

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER  
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

**ANNEE : 2013**

**THESE 2013 TOU3 2030**

**THESE**

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

Présentée et soutenue publiquement le 07 Juin 2013 par

**M. Kevin CONDÉ**

**PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE  
DISPOSITIF DE RÉDUCTION DES RISQUES  
LIÉS A L'USAGE DE DROGUES**

Directeur de thèse : Dr. Maryse LAPEYRE-MESTRE

**JURY**

Président du jury : Pr. Anne ROUSSIN  
1er assesseur : Mme Martine LACOSTE  
2ème assesseur : Mme Nathalie PEYRE



**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER  
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

**ANNEE : 2013**

**THESE 2013 TOU3 2030**

**THESE**

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

Présentée et soutenue publiquement le 07 Juin 2013 par

**M. Kevin CONDÉ**

**PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE  
DISPOSITIF DE RÉDUCTION DES RISQUES  
LIÉS A L'USAGE DE DROGUES**

Directeur de thèse : Dr. Maryse LAPEYRE-MESTRE

**JURY**

Président du jury : Pr. Anne ROUSSIN  
1er assesseur : Mme Martine LACOSTE  
2ème assesseur : Mme Nathalie PEYRE

*A ma famille,*

*A mes amis,*

*A Greg,*

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail et plus particulièrement les membres du jury :

*Dr. Maryse Lapeyre-Mestre,  
(Faculté de Médecine, CEIP de Toulouse)*

Ce fut un vrai plaisir de travailler sur cette thématique et un honneur de le faire sous votre direction. Votre rigueur scientifique et vos qualités pédagogiques m'ont aidé tout au long de la réalisation de ce travail. Je vous remercie pour votre aide, vos précieux conseils et vous prie de voir dans cette thèse l'expression de ma profonde estime et de ma vive reconnaissance.

*Pr. Anne Roussin,  
(Faculté de Pharmacie, CEIP de Toulouse)*

Au fil de vos interventions à la faculté et alentours vous avez su aiguïser mon intérêt grandissant pour la thématique de l'addictologie. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et vous invite à trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

*Martine Lacoste,  
(Association Clémence Isaure, Fédération Addiction)*

Je vous remercie chaleureusement pour tout l'intérêt que vous avez manifesté vis-à-vis de ce travail ainsi que pour votre disponibilité et vos initiatives. Je suis très honoré que vous ayez accepté de siéger au sein de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

*Nathalie Peyre,  
(Pharmacie Matabiau, Passages Réseau Addiction 31)*

Au regard de votre implication professionnelle sur cette thématique, votre expérience était la bienvenue. Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger au sein de ce jury et vous prie de recevoir l'expression de ma très respectueuse considération.

Je tiens également à remercier les personnes suivantes :

Gaëlle Barencourt (CEIP de Toulouse), pour son aide et sa sympathie.

Aurore Palmaro (CEIP de Toulouse), pour l'analyse des résultats et sa grande disponibilité à chacune de mes sollicitations.

L'ensemble des structures, CSAPA et CAARUD, ayant participé à l'enquête.

L'ensemble des usagers ayant accepté de répondre au questionnaire.

Les équipes des CAARUD AIDES Midi-Pyrénées et Intermède pour m'avoir accueilli dans leurs locaux.

L'association Clémence Isaure pour m'avoir ouvert ses portes.

Pierre Chappard (du Réseau Français de Réduction des Risques), Nadine Chamard (du CIRDD Rhône-Alpes) et Bernard Bertrand (de [salledeconsoommation.fr](http://salledeconsoommation.fr)) pour la veille et la diffusion d'informations relatives à la RdR et aux addictions.

L'ensemble des associations, locales et nationales, qui travaillent à la promotion de la réduction des risques.

Les différents chercheurs qui ont accepté de m'envoyer des reprints de leurs publications parfois difficiles à trouver.

Ma famille, pour leur soutien et leur accompagnement permanents.

Mes amis, avec une pensée particulière pour :

Greg, qui a su m'apporter sa bienveillance,  
Fred, qui a assumé la lourde tâche de la relecture,  
Olivier, qui a su me changer les idées à chacune de ses soirées,  
Sarah, au franc-parler rafraîchissant,  
Claudine et John, qui ont toujours été présents malgré la distance,

Et tous ceux que j'ai oubliés.

« La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants. »

*Article L3121-4 du Code de la Santé Publique*

« La réduction des risques fait appel à une dimension pragmatique de santé publique qui prend en compte la trajectoire de l'usager de drogues et ses conditions d'existence pour répondre à ses besoins. »

*INSERM, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. 2010*

« Le pharmacien doit veiller à ne jamais favoriser, ni par ses conseils ni par ses actes, des pratiques contraires à la préservation de la santé publique. »

*Article R4235-10 du Code de la Santé Publique*

« L'indifférence, le rejet, la répression engendrent l'irresponsabilité, mais si le droit des personnes est respecté, on peut alors légitimement faire appel au sens des responsabilités. »

*Anne Coppel, Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. La Découverte, 2002, p.62*

## Avant-propos : Considérations sémantiques

Le terme de « toxicomanie » a volontairement été banni de cette thèse. Il y apparaît quelques fois mais toujours de façon contextualisée ou dans le cadre d'une citation. Le parti pris adopté, consistant à évincer ce vocable du présent travail, repose sur un double constat : d'une part le terme a une étymologie scientifiquement mal construite, d'autre part il est stigmatisant.

Tout d'abord, intéressons nous à l'étymologie du terme « toxicomanie ». Elle repose sur deux racines grecques : *toxikón* (le poison) et *mania* (la folie).

Un des principes fondateurs de la pharmacologie, posé par Paracelse, stipule que le caractère toxique d'une substance n'est pas lié à la nature de la substance mais au dosage considéré. C'est le fameux adage : « Tout est poison, rien n'est poison, la dose seule fait le poison » (Paracelse). Le terme du grec ancien *phármakon* (*φάρμακον*) rappelle déjà cette dualité en désignant à la fois le remède et le poison. A l'inverse, le terme *toxikón* (*τοξικόν*), qui désigne le poison dont on enduit les flèches, fait référence à une substance volontairement utilisée à dose toxique.

La frontière entre drogue et médicament n'a jamais été aussi floue. Des médicaments deviennent des drogues et vice-versa (opiacés, amphétamines, benzodiazépines, cannabis...), sans que l'on ne sache toujours réellement quel est l'usage pratiqué (anxiolytique prescrit qui devient une drogue de confort, usage de cannabis qui se révèle être une automédication bancale...). Les psychotropes sont des *phármaka*, des pièces dont les deux faces, remède et poison, sont indissociables. Le concept de *toxikón*, en ne se focalisant que sur une seule de ces faces, nie la complexité de cette réalité (Rosenzweig, 2008).

Quant à la seconde racine, *mania* (*μανία*), elle désigne la manie, la folie. Si, initialement, on peut penser que cette notion renvoie simplement à une idée obsédante, une incapacité à contrôler ses instincts, on s'aperçoit rapidement que le terme est porteur d'une connotation assez négative. Ce concept de manie contribue à considérer l'individu comme « artisan de l'influence qu'il [exerce] sur lui-même », ce que Rosenzweig appelle l'intransitivité de l'usage de stupéfiants et qui autorise que l'on reproche à l'usager d'être l'auteur de son propre malheur (Rosenzweig, 2008). En outre, l'usage de ce suffixe renforce l'idée de dichotomie entre les psychotropes illégaux (stupéfiants), dont l'usage sera désigné par des termes qui prendront le suffixe « -manie » (héroïnomanie, cocaïnomanie...), et les psychotrope légaux, dont l'usage appellera le suffixe plus neutre « -isme » (alcoolisme, tabagisme). Or cette distinction entre drogues légales et illégales ne présente pas de pertinence, ni en termes médico-scientifiques (la différence de statut légal n'étant pas en rapport avec une hiérarchisation de nocivité), ni en terme de réduction des risques (nécessité de réduire les risques associés à l'usage de toutes les drogues, illégales ou non). Il est donc inutile, voire contre-productif, de se référer au concept de toxicomanie qui ne concerne que les stupéfiants. Car, comme le rappelle Anne Coppel, « le toxicomane n'est pas un concept clinique, c'est un concept emprunté à la loi » (Coppel, 2002).

D'autre part, le vocable de « toxicomane » véhicule une connotation très négative : il renvoie en effet à un stéréotype anxigène (Taillac, 2007) et répulsif, qui place les sujets concernés dans une représentation sociale « désobligeante et disqualifiante » (Jacques et Figiel, 2006).

Par conséquent, pour cet ensemble de raisons, les termes « toxicomanie » et « toxicomanes » ne seront pas utilisés dans cette thèse, sauf dans les situations où leur emploi sera justifié, à savoir les descriptions contextualisées et les citations.

Les termes d'« usage » et d'« usagers de drogues » (UD), bien qu'également imparfaits (mais présentant moins d'inconvénients), leur seront préférés ; conformément aux habitudes sémantiques qui semblent s'installer dans les milieux spécialisés (Jauffret-Roustide et al., 2004).

## Table des matières

INTRODUCTION.....	13
CONCEPT DE LA REDUCTION DES RISQUES .....	14
1) Risques associés à l'usage de drogues .....	15
1.1) Risques sanitaires stricts.....	15
1.1.1) Risques sanitaires infectieux.....	15
1.1.1.1) Risques infectieux épidémiques .....	15
1.1.1.2) Risques infectieux non épidémiques .....	16
1.1.2) Risques sanitaires non infectieux.....	17
1.2) Risques non sanitaires stricts.....	17
2) Principes.....	18
2.1) Principes généraux.....	18
2.2) Diversité de conceptions .....	18
3) Historique et situation française .....	19
3.1) Contexte historique .....	19
3.2) Accessibilité au matériel d'injection .....	20
3.3) Traitements de substitution .....	21
3.3.1) Objectifs.....	22
3.3.2) Médicaments disponibles.....	23
3.3.3) Autres traitements.....	25
3.4) Structures de prise en charge .....	27
3.4.1) Seuil d'exigence.....	27
3.4.2) Dispositifs existants .....	27
3.4.3) Une opposition stérile ? .....	29
3.4.4) Institutionnalisation de la politique de RdR.....	29
4) Pistes de diversification de l'offre de RdR .....	30
4.1) Salles de Consommation à Moindres Risques (SCMR).....	31
4.2) Education aux Risques Liés à l'Injection.....	32
4.3) Naloxone pour la prévention des décès par overdose .....	32
5) Efficacité des mesures de réduction des risques .....	33
PLACE DU PHARMACIEN DANS LE DISPOSITIF .....	35
1) Le pharmacien et la réduction des risques.....	36
1.1) Contexte français .....	36

1.1.1) Contexte général .....	36
1.1.2) Enquête nationale CEIP-AFSSAPS (2010) .....	37
1.1.2.1) Résultats de l'étude n°1 .....	37
1.1.2.2) Résultats de l'étude n°2 .....	38
1.1.3) Autres données françaises récentes .....	41
1.1.3.1) Enquête PharmAsud .....	41
1.1.3.2) Enquête sur l'acquisition du matériel d'injection en pharmacie .....	41
1.1.3.3) Journée nationale sur l'échange de seringues en pharmacie .....	42
1.2) A l'étranger .....	42
2) Enquête régionale CSAPA-CAARUD (2012) .....	44
2.1) Présentation .....	44
2.1.1) Objectifs .....	44
2.1.2) Matériels et méthodes .....	44
2.1.2.1) Inclusion .....	44
2.1.2.2) Questionnaires .....	46
2.1.2.3) Analyse .....	47
2.2) Résultats .....	47
2.2.1) Principales caractéristiques des participants .....	48
2.2.2) Description des consommations des usagers .....	50
2.2.3) Rapports avec le pharmacien et usage de matériel d'injection .....	52
2.2.4) Description de la consommation de MSO .....	54
2.2.5) Description des critères de choix du MSO consommé .....	55
2.2.6) Description du cadre du traitement de substitution .....	57
2.2.7) Description du vécu du traitement de substitution .....	59
2.2.8) Autres médicaments psychotropes consommés .....	61
2.3) Discussion .....	63
2.3.1) Principaux résultats .....	63
2.3.2) Différences avec l'enquête nationale de 2010 .....	64
2.3.3) Evolution des modalités d'enquête .....	72
3) Perspectives concernant l'implication officinale .....	73
3.1) Problématique .....	73
3.2) Suggestions .....	75
3.3) Conditions de faisabilité .....	77
CONCLUSION .....	79
BIBLIOGRAPHIE .....	80
ANNEXES .....	84

ANNEXE 1 : Extrait de la loi n°2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique.....	85
ANNEXE 2 : Extrait du décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue .....	86
ANNEXE 3 : Lettre de sollicitation à la participation à l'enquête.....	88
ANNEXE 4 : Bordereau de réponse.....	89
ANNEXE 5 : Lettre destinée aux structures participantes .....	90
ANNEXE 6 : Questionnaire destiné aux usagers .....	91
ANNEXE 7 : Programme des XVIIèmes journées du CEIP de Toulouse.....	95

## Liste des abréviations utilisées

**AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (devenue ANSM)

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (devenue Haute Autorité de Santé, HAS)

**ANITEA** : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie (devenue Fédération Addiction)

**ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

**ANRS** : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ex-AFSSAPS)

**ASUD** : Auto-Support des Usagers de Drogues

**BHD** : Buprénorphine Haut Dosage

**CAARUD** : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

**CCAA** : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

**CEIP** : Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

**C(I)DAG** : Centre (d'Information et) de Dépistage Anonyme et Gratuit

**CIDDIST** : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

**CIS** : Centre d'Injection Supervisé

**CNSP** : Commission Nationale des Stupéfiants et des Psychotropes (commission Afssaps)

**CRIPS** : Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida

**CSAPA** : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CSP** : Code de la Santé Publique

**CSST** : Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

**DASRI** : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**EMA** : European Medicines Agency

**F3A** : Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie

**FA** : Fédération Addiction (association issue de la fusion de l'ANITEA et de la F3A)

**HPST (loi)** : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

**MSO / TSO** : Médicaments / Traitements de Substitution aux Opiacés

**PES** : Programme d'Échange de Seringues

**RdR** : Réduction des Risques

**RESPADD** : Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions

**SCMR** : Salles de Consommation à Moindres Risques

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**VHB / HBV** : Virus de l'Hépatite B / Hepatitis B Virus

**VHC / HCV** : Virus de l'Hépatite C / Hepatitis C Virus

**VIH / HIV** : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Human Immunodeficiency Virus

**UD** : Usager de Drogues

**UDVI / UDIV / UDI** : Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse / UD en IntraVeineuse / UD Injecteurs

## Liste des Tableaux et Figures

**Tableau 1 (p 16)** : récapitulatif de quelques caractéristiques des virus VIH, VHC et VHB

**Tableau 2 (p 30)** : récapitulatif des étapes de la mise en œuvre de la RdR en France

**Tableau 3 (p 45)** : liste des structures sollicitées et statut participatif

**Figure 1 (p 48)** : participation à l'enquête

**Tableau 4 (p 49)** : principales caractéristiques des répondants

**Tableau 5 (p 50)** : santé des participants

**Tableau 6 (p 51)** : description des consommations des usagers

**Tableau 7 (p 53)** : rapports avec les pharmaciens et utilisation de matériel d'injection

**Tableau 8 (p 55)** : description de la consommation de MSO

**Tableau 9 (p 56)** : critères de choix du MSO

**Tableau 10 (p 58)** : description du cadre du TSO

**Tableau 11 (p 60)** : description du vécu du TSO

**Tableau 12 (p 62)** : autres médicaments psychotropes consommés

**Figure 2 (p 65)** : principales différences concernant les caractéristiques des patients

**Figure 3 (p 66)** : principales différences concernant le statut virologique, la consommation de drogues et l'usage de matériel d'injection

**Figure 4 (p 67)** : raisons de se procurer le MSO en dehors d'une pharmacie ou d'un centre

**Figure 5 (p 68)** : critères « très importants » dans le choix du MSO

**Figure 6 (p 68)** : importance des éléments du cadre de prise en charge

**Figure 7 (p 69)** : satisfaction vis-à-vis des éléments du cadre de prise en charge

**Figure 8 (p 70)** : importance et satisfaction vis-à-vis des éléments du cadre

**Figure 9 (p 71)** : différences dans la perception et le vécu du traitement par MSO

## INTRODUCTION

Les usagers de drogues, et particulièrement les injecteurs, s'exposent à différents risques pouvant menacer leur état de santé. Ces risques peuvent être très divers : infections (virales, bactériennes, fongiques), overdoses, abcès, œdèmes, phlébites, désocialisation...

Pour prévenir ces dommages potentiels, la réponse de la société s'est longtemps bornée à la promotion idéaliste de la désintoxication et de l'abstinence.

Dans les années 80, l'émergence de l'épidémie de SIDA a impulsé un changement de paradigme : l'urgence sanitaire imposait l'adoption d'une attitude plus pragmatique consistant à limiter les risques auxquels s'exposaient les usagers de drogues, quitte à accepter de reléguer au second plan l'objectif de sevrage.

Ce dispositif de « réduction des risques » fait intervenir différents outils parmi lesquels on peut citer le libre accès au matériel d'injection stérile, les traitements de substitution ou le développement de structures de prise en charge spécialisées.

Malgré quelques réticences, la notion de réduction des risques s'est finalement imposée aux acteurs comme un élément incontournable d'une politique de santé publique pragmatique et efficace. Néanmoins, en dehors du milieu de l'addictologie ou des cercles annexes, la démarche n'est pas toujours bien comprise. Partant de ce constat, nous avons souhaité nous intéresser à l'implication et au rôle du pharmacien d'officine dans cette politique.

Dans une première partie, nous développerons ce concept de réduction des risques. Pour cela, nous présenterons les différents types de risques auxquels s'exposent les usagers de drogues, les principes fondateurs de cette politique, la situation française telle qu'elle existe et quelques pistes de diversification du dispositif existant.

Puis, dans une seconde partie, nous présenterons les résultats d'une enquête que nous avons menée sur la région Midi-Pyrénées en 2012. Cette enquête, réalisée auprès d'usagers de drogues, avait pour objectif d'évaluer leurs points de vue concernant le dispositif de prise en charge et notamment l'implication des pharmaciens dans celui-ci.

Après en avoir discuté les résultats, une mise en perspective nous permettra de proposer quelques pistes de réflexion concernant une éventuelle amélioration de l'implication officinale dans la politique française de réduction des risques. Des objectifs et certaines de leur modalités de mise en œuvre seront ainsi proposés.

# CONCEPT DE LA REDUCTION DES RISQUES

# 1) Risques associés à l'usage de drogues

Les usagers de drogues (UD) s'exposent à différents types de risques. Une des façons de classer ces risques pourrait être la suivante : d'une part les risques sanitaires au sens strict, au sein desquels on peut différencier les risques infectieux des risques non infectieux, d'autre part des risques non sanitaires stricts.

Pour les besoins de la classification, seront considérés comme « risques sanitaires stricts » les risques somatiques ou psychologiques à caractère médical et seront considérés comme « risques non sanitaires stricts » les autres risques, à savoir les risques sociaux, relationnels, économiques et légaux.

Certains des risques évoqués concernent spécifiquement les usagers de drogues par voie intraveineuse, d'autres les concernent plus particulièrement sans être exclusifs (par exemple, transmission possible du virus HCV par le partage d'une paille de sniff ou d'une pipe à crack), et d'autres encore peuvent potentiellement atteindre tous les UD.

## 1.1) Risques sanitaires stricts

### 1.1.1) *Risques sanitaires infectieux*

Parmi les risques infectieux, on peut distinguer les risques infectieux à potentiel épidémique, qui représentent un problème de santé publique de par le risque de transmission à d'autres individus, et les risques infectieux individuels qui ne représentent pas de menace épidémique conséquente (Canonne, 2010).

#### 1.1.1.1) Risques infectieux épidémiques

Les risques infectieux épidémiques auxquels sont exposés les usagers, et plus particulièrement les injecteurs (UDI), s'axent principalement autour des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB).

Le VIH et le VHB sont des virus transmissibles par voies sanguine, sexuelle et périnatale. Le VHC se transmet quasi-exclusivement par voie sanguine (CRIPS IdF et INPES, 2009), ce qui inclut l'injection mais pas uniquement (chirurgie, tatouage, piercing, partage de rasoir...). Le VHB et le VHC présentent une contagiosité supérieure à celle du VIH (Canonne, 2010). Le taux de chronicisation se situe autour de 60 à 85% pour le VHC (ARN viral et sérologie positive pendant plus de 6 mois) et de 10% pour le VHB (ADN viral et antigénémie HBs positive pendant plus de 6 mois) (Kopp et Fenoglio, 2006). Pour le VIH, l'infection n'étant jamais résolutive, on ne peut pas véritablement faire intervenir le concept de chronicité. A titre d'illustration, on posera un taux de passage à la chronicité de 100% pour ce virus. A l'heure actuelle, seule l'infection par le virus de l'hépatite B peut être prévenue par la vaccination.

## Prévalence chez les UD : Etude Coquelicot

En 2004, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) ont réalisé une enquête épidémiologique transversale de séroprévalence du VIH et du VHC au sein de la population d'usagers de drogues (1462 participants) : c'est l'étude InVS-ANRS Coquelicot.

Cette étude a conclu à une séroprévalence chez les UD de 10,8% pour le VIH (IC95% [6,8-16,6]) et de 59,8% pour le VHC (IC95% [50,7-68,3]) (Jauffret-Roustide et al., 2006a).

A titre de comparaison, la séroprévalence du VHC en population générale était estimée à 0,84% en 2004 (INSERM, 2010). Concernant le VIH, la prévalence en population générale était estimée, par la méthode du rétrocalcul, à 97000 cas en 2003 (INSERM, 2010), sur une population française estimée par l'INSEE à 60,2 millions d'habitants à cette époque. Ce qui donnerait donc une prévalence relative d'environ 0,16% (en pratique, la séroprévalence HIV n'est pas présentée en pourcentage, elle l'est ici seulement à titre de comparaison).

L'étude Coquelicot révèle également que le statut sérologique est souvent mal connu, notamment vis-à-vis du VHC pour lequel 27% des UD se déclarent séronégatifs à tort, contre seulement 2% des UD qui se déclarent séronégatifs à tort pour le VIH (Jauffret-Roustide et al., 2006a).

L'étude Coquelicot ne s'est pas intéressée à la prévalence de l'infection par le VHB. Il n'existe pas, en France, à l'heure actuelle, d'enquête récente avec prélèvements biologiques permettant d'estimer la prévalence de l'infection VHB en population UD (INSERM, 2010). En population générale métropolitaine, la prévalence du portage de l'antigène HBs était estimée à 0,65% en 2004 (Antona et al., 2009).

Ces données sont récapitulées dans le tableau 1. Celui-ci n'est présenté qu'à des fins d'illustration.

	<b>VIH</b>	<b>VHC</b>	<b>VHB</b>
<b>Transmission sanguine</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Transmission sexuelle</b>	Oui	Rare	Oui
<b>Transmission périnatale</b>	Oui	Rare	Oui
<b>Contagiosité</b>	+	++	+++
<b>Chronicisation</b>	100%	60-85%	10%
<b>Vaccination</b>	Non	Non	Oui
<b>Prévalence population UD</b>	10,8%	59,8%	n/a
<b>Prévalence population générale</b>	0,16%	0,84%	0,65%

**Tableau 1** : récapitulatif de quelques caractéristiques des virus VIH, VHC et VHB

### 1.1.1.2) Risques infectieux non épidémiques

Ces risques correspondent à des complications somatiques faisant intervenir des agents infectieux mais qui ne sont pas de nature à présenter un potentiel épidémique majeur (Cannone, 2010).

Parmi ces complications, on peut citer (Derricott et al., 2008) :

- Infections locales au point d'injection : abcès, phlébite, cellulite
- Septicémies
- Endocardites infectieuses
- Candidoses disséminées profondes
- « Poussières » : une « poussière » correspond à une manifestation fébrile (frissons, transpiration, céphalées) apparaissant juste après l'injection et spontanément résolutive en quelques heures. Cette réaction est due à l'introduction dans le système sanguin, soit d'un agent infectieux mort ou en faible quantité (bactériémie/fongémie transitoire), soit d'un agent pyrogène non infectieux (produit de coupe, excipient).

### **1.1.2) Risques sanitaires non infectieux**

Concernant les risques sanitaires de nature non infectieuse, on peut évoquer les complications suivantes :

- Overdose,
- Comorbidités psychiatriques,
- Complications liées à l'injection et altération du capital veineux.

Parmi les complications liées à l'injection, on peut citer (Derricott et al., 2008) :

- Injection en sous-cutané (« shoot raté ») ou épanchement de la solution injectée dans les tissus environnants, pouvant conduire à la formation d'un granulome ou d'un abcès stérile
- Granulomes pulmonaires
- Micro-embolies entraînant un œdème du membre (main, avant-bras)
- Obstruction veineuse pouvant se compliquer à plus ou moins long-terme d'ulcères, d'infections locales (abcès, phlébite, cellulite), de gangrène
- Thrombose veineuse profonde pouvant conduire à une embolie pulmonaire ou causer un syndrome post-phlébitique
- Vascularite

### **1.2) Risques non sanitaires stricts**

Ils sont représentés par les risques économiques, les risques sociaux (rupture familiale, délinquance, marginalisation), les risques relationnels (exclusion, restriction des relations sociales à l'univers des drogues) et risques légaux (prohibition de l'usage et conduites délictueuses associées) (INSERM, 2010).

## 2) Principes

### 2.1) Principes généraux

La notion de réduction des risques (RdR) liés à l'usage de drogues désigne une politique de santé publique regroupant un ensemble de stratégies et de mesures visant à réduire les dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage de produits psychoactifs. C'est une démarche de hiérarchisation des priorités qui consiste à promouvoir les comportements les moins délétères, en s'adaptant aux souhaits et capacités des individus ciblés. L'esprit général de cette démarche pourrait être illustré par le message préventif suivant : « *Si vous le pouvez, ne vous droguez pas. Sinon, essayez de sniffer au lieu d'injecter. Sinon, utilisez une seringue propre. Sinon réutilisez la vôtre. Au pire, si vous partagez une seringue, nettoyez-la à l'eau de Javel.* » (Jauffret-Roustide et al., 2004). Une formulation plus concise et plus générale pourrait être : « *Il est préférable de ne pas consommer de drogues, mais pour ceux qui le font malgré tout, il est préférable de le faire de la façon la moins nocive possible* »<sup>1</sup>.

Ainsi, la notion de réduction des risques suppose la rupture avec l'idéal d'éradication des drogues et propose plutôt d'apprendre à « vivre avec les drogues » (Jauffret-Roustide, 2011 ; Morel et al., 2012). Autrement dit, elle suggère d'accepter l'idée selon laquelle la consommation de drogues est inexorable, sans pour autant la promouvoir, afin de se concentrer sur la minimisation de ses conséquences néfastes. Cette démarche s'intéresse donc aux consommateurs de substances psychotropes dans le but de rendre leur usage le moins nocif possible. Elle est complémentaire de la prévention de l'usage qui s'adresse aux non-consommateurs afin de prévenir leur passage vers le statut de consommateurs.

Le concept de réduction des risques propose donc une approche pragmatique, fondée sur le non-jugement (Stafford, 2007), c'est-à-dire qu'elle ne s'intéresse pas à la problématique morale ou légale posée par la consommation de drogues mais simplement à en prévenir les conséquences délétères. La réduction des risques ne se limite donc pas à l'addition d'un ensemble de mesures ponctuelles mais propose véritablement un changement de paradigme dans le domaine de prise en charge des addictions (Jauffret-Roustide, 2011).

En France, la politique de réduction des risques se focalise essentiellement sur la réduction des risques sanitaires, principalement infectieux (INSERM, 2010).

### 2.2) Diversité de conceptions

Bien que dans une première approche on puisse donner un aperçu global du concept de réduction des risques, cette notion fait en réalité l'objet de plusieurs désaccords dans la littérature spécialisée. Selon Hunt, « bien qu'il y ait, pour des raisons pratiques, un certain consensus parmi ses acteurs sur ce qu'est la réduction des risques, elle n'a pas de définition

---

<sup>1</sup> Formulation inspirée d'une déclaration de Nicole Maestracci, ancienne présidente de la Mildt, lors de l'émission « Drogues : la nouvelle donne » diffusée sur France 3 IdF en juin 2005 : « oui, il vaut mieux ne pas consommer, mais si on consomme il vaut mieux ne pas en mourir ».

formelle ou bien acceptée » (Hunt, 2004). Cette situation semble toujours d'actualité puisque l'on pouvait toujours lire, plus récemment, dans l'*International Journal of Drug Policy* :

« Comme de nombreux auteurs l'ont observé [...] et malgré un grand nombre de publications cherchant à la clarifier [...], l'ensemble des personnes concernées par la politique des drogues [...] n'a pas réussi à trouver un accord sur la définition de la réduction des risques et continue de débattre sur sa signification. » (Greenfield et Paoli, 2012).

Parmi les différents débats qui intéressent les milieux spécialisés, on peut en relever deux : le premier est relatif au positionnement de la RdR vis-à-vis de l'objectif d'abstinence, le second concerne la place de la morale, de la politique et de la loi (Jauffret-Roustide, 2011).

Au sein du premier débat s'opposent deux approches : l'une gradualiste, proposant un continuum (et donc une complémentarité) entre les stratégies de réduction des risques et l'objectif d'abstinence ; l'autre intégrationniste, pour laquelle l'abstinence n'est qu'une finalité ultime (Jauffret-Roustide, 2011 ; INSERM, 2010).

Le second débat oppose les partisans d'une vision neutre de la RdR (c'est-à-dire une approche purement pragmatique) à ceux revendiquant une approche plus morale et politique (Jauffret-Roustide, 2011 ; INSERM, 2010). Cette approche politique peut concerner des revendications plus globales sur la situation des usagers ou s'intéresser à la question légale. Ainsi Hunt distingue deux approches de la réduction des risques en fonction des priorités accordées à la santé publique et à la souveraineté des individus : une version dite des « droits forts » (*strong rights*), pour laquelle la souveraineté des individus sur leur corps est prioritaire (la consommation de drogues étant considérée comme un droit fondamental), et une version dite des « droits faibles » (*weak rights*), pour laquelle la santé publique prédomine (Hunt, 2004).

Des considérations relatives à l'objectif d'abstinence seront brièvement apportées dans le chapitre traitant des traitements de substitution. Quant au second débat sur le degré de politisation des acteurs de la RdR, même s'il s'agit d'une question passionnante, il ne s'intègre pas véritablement dans l'objet de ce travail.

Notons également que d'autres points de désaccord existent au sein des milieux spécialisés mais ne nous intéresseront pas ici.

