partie ou totalement à cause de l'utilisation de la substance
- utilisation répétée de la substance dans des situations réputées pour être physiquement dangereuses
- l'utilisation répétée de la substance conduit à l'impossibilité de remplir ses obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison
- consommation poursuivie malgré l'existence d'un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
- existence d'une tolérance
- existence d'un sevrage

Pour chacun de ces items, deux réponses (oui/non) sont notées, il convient de mettre un score de 1 à l'item si la réponse s'avère positive puis le score final s'obtient en additionnant les résultats des items.

- Score inférieur à 2 : absence d'addiction
- Score de 2 à 3 : addiction légère
- Score de 4 à 5 : addiction modérée
- Score supérieur ou égal à 6 : addiction sévère (12)

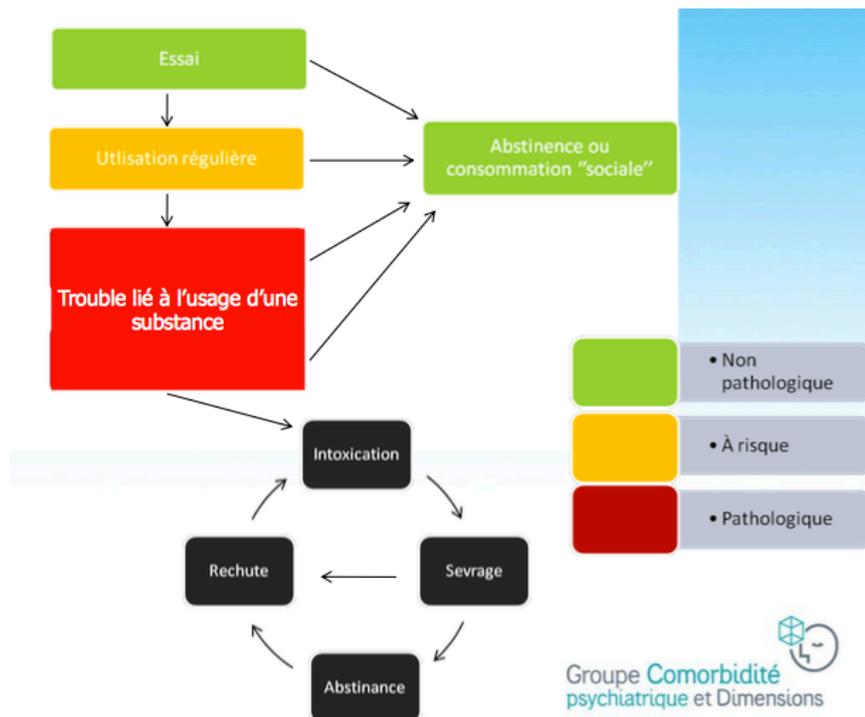


Figure 1 : Les différents types d'usages (13)

3. Rappel de la loi en matière de toxicomanie

A. La loi du 31 décembre 1970

Cette loi fait référence aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, à la répression du trafic et à l'usage illicite de substances vénéneuses. (7)

Ce texte s'inscrit dans le CSP (Code de la Santé Publique), réprime l'usage et le trafic de stupéfiants en prenant soin de distinguer ces deux notions. Elle repose sur 4 axes :

- la pénalisation de l'usage
- la répression du trafic et de ses profits
- l'injonction thérapeutique : elle permet à l'usager de drogue une alternative de soin pour éviter des sanctions. La loi prévoit la gratuité et l'anonymat des soins dans le cadre d'une prise en charge sanitaire et sociale conventionnée par l'Etat
- l'interdiction de divulguer de la publicité pour la consommation et le trafic de stupéfiants

La loi se montre d'une grande sévérité et interdit l'usage, la détention, le trafic et l'incitation. Elle réprime toute infraction à la législation des stupéfiants, de la simple consommation à la production et au trafic sans distinction entre les différents usages et entre les différentes drogues (dures ou douces).

Le cadre pénal apparaît donc quelquefois sévère avec des peines disproportionnées par rapport aux infractions effectuées.

En pratique, l'application de cette loi est complexe d'un point de vue pénal en raison d'un nombre important de normes et de modalités d'applications difficiles à mettre en oeuvre pour le législateur. (14)

B. Le délit d'usage

Le principe général de la loi sur les stupéfiants est d'interdire tout type d'usages y compris l'usage récréatif.

« L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et 3 500 euros d'amende » d'après l'article L.3421-1 du Code de la Santé Publique.(15)

De la même manière, théoriquement aucune distinction ne s'opère en fonction de l'usage ni de la drogue : la loi s'applique de façon identique pour un usage récréatif ou pour un usage quotidien ainsi que pour une consommation de cannabis et d'héroïne par exemple.

Mais dans les faits, les juges tiennent compte du danger de la consommation de la substance avant d'appliquer les peines aux usagers.

Ainsi, des mesures alternatives aux poursuites peuvent être proposées souvent dans le cadre d'un usage simple comme le rappel de la loi, l'orientation vers une structure sanitaire et sociale adaptée ou encore un stage de sensibilisation aux dangers de l'utilisation de stupéfiants...

Du côté pénal, des peines telles qu'un travail d'intérêt général, une amende, l'emprisonnement peuvent être prononcées et figurent dans le casier judiciaire de l'usager. (16)

C. Le délit de trafic

Le trafic se décline en de nombreuses étapes d'acheminement de la drogue.

Le Code pénal définit le trafic de stupéfiants comme tous les actes qui s'y déroulent : la production, le transport, l'exportation, l'importation, la détention, l'offre (proposer de la drogue à quelqu'un), la cession (donner ou vendre de la drogue), l'acquisition et l'emploi illicites de stupéfiants.

Le terme de délit se rapporte aux actes de trafic de petite échelle, les actes plus graves à plus grande échelle comme la direction d'un groupement en vue d'un trafic sont considérés comme des crimes.

Le trafic de stupéfiants est plus sévèrement puni que le délit d'usage, les affaires de trafic finissent dans la grande majorité des cas souvent devant les tribunaux.

La plupart des actes de trafic de stupéfiants sont punissables de 10 ans de prison et 7 500 000 euros d'amende. (16)

4. Les produits : les opiacés

A. Opiacés/opioïdes

Un opiacé est une substance dérivée de l'opium. Elle peut donc être d'origine naturelle comme la morphine et la codéine ou produite par héli synthèse à partir des extraits de la plante comme l'héroïne.

Le terme opioïde regroupe toutes les molécules capables de se lier aux récepteurs des opioïdes μ , δ , κ .

B. La morphine

La morphine représente le plus important des alcaloïdes de l'opium. (17)

Formule chimique : $C_{17}H_{19}NO_3$

Numéro CAS (Chemical Abstract Service) : 57-27-2

Poids moléculaire : 285,34 g/mol (18)

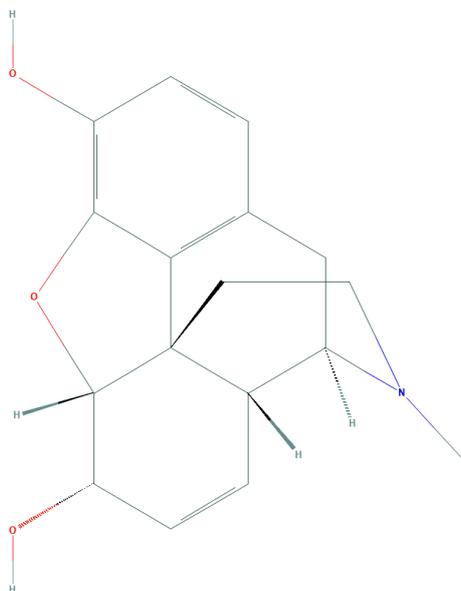


Figure 2 : Formule chimique de la morphine (18)

Elle est utilisée principalement en médecine pour ses propriétés antalgiques et demeure l'analgésique le plus efficace pour soulager les douleurs aiguës. (7)

a. Historique et découverte

En 1804, un chimiste français dénommé Armand Seguin isole un alcaloïde de l'opium puis en 1817 un pharmacien allemand Friedrich Adam Serturner parvient à l'extraire. Il le nomme Morphinum en l'honneur de Morphée, dieu romain du sommeil et des rêves. La firme pharmaceutique allemande Merck commercialise la morphine en grande quantité en 1927.(19)

Dans un premier temps, elle a été administrée par voie orale sur les champs de bataille entraînant les premières formes de toxicomanies modernes : la « maladie du soldat ». (7)

En effet, des milliers de soldats blessés deviennent morphinomanes. (19)

Puis petit à petit la consommation de morphine va s'étendre à d'autres couches de la société comme le corps médical, les femmes ou encore les intellectuels. (7)

b. Présentation

La morphine possède le statut de stupéfiants. Par conséquent, sa prescription doit se faire uniquement sur une ordonnance sécurisée pour vingt huit jours maximum. (17)

La morphine se présente sous deux formes :

- le chlorhydrate de morphine qui existe sous forme injectable par voie sous cutanée, intraveineuse et intramusculaire ou en comprimés administrables par voie orale (Actiskenan®). (7)

Les comprimés possèdent une libération immédiate, agissent environ 30 minutes après la prise et permettent une prise de 6 comprimés par jour espacés de quatre heures. (20)

- le sulfate de morphine a une libération prolongée sur douze heures permettant deux prises par jour (Skenan® en gélules, Moscontin® en comprimés). Leur action se fait sentir environ 90 minutes après l'administration. (7)

c. Usage

La morphine s'utilise par ingestion, injection et par prise nasale.

L'usage illicite de morphine concerne essentiellement toutes les formes qui s'administrent par voie orale obtenues par prescriptions détournées ou achetées dans le cadre d'un trafic de stupéfiants. (17)

d. Propriétés pharmacologiques

La morphine est un agoniste pur des récepteurs opioïdes, elle stimule les 3 sous types de récepteurs.

Son principal intérêt résulte de ses propriétés antalgiques. Son action centrale au niveau spinal, supraspinal et au niveau du tronc cérébral permet de réduire le message nociceptif et soulage les douleurs intenses (antalgique de palier III) et rebelles aux autres antalgiques notamment les douleurs d'origine cancéreuse ou post traumatique mais aussi les douleurs ostéo-articulaires, musculaires, vasculaires...(7) (17)

En plus de son action antalgique, d'autres propriétés sont conférées à la morphine :

- effet psychodysléptique : il se caractérise par une sensation d'euphorie et de bien être qui par conséquent demeure à l'origine du potentiel addictif de la morphine
- effet sédatif en particulier à l'instauration du traitement
- action antitussive
- action émétisante
- constipation et ralentissement de la vidange gastrique : ainsi chaque prescription de morphiniques devrait s'accompagner d'un laxatif associé
- apparition d'un myosis se traduisant par un rétrécissement de la pupille. (7)

e. Effets indésirables

Parmi les principaux effets indésirables de la morphine, on retrouve :

- la constipation quasi constante
- les nausées et vomissements fréquents en début de traitement qui répondent généralement bien aux antiémétiques
- dépression respiratoire parfois sévère en cas de surdosage
- sédation, somnolence et apparition d'un état confusionnel notamment chez la personne âgée. (7)

f. Syndrome de sevrage

Il se caractérise par un ensemble de signes neurovégétatifs décrits ci dessus.

Il peut éventuellement survenir quelques heures après l'arrêt brutal d'un traitement prolongé et se soulage par administration de clonidine (anti-hypertenseur adrénergique) et de neuroleptiques. (7)

g. Signes de surdosage

Ces signes associent chez un individu une dépression respiratoire, une hypotension et un coma profond avec myosis. A la vue de ces symptômes, une réanimation cardio respiratoire s'impose en milieu hospitalier ainsi que l'administration de l'antidote des opiacés qui antagonise les récepteurs : la naloxone (Narcan®). (7)

C. La codéine

La codéine ou méthylmorphine est également un alcaloïde de l'opium isolé en 1832. Elle est synthétisée par O-méthylation de la morphine c'est à dire que la codéine diffère de la morphine par la présence d'un $-OCH_3$ au lieu d'un groupement $-OH$. (17)

Formule chimique : $C_{18}H_{21}NO_3$

Numéro CAS : 76-57-3

Poids moléculaire : 299,4 g/mol (21)

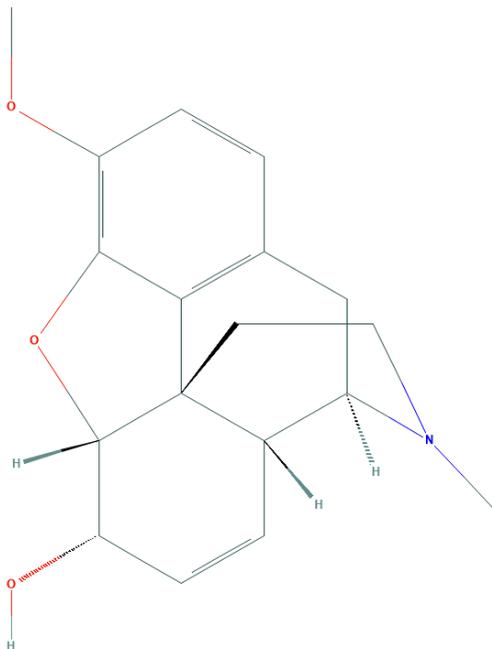


Figure 3 : Formule chimique de la codéine (21)

a. Propriétés pharmacologiques

La codéine est également un agoniste des récepteurs μ , principalement utilisée pour ses propriétés antalgiques, bien qu'elles demeurent moins puissantes que celles de la morphine. Elle est associée à des antalgiques périphériques de palier I, le paracétamol dans le

traitement des douleurs modérées à intenses passagères telles que les fractures ou encore les douleurs dentaires par exemple.

Elle est présente également dans certaines spécialités antitussives pour calmer la toux sèche comme les sirops (Euphon®, Polery®...). (17)

b. Usage

La codéine s'administre principalement par voie orale mais aussi plus rarement par voie intramusculaire ou rectale.

Son usage illicite résulte de son utilisation détournée par les toxicomanes en manque. Par exemple, ces personnes venaient acheter des boîtes de Néocodion®, comprimés contenant de la codéine pour les avaler tous à la suite. (17)

La codéine fait également l'objet d'un usage détourné en rentrant dans la composition d'une boisson dénommée Purple drank qui a vu le jour aux Etats Unis dans les années 70. Le Purple drank s'obtient après mélange d'un antihistaminique la prométhazine (Phénérgan®) avec un sirop pour la toux à base de codéine et un soda, généralement du Sprite®. Comme son nom l'indique, la préparation de tous ces composants mélangés donne une boisson de couleur violette qui est consommée principalement par les adolescents et les étudiants au cours de soirées. Cette consommation induit un état de « défonce » lié aux propriétés sédatives des médicaments utilisés : la prométhazine renforce les effets sédatifs de la codéine conduisant à un état léthargique.

L'abus de codéine entraîne une euphorie et une somnolence.

La polyconsommation de Purple drank mélangé à d'autres drogues comme l'alcool, le cannabis ... potentialise les effets psychotropes et accroît le risque d'intoxication qui peut aller jusqu'à un état de détresse respiratoire ou de coma. (22)



Figure 4 : Boisson Purple Drank (23)

c. Législation

Face à ces abus, depuis l'arrêté de juillet 2017, toutes les spécialités à base de codéine ne peuvent dorénavant être délivrées que sur prescription médicale.

Toutes les spécialités à base de codéine sous forme de sirop sont inscrites sur liste II et toutes les spécialités à base de codéine autres que les formes sirops sont inscrites sur liste I. (24)

D. L'héroïne

L'héroïne ou chlorhydrate de diacétylmorphine est un alcaloïde semi synthétique obtenu par acétylation de la morphine. (7)

Tout comme les opiacés dont elle fait partie, elle est agoniste des récepteurs μ . Elle possède des propriétés euphorisantes très puissantes, ce qui explique qu'elle est toujours très recherchée par les toxicomanes. (25)

Formule chimique : $C_{21}H_{23}NO_5$

Numéro CAS : 561-27-3

Poids moléculaire : 369,4 g/mol (26)

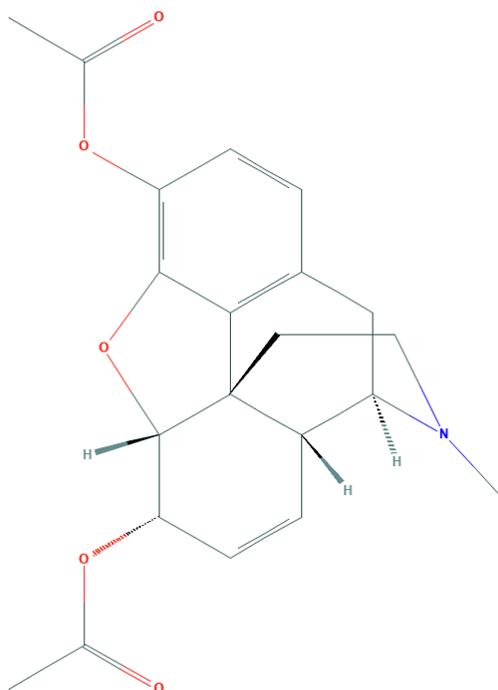


Figure 5 : Formule chimique de l'héroïne (26)

L'héroïne se présente sous deux formes :

- l'héroïne n°3 ou brown sugar ressemble à une poudre granuleuse brune ou grise. Elle ne peut être considérée comme pure car elle n'a pas subi toutes les étapes de raffinement. Cette poudre est insoluble dans l'eau et est initialement destinée à être fumée. Elle s'obtient à partir de l'héroïne acétylée à laquelle peuvent être ajoutés de la strychnine, quinine, scopolamine, aspirine, caféine, acide citrique, citron ou encore du vinaigre pour l'acidifier afin de la rendre soluble.
- L'héroïne n°4 désigne la poudre blanche, fine et légère. Elle est plusieurs fois coupée avant d'arriver sur le marché avec des produits tels que le lactose et du talc la rendant moins pure. (7)

Grâce aux données récoltées par les CSAPA (Centres de soins d'accompagnement, de prévention en addictologie) dans le cadre du dispositif RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charges), le nombre d'usagers d'héroïne en France était estimé à 79 000 en 2009, ce qui correspond à une prévalence de 1,9 pour mille. En 2015, une nette augmentation du nombre de consommateurs est observée avec 107 000 usagers soit une prévalence de 2,7 pour mille. Il diminue légèrement en 2017 avec environ 100 000 usagers et une prévalence de 2,5 pour mille. (27)

a. Historique

En 1896, le chimiste allemand Dresser isole la diacétylmorphine, dérivé chimique de la morphine. La société Bayer commercialise à grande échelle le produit sous le nom d'héroïne utilisé comme remède contre la toux et l'asthme. L'héroïne s'utilise également pour traiter les dépendances à l'opium et à la morphine puis on se rendra compte seulement plus tard que l'héroïne constitue certainement une des substances les plus addictives synthétisées. Ainsi depuis 1910, la consommation d'héroïne devient totalement prohibée. (7) (19)

b. Usage

L'héroïne se consomme par sniff le plus souvent au début de la toxicomanie aux opiacés.

Elle peut également être fumée seule ou mélangée avec de la cocaïne : cette association appelée « speed-ball » a pour but de compenser les effets déprimeurs de l'héroïne par les effets excitants de la cocaïne.

Elle peut être chauffée sur un papier d'aluminium puis sniffée avec une paille, cette pratique se nomme la « chasse au dragon ».

L'héroïne est aussi injectée par voie intraveineuse (shoot) après avoir été chauffée et acidifiée par du vinaigre ou du citron généralement. (17)

c. Effets

i. Action sur le SNC

L'héroïne possède des propriétés antalgiques deux fois plus puissantes que la morphine mais son action reste beaucoup plus brève.

L'action de l'héroïne sur le SNC s'avère très puissante avec des effets euphorisants importants.

Les usagers décrivent trois phases qui accompagnent la prise d'héroïne :

- le **flash** qui se caractérise par une sensation de plaisir intense, orgasmique, sensation de puissance, de survoler toutes les difficultés, un sentiment de détachement du quotidien, une sensation de chaleur périphérique et de prurit ainsi que des perturbations des fonctions cognitives (diminution des capacités de mémorisation, de vigilance, de réactivité...), et des troubles du sommeil. Ce flash s'avère plus puissant lorsque l'héroïne est injectée par voie intraveineuse.
- « **planer** » : les usagers rapportent un repli sur soi, une relaxation et une détente de l'organisme
- la **descente** se définit comme le retour à la réalité et l'apparition d'un sentiment de dépression. (7) (25)

ii. Activité somatique

Au niveau périphérique, les effets observés restent similaires à ceux de la morphine :

- une dépression respiratoire
- un myosis
- une action antitussive
- une constipation
- une diminution de la diurèse
- un risque d'hypotension artérielle brutale avec collapsus cardiovasculaire. (7)

Dans la grande majorité des cas, l'héroïnomanie évolue chez les usagers pendant plusieurs années. A la suite de la période euphorique, survient une période durant laquelle l'individu essaie de gérer sa consommation mais cette tentative échoue bien souvent pour laisser place à une vie articulée autour de la recherche et la prise de drogue. Avec l'héroïne, une dépendance physique et psychique s'installe très rapidement : 80% des sujets ayant consommés au moins 6 fois le produit ont déjà une dépendance moyenne à forte. Puis, l'individu finit par consommer le produit non plus pour ses effets euphorisants mais pour faire simplement face au syndrome de manque qui se fait sentir. (25)

d. Syndrome de sevrage

Le syndrome de manque s'explique en partie par le phénomène de down régulation des récepteurs aux opiacés : en cas de prises répétées de la drogue, les récepteurs se désensibilisent et diminuent la réponse aux stimulations, ce qui pousse inévitablement le consommateur à augmenter les doses pour obtenir l'effet recherché (tolérance). De plus, en l'absence d'héroïne dans le corps, le nombre de récepteurs aux opiacés libres augmente. Donc par conséquent, les récepteurs sont moins stimulés en nombre et en intensité.

La quantité d'endorphines libérées lors de la consommation répétée d'héroïne diminue.

Tous ces éléments participent à la survenue d'un syndrome de sevrage.

Le syndrome de sevrage aux opiacés se manifeste par l'apparition par ordre chronologique des symptômes suivants :

- anxiété et désir de consommer
- bâillement, larmes, rhinorrhée
- mydriase, frissons, alternance chaud/froid
- nausées, crampes musculaires, lombalgies, insomnies
- puis arrivent enfin les vomissements, diarrhées et hyperglycémie. (7)

L'héroïne s'élimine rapidement du corps et les symptômes de manque apparaissent environ 6 à 12 heures après la dernière prise et s'accroissent progressivement jusqu'au 3ème jour sans consommation. (28)

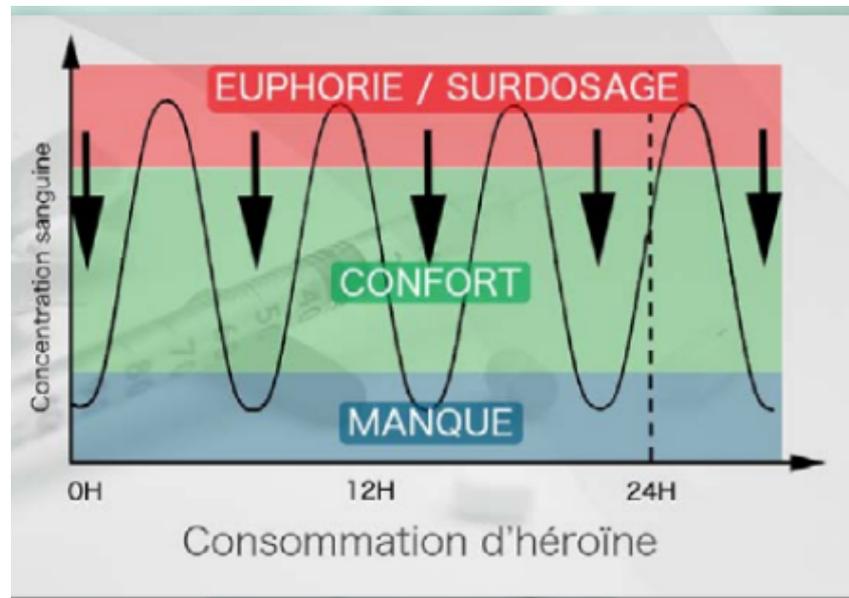


Figure 6 : Concentration sanguine d'héroïne dans le corps (29)

e. Overdose

L'overdose constitue une urgence vitale qui survient lors de l'absorption d'une dose trop importante d'héroïne.

Les signes cliniques évocateurs d'overdose devant alerter les secours sont les suivants :

- un myosis serré en « tête d'épingle », avec des yeux peu réactifs à la lumière
- une dépression respiratoire (bradypnée avec moins de 14 cycles/minute)
- des troubles de la conscience : un coma profond aréactif
- une hypotension, collapsus
- une hypothermie
- une rhabdomyolyse
- des convulsions (7)

Nalscue® est un nouveau médicament, antidote des opiacés à base de naloxone qui a prouvé son utilité en cas d'overdose. Il se présente sous forme d'un spray nasal et nécessite une formation afin de permettre à l'utilisateur et à son entourage de maîtriser son utilisation. Ce médicament fait l'objet d'une AMM (Autorisation de mise sur le marché) depuis janvier 2018 mais n'est néanmoins pas disponible en officine dans l'attente de l'élaboration de son prix et

de sa base de remboursement. Il est seulement présent dans des établissements spécialisés, en CSAPA et CAARUD (Centre d'accueil de d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues). Nous pouvons espérer que ce produit puisse être commercialisé rapidement en officine et distribué aux patients toxicomanes permettant ainsi de réduire le nombre de décès par overdose. (30) (31)

E. Effets des opiacés sur le cerveau

Les opiacés stimulent les récepteurs opioïdes spécifiques : la molécule de drogue possède une analogie structurale avec la molécule naturelle (peptide opioïde endogène) qui se lie sur le récepteur. Elle se fait passer pour un véritable ligand naturel et se lie au récepteur à sa place. L'activation du récepteur par la drogue provoque le même effet que le neurotransmetteur mais de façon décuplé, multiplié par 100.

Lors de l'activation physiologique des récepteurs opioïdes, le neurone pré synaptique est un neurone gabaergique dont l'action principale consiste à freiner et contrôler le flux d'informations du second neurone, post synaptique, dopaminergique. Ainsi, le neurone à GABA régule le flux de dopamine du neurone post synaptique en ralentissant la libération de dopamine dans la fente synaptique.

En présence d'un opiacé, la drogue vient se fixer sur les récepteurs opioïdes situés sur les neurones à GABA. L'activation de ces récepteurs déclenche donc un signal inhibiteur. Par conséquent les opiacés inhibent le signal inhibiteur des neurones à GABA. Le GABA perd sa capacité à contrôler la libération de dopamine dans le neurone post synaptique entraînant une libération massive de dopamine dans le noyau accumbens.

Une sensation de plaisir absolu se fait ressentir par le toxicomane décrite comme orgasmique. L'envie de re-consommer pour retrouver ces sensations met en jeu directement le système de récompense du cerveau. (19)

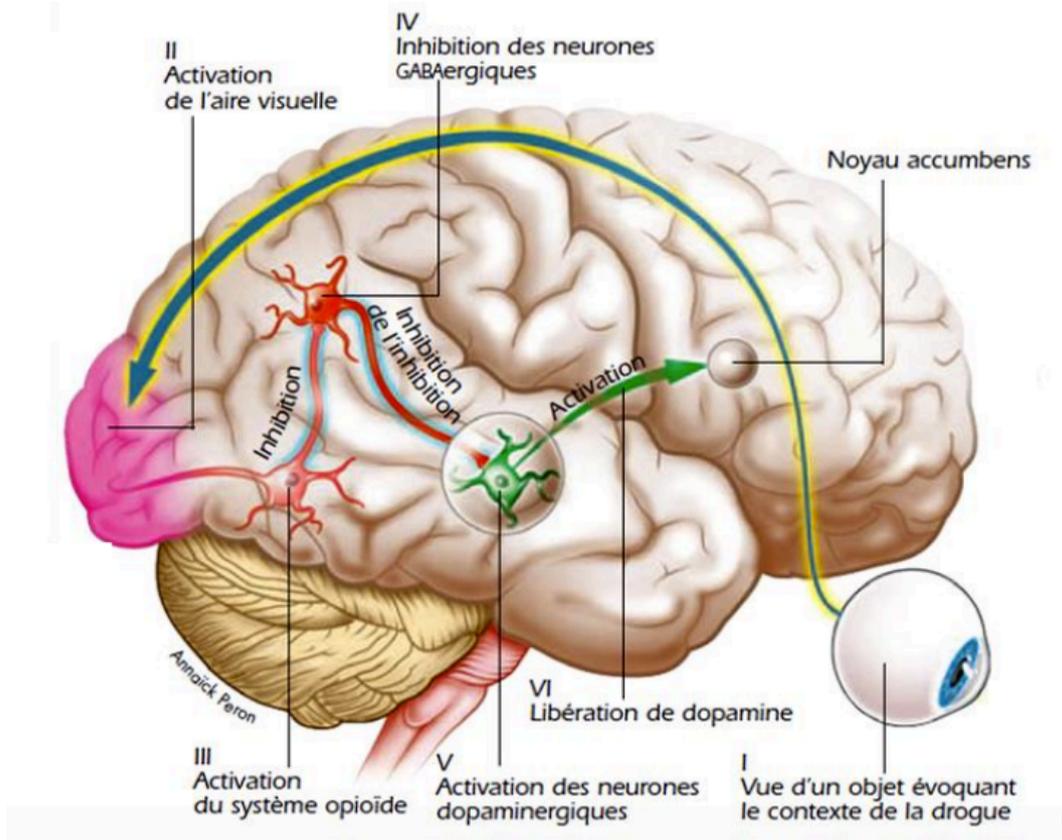


Figure 7 : Action des opiacés sur le cerveau (32)

II. La Meuse : un territoire marqué par la consommation d'héroïne

1. Description du territoire

La Meuse est un département rural qui compte 189 055 habitants au 1^{er} janvier 2019 avec une faible densité de population d'environ 30 habitants/km². La Meuse comporte seulement trois intercommunalités à dominante urbaine représentées par les deux plus grandes villes Verdun et Bar-le-Duc qui comptent plus de 10 000 habitants suivies par Commercy qui en compte plus de 5 000. Par conséquent, 71% des meusiens habitent dans des communes rurales soit environ 2,5 fois plus qu'en Grand Est où la population vit majoritairement en ville. (33)

Cependant deux espaces ruraux se distinguent d'une part, un espace rural sous influence urbaine qui s'étend non loin d'une ville (Bar-le-Duc et Verdun) bénéficiant tout de même d'une dynamique citadine, d'autre part, les communes rurales demeurant plus isolées surtout au nord meusien.

Au fil des années, la population meusienne a tendance à diminuer légèrement, elle apparaît de plus en plus vieillissante avec un nombre de personnes âgées en augmentation.

De plus, la Meuse s'avère touchée par un bouleversement industriel avec la fermeture de nombreuses usines et des offres d'emploi de plus en plus rares impactant également le monde agricole et artisanal au profit des zones plus urbanisées. Par conséquent, le taux de chômage actuel y est assez élevé.

Le département compte une part plus conséquente d'ouvriers, d'employés et de personnes non diplômées que dans le Grand-Est et à l'inverse, les personnes exerçant une activité professionnelle de cadre ou diplômées de l'enseignement supérieur demeurent moins fréquentes en Meuse qu'en Grand Est. Par conséquent, le niveau de vie moyen observé est moins élevé. Ainsi, la Meuse possède la proportion de personnes en situation de précarité la plus forte du Grand Est.

Des études ont prouvé que les caractéristiques sociodémographiques d'un département constituent un indicateur de l'état de santé de la population. De ce fait, la situation rurale de la Meuse influe sur l'état de santé de ses habitants et sur l'usage de produits psychoactifs y compris des drogues illicites. (34) (35)

2. Etat des lieux des consommations d'opiacés en Grand Est

La Meuse appartient à la région Grand-Est touchée elle aussi par la consommation d'opiacés. Le nombre exact de consommateurs d'héroïne ou d'autres opiacés est impossible à calculer avec précision et fiabilité. C'est pourquoi, des estimations peuvent être faites en fonction d'une part, des données de la police et de la gendarmerie concernant les taux d'interpellations pour usage d'héroïne ou pour infractions à la législation des stupéfiants et d'autre part, à partir des données médicales : la vente de kits d'injection stériles Steribox® en pharmacie et la vente de produits de substitution aux opiacés (Subutex® et méthadone que nous décrirons en partie 2) destinés à soigner les patients dépendants.

Tableau I : Indicateurs sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues illicites (36)

Drogues illicites		Grand-Est	France entière
Interpellations pour usage de cannabis ¹ (2010)	Pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans	38,8	48,4
Ventes de Stéribox ² (2011)	Pour 100 habitants de 20 à 59 ans	12,3	6,6
Ventes de Subutex ³ (2011)	Pour 100 habitants de 20 à 59 ans	24,3	12,4
Patients traités par méthadone ³ (2016)	Pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans	288,4	164,8
Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy ¹ (2010)	Pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans	7,5	3,3
Interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants ⁴ (2016)	Pour 10 000 habitants de 15 à 59 ans	52,0	57,5
Interpellations pour usage de stupéfiants ⁴ (2016)	Pour 10 000 habitants de 15 à 59 ans	42,9	47,8
Interpellations pour trafic de stupéfiants ⁴ (2016)	Pour 10 000 habitants de 15 à 59 ans	1,9	2,6
Accidents mortels avec présence de stupéfiants ⁵ (2015)	Pour 100 accidents mortels avec dépistage stupéfiants réalisé	11	22,7
Décès par surdoses ⁶ (2014)	Pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans	1,6	0,8

Sources : (1) OCRIS ; (2) InVS-Siamois ; (3) Bouchara-Recordati ; (4) Etat 4001 (DCPJ - ministère de l'Intérieur); (5) ONISR ; (6) INSERM-CépiDc

Nous pouvons observer très clairement ici que les ventes de Stéribox® et de Subutex® sont doublées en Grand Est avec respectivement 12,3 % et 24,3% de ventes par rapport aux chiffres plus généraux observés dans la France entière où seulement 6,6% de Stéribox® sont vendues et 12,4 % de boîtes de Subutex®.

