

Table des matières

LISTE DES FIGURES	13
LISTE DES TABLEAUX	13
LISTE DES ABREVIATIONS	14
LISTES DES ANNEXES	15
INTRODUCTION	17
PARTIE 1 ADDICTION AUX OPIOÏDES	19
1.1. Opiacés et opioïdes	19
1.2. L'addiction	20
1.2.1. Définition.....	20
1.2.2. Physiopathologie de l'addiction	22
1.2.3. Diagnostic de l'addiction	24
1.2.4. Conséquences de l'addiction à une substance psychoactive	25
1.3. Epidémiologie de l'usage des opioïdes en France	26
1.4. Prise en charge de l'addiction aux opioïdes en France.....	28
1.4.1. Traitement de substitution aux opioïdes	28
1.4.2. Bilan des traitements de substitution aux opioïdes en France	29
1.4.3. Médicaments de substitution aux opioïdes	30
1.4.3.1. Méthadone sirop et gélule	30
1.4.3.2. Buprénorphine haut dosage (Subutex®)	32
1.4.3.3. Buprénorphine haut dosage et naloxone (Suboxone®)	34
1.4.3.4. Autres médicaments	35

1.5.	Prise en charge de l'addiction aux opioïdes à travers le monde	35
------	--	----

PARTIE 2 ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE 36

2.1.	Nouvelles missions du pharmacien.....	36
------	---------------------------------------	----

2.2.	Bilan des entretiens pharmaceutiques	37
------	--	----

2.3.	Traitement de substitution aux opioïdes, nouvelle mission du pharmacien ?.	40
------	--	----

PARTIE 3 ENQUETE AUPRES DE PROFESSIONNELS DE SANTE 42

3.1.	Méthode du travail	42
------	--------------------------	----

3.2.	Recrutement	43
------	-------------------	----

3.3.	Réalisation des entretiens.....	44
------	---------------------------------	----

3.4.	Résultats de l'enquête	44
------	------------------------------	----

3.4.1.	Pharmaciens.....	44
--------	------------------	----

3.4.2	Médecins	45
-------	----------------	----

3.4.3.	Autres professionnels rencontrés	45
--------	--	----

3.4.4.	Résultats des entretiens effectués auprès des professionnels.....	48
--------	---	----

3.4.4.1.	Recueil des besoins et difficultés des patients en traitement de substitution aux opioïdes	48
----------	--	----

3.4.4.2.	Objectifs et points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique	51
----------	---	----

3.4.4.3.	Outils, référentiels et autres suggestions utiles pour améliorer la prise en charge des patients en substitution à l'officine	52
----------	---	----

3.4.4.4.	Recueil des freins à la réalisation de l'entretien chez les pharmaciens.....	54
----------	--	----

PARTIE 4 ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE POUR LES PATIENTS SOUS TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES..... 56

4.1.	Elaboration de la version n°1 du questionnaire	56
4.2	Validation du questionnaire par les professionnels rencontrés	58
4.2.1.	Retour des professionnels.....	59
4.2.1.1.	Partie 1 du questionnaire	61
4.2.1.2.	Partie 2 du questionnaire	62
4.2.1.3.	Partie 3 du questionnaire	62
4.2.1.4.	Partie 4 du questionnaire	63
4.2.1.5.	Partie 5 du questionnaire	64
4.2.1.6.	Partie 6 du questionnaire	64
4.2.1.7.	Autres remarques	64
4.2.2.	Modifications apportées au questionnaire suite à l'évaluation des professionnels rencontrés.....	65
4.2.2.1.	Modifications de la partie 1	65
4.2.2.2.	Modifications de la partie 2	66
4.2.2.3.	Modifications de la partie 3	66
4.2.2.4.	Modifications de la partie 4	67
4.2.2.5.	Modifications de la partie 5	67
4.2.2.6.	Modifications de la partie 6	67
4.3.	Modalité de l'entretien pharmaceutique pour les patients sous traitement de substitution aux opioïdes	68
4.3.1.	Patients ciblés	68
4.3.2.	Présentation et planification de l'entretien	69

4.3.3.	Espace de confidentialité	70
4.3.4.	Traçabilité de l'entretien.....	71
PARTIE 5 DISCUSSION		72
5.1.	Points forts du travail	72
5.2.	Méthodologie de l'enquête	73
5.3.	Limites et freins de l'enquête	74
5.4.	Limites et freins à l'entretien pharmaceutique	76
5.5.	Autres axes d'amélioration de la prise en charge des patients sous TSO	77
5.6.	Vers une évolution du métier du pharmacien d'officine ?	82
CONCLUSION.....		86
BIBLIOGRAPHIE		88
ANNEXES.....		93

Liste des figures

Figure 1 : Représentation des réponses

Figure 2 : Flyer de présentation de l'entretien pharmaceutique

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des professionnels rencontrés

Liste des abréviations

ALD : Affection de longue durée

AOD : Anticoagulants oraux directs

AVK : Anti Vitamine K

ALIA : Association Ligérienne d'Addictologie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10e révision

CPS : Carte Professionnel de Santé

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

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

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DSM : *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders*

FPEA : France Patients Expert Addictions

GABA : Acide Gamma-Amino Butyrique

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

INR : *International Normalised Ratio*

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

MSO : Médicament de substitution aux opioïdes

NIDA : *National Institute on Drug Abuse*

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TSO : Traitement de substitution aux opioïdes

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Listes des annexes :

- Annexe 1 : Les 11 critères diagnostic de l'addiction selon le DSM V
- Annexe 2 : Les 6 critères du syndrome de dépendance selon le CIM-10
- Annexe 3 : Réponse du pharmacien 1 à l'enquête
- Annexe 4 : Réponse du pharmacien 2 à l'enquête
- Annexe 5 : Réponse du pharmacien 3 à l'enquête
- Annexe 6 : Réponse du pharmacien 4 à l'enquête
- Annexe 7 : Réponse du pharmacien 5 à l'enquête
- Annexe 8 : Réponse du pharmacien 6 à l'enquête
- Annexe 9 : Réponse du pharmacien 7 à l'enquête
- Annexe 10 : Réponse du pharmacien 8 à l'enquête
- Annexe 11 : Réponse du pharmacien 9 à l'enquête
- Annexe 12 : Réponse du pharmacien 10 à l'enquête
- Annexe 13 : Réponse du pharmacien 11 à l'enquête
- Annexe 14 : Réponse du pharmacien 12 à l'enquête
- Annexe 15 : Réponse du pharmacien 13 à l'enquête
- Annexe 16 : Réponse du pharmacien 14 à l'enquête
- Annexe 17 : Réponse du pharmacien 15 à l'enquête
- Annexe 18 : Réponse du pharmacien 16 à l'enquête
- Annexe 19 : Réponse du pharmacien 17 à l'enquête
- Annexe 20 : Réponse du médecin 1 à l'enquête
- Annexe 21 : Réponse du médecin 2 à l'enquête
- Annexe 22 : Réponse du médecin 3 à l'enquête
- Annexe 23 : Réponse du médecin 4 à l'enquête
- Annexe 24 : Réponse du médecin 5 à l'enquête
- Annexe 25 : Réponse du médecin 6 à l'enquête
- Annexe 26 : Réponse du médecin 7 à l'enquête
- Annexe 27 : Réponse du médecin 8 à l'enquête
- Annexe 28 : Réponse du médecin 9 à l'enquête
- Annexe 29 : Réponse du médecin 10 à l'enquête
- Annexe 30 : Réponse de l'infirmière 1 à l'enquête

Annexe 31 : Réponse de l'infirmière 2 à l'enquête

Annexe 32 : Réponse de l'assistante de service sociale à l'enquête

Annexe 33 : Version n°1 du questionnaire de l'entretien pharmaceutique TSO

Annexe 34 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 1

Annexe 35 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 4

Annexe 36 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 7

Annexe 37 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 12

Annexe 38 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 13

Annexe 39 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 16

Annexe 40 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 11

Annexe 41 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 3

Annexe 42 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 4

Annexe 43 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 5

Annexe 44 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 7

Annexe 45 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 8

Annexe 46 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 10

Annexe 47 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par l'infirmière 2

Annexe 48 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par l'assistante de service social

Annexe 49 : Version n°2 du questionnaire de l'entretien pharmaceutique TSO

Annexe 50 : Tableau résumé de la loi 41, édité par l'Ordre des pharmaciens du Québec

Introduction

Ces derniers mois, les médicaments opioïdes sont sur le devant de la scène médiatique, suite à la « crise des opioïdes », qu'affrontent actuellement le Canada et les Etats - Unis. Ces pays sont confrontés à une augmentation très importante du nombre de décès par overdose, suite au mésusage d'antalgiques opioïdes, en particulier aux Etats Unis. Plusieurs facteurs (méconnaissance du risque addictif, prise de conscience de l'importance de traiter la douleur et un marketing agressif) ont conduit à une explosion de la prescription des antalgiques opioïdes, puis à la crise que connaît maintenant l'Amérique du Nord. Aux Etats Unis, selon l'organisme « *National Institute on Drug Abuse* »(NIDA), plus de 130 américains meurent chaque jour d'une overdose d'opioïdes et 1,7 million d'américains souffrent d'un trouble de l'usage aux opioïdes à la suite d'une prescription (pour l'année 2017). (1)(2)

En France, la situation est bien moins préoccupante, grâce à un système de santé différent de celui de l'Amérique du Nord (les médicaments opioïdes sont très encadrés et surveillés). Cependant, l'utilisation de ces médicaments a aussi augmenté ces dernières années. Selon le rapport de l'ANSM, « Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leur usage problématique, février 2019 » (3), la consommation du tramadol et de l'oxycodone ont respectivement augmenté de +68% et +738% entre 2006 et 2017. Par ailleurs, selon ce même rapport, « la part des cas de troubles de l'usage des antalgiques opioïdes [...] a plus que doublé entre 2006 et 2015 » et le nombre de décès liés aux opioïdes est passé de 1,3 à 3,2 décès pour un millions d'habitants entre 2000 et 2015.

Face à ce constat, et à l'ampleur de la situation en Amérique du Nord, les pouvoirs publics français se mobilisent pour éviter que la situation en France ne se dégrade. Le Ministère des Solidarités et de la Santé a érigé une feuille de route, pour « prévenir et agir face au surdosage d'opioïdes ». (4)

La loi « Hôpital, Patients, Santé Territoires » (HPST) a permis au pharmacien d'officine de pleinement s'investir dans son rôle d'acteur de santé publique. En effet, le pharmacien bénéficie de nouvelles missions comme la prévention, l'accompagnement des patients ou encore l'éducation thérapeutique. Pour remplir ces nouvelles missions de santé, le pharmacien a la possibilité de réaliser différentes actions à l'officine, comme les entretiens pharmaceutiques (pour les patients prenant des anticoagulants et pour les patients asthmatiques), le bilan partagé de médication, l'éducation thérapeutique du patient ou encore la vaccination contre la grippe.

En 2016, les syndicats de pharmacie et l'assurance maladie ont discuté afin d'intégrer aux nouvelles missions rémunérées du pharmacien, les traitements de substitution aux opiacés. Parallèlement à cette discussion, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) envisageait de lancer une expérimentation de la dispensation quotidienne de buprénorphine en officine. Malgré cette volonté de renforcer la prise en charge de ces patients, en 2019 aucun entretien pharmaceutique ni dispensation quotidienne de la buprénorphine n'ont été mis en place. (5)

Au vu de la situation actuelle des médicaments opioïdes en France, il semble important et urgent que le pharmacien d'officine se mobilise, à travers un entretien pharmaceutique, afin d'accompagner au mieux les patients en traitement de substitution aux opioïdes (TSO) et d'améliorer leur prise en charge.

Ce travail proposera la création d'un questionnaire support d'entretien pharmaceutique, à la suite de la réalisation d'une enquête auprès de professionnels de santé.

Partie 1 Addiction aux opioïdes

1.1. Opiacés et opioïdes

Les opiacés sont des alcaloïdes naturels issus de l'opium qui est extrait de la fleur de pavot (*papaver somniferum*). Dans ce groupe de molécules, on retrouve par exemple : la morphine, la codéine, la papavérine... (6)

Le terme opioïde désigne les opiacés, mais également d'autres composés qui ont la même activité que la morphine, mais qui ont des structures chimiques différentes. Les opioïdes regroupent donc des molécules naturelles, semi-synthétiques, synthétiques ou endogènes qui interagissent avec les récepteurs opioïdes. (6)

Il existe trois principaux récepteurs endogènes aux opioïdes : « mu, delta et kappa ». Ils sont activés par des peptides opioïdes endogènes : « endorphine, enképhaline et dynorphine ». Chaque opioïde a une affinité et une action, antagoniste ou agoniste, propre à chaque récepteur. Cet ensemble de récepteurs et peptides constitue le système opioïde endogène. (1)(7)(8)

Ce système opioïde gère de nombreuses fonctions dans l'organisme telles que le processus de la douleur, le contrôle des émotions, la gestion du stress et joue également un rôle auprès du système endocrinien et immunitaire. (7)(8)

L'activation de ce système par des opioïdes est à l'origine de nombreux effets indésirables tels que constipation, nausées, vomissements, dépression respiratoire ... (8)(9)

L'utilisation prolongée d'opioïdes exogènes peut entraîner d'autres effets indésirables comme la tolérance, l'addiction, l'hyperalgésie, une baisse de la libido... (8)(9)(10)

Actuellement les problèmes de dépendance aux opiacés, ne concernent pas seulement des molécules naturelles issues de l'opium mais également des molécules synthétiques.

Le terme « opioïdes » sera donc utilisé dans la suite de ce travail pour parler de la dépendance aux opioïdes et des traitements de substitution aux opioïdes (TSO).

1.2. L'addiction

1.2.1. Définition

Reynaud M, dans l'ouvrage « Traité d'addictologie 2e édition 2016 » définit l'addiction comme étant : « une impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » (11)

La dépendance, quant à elle peut être définie par « la perte de la liberté de s'abstenir ou la perte de contrôle ». Classiquement, il est défini deux types de dépendance : psychique et physique. (12)

La dépendance psychique est la nécessité pour le consommateur de retrouver un sentiment de plaisir et d'apaisement que lui procure la substance consommée. Pour ce faire l'utilisateur ressent une envie irrésistible de consommer, c'est le phénomène de *craving*. (11)

La dépendance physique, se caractérise par l'apparition d'un syndrome de sevrage (symptômes traduisant un état de manque caractéristique du produit consommé) à l'arrêt de la consommation du produit et par l'existence d'un phénomène de tolérance (nécessité d'augmenter les quantités du produit consommé pour ressentir le même effet). (11)

Les termes « addiction » et « dépendance » ont des définitions assez similaires et sont utilisés comme synonymes ou équivalents par de nombreux auteurs.

L'addiction concerne la consommation de substances psychoactives licites (tabac, alcool, médicament...) ou illicites (héroïne, cannabis, amphétamine...).

Il est important de noter que tout consommateur ne devient pas dépendant. Il est en effet décrit différents niveaux d'usage d'une substance avant d'arriver à la dépendance : usage simple, usage nocif (ou abus) et dépendance.

L'usage simple est défini comme une consommation de substances psychoactives n'entraînant pas de complications pour l'utilisateur.

Alors que l'usage nocif ou l'abus, correspond à une consommation répétée conduisant à des complications et des dommages pour l'utilisateur. (12)

Bien que de nombreux auteurs considèrent l'addiction et la dépendance comme des termes équivalents, d'autres scientifiques vont plus loin et précisent la notion d'addiction. C'est notamment le cas des auteurs Reynaud M, Parquet PJ et Lague G dans leur rapport « Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives »(1999). Ils élargissent la définition de l'addiction en incluant dans celle-ci : « les comportements pathologiques de consommation de substances psychoactives, et donc l'usage nocif (abus) et la dépendance ». (13)

Ce regroupement de l'abus et de la dépendance dans l'addiction est également effectué lors de la dernière édition du *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders* (DSM) qui rassemble les catégories de dépendance et d'abus en une seule catégorie intitulée « trouble de l'usage ». (14)

L'addiction d'abord utilisée pour définir une consommation problématique de substances psychoactives est également employée pour faire référence à des comportements (jeux d'argent, sexe, jeux vidéo...), on parle alors d'addictions comportementales.

Pour finir, Karila L et Benyamina A, proposent une définition précise et complète de l'addiction : « L'addiction à une substance psychoactive licite (tabac, alcool, médicaments psychotropes) ou illicite (cannabis, cocaïne, amphétamines comme la MDMA ou la méthamphétamine, nouveaux produits de synthèse. . .) ou à un comportement (sexe, jeux de hasard et d'argent, réseaux sociaux, jeux vidéo. . .) est définie comme un trouble caractérisé par un processus récurrent, comprenant un phénomène de consommation répétée d'intensité variable puis l'installation progressive d'une dépendance physiologique s'accompagnant de signes de tolérance et/ou de sevrage, d'un *craving*

(envie irrésistible de consommer), d'une perte de contrôle, d'un déni et de la recherche de produit(s)/comportement(s) malgré les risques médicaux, psychologiques, psychiatriques et sociaux encourus et connus. ». Ils précisent également que c'est une pathologie chronique avec des phases de rechute. (15)

1.2.2. Physiopathologie de l'addiction

Au niveau neurobiologique, les substances psychoactives agissent sur le système mésocorticolimbique ou circuit de la récompense (ensemble de neurones situé dans le système nerveux central) en provoquant une libération importante de dopamine extracellulaire. Ce système se compose de neurones dopaminergiques reliant l'aire tegmentale ventrale au noyau accumbens, au cortex frontal, au tubercule olfactif et à l'amygdale. (16)

L'augmentation de dopamine au niveau du noyau accumbens peut se produire de deux manières différentes, soit de manière directe pour la cocaïne et les amphétamines, en bloquant les transporteurs de recapture de la dopamine ou en favorisant sa libération, soit de manière indirecte comme pour les opioïdes et le cannabis en levant l'inhibition des neurones dopaminergiques au niveau de l'aire tegmentale ventrale. Cette libération importante de dopamine dans le système mésocorticolimbique (notamment dans le noyau accumbens) provoque des sensations de plaisir et d'euphorie à l'origine de la consommation de ces substances psychoactives. (16)(17)(18)

La dopamine est le neurotransmetteur principal impliqué dans les processus addictif mais d'autres neurotransmetteurs et neuromodulateurs jouent également un rôle dans ces processus comme : la sérotonine, la noradrénaline, le glutamate, l'acide gamma-amino butyrique (GABA), le glutamate ou encore les peptides opioïdes. (16)

L'usage répété d'une substance psychoactive va entraîner un conditionnement du cerveau de l'utilisateur. Les *stimuli* environnementaux présents, lors de consommations

répétées, vont générer à terme, une libération de dopamine, avant même que la substance ne soit prise. Ces *stimuli* peuvent être une odeur, un lieu, un état d'esprit, des personnes... C'est tous les paramètres qui sont présents de manière récurrente, lorsque l'utilisateur consomme, et que le cerveau va associer à la récompense que provoque la prise de drogue. La libération de dopamine engendrée par ces stimuli va entraîner l'envie de consommer chez l'utilisateur (*craving*), et peut expliquer une rechute, même des années après avoir arrêté de consommer. (15)(19)

L'utilisation continue et prolongée d'une substance psychoactive conduit au phénomène de tolérance (augmentation de la quantité nécessaire pour obtenir l'effet recherché). Ce phénomène s'explique par une adaptation complexe du système nerveux aboutissant à l'inhibition des récepteurs activés par la substance psychoactive, et par une diminution de sensibilité de ceux-ci, dans le but de retrouver un certain équilibre dans la voie de la récompense. (18)(20)

Par ailleurs, un usage prolongé de substances psychoactives entraîne une adaptation de l'amygdale cérébrale ce qui conduit l'utilisateur à être plus sensible au stress, et à ressentir plus facilement des émotions négatives (anxiété, angoisses...). L'utilisateur n'est plus aussi stimulé par la récompense qu'au début de sa consommation. En effet, son système de récompense est moins sensible à la consommation et le soulagement de ses émotions négatives devient la motivation de la consommation de la substance psychoactive. (15)

A l'arrêt de la consommation de la substance psychoactive, l'utilisateur va ressentir des effets désagréables propres à chaque drogue, c'est le syndrome de sevrage. La consommation de la drogue permet de supprimer ce syndrome, l'utilisateur ne prend plus alors la drogue pour un usage récréatif ou pour avoir des sensations d'euphorie mais pour éviter de ressentir les symptômes du manque. (11)(21)

Enfin, l'addiction va également entraîner des perturbations au niveau des aires corticales préfrontales, qui gèrent les processus exécutifs. Ce dérèglement conduit l'utilisateur à avoir des difficultés dans sa prise de décision et une perte de contrôle de ses envies. (15)(19)

Il a été mis en évidence que l'instauration d'une addiction, qu'elle soit pour une substance ou pour un comportement, répondait à certains facteurs de vulnérabilité tels que : génétique, neurobiologique, environnementaux (contexte familial, pairs, éducation...), personnalité (faible estime de soi, dépréciation...) et comportementaux (recherche de sensations fortes). Par ailleurs, un trouble psychiatrique précoce multiplie par deux le risque de développer une addiction. (15)

1.2.3. Diagnostic de l'addiction

Il existe deux référentiels pour établir le diagnostic de l'addiction (ou trouble de l'usage).