### **3) Historique et situation française**

#### **3.1) Contexte historique**

En France, la médiatisation de la question de l'usage de drogues démarre véritablement en août 1969, après le décès par overdose d'une jeune fille de 17 ans dans les toilettes du casino de Bandol. La consommation de drogues existait bien avant les années 1970 mais se concentrait plutôt dans les milieux artistiques ou médicaux ; les milieux populaires étant

plutôt concernés par la consommation d'alcool<sup>2</sup>. A partir de l'été 1969, le problème de « la drogue » va envahir la presse, créant une situation anxiogène disproportionnée par rapport à la situation réelle de l'époque (Taillac, 2007), contribuant ainsi à la naissance d'une panique morale. Suite à cette agitation médiatique sera votée la loi n° 070-1320 du 31 décembre 1970 relative aux « mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses ». En plus d'insister sur le trafic de stupéfiants (Rosenzweig, 2008), cette loi, toujours en vigueur, crée un arsenal juridique pénalisant l'usage, sans distinction entre les produits, l'intensité d'usage ou le caractère public ou privé de celui-ci (Jauffret-Roustide et al., 2004). Mais cette loi introduit également une alternative thérapeutique à la sanction pénale : l'injonction thérapeutique. Concrètement, cela permet au procureur d'enjoindre l'utilisateur incriminé à suivre une cure de désintoxication en l'échange d'une suspension des poursuites engagées (Rosenzweig, 2008). Cette disposition crée néanmoins une ambiguïté sur le statut de l'utilisateur de drogues puisqu'elle le catégorise à la fois comme un délinquant (pénalisation du simple usage) et comme un malade (création d'un dispositif de prise en charge). L'utilisateur de drogues devient donc mi-coupable mi-victime (Jauffret-Roustide et al., 2004).

Dans les années 1970, les pouvoirs publics vont donc élaborer un système de prise en charge garantissant des soins anonymes et gratuits à tous les usagers de drogues qui en font la demande. Les référentiels de prise en charge de l'époque sont alors fondés sur la psychothérapie d'inspiration psychanalytique et la recherche exigeante d'un objectif de sevrage (Jauffret-Roustide et al., 2004 ; INSERM, 2010).

A partir du milieu des années 1980, l'apparition de l'épidémie de SIDA va bouleverser cette approche. Face à l'urgence de la situation s'élève une contestation de la légitimité des méthodes utilisées jusqu'alors, considérées comme décalées par rapport à l'importance et la gravité de l'épidémie. La nouvelle approche consiste à considérer que les risques encourus par la consommation de drogues passent au second plan, derrière le danger plus immédiat exposant les consommateurs au SIDA et donc au décès (Jauffret-Roustide et al., 2004). C'est ce contexte qui pose les prémisses de la réduction des risques en France.

### **3.2) Accessibilité au matériel d'injection**

La première mesure de réduction des risques est prise en 1987 lorsque Michèle Barzach, alors ministre de la Santé, signe un décret (décret 87-328 du 13 mai 1987, dit « décret Barzach ») autorisant la mise en vente libre des seringues (Coppel, 2002 ; INSERM, 2010, Morel et al., 2012). Ce décret suspend en effet un précédent décret de 1972 (décret 72-200 du 13 mars 1972) qui restreignait la vente de seringues en pharmacie. Cette mesure, bien que désapprouvée par le ministre de l'intérieur, Charles Pasqua, sera néanmoins mise en œuvre (Jauffret-Roustide et al., 2004) et constituera l'acte fondateur de la politique française de réduction des risques.

En 1989, à Paris, l'association Médecins du Monde met en place le premier programme d'échange de seringues (PES). D'autres expériences seront tentées en Seine-Saint-Denis et

---

<sup>2</sup> Il ne s'agit pas ici de contester le fait que l'alcool soit une drogue. Cependant, la licéité du produit l'exclue automatiquement du débat médiatique de l'époque sur « la drogue » ; débat qui, malheureusement, se focalise quasiment toujours sur les drogues illicites.

à Marseille. Ces programmes ne se limitent pas à la distribution de matériel d'injection stérile mais comprennent également la récupération des seringues usagées, ce qui constitue un argument de sécurité publique facilitant ainsi leur acceptation par les décideurs politiques et l'opinion publique. En mai 1992, une circulaire de la Direction Générale de la Santé (DGS) entérine la volonté du gouvernement de vouloir poursuivre les programmes d'échange de seringues (Jauffret-Roustide et al., 2004).

C'est également en 1992 que sera lancé le Stéribox®, développé par l'association Apothicom. Il s'agit d'une trousse, destinée aux usagers injecteurs, contenant deux seringues de 1 mL, deux dosettes d'eau pour préparation injectable, deux tampons d'alcool, un préservatif et une notice d'utilisation (Richard et al., 2004). En 1994, une circulaire généralisera l'accessibilité du Stéribox® en autorisant sa vente en pharmacie.

Fin 1999, après avoir mis en évidence que les risques d'infections, notamment par le virus de l'hépatite C (plus résistant que le VIH), existent lors des pratiques de partage du petit matériel (cuillère, « filtre coton »), Apothicom lancera une seconde version de l'outil, le Stéribox2® (*ibid.*). Dans cette nouvelle version sont ajoutés deux exemplaires d'un dispositif appelé Stéricup®, comprenant chacun un récipient en aluminium (destiné à se substituer à la cuillère), un filtre en coton et un tampon sec (destiné à éviter l'utilisation du pouce nu lors de la compression du point d'injection afin d'assurer l'hémostase locale).

En 1995, une lettre de la Direction Générale de la Santé (lettre DGS-DIV-SIDA n° 95-1320), recommande aux communes de s'équiper d'automates distributeurs (matériel d'injection stérile) et collecteurs (matériel d'injection usagé). Classiquement, on appelle « Distribox » les automates distributeurs et « Totems » les automates mixtes distributeurs-récupérateurs.

### **3.3) Traitements de substitution**

La deuxième grande étape du développement de la RdR en France est la mise à disposition des traitements de substitution aux opiacés (TSO).

En France, ces traitements de substitution se limitent à deux molécules : la méthadone (Méthadone® AP-HP) et la buprénorphine haut dosage (BHD, initialement commercialisée sous le nom de Subutex®).

La méthadone obtient son autorisation de mise sur le marché (AMM) fin mars 1995. Des « programmes méthadone » expérimentaux existaient déjà en France depuis 1973 mais ne concernaient que quelques dizaines d'usagers (Coppel, 2002 ; Morel et al., 2012). En mars 1994 est publiée une circulaire ayant pour objectif de donner à la méthadone un statut qui permette son plus large développement. La méthadone obtiendra son AMM un an plus tard.

La buprénorphine haut dosage, sous le nom de Subutex®, obtient son AMM en février 1996. Avant que ces spécialités n'obtiennent leur AMM, certains médecins pratiquaient déjà une forme de substitution en prescrivant aux usagers de drogues des antalgiques, sulfates de morphine (Skénan®, Moscontin®) ou buprénorphine bas dosage (Temgésic®). Mais cette démarche n'était pas autorisée et les médecins concernés se mettaient ainsi en situation d'illégalité, certains ayant même été condamnés (Jauffret-Roustide et al., 2004). Notons aussi que la possibilité d'obtenir en pharmacie de la codéine sans ordonnance (Néocodion®, Paderyl®) est une particularité française qui permet surtout un dépannage d'urgence assez précaire (nécessité de consommer de grandes quantités pour pallier à un manque

d'héroïne), bien que le produit soit parfois utilisé dans des tentatives d'autosubstitution (Coppel, 2002).

En 2007, environ 130 000 patients bénéficiaient d'un TSO en France. On estime qu'environ 80% d'entre eux étaient sous BHD et les 20% restants (soit approximativement 26 000 personnes) sous méthadone (INSERM, 2010). Des données plus récentes estiment à 143 600 le nombre de personnes ayant bénéficié d'une prescription de TSO dans l'année, de la BHD pour les trois quarts, de la méthadone pour le dernier quart (Langlois & Milhet, 2012).

Soulignons que cette répartition « trois quarts / un quart » est spécifique à la France ; en effet, dans la plupart des autres pays, la méthadone représente le substitut de référence et la prescription de buprénorphine est minoritaire (Jacques & Figiel, 2006).

D'autre part, il semblerait que cette répartition, très favorable à la BHD, tende à s'infléchir. Selon Stéphane Robinet, président de Pharm'Addict, le nombre de patients sous méthadone aurait passé la barre des 50 000 en juillet 2012, pour un total de patients sous TSO d'environ 160 000 (Robinet, 2012), ce qui placerait la méthadone à un niveau de prescription de presque un tiers.

### **3.3.1) Objectifs**

Lors de la diffusion des TSO, leurs objectifs initiaux étaient les suivants (ANAES, 2004) :

- Prévenir les risques de conséquences sanitaires liées à l'usage d'opiacés en réduisant la consommation de drogues issues du marché illicite et en diminuant le recours à la voie injectable
- Favoriser l'insertion des usagers dans un processus thérapeutique et leur réinsertion sociale
- Engager une démarche dont l'objectif ultime est d'accéder à une vie délivrée de toute pharmacodépendance, y compris à l'égard des TSO (objectif ultime d'abstinence, illustrant une approche intégrationniste de la RdR)

Actuellement, les TSO ont pour finalité principale d'améliorer la qualité de vie des personnes dépendantes en les aidant à mener une « vie normale », c'est-à-dire en leur permettant de se dégager du centrage de leur existence sur la recherche du produit et en soulageant les effets du manque d'héroïne (Jaufret-Roustide et al., 2004 ; ANAES, 2004) ; ainsi que d'engager une prise en charge globale (somatique, psychologique, sociale) par l'insertion dans un processus thérapeutique (ANAES, 2004). Le traitement peut être maintenu aussi longtemps que nécessaire, éventuellement indéfiniment. Même si, dans l'inconscient collectif, l'objectif d'abstinence reste perçu comme un idéal à atteindre, ce dernier n'apparaît plus, en pratique, comme une issue incontournable (ANAES, 2004). Le sevrage est donc passé du statut de finalité à celui de simple contingence.

On pourra alors distinguer deux types de substitution :

- Le TSO avec objectif de sevrage à court/moyen-terme (« *detox* »)
- Le TSO à durée indéterminée (« *maintenance* »)

En pratique, l'instauration d'un TSO comprend toujours trois phases. La phase d'*induction* correspond à l'introduction d'un opioïde de substitution, en tenant compte d'une dose maximale de sécurité. Puis vient la période de *stabilisation*, au cours de laquelle le dosage

est augmenté et ajusté de façon à trouver le bon compromis entre la réduction adéquate des symptômes de sevrage et le minimum d'effets indésirables. Une fois le dosage optimal déterminé, celui-ci sera maintenu pendant une période plus ou moins longue, c'est la phase de *maintenance* (Jacques & Figiel, 2006 ; Nicholls et al., 2010). Ce sont les considérations concernant la durée de la phase de maintenance qui différencient les deux approches citées précédemment.

⊗ **Dans l'approche « *detox* »**, la sortie de la phase de maintenance est prévue à court ou moyen terme, sans être forcément planifiée avec précision. Le sevrage est tenté par la mise en place d'une quatrième phase, la *dégressive*, au cours de laquelle les doses de l'opioïde de substitution sont progressivement diminuées, jusqu'à l'arrêt total.

Notons également qu'il existe des protocoles de sevrage plus brutaux : l'arrêt brusque de l'opioïde ou les techniques de sevrage précipité. Ces techniques font appel à l'administration d'un antagoniste opioïde pour précipiter le sevrage et d'autres médicaments pour en contrôler les symptômes. Selon les protocoles, le patient peut être légèrement ou lourdement sédaté. Le protocole « Rapid Opiate Detoxification », sur cinq jours, associe l'administration de naltrexone et de clonidine à une sédation légère ou inexistante. Le protocole « Ultra Rapid Opiate Detoxification » (UROD), sur un jour, consiste à déclencher le sevrage par de la naloxone alors que le patient est lourdement sédaté voire anesthésié (Kosten & O'Connor, 2003). Les techniques faisant intervenir une sédation lourde (UROD) ne sont pas recommandées en raison d'un rapport bénéfice-risque plutôt incertain (OMS, 2009 ; Nicholls et al., 2010).

⊗ **Dans l'approche « *maintenance* »**, la phase du même nom est de durée indéterminée et pourra même, si nécessaire, être maintenue à vie. Un TSO « maintenance » peut néanmoins être arrêté si les conditions favorables sont réunies.

En pratique, il semble que le traitement de type maintenance donne de meilleurs résultats (OMS, 2009 ; Kosten & O'Connor, 2003 ; MacArthur et al., 2012) et certains auteurs défendent l'idée que tout patient qui souhaite en bénéficier devrait se le voir proposer (Hiltunen & Eklund, 2002).

Il n'en reste pas moins que beaucoup de patients s'inquiètent de la question de la sortie du traitement (Winstock, 2011) et considèrent l'abstinence comme un objectif à atteindre dans les meilleurs délais (Jacques & Figiel, 2006). A tel point que ces patients formulent parfois des requêtes de dégressive prématurées qui aboutiront souvent à l'échec (Jacques & Figiel, 2006).

### **3.3.2) Médicaments disponibles**

En France, seuls deux médicaments disposent d'une AMM dans le traitement de substitution à la pharmacodépendance aux opioïdes. Il s'agit de la méthadone et du la buprénorphine haut dosage (BHD). Leur indication est libellée de la manière suivante : « traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique. »

⊗ **La méthadone** est un opioïde à longue durée d'action. Elle possède des propriétés d'agoniste plein des récepteurs opioïdes de type  $\mu$  (mu). Ses effets sont donc comparables à ceux des autres opioïdes, y compris le risque de dépression respiratoire (et donc d'overdose).

Sur le plan légal, la Méthadone® est un stupéfiant à prescription restreinte (triple contrainte : médicament stupéfiant, à prescription initiale « hospitalière » et nécessitant une surveillance particulière). Concrètement, la prescription ne peut être initiée que par un médecin hospitalier ou exerçant en CSAPA, des analyses urinaires étant requises à l'instauration du traitement. La prescription doit être établie, en toutes lettres, sur ordonnance sécurisée, pour une durée maximale de 14 jours. La délivrance doit être fractionnée par période de 7 jours, sauf mention expresse du prescripteur, et le renouvellement est interdit. Le chevauchement est également interdit, sauf mention expresse du prescripteur. En pharmacie, la méthadone doit être conservée sous clef et les entrées-sorties doivent être comptabilisées par la tenue du registre comptable des stupéfiants. Pour être délivrée dans son intégralité (ou du moins dans l'intégralité de la fraction concernée), l'ordonnance doit être présentée dans les 3 jours qui suivent son établissement ou la fin de la fraction précédente (disposition couramment dénommée « délai de carence »). Une fois ces 3 jours passés, le pharmacien ne doit délivrer que les quantités correspondant à la durée de prescription (ou la fraction) restant à courir. En résumé, la législation encadrant la prescription et la délivrance de méthadone est extrêmement stricte.

La méthadone est disponible sous une forme sirop et, depuis 2008, sous forme gélule. Le traitement par la méthadone doit obligatoirement est instauré avec la forme sirop, le passage à la forme gélule ne pouvant se faire qu'après au moins un an de traitement par méthadone sirop et avec réalisation de nouvelles analyses urinaires.

C'est l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui est titulaire de l'AMM et le laboratoire Bouchara Recordati qui en est l'exploitant.

Lancée en 2009, l'étude ANRS-Méthaville avait pour objectif d'évaluer la faisabilité de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville (INSERM, 2010). Cette étude devait durer trois ans et les résultats devraient être disponibles sous peu.

Il existe quelques programmes de délivrance de méthadone à bas-seuil d'exigence. Ils correspondent à une « facilitation » de l'accès à la méthadone (par une minimisation des contraintes d'obtention) pour améliorer celui-ci dans une optique de réduction des risques (Sudérie, 2011). La notion de seuil d'exigence sera abordée plus loin.

⊗ **La buprénorphine** possède des caractéristiques pharmacologiques différentes de la méthadone. Ce dérivé de la thébaïne est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes  $\mu$  (mu), pour lesquels il possède une très grande affinité, et un antagoniste des récepteurs  $\kappa$  (kappa). Etant un agoniste partiel, la buprénorphine possède des effets semblables aux autres opioïdes mais avec un « effet plafond », ce qui signifie qu'au-delà d'un certain seuil l'augmentation des doses n'aboutira pas à une augmentation des effets. Cette caractéristique est à l'origine d'un plus faible risque d'overdose et de dépression respiratoire. La sédation est également moins marquée qu'avec la méthadone. On peut donc dire que la buprénorphine possède un profil de sécurité supérieur à celui de la méthadone. De plus, par ses propriétés d'agoniste partiel, la buprénorphine se comporte comme un antagoniste en

présence d'autres opioïdes, ce qui réduit les effets d'une prise concomitante d'autres opiacés.

D'un point de vue légal, le Subutex® et ses génériques sont des médicaments « assimilés stupéfiants ». Cela signifie que ces médicaments ne sont pas des stupéfiants (ils relèvent de la liste I des substances vénéneuses), mais qu'ils sont partiellement soumis à leur réglementation. En pratique, toutes les spécialités contenant de la BHD doivent être prescrites, en toutes lettres, sur une ordonnance sécurisée, pour une durée de 28 jours maximum. La prescription est possible par un médecin de ville. La délivrance doit être fractionnée par tranche de 7 jours, sauf mention expresse du prescripteur, et le renouvellement est interdit. Le chevauchement est également interdit, sauf mention expresse du prescripteur. En revanche, il n'est pas nécessaire d'enregistrer les entrées-sorties de ces médicaments sur le registre comptable des stupéfiants, ni de les conserver au coffre. De plus, la disposition connue sous le nom de « délai de carence » n'est plus en vigueur pour la BHD depuis le 21 mars 2012 ; une ordonnance de Subutex® dispose donc désormais d'un délai maximum de présentation de 3 mois, comme pour n'importe quel médicament de la liste I. Par conséquent, la législation encadrant la prescription et la délivrance de BHD, bien qu'étant plus stricte que celle encadrant les médicaments de la liste I, reste tout de même moins contraignante que celle encadrant la méthadone.

Le Subutex® est commercialisé par le laboratoire RB Pharmaceuticals (Reckitt Benckiser ayant racheté les droits à Schering-Plough).

Le 16 janvier 2012, une nouvelle spécialité pharmaceutique à base de buprénorphine est arrivée sur le marché français. La Suboxone® est une association de buprénorphine et de naloxone dans un rapport 4:1. La naloxone est un antagoniste compétitif des récepteurs  $\mu$  et  $\kappa$ , dont la biodisponibilité par voie orale est très faible à cause d'une forte métabolisation par effet de premier passage. En cas d'administration orale, la naloxone est donc quasi indétectable au niveau plasmatique et ne provoque pratiquement pas d'effet. En cas d'administration parentérale, la naloxone exerce ses effets antagonistes et s'oppose ainsi aux effets d'éventuels agonistes opioïdes administrés conjointement. Par conséquent, la prise orale de Suboxone® aurait des effets comparables à la prise orale d'une dose équivalente de buprénorphine alors que l'injection du médicament aboutirait à un blocage des effets de la buprénorphine par la naloxone et éventuellement à la précipitation d'un syndrome de sevrage. C'est sur cette base théorique qu'a été pensé le développement de la Suboxone® : présenter une efficacité comparable à la buprénorphine seule tout en ayant un pouvoir dissuasif vis-à-vis de l'administration IV. En pratique, la buprénorphine et la naloxone ont des demi-vies d'élimination très différentes (buprénorphine environ 32h, naloxone environ 1h) (EMA, 2009), ce qui nuance l'intérêt de l'association. En outre, il semblerait que l'impact dissuasif de la Suboxone® sur les pratiques d'injection soit mal renseigné et plutôt modéré (Commission Addiction, 2008).

### **3.3.3) Autres traitements**

La méthadone et la buprénorphine constituent les seuls produits possédant une indication comme TSO en France. D'autres solutions existent néanmoins et sont discutées dans la littérature. Elles seront brièvement exposées ici, principalement sur la base de l'analyse de l'expertise collective INSERM de 2010.

Précisons tout d'abord que certaines des ces propositions enfreignent les règles classiques des traitements de substitution, à savoir (INSERM, 2010) :

- Remplacer une substance à action courte par une substance à action longue (pour ne nécessiter au maximum qu'une prise par jour)
- Remplacer une substance injectée par une substance administrée par voie orale (en prévention du recours à la voie injectable)
- Remplacer une substance illicite par une substance licite

⊗ **La substitution par diacétylmorphine** ou « héroïne médicalisée » a fait parler d'elle ces dernières années. On entend par « héroïne médicalisée » un protocole de substitution par de l'héroïne injectable sous une supervision médicale complète. Le protocole inclut également la prise orale de méthadone, pour contrôler les crises de manque (fréquentes chez les injecteurs d'héroïne). Soulignons au passage qu'il ne s'agit pas simplement de substituer un produit par lui-même, mais de remplacer de l'héroïne de rue par une héroïne de qualité pharmaceutique (c'est-à-dire de composition qualitative et quantitative connue). Il n'en reste pas moins que cette pratique consiste à recourir à un produit de substitution injectable et d'action courte, ce qui contrevient à deux des règles de la substitution déjà énoncées. Cependant, certaines études montrent que la prescription d'héroïne pourrait avoir un intérêt dans certaines conditions. Il semblerait que, chez les patients présentant un profil de dépendance sévère (avec notamment une dépendance au geste d'injection) et ayant déjà subi des échecs thérapeutiques multiples, la prescription d'héroïne médicalisée présente une efficacité supérieure à la méthadone sur plusieurs critères : rétention en traitement, diminution de l'usage de drogues illicites, diminution des pratiques à risque et diminution de la séroconversion VIH-VHB-VHC. Il semblerait également que les programmes d'héroïne médicalisée présentent un rapport coût/bénéfice intéressant (INSERM, 2010).

⊗ **La buprénorphine injectable** constitue une autre piste envisagée pour les patients présentant une dépendance sévère aux opiacés et à l'injection. Pour ces usagers qui ne sont pas prêts à abandonner le recours à la voie injectable, la buprénorphine, avec son effet plafond, présente moins de risques (overdose, dépression respiratoire) par rapport à l'injection d'agonistes pleins tels que l'héroïne ou la morphine. Il va sans dire que ces solutions proposant un traitement de substitution injectable sont sensées représenter une étape vers une substitution plus classique et non une finalité. La buprénorphine par voie nasale représenterait une alternative à moindres risques intéressante pour les usagers prêts à abandonner la voie injectable mais très ancrés dans des pratiques de sniff ou présentant un accès veineux difficile (INSERM, 2010).

⊗ **Le sulfate de morphine** est une autre alternative. Son utilisation est possible en France chez des patients en échec thérapeutique avec les TSO classiques, bien que les spécialités considérées (Skénan®, Moscontin®) n'aient pas d'AMM dans cette indication, ce qui génère parfois quelques difficultés administratives. Il n'existe pas d'étude sur l'efficacité du sulfate de morphine comme traitement de substitution alternatif (INSERM, 2010).

⊗ **La codéine** ne permet pas d'entreprendre une véritable substitution, notamment parce qu'elle nécessite d'être consommée à fortes doses pour pouvoir pallier à un manque d'héroïne. Cependant, parce qu'elle disponible en pharmacie sans ordonnance (Néocodion®, Paderyl®), elle est parfois utilisée lors de tentatives d'autosubstitution. Son

usage le plus fréquent reste malgré tout le dépannage d'urgence entre deux acquisitions d'héroïne (Coppel, 2002 ; Fédération Addiction, 2010).

⊗ **Le lévo-alpha-acétyl-méthadol (LAAM)** est un dérivé de la méthadone à longue durée d'action (rendant possible un schéma en 3 prises hebdomadaires). Il fut utilisé comme traitement de substitution, mais a été retiré du marché européen suite à des problèmes d'arythmies cardiaques et d'allongement du QT (Jacques & Figiel, 2006).

### **3.4) Structures de prise en charge**

#### **3.4.1) Seuil d'exigence**

Dans la prise en charge des usagers de drogues, on distingue classiquement les structures à haut-seuil et les structures à bas-seuil d'exigence. Les dispositifs « haut-seuil » correspondent aux structures traditionnelles qui posent comme condition d'accès le renoncement à la consommation de drogues illicites. Pour y être pris en charge, les UD sont priés d'engager un projet de sevrage, la consommation de substances illicites pouvant être contrôlée par des analyses urinaires. Tout usager qui n'est pas prêt à abandonner l'usage de produits sera donc tenu à l'écart de ces dispositifs très sélectifs. Dans l'esprit de la réduction de risques, une aide doit pouvoir être apportée à tout UD qui en fait la demande, de façon adaptée à ses capacités ou ses souhaits sur le moment, afin de prévenir les dommages associés à sa situation. Il a donc été proposé de créer des dispositifs « bas-seuil » dont les conditions d'accès sont moins sélectives : il n'est pas demandé aux UD de cesser toute consommation de drogues et leur venue sous l'emprise de produit est tolérée (mais pas la consommation sur place). Certaines structures proposent également des douches ou des machines à laver, il est parfois possible de venir avec un chien ou d'utiliser le téléphone. Ces structures proposent la mise à disposition de matériel de réduction de risques (matériel d'injection mais aussi préservatifs, kit de sniff ou pipes à crack) et dispensent des conseils de prévention. Des infirmières et des travailleurs sociaux peuvent parfois y être rencontrés sur certaines plages horaires. Ainsi ces structures peuvent constituer une porte d'entrée vers une prise en charge médico-sociale et leur fréquentation peut être à l'origine d'un tournant dans le parcours de certains UD.

#### **3.4.2) Dispositifs existants**

Historiquement, les premiers référentiels de prise en charge étant fondés sur la recherche d'un objectif de sevrage, les premiers dispositifs étaient évidemment à très haut-seuil. Par la suite sont apparues des structures à plus bas-seuil.

En France, les principaux dispositifs spécialisés existants sont les suivants (MILDT, s.d.) :

- Les CSAPA
- Les communautés thérapeutiques
- Les CAARUD

Un autre type de structure, les Consultations Jeunes Consommateurs, a été lancé en 2004. Ce nouveau dispositif de prise en charge, à destination spécifique des jeunes UD ou de leur famille, ne sera pas abordé ici.

⊗ **Les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST)**, créés par un décret de 1992, étaient des structures destinées à la prise en charge spécifique des usagers de substances illicites. En 2002, leur fusion est annoncée avec les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA, réservés aux consommateurs d'alcool) pour donner un cadre juridique unique, celui des **Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**. Mais, dans la pratique, les CSAPA peuvent se spécialiser en direction des consommateurs de substances illicites ou d'alcool.

Les missions des CSAPA ont été définies en 2007 et sont les suivantes : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation des personnes ou de leur entourage, ainsi que la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative et la réduction des risques (décret 2007-877 du 14 mai 2007).

Il existe 3 types de CSAPA : les CSAPA ambulatoires, les CSAPA résidentiels ou « post-cure » (hébergement collectif de moyen séjour) et les CSAPA pénitentiaires.

⊗ **Les communautés thérapeutiques** sont des structures destinées à des UD fortement désinsérés. Elles proposent un hébergement de plus longue durée que les CSAPA résidentiels (en restant néanmoins rattachées à des CSAPA pour la plupart) et travaillent avec un objectif d'abstinence clairement annoncé.

⊗ **Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)** sont des structures bas-seuil annoncées par la loi de santé publique du 9 Août 2004.

Les missions des CAARUD, définies par un décret de décembre 2005, sont les suivantes : l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé, le soutien des UD dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers (intervention hors les murs, *outreach*), le développement d'actions de médiation sociale et la participation au dispositif de veille, à la recherche, la prévention et la formation sur l'évolution des pratiques des usagers (décret 2005-1606 du 19 décembre 2005).

Les modalités de mise en place des CAARUD ont été précisées dans une circulaire de janvier 2006.

Les dispositifs de RdR à bas seuil d'exigence ne sont cependant pas nés avec les CAARUD. Les PES ou les « actions de rue » (*outreach*) pouvaient déjà être considérés comme des dispositifs bas-seuil. On peut également citer les « boutiques » (lieux d'accueil donnant accès à des installations sanitaires, du matériel de prévention), dont les premières ont été créées en 1993 (Barthélémy et al., s.d. ; Morel et al., 2012), ou les « *sleep-in* » (centres d'hébergement d'urgence pour usagers de drogues), créés à partir de 1995 (Morel et al., 2012). La plupart de ces actions (accueil, fourniture de matériel de prévention, *outreach*) font aujourd'hui partie des missions des CAARUD telles que définies par le décret de décembre 2005.

### **3.4.3) Une opposition stérile ?**

Classiquement, la tendance consistait à opposer les CSAPA, à haut-seuil, avec mission de soin, aux CAARUD, à bas-seuil, avec mission de RdR. Les enjeux actuels consistent à déconstruire ce type d'approche trop cloisonnée. En effet, la RdR fait désormais partie intégrante des missions attribuées aux CSAPA et il existe dans la communauté des intervenants un réel souci de développer des approches mixtes. Dans ce contexte, les notions de bas-seuil ou de haut-seuil auraient vocation à disparaître au profit d'un concept de « seuil adapté », c'est-à-dire adapté à la situation de l'utilisateur aussi bien sur le moment que dans l'évolution de son parcours (Réseau Français de Réduction des Risques, 2012).

### **3.4.4) Institutionnalisation de la politique de RdR**

En plus d'annoncer la création des CAARUD, la loi de Santé Publique du 9 Août 2004 institutionnalise la politique de réduction des risques. Elle donne un cadre légal à cette politique et affirme la responsabilité de l'Etat dans son application (INSERM, 2010). Cette loi prévoit aussi la définition d'un cadre de référence pour les activités de réduction des risques. Ce « référentiel national des actions de réduction des risques » sera publié en annexe du décret n°2005-347 du 14 Mai 2005. Il définit notamment les objectifs et les modalités d'intervention des actions de réduction des risques.

Des extraits de cette loi et de son décret d'application sont disponibles en annexes 1 et 2, respectivement.

Le tableau 2 récapitule les principales étapes de la mise en œuvre de la politique de réduction des risques en France.

31 Décembre 1970	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loi relative aux « mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses »</li> </ul>
1973	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduction expérimentale de la méthadone comme traitement de substitution</li> </ul>
13 Mai 1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décret « Barzach » autorisant la vente libre de seringues en pharmacie</li> </ul>
1991/1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création du Stéribox®</li> </ul>
Mars 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circulaire de mars 1994 définissant le cadre d'utilisation de la méthadone : délivrance réservée au CSST</li> </ul>
15 Septembre 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circulaire généralisant la vente du Stéribox® en pharmacie</li> </ul>
Mars 1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMM de la Méthadone</li> <li>• Circulaire autorisant la prescription de BHD par tout médecin</li> </ul>
07 Mars 1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décret posant les bases juridiques des programmes d'échange de seringues</li> </ul>
1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettre DGS-DIV-SIDA n°95-1320 recommandant aux communes de s'équiper de d'automates distributeurs et récupérateurs</li> </ul>
Février 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMM du Subutex®</li> </ul>
Janvier 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loi de modernisation sociale du 02/01/2002 : Création des CSAPA, structures uniques destinés à remplacer les CSST et les CCAA</li> <li>• Circulaire du 30 janvier 2002 étendant la possibilité d'initialiser un traitement à la méthadone à tout médecin exerçant en établissement de santé.</li> </ul>
09 Août 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loi de santé publique institutionnalisation de la politique de réduction des risques. La RdR est reconnue comme étant une mission d'Etat, de nouvelles structures sont annoncées, les CAARUD.</li> </ul>
14 Mai 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décret 2005-347 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues</li> </ul>
19 Décembre 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décret 2005-1606 définissant les missions des CAARUD</li> </ul>
02 Janvier 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circulaire DGS/DGAS précisant les modalités de mise en place des CAARUD</li> </ul>
14 Mai 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décret 2007-877 : Définition des missions des CSAPA</li> </ul>

**Tableau 2** : récapitulatif des étapes de la mise en œuvre de la réduction des risques en France

#### 4) Pistes de diversification de l'offre de RdR

L'expertise collective INSERM de 2010 a soulevé l'intérêt de l'expérimentation de nouvelles pistes concernant la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Ces nouvelles pistes peuvent être très diverses. Certaines, relatives aux traitements de substitution (substitution injectable, autres molécules) ont déjà été abordées dans le chapitre correspondant. Trois autres pistes seront évoquées ici.