Nous pouvons noter que le Grand Est est la région française dans laquelle le plus grand nombre de kits Stéribox® sont vendues en 2016. (cf tableau VII ci dessous)

De la même manière, le nombre de sujets traités par méthadone sur 100 000 habitants en Grand Est se présente largement supérieur au nombre de patients traités dans le restant de la France.

Notons également que les interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy s'élèvent à 7,5 pour 10 000 personnes soit plus de deux fois le chiffre observé pour la France entière. Bien que l'héroïne soit confondue avec d'autres substances psychoactives, cela montre que la région est plus exposée que la moyenne.

La mortalité associée à ces consommations de drogues illicites en 2014 se multiplie par deux avec 1,6 décès pour 100 000 habitants en Grand Est contre 0,8 pour 100 000 en France.

En ce qui concerne, les interpellations pour infractions à la législation des stupéfiants, pour usage et pour trafic de stupéfiants, elles apparaissent toutes légèrement moins fréquentes que dans le reste de la France. (36)

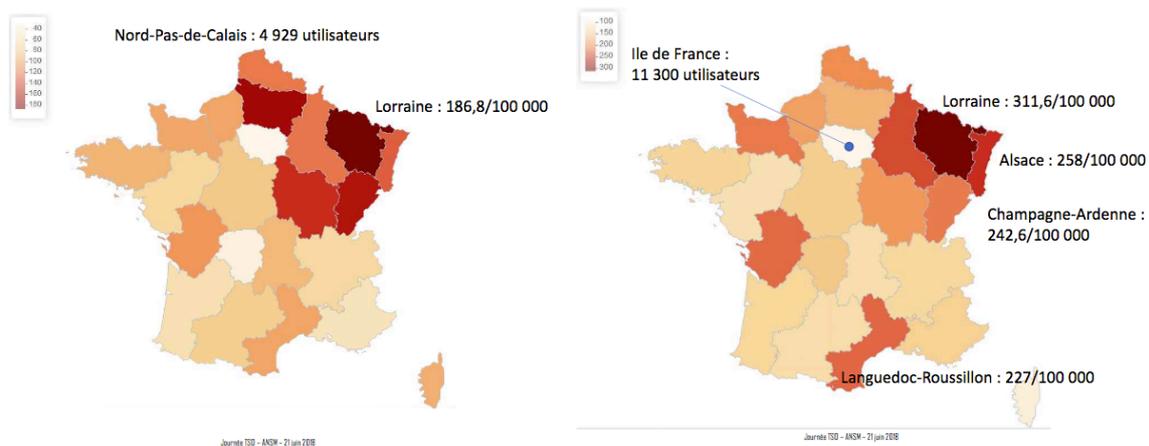


Figure 8 : Prévalence régionale de l'utilisation de méthadone (à gauche) et de BHD (à droite) en 2015 (37)

D'après l'enquête U.TOPIA (Utilisation des traitements de substitution aux opiacés en France, figure 8), ces deux représentations confirment que les territoires qui composent la région Grand Est font partie des zones qui accueillent le plus de patients sous MSO (Médicaments de substitution aux opiacés) par rapport au restant de la France, en particulier la Lorraine qui en 2015 était exposée comme la région avec la plus grande utilisation de BHD (Buprénorphine haut dosage) et de méthadone confondues.

Une fois de plus, la constatation des besoins en MSO nettement plus élevée en Grand Est prouve la présence d'usagers de drogues opiacées plus nombreux que dans les autres régions.

Tableau II : Estimation du nombre d'usagers ayant pratiqué l'injection intraveineuse au cours de leur vie et au cours du mois par site en 2011 (38)

Estimation du nombre d'usagers ayant pratiqué l'injection intraveineuse au cours de leur vie et au cours du mois par site en 2011

Proportion d'injecteurs 2011 (en %)		
Site	Vie	Mois
Lille	23,4	3,7
Lyon	25,0	6,2
Marseille	21,2	8,0
Metz	60,9	20,3
Rennes	32,2	14,4
Toulouse	34,3	6,1

Source : NEMO 2006 & 2011, OFDT

L'étude NEMO (Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT) réalise une comparaison de la proportion d'usagers injecteurs de drogues par voie intraveineuse dans plusieurs agglomérations françaises.

A Metz, la proportion d'usagers ayant déjà, au moins une fois, pratiqué une injection IV (intraveineuse) dans leur vie est plus importante qu'à Marseille, Toulouse ou Lyon au cours de l'année 2011. En effet, nous pouvons observer 61% d'usagers injecteurs au moins une fois au cours de leur vie à Metz contre 21% à Marseille. De plus, 21% des usagers ont eu recours à une injection IV au cours du dernier mois, dans la cité de Metz alors que ce pourcentage apparaît plus faible à Marseille (8%), à Toulouse (6%) et à Lyon (6%).

Les données observées permettent d'effectuer des suppositions concernant les modalités d'usage et les substances consommées, différentes selon les agglomérations. Les résultats obtenus dans la ville de Metz s'illustrent par leur spécificité en ce qui concerne la consommation d'héroïne et les pratiques d'injections qui en découlent.

En résumé, le Grand Est possède deux aspects spécifiques en terme de consommations psychoactives illicites :

- une consommation de cannabis diminuée chez les jeunes de moins de 25 ans, avec un taux d'interpellations pour 100 000 habitants plus faible que sur l'ensemble du territoire et une diminution des consommateurs de toutes drogues illicites confondues.
- une augmentation des consommations problématiques d'héroïne, cocaïne et drogues de synthèse chez les personnes de 25-39 ans. (38)

D'après ces données, nous constatons que la région Grand Est concentre un nombre plus conséquent d'usagers de drogues opiacées que la moyenne dans les autres régions de France. Nous pouvons donc avant de cibler particulièrement la Meuse affirmer que le problème de la toxicomanie aux opiacés est déjà bien présent, à plus grande échelle, en Grand Est et l'héroïne ressort comme l'une des drogues illicites les plus représentées.

3. Etat des lieux des consommations d'opiacés sur le territoire meusien

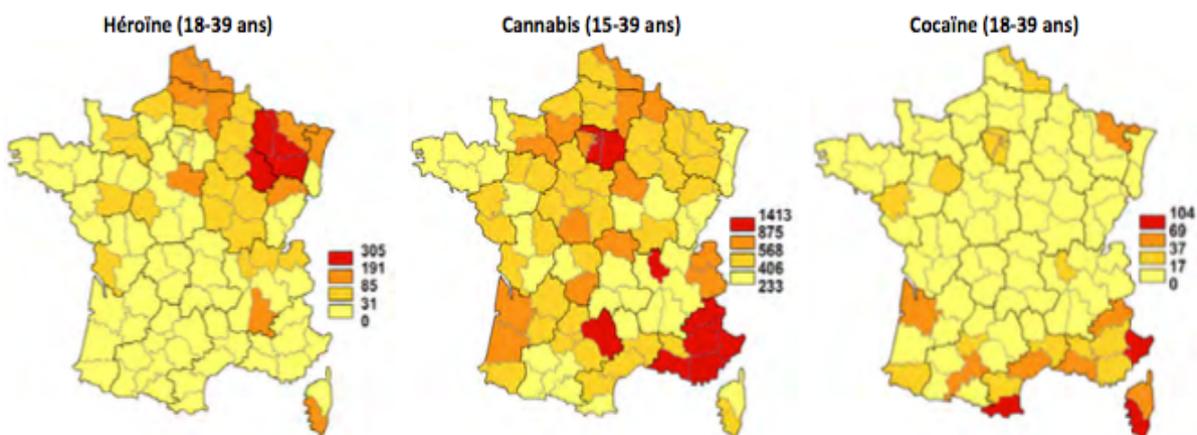
A. D'un point de vue juridique

Tableau III : Taux d'interpellations pour usage simple d'un produit illicite pour 100 000 habitants en 2009 (35)

Départements	Héroïne (18-39 ans)	Cannabis (15-39 ans)	Cocaïne (18-39 ans)
Meurthe-et-Moselle	305 (1)	456 (52)	14 (31)
Meuse	228 (2)	559 (29)	14 (31)
Moselle	108 (12)	410 (65)	58 (4)
Vosges	191 (4)	451 (54)	5 (77)
Lorraine	195	443	32
Haute-Marne	210 (3)	534 (33)	4 (78)
France métropolitaine	40	606	21

Source : OCRTIS Les nombre entre parenthèse indiquent le classement du département sur l'ensemble des départements de la France métropolitaine, par ordre décroissant d'importance relative.

Avec 228 arrestations pour 100 000 habitants parmi les 18-39 ans, la Meuse se classe en 2^{ème} position sur l'ensemble des départements concernant la consommation simple d'héroïne juste après la Meurthe et Moselle.



Source : OCRTIS

Figure 9 : Taux d'interpellations pour usage simple d'un produit illicite pour 100 000 habitants par département en 2009 (35)

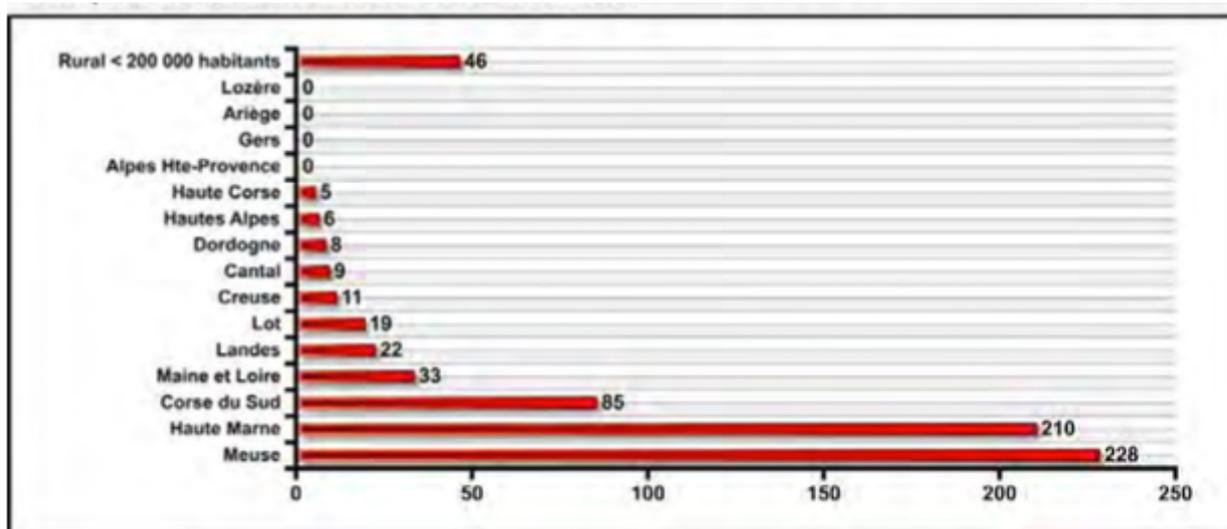
Cette schématisation (figure 9) souligne la situation de la Meuse comme l'un des départements les plus concernés par la problématique d'usage d'héroïne avec un taux d'interpellations situé dans la fourchette la plus haute comparée aux autres départements. La situation est identique dans les départements voisins particulièrement la Haute Marne, une partie des Vosges et la Meurthe et Moselle.

Tableau IV : Taux d'interpellations pour usage-revente d'un produit illicite pour 100 000 habitants en 2009 (35)

Départements	Héroïne (18-39 ans)	Cannabis (15-39 ans)	Cocaïne (18-39 ans)
Meurthe-et-Moselle	54 (6)	38 (82)	7 (42)
Meuse	39 (12)	64 (39)	-
Moselle	29 (34)	53 (61)	22 (13)
Vosges	62 (3)	75 (25)	3 (69)
Lorraine	43	52	14
Haute-Marne	70 (1)	62 (44)	34 (10)
France métropolitaine	17	74	12

Source : OCRTIS Les nombre entre parenthèse indiquent le classement du département sur l'ensemble des départements de la France métropolitaine, par ordre décroissant d'importance relative.

En plus de l'usage d'héroïne, la Meuse est le 12^{ème} département français le plus touché par l'usage-revente avec 39 interpellations pour 100 000 habitants.



Source : OCRTIS

Figure 10 : Taux d'infractions liés aux stupéfiants pour usage d'héroïne dans les départements ruraux pour 100 000 habitants de 18 à 39 ans en 2009 (35)

Parmi les départements ruraux de France, la Meuse se distingue largement avec la Haute Marne des autres territoires étudiés, avec un nombre d'ILS (Infractions à la législation des stupéfiants) de 228 pour 100 000 habitants, un chiffre significativement supérieur au nombre d'ILS des autres départements.

Tableau V : Interpellations pour ILS (et taux pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans) en 2017 (34)

	Nombre	Taux (/10 000)	Classement national	Classement régional	Classement rural
France métropolitaine	220 943	46,7			
Grand Est	16 158	39,6	5 sur 13		
Meuse	615	45,3	26 sur 96	3 sur 13	2 sur 14

Source : l'Etat 4001 (crimes et délits enregistrés mensuellement par les services de police et de gendarmerie), Exploitation ORS Grand Est

Classement : Le Grand Est et la Meuse ont été classés dans l'ordre décroissant des taux d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, réciproquement par rapport aux autres régions et aux autres départements de France métropolitaine, du Grand Est et des départements ruraux³⁰.

Ces données plus récentes proviennent de la préfecture de la Meuse et rendent compte d'un taux d'interpellation pour ILS pour 10 000 habitants supérieur en Meuse qu'en Grand Est. Ces constatations propulsent la Meuse à la 3^{ème} place au classement régional sur 13 départements et à la 2^{ème} place parmi les départements ruraux en matière d'interpellations pour ILS.

Malheureusement, le tableau V ne nous communique pas davantage de précisions sur les drogues les plus répandues mais d'après les données de 2009, vues précédemment, l'héroïne semble être en partie responsable de ces chiffres. Les données de saisies d'héroïne en Meuse permettent de le confirmer.

Tableau VI : Quantités de produits stupéfiants (en grammes) et (part en % des quantités saisies pour les 3 principaux stupéfiants saisis) saisis en Meuse (34)

Saisies (en grammes) de produits stupéfiants en Meuse			
	Cannabis	Héroïne	Cocaïne
2018	7925,2 (86,6 %)	1154,6 (12,6 %)	72,5 (0,8 %)
2017	6885,5 (56,1 %)	4975,1 (40,6 %)	407,4 (3,3 %)
2016	2660,8 (32,6 %)	5186,2 (63,5 %)	315 (3,9 %)
2015	3651,3 (82,9 %)	728,8 (16,6 %)	22 (0,5 %)
2014	3943,2 (61,6 %)	2459,4 (38,4 %)	0 (0 %)
2014-2018	25065,9 (62,1 %)	14504,1 (35,9 %)	816,9 (2 %)

Source : Données de la Police nationale et de la Gendarmerie de la Meuse, Exploitation ORS Grand Est.

Ces données proviennent de la police meusienne, qui gère essentiellement les territoires urbains de Verdun et Bar-le-Duc, et de la gendarmerie qui œuvre plus spécifiquement dans les villages et territoires ruraux.

On constate d'une part la fluctuation des quantités d'héroïne saisies sur la période 2014-2018. La Meuse détient des saisies de quantités d'héroïne assez importantes ces dernières années en particulier en 2016 puisque 63,5% des produits saisis sur le département concernent l'héroïne représentant 5 186,2 grammes.

De plus, sur l'ensemble des années 2014-2018, la Meuse possède une part importante d'héroïne saisie avec 35,9% parmi les 3 principaux produits. En France cette part demeure bien plus faible avec un taux inférieur à 5%. (39)

Néanmoins, on observe une diminution des saisies d'héroïne en 2018 ne représentant plus que 12,6% des 3 produits saisis.

Bien que peu récentes, l'ensemble des données fournies dresse le décor d'un département rural mis en avant pour usage et trafic d'héroïne, phénomènes déjà présents il y a une dizaine d'années et qui perdurent également aujourd'hui. Cette forte consommation d'héroïne engendre des besoins de santé importants pour le territoire en terme de prise en charge, de médicaments et de structures d'accueil.

B. D'un point de vue médical

La forte présence de l'héroïne en Meuse s'observe également d'après les données de santé.

Tableau VII : Séjours en psychiatrie liés à l'usage de substances psychoactives (et taux pour 100 000 habitants) en 2017 (34)

	Nombre de séjours en Meuse	Meuse	Grand Est	France métropolitaine
Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'une substance psychoactive (F10-19)	435	228,2	104,8	113,0
...liés à l'usage d'alcool (F10)	313	164,2	77,3	88,3
...liés à l'usage d'opiacés (F11)	49	25,7	6,1	4,0
...liés à l'usage de cannabis (F12)	15	7,9	5,2	6,9
Toutes causes	2665	1398,0	1094,5	1323,9

Source : ATIH (RIM-P), Insee (RP2015) – Exploitation : ORS Grand Est.

D'après ce tableau VII, le nombre de séjours en service psychiatrique liés à l'usage d'opiacés s'élève à 49 ce qui représente 25,7 séjours pour 100 000 habitants soit un nombre nettement plus grand que celui des séjours en Grand Est (6,1) et en France (4,0).

Bien que ce tableau ne différencie pas les opiacés utilisés, la part de séjours imputés à l'utilisation d'héroïne semble non négligeable devant la problématique liée à ce produit sur le territoire.

Tableau VIII : Ventes de Stéribox® en Meuse en 2016 (et taux pour 100 habitants de 15 à 74 ans), en Grand Est et en France métropolitaine (34)

Ventes de stéribox en 2016 pour 100 habitants de 15 à 74 ans					
	Nombre de ventes	Taux (pour 100 habitants)	Classement national	Classement régional	Classement rural
France métropolitaine	1 675 405	3,6			
Grand Est	267 023	6,6	1 sur 13		
Meuse	7 795	6,2	12 sur 96	4 sur 10	2 sur 14

Source : InVS/Siamois, ODICER.

La vente de Stéribox® s'avère être un bon indicateur de la consommation d'opiacés et en particulier d'héroïne par voie IV.

En Meuse, on constate une vente de Stéribox® légèrement inférieure au Grand Est, 6,2% contre 6,6% mais qui reste néanmoins du même ordre de grandeur.

Nous pouvons tout de même noter que la Meuse apparaît comme le 4^{ème} département consommateur de Stéribox® parmi le Grand Est et le 2^{ème} parmi les départements ruraux français.

Tableau IX : Patients théoriques suivant un traitement par les substituts d'opiacés en 2016 (et taux pour 100 000 habitants) de 15 à 74 ans en Meuse, en Grand Est et France métropolitaine (34)

Patients théoriques aux substituts d'opiacés en 2016 (MSO, BHD, y compris suboxone ou méthadone) pour 100 000 habitants de 15 à 74 ans					
	Nombre de patients théoriques	Taux	Classement national	Classement régional	Classement rural
France métropolitaine	159 366	338,5			
Grand Est	24 981	613,6	1 sur 13		
Meuse	740	533,9	15 sur 96	6 sur 10	2 sur 14

Sources : Siamois, ODICER, OFDT.

Le nombre de patients est dit « théorique » puisqu'il se calcule à partir des consommations de médicaments substituts et des prescriptions théoriques qui les accompagnent durant un servage. Ainsi, le nombre de patients peut être sous-estimé.

La Meuse compte un nombre largement supérieur de patients sous médicaments de substitution pour 100 000 habitants par rapport à la France métropolitaine avec environ 533,9 patients traités pour 100 000 habitants contre 338,5 en France. La situation de la Meuse est en corrélation avec celle de la région Grand Est qui se distingue en comptant un taux quasiment deux fois plus grand de patients traités pour 100 000 habitants que le taux observé en France.

La Meuse se situe donc dans la moyenne des départements de la région Grand Est en étant 6^{ème} sur 10 et elle se remarque toujours par une 2^{ème} place sur 14 parmi les départements ruraux de la métropole.

Toutes les données concernant le versant médical rejoignent les données de la police et de la gendarmerie de la Meuse pour mettre sur le devant de la scène la problématique de la consommation d'héroïne dans le département avec la délinquance et le trafic s'articulant autour. La Meuse se remarque par le nombre d'usagers d'opiacés en particulier d'héroïne demeurant très présente sur le territoire et elle se différencie par le caractère rural de ces consommations.

4. Profils des consommateurs en Meuse

En observant la population consommatrice d'héroïne dans le département ainsi qu'en échangeant à l'officine avec les patients sous TSO (Traitement de substitution aux opiacés), on remarque souvent des similitudes entre leurs histoires et trajectoires de vie. D'après diverses études menées auprès des toxicomanes et d'après les propos de l'un des procureurs de la République de la Meuse, nous pouvons distinguer trois profils d'usagers différents sur le territoire. Néanmoins, les profils communiqués ci dessous ont été fréquemment observés dans le monde de la toxicomanie meusienne mais ils sont donnés à titre indicatif. Chaque consommateur de drogue en Meuse ne correspond pas forcément à l'une ou l'autre de ces descriptions.

A. Usager simple

Ces usagers simples de drogues ne diffèrent pas fondamentalement des usagers des zones urbaines. L'absence de travail, les loyers plus coûteux en ville ainsi que d'éventuels problèmes avec la police locale les poussent à s'éloigner pour rejoindre les provinces et les zones rurales. En effet, les grandes villes « déversent » souvent quelques personnes dites à problèmes (drogues ou autre) vers les provinces.

Ces usagers simples ne possèdent peu ou pas de travail donc disposent de ressources très limitées qui peuvent entraîner des situations compliquées de précarité pour certains. Ces usagers sont pour la plupart bénéficiaires du RSA (Revenu de solidarité active).

Les trajectoires de vies relatées ne sont pas toujours « décousues » sur le plan social. Certains patients ayant terminé leur scolarité avec un projet professionnel évoquent le souhait de suivre des études mais la proximité avec le produit a peu à peu entraîné un usage régulier puis une dépendance à l'origine d'une rupture avec le monde socio-professionnel.

Ces usagers achètent directement leurs consommations auprès de revendeurs en utilisant souvent une grande partie de leurs ressources conduisant à des fins de mois difficiles.

Certains essaient de faire des échanges ou de proposer des prestations sexuelles au bénéfice des dealers pour se fournir en héroïne. (35)

B. Usager délinquant

Les usagers dits « délinquants » rassemblent les mêmes caractéristiques sociales que les usagers simples, ils travaillent peu ou pas du tout et investissent la totalité de leurs économies dans l'achat de drogues. Ils sont connus des services de police pour usage de stupéfiants mais aussi pour des faits de délinquance tels que des vols, cambriolages, utilisation de chèques et cartes bleues volés qui se traduisent parfois par des sanctions judiciaires comme des amendes, des peines de prison avec sursis ou ferme.

Ces usagers, ne disposant pas de moyens suffisants pour assurer leur train de vie et celui de leur famille, n'hésitent pas à commettre des délits pour trouver de quoi acheter leurs consommations personnelles.

Néanmoins, on peut remarquer la « moindre dangerosité » de ces personnes qui ne pratiquent pas d'agressions physiques ou de vols à mains armées comme on peut le voir dans certains quartiers de grandes agglomérations.

C. Usager revendeur

La grande majorité des usagers réguliers d'héroïne meusiens sont à la fois consommateur-revendeur et délinquant.

Le profil social de ces individus présente peu de différences avec les deux précédents : ce sont de jeunes adultes âgés de 20 à 44 ans souvent nés meusiens, ayant toujours vécu dans le département, et possédant peu de mobilité. Ils se trouvent aussi souvent en situation

de précarité, sans qualification professionnelle, travaillant peu, en intérim ou lors de travaux saisonniers.

La plupart d'entre eux relatent des histoires de vie difficiles comme par exemple l'absence ou la perte d'un parent, des enfants retirés et confiés aux services de protection de l'enfance, un proche écroué, une vie de couple instable...

Dans un premier temps, ces usagers dealent afin d'assurer leur propre consommation personnelle pour subvenir aux besoins du quotidien et améliorer leur niveau de vie pour ceux qui exercent un travail simultanément. Dans un deuxième temps, ces revenus provenant du trafic leur permettent de se constituer des économies utilisées quelquefois pour des soirées festives alcoolisées.

Les usagers se procurent la marchandise aux Pays Bas qui ne se trouve qu'à environ 250 km de la Meuse où ils trouvent de l'héroïne plus pure et moins chère directement auprès de dealers professionnels. Ils peuvent la revendre jusqu'à 3 à 4 fois son prix d'achat dans le département. Ces activités de trafic exposent les usagers à un monde souvent marqué par la violence générée par le deal et peuvent entraîner en conséquence l'engagement de procédures pénales. Il n'est ainsi pas rare de voir certaines personnes enchaîner les périodes d'incarcération.

Les bénéfices dégagés par ces activités illégales sont soigneusement cachés parfois dans plusieurs foyers. Aucun signe distinctif n'est remarqué de la part de ces usagers revendeurs c'est-à-dire qu'ils n'achètent pas de nouvelle voiture ou d'autres produits de luxe, phénomène observé chez les dealers des grandes agglomérations. Cela s'explique d'une part par un trafic de petite envergure comparé à la situation observée en milieu urbain. De cette façon, les usagers revendeurs améliorent leur train de vie mais ne font pas fortune. La plus grande discrétion évite les soupçons de la police. (35)

Afin de mieux illustrer les différents profils de ces usagers de drogues meusiens, certains patients ont accepté de se livrer en racontant quelques bribes de leur parcours dans ce milieu.

D. Exemples de parcours de vie d'usagers de drogues : résumé d'entretiens

a. Usager simple

Usager A

L'usager A est une jeune adulte meusienne initiant son parcours dans le milieu de la drogue au lycée pendant l'adolescence. Elle commence par fumer du cannabis occasionnellement au cours des soirées puis quotidiennement au lycée environ 2-3 joints par jour. Une amie l'incite à consommer de l'héroïne au cours d'une soirée où quelqu'un en ramenait pour tout le monde.

Elle confie avoir toujours sniffé l'héroïne et ne jamais avoir pratiqué d'injections. Cette personne consomme pour rechercher ces sensations d'euphorie et de puissance qui l'aident à combattre sa nature timide. Elle ajoute qu'avec l'héroïne elle se sent capable de faire ce qu'elle veut, de parler à tout le monde sans aucune limite lors des soirées.

En suivant son amie, elle se fournit directement chez les dealers du village voisin en précisant que cette proche avait toujours de meilleurs plans pour trouver la drogue et la payer le moins cher possible. Elle achète le produit tous les deux jours environ au prix de 20 euros.

Cette usagère échoue à son BEP (Brevet d'études professionnelles) et à son BAC (baccalauréat) professionnel et enchaîne les petits travaux d'inventaire dans les magasins, de caissière ou de ménage.

D'un point de vue pénal, elle a effectué une seule garde à vue mais raconte se sentir « surveillée » par la police et subir des contrôles dans la rue ou directement à son domicile.

Elle décrit le syndrome de sevrage comme une sorte de grippe avec des frissons, des palpitations, une transpiration, des bâillements, des difficultés à uriner... à tel point que sans produit elle est incapable de sortir de son lit le matin.

Dans un premier temps, elle refuse d'aller consulter car le médecin est également celui de toute sa famille. Par honte, elle achète donc elle-même des comprimés de traitement de substitution (Subutex®) dans la rue ou se fournit directement pendant des années chez un proche toxicomane avant d'aller voir un médecin.

Elle exprime aujourd'hui une certaine rancœur envers la personne qui lui a mis un pied dans la drogue et a cessé tout contact avec elle.

Elle relate avoir racheté des comprimés de Subutex® 2 mg en plus de son traitement actuel car cette usagère A est au chômage et l'ennui qu'elle ressent dans la journée ne lui donne qu'une envie : celle de consommer de l'héroïne.

Elle explique ne jamais avoir eu de problèmes avec des fournisseurs de produits comme elle a toujours payé ses dus.

b. Usagers revendeurs

Usager B

Cet usager B, originaire du nord meusien, commence à consommer de la drogue juste après l'adolescence, dans un premier temps, en fumant du cannabis occasionnellement. Puis lors d'une soirée dans un bar, il explique qu'aucun de ses amis n'avait apporté de cannabis donc une connaissance lui propose de l'héroïne qu'il accepte de consommer sans réaliser à l'époque que l'héroïne est une drogue dure. L'effet provoqué se caractérise par un délire d'une puissance inexplicable, à un tel point que cet usager n'arrive pas à boire sa bière ce soir là.

Sa consommation reste occasionnelle sous l'influence de quelques amis pendant quelques mois avant de devenir quotidienne car le délire est « cool ».

Il consomme l'héroïne par sniff et révèle ne jamais avoir été tenté par les injections. Son utilisation du produit s'élève à environ une dizaine de grammes pour 4 jours. Puis, toute sa vie s'articule autour de la drogue, il dépense toute sa paie afin de se procurer le produit. L'héroïne lui a également fait perdre son travail car il a été surpris en train de consommer sur son lieu de travail.

Il utilise également l'héroïne comme une sorte de refuge face aux difficultés imposées par la vie : cet usager connaît une enfance difficile avec un père absent, malade avec qui il entretient des relations compliquées et une mère décédée jeune. Plus tard, viennent s'ajouter des déceptions professionnelles et amoureuses qui l'ont poussé à considérer la drogue comme un échappatoire.

Tous les weekends, il se rend à Maastricht ou à Rotterdam afin d'acheter le produit à un prix beaucoup plus intéressant qu'en Meuse : il me confie que 1 gramme d'héroïne à Verdun équivaut à 4 grammes aux Pays Bas. Il part avec ses amis en général de nuit sur le WE, ils sont hébergés directement chez les dealers qui possèdent un endroit destiné à accueillir les clients ou bien repartent juste après les transactions sans dormir sur place.

Cet usager revend une partie de l'héroïne qu'il ramène au prix de 20 euros le gramme dans le but de pouvoir financer sa consommation personnelle.

Il confie avoir commis plusieurs vols avec effraction notamment de petits commerces pour pouvoir payer ses consommations.

Cette personne a été condamnée à plusieurs reprises pour vols, consommation et revente de produits stupéfiants : il effectue de nombreuses incarcérations et considère certaines de ces condamnations trop dures par rapport à ce qu'il a commis.

Lors de ses séjours en prison, des connaissances lui apportent de l'héroïne et du cannabis lors des parloirs. C'est tout de même en prison qu'il commencera son traitement de substitution.

Usager C

L'usager C, jeune adulte, commence à se droguer très jeune, au début de l'adolescence. A cette époque, il fréquentait une personne dont les proches fumaient régulièrement du cannabis. Il devient également fumeur de cannabis avant d'être incité à l'héroïne par ces individus.

Il observe donc l'une de ces personnes procéder à la préparation et à l'injection d'héroïne puis celle-ci lui propose de le faire essayer la pratique.

Il a toujours consommé le produit sous forme d'injections, l'héroïne sniffée ou fumée ne lui procure aucun effet. Il effectue environ 5 à 6 injections par jour en moyenne et jusqu'à 10 certaines journées. Ses injections sont réalisées dans les veines des bras, des jambes, des chevilles, du front et des pieds. Face au nombre d'injections par jour et à la durée de la toxicomanie de l'usager C, son réseau veineux apparaît actuellement fortement endommagé, ses mains sont très oedématisées et ses bras marqués rendent une prise de sang compliquée. Les infirmières doivent alors souvent piquer dans la veine fémorale pour avoir une veine en bon état.

Au niveau des complications, il précise avoir contracté de nombreux abcès dont un important à une main qui aurait pu avoir des conséquences irréversibles sur son utilisation.

Il utilise les Stéribox® sans échanges ni prêts de seringues mais il ne change pas à chaque utilisation et conserve la même quelquefois jusqu'à ce qu'on ne puisse plus lire les graduations.

Il révèle ne jamais avoir aimé son corps donc cela ne le dérange pas de l'avoir « abîmé » en injectant le produit.

Il exerce le métier d'artisan et a toujours travaillé au cours de sa vie bien qu'il ait changé souvent de travail.

L'usager C revend sa marchandise à divers endroits, il cite de nombreux points de vente à Bar-le-Duc comme à Verdun ainsi que des petits villages autour. Des personnes assurent les ventes également pour lui et il passe récupérer les recettes tous les 15 jours environ. L'argent collecté lui permet d'augmenter son niveau de vie et de se constituer des ressources qui pourront être utilisées par ses proches en cas de problèmes ou d'incarcération.

Pour se fournir, il effectue deux trajets par semaine à Maastricht en empruntant des itinéraires spéciaux pour limiter ou court-circuiter les contrôles routiers.

Il explique qu'1 gramme d'héroïne à Verdun en 1999 coûtait dans les 40 euros, de nos jours 1 gramme vaut 15-20 euros en France et 7 euros aux Pays Bas.

Il fait l'objet de nombreuses perquisitions par la police et affirme ne jamais cacher sa marchandise chez lui.

A l'adolescence, un proche l'emmène voir un médecin qui initie son traitement de substitution. Quelques années plus tard face à des relations familiales compliquées, il part dans un centre d'hébergement qui l'oblige à consulter un CSAPA.

A cours de sa vie, il effectue plusieurs séjours en prison pour vols, violence, détention et trafic de stupéfiants. Il explique avoir volé plusieurs magasins afin de payer ses consommations et les échanges d'objets sont courants dans le milieu comme des jeux de Playstation etc... contre des grammes d'héroïne.

En prison, il relate qu'il n'hésite pas à se battre pour se faire respecter et montrer qu'il ne se laissera pas faire. Il confirme la violence générée par le trafic avec des cicatrices de coups de couteaux, révèle les menaces subies avec dans certaines situations l'utilisation d'armes à feu.

Le produit circule quelquefois également en prison via les parloirs, des parachutes ou encore des personnes payées juste pour balancer la drogue par dessus les murs.

Après les premières consommations, l'état de manque se fait ressentir au bout d'une semaine environ, avec des bâillements puis des douleurs dans les genoux, le dos, une anxiété, une rhinorrhée, une sensation générale de mal être. L'héroïne lui procure du bien être mais il exprime qu'au terme de 20 ans de toxicomanie il ne ressent plus du tout ce « flash » recherché après une injection ou celui ci dure à peine 50 secondes.