La cinquième édition du *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM)* établie en 2013, est un guide pour les professionnels de santé d'aide au diagnostic du trouble de l'usage de substances psychoactives. Cette cinquième édition regroupe les catégories d'« abus » et de « dépendance » du DSM-IV en une seule catégorie : «trouble de l'usage d'une substance ». Cela a permis de passer d'une conception catégorielle de l'addiction à une approche dimensionnelle. (14)(11)

Le diagnostic d'un trouble de l'usage d'une substance selon le DSM V repose sur 11 critères comme la perte de contrôle sur la consommation, la présence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt, l'envie intense de consommer (*craving*) ou encore le temps passé pour se procurer la substance. La gravité du trouble est caractérisée par le nombre de critères présent chez le patient au cours des 12 derniers mois. Ainsi la présence de 2 à 4 critères indique un trouble léger, 4 à 5 critères un trouble modéré et 6 critères ou plus un trouble sévère. (Annexe 1)(14)

Un deuxième référentiel permet de diagnostiquer un trouble de l'usage d'une substance, la *Classification Internationale des Maladies 10^e révision (CIM-10)* de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS). Depuis 1967, l'OMS a remplacé les termes d'addiction et d'accoutumance par le terme de dépendance. La CIM-10 définit le syndrome dépendance

« comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités ». (22)

Le diagnostic se fait à travers 6 critères dont la difficulté à contrôler la consommation d'une substance, la priorité de l'usage par rapport à d'autre activité et la persistance de la consommation malgré la connaissance des effets nocifs par exemple. La présence de 3 critères en même temps au cours des 12 derniers mois permet de poser le diagnostic d'un syndrome de dépendance. (Annexe 2)(22)

1.2.4. Conséquences de l'addiction à une substance psychoactive

L'addiction à une substance psychoactive entraîne des complications pour le patient à différents niveaux.

Tout d'abord au niveau de la santé de celui-ci, la prise prolongée de substances va entraîner différents problèmes en fonction de la drogue utilisée. On peut citer des troubles de la mémoire, des cancers (tabac, alcool...), des maladies respiratoires, des troubles psychologiques, des problèmes cardiovasculaires... L'addiction est très souvent associée à un trouble mental ; 30 à 50 % des patients en service de psychiatrie en Europe présentent une pathologie psychiatrique associée à un abus de substance. Les troubles addictifs touchent 4,6 fois plus les patients schizophrènes que la population générale. (23)(24)(25)

L'addiction peut également générer des complications infectieuses liées aux méthodes d'injection ou de sniff de la substance psychoactive. L'utilisation de matériels non stériles, l'échange de seringues entre usagers, des lieux insalubres... conduisent à un risque de contamination virale tels que virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'hépatite C et B, ainsi que d'autres problèmes infectieux : abcès au point d'injection, endocardite, septicémie, arthrite... (23)(26)

Par ailleurs, l'addiction à une substance engendre très souvent un isolement social. En effet, la drogue va prendre une place de plus en plus importante dans la vie de l'utilisateur ; tout son quotidien sera organisé dans l'objectif d'obtenir sa drogue et de la consommer. Cela le conduira à négliger ses obligations professionnelles et sociales, aboutissant très souvent à une perte d'emploi et une fracture familiale. La recherche de drogue et les difficultés financières associées peuvent amener l'utilisateur à s'engager dans la délinquance pour pouvoir acheter sa drogue (vol, prostitution, falsification d'ordonnance, *deal*...). (26)

1.3. Epidémiologie de l'usage des opioïdes en France

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) publie de nombreux documents et enquêtes sur les drogues et l'état des lieux des consommations en France. (27) (28)

En 2017, 1,3% des 18-64 ans ont expérimenté l'héroïne, (au moins un usage au cours de leur vie), soit 500 000 personnes et 0,7% des adolescents de 17 ans. Il est estimé à 100 000 personnes le nombre d'utilisateurs d'héroïne au cours d'un mois donné. (27)

Le dispositif « Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances » (DRAMES) indique que pour l'année 2016, les opioïdes sont retrouvés dans 83% des cas de surdosage et parmi les opioïdes, les médicaments de substitution aux opioïdes sont responsables de 46% des décès (36% pour la méthadone). (27)

Au niveau des opioïdes licites, 17,1% des assurés sociaux ont bénéficié d'un traitement par analgésiques opioïdes faibles en 2017, il est à noter que cette utilisation est stable depuis 2012. Le nombre de personnes qui ont été remboursées pour l'utilisation d'un opioïde fort a doublé entre 2004 et 2017. Ce nombre est essentiellement dû à l'augmentation de la prescription d'oxycodone, très peu utilisée avant 2008. L'accroissement de l'usage de ces opioïdes thérapeutiques a entraîné une augmentation

des cas d'addiction et d'abus pour ces médicaments. Ainsi en 2017, le tramadol était le deuxième médicament avec le plus de cas d'ordonnances falsifiées.

Dernièrement, un nouveau profil de patient est apparu dans la dépendance aux opioïdes, ce sont des personnes qui n'ont jamais utilisé de drogues illicites, mais qui sont devenues addictes à cause de l'utilisation d'analgésiques opioïdes. (27)

En 2019 l'ANSM publie un rapport « Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques » (février 2019) dans lequel il est indiqué que les consommations de tramadol et oxycodone ont augmenté respectivement de +68% et +738% entre 2006 et 2017. Selon ce rapport 17,1% des français ont utilisé un antalgique opioïde sur ordonnance en 2015. Enfin le nombre de cas de trouble de l'usage des médicaments antalgiques opioïdes a doublé entre 2006 et 2015. (3)

Au total en 2017, c'est 180 000 personnes qui ont bénéficié d'un remboursement pour un médicament de substitution aux opioïdes (MSO), soit environ 85% des usagers d'opioïdes. Cela concerne majoritairement des hommes (77%), âgés en moyenne de 40,6 ans. (28)

Le traitement de substitution s'inscrit dans une prise en charge de longue durée. Ainsi 41 % des patients continuaient de prendre un traitement 6 ans après leur première prescription.

Pour la prise en charge en ville (hors CSAPA et prison), la buprénorphine a été le MSO le plus délivré en 2017, représentant 61% des MSO remboursés, vient ensuite la méthadone avec 38% et l'association buprénorphine/naloxone (Suboxone®) avec 5% (mis sur le marché en 2012). Des patients ont reçu parfois plusieurs MSO différents au cours de l'année, expliquant une somme de pourcentage supérieur à 100%. (28)

1.4. Prise en charge de l'addiction aux opioïdes en France

La prise en charge de l'addiction aux opioïdes peut prendre deux formes différentes, soit un sevrage complet sous surveillance médicale, soit la prise d'un médicament agoniste aux opioïdes qui va remplacer la drogue (MSO). Ces deux modalités de prise en charge s'associent toujours d'un accompagnement pluridisciplinaire, médical, psychologique et social. (26)(29)

1.4.1. Traitement de substitution aux opioïdes

Il est important de différencier les TSO et les MSO. En effet le traitement ne se résume pas uniquement aux MSO, mais constitue toute une prise en charge globale et pluridisciplinaire de l'addiction dont les MSO font partie. (29)

Les TSO ont plusieurs objectifs à court, moyen ou long terme, qui sont propres à chaque patient et qui sont évolutifs au cours de la pathologie addictive du patient.

Les principaux objectifs des TSO sont : aider le patient à contrôler sa consommation d'opioïdes, diminuer, voire arrêter la prise d'opioïdes illicites, empêcher la survenue d'un syndrome de manque, intégrer le patient dans un processus de soins et permettre une réinsertion sociale du patient. (29)(30)

Au fur et à mesure de l'avancée du patient dans sa pathologie, il pourra, s'il le souhaite, envisager de diminuer sa consommation de MSO, pour arriver finalement à une abstinence de tout opioïde.

1.4.2. Bilan des traitements de substitution aux opioïdes en France

L'Académie nationale de pharmacie a publié un rapport en janvier 2009 « Bilan des politiques publiques en matière de substitution aux opiacés », dans lequel elle fait le point sur les résultats de l'instauration de ces traitements depuis 1995. (31)

Avec la mise en place des traitements de substitution en France, la mortalité par overdose d'héroïne est 10 fois moins importante. L'Académie estime que 3 500 vies ont été épargnées grâce à ces traitements. Il est à noter cependant que cette diminution de mortalité a ralenti depuis 1999 et qu'on observe même des décès par surdosage liés à la prise de médicaments de substitution. Par ailleurs, les patients en TSO ont une mortalité 4 à 8 fois plus faible que celles des patients opio-dépendants non traités.

Ils observent également une réduction importante des cas d'infection au VIH chez les usagers de drogues, passant de 1079 nouveaux cas chez les usagers de drogues par voie injectable en 1990 à 98 en 2005. Pour le virus de l'hépatite C, le constat est moins important, il est quand même observé une réduction du nombre de séroconversions.

L'académie constate également un impact positif des traitements de substitution sur le plan social et sur la qualité de vie des patients. En effet, cette prise en charge permet un retour à l'emploi et une reconstruction de la cellule familiale.

La conférence de consensus « stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitutions » de 2004 dresse également un bilan de la prise en charge de ces patients. Un calcul a posteriori indique que les TSO ont permis d'économiser 595 millions d'euros pour l'année 1997. Ce calcul a été réalisé en faisant l'hypothèse que 50% des usagers d'héroïne soient sous traitement de substitution. (29)

1.4.3. Médicaments de substitution aux opioïdes

Le MSO doit avoir plusieurs caractéristiques importantes telles que, contrôler le « *craving* », avoir peu d'effets euphoriques, avoir une demi-vie longue et être sans danger pour le patient. (30)

Actuellement en France, il existe quatre médicaments indiqués dans la prise en charge des dépendances aux opioïdes : buprénorphine haut dosage (Subutex® et génériques), buprénorphine et naloxone (Suboxone®), méthadone sirop et gélule.

1.4.3.1. Méthadone sirop et gélule

Ce médicament a d'abord été commercialisé sous la forme d'un sirop en 1995, puis en 2008 la forme gélule a été mise sur le marché. Les gélules ont une image moins stigmatisante que le sirop, et l'absence du sucre permet d'éviter certains effets indésirables de la forme sirop (prise de poids, problèmes pour les personnes diabétiques, problèmes dentaire...). Par ailleurs, la forme gélule est plus facile à stocker (grâce à un conditionnement moins volumineux), ce qui facilite la gestion et le rangement du médicament de la part des patients. (32)

La méthadone fait partie des médicaments classés dans la catégorie des stupéfiants. Les conditions de prescription et de délivrance sont donc encadrées et très strictes. En effet, la prescription initiale de ce médicament ne peut être effectuée que par des médecins exerçant dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou par des médecins hospitaliers à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consultation ou en milieu pénitentiaire. La prescription doit se faire sur une ordonnance sécurisée et le nom de la pharmacie qui doit délivrer le médicament doit également être indiqué sur la prescription. (30)

Le relais vers un médecin de ville peut se faire, une fois le patient stabilisé avec une ordonnance de délégation du primo-prescripteur.

La méthadone gélule ne peut être prescrite qu'à des patients déjà sous méthadone sirop et stabilisés depuis un an.

A la différence de la forme sirop, la prescription initiale de la méthadone gélule est réservée aux médecins travaillant en CSAPA et à ceux travaillant en service d'addictologie.

La méthadone sirop peut être prescrite pour une durée maximale de 14 jours, la forme gélule quant à elle à une durée maximale de prescription de 28 jours. La délivrance se fait de manière fractionnée pour une période de 7 jours, sauf si le prescripteur indique sur l'ordonnance la mention « délivrance en une fois ». La prescription doit être présentée à la pharmacie dans un délai de trois jours. (30)

Que ce soit la méthadone sirop ou gélule, ces médicaments nécessitent un suivi particulier tout au long du traitement.

La méthadone est un agoniste entier, principalement des récepteurs opioïdes de type « mu ». Ce médicament présente donc toutes les propriétés des opiacés, avec notamment un risque de surdosage important pouvant conduire à des décès par dépression respiratoire. (30)

La demi-vie de la méthadone étant en moyenne de 22 heures, une prise journalière suffit pour que le patient ne ressente pas les effets du syndrome de sevrage ou l'envie de consommer. (17)(33)

Comme tout médicament, la méthadone peut engendrer des effets indésirables qui sont principalement : somnolence (signe d'un surdosage potentiel), prise de poids (parfois du au sucre du sirop), nausées, constipation, hypersudation, vomissements, troubles érectiles ... (30)(33)

Ce médicament présente de nombreuses interactions avec d'autres médicaments.

L'association avec des morphiniques agonistes et/ou antagonistes est contre-indiquée en raison d'un risque d'apparition d'un syndrome de sevrage par compétition des récepteurs opioïdes. (34)

La méthadone étant susceptible de donner des torsades de pointe, l'association avec d'autres médicaments torsadogènes est déconseillée. (29)

L'association avec d'autres dépresseurs du système nerveux central est également déconseillée comme avec les barbituriques, les benzodiazépines, ou les autres analgésiques morphiniques, ces associations pouvant conduire à des dépressions respiratoires pouvant être fatales en cas de surdosage. (33)(34)

La méthadone étant métabolisée par les cytochromes CYP450 (principalement par les cytochromes CYP3A4 et CYP2D6), l'association avec des inducteurs ou inhibiteurs de ces cytochromes est à réaliser avec précaution et contrôle de la concentration plasmatique de la méthadone. (33)

1.4.3.2. Buprénorphine haut dosage (Subutex®)

Le médicament Subutex® (buprénorphine haut dosage) a été mis sur le marché en 1996 d'abord aux dosages 0,4 mg, 2 et 8 mg, puis en 2008 les dosages 1,4 et 6 mg ont été ajoutés. (16)

A la différence de la méthadone, ce médicament peut être prescrit par tout médecin. Cette molécule fait partie de la liste 1 des médicaments, mais elle est dite « assimilée aux stupéfiants ». Elle suit donc les mêmes règles de prescription et de délivrance que les stupéfiants. (30)

Elle peut donc être prescrite pour 28 jours maximum et doit être délivrée de manière fractionnée pour 7 jours, sauf mention « délivrance en une seule fois ». L'ordonnance doit être présentée dans un délai de 3 mois.

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes de type « mu » et « kappa ». Son effet agoniste permet, au bon dosage, d'empêcher le syndrome de sevrage de survenir et contrôle le *craving* du patient. Son action partielle permet d'avoir un effet plafond et limite le risque de surdosage, sauf en cas d'association avec d'autres substances déprimeurs du système nerveux central, notamment les benzodiazépines. (18)(30)(35)

La buprénorphine a une durée d'action de plus de 24 heures (demi-vie moyenne de 32 heures), ce qui permet une prise quotidienne par voie sublinguale uniquement. Si le médicament est pris par voie orale, la buprénorphine est détruite lors du premier passage hépatique et le médicament devient inefficace. (17)(35)

Les principaux effets indésirables retrouvés, lors d'une utilisation respectant la prescription médicale de la buprénorphine, sont essentiellement : céphalées, hypersudation, nausées, constipation, insomnie, vomissements...(29)(35)

La buprénorphine est contre-indiquée avec d'autres opioïdes tels que la méthadone et les analgésiques de palier III (déconseillée avec le palier II). Par compétition des récepteurs opioïdes, il peut survenir un syndrome de sevrage et, il y a un risque de diminution de l'effet de l'analgésique. Par ailleurs, l'utilisation concomitante d'antagonistes aux récepteurs opioïdes (naltrexone et nalméfène) est également contre-indiquée en raison de la survenue possible d'un syndrome de sevrage. (36)

L'association avec d'autres médicaments déprimeurs du système nerveux central (benzodiazépine en particulier) est déconseillée en raison du risque majoré de dépression respiratoire. (29)(36)

Les concentrations plasmatiques de la buprénorphine peuvent être modifiées par les inducteurs et inhibiteurs enzymatiques du cytochrome CYP3A4. (36)

1.4.3.3. Buprénorphine haut dosage et naloxone (Suboxone®)

Pour tenter de prévenir le mésusage important de la buprénorphine, notamment l'utilisation de celle-ci par voie intraveineuse, intramusculaire ou nasale, il a été mis sur le marché en 2012 le médicament Suboxone®, associant la naloxone à la buprénorphine. La naloxone est un antagoniste des récepteurs opioïdes de type « mu ». Par voie orale ou sublinguale, elle a peu d'effets, car dégradée par le premier passage hépatique, mais par voie intraveineuse ou nasale, elle provoque un syndrome de sevrage aux opioïdes. Elle permet donc de réduire le risque de mésusage du médicament Suboxone®. (18)(30)(37)

Ce médicament a le même cadre législatif que la buprénorphine (liste 1, assimilé stupéfiant, ordonnance sécurisée...). (30)

La posologie de ce médicament est d'une prise sublinguale quotidienne, compte tenu de la durée d'action de la buprénorphine, supérieure à 24 heures (en moyenne 32 heures). (38)

Le médicament Suboxone® présente le même profil que la buprénorphine pour les effets indésirables et les interactions médicamenteuses.

1.4.3.4. Autres médicaments

En France, il est possible d'utiliser la morphine hors AMM dans la dépendance aux opioïdes pour certains patients sur prescription médicale, et dans un cadre bien précis : échec des autres MSO ou contre-indication et accord avec le médecin conseil de l'assurance maladie. (30)

1.5. Prise en charge de l'addiction aux opioïdes à travers le monde

En Europe, le MSO le plus utilisé est la méthadone. En effet, deux tiers des patients opio-dépendants utilisent celle-ci dans leur addiction aux opioïdes. A l'inverse en France, Suède, Croatie, République Tchèque, Grèce et à Chypre c'est la buprénorphine qui est le MSO le plus prescrit. (28)

Aux Etats-Unis, les patients en traitement de substitution peuvent bénéficier de différentes molécules: méthadone, buprénorphine, buprénorphine/naloxone et naltrexone (antagoniste des récepteurs opioïdes). Il est à noter cependant que les Etats-Unis ont une diversité importante au niveau de la forme galénique de la buprénorphine. En effet, on retrouve la buprénorphine sous forme de comprimé mais également sous film sublinguale en association avec la naloxone. Les Etats-Unis disposent également de forme galénique non orale, pour éviter le mésusage de la buprénorphine, en injection à libération prolongée (Sublocade®), l'injection présente un effet d'une durée d'un mois, et sous forme d'implant (Probuphine®) avec une efficacité de 6 mois. (39)

Certains pays (Suisse, Canada, Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas...) utilisent l'héroïne médicale (diamorphine) par voie injectable, orale ou nasale, dans la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes. L'injection d'héroïne médicale se pratique très souvent sous contrôle médical. (23)

Partie 2 Entretien pharmaceutique

2.1. Nouvelles missions du pharmacien

La loi HPST du 21 juillet 2009 réforme l'organisation de la santé selon 4 axes : la modernisation des établissements de santé, l'accès de tous à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, et l'organisation territoriale du système de santé. (40)

L'article 38 de cette loi renforce et élargit le rôle du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé publique, en lui attribuant de nouvelles missions, parmi lesquelles figurent la participation à la coopération entre professionnels, la possibilité de participer à l'accompagnement des patients et à l'éducation thérapeutique, la possibilité de proposer des conseils et des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. (40)

Dans la continuité de la loi HPST, la convention nationale des pharmaciens (entrée en vigueur le 7 mai 2012), met en pratique l'accompagnement des patients, par la mise en place d'entretiens pharmaceutiques. Cette convention, signée entre les syndicats de pharmaciens et l'union des caisses d'assurance maladie, a pour objectif de revaloriser les compétences et les connaissances des pharmaciens. (41)

Différents avenants (le dernier étant le 13) de cette convention ont précisé les modalités de mise en place de ces entretiens pharmaceutiques, élargi les pathologies chroniques ciblées et revalorisé la rémunération des pharmaciens.