## 4.1) Salles de Consommation à Moindres Risques (SCMR)

Les Salles de Consommation à Moindres Risques (SCMR) sont des structures dans lesquelles les usagers de drogues confirmés peuvent venir consommer leurs drogues dans de bonnes conditions d'hygiène et en présence de personnel qualifié. Ces structures fournissent le matériel destiné à la consommation mais pas les drogues (INSERM, 2010).

Schématiquement, les défenseurs de ces structures avancent trois arguments principaux en leur faveur (*ibid.*) :

- Réduire les risques associés à la consommation (infections, abcès, overdoses...),
- Favoriser l'accès aux soins et aux services sociaux, notamment pour les usagers les plus marginalisés,
- Diminuer les nuisances associées à la consommation (consommation dans l'espace public, abandon de matériel d'injection usagé sur la voie publique...)

C'est la publication d'une expertise collective de l'INSERM sur « la Réduction des Risques Infectieux chez les Usagers de Drogues » (Barthélémy et al., s.d.) qui lance véritablement, à l'été 2010, la controverse sur la scène politico-médiatique nationale.

L'INSERM, qui appelle ces structures Centres d'Injection Supervisés (CIS), confirme l'intérêt de ces salles en rapportant qu'elles sont associées à une réduction de la morbi-mortalité liée aux overdoses, à une diminution des abcès et autres maladies liées à l'injection, à une diminution des pratiques à risque de transmission VIH/VHC (sans données chiffrées sur l'incidence de ces infections du fait de contraintes méthodologiques). L'expertise affirme également que les CIS permettent d'attirer des usagers injecteurs très précarisés et de diminuer les nuisances publiques associées à la consommation de drogues (INSERM, 2010). Les objectifs des SCMR, tels que proposés par leurs défenseurs, semblent donc entérinés par les données de la littérature analysée par l'INSERM, ce qui conduit l'institut à les présenter comme une mesure complémentaire dans la palette des outils de réduction des risques.

La Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, se prononcera alors en faveur d'une concertation sur l'expérimentation des SCMR, et obtiendra quelques rares soutiens dans sa famille politique. Cependant, le reste de l'exécutif s'y montrera fermement opposé, et le Premier Ministre, François Fillon, mettra alors un terme à toute revendication en déclarant que ces salles ne sont « ni utiles, ni souhaitables ». (Barthélémy et al., *op. cit.*).

Le milieu associatif continuera malgré tout de militer pour une expérimentation, notamment via un agrégat associatif baptisé « Collectif du 19 Mai » (regroupant ASUD, ANITEA, Act Up Paris, Gaïa, Safe, Sos Hépatites, SOS Drogues International et [salledeconsommation.fr](http://salledeconsommation.fr)), initialement à l'origine de la revendication, et qui donnera naissance à une structure transversale plus large dénommée « Réseau Français de Réduction des Risques ».

Les changements politiques intervenus au cours de l'année 2012 redonneront espoir à ces militants, probablement à raison étant donné qu'en février 2013 Jean-Marc Ayrault, nouveau chef de l'exécutif, donnera son feu vert à l'expérimentation (Libération, 2013).

Au niveau international, plusieurs pays disposent d'au moins une de ces structures : Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Australie, Canada, Luxembourg et Norvège (INSERM, 2010).

## 4.2) Education aux Risques Liés à l'Injection

Initialement expérimenté par l'association Médecins du Monde, le projet d'Education aux Risques Liés à l'Injection consiste à proposer aux UDVI des séances individuelles durant lesquelles leurs pratiques d'injection seront observées et analysées par des intervenants en réduction des risques (Debrus, 2011). Cette intervention constitue un échange aux bénéfices bilatéraux. L'utilisateur peut recevoir des conseils pratiques et individualisés concernant les prises de risques spécifiques à ses habitudes personnelles de consommation ; les intervenants améliorent leurs connaissances sur les pratiques adoptées par les usagers. De plus, comme pour toute intervention dite à « bas seuil d'exigence », la rencontre d'utilisateurs parfois très précarisés peut potentiellement constituer une étape vers leur réinsertion. L'intervenant n'a qu'un rôle d'observateur, à aucun moment il ne manipule le matériel ou les produits, en revanche il peut s'opposer à la réalisation d'actes qu'il juge trop risqués (par exemple l'injection artérielle). Son but est d'observer les habitudes de consommation, souligner chaque prise de risque et promouvoir les « bonnes pratiques », c'est-à-dire celles à plus faibles risques.

Ces nouvelles modalités d'intervention sont en cours d'évaluation par la réalisation d'une étude sur l'Accompagnement et l'Education aux Risques Liés à l'Injection (étude ANRS-AERLI) menée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) en collaboration avec une équipe de recherche de l'INSERM et les associations AIDES et Médecins du Monde. Cette étude vise à évaluer les effets de ces interventions pédagogiques centrées sur les pratiques d'injection au sein des CAARUD. Cette étude a débuté en 2011 et doit durer deux ans.

## 4.3) Naloxone pour la prévention des décès par overdose

Après avoir chuté dans la seconde moitié des années 90, le nombre de décès par overdose en France présente une nouvelle tendance à la hausse à partir du début des années 2000 (Jansenn & Palle, 2010). Les opiacés sont considérés comme étant principalement en cause dans une grande majorité de cas (*ibid.*). La recherche de moyens permettant de diminuer cette mortalité par surdose peut donc paraître légitime.

En tant qu'antagoniste compétitif des récepteurs opioïdes, la naloxone possède la propriété de s'opposer aux effets des agonistes opioïdes et d'en annuler temporairement les effets. On peut donc la considérer comme un antidote des intoxications par opioïdes et elle est utilisée à ce titre par tous les services d'urgences. Certaines études ont laissé entendre que fournir aux usagers injecteurs d'héroïne de la naloxone et une formation de base en réanimation (réanimation cardio-pulmonaire notamment) pourrait leur permettre de prévenir les décès par overdose chez leurs pairs (Seal et al., 2005). Des programmes de ce type ont été mis en place en Allemagne, en Italie et dans quelques villes des Etats-Unis (*ibid.*).

En France, ce type de solution a été discuté en 2009 par les membres de la Commission Nationale des Stupéfiants et des Psychotropes (CNSP). Cette commission a émis un avis favorable à la mise en place d'un protocole expérimental visant à établir l'intérêt de tels programmes (CNSP, 2009).

## 5) Efficacité des mesures de réduction des risques

L'évaluation de l'efficacité des mesures de réduction des risques fait l'objet de débats dans la littérature spécialisée, notamment à propos du choix des indicateurs (INSERM, 2010). De plus, cette évaluation est assez difficile à mettre en œuvre pour obtenir des hauts niveaux de preuve (*ibid.*).

Si l'on considère comme indicateur l'impact sur les comportements à risques de transmission virale, les principales mesures de réduction des risques ont fait preuve de leur efficacité à les diminuer. A propos des TSO, la méthadone est généralement mieux évaluée que la buprénorphine car elle dispose du statut de traitement de référence, ce qui implique un meilleur recul à son sujet et une visibilité supérieure dans les études<sup>3</sup>. Mais ici, les deux molécules ont démontré leur capacité à diminuer les comportements à risques. Les PES ont également montré un effet positif sur ce critère (INSERM, 2010).

Si l'on considère l'impact sur la séroconversion VIH et VHC, les données sont moins nettes. Selon Jauffret-Roustide et al. la politique française de réduction des risques a un fort impact sur la transmission du VIH mais un impact bien plus faible sur la transmission du VHC (Jauffret-Roustide et al., 2006b). Un constat qui est partagé par Palmateer et al. dans une « revue de revues » qui s'intéresse à l'efficacité des PES dans la prévention des transmissions VIH et VHC. Ils concluent qu'il existe des données suggérant (*tentative evidence*) l'efficacité des PES dans la transmission VIH alors que les données sont insuffisantes concernant le VHC (Palmateer et al., 2010). Comme les PES, la méthadone a un montré effet positif sur la séroconversion VIH (INSERM, 2010). Une méta-analyse récente estimait même que les traitements de maintenance à la méthadone étaient associés à une réduction de 54% du risque d'infection HIV chez les UDI (MacArthur et al., 2012), sans toutefois parvenir à des conclusions sur la buprénorphine ou les traitements *detox*. Cependant, cette méta-analyse ne s'intéressait pas à l'infection par le VHC, et les études qui l'ont fait jusqu'ici n'ont pas réussi à démontrer un effet positif. A notre connaissance, il n'existe qu'une seule étude (cohorte d'Amsterdam) qui ait réussi à mettre en évidence une diminution de l'incidence du VHC, celle-ci étant attribuée un accès simultané à la méthadone et à un PES (Van Den Berg et al., 2007).

Sur un plan économique, tant les TSO que les PES sont considérés coût-efficaces (INSERM, 2010), ce qui signifie que les coûts qu'ils représentent pour la collectivité seront compensés à l'avenir par l'économie de futures dépenses de santé. En d'autres termes, ils représentent sur le long-terme un investissement rentable pour la collectivité. Mais cette coût-efficacité semble elle aussi dépendre des épidémies pour lesquelles on réalise le calcul. Ainsi, les TSO sont considérés coût-efficaces dans la lutte contre le VIH mais moins performants dans la lutte contre le VHC. Il en est de même pour les PES qui se révèlent être économiquement bénéfiques dans la lutte contre le VIH mais qui font l'objet de conclusions plus mitigées par rapport au VHC (INSERM, 2010). Ceci pourrait s'expliquer par une plus grande contagiosité du VHC (donc une plus grande difficulté à enrayer les contaminations) et par le fait que les coûts sanitaires engendrés sont moins élevés que ceux attribués au VIH

---

<sup>3</sup> Selon l'INSERM, la buprénorphine serait néanmoins comparable à la méthadone sur la plupart des critères de jugement, à l'exception de la rétention en traitement pour laquelle la méthadone resterait supérieure (INSERM, 2010)

(l'évitement d'une contamination par le VHC étant donc moins « rentable » que l'évitement d'une contamination VIH).

Concernant les dispositifs non institutionnalisés (SCMR, héroïne médicalisée...), leur évaluation a été brièvement traitée dans le chapitre qui les aborde.

En conclusion, l'efficacité des principales mesures de réduction des risques (TSO, PES) est bien établie vis-à-vis de l'épidémie de VIH mais beaucoup moins vis-à-vis de celle du VHC, et cela quelque soit l'indicateur considéré. Cependant, l'évaluation globale des dispositifs de réduction des risques reste positive. Il ne serait pas opportun de les remettre en cause au prétexte d'une efficacité incertaine vis-à-vis du VHC car, d'une part cela n'aurait de pertinence que dans une situation où les UD ne seraient exposés qu'au seul risque VHC, et d'autre part car l'objectif de ces dispositifs est de promouvoir une évolution globale des comportements et non une réduction spécifique de telle ou telle infection (INSERM, 2010).

# PLACE DU PHARMACIEN DANS LE DISPOSITIF

# 1) Le pharmacien et la réduction des risques

## 1.1) Contexte français

En théorie, les pharmaciens d'officine sont au cœur du dispositif de réduction des risques. En effet, la mesure fondatrice de la politique française de RdR, la libéralisation de la vente des seringues en 1987, les concerne directement et les place au premier plan de cette politique (Jauffret-Roustide et al., 2004 ; Morel et al., 2012). A côté du matériel d'injection, les médicaments de substitution aux opiacés constituent un second pilier majeur de la politique de RdR. Etant le seul professionnel de santé habilité à délivrer des médicaments, le pharmacien se retrouve une nouvelle fois au centre du dispositif. En pratique, la réalité est plus nuancée.

### 1.1.1) Contexte général

Le pharmacien d'officine est un acteur de première ligne dans le système de santé. Les horaires étendus d'ouverture de l'officine, la possibilité d'y rencontrer sans rendez-vous des professionnels compétents, la gratuité du conseil et l'existence du secret professionnel sont autant d'éléments qui contribuent à faire du pharmacien le premier acteur consulté en cas d'interrogation du public sur son état de santé. Ceci est valable pour tout type de patients, y compris les usagers de drogues.

Vis-à-vis de ces derniers, le pharmacien d'officine peut fournir plusieurs prestations spécifiques. Tout d'abord, en tant que seul professionnel habilité à délivrer des médicaments, c'est lui qui sera chargé de dispenser les MSO (buprénorphine, méthadone) aux usagers concernés. Ensuite, le pharmacien représente un des acteurs autorisés à délivrer du matériel de réduction des risques à destination des usagers injecteurs, notamment des seringues (depuis le décret de 1987), des Stéribox2® (depuis une circulaire de 1994), ou du matériel annexe (Stéricup®, Stérifilt®). Pour terminer, le pharmacien étant un acteur de santé publique, il doit être capable d'orienter les usagers vers des structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD), des centres de dépistage (CIDAG, CIDDIST), des programmes de réduction des risques (notamment les PES) et promouvoir l'observance au traitement et le bon usage du médicament.

En pratique, peu de pharmaciens proposent la totalité de ces prestations. Le baromètre santé médecins/pharmaciens de 2003 indiquait que 85% des pharmaciens recevaient au moins un UD par mois. Parmi eux, 70% répondaient favorablement aux demandes de TSO et de matériel, 16% uniquement aux demandes de matériel, 12% uniquement aux demandes de TSO (Gautier, 2005).

Des données plus récentes approfondissent l'exploration de l'attitude des pharmaciens vis-à-vis des UD. Concernant les traitements de substitution, elles indiquent que ceux-ci sont globalement bien acceptés mais qu'il subsiste encore quelques officines qui refusent totalement d'en délivrer (Lapeyre-Mestre & Boeuf-Cazou, 2011). D'autres pharmacies acceptent de s'occuper des patients sous buprénorphine mais pas de ceux qui sont sous méthadone (ASUD, 2011). Cette différence pourrait s'expliquer soit par des contraintes administratives plus strictes sur la méthadone (gestion des stupéfiants) soit par des *a priori*

selon lesquels les patients sous méthadone seraient plus « compliqués » que ceux sous buprénorphine (Robinet *in* ASUD, 2011).

Au niveau du matériel de RdR, le Stéribox2® est disponible dans la majorité des officines même si, comme pour les TSO, des refus existent. Les seringues seules font l'objet d'une délivrance plus faible, la distribution de petit matériel (Stéricup®, Stérifilt®) étant quant à elle anecdotique (Lapeyre-Mestre & Boeuf-Cazou, 2011). Ce dernier point peut s'expliquer par une méconnaissance de ces matériels par les pharmaciens mais également par une difficulté d'approvisionnement.

Afin de donner un aperçu plus large de ce contexte français, nous détaillerons les principaux résultats de l'enquête menée en 2010 par le CEIP de Toulouse pour le compte de l'Afssaps, puis nous aborderons ensuite d'autres données récentes.

### **1.1.2) Enquête nationale CEIP-AFSSAPS (2010)**

En 2010, une enquête sur le « rôle du pharmacien d'officine dans la réduction des risques liés à la toxicomanie » et le « point de vue des patients sous MSO et des usagers de drogues » a été menée par le Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) de Toulouse sur commande de l'Afssaps. Il s'agissait d'une enquête nationale transversale descriptive, réalisée en deux parties :

- Une première partie réalisée auprès des pharmaciens d'officine, via un auto-questionnaire destiné à appréhender leur implication dans la politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues.
- Une seconde partie réalisée auprès des usagers de drogues, par l'intermédiaire d'un questionnaire qui leur était distribué par les pharmaciens participants à la première partie de l'étude. L'objectif était de recueillir le point de vue et les attentes des usagers par rapport au dispositif de réduction des risques.

Nous ne présenterons ici que les principaux résultats. Pour une analyse plus détaillée, consulter directement le rapport final de l'enquête (Lapeyre-Mestre & Boeuf-Cazou, 2011).

#### **1.1.2.1) Résultats de l'étude n°1**

Sur un total de 2002 officines sollicitées, 769 questionnaires ont été retournés, donnant ainsi un taux de participation égal à 38,4%.

##### ▪ Délivrance de MSO :

Près de 80% des pharmacies interrogées déclarent recevoir chaque mois des patients sous TSO (59,4% moins de 10 par mois, 19,5% plus de 10 par mois). La même proportion d'officines affirme délivrer MSO (79,1%), principalement de la buprénorphine (93,3%) et moins fréquemment de la méthadone (68,1%). L'enquête s'intéressait également à la délivrance de médicaments « utilisés comme MSO » bien que n'ayant pas d'indication officielle dans le traitement de la pharmacodépendance aux opiacés (codéine, morphine). Seules 38,5% des pharmacies ont déclaré en délivrer dans ce contexte, dont 89,5% de la codéine et 18,2% du sulfate de morphine. Des benzodiazépines sont librement citées dans certains questionnaires.

Parmi les pharmaciens qui refusent de délivrer des MSO, la moitié (51,1%) se déclare non concerné, un douzième (8,2%) se déclare non favorable et un tiers (34,1%) ne se justifie pas.

- Délivrance de matériel :

Plus des trois quarts (78,2%) des pharmacies délivrent des trousseaux Stéribox2®. En revanche, uniquement 16% des officines acceptent de délivrer des seringues.

43,8% des pharmaciens qui refusent de délivrer des Stéribox2® ne se justifient pas, près de la moitié (47,5%) s'estiment non concernés et 4,4% s'y déclarent non favorables. De plus, 1,5% des pharmaciens concernés précisent qu'il existe des kits gratuits disponibles dans les associations et le même pourcentage considère le dispositif de récupération trop exigeant. Concernant les seringues, les trois quarts (75,8%) des pharmaciens refusant d'en vendre n'apportent pas de justification, 20,3% se déclarent non concernés et 2,9% affirment ne pas y être favorables.

Quant à la délivrance de petit matériel (Stérifilt®, cupules...), elle est quasiment inexistante (1,2% des officines).

- Capacités d'information et d'orientation du pharmacien :

48% des pharmaciens interrogés ont déclaré transmettre des informations concernant la prévention des risques infectieux directement lors du contact avec le patient et 34,6% ont dit posséder des plaquettes d'information en libre service.

Concernant les structures d'accueil et/ou de soins spécialisés, 71,3% des répondants ont affirmé qu'il en existait dans leur ville ou département mais seulement 58,4% d'entre eux ont dit orienter les UD vers ces structures. Seuls 13,5% des pharmaciens ne savaient pas si ces structures existaient au niveau local.

En revanche, concernant les PES, quasiment la moitié des pharmaciens (48,5%) ne savait pas s'il existait un programme d'échange de seringues dans leur ville ou département.

Seuls 22,6% des titulaires interrogés avaient suivi une formation sur la prévention et la prise en charge de la toxicomanie au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ces formations étaient principalement organisées par des réseaux associatifs (48,9% des cas) et des laboratoires (44,2%), mais aussi plus rarement des structures de formation continue (13,2%) ou l'université (6,9%).

Les données ont également été analysées de façon à comparer les pharmacies qui délivrent des MSO à celles qui n'en délivrent pas, et celles qui délivrent des seringues/stéribox à celles qui n'en délivrent pas. Globalement, ces comparaisons montrent une meilleure implication des pharmacies qui délivrent des MSO et des seringues/stéribox (transmission d'informations sur les risques infectieux, connaissance des structures locales, délivrance de seringues/stéribox ou MSO selon le cas, suivi de formations).

### 1.1.2.2) Résultats de l'étude n°2

Cette seconde étude s'adressait aux UD se présentant en pharmacie pour obtenir du matériel d'injection ou un MSO (ou un médicament utilisé comme tel). A cette occasion, le pharmacien devait leur remettre un questionnaire ainsi qu'une enveloppe T pré-affranchie pour le retourner une fois rempli. Parmi les 769 pharmacies participant à la première étude, 410 ont accepté de participer à la seconde, soit un taux de participation officiel de 53,3%.

Sur les 3679 questionnaires répartis entre ces officines, 113 questionnaires ont été retournés par voie postale, ce qui porte la participation des UD à 3,1%.

▪ Principales caractéristiques des répondants

Parmi les répondants, 69% étaient des hommes, avec un âge moyen d'environ 33 ans. Ils étaient majoritairement célibataires (59,3%) et sans enfant (63,7%). La majorité avait un logement stable (91,2%), une couverture sociale (sécurité sociale 64,6%, mutuelle 58,4%, CMU 31,9%) et avait eu une activité professionnelle au cours des 6 derniers mois (69%). 22,1% des UD interrogés n'ont pas eu de ressources au cours des 6 mois précédant l'enquête, les autres ayant eu des revenus provenant principalement d'une activité (68,1%) mais aussi d'allocations sociales (15,9%).

A propos de leur santé, un tiers des répondants (30,1%) a affirmé avoir présenté au moins un problème de santé au cours du dernier mois. Concernant le statut virologique, aucun UD interrogé ne s'est déclaré HBV positif, 8% se sont déclarés HCV positifs, et 2,7% HIV positifs. Presque un répondant sur dix ignorait son statut vis-à-vis d'au moins une des trois infections (VHB 9,7%, VHC 9,7%, VIH 8,9%).

▪ Consommation de drogues et utilisation de matériel d'injection

Dans l'enquête, 5 substances étaient explorées : héroïne, cocaïne, crack/free base, cannabis et alcool. La plus consommée était l'héroïne (95,6% de consommateurs), suivie du cannabis (95,5%), de la cocaïne (92,1%), de l'alcool (63,8%) et du crack/free base (41,6%). Concernant la pratique d'injection, 60,2% des répondants ont affirmé ne jamais s'injecter, 24,8% ne pas le faire actuellement et 15% ont déclaré être injecteurs au moment de l'enquête. Parmi ces derniers, la majorité (52,9%) était injectrice de médicaments, les autres ayant déclaré injecter de l'héroïne ou une autre drogue (41,2%) ou les deux (5,9%).

Au sein de la population interrogée, 22,1% des UD sont apparus concernés par la question du matériel d'injection. Un quart d'entre eux (24%) a déclaré avoir des difficultés à obtenir ledit matériel en pharmacie, cependant la procuration en pharmacie reste majoritaire chez les sujets concernés de cet échantillon (68%, contre 8% en CAARUD, pas d'autres sources rapportées). Ces chiffres sont évidemment à mettre en regard des modalités de recrutement des UD via les pharmacies. 36% des sujets concernés par le matériel d'injection ont déclaré pouvoir déposer leurs seringues usagées en pharmacie.

▪ Consommation de MSO et apparentés

L'intégralité des patients interrogés ont pris un MSO au cours de leur vie. Le MSO le plus consommé le mois précédent l'enquête était le Subutex® (50,4%) suivi par la méthadone (sirop 45,1%, gélule 15%), la buprénorphine générique (11,5%), le Néocodion® (6,2%) et le Skénan® (4,4%). Concernant le type d'utilisation de ces MSO ou apparentés, les plus souvent utilisés comme « drogues » étaient le Skénan® (80%), le Néocodion® (57,1%), la buprénorphine générique (32,5%), le Subutex® (17,5%) et la méthadone gélule (5,9%). Aucun cas d'utilisation de la méthadone sirop comme drogue n'a été rapporté.

Au moment de l'enquête, les MSO les plus consommés étaient le Subutex® (39,8%) et la méthadone sirop (35,4%). La quasi-totalité des patients (99,1%) prenaient ces MSO dans le cadre d'un suivi médical. Cependant, un quart des usagers (15,9%) utilisaient ces médicaments par une voie détournée (sniff 9,7%, injection 6,2%). Concernant leur lieu de procuration habituel, les MSO étaient dans la majorité des cas obtenus en pharmacie sur ordonnance (88,5%), sinon en centre de soins spécialisés (2,7%). Une personne a rapporté une procuration en pharmacie sans ordonnance (0,9%) mais aucun cas d'obtention dans la

rue, sur internet, ou avec une fausse ordonnance n'a été signalé. Malgré tout, plusieurs usagers ont répondu à la question qui cherchait à connaître les raisons d'une obtention de MSO en dehors d'une pharmacie ou d'un centre spécialisé. Les réponses les plus courantes évoquaient un rendez-vous manqué chez le médecin (15,9%), une consommation supérieure à la prescription (15%) ou le dépannage d'amis (13,3%).

#### ▪ Choix, cadre et vécu du traitement

Les trois principaux critères de choix du MSO étaient : qu'il supprime les symptômes de manque (87,6%), qu'il libère de l'envie de consommer (72,6%) et qu'il soit facile à arrêter (45,1%). Les autres critères proposés récoltent une adhésion plus faible (qu'il empêche d'injecter 14,2%, qu'il apporte du plaisir 8,9%, qu'il soit injectable 5,3%).

Dans un tiers des cas (36,3%), la personne à l'origine de l'entrée au sein du cadre thérapeutique était une personne autre que celles citées dans le questionnaire, principalement le patient lui-même, mais également une association ou un(e) petit(e) ami(e). Viennent ensuite un médecin (28,3%), un ami (14,2%), un membre de la famille (12,4%) et enfin un pharmacien (2,7%). Le cadre du suivi a été choisi par le patient lui-même dans 69,9% des cas, par un accord commun avec le médecin dans 22,1% des cas et par un choix exclusif du médecin dans 5,3% des cas. Ce cadre correspondait aux attentes des usagers dans 85,8% des cas. Selon les enquêtés, les trois éléments les plus importants du cadre de la prise en charge étaient la relation de confiance avec le médecin (81,4%), la possibilité d'adapter le traitement avec le médecin (79,9%) et la relation de confiance avec le pharmacien (67,3%). Il se trouve que ces trois éléments sont également ceux dont les répondants sont les plus satisfaits (respectivement 71,7%, 63,7% et 58,4%).

Le MSO est principalement vécu comme un traitement (90,3%) mais également comme une étape (57,5%) ou un moyen de changer de vie (57,5%). Certains usagers considèrent néanmoins que le MSO est un piège (25,7%), un moyen de contrôle de la société (15%) ou une drogue comme une autre (12,4%).

Afin d'évaluer les bénéfices apportés aux usagers par le traitement, l'étude recherchait les dimensions et les domaines améliorés par le MSO. Les principales dimensions améliorées étaient : le patient prend davantage soin de lui (64,6%), a plus de projets (62,8%) et profite plus de la vie (44,3%). Les principaux domaines améliorés par le MSO étaient la situation financière (60,2%), les relations familiales (54,9%) et la situation administrative (50,4%). Concernant la satisfaction des usagers, les trois quarts d'entre eux (74,4%) se sont déclarés satisfaits ou très satisfaits de leur MSO (aucun enquêté ne s'est déclaré pas satisfait du tout) mais seuls 62% ont affirmé être satisfaits ou très satisfaits de leurs conditions de suivi (pas satisfaits du tout 4,4%).

#### ▪ Pharmacie

Dans 94,7% des cas, les UD ont été recrutés via leur pharmacie habituelle. 8,9% des répondants ont affirmé ne pas avoir de pharmacie habituelle car ils préfèrent s'adresser à plusieurs pharmacies (70% d'entre eux), n'ont pas de lieu de vie fixe (20%) ou parce qu'aucune pharmacie ne leur convient (10%).

A la question cherchant à savoir s'ils obtenaient des conseils de la part du pharmacien, 15% ont répondu qu'ils avaient été orientés vers un centre de soins ou un médecin, 2,7% qu'ils avaient été conseillés sur le matériel, 2,7% sur le dépistage et 4,4% sur les risques liés à l'injection. Mais seul un quart des enquêtés ont répondu à cette question.

### **1.1.3) Autres données françaises récentes**

#### **1.1.3.1) Enquête PharmAsud**

En décembre 2011, les associations ASUD (association d'Auto-Support des Usagers de Drogues) et Safe (association de RdR qui gère, entre autres, le parc d'automates parisiens) ont publié dans *ASUD Journal* les résultats de la dernière enquête PharmAsud. Il s'agit d'une enquête concernant l'accès au matériel d'injection et aux MSO menée sur un échantillon d'officines parisiennes. Elle possède l'intérêt de confronter les données déclaratives issues des pharmacies à une action de testing par des usagers (ASUD, 2011). Son principal inconvénient est de n'être réalisée que sur quelques dizaines d'officines parisiennes. Ses résultats restent néanmoins intéressants. Ils nous apprennent que seules 53% des pharmacies délivrent des Stéribox® et que plus de la moitié d'entre elles refusent de délivrer des seringues seules (52%) ou des jetons (67%). Concernant les MSO, seuls 29% des officines accepteraient de délivrer de la méthadone, contre 42% pour le Subutex®. Ces chiffres, beaucoup plus pessimistes que ceux de l'enquête CEIP-AFSSAPS, sont-ils à mettre sur le compte d'un éventuel contre-balancement des résultats déclaratifs par le testing ou seraient-ils plutôt symptomatiques d'une spécificité parisienne ? La réponse à cette question n'est malheureusement pas disponible.

Dans l'enquête, les pharmaciens étaient également invités à justifier librement la non délivrance de MSO. Les arguments avancés étaient de 5 types : absence de demande (57%), peur ou problèmes déjà rencontrés (13%), refus des UD ou de certains d'entre eux (11%), jugements sur la substitution (inefficacité, délivrance à faire par les CSAPA, trafic...) (10%) et difficultés d'organisation (contraintes de délivrance, blocages CPAM...) (9%). Quant au testing, il rapporte des résultats plutôt positifs : bien que peu de pharmaciens se montrent en mesure d'orienter correctement les usagers vers les structures appropriées, ils semblent aborder ces derniers avec politesse, discrétion et sans jugement. Ce dernier constat est néanmoins en relative contradiction avec les retours que l'on peut parfois recueillir auprès d'usagers ainsi qu'avec les résultats de l'enquête menée par Tiphaine Canonne en 2010.

#### **1.1.3.2) Enquête sur l'acquisition du matériel d'injection en pharmacie**

Les attentes des UD vis-à-vis des pharmaciens sont assez complexes. En 2010, dans le cadre de sa thèse d'exercice sur les « relations entre les usagers de drogue et les pharmaciens lors de la délivrance de matériel d'injection à l'officine », Tiphaine Canonne a réalisé une enquête dont les résultats nous éclairent sur les avantages et les inconvénients des officines aux yeux des UD, ainsi que sur les attentes de ces derniers (Canonne, 2010).

Du côté des avantages, les UD apprécient l'accessibilité des officines (répartition géographique et horaires d'ouverture) mais seuls 8% des personnes interrogées déclarent que le pharmacien est un professionnel auprès duquel ils peuvent s'informer. Il n'est cependant pas possible d'établir si l'absence de réponse de 92% des sondés correspond à une absence de volonté de s'informer en officine ou à l'expression d'un désaccord quand à l'affirmation selon laquelle le pharmacien serait apte à fournir une information adéquate. Globalement, seuls 5% des sondés considèrent l'achat de matériel en officine comme étant l'occasion de discuter avec un professionnel de santé.