Le produit l'a rendu égoïste et a provoqué un repli sur lui-même : cet individu perd ses amis et ne présente plus aucun intérêt à les voir, n'assiste plus aux soirées de peur de s'ennuyer. Il confie se sentir plus utile et plus sollicité pour ses ventes de drogue à ses clients que pour son travail en tant qu'artisan.

Enfin, il insiste sur la dépendance psychologique que provoque l'héroïne : il ne pense qu'à « elle » durant la journée et elle est irremplaçable à ses yeux, même la plus belle voiture ou la plus belle femme ne la remplacera pas.

Le documentaire « Gueules cassées » par les journalistes Allan Henry et Nicolas Bourgoïn expose également des témoignages qui démontrent le parcours d'usagers d'héroïne en Meuse.

5. Le trafic d'héroïne en Meuse

A. Un ravitaillement conditionné par la situation géographique

Afin d'appréhender l'organisation de l'offre d'héroïne en Meuse, il est important de rappeler sa situation géographique. En effet, elle se situe dans une zone frontalière avec la Belgique et le Luxembourg qui offrent un accès direct aux Pays-Bas. Ces trois pays se trouvent sur un axe réputé pour leurs marchés de drogues internationaux.

La distance entre Maastricht et la Meuse (Verdun ou Bar-le-Duc) est d'environ 250 km et correspond à un trajet approximatif de 3 heures.

Ainsi, de nombreux usagers revendeurs n'hésitent pas à faire le déplacement plusieurs fois par semaine pour se fournir en héroïne à bas prix : 1 gramme aux Pays Bas coûte 7 à 8 euros (au lieu de 20 à 30 euros en Meuse). Dans leur jargon, ils disent qu'ils montent « au pays ».

La mobilité constitue un problème majeur pour les toxicomanes puisque certains ne possèdent pas de voiture en raison de leur situation de vie précaire. D'autres ne détiennent pas le permis de conduire par faute de moyens pour le passer ou le repasser suite à la perte lors d'un contrôle routier positif aux substances psychoactives.

Les toxicomanes ramènent de petites quantités d'héroïne entre 80 et 200 grammes par trajet environ, plus faciles à dissimuler lors de contrôles routiers que de grandes quantités. Ainsi, les usagers préfèrent faire plusieurs trajets dans la semaine lorsque la demande en héroïne afflue, avec de petites quantités plutôt qu'un seul avec plus de produit. Les études réalisées sur le département qualifient ce phénomène de trafic « à flux tendu avec les Pays Bas ».

La marchandise transite cachée dans les roues, les moteurs, les réservoirs des voitures ou elle est laissée à un endroit prédéfini du chemin (par exemple derrière les panneaux autoroutiers) pour échapper aux contrôles de la douane et de la gendarmerie.

Les itinéraires sont modifiés en fonction des éventuelles connaissances de contrôles de gendarmerie en place même si de ce fait, ils demeurent rallongés.

Les trajets s'effectuent principalement pendant les nuits et les week-ends. Les dealers offrent l'hospitalité et fournissent la consommation pour le weekend à leurs clients, ils mettent tout en œuvre pour pouvoir vendre et faire en sorte que ces derniers soient satisfaits

et reviennent se fournir chez eux. Ils exposent leurs différents produits et donnent les produits de coupe : caféine, smecta, talc...

En revanche les usagers non autonomes pour leurs déplacements prennent un conducteur. La voiture se compose principalement du conducteur et d'un ou plusieurs investisseurs : le conducteur étant rémunéré avec des grammes d'héroïne.

Une autre alternative pour se rendre aux Pays Bas consiste à prendre les transports en communs comme le train. Les désavantages restent les horaires imposés de départ et d'arrivée ainsi que des risques de contrôle de la gendarmerie et de la douane plus fréquents.

Les services de police français, néerlandais et belges collaborent par vidéosurveillance afin d'identifier les plaques d'immatriculation des voitures meusiennes faisant souvent les trajets jusqu'aux Pays Bas. Les dealers procèdent momentanément à des sortes de « promotions » sur l'héroïne, des affluences plus grandes de véhicules ont ainsi été remarquées durant des périodes bien précises.

D'après des estimations policières, en moyenne 10 voitures effectuent le trajet jusqu'à Maastricht et environ 1 gramme d'héroïne arrive sur Verdun tous les jours. (35) (40)

B. La particularité du « Trafic de fourmis »

De nombreux patients suivis à l'officine affirment souvent « En Meuse, la drogue est partout ». En effet, l'héroïne se montre très disponible en Meuse aussi bien dans les villes que dans les villages.

Cette omniprésence sur le territoire s'explique par le dynamisme des réseaux parsemés d'usagers revendeurs définissant un « trafic de fourmis ». Ce trafic se caractérise par de nombreuses personnes usagers-revendeurs, souvent en situation de précarité, qui assurent l'approvisionnement en héroïne aux Pays Bas ou en dépannage dans des plus grandes villes comme Metz et Nancy et revendent de petites quantités sur le territoire meusien.

De plus, chaque usager revendeur est autonome c'est-à-dire qu'il ne relève pas d'une organisation trafiquante à grande échelle comme il en existe dans les grandes villes. Cette organisation d'un ensemble d'usagers-revendeurs disséminés sur tout le territoire meusien lui procure une spécificité en terme d'organisation du trafic, différent par rapport aux grandes agglomérations. La Haute Marne, département voisin de la Meuse appartenant au Grand Est, rural et précaire, se distingue également par le même visage et la même spécificité de trafic.

Pour les autorités, ce genre de trafic s'avère plus difficile à démanteler que les grandes organisations des villes.

A titre indicatif, la forte présence des drogues sur le territoire meusien se traduit par le nombre d'affaires jugées par le tribunal correctionnel : 7 affaires sur 10 sont plus ou moins liées aux substances illicites. (35) (41)

C. Le réseau de proximité : un accès facilité à l'héroïne

La Meuse se présente comme un espace peu peuplé avec une faible densité de population, ainsi les usagers précisent que « tout le monde se connaît ». En effet, dans les villages, les toxicomanes évoluent dans un milieu où les habitants les connaissent eux mêmes, leur famille, son histoire et ont ainsi conscience des problèmes existants liés à la consommation de drogues. Ce phénomène d'interconnaissance se distingue en milieu rural dans les villages et les petites villes mais n'est pas observé dans les grandes agglomérations.

Par conséquent, dans un environnement caractérisé par la grande disponibilité de l'héroïne s'ajoutant à des connaissances multiples, les usagers sont dotés d'une certaine facilité à se constituer un « carnet d'adresses » pour vendre, consommer ou acheter le produit. Un toxicomane peut facilement se procurer de la drogue par des personnes qu'il connaît déjà dans son réseau ou par personnes interposées assurant l'intermédiaire et les présentations. De ce fait, les usagers revendeurs écoulent sans difficultés la marchandise venue des Pays Bas.

Dans les villages, la confidentialité et la discrétion ne sont pas toujours de rigueur et les usagers doivent apprendre à vivre avec cette « étiquette » de toxicomanes.

A Verdun, certains quartiers sont réputés pour générer des trafics semi professionnels avec des personnes à leur tête, basées quelquefois en Belgique : l'offre et la demande ainsi que la disponibilité des drogues de ces endroits demeurent importants. En conséquence, un usager peut se procurer sa marchandise dès lors qu'il détient une connaissance dans ces quartiers et qu'il se tient au courant des habitudes d'accès et des modalités du trafic. De plus, par ce réseau de connaissance, lorsque le dealer qui fournit l'héroïne habituellement se retrouve en rupture, il envoie ses clients vers une autre personne en mesure de vendre la substance.

Les usagers de drogues meusiens du même secteur se connaissent personnellement (ou au moins de vue) et possèdent la faculté de s'identifier facilement entre eux.

De plus, les policiers et gendarmes identifient certains toxicomanes et les « surveillent » par des contrôles réguliers. De la même manière, les usagers de drogues repèrent facilement les agents de police. Les villages et petites villes définissent un espace restreint favorisant la reconnaissance mutuelle entre les forces de l'ordre et les toxicomanes.

Beaucoup d'entre eux réalisent des parcours semblables avec une alternance de cycles d'interpellations, de gardes à vue, de jugements parfois suivis de séjours en prison (au cours duquel un traitement est initié). Ces parcours de vie viennent renforcer la reconnaissance de ces usagers de drogues par la police.

Pour optimiser les chances de réussite d'un traitement de sevrage, il paraît primordial pour un toxicomane de quitter la Meuse et de déménager pour se mettre à l'écart et rompre les contacts avec les amis de consommation. (35) (40)

6. Le produit : de l'initiation aux modalités de consommation

A. Le produit

L'opiacé le plus fréquemment retrouvé sur l'ensemble du territoire meusien est l'héroïne brune. Un gramme est vendu entre 20 et 25 euros en moyenne.

L'héroïne blanche s'avère très rare et ne circule pas sur le département, certains usagers révèlent s'en procurer pour leur propre consommation personnelle sans la revendre.

Dans la grande majorité des cas, l'héroïne se consomme en sniff ou elle est quelquefois fumée. Le recours aux injections IV se montre très rare avec un nombre d'usagers injecteurs estimé à seulement 10%.

Ce faible pourcentage s'explique d'une part, par la peur des aiguilles et de l'acte en lui-même.

D'autre part, l'héroïne trouvée en Meuse est qualifiée d'assez pure permettant aux usagers de la sniffer. En effet, l'héroïne en Meuse se caractérise par une pureté nettement supérieure à la moyenne française. Le taux d'héroïne dans le département se situe entre 13 et 16% et atteint 25% lorsqu'elle n'est pas coupée, alors qu'en France le taux en d'héroïne avoisine les 7,1%.

D'après l'OFDT, le taux en héroïne aux Pays Bas et en Belgique s'élève respectivement à 32,6% et 21,1%. Plus l'on descend vers le sud de la France, plus l'héroïne se retrouve coupée et plus sa pureté diminue.

De plus, la réticence à se rendre dans une officine pour acheter des kits Stéribox® dissuade les usagers des injections IV. Dans les pharmacies rurales meusiennes ainsi que celles des petites villes où beaucoup d'habitants se connaissent, la garantie de la discrétion et de

l'anonymat n'est pas toujours assurée si le patient fréquente l'officine durant le même créneau horaire qu'une tierce personne connue.

L'absence d'automates fournissant des seringues de manière anonyme sur le territoire meusien vient renforcer également la nécessité pour le patient toxicomane de fréquenter une pharmacie. (35) (40)

B. Le milieu festif

L'initiation à l'héroïne peut commencer par un usage récréatif lors de soirées festives souvent sous l'influence d'amis. C'est le cas par exemple lors des bals de villages dans les bourgs meusiens. Bien que de moins en moins fréquents à notre époque, ces bals avaient pour tradition de mettre en avant la commune par rapport aux autres territoires voisins. Ces festivités sont marquées par la présence de nombreuses drogues dont la plus représentée reste l'alcool. L'héroïne y figure tout de même, certains usagers décrivent avoir vu des « amas » d'héroïne sur des tables apposés en libre service et les convives pouvaient s'y servir gratuitement à leur guise. Cette voie d'initiation par les bals de villages concerne davantage les toxicomanes possédant plus d'une quarantaine d'années.

Les « free parties » et les rassemblements de musique techno participent également à l'initiation à l'héroïne. En effet, de nombreuses drogues circulent dans ce milieu composé de populations quelquefois marginalisées à la recherche d'un état de transe. (35) (40)

C. La transmission familiale

La première expérience d'héroïne survient pour certains usagers dans un contexte familial, initiés par les parents, un frère, une sœur, les cousins/cousines. Cela concerne généralement des familles avec des histoires de vie compliquées marquées par un parent consommateur de drogue (héroïne, alcool...), des violences familiales, une situation de précarité, une désinsertion sociale. Les toxicomanes évoluent dans un milieu où ils sont tentés par la proximité du produit. (35)

7. Les établissements de prise en charge des toxicomanes en Meuse

Face à une telle consommation d'opiacés sur le territoire, l'offre de soins apparaît indispensable. Il existe deux CSAPA en Meuse qui se répartissent chacun sur l'ensemble du territoire.

A. CSAPA-ANPA et CSAPA-Centr'aid

Les principales missions des CSAPA consistent à accueillir et orienter en fonction des souhaits et des conduites addictives des personnes reçues. La prise en charge s'inscrit dans trois dimensions : médicale, psychologique et sociale. Les CSAPA traitent toutes les formes d'addictions avec ou sans produits. Concernant la prise en charge de la dépendance aux opiacés, ils initient les traitements de substitution et favorisent une réinsertion sociale et professionnelle de l'individu au sein de la société. L'équipe pluridisciplinaire de prise en charge se compose de médecins, infirmiers, éducateurs spécialisés et psychologues. (34)

Le CSAPA Centr'aid dépend et se trouve au CH (Centre hospitalier) de Verdun. Il est implanté également au CH de Bar-le-Duc et à Saint Mihiel, le CSAPA Centr'aid est le référent de la prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral.

Le CSAPA ANPA (Association nationale de prévention en addictologie) s'étend sur trois territoires à Bar-le-Duc, à Verdun et à Commercy.

Ces deux CSAPA détiennent des files actives auprès d'autres petites villes et villages meusiens. En effet, les patients toxicomanes possèdent peu de mobilité et ne veulent pas effectuer beaucoup de kilomètres pour se soigner ainsi la stratégie consiste à disposer d'antennes dispersées sur le territoire afin de cibler le plus de patients possibles. Les CSAPA participent à des consultations avancées en contact avec les médecins sur une grande partie du territoire.

Les deux CSAPA se déploient sur toute la Meuse avec redondance : ils ne se répartissent pas le territoire en deux parties nord/sud par exemple, ils sont présents chacun sur tout le département. Cela permet une prise en charge accrue des patients avec une plus grande capacité d'accueil et une meilleure offre de soins. (34)



Source : Rapports d'activités des CSAPA Centr'Aid (2018) et ANPAA (2018), et le répertoire Finess (10/06/2019), Exploitation ORS Grand Est

Figure 11 : Carte de l'offre médico-sociale en Meuse (34)

Le Centre Hospitalier spécialisé de Fains-Véel s'occupe des sevrages, coopère avec les CSAPA dans la prise en charge des patients pré-cures et post-cures.

De plus, l'association AMIE (Association meusienne d'information et d'entraide) propose des solutions d'hébergement d'urgence et des hébergements destinés aux personnes en détresse suite à des conséquences néfastes liées aux addictions. Ces logements thérapeutiques permettent de réinsérer et de suivre des personnes en situation de grande précarité. Le CSAPA Centr'aid s'occupe de la prise en charge médicale et l'association AMIE favorise les recherches d'un travail et d'aides sociales. D'une manière générale, ces logements sont proposés aux personnes fragiles nécessitant d'être encadrées d'un point de vue médical pour gérer un traitement et pour diverses activités de la vie quotidienne.

Les CSAPA s'occupent des démarches pour intégrer ces logements. (34)

B. Analyse des patients pris en charge

Tableau X : Nombre de patients pris en charge pour 10 000 habitants de 15 à 74 ans suivant le produit consommé posant le plus de problèmes en 2016 (34)

	Meuse	Grand Est	France entière
Alcool	48	37	31
Tabac	12	8	4,8
Cannabis	18	12	13
Médicaments psychotropes	2,6	1,1	0,8
Opioides	45	14	9,8
Stimulants	1,5	1,7	2,4
Addictions sans substances	1,2	2,2	2,1

Source : Rapports d'activité standardisés des CSAPA en 2016, DGS/OFDI, Exploitation OFDI

Ce tableau expose le nombre élevé de patients accueillis pour des addictions aux opioïdes dans les CSAPA meusiens. On remarque que ce nombre est 4,5 fois plus grand en Meuse, rapporté à la population, que dans le restant de la France avec 45 habitants sur 10 000 contre 9,8 habitants sur 10 000.

Ce nombre est aussi environ 3 fois plus élevé, rapporté à la population, que celui de la région Grand Est.

Tableau XI : Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2016 (%)(34)

	Meuse	Grand Est	France entière
% d'hommes	81	76	77
% de moins de 25 ans	11	12	16
% de 25-39 ans	45	39	37
% de 40 ans et plus	44	49	47
% RSA	23	18	16
Autres ressources	15	10	10
Institutions et services sociaux	18,5	4,4	4,3
% orientation par la justice, post-sentenciel	27	15	15
% ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	1,5	5,1	4,9
% ayant utilisé la voie intraveineuse antérieurement (pas dans le mois)	13,8	11,2	9
En abstinence (durant au moins les 30 derniers jours)	24	14	15
En dépendance	46	58	56

Source : Rapports d'activité standardisés des CSAPA en 2016, DGS/OFDI, Exploitation OFDI

Les CSAPA accueillent en majeure partie des hommes entre 25 et 39 ans en grande situation de précarité bénéficiant du RSA et d'autres ressources. Cela peut correspondre au profil des usagers d'opiacés, dont certains sont orientés par la justice à consulter un centre

spécialisé. Nous pouvons confirmer que la proportion d'injecteurs IV demeure plus faible en Meuse qu'au niveau régional et national. (34)

C. L'émergence d'un nouveau CAARUD

Un CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues) a récemment vu le jour en février 2019. Il se définit comme une équipe mobile sous forme de camping car se déplaçant sur tout le département. Il effectue des permanences hebdomadaires à Verdun, Bar-le-Duc et Commercy.

Cette structure possède un réel avantage en Meuse devant la dispersion des usagers de drogues et leur faible mobilité. Elle permet aux toxicomanes un accueil anonyme et gratuit par des professionnels du social et du soin, la mise à disposition gratuitement de kits d'injection, la relégation d'informations sur les produits et modes de consommations ainsi que sur les IST (Infections sexuellement transmissibles), le VIH (Virus de l'immunodéficience humaine), les hépatites. Les professionnels ont la possibilité de réaliser aussi des TROD (Tests rapides d'orientation diagnostic) pour le VIH et le VHC (Virus de l'hépatite C).

De plus, le CAARUD offre un accompagnement social permettant aux toxicomanes de faire le point sur leur situation sans être jugés, en prenant tranquillement un café et une collation. (35)

PARTIE 2 : LE ROLE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES

Le pharmacien joue un rôle primordial dans la prise en charge des toxicomanes à l'officine. Premièrement, la principale tâche qui nous vient immédiatement à l'esprit reste la dispensation des médicaments de substitution. Cette dispensation s'accompagne d'une législation lourde et contraignante qui nécessite une certaine rigueur de la part du pharmacien. Il gère également l'approvisionnement et le stockage de tous ces produits. Deuxièmement, au delà de la dispensation proprement dite, le pharmacien gère le suivi et l'accompagnement du toxicomane au long cours puisque la toxicomanie constitue une maladie chronique évolutive. Il s'implique dans de nombreuses actions complémentaires, avec les autres professionnels de santé, autour du patient. (42)

I. Rappel du Code de la Santé Publique et du Code de Déontologie

D'après l'article L5125-1-1A, les pharmaciens d'officine :

- « - contribuent aux soins de premiers recours définis à l'article L.1411-11 (la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients/ la dispensation et l'administration des médicaments, produits et DM (dispositifs médicaux) ainsi que le conseil pharmaceutique/ orientation dans le système de soins et le secteur médico-social/ l'éducation pour la santé) (43)
- participent à la coopération entre professionnels de santé
- concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé
- peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients
- peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes » (44)

D'après le Code de Déontologie

- Art R.4235-2

« Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il

contribue notamment à la **lutte contre la toxicomanie**, les MST (Maladies sexuellement transmissibles) et le dopage »

- Art R.4235-6

« Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art »

- Art R.4235-8

« Les pharmaciens sont tenus de prêter leurs concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé » (45)

Ces deux textes exposent l'implication du pharmacien dans la prise en charge du patient toxicomane : la dispensation, l'accompagnement, le suivi, la détection et la prévention.

II. Prise en charge de la toxicomanie aux opiacés

La prise en charge du patient s'inscrit dans trois dimensions : médicale, psychologique et sociale.

Le sevrage se définit comme l'arrêt de toute consommation de drogues.

La substitution consiste à utiliser des médicaments en remplacement des opiacés.

Le sevrage et la substitution présentent les mêmes finalités : d'une manière directe, leur but est de permettre une diminution de la consommation d'opiacés voire une abstinence totale. De manière indirecte ils favorisent la réinsertion des patients dans un système de soin avec un suivi régulier de leur traitement, et la réinsertion sociale (bénéficier d'aides, trouver un travail).

Ces deux notions ne s'opposent pas puisque les médicaments de substitution font partie intégrante des méthodes de sevrage. Les soignants déterminent individuellement pour chaque patient le sevrage le plus adapté en tenant compte de toutes les caractéristiques qui lui sont propres : les comorbidités, la polytoxicomanie, la motivation. Le soin du patient s'étend en général sur plusieurs années durant lesquelles le sevrage (partiel ou total) ainsi que les médicaments de substitution peuvent être entrepris à tour de rôle ou simultanément. (28)

1. Le sevrage et la substitution.

A. La substitution en ambulatoire

La substitution en ambulatoire peut être réalisée si les conditions de vie et l'environnement du patient le permettent. Le suivi du patient nécessite d'être rapproché avec des consultations journalières à l'initiation puis tous les 2 à 3 jours afin de pouvoir modifier et adapter le traitement, gérer la survenue d'effets indésirables éventuels, échanger et motiver le patient.

La substitution s'effectue à l'aide des médicaments de substitution aux opiacés (cf ci dessous paragraphe 2) prescrits à une dose efficace puis ce dosage stagne ou diminue progressivement jusqu'à un arrêt éventuel pour certains patients.

Les rendez vous deviennent ensuite plus espacés généralement hebdomadaires puis tous les 14 jours voire mensuel en fonction des traitements prescrits. Les médicaments sont également délivrés à la journée et quelquefois directement administrés à la pharmacie. La remise aux patients d'une quantité limitée de traitement permet de prévenir les consommations excessives. (28)

Le pharmacien étant un interlocuteur direct, son écoute, son empathie, ses conseils ainsi que la préparation des doses à administrer apparaissent comme primordiaux lors de l'accompagnement des patients en sevrage. Il est également souhaitable, dans la mesure du possible, qu'une relation de confiance s'installe progressivement entre soignants et patients.

B. Le sevrage en milieu hospitalier

Des sevrages se déroulent en service de médecine non spécialisé, en service psychiatrique ou en institution spécialisée. Lors de l'admission d'un patient dans ces services, un contrat est établi avec l'équipe soignante qui a pour but de faire accepter et respecter les conditions de vie avec quelquefois des limitations des sorties, des visites et des appels téléphoniques personnels. La prise en charge du patient s'effectue par une équipe pluridisciplinaire et multiprofessionnelle formée qui doit soutenir ce dernier, se montrer compétente et disponible.

Le sevrage s'opère de manière dégressive avec une diminution régulière de la consommation de drogues sur une durée de quelques jours, quelques semaines ou quelques mois. La durée de l'hospitalisation dépend de son état motivationnel ainsi que des produits utilisés.

Les médicaments de substitution aux opiacés demeurent également très utilisés en milieu hospitalier. S'ajoute également des traitements spécifiques comme la clonidine (Catapressan®) qui est un antihypertenseur adrénergique visant à réduire l'hyperfonctionnement adrénergique induit par les symptômes de manque : l'agitation, l'instabilité, la rhinorrhée, la lacrymation ainsi que la transpiration. Ce traitement est administré surtout au début de la prise en charge hospitalière puis la posologie est réduite à partir du 4^{ème} ou 5^{ème} jour puis arrêtée au bout de 8 jours environ.

Le sevrage s'accompagne également de tous les traitements symptomatiques nécessaires pour faire disparaître les manifestations de manque : antalgiques, antispasmodiques, antidiarrhéiques, antinauséux, anxiolytiques comme l'oxazépam (Seresta®) et sédatifs. (28)

C. Le sevrage en milieu carcéral

Le sevrage en prison peut s'avérer bénéfique pour certains toxicomanes qui avouent que « la prison les a sauvés » et les a mis à l'écart d'un monde de consommations excessives d'héroïne, de trafic et de la sphère de violence qui accompagne ce milieu.

Pour d'autres, le passage en prison est responsable d'un sevrage forcé sans aucune volonté de leur part. (28)

2. Les médicaments de substitution aux opiacés (MSO)

A. Les objectifs des MSO

Les MSO s'inscrivent dans un protocole de traitement avec la psychothérapie et un accompagnement social et éducatif du patient.

Les médicaments de substitution agissent en se substituant aux opiacés consommés et limitent ainsi la survenue des symptômes de manque. Ils permettent ainsi d'améliorer l'état de santé des patients et leur qualité de vie.

Les médecins prescrivent ces médicaments dans un but bien précis. Après discussion et réflexion avec le patient, ils élaborent un projet de soins personnalisé et évolutif dont le but premier consiste à stabiliser le patient et réduire les risques associés à la toxicomanie. Puis dans un second temps, l'objectif peut être une diminution et/ou une abstinence totale. (46)

D'un point de vue sanitaire, les MSO aident :

- à lutter contre le syndrome de manque avec les douleurs et la détresse morale qui y sont associées.
- à diminuer les consommations d'opiacés illicites voire la stopper
- à soutenir les usagers qui veulent parvenir à une abstinence totale y compris de MSO
- à ancrer la personne dans un protocole de soins et à la suivre au long court y compris pour la prise en charge des comorbidités associées
- à prévenir la survenue de problèmes sanitaires et à effectuer des dépistages (VIH, hépatite B et C...) chez les personnes traitées

D'un point de vue social, les MSO permettent :

- de détourner le patient du produit et de sa recherche
- de limiter les contacts avec les dealers, le trafic et les actes délictueux
- de faciliter l'insertion ou la réinsertion sociale et son maintien en favorisant l'accès aux ressources, aux droits, au logement, à l'emploi et à trouver ou retrouver une vie de famille

En terme de santé publique, la prescription de MSO engendre :

- une réduction des décès par overdose
- une admission moindre de toxicomanes dans les services d'urgences
- une diminution de la prévalence et l'incidence des infections par le VIH, le VHC et le VHB (Virus de l'hépatite B). (46)

Trois médicaments sont actuellement commercialisés sur le marché : la buprénorphine haut dosage BHD (Subutex® et Orobupré®), la méthadone et le Suboxone® (mélange de BHD et de Naloxone).

B. La buprénorphine haut dosage

a. Structure chimique

Formule chimique : $C_{29}H_{41}NO_4$

Numéro CAS : 52485-79-7

Poids moléculaire : 467,6 g/mol (47)

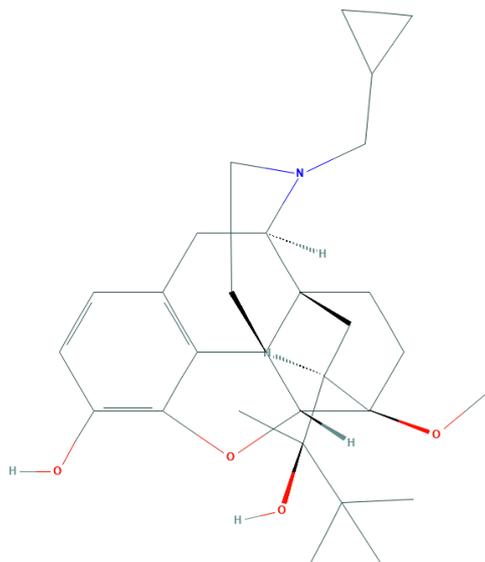


Figure 12 : Formule chimique de la BHD (47)

La buprénorphine haut dosage obtient son AMM en juillet 1995 pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, psychologique et sociale. (48)

b. Propriétés pharmacodynamiques

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs aux opiacés : en effet elle est agoniste sur les récepteurs μ et antagoniste des récepteurs κ au niveau du système nerveux central. L'effet antagoniste est prédominant à doses élevées et l'effet agoniste prédomine à doses faibles ou modérées. Cela explique donc les propriétés de la buprénorphine qui est un antalgique puissant provoquant une dépression respiratoire (moins marquée qu'avec l'héroïne) dose dépendante avec un effet plateau au delà d'une certaine dose. Ainsi, lors de l'administration du produit, l'usager ne peut pas faire d'overdose. (48)

c. Propriétés pharmacocinétiques

i. Absorption

Par voie orale, la buprénorphine subit un important effet de premier passage hépatique rendant son utilisation impossible.

Par voie sublinguale, la biodisponibilité s'élève à environ 30%. La concentration sanguine maximale est obtenue après 90 minutes.

La courbe qui représente la dose en fonction de la concentration est linéaire entre 2 et 16 mg. (49)

ii. Distribution

Elle se fait assez rapidement dans l'ensemble des tissus du corps puisque la buprénorphine a des propriétés liposolubles. Cette fixation tissulaire est longue ce qui explique sa durée d'action de plus de 24h permettant au patient une seule prise quotidienne même si sa demi vie plasmatique demeure plutôt brève entre 2 et 5 heures.

La buprénorphine présente également un caractère lipophile ce qui permet sa fixation rapide et longue sur les récepteurs du SNC. (49) (48)

iii. Métabolisme

La molécule est métabolisée dans le foie par 14-N-désalkylation puis par glycuconjugaison en métabolites qui possèdent une activité agoniste des récepteurs μ . (49)

iv. Elimination

L'élimination est longue, elle s'effectue sur 20 à 25 heures par les fèces, par excrétion biliaire des métabolites glycuconjugués (environ 70%) et le reste (environ 30%) est éliminé dans les urines. (49)

d. Présentation

Les comprimés se présentent comme ronds, blancs et biconvexes.

La spécialité commerciale porte le nom de Subutex®. (49)

e. Voie d'administration

Elle est sublinguale.

Une nouvelle forme de buprénorphine orodispersible, administrée sur la langue existe depuis 2018 (Orobupré®).

f. Posologie

Il existe 6 posologies disponibles sur le marché : 0,4 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6mg et 8 mg.

Lors de l'instauration du traitement, la dose initiale s'élève entre 0,8 et 4 mg administrés en fonction du patient en une prise quotidienne.

Le poids et le genre ne rentrent pas en compte dans la détermination de la posologie.

La posologie d'entretien est définie par la dose minimale efficace, elle s'obtient par paliers quotidiens de 2 à 4 mg jusqu'à la disparition des signes de sevrage.

La posologie maximale ne devra pas dépasser 24 mg par jour dans l'AMM depuis 2019.

La posologie de stabilisation a pour but de supprimer le syndrome de sevrage et réduire l'appétence pour les opiacés (craving). (49)(50)

g. Les modalités de prescription

La buprénorphine a le statut d'assimilé stupéfiant : elle n'est pas considérée comme un stupéfiant donc elle possède des règles de prescription et de dispensation plus souples que celles de la méthadone. La primo prescription de buprénorphine ainsi que les suivantes peuvent être effectuées par tout médecin pour une durée maximale de 28 jours.

La prescription doit être établie sur une ordonnance sécurisée en papier blanc filigrané avec un carré en bas à droite dans lequel le prescripteur inscrit le nombre de lignes de l'ordonnance.

Le nom du pharmacien ou de la pharmacie dispensatrice doit figurer également sur l'ordonnance.

Le renouvellement et le chevauchement de deux ordonnances est interdit sauf mention expresse du prescripteur dans des cas particuliers : un départ en vacances... (51)

La BHD reste la molécule prédominante en France certainement grâce à son accessibilité plus facile puisqu'elle peut être primo prescrite par tout médecin. (Etude U.TOPIA (36))

On dénombre en 2018 environ 180 000 personnes en France sous MSO avec 65% sous BHD et 35% sous méthadone. (52)

h. Effets indésirables

Les effets indésirables sont similaires à ceux retrouvés chez les opioïdes :

- céphalées
- hypotension orthostatique
- somnolence
- asthénie
- constipation
- sudation
- nausées et vomissements (50)

i. Contres indications

Les principales contre indications sont les suivantes :

- hypersensibilité à l'un des composants du produit : substance active ou ses excipients
- enfant de moins de 15 ans
- insuffisance respiratoire sévère
- insuffisance hépatique sévère

- intoxication aigue à l'alcool et/ou delirium tremens (48)
- l'utilisation concomitante avec la méthadone et les antalgiques morphiniques de pallier III : diminution de l'effet antalgique du morphinique par blocage compétitif des récepteurs avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage. (50)

j. Cas clinique

L'utilisateur A (cf partie II.4.D) est traité par un comprimé de Subutex® 8 mg par jour et semble stabilisé avec cette posologie prescrite par son médecin traitant. Elle refuse de prendre la BHD générique car elle évoque une sensation de bouche pâteuse après administration et trouve que le générique est moins efficace.

C. La méthadone

a. Structure chimique

Formule chimique : $C_{21}H_{27}NO$

Numéro CAS : 76-99-3

Poids moléculaire : 309,4 g/mol (53)

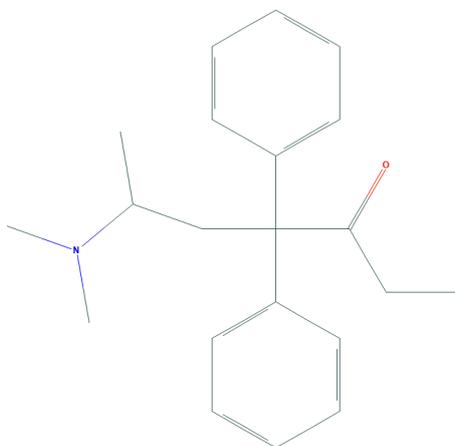


Figure 13 : Formule chimique de la méthadone (53)

b. Propriétés pharmacodynamiques

La méthadone est un agoniste complet des récepteurs opioïdes μ . Elle permet tout comme la buprénorphine de supprimer cette sensation de « shoot » recherchée par les toxicomanes après une injection IV d'héroïne puisque les récepteurs μ , occupés et stimulés en permanence ne peuvent pas être disponibles pour subir la stimulation intense et soudaine de l'héroïne.

Le caractère agoniste complet de la méthadone lui confère également sa toxicité : elle stimule de façon maximale les récepteurs μ donc à fortes doses apparaissent les effets toxiques dénommés « overdoses » qui peuvent conduire au décès du patient par insuffisance respiratoire « Le sujet s'asphyxie dans la béatitude ».