Actuellement en France, les entretiens pharmaceutiques sont ouverts aux patients traités par des anticoagulants oraux (Anti vitamine K (AVK) et anticoagulants oraux directs (AOD) (avenants 1 et 8)) ainsi qu'aux patients asthmatiques prenant un corticoïde inhalé depuis au moins 6 mois (avenants 4 et 8). De plus, un autre type d'accompagnement a été promulgué : le bilan partagé de médication pour les patients polymédiqués de plus de 65 ans en affection de longue durée (ALD) ou de plus de 75 ans. Les entretiens

pharmaceutiques (AVK, AOD et asthme) se composent d'un entretien d'évaluation et de deux entretiens thématiques la première année, puis de deux entretiens thématiques les années suivantes. Le bilan de médication nécessite la réalisation, lors de la première année, d'un entretien de recueil d'informations, d'une analyse du traitement (sans la présence du patient), d'un entretien conseil et d'un suivi de l'observance. (41)(42)(43)(44)

La rémunération des pharmaciens est de 50 euros pour les entretiens pharmaceutiques annuels des patients traités par anticoagulants et les asthmatiques sous corticoïdes inhalés la première année, puis 30 euros les années suivantes. Pour le bilan partagé de médication, le pharmacien reçoit une rémunération de 60 euros la première année, puis 20 ou 30 euros les années suivantes en fonction de l'ajout de nouveaux traitements. (45)(46)

Ces entretiens pharmaceutiques, et le bilan de médication ont pour but d'améliorer la prise en charge des patients chroniques. Ils permettent en effet de renforcer les connaissances des patients sur leur traitement, que ce soit au niveau de l'importance de l'observance, du bon usage du médicament (fonctionnement des inhalateurs), des risques que comportent leurs médicaments ou encore des interactions médicamenteuses.

2.2. Bilan des entretiens pharmaceutiques

A maintenant six ans des premiers entretiens effectués, il semble intéressant de dresser rapidement, un premier bilan de ceux-ci.

En 2014, soit un an après la mise en place des entretiens pour les patients traités par AVK, l'assurance maladie a effectué un premier bilan grâce à une enquête réalisée par une société extérieure. (47)

Du lancement de ces entretiens à décembre 2014, 63% des officines ont réalisé au moins un entretien (soit 14 584 officines). Le nombre d'adhésions enregistrées au programme d'accompagnement du patient sous AVK est de 153 375 et les pharmaciens d'officine ont réalisé 161 110 entretiens.

Cette enquête portait sur la satisfaction des patients et des pharmaciens concernant l'entretien pharmaceutique des patients sous AVK. Pendant l'enquête, ont été interrogés 289 patients ayant participé à ce type d'accompagnement et 301 pharmaciens ayant au moins fait un entretien. Globalement la satisfaction est bonne des deux côtés, avec une note moyenne de 8,7/10 donnée par les patients et une note moyenne de 6,8/10 accordée par les pharmaciens. Une grande majorité des pharmaciens ayant participé à cette enquête (87%) estime que l'entretien pharmaceutique participe pleinement aux missions de conseil et d'accompagnement des pharmaciens d'officine. Selon eux, ce nouvel accompagnement des patients à l'officine permet d'améliorer les relations avec leurs patients (71%) et renforce les connaissances du patient vis-à-vis de son traitement (74%).

Les patients ont le même ressenti sur l'amélioration de leurs connaissances grâce à cet entretien. Ils sont ainsi 74% à mieux comprendre leur traitement et à se rendre compte de l'importance du suivi par l'INR (*International Normalised Ratio*). Ils sont également très nombreux (73%) à être plus sensibles sur les risques et les complications, qui peuvent survenir lors d'un traitement par AVK.

Pour finir, les patients et les pharmaciens interrogés dans cette enquête sont majoritairement favorables à la poursuite de cet accompagnement (92% pour les patients et pour les pharmaciens). (47)

Cette première enquête réalisée 1 an après le début des entretiens AVK, montre une satisfaction très nette, que ce soit du côté des patients mais également du côté des pharmaciens ayant réalisé ces entretiens. Cependant, il est difficile de savoir si cette participation importante de la part des pharmaciens et leur satisfaction sont dues au phénomène de « nouveauté » et si cette forte implication va continuer dans le temps.

Une autre enquête, réalisée en 2015, par l'Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine (USPO), auprès de 384 pharmaciens, dresse un bilan plus mitigé après deux années d'existence. En effet, bien que le constat sur l'amélioration des relations avec le patient et des connaissances de celui-ci sur son traitement reste le même pour la majorité des pharmaciens (respectivement 91,66% et 89,68%), le souhait de continuer cet accompagnement est beaucoup moins présent. Ainsi, la part de pharmaciens souhaitant poursuivre cette prise en charge tombe à 58,74% (dont 3,15% sans prendre de nouveaux patients) contre 92% lors de l'enquête de 2014. Autres constats qui peuvent expliquer le désintérêt des pharmaciens pour les entretiens : 92,98% estiment que l'entretien pharmaceutique est plus chronophage que prévu et 92,45% pensent que la rémunération n'est pas adaptée. (48)

En 2015, une étude a essayé de préciser la perception que les pharmaciens ont des entretiens pharmaceutiques chez les patients sous AVK. Cette enquête a rassemblé l'avis de 47 pharmaciens d'officine (sur 400 sollicités). Les trois quarts des pharmaciens interrogés (72%) dans cette enquête, continuent de réaliser des entretiens pharmaceutiques pour les patients traités par AVK, deux ans après leur mise en place. Il été demandé aux pharmaciens, ayant arrêté de pratiquer cet accompagnement, les raisons de ce désengagement. Les principales raisons évoquées sont : de trop nombreux refus de la part des patients, une rémunération insuffisante et un manque de temps. Concernant les modalités de réalisation de l'entretien pharmaceutique, 64% des professionnels estiment que deux entretiens annuels sont inutiles. Du point de vue de la finalité et de l'objectif de l'entretien, 85% des pharmaciens trouvent que celui-ci permet d'améliorer les connaissances des patients. Concernant l'appréciation générale de l'entretien par les pharmaciens, 81% ont apprécié participer à ces entretiens. Une grande majorité a estimé que ce nouvel accompagnement a valorisé le rôle du pharmacien et qu'il fallait l'étendre à d'autres pathologies. (49)

Il ressort de ces enquêtes un net constat quant à la certitude des pharmaciens du bénéfice de l'entretien pour les patients dans l'amélioration de leurs connaissances sur leurs pathologies et traitements. Malgré un début de bon augure, avec un bel engagement et une motivation importante des pharmaciens, il est à noter une baisse

d'intérêt et un désengagement par rapport à ces nouvelles missions par un grand nombre de pharmaciens d'officine. Cette perte d'intérêt peut s'expliquer par diverses raisons : rémunération insuffisante, temps important nécessaire à la réalisation des entretiens, refus des patients...

Depuis ces enquêtes, la rémunération a changé en faveur d'une augmentation, et un nouvel entretien a vu le jour : le bilan partagé de médication. Cela permettra peut-être de relancer l'intérêt des pharmaciens dans ces nouvelles missions qui permettent, lorsqu'elles sont réalisées, de valoriser la profession des pharmaciens.

D'autres entretiens pharmaceutiques sont en cours de discussion, dont l'accompagnement des patients traités par anticancéreux oraux, pour le diabète de type 2 ou le sevrage du tabagisme...

Malgré cette perte de vitesse, le bénéfice et l'utilité de l'accompagnement des patients chroniques ne sont pas remis en question.

2.3. Traitement de substitution aux opioïdes, nouvelle mission du pharmacien ?

Depuis la mise en place des entretiens pharmaceutiques pour les patients en traitement par AVK, la convention nationale des pharmaciens n'a eu de cesse d'élargir les pathologies éligibles à cet accompagnement, dans le but de toujours renforcer et améliorer la prise en charge des patients chroniques.

Avec 180 000 patients en France (28), l'addiction aux opioïdes est une pathologie touchant plusieurs patients par officine. De ce fait, un engagement des pharmaciens pour améliorer leur accompagnement paraît justifié d'un point de vue de santé publique.

Il semble intéressant d'inclure dans les entretiens pharmaceutiques des pathologies dans lesquelles avoir un renforcement des connaissances du patient serait une vraie plus-value pour l'observance, la sécurité du patient et l'efficacité du traitement.

Le patient en substitution aux opioïdes peut avoir de nombreuses difficultés dans sa pathologie et aussi dans la gestion de son traitement.

En effet, il a été relevé un mésusage et un détournement (revente...) des MSO. Le mésusage concerne essentiellement la buprénorphine, et il peut prendre différentes formes : voie d'administration non conforme (injection, sniff...), fractionnement des prises, surconsommation... Ces pratiques entraînent un risque pour le patient (overdose, infection, syndrome de popeye...) et une perte d'efficacité dans le traitement de leur addiction aux opioïdes. (50)(51)(52)

Par ailleurs, il existe également un risque important d'overdose lors de l'association de leur traitement de substitution avec d'autres drogues et d'autres médicaments.

Le pharmacien d'officine, qui occupe une place importante au quotidien auprès de ces patients, peut donc être un interlocuteur privilégié, pour évoquer la réduction des risques infectieux et d'overdose avec ces patients.

Enfin, l'évolution difficile de cette pathologie, avec des moments de doutes et de rechutes, associant la reprise de la consommation d'héroïne, l'augmentation du dosage du MSO, l'angoisse de la diminution de la posologie... fait que le patient ne doit pas être seul pour les affronter. Chaque patient doit pouvoir compter sur le soutien et l'accompagnement de ses professionnels de santé, lors de ces moments difficiles.

Ces différents points semblent justifier l'intérêt que peut avoir l'entretien pharmaceutique dans l'accompagnement des patients sous TSO.

Partie 3 Enquête auprès de professionnels de santé

Le but de ce travail de thèse est d'élaborer un entretien pharmaceutique qui aidera les pharmaciens dans la prise en charge des patients en TSO.

3.1. Méthode du travail

Pour construire cet entretien pharmaceutique, une enquête a été réalisée auprès de différents professionnels de santé, déjà impliqués dans le parcours de soin de ce type de patients. Ces rencontres ont eu pour but de préciser les besoins et les difficultés de ces patients, ainsi que les éléments clés à aborder avec des patients en substitution dans le but de les aider dans leur pathologie.

Dans un second temps, l'analyse des réponses de cette enquête a permis de rédiger une première version du questionnaire support de l'entretien pharmaceutique. Celui-ci a ensuite été soumis aux différents professionnels ayant participé à l'enquête, afin d'obtenir leurs retours et pouvoir améliorer le questionnaire.

Les principales questions posées lors de l'enquête initiale étaient les suivantes :

- ***Quels sont les besoins et difficultés de ces patients ?***
- ***Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?***
- ***Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?***
- ***Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?***
- ***Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?***

Puis une question concernant essentiellement les pharmaciens :

- ***Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens pharmaceutiques?***

Le but était de privilégier des questions ouvertes qui permettent d'avoir une vue globale des patients, de la pathologie et des freins à la réalisation de l'entretien pharmaceutique.

Lors des entretiens, les professionnels interrogés devaient communiquer leur nombre d'années d'exercice ainsi que le nombre de patients en TSO pris en charge.

3.2. Recrutement

Dans un premier temps, 21 pharmaciens ont été contactés par téléphone, choisis dans des officines de spécificités diverses, en taille et en localisation (rurale, grandes villes, centre commerciaux).

Après leur avoir expliqué la démarche et le sujet de la thèse, un rendez-vous était fixé, s'ils acceptaient de participer à l'enquête.

Il a été demandé à chaque pharmacien le nom d'un ou plusieurs médecins prenant en charge des patients suivis pour TSO, ce qui a permis de construire une liste de médecins à intégrer dans l'enquête.

De même ces médecins ont été contactés par téléphone. La plupart du temps leurs secrétaires demandaient d'envoyer un mail ou de déposer un courrier au cabinet. Par ailleurs, certains médecins ont pu être joints directement par mail.

Enfin, les CSAPA d'Angers, de Saumur, de Cholet et du Mans ont également été sollicités par mail.

Les centres d'Angers, de Cholet et de Saumur sont regroupés dans une association départementale qui porte le nom d'Association Ligérienne d'Addictologie (ALIA).

3.3. Réalisation des entretiens

Les entretiens avec les professionnels ont été réalisés de trois manières différentes: lors d'un rendez-vous en officine ou sur les lieux d'exercice, par échange téléphonique et par envoi du questionnaire par mail.

Au début de l'entretien, l'objectif de ce travail était rappelé aux professionnels de santé. Pour les rendez-vous, après accord de la personne interrogée, la discussion a été enregistrée avec un téléphone portable. Cependant à plusieurs reprises cela n'a pas pu se faire car le lieu ne s'y prêtait pas, lorsque par exemple l'entretien avait lieu au comptoir de l'officine.

Lors des échanges téléphoniques les réponses ont été notées par écrit.

L'ensemble des réponses a enfin été retranscrit sur informatique et rendu anonyme.
(Annexes 3 à 32)

3.4. Résultats de l'enquête

Au total, 30 professionnels de santé, travaillant avec des patients en traitement de substitution ont accepté de répondre à l'enquête, sur 55 professionnels sollicités.

Sur les 30 professionnels, 17 pharmaciens, 10 médecins, 2 infirmières et 1 assistante de service social ont été interrogés sur Angers, Grenoble, Toul, Cholet, Saumur et Dijon.

3.4.1. Pharmaciens

La majorité des pharmaciens interrogés travaille dans des officines de ville, et un seul pharmacien exerce en zone rurale.

La moyenne de l'ancienneté dans la profession des pharmaciens interrogés étaient de 17 ans, entre 1 an et 35 ans (tableau 1). Le nombre de patients en traitement de substitution dans chaque pharmacie était en moyenne de 20 patients, entre 1 et 150 patients.

3.4.2. Médecins

Concernant les médecins, 5 médecins d'Angers et 5 de la région grenobloise ont répondu à l'enquête. Les médecins sont des généralistes, sauf 3 d'entre eux qui ont une spécialité en addictologie (2 travaillent au CSAPA d'Angers).

Le médecin le moins expérimenté avait deux ans et demi d'exercice et le plus expérimenté 34 ans. La moyenne du nombre d'années d'exercice des médecins était de 15 ans.

Le praticien avec le moins de patients en avait 1 et celui avec le plus en avait 40. Le nombre moyen de patients sous TSO par médecin était de 14.

3.4.3. Autres professionnels rencontrés

En contactant les CSAPA de différentes villes, d'autres catégories professionnelles prenant en charge des patients en TSO ont pu être contactées, ce qui a permis d'élargir le nombre de professions répondant à l'enquête.

En effet, 2 infirmières du CSAPA de Cholet et Saumur ont accepté de participer à l'enquête.

L'une a commencé au CSAPA de Cholet il y a six ans et s'occupe d'environ 80 patients, des habitués qui viennent chercher leur méthadone sirop, mais aussi de nouvelles personnes qui souhaitent discuter ou s'engager dans un protocole de soin. Elle gère également le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD).

La deuxième infirmière rencontrée travaille depuis deux ans au CSAPA de Saumur, elle est en charge de la délivrance de la méthadone (sirop et gélule) et de la buprénorphine pour environ trente patients.

Une assistante de service social qui travaille au CSAPA d'Angers, de Saumur et de Cholet, depuis un an, et qui accompagne une centaine de patients environ, fait également partie de ces autres professionnels interrogés dans l'enquête.

Tableau 1 : Caractéristiques des professionnels rencontrés

Professionnels interrogés	Année d'expérience	Nombre de patients suivis	Lieu d'exercice	Spécialité médecin
Pharmacie 1 (P1)	12	30	Ville	
Pharmacie 2 (P2)	7	4	ville	
Pharmacie 3 (P3)	1	4	Ville	
Pharmacie 4 (P4)	24	1	Rural	
Pharmacie 5 (P5)	32	15	Ville	
Pharmacie 6 (P6)	6	15	Ville	
Pharmacie 7 (P7)	6	10	Ville	
Pharmacie 8 (P8)	16	3	Ville	
Pharmacie 9 (P9)	5	15	Ville	
Pharmacie 10 (P10)	30	4	Ville	
Pharmacie 11 (P11)	35	35	Ville	
Pharmacie 12 (P12)	21	7	Ville	
Pharmacie 13 (P13)	20	3	Ville	
Pharmacie 14 (P14)	20	150	Ville	
Pharmacie 15 (P15)	30	40	Ville	
Pharmacie 16 (P16)	25	2	Ville	
Pharmacie 17 (P17)	30	2	Ville	
	Moyenne : 18,82	Moyenne : 20		

Médecin 1 (M1)	34	25	Ville	Généraliste
Médecin 2 (M2)	10	10	Ville	Généraliste + Addictologue
Médecin 3 (M3)	4	4	Ville	Généraliste
Médecin 4 (M4)	25	10	Ville	Généraliste
Médecin 5 (M5)	10	10	Ville	Généraliste
Médecin 6 (M6)	30	6	Ville	Généraliste
Médecin 7 (M7)	17	1	Ville	Généraliste
Médecin 8 (M8)	3	30	CSAPA	Généraliste + Addictologue
Médecin 9 (M9)	16	40	CSAPA	Généraliste + Addictologue
Médecin 10 (M10)	9	4	Ville	Généraliste
	Moyenne : 15,8	Moyenne : 14		
Infirmière 1 (I1)	7	80	CSAPA	
Infirmière 2 (I2)	2	30	CSAPA	
	Moyenne : 4,5	Moyenne : 55		
Assistante Sociale	1	100	CSAPA	

3.4.4. Résultats des entretiens effectués auprès des professionnels

3.4.4.1. Recueil des besoins et difficultés des patients en traitement de substitution aux opioïdes

Les patients sous TSO n'expriment aucun besoin particulier et ont de grandes difficultés pour se livrer, rapportent 11 professionnels (10 pharmaciens et un médecin). Ce sont des personnes très discrètes, qui échangent très peu ou seulement après plusieurs années de relation.

Obtenir leur traitement de substitution, c'est-à-dire un médicament qui leur permet de ne pas ressentir les symptômes du manque et leur assure une qualité et une sécurité du produit consommé est le premier besoin de ces patients dans cette pathologie addictive selon 8 professionnels (5 pharmaciens, 2 médecins et une infirmière).

Selon 9 professionnels (3 pharmaciens, 3 médecins, 2 infirmières et l'assistante sociale), ces patients ont besoin d'être écoutés, encadrés, bien accueillis, d'avoir un accès aux soins facilité et de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire. C'est le deuxième besoin mis en avant lors de l'enquête.

Ces patients en TSO, ont besoin d'aide au niveau social (logement, aide financière, mutuelle, sécurité sociale ...) remarquent 9 professionnels (4 pharmaciens, 3 médecins, une infirmière et l'assistante sociale). Ce sont souvent des personnes qui vivent dans des conditions difficiles et qui ne connaissent pas leurs droits ou les structures qui pourraient les aider dans leurs démarches d'ordre social.

La prise des rendez-vous médicaux reste pour ces patients une difficulté, d'après un des médecins interrogés (M5). C'est pourquoi, il faut les aider dans cette programmation de suivi médical, imposé par le cadre réglementaire de ces médicaments de substitution. (M5 : « *Ils ont besoin de facilité pour prendre les rendez-vous, avoir un rendez-vous facilement toujours au même endroit* »).

Les professionnels ont évoqué plus de difficultés que de besoins dans cette première question. Il semble que les patients sous TSO soient confrontés à de nombreux problèmes.

Sans être une majorité, nombreux sont les patients qui ont des difficultés pour respecter la prescription médicale de leur traitement, remarquent 12 professionnels (9 pharmaciens, 2 médecins et une infirmière). La surconsommation de leurs médicaments aboutit à ne pas respecter les règles de délivrance amenant des ordonnances de chevauchement et le nomadisme médical.

Ce non-respect des posologies prescrites par le médecin entraîne, selon 4 professionnels (4 pharmaciens), une certaine forme d'agressivité avec parfois des menaces faites aux pharmaciens quand les patients exigent une délivrance en quantité plus importante de leur traitement. (P5 : « *Il y a aussi de temps en temps des mensonges, des insultes, de l'agressivité, voire des menaces, quand ils essayent d'avoir plus de comprimés* »).

De même, dans leur problématique de surconsommation et/ou revente, ces patients sont parfois tentés d'aller voir différentes officines pour essayer d'avoir plus de traitement que le médecin leur a prescrit. Deux professionnels (2 pharmaciens), relèvent ainsi le nomadisme officinal. (P9 : « *On a aussi des personnes qui font du nomadisme et qui n'ont jamais leur carte vitale, donc c'est un vrai problème* »).