Côté inconvénients, le plus souvent rapporté est le caractère payant du Stéribox® (70% des personnes interrogées). Vient ensuite l'attitude du pharmacien : bien que seuls 15% des

sondés reprochent au pharmacien de leur « faire la morale », 59% jugent être l'objet de « mauvais regards » de la part du professionnel. Les regards méprisants sont décrits comme particulièrement mal vécus dans la partie qualitative de l'enquête. Une part non négligeable des UD interrogés se déclare également mise mal à l'aise par le manque de confidentialité de l'officine et la présence des autres clients (respectivement 55 et 52%). Au final, 35% des personnes interrogées ressentent l'achat de matériel d'injection en pharmacie comme « une épreuve ».

Concernant les attentes des UD lors de l'achat de matériel d'injection en pharmacie, 85% des personnes interrogées souhaitent être accueillies comme n'importe quel autre client et 73% souhaitent que le matériel leur soit délivré (sous-entendant ainsi que ce n'est pas toujours le cas). Viennent ensuite les attentes suivantes : la présentation des nouveaux outils de RdR (45%), la récupération du matériel usagé (40%), la possibilité d'être conseillé en cas d'interrogations (37%) et l'intérêt que l'on porte à leur santé (28%). Cependant, 52% des UD interrogés n'ont jamais discuté de leur santé avec le pharmacien à l'occasion de l'achat de matériel d'injection, contre 34% qui le font rarement, 12% souvent et 2% toujours.

### **1.1.3.3) Journée nationale sur l'échange de seringues en pharmacie**

A l'occasion de la 2<sup>ème</sup> journée nationale sur l'échange de seringues en pharmacie, Nicolas Bonnet, directeur du réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD), citait les chiffres fournis par l'association Safe en 2009 selon lesquels il existerait 27 programmes d'échange de seringues en pharmacie sur l'ensemble du territoire français. Ces 27 programmes impliquent un total de 492 pharmacies sur les 23 500 existantes, ce qui représente environ 2% des officines (Safe, 2009). A l'occasion de cette journée, quelques PES officinaux ont été présentés et il semblerait que les résultats soient assez bons, tant au niveau de l'amélioration de la diffusion du matériel que de la pacification des relations pharmacien-usager (Safe, 2009 ; RESPADD, 2011). Une des difficultés évoquées concerne la législation encadrant la récupération du matériel. En effet, si les officines sont tenues de remettre aux patients producteurs de déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) des collecteurs (décret n°2010-1263 du 22 octobre 2010) et de les récupérer une fois remplis (décret no 2011-763 du 28 juin 2011), cela ne s'applique que pour des patients en autotraitement dont les pathologies appartiennent à une liste définie par un arrêté du 23 août 2011. Les usagers de drogues n'apparaissent pas sur cette liste. Ainsi, d'un point de vue légal, les UDVI ne sont pas des producteurs de DASRI, bien que le matériel d'injection souillé qu'ils produisent présente les mêmes risques infectieux et nécessite les mêmes précautions de manipulation que les DASRI (RESPADD, 2011).

## **1.2) A l'étranger**

Dans l'état australien de Nouvelles-Galles du Sud, environ un quart des seringues distribuées (vente ou échange) le sont via les pharmacies (Bryant et al., 2010). En Nouvelle-Zélande la proportion est identique (Sheridan et al., 2005). Au Royaume-Uni les pharmacies distribuaient en 1997 autant de seringues que les autres programmes de distribution (étude britannique citée par Sheridan et al., 2005). Une étude portugaise révèle que les trois quarts des pharmacies interrogées vendent des seringues et que 60% sont activement impliquées dans un PES (Torre et al., 2010). Une étude estonienne de 2007 rapporte que 41% des UD

interrogés à Tallinn utilisaient les pharmacies comme source principale de seringues (Vorobjov et al., 2009). Les pharmacies sont donc loin d'être minoritaires comme lieux d'approvisionnement en seringues. De plus, il semblerait que les publics fréquentant les pharmacies diffèrent quelque peu de ceux fréquentant les autres programmes de distribution de matériel d'injection.

Les études déjà citées soulignent en effet qu'il existe des différences entre les UD qui se procurent des seringues en pharmacie et ceux qui se les procurent via un PES. L'étude menée à Tallinn (Estonie) souligne que les UD se procurant des seringues en pharmacie sont moins avancés dans leur « carrière d'injecteur » que ceux utilisant préférentiellement un PES (« nouveaux injecteurs » plus nombreux dans le groupe pharmacie). Cette étude révèle également que les séroprévalences HIV et HCV sont supérieures dans le groupe PES. Pourtant des comportements sexuels à risques ont été plus fréquemment rapportés dans le groupe pharmacie. Les données concernant le partage de matériel d'injection (seringues et matériel annexe) sur les 6 derniers mois sont comparables, seul l'item « avoir déjà partagé une seringue avec un individu HIV séropositif » défavorise le groupe PES (Vorobjov et al., 2009). Des travaux australiens posent un constat différent à propos des pratiques de partage. Selon cette autre étude, les UD du groupe PES rapportent des pratiques de partage moins fréquentes que ceux du groupe pharmacie (Bryant et al., 2010).

Parfois redoutés, les problèmes rencontrés par les pharmacies impliquées dans un PES semblent en réalité assez rares. Une étude portugaise rapporte que 13% des pharmacies participant à un PES ont été confrontées, sur l'année précédant l'enquête, à des problèmes de vols à l'étalage ou de comportements dérangeants. Des problèmes plus graves de type comportement agressif ont été cités par 60% des pharmacies ayant cessé leur participation aux PES (25% des officines interrogées) (Torre et al., 2010). Une étude anglaise a évalué la fréquence des problèmes rencontrés sur les 12 mois précédant l'enquête à l'aide d'une échelle « souvent / parfois / rarement / jamais ». Les problèmes graves de type violence ont été rapportés comme n'étant « jamais » survenus dans 79% des cas, « rarement » dans 15% des cas et « parfois » dans 6% des cas. Dans approximativement 90% des cas, les problèmes de deal dans la pharmacie n'ont jamais été rapportés. Les problèmes les plus fréquemment rapportés sont plutôt de l'ordre du vol à l'étalage (« souvent » ou « parfois » dans 46% des cas) ou de patients intoxiqués importunant le reste de la clientèle (« souvent » ou « parfois » dans 32% des cas) (Sheridan et al., 2000). Une autre étude réalisée en Nouvelle-Zélande, utilisant la même échelle, rapporte des résultats comparables : jamais de problèmes de violence dans 85% des cas, rarement dans moins de 20% des cas et jamais de deal dans la pharmacie dans plus de 90% des cas. Le vol à l'étalage et la présence d'individus intoxiqués importunant les autres clients sont rapportés (au moins « rarement ») dans respectivement 45% et 33% des cas (Sheridan et al., 2005).

Concernant les TSO, la plupart des données à l'étranger concernent la méthadone puisqu'elle y est considérée comme le substitut de référence (Jacques et Figiel, 2006). Au Canada et en Australie, la méthadone est disponible en médecine de ville, alors qu'au Etats-Unis elle est principalement délivrée par les centres spécialisés. Aux Pays-Bas, elle est accessible via les structures de première ligne, permettant ainsi l'accès au traitement à des UD très marginalisés (INSERM, 2010). Au Royaume-Uni, la méthadone est principalement prescrite en médecine de ville (*ibid.*), sans que les médecins généralistes n'aient besoin d'un agrément particulier (Roberts & Hunter, 2004). Des recommandations nationales préconisent une supervision des prises en pharmacie pendant les trois premiers mois de traitement

(Roberts & Hunter, 2004 ; Matheson et al., 2007). Une étude écossaise rapporte que 82% des pharmacies interrogées déclarent délivrer des « médicaments pour la prise en charge de la dépendance » (méthadone 79%, dihydrocodéine 56%, benzodiazépines 49%, buprénorphine 21%). Parmi les pharmacies délivrant de la méthadone, 91% proposent une supervision des prises à certains de leurs patients (Matheson et al., 2007). Une étude anglaise rapporte quant à elle que le taux de pharmacies délivrant des TSO est passé de 51% à 62% entre 1995 et 2005. Elle rapporte également qu'environ 59% des pharmacies anglaises délivrant des TSO étaient impliquées dans la supervision de leur consommation en 2005 (Sheridan et al., 2007).

## **2) Enquête régionale CSAPA-CAARUD (2012)**

### **2.1) Présentation**

La participation des patients au second volet de l'étude CEIP-AFSSAPS 2010, concernant le « point de vue des patients sous MSO et des usagers de drogues », a été plus faible que prévue, limitant ainsi l'interprétabilité des résultats. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité compléter cette approche.

Considérant que la méthode visant à faire parvenir les questionnaires aux usagers via les officines n'était pas forcément la plus adéquate pour obtenir une adhésion optimale des usagers, nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de solliciter les patients par l'intermédiaire de structures spécialisées dans la prise en charge ou l'accueil des usagers de drogues, substitués ou non, à savoir les CSAPA, CAARUD et associations de prévention. N'ayant pas la possibilité technique de réaliser une étude nationale, notre enquête a été proposée aux structures de la région Midi-Pyrénées.

#### **2.1.1) Objectifs**

Les objectifs de notre enquête étaient les suivants : décrire les modalités de prise en charge des patients sous MSO et usagers de drogues et évaluer leurs points de vue concernant ce dispositif de prise en charge. C'est par le biais de ce recueil de point de vue que la question l'implication des pharmaciens d'officine sera explorée.

#### **2.1.2) Matériels et méthodes**

##### **2.1.2.1) Inclusion**

L'enquête a été réalisée entre le 19 mars et le 22 avril 2012. La population cible était définie de la manière suivante : usagers de drogues, actifs ou non, sous TSO ou non, fréquentant un CSAPA (ou structure apparentée) ou un CAARUD participant à l'enquête.

La liste de toutes les structures de la région Midi-Pyrénées nous a été fournie par le CEIP de Toulouse. Toutes ces structures ont été sollicitées par un courrier, présenté en annexe 3,

envoyé par voie postale et par email, accompagné du bordereau de réponse présenté en annexe 4. Les structures n'ayant pas répondu sous un délai de quelques semaines ont été relancées par téléphone. Suite à une mauvaise manipulation informatique, 3 CSAPA de la région Limousin ont été sollicités par erreur. Ayant reçu une réponse positive immédiate de l'un d'entre eux, il a été décidé d'accepter leur participation malgré tout.

La liste des structures sollicitées et leur participation est détaillée dans le tableau 3.

<b>CSAPA ou assimilés</b>			<b>Participation</b>
Toulouse	CSAPA AAT	Toulouse (Haute Garonne - 31)	non
	CSAPA Clémence Isaure	Toulouse (Haute Garonne - 31)	<b>oui</b>
	CSAPA ANPAA 31	Toulouse (Haute Garonne - 31)	non
	CSAPA Maurice Dide	Toulouse (Haute Garonne - 31)	<b>oui</b>
	Centre Passages	Toulouse (Haute Garonne - 31)	non
	SAS ARPADE	Toulouse (Haute Garonne - 31)	non
Midi-Pyrénées	CSAPA ANPAA 32	Auch (Gers - 32)	non
	CSAPA ANPAA 81	Albi (Tarn - 81)	<b>oui</b>
	CSAPA Lot	Cahors (Lot - 46)	non
	CSAPA Aveyron	Rodez (Aveyron - 12)	non
	CSAPAA ANPAA 09	Foix (Ariège - 09)	non
	CSAPA 65	Tarbes (Hautes Pyrénées - 65)	<b>oui</b>
	CSAPA 82	Montauban (Tarn et Garonne - 82)	non
	CSAPA CH Montauban	Montauban (Tarn et Garonne - 82)	<b>oui</b>
Limousin	CSAPA Brive	Brive (Corrèze - 19)	<b>oui</b>
	CSAPA La Valette	Guéret (Creuse - 23)	<b>oui</b>
	CSAPA Bobillot	Limoges (Haute Vienne - 87)	non
<b>CAARUD</b>			
Toulouse	AIDES Midi-Pyrénées	Toulouse (Haute Garonne - 31)	<b>oui</b>
	Intermède	Toulouse (Haute Garonne - 31)	<b>oui</b>
Midi-Pyrénées	AIPD	Foix (Ariège - 09)	<b>oui</b>
	EPICE Village 12	Rodez (Aveyron - 12)	<b>oui</b>
	EPICE Village 12	Villefranche de Rouergue (Aveyron - 12)	
	REGAR	Auch (Gers - 32)	non
	Asso CEEIS	Cahors (Lot - 46)	<b>oui</b>
	CAARUD 65	Tarbes (Hautes Pyrénées - 65)	non
	Tarn espoir	Albi (Tarn - 81)	<b>oui</b>
	Tarn espoir	Castres (Tarn - 81)	
	EPICE 82	Montauban (Tarn et Garonne - 82)	<b>oui</b>

**Tableau 3** : Liste des structures sollicitées et participation

Au final, 26 structures (17 CSAPA ou apparentés, 9 CAARUD) ont été sollicités. Lorsqu'une même association dispose, dans un même département, de plusieurs antennes d'un même type (par exemple l'association Tarn Espoir, qui gère deux CAARUD sur Albi et Castres), on

considère cette association comme une structure unique. En revanche, quand une association gère deux structures de type différent (par exemple l'association Clémence Isaure qui gère un CSAPA et le CAARUD Intermède), on comptabilise les structures séparément. De même lorsqu'une association nationale gère, via ses sections locales, des structures de type comparable dans des départements différents (c'est le cas de l'ANPAA qui gère plusieurs CSAPA en Midi-Pyrénées).

Les structures ayant accepté de participer ont été contactées pour connaître le nombre de questionnaires qu'elles souhaitaient recevoir. Ceux-ci leur ont été envoyés par courrier, accompagnés d'une lettre précisant les dates de l'enquête (présentée en annexe 5) et d'une enveloppe pré-affranchie pour le retour des questionnaires une fois l'enquête terminée. Au total, 320 questionnaires ont été répartis entre les différentes structures.

Concernant les motifs de non participation, certaines structures s'estimaient peu concernées (par exemple les CSAPA ex-CCAA ayant conservé une orientation en alcoologie<sup>4</sup>), d'autres ne pouvaient pas participer pour des raisons internes, d'autres encore n'ont simplement pas répondu malgré plusieurs relances.

### 2.1.2.2) Questionnaires

Le questionnaire retenu correspond à celui utilisé dans la seconde partie de l'étude nationale de 2010. Celui-ci a été repris car, d'une part il avait fait l'objet d'un développement approfondi (test auprès de patients en CSAPA ayant fait l'objet d'un mémoire de Master 1), et d'autre part car notre étude a été pensée dans le prolongement de la précédente. Seules quelques questions, qui faisaient allusion au mode de distribution dudit questionnaire (par les officines) ont été adaptées pour correspondre aux nouvelles modalités d'enquête (distribution en CSAPA et CAARUD).

Le questionnaire est présenté en annexe 6. Il aborde les points suivants :

- Informations générales : données socio-démographiques (sexe, âge, situation familiale, couverture sociale, ressources), éventuels problèmes de santé, statut virologique HIV-HBV-HCV
- Histoire et parcours de consommation
- Relations avec le pharmacien (pharmacie habituelle, difficultés d'obtention de MSO, de matériel d'injection, informations obtenues, possibilité de dépôt du matériel usagé)
- Consommation de MSO, cadre et vécu du traitement pour les personnes concernées
- Consommation d'autres médicaments.

Les modalités d'enquête prévoyaient que ce questionnaire soit proposé aux UD fréquentant les structures participantes sur la période du 19 mars au 22 avril 2012. Idéalement, il devait être rempli seul mais il était accepté qu'une aide au remplissage soit apportée si elle s'avérait nécessaire. Le remplissage devait également se faire sur place et il n'était pas autorisé que le questionnaire soit emporté pour être rempli ailleurs. Une fois le questionnaire complété, il devait être glissé dans une enveloppe pour garantir l'anonymat des réponses.

---

<sup>4</sup> Les stratégies de RdR peuvent concerner des substances légales comme l'alcool, mais le questionnaire proposé n'était pas adapté à une telle exploration.

En fin d'enquête, les questionnaires devaient être retournés au CEIP pour analyse, via une enveloppe pré-affranchie fournie.

Le CAARUD géré par l'association AIDES Midi-Pyrénées a sollicité ma participation active pour la présentation des questionnaires aux usagers. Dans ce cas particulier, le questionnaire n'a pas été proposé sur la totalité de la période d'étude mais sur 3 demi-journées durant lesquelles j'ai pu me rendre sur place.

### **2.1.2.3) Analyse**

L'analyse statistique des données a été réalisée grâce au logiciel Stata version 11 (Stata Corporation, College Station, TX, USA) par Aurore Palmaro (CEIP de Toulouse).

Les variables qualitatives sont présentées en effectifs et en pourcentages.

Les variables quantitatives sont présentées en moyennes  $\pm$  écart types ou en médiane  $\pm$  écart interquartile (présentation jugée plus adaptée dans les cas où les effectifs étaient réduits et où les distributions s'écartaient de la normalité).

L'analyse comparative des résultats de cette enquête avec ceux de 2010 a été réalisée par l'auteur grâce au logiciel Excel 2007.

Les variables quantitatives n'ont pas pu être comparées en raison d'un accès impossible aux séries de données brutes de l'enquête de 2010. Les variables qualitatives ont été comparées par un test de Khi2 lorsque celui-ci était applicable ou par un test exact de Fisher quand cela était nécessaire. Pour la réalisation du test exact de Fisher, un add-in<sup>5</sup> permettant au logiciel Excel de réaliser un tel test a été utilisé.

## **2.2) Résultats**

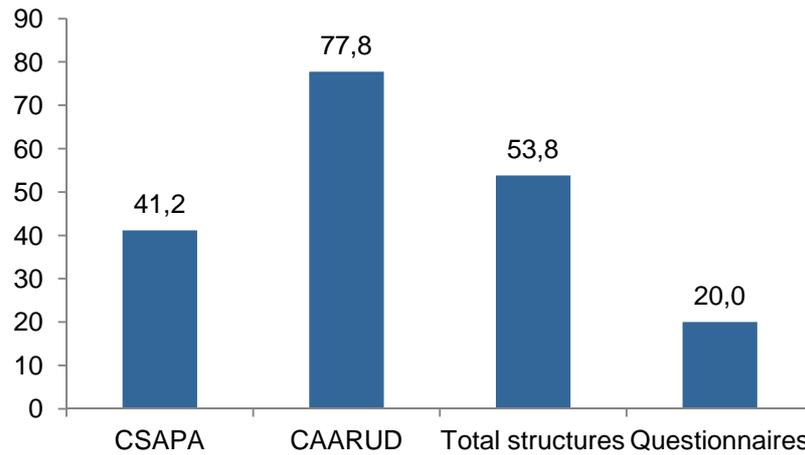
Sur les 26 structures sollicitées, 14 ont accepté de participer (53,9%), dont 7 CSAPA sur les 17 contactés (41,2%) et 7 CAARUD sur les 9 contactés (77,8%).

Au total, 320 questionnaires ont été repartis sur les 14 structures et 64 nous ont été retournés totalement ou partiellement complétés, soit une participation de 20% (figure 1).

Certains des résultats détaillés ci-après ont été partiellement présentés le 8 janvier 2013 aux XVIIèmes rencontre toulousaines d'addictovigilance, organisées par le CEIP de Toulouse, dont le programme est présenté en annexe 7.

---

<sup>5</sup> L'add-in utilisé est disponible ici : <http://www.obertfamily.com/software/fisherexact.html>



**Figure 1** : participation exprimée en pourcentage de structures participantes et en pourcentage de questionnaires retournés

### **2.2.1) Principales caractéristiques des participants**

Le tableau 4 présente l'ensemble des caractéristiques des usagers participants. Le tableau 5 résume les principales caractéristiques liées à la santé des patients ayant participé à l'enquête.

La majorité des patients répondants étaient des hommes (84,4%) avec un âge moyen de  $36,7 \pm 9,1$  ans. Les participants étaient principalement célibataires (82,8%) et sans enfant (59,4% sans enfant, 17,2% ayant un enfant et 12,5% ayant plusieurs enfants). Une femme a déclaré être enceinte, ce qui représente 1,6% de l'échantillon total et 11,1% de l'échantillon féminin.

Deux tiers des participants occupaient un logement stable (67,2%) et la majorité d'entre eux avait une couverture sociale, principalement la sécurité sociale (65,5%), une mutuelle (45,3%) ou la CMU (37,5%).

La majorité des répondants n'a pas eu d'activité professionnelle sur les 6 derniers mois (62,5%). Concernant les ressources des 6 derniers mois, la moitié des enquêtés a bénéficié d'allocations sociales (50%) et un tiers d'entre eux a eu des ressources provenant d'une activité (37,5%).

Plus d'un tiers des patients (39,1%) affirme avoir présenté des problèmes de santé au cours du dernier mois. Les principaux problèmes cités étaient :

- les problèmes neuro-psychiatriques (10 citations) : angoisse, dépression, troubles du sommeil...
- les problèmes respiratoires (7 citations) : bronchite, asthme, douleurs pulmonaires...
- les problèmes hépato-gastro-entérologiques (7 citations) : hépatites, cirrhose, ulcère, troubles du transit...

Venaient ensuite les problèmes infectieux (3 citations), arthrologiques ou traumatologiques (3 citations), circulatoires (2 citations), ORL (2 citations) puis dermatologiques (1 citation) et algiques (1 citation). La « toxicomanie » a également été citée une fois.

	Participants (n=64)	
	N	%
<b>Genre</b>		
Homme	54	84,4
Femme	9	14,1
VM (valeurs manquantes)	1	1,6
<b>Age moyen</b>		
moyenne ± ET [min - max]	36,7 ± 9,1	[18 - 55]
<b>En couple</b>		
Oui	10	15,6
Non	53	82,8
VM	1	1,6
<b>Nombre d'enfants</b>		
Aucun	38	59,4
Un	11	17,2
Plusieurs	8	12,5
VM	7	10,9
<b>Grossesse en cours</b>		
Oui	1	1,6
Non	52	81,3
VM	11	17,2
<b>Logement stable</b>		
Oui	43	67,2
Non	15	23,4
Ne sait pas	4	6,3
VM	2	3,1
<b>Couverture sociale</b>		
Sécurité sociale	40	62,5
CMU	24	37,5
Mutuelle	29	45,3
AME	1	1,6
Aucune	3	4,7
Ne sait pas	2	3,1
<b>Activité professionnelle (6 derniers mois)</b>		
Oui	19	29,7
Non	40	62,5
VM	5	7,8
<b>Ressources (6 derniers mois)</b>		
Activité	24	37,5
Allocations sociales	32	50,0
Mutuelle	0	0,0
Autres ressources	2	3,1
Aucune ressource	5	7,8

**Tableau 4** : Principales caractéristiques des répondants

A propos du statut virologique relatif aux virus des hépatites B et C ainsi qu'à celui de l'immunodéficience humaine, les résultats font état d'un taux de séropositivité déclarée de 1,6% concernant le VHB, de 26,6% concernant le VHC et de 9,4% concernant le VIH.

Concernant le suivi, la question ne devait théoriquement concerner que les patients de séropositivité connue. Cependant, pour chaque infection, nous avons obtenu plus de réponses à la question du suivi que de réponses positives à propos du statut virologique, et cela pour les trois infections explorées. Nous postulons donc que la question a été mal comprise et qu'elle mériterait clarification en cas de réutilisation du questionnaire.

	Participants (n=64)	
	N	%
<b>Problèmes de santé (dernier mois)</b>		
Oui	25	39,1
Non	36	56,3
VM	3	4,7
<b>Statut virologique VHB</b>		
Positif	1	1,6
Négatif	49	76,6
Ne sait pas	3	4,7
VM	11	17,2
	<i>Suivi VHB</i>	14
		21,9
<b>Statut virologique VHC</b>		
Positif	17	26,6
Négatif	40	62,5
Ne sait pas	3	4,7
VM	4	6,3
	<i>Suivi VHC</i>	22
		34,4
<b>Statut virologique VIH</b>		
Positif	6	9,4
Négatif	48	75,0
Ne sait pas	2	3,1
VM	8	12,5
	<i>Suivi VIH</i>	17
		26,6

**Tableau 5 : Santé des participants**

### **2.2.2) Description des consommations des usagers**

Cette enquête explorait les consommations de quatre substances illicites (héroïne, cocaïne, crak/freebase et cannabis) et d'une substance licite (alcool). Les résultats sont présentés dans le tableau 6.

Le cannabis est la substance la plus consommée avec 98,4% de consommateurs dont quasiment deux tiers (62,5%) au cours du derniers mois. La deuxième place est occupée par l'héroïne avec 85,9% de consommateurs dont presque un tiers (30,9%) au cours du dernier mois. La cocaïne se situe à la troisième place avec 82,8% de consommateurs dont un peu plus d'un quart (28,3%) au cours du dernier mois.

	Participants (n=64)	
	N	%
<b>Héroïne</b>		
Non, jamais	5	7,8
Oui, au cours du dernier mois	17	26,6
Oui, mais pas au cours du dernier mois	38	59,4
VM	4	6,3
<b>Cocaïne</b>		
Non, jamais	7	10,9
Oui, au cours du dernier mois	15	23,4
Oui, mais pas au cours du dernier mois	38	59,4
VM	4	6,3
<b>Crack / Freebase</b>		
Non, jamais	24	37,5
Oui, au cours du dernier mois	2	3,1
Oui, mais pas au cours du dernier mois	30	46,9
VM	8	12,5
<b>Cannabis</b>		
Non, jamais	0	0,0
Oui, au cours du dernier mois	40	62,5
Oui, mais pas au cours du dernier mois	23	35,9
VM	1	1,6
<b>Age de la première consommation (médiane ± EIQ [min – max])</b>		
Héroïne	18	[14 - 35]
Cocaïne	18 ± 9	[12 - 53]
Crack / Freebase	23 ± 10	[14 - 44]
Cannabis	14,5 ± 3	[7 - 40]
<b>Alcool</b>		
Non, jamais	23	35,9
Oui, au moins une fois par semaine	25	39,1
Oui, tous les jours	15	23,4
<i>Nombre moyen de verres par jour</i>		
	13,9 ± 9,3	[1 - 30]
VM	1	1,6
<b>Statut injecteur</b>		
Jamais	18	28,1
Non, pas actuellement	15	23,4
Oui, actuellement	31	48,4
<i>Type de produit injecté</i>		
<i>Héroïne ou autre drogue</i>	9	29,0
<i>Médicament</i>	9	29,0
<i>Les deux</i>	13	41,9

**Tableau 6** : Description des consommations des usagers

La consommation d'alcool occupe la quatrième place avec 62,5% de consommateurs dont 37,5% en consomment tous les jours. La consommation quotidienne d'alcool a été estimée à un nombre moyen de 13,9 verres standards par jour (1 verre standard = 1 Unité Alcool = 10 g d'alcool pur).

La consommation de crack/freebase (cocaïne sous forme de base libre et non de chlorhydrate) occupe la dernière place avec 50% de consommateurs dont 6,25% au cours du dernier mois.

L'âge médian de la première consommation tourne autour de 20 ans (héroïne et cocaïne : 18 ans ; crack : 23 ans) sauf pour le cannabis dont l'âge médian d'initiation est de 14 ans et demi.

Dans notre échantillon, quasiment la moitié des sujets (48,4%) étaient injecteurs au moment de l'enquête, avec une répartition d'environ 30% d'injecteurs de drogues illicites, 30% d'injecteurs de médicaments et 40% d'usagers s'injectant les deux.

### **2.2.3) Rapports avec le pharmacien et usage de matériel d'injection**

Ces données sont présentées dans le tableau 7.

La majorité des participants a déclaré avoir une pharmacie habituelle (85,9%). Le questionnaire prévoyait de rechercher pour quelles raisons certains n'en avaient pas. En théorie, seuls ceux qui n'avaient pas de pharmacie habituelle (12,5%, n=8) étaient sensés répondre à la question cherchant à en connaître les raisons. En pratique, cette logique a probablement été mal comprise puisque nous avons eu plus de réponses à cette seconde question que de réponses négatives à la première. En effet, 4,7% (n=3) des enquêtés ont affirmé ne pas avoir de pharmacie habituelle par absence de lieu de vie fixe, 4,7% (n=3) ont dit n'avoir trouvé aucune pharmacie qui leur convient et 9,4% (n=6) ont déclaré préférer s'adresser à plusieurs officines. Ainsi, 12 patients ont cité des raisons de ne pas avoir de pharmacie habituelle et la moitié d'entre eux a affirmé préférer le recours volontaire à plusieurs pharmacies. On demandait à ces derniers d'expliquer la raison de ce recours souhaité à plusieurs officines mais, ici encore, nous avons eu plus de répondants qu'à l'item correspondant de la question précédente. Neuf sujets (14,1% de l'échantillon total) ont déclaré le faire pour préserver leur confidentialité, les deux autres répondants se répartissant entre la crainte d'une réticence du pharmacien par rapport à la délivrance de MSO (1,6%, n=1) et la crainte de réticence par rapport au matériel d'injection (1,6%, n=1).

Dans notre enquête, seuls 7,8% des usagers ont déclarés avoir des difficultés à se procurer des MSO en pharmacie. Ceci ne concerne en fait que 5 réponses et les 3 justifications proposées (refus fréquent du pharmacien, réticence fréquente du pharmacien et prix trop élevé) ont été choisies une fois chacune.

Nous avons également cherché à savoir si des difficultés pouvaient exister concernant l'obtention de matériel d'injection en pharmacie. Un peu plus du quart des enquêtés (28,1%) a déclaré ne pas avoir de telles difficultés alors que 12,5% des sujets ont affirmé y être confrontés.

L'effectif des personnes considérées comme « concernées par le matériel d'injection » a été calculé en totalisant les réponses « oui » et « non » à cette question (donc en excluant de l'effectif total les « non concernés » et les valeurs manquantes), pour aboutir à un total de 26 personnes concernées, soit 40,6% de l'échantillon.