Les thérapeutes ont constaté qu'avec la méthadone, le ressenti d'une moindre stimulation des récepteurs μ associée à un sentiment de privation et d'abstinence relative n'existe pas alors que cette sensation de frustration est bien plus marquée avec la substitution par BHD. (54)

c. Propriétés pharmacocinétiques

i. Absorption

La méthadone possède un caractère liposoluble, elle est donc absorbée par le tube digestif puis subit un effet de premier passage hépatique. (55)

ii. Distribution

La méthadone se lie fortement aux protéines plasmatiques et tissulaires : le taux de fixation aux protéines plasmatiques oscille entre 60 et 90% ce qui explique sa longue durée d'élimination. La concentration plasmatique varie beaucoup en fonction des individus. La demie vie plasmatique de la méthadone est comprise entre 12 et 18 heures environ. (55)

iii. Métabolisme

La méthadone est métabolisée au niveau hépatique en métabolites inactifs après une N-déméthylation et une cyclisation sans conjugaison.(55)

iv. Elimination

L'excrétion urinaire est dose dépendante. Pour une dose de méthadone par jour, 20% sont éliminés dans les urines sous forme inchangée et 13% sous formes de métabolites. Le produit est également excrété dans les fèces (20 à 40%de la dose initiale). La méthadone s'élimine également par la transpiration et la salive.

Sa demie vie d'élimination varie entre 24 et 36 heures en moyenne. (55)(56)

d. Présentation

La méthadone se présente sous deux formes :

- sirop équipé d'un bouchon de sécurité pour éviter les intoxications accidentelles.

- gélule

e. Voie d'administration

La méthadone est administrée par voie orale.

f. Posologie

Les sirops existent sous plusieurs dosages :

- 5mg/3,75 mL
- 10 mg/7,5 mL
- 20 mg/15 mL
- 40 mg/15 mL
- 60 mg/15 mL

Les gélules existent en :

- 1 mg
- 5 mg
- 10 mg
- 20 mg
- 40 mg

Une seule prise par jour suffit sauf quelques cas exceptionnels comme les femmes enceintes et les métaboliseurs rapides où les prises fractionnées sont nécessaires. La posologie efficace s'obtient après une observation clinique rigoureuse. Le clinicien instaure le traitement entre 20 et 30 mg de méthadone par jour, cette posologie permet dans un premier temps de réduire les symptômes de manque en minimisant le risque d'overdose (bon rapport bénéfice/risque). Les adaptations de posologie se font progressivement par palier de 5 à 10 mg.

g. Les modalités de prescription

i. Primo prescription

La méthadone possède le statut de stupéfiant. Par conséquent sa prescription doit s'effectuer sur une ordonnance sécurisée avec mention de la posologie en toutes lettres.

Face à la dangerosité du produit (dose létale de 1 mg/kg chez un sujet naïf aux opiacés) et au risque d'overdose, la prescription est réservée aux médecins exerçant dans des CSAPA ou un médecin hospitalier lors d'une hospitalisation, une consultation ou en milieu

pénitentiaire. Elle est souvent prescrite après échec d'un traitement par BHD, chez les patients injecteurs et dans des centres spécialisés. (57)

Le nom du pharmacien ou de la pharmacie qui délivrera le traitement doit figurer sur l'ordonnance.

La durée de prescription se limite à 14 jours pour la forme sirop et 28 jours pour les gélules. Le passage de la forme sirop à gélule est possible après 1 an d'utilisation de la forme sirop et après stabilisation du patient sur le plan des conduites addictives c'est à dire sans aucune consommation en plus du traitement.

Le renouvellement et le chevauchement d'ordonnances sont interdits. (58)

Durant les 3 mois qui suivent l'instauration du traitement, puis pendant la phase d'adaptation et de stabilisation, le patient effectue de nombreux dépistages urinaires. Ce test se caractérise par une bandelette urinaire plongée dans un prélèvement d'urines du patient effectué au cours d'une consultation en addictologie. Il permet de détecter la présence dans les urines de 6-monoacétylmorphine, un des métabolites de l'héroïne. Pour les opiacés la molécule de référence reste la morphine mais d'autres opiacés comme la codéine ou la codéthylline réagissent également ne permettant donc pas de différencier une prise de drogues d'un usage thérapeutique de la codéine par exemple. (59)

Ce test de dépistage est un test uniquement qualitatif, il possède la qualité d'être rapide mais ne peut en aucun cas fournir des informations sur la dose consommée, la fréquence de consommation ni sur le délai écoulé depuis la prise d'un opiacé.

Ce test possède une valeur seuil fixée à 300 ng/mL en Europe au delà de laquelle le test est déclaré positif. (59)

ii. Ordonnance de délégation

A l'issue de la prescription initiale et après stabilisation obtenue du patient, le médecin du CSAPA dont il dépend peut effectuer une ordonnance de délégation (relais) vers un autre médecin : généraliste en ville ou dans un autre CSAPA choisi par le patient.

Cette ordonnance mentionne le nom du médecin traitant et elle devra être présentée au pharmacien dispensateur lors de la première délivrance.

De plus, en cas de changement de médecin traitant par le patient, le nouveau praticien de ville devra avoir lui aussi une ordonnance relai du CSAPA dont le patient dépend. (60)

h. Effets indésirables

Lors de l'introduction du traitement, les principaux effets indésirables peuvent être : euphorie, vertiges, nausées, vomissements, sédation, somnolence, constipation, hypersudation, dysurie, oedèmes.

Chez le sujet stabilisé traité par méthadone, les effets indésirables qui apparaissent le plus fréquemment sont une hypersudation, une constipation et des nausées.

Chez un sujet non dépendant physiquement aux opiacés, les effets indésirables sévères identiques aux morphiniques apparaissent avec une dépression respiratoire, une hypotension sévère, arrêt respiratoire, choc et arrêt cardiaque. (55)

De par ses propriétés d'agoniste complet, sa demi-vie longue et différente selon les sujets et son stockage au niveau des tissus adipeux avec relargage éventuel, la méthadone reste le médicament leader responsable de décès en 2017 soit 8 fois plus qu'avec la buprénorphine. (Etude DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) (61)

i. Contre indications

La méthadone est interdite en cas de :

- hypersensibilité à la substance ou à un de ses excipients
- âge inférieur à 15 ans
- insuffisance respiratoire sévère
- traitement concomitant par un agoniste antagoniste morphinique (BHD, Suboxone), par un antagoniste partiel (Naltrexone)
- traitement concomitant par escitalopram, hydroxyzine, dompéridone à cause du risque de torsade de pointe. (55)

j. Cas cliniques

L'utilisateur B a commencé son traitement par de la BHD prescrite par son médecin traitant qu'il écrasait pour sniffer. Face à ce mésusage, il est envoyé dans un CSAPA qui initie son traitement sous méthadone. Il prend aujourd'hui 40 mg par jour de méthadone en sirop et fait part de sa volonté de diminuer très progressivement

L'utilisateur C a eu recours à des pratiques d'injections donc son médecin l'a placé préférentiellement sous méthadone plutôt que sous BHD qui fait l'objet d'un mésusage important par injection. Il commence son traitement de substitution par 60 mg de méthadone

en sirop lorsqu'il était adolescent puis aujourd'hui il est stabilisé sous méthadone gélules 100 mg/jour.

D. La suboxone

a. Structure chimique

La suboxone se compose d'une association de deux molécules : la BHD et la naloxone dont voici ci dessous la structure chimique (figure 14).

Formule chimique : $C_{19}H_{21}NO_4$

Numéro CAS : 465-65-6

Poids moléculaire : 327,4 g/mol (62)

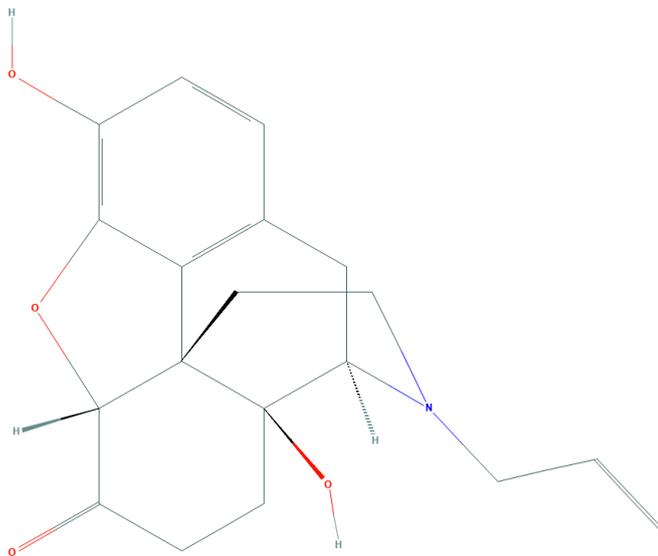


Figure 14 : Formule chimique de la Naloxone (62)

b. Propriétés pharmacodynamiques

Arrivé sur le marché en 2012, ce médicament renferme une association de BHD, agoniste partiel des récepteurs μ , et de naloxone, antagoniste des récepteurs μ . Cette combinaison permet de limiter le mésusage de BHD par voie intraveineuse et par sniff. En effet, la naloxone s'administre par voie intraveineuse initialement et se fixe plus rapidement sur les récepteurs opioïdes que la buprénorphine. Ainsi, lorsque l'utilisateur s'injecte ou sniff un comprimé de Suboxone®, l'effet de la buprénorphine ne se fait pas ressentir et les symptômes du manque persistent.

Par voie orale, la BHD possède une meilleure affinité que la naloxone donc Suboxone® permet bien une diminution du syndrome de sevrage. (63)

c. Propriétés pharmacodynamiques

i. Absorption et distribution

Après injection intraveineuse, la naloxone est distribuée très rapidement dans l'organisme en 4 minutes environ.

Par voie orale et sublinguale, les concentrations de naloxone sont très faibles, à peine décelables et diminuent très rapidement. (64)

ii. Métabolisme et élimination

Sa demi-vie plasmatique demeure courte : 1 à 2 heures.

La naloxone subit une glucurono-conjugaison dans le foie et est ensuite excrétée dans les urines. (64)

d. Présentation

Suboxone® se présente sous forme de comprimés blancs hexagonaux biconvexes. (64)

e. Voie d'administration

Elle est sublinguale. Le comprimé possède un arôme citronné qui le différencie du goût légèrement amer de la BHD. (63)

f. Posologie

Suboxone® existe à deux dosages différents :

- 2mg/0,5 mg (Naloxone/BHD)
- 8mg/2 mg

Tout comme pour la BHD seule, le traitement ne peut être commencé qu'à l'apparition des premiers signes objectifs et évidents de sevrage soit environ 6 heures après la dernière prise d'opioïdes. (64)

A l'introduction du traitement, la dose administrée est de 2 à 4 mg de Suboxone®. La posologie s'adapte en fonction de l'état clinique et psychologique du patient par palier de 2 à

4 mg. Par conséquent, la prise d'un comprimé peut être renouvelée les premières 24 heures sans dépasser 8 mg.

Les jours suivants l'introduction du traitement, le traitement peut être adapté par palier de 2 à 8 mg afin de trouver la posologie d'entretien.

La dose quotidienne maximale s'élève à 24 mg/jour soit 3 comprimés de 8 mg/2 mg par jour. Suboxone® se prend une fois par jour de préférence à la même heure. (63)

g. Modalités de prescription

Tout comme la BHD, la Suboxone® appartient aux médicaments de la liste I assimilés stupéfiants et doit être prescrite sur une ordonnance sécurisée, par tout médecin pour une durée maximale de 28 jours. Le renouvellement et le chevauchement d'ordonnances sont interdits sauf mention expresse du prescripteur et le pharmacien doit en être informé. (65)

Cependant, ce MSO peine à trouver sa place sur le marché : seulement 7 621 patients sont traités par Suboxone® en 2017. (66)

h. Effets indésirables et contre indications

Les effets indésirables et les contre indications sont semblables à ceux rencontrés en monothérapie avec la BHD. Les maux de tête, la constipation, les nausées et l'hypersudation s'avèrent être les plus fréquents effets indésirables remarqués.

L'association à l'alcool et aux benzodiazépines peut conduire également à de graves complications comme la dépression respiratoire. (63)

III. Le pharmacien face à une ordonnance de MSO

1. L'accueil du patient toxicomane au comptoir

A chaque entrée à l'officine, le pharmacien se doit de recevoir le patient toxicomane comme tout autre patient, aucun signe, ni aucune distinction ne doivent apparaître dans son comportement. Il devra faire preuve d'empathie et veillera à ne jamais émettre un jugement. Le pharmacien et le patient doivent tisser une relation de confiance primordiale pour assurer le bon déroulement de la prise en charge.

Le Code de la Santé Publique rappelle que le pharmacien ne peut évidemment pas refuser la prise en charge d'un patient en général donc cela s'applique également au patient

toxicomane « Le pharmacien ne peut refuser la délivrance sauf si l'intérêt du patient l'exige »
Art 4235-61. (67)

Le pharmacien doit expliquer d'emblée, lors d'une première délivrance, son cadre d'intervention : la délivrance, le suivi, l'écoute, le soutien. Il doit faire comprendre à son patient qu'il fera son possible pour l'aider même s'il s'agit seulement d'échanger dans un espace de confidentialité. Le patient doit percevoir le pharmacien comme un professionnel avec qui il peut échanger sans jugement.

De plus, l'attitude motivationnelle du pharmacien permet d'assister le patient vers une stabilisation obtenue à l'aide des TSO.

Le pharmacien connaît les ressources et les difficultés de son patient tout en gardant à l'esprit l'effort que demande un sevrage et les périodes douloureuses auxquelles ce dernier devra faire face durant son parcours de soin. De plus, dans certains cas les patients possèdent des comorbidités psychiatriques qui compliquent la prise en charge. (42)

En outre, les différents objectifs du traitement doivent être communiqués au pharmacien par le patient lui-même ou par son médecin :

- personnel : être capable de gérer tout seul sa dépendance, devenir plus autonome
- médical : prévenir les complications (somatiques, psychiques, sociales), grossesse
- social et économique
- dans certains cas l'injonction thérapeutique : le patient est dans l'obligation de se soigner (68)

Le pharmacien explique au patient qu'il travaille en collaboration avec son équipe soignante composée d'un médecin, une infirmière et un psychologue.

Le patient toxicomane ne doit pas considérer le pharmacien comme une personne qui donne des ordres mais plutôt comme un accompagnant qui respecte ses choix et le rend acteur de son parcours de soin et de sa santé.

Pour cela, il veillera à ne pas utiliser des expressions comme « il faut, il faudrait, vous devriez ou encore ce n'est pas bien » et parlera de façon détachée sans arrière-pensées. Le pharmacien doit ôter de son esprit les idées reçues selon lesquelles les toxicomanes sont des patients violents et irrespectueux pour optimiser la prise en charge. (42)

2. La dispensation

Avant toute dispensation de MSO, le pharmacien doit examiner l'ordonnance afin de vérifier que toutes les contraintes réglementaires sont respectées.

En somme, il s'assure que son patient a bien compris le cadre strict de délivrance et qu'il peut prendre le temps de réexpliquer si nécessaire.

A. BHD-BHD/Naloxone

La délivrance se limite à 7 jours sauf si le prescripteur mentionne sur l'ordonnance la durée pour laquelle le traitement peut être confié.

La mention « délivrance en une fois » permet au pharmacien de délivrer l'ensemble du traitement, soit pour 28 jours.

L'ordonnance peut être présentée dans les 3 mois qui suivent sa rédaction.

B. Méthadone

La délivrance est limitée à 7 jours également sauf mention expresse du prescripteur.

Le patient dispose de 3 jours suivant la rédaction de l'ordonnance pour l'apporter à la pharmacie. Au delà des 3 jours, le pharmacien délivre seulement la quantité exacte de médicaments pour la durée de traitement restant à courir à partir de la date de l'ordonnance.

C. Résumé

	BHD / BHD+ Naloxone	Méthadone
Statut légal	Liste I assimilés stupéfiants	Stupéfiant
Support de prescription	Ordonnance sécurisée	Ordonnance sécurisée
Primo prescripteur	Tout médecin	Médecin exerçant en CSAPA ou services hospitaliers spécialisés
Suivi du traitement	Tout médecin	Relai avec médecin de ville possible après stabilisation → ordonnance de délégation
Durée de prescription maximale	28 jours	Sirop = 14 jours Gélules = 28 jours
Fractionnement à la délivrance	7 jours	7 jours

(46)

D. La préparation des doses

Elle se déroule à l'arrière de l'officine à l'abri des regards pour respecter la confidentialité (14 flacons de méthadone posés sur le comptoir ne passent pas toujours inaperçus).

Pour une meilleure traçabilité des produits, le pharmacien appose au stylo rouge sur chaque boîte le numéro d'ordonnancier qui correspond ainsi que le tampon de l'officine.

Dans la mesure du possible, un double contrôle par un autre membre de l'équipe avant de délivrer s'avère nécessaire et permet d'éviter les erreurs.

E. L'administration à la pharmacie

Lors de l'instauration du traitement puis ensuite lors de son suivi, le médecin peut mentionner sur l'ordonnance la nécessité pour le patient de prendre son traitement à la pharmacie en présence du pharmacien.

Pour cela, le médecin s'assure d'obtenir le consentement de son patient à ce mode de prise en prenant soin d'expliquer ses intérêts : entrer dans un cadre thérapeutique, accepter une aide, favoriser le bon usage des médicaments et éviter les dérives avec les produits. (42)

Le pharmacien doit donc veiller à la bonne administration des doses.

Pour cela, il emmène son patient dans un espace de confidentialité et assiste à côté de lui à la prise du médicament. Ce moment, qui sera quotidien, permet également au pharmacien d'engager un échange avec son patient à propos du déroulement du traitement, des difficultés rencontrées...

La prise d'un flacon de méthadone paraît évidemment plus simple à contrôler que celle d'un comprimé sublingual de BHD qui oblige au soignant de demander au patient d'ouvrir sa bouche. De plus, le comprimé se délite en 3 à 10 minutes ce qui augmente le temps passé à l'officine comparé à la prise d'un sirop de méthadone.

F. Cas particulier de la dispensation en garde à vue

Dans certains cas, le pharmacien est confronté à la délivrance de MSO pour un patient effectuant une garde à vue. En effet, la continuité des soins doit être assurée en garde à vue dans l'hypothèse où l'individu suivait déjà antérieurement un traitement par MSO. Après l'arrivée du patient au commissariat de police, le pharmacien peut être sollicité pour confirmer pour un patient précis, son traitement par MSO, une posologie, un rythme de

prises. Le traitement pourra être reconduit après vérification de l'ordonnance et prise de contact avec le prescripteur et/ou le pharmacien.

Lorsqu'une ordonnance demeure encore en cours à la date d'inculpation de la personne, le pharmacien peut délivrer sur présentation de cette ordonnance à un agent de police la quantité de médicaments restante à délivrer en respectant le fractionnement des délivrances. (69)

3. Les conseils associés

Lors de la délivrance le pharmacien est tenu de donner quelques conseils primordiaux :

- S'assurer de la bonne compréhension de la nature d'un traitement de substitution :
 - Ce traitement ne « défonce pas », il remplace l'utilisation des opiacés en supprimant les symptômes de manque

- Rappeler les modalités de prises, la durée de prescription et le fractionnement
 - Tous les MSO s'administrent en une seule prise par jour à la même heure
 - Prescription de 28 jours pour BHD, Suboxone® et méthadone en gélules / Prescription de 14 jours pour méthadone en sirop
 - La délivrance est fractionnée pour 7 jours sauf exception mentionnée par le prescripteur
 - Se soumettre à des dépistages urinaires au cours du traitement
 - Ne pas varier les posologies
 - Ne pas partager son traitement : risque important de nuire à la personne qui le recevra
 - Ne pas arrêter son traitement tout seul et brutalement : risque de rechute

- Danger de prises concomitantes de drogues, d'alcool et de produits psychotropes
 - Risque de déséquilibre du traitement (alcool diminue son efficacité), risque exacerbé d'overdose

- Stockage du traitement
 - Attention aux intoxications accidentelles : conserver le traitement hors de la portée des enfants, une fois le flacon consommé le jeter immédiatement dans un sac qui sera rapporté à la pharmacie destiné au Cyclamed®.

- Informer sur le mésusage

- Injections intraveineuses de BHD : risques importants de pathologies infectieuses et virales (abcès, bactériémies, hépatite B, C, VIH..), altération du capital veineux
 - Sniff : risques exacerbés de lésions voire de destruction de la cloison nasale (42)
- Gérer les principaux effets indésirables
- Myalgies, douleurs ostéo articulaires et céphalées : proposer du paracétamol, des AINS (Anti inflammatoires non stéroïdiens si pas de contre indications), des décontractants musculaires
 - Douleurs d'estomac et reflux gastriques : proposer des pansements gastriques comme le Gaviscon®, Maalox®, des IPP (Inhibiteurs de la pompe à protons par exemple le pantoprazole)
 - Troubles du transit surtout la constipation : laxatifs osmotiques (macrogol), laxatifs de lest (Spagulax ®), laxatifs d'action mécanique (Lansoyl®) (70)
- Règles hygiéno-diététiques
- Un traitement par méthadone sirop apporte du sucre présent parmi les excipients :
 - Suivre une alimentation équilibrée en limitant l'apport en sucres et graisses saturées
 - adopter une bonne hygiène bucco-dentaire et veiller à avoir un suivi régulier auprès d'un dentiste
 - cet apport de sucre est à prendre en considération chez les patients diabétiques
 - Prendre en compte également la teneur en alcool parmi les excipients (14mg/ml) surtout chez les patients ayant suivi un sevrage alcoolique (56)
- Prévenir tout professionnel de santé que l'on suit un traitement par MSO
- Connaître les signes de surdosage
- Myosis
 - Somnolence
 - Asthénie
 - Ralentissement psychomoteur
 - Bradypnée et bradycardie

- Connaître les signes de sous dosage
 - Mydriase
 - Envie irrésistible de consommer (craving)
 - Troubles du sommeil avec réveils précoces
 - Irritabilité en fin de dose
 - Raccourcissement du délai entre deux prises (demande de chevauchement d'ordonnances)
 - Rapidité de prise du médicament au réveil (70)

- Rappeler la conduite à tenir en cas d'overdose
 - Ne pas paniquer
 - Allonger la victime sur le sol
 - Placer la en PLS (Position latérale de sécurité sur le coté avec un bras et une jambe pliés, la tête inclinée en arrière et la bouche légèrement ouverte)
 - Appeler les secours en composant le 15 ou le 112. Préciser à l'opérateur la présence d'un coma ou d'un arrêt respiratoire. En cas de réalisation d'une formation de premiers secours, pratiquer la respiration artificielle
 - Ne pas laisser la personne seule sauf s'il faut aller chercher de l'aide
 - S'assurer que la personne ne puisse pas rouler sur le dos

- Les voyages
 - Dans un pays faisant partie de l'espace Schengen (*) pour une durée de moins de 30 jours, le patient devra fournir :
 - Une autorisation de transport demandée à l'ARS (Agence Régionale de Santé) de la région d'exercice du prescripteur au moins 10 jours avant le départ. Cette autorisation a une validité de 30 jours et la quantité transportée ne doit pas dépasser la durée maximale de prescription.
 - Un exemplaire original de la prescription
 - Dans d'autres pays et pour une durée de plus de 30 jours dans l'espace Schengen, il sera demandé au patient :
 - Une autorisation de transport obtenue auprès de l'ANSM dans un délai de 10 jours, en fonction du pays de destination, de la durée de séjour, de la quantité et du produit transporté
 - Un exemplaire de l'ordonnance
 - Un certificat médical du médecin qui atteste qu'il ne s'oppose pas au déplacement

(*) : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse.

(70) (63)

4. Le suivi du patient

Le suivi du patient constitue l'un des rôles « phare » du pharmacien. De plus, sa proximité avec le patient qu'il côtoie dans certains cas tous les jours, le place comme un interlocuteur privilégié en cas de problèmes, en plus de l'équipe soignante. En effet, le patient toxicomane suit un traitement au long court au même titre que les autres patients souffrant de maladies chroniques. Le pharmacien prend soin de demander à chacune de leurs entrevues comment il vit son traitement, les difficultés qu'il rencontre, les éventuels effets indésirables.

Un dossier de suivi patient doit être mis en place dans l'officine : il peut s'ériger sous la forme de fiches (une fiche par patient) rangées dans un classeur ou sous forme dématérialisée sur un ordinateur (cf exemple dans la partie 3.II.2.F). Ces fiches patients ont un intérêt capital dans le suivi puisqu'elles reprennent les nom et prénom du bénéficiaire, le numéro de téléphone, le nom et prénom du prescripteur, les dates de début et de fin de traitement, le mode de délivrance, de prise des médicaments, les dates de délivrance et les commentaires annexes (personnes de confiance à qui on peut confier le traitement...). (57)

5. Le mésusage

Depuis une vingtaine d'années, suite à la commercialisation des MSO, un usage non thérapeutique de BHD et de méthadone a vu le jour. Ce phénomène est exacerbé au début des années 2010 suite à une raréfaction d'héroïne en particulier dans le sud de la France se traduisant par une hausse du détournement des MSO. (27)

Le rôle du pharmacien consiste également à déceler ce mésusage et sensibiliser les usagers sur les conséquences parfois dramatiques d'une mauvaise utilisation.

D'après le Code de la Santé Publique, le mésusage correspond à une utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché ou à l'enregistrement ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques. (71)

Premièrement, cela signifie que les MSO sont parfois utilisés hors du cadre de l'AMM sans répondre à une logique thérapeutique (patient qui achète un MSO au marché noir sans forcément avoir déjà eu une prescription) et deuxièmement, le bon usage du traitement n'est pas respecté : le mode d'administration, le nombre de prises...

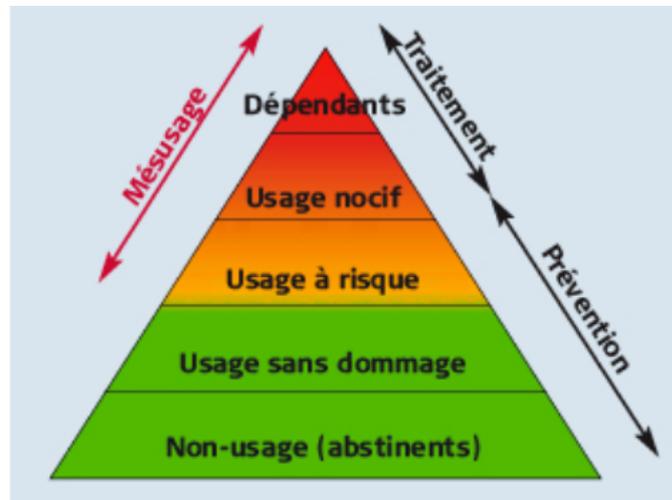


Figure 15 : Pyramide de Skinner (72)

Le mésusage s'appréhende chez un patient en fonction de plusieurs paramètres différents :

- la **finalité d'usage** : le toxicomane utilise son traitement pour se soigner ou pour obtenir un état de défoncé
- la ou les **voies d'administration** (orale, nasale, intraveineuse, inhalation)
- les **modes d'acquisition** du traitement (prescriptions et/ou marché noir)
- le **devenir** du traitement (usage substitutif ou revente) (73)

A. Les voies d'administration

- **La BHD**

La BHD peut être mésusée par inhalation sous forme de cigarettes. Le comprimé est écrasé et mélangé au tabac avant d'y ajouter un filtre et de rouler tout le contenu.

D'après les usagers, ce mode de consommation demeure assez simple à réaliser, l'effet se ressent plus vite et s'avère plus intense, sans pratiquer une injection et sans avoir les désagréments d'un sniff qui pique le nez.

De plus, cette utilisation détournée passe facilement inaperçue, personne ne pourra se rendre compte de la dissimulation du produit, hormis une légère odeur particulière, mais la plupart des personnes penseront à une cigarette classique.

Ce mode de consommation se montre particulièrement rentable puisqu'avec une moitié de comprimé, les toxicomanes fabriquent environ 3 cigarettes.

La BHD est également utilisée inhalée par des pratiques de « chasse au dragon » comme avec l'héroïne (inhalation des vapeurs produites par la chaleur).

Ces pratiques se retrouvent en particulier chez les usagers précaires et dans le milieu carcéral. (74)

La BHD est consommée aussi par sniff ou par injection intraveineuse après dissolution dans l'eau, elle remplace l'héroïne. Ces deux habitudes de consommation se sont révélées extrêmement délétères pour la santé des usagers avec un risque de survenue de complications infectieuses locales au niveau des points d'injection (abcès cutanés, nécroses tissulaires) ou générales (endocardite, embolie pulmonaire, septicémie). Les injections provoquent un gonflement des bras et des mains assez caractéristique et reconnaissable au comptoir appelé « syndrome de Popeye ». En effet, le réseau veineux est endommagé par les excipients de la BHD (en particulier l'amidon de maïs) qui bouchent les petits vaisseaux et engendrent une réaction inflammatoire chronique des tissus et du réseau lymphatique. (74) (73)

En plus de renforcer le craving, les inhalations et le sniff se montrent nocifs pour la gorge et les poumons.

Le sniff et les injections IV se pratiquent couramment chez les personnes sous traitement qui présentent un niveau de dépendance élevé aux opiacés et à l'alcool. Ces pratiques se retrouvent également chez les individus présentant des comorbidités psychiatriques (épisodes dépressifs...) ainsi que dans le milieu festif techno et parmi les usagers précaires de stimulants (cocaïne, amphétamines, ritaline). (27)

L'injection demeure le mode de consommation le plus observé parmi les usagers qui détournent son utilisation et concernerait d'après les études environ 15% des patients en traitement. De plus, pour certains individus l'addiction aux opiacés s'est mise en place après la consommation de BHD uniquement sans utilisation d'héroïne.

En effet, au fil des années, l'image de la BHD s'est ternie, la plaçant parfois à la frontière entre drogue et médicament. (73) (74)

- **La méthadone**

Quant à la méthadone, son injection est peu pratiquée en France. Toutes les tentatives en particulier avec la forme sirop ont échoué notamment à cause des excipients sucrés (D-xylose et saccharose) qui rendent difficiles son injection. (73)

B. Le trafic et la revente

- **La BHD**

Le trafic de BHD se développe progressivement et devient assez étendu au début des années 2000. De petits trafiquants non usagers apparaissent dans les grandes villes réalisant des points de vente répandus dans les espaces publics où vendeurs et acheteurs peuvent directement faire affaire sans personnes intermédiaires.

La BHD constitue un produit très disponible sur le marché noir sous sa forme commerciale Subutex®. A l'inverse, ses formes génériques ne sont pas très recherchées car les usagers affirment que la filtration de la BHD se montre plus compliquée après écrasage et dissolution dans de l'eau stérile en raison de ses nombreux excipients comme l'amidon de maïs, la silice et le talc. (38)

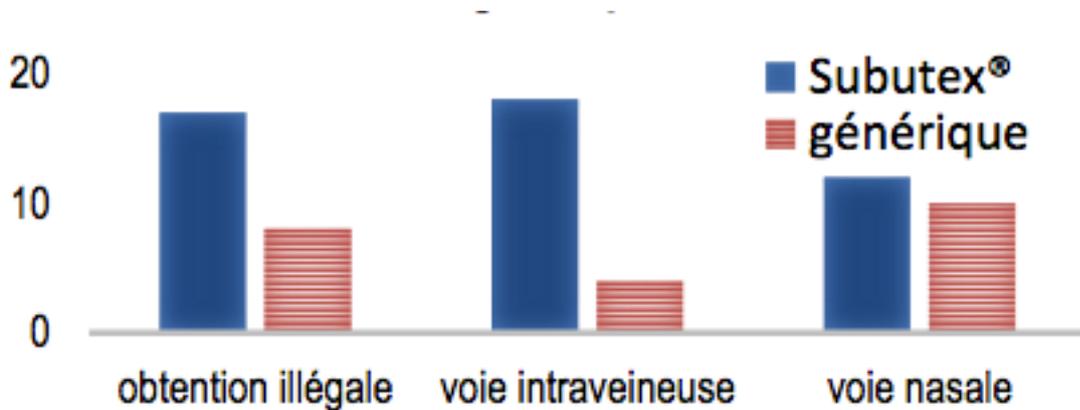


Figure 16 : Mésusage du Subutex® et son générique (enquête Oppidum 2016) (73)

On remarque ici d'après l'enquête Oppidum (Observatoire des produits psychotropes illicites détournés de leur utilisation médicamenteuse) que le mésusage du Subutex® est bien plus élevé que celui de son générique surtout en ce qui concerne les injections IV.

En effet, ce trafic connaît une forte offre et demande dans un premier temps, de la part des populations marginalisées comme par exemple les SDF (Sans domicile fixe), les migrants qui n'ont pas la possibilité ou la volonté d'adhérer à un cadre de soins. D'autre part, certaines personnes achètent pour compléter leur traitement parce que le dosage prescrit ne les satisfait pas.

Le trafic s'articule autour des patients traités qui revendent une partie de leur traitement afin de s'assurer un petit revenu qui peut être réinvesti dans l'achat d'autres produits pour leur

consommation personnelle. Ce trafic se caractérise comme plutôt diffus et disséminé sur le territoire.

La BHD trouvée sur le marché de rue peut également provenir de dealers (ni usagers, ni patients) qui élaborent des stratagèmes pour échapper à la vigilance et aux contrôles de la sécurité sociale. Dans certaines villes comme Marseille et Toulouse, le trafic usager-revendeur laisse place à un trafic professionnalisé orchestré par des dealers non usagers.

De plus, la facilité de se procurer une prescription auprès de certains médecins et la rédaction d'ordonnances de complaisance participent à l'alimentation du trafic. (73)

Plusieurs condamnations de médecins et de pharmaciens ont déjà eu lieu pour trafic de stupéfiants : par exemple, un médecin de Moselle fut condamné en 2016 à 2 ans de prison avec sursis et 2 ans d'interdiction d'exercer la médecine plus une amende pour suspicion d'avoir participé à l'alimentation d'un trafic de Subutex® en rédigeant en 2 ans 25 000 ordonnances pour environ 285 patients. (75)

De plus, ce trafic s'ouvre sur l'international en alimentant aussi les pays où le produit est moins répandu comme par exemple la Géorgie, les pays Baltes, la Scandinavie, l'Allemagne...