Le mésusage et le détournement des médicaments de substitution sont des problèmes rapportés par 4 professionnels (2 pharmaciens et 2 médecins). Ceux-ci peuvent prendre différents aspects : non-respect des modalités de prise du médicament (injection, sniff...), association avec d'autres substances et/ou médicaments psychotropes, ou revente du médicament, ce qui alimente le marché noir. (P7 : « *On ne sait pas trop comment ils utilisent leur traitement, certains sous traitement nous demandent des stéribox, certains sont VIH* »).

A l'inverse, pour les patients qui adhèrent bien à leur traitement de substitution, la diminution de posologie du traitement est une gestion difficile pour 5 professionnels (3

pharmaciens et 2 médecins), notamment pour les patients stabilisés depuis plusieurs mois.

Les patients en substitution aux opioïdes ont une gestion du temps très particulière, notent 9 professionnels (5 pharmaciens et 4 médecins). En effet, ils ont des difficultés pour la prise de leurs rendez-vous médicaux et dans leur ponctualité lors des consultations médicales et aussi lors de la délivrance de leur traitement. Ils rapportent qu'il n'est pas rare qu'ils viennent en retard, ou avec un jour d'avance, notamment pour la délivrance de leurs médicaments. Un pharmacien (P10) note « *des difficultés pour eux pour venir à la pharmacie parce qu'ils ont des emplois précaires avec des contrats qui se font à la semaine et des fois ça peut tomber assez mal pour leur jour de délivrance fractionnée* ». Par ailleurs, un médecin (M2) remarque « *un manque de disponibilité des deux côtés, médecin/patient* » ce qui complique ce suivi médical exigeant et particulier.

Le sentiment d'être stigmatisés ressenti par certains patients a été rapporté par 9 professionnels (4 pharmaciens, 4 médecins et une infirmière). En effets, ils ont souvent le sentiment d'être mal perçus par l'ensemble de la population mais également par les professionnels de santé, allant même jusqu'au refus de certains médecins et pharmaciens de les prendre en charge. Cette représentation négative que peuvent parfois subir ces patients entraîne des difficultés à instaurer une relation de confiance avec leurs professionnels de santé et à s'inscrire dans un protocole de soin long et difficile.

La compréhension de la réalité de la vie quotidienne de ces patients est importante pour 4 professionnels (un pharmacien, 2 médecins et une infirmière). En effet, les problèmes familiaux, les difficultés dans le couple, la perte d'un emploi entraînant la précarité financière et les démêlés avec la justice... tous ces aléas de la vie peuvent venir perturber la compliance au traitement et expliquer des surconsommations passagères pour pallier ces difficultés.

3.4.4.2. Objectifs et points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique

Pour 18 professionnels rencontrés (9 pharmaciens, 7 médecins, une infirmière et l'assistante sociale), l'entretien pharmaceutique est d'abord l'occasion de parler du traitement: observance, modalités de prise du médicament substitutif, effets indésirables, interactions médicamenteuses ... Le pharmacien et le patient reprendront ensemble la prescription médicale du traitement, afin de voir si le patient le connaît bien et s'il a des questions concernant celui-ci.

Par ailleurs, lors du rendez-vous, le pharmacien peut s'interroger sur la stabilité du patient (absence de symptômes de sevrage) ou si au contraire il surconsomme, signe d'un dosage mal adapté à sa situation.

L'avenir du patient prend une place importante dans l'entretien pharmaceutique des patients sous TSO pour 17 des professionnels interrogés (14 pharmaciens et 3 médecins). Ce moment d'échange peut permettre de discuter avec le patient de ses objectifs thérapeutiques à court, moyen et long termes (diminution, continuité ou envie d'arrêter dans un avenir plus ou moins proche), afin de pouvoir l'accompagner au mieux dans ceux-ci. Cela pourra se faire en l'orientant vers son médecin traitant, si le patient se sent prêt pour diminuer, et en lui expliquant l'existence de différents modes de délivrance (une délivrance plus rapprochée pourrait rassurer le patient en voyant son pharmacien plus souvent). Par ailleurs, si le patient indique ne pas être prêt à changer de posologie, le pharmacien pourra échanger avec lui pour connaître les freins de cette diminution.

L'entretien pharmaceutique doit permettre de se détacher du TSO pour mieux appréhender le contexte social, familial et professionnel du patient pour 16 professionnels (10 pharmaciens, 5 médecins et l'assistante sociale). En effet, échanger avec le patient sur sa vie quotidienne et les difficultés qu'il rencontre peut permettre aux pharmaciens de voir le patient dans sa globalité, et pas seulement à travers son traitement de substitution, et ainsi mieux le connaître et surtout le comprendre.

Pour 5 professionnels (5 pharmaciens), l'entretien permet aussi de s'informer sur l'origine du traitement (savoir dans quelles circonstances le patient a débuté son traitement) et aide donc à connaître l'histoire de sa pathologie addictive. (P9 : « *Si ils veulent bien en parler, ça serait intéressant de connaître le point de départ de tout ça* »).

L'entretien pharmaceutique sert aussi à repérer d'autres consommations et /ou addictions (alcool, tabac, médicament...) et également si le patient continue à consommer des opioïdes, soulignent 12 professionnels (5 pharmaciens, 4 médecins, 2 infirmières et l'assistante sociale).

L'entretien pharmaceutique permet aussi au pharmacien d'avoir toute sa place dans une démarche préventive, indiquent 4 professionnels (2 médecins et 2 infirmières) : parler des risques infectieux dans les pratiques de consommation, des risques liés aux usages détournés du médicament de substitution et ceux liés à la consommation d'autres substances. Pour cela, lors de l'entretien, il peut être rappelé au patient les mesures de réduction du risque infectieux et l'importance d'être à jour dans ses vaccinations ainsi que les précautions à prendre et les conduites à risque dans les relations sexuelles. (M 8 : « *L'autre point ça peut être les pratiques d'injections qui peuvent aussi être détaillées en officine, faire de la RDR [réduction des risques], échanger avec le patient car c'est lui qui connaît le mieux ses pratiques* »).

3.4.4.3. Outils, référentiels et autres suggestions utiles pour améliorer la prise en charge des patients en substitution à l'officine

Afin d'aborder au mieux l'entretien pharmaceutique il semble important que les pharmaciens disposent d'une formation complémentaire et de différents supports, dont le guide de l'addictologie en pharmacie d'officine fait par le RESPADD et les bases de données du médicament. Par ailleurs, il serait intéressant d'avoir à l'officine des flyers d'information comme « méthadone et overdose » pour les remettre aux patients.

La confidentialité à l'officine est à améliorer selon 10 professionnels (6 pharmaciens, 3 médecins et une infirmière), avec notamment un espace de confidentialité si celui-ci n'existe pas. En effet, les patients sous TSO souffrant déjà d'une stigmatisation, seront très peu enclins à se confier au comptoir, d'où l'importance de disposer d'un local de confidentialité dans la pharmacie pour pouvoir accueillir tout patient qui souhaite échanger avec un pharmacien en toute tranquillité. Dans le même ordre d'idée, et dans les grandes officines, il est probablement important de mettre en place un ou deux interlocuteurs référents pour créer une relation de confiance avec le patient en TSO.

Pour la prise en charge de ces patients, il serait primordial de renforcer la communication au sein de l'officine, mais également entre pharmacien et médecin selon 6 professionnels (un pharmacien et 5 médecins). La relation entre médecin et pharmacien peut être améliorée en mettant en place des concertations médecin/pharmacien annuelles autour de ces patients tout en respectant le secret médical, la solution étant probablement l'utilisation du dossier médical partagé (DMP), qui par ailleurs permettrait de lutter contre le nomadisme médical et officinal.

Le cadre réglementaire des MSO doit changer pour être plus adapté à la réalité et améliorer la prise en charge de ces patients d'après 5 professionnels (2 pharmaciens et 3 médecins). En effet, il est très contraignant pour le patient de devoir venir tous les 14 jours en rendez-vous pour le renouvellement de son ordonnance (pour la méthadone sous forme sirop). De même, il faudrait assouplir le passage de la méthadone sirop à la méthadone gélule (beaucoup plus simple pour le patient). Par ailleurs, il est également proposé que la primo-prescription de méthadone puisse être faite par un médecin de ville afin d'élargir l'accessibilité à tous les MSO.

La création de nouveaux outils de suivi des délivrances fractionnées permettrait d'améliorer la prise en charge pour 3 pharmaciens (P2 P9 P15) (tableau précisant le nombre exact de comprimés donnés et la date de délivrance, fiche de suivi ou autre...). L'un d'entre eux (P2) souligne que la création d'un dossier pharmaceutique et d'un DMP pour ces patients serait un plus, notamment pour lutter contre le nomadisme officinal. (*« Je trouverai ça bien que tous ces patients aient leurs DP et DMP ouverts, ça m'a permis*

une fois de me rendre compte qu'un patient allait chercher son traitement dans plusieurs pharmacies pour en avoir plus »)

Enfin, l'Ordre des pharmaciens et l'Ordre des médecins doivent mettre en place ensemble une politique incitative ou répréhensive à l'encontre des professionnels qui refusent de prendre en charge des patients en situation d'addiction aux opioïdes, car il y a encore trop de médecins et pharmaciens qui refusent de les prendre en charge selon 4 professionnels (2 médecins, une infirmière et l'assistante sociale). Ces patients doivent pouvoir être considérés et soignés comme n'importe quel patient. C'est probablement d'ailleurs un enjeu de santé publique, compte tenu de l'augmentation des addictions.

3.4.4.4. Recueil des freins à la réalisation de l'entretien chez les pharmaciens

Les pharmaciens interrogés pendant l'enquête évoquent principalement trois points :
Premièrement, pour 5 d'entre eux (P1, P2, P3, P4, P9), il faudrait la création d'un guide d'entretien pharmaceutique pour patient sous TSO, sur lequel s'appuyer lors de la réalisation de l'entretien.

Deuxièmement, le manque de temps actuellement a été relevé par 6 professionnels (P2, P6, P8, P10, P13, P16). Notamment l'un d'entre eux (P8) a fait la remarque qu'« *il faudrait peut-être revoir l'organisation du métier pour l'adapter aux nouvelles missions du pharmacien* ». On peut imaginer des pharmaciens dédiés à cette activité, et/ou réservant une journée ou demi-journée pour recevoir ces patients et réaliser les entretiens pharmaceutiques.

Troisièmement, la rémunération actuelle pour les entretiens pharmaceutiques est jugée soit insuffisante, soit trop retardée, soit trop compliquée administrativement par 6 pharmaciens (P1, P2, P6, P8, P9, P14). Une proposition d'amélioration du système a été

faite par un pharmacien (P9) avec la transmission d'actes informatiques, comme pour le remboursement des ordonnances.

Enfin, selon 2 pharmaciens (P4, P5), une formation sur les TSO serait nécessaire pour bien mener ces entretiens pharmaceutiques. (P5 : « *Il faudrait une formation pour pouvoir bien faire ces entretiens* »).

Seuls 2 pharmaciens (P7, P15) notent qu'il ne leur manque rien pour réaliser ces entretiens.

Il est à noter qu'à la fin de ces rencontres, 6 professionnels (5 pharmaciens et un médecin) s'inquiètent, quant à l'acceptation de cet entretien pharmaceutique par des patients peu enclins à se livrer et s'interrogent sur la façon de le présenter pour qu'il ne soit pas perçu comme un nouveau moyen de contrôle et de sanction. (P6 : « *est-ce que les patients en substitution accepteront de faire ces entretiens ?* »).

Rapport-Graffiti.com

Partie 4 Entretien pharmaceutique pour les patients sous traitement de substitution aux opioïdes

4.1. Elaboration de la version n°1 du questionnaire

Suite à l'enquête réalisée auprès des professionnels de santé, visant à préciser les besoins, les difficultés et les points à aborder avec des patients sous TSO, plusieurs thèmes sont apparus importants. Ces thèmes ont permis d'élaborer une première version du questionnaire (Annexe 33), qui servira pour mener à bien l'entretien pharmaceutique.

Cet entretien pharmaceutique doit pouvoir se réaliser en 15 à 30 minutes maximum. Au-delà de 30 minutes, l'entretien sera trop long et le patient risque d'être moins concentré et réceptif. Par ailleurs, l'adhésion à cet accompagnement sera plus délicate avec une durée dépassant 30 minutes.

Les éléments mis en avant par les professionnels interrogés lors de l'enquête et, retenus pour le questionnaire, sont les suivants : traitement, contexte (social, professionnel et familial), évolution du traitement, projet du patient, origine de la pathologie et consommations associées.

Le questionnaire a été construit sur 6 axes, chaque axe se décomposant en une ou plusieurs questions, chacune des questions explorant différentes notions avec le patient. Pour faciliter l'échange avec le patient, ce sont volontairement des questions ouvertes et en nombre réduit, afin de ne pas rebuter ou mettre en difficulté le patient par de trop nombreuses questions.

Le premier axe « Vie quotidienne » permet d'échanger avec le patient sur divers points de sa vie. En effet, selon les professionnels, il apparaît important, lors de l'entretien pharmaceutique, de discuter avec lui de ses conditions de vie, afin de mieux le connaître

et davantage le comprendre. Ce temps d'échange permettra au pharmacien de savoir comment se sent le patient actuellement, d'appréhender ses difficultés quotidiennes (logement, argent, famille, emploi...) et ainsi de mieux comprendre une surconsommation passagère ou de juger de l'opportunité d'aborder une modification de posologie. C'est également l'occasion de faire le point avec le patient sur ses autres consommations. Continue-t-il à prendre de l'héroïne ou d'autres drogues ? Si oui, le pharmacien en discutera avec lui afin d'en découvrir les raisons et lui indiquera les risques que cela représente. De plus, lors de la discussion sur les autres consommations du patient, il est important de profiter de l'entretien pharmaceutique, pour que le pharmacien joue son rôle en matière de prévention sur la réduction du risque infectieux. Enfin, le pharmacien évoquera avec le patient le lieu de stockage de son médicament pour éviter les intoxications accidentelles pour les personnes naïves aux opioïdes (en particulier les enfants).

Le deuxième axe « Histoire du patient » comporte une seule question. Elle interroge le patient sur l'origine de son traitement. En effet, il a semblé important, pour un certain nombre de professionnels rencontrés, de savoir de quelle manière cette pathologie addictive a débuté chez le patient. Cette question permet également d'évoquer avec le patient les changements de médicaments et/ou de posologie au cours de l'évolution de sa pathologie. Le pharmacien connaîtra ainsi l'antériorité du traitement, sa durée et ses fluctuations dans le temps.

Le troisième axe « Traitement » fait le point sur les connaissances du patient par rapport à son traitement de substitution. Le pharmacien cherchera à comprendre le niveau de connaissance du patient sur son traitement, sa posologie, les modalités de prise du médicament (essentiellement pour la voie sublinguale) et les médicaments interdits.

Dans le quatrième axe « Effets du traitement », le pharmacien recherche avec le patient la présence d'effets indésirables et s'inquiète de la reconnaissance par le patient des signes de sur et sous dosage. En effet, les professionnels rencontrés trouvent que l'entretien pharmaceutique peut être un moment idéal pour vérifier, avec le patient, que le traitement est bien toléré et, que celui-ci est bien adapté à la situation du patient.



Le cinquième axe « Objectifs du patient » permet d'échanger avec lui sur ses projets futurs. De nombreux professionnels estiment qu'il est important, lors de l'entretien pharmaceutique, d'évoquer avec le patient si celui-ci souhaite se fixer des objectifs thérapeutiques (diminution de dosage...). Cela permettra au pharmacien de pouvoir l'aider dans la réalisation de ses objectifs, mais aussi de discuter des freins à une éventuelle démarche de diminution de posologie. Par ailleurs, en dehors des objectifs thérapeutiques, seront également abordés avec le patient ses projets de vie (voyage, désir de grossesse...) et les aides possibles que peut lui apporter le pharmacien.

Le sixième, et dernier axe, « Fin de l'entretien » permet de conclure l'entretien en demandant au patient ce qu'il a retenu de celui-ci et quelles sont les suites prévues dans sa pathologie (prochaines consultations prévues, autres professionnels présents dans sa prise en charge...).

4.2. Validation du questionnaire par les professionnels rencontrés

Le questionnaire élaboré a été envoyé par mail aux professionnels ayant participé à l'enquête, dans le but de recueillir leurs avis et évaluations, afin de l'améliorer et d'obtenir un questionnaire validé par différents professionnels travaillant avec des patients en TSO.

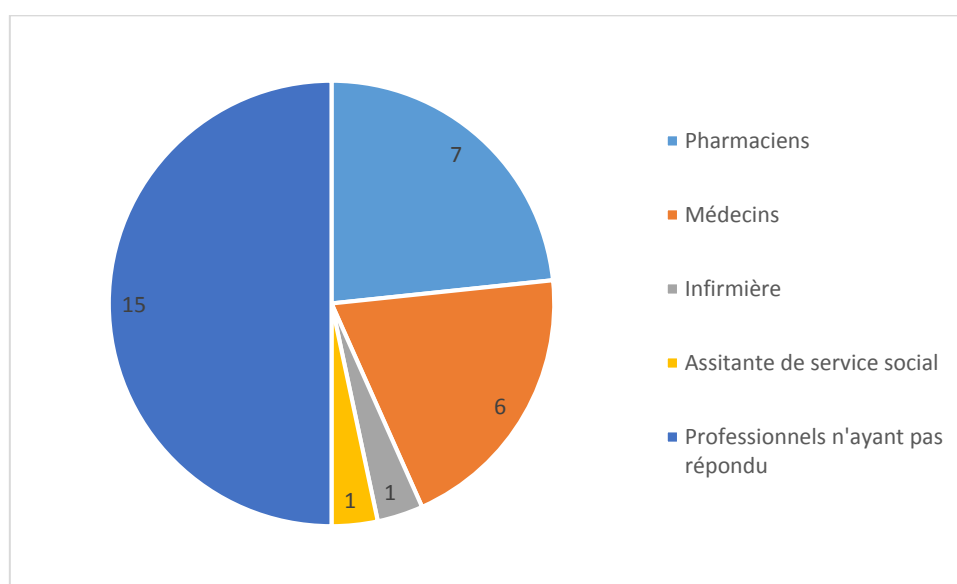
Les professionnels avaient été avertis de cette deuxième phase lors de l'enquête et leurs adresses mail avaient été recueillies à ce moment.

Un premier mail a été envoyé fin juin aux 30 professionnels et seuls huit ont répondu (3 médecins, 3 pharmaciens, une infirmière et l'assistante sociale). Le peu de réponse peut s'expliquer par le mois où a été envoyé le mail, période de vacances, et par la quantité de mails que peuvent recevoir des professionnels de santé.

Un second mail a été envoyé aux professionnels n'ayant pas répondu, 3 semaines après le premier envoi. Suite à ce mail de relance, 7 professionnels ont répondu (3 médecins et 4 pharmaciens).

Au final après l'envoi des deux mails, 15 professionnels (Figure 1) ont évalué et donné leurs avis sur la première version du questionnaire de l'entretien pharmaceutique. (Annexe 34 à 48).

Figure 1 : Représentation des réponses



4.2.1. Retour des professionnels

Aucun des professionnels ayant évalué le questionnaire n'a trouvé celui-ci mauvais ou inadapté. La majorité semble l'avoir apprécié. En effet, 11 sur 15 ont trouvé le questionnaire pertinent et intéressant.

M7 : « guide pratique et rapide qui maille toutes les problématiques »

P16 : « concis et clair »

AS : « questionnaire très intéressant »

Deux autres professionnels ont évoqué la durée de l'entretien pharmaceutique. L'un préconise une durée de 15 min (P16) : « *je proposerai une durée d'un quart d'heure, au-delà le patient décroche* ». L'autre (M3) estime que le questionnaire est trop long : « *si on suit la totalité du questionnaire, consultation longue, au moins 30 min je pense* ». Cette remarque est à nuancer, les professionnels n'ont pas tous trouvé que le questionnaire leur semblait trop long. D'autre part, un médecin et une pharmacienne le jugent même plutôt court : M7 « *c'est un guide pratique et rapide* » /P13 «*je le trouve concis et clair* ».

Concernant la forme du questionnaire, celle-ci semble avoir plu, notamment pour deux professionnels (les autres n'ayant pas fait de remarque sur la forme).