	Participants (n=64)	
	N	%
<b>Pharmacie habituelle</b>		
Oui	55	85,9
Non	8	12,5
VM	1	1,6
<b>Principale raison de ne pas avoir de pharmacie habituelle</b>		
Absence de lieu de vie fixe	3	4,7
Aucune pharmacie qui convient	3	4,7
Préfère s'adresser à plusieurs pharmacies	6	9,4
VM	52	81,3
<i>Préfère s'adresser à plusieurs pharmacies :</i>		
<i>Pour préserver sa confidentialité</i>	9	14,1
<i>Par crainte de réticence / MSO</i>	1	1,6
<i>Par crainte de réticence / matériel d'injection</i>	1	1,6
VM	53	82,8
<b>Difficultés pour se procurer des MSO en pharmacie</b>		
Oui	5	7,8
Non	46	71,9
Non concerné	10	15,6
VM	3	4,7
<i>Difficultés car :</i>		
<i>Refus fréquent du pharmacien</i>	1	1,6
<i>Réticence fréquente du pharmacien</i>	1	1,6
<i>Prix trop élevé</i>	1	1,6
VM	61	95,3
<b>Difficultés pour se procurer du matériel d'injection en pharmacie</b>		
Oui	8	12,5
Non	18	28,1
Non concerné	34	53,1
VM	4	6,3
<i>Difficultés car :</i>		
<i>Refus fréquent du pharmacien</i>	1	1,6
<i>Réticence fréquente du pharmacien</i>	6	9,4
<i>Prix trop élevé</i>	2	3,1
VM	55	85,9
<b>Conseils de la part du pharmacien</b>		
Médicaments	21	32,8
Utilisation du matériel	0	0,0
Dépistages	1	1,6
Orientation vers structure de soins ou médecin	2	3,1
Risques liés à l'injection	2	3,1
<b>Possibilité de déposer les seringues usagées en pharmacie</b>		
Oui	5	7,8
Non	22	34,4
Non concerné	31	48,4
VM	6	9,4
<b>Procuration du matériel d'injection en général</b>		
Pharmacie	15	23,4
Centre de soins	7	10,9
CAARUD	21	32,8
Automates	15	23,4
Non concerné	19	29,7

**Tableau 7** : Rapports avec les pharmaciens et utilisation de matériel d'injection

Ainsi, si l'on rapporte les difficultés d'obtention de matériel à l'effectif concerné par son usage, il apparaît qu'environ un tiers (30,8%) des usagers concernés présentent des difficultés à se procurer du matériel d'injection en pharmacie.

L'explication la plus couramment invoquée était la réticence fréquente du pharmacien (9,4% du total, 23,1% des concernés) alors que les refus ont été moins cités (une seule réponse soit 1,6% du total et 3,8% des concernés). Le prix du matériel a également été cité comme source de difficultés par deux personnes (3,1% du total, 7,7% des concernés).

Fort heureusement, les officines ne sont pas les seuls lieux d'approvisionnement possibles en matériel d'injection. Nous avons donc cherché à savoir où les usagers se le procuraient. Une grande majorité des sujets concernés par l'utilisation de matériel d'injection (tels que définis plus haut) se le procure en CAARUD (80,8%). Viennent ensuite les automates et les pharmacies (57,7% chacun) puis les centres de soins (26,9% des concernés).

La possibilité de déposer le matériel d'injection usagé en pharmacie était également explorée. Seuls 19,2% des usagers concernés ont déclarés avoir la possibilité de le faire.

La question visant à rechercher d'éventuels conseils reçus de la part du pharmacien a obtenu 26 réponses (40,6%). Parmi eux, la plupart ont affirmé avoir reçus des conseils sur les médicaments (80,8%), les autres réponses se répartissant entre l'orientation vers une structure de soins ou un médecin (7,7%), les risques liés à l'injection (7,7%) et les dépistages (3,8%). Aucun sujet n'a déclaré n'avoir reçu de conseils sur l'utilisation du matériel d'injection. Notons dès à présent que la présentation de cette question nous semble présenter une ambiguïté, ce point sera détaillé plus loin.

#### **2.2.4) Description de la consommation de MSO**

Dans notre étude, 56 patients (87,5% des participants) avaient déjà pris un MSO au cours de leur vie. Les autres ne devaient pas poursuivre le questionnaire. A partir d'ici, tous les pourcentages sont donc calculés par rapport à l'effectif « déjà exposé aux MSO » (n=56).

Les données sont présentées dans le tableau 8.

Les MSO (ou apparentés) les plus consommés au cours du dernier mois étaient :

1. Le Subutex® : 39,3% de consommateurs
2. La méthadone sirop : 25% de consommateurs
3. La méthadone gélule : 23,2% de consommateurs

Venaient ensuite la buprénorphine générique (14,3%), le Skénan® (10,7%), le Néocodion® (3,6%) et le Moscontin® (1,8%).

Notons que l'âge médian de début d'utilisation de ces médicaments se situe globalement entre 20 et 30 ans, sauf pour la méthadone gélule (34 ans) et la buprénorphine Arrow® (16 ans).

	Exposés MSO (n=56)	
	N	%
<b>Prise de méthadone sirop au cours du dernier mois</b>	<b>14</b>	<b>25,0</b>
Age de début (médiane ± EIQ [min - max])	29 ± 5	[20 - 40]
Dose en mg/j (médiane ± EIQ [min - max])	50 ± 60	[20 - 160]
<b>Prise de méthadone gélule au cours du dernier mois</b>	<b>13</b>	<b>23,2</b>
Age de début (médiane ± EIQ [min - max])	34 ± 6	[27 - 46]
Dose en mg/j (médiane ± EIQ [min - max])	67,5 ± 95	[2 - 160]
Dose en cp/j (médiane ± EIQ [min - max])	3 ± 1	[1 - 4]
<b>Prise de Subutex® au cours du dernier mois</b>	<b>22</b>	<b>39,3</b>
Age de début (médiane ± EIQ [min - max])	27 ± 9	[5 - 50]
Dose en mg/j (médiane ± EIQ [min - max])	9,5 ± 8	[4 - 16]
Dose en cp/j (médiane ± EIQ [min - max])	-	-
<b>Prise de BHD Arrow® au cours du dernier mois</b>	<b>2</b>	<b>3,6</b>
Age de début (médiane ± EIQ [min - max])	16	[14-18]
Dose en mg/j (médiane ± EIQ [min - max])	8	-
Dose en cp/j (médiane ± EIQ [min - max])	1	-
<b>Prise de BHD Mylan® au cours du dernier mois</b>	<b>6</b>	<b>10,7</b>
Age de début (médiane ± EIQ [min - max])	26 ± 10	[18 - 36]
Dose en mg/j (médiane ± EIQ [min - max])	6 ± 11	[5 - 16]
Dose en cp/j (médiane ± EIQ [min - max])	3 ± 7	[1 - 8]
<b>Prise de Skénan® au cours du dernier mois</b>	<b>6</b>	<b>10,7</b>
Age de début (médiane ± EIQ [min - max])	23 ± 3,5	[20 - 25]
Dose en mg/j (médiane ± EIQ [min - max])	100 ± 40	[7 - 600]
Dose en cp/j (médiane ± EIQ [min - max])	1	-
<b>Prise de Néocodion® au cours du dernier mois</b>	<b>2</b>	<b>3,6</b>
Age de début (médiane ± EIQ [min - max])	20 ± 12	[17 - 29]
Dose en mg/j (médiane ± EIQ [min - max])	-	-
Dose en cp/j (médiane ± EIQ [min - max])	5	-
<b>Prise de Moscontin® au cours du dernier mois</b>	<b>1</b>	<b>1,8</b>
Age de début (médiane ± EIQ [min - max])	39	-
Dose en mg/j (médiane ± EIQ [min - max])	60	-
Dose en cp/j (médiane ± EIQ [min - max])	2	-

**Tableau 8** : Description de la consommation de MSO

### **2.2.5) Description des critères de choix du MSO consommé**

Les données sont récapitulées dans le tableau 9.

Au moment de l'enquête, le MSO le plus consommé par les patients était la buprénorphine (42,9%), suivi par la méthadone (39,3%). Six patients ne consommaient pas de MSO au moment de l'enquête et quatre ont cité des médicaments n'ayant pas d'AMM en tant que MSO. Le MSO actuel était recherché par une question ouverte (question n° 25) et les réponses apportées n'étaient pas suffisamment complètes pour discriminer les différentes formes galéniques de méthadone (sirop, gélule) ou la marque de la buprénorphine (Subutex®, génériques).

	<b>Exposés MSO (n=56)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Médicament consommé actuellement</b>		
Buprénorphine (Subutex® & génériques)	24	42,9
Méthadone (sirop & gélule)	22	39,3
Autre (opioïde sans AMM)	4	7,1
Pas de MSO actuel	6	10,7
<b>Prise de ce médicament dans le cadre d'un suivi médical</b>		
Oui	48	85,7
Non	3	5,4
VM	5	8,9
<b>Prise du médicament (en général)</b>		
Avalé ou bu	25	44,6
Sous la langue	14	25,0
Sniffé	1	1,8
Injecté	14	25,0
Fumé	0	0,0
VM	2	3,6
<b>Lieu de procuracyon du médicament (en général)</b>		
Pharmacie sur prescription médicale	41	73,2
Pharmacie sans ordonnance	1	1,8
Pharmacie avec fausse ordonnance	0	0,0
Centre de soins spécialisés	9	16,1
Dans la rue	4	7,1
Par internet	0	0,0
Autre lieu	0	0,0
VM	1	1,8
<b>Raisons d'obtenir le médicament en dehors d'une pharmacie (ou d'un centre spécialisé)</b>		
Pour éviter d'aller voir un médecin	5	8,9
Pas de dépannage par médecin ou pharmacien	5	8,9
RDV manqué chez le médecin	7	12,5
Consommation supérieure à la prescription	8	14,3
Dose prescrite insuffisante	5	8,9
Moins cher qu'en pharmacie	2	3,6
A dépanné des amis	7	12,5
Aime l'ambiance de la rue	1	1,8
Difficultés à se le faire délivrer en pharmacie	1	1,8
Autre	5	8,9
<b>Critères "très importants" dans le choix du MSO</b>		
Qu'il supprime les symptômes de manque	41	73,2
Qu'il libère de l'envie de consommer	34	60,7
Qu'il soit facile à arrêter	17	30,4
Qu'il apporte du plaisir	7	12,5
Qu'il soit injectable	7	12,5
Qu'il empêche de s'injecter	11	19,6
Autre	7	12,5

**Tableau 9 : Critères de choix du MSO**

La majorité des patients prenaient ces MSO dans le cadre d'un suivi médical (85,7%) et principalement par voie orale (69,6%) : 44,6% avalé ou bu et 25% en sublingual. On note cependant un détournement de la voie d'administration du médicament chez 26,8% des patients : 25% injecté et 1,8% sniffé.

Concernent le lieu de procuration du MSO, les trois quarts des patients l'obtiennent en pharmacie sur prescription médicale (73,2%). Les autres se le procurent en centre de soins spécialisés (16,1%) ou dans la rue (7,1%). Un patient a répondu « en pharmacie sans ordonnance » mais nous supposons qu'il s'agit d'un patient sous codéine (disponible sans prescription).

Nous avons demandé aux patients leurs raisons d'obtenir le médicament ailleurs qu'en pharmacie ou en centre de soins. Nous avons obtenu 46 réponses, soit plus que le nombre de personnes qui ont déclaré se procurer des MSO de cette façon. Cela s'explique probablement par le fait que la question précédente recherchait le lieu de procuration principal des MSO. Nous supposons donc que certains patients peuvent recourir généralement aux pharmacies ou aux centres de soins pour se procurer des MSO tout en se dépannant occasionnellement par d'autres voies.

Les principales raisons citées étaient :

1. Consommation supérieure à la prescription (14,3%)
2. Rendez-vous manqué chez le médecin et dépannage d'amis (12,5%)
3. Dose prescrite insuffisante, pas de dépannage par le médecin ou le pharmacien et pour éviter d'aller voir un médecin (8,9%)

Venaient ensuite l'infériorité du prix par rapport à la pharmacie (3,6%), la difficulté à se procurer le médicament en pharmacie (1,8%) et le fait d'aimer l'ambiance de la rue (1,8%).

Nous avons également essayé d'identifier les critères les plus importants pour les patients dans le choix du MSO. Ces critères étaient :

1. Qu'il supprime les symptômes de manque (73,2%)
2. Qu'il libère de l'envie de consommer (60,7%)
3. Qu'il soit facile à arrêter (30,4%)

Venaient ensuite les critères suivants : « qu'il empêche de s'injecter » (19,6%), « qu'il apporte du plaisir » (12,5%) et « qu'il soit injectable » (12,5%).

### ***2.2.6) Description du cadre du traitement de substitution***

Une partie du questionnaire s'intéressait au cadre du traitement par MSO. Les données sont résumées dans le tableau 10.

Nous avons d'abord voulu connaître la personne à l'origine de l'entrée au sein du cadre thérapeutique. La moitié des sujets (48,2%) a choisi l'item « autre », pour désigner une personne différente de celles proposées dans le questionnaire. Dans plus de la moitié des cas, cette autre personne était le sujet lui-même (15 citations sur 27 « autres »), les autres précisions désignaient ponctuellement un assistant social, un éducateur, une infirmière, une association, une connaissance de rue ou la police (1 citation par élément).

Le médecin arrive en deuxième place avec 35,7% des réponses, suivi par un ami (17,9%), un membre de la famille (5,4%) et enfin un pharmacien (1,8%).

	Exposés MSO (n=56)	
	N	%
<b>Personne à l'origine de l'entrée au sein du cadre thérapeutique</b>		
Médecin	20	35,7
Pharmacien	1	1,8
Ami	10	17,9
Membre de la famille	3	5,4
Autre personne	27	48,2
VM	1	1,8
<b>Personne qui vous suit</b>		
Médecin généraliste	30	53,6
Médecin appartenant à un réseau ville-hôpital	2	3,6
Centre de soins spécialisés	26	46,4
Service hospitalier	0	0,0
Autre praticien	1	1,8
VM	1	1,8
<b>Choix du cadre de suivi</b>		
Choix personnel	37	66,1
Choix du médecin	3	5,4
Choix des deux	13	23,2
VM	3	5,4
<b>Ce cadre correspond-il à ce que le patient envisageait ?</b>		
Oui	48	85,7
Non	4	7,1
VM	4	7,1
<b>Éléments les plus importants du cadre de prise en charge ("très important")</b>		
Expérience du médecin en addictologie	42	75,0
Expérience du pharmacien en addictologie	11	19,6
Relation de confiance avec le médecin	45	80,4
Relation de confiance avec le pharmacien	18	32,1
Possibilité d'adapter le traitement avec le médecin	37	66,1
Accès à un suivi psychologique	17	30,4
Accès à un suivi social	19	33,9
Accès au dépistage	24	42,9
Accès au traitement d'autres pathologies	19	33,9
<b>Satisfaction vis-à-vis des éléments du cadre ("très satisfait")</b>		
Expérience du médecin en addictologie	37	66,1
Expérience du pharmacien en addictologie	12	21,4
Relation de confiance avec le médecin	38	67,9
Relation de confiance avec le pharmacien	14	25,0
Possibilité d'adapter le traitement avec le médecin	38	67,9
Accès à un suivi psychologique	16	28,6
Accès à un suivi social	20	35,7
Accès au dépistage	24	42,9
Accès au traitement d'autres pathologies	18	32,1

**Tableau 10** : Description du cadre du TSO

La plupart des patients étaient suivis soit par un médecin généraliste (53,6%) soit par un centre de soins spécialisés (46,4%).

Le cadre thérapeutique résulte d'un choix personnel du patient dans les deux tiers des cas (66,1%) et d'un accord commun entre le patient et le médecin dans quasiment un quart des cas (23,2%). Le choix unilatéral du cadre par le médecin ne représente que 5,4% des cas.

Ce cadre de suivi correspond aux attentes de la grande majorité de patients (85,7%). Dans les quelques cas où le cadre ne correspond pas aux attentes, cela s'explique par des contraintes liées à l'offre de soins locale (3,6%), à des conditions d'entrées trop strictes (7,1%) ou à des refus de prescription (7,1%).

Notre questionnaire permettait aux patients d'évaluer les éléments « les plus importants », selon eux, du cadre de prise en charge. Les résultats, par ordre d'importance, sont les suivants :

1. la relation de confiance avec le médecin (80,4%)
2. l'expérience du médecin en addictologie (75%)
3. la possibilité d'adapter le traitement avec le médecin (66,1%)

Venaient ensuite : l'accès au dépistage (42,9%), l'accès au traitement d'autres pathologies et l'accès au suivi social (33,6%), la relation de confiance avec le pharmacien (32,1%), l'accès au suivi psychologique (30,4%) et enfin l'expérience du pharmacien en addictologie (19,6%).

De la même façon, nous avons interrogé les patients sur leur satisfaction concernant les éléments de leur prise en charge, en proposant les mêmes items. Les résultats, par ordre d'importance, sont les suivants :

1. la relation de confiance avec le médecin et la possibilité d'adapter le traitement avec lui (67,9%)
2. l'expérience du médecin en addictologie (66,1%)
3. l'accès au dépistage (42,9%)

Venaient ensuite : l'accès au suivi social (35,7%), l'accès au traitement d'autres pathologies (32,1%), l'accès au suivi psychologique (28,6%), la relation de confiance avec le pharmacien (25%) et enfin l'expérience du pharmacien en addictologie (21,4%).

### ***2.2.7) Description du vécu du traitement de substitution***

Une dernière partie du questionnaire concernait le vécu du traitement par les patients. Les données sont présentées dans le tableau 11.

Pour les patients, le MSO est avant tout un traitement (73,2%), mais également une étape (53,6%) ou un moyen de changer de vie (44,6%). Il est intéressant de remarquer qu'un tiers des sujets considèrent le MSO comme un piège (35,7%) et que plus d'un cinquième le voient comme un moyen de contrôle de la société (21,4%). Viennent ensuite les autres items : 14,3% des sondés perçoivent le MSO comme un produit à prendre toute la vie ou presque, 12,5% l'assimilent à une drogue comme une autre. Enfin, 3 patients (5,4%) ont choisi l'item « autre » en précisant « difficile à arrêter aux petites doses », « permet de vivre normalement » et « régularité du traitement ».

	<b>Exposés MSO (n=56)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Pour le patient, le MSO est avant tout</b>		
Traitement	41	73,2
Drogue comme une autre	7	12,5
Etape	30	53,6
Produit à prendre toute la vie ou presque	8	14,3
Moyen de changer de vie	25	44,6
Piège	20	35,7
Moyen de contrôle de la société	12	21,4
Autre	3	5,4
<b>Dimensions améliorées chez le patient par le MSO</b>		
Prends davantage soin de lui	31	55,4
A plus de projet	29	51,8
S'ennuie moins	14	25,0
Profite plus de la vie	18	32,1
A plus confiance en lui	22	39,3
Les problèmes sont moins durs à affronter	17	30,4
Tient plus compte des conseils qu'on lui donne	21	37,5
La vie plus est excitante qu'avant	6	10,7
C'est moins "galère"	14	25,0
Se sent moins seul	22	39,3
On lui fait plus confiance qu'avant	19	33,9
Boit moins d'alcool	13	23,2
Prends moins de cocaïne	22	39,3
<b>Amélioration de la situation depuis la prise de MSO</b>		
Situation administrative	19	33,9
Situation financière	25	44,6
Logement	14	25,0
Situation professionnelle	12	21,4
Relations amicales	12	21,4
Etat de santé	22	39,3
Vie amoureuse	10	17,9
Relations avec la famille	20	35,7
Relations avec la justice	11	19,6
<b>Niveau de satisfaction par rapport au MSO</b>		
Très satisfait	9	16,1
Satisfait	26	46,4
Assez	10	17,9
Pas du tout	4	7,1
Ne sait pas	1	1,8
VM	6	10,7
<b>Niveau de satisfaction par rapport aux conditions de suivi</b>		
Très satisfait	9	16,1
Satisfait	25	44,6
Assez	11	19,6
Pas du tout	1	1,8
Ne sait pas	3	5,4
VM	7	12,5

**Tableau 11** : Description du vécu du TSO

Nous avons également recherché les améliorations apportées par le MSO. Les principales étaient :

1. Le patient prend d'avantage soin de lui (55,4%)
2. Il a plus de projets (51,8%)
3. Il a plus confiance en lui, se sent moins seul et prends moins de cocaïne (39,3%)

Venaient ensuite : tient plus compte des conseils qu'on lui donne (37,5%), on lui fait plus confiance qu'avant (33,9%), profite plus de la vie (32,1%), les problèmes sont moins durs à affronter (30,4%), s'ennuie moins et « c'est moins galère » (25%), boit moins d'alcool (23,2%) et enfin « la vie est plus excitante qu'avant » (10,7%).

Les principaux domaines améliorés par la prise de MSO étaient :

1. La situation financière (44,6%)
2. L'état de santé (39,3%)
3. Les relations avec la famille (35,7%)

Venaient ensuite : la situation administrative (33,9%), le logement (25%), la situation professionnelle et les relations amicales (21,4%), les relations avec la justice (19,6%) et la vie amoureuse (17,9%).

Enfin, concernant la satisfaction des patients sous MSO :

- Un peu moins des deux tiers des patients (62,5%) s'estimaient satisfaits ou très satisfaits de leur MSO. Seuls 7,1% des sujets se sont déclarés « pas du tout satisfaits ».
- Une proportion comparable de patients (60,7%) s'estimaient satisfaits ou très satisfaits des conditions de suivi. Une seule personne s'est déclarée « pas du tout satisfaite » (1,8%).

### **2.2.8) Autres médicaments psychotropes consommés**

Dans notre étude, la quasi-totalité des patients interrogés (92,9%) ont déclaré avoir consommé un autre médicament psychotrope au cours du derniers mois, principalement des benzodiazépines (tableau 12).

Les principaux médicaments psychotropes cités étaient : le diazépam (8 citations), l'oxazépam (6 citations), la cyamémazine (4 citations) et l'olanzapine (4 citations).

Étaient également rapportées des consommations de buprénorphine et de zopiclone (3 citations chacun) ainsi que d'agomélatine et de chlorazépate dipotassique (2 citations chacun).

N'ont été cités qu'une seule fois : le dronabinol, l'ibuprofène, la kétamine, la morphine, le clonazépam, le trihexyphénidyl, l'halopéridol, la quétiapine, l'amisulpride, la rispéridone, l'aripiprazole, le lorazépam, le bromazépam, l'alprazolam, le flunitrazépam, la paroxétine, l'escitalopram, la venlafaxine, « antidépresseur » et la méthadone.

Notons que certaines substances ont été citées alors qu'elles n'étaient théoriquement pas concernées par la question. Certaines en étaient spécifiquement exclues sur le questionnaire (méthadone, buprénorphine, morphine), d'autres ne sont habituellement pas considérées comme psychotropes (ibuprofène). De plus, le dronabinol (cité une fois) ne dispose pas

d'AMM en France et n'est légalement disponible que sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Au sujet des raisons qui motivaient ces consommations, quatre étaient proposées :

- **Pour arrêter l'héroïne** : diazépam, clonazépam, amisulpride, cyamémazine, buprénorphine, méthadone (1 citation chacun).
- **Pour arrêter une autre substance** : diazépam et oxazépam (2 citations chacun), alprazolam, clonazépam, venlafaxine (1 citation chacun).
- **Pour se droguer** : diazépam (2 citations), clonazépam, chlorazépate dipotassique, lorazépam, alprazolam, flunitrazépam, kétamine, trihexyphénydyl (1 citation chacun).
- **Pour se soigner** : diazépam et oxazépam (5 citations chacun), cyamémazine (4 citations), olanzapine et zopiclone (3 citations chacun), halopéridol, quétiapine, amisulpride, rispéridone, aripiprazole, clonazépam, chlorazépate dipotassique, alprazolam, « antidépresseur », paroxétine, escitalopram, venlafaxine, agomélatine, méthadone, ibuprofène (1 citation chacun).

	Exposés MSO (n=56)	
	N	%
<b>Autres médicaments psychotropes consommés</b>		
<b>Benzodiazépines et apparentés</b>	<b>24</b>	<b>42,9</b>
<i>Pour arrêter l'héroïne</i>	2	3,6
<i>Pour arrêter une autre substance</i>	6	10,7
<i>Pour se droguer</i>	7	12,5
<i>Pour se soigner</i>	16	28,6
<b>Neuroleptiques / Antipsychotiques</b>	<b>13</b>	<b>23,2</b>
<i>Pour arrêter l'héroïne</i>	2	3,6
<i>Pour arrêter une autre substance</i>	0	0,0
<i>Pour se droguer</i>	0	0,0
<i>Pour se soigner</i>	12	21,4
<b>Antidépresseurs</b>	<b>6</b>	<b>10,7</b>
<i>Pour arrêter l'héroïne</i>	0	0,0
<i>Pour arrêter une autre substance</i>	1	1,8
<i>Pour se droguer</i>	0	0,0
<i>Pour se soigner</i>	5	8,9
<b>Autres</b>	<b>9</b>	<b>16,1</b>
<i>Pour arrêter l'héroïne</i>	2	3,6
<i>Pour arrêter une autre substance</i>	1	1,8
<i>Pour se droguer</i>	2	3,6
<i>Pour se soigner</i>	2	3,6

**Tableau 12** : Autres médicaments psychotropes consommés

## 2.3) Discussion

### 2.3.1) Principaux résultats

Notre enquête nous a permis de décrire les modalités de prise en charge des patients/usagers de drogues et d'évaluer leurs points de vue sur le dispositif.

Nous avons répartis 320 questionnaires sur 14 structures (7 CSAPA, 7 CAARUD) des régions Midi-Pyrénées et Limousin et avons obtenu 64 retours, soit un taux de participation égal à 20%. Bien que correct, ce taux ne doit pas faire oublier que l'effectif total des participants reste relativement faible, ce qui limite la portée de nos résultats.

Les participants étaient majoritairement des hommes (84%), âgés de 37 ans en moyenne, célibataires (83%), sans enfants (59%) et ayants accès à un logement stable (67%). Ils étaient principalement sans activité professionnelle (63%) et la moitié d'entre eux avaient pour ressources des allocations sociales (50%). Quasiment 40% d'entre eux ont présenté un problème de santé au cours du dernier mois, principalement de type neuro-psychiatrique, respiratoire ou hépato-gastro-entérologique. Un quart des patients étaient séropositifs pour le VHC (27%), un dixième pour le VIH (9%) et un seul pour le VHB.

La substance la plus consommée était le cannabis (98% de consommateurs dont deux tiers au cours du dernier mois), suivi par l'héroïne (86% dont un tiers au cours du dernier mois) et la cocaïne (83% dont un quart au cours du dernier mois). L'alcool arrive en quatrième position (63% de consommateurs dont un tiers d'usagers quotidiens) avec une consommation journalière moyenne de 14 verres standards par jours. Enfin, la moitié des répondants (50%) avaient consommé du crack/freebase, dont 6% au cours du dernier mois. L'âge médian d'initiation tourne autour de 20 ans, sauf pour le cannabis (14 ans). La quasi-totalité des patients (93%) a rapporté avoir consommé un autre médicament psychotrope au cours du derniers mois, principalement des benzodiazépines ou apparentés.

La moitié des répondants (48%) étaient injecteurs au moment de l'enquête (de drogues : 30%, de médicaments : 30%, des deux : 40%) et 41% étaient considérés « concernés par le matériel d'injection ». Pour ces derniers, les CAARUD constituent le principal lieu d'approvisionnement en matériel d'injection (81%), suivis par les pharmacies (58%) et les automates (58%). Parmi les sujets concernés, quasiment un tiers (31%) éprouvaient des difficultés à se procurer du matériel d'injection en pharmacie et seulement 19% affirmaient avoir la possibilité de déposer leurs seringues usagées en officine.

Seuls 41% des enquêtés ont déjà reçu des conseils de la part du pharmacien. La plupart de ces conseils concernaient les médicaments (81%) et assez peu étaient relatifs à d'autres considérations. Ainsi, seuls 8% des conseils donnés concernaient l'orientation vers une structure de soins ou un médecin et les risques liés à l'injection et 4% seulement se rapportaient au dépistage. Aucun conseil relatif à l'utilisation du matériel d'injection n'a été déclaré.

La majorité des répondants (88%) avaient déjà pris un MSO au cours de leur vie, principalement du Subutex® (39%) ou ses génériques (14%) et de la méthadone (sirop 25%, gélule 23%). Le principal MSO consommé au moment de l'enquête était la buprénorphine

(Subutex® et génériques : 43%), suivie par la méthadone (39 %). Ces MSO étaient la plupart du temps consommés dans le cadre d'un suivi médical (86%). Le détournement de la voie d'administration (injection, sniff) représentait un peu moins d'un tiers des patients (27%).

Les trois quarts des enquêtés (73%) se procuraient leur MSO en pharmacie et 16% l'obtenaient en centre de soins. Quasiment une personne sur dix (8%) a déclaré avoir des difficultés à se procurer des MSO en pharmacie.

Dans plus d'un tiers des cas, l'entrée au sein du cadre thérapeutique a été initiée par le médecin (36%), suivi par le patient lui-même (27%) ou un ami (18%). Le suivi du traitement est principalement réalisé par un médecin généraliste (54%) ou un CSAPA (46%).

La relation de confiance avec le médecin, son expérience en addictologie et la possibilité d'adapter le traitement avec lui sont les éléments du cadre de prise en charge les plus plébiscités, tant dans l'importance que les patients leur accordent que dans la satisfaction qu'ils éprouvent à leur égard. La relation de confiance avec le pharmacien et son expérience en addictologie font partie des éléments considérés comme les moins importants et les moins satisfaisants.

Les trois quarts des patients considèrent le MSO avant tout comme un traitement (73%) et la moitié le voient comme une étape (54%) ou un moyen de changer de vie (45%). Un tiers d'entre eux le perçoivent comme un piège (36%) et un cinquième le voient comme un moyen de contrôle de la société (21%). Grâce aux MSO, les patients déclarent prendre d'avantage soin d'eux (55%), avoir d'avantage de projets (52%), percevoir une amélioration de leur situation financière (45%), de leur état de santé (39%), de leurs relations familiales (36%) ou de leur situation administrative (34%). Les deux tiers d'entre eux sont globalement satisfaits des MSO (63%) et des conditions de suivi (61%).

Si l'on tente de résumer nos données en les recentrant sur la problématique spécifique du pharmacien, nous avons mis en évidence la persistance de difficultés d'accès au matériel d'injection, la faiblesse de la récupération du matériel usagé et la rareté du conseil officinal concernant des thématiques autres que celles du médicament. De plus, les patients/usagers semblent avoir une vision du dispositif dans laquelle le pharmacien n'a qu'un rôle secondaire voire passif. Malgré tout, ils recourent souvent aux officines pour obtenir du matériel d'injection ou pour se faire délivrer des MSO.

Le rôle du pharmacien dans le dispositif de réduction des risques est donc loin d'être optimal et les usagers eux-mêmes le perçoivent comme secondaire. Dans la mesure où les pharmacies constituent un point de passage de non négligeable de ces usagers, il semblerait légitime d'inciter à l'amélioration de l'implication des pharmaciens dans ce dispositif.