D'un point de vue financier, les comprimés de Subutex® se vendent à l'unité ou par plaquette. Fréquemment, les usagers en situation de précarité sont contraints d'acheter le produit comprimé par comprimé de façon à se procurer dans la journée l'argent nécessaire à acheter la dose du lendemain.

Le prix d'un comprimé varie en fonction de la ville mais néanmoins il oscille entre 3 et 5 euros et celui de la plaquette entre 10 et 30 euros. (74)

- **La méthadone**

Contrairement à la BHD, le trafic de méthadone demeure assez peu répandu en France. Ce phénomène s'explique par le cadre de prescription et de dispensation très strict pour bénéficier de ce traitement. De plus, les toxicomanes traités par méthadone qui acceptent de se soumettre aux contraintes imposées par le cadre de soins sont mieux insérés d'un point de vue social.

Dans la majorité des cas, la méthadone trouvée sur le marché parallèle provient de l'excès de traitements non utilisés par certains patients. Ils décident alors d'en économiser une partie pour pallier à une éventuelle rupture et ainsi en avoir toujours un petit stock à disposition, si pour plusieurs raisons ils ne pouvaient pas se rendre à la pharmacie. Par conséquent, ils peuvent dépanner d'autres patients, échanger de la méthadone contre d'autres produits ou la revendre.

En effet, le médicament est plus souvent échangé que vendu, beaucoup de patients se « dépannent » entre eux lorsqu'ils n'ont plus de flacons/gélules et que la pharmacie est fermée.

De plus, certains patients s'autosubstituent par de la méthadone achetée sur le marché parallèle pour plusieurs raisons : ils refusent de rentrer dans le cadre de soin jugé trop fastidieux et quelques uns bien insérés socialement renoncent à « ternir » leur image en fréquentant un centre spécialisé. (73)

Depuis quelques années, on observe d'après la figure 17, une augmentation constante de l'obtention illégale de la méthadone sous toutes ses formes concernant 5,9% des patients en 2008 contre 10,1% des patients en 2017.

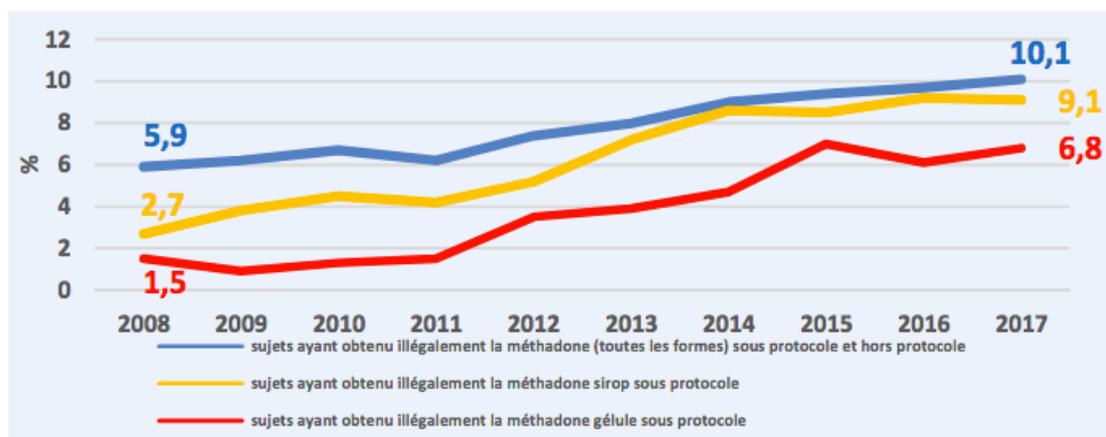


Figure 17 : Pourcentage des sujets ayant obtenus illégalement de la méthadone (76)

Malheureusement, le pharmacien peut être confronté à des demandes de plusieurs natures : avance d'un comprimé de traitement, délivrance du traitement de la semaine avec des jours d'avances, délivrance de spécialités à base de codéine sans ordonnances...

Les patients toxicomanes n'hésitent pas à user de certains stratagèmes dans ces situations pour arriver à leurs fins.

C. La ruse et le mensonge

Ce sont deux concepts que les patients manient avec beaucoup d'agilité. Ils essaient de toucher la sensibilité et l'empathie de l'équipe officinale avec des propos souvent émouvants et déprimants qui relèvent parfois du mensonge :

« Mon père est mort, je pars à l'autre bout de la France pour l'enterrement, j'ai besoin de mon traitement pour partir »

« Je n'ai plus de traitement je souffre tellement que je ne suis pas capable d'amener mes enfants à l'école »

D'autres phrases plus classiques sont souvent entendues comme « On m'a volé mon sac avec tout mon traitement à l'intérieur ».

D. La fraude

Certains patients toxicomanes vont même jusqu'à voler un carnet d'ordonnances à un médecin de ville ou dans une structure hospitalière pour réaliser de fausses prescriptions. D'autres modifient les prescriptions médicales en ajoutant un médicament, en modifiant le dosage, la posologie et la durée de traitement ou encore effectuent des photocopies d'ordonnances.

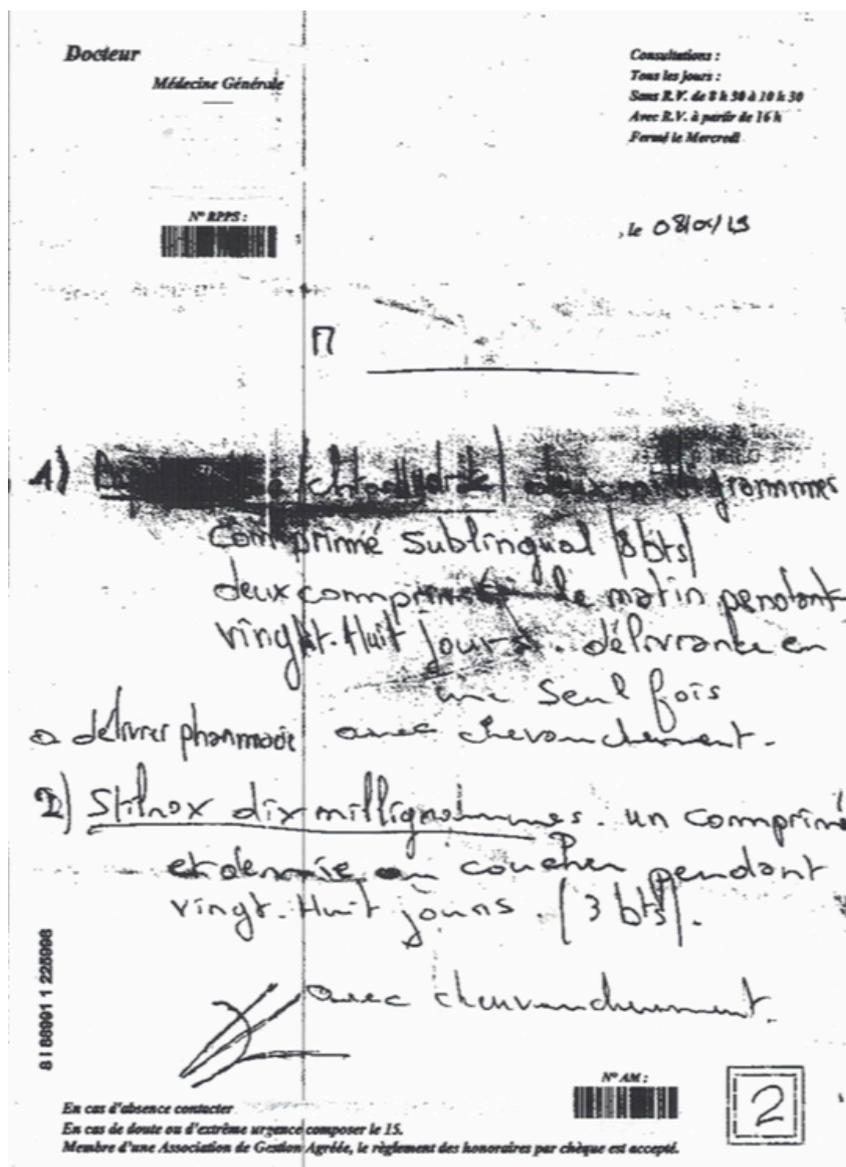


Figure 18 : Exemple d'ordonnance falsifiée

Rappel des constituants d'une ordonnance sécurisée :

Les ordonnances sécurisées permettent de limiter les fraudes et la falsification en garantissant l'authenticité de la prescription. Elle comporte plusieurs éléments :

- une pré-impression de couleur bleue permettant l'identification du prescripteur
- un papier possédant un grammage et un filigrane spécifique
- verticalement en bas à gauche de la marge, un numéro d'identification du lot d'ordonnances
- dans le coin inférieur droit, un double carré permettant aux prescripteurs d'inscrire le nombre de spécialités prescrites

Le médecin doit remplir l'ordonnance en toutes lettres (cf fiches partie 3) et apposer sa signature juste en dessous des lignes de prescription.

On remarque une ordonnance falsifiée qui comporte des fautes d'orthographe avec des mentions mal rédigées. Le nom de la pharmacie n'est pas précisé.

Face à toute suspicion, il est impératif de contacter le prescripteur.

Malgré toutes ces mesures, d'après l'enquête OSIAP (Ordonnances suspectes indicateurs d'abus possible) de 2017, 1 295 ordonnances falsifiées ont été collectées dont 33% étaient des ordonnances simples et 13% des ordonnances sécurisées.

On remarque également que la BHD constitue le 6^{ème} médicament le plus cité sur ces ordonnances. (71) (77)

E. La violence

Elle peut être physique ou verbale. L'agressivité dont font preuve certains patients peut être engendrée par :

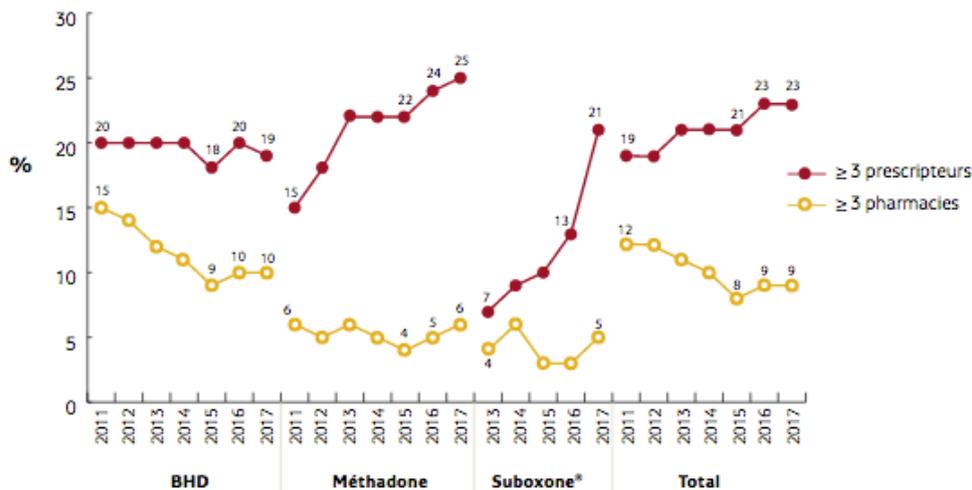
- un sous dosage du MSO qui nécessite de reprendre contact avec le prescripteur
 - une mauvaise utilisation du médicament, lorsque le patient ne prend pas bien son traitement : aux pharmaciens, de réexpliquer son intérêt et ses modalités de prises.
 - Des pathologies psychiatriques sous jacentes souvent présentes chez le toxicomane comme la schizophrénie, des dépressions sévères, des troubles anxieux généralisés.
- (68)

F. Le nomadisme médical et pharmaceutique

Le nomadisme médical se définit comme une source d'approvisionnement supplémentaire pour se procurer des MSO en multipliant les consultations et les prescriptions sur une période déterminée. Concrètement, la personne consulte plusieurs médecins dans un intervalle de temps assez court afin de se procurer deux prescriptions et une quantité double de médicaments. Pour que cela soit réalisable, le patient change de pharmacie à chaque nouvelle prescription. Ce phénomène est appelé nomadisme pharmaceutique. (78)(79)

Le nomadisme médical est considéré comme un indicateur de mésusage et est susceptible d'alimenter le trafic de médicaments.

En 2017, la prescription de MSO par 3 médecins ou plus pour un même assuré concerne 23% des personnes et on dénombre 9% d'usagers se faisant délivrer des médicaments dans 3 pharmacies ou plus.



Source : Données issues de l'EGBS, CNAM, extraction OFDT.

Figure 19 : Evolution du pourcentage sur ces dernières années de patients ayant eu des prescriptions de MSO par 3 prescripteurs différents ou plus et des dispensations par 3 pharmacies ou plus (66)

On observe que pour la méthadone et la Suboxone®, le pourcentage de patients qui ont eu 3 prescriptions ou plus augmente alors que pour la BHD il est plutôt stable.

L'augmentation des prescriptions pour la méthadone peut s'expliquer par la législation qui impose une première prescription en CSAPA ou en centre spécialisé puis un relai par un médecin de ville. Dans ces cas précis, nous ne pouvons pas considérer le nomadisme médical comme une suspicion de mésusage.

On note également une faible proportion de patients sous méthadone qui fréquentent plus de 3 pharmacies : cela peut traduire une légère réticence de la part de certains pharmaciens à délivrer de la méthadone. (66)

Face à tous ces abus, en 2004 l'Assurance maladie a lancé un plan de contrôle auprès des assurés afin de déceler les détournements de médicaments à partir des quantités délivrées et du nomadisme médical. En cas de suspicion d'usage détourné, l'Assurance maladie est dotée du droit d'imposer un protocole de soin et de suspendre la prise en charge des prestations. Elle peut également si la fraude est confirmée déposer plainte et exiger le règlement d'amendes. Ainsi, des assurés sociaux ont été mis en examen pour usage de stupéfiants, détention non autorisée de stupéfiants et exercice illégal de la pharmacie. Ils encourent, pour certains, des peines qui peuvent aller de une à 2 années de prison ferme. Des contrôles auprès des professionnels de santé (médecins/pharmaciens) sont également réalisés pour cibler les personnes ne respectant pas le cadre de prescription et de dispensation des MSO. La surveillance de l'Assurance maladie s'effectue en appréhendant

le nombre de prescriptions de MSO réalisées sur un intervalle de temps précis et sur la quantité de boîtes délivrées à l'officine. Les sanctions prononcées vont de la réception de lettres de mise en garde, la saisine de la section des assurances sociales du conseil de l'ordre jusqu'à des dépôts de plaintes pouvant éventuellement donner lieu à des peines d'emprisonnement. (74)

G. Conduite à tenir

En étant à l'écoute, en observant et en dialoguant avec son patient, dans certaines situations, le pharmacien peut suspecter un mésusage des MSO. Face à toute demande inhabituelle ou attitude inappropriée des patients, le pharmacien devra :

- rester calme, ne pas élever la voix, essayer d'écouter et comprendre les besoins et les demandes formulées et y apporter une solution. (68)

En effet, pour toute demande d'avance de traitement, de délivrance de MSO quelques jours avant la date prévue, l'équipe officinale contactera dans la mesure du possible le prescripteur afin de trouver un arrangement.

- refuser de délivrer :

D'après l'article R.5132-6-2 du CSP le pharmacien peut refuser de délivrer des médicaments si l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger. Il doit procéder de même si il a un doute légitime et justifié quant à l'authenticité, au contenu ou à la qualité du professionnel de santé qui a établi l'ordonnance. (80)

Le pharmacien doit redoubler de vigilance lors de la dispensation de médicaments puisque sa responsabilité pénale peut être engagée. Si il délivre une ordonnance falsifiée, aux yeux de la loi, cela constitue une infraction à la législation des substances vénéneuses. En effet participer, par quelque moyen que ce soit, notamment à l'aide d'ordonnances ou de délivrances de complaisance, au mésusage et à l'abus de médicaments, de plantes, de substances ou préparations classées comme vénéneuses est passible de 750 000 euros d'amende et jusqu'à 7 ans d'emprisonnement. En pratique, le pharmacien est condamnable s'il émet des doutes quant à l'authenticité d'une ordonnance mais qu'il la délivre quand même. Il est en faute également si malgré les indices présents sur une ordonnance, il ne se rend pas compte de la falsification ou encore si la prescription ne respecte pas la réglementation.

De plus, s'ajoutent des conséquences ordinales puisque sa responsabilité disciplinaire est elle aussi mise en cause pouvant entraîner une interdiction temporaire d'exercer. (81)

- reconnaître une ordonnance falsifiée (exemple ci dessus en paragraphe 5.D) : ces critères peuvent permettre d'éveiller les soupçons :
 - ordonnance d'apparence et de contenu suspect :
 - présentation et en-têtes incomplètes ou anormales
 - écriture différente
 - fautes d'orthographe et incohérences
 - prescription non conforme
 - posologies inadéquates ou absentes
 - absence de signature ou signature erronée
 - prescriptions contenant des molécules connues pour leur potentiel d'abus et de dépendance (MSO)
 - comportement suspect du patient
 - absence de carte vitale souvent perdue, volée ou en cours d'édition
 - règlement des médicaments sans passer par l'assurance maladie (81)

- remplir une déclaration de pharmacodépendance

Les pharmaciens ont obligation de signaler les cas d'abus graves et de pharmacodépendance graves d'une substance, plante ou produit aux CEIP (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) sur le territoire où ces cas ont été constatés. (82)

Le pharmacien télécharge le formulaire sur le site du CEIP qui le transmettra à l'ANSM. La fiche s'intéresse à la fois au profil du patient et au produit consommé en garantissant l'anonymat.

- Prévenir l'ordre des pharmaciens de l'existence d'une ordonnance falsifiée en la faisant parvenir par fax ou par mail.

Le Conseil Régional de l'ordre diffuse des alertes aux officines de la région où la prescription circule permettant d'arrêter sa propagation.

6. L'importance d'une bonne communication

A. Communication interne

Les pharmaciens disposent de la chance de travailler en équipe ce qui signifie que les toxicomanes ne sont pas toujours pris en charge par les mêmes personnes au sein du personnel officinal. Ainsi, pour assurer la continuité du traitement, une bonne communication entre toutes les personnes de l'officine s'avère essentielle. Pour cela, la rédaction de fiches

patients semblent être utile et permet à chaque membre de l'équipe de suivre le déroulement du traitement en y inscrivant toutes les informations complémentaires (changement de dosages, changement de prescripteurs..). (42)

B. Communication externe

Le « couple » thérapeutique médecin/pharmacien doit collaborer et travailler conjointement lors de la prise en charge d'un même patient. Il est vrai que dès la première délivrance de TSO, un contact téléphonique est établi entre les deux parties. Durant ce premier échange, le prescripteur devra en quelques sortes effectuer une présentation succincte du patient, son traitement et ses objectifs, la forme, le dosage, la posologie...

Le patient sera tenu informé du respect du secret professionnel puisque les données échangées entre les deux parties s'inscrivent dans le cadre du secret partagé.

Face à toute complication éventuelle dans la délivrance des MSO, le pharmacien se référera au médecin souvent par téléphone ou par mail (boîte mail professionnel sécurisée mailiz cf partie III.1.C) pour l'en avertir. (42)

De plus, le pharmacien alerte le prescripteur devant :

- un changement d'attitude du patient
- l'achat de seringues ou de stéribox®
- d'autres psychotropes prescrits simultanément (83)

IV. Rôle du pharmacien dans la prévention des risques infectieux

La politique de réduction des risques voit le jour en France dans les années 1980 lorsque le lien est établi entre l'apparition du VIH chez les patients toxicomanes et les pratiques d'injections IV.

1. Distribution de seringues : détection de « nouveaux » patients toxicomanes

En 1987, la distribution de seringues voit le jour grâce au Docteur Elliot Imbert, médecin généraliste, qui passait dans les pharmacies, lieu que fréquente une majorité de toxicomanes, afin de prôner la distribution de tampons alcoolisés et de seringues stériles. La distribution de seringues puis de véritables kits d'injection complets répond aux objectifs de santé publique :

- limiter les échanges de seringues souillées par les usagers
- limiter les infections virales au VIH, VHC et VHB
- favoriser le dépistage du VIH et du VHC
- favoriser l'usage du préservatif
- conseiller aux usagers le vaccin contre le VHB

A. Steribox®

Parmi les actions de réduction de risques, le Steribox® constitue une évolution majeure initiée par le Docteur Imbert qui se présente sous la forme d'une trousse de prévention. Sa commercialisation a lieu en 1994 par Apothicom et permet sa généralisation dans toutes les officines françaises à un tarif de 5 francs, actuellement le prix recommandé du Steribox® s'élève à 1 euro.

Ce kit d'injection possède l'apparence d'un véritable médicament de par son packaging sous forme de boîte en carton. Ainsi, le toxicomane se rend en pharmacie, fait la queue comme tout autre patient pour acheter un médicament : l'achat d'un Steribox® est en quelque sorte banalisé aux yeux du toxicomane, du pharmacien mais aussi aux yeux des autres patients de la pharmacie.

Le kit Steribox contient :

- 2 seringues de 1 mL
- 2 ampoules d'eau stérile pour préparation injectable de 5 mL
- un stéricup : récipient stérile à usage unique avec un filtre en coton afin de filtrer les poussières et un tampon post injection sec
- deux tampons imbibés d'alcool modifié
- un préservatif
- un mode d'emploi

La demande de Steribox® par un patient aide le pharmacien à repérer de nouveaux usagers de drogues. Dans ce cas, le but pour le soignant consiste à engendrer avec lui les prémices d'une discussion souvent à l'aide de phrases simples comme « savez vous où jeter les seringues ? ». Parfois, les patients se dévoilent doucement au fil du temps et des achats des kits. Le rôle du pharmacien s'illustre par le relai d'informations quant aux traitements existants, aux centres de prise en charge, aux modalités d'usage des kits d'injection et par la volonté d'aider la personne.

Si le patient toxicomane ne souhaite pas communiquer, le pharmacien respecte son choix et se limite à lui vendre le Stéribox®. Néanmoins, le mode d'emploi situé à l'intérieur de la boîte ajouté à la fiche patient disponible à l'officine (cf outils proposés partie 3.II.2.C) lui permet de faire de la prévention sans discussion.

En effet, le pharmacien doit être capable d'expliquer le bon usage du Steribox® et le déroulement d'une injection avec du matériel stérile en minimisant les risques infectieux.

B. Steribox 2 ®

Malgré la réduction significative de l'incidence des infections par le VIH, la contamination par le VHC augmente toujours parmi les toxicomanes y compris chez les patients qui affirment ne pas échanger ni prêter leur seringue. Plusieurs enquêtes ont démontré que ces nouveaux cas d'hépatite B étaient imputés à l'échange entre toxicomanes du matériel servant à la préparation de la dose de drogue à injecter : le stéricup.

Par conséquent, le kit Steribox 2® est commercialisé avec un stéricup en plus. Deux stéricups incitent ainsi les usagers à changer de matériel de préparation lorsqu'ils utilisent la deuxième seringue de la boîte. (84) (85) (86)

En dehors des pharmacies, les toxicomanes peuvent se procurer des kits d'injection gratuitement dans des centres spécialisés ou associations participant à des actions de prévention. Ils peuvent les obtenir aussi dans des automates distributeurs et/ou échangeurs de seringues.

Les automates possèdent l'avantage de fonctionner 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et garantissent l'anonymat. Plusieurs sortes d'automates existent distribuant des Steribox 2® ou d'autres kits comme le Kit +® de composition identique au Steribox 2®, gratuitement ou en y introduisant des jetons. Ces jetons sont donnés par des associations de réduction des risques ou quelquefois par les pharmaciens qui en possèdent. (83)

Malheureusement, le territoire meusien est dépourvu d'automates à disposition des usagers, les plus proches étant implantés sur Nancy et Metz. (87)

2. Récupération des seringues

A. La récupération à l'officine : programme d'échange de seringues

Un ensemble de pharmacies volontaires participent à des programmes d'échanges de matériel d'injection. Le principe de ce programme consiste pour le patient à ramener ses seringues usagées à l'officine qui fournira gratuitement un Stéribox®. Le packaging du

Stéribox® contient un message spécifique afin d'inciter le patient à ramener le kit et ainsi adhérer au programme d'échange.

Les pharmacies participantes possèdent des containers spéciaux prévus pour y jeter les seringues. L'association qui supervise le programme les récupère avant de les incinérer conformément à la réglementation des DASRI (Déchets d'activités de soins à risques infectieux). De plus, les pharmacies reçoivent un approvisionnement en Stéribox® directement par ces associations.

La gratuité du kit engendre une multiplication par 4 du nombre de Stéribox® délivrés. De plus, le nombre d'utilisations d'une même seringue diminue considérablement en passant de 10 utilisations consécutives à 3 lorsque celle-ci est gratuite.

La relation pharmacien/patient semble également améliorée et plus favorable à une discussion lors d'un programme d'échange de matériel stérile. (88)

B. Les récupérateurs de rue

Les récupérateurs sont des sortes de machines automatiques qui possèdent en général deux fonctions : récupérer les seringues et distribuer des kits de matériel stérile injectable. Les usagers ramènent les seringues pour les jeter et peuvent obtenir en échange un kit ou un jeton. Ce jeton leur servira à obtenir une trousse auprès des organisations de réduction des risques ou en pharmacie. (83)

En plus de leur fonction d'échange de seringues, les récupérateurs participent à la propreté des villes en évitant au maximum le rejet de seringues usagées dans les parcs et les lieux publics.

De la même manière, ces automates de récupération/distribution ne sont pas implantés dans les villes meusiennes.

PARTIE 3 : LA PRISE EN CHARGE ET LES RELATIONS PHARMACIENS/PATIENTS : ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS D'OFFICINE

I. Enquête

1. Introduction : présentation de l'enquête

L'enquête est menée auprès des pharmaciens titulaires ou adjoints des pharmacies de Meuse. Elle a pour but d'effectuer un état des lieux de la toxicomanie en Meuse au moment de sa réalisation qui s'est déroulée sur environ 6 mois.

L'enquête effectuée donne un aperçu de la répartition et du nombre de patients sous traitement de substitution dans l'ensemble des pharmacies de Meuse.

D'autre part, elle interroge les officinaux meusiens sur la nature de leurs relations avec les patients toxicomanes qu'ils côtoient pour certains quotidiennement dans leurs pharmacies et sur les éventuelles altercations qui ont pu survenir entre eux.

De plus, cette enquête s'intéresse au côté pratique lors de la délivrance de MSO : les difficultés à joindre le médecin prescripteur, la procédure à suivre pour délivrer...

Elle questionne les pharmaciens sur la nécessité de mettre à leur disposition une aide à la prise en charge et à la délivrance des MSO sans avoir la prétention de remplacer la procédure déjà présente dans leur officine.

2. Matériel et méthode

A. Population ciblée

L'enquête a été menée auprès de tous les pharmaciens titulaires ou adjoints des pharmacies situées en Meuse. Un questionnaire a été distribué à chaque pharmacie, en l'absence du pharmacien titulaire ou en cas d'impossibilité dans les pharmacies visitées, le ou l'un des pharmaciens adjoints a répondu à sa place.

B. Période et lieu d'étude

L'étude s'est déroulée sur 6 mois, de Mars 2019 à Septembre 2019, dans toutes les pharmacies de Meuse soit 59 pharmacies.

C. Elaboration du questionnaire

L'enquête se compose d'un court questionnaire de 7 questions de façon à ce qu'elle ne soit pas trop chronophage pour les pharmaciens et afin d'optimiser le nombre de réponses.

D. Diffusion du questionnaire

Les questionnaires ont été diffusés aux officines du sud meusien par ma directrice de thèse pour les pharmacies de son secteur, par mail et au cours de réunions de formation. Je me suis déplacée dans une vingtaine de pharmacies pour y déposer le questionnaire ce qui m'a permis d'échanger avec les différents professionnels qui m'ont toujours réservé un bon accueil.

Les officines éloignées loin de mon lieu d'habitation ont été contactées par fax ou par mail en fonction de leurs préférences.

E. Analyses statistiques

Le logiciel Excel a été utilisé pour le recueil et la saisie des informations du questionnaire ainsi que pour la création de graphiques.

F. Questionnaire

Numéro d'anonymat :

Votre pharmacie est située :

- En ville
- A la campagne

Nombre de patients usagers de drogues qui suivent un traitement à l'officine (BHD + Suboxone® + méthadone confondus)

- 0-4
- 5-9
- 10-19
- 20 et plus

Au niveau relationnel, entretenez vous des relations

- satisfaisantes
- correctes
- justes correctes
- mauvaises

Avez vous déjà subi une agression physique ?

- oui
- non

Avez vous déjà subi une agression verbale ?

- oui
- non

Est-il facile de joindre les médecins à ce sujet ?

- oui
- non

Souhaiteriez vous une trame d'aide à la prise de décision et à la délivrance ?

- oui
- non

3. Résultats

Tableau XII : Résultats généraux de l'enquête

Variables	Effectif	
	Nombre	%
Situation géographique n = 59		
Ville	23	38,98
Campagne	36	61,02
Nombre de patients usagers de drogues avec traitement n = 59		
0 à 4	12	20,34
5 à 9	12	20,34
10 à 19	24	40,68
20 et plus	11	18,64
Qualification des relations avec le patient n = 57		
Satisfaisantes	15	25,42
Correctes	34	57,63
Justes correctes	8	13,56
Mauvaises	0	0
Agression physique n = 57		
Oui	4	7,02
Non	53	92,98
Agression verbale n = 57		
Oui	43	75,44
Non	14	24,56
Facilité à joindre un médecin n = 59		
Oui	48	84,21
Non	9	15,79
Volonté d'une trame d'aide à la prise de décision et à la délivrance n = 59		
Oui	36	61,02
Non	23	38,98
n = effectifs de répondants		

L'effectif total correspondant au nombre de pharmacies meusiennes s'élève à 59.

Deux officines sur le territoire n'ont pas de patients sous MSO fréquentant la pharmacie. Ainsi les pharmaciens concernés n'ont évidemment pas pu répondre à 3 items du questionnaire ce qui explique un effectif de 57 pour les questions à propos de la qualification des relations avec les patients et les agressions physiques/verbales.

A. Le territoire étudié

Situation géographique

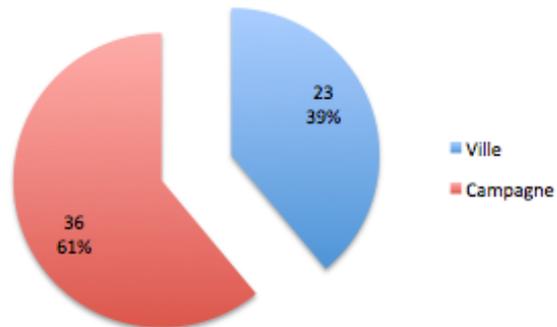


Figure 20 : Répartition géographique des officines

D'après le tableau statistique et le graphique ci dessus, on remarque la prédominance des officines situées à la campagne en Meuse avec 36 pharmacies représentant 61% sur l'ensemble. Ce résultat n'est pas surprenant puisque la Meuse est un département majoritairement rural.

B. Nombre de patients par officine

Nombre de pharmacies prenant en charge 0-4/5-9/10-19/20 et + patients

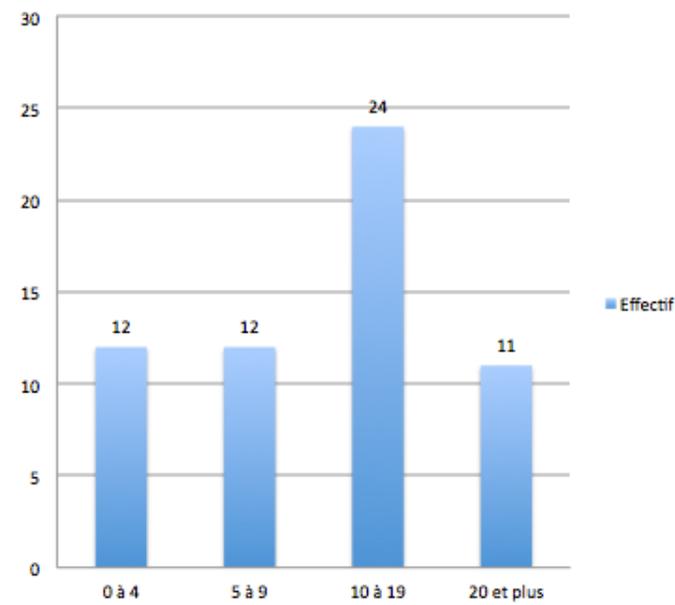


Figure 21 : Nombre de pharmacies prenant en charge entre 0-4/4-9/10-19/20 et plus patients

Le nombre de patients suivant un traitement de substitution se répartit de manière assez homogène pour les tranches de 0 à 4, de 5 à 9, de 20 et plus. On constate que la majeure partie des officines de Meuse prend en charge entre 10 et 19 patients sous MSO. De plus, on peut noter que 35 pharmacies meusiennes suivent au moins 10 à plus de 20 patients, ce qui représente 59,3% des pharmacies. La gestion d'un tel nombre de patients nécessite déjà une prise en charge organisée et rigoureuse de la part des pharmaciens.

C. Relations pharmaciens/patients

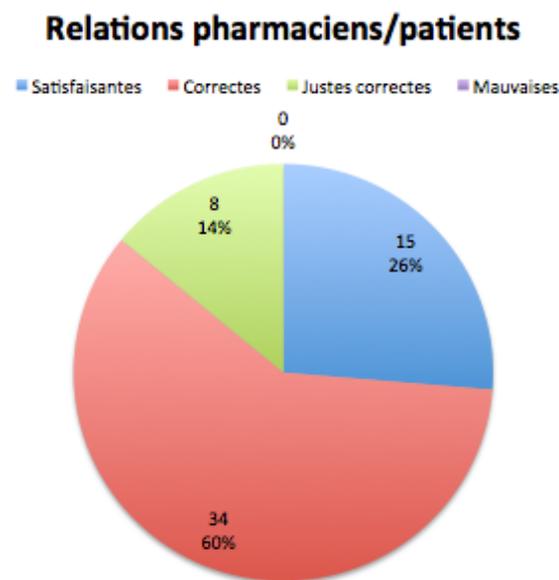


Figure 22 : Nature des relations pharmaciens/patients

Les pharmaciens ont souvent émis quelques hésitations avant de répondre à cet item du QCM (Questionnaire à choix multiples). Il est vrai que la nature des relations demeure souvent difficile à évaluer et n'est forcément pas la même avec tous les patients. Dans la grande majorité des cas, les relations sont qualifiées de correctes dans 60% des cas et de satisfaisantes pour 26% des pharmacies. 14% des officines ont considéré que les relations sont justes correctes, se contentant à peine, dans certaines situations, des formules de politesse de base « bonjour/au revoir/ merci » sans aucune discussion. Les patients sont souvent pressés et ont du mal à supporter l'attente avant et pendant que les pharmaciens les servent.