M10 : « *la formulation par questions ouvertes, avec une aide à la relance pour le pharmacien, est bien adaptée* »

M7 : « *1/ vie quotidienne : l'enchaînement des questions est logique et naturel ; j'aime beaucoup la question ouverte numéro 2 "de quels problèmes..."* »

Un pharmacien (P7) trouve qu'il faudrait « *formuler davantage vos questions comme si vous vous adressiez directement au patient, cela facilitera l'utilisation du questionnaire par toute personne* ».

Les professionnels ont également fait des remarques sur le fond du questionnaire :

Un pharmacien propose d'écrire le nom des princeps dans la partie administrative du questionnaire (Nom Prénom, traitement pris...).

4.2.1.1. Partie 1 du questionnaire

L'infirmière (I2) pense qu'il faudrait rajouter une question au niveau de la première partie : *« rencontrez-vous des difficultés par rapport au TSO ? Si oui lesquelles et que pourrait-on mettre en place pour les atténuer ou les faire disparaître ? »*.

Selon quatre professionnels, il faudrait changer le mot problème dans la question 2. En effet, il a une connotation trop *« péjorative »* (P12) ; il pourrait être remplacé par *« sujets ou difficultés »* (P7), *« points qu'il aimerait aborder ou ce qu'il attend de l'entretien »* (P12) ou encore changer l'approche de la question en parlant plutôt *« de ressources, appuis, éléments ressources »* (M4). Il faut cependant nuancer cette remarque avec un médecin qui trouve cette question pertinente et bien formulée (M7) : *« j'aime beaucoup la question ouverte numéro 2 "de quels problèmes..." »*. P7 rajoute *« autres traitements »* dans les thématiques de cette question.

Deux d'entre eux ont apprécié la question sur le rangement des médicaments du patient. M3 : *« la question du rangement des médicaments est très intéressante »*. M7 : *« On ne pense pas à demander où le patient range son traitement; outre le fait que c'est important en cas de présence de jeunes enfants, je trouve intéressant d'avoir cette notion du quotidien du patient »*. Un pharmacien (P7) pense que cette notion serait plus appropriée dans la partie III du questionnaire *« Traitement »*.

Selon l'infirmière (I2), pour discuter des autres consommations du patient, il faudrait utiliser la phrase *« où en êtes-vous de vos consommations en ce moment ? Quelles sont-elles ? »* à la place de la question *« consommez-vous d'autres substances »*. Cela permettrait d'avoir une question ouverte et donc de favoriser l'échange avec le patient. Un autre médecin (M8) ajoute qu'il serait également intéressant d'évoquer les consommations passées du patient *« Avez-vous consommé ou consommez-vous actuellement ? »*.

Par ailleurs, pour cette question, un médecin (M10) estime qu'il faudrait réussir à évoquer le détournement des médicaments de substitution aux opioïdes : *« il faut je pense arriver*

à aborder les consommations de buprénorphine/méthadone au marché noir. Dans quelles circonstances? Pourquoi? »

A propos du rangement du médicament, l'infirmière (I2) propose l'ajout du terme « *mortel* » pour préciser la dangerosité du médicament pour les enfants.

Enfin, un médecin (M10) estime intéressant de discuter des voyages avec le patient, afin de lui donner l'« *information sur la procédure en cas de voyage à l'étranger, en fonction du pays* ».

4.2.1.2. Partie 2 du questionnaire

Pour deux professionnels, l'histoire du patient n'est « *uniquement valable que lors du premier entretien* »(M7).

L'infirmière estime que cette partie serait plus appropriée en première partie.

Selon un pharmacien (P7), l'ajout de la notion d'interruption de traitement dans l'histoire du patient est pertinent pour une vision complète du patient. Il remplace également le terme « *pathologie* » par « *prise en charge* ».

Dernière remarque sur cette partie, un médecin (M4) note qu'il faudrait rajouter le terme « *addiction* » dans la question 5, pour savoir dans quelles circonstances, le patient a débuté son addiction et son traitement.

4.2.1.3. Partie 3 du questionnaire

Selon un pharmacien (P7), le mot « *interdits a une connotation policière* », il préconise de le remplacer par le terme « *contre-indiqués* » qui a une résonance plus « *médicale* ».

Un médecin (M7) trouve cette question « *scolaire et infantilisante* » ; elle craint « *que le patient se sente pris en faute* ».

Enfin, un médecin (M10) pense important d'échanger sur le mésusage du médicament : « *Existence de mésusage par rapport à la voie d'administration?* ».

4.2.1.4. Partie 4 du questionnaire

Deux professionnels (M10 et I2) estiment important de parler des antidotes dans la partie sur l'overdose. Il pourra notamment être rappelé au patient les modalités d'obtention de ces antidotes, ainsi que leurs conditions d'utilisation.

Le médecin (M7) fait la même remarque que dans la partie précédente, quant au sentiment d'être pris en faute pour les questions sur le sous et surdosage.

Un médecin (M3) remarque qu'il faudrait faire apparaître, de manière plus explicite, la « *fréquence des comportements de manque* » et le « *craving* » dans le questionnaire. Il rajoute que cela lui semble difficile de demander au patient, s'il connaît les symptômes du sous et surdosage, en reconnaissant « *que le patient les connaît bien mieux que moi* ».

Un autre médecin (M4) ne craint que la question « *éléments qui gênent* » ne dérive sur les contraintes autour du traitement « *stigmatisation, rigueur de la délivrance, consultation répétée...* ». Si cette question a pour but d'aborder les effets indésirables du traitement, il faut être plus explicite selon lui.

Pour finir, il faudrait changer le terme « *overdose* » par « *surdosage* » selon un pharmacien (P7).

4.2.1.5. Partie 5 du questionnaire

Un médecin (M3) trouve « *que la notion d'objectif du patient est importante à formuler. En effet, cela permet de mettre en place une dynamique au cours des différentes consultations* ».

L'infirmière (I2) pense qu'il faut rajouter le terme « crainte » à la phrase « freins possibles » pour que celle-ci soit plus complète.

Enfin, P7 estime qu'il faudrait séparer les « *projets personnels* » de la question 10 (« comment envisagez-vous la suite de votre traitement ? ») pour que les projets deviennent une question à part.

4.2.1.6. Partie 6 du questionnaire

Une seule remarque a été faite sur cette partie. Un médecin (M8) indique qu'il faudrait finir l'entretien par une question ouverte : « *quoi d'autre ?* » « *des choses à rajouter ?* », « *des éléments que nous n'avons pas abordés et qui vous tiennent à cœur ?* ».

4.2.1.7. Autres remarques

Par ailleurs, deux professionnels souhaiteraient aborder deux autres points, lors de l'entretien. Un médecin (M4) pense notamment, qu'il serait intéressant d'évoquer la prise en charge non pharmacologique du patient. « *En plus de votre médicament, pensez-vous utile de voir un psychologue ?* ».

Selon un autre médecin (M10), il serait pertinent de faire une partie sur le ou les prescripteurs. « *Satisfaction quant à la relation médecin /patient? Est-ce-qu'il y a des "dépannages" avec des médecins ponctuels, de garde ou autre?* ».

4.2.2. Modifications apportées au questionnaire suite à l'évaluation des professionnels rencontrés

Suite aux différentes remarques rapportées par les professionnels, des modifications ont été apportées au questionnaire. Cependant, toutes les remarques n'ont pas été forcément suivies, soit en raison de la pertinence des propos, soit en raison du nombre restreint de professionnels faisant cette remarque.

4.2.2.1. Modifications de la partie 1

Il a été ajouté, dans la question 1, la notion de difficultés par rapport au TSO et des solutions que le pharmacien peut apporter.

Comme indiqué par trois professionnels, le terme « problèmes » à la question 2 peut renvoyer à une connotation négative et péjorative. Il a été remplacé par les mots « **sujets** » et « **difficultés** », donnant ainsi pour la question 2 : « De quels **sujets ou difficultés** souhaiteriez-vous que l'on parle éventuellement ensemble ? ». De plus, les mots « **autres traitements** » ont été ajoutés.

La question sur les consommations du patient a été changée par une question ouverte, qui favorisera la discussion avec le patient : « **Où en êtes-vous dans vos consommations en ce moment, et quelles sont-elles ?** ». La phrase « **consommations passées** » a été ajoutée afin que le pharmacien puisse explorer des prises de drogues antérieures avec le patient.

En accord avec la remarque faite par un médecin (M10), de faire apparaître plus explicitement la notion de *craving*, la phrase « **envie intense de consommer de l'héroïne ou d'autres opioïdes (*craving*)** » a été ajoutée à la question 3 sur les autres consommations du patient. Discuter de la présence du *craving* est important, car celui-

ci peut être dû à un dosage insuffisant du médicament ou un mésusage. Par ailleurs, le *craving* peut entraîner le patient vers une rechute dans la consommation d'héroïne, avec tous les risques que cela comporte (infections, overdose, délinquance...). Il est donc important d'évoquer le *craving* lors de l'entretien pharmaceutique pour tenter de le régler.

La question 4 a été modifiée, afin d'y inclure les procédures pour voyager avec des médicaments de substitution, ainsi que le mot « **mortel** » (Médicaments **mortels** pour les personnes naïves aux opioïdes en particulier les enfants).

4.2.2.2. Modifications de la partie 2

Le terme « **addiction** » a été ajouté dans la question 5 « Dans quelles circonstances avez-vous débuté votre **addiction** et le traitement par... ? ». De plus, la notion d'interruption de traitement a également été ajoutée dans les points explorés, pour avoir une vue complète sur l'évolution de la pathologie du patient (début, durée, médicaments, interruption de prise en charge, posologie...).

4.2.2.3. Modifications de la partie 3

Le mot « interdits » a été remplacé par le mot « **contre-indiqués** », évitant ainsi la connotation « policière », donnant pour la question six « Connaissance des médicaments **contre-indiqués** avec son traitement ».

Suite à la remarque de l'accompagnement non pharmacologique, une question a été ajoutée sur la prise en charge psychologique du patient : « **Comment êtes-vous soutenu psychologiquement ?** ». Par ailleurs, le mot « **médicamenteux** » est venu préciser la question 6.

4.2.2.4. Modifications de la partie 4

Afin de préciser qu'il est ici question du médicament et qu'il est attendu de discuter des effets indésirables à la question 7, le mot « traitement » a été remplacé par le mot « **médicament** ».

Ajout à la question 9 de la notion de l'existence d'antidotes aux overdoses par opioïde et des modalités d'obtention, et modification du terme « overdose » par « **surdosage** ».

4.2.2.5. Modifications de la partie 5

Elle contient une nouvelle question « **quels sont vos projets personnels ?** », ce qui permet de distinguer les projets personnels et les objectifs thérapeutiques. Par ailleurs, le mot « **crainte** » a été ajouté dans les notions explorées par la question 10.

4.2.2.6. Modification de la partie 6

Une question a été rajoutée, afin de finir sur une question ouverte pour laisser le patient s'exprimer sur des points qui n'auraient pas été vus lors de l'entretien. « **Souhaitez-vous discuter d'éléments qui n'auraient pas été abordés et qui vous tiennent à cœur ?** ».

Suite à ces modifications, la deuxième version du questionnaire support de l'entretien pharmaceutique est établie. (Annexe 49).

4.3. Modalité de l'entretien pharmaceutique pour les patients sous traitement de substitution aux opioïdes

4.3.1. Patients ciblés

Dans l'idéal, il serait pertinent de proposer l'entretien pharmaceutique à tous les patients de l'officine à qui sont dispensés des TSO, afin d'améliorer la prise en charge d'un maximum de patients.

Cependant, compte tenu du temps nécessaire à la réalisation de l'entretien (préparation, entretien, analyse de l'entretien...), et du manque de temps actuel ressenti par les pharmaciens, il sera difficile de réaliser un entretien pharmaceutique pour chaque patient sous TSO dans l'officine, en plus des autres missions du pharmacien.

De ce fait, il peut être intéressant de réserver cet accompagnement à des patients ou situations ciblées. Deux cas de figures semblent particulièrement pertinents: l'initiation du traitement et le chevauchement récurrent d'ordonnances.

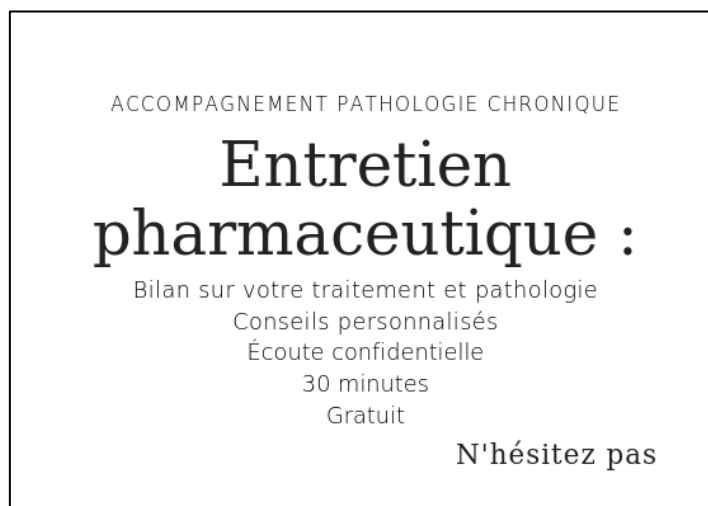
Lors de l'initiation du traitement de substitution aux opioïdes, l'entretien pharmaceutique a un rôle important. Le pharmacien pourra discuter avec le patient de son traitement, du mode d'action différent de son médicament par rapport à l'héroïne, et des modalités de prise stricte de la buprénorphine (voie sublinguale uniquement). Cet entretien est d'autant plus pertinent en début de traitement, compte tenu de la difficulté à atteindre la posologie de stabilité du patient. En effet, lors de cet échange, le pharmacien cherchera avec le patient les signes de sous dosage mais également de sur dosage, pour vérifier si la posologie est bien adaptée au patient, ou si elle nécessite une réévaluation par le médecin. Pour finir, l'importance de cet entretien, lors d'une initiation de traitement, est également d'indiquer au patient que le pharmacien est disponible pour discuter avec lui. Ce premier rendez-vous est une main tendue au patient, main dont il pourra se saisir en cas de difficultés au cours de sa pathologie chronique.

Autre situation où l'entretien est pertinent : le chevauchement d'ordonnances. En effet, le pharmacien pourra proposer cet accompagnement à un patient en difficulté dans son traitement. Cela permettra au professionnel et au patient de prendre le temps ensemble de refaire le point sur la prise en charge du patient. Dans cette configuration, la partie du questionnaire sur la vie quotidienne du patient avec ses difficultés sera très intéressante pour le pharmacien, afin de mieux comprendre la situation du patient. De plus, après ce temps d'échange, le pharmacien pourra proposer des solutions au patient afin de résoudre les difficultés que rencontre le patient dans son traitement (délivrance fractionnée).

4.3.2. Présentation et planification de l'entretien

La présentation de l'entretien pharmaceutique au patient doit être faite avec bienveillance et tact. Il est primordial que le patient ne perçoive pas ce temps d'échange, comme un moyen de contrôle ou de sanction. Le pharmacien doit donc, insister sur l'objectif de l'entretien qui est de prendre le temps de discuter de sa pathologie, afin de l'aider et de l'accompagner dans son combat face à l'addiction. La précision de la confidentialité, de la gratuité et du bénévolat de cet accompagnement est également nécessaire et important. L'existence et la proposition de participer à l'entretien peuvent être évoquées avec le patient, lors de la délivrance de son médicament. Il est aussi possible de remettre au patient un flyer (figure2) présentant l'entretien pharmaceutique (objectif, gratuité, confidentialité, durée...).

Figure 2 : Flyer de présentation de l'entretien pharmaceutique



Pour commencer, il est possible de fixer l'accompagnement des patients sous TSO, à deux entretiens pharmaceutiques dans l'année, en sachant que cela peut être adapté en fonction de la situation du patient. Par exemple, il peut être proposé des entretiens plus rapprochés (tous les trois mois) à un patient qui a des difficultés pour gérer la prise de son médicament (chevauchement, surconsommation, demande de dépannage régulière...). A l'inverse, un seul entretien annuel sera peut-être suffisant pour un patient, qui gère très bien son traitement, et chez qui le pharmacien n'a pas identifié de difficultés particulières. **L'importance de cet accompagnement est d'améliorer la prise en charge du patient, d'où l'intérêt de garder une flexibilité dans le nombre d'entretiens annuels proposé au patient.**

4.3.3. Espace de confidentialité

Pour mener l'entretien pharmaceutique dans les meilleures conditions, il est indispensable que l'officine bénéficie d'un espace de confidentialité, c'est-à-dire une pièce isolée visuellement et phonétiquement du reste de l'officine.

Cet espace est d'autant plus important, compte tenu des difficultés et des besoins des patients en substitution aux opioïdes exprimés au cours de l'enquête. En effet, ils

souffrent d'un sentiment de honte et de stigmatisation, entraînant un besoin important d'écoute et de confidentialité.

4.3.4. Traçabilité de l'entretien

Une fois l'entretien réalisé avec le patient, le pharmacien devra faire un compte rendu informatif, et le garder à l'officine dans le dossier du patient, afin de permettre à l'équipe officinale de le consulter, si besoin lors des prochaines venues du patient. Ce compte rendu permettra notamment de connaître les objectifs thérapeutiques du patient, ses projets, ses difficultés quotidiennes et les solutions proposées par le pharmacien lors de l'entretien.

Par ailleurs, la traçabilité de l'entretien évitera au patient de devoir réexpliquer sa situation ou ses difficultés à chaque membre de l'équipe officinale, lors de ses futures délivrances de médicaments.

Le travail pluridisciplinaire est primordial dans la prise en charge des addictions. De ce fait, après accord du patient, le pharmacien pourra, dans un fichier partagé, transmettre ce compte rendu, aux autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient (médecin, CSAPA, infirmière...).

Partie 5 Discussion

Afin d'améliorer la prise en charge des patients sous TSO une enquête a été réalisée auprès de professionnels de santé. Suite à cette enquête, un questionnaire support d'entretien pharmaceutique TSO a été élaboré et évalué par les professionnels rencontrés.

Dans cette partie, les points forts et la méthodologie de ce travail seront présentés, puis un recul sera pris afin d'apprécier les limites et faiblesses de cette démarche mais aussi ceux de l'entretien pharmaceutique. Par ailleurs, d'autres axes d'amélioration de la prise en charge des patients sous TSO seront exposés ainsi qu'une évolution possible du métier de pharmacien d'officine.

5.1. Points forts du travail

Les professionnels de santé, rencontrés lors de l'enquête, travaillent tous auprès de patients sous TSO, ce qui rend leurs témoignages pertinents et légitimes. De par leurs expériences et professions différentes, les réponses récoltées permettent d'avoir une représentation précise, fidèle et pluridisciplinaire de ces patients.

L'échantillon de l'enquête est intéressant (30 personnes). Ce nombre relativement important a permis de recueillir plusieurs opinions et idées intéressantes, ainsi que de constater certains consensus dans les réponses des professionnels. Malgré un sujet de thèse officinal, l'enquête n'a pas seulement interrogé des pharmaciens (acteur des entretiens pharmaceutiques) mais également des médecins (généralistes et addictologues), des infirmières et une assistante de service social, qui ont tous un rôle important dans le suivi des patients sous TSO.

L'enquête réalisée a permis de construire un questionnaire d'entretien pharmaceutique TSO basé sur l'expérience et le vécu de professionnels de santé, afin que celui-ci

corresponde aux besoins des patients, ainsi qu'aux besoins du pharmacien réalisant l'entretien pharmaceutique.

Le questionnaire n'a pas seulement été conçu après une enquête, mais il a été évalué par 15 des professionnels ayant participé à l'enquête. Cette évaluation est très importante, car elle a permis de modifier et d'améliorer le questionnaire.

L'ensemble de ce travail (enquête et évaluation) aboutit à la création d'un questionnaire support d'entretien pharmaceutique TSO, validé par différents professionnels de santé. Ce questionnaire est un premier outil, permettant d'améliorer la prise en charge des patients sous TSO à l'officine. En effet, lors d'un entretien pharmaceutique, le pharmacien, à l'aide de ce questionnaire, pourra appréhender les connaissances du patient vis-à-vis de son traitement et de sa pathologie, ses conditions de vie, ses difficultés, ainsi que ses objectifs thérapeutiques. Par ailleurs, la réalisation d'un entretien pharmaceutique peut également créer, ou renforcer la relation de confiance entre le patient et son pharmacien, élément primordial dans l'alliance thérapeutique.

5.2. Méthodologie de l'enquête

Le choix de réaliser une enquête, par échanges avec les professionnels, a été fait afin de recueillir leur verbatim exact, ce qui permet d'avoir leur réelle opinion.