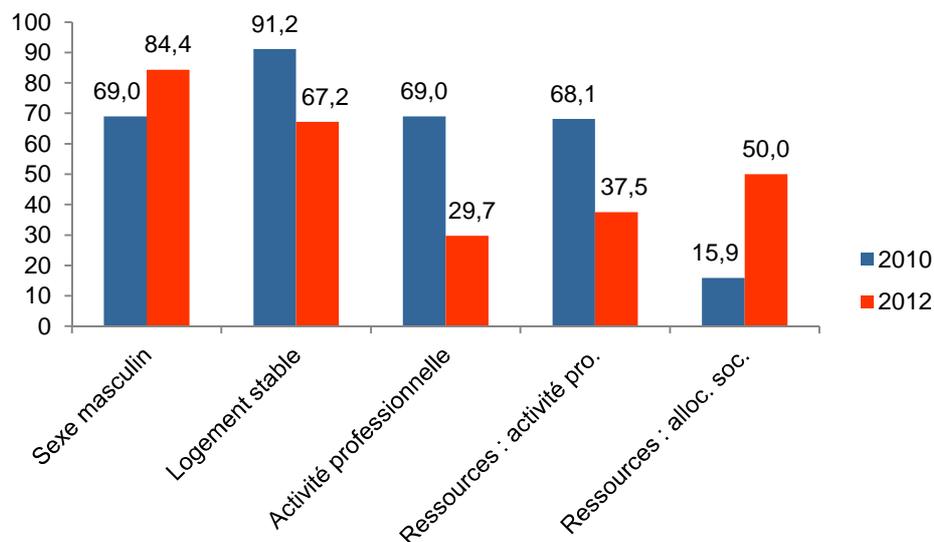
### ***2.3.2) Différences avec l'enquête nationale de 2010***

Nos travaux reprenaient le questionnaire de la seconde étude de l'enquête nationale de 2010 mais en faisant intervenir un mode de recrutement différent. Les patients étaient en effet recrutés via des dispositifs spécialisés de type CSAPA et CAARUD et non via des pharmacies. Par conséquent, nous avons jugé intéressant de nous attacher à regarder dans quelles mesures les résultats pouvaient différer ou non de ceux de l'enquête précédente.

### Caractéristiques principales des patients :

Nous pouvons commencer par remarquer que notre échantillon était plus masculin que celui de 2010 (84,4 vs 69%,  $p=0,014$ ). D'autres différences notables apparaissent sur certains items comme l'accès à un logement stable (67,2 vs 91,2%  $p<0,001$ ), l'existence d'une activité professionnelle sur les 6 derniers mois (29,7 vs 69%  $p<0,001$ ) ou l'origine des ressources des 6 derniers mois (activité : 37,5 vs 68,1%  $p<0,001$  ; allocations sociales : 50 vs 15,9%  $p<0,001$ ).

Il semblerait donc que l'inclusion des participants via des structures spécialisées aboutisse à un échantillon globalement plus précarisé que le recrutement via les pharmacies (figure 2).



**Figure 2 :** Principales différences concernant les caractéristiques des patients

D'autre part, la séropositivité au VHC était également supérieure dans notre étude (26,6 vs 8%  $p=0,001$ ). Néanmoins, dans un esprit de contextualisation des données de séroprévalence, nous tenons à souligner que nos données déclaratives de séropositivité VHC restent inférieures à celles observées par analyses biologiques dans l'étude Coquelicot (séroprévalence VHC approchant les 60%). En revanche, nos données concernant la séropositivité VIH (9,4%) semblent cohérentes avec les données de l'étude Coquelicot (quasiment 11%). Ne disposant pas d'estimations de la prévalence VHB en population usagère de drogues, nous ne pouvons pas faire de commentaire sur le chiffre concernant l'hépatite B.

### Consommations de drogues et usage de matériel d'injection :

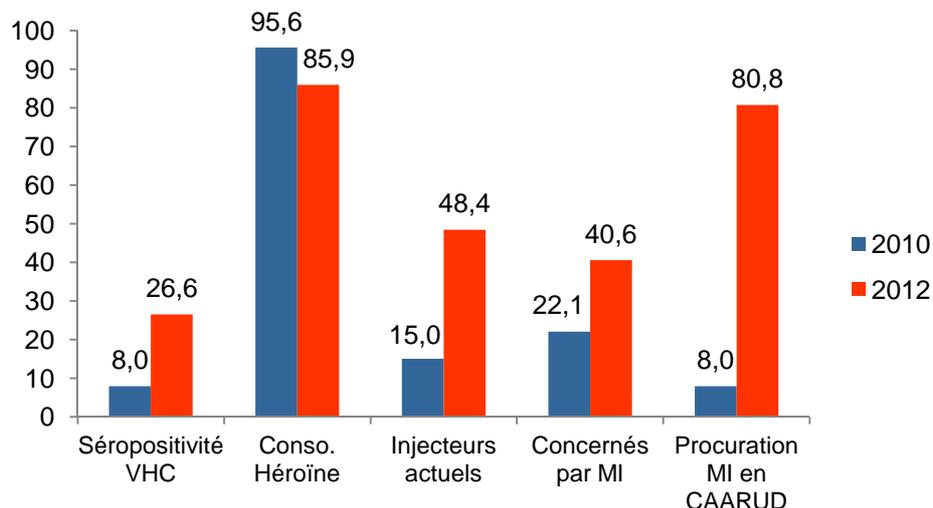
Concernant les consommations de drogues, la seule différence notable entre notre enquête et celle de 2010 réside dans l'usage d'héroïne, un peu plus faible ici (86 vs 95,6%  $p=0,022$ ).

A sujet de la proportion de patients concernés par l'injection, plusieurs questions pouvaient permettre de l'appréhender. La question 15, la plus directe, explorait l'existence de pratiques

actuelles d'injection. Les résultats obtenus révèlent une proportion d'« injecteurs actuels » bien plus importante que dans l'enquête de 2010 (48,4 vs 15%  $p < 0,001$ ).

Dans l'enquête nationale, la proportion de sujets « concernées par le matériel d'injection » était calculée sur la base des réponses à la question 19. Cette question s'intéressait aux difficultés que pouvaient avoir les usagers à se procurer du matériel d'injection en pharmacie. En totalisant les réponses « oui » et « non » à cette question (donc en excluant de l'effectif total les « non concernés » et les valeurs manquantes) était obtenu un effectif de personnes définies comme « concernées par l'usage de matériel d'injection », qui pouvait ensuite être ramené à l'effectif total pour donner une proportion (22,1% en 2010). Nous avons procédé au même calcul sur nos résultats et obtenu une proportion plus importante, s'élevant à 40,6% des répondants (40,6 vs 22,1%  $p = 0,009$ ). Bien que ce chiffre soit inférieur aux 48,4% d'enquêtés considérés « injecteurs actuels », les différents résultats relatifs au matériel d'injection ont été rapportés à l'effectif considéré « concerné par le matériel d'injection » et non aux « injecteurs actuels ». En effet, il nous fallait adopter une mesure de calcul cohérente avec celle employée dans l'enquête de 2010 si nous voulions pouvoir comparer leurs résultats aux nôtres.

Nous remarquons cependant que, quelque soit l'indicateur, la proportion de sujets touchés par la problématique d'injection (« injecteurs actuel » ou personnes « concernées par l'usage de matériel d'injection ») est nettement plus importante dans notre étude que dans celle de 2010. La proportion de sujets concernés par le matériel d'injection qui se procurent ce dernier en CAARUD apparaît également beaucoup plus importante dans nos résultats que dans ceux de l'enquête nationale (80,8 vs 8%  $p < 0,001$ ) mais ce n'est pas surprenant lorsqu'on considère le mode de recrutement de notre enquête et la forte participation des CAARUD.



**Figure 3 :** Principales différences concernant le statut virologique, la consommation de drogues et l'usage de matériel d'injection (MI).

### Consommation de MSO et critères de choix :

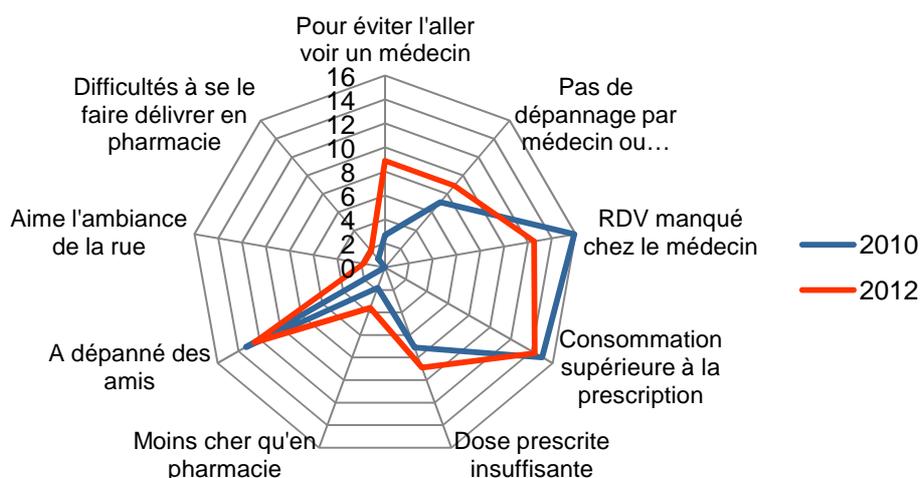
Au sujet de la consommation de MSO, la seule différence notable concerne l'usage de méthadone sirop au cours du dernier mois, celui-ci étant plus faible dans notre enquête (25 vs 45,1% p=0,011).

Des différences significatives apparaissent également sur le lieu d'obtention du MSO : dans notre enquête, les patients sont moins nombreux à l'obtenir en pharmacie (73,2 vs 85,5% p=0,012) et plus nombreux à l'obtenir en centre de soins spécialisés (16,1 vs 2,7% p=0,03). Néanmoins, cette différence n'est pas surprenante dans la mesure où nos patients étaient en partie inclus par des CSAPA alors que ceux de l'étude de 2010 l'étaient par des officines.

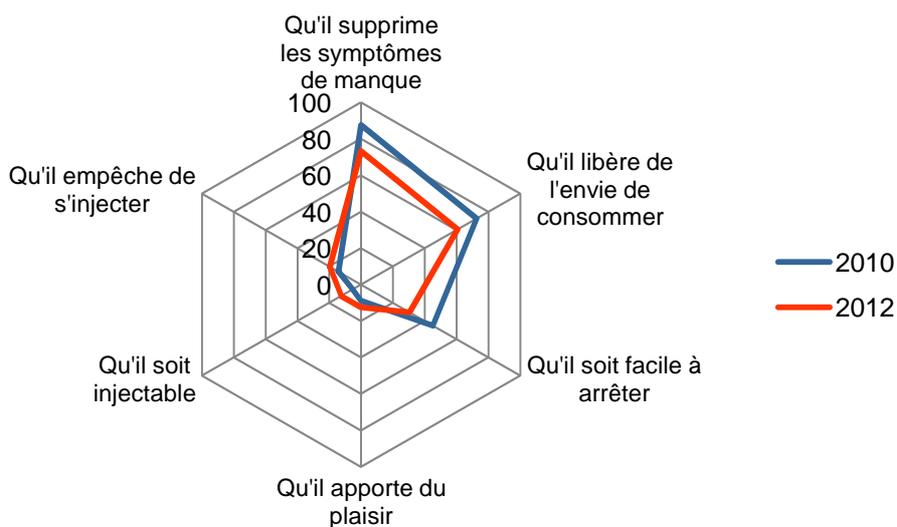
Lorsque le MSO n'est pas obtenu en pharmacie ou en CSAPA, cela peut être pour différentes raisons. Les justifications qui arrivaient en tête étaient : une consommation supérieure à la prescription (première place en 2012, deuxième en 2010), un rendez-vous manqué chez le médecin et un dépannage d'amis (deuxième place ex-æquo en 2012, respectivement première et troisième place en 2010) et une dose prescrite insuffisante, l'absence de dépannage par le médecin ou le pharmacien et le fait d'éviter d'aller voir un médecin (troisième place ex-æquo en 2012, respectivement quatrième place ex-æquo et cinquième place en 2010).

Les principales raisons d'obtenir un MSO hors du circuit conventionnel (pharmacie ou CSAPA) sont donc assez concordantes entre les deux enquêtes (figure 4). Pour un même item, les différences de pourcentages ne sont pas significatives.

D'autre part, les critères très importants aux yeux des patients dans le choix d'un MSO ont également fait l'objet d'un classement. Ils sont arrivés dans le même ordre dans les deux enquêtes. On retrouve donc ici aussi une certaine concordance entre les deux enquêtes dans les critères prioritaires de choix du MSO (figure 5). Mis à part la suppression des symptômes de manque, les différences de pourcentages ne sont pas significatives pour un même item.



**Figure 4 :** Raisons de se procurer le MSO en dehors d'une pharmacie ou d'un centre de soins

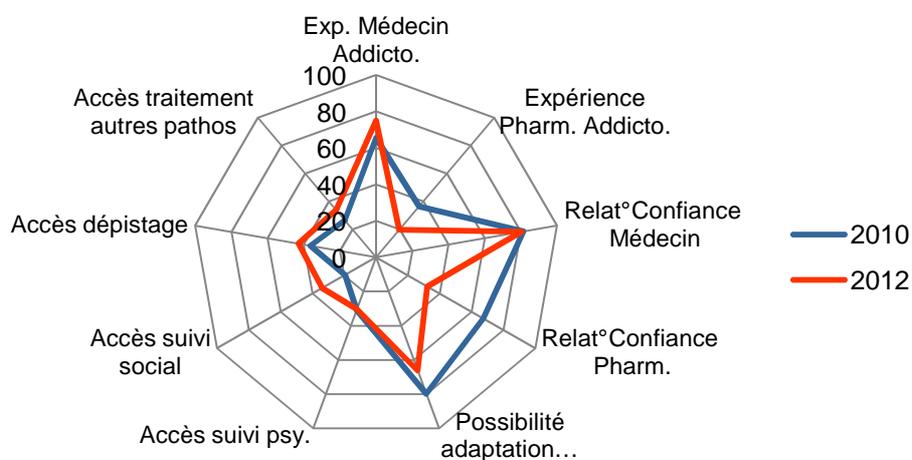


**Figure 5 :** Critères « très importants » dans le choix du MSO

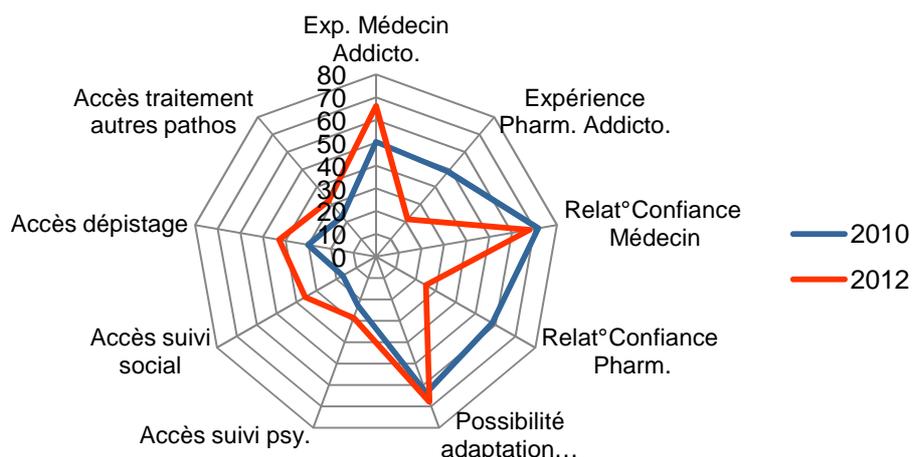
Cadre du traitement de substitution :

Dans notre étude, les patients suivis par un médecin généraliste étaient moins nombreux (53,6 vs 81,4%  $p < 0,001$ ) alors qu'ils étaient plus nombreux à être suivis par un centre de soins (46,4 vs 26,5%  $p = 0,01$ ). Encore une fois, ceci n'est pas surprenant puisque l'échantillon de l'étude de 2010 était recruté via des pharmacies alors que celui de notre enquête était en partie inclus par les centres de soins en question.

Nous avons interrogé les patients sur différents éléments du cadre de prise en charge afin d'évaluer l'importance qui leur accordaient et la satisfaction qu'ils éprouvaient à leur égard (figures 6 et 7).



**Figure 6 :** Importance des éléments du cadre de prise en charge



**Figure 7 :** Satisfaction vis-à-vis des éléments du cadre de prise en charge

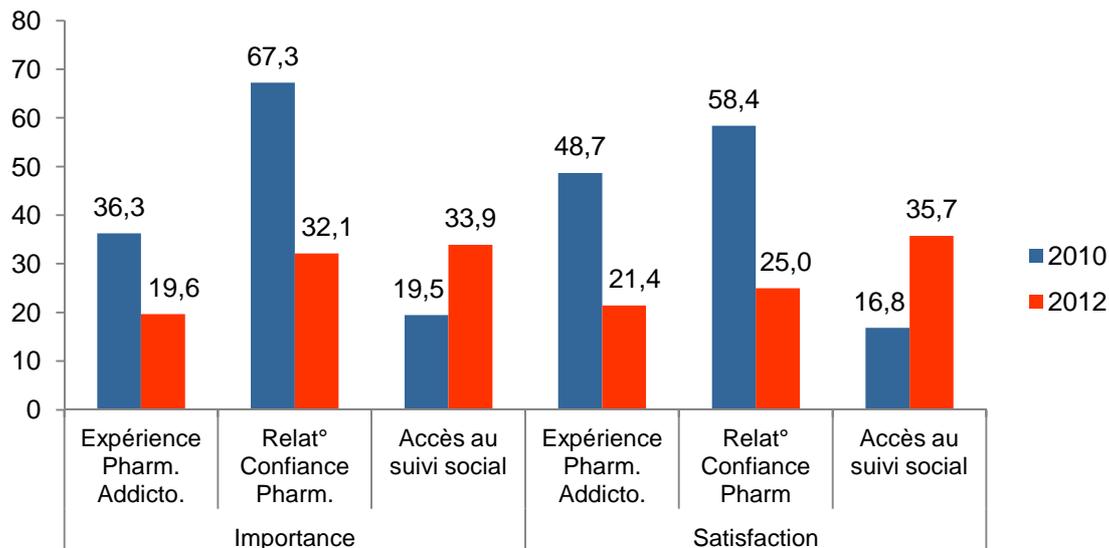
Concernant l'importance accordée à ces éléments, en 2012 les réponses privilégiées étaient les suivantes : la relation de confiance avec le médecin, l'expérience du médecin en addictologie puis la possibilité d'adapter le traitement avec le médecin. En 2010, le trio de tête était : la relation de confiance avec le médecin, la possibilité d'adapter le traitement avec le médecin et la relation de confiance avec le pharmacien.

Entre les enquêtes de 2010 et 2012, l'élément « relation de confiance avec le pharmacien » est passé de la troisième à la sixième place (67,3 vs 32,1%  $p < 0,001$ ). L'item « expérience du pharmacien en addictologie » a chuté, quant à lui, de la cinquième à la dernière position (36,3 vs 19,6%  $p = 0,027$ ).

De la même façon, nous avons interrogé les patients sur leur satisfaction concernant ces mêmes éléments. Dans notre enquête régionale les réponses en tête étaient : la relation de confiance avec le médecin et la possibilité d'adapter le traitement avec lui (ex-æquo), l'expérience du médecin en addictologie puis l'accès au dépistage. Dans l'enquête nationale, les résultats privilégiés étaient : la relation de confiance avec le médecin, la possibilité d'adapter le traitement avec lui et la relation de confiance avec le pharmacien.

Ici encore, vis-à-vis du pharmacien, nos retours sont plus mitigés que dans l'enquête de 2010. L'item « relation de confiance avec le pharmacien » chute ainsi de la troisième à la septième place (58,4 vs 25%  $p < 0,001$ ) et l'élément « expérience du pharmacien en addictologie » passe de la cinquième à la dernière place (48,7 vs 21,4%  $p < 0,001$ ).

Il semblerait donc que les sujets recrutés dans notre étude aient une vision plus « passive » du rôle des officinaux au sein du cadre de prise en charge, tant dans l'importance qu'ils leur accordent que dans la satisfaction qu'ils éprouvent à leur égard (figure 8).



**Figure 8 :** Importance et satisfaction vis-à-vis des éléments du cadre de prise en charge

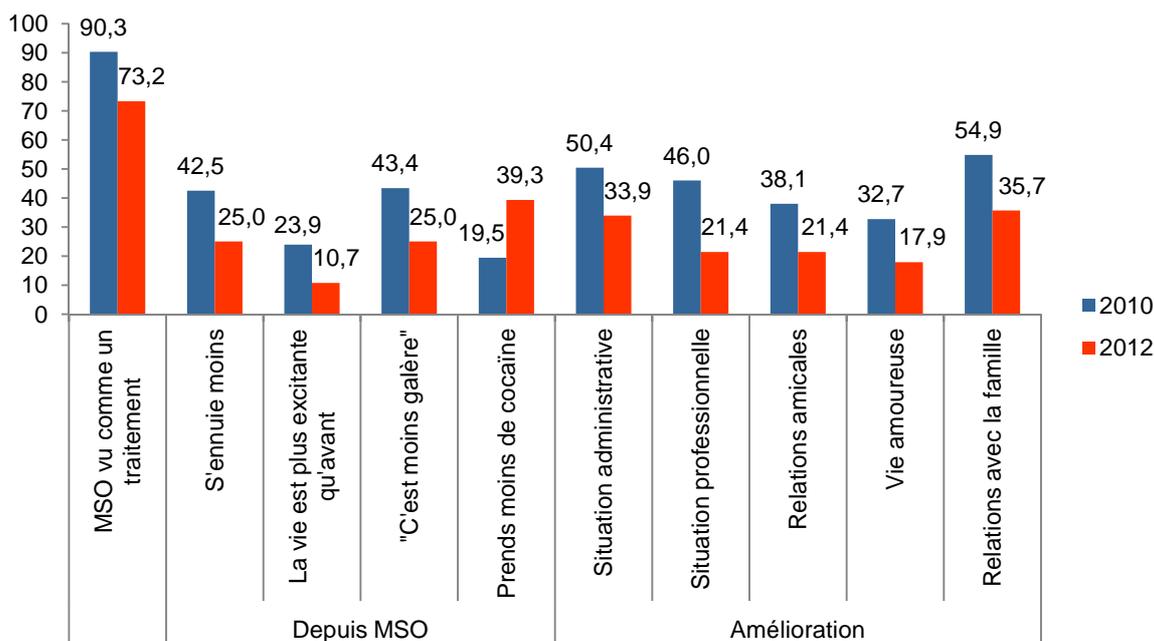
Une autre différence significative est apparue dans ce pool de réponses. Il s'agit de l'accès au suivi social auquel nos sujets ont accordé une plus grande importance (33,9 vs 19,5%  $p=0,039$ ) et pour lequel ils se sont déclarés plus satisfaits (35,7 vs 16,8%  $p=0,006$ ). L'importance accordée à cet élément va dans le sens de notre hypothèse initiale selon laquelle notre population serait plus précarisée, donc plus demandeuse de suivi social, que celle de l'enquête précédente. La meilleure satisfaction rapportée pourrait être expliquée par le fait que, fréquentant des dispositifs spécialisés, les patients inclus ici bénéficieraient d'une prise en charge plus globalisée.

#### Vécu du traitement de substitution :

Dans notre étude, nous nous intéressons également au vécu du traitement par les patients. Ici encore, quelques différences apparaissent entre nos résultats et ceux de 2010 (figure 9).

Tout d'abord, même si nos participants étaient nombreux à considérer le MSO avant tout comme un traitement, ils l'étaient moins que ceux de l'enquête nationale (73,2 vs 90,3%  $p=0,004$ ).

D'autre part, parmi les dimensions améliorées par le MSO, dont nous avons présenté le palmarès précédemment, nous obtenons des proportions plus faibles de patients déclarant s'ennuyer moins (25 vs 42,5%  $p=0,026$ ), trouver la vie plus excitante qu'avant (10,7 vs 23,9%  $p=0,042$ ) ou déclarer que « c'est moins galère » (25 vs 43,4%  $p=0,020$ ) depuis leur mise sous MSO. À l'inverse, nous avons constaté plus de patients qui rapportaient consommer moins de cocaïne depuis la mise sous MSO (39,3 vs 19,5%  $p=0,006$ ). Ce dernier point ne peut pas être expliqué par une éventuelle différence de consommation de cocaïne entre les deux échantillons, cette dernière n'étant pas significative.



**Figure 9** : Différences dans la perception et le vécu du traitement par MSO

Concernant l'amélioration de diverses situations depuis la mise sous MSO, nous avons observé que nos participants étaient moins nombreux à constater une amélioration de leur situation administrative (33,9 vs 50,4%  $p=0,042$ ), leur situation professionnelle (21,4 vs 46%  $p=0,002$ ), de leurs relations amicales (21,4 vs 38,1%  $p=0,030$ ), de leur vie amoureuse (17,9 vs 32,7%  $p=0,042$ ) ou de leur relations avec leurs familles (35,7 vs 54,9%  $p=0,019$ ). Les autres différences ne sont pas significatives.

Enfin, la proportion de sujets ayant consommé un autre médicament psychotrope sur le dernier mois est nettement plus élevée dans notre population (92,9 vs 30,1%  $p<0,001$ ).

Ainsi, notre échantillon paraît avoir une expérience des MSO moins positive que celle de l'enquête précédente. Il est possible que la moins bonne perception du MSO comme « un traitement » soit en lien avec ce caractère moins favorable de l'expérience de la substitution.

Pour résumer, les patients inclus dans notre étude semblent issus d'une population plus « précarisée » que ceux de l'enquête nationale de 2010 et apparaissent plus touchés par le phénomène d'injection. Leur vécu du traitement par MSO paraît également moins favorable. Concernant la représentation qu'ils ont du rôle du pharmacien dans le dispositif, elle est moins bonne que dans l'enquête précédente.

### **2.3.3) Evolution des modalités d'enquête**

Une des craintes principales à propos cette enquête était que la relative longueur du questionnaire (4 pages) puisse constituer un frein à sa complétion et donc impacter négativement la participation.

Notre questionnaire a été proposé sur deux régions (en principe une seule mais quelques structures de la région Limousin ont finalement été incluses après avoir été sollicitées à tort), avec la participation de 14 structures de type CSAPA ou CAARUD. Nous avons obtenu 64 retours. La précédente enquête, menée par le CEIP en 2010, proposait le questionnaire sur l'intégralité du territoire métropolitain via 410 pharmacies. Seuls 113 questionnaires avaient été retournés, soit moins du double de retours que dans notre enquête, sur une zone géographique beaucoup plus large. Même s'il reste probable que la longueur du questionnaire freine la participation, on peut opportunément penser que la nature du lieu où il est proposé représente un facteur important. En effet, les CSAPA sont des lieux spécialisés dans la prise en charge des addictions au sein desquels on rencontre des intervenants compétents et familiers des situations relatives à l'usage de drogues. Ceci est encore plus vrai au sein des CAARUD dont l'approche bas-seuil laisse supposer une certaine liberté de parole, y compris sur des comportements relativement controversés. Par conséquent, ces structures spécialisées constituent un environnement « sécurisé » où la parole est théoriquement plus libre qu'ailleurs. Inversement, l'officine constitue un lieu « tout public », non spécialisé dans la prise en charge des UD. L'avantage c'est que, contrairement à celle d'un CAARUD ou d'un CSAPA, la fréquentation d'une pharmacie n'est pas stigmatisante. La présence d'un public varié et l'activité non spécialisée en font un lieu propice à la recherche d'une conversation banale (comme celle des autres clients), ce qui peut constituer un processus structurant (Jacques & Figiel, 2006). En contrepartie, le côté généraliste des officines peut sembler inapproprié à l'évocation de sujets que l'on pourrait qualifier de « bas-seuil ». Il faut entendre par là tout sujet « sortant des sentiers battus » d'un cadre qui serait trop « haut-seuil », par exemple l'injection de MSO destinés à la voie orale ou le partage du matériel d'injection.

Si l'on considère qu'un lieu laisse une empreinte sur son activité, on peut imaginer qu'un même questionnaire ne sera pas perçu de la même façon selon qu'il provienne d'une officine ou d'un CAARUD. Les objectifs de l'enquête et les intentions des intervenants seront perçus différemment, la motivation des personnes interrogées pour participer sera fonction de cette perception. Nous émettons ainsi l'hypothèse que la participation a été meilleure dans notre enquête en raison d'une meilleure réception des questionnaires lors d'une distribution en structures spécialisées. Il faut aussi souligner que, dans l'enquête précédente, les UD pouvaient emporter le questionnaire pour le remplir plus tard, alors que dans notre étude ils devaient le remplir sur place, cette dernière option a probablement favorisé les retours.

Quoiqu'il en soit, il nous semble cohérent de penser que, pour de futures enquêtes cherchant à explorer les points de vue et les attentes des UD, passer par des structures spécialisées puisse laisser présager une meilleure participation. Pour autant, les études via les pharmacies ne sont pas à abandonner dans la mesure où, comme nous l'avons vu, les usagers fréquentant les pharmacies ne présentent pas le même profil que ceux fréquentant les structures spécialisées.

Si l'on s'intéresse au questionnaire en lui-même, l'analyse des résultats a fait ressortir une ambiguïté sur la question n° 20 (explorant l'obtention de conseils de la part du pharmacien). En effet, l'absence d'un item « aucun conseil » ne permet pas de discriminer les non-réponses volontaires des situations dans lesquelles l'UD n'a effectivement jamais reçu aucun conseil de son pharmacien. De plus, une précision de ce nouvel item pourrait permettre d'apporter un éclairage potentiellement intéressant. Dans l'hypothèse d'une réutilisation complète ou partielle de ce questionnaire, nous proposons donc de reformuler la question n°20 de la façon suivante :

« Recevez-vous des conseils de la part du pharmacien sur :

- les médicaments
- l'utilisation du matériel
- les dépistages
- une orientation vers une structure de soins ou un médecin
- les risques liés à l'injection
- aucun conseil
  - Et cela me satisfait, je ne souhaite pas obtenir de conseil de sa part
  - Et cela ne me satisfait pas, j'aimerais qu'il s'implique plus »

D'autre part, nous avons observé des incohérences concernant les questions pour lesquelles seule une partie des enquêtés étaient sollicités. Par exemple la question 17 à laquelle des réponses n'étaient attendues que de la part des sujets ayant répondu « non » à la question 16 ou la sous-question 17a qui ne concernait que les personnes ayant choisi un item particulier de la question 17. Il semblerait opportun d'évaluer dans quelles mesures ces questions pourraient être clarifiées afin d'optimiser la cohérence des réponses.

Pour terminer, les retours que nous avons eus à propos du questionnaire ont fait émerger le souhait des personnes interrogées de pouvoir disposer d'une zone de commentaires libres. Dans la mesure où les répondants donnent de leur temps pour répondre à l'enquête, la mise à disposition de cette zone de commentaires nous semblerait légitime.

### **3) Perspectives concernant l'implication officinale**

#### **3.1) Problématique**

La littérature disponible suggère une implication perfectible des pharmaciens dans le dispositif de réduction de risques et nos résultats vont également dans ce sens.

Partant du constat que les pharmaciens impliqués dans la réduction de risques sont essentiellement des passionnés, Stéphane Robinet (président de l'association Pharm'Addict) posait, à l'occasion d'une interview pour le trimestriel *ASUD Journal* en décembre 2011, l'alternative suivante :

« Il y a deux manières de voir. Soit on laisse faire les passionnés parce qu'ils le font mieux que les autres et on organise bien un réseau de passionnés. Tout cela peut marcher s'il y a

suffisamment de passionnés. Ou alors on estime que ce n'est pas raisonnable, et que c'est une mission et un engagement de toute la profession. C'est un tout autre discours et dans ce cas, il faut aussi mettre des moyens pour que cela soit une vraie partie du métier, pas seulement des recommandations et du volontariat. Je suis persuadé que cela peut marcher à partir du moment où ces actions sont rémunérées, codifiées, quantifiées et font partie intégrante du métier. Le problème est là : pour les pharmaciens, ces actions sont toujours dans le cadre du bénévolat. » (Robinet *in* ASUD, 2011)

La solution consistant à organiser un réseau de passionnés pourrait théoriquement fonctionner en milieu urbain à forte densité officinale. Dans cette configuration, les réticences de certains officinaux pourraient être compensées par la présence de confrères, mais à deux conditions : il faut qu'un minimum d'officines remplissent les missions de RdR pour offrir un maillage géographique acceptable et il est nécessaire que les officines non participantes fassent l'effort de rediriger les UD vers ces officines relais (et non se contenter de refuser une délivrance ou un service). Mais les UD ne se concentrent pas en milieu urbain et l'accessibilité des mesures de RdR pourrait être altérée en zones rurales ou semi-urbaines, déjà handicapées par la faible présence de structures spécialisées (CSAPA, CAARUD), situation à laquelle la densité du réseau officinal dans ces zones aurait pu partiellement pallier.