Néanmoins, aucune officine n'a rapporté de mauvaises relations en moyenne avec les patients, les mauvaises relations ne concernent en général que quelques individus.

D. Les agressions physiques

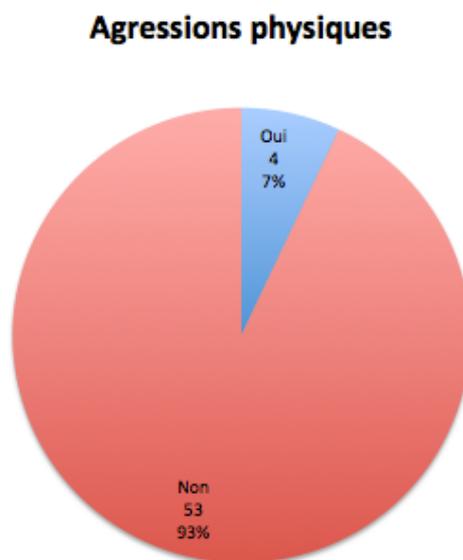


Figure 23 : Proportion d'agressions physiques

Les agressions physiques à l'officine dans le cadre de la prise en charge de patients toxicomanes sont extrêmement rares : seulement 7% des pharmaciens affirment avoir subi une altercation physique.

Les agressions rapportées concernent aussi bien le personnel de la pharmacie que les locaux.

Les seules agressions relatées sur le personnel ont été orchestrées avec une arme blanche pointée sur une préparatrice mais qui n'a heureusement engendré aucune conséquence physique, le patient s'étant immédiatement ravisé à l'arrivée du titulaire.

Certains pharmaciens ont assisté à des coups de poings sur le comptoir suite à des échanges compliqués mais nous ne pouvons pas réellement considérer ces actions comme des violences physiques.

Certains affirment aussi avoir été légèrement poussés derrière le comptoir par des patients toxicomanes de passage et non par les patients habitués de la pharmacie.

L'officine peut elle aussi être touchée par des accès de colère avec des patients qui chamboulent les rayons en jetant les étalages à terre.

Dans certains cas, des pharmaciens racontent avoir demandé à des patients toxicomanes qui se permettaient d'importuner les autres patients de l'officine de partir.

Lorsque ces situations dégénèrent le pharmacien devra faire appel aux autorités de police.

Néanmoins tous ces agissements demeurent très rares dans les officines meusiennes et lorsqu'elles surviennent les patients présentent souvent un état de manque avancé, des comorbidités psychiatriques et/ou sont sous l'emprise d'autres drogues en particulier l'alcool.

E. Les agressions verbales

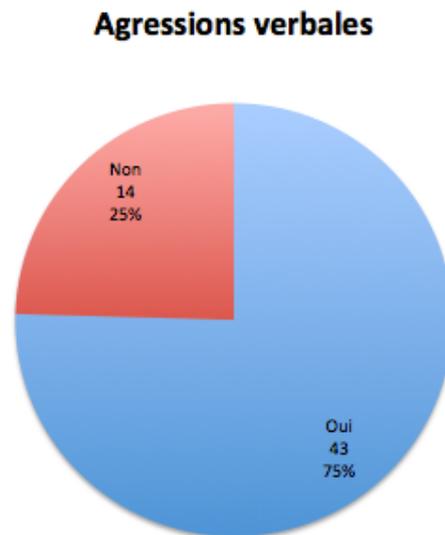


Figure 24 : Proportion d'agressions verbales

Contrairement aux agressions physiques, les agressions verbales semblent malheureusement être un phénomène assez courant puisque 75% des pharmaciens ont répondu positivement.

Les agressions verbales sont caractérisées par des cris, des réactions inappropriées à la situation souvent dans l'exagération, des injures, des menaces, des tentatives d'intimidation. Le personnel officinal devra prendre du recul devant ces situations délicates et faire preuve de professionnalisme.

F. Facilité à joindre les médecins

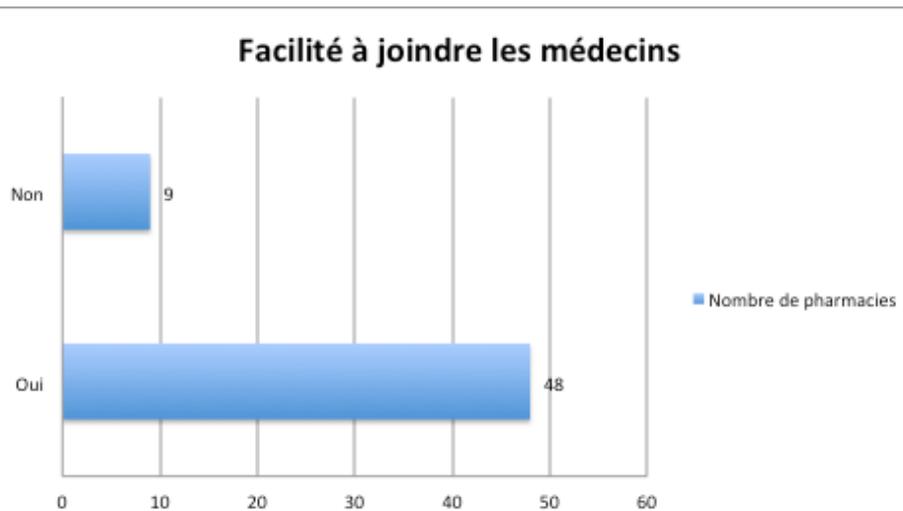


Figure 25 : Représentation de la facilité à joindre les médecins

Beaucoup de pharmaciens auraient aimé répondre « ça dépend » à cette question mais dans la grande majorité des cas, joindre le médecin prescripteur de MSO ne paraît pas être compliqué pour 48 pharmacies interrogées soit 84,2%. La communication entre médecins et pharmaciens est donc jugée bonne, traduisant une réponse rapide pour une décision liée au traitement en cours, une prise de RDV (rendez vous) pour le patient et sa meilleure prise en charge.

G. Volonté de recevoir des outils d'aide à la délivrance

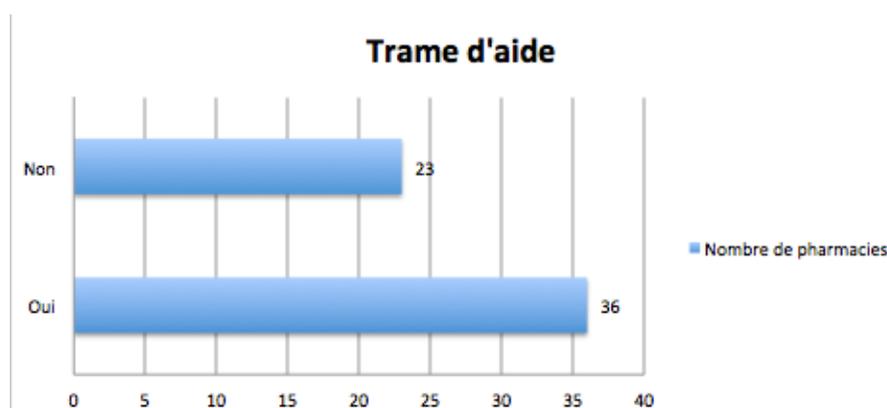


Figure 26 : Nombre de pharmacies souhaitant des outils d'aide à la délivrance

La volonté de recevoir des outils d'aide à la prise en charge à l'officine demeure plus partagée entre les pharmaciens. Néanmoins une majorité en a exprimé le souhait soit 36 pharmacies sur les 59 correspondant à 61%.

H. Influence du caractère Ville/Campagne

Après analyses des données générales, nous avons essayé de comparer les données en fonction de plusieurs critères : nous nous sommes intéressés à regarder si le paramètre Ville/Campagne influe sur les réponses données et si nous pouvons dégager une différence notable.

a. Sur le nombre de patients

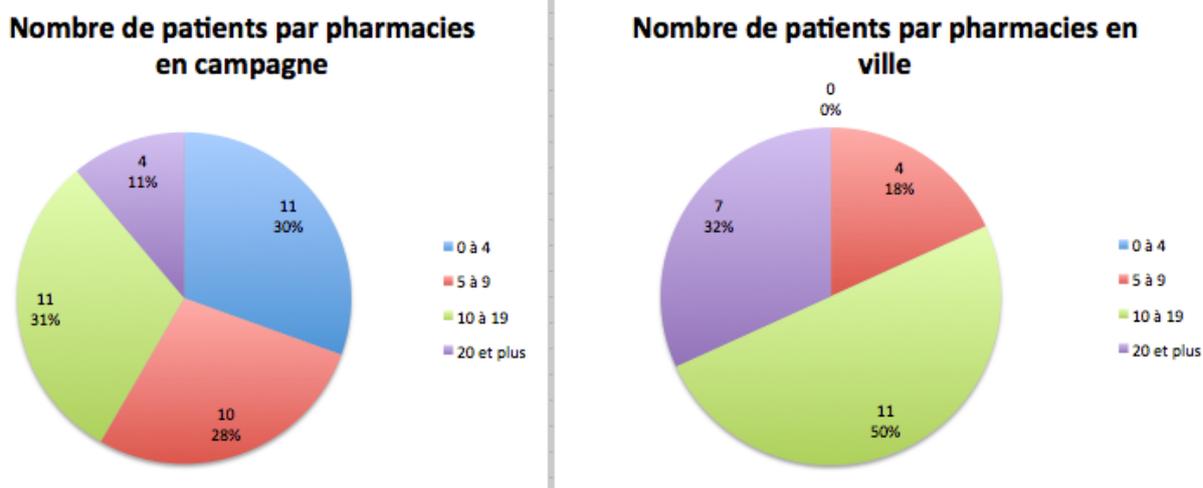


Figure 27 : Comparaison du nombre de patients en fonction du caractère ville/campagne

D'après les deux graphiques, on observe quelques différences entre la ville et la campagne. En effet, en campagne 30% des pharmacies accueillent entre 0 et 4 patients sachant que 2 pharmacies parmi ces 30% n'ont pas de patients sous MSO à prendre en charge. A l'inverse, dans les villes, aucune pharmacie ne possède moins de 5 patients à gérer. Plus globalement, on note également qu'en campagne, le pourcentage de pharmacies prenant en charge entre 0 et 4 et entre 5 et 9 patients est plus élevé que dans les villes.

En ville, les pourcentages de pharmacies qui accompagnent entre 10 et 19 patients et entre 20 et plus sont plus élevés qu'à la campagne, respectivement 50% et 32% en ville contre 31% et 11% en campagne.

Cette situation s'explique car la population en ville demeure plus importante que la population en campagne. De plus, malgré les files actives menées par les CSAPA en campagne, la majorité des centres d'aides en Meuse sont implantés en ville incitant les patients à se rendre à la pharmacie urbaine la plus proche pour récupérer leurs traitements.

De plus, certains patients toxicomanes préfèrent, dans la mesure où ils peuvent se déplacer facilement, aller chercher leur traitement en ville dans des pharmacies plus grandes qu'en

campagne avec un brassage de population plus important, leur permettant de se procurer leur traitement plus discrètement. En effet, dans les villages, la grande majorité de la population se connaît, il est donc plus difficile d'entrer dans une officine sans connaître les autres patients.

b. Sur les relations pharmaciens/patients

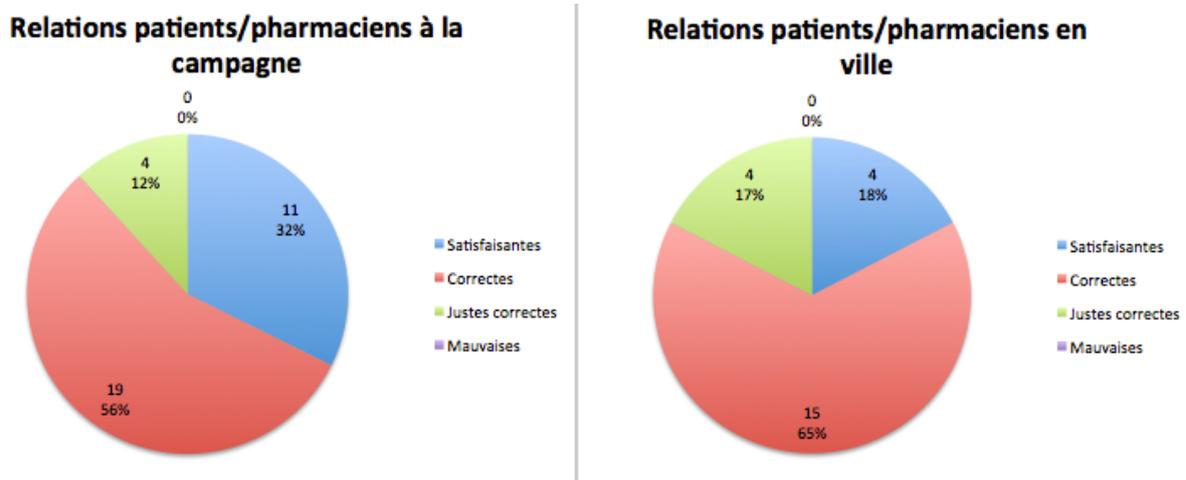


Figure 28 : Nature des relations patients/pharmaciens en fonction du caractère ville/campagne

On peut noter un pourcentage de relations satisfaisantes légèrement plus élevé à la campagne avec 32% des pharmacies contre 18% en ville.

Néanmoins, nous ne pouvons mettre en évidence aucune différence significative donc la localisation d'une pharmacie en ville ou à la campagne semble ne pas influencer pas sur la nature des relations avec les patients.

c. Sur les agressions physiques et verbales

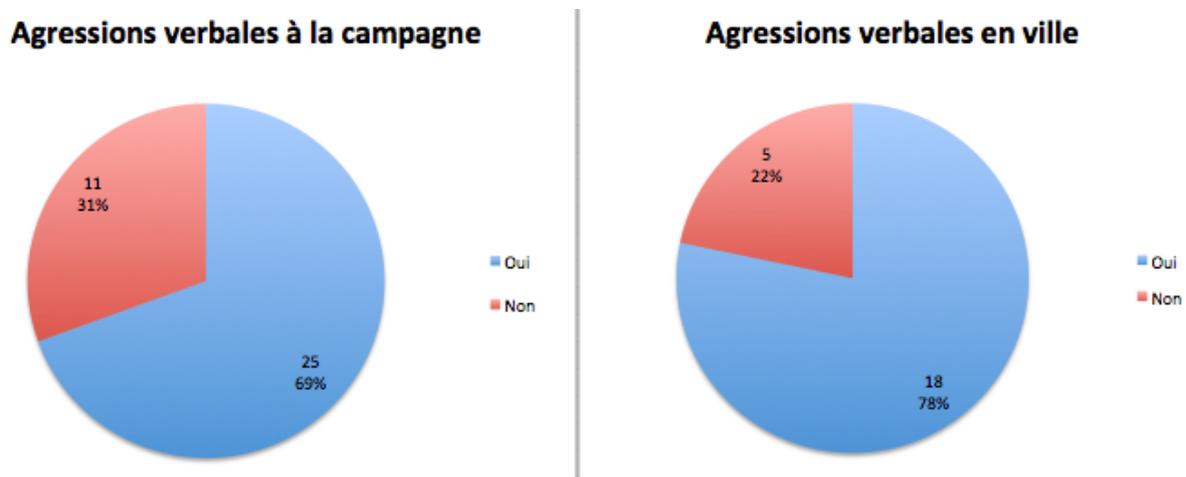
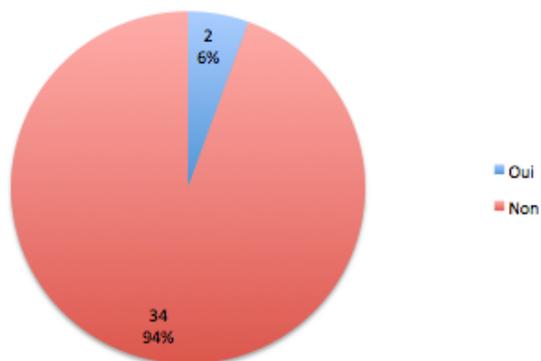


Figure 29 : Proportion d'agressions verbales en fonction du caractère ville/campagne

Agressions physiques à la campagne



Agressions physiques en ville

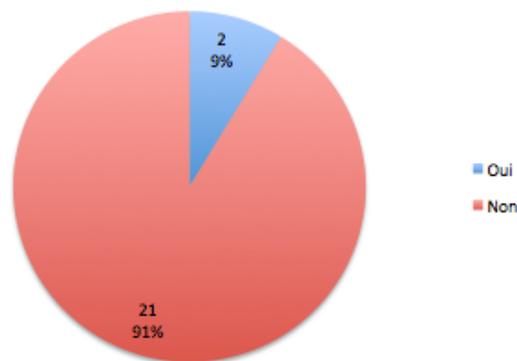


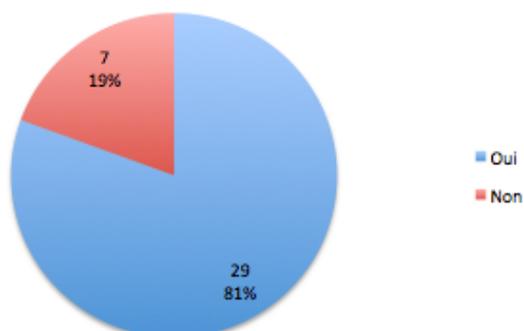
Figure 30 : Proportion d'agressions physiques en fonction du caractère ville/campagne

D'après les figures 19 et 30, on remarque un pourcentage légèrement plus élevé de toutes agressions confondues en ville par rapport à la campagne.

Cette différence n'est pas non plus significative, l'implantation géographique des pharmacies ne semble pas influencer sur le risque de se faire agresser.

d. Sur la facilité à joindre les prescripteurs

Facilité à joindre les médecins à la campagne



Facilité à joindre les médecins en ville

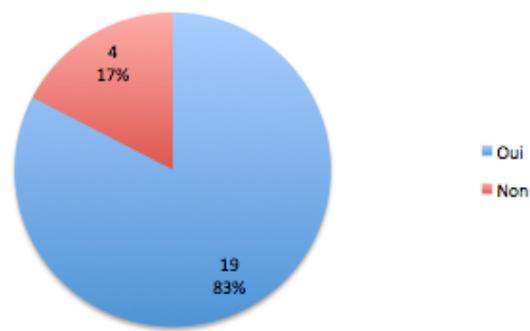


Figure 31 : Facilité à joindre les médecins en fonction du caractère ville/campagne

On note ici des pourcentages quasiment identiques entre la ville et la campagne.

Nous ne montrons pas de différences significatives sur la possibilité de joindre un prescripteur en ville ou à la campagne. La localisation géographique n'intervient pas sur les communications entre les différents professionnels de santé.

e. Sur la volonté d'outils d'aide à la délivrance

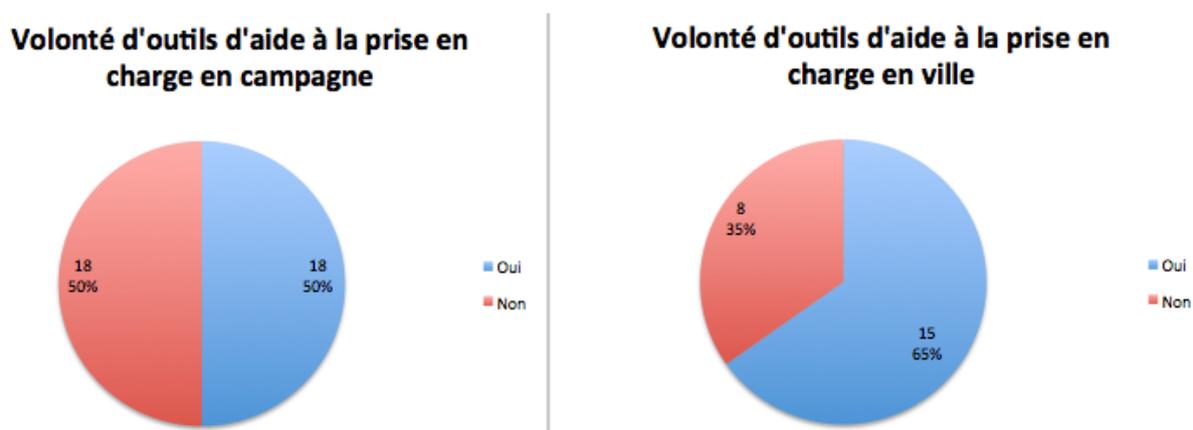


Figure 32 : Volonté d'outils d'aide par les pharmaciens en fonction du caractère ville/campagne

On observe que 65% des pharmaciens souhaitent des outils d'aide à la prise en charge en ville contre 50% à la campagne. Nous pouvons supposer que les pharmaciens en ville sont plus demandeurs d'outils compte tenu du nombre plus important de patients qu'ils ont à gérer.

I. Influence du nombre de patients sous MSO

a. Sur les relations avec les pharmaciens

Ces quatre graphiques représentent la nature des relations avec les pharmaciens en fonction du nombre de patients par officine.

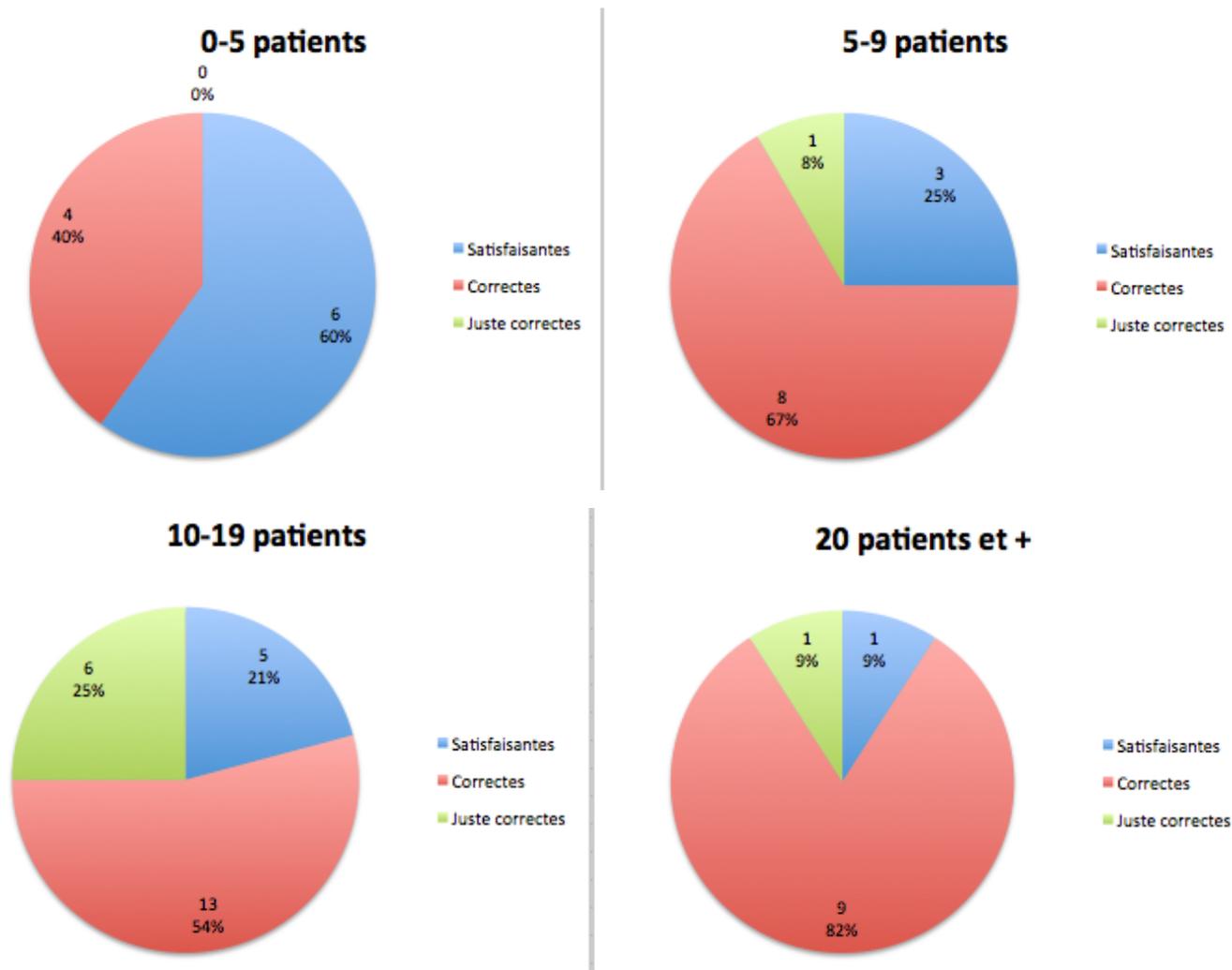


Figure 33 : Nature des relations pharmaciens/patients en fonction du nombre de patients suivis par l'officine

On peut noter ici que généralement quel que soit le nombre de patients suivis par la pharmacie, les relations sont majoritairement correctes voire satisfaisantes. De plus, on voit que plus le nombre de patients augmente plus le pourcentage de relations qualifiées de juste correctes s'élève pour atteindre 25% pour les officines qui suivent 10-19 patients. En revanche, en ce qui concerne les officines fréquentées par 20 patients et plus, ce pourcentage diminue à 9%. Nous pouvons dire qu'un grand nombre de patients dans une officine n'est pas forcément à l'origine de plus mauvaises relations.

a. Sur les agressions physiques et verbales

- Agressions physiques

Ces graphiques représentent le pourcentage d'agression physique en fonction du nombre de patients suivis par officine.

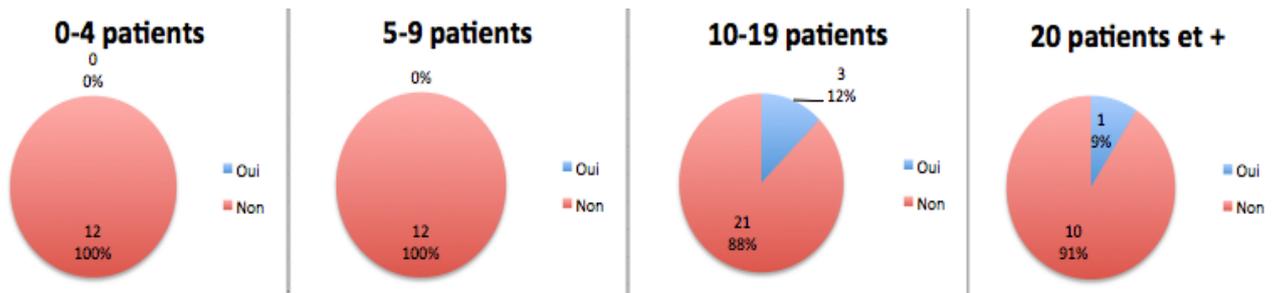


Figure 34 : Proportion d'agressions physiques en fonction du nombre de patients

En plus de la rareté des agressions physiques, on peut remarquer que lorsqu'elles surviennent, elles concernent plutôt les officines gérant plus de 10 patients. Ce qui paraît logique en effet, plus un nombre important de patients fréquentent l'officine plus le risque d'agression augmente, même s'il demeure négligeable ici, ne concernant seulement que quelques cas isolés relatés.

- Les agressions verbales

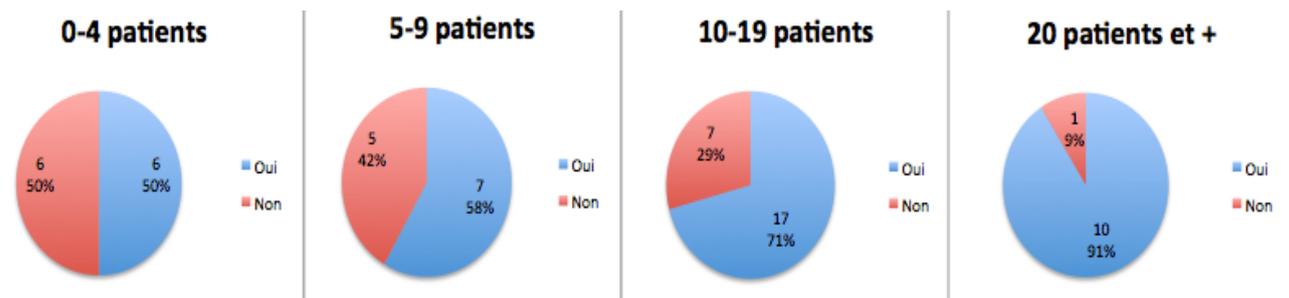


Figure 35 : Proportion d'agressions verbales en fonction du nombre de patients

De la même manière, on remarque que plus l'officine prend en charge un nombre élevé de patients plus les agressions verbales sont fréquentes. En effet le pourcentage de pharmaciens agressés verbalement est de 50% pour les officines de 0 à 4 patients et il augmente à 91% pour les pharmacies prenant en charge 20 patients et plus.

b. Sur le désir d'outils d'aide à la prise en charge

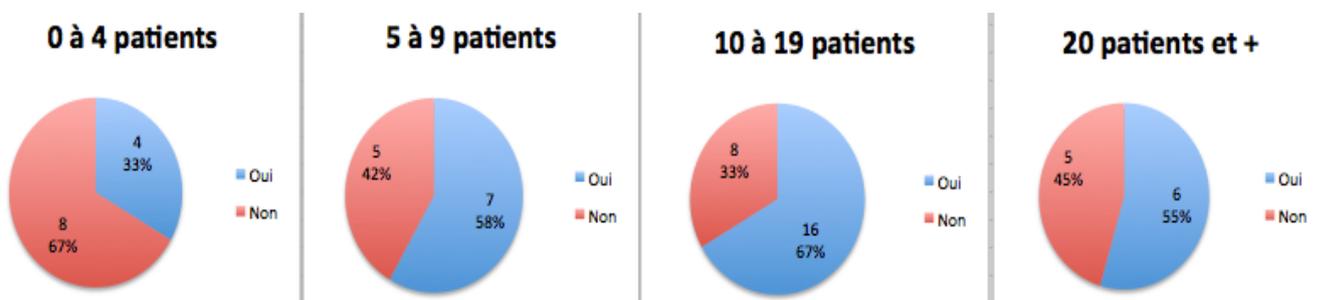


Figure 36 : Pharmacies souhaitant des outils d'aide en fonction du nombre de patients suivis

Ici à nouveau, on remarque que les pharmaciens sont d'autant plus demandeurs d'outils d'aide lorsque le nombre de patients pris en charge est grand. Par exemple, pour les officines qui suivent de 0 à 4 patients, 67% des pharmaciens estiment ne pas avoir besoin d'outils d'aide alors que pour les officines qui accueillent entre 10 et 19 patients, 67 % des pharmaciens ont souhaité avoir des outils d'aide.

On note également que pour les officines de 20 patients et plus, le pourcentage de pharmaciens ayant souhaité une aide diminue légèrement à 55%. Cela peut se traduire par de plus grandes expériences et habitudes de la prise en charge par les pharmaciens qui estiment ne pas avoir besoin de plus d'outils que ceux qu'ils possèdent certainement déjà.

J. Influence des agressions verbales et physiques sur la volonté d'outils d'aide à la délivrance

Nous avons essayé de relier la volonté de la part des praticiens de demander des outils d'aide à la prise en charge aux différentes agressions possibles pouvant avoir lieu dans les officines.

- Agressions physiques

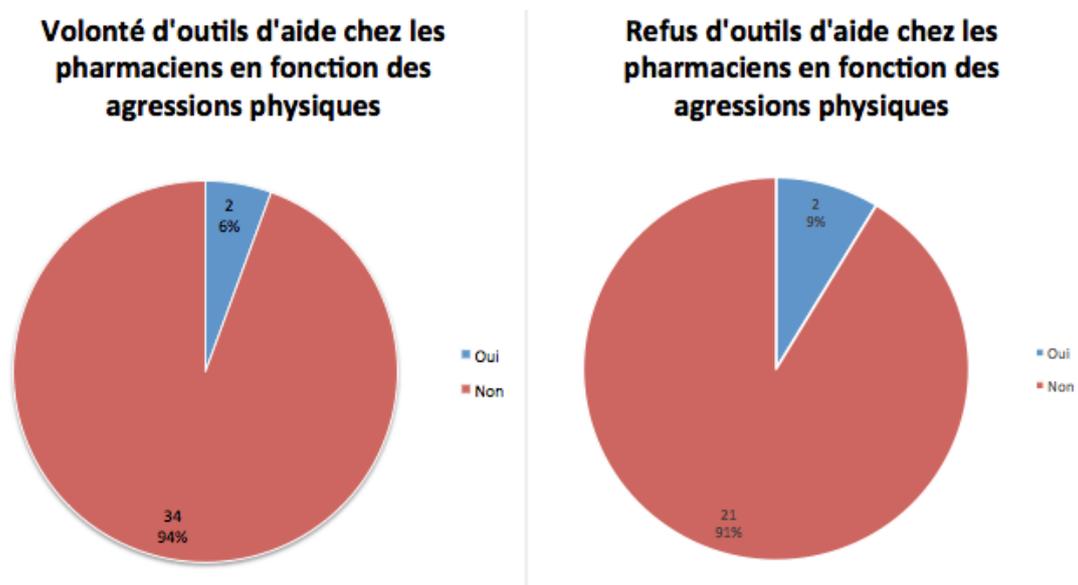


Figure 37 : Proportion de pharmacies souhaitant/refusant les outils d'aide en fonction des agressions physiques

On remarque que seulement 6% des pharmaciens ayant été agressés physiquement demandent une trame d'aide et que 9% des pharmaciens agressés ne sont pas

demandeurs. De plus, 94% des praticiens souhaitant les outils d'aide n'ont pas été agressés et 91% des officinaux ne voulant pas d'outils n'ont pas été agressés.