L'enregistrement des réponses par téléphone a été fait dans la majorité des cas, et a permis une retranscription exacte des réponses des professionnels interrogés. Cependant, il n'a pas pu être possible de le faire pour chaque échange ; plusieurs ont eu lieu par téléphone ou au comptoir de l'officine, entraînant une prise de notes et donc, une perte de qualité dans la retranscription des réponses. Ce point aurait pu être amélioré, en ne choisissant que des professionnels où l'enregistrement était possible.

Par ailleurs, la qualité de l'échange s'est améliorée au fur et à mesure des entretiens. En effet, lors des premières rencontres avec les professionnels, les relances étaient difficiles et peu nombreuses, avec l'expérience des premiers échanges effectués, la personne réalisant l'enquête a pu mieux relancer les professionnels interrogés et approfondir leurs réponses, dans les échanges ultérieurs. La qualité d'écoute ainsi que la prise de notes ont eux aussi été améliorées au fil des entretiens. Les premiers entretiens effectués auprès des professionnels ont pu donc souffrir de ce manque d'expérience, dans la façon de mener une enquête de la part de l'enquêteur.

5.3. Limites et freins de l'enquête

L'enquête réalisée, permettant d'élaborer le questionnaire de l'entretien pharmaceutique, souffre de plusieurs limites et freins.

Tout d'abord, la taille de l'échantillon de l'enquête (30 personnes) aurait pu être plus importante. Un échantillon plus grand aurait permis d'avoir une meilleure représentation des besoins et des difficultés des patients sous TSO, ainsi que des points à aborder lors de l'entretien.

D'autre part, ce travail de thèse a été élaboré uniquement en réalisant une enquête auprès des professionnels. Le point de vue des patients en substitution n'a pas été évalué dans ce travail. Il aurait pu être intéressant et pertinent, de recueillir leurs opinions, pour connaître ce qu'ils aimeraient évoquer avec le pharmacien lors d'un rendez-vous.

Durant l'enquête plusieurs professionnels ont été déroutés par la première question très ouverte et balayant des champs très vastes (besoins et difficultés des patients sous TSO). Certains ont même fait la remarque qu'il aurait été mieux de leur faire parvenir le questionnaire avant la rencontre pour qu'ils aient le temps de réfléchir aux questions posées. Il est vrai qu'avec l'envoi du questionnaire en avance, les réponses auraient peut-

être été plus complètes, mais la spontanéité de la rencontre aurait été perdue. Il a été intéressant de recueillir leurs réponses « à chaud » sans préparation du questionnaire.

Malgré l'accord de tous les professionnels d'évaluer le questionnaire par mail, peu y ont répondu (seulement 15/30). Ce faible nombre d'évaluations, de la part des professionnels, rend le questionnaire moins pertinent. Une date d'envoi des mails moins estivale aurait peut-être pu permettre de recueillir plus d'évaluations, en évitant le départ en vacances des professionnels. Une troisième relance par mail aurait également pu être faite. Cependant, les réponses obtenues ont permis une amélioration sensible du questionnaire, afin d'obtenir un questionnaire d'entretien validé par des professionnels. Il est à noter que les 4 catégories professionnelles ayant participé à l'enquête, ont répondu aux mails donnant ainsi une évaluation par 4 professions différentes, représentant en quelque sorte les différents professionnels impliqués dans la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients.

Le recrutement des médecins a été difficile ; sur quatre CSAPA sollicités, seuls deux médecins ont accepté de participer à l'enquête. Plusieurs cabinets médicaux (regroupant plusieurs médecins) ont été contactés sans succès. Ce faible engagement des médecins dans l'enquête peut s'expliquer par différentes raisons. Une charge de travail de plus en plus importante des médecins entraîne un manque de disponibilité. D'autre part, le sujet de thèse portant sur l'entretien pharmaceutique a pu faire penser aux médecins que cela ne les concernait pas au regard du mot « pharmaceutique ».

Une des deux infirmières et l'assistante sociale rencontrées travaillent sur plusieurs CSAPA sollicités pour l'enquête, ce qui peut expliquer le faible nombre de participation de ces deux catégories professionnelles.

5.4. Limites et freins à l'entretien pharmaceutique

Malgré un intérêt certain dans l'amélioration de la prise en charge des patients en traitement de substitution, l'entretien pharmaceutique TSO comporte des limites et des freins à sa réalisation.

Tout d'abord, l'entretien pharmaceutique, de manière générale, a commencé à s'essouffler (*cf partie 2*). Ces difficultés ont aussi été relevées par les professionnels interrogés lors de l'enquête : manque de temps, rémunération insuffisante et lourdeur administrative. Pour que l'entretien pharmaceutique soit un succès, il faut un réel engagement de la part des pharmaciens d'officine dans cette nouvelle mission. Une réévaluation de la rémunération et une simplification de la partie administrative (transmission informatique de l'acte entretien pharmaceutique) semblent nécessaires, afin de remobiliser les pharmaciens dans cet accompagnement du patient chronique.

D'autre part, l'entretien pharmaceutique TSO souffre de difficultés qui lui sont propres. Lors de l'enquête, plusieurs professionnels ont évoqué leur crainte, quant à l'adhésion des patients sous TSO à ce type d'accompagnement. En effet, ces patients auront-ils envie de participer à l'entretien pharmaceutique ? Ou le percevront-ils comme un autre moyen de les contrôler et les sanctionner ?

Pour que l'entretien soit le plus efficace possible pour le patient, il faut que le patient soit dans une démarche de franchise et d'honnêteté. Il est possible de se demander, si certains patients ne seront pas tenter d'omettre certains points dans leurs réponses, pour tenter de « bien » répondre au pharmacien. Un entretien pharmaceutique partiellement véridique sera inutile dans l'amélioration de la prise en charge du patient, d'où l'intérêt et l'enjeu d'instaurer un climat de confiance dans cet entretien dès son initiation.

Autre frein, la représentation négative qu'ont certains professionnels de ces patients. Les pharmaciens auront-ils envie de s'engager dans un accompagnement des patients sous TSO malgré leurs préjugés (violence, mensonge...) ?

5.5. Autres axes d'amélioration de la prise en charge des patients sous TSO

En dehors de la mise en place d'entretien pharmaceutique, d'autres moyens peuvent être envisagés pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine, comme l'ont indiqué les professionnels lors de l'enquête.

Ces autres axes permettront de toucher l'ensemble des patients, même ceux refusant de participer à l'entretien pharmaceutique.

L'amélioration de cette prise en charge peut prendre différentes formes: formation complémentaire des pharmaciens, remise d'informations par fiche synthétique (overdose, mésusage, adresses utiles...), création d'outils de suivi pour les délivrances fractionnées, mise en place d'une ou deux personnes référentes pour ces patients dans l'officine, ouverture du dossier pharmaceutique et du dossier médical partagé pour tous les patients...

Depuis son lancement en novembre 2018 via une campagne de communication (53) (créé en 2016 par l'article R1111-26) (54), un nouvel outil de santé est mis en place, il s'agit du « Dossier Médical partagé » (DMP). Ce service en ligne, proposé par l'assurance maladie, permet à chaque patient d'avoir un carnet de santé numérique, réunissant toutes ses informations médicales. Le DMP contient l'historique de soins du patient des 24 derniers mois, ses comptes rendus d'hospitalisations et consultations, ses résultats d'examens, les médicaments délivrés, ses antécédents médicaux (pathologies, allergies...), ses directives anticipées pour sa fin de vie et les coordonnées des proches à contacter en cas d'urgence. Le DMP est un service gratuit, sécurisé, confidentiel et non obligatoire. La création d'un DMP n'est possible qu'avec l'accord du patient. (55)(56)

Ce dossier permet au patient de « partager » ses informations médicales, avec les professionnels de santé de son choix, afin d'améliorer sa prise en charge (meilleure coordination des professionnels entre eux : repérer des interactions médicamenteuses, éviter une redondance des examens...). Seuls les professionnels, autorisés par le patient,

pourront consulter son DMP. La carte vitale du patient et la carte professionnels de santé (CPS) sont nécessaire, lors de la première utilisation du DMP par le professionnel (le patient donne son autorisation pour l'accès de son DMP), ensuite le professionnel peut grâce à sa CPS, accéder au DMP sans la carte vitale du patient. Il est possible de créer son DMP auprès de son professionnel de santé, auprès des organismes de l'assurance maladie ou en ligne sur le site « dmp.fr ». (53)(56)

Le DMP, récemment mis en place, est une aubaine pour améliorer la qualité de prise en charge des patients, permettant la communication et la coopération entre les professionnels de santé, notamment entre le pharmacien et le médecin.

Concernant la dépendance aux opioïdes, l'utilisation de ce nouvel outil peut être pertinente dans plusieurs cas de figure. Par exemple, lors d'une consultation, le médecin d'un patient sous TSO pourra indiquer et expliquer dans le DMP (compte rendu de la consultation) un changement de posologie ; ainsi, lors de la délivrance, le pharmacien pourra consulter le DMP du patient afin de lire le compte rendu de la consultation et être averti du changement volontaire de posologie de la part du médecin. Autre exemple, lors d'un TSO le médecin peut prescrire des analyses urinaires au patient, afin de s'assurer de la bonne prise du traitement et de l'absence de la consommation d'autres opioïdes. Le pharmacien, par l'intermédiaire du DMP, peut prendre connaissances des résultats des analyses urinaires, et ouvrir le dialogue avec le patient, si celui-ci consomme d'autres opioïdes, voire lui proposer un entretien pharmaceutique pour faire le point avec lui sur sa situation.

Cependant, le DMP ne sera vraiment utile et efficace, uniquement si le médecin alimente le DMP et, si le pharmacien d'officine prend le temps de consulter le DMP lors de la délivrance. Par ailleurs, pour que les professionnels de santé puissent utiliser le DMP, il faut qu'un maximum de patients ouvrent leur DMP. De ce fait, il est important que les professionnels informent les patients, de l'existence de ce nouveau service et, de l'intérêt de celui-ci, pour la qualité et la sécurité de leur prise en charge au niveau médical.

Etant donné sa mise en place récente, le nombre de DMP ouverts reste peu nombreux (6 millions en juin 2019) (57). Cependant, un autre outil, le « Dossier Pharmaceutique »

(DP), complémentaire du DMP et déjà bien implémenté, peut permettre également l'amélioration de la prise en charge des patients sous TSO.

Le DP est un fichier informatique (créé en 2007), qui enregistre tous les médicaments délivrés au patient sur les 4 derniers mois (21 ans pour les vaccins et 3 ans pour les médicaments biologiques), qu'ils soient prescrits par un médecin ou non. Il permet de renforcer la sécurité du patient en contrôlant l'absence d'interaction entre différents médicaments délivrés au patient et d'éviter la redondance des traitements. Le DP peut être consulté avec la carte vitale du patient par tous pharmaciens d'officine, lors de la délivrance, et également par les médecins et pharmaciens exerçant en établissements de santé. (58)(59)

Le DP, à l'inverse du DMP, n'enregistre pas seulement les médicaments remboursés aux patients, mais aussi ceux non prescrits mais conseillés par le pharmacien. De plus, avec 10 ans d'existence, le DP est un outil maintenant disponible pour de très nombreux patients (plus de 38 millions de DP actifs, chiffres du 01 aout 2019), et utilisé dans la quasi-totalité des pharmacies (99.9% des officines sont connectées au DP, chiffres du 01 aout 2019). (59)(60)

Dans la prise en charge des patients sous TSO, le DP permet au pharmacien de pouvoir s'assurer de l'absence d'interaction médicamenteuse lors de la délivrance, et également de vérifier la présence ou non de nomadisme officinal, pouvant être un signe de revente du médicament sur le marché noir ou de mésusage du MSO.

D'autre part, plusieurs professionnels ont mis en avant, que l'amélioration de la prise en charge du patient en substitution passe par une meilleure communication interprofessionnelle. En effet, l'addiction nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire, il est important de travailler en équipe. La mise en place de concertation annuelle, médecin/pharmacien, autour des patients en substitution aux opioïdes, peut être pertinente pour améliorer la communication et ainsi permettre une amélioration de la prise en charge de ces patients. Un courrier de transmission (ou l'utilisation du DMP) de l'addictologue ou du médecin généraliste, précisant le médicament, la posologie et

l'état de stabilité du nouveau patient qui viendra chercher son traitement à la pharmacie, peut aussi être utile au pharmacien. La communication entre professionnels peut également s'imaginer par la création d'outils ou l'utilisation de messageries instantanées sécurisés, dans lesquels le pharmacien et le médecin pourraient échanger sur leurs patients sous TSO en commun, de manière simple, rapide et sécurisé.

Lors de l'enquête réalisée pour ce travail, de nombreux professionnels ont jugé la réglementation des MSO trop contraignante pour le patient, et mal adaptée à la situation actuelle de cette pathologie. Un changement de la réglementation peut permettre d'améliorer la prise en charge des patients, en renforçant leur adhésion au traitement. Plusieurs pistes sont envisageables : simplification du passage de la méthadone sirop à la méthadone gélule, primo-prescription de la méthadone en ville, facilité dans le changement de médecin généraliste (sans repasser par un CSAPA pour avoir l'ordonnance de délégation), allongement du délai de présentation de l'ordonnance pour la méthadone, augmentation de la durée maximale de prescription pour la méthadone sirop...

La primo-prescription de méthadone en médecine de ville est particulièrement intéressante. Elle permettrait d'élargir le nombre de patients pouvant bénéficier de ce traitement ainsi que d'accroître les possibilités thérapeutiques des médecins généralistes, lors d'une initiation de traitement pour les dépendances aux opioïdes. L'étude « ARNS méthaville », réalisée entre 2009 et 2012, a permis de comparer l'efficacité entre l'initiation de la méthadone par des médecins généralistes, et l'initiation de la méthadone par des centres spécialisés. C'est une étude randomisée, qui a rassemblé 221 patients, et qui a conclu que l'initiation de la méthadone par les médecins généraliste est faisable et avec la même efficacité que l'initiation par les centres spécialisés. Il est intéressant de noter que, lors de cette étude, aucun cas d'overdose n'a été observé, sauf un cas d'overdose intentionnel dans un contexte de suicide. Cette étude est un pas de plus, vers la primo-prescription en médecine de ville, ce qui permettrait d'augmenter le nombre de personnes pouvant bénéficier de ce traitement, notamment dans les zones géographiques ne bénéficiant pas de centres spécialisés. (61)

La mise en place de partenariats entre les officines et le CAARUD ou le CSAPA de leur région, afin de pouvoir participer à un programme d'échange de seringues, permettrait également d'améliorer la prise en charge des patients en TSO, et participerait à la réduction du risque infectieux des usagers de drogues. Par ailleurs, la mise en place de partenariat avec les CSAPA pourrait ouvrir à la réalisation de séance de formation ou d'information de l'équipe officinal par les professionnels spécialisés du CSAPA, ainsi que de bénéficier des flyers d'information du CSAPA pour les remettre aux patients de l'officine.

Par ailleurs la prévention des overdoses liées aux opioïdes licites et illicites doit être renforcée, notamment par l'intermédiaire d'une meilleure accessibilité de la naloxone (antidote des surdosages en opioïdes). En France, depuis juin 2019, la naloxone est disponible en pharmacie, sous la forme d'injection intramusculaire (Prenoxad®) sans nécessité d'ordonnance. (62)

Bien que censé être disponible dans toutes les pharmacies de ville, ce médicament est très peu connu des pharmaciens et des patients. En effet, une enquête de 2019 a évalué la disponibilité de cette spécialité dans 80 officines à travers 7 villes (Paris, Toulouse, Montpellier, Nevers, Nîmes, Pézenas et le Vigan). D'après les résultats de cette enquête, 97,5% des pharmacies interrogées n'avaient pas de kit Prenoxad® dans leurs stocks de médicaments. Par ailleurs, 87,5% des officines ne connaissaient pas, ou peu, l'existence de cette spécialité. Enfin, 55% des pharmacies ne trouvaient pas ce médicament sur le logiciel du grossiste et ne souhaitaient pas le commander. (62)

Cette enquête met en évidence une accessibilité quasi nulle de la naloxone en France pour les patients. Il semble important de renforcer, d'élargir et d'améliorer la disponibilité de ce médicament, pour lutter efficacement contre les surdosages d'opioïdes, qui concernent tous les patients prenant des médicaments opioïdes.

Pour améliorer la disponibilité de ce médicament, il faut sensibiliser davantage les pharmaciens d'officine à l'existence de cette spécialité, ainsi que de ces modalités de délivrance et d'utilisation.

Par ailleurs, une campagne d'information des institutions de santé, à l'intention des professionnels de santé sur cette nouvelle spécialité, serait également pertinente.

L'amélioration de la disponibilité de la naloxone est également préconisée par l'association France Patients Experts Addictions (FPEA), dans ses 12 propositions pour lutter contre la crise des opioïdes. Elle recommande notamment un accès élargi et facilité de toutes les formes galéniques de la naloxone en officine, et une formation des professionnels et des profanes (entourage), à la reconnaissance des signes d'un surdosage et à l'emploi de la naloxone. (63)

Enfin, la stigmatisation et le refus de prise en charge de ces patients par les professionnels de santé est un frein à l'accessibilité des MSO. Selon une enquête réalisée en 2018, par l'Observatoire des Droits des Usagers, auprès de 115 pharmacies de Paris, 71% d'entre elles refusent de délivrer un TSO (64). Il est important que tous les pharmaciens respectent leur code déontologique et délivrent ces médicaments, afin que les patients en TSO puissent choisir leur pharmacie référente en toute liberté.

5.6. Vers une évolution du métier du pharmacien d'officine ?

L'organisation actuelle du métier de pharmacien d'officine commence à atteindre ses limites. En effet, toutes les nouvelles missions (entretien pharmaceutique, bilan de médication...) du pharmacien, ainsi que celles en cours de discussion (diabète de type 2, tabac...), nécessitent beaucoup de temps et peuvent devenir incompatibles avec les autres obligations du pharmacien (gestion de l'officine, management, délivrance, responsabilité pharmaceutique...).

Il ne s'agit pas d'arrêter, ou de diminuer, l'engagement du pharmacien d'officine dans l'accompagnement du patient, ni de délaisser ses autres obligations, mais de réorganiser le métier du pharmacien d'officine.

Le métier pharmacien d'officine est peut-être à un nouveau tournant de son histoire. Pour mener à bien ces nouvelles missions, toujours plus nombreuses, car toujours plus nécessaires, pour améliorer la prise en charge des patients, la création d'un nouveau métier est envisageable. On peut imaginer la mise en place d'un « pharmacien conseil »

ou « pharmacien de suivi chronique », sa mission serait de réaliser les entretiens d'accompagnement du patient chronique. Différentes modalités d'exercice seraient possibles, soit à temps plein pour des officines de tailles importantes, soit en mi-temps en continuant les autres activités du métier ou encore à temps plein dans plusieurs officines différentes. Ce nouveau métier nécessitera une formation complémentaire, afin que le « pharmacien conseil » dispose de toutes les clés pour mener à bien ces entretiens pharmaceutiques et le bilan de médication.

Cette nouvelle organisation présente plusieurs avantages. Elle permet d'avoir des pharmaciens spécialisés dans la réalisation des entretiens avec les patients, et de dégager du temps aux pharmaciens d'officine pour leur permettre de rester concentrer sur l'acte de délivrance et la gestion de l'officine.

D'autre part, cela permettra de pouvoir réaliser plus d'entretiens pharmaceutiques, augmentant ainsi le nombre de patients bénéficiant de cet accompagnement.

En dehors de cette proposition d'une nouvelle organisation du métier de pharmacien, il est intéressant de regarder comment évolue le métier de pharmacien d'officine et quelles sont ses missions dans d'autres pays que la France.

Dans la région du Québec, le pharmacien d'officine vient d'obtenir récemment de nouvelles possibilités dans l'exercice de son métier.