Ainsi, parce que c'est inapplicable hors milieu urbain, il ne semble pas acceptable de défendre l'idée d'une dichotomie franche entre des officines refusant toutes missions de RdR d'une part et des officines impliquées d'autre part. Cependant, le principe d'une spécialisation de certaines officines peut apparaître comme un compromis acceptable, si les officines non spécialisées s'investissent dans les limites d'un « service minimum » et si les officines spécialisées sont suffisamment nombreuses pour assurer un maillage convenable. Concernant ce « service minimum », il semblerait raisonnable de suggérer que chaque officine accepte de vendre des Stéribox® (ou au moins des seringues) et de délivrer des MSO (ou au moins de la BHD, en regard de la répartition spécifique française méthadone/BHD). Chaque officine devrait également être en mesure de rediriger les UD vers, soit une officine spécialisée, soit une structure de prise en charge plus spécifique (CSAPA, CAARUD), ou encore vers un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Les officines plus spécialisées pourraient quant à elles assurer des prestations officinales moins classiques (fourniture gratuite de Kit+, de Stérifilt®, récupération du matériel usagé, suivi des TSO « inhabituels », conseils « avancés » en RdR).

D'autre part, la question de la marge de manœuvre du pharmacien peut se poser. Dans quelles proportions un pharmacien officinal peut-il s'impliquer dans la RdR ? S'il existe un consensus concernant l'orientation vers des structures de soin, la promotion du dépistage ou l'information sur les risques associés à la consommation, la fourniture de prestations plus « poussées » peut se révéler délicate à gérer. En effet, comment justifier le fait de donner des conseils sur l'utilisation adéquate du matériel d'injection quand le Code de Déontologie affirme que le pharmacien doit contribuer à « la lutte contre la toxicomanie » (article R4235-2 CSP) ? Comment légitimer la vente de seringues à un patient sous Subutex® quand l'AMM de ce médicament précise qu'il doit être pris par la seule voie sublinguale ?

Habitué aux « comptes d'apothicaires », au strict respect des formules et à l'application rigoureuse des indications de la sacro-sainte AMM, les pharmaciens ne sont pas familiers de

la notion de flexibilité et d'adaptation. Pourtant, le paradigme de la RdR implique une nécessaire adaptation aux priorités de l'utilisateur à un stade donné de son parcours. Certains pharmaciens militants se risquent déjà à s'impliquer davantage mais ils sont minoritaires, et leurs confrères n'osent peut-être pas franchir le cap de peur que cela leur soit reproché par les instances qui régissent la profession. Pour ces derniers, on peut rappeler que la RdR est une démarche efficace de santé publique. Par conséquent, ils pourront toujours argumenter qu'elle entre dans le champ des missions du pharmacien car, depuis la loi HPST, « les pharmaciens d'officine [...] peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes » (article L5125-1-1 A CSP). De plus, le Code de Déontologie de la profession ajoute que « les pharmaciens sont tenus de prêter leur concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé » (article R4235-8 CSP) et que « le pharmacien doit veiller à ne jamais favoriser, ni par ses conseils ni par ses actes, des pratiques contraires à la préservation de la santé publique » (article R4235-10 CSP). Néanmoins, ces astuces rhétoriques, consistant à jouer sur les multiples interprétations possibles d'articles rédigés en termes très généraux, ne garantissent pas une protection fiable des officinaux qui souhaiteraient s'impliquer en profondeur. Nous suggérons donc une clarification rapide des textes, dans le sens d'une franche explicitation du rôle et des missions du pharmacien dans le cadre de la politique française de RdR.

### 3.2) Suggestions

Bien que cette thèse n'ait pas pour prétention d'établir des recommandations concernant l'évolution du métier de pharmacien vis-à-vis des usagers de drogues, il nous apparaît opportun d'apporter à ce stade quelques suggestions quant à d'éventuelles améliorations du dispositif existant.

Ainsi, nous proposons de réfléchir à la création de « pharmacies référentes », qui travailleraient en réseau avec les structures locales de prise en charge (notamment en collaboration étroite avec les CAARUD et les réseaux ville-hôpital) et pourraient assurer des prestations parmi les suivantes :

- Fourniture –si possible à titre gratuit– de matériel d'injection (Kit+, seringues, matériel couleur) et éventuellement de matériel annexe (Stérifilt®, garrots, acide citrique...)
- Récupération anonymisée du matériel usagé
- Délivrance et suivi des TSO « inhabituels » (traitements nécessitant une délivrance quotidienne avec ou sans prise sur place, MSO faisant ouvertement l'objet d'injection, médicaments hors AMM...)
- Conseils avancés en RdR : connaissance du matériel, des modalités d'injections, des points d'injection à risques, du protocole Javel, notions de RdR élargies (selon les produits, les voies d'administration)...

Concernant la délivrance de matériel d'injection, la gratuité de l'acte ne serait évidemment possible qu'à la condition que le pharmacien obtienne lui aussi ce matériel gratuitement. Comme cela existe déjà aujourd'hui, de façon localisée (Safe, 2009 ; RESPADD 2011), des partenariats sont possibles avec des CAARUD afin que ceux-ci approvisionnent gracieusement les pharmacies en Kits. Les officines concernées sont ainsi en mesure de les distribuer gratuitement. De tels partenariats peuvent également permettre

l'approvisionnement des pharmacies en matériels annexes (type Sterifilt®), non disponibles chez les grossistes et difficile à se procurer en petites quantités<sup>6</sup> (commande par multiples de 1000 chez Apothicom). Quand les CAARUD ont la possibilité de le faire, cela permet d'améliorer l'accès au matériel et de renforcer les contacts entre les pharmaciens et les structures plus spécialisées. Cependant, certains CAARUD ont déjà des difficultés financières pour subvenir à leurs propres besoins, ce qui complique l'alimentation des pharmacies par ce biais. Mais ceci renvoie à la problématique du financement des CAARUD qui ne rentre pas directement dans le cadre de notre discussion.

La question de la récupération du matériel usagé requiert une précision. Bien que nous estimions nécessaire l'incitation au retour de matériel souillé, nous considérons que ces retours ne doivent pas constituer une condition restrictive à la délivrance de nouvelles unités. A notre sens, la question de l'élargissement de l'accès au matériel et de l'encouragement de son usage unique est prioritaire sur les problématiques de récupération. Cela ne veut pas dire que les dispositifs de récupération via les pharmacies sont superflus, bien au contraire. Nous tenions simplement à souligner que la diffusion du matériel nous semble trop importante pour être contingentée à l'exigence préalable du retour des unités usagées.

Par conséquent, nous proposons que la récupération du matériel souillé ne soit jamais une condition incontournable à la délivrance de matériel stérile, que celui-ci soit délivré à titre onéreux ou gracieux. Concernant les pharmacies qui disposeraient d'un approvisionnement limité en matériel gratuit (c'est-à-dire insuffisant pour couvrir l'intégralité de leurs besoins), il semblerait acceptable de proposer le retour de matériel usagé comme contrepartie à la gratuité des futures unités (mais en aucun cas comme condition à la réalisation de la délivrance elle-même).

Les officines référentes devraient logiquement être en nombre suffisant pour assurer un maillage territorial correct en termes d'accès aux mesures de RdR. En particulier, les zones peu pourvues en CAARUD (mais également en CSAPA qui ont eux aussi une mission de RdR) devraient donc idéalement disposer de quelques unes de ces officines. Mais leur présence ne se limite pas aux zones désertifiées. En effet, d'une part les structures spécialisées et les pharmacies ne rencontrent pas forcément le même public, et d'autre part les horaires d'ouverture étendus des pharmacies les rendent plus accessibles que d'autres types de structures. Par conséquent, même les zones géographiques correctement pourvues en CAARUD (et CSAPA) devraient disposer d'officines capable d'apporter des prestations avancées en RdR. Reste à déterminer le nombre adéquat de ces officines référentes pour une tranche donnée de population ; quantification que nous ne sommes ici pas capables d'estimer.

A côté de ces officines spécialisées, toute autre pharmacie devrait assurer un « service minimum » que nous définirons par la réalisation des prestations suivantes : mise à disposition de matériel d'injection (Stéribox2®, si possible seringues seules) à tarif acceptable, dispensation de MSO « classiques » (au minimum BHD, si possible également méthadone). En cas de demandes de prestations de RdR réalisables en officine mais non assurées sur place, chaque pharmacie devrait pouvoir réorienter vers une pharmacie référente. Le personnel devrait également pouvoir être capable d'orienter les UD

---

<sup>6</sup> Cette problématique fait l'objet d'un travail de thèse par un autre étudiant en pharmacie (communication personnelle).

demandeurs vers des structures telles que CSAPA, CAARUD et CDAG (par exemple par la remise d'un flyer regroupant les coordonnées des structures locales).

### 3.3) Conditions de faisabilité

L'hypothèse d'une évolution en ce sens de l'implication officinale nécessiterait quelques préalables.

⊗ En premier lieu, il faudrait réfléchir à un système de rémunération forfaitaire des pharmaciens en échange de cette implication. En effet, le mode de rétribution des officinaux étant quasiment exclusivement basé sur la perception d'une marge bénéficiaire, les actions de RdR (et de prévention en général) se retrouvent *de facto* conditionnées à leur engagement personnel dans le domaine concerné et au temps libre qu'ils arrivent à dégager dans leur exercice quotidien. Si les actions de RdR étaient rémunérées, les pharmaciens seraient davantage disposés à leur consacrer du temps. D'autre part, la rétribution de ces actions permettrait de leur donner un statut qui faciliterait la prise de conscience quant à leur légitimité.

Les récentes propositions de diversification du mode de rétribution des pharmaciens, incluant la perception d'une rémunération forfaitaire pour la mise en place de « l'éducation thérapeutique du patient », semblent aller dans ce sens. A notre avis, cette piste est à approfondir mais devrait cibler toutes les actions de RdR et non se limiter aux usagers sous MSO.

⊗ Par ailleurs, même si ces actions étaient rémunérées, elles ne pourraient être correctement menées qu'à la stricte condition que les acteurs concernés soient suffisamment compétent pour les réaliser. Il apparaît donc nécessaire de s'interroger sur une éventuelle évolution de la formation des pharmaciens. Celle-ci pourrait être améliorée à deux niveaux.

D'une part, au niveau universitaire, nous pourrions suggérer un renforcement des enseignements concernant la thématique de l'addictologie lors de la formation commune. Cela permettrait d'améliorer les connaissances des pharmaciens dans la discipline et de légitimer des pratiques comme la RdR, ce qui favoriserait probablement le volontariat ultérieur. A ce stade, nous pourrions également ajouter qu'une formation minimale en psychologie pourrait être salutaire aux futurs pharmaciens qui sortent aujourd'hui de la faculté sans être vraiment préparés à la gestion de situations humaines parfois délicates.

D'autre part, il semblerait indispensable d'organiser des formations post-universitaires pour permettre aux pharmaciens désirant s'impliquer d'acquérir les connaissances nécessaires à la mise en place des outils qu'ils souhaitent développer. Dans un souci de minimisation d'éventuels conflits d'intérêt, nous pensons que ces formations complémentaires devraient être préférentiellement organisées par des intervenants spécialisés plutôt que de façon exclusive par des instances privées à but lucratif<sup>7</sup>. Dans la pratique, certaines associations proposent déjà des formations complémentaires aux pharmaciens qui le souhaitent mais ils sont assez peu nombreux à les suivre. Notons également que les préparateurs en pharmacie, confrontés dans leur exercice aux mêmes situations que les pharmaciens, devraient pouvoir accéder à ces formations.

---

<sup>7</sup> Ce qui n'interdit pas à ces instances d'y apporter leur soutien logistique ou financier.

Dans le schéma que nous venons de décrire, le renforcement de la formation de base pourrait inciter les pharmaciens à s'impliquer davantage et les formations complémentaires leur donneraient ensuite les clés pour mettre en pratique cette volonté d'engagement.

⊗ De surcroît, l'implication effective des pharmaciens ne pourrait être optimale qu'à la condition que des garanties de sécurité soient apportées en fonction des activités envisagées. Par exemple, en cas de récupération du matériel d'injection usagé, il est légitime que les professionnels soient être assurés que leur sécurité n'est pas compromise. Mais cela n'est pas spécifique de la politique de RdR en direction des UD. Si la récupération de DASRI produits par les diabétiques ne pose pas de problèmes de cet ordre, il n'y a pas de raisons que le retour des seringues des UD en pose. Au sujet de ces derniers, leur adhésion ne pourrait être qu'améliorée par l'aménagement de réels espaces de confidentialité dans les officines.

⊗ Pour terminer, nous invitons à réfléchir à la sécurisation juridique du pharmacien qui s'investirait dans une activité avancée de RdR. Une des pistes à méditer pourrait être l'inscription dans la section du Code de la Santé Publique concernant les pharmaciens d'un article où il serait précisé, par exemple, que « les pharmaciens d'officine concourent, avec les autres acteurs et dispositifs, à la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues ».

## CONCLUSION

Les usagers de drogues, notamment les injecteurs, s'exposent à différents risques. Ceux-ci peuvent être de nature sanitaire, incluant des risques infectieux (à potentiel épidémique ou non) et des risques non infectieux, ou de nature non strictement sanitaire (risques sociaux, relationnels, économiques ou légaux). A partir du milieu des années 80, l'émergence de l'épidémie de SIDA a remis en cause la logique du « tout-sevrage » au profit de l'initiation d'une politique plus hiérarchisée vis-à-vis de ses objectifs. En France, cette politique de réduction des risques s'est principalement focalisée sur les risques sanitaires mais avec un certain succès, notamment concernant le VIH, même si de nouveaux défis, comme l'épidémie de VHC, se présentent aujourd'hui à elle.

Quels que soient les *a priori* qu'elle génère et les critiques auxquelles elle doit faire face, la réduction des risques a démontré qu'elle constituait une politique humaniste, pragmatique et efficace dans le domaine de l'addictologie. Elle ne prétend pas résoudre tous les problèmes à elle seule mais ses apports à la santé publique sont, à l'heure actuelle, incontestables.

Le pharmacien est un acteur de première ligne du système de santé. Il entre nécessairement en contact avec des usagers de drogues. A ce titre, il devrait théoriquement être au cœur du dispositif de réduction des risques. En pratique, les données disponibles suggèrent une réalité plus nuancée. On note ainsi une persistance des refus à délivrer du matériel ou quelques réticences sur certains MSO.

Une étude nationale a été réalisée en 2010 auprès de pharmaciens et d'usagers de drogues sur commande de l'ANSM (AFSSAPS au moment de l'enquête). Elle rapportait une implication correcte des officinaux ainsi qu'une perception relativement bonne du rôle du pharmacien par les usagers. La faible participation de ces derniers limitait néanmoins la portée des résultats les concernant. Considérant que le mode d'inclusion des usagers via les pharmacies pouvait potentiellement expliquer la faible participation, nous avons souhaité approfondir l'approche en proposant le même questionnaire à des usagers recrutés en structures spécialisées de la région Midi-Pyrénées. Nous avons ainsi obtenu une participation supérieure mais constaté certaines différences dans les résultats. Il est apparu que les usagers recrutés en structures spécialisées semblaient plus précarisés et davantage concernés par le phénomène d'injection. Par rapport à l'enquête de 2010, leur vécu du traitement par MSO est également moins favorable et leur vision du rôle du pharmacien est plus passive. Nos données confirment donc un investissement perfectible de l'implication officinale.

Dans cette optique, nous proposons que l'ensemble des pharmacies s'investissent dans les limites d'un « service minimum » acceptable et qu'une partie d'entre elles puisse s'impliquer de façon plus conséquente. Pour cela, plusieurs préalables nous semblent nécessaires. D'une part, la formation universitaire des pharmaciens en addictologie devrait être approfondie et les opportunités de formation post-universitaire multipliées. D'autre part, la légitimité de l'investissement des pharmaciens dans des missions de réduction des risques devrait être consolidée par la définition juridique de ces missions et la mise en place d'un système de rémunération forfaitaire. Ces mesures nous semblent constituer une première étape nécessaire pour aider les pharmaciens à s'intégrer plus facilement dans un dispositif au sein duquel ils ont une place légitime.

# BIBLIOGRAPHIE

ANAES. *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution*. Conférence de consensus ANAES. 23 et 24 Juin 2004, Lyon.

Antona D, Letort MJ, Lévy-Bruhl D. Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B en France, 2004-2007. *Bull Epidemiol Hebd*. 2009; 20-21:196-9.

ASUD. Dossier « Rêves de Comptoir ». *ASUD Journal*. 2011; 48:12-20

Barthélémy M, Bui A, Vaca P, et al. Les salles de consommation à moindres risques : Vers une intégration des usagers de drogues ? [en ligne] [http://medialab.sciences-po.fr/controversies/2011/ecole\\_com/centres\\_injection/index.php/](http://medialab.sciences-po.fr/controversies/2011/ecole_com/centres_injection/index.php/) [consulté le 25 janvier 2012]

Bryant J, Topp L, Hopwood M, et al. Is point of access to needles and syringes related to needle sharing? Comparing data collected from pharmacies and needle and syringe programs in south-east Sydney. *Drug Alcohol Rev*. 2010; 29:364-370.

Canonne T. Relations entre les usagers de drogue et les pharmaciens lors de la délivrance du matériel d'injection à l'officine. Thèse d'exercice, Pharmacie, Université Paris 5 ; 2010.

Commission Addictions. Avis concernant l'intérêt de l'association buprénorphine-naloxone en tant que traitement de substitution aux opiacés. Note de synthèse du groupe TSO. 22 janvier 2008. [en ligne] [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis\\_suboxone.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_suboxone.pdf) [consulté le 19 juillet 2012]

Commission Nationale des Stupéfiants et des Psychotropes. Compte-rendu de la 82<sup>ème</sup> réunion du 8 janvier 2009. Afssaps. 19 février 2009 [en ligne] [http://www.anism.sante.fr/var/anism\\_site/storage/original/application/27b1aae2e63199f4b7705422322efd15.pdf](http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/27b1aae2e63199f4b7705422322efd15.pdf) [consulté le 19 juillet 2012]

Coppel A. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. La Découverte; 2002.

CRIPS Ile-de-France, INPES. *Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse*. CRIPS IdF / INPES; 2009. 72p.

Debrus M. Projet ERLI : ouvrons le débat ! *Revue Actal* (Fédération Addiction). 2011; 10:28-31

Derricott J, Hunt N, Preston A. *L'injection à moindre risque*. Apothicom / CILDT; 2009. 180p.

EMA. Rapport Européen Public d'Evaluation (EPAR) : Suboxone. 25 juin 2009. Mise à jour : 29 septembre 2011.

Fédération Addiction. *Pratiques professionnelles concernant les traitements de substitution aux opiacés dans les CSAPA*. 2010. 72p.

Gautier A (dir.). *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. INPES; 2005. 271p.

Greenfield VA, Paoli L. If supply-oriented drug policy is broken, can harm reduction help fix it? Melding disciplines and methods to advance international drug-control policy. *Int. J. Drug Policy*. 2012; 23:6-15

Hiltunen AJ, Eklund C. Withdrawal from methadone maintenance treatment. Reasons for not trying to quit methadone. *Eur Addict Res*. 2002; 8:38-44.

Hunt N. Public health or human rights: what comes first? *Int. J. Drug Policy*. 2004; 15(4):231-237.

INSERM. *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Expertise collective INSERM. 2010. 574p.

Jacques J-P, Figiel C. *Drogues et substitution : Traitements et prise en charge du sujet*. De Boeck; 2006.

Janssen E, Palle C. Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France. *Tendances (OFDT)*. 2010; 70:1-6.

Jauffret-Roustide M. Réduction des risques : Succès et limites du modèle à la française. *Alcoologie et Addictologie*. 2011; 33:101-110.

Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bull Epidemiol Hebd*. 2006a; 33:244-247.

Jauffret-Roustide M, Emmanuelli J, Quaglia M, et al. Impact of a harm-reduction policy on HIV and hepatitis C virus transmission among drug users: recent French data--the ANRS-Coquelicot Study. *Subst Use Misuse*. 2006b; 41:1603-1621.

Jauffret-Roustide M (dir.), Labrousse A, Lalam N, et al. *Les drogues: approche sociologique, économique et politique*. La Documentation Française; 2004.

Kopp P, Fenoglio P. *Le coût des traitements des pathologies imputables aux drogues. Chapitre 5 : Maladies infectieuses imputables aux drogues*. In *Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues*. Rapport OFDT; 2006; Saint Denis.

Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. *N. Engl. J. Med*. 2003; 348(18):1786-1795.

Langlois E, Milhet M. Les traitements de substitution aux opiacés vus par les patients. *Tendances (OFDT)*. 2012; 83:1-4.

Lapeyre-Mestre M, Boeuf-Cazou O. *Rôle du pharmacien dans la réduction des risques liés à la toxicomanie. Point de vue des patients sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) et des usagers de drogues: Rapport final*. Rapport du CEIP de Toulouse pour l'AFSSAPS; 2011; Toulouse.

Libération. Matignon autorise une salle de shoot expérimentale à Paris [en ligne] [http://www.liberation.fr/societe/2013/02/05/matignon-autorise-une-salle-de-shoot-experimentale-a-paris\\_879476](http://www.liberation.fr/societe/2013/02/05/matignon-autorise-une-salle-de-shoot-experimentale-a-paris_879476) [consulté le 05 février 2013]

MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012; 345:e5945.

Matheson C, Bond CM, Tinelli M. Community pharmacy harm reduction services for drug misusers: national service delivery and professional attitude development over a decade in Scotland. *J Public Health (Oxf)*. 2007; 29:350-357.

Morel A, Chappard P, Coueron J-P (dir.). *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*. Dunod; 2012.

MILDT. Structures de soins : Dispositifs spécialisés [en ligne] <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/actions-et-mesures/soins-insertion-reduction-des-risques/structures-de-soins/dispositifs-specialises/> [consulté le 26 juillet 2012]

Nicholls L, Bragaw L, Ruetsch C. Opioid dependence treatment and guidelines. *J Manag Care Pharm*. 2010; 16:S14-21.

OMS. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. OMS. 2009. 109p

Palmateer N, Kimber J, Hickman M, et al. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*. 2010; 105:844-859.

Réseau Français de Réduction des Risques. *La réduction des risques en CSAPA, compte-rendu de l'atelier des Journées Nationales de la Fédération Addiction, à Toulouse le 7 et 8 juin*. 2012. [en ligne] <http://www.reductiondesrisques.fr/2012/06/21/la-reduction-des-risques-en-csapa/> [consulté le 29 juillet 2012]

RESPADD. *Les Pharmaciens, acteurs de la réduction des risques*. Synthèse de la 2<sup>ème</sup> journée nationale sur l'échange de seringues en pharmacie. 6 décembre 2011, Perpignan. [en ligne] <http://www.respadd.org/images/stories/PDF/EchgeSeringues6dec2011/synthese%20des%20interventions.pdf> [consulté le 5 février 2012]

Richard D, Senon J-L, Valleur M. *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Larousse ; 2004.

Roberts K, Hunter C. A comprehensive system of pharmaceutical care for drug misusers. *Harm Reduct J*. 2004; 1: 6.

Robinet S. 50 000 patients sous méthadone en juillet 2012 !! Trop ou trop peu ? *Le Flyer* (Réseau Synergie). 2012; 49:5-8.

Rosenzweig M. *Drogues et civilisations. Une alliance ancestrale: De la guerre à la pacification*. De Boeck Supérieur; 2008.

Safe. *Résultats de l'enquête nationale 2009 sur les dons de matériel d'injection en pharmacies*. Safe ; 2009.

Seal KH, Thawley R, Gee L, et al. Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study. *J Urban Health*. 2005; 82:303-311.

Sheridan J, Henderson C, Greenhill N, et al. Pharmacy-based needle exchange in New Zealand: a review of services. *Harm Reduct J*. 2005; 2:10.

Sheridan J, Lovell S, Turnbull P, et al. Pharmacy-based needle exchange (PBNX) schemes in south east England: a survey of service providers. *Addiction*. 2000; 95:1551-1560.

Sheridan J, Manning V, Ridge G, et al. Community pharmacies and the provision of opioid substitution services for drug misusers: changes in activity and attitudes of community pharmacists across England 1995–2005. *Addiction*. 2007; 102:1824-1830.

Stafford N. Using words: the harm reduction conception of drug use and drug users. *Int. J. Drug Policy*. 2007; 18(2):88-91.

Sudérie G. *Analyse des besoins pour l'élaboration d'un dispositif de délivrance de méthadone « à bas seuil d'exigence » à Toulouse*. Graphitti CIRDD Midi-Pyrénées; 2011.

Taillac P de. *Les paradis artificiels : L'imaginaire des drogues de l'opium à l'ecstasy*. Hugo et Compagnie; 2007.

Torre C, Lucas R, Barros H. Syringe exchange in community pharmacies – The Portuguese experience. *Int. J. Drug Policy*. 2010; 21: 514-517.

Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, et al. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*. 2007; 102(9):1454-1462.

Vorobjov S, Uusküla A, Abel-Ollo K, et al. Comparison of injecting drug users who obtain syringes from pharmacies and syringe exchange programs in Tallinn, Estonia. *Harm Reduct J*. 2009; 6:3

Winstock AR, Lintzeris N, Lea T. « Should I stay or should I go? » Coming off methadone and buprenorphine treatment. *Int. J. Drug Policy*. 2011; 22:77-81.

# ANNEXES

**ANNEXE 1** : Extrait de la loi n° 2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique

**ANNEXE 2** : Extrait du décret no 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue

**ANNEXE 3** : Lettre de sollicitation à la participation à l'enquête

**ANNEXE 4** : Bordereau de réponse

**ANNEXE 5** : Lettre destinée aux structures participantes

**ANNEXE 6** : Questionnaire destiné aux usagers

**ANNEXE 7** : Programme des XVIIèmes journées du CEIP de Toulouse

# **ANNEXE 1 : Extrait de la loi n° 2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique**

## **TITRE II : INSTRUMENTS D'INTERVENTION**

### **Chapitre II : Programmes de santé et dispositifs de prévention**

#### **Article 12 :**

Après l'article L. 3121-2 du code de la santé publique, sont insérés trois articles L. 3121-3 à L. 3121-5 ainsi rédigés :

« Art. L. 3121-3. - La définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'Etat.

« Art. L. 3121-4. - La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.

« Art. L. 3121-5. - Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue relèvent du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques. Leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« Les dépenses afférentes aux missions des centres visés par le présent article sont prises en charge par l'Etat, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales.

« Les actions de réduction des risques sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.

« Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite. »

## **ANNEXE 2 : Extrait du décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue**

### **I. - Objectifs des activités de réduction des risques**

Les actions de réduction des risques auprès des personnes qui consomment des stupéfiants ont pour objectifs :

- 1° De prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection ;
- 2° De prévenir les intoxications aiguës, notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants ou de leur association avec l'alcool ou des médicaments ;
- 3° De prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations ;
- 4° D'orienter vers les services d'urgence, de soins généraux, de soins spécialisés et vers les services sociaux ;
- 5° D'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale (logement, accès aux services et aux dispositifs sociaux notamment).

### **II. - Modalités d'intervention**

Les modalités d'intervention peuvent comporter :

- 1° La prise de contact dans des lieux fréquentés par le public cible ou dans des locaux dédiés ;
- 2° L'accueil ;
- 3° La distribution et la promotion du matériel d'hygiène et de prévention ;
- 4° L'information sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention ;
- 5° Les conseils personnalisés sous forme d'entretiens, d'information ;
- 6° L'orientation et l'accompagnement vers les services de soins généraux ou spécialisés ;
- 7° L'orientation et l'accompagnement vers les services sociaux ;
- 8° La mise à disposition d'espaces de repos ;
- 9° La distribution de boissons et de nourriture ;
- 10° L'offre de services d'hygiène : toilettes, douches, machines à laver, matériel de repassage, etc. ;
- 11° L'organisation de l'entraide et du soutien par les pairs ;
- 12° L'hébergement d'urgence ;
- 13° L'aide à l'accès aux droits ;
- 14° La dispensation de soins infirmiers ;
- 15° L'éducation pour la santé ;
- 16° La mise à disposition de consignes pour les effets personnels pour les personnes sans domicile ;
- 17° La récupération du matériel usagé et le traitement des déchets septiques ;
- 18° L'installation de distributeurs de matériel de prévention.

L'analyse des produits sur site, permettant uniquement de prédire si la substance recherchée est présente ou non, sans permettre une identification des substances entrant dans la composition des comprimés (notamment réaction colorimétrique de type Marquis), n'est pas autorisée.

[...]

#### **IV. - Information sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention**

L'information préventive peut être diffusée par toute forme de support écrit, informatique, audiovisuel ou par message téléphonique. Les codes culturels et le langage de la population cible destinés à faciliter la compréhension et l'adhésion aux messages préventifs ne peuvent être utilisés que pour décrire les comportements, gestes et procédures de prévention, les risques des produits ou de leurs associations.

Ils ne peuvent pas être utilisés pour présenter les produits sous un jour favorable. Le cadre juridique de l'usage de stupéfiants doit être rappelé.

L'information porte sur :

- 1° Les pathologies (notamment infection par le VIH, le VHB, le VHC), leur mode de transmission et de prévention ;
- 2° Les vaccinations, notamment anti-VHB, anti-tétanique ;
- 3° Le dépistage de l'infection VIH et des hépatites ;
- 4° Les risques associés à la consommation de stupéfiants, à leur association avec l'alcool ou les médicaments ainsi que ceux spécifiques à certaines pratiques ou à certains modes d'administration. Dans ce cadre, les effets recherchés par les consommateurs peuvent être décrits ;
- 5° Les signes sensoriels, psychologiques ou somatiques des intoxications mettant en danger la vigilance ou la vie du consommateur ;
- 6° Les délais d'apparition de ces signes après la consommation ;
- 7° Les gestes de premier secours à réaliser dans l'attente de l'intervention des services d'urgence ;
- 8° Les complications de l'injection ;
- 9° Les complications des autres modalités d'administration des produits ;
- 10° Les gestes et procédures destinés à prévenir la transmission interhumaine des agents infectieux, notamment concernant la préparation et l'injection des substances et l'élimination des déchets potentiellement dangereux ;
- 11° Les gestes et procédures destinés à prévenir les complications de l'injection ;
- 12° Les traitements disponibles et leurs modalités ;
- 13° Les services de soins spécialisés et leurs modalités d'accès ;
- 14° Les services de téléphonie sociale ;
- 15° Les numéros d'urgence ;
- 16° Les services généraux de soins ou d'aide sociale accessibles dans le périmètre du site d'intervention.