Les chiffres sont sensiblement très proches et nous ne pouvons pas obtenir de résultats significatifs qui prouveraient un lien entre la volonté d'outils d'aide et les agressions physiques. Nous ne pouvons pas tirer de conclusion devant le faible nombre de pharmacies ayant subi des agressions physiques (4 pharmacies). Ainsi, le fait d'avoir été agressé physiquement n'influe pas sur la volonté des officines de demander des outils d'aide à la délivrance.

- Agressions verbales :

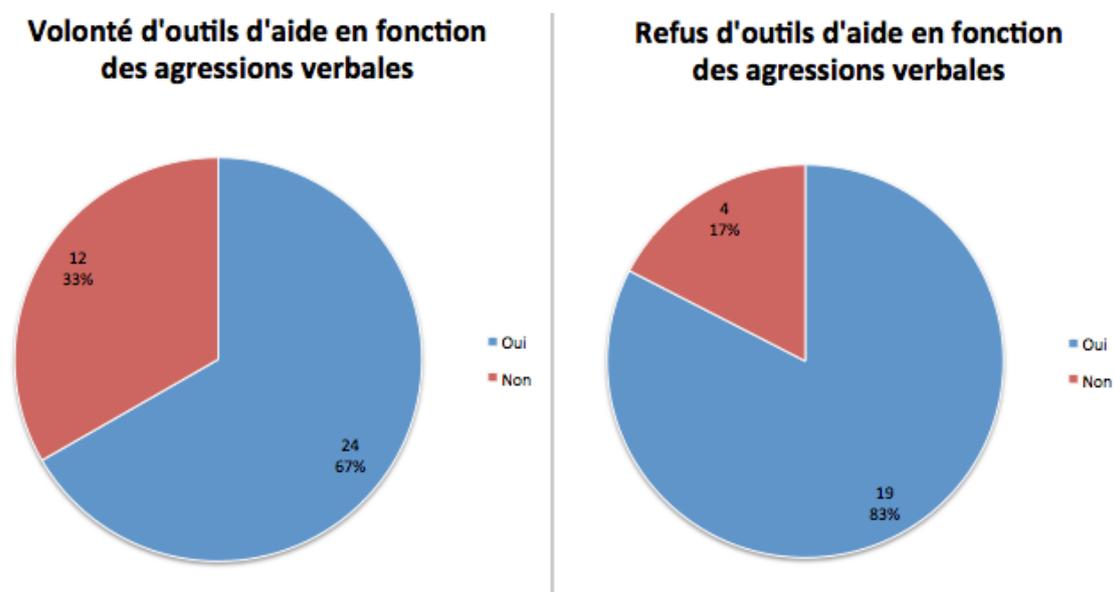


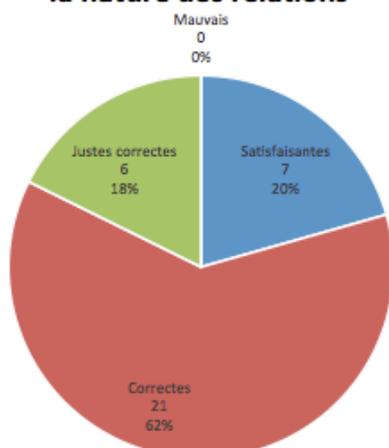
Figure 38 : Proportion de pharmacies souhaitant/refusant les outils d'aide en fonction des agressions verbales

Les résultats obtenus ici apparaissent contradictoires. En effet, 67% des pharmaciens agressés souhaitent une aide alors qu'un pourcentage plus élevé (83%) des pharmaciens agressés ne demande pas d'aides à la délivrance. De plus le pourcentage de pharmaciens acceptant l'aide est plus élevé (33%) parmi les pharmaciens non agressés que le pourcentage de pharmaciens refusant l'aide (17%).

Nous pouvons conclure que les agressions verbales subies n'influent pas sur la volonté de : recevoir des aides à la délivrance.

K. Influence des relations patients/pharmaciens avec la volonté d'outils d'aide à la prise en charge

Volonté d'outils d'aide en fonction de la nature des relations



Refus d'outils d'aide en fonction de la nature des relations

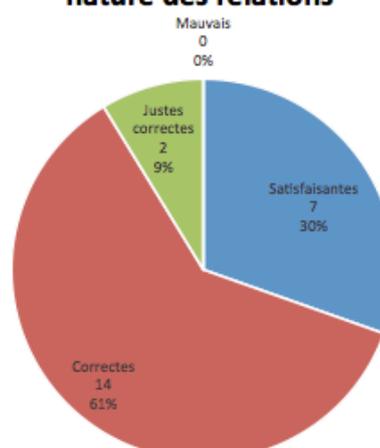


Figure 39 : Proportion de pharmacies demandant/refusant des outils d'aide en fonction de la nature des relations avec les patients

Le diagramme de gauche représente les 36 officines ayant souhaité des outils d'aides et celui de droite correspond aux 23 pharmacies qui ont refusé les outils.

On constate ici à partir des deux graphiques qu'il n'existe pratiquement aucune différence entre le pourcentage des pharmaciens demandeurs d'outils d'aide (62%) et celui des pharmaciens qui n'en demandent pas (61%) lorsque les relations sont correctes avec les patients. Ensuite, nous pouvons observer que le pourcentage de pharmaciens non demandeurs de trame d'aide est légèrement plus élevé que le pourcentage de pharmaciens en éprouvant le besoin lorsque les relations avec les patients sont satisfaisantes, cela paraît donc logique.

De même, les pharmaciens ayant souhaités des outils d'aide sont plus nombreux (18%) que ceux qui n'en ont pas exprimé le besoin (9%) dans le cas de relations justes correctes avec les patients.

II. Outils d'aide à la délivrance et à la prise en charge des patients

1. Outils existants

L'informatisation des officines a permis de mettre à disposition du pharmacien des moyens permettant de contrôler et de sécuriser la dispensation de médicaments. Ces d'outils s'avèrent d'autant plus utiles pour les MSO en raison de leur fort potentiel d'abus et de mésusage.

A. Historique informatique

De nos jours, chaque officine est équipée d'un LGO (Logiciel de gestion officinal) qui fournit un historique médicamenteux regroupant l'ensemble des délivrances pour un patient donné dans une même officine ayant eu lieu jusqu'à une dizaine d'années auparavant. Par conséquent, devant chaque prescription de MSO, le premier réflexe du pharmacien consiste à examiner l'historique médicamenteux du patient à condition qu'il ait déjà fréquenté l'officine.

L'historique précise les dates de délivrance, le prescripteur, les scans des ordonnances, les médicaments et les quantités délivrées. Par conséquent, le pharmacien peut identifier facilement les changements de traitement, de dosage, de posologie et les éventuels chevauchements d'ordonnance.

B. DP et DMP

Le DP (Dossier Pharmaceutique) et le DMP (Dossier Médical Partagé) sont deux dossiers patient informatisés dont les données sont sécurisées et conservées par un hébergeur agréé. Ils peuvent également être utiles au pharmacien dans la prise en charge des patients toxicomanes s'ils ont été préalablement ouverts sur la carte vitale.

Le DP a été créé en 2007 par les pharmaciens et pour les pharmaciens : il regroupe l'historique des délivrances médicamenteuses des 4 derniers mois (médicaments prescrits et automédication). Contrairement à l'historique médicamenteux qui se limite à une seule pharmacie, le DP fournit les médicaments délivrés par toutes les pharmacies durant les 4 derniers mois et le pharmacien a l'obligation de l'alimenter. Ainsi, en cas d'absence d'historique médicamenteux, le praticien peut avec l'accord du patient consulter son DP et recueillir des informations concernant les médicaments délivrés, la date de délivrance...

Le DMP a vu le jour en 2018 et rassemble l'ensemble des informations médicales du patient (historique médicamenteux, résultats d'examens, compte rendu d'hospitalisation, antécédents médicaux, directives anticipées, coordonnées des proches..) à disposition de tous les professionnels de santé. En l'absence d'historique médicamenteux dans son ordinateur, le pharmacien peut retrouver la liste des médicaments dispensés au cours des 24 derniers mois automatiquement alimentée par l'assurance maladie.

Les limites de ces dossiers sont néanmoins à prendre en considération dans la prise en charge de la toxicomanie :

- Nécessité de la carte vitale : le DP est consultable uniquement si la personne tend sa carte vitale au praticien : malheureusement dans la grande majorité des cas lorsqu'un patient toxicomane inconnu de la pharmacie se présente au comptoir, il possède rarement sa carte vitale sur lui, celle-ci étant perdue, oubliée ou volée...
- Peu de patients ont ouvert le DP et/ou le DMP par méconnaissance et par crainte de non confidentialité, les patients ont tendance à se sentir surveillés.
- Le patient peut refuser librement l'accès au DP et au DMP par le pharmacien.
- Il peut également s'opposer à inscrire les médicaments de son choix dans le DP, la mention « DP incomplet » apparaîtra alors durant 4 mois. (89)

C. Boîte mail sécurisée mailiz

Les outils précédents permettent aux pharmaciens d'assurer la délivrance des MSO en toute sécurité, la boîte mail sécurisée facilite une bonne communication entre professionnels de santé.

La boîte mail « MSSanté » se caractérise par un espace confidentiel au sein duquel les professionnels de santé peuvent échanger entre eux des données de santé dématérialisées en toute sécurité. Cet outil garantit le secret professionnel, assure la protection des données du patient et offre un répertoire recensant l'ensemble des utilisateurs MSSanté. Par contre cette messagerie ne peut être créée que par le titulaire de l'officine qui détient la carte CPS (carte professionnelle de santé).

De cette façon, médecins et pharmaciens peuvent se transmettre des informations comme des ordonnances, des interrogations, des suggestions concernant la prise en charge des patients sous MSO. Cette messagerie constitue une véritable alternative à un appel téléphonique au prescripteur.

De plus, elle est accessible depuis son lieu de travail, depuis n'importe quel ordinateur chez soi ou ailleurs, depuis une tablette ou un smartphone via le téléchargement d'une application rendant les échanges plus faciles et plus rapides. (90)

D. Les alertes de l'ordre

Le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens diffuse à toutes les officines de la région concernée les alertes de fausses ordonnances et d'ordonnances falsifiées notifiées par les

praticiens. Ces alertes sont reçues par mail et transmettent le numéro de sécurité sociale du patient ainsi que les 3 premières lettres de son nom et prénom.

Cet outil permet aux pharmaciens de faire preuve de vigilance en cas d'alertes en vérifiant que la personne ciblée ne fait pas partie de ses patients et en refusant la délivrance en cas de présentation de cette ordonnance.

2. Outils proposés

Les outils proposés ci dessous ont été élaborés par moi même avec ma directrice de thèse afin de fournir aux pharmaciens une aide à la délivrance et à la prise en charge des patients sous traitement.

Pour des raisons pratiques, nous avons choisi de les présenter sous forme de fiches concises d'une seule page qui rassemblent les éléments essentiels.

Les fiches pharmacien et médecin (cf paragraphe A et B) permettent de rappeler la conformité réglementaire des ordonnances sécurisées. Elles aident les professionnels à se poser les bonnes questions lors de l'élaboration de l'ordonnance et lors de sa dispensation.

Nous mettons à disposition des pharmaciens des fiches patients (cf paragraphes C) qu'ils peuvent donner lors de la dispensation de MSO et lors de la vente de Stéribox®. Ces fiches expliquent de manière simple le bon usage d'un MSO et donnent quelques conseils et règles hygiénodiététiques pour le bon déroulement d'un traitement. Elles attirent l'attention du patient sur les dangers d'un mésusage.

La fiche Stéribox® (cf paragraphe C page 120) reprend le mode d'emploi du kit et des conseils préventifs. En glissant cette fiche dans le sachet avec le Stéribox®, le pharmacien peut faire de la prévention sans forcément dialoguer avec le patient.

Les procédures de délivrance de MSO (cf paragraphes D et E) ont été réalisées lors de mon stage de 6^{ème} année. La présentation sous forme d'organigramme apparaît plus claire qu'une forme rédigée. Ces procédures répondent aux exigences de contrôle qualité et aident à la bonne dispensation des MSO.

A. Fiche pharmacien

Identification Médecin

- Généraliste ?/ Médecin CSAPA /Hôpital ?
→ est il adapté à la situation ?
- Connue du pharmacien ?
→ prise de contact nécessaire avec le prescripteur
- Pas d'alertes ?

Date de l'ordonnance

- chevauchement ?
→ est il mentionné ?
- méthadone = - de 3 jours après cette date ?
- BHD/Suboxone® = - de 3 mois après cette date ?

Identification du patient

- est il connu ?
→ si inconnu demander une carte d'identité
→ si prescription de méthadone qui ne vient pas d'un CSAPA ou centre spécialisé : demander une ordonnance relais

Prescription

Désignation du Médicament de substitution

Dosage

Posologie

Durée de prescription

Nom de la pharmacie dispensatrice

→ écrit en toutes lettres

- Vérifier la présence de tous ces paramètres
- Vérifier l'authenticité de l'ordonnance (écriture si manuelle et signature)

Signature



B. Fiche médecin

Identification du médecin

- Suis-je le médecin traitant habituel ou occasionnel ?
- Ai-je l'ordonnance relai du CSAPA ? (si méthadone)

Date de l'ordonnance

- Date à vérifier → chevauchement d'ordonnances ? Si oui le préciser

Identification du patient

Nom du médicament et sa forme

Dosage

Posologie

Durée de prescription

Lieu de délivrance (Nommer la Pharmacie X)

Fractionnement de délivrance

- quotidien
- bi hebdomadaire
- hebdomadaire
- mensuel (sauf pour méthadone sirop) avec la mention « A délivrer en une fois »

→ rédiger en toutes lettres

Signature



Votre pharmacien vous délivre un médicament de substitution aux opiacés



- Je prends mon traitement une seule fois dans la journée à la même heure
- Je ne change pas la posologie
- Je n'arrête jamais mon traitement d'un coup
- Mon médicament est dangereux pour les personnes qui m'entourent
 - o Je ne le partage/échange pas avec mes amis
 - o Je le conserve dans un endroit sécurisé hors de portée des enfants
- J'essaie de suivre une alimentation équilibrée
- J'adopte une bonne hygiène dentaire : consultations chez dentiste + brossage de dents 3 fois/jour
- En cas de survenue d'un quelconque effet indésirable, j'en parle à mon pharmacien ou à mon médecin
- Je pense à prévenir tout professionnel de santé que je suis un traitement par médicaments de substitution



- Ne pas consommer de drogues, d'autres médicaments pour ce problème, d'alcool ou de substances agissant sur le cerveau qui risquent de déséquilibrer votre traitement et augmenter le risque d'overdose
- Le mésusage des médicaments (injections, sniff de comprimés) est très dangereux pour votre santé
 - o Risque d'abîmer de manière irréversible ses veines → gonflement des mains et des bras
 - o Risque infectieux localisé (abcès) voire général (les bactéries se répandent dans tout le corps : septicémie)
 - o Echange de seringues : risque grave de contracter des infections telles que l'hépatite B, C et le VIH
 - o Risque de perforations graves de la cloison nasale qui nécessite une opération de reconstruction

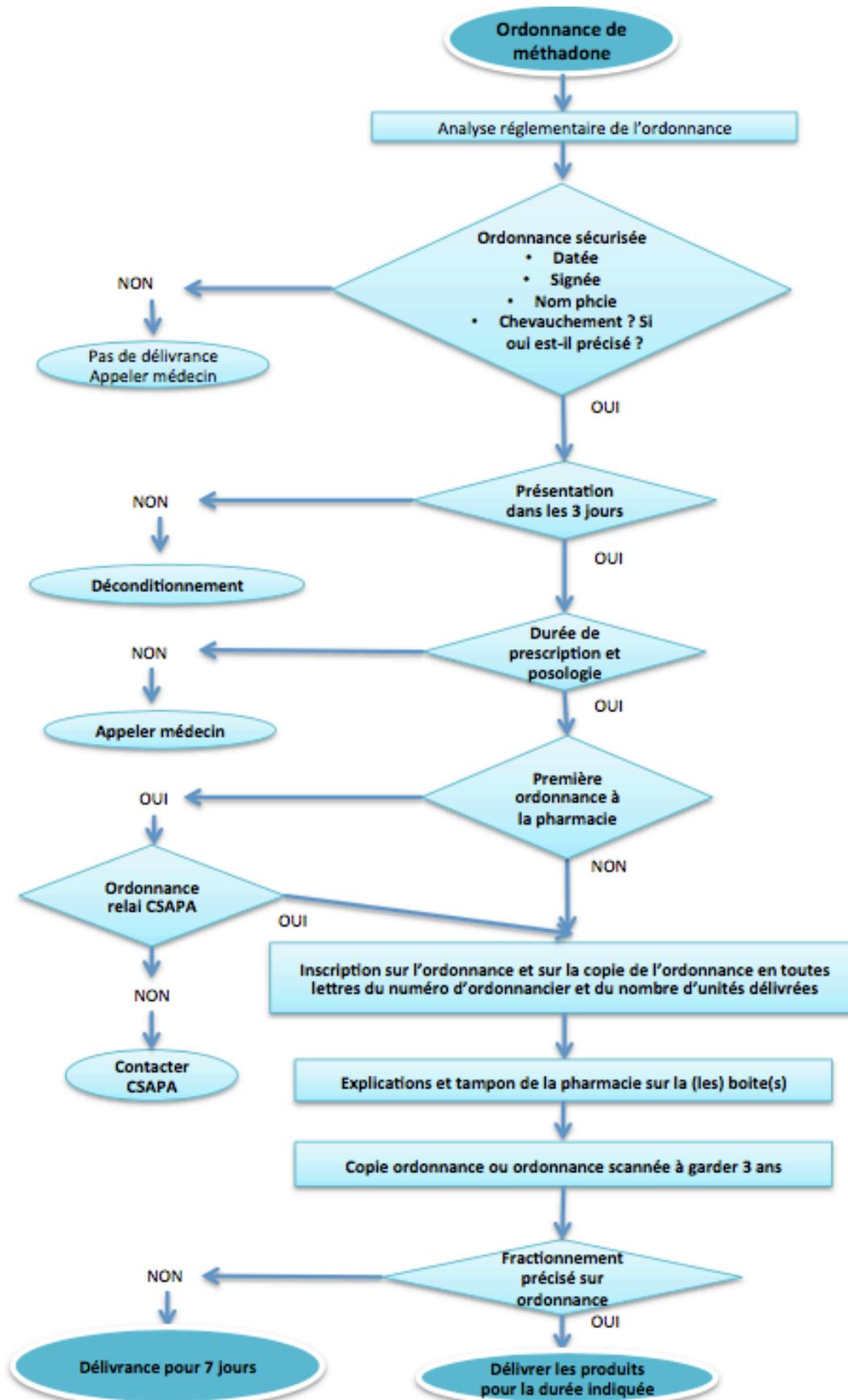
Bon usage du Stéricup®

1. Commencer par se laver les mains
2. Se désinfecter la peau avec le tampon alcoolisé puis le jeter
3. Utiliser une seringue neuve en vérifiant qu'aucun des constituants (bouchon et piston) ne soit endommagé
4. Préparer le produit dans le Stéricup sans toucher l'intérieur du récipient
 - a. Retirer l'embout transparent de la seringue
 - b. Insérer le manche du Stéricup dans l'embout transparent qui servira de manche à la Stéricup sans se brûler les doigts
 - c. Dissoudre le produit dans le Stéricup avec l'eau stérile et le filtre stérile afin de diminuer le nombre de poussières et d'impuretés
5. Appuyer le tampon sec sur le point d'injection
6. Après l'injection, remettre le capuchon sur l'aiguille et le matériel dans un container ou une boîte fermée et ramener le tout dans un programme d'échange si possible
Sinon jeter en plaçant la seringue avec son capuchon dans une bouteille ou une cannette avant de la jeter à la poubelle

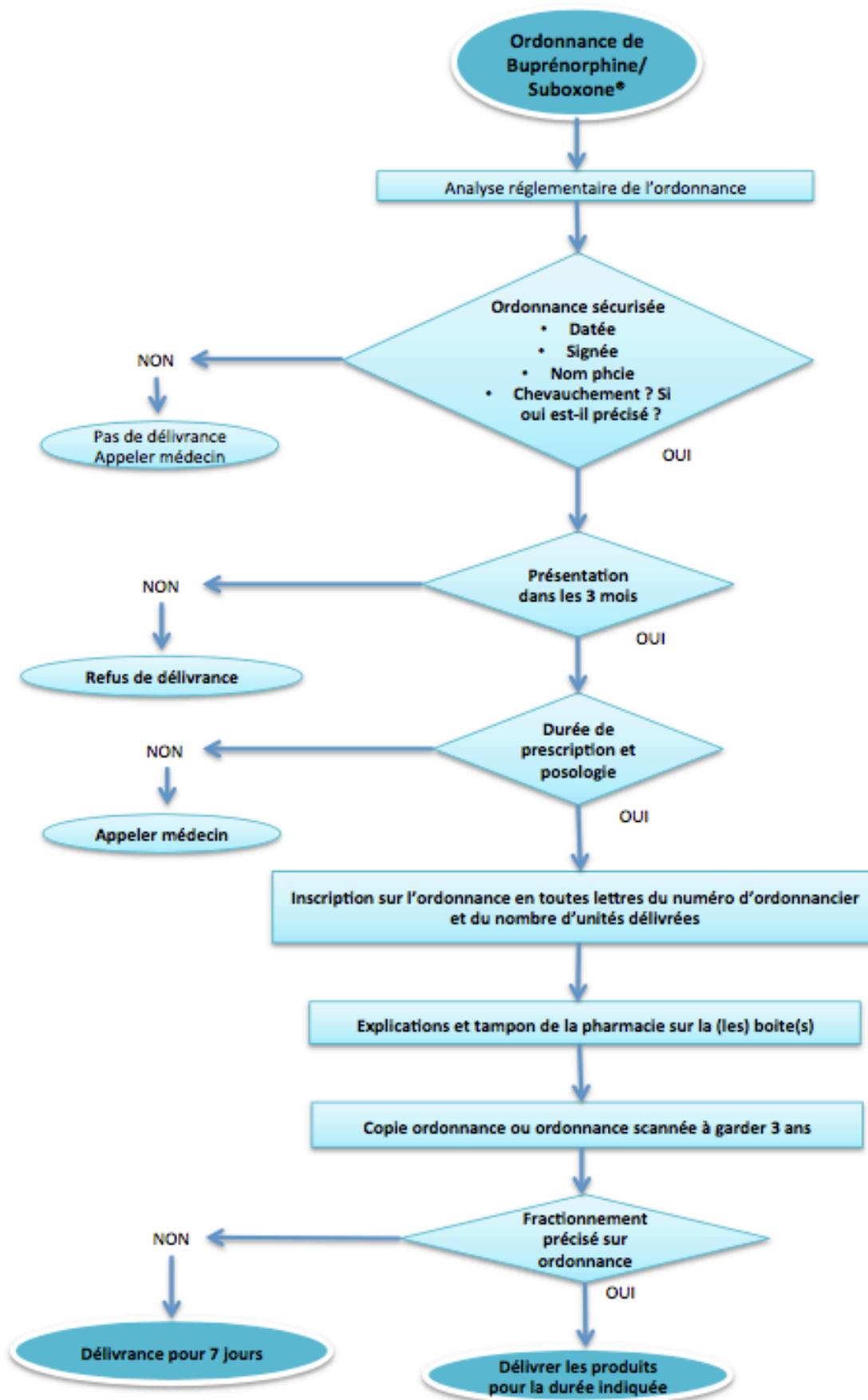


- **NE JAMAIS OUBLIER QUE LE MATERIEL EST PERSONNEL ET A USAGE UNIQUE**
- **Ne pas prêter, ni échanger, ni réutiliser sur soi aucun des éléments de la boîte :**
 - o **ni la seringue, ni le Stéricup, ni le filtre, ni le tampon alcoolisé, ni le tampon sec**
- **Ne jamais aspirer avec deux aiguilles différentes dans le Stéricup**
- Faites vous vacciner contre l'hépatite B
- Protégez vous et votre partenaire à chaque rapport sexuel en utilisant un préservatif
 - o Attention à ne pas l'abîmer avec les ongles en l'ouvrant
 - o Une fois utilisé, faites un nœud et jetez le à la poubelle
 - o Ne jamais réutiliser un préservatif
- en cas de conduites à risques (échange de matériel, réutilisation de matériel, contact avec une personne porteuse d'un virus, rapport sexuel non protégé)
 - o → faites vous dépister le plus rapidement possible dans un service d'urgence ou dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) :
 - A Bar le duc : 03-29-45-88-55
 - A Verdun : 03-29-83-83-32
- **Toujours se rappeler que toute injection comporte des risques même avec du matériel stérile !**
- **Gardez à l'esprit qu'on ne peut jamais savoir vraiment ce qui se trouve dans les produits achetés et que les comprimés ne sont pas destinés à être injectés !**

D. Procédure de délivrance de méthadone



E. Procédure de délivrance de BHD/Suboxone®



F. Dossier patient

Ce document se consulte sur informatique, il permet de suivre et contrôler le bon déroulement de chacune des délivrances de MSO.

Il se présente sous forme d'un tableau à remplir partiellement dès la première délivrance puis à chaque délivrance de médicaments.

Pour plus de confidentialité et de praticabilité, il est préférable de mettre les dossiers patients sur un ordinateur dans le back office, à proximité de l'armoire des stupéfiants plutôt que sur un ordinateur dans la surface de vente.

Ainsi, le soignant pourra au calme remplir le tableau et préparer les doses à l'abri des regards.

Ces dossiers patients sont strictement confidentiels et demeurent accessibles seulement par l'équipe officinale et le patient lui-même si il en fait la demande.

De plus, un calendrier numérique ou papier devra être mis à disposition pour aider le pharmacien à remplir la fiche.

- **Informations administratives du patient**

La fiche patient reprend des informations primordiales :

- nom
- prénom
- date de naissance
- numéro de téléphone
- le médecin prescripteur
- le médicament prescrit
- la ou les personne(s) autorisées à récupérer le traitement du patient et qui leur a confié ce droit
 - o demander et scanner dans le LGO au nom du patient, la carte d'identité de cette ou ces personne(s), souvent le/la conjoint(e) ou les parents
- pour un traitement par méthadone : vérifier la possession du scan ou de la copie de l'ordonnance de délégation du CSAPA

Les données demandées sont courtes et concises afin de ne pas être trop chronophages pour l'équipe officinale et le patient qui attend qu'on lui prépare ses médicaments.

- **Première délivrance**

Lors de la première dispensation d'une ordonnance, il convient de remplir toutes les données relatives au traitement et à sa délivrance :

1. Remplir la date du jour dans la colonne DATE

2. Inscrire le dosage dans la colonne DOSAGE
 3. Inscrire la durée de prescription totale dans la colonne DUREE
 4. Inscrire le nombre d'unités délivrées ce jour dans la colonne UNITES DELIVREES
 5. Inscrire le fractionnement des délivrances et l'éventuelle prise à l'officine si nécessaire dans la colonne FRACTIONNEMENT
 6. Notifier par une croix dans la case CHEVAUCHEMENT, si il y a un chevauchement et préciser si celui ci est notifié sinon rappeler le prescripteur
 7. Indiquer par un OK si la totalité de l'ordonnance est facturée dans la colonne FACTURE
 8. Indiquer par une croix si aucune avance ni dépannage ne doit être faite dans la colonne PAS D'AVANCE. Cette décision peut émaner :
 - a. Du médecin prescripteur qui refuse tout dépannage même pour une journée de traitement
 - b. De la part du pharmacien qui décide de ne plus faire d'avance si les demandes deviennent trop répétitives et prendra soin d'en informer le prescripteur afin de recueillir son avis

Toute avance de médicaments de substitution est interdite, néanmoins dans certains cas, pharmaciens et médecins tolèrent que le patient puisse venir chercher son traitement la veille pour une utilisation le lendemain.
 9. Toute autre information complémentaire sera écrite dans la colonne OBSERVATIONS
 10. Revenir sur la colonne DATE pour y inscrire en fonction du fractionnement précisé les dates des prochaines délivrances
- **Délivrances suivantes**
 - Apposer une croix dans la colonne de couleur rouge lors de la délivrance en vérifiant que la date du jour correspond avec celle indiquée dans le tableau.
 - A chaque nouvelle ordonnance, mettre un trait de séparation et recommencer les opérations

Dans la colonne OBSERVATIONS, noter tous les éléments nécessaires à la compréhension de la délivrance pour les autres membres de l'officine qui reprendront ensuite la prise en charge. Les causes d'un chevauchement, d'une délivrance anticipée, d'une tarification non complète de l'ordonnance, les informations relatives à un courrier de la sécurité sociale concernant les patients (suspension de remboursements..).

Les boîtes de médicaments facturées seront gardées dans l'armoire des stupéfiants à un étage spécifique et notées au nom du patient.

Exemple 1 de dossier rempli pour un patient sous BHD

NOM	X	Prénom	Y	Date de naissance	16/06/93				
				Numéro de téléphone	06.76.00.14.42				
Médecin	Dr Z			Personne(s) à qui confier le traitement	Mme H compagne autorisée à récupérer le traitement				
				Ordo relai du CSAPA					
Médicament	Buprénorphine								

DATE	DOSAGE	DUREE	UNITES DELIVREES	FRACTIONNEMENT	CHEVAUCHEMENT	FACTURE	PAS D'AVANCE	OBSERVATIONS
mardi 6/08	X 4+2 mg soit 6 mg	7 jours	1 cp 4mg + 1 cp 2 mg	Quotidien		Facturé		
mer 7/08	X		1 cp + 1 cp					
jeudi 8/08	X		1 cp + 1 cp					
ven 9/08			1 cp +1 cp					
sam - dim 10-11/08			2 cp +2 cp					
lun 12/08			1 cp + 1 cp					

Voici un exemple de délivrance quotidienne pour de la BHD.

Dans ce cas précis, nous sommes le vendredi 9/08 et la patiente n'est pas encore venue chercher son traitement.

Exemple 2 : dossier patient sous méthadone

NOM	X	Prénom	Y	Date de naissance	16/06/93				
				Numéro de téléphone	06.76.00.14.42				
Médecin	Dr Z			Personne(s) à qui confier le traitement					
				Ordo relai du CSAPA	X cf scan				
Médicament	Methadone sirop								

DATE	DOSAGE	DUREE	UNITES DELIVREES	FRACTIONNEMENT	CHEVAUCHEMENT	FACTURE	PAS D'AVANCE	OBSERVATIONS
mardi 6/08	X 40 mg	14 jours	7 flacons	Hebdomadaire		Facturé		
mardi 13/08	X		7 flacons					Venue samedi AP car travaille le lundi et mardi vu avec Dr Z après appel médical le 10/08
mardi 20/08	X 40 mg	14 jours	7 flacons	Hebdomadaire		Facturé une semaine		Attente de mutuelle
mardi 27/08			7 flacons					

Ces dossiers patients offrent une visualisation sur plusieurs années de l'évolution des dosages et de la délivrance. Le pharmacien visionne aussi les problèmes rencontrés : beaucoup de chevauchements, demandes souvent en avance du traitement... et cet outil lui permet de tracer et notifier par écrit tous les appels avec les médecins.

Cet outil devra être sauvegardé tous les soirs à la fermeture de l'officine sur un disque dur externe afin de protéger les données en cas de problème informatique.

De plus, ce dossier patient s'avère beaucoup plus utile pour certains patients dits « à problèmes » : les patients difficiles à cadrer et à faire respecter le fractionnement des délivrances, les patients occasionnels ne se soignant pas régulièrement que pour les patients habitués suivis depuis des années venant une seule fois par mois.

III. Discussion

Notre enquête offre un aperçu de la toxicomanie aux opiacés en Meuse en s'appuyant sur le ressenti des pharmaciens d'officine disposés en première ligne en participant à la prise en charge des patients sous médicaments de substitution.

L'enquête a confirmé une prédominance du caractère rural du département avec une majorité d'officines implantées à la campagne prenant en charge environ entre 10-19 patients et 20 patients voire quelquefois plus dans les officines de ville.

D'une manière générale, les relations patients/pharmaciens apparaissent correctes selon les praticiens et les communications médecins/pharmaciens semblent se dérouler elles aussi de manière assez aisée pour les officinaux, peu importe le lieu d'implantation de leur pharmacie.

En ce qui concerne les agressions, nous pouvons noter une quasi-absence d'agressions physiques sur l'ensemble du personnel contrairement aux agressions verbales qui sans surprise, surviennent plus fréquemment avec les toxicomanes. Cela s'explique souvent par les comorbidités psychiatriques, le syndrome de manque dont peuvent souffrir ces patients ainsi qu'au refus de se soumettre à un cadre réglementaire jugé trop compliqué.

De plus, ces agressions sont évoquées plus fréquemment dans les officines de ville certainement parce qu'elles s'occupent d'une population plus vaste dont des patients de passage par rapport à la campagne qui possède plus de toxicomanes réguliers.

C'est pourquoi, nous avons pu identifier des besoins d'outils d'aide à la délivrance plus élevés en ville ainsi que dans les pharmacies s'occupant d'un nombre de patients assez conséquent. Nous avons pu déterminer sur l'ensemble du territoire que 61% des pharmaciens souhaitent des outils d'aide à la délivrance.

Cependant, nous n'avons pas pu établir de lien significatif entre le désir d'outils d'aide par les praticiens officinaux et les agressions verbales et physiques (bien qu'elles soient très rares), ainsi qu'avec la nature des relations patients/pharmaciens.

Bien que succincte, cette enquête possède l'originalité d'avoir mis en avant le ressenti des pharmaciens d'officine durant leur pratique et a ciblé plus spécifiquement la Meuse, département dans lequel peu d'enquêtes sont réalisées auprès des pharmacies. En effet, les enquêtes concernent la plupart du temps la région Lorraine et de nos jours Grand-Est, la Meuse étant « fondue » à l'intérieur bien qu'elle présente des particularités singulières qui méritent notre attention.

La comparaison de notre étude avec les chiffres obtenus dans les départements voisins comme la Marne et la Haute-Marne touchés également par la ruralité et la toxicomanie, pourrait s'avérer intéressante. Malheureusement, nous disposons de très peu de chiffres provenant des officines dans ces territoires.