En effet depuis l'entrée en vigueur de la « loi 41 », le 20 juin 2015, les pharmaciens du Québec ont la possibilité d'effectuer « 7 nouveaux actes pharmaceutiques ». Ces nouvelles missions ont été mises en place dans un contexte de pénurie de médecins au Québec. (65)

Dorénavant, le pharmacien d'officine québécois peut prescrire des médicaments pour 11 maladies ne requérant pas de diagnostic (diarrhée du voyageur, prophylaxie du paludisme, sevrage tabagique, nausées et vomissements liés à la grossesse...), mais aussi prolonger une ordonnance et prescrire et interpréter des analyses biologiques. Ces 3 nouvelles missions ne nécessitent pas de formation supplémentaire pour les

pharmaciens souhaitant les réaliser. A l'inverse, les 4 autres nouveaux actes pharmaceutiques nécessitent une formation dispensée par l'Ordre des pharmaciens du Québec. Il s'agit des missions suivantes : prescrire des médicaments pour onze pathologies (hémorroïdes, dermatite atopique, dysménorrhée primaire, rhinite allergique...), lorsque le traitement et le diagnostic sont déjà connus (c'est-à-dire que le diagnostic a déjà été posé par un médecin et qu'un traitement a déjà été prescrit), ajuster une ordonnance (modifier la posologie, la forme, la dose...), substituer un médicament lors d'une rupture d'approvisionnement et administrer un médicament à l'officine afin de montrer son utilisation appropriée. (65) (66)

Les 7 nouveaux actes pharmaceutiques sont encadrés et soumis à certaines conditions, résumé dans un tableau établi par l'Ordre des pharmaciens du Québec. (Annexes 50)

L'évolution du métier de pharmacien d'officine québécois est intéressante, et peut donner de nouvelles pistes pour d'éventuelles missions des pharmaciens d'officine français. Il est intéressant de noter que certaines régions en France sont également confrontées à la problématique de la désertification médicale. Un ajout d'actes pharmaceutiques à l'arsenal des pharmaciens d'officine permettra de réduire l'impact de l'absence et/ou du manque de médecins dans certaines régions.

Le Canada n'est pas seul pays où le pharmacien d'officine voit son exercice évoluer vers de nouvelles responsabilités. L'Ordre des pharmaciens a cité quelques exemples intéressants de nouvelles missions des pharmaciens d'officine dans différents pays, lors de son cahier N°13 « La pharmacie clinique : état des lieux et perspectives d'une discipline de développement » (décembre 2018) (67).

En Suisse et au Royaume- Uni, les pharmaciens sont autorisés à délivrer des médicaments soumis à la prescription sans ordonnance. La Suisse a mis en place une consultation à l'officine depuis 2012, pour pallier au manque de médecins, ce système porte le nom de *netCare*. Avec ce système, le pharmacien peut prendre en charge des patients directement à l'officine. Le pharmacien suisse, grâce à des arbres décisionnels peut, soit répondre aux problèmes du patient au sein de l'officine (délivrance de

médicaments non soumis à la prescription), soit proposer au patient une téléconsultation avec un médecin, soit orienter le patient vers un médecin ou un établissement de soins d'urgence. (67)(68)

Depuis octobre 2001, le pharmacien australien peut rencontrer à leurs domiciles, des patients ayant des problèmes avec leurs traitements. Cette nouvelle activité doit être prescrite par un médecin, indiquant la ou les difficultés à examiner. Une fois la visite effectuée, le pharmacien transmet au médecin son observation et ses suggestions ; cela permet au médecin et au pharmacien de collaborer afin d'améliorer la prise en charge des patients (meilleure observance, simplification de l'ordonnance...). (67)(69)

Ces nouvelles missions exercées par des pharmaciens d'officine, dans plusieurs pays, peuvent être des exemples à suivre pour l'évolution du métier de pharmacien en France. Toujours dans l'optique de renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients par le pharmacien d'officine.

Rapport-Gratuit.Com

Conclusion

Les nouvelles missions du pharmacien d'officine sont de réels atouts pour améliorer et renforcer l'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques. En 2019, les différents avenants de la convention nationale de pharmacie ont permis la mise en place des entretiens pharmaceutiques (AVK, AOD et asthme) et des bilans partagés de médication. Ces premiers jalons, dans l'évolution du métier de pharmacien d'officine, contribuent à valoriser les compétences du pharmacien et améliorer les connaissances du patient sur son traitement (importance de l'observance, risque du médicament, suivi biologique, interactions médicamenteuses...).

La prise en charge actuelle des patients en substitution aux opioïdes est difficile et parfois compliquée à l'officine. Entre méfiance, stigmatisation et stéréotypes, la délivrance se fait souvent rapidement et sans réellement s'intéresser au patient, à ses difficultés, ni à l'évolution de sa pathologie chronique.

Une enquête réalisée auprès de 30 professionnels (médecins, pharmaciens, infirmières et une assistante sociale) a permis de préciser les besoins et les difficultés de ces patients, ainsi que les points à aborder lors d'un entretien pharmaceutique. Après élaboration, puis évaluation par les professionnels, un questionnaire de soutien à l'entretien pharmaceutique a été créé.

L'entretien pharmaceutique n'est pas le seul axe d'amélioration de la prise en charge de ces patients. En effet, la communication interprofessionnelle est primordiale, soit par le biais de rencontres annuelles entre médecins et pharmaciens, pour discuter des patients en substitution, soit par la mise en place de courriers (papier et/ou électronique) de transmission entre les différents professionnels ou par l'utilisation du DMP.

Il serait intéressant de pouvoir évaluer le questionnaire élaboré, permettant de réaliser l'entretien pharmaceutique pour les patients en substitution aux opioïdes dans des

conditions réelles, afin de mesurer la satisfaction des pharmaciens et des patients, la pertinence du questionnaire et l'adhésion à celui-ci des patients et des pharmaciens.

Face à ces nouvelles missions, le métier de pharmacien d'officine est à un tournant de son histoire. Il est important que la profession se mobilise et s'engage pleinement dans ces missions. Pour cela, une nouvelle organisation du métier semble primordiale (pallier le manque de disponibilité des pharmaciens d'officine, formation complémentaire...). Ainsi, la création du métier de « pharmacien conseil » ou « pharmacien de suivi des patients atteints de maladies chroniques », pourrait être une proposition à explorer.

Bibliographie

1. D Vodovar, J Langrand, N Tournier, et al. La crise des overdoses américaines : une menace pour la France ?. *La revue de médecine interne*. 2019; 40 : 389-394
2. National Institute on Drug Abuse. Opioid Overdose Crisis. [En ligne] : <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-overdose-crisis>, consulté le 2 septembre 2019
3. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et de leurs usages problématiques. 2019. [En ligne] : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/340b9f75151945cf851676b9d51418d2.pdf, consulté le 2 septembre 2019
4. Ministère des Solidarités et de la Santé. Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes : feuille de route 2019-2022. 2019 [En ligne] : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/prevenir-et-agir-face-aux-surdoses-d-opioides-feuille-de-route-2019-2022>, consulté le 02 septembre 2019
5. Union des syndicats de pharmacien d'officine. Officines Avenir : le magazine des officinaux qui anticipent. 2016; 13 : 8
6. Dinis-Oliveira R J. Metabolism and metabolomics of opiates: a long way of forensic implications to unravel. *Journal of forensic and Legal Medicine*. 2019; 61: 128-1404
7. Gaveriaux-Ruff C. O02 Récepteurs opioïdes mu / delta et analgésie. *Douleurs: Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2007; 8 (1): 28-29
8. Laycock H, Bantel C. Opioid mechanisms and opioid drugs. *Anaesthesia and intensive care medicine*. 2019
9. Shang Y, Filizola M. Opioid receptors: structural and mechanistic insights into pharmacology and signaling. *European Journal of Pharmacology*. 2015; 763 : 206-213
10. Calvino B. L'hyperalgésie induite par les opioïdes. *Douleur : Evaluation Diagnostic Traitement*. 2013; 14 (5) : 226-233
11. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ et al. Traité d'addictologie 2^e édition. Lavoisier Médecine-Sciences. 2016 : 3-8
12. Laqueille X, Liot K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique* 2009; 85 : 611-620
13. Reynaud M, Parquet PJ, Largue G. Les pratiques addictives : Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. 1999 : 3-6
14. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Addictions. 2014. [En ligne] : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>, consulté le 26 juin 2019.
15. Karila L, Benyamina A. Addictions. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2019; 36 : 233-240

16. Inserm. Médicament psychotropes: consommations et pharmacodépendances. *Collection Expertise collective, Inserm*, Paris. 2012
17. Noble F, Marie N. Management of opioid Addiction With Opioid Substitution Treatments: Beyond Methadone and Buprenorphine. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 9 : 742
18. Polomeni P, Schwan R. Management of opioid addiction with buprenorphine: french history and current management. *International Journal of General Medicine*. 2014; 7 : 143-148
19. Bordet R. Addictions, modèles expérimentaux et mécanismes neurobiologiques. *Thérapie*. 2015 ; 70 (2) : 141-146
20. Turton S, Lingford-Hughes A. Neurobiology and principles of addiction and tolerance. *Medicine*. 2016; 44 (12): 693-696
21. Organisation Mondiale de la Santé. Syndrome de sevrage. [En ligne] : https://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/, consulté le 28 juin 2019
22. Organisation Mondiale de la Santé. Syndrome de dépendance. [En ligne]: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/, consulté le 28 juin 2019
23. Inserm. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Rapport, Paris: *les éditions inserm*. 2010, XII – 573
24. Cottencin O. Dépressions sévères et addictions. *L'Encéphale*. 2009; 35 (7) : 264-268
25. Thomas P, Amad A, Fovet T. Schizophrénie et addictions: les liaisons dangereuses. *L'Encéphale*. 2016; 42 (3) : 18-22
26. Pillon F. Les opiacés. *Actualités Pharmaceutiques*. 2009; 48 (483) : 18-20
27. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues et addictions, les données essentielles édition 2019. [En ligne]: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>, consulté le 26 juin 2019
28. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » mise à jour 2019. [En ligne]: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-annuel-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/>, consulté le 30 juin 2019
29. Fédération Française d'Addictologie. Conférence de consensus, Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 2004. [En ligne]: <https://www.federationaddiction.fr/conference-de-consensus-sur-les-tso-2004/>, consulté le 01 juillet 2019
30. RESPADD. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine. 2014. [En ligne]: <https://www.federationaddiction.fr/guide-pharmaciens-addictions-respadd/>, consulté le 01 juillet 2019
31. Académie Nationale de Pharmacie. Bilan des politiques publiques en matière de substitution aux opiacés. 2009. [En ligne]: https://www.acadpharm.org/avis_propositions/rapports.php, consulté le 4 juillet 2019

32. Boucherie Q, Frauger E, Thirion X et al. Méthadone gélule : résultats de 5 années d'utilisation en France. *Thérapies*. 2015; 70 (2) : 229-234
33. Vazquez V, Gury C, Laqueille X. Méthadone : de la pharmacocinétique à la pharmacologie clinique. *L'Encéphale*. 2006; 32 : 478-486
34. Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit Méthadone AP-HP 10 mg gélule. [En ligne]: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=60998856&typedoc=R&ref=R0329315.htm>, consulté le 6 juillet 2019
35. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé. Initiation et suivi du traitement de substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par la buprénorphine haut dosage. 2011. [En ligne] : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf, consulté le 6 juillet 2019
36. Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit Buprénorphine arrow 6 mg comprimé sublingual. [En ligne]: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=60204573&typedoc=R&ref=R0323728.htm>, consulté le 6 juillet 2019
37. Rolland B, Muysen A, Danel T et al. Faut-il retirer la buprénorphine haut dosage du marché français ? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2013; 61 : 91-92
38. Base de donnée publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit Suboxone 2mg/0.5mg comprimé sublingual. [En ligne]: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=63827255>, consulté le 6 juillet 2019
39. Boyett B. The individualized Treatment of Opioid Use Disorder. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 2019; 25 (6) : 634-636
40. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
41. Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officines et l'assurance maladie. 2012. [En ligne] : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf, consulté le 13 juillet 2019
42. Avenant n°1 relatif à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officines et l'assurance maladie. 2013. [En ligne] : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5276/document/avenant-1-convention-pharmaciens_journal-officiel.pdf, consulté le 13 juillet 2019
43. Avenant n°4 relatif à convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officines et l'assurance maladie. 2014. [En ligne] : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5303/document/avenants-3-4-5-convention-pharmaciens_journal-officiel.pdf, consulté le 13 juillet 2019

44. Avenant n°8 relatif convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officines et l'assurance maladie. 2016. [En ligne] : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5304/document/avenants-8-9-convention_journal-officiel.pdf, consulté le 13 juillet 2019
45. Avenant n°11 relatif convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officines et l'assurance maladie. 2017. [En ligne] : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/372712/document/journal_officiel_de_la_republique_francaise_-_ndeg_293_du_16_decembre_2017.pdf, consulté le 13 juillet 2019
46. Avenant n°12 relatif convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officines et l'assurance maladie. 2018. [En ligne] : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/415492/document/avenant_12_jo.pdf, consulté le 13 juillet 2019
47. Assurance Maladie. Accompagnement pharmaceutique des patients sous AVK : premier bilan à un an. Communiqué de presse 2014, Paris. [En ligne] : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_1_an_AVK_141217_01.pdf, consulté le 13 juillet
48. Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine. Entretiens pharmaceutiques AVK et asthme 384 réponses de pharmaciens d'officine du 10 avril au 22 mai 2015. [En ligne] : <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2015/06/Asthme-resultats-mai-2015-USPO.pdf>, consulté le 13 juillet 2019
49. Mongaret C, Lepage C, Aubert L et al. Quel bilan à deux ans de la mise en place de l'accompagnement des patients traités par anti-vitamine k ? Le point de vue du pharmacien d'officine. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 2018; 76 : 114-121
50. Deschenau A, Iftimovici A, Touzeau A. Usages de drogues et mésusages de médicaments : repères utiles sur la polyconsommation. *La Presse Médicale*. 2016; 45 (2) : 1102-1107
51. Kernisant M, Delorme J, Kabore JC et al. Diminution de la prévalence du docteur shopping de la buprénorphine entre 2004 et 2014 en France. *La Presse Médicale*. 2016; 45 (12) : 369-375
52. Bekaert J, Podevin G. Psychopathologie des mésusages du Subutex® : le syndrome de Popeye. *L'Encéphale*. 2015; 41 : 229-237
53. Assurance maladie. Dossier médical partagé : le service est désormais disponible pour tous. *Dossier de presse novembre 2018*. [En ligne] : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/dmp_-_dossier_de_presse_-_06112018.pdf, consulté le 30 août 2019
54. Article R1111-26. Code de la santé publique. [En ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000032843719&idSectionTA=LEGISCTA000032843712&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20181109>, consulté le 30 août 2019
55. Laforge P. Le dossier médical partagé. *Actualités pharmaceutiques*. 2019; 58 (584) : 29-30
56. DMP. Le dossier médical partagé. [En ligne] : <https://www.dmp.fr/ps/je-decouvre>, consulté le 30 août

57. Ameli. Déjà 6 millions de personnes ont ouvert leur DMP 2019. [En ligne] : <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/assure/actualites/deja-6-millions-de-personnes-ont-ouvert-leur-dmp>, consulté le 30 aout 2019
58. Ordre national des pharmaciens. Le dossier pharmaceutique. 2019. [En ligne] : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Le-role-de-l-Ordre-dans-les-missions-de-sante-publique/Le-DP>, consulté le 30 aout 2019
59. Ordre national des pharmaciens. Qu'est-ce que le dossier pharmaceutique. 2019. [En ligne] : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>, consulté le 30 aout 2019
60. Ordre national des pharmaciens. DP et DMP : deux outils complémentaire. 2018. [En ligne] : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/DP-et-DMP-deux-outils-complementaires>, consulté le 30 aout 2019
61. Carrieri PM, Michel L, Lions C, et al. Methadone Induction in Primary Care for Opioid Dependence: A Pragmatic Randomized Trial (ANRS Methaville). *PLoS ONE*. 2014; 9 (11) : e112328
62. Bouderbala B, Monge J, Reyne B. Diffusion de la naloxone en France : analyses et recommandations. Hopital Marmottan. 2019. [En ligne] : <https://www.addictaide.fr/wp-content/uploads/2019/09/Diffusion-de-la-naloxone.pdf>, consulté le 23 septembre 2019
63. Addict Aide le village des addictions. Crise des opioïdes : les 12 propositions de France Patients Experts Addictions. 2019. [En ligne] : <https://www.addictaide.fr/crise-des-opioïdes-les-12-propositions-de-france-patients-experts-addictions/>, consulté le 23 septembre 2019
64. Asud. Non délivrance des TSO : l'observatoire des droits des usagers tire la sonnette d'alarme. [En ligne] : <http://www.asud.org/2018/11/03/traitements-de-substitution-aux-opiaces-lodu-tire-la-sonnette-dalarme/>, consulté le 30 aout 2019
65. Groleau A, Nadeau-Blouin MB, Michiels Y. Evolution des missions des pharmaciens québécois avec la « Loi 41 ». *Actualités pharmaceutiques*. 2016 ; 55 (557) : 35-37
66. Ordre des pharmaciens du Québec. Loi 41. [En ligne] : <https://www.opq.org/fr-CA/pharmaciens/mpratique/application-de-la-loi-41/> consulté le 30 aout 2019
67. L'ordre national des pharmaciens. La pharmacie clinique : Etats des lieux et perspectives d'une discipline en développement. *Les cahiers de l'ordre national des pharmaciens*. 2018 ; 13 : 17-19
68. Prescrire. Consultations en pharmacie pour situations courantes : une expérience réussie en Suisse. 2016. [En ligne] : <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/52302/0/NewsDetails.aspx>, consulté le 30 aout 2019
69. Duprin-Spriet T, Wierre P. La prise en charge médico-pharmaceutique : l'expérience australienne peut-elle être transposée en France ? *Thérapies*. 2004; 56 (4) : 445-450

Annexes

Annexe 1 : Les 11 critères diagnostic de l'addiction selon le DSM V (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)(14)

Le sujet est considéré comme souffrant d'une addiction quand il présente ou a présenté, au cours des 12 derniers mois, au moins deux des onze critères suivants :

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physique ou psychologiques

Présence de 2 à 3 critères : addiction faible

Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée

Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

Annexe 2 : Les 6 critères du syndrome dépendance selon le CIM-10 (site OMS)(21)

Pour faire le diagnostic, il faut qu'au moins trois manifestations soient présentes en même temps au cours des 12 derniers mois :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
- Difficulté à contrôler l'utilisation de la substance
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe 3 : Réponse du Pharmacien 1

Type de pharmacie : ville

Nombre d'années d'expérience du pharmacien : 12 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 30

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Ce sont des patients stabilisés, mais il n'y a pas forcément de diminution de traitement.

Pas de motivation de la part des patients à diminuer leur traitement, au mieux ils viennent le chercher tous les mois, au pire ils surconsomment et chevauchent.

Pas vraiment de besoins de la part des patients, ils viennent chercher leur traitement comme si ils venaient chercher une boîte de paracétamol. Pas de réel souhait.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Savoir comment ils sont avec leurs traitements, s'ils sont stabilisés. Connaître leurs autres fréquentations. Savoir les autres produits pris.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Parler de la diminution de posologie. Parler des effets de manque pour voir si le patient est stabilisé.

Parler de la vie sociale et familiale, savoir comment ils sont intégrés. Quelles sont leurs motivations vis à vis de leur traitement. Evoquer la réduction du risque également.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Guide d'entretien, comme celui des entretiens pharmaceutiques asthme et anticoagulant.

5) Avez-vous d'autres idées pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Il faut améliorer la relation de confiance. Est-ce qu'ils vont vouloir se confier ?

On a déjà beaucoup de mal à faire les autres entretiens pharmaceutiques.

Comment amener l'entretien aux patients ? Il ne faut pas qu'ils prennent ça comme quelque chose qui les contrôle ou les sanctionne. Il faudrait amener l'entretien pharmaceutique comme une discussion entre le pharmacien et le patient.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Guide d'entretien et une rémunération de la part de l'assurance maladie.

Annexe 4 : Réponse du pharmacien 2

Type de pharmacie: ville

Nombre d'années d'expérience du pharmacien : 7 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 4

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

On a deux patients avec qui cela se passe bien ; ils ont diminué leur traitement et l'un continue à diminuer actuellement. Ils respectent bien leur ordonnance. Je crois que l'un des deux diminue sans forcément en avoir parlé avec son médecin.

On a une autre patiente qui a eu des problèmes de surconsommation, en ce moment ça va mieux. Sur un mois avec plusieurs chevauchements, elle prenait le double de sa posologie (elle prenait 16 mg au lieu de 8 mg). On est donc passé avec l'accord du médecin à une délivrance quotidienne puis deux fois par semaine actuellement. Elle a un travail avec des horaires changeants, donc ce n'est pas facile pour elle d'avoir des rendez-vous avec le médecin. Elle est plus fragile psychologiquement ; quand elle a des problèmes personnels, elle surconsomme. Elle a commencé la buprénorphine parce qu'elle consommait trop de codéine.

Ils n'expriment pas forcément de besoins, mais la patiente qui surconsomme, elle aurait besoin d'être plus encadrée, je lui ai conseillé de retourner voir ALIA mais elle n'y est pas allée. Elle aurait besoin d'être écoutée.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Savoir pour quelle dépendance ils ont commencé ce traitement. Revoir l'utilité du médicament, comment le prendre, la posologie que préconise le médecin. En apprendre plus sur le côté social du patient, son histoire personnelle, surtout si c'est ce qui entraîne les chevauchements et la surconsommation.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Poser la question du mésusage, de la surconsommation, de la revente, même si je pense qu'ils nous mentiront. Comme j'ai déjà dit, le côté social, emploi du patient. Parler de la volonté du patient, est-ce qu'il veut s'en sortir, diminuer, quel est son objectif ?

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Je consulte le site internet « Meddispar » pour le côté règlementaire de la délivrance. Ça m'est jamais arrivé, mais si un jour j'ai une question, j'appellerai le centre spécialisé ALIA.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

A la pharmacie pour la patiente qui avait des problèmes de chevauchement, on a mis en place un tableau pour savoir qui a donné quoi et quels jours, pour savoir exactement si on lui avait déjà donné son comprimé du jour. Je trouverai ça bien que tous ces patients aient leur dossier pharmaceutique et dossier médical partagés, ouverts. Ça m'a permis une fois de me rendre compte qu'un patient allait chercher son traitement dans plusieurs pharmacies pour en avoir plus.

Ça serait bien que le médecin précise sur l'ordonnance la délivrance quotidienne ou hebdomadaire.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Il me manquerait du temps et un référentiel sur lequel m'appuyer un peu, comme pour les entretiens anticoagulants et asthme.

Annexe 5 : Réponse du pharmacien 3

Type de pharmacie : ville

Nombre d'années d'expérience du pharmacien : 1 an

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 4

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Plusieurs patients ont des soucis de chevauchements principalement, avec des explications plus ou moins justifiées. Ils n'expriment pas de besoins.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Faire un bilan avec le patient. Ça fait combien de temps qu'ils ont ce traitement. Pourquoi ils ont commencé. Savoir comment ils sont en ce moment. Connaître leurs motivations.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Les autres médicaments pris, les interactions, les autres drogues et consommations du patient. Ce qu'ils attendent du pharmacien.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Le site internet « Meddispar ».

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Prise en charge pluridisciplinaire, travailler avec le centre spécialisé ALIA. Mise en place de feuilles à donner aux patients (sur les structures qui peuvent les aider).

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Un espace de confidentialité et un support pour réaliser l'entretien.

Annexe 6 : Réponse du pharmacien 4

Type de pharmacie : rurale

Nombre d'années d'expérience du pharmacien : 24 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 1

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Ce sont des patients qui ont besoin d'être accompagnés, bien accueillis. Ils ont besoin de discuter. Il faut être très psychologique. Ils se sentent vite agressés et un peu stigmatisés. Ils montrent parfois une susceptibilité quand il y a des difficultés.

Certains essaient de tricher pour avoir plus de boîtes. Quand il y a un problème, ils profèrent parfois des menaces.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Une meilleure prise en charge. Faire un suivi et les aider à diminuer, voir avec eux quels sont leurs objectifs, motivations

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Il faudrait parler de la diminution du traitement, comment vous sentez- vous en ce moment, conseil d'hygiène de vie, comment ils vivent avec leurs traitements. Parler du travail pour engager la conversation. La famille est-elle au courant ? Quelles sont ses conditions de vie, sociale et professionnelle.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Des flyer d'information du centre spécialisé ALIA.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

La conciliation médicamenteuse du médecin addictologue serait très intéressante à avoir. C'est très important de bien communiquer dans l'équipe et avec le médecin. Avoir des fiches du centre ALIA.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Revoir la rémunération, car actuellement elle est très tardive. Formation sur les TSO et avoir un support pour faire les entretiens.

Annexe 7 : Réponse du pharmacien 5

Type de pharmacie: ville

Nombre d'années d'expérience du pharmacien : 32 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 15

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Ils ne se livrent pas beaucoup, j'arrive à établir un contact avec l'un d'entre eux, car ça fait 20 ans que je le connais. Ils viennent chercher leurs traitements et c'est tout.

Ils ont des problèmes de chevauchement ; il y a de l'agressivité quand ils sont en chevauchement.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Diminuer la dose, voire arrêt du traitement. Être dans l'accompagnement de la diminution.

Parler des critères sociaux, professionnels. Donner des conseils aux patients sur leur situation et leurs traitements.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Qu'est-ce qu'il les a introduit dans ce traitement ? Qu'est-ce qu'ils recherchent ?

Comment ils se projettent ?

Il ne faut pas les juger, mais discuter avec eux. Il faut éviter que ce soit un questionnaire trop fermé.

Quand il y a des chevauchements, aborder la question de la revente ; certains refusent d'ouvrir leur dossier pharmaceutique.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Le site internet « Meddispar ».

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Actuellement la prise en charge de ces patients me va ; on a de bons contacts avec ALIA et une bonne communication avec les médecins prescripteurs.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Ce sont des patients hyper compliqués, ils ont honte et le sentiment d'être stigmatisés.

Il faudrait une formation pour pouvoir bien faire ces entretiens.

Annexe 8 : Réponse du pharmacien 6

Type pharmacie : ville

Nombre d'années d'expérience : 6 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 15

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Ça va très très vite généralement quand ça se passe bien. Quand ça se passe mal ça peut mettre beaucoup de temps au niveau de la délivrance. Sinon pas vraiment de besoins, à part venir chercher leurs médicaments.

Au niveau des difficultés, ça va plutôt être des patients qui sont pas stables : ils ne viennent pas quand il faut (ils viennent trop tôt), ils font plusieurs pharmacies...

Il y a aussi de temps en temps des mensonges, des insultes, de l'agressivité, voire des menaces quand ils essayent d'avoir plus de comprimés.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Je trouve ça très bien les entretiens pharmaceutiques, que soit pour les anticoagulants, l'asthme ou la dépendance aux opiacés, mais le seul problème que je vois moi c'est que c'est toujours des personnes qui sont déjà dans une démarche de s'en sortir. Donc je pense que les patients sous méthadone et Subutex® qui ne sont pas stabilisés, on peut oublier, ça sera une perte de temps pour le patient et le pharmacien.

J'organise des rendez-vous cardiovasculaires d'une durée de 30 min avec mon réseau de pharmacie, et ce que j'ai remarqué sur les personnes que j'ai eues, c'est que c'étaient des personnes qui avaient une démarche de s'en sortir. Je n'ai eu personne avec la note la plus basse à la fin du rendez-vous.

Par exemple sur les 20 patients dans cette thématique (opiacé) je sais déjà ceux qui vont dire non.

L'objectif principal pour moi s'ils sont stabilisés, c'est de parler de la diminution de posologie voire de l'arrêt. Ça fait 6 ans que je suis dans cette pharmacie, j'ai aussi travaillé pendant mes études et je n'ai pas vu une personne Subutex® s'en sortir.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Peut-être faire un historique, au départ de comment ils ont commencé, comment ils sont arrivés là, car par pudeur on pose jamais la question. Connaître le contexte historique, savoir si c'est une bêtise une fois ou si c'était régulier. Ça serait un point de départ pour une relation de confiance.

L'entretien peut aussi permettre cette relation de confiance ou la renforcer.

Mais avec la même réserve sur le fait que ce soit des gens qui sont déjà dans une démarche de s'en sortir.

Autre point à évoquer, c'est l'entourage. Comment ça se passe avec l'entourage? En apprendre plus sur le patient et sur son contexte socioprofessionnel. Est-ce que le conjoint consomme ? ... C'est vraiment introduire une confiance avec le patient.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Le site internet « Meddispar ». Et je téléphone au centre spécialisé ALIA, dès que j'ai un problème.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Une chose qu'il faudrait mettre en place, mais je ne sais pas comment le faire, c'est qu'il faudrait responsabiliser ces gens-là, mais là c'est pareil, s'ils ne sont pas dans la démarche, c'est difficile. Des personnes qui n'en n'ont rien à faire, ça leur passe au-dessus ; ils ne vont pas venir au bon moment ils vont venir trois jours après ou trois jours avant. S'ils ne sont pas acteurs de leur santé, ça va être compliqué et on ne pourra pas faire grand-chose.

Je pense que pour l'amélioration de la dispensation et de la délivrance, c'est sûrement d'avoir un endroit confidentiel, mais ça toutes les pharmacies peuvent ou ne peuvent pas le faire, et on ne sait jamais comment vont réagir ces personnes-là, je pense à mes collaboratrices ça pourrait poser un problème.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Le temps et l'argent. Le système actuel de rémunération des entretiens est compliqué, et le revenu n'est pas mirobolant. Actuellement, on ne fait pas d'entretiens pharmaceutiques, parce qu'on n'a pas le temps et qu'on est en sous-effectif. Je pense que les entretiens pharmaceutiques, c'est une très bonne chose, mais il faut revoir la rémunération, le temps, beaucoup de choses... Je trouverai ça plus facile de faire des entretiens anticoagulants, asthme et diabète plutôt que « Subutex® », car je ne sais pas si les patients en substitution accepteront de faire ces entretiens.

Avec ces patients il faut être très ferme.

Annexe 9 : Réponse du pharmacien 7

Type d'officine: ville

Nombre d'années d'expérience : 6 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 10

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

On a mis en place à la pharmacie un programme d'échange de seringues, c'est la mise à disposition gracieuse de « steribox », ce qui permet aux usagers de ne plus devoir les payer. Ça leur permet une plus grande disponibilité, car le CAARUD est ouvert moins souvent que la pharmacie. Ça permet aussi d'essayer d'entamer la discussion avec eux. C'est un partenariat avec le centre spécialisé ALIA.

La majorité exprime très peu de besoins. Celui qui est sous méthadone, ses difficultés, c'est de diminuer mais il n'y arrive pas, il est très angoissé par rapport à ça. Il y a eu un premier essai, qui a échoué, et là il essaye de diminuer de 1 mg par 1 mg et ça se passe mieux. Il est inséré socialement, familialement et affectivement, donc il a envie d'arrêter mais c'est très difficile pour lui physiquement ; on discute avec lui pour le rassurer.

Les autres, c'est des situations plus difficiles, on ne sait pas trop comment ils utilisent leur traitement ; certains sous traitement nous demandent des « steribox » et certains sont VIH.

On a aussi des patients qui ne vont pas bien, qui ne sont pas du tout stabilisés, souvent ils ont aussi d'autres addictions pas seulement les opioïdes, ils consomment d'autres choses.

Puis, on a la moitié d'entre eux qui viennent chercher leur ordonnance, mais qui sont très discrets voire plus que ceux qui viennent chercher leurs « steribox », il n'y a pas de discussion. Pour certains d'entre eux, nous ne sommes que leur pharmacie Subutex®, s'ils ont besoin d'autres traitements, ils vont dans une autre pharmacie.

On a des délivrances en une fois et des délivrances hebdomadaires pour certains patients qui l'ont demandé, car ils savent qu'ils n'arriveront pas à gérer leur traitement.

Contexte social difficile pour ceux qui ne sont pas stabilisés.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Ce serait de ne pas se centrer sur le traitement mais sur le patient, car on entrevoit qu'une toute petite chose au travers de la délivrance. C'est plus l'occasion d'en profiter pour essayer d'avoir une vision plus globale du patient, sur les difficultés qu'il peut rencontrer, voire dans quelles mesures on peut l'aider, s'il ressent le besoin d'avoir un référent pour aller au-delà de la simple dispensation, voir comment ils peuvent se projeter avec leur traitement.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Le contexte social, familial, affectif. Où ils en sont, ce qu'ils envisagent de faire et comment ils envisagent la poursuite de leur traitement substitutif dans le temps ; est-ce qu'ils s'imaginent l'arrêter un jour ?

Tout ça sans porter de jugement, pour moi, et c'est ce que je dis aux patients, être sous méthadone ce n'est pas grave, si le patient est stabilisé et ne prend rien d'autre à côté, c'est déjà un super objectif en soi.

Comment ils le vivent ? Effets indésirables ? Comment ils le ressentent ? Est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles on pourrait les aider pour qu'ils vivent mieux leur traitement ou qu'ils l'acceptent mieux ?

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Pas de réponse.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Pas d'autres idées, ça pourrait justement être en fonction de ce qui ressort d'un futur entretien qu'on pourra améliorer les choses.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Rien.

Annexe 10 : Réponse du pharmacien 8

Type de pharmacie: ville

Nombre d'années d'expérience : 16 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 3

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Ils n'expriment pas de besoins, nous ça se passe très bien, ça fait longtemps que je n'ai pas eu de soucis de chevauchement. Actuellement, les patients qui viennent à la pharmacie, respectent bien les durées de traitements, pas de soucis ni d'altercation.

Ils viennent chercher leurs traitements et puis c'est tout, assez discrètement. Les patients qu'on a, sont stabilisés avec plutôt des dosages assez faibles et sont dans une phase de diminution de traitement.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

L'objectif c'est de les accompagner dans leur sevrage, essayer de voir s'il y a des problèmes d'observance, déceler les freins à la prise du médicament, les éventuels effets indésirables.

Parler de diminution du dosage, pourquoi il a du mal à diminuer, quels sont les freins à la diminution.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Ça revient avec ce que je viens de vous dire. Je trouve le système mieux fait pour la méthadone, car il y a les analyses urinaires pour vérifier que le patient prend bien son traitement, ce qu'on n'a pas avec le Subutex® ; parfois on a des doutes sur la réelle prise du traitement par le patient (revente...)

Comment ils vivent avec leurs traitements, aborder la vie de tous les jours (dit à la question 5).

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Le site internet « Meddispar ». Ça aurait pu être intéressant de transmettre votre questionnaire avant le rendez-vous pour qu'on puisse réfléchir à vos questions.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

C'est vrai qu'on ne prend pas le temps de discuter avec eux, à savoir comment ils vivent leurs traitements, pas que le volet médical, mais le soutien familial qui a un grand rôle dans le sevrage ; On discute déjà avec eux au comptoir, mais il peut y avoir un problème de confidentialité et une certaine honte chez les patients avec une difficulté à en parler.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Du temps, il faudrait peut-être changer l'organisation du métier du pharmacien pour l'adapter aux nouvelles missions/pratiques du pharmacien (entretien). Dans le système actuel, ce n'est pas très bien rémunéré par rapport au temps qu'on y passe.

Annexe 11 : Réponse du pharmacien 9

Type d'officine : ville

Nombre d'années d'expérience du pharmacien : 5 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 15

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

La difficulté c'est de s'autoréguler, avoir une vraie régularité dans la prise du traitement et être capable de ne pas surconsommer. Il y a plusieurs phénomènes au niveau des chevauchements des ordonnances : il y a la revente, mais c'est difficile à évaluer car on n'est pas là dans un rôle de flic.

C'est vraiment le côté « grand enfant » qu'il va falloir cadrer ; tout de suite il faut mettre une autorité, il faut être ferme, mais faire comprendre qu'il y a une sorte de contrat ; on est d'accord c'est donnant-donnant, on sera plus souple sur certaines choses, à partir du moment où ils sont « réglo » avec nous, donc il y a besoin d'être honnête.

Quand on a un nouveau patient, il y a d'abord une phase d'observation. Il y a des patients où il n'y a pas de problème mais 80 % ont des problèmes.

Il y a aussi le problème du vol du traitement réel ou pas, avec également des problèmes de chevauchement. C'est pour ça que je trouve l'entretien pharmaceutique très intéressant là-dessus.

On a aussi des personnes qui font du nomadisme, qui n'ont jamais leur carte vitale, donc c'est un vrai problème.

C'est difficile car je ne veux pas être dans la défiance vis-à-vis d'eux. Il faut être capable de leur montrer qu'on a compris qu'ils nous racontent des bobards.

On essaye d'être souple, car c'est des personnes qu'on accompagne depuis plusieurs années, même certains jusqu'à l'arrêt de leur traitement.

Il y avait de l'agressivité verbale chez certains patients, avant que je reprenne la pharmacie, et le cadrage qu'on a fait a permis de faire un écrémage des patients, voire même de diminuer leurs doses et leurs surconsommations.

On a aussi des délivrances quotidiennes pour 3 patients. Je préfère avoir une bonne observance, quitte à être hors autorisation de mise sur le marché (deux prises par jour), car des fois une prise par jour ça ne correspond pas à la pratique.

Délivrance graduelle à la pharmacie, délivrance classique au comptoir quand il n'y a pas de problèmes, délivrance en deux fois par semaine ou tous les jours, si jamais on voit que ça se passe pas bien (des fois c'est le patient qui fait la demande de la délivrance quotidienne), souvent ils acceptent facilement qu'on impose la délivrance quotidienne quand ça se passe mal. Le fait qu'on soit ouvert 7j/7j joue beaucoup dans l'acceptabilité de la délivrance quotidienne par les patients. Pour certains, on a mis en place un système de signature, dès qu'ils prennent leur comprimé à la pharmacie.

Je les compare toujours à de grands enfants ; je ne veux pas généraliser, mais c'est le cas dans 80% (paumé, milieu défavorisé). On est là aussi pour les aider les rassurer, Il faut être à leur écoute et ne jamais les stigmatiser ni les juger.

Ils n'expriment pas de besoins, après ça serait pas mal de leur remettre un petit guide comme on peut le faire avec les pilules de contraception d'urgence, pour leur rappeler certaines choses (bonne pratique, risque injection ...).

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Expliquer la démarche, comment ça se passe à la pharmacie (règle de délivrance). Quel est l'objectif, le côté motivationnel aussi, car il y a des motivations différentes ; certaines personnes vont vouloir diminuer pour arrêter et d'autres qui veulent juste stabiliser et substituer pour arrêter de consommer à côté. Mais toujours à l'initiative du patient, on n'est pas là pour les obliger à diminuer par exemple.

Leur proposer et expliquer également les différents types de délivrance possibles en fonction de leurs besoins.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Un peu comme dans les autres entretiens pharmaceutiques : antécédent, l'aspect social personnel familial et professionnel. Pourquoi ils ont commencé, comment ça a débuté ?

J'ai eu deux cas où quand la personne retrouvait un emploi, ça allait beaucoup mieux dans le traitement.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Pratique individuelle.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Leur remettre un petit flyer sur les médicaments de substitution aux opiacés lors de la délivrance, outil de suivi de délivrance.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Il faudrait un guide d'entretien et la rémunération actuelle n'est pas terrible. Il faut qu'on arrive à un moment à faire de la télétransmission d'acte, payer en décalé ce n'est pas satisfaisant (1an après).

Annexe 12 : Réponse du pharmacien 10

Type d'officine : ville

Nombre d'années d'expérience : 30 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 4

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Ils recherchent un traitement de substitution à l'héroïne en général. Ils sont suivis par des médecins d'ici et par le centre spécialisé ALIA. On les voit toutes les semaines, car la délivrance du médicament est hebdomadaire.

On n'a pas vraiment de difficultés avec ces patients, plutôt des difficultés pour eux pour venir à la pharmacie, car ils ont des emplois précaires, avec des contrats qui se font à la semaine, et des fois ça peut tomber assez mal, pour les jours où ils sont censés venir chercher leurs traitements de la semaine.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Savoir si tout se passe bien, faire un bilan. Savoir s'ils veulent diminuer la dose de leur traitement.

Il faut un accompagnement médico-psychologique pour ces patients-là. Je ne sais pas si le médecin a le temps pour ça. Il faudrait que les patients voient en parallèle un autre professionnel pour cette question. Après je sais pas si en tant que pharmacien, on est à même de pouvoir le faire. On discute avec eux au comptoir, on voit si l'observance est bien réalisée, s'ils sont plutôt dans une phase de stabilité et s'ils sont bien dans leur tête.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Essayer de se projeter, quel est le but ? Il ne faut pas qu'on soit réticent à la délivrance. Essayer d'être présent, bienveillant et ferme.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Pas de réponse.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Il faut les recevoir dans un espace un peu plus confidentiel.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Il me manquerait du temps. La plupart de ces patients n'ont pas vraiment envie de discuter, ni de se confier.

Annexe 13 : Réponse du pharmacien 11

Type de pharmacie : ville

Nombre d'années d'expérience : 35 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 35

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Au niveau des besoins, c'est avoir la dose quotidienne de TSO et le traitement pour les symptômes associés (nervosité, angoisses, insomnies...).

Pour les difficultés, c'est respecter les posologies et le rythme des consultations médicales. Faire les démarches administratives pour la prise en charge des traitements.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Persuader les patients de prendre le traitement prescrit par le médecin, au bon dosage et à la bonne posologie. Respecter une hygiène de vie saine, et rompre avec les anciennes pratiques hors circuit médical.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Insister sur une bonne observance du traitement prescrit, une bonne hygiène et