## ANNEXE 3 : Lettre de sollicitation à la participation à l'enquête



Toulouse, le 16 janvier 2012

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la réalisation de ma thèse de sixième année de pharmacie, je souhaite m'intéresser au rôle du pharmacien d'officine dans le dispositif de réduction des risques liés aux usages de drogues, et notamment à la perception de ce rôle par les usagers eux-mêmes.

Une étude menée, au plan national, de juillet à décembre 2010, par le Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) de Toulouse a déjà recueilli le point de vue des usagers de drogues sur plusieurs éléments, parmi lesquels figurait la question de la place du pharmacien dans le dispositif de réduction des risques. Cette étude se basait sur la réponse à un auto-questionnaire, distribué en pharmacie lors d'une délivrance de matériel d'injection ou de traitements de substitution, rempli de façon anonyme par les usagers et renvoyé au CEIP par courrier. La participation des patients à cette étude a été plus faible que prévue, limitant ainsi l'interprétabilité des résultats. C'est la raison pour laquelle je souhaitais, dans le cadre de ma thèse, compléter cette approche.

Considérant que la méthode visant à faire parvenir les questionnaires aux usagers via les officines n'était pas forcément la plus adéquate pour obtenir une adhésion optimale des usagers, nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de solliciter les patients par l'intermédiaire de structures spécialisées dans la prise en charge ou l'accueil des usagers de drogues, substitués ou non, à savoir les CSAPA, CAARUD et associations de prévention de la région Midi-Pyrénées. Nous aimerions débiter cette étude en ce début d'année 2012.

Concrètement, pour une structure comme la votre, cela consisterait à distribuer des questionnaires aux usagers rencontrés dans votre exercice et les inciter à les remplir sur place. Ceux-ci devront ensuite être glissés sous enveloppe afin de garantir l'anonymat des réponses, puis nous serons renvoyés pour analyse à la fin de la période d'étude. Il vous sera demandé de bien vouloir expliquer aux personnes concernées l'importance de leur participation, **le caractère anonyme** de l'enquête ainsi que la finalité de celle-ci, à savoir recueillir leur point de vue et étudier leurs attentes.

Je me permets donc de solliciter votre participation à cette étude afin de pouvoir la mener à bien. Pour nous faire connaître votre décision, nous vous invitons à nous retourner le plus tôt possible le bordereau de réponse ci-joint.

Je reste à votre entière disposition pour toute explication complémentaire. Pour cela, vous pouvez me contacter par mail à l'adresse indiquée ci-dessous ou contacter directement le CEIP de Toulouse au 05 62 26 06 90.

Kévin Condé

Etudiant en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie

## ANNEXE 4 : Bordereau de réponse

### BORDEREAU DE REPONSE POUR PARTICIPER A L'ENQUETE

- Type de structure : .....
- Coordonnées : .....  
.....  
.....  
.....

Nous souhaitons participer à l'enquête sur « *le rôle du pharmacien d'officine dans le dispositif de réduction des risques liés aux usages de drogues* ».

OUI

NON

Bordereau à retourner au Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A) de Toulouse

- **de préférence par fax** au : 05 61 14 59 28
- par courrier électronique à l'adresse suivante :  
[ceip.addictovigilance@chu-toulouse.fr](mailto:ceip.addictovigilance@chu-toulouse.fr)
- ou par courrier postal :  
CEIP-Addictovigilance – Service de Pharmacologie Clinique  
Faculté de Médecine  
37 allées Jules Guesde  
31000 Toulouse

# ANNEXE 5 : Lettre destinée aux structures participantes

**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
37, allées Jules-Guesde  
31000 Toulouse

## SERVICE DE PHARMACOLOGIE CLINIQUE

Professeur J.-L. MONTASTRUC  
*Chef de Service*  
Téléphone : 05 61 14 59 60  
Télécopie : 05 61 25 51 16  
montastruc@cict.fr

## CRPV – CENTRE MIDI-PYRÉNÉES DE PHARMACOVIGILANCE, DE PHARMACÉPIDEMIOLOGIE ET D'INFORMATIONS SUR LE MÉDICAMENT

Téléphone : 05 61 25 51 12 (permanence tél.)  
Télécopie : 05 61 25 51 16  
pharmacovigilance.toulouse@cict.fr  
Professeur J.-L. MONTASTRUC, *Directeur*  
Docteur H. BAGHERI, *PH*  
Téléphone : 05 61 14 59 02 – bagheri@cict.fr  
Docteur G. DURRIEU, *Praticien Attaché*  
Téléphone : 05 61 14 59 16 – durrieu@cict.fr  
Docteur P. OLIVIER, *Praticien Attaché*  
Téléphone : 05 61 14 59 05 – olivier@cict.fr  
Docteur A. SOMMET, *AHU*  
Téléphone : 05 61 14 59 05 – sommet@cict.fr

## PHARMACODYNAMIE HUMAINE ET RECHERCHE CLINIQUE

Professeur O. RASCOL, *Responsable*  
Téléphone : 05 61 14 59 62 – rascol@cict.fr  
Docteur C. THALAMAS, *PH*  
Téléphone : 05 61 77 92 09 – thalamas@toulouse.inserm.fr  
Docteur A. SOMMET, *AHU*  
Téléphone : 05 61 14 59 05 – sommet@cict.fr

## EXPLORATION DU SYSTEME NERVEUX AUTONOME ET DES DYSAUTONOMIES

Rendez-vous Explorations : 05 61 77 23 66  
Consultations : 05 61 77 20 63  
Dosage des Catécholamines : 05 61 77 23 66  
Professeur J.-M. SENARD, *Responsable*  
Téléphone : 05 61 14 59 61 – sanard@cict.fr  
Docteur M. BERLAN, *MCU-PH*  
Téléphone : 05 61 14 59 77 – berlan@cict.fr  
Docteur A. PATHAK, *MCU-PH*  
Téléphone : 05 61 14 59 74 – pathak@cict.fr

## CEIP – CENTRE MIDI-PYRÉNÉES D'ÉVALUATION ET D'INFORMATIONS SUR LA PHARMACODÉPENDANCE

Tél. : 05 62 26 06 90 – ceip.toulouse@cict.fr  
Docteur M. LAPEYRE-MESTRE, *MCU-PH*  
*Directeur du CEIP*  
Téléphone : 05 61 14 59 03 – lapeyre@cict.fr  
Professeur A. ROUSSIN, *Praticien Attaché*  
Téléphone : 05 61 14 59 64 – roussin@cict.fr

## UNITÉ DE RENSEIGNEMENTS : MÉDICAMENTS, GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Téléphone : 05 61 25 51 12 (permanence tél.)  
medrepro@cict.fr  
Docteur C. DAMASE-MICHEL, *MCU-PH, Responsable*  
Téléphone : 05 61 14 59 04 – damase@cict.fr  
Docteur I. LACROIX, *Praticien Attaché*  
Téléphone : 05 61 14 59 05 – lacroix@cict.fr

## UNITÉ DE NEUROPHARMACOLOGIE CLINIQUE - PURPAN

Place du Docteur-Baylac  
TSA 40031 – 31059 Toulouse Cedex 9  
Docteur C. BREFEL-COURBON, *MCU-PH, Responsable*  
brefel@cict.fr  
Professeur O. RASCOL  
Professeur J.-M. SENARD  
Infirmières : 05 61 77 90 97  
Consultations : 05 61 77 20 63  
Secrétariat : 05 61 77 75 16

## LABORATOIRE DE PHARMACOCINÉTIQUE ET TOXICOLOGIE CLINIQUE

INSTITUT FÉDÉRATIF DE BIOLOGIE  
330, avenue de Grande Bretagne  
TSA 70034 - 31059 Toulouse cedex 9  
Professeur G. HOUJIN, *Responsable*  
Téléphone : 05 67 69 03 66 – houjin.g@chu-toulouse.fr  
Docteur S. SAINVIN – sainvin.s@chu-toulouse.fr  
Docteur M. LAVIT, *Praticien Hospitalier*  
Tél. : 05 67 69 03 68 – m.lavit@chu-toulouse.fr  
Docteur P. GANDIA, *MCU, Praticien Attaché*  
Tél. : 05 67 69 03 82 – p.gandia@chu-toulouse.fr  
Secrétariat : 05 67 69 03 83  
Résultats : 05 67 69 03 83

## ANTENNE MÉDICALE DE PRÉVENTION DU DOPAGE CENTRE PIERRE-DUMAS

Professeur J.-L. MONTASTRUC, *Responsable*  
Docteur O. HUMENRY-CRAMPES, *Praticien Attaché*  
Docteur A. SENARD, *Praticien Attaché*  
Téléphone : 05 61 77 79 83  
Télécopie : 05 61 77 79 84  
dopage.toulouse@cict.fr  
Secrétariat Universitaire  
Téléphone : 05 61 14 59 73

<http://www.bip31.fr>



TOULOUSE, le 27 février 2012

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à l'enquête de Monsieur Kévin Conde

**« Le rôle du pharmacien d'officine dans le dispositif de réduction des risques liés aux usages de drogues ».**

Cette enquête est à mener pendant la période :

**du lundi 19 mars 2012 au dimanche 22 avril 2012.**

Vous trouverez dans cet envoi le nombre de questionnaires que vous avez souhaité recevoir, afin de les faire remplir aux usagers de votre structure, ainsi que des enveloppes pré-affranchies pour en faciliter le retour.

Nous vous remercions encore de l'intérêt que vous porterez au bon déroulement du recueil de ces informations.

Kévin CONDE

Etudiant en 6<sup>ème</sup>  
Année de Pharmacie.

Dr Maryse LAPEYRE-MESTRE

Directeur du CEIP  
de Toulouse.

Consultez le site internet du Centre Hospitalier Universitaire : [www.chu-toulouse.fr](http://www.chu-toulouse.fr)

01/2008

870354

## ANNEXE 6 : Questionnaire destiné aux usagers

	<h3>Questionnaire</h3> <p>Médicaments de substitution aux opiacés et Réduction des Risques Point de vue des usagers</p>
---	---

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Cette enquête est proposée aux personnes utilisant un médicament à visée substitutive et aux usagers de drogues. Elle porte sur les modalités d'usage, les besoins et les attentes des utilisateurs, afin de mieux connaître la place des différents intervenants dans le domaine. La réussite de cette enquête dépend de vous.

Ce questionnaire est **confidentiel** et **anonyme**, vous pouvez donc y répondre en toute confiance, mais de façon sincère afin de ne pas fausser les résultats. Ce questionnaire n'est pas fait pour vous contrôler, mais pour améliorer le dispositif de soins, par une meilleure connaissance de votre point de vue.

Une fois le questionnaire rempli de façon complète, il vous suffira de le glisser dans l'enveloppe ci-jointe et de la laisser dans le centre qui vous a remis le questionnaire.

Date de remplissage : ___ / ___ / ___		Informations générales		
<b>1. Vous êtes :</b> <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	<b>2. Votre âge :</b> _____ ans	<b>3. Nombre d'enfants :</b> _____	<b>4. Grossesse en cours :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>6. Vivez-vous en couple ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<b>5. Votre département de résidence :</b> _____		
<b>7. Vivez-vous dans un logement stable</b> (vous pouvez y rester les 6 prochains mois)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas				
<b>8. Votre couverture sociale</b> (plusieurs réponses possibles) ? <input type="checkbox"/> sécurité sociale <input type="checkbox"/> couverture maladie universelle (CMU) <input type="checkbox"/> mutuelle <input type="checkbox"/> aide médicale d'état (AME) <input type="checkbox"/> aucune couverture sociale <input type="checkbox"/> ne sait pas				
<b>9. Avez-vous eu une activité professionnelle ces 6 derniers mois ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
<b>10. Quelles étaient vos ressources ces 6 derniers mois ?</b> <input type="checkbox"/> activité (salaires, ASSEDIC, pension de retraite...) <input type="checkbox"/> mutuelle <input type="checkbox"/> allocations sociales <input type="checkbox"/> aucune ressource <input type="checkbox"/> autres (précisez) : _____				
<b>11. Au cours du dernier mois, avez-vous eu des problèmes de santé?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 11a. Si oui, quels sont les 3 principaux problèmes de santé : 1 _____ 2 _____ 3 _____				
<b>12. Quel est votre statut virologique ?</b> 12a. pour l'hépatite B : <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif → 12b. pour l'hépatite C : <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif → 12c. pour le VIH : <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif →		<b>Êtes-vous suivi ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Histoire de vos consommations				
	<b>13a. Héroïne</b> <input type="checkbox"/> non, jamais <input type="checkbox"/> oui, au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> oui, mais pas au cours du dernier mois	<b>13b. Cocaïne</b> <input type="checkbox"/> non, jamais <input type="checkbox"/> oui, au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> oui, mais pas au cours du dernier mois	<b>13c. Crack/Free base</b> <input type="checkbox"/> non, jamais <input type="checkbox"/> oui, au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> oui, mais pas au cours du dernier mois	<b>13d. Cannabis</b> <input type="checkbox"/> non, jamais <input type="checkbox"/> oui, au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> oui, mais pas au cours du dernier mois
<b>13. Avez-vous déjà consommé ce produit?</b>	_____ ans	_____ ans	_____ ans	_____ ans
<b>Si oui, âge de la 1° consommation?</b>				
<b>14. Consommez-vous de l'alcool?</b> <input type="checkbox"/> non, jamais <input type="checkbox"/> oui, au moins 1 fois par semaine <input type="checkbox"/> oui, tous les jours : Précisez le nombre de verres _____ / jour				
<b>15. Actuellement, vous arrive-t-il de vous injecter ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> jamais 15a. Si oui, quels produits : <input type="checkbox"/> héroïne ou autre drogue <input type="checkbox"/> médicament <input type="checkbox"/> les deux				

## Vous et votre pharmacien

**16. Avez-vous une pharmacie habituelle ?**  oui  non

**17. Si vous n'avez pas de pharmacie habituelle, quelle est la principale raison ?**

- vous n'avez pas de lieu de vie fixe  vous n'avez pas trouvé de pharmacie qui vous convienne  
 vous préférez vous adresser à plusieurs pharmacies

**17a. Si vous préférez vous adresser à plusieurs pharmacies, quelle est la principale raison ?**

- pour préserver votre confidentialité  
 par crainte que votre pharmacien soit réticent pour délivrer un médicament de substitution  
 par crainte que votre pharmacien soit réticent pour délivrer du matériel d'injection

**18. En général, avez-vous des difficultés pour vous procurer des médicaments de substitution en pharmacie?**

- oui  non  non concerné

**18a. Si oui, pourquoi ?**  refus fréquent du pharmacien  réticence fréquente du pharmacien  prix trop élevé

**19. En général, avez-vous des difficultés pour vous procurer du matériel d'injection en pharmacie?**

- oui  non  non concerné

**19a. Si oui, pourquoi ?**  refus fréquent du pharmacien  réticence fréquente du pharmacien  matériel trop cher

**20. Recevez-vous des conseils de la part du pharmacien sur :**  les médicaments  l'utilisation du matériel

- les dépistages  une orientation vers une structure de soins ou un médecin  les risques liés à l'injection

**21. Si vous êtes concerné, avez-vous la possibilité de déposer vos seringues usagées dans une pharmacie?**

- oui  non  non concerné

**22. Si vous êtes concerné, comment vous procurez-vous votre matériel d'injection?**

- non concerné  en pharmacie  en centre de soins  en CAARUD  aux automates

## Médicaments de substitution aux opiacés (MSO)

**23. Avez-vous déjà bénéficié de médicaments de substitution aux opiacés ?**  oui  non

**Si non, merci d'avoir bien voulu prendre le temps de participer à cette enquête**

**Si oui, répondez s'il vous plait aux questions suivantes :**

**24. Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé un ou plusieurs médicaments suivants ?**

	Comme traitement médical	Comme drogue	Depuis quel âge ?	Dose totale prise/ jour
<b>Méthadone:</b>				
<input type="checkbox"/> Sirop	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___ ans	___ mg/j ou ___ comprimés/j
<input type="checkbox"/> Gélule	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___ ans	___ mg/j ou ___ comprimés/j
<b>Buprénorphine:</b>				
<input type="checkbox"/> Subutex®	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___ ans	___ mg/j ou ___ comprimés/j
<input type="checkbox"/> Arrow®	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___ ans	___ mg/j ou ___ comprimés/j
<input type="checkbox"/> Mylan®	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___ ans	___ mg/j ou ___ comprimés/j
<b>Morphine:</b>				
<input type="checkbox"/> Skénan®	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___ ans	___ mg/j ou ___ comprimés/j
<input type="checkbox"/> Moscontin®	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___ ans	___ mg/j ou ___ comprimés/j
<input type="checkbox"/> Autre : (précisez) _____				
<b>Codéine:</b>				
<input type="checkbox"/> Néocodion®	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___ ans	_____ comprimés/j

**25. Actuellement, lequel de ces médicaments consommez-vous (principalement)?** \_\_\_\_\_

**25a. Est-ce que vous prenez ce médicament dans le cadre d'un suivi médical ?**  oui  non

**Si non, pour quelles raisons n'êtes vous pas suivi médicalement ?**

- je recule cette décision  j'ai peur que cela se sache  
 je n'ai pas trouvé de médecin qui me convienne  je ne veux pas diminuer ma consommation de drogues  
 je ne supporte pas les contraintes d'un suivi médical  autre, précisez : \_\_\_\_\_

**25b. Comment prenez-vous ce médicament ?**

**La plupart du temps** (1 seul choix)

- vous le mettez sous la langue  
 vous l'avalez ou le buvez  
 vous l'injectez  
 vous le sniffez  
 vous le fumez

**25c. Comment vous procurez-vous ce médicament ?**

**La plupart du temps** (1 seul choix)

- en pharmacie sur prescription médicale
- en pharmacie sans ordonnance
- en pharmacie avec une fausse ordonnance
- dans la « rue » (achat, troc...)
- en centre de soins spécialisés
- par internet
- autre, précisez : \_\_\_\_\_

**25d. Actuellement, qu'est-ce qui est important pour vous dans le choix ce médicament ?**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Qu'il supprime les symptômes de manque    | <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Moyennement important | <input type="checkbox"/> Très important |
| Qu'il vous libère de l'envie de consommer | <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Moyennement important | <input type="checkbox"/> Très important |
| Qu'il soit facile à arrêter               | <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Moyennement important | <input type="checkbox"/> Très important |
| Qu'il vous apporte du plaisir             | <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Moyennement important | <input type="checkbox"/> Très important |
| Qu'il soit injectable                     | <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Moyennement important | <input type="checkbox"/> Très important |
| Qu'il vous empêche d'injecter             | <input type="checkbox"/> Pas important | <input type="checkbox"/> Moyennement important | <input type="checkbox"/> Très important |
- Autre : \_\_\_\_\_

**25e. Si vous obtenez ce médicament en dehors d'une pharmacie ou d'un centre de soins spécialisés, quelles en sont les raisons** (plusieurs réponses possibles) ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vous évitez d'aller voir un médecin                 | <input type="checkbox"/> c'est moins cher qu'en pharmacie   |
| <input type="checkbox"/> le médecin ou le pharmacien ne vous ont pas dépanné | <input type="checkbox"/> vous avez dépanné des amis   |
| <input type="checkbox"/> vous avez manqué votre rendez-vous chez le médecin  | <input type="checkbox"/> vous aimez l'ambiance de la rue  |
| <input type="checkbox"/> vous avez consommé plus que votre prescription      | <input type="checkbox"/> vous rencontrez des difficultés pour vous le faire délivrer en pharmacie |
| <input type="checkbox"/> la dose prescrite est insuffisante                  | <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____  |

**Cadre du traitement de substitution aux opiacés**

**26. Quelle personne a été à l'origine de l'entrée au sein du cadre thérapeutique?**

- un médecin
- un pharmacien
- un ami
- un membre de la famille
- autre, précisez : \_\_\_\_\_

**27. Vous êtes suivi par :**

- un médecin généraliste
- un médecin appartenant à un réseau ville-hôpital
- un centre de soins spécialisés
- un service hospitalier (précisez) : \_\_\_\_\_
- un autre praticien (précisez) : \_\_\_\_\_

**28. Comment a été choisi ce cadre ?**  choix personnel  choix du médecin  choix des deux

**29. Ce cadre de suivi correspond-t-il à ce que vous envisagiez ?**  oui  non

**29a. Si non, cela s'explique par des contraintes liées:**

- à l'offre de soins locale (structures inexistantes, trop éloignées...)
- à des conditions d'entrée trop restrictives au sein de la structure de soin
- un refus de prescription au sein de la structure de soin
- autre, précisez : \_\_\_\_\_

**32. Quels sont, selon vous, les éléments les plus importants d'un cadre de prise en charge ?**

- |   |                                      |                                      |                                   |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Expérience du médecin en addictologie               | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| Expérience du pharmacien en addictologie            | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| Relation de confiance avec le médecin               | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| Relation de confiance avec le pharmacien            | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| Possibilité d'adapter le traitement avec le médecin | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| Accès à un suivi psychologique                      | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| Accès à un suivi social                             | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| Accès au dépistage                                  | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| Accès au traitement d'autres pathologies            | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement | <input type="checkbox"/> Beaucoup |

**33. Êtes-vous satisfait de ces éléments dans le cadre de votre prise en charge actuel ?**

Expérience du médecin en addictologie	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Moyennement	<input type="checkbox"/> Beaucoup
Expérience du pharmacien en addictologie	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Moyennement	<input type="checkbox"/> Beaucoup
Relation de confiance avec le médecin	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Moyennement	<input type="checkbox"/> Beaucoup
Relation de confiance avec le pharmacien	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Moyennement	<input type="checkbox"/> Beaucoup
Possibilité d'adapter le traitement avec le médecin	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Moyennement	<input type="checkbox"/> Beaucoup
Accès à un suivi psychologique	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Moyennement	<input type="checkbox"/> Beaucoup
Accès à un suivi social	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Moyennement	<input type="checkbox"/> Beaucoup
Accès au dépistage	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Moyennement	<input type="checkbox"/> Beaucoup
Accès au traitement d'autres pathologies	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Moyennement	<input type="checkbox"/> Beaucoup

**Vécu du traitement de substitution aux opiacés**

**34. Pour vous, votre médicament de substitution, aujourd'hui, c'est avant tout (plusieurs réponses possibles)?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> un traitement                                 | <input type="checkbox"/> un moyen de changer de vie                        |
| <input type="checkbox"/> une drogue comme une autre                    | <input type="checkbox"/> un piège (plus difficile à arrêter que l'héroïne) |
| <input type="checkbox"/> une étape                                     | <input type="checkbox"/> un moyen de contrôle de la société                |
| <input type="checkbox"/> un produit à prendre toute la vie, ou presque | <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____                           |

**35. Si vous comparez votre situation actuelle avec celle d'avant lorsque vous ne preniez pas de médicament de substitution, vous diriez que:**

- |   |                               |                                 |                                |                                       |
|---|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| « Vous prenez soin de vous »                        | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « Vous avez des projets »                           | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « Vous vous ennuyez »                               | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « Vous profitez de la vie »                         | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « Vous avez confiance en vous »                     | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « Les problèmes sont durs à affronter »             | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « Vous tenez compte des conseils qu'on vous donne » | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « Votre vie est excitante »                         | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « C'est galère »                                    | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « Vous vous sentez seul »                           | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « On vous fait plus confiance »                     | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins |                                       |
| « Vous buvez de l'alcool »                          | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins | <input type="checkbox"/> non concerné |
| « Vous prenez de la cocaïne »                       | <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> autant | <input type="checkbox"/> moins | <input type="checkbox"/> non concerné |

**36. Globalement, depuis que vous prenez ce médicament de substitution, vous diriez que :**

- |  |                                       |                                      |                                      |                                     |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| « Votre situation administrative est... »    | <input type="checkbox"/> amélioré(es) | <input type="checkbox"/> pareil(les) | <input type="checkbox"/> dégradé(es) | <input type="checkbox"/> sans objet |
| « Votre situation financière est... »        | <input type="checkbox"/> amélioré(es) | <input type="checkbox"/> pareil(les) | <input type="checkbox"/> dégradé(es) | <input type="checkbox"/> sans objet |
| « Votre logement est... »                    | <input type="checkbox"/> amélioré(es) | <input type="checkbox"/> pareil(les) | <input type="checkbox"/> dégradé(es) | <input type="checkbox"/> sans objet |
| « Votre situation professionnelle est... »   | <input type="checkbox"/> amélioré(es) | <input type="checkbox"/> pareil(les) | <input type="checkbox"/> dégradé(es) | <input type="checkbox"/> sans objet |
| « Vos relations amicales sont... »           | <input type="checkbox"/> amélioré(es) | <input type="checkbox"/> pareil(les) | <input type="checkbox"/> dégradé(es) | <input type="checkbox"/> sans objet |
| « Votre état de santé est... »               | <input type="checkbox"/> amélioré(es) | <input type="checkbox"/> pareil(les) | <input type="checkbox"/> dégradé(es) | <input type="checkbox"/> sans objet |
| « Votre vie amoureuse est... »               | <input type="checkbox"/> amélioré(es) | <input type="checkbox"/> pareil(les) | <input type="checkbox"/> dégradé(es) | <input type="checkbox"/> sans objet |
| « Vos relations avec votre famille sont... » | <input type="checkbox"/> amélioré(es) | <input type="checkbox"/> pareil(les) | <input type="checkbox"/> dégradé(es) | <input type="checkbox"/> sans objet |
| « Vos relations avec la justice sont... »    | <input type="checkbox"/> amélioré(es) | <input type="checkbox"/> pareil(les) | <input type="checkbox"/> dégradé(es) | <input type="checkbox"/> sans objet |

**37. Quel est votre niveau global de satisfaction par rapport :**

- |                               |                                      |                                |                                    |   |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Au médicament de substitution | <input type="checkbox"/> pas du tout | <input type="checkbox"/> assez | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> très satisfait | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| Aux conditions de suivi       | <input type="checkbox"/> pas du tout | <input type="checkbox"/> assez | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> très satisfait | <input type="checkbox"/> ne sait pas |

**Autres médicaments (hors méthadone, buprénorphine, sulfate de morphine, codeïne)**

**38. Au cours du dernier mois, avez-vous déjà consommé des médicaments psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs, antalgiques...)?**  oui  non

38a. Si oui, lequel ou lesquels (citer les 3 principaux) :

38b. Motif de consommation (plusieurs réponses possibles) :

- |                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| <b>Médicament 1 :</b> _____ | <input type="checkbox"/> pour arrêter l'héroïne (ou un autre opiacé) | <input type="checkbox"/> pour se droguer |
|                             | <input type="checkbox"/> pour arrêter une autre substance            | <input type="checkbox"/> pour se soigner |
| <b>Médicament 2 :</b> _____ | <input type="checkbox"/> pour arrêter l'héroïne (ou un autre opiacé) | <input type="checkbox"/> pour se droguer |
|                             | <input type="checkbox"/> pour arrêter une autre substance            | <input type="checkbox"/> pour se soigner |
| <b>Médicament 3 :</b> _____ | <input type="checkbox"/> pour arrêter l'héroïne (ou un autre opiacé) | <input type="checkbox"/> pour se droguer |
|                             | <input type="checkbox"/> pour arrêter une autre substance            | <input type="checkbox"/> pour se soigner |

Merci pour votre participation.

## ANNEXE 7 : Programme des XVIIèmes journées du CEIP de Toulouse



### XVIIèmes Rencontres Toulousaines d'AddictoVigilance

MARDI 8 JANVIER 2013

GRAND AMPHITHÉÂTRE

de la Faculté de Médecine de Toulouse PURPAN, 37 Allées Jules Guesde 31000 TOULOUSE

<b>8h45</b>	<b>Accueil des participants</b>
<b>9h15</b>	<b>Introduction Générale</b> Dr Maryse LAPEYRE-MESTRE, Directrice du CEIP-A de TOULOUSE
<b>9h30</b>	<b>Faits marquants: cathinones, poppers, GBL</b> Marie-Anne COURNE, Unité des Stupéfiants et Psychotropes, ANSM
<b>9h45</b>	<b>Cannabis et complications cardiovasculaires: estimation du phénomène en France</b> Dr Emilie JOUANJUS, CEIP-A de TOULOUSE
<b>10h00</b>	<b>Consommation des antalgiques en France et en Europe</b> Magali AMIEL, CEIP-A de TOULOUSE
<b>10h15</b>	<b>Apports d'O.P.I.D.U.M pour l'émergence de signaux en Addictovigilance</b> Dr Joëlle MICALLEF, CEIP-A de MARSEILLE
<b>10h30</b>	<b>Rôle du pharmacien d'officine dans le dispositif de Réduction des Risques</b> Kévin CONDE, CEIP-A de TOULOUSE
<b>10h45</b>	<b>Valvulopathie sous ecstasy: le sommet de l'iceberg ou le Titanic?</b> Pr Jean-Louis MONTASTRUC, CEIP-A de TOULOUSE
<b>11h00</b>	<b>Nouvelles substances: prélèvements biologiques et analyses toxicologiques</b> Dr Jean-Michel GAULIER, UF de Toxicologie Biologique et Médico-légale, Hôpital Dupuytren, Limoges
<b>11h15</b>	<b>Pause café</b>
<b>11h45</b>	<b>Conférence : substances à potentiel d'abus: quelles conséquences neurologiques?</b> Dr David DEVOS, Neuropharmacologue, CHRU de LILLE
<b>12h45</b>	<b>Clôture des rencontres</b>
<b>13h00</b>	<b>Déjeuner-buffet</b>



**RESUME en français :**

Les usagers de drogues s'exposent à différents risques. La politique de « réduction des risques liés à l'usage de drogues », introduite à partir des années 1980, a pour objectif de minimiser ces risques. Cette politique est aujourd'hui reconnue par tous les acteurs comme un pilier indispensable d'une politique de santé publique pragmatique et efficace.

Le pharmacien d'officine rencontre fréquemment des usagers de drogues, il est donc un acteur légitime de la politique de réduction des risques. En pratique, l'investissement des officinaux semble pouvoir être amélioré. Nous présentons une enquête, menée en 2012 auprès d'usagers de drogues, dont les résultats nous semblent également aller dans ce sens. Nous suggérons alors quelques pistes de réflexion quant à l'implication des pharmaciens dans le dispositif français de réduction des risques.

---

**Title :** Role of the community pharmacist in the drug-related harm reduction policy

**Abstract :**

Drug users are exposed to various risks. The drug-related harm reduction policy, introduced in the 1980s, aims to decrease these risks. This policy is now recognized by all stakeholders as an essential pillar of a pragmatic and effective public health policy.

The community pharmacist frequently encounters drug users, he is therefore a legitimate actor of this policy. In practice, pharmacists' involvement seems to be improvable. We present a survey conducted in 2012 among drugs users, which results seem to move in this direction. Then we suggest some ideas about the involvement of pharmacists in the French harm reduction policy.

---

**DISCIPLINE administrative :** Pharmacie

---

**MOTS-CLES :** Drogues – Réduction des risques – Toxicomanie – Prévention – Pharmacien

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Faculté des Sciences Pharmaceutiques  
31062 TOULOUSE cedex 09 - France

**Directeur de thèse :** Dr. Maryse Lapeyre-Mestre