En ce qui concerne la situation géographique, nous n'avons pas indiqué de nombre d'habitants pour définir la ville puisque nous voulions apprécier comment les pharmaciens se sentent situés au sein de la Meuse. Plusieurs pharmacies ont relaté être plutôt rurales mais néanmoins sous l'influence urbaine de Verdun et Bar-le-Duc.

De plus, une question aurait pu être ajoutée à l'enquête concernant l'éventuelle présence de procédures ou d'outils d'aide à la délivrance déjà en place dans les officines interrogées.

En effet depuis la généralisation de l'assurance qualité à l'officine, il aurait été pertinent de demander à travers les QCM si une procédure et des outils existent déjà dans la pharmacie et si oui, de quelle manière ils se présentent, sur papier ou sur informatique.

Les outils élaborés n'ont aucunement vocation à remplacer ceux qui existent déjà dans les officines. Le but étant de les proposer, nous laissons aux pharmaciens le libre choix de décider d'en faire usage ou non.

De plus, ils nécessitent d'être testés dans la pratique quotidienne afin d'y apporter quelques modifications si nécessaire. Le dossier patient est déjà en train d'être testé dans une pharmacie meusienne située en ville et gérant les traitements de plus de 20 patients.

CONCLUSION ET PERSPECTIVE

La Meuse se présente comme le deuxième département rural français pour son taux élevé d'infractions liées aux stupéfiants. En effet, le département se distingue par ses nombreux consommateurs d'héroïne qui possèdent souvent des caractéristiques similaires : des personnes en situation de précarité sans emploi ou en intérim, peu mobiles, en marge de toutes activités socio-culturelles et ayant vécu un passé difficile. Le manque de ressources pour financer sa propre consommation ainsi que subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille poussent certains usagers à revendre de la marchandise créant un maillage territorial de petits dealers. De plus, la proximité avec les Pays Bas accentue la disponibilité de l'héroïne en ville, dans les bourgs y compris dans les villages.

Les structures d'accueil et de soins aux usagers de drogues ont dû s'adapter à cette organisation territoriale en créant différentes antennes et files actives dans les villages afin d'aller au plus proche des toxicomanes n'ayant pas la possibilité de se déplacer facilement vers les zones urbaines.

En l'absence d'établissements spécialisés existant en ville (comme la Maison de addictions à Nancy) distribuant les traitements par méthadone, c'est aux pharmaciens que reviennent la tâche de dispensation des MSO en milieu rural ainsi que tous les actes qui lui sont associés. Les résultats de l'enquête menée auprès des pharmacies meusiennes montrent que dans l'ensemble la prise en charge se déroule plutôt bien avec des relations pharmaciens/patients satisfaisantes.

Néanmoins, la majorité des pharmaciens ont exprimé le souhait de recevoir des outils d'aides à la dispensation et la gestion des délivrances de MSO.

C'est pourquoi nous proposons des outils en espérant que ceux-ci pourront aider quelques pharmaciens dans la prise en charge des patients et des complexités administratives qui l'accompagnent. Lors de son élaboration, nous avons pensé aux jeunes pharmaciens qui remplacent/arrivent dans une officine, prenant en charge et accompagnant de nombreux toxicomanes.

En outre, ces outils nécessitent d'être testés par les pharmaciens afin d'effectuer des éventuelles modifications.

La diffusion de ces documents pourrait permettre à toutes les officines d'harmoniser la prise en charge des usagers de drogues sur l'ensemble du territoire meusien.

Pour assurer une meilleure prise en charge pluridisciplinaire et lutter contre le mésusage des MSO, un renforcement des échanges médecins/pharmaciens et entre prescripteurs semble

souhaitable. Les pharmaciens volontaires pourraient proposer aux patients suivis des entretiens de courte durée afin de faire un bilan provisoire du déroulement du traitement. Le pharmacien devrait transmettre les informations recueillies (mauvais usages, difficultés rencontrées...) au prescripteur avec l'accord du patient.

D'un point de vue médicamenteux, des nouveautés à base de naloxone arrivent sur le marché en plus du Nalscue® se trouvant seulement en CSAPA, PUI (pharmacie à usage intérieur) et autres établissements de santé spécialisés et reste indisponible en pharmacie de ville. Une autre spécialité dénommée Prenoxad®, à base de naloxone, a obtenu récemment une AMM dans les traitements d'urgence des surdosages aux opioïdes dans l'attente d'une prise en charge par les secours. Prenoxad® se présente sous forme injectable par voie IM nécessitant la formation préalable de l'entourage du patient. Ce nouveau médicament est mis à disposition dans les officines depuis juin 2019 et bénéficie d'une prise en charge par la sécurité sociale à 65% sur prescription.

Ces nouveaux médicaments permettraient de minimiser les risques de décès par overdose. Les améliorations que nous pouvons souhaiter pour l'avenir consistent à résoudre les problèmes d'accessibilité à ces médicaments en favorisant le remboursement et la distribution de kits utilisés par voie nasale Nalsue® en officine, dont l'utilisation se montre moins contraignante que les injections de Prenoxad®. Le pharmacien deviendrait une fois de plus un acteur primordial dans la délivrance et la formation au bon usage de ces médicaments. (91)

Bibliographie

1. LEQUARRE F, VERJANS P. Les drogues prohibées. *Courr Hebd CRISP*. 1996; n° 1506-1507(1) : pp. 1-48.
2. ROMAIN JG. *La Drogue, le Toxicomane et la Société*. Esneux: Liège; 2003. 283 p.
3. ROBINET S, SERRIE A, ASTRUC N. Opioïdes et risques addictifs. Quelle est la situation en France ? Que faire pour limiter les risques ? *Douleurs Éval - Diagn - Trait*. 1 avr 2019; 20(2) : pp. 45-50.
4. CSP (Code de la Santé Publique) - Article L355-14. 22 juin 2000, Lutte contre la toxicomanie, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006692920&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=19710103> (page consultée le 5/09/2019).
5. CARCEL JP. *Drogues et toxicomanie - introduction 1. Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie*, disponible sur : <http://www.caat.online.fr/drogues/drogues.htm> (page consultée le 23/03/2019).
6. DROGUES INFO SERVICE - Les drogues interdites, disponible sur : <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/La-loi-et-les-drogues/Les-drogues-interdites> (page consultée le 23/03/2019).
7. VELEA D. *Toxicomanie et conduites addictives*. Heures de France. Paris; France, 2005. 379 p.
8. LAQUEILLE X, LIOT K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *Inf Psychiatr*. 2009; Volume 85(7) : pp. 611-620.
9. BECK F. *Vingt ans d'évolutions de l'usage de drogues en France, héritages et nouvelles transformations* [Internet]. Vih.org. 2016, disponible sur : <http://vih.org/20161214/vingt-ans-devolutions-lusage-drogues-en-france-heritages-et-nouvelles-transformations> (page consultée le 23/03/2019).
10. COLLEGE NATIONAL DE PHARMACOLOGIE MEDICALE. Tolérance – Dépendance, disponible sur : <https://pharmacomedicale.org/m/pharmacologie/les-sources-de-variabilite-de-la-reponse-au-medicament/46-variabilites-pharmacodynamiques/108-tolerance-dependance> (page consultée le 23/03/2019).
11. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Syndrome de dépendance. WHO, disponible sur : https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/ (page consultée le 23/03/19).
12. ADDICTAUVERGNE. *Addiction à une substance : critères du DSM-5*, disponible sur : <https://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2014/02/Crite%CC%80res-addiction-DSM5.pdf> (page consultée le 28/10/19).
13. CHANUT F. *Dimensions et abus de substance*, disponible sur : http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/FlorenceChanut_15mars13.pdf (page consultée le 28/10/19).
14. MALET J. *Stupéfiants et toxicomanie. Quarante ans d'ambivalence entre santé*

publique et ordre public. J Droit Jeunes. 2010; N° 292(2) : pp.16-26.

15. CSP (Code de la santé publique) - Article L3421-1, 7 mars 2007, dispositions pénales et mesures d'accompagnement, chapitre premier : Peines applicables, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688173&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20070307> (page consultée le 25/09/2019).

16. DROGUES INFO SERVICE - L'usage de stupéfiants, disponible sur : <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/La-loi-et-les-drogues/L-usage-de-stupefiants> (page consultée le 23/03/19).

17. CHEZE M. Opiacés, opioïdes et produits de substitution : toxicologie, 30 juill 2015, disponible sur : <https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/991640/resultatrecherche/1> (page consultée le 30/07/19).

18. PUBCHEM. Morphine, disponible sur : <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/5288826> (page consultée le 28/10/2019).

19. HOREL S, LENTIN J. Drogues & cerveau. Ed du Panama, Paris, France, 2005, 205 p.

20. ANSM (Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des autres produits de santé). Résumé des Caractéristiques du Produit Actiskenan, disponible sur : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0130311.htm> (page consultée le 29/10/2019).

21. PUBCHEM. Codeine, disponible sur : <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/5284371> (page consultée le 28/10/2019).

22. BONNET N. État des lieux de la consommation des opiacés et offre de soins. Actual Pharm. 1 oct 2017; 56(569) : pp. 18-22.

23. REVUE PHARMA - Purple drank : déjà deux décès depuis le début de l'année, 2017, disponible sur : <https://www.revuepharma.fr/2017/06/purple-drank-deja-deux-deces-debut-de-lannee/> (page consultée le 3/11/2019).

24. CSP (Code de la Santé publique) - Arrêté du 12 juillet 2017 portant modification des exonérations à la réglementation des substances vénéneuses.

25. TOUZEAU D, COURTY P. Opiacés, réduction des risques et polyconsommation. Presse Médicale. 1 déc 2012; 41(12, Part 1) : pp. 1192-1200.

26. PUBCHEM. Heroin, disponible sur : <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/5462328> (page consultée le 28/10/2019).

27. OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies). Drugs workbook, Usages de substances illicites, 2018, disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/France2018-2-0-UsagesFR.pdf> (page consultée le 11/10/2019).

28. THURIN J-M, HORASSIUS M, MAZET P. Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés, mars 1999, disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/toxicolong.pdf> (page consultée le 3/11/2019).

29. AUTHIER N. Bon usage des médicaments de substitution, 2013, disponible sur :

<http://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2013/02/Cours-Bon-usage-des-me%CC%81dicaments-de-substitution-aux-opiace%CC%81s.pdf> (page consultée le 16/07/2019).

30. LENGARD F, BERGER-VERGIAT A, RAGONNET D, DUVERNAY N, LACK P, POULET E, et al. Retour d'expérience de deux CSAPA et enquête nationale sur la naloxone intranasale (Nalscue®) dans la prévention des overdoses aux opioïdes. *Thérapies*. 1 sept 2019; 74(4) : pp. 477-486.
31. FRAUGER E, KHELOUFI F, BOUCHERIE Q, MONZON E, JUPIN L, RICHARD N, et al. Intérêt de la mise à disposition de la naloxone auprès des usagers de drogues pour le traitement d'urgence de surdosage d'opioïdes. *Thérapies*. 1 déc 2018; 73(6) : pp. 549-566.
32. SALOMON L. *Cerveau, drogues et dépendances*, edBelin, Paris, France, 2010, 205 p.
33. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Recensement - Populations légales en vigueur à partir de janvier 2019, disponible sur <https://www.insee.fr/fr/accueil> (page consultée le 21/05/2019).
34. BERTHIER N, GARDEUR E, BOIME S, BONNEFOY M. Diagnostic Partagé sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse - ORS Grand Est. juill 2019.
35. SCHLERET Y, MONZEL M, SCHERRMANN M. Les usages de drogues en milieu rural : une investigation spécifique du dispositif TREND de Lorraine dans le nord meusien, 2013, disponible sur : <https://bdoc.ofdt.fr> (page consultée le 24/05/2019).
36. BECK F, DIAZ-GOMEZ C, CADET-TAÏROU A, GANDHILON M, LE NEZET O, LERMENIER-JEANNET A, et al. Addictions en Grand Est : consommation de substances psychoactives et offre médicosociale, 2017, disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-09/Addictions%20en%20Grand-Est%202017_2.pdf (page consultée le 22/10/2019).
37. PARIENTE A, MAUMUS-ROBERT S. Etude « U.TOPIA » Utilisation des traitements de substitution aux opiacés en France : analyse des données de l'assurance maladie de 2009 à 2015. 2018; 31 p.
38. CLAVAL F, DIENY L, BAILLY F, BALTEAU S, MONZEL M, BONNEFOY M, et al. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2012 -Tendances récentes sur le site de Metz et de Lorraine. nov 2013, disponible sur : <http://www.leswadscmsea.fr/wp-content/uploads/2014/02/trendmetz2012b-2.pdf> (page consultée le 23/10/2019).
39. OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies). Évolution du nombre de saisies des principaux produits stupéfiants, oct 2018, disponible sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-saisies-des-principaux-produits-stupefiants/> (page consultée le 23/10/2019).
40. SCHLERET Y. Nord de la Meuse : l'épidémie d'héroïne ignorée, 2016, disponible sur : <http://vih.org/sites/default/files/swaps82.pdf> (page consultée le 8/06/2019).
41. GANDILHON M, CADET TAÏROU A. Les usages de drogues en espace rural, nov 2015, disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmgvc.pdf> (page consultée le 24/10/2019).
42. PANSIOT K. Rôle du pharmacien auprès des patients opiodépendants. *Actual*

Pharm. 1 oct 2017; 56(569) : pp. 31-37.

43. CSP (Code de la santé publique) - Article L1411-11. 28 janvier 2016, chapitre premier bis : organisation des soins, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031930722&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128> (page consultée le 30/10/2019).

44. CSP (Code de la santé publique) - Article L5125-1-1 A. 27 juillet 2019, Section I : Missions et activités des officines, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690015&dateTexte=&categorieLien=cid> (page consultée le 28/10/2019).

45. CODE DE DEONTOLOGIE (Code de déontologie des pharmaciens), juill 2009, disponible sur : <https://www.calameo.com/read/0024493953009f087bf17> (page consultée le 6/10/19).

46. CHEVALIER C, NGUYEN A. Approche globale du traitement de substitution aux opioïdes. Actual Pharm. 1 oct 2017; 56(569) : pp. 23-30.

47. PUBCHEM. Buprenorphine, disponible sur : <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/644073> (page consultée le 23/10/2019).

48. WACK A. Complications infectieuses du mésusage de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX). A propos de 22 cas. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1, 2006, 142 p.

49. ANSM (Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et d'autres produits de santé). Résumé des Caractéristiques du Produit buprénorphine, disponible sur : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0223085.htm> (page consultée le 29/10/2019).

50. ANSM (Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et d'autres produits de santé). Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage, oct 2011, disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf (page consultée le 3/11/2019).

51. MEDDISPAR (Médicaments à Dispensation Particulière). SUBUTEX, disponible sur : [http://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBUTEX-2-B-7/\(type\)/name/\(value\)/subutex/\(cip\)/3400933951405#nav-buttons](http://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBUTEX-2-B-7/(type)/name/(value)/subutex/(cip)/3400933951405#nav-buttons) (page consultée le 22/08/2019).

52. D. Y-M. Médecins, pharmaciens et substituts aux opiacés. Option/Bio, janv 2018; 29(573) : 8 p.

53. PUBCHEM. Methadone, disponible sur : <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/4095> (page consultée le 18/10/2019).

54. COSTENTIN J. Prise en charge pharmacologique de la dépendance à l'héroïne - dysfonctionnements, détournements, comment les corriger, mai 2016, disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/P.793-806.pdf> (page consultée le 26/08/2019).

55. ANSM (Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et d'autres produits de

santé). Résumé des Caractéristiques du Produit méthadone, disponible sur : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0229470.htm> (page consultée le 26/08/2019).

56. BADIN DE MONTJOYE B, FERRAND I. La mise en route d'un traitement par méthadone : un océan de rêves et d'angoisses. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2006; 164(8) : pp. 692-695.

57. BONNET N, MICHELS D, CORNIBERT A-C, BARAUD M. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine, 2014, disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2014/11/Guide-addictologie.pdf> (page consultée le 3/11/2019).

58. MEDDISPAR (Médicaments à Dispensation Particulière) - Recommandations conjointes du CNOM et du CNOP sur la prescription et la délivrance des traitements de substitution aux opiacés, 2017, disponible sur : [http://www.meddispar.fr/Actualites/2017/Recommandations-conjointes-du-CNOM-et-du-CNOP-sur-la-prescription-et-la-delivrance-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/\(medicament\)/3503#nav-buttons](http://www.meddispar.fr/Actualites/2017/Recommandations-conjointes-du-CNOM-et-du-CNOP-sur-la-prescription-et-la-delivrance-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/(medicament)/3503#nav-buttons) (page consultée le 19/09/2019).

59. BRUNET B, MURA P. Dépistage ou dosage des opiacés : en pratique au laboratoire. *Option/Bio.* 1 nov 2010; 21(444) : pp. 14-15.

60. ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS, ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Recommandations ordinales : prescription et dispensation des médicaments de substitution aux opiacés, 2017, disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/376626/1813620/version/1/file/Recommandations+ordinales++prescription+et+dispensation+des+m%C3%A9dicaments+de+substitution+aux+opiac%C3%A9s.pdf> (page consultée le 22/09/2019).

61. OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse.) Les principaux faits marquants en 2018, disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/e720228df40e4bb9c791be6ca8716a65.pdf (page consultée le 18/10/2019).

62. PUBCHEM. Naloxone, disponible sur : <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/5284596> (page consultée le 28/10/2019).

63. AUDINET A, NGUYEN A, VILLEGIER P. La buprénorphine/naloxone, une alternative dans la dépendance aux opiacés. *Actual Pharm.* 1 oct 2014; 53(539) : pp. 37-41.

64. ANSM (Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et d'autres produits de santé). Résumé des caractéristiques du produit Naloxone, disponible sur : https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20180531141239/anx_141239_fr.pdf (page consultée le 22/09/2019).

65. MEDDISPAR (Médicaments à Dispensation Particulière) - SUBOXONE, disponible sur : [http://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBOXONE-2-B-28/\(type\)/name/\(value\)/suboxone/\(cip\)/3400937761499#nav-buttons](http://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBOXONE-2-B-28/(type)/name/(value)/suboxone/(cip)/3400937761499#nav-buttons) (page consultée le 22/09/2019).

66. BRISACIER AC. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes », 2019, disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO190308.pdf> (page consultée le 12/10/2019).

67. CSP (Code de la Santé Publique) - Article R4235-61. Paragraphe 4 : règles à

observer dans les relations avec le public, 8 août 2004, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913718&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808> (page consultée le 30/10/2019).

68. RICHEZ B. Le pharmacien face aux toxicomanes : état des lieux et perspectives d'amélioration. Thèse d'exercice de docteur en pharmacie, Grenoble : Université Grenoble Alpes, 2009, 105 p.

69. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE, MILDECA (Mission Interministérielle de la Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives). Guide des traitements de substitutions aux opiacés en milieu carcéral, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf (page consultée le 19/10/2019).

70. CHEVALIER C, NGUYEN A, NOUGIER I, VILLEGIER P. Addiction avec opiacés : le rôle du pharmacien, Actual Pharm. 1 Mars 2015 :54(544) : pp. 17-21.

71. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS. Abus, usage "récréatif, addiction, dopage - La lutte contre le mésusage des médicaments, 2015, disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/218947/1249970/version/4/file/Cahier+th%C3%A9matique+7+-+La+lutte+contre+le+m%C3%A9susage+du+m%C3%A9dicament.pdf> (page consultée le 30/09/19).

72. BENCE C. Evaluation d'un trouble de l'usage d'alcool aux urgences pédiatriques : synthèse des facteurs de vulnérabilité basée sur une revue systématique de la littérature, 2012, disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8777dd0e-0144-4877-98a0-e3c6702d4bf6> (page consultée le 7/10/2019).

73. INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Consommation et mésusage chez les sujets sous médicaments de substitution aux opiacées : pp. 93-116.

74. MILHET M, CADET-TAÏROU A. Usages de BHD non conformes au cadre médical. De la buprénorphine au Subu : observations récentes du dispositif Trend, thème TREND, 2017, 30 p.

75. BOUR B. Trafic de Subutex : le docteur Furlan condamné, le pharmacien relaxé, France 3 Grand Est, disponible sur : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/grand-est/moselle/trafic-de-subutex-le-docteur-furlan-condamne-le-pharmacien-relaxe-901543.html> (page consultée le 12/10/2019).

76. OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse). Les principaux faits marquants en 2017, disponible sur : [https://www.anis_site/storage/original/application/54cef6b94eb61493fefcb2c4c80ea934.pdf](https://www.ansm.sante.fr/var/anis_site/storage/original/application/54cef6b94eb61493fefcb2c4c80ea934.pdf)

77. LAPEYRE-MESTRE M, JOUANJUS E. Principaux faits marquants de l'enquête OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible) 2017, disponible sur : http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plaquette_osiap_2017.pdf (page consultée le 5/10/2019).

78. FRAUGER E, NORDMANN S, ORLEANS V, PRADEL V, PAULY V, THIRION X, et al. Which psychoactive prescription drugs are illegally obtained and through which ways of acquisition? About OPPIDUM survey: Which psychoactive prescription drugs are illegally

obtained? Fundam Clin Pharmacol. août 2012; 26(4) : pp. 549-556.

79. ROUBY F, PRADEL V, FRAUGER E, PAULY V, NATALI F, REGGIO P, et al. Assessment of abuse of tianeptine from a reimbursement database using 'doctor-shopping' as an indicator: Assessment of abuse liability of tianeptine. Fundam Clin Pharmacol. avr 2012; 26(2) : pp. 286-294.
80. PACCIONI JP. La responsabilité du pharmacien, juin 2017, disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/346605/1695126/version/4/file/Cahier+th%C3%A9matique+11+-+Responsabilit%C3%A9+du+pharmacien-interactif.pdf> (page consultée le 3/11/2019).
81. PONS A-C. La falsification des ordonnances par les usagers : Etat des lieux et axes d'amélioration, 2014, disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/phisp/pons.pdf> (page consultée le 14/10/2019).
82. ANSM (Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des autres produits de santé). Signaler un cas d'abus et de pharmacodépendance, 2017, disponible sur : <https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-medicament/Votre-declaration-concerne-un-medicament/Votre-declaration-concerne-un-medicament-Vous-etes-un-professionnel-de-sante#abus> (page consultée le 3/11/2019)
83. BAMBRUGGE V. Le rôle du pharmacien dans le dispositif de prise en charge du toxicomane dans le domaine de Thionville. Thèse d'exercice de doctorat en pharmacie. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1, 2000, 141 p.
84. APOTHICOM. Steribox, histoire clinique, disponible sur : <http://www.apothicom.org/steribox-histoire-clinique.htm> (page consultée le 3/11/2019).
85. BEAUVÉRIE P, FOURNIER G, GAUDONEIX-TAÏEB M, ROBINET S. La seringue, le Stéribox et le pharmacien, 1999, disponible sur : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/5101.pdf> (page consultée le 17/10/2019).
86. COPPEL A. L'histoire du Stéribox. Entretien avec Elliot Imbert, 2018, disponible sur : <http://www.apothicom.org/Files/100633/2018-05-histoire-Steribox.pdf> (page consultée le 17/10/2019).
87. DROGUES INFO SERVICE. Adresses utiles, 2019, disponible sur : [http://www.drogues-info-service.fr/Adresses-utiles/\(lng\)/5.2823997/\(lat\)/49.0824319/\(address\)/Meuse/\(idR\)/68441/\(country\)/FR](http://www.drogues-info-service.fr/Adresses-utiles/(lng)/5.2823997/(lat)/49.0824319/(address)/Meuse/(idR)/68441/(country)/FR) (page consultée le 17/10/2019).
88. BONNET N. Intérêt d'un programme d'échange de seringues en pharmacie d'officine pour les usagers de drogues par voie intraveineuse. Presse Médicale. déc 2006; 35(12) : pp. 1811-1818.
89. ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS ET DES MEDECINS. Le dossier pharmaceutique : les cahiers de l'ordre national des pharmaciens. nov 2017, disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/366448/1785503/version/2/file/Cahier+th%C3%A9matique12_DP_pap_interactif.pdf (page consultée le 20/10/2019).
90. AGENCE FRANCAISE DE LA SECURITE ET DU NUMERIQUE. Comment utiliser le service Mailiz en quelques clics, disponible sur : <https://mailiz.mssante.fr/essentiel/3-volets-mailiz> (page consultée le 20/10/2019).

91. BOUDERBALA B, MONGE J, REYNE B. Diffusion de la Naloxone en France, 2019, disponible sur : <https://www.addictaide.fr/wp-content/uploads/2019/09/Diffusion-de-la-naloxone.pdf> (page consultée le 3/11/2019).

Annexes

Annexe 1 : Exemple de fausse ordonnance

GROUPE MÉDICAL - MÉDECINE GÉNÉRALE -

<p>DOCTEUR ATTACHÉ AU CENTRE HOSPITALIER</p> <p>CONSULTATIONS LUNDI, JEUDI ET VENDREDI DE 13 H 30 A 16 H 30 MARDI DE 10 H A 11 H 30 SAMEDI DE 9 H 30 A 12 H</p> <p>RENDEZ-VOUS A PARTIR DE 17 H 30</p> <p>ABSENT LE MERCREDI</p> <p style="text-align: right; font-size: 1.2em;">17.10.16</p> 	<p>DOCTEUR MÉDECINE GÉNÉRALE MÉDECINE DU SPORT</p> <p>CONSULTATIONS LUNDI, MARDI, JEUDI DE 10 H A 11 H 30 MARDI ET MERCREDI DE 13 H 30 A 16 H 30 SAMEDI DE 9 H 30 A 12 H</p> <p>RENDEZ-VOUS A PARTIR DE 17 H 30</p> <p>ABSENT LE JEUDI</p> 
--	---

- Subutex 6 mg -
1cp / 4 → 2/1 - 4ste

- Subutex 2 mg -
1cp / 4 → 2/1 - 4ste

- Ass. Substituable
- délivrance en 1 fois



IMPORTANT : POUR LES VISITES, TÉLÉPHONER À PARTIR DE 7 H 30 ET AVANT 9 H, SAUF URGENCES.
EN CAS D'URGENCE, APPELER LE CENTRE 15.
MEMBRES D'UNE A.S.A. CHÈQUE ACCEPTÉ.



2.



CONSEIL REGIONAL
DE LORRAINE

Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens
83-87 rue Raymond Poincaré
B.P 3663
54096 NANCY CEDEX
Tél : 03.83.40.30.22
Fax : 03.83.90.22.13

Nancy, le 11 juin 2015

Diffusion sur la région Lorraine

ATTENTION !

Un **homme** dont le **prénom** est
et les **3 premières lettres** du **nom**
N° de sécurité sociale débutant par
continue de pratiquer le nomadisme pour se faire
délivrer : ZOLPIDEM

Le Docteur signale que
toutes les ordonnances de ZOLPIDEM et
BUPRENORPHINE pour ce patient **doivent être prescrites**
par ses soins et délivrées à la pharmacie
, même si ce Monsieur propose le règlement.

En effet, essaie de se faire délivrer ces produits par d'autres
médecins en pratiquant le nomadisme dans les pharmacies de Lorraine et
Champagne-Ardenne.

En cas de doute, nous vous invitons à contacter le

Merci pour votre vigilance et celle de votre équipe.

Annexe 3 : Procédure manuscrite de délivrance de stupéfiants

Pharmacie X	Version n°1	Délivrance de stupéfiants	Nbr de pages : 2
Rédaction le 27/02 Par Emma SCHIRA		Validation le 4/04 par X	
		Références : recommandations de l'ordre	

Délivrance d'une ordonnance de stupéfiants

Objectifs :

- S'assurer de la délivrance conforme aux réglementations des produits stupéfiants
- Contrôler l'accès et la délivrance des stupéfiants
- Lutter efficacement contre le trafic de ces médicaments

Qui ?

Toute personne de l'officine habilitée à dispenser des médicaments :

- o pharmaciens
- o préparateurs
- o étudiants en pharmacie ayant validé sa 3^{ème} année sous contrôle effectif d'un pharmacien
- o apprentis préparateurs à partir de la 2^{ème} année sous contrôle effectif d'un pharmacien

Fait quoi ?

- Reconnaît la présence d'un médicament stupéfiant sur la prescription (se référer à la liste des produits stupéfiants affichée à coté de l'armoire)
- Effectue une analyse réglementaire et pharmaceutique de l'ordonnance (interactions médicamenteuses, contre-indications...)
- Va chercher les médicaments dans l'armoire fermée à clé
- Dispense les médicaments stupéfiants

Où ?

- Analyse réglementaire et pharmaceutique : au comptoir à l'aide du logiciel de gestion de l'officine
- Préparation des doses à administrer : dans le back office sur le bureau qui fait face à l'armoire des stupéfiants, à l'écart de la vue des patients
- Tarification et délivrance à l'unité des produits et des conseils associés

Quand ?

- Dès la présentation d'une ordonnance de stupéfiants

Comment ?

Analyse réglementaire de l'ordonnance

- S'assurer que la prescription est effectuée sur une ordonnance sécurisée

- S'assurer de la présence de tous les éléments suivants :
 - Informations du prescripteur
 - Nom et prénom
 - Numéro d'identification (Adeli ou RPPS)
 - Adresse professionnelle, coordonnées téléphoniques ou électroniques
 - Nom de l'établissement ou son numéro FINESS
 - Date de rédaction de l'ordonnance
 - Informations du patient
 - Nom, prénom, sexe, date de naissance
 - Poids et taille (si nécessaire chez les enfants par exemple)
 - Dénomination du médicament en toutes lettres
 - Nombre d'unités de prise
 - Nombre de prises
 - Dosage
 - Durée du traitement ou nombre d'unités de conditionnement ainsi que les éventuels fractionnements de délivrance
 - Nom de la pharmacie qui délivre le traitement
 - Signature du prescripteur
 - Nombre de spécialités prescrites dans le carré en bas à droite de l'ordonnance

Si il manque un des ces éléments, contacter le prescripteur.

Substitution aux opiacées (méthadone)

- S'assurer du suivi du patient par un CSAPA
- S'assurer d'une prescription initiale hospitalière ou d'un centre spécialisé (CSAPA...) et la récupérer si nous ne l'avons pas.

Analyse pharmacologique de l'ordonnance

- S'assurer de l'absence de contre indications avec la ou les pathologie(s) du patient
- Vérifier l'absence d'interactions médicamenteuses

Délivrance

- Inscription en rouge sur l'ordonnance en toutes lettres du numéro d'ordonnancier, le nom et la quantité d'unités délivrées
- Inscription du numéro d'ordonnancier et apposer le tampon de la pharmacie au dos des boîtes
- Délivrance des stupéfiants pour la durée inscrite sur l'ordonnance (7 jours, 14 jours ou 28 jours maximum selon les produits)
- Scanner l'ordonnance dans l'ordinateur et garder le duplicata
- Rendre l'original au patient

Suivi

- Tous les mois, faire la balance des entrées/sorties avec toutes les ordonnances
- Editer la balance et conserver les documents pendant 10 ans

N° d'identification :

TITRE

LE ROLE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES OPIACEES EN MEUSE, ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS MEUSIENS

Thèse soutenue le Vendredi 20 Décembre 2019

Par Emma Schira

RESUME :

La toxicomanie représente un problème de santé publique actuel notamment à cause de la survenue de maladies telles que l'hépatite B, C et le VIH. La région Grand Est et la Meuse sont particulièrement touchées par la toxicomanie aux opiacés avec une forte présence d'héroïne circulant sur le territoire. La position géographique de la Meuse participe à la disponibilité du produit et à la facilité de se le procurer pour les habitants des villes et des petits villages meusiens.

Face aux consommations observées, de nombreux patients bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés délivré sur prescription en pharmacie. Le pharmacien détient ainsi un rôle important dans l'encadrement des patients toxicomanes et veille au bon déroulement du traitement. Il assure le respect des délivrances, l'approvisionnement et la gestion des stocks des médicaments de substitution. Il prend part également à la coopération interprofessionnelle avec les équipes soignantes en addictologie. Le pharmacien participe aux actions de prévention en délivrant des Stéribox et en participant à des programmes d'échange de seringues.

Une enquête a été réalisée auprès des pharmaciens meusiens et interroge sur la prise en charge des patients sous substitution à l'officine. L'enquête apporte une description de la répartition des patients parmi les officines, des relations pharmaciens/patients et s'intéresse au côté pratique lors de la délivrance de médicaments de substitution. Elle donne un aperçu du suivi des toxicomanes par les officines au cours de l'année 2019 en Meuse.

Les résultats de l'enquête ont permis de réaliser des outils d'aide à la prise en charge à disposition des pharmaciens tels que : un dossier patient, des fiches mémos pharmacien et médecin, des fiches patient et des procédures d'aide à la délivrance.

MOTS CLES : Toxicomanie, drogues, Meuse, enquête, conseils à l'officine, outils d'aide, fiches

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme JOSSELIN Isabelle		Expérimentale <input type="checkbox"/>
		Bibliographique <input type="checkbox"/>
		Thème <input type="checkbox"/>

Thèmes	1 – Sciences fondamentales 3 – Médicament 5 - Biologie	2 – Hygiène/Environnement 4 – Alimentation – Nutrition 6 – Pratique professionnelle
--------	---	--

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : vendredi 20 décembre 2019 à 16h30

<p align="center">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : Emma SCHIRA</p> <p>Sujet : Le rôle du pharmacien dans la prise en charge des usagers de drogues opiacées en Meuse, enquête auprès des pharmaciens meusiens.</p> <p>Jury :</p> <p>Président : M. Luc FERRARI, Professeur des Universités Directeur : Mme Isabelle JOSSELIN, Pharmacien Juges : Mme Dominique GUIRLET, Praticien hospitalier Mme Juliana TOURNEBIZE, Pharmacien</p>	<p align="right">Vu, Nancy, le 19/11/19</p> <p>Le Président du Jury Directeur de Thèse</p> <p>Mr FERRARI Mme JOSSELIN</p>  
<p align="center">Vu et approuvé, Nancy, le 20.11.2019</p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p>  <p align="center"><i>Pr. Raphaël DUVAL</i></p>	<p align="right">Vu, Nancy, le - 6 DEC. 2019</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine,</p>  <p align="center"><i>Pierre MUTZENHARDT</i></p> <p>N° d'enregistrement : 11021</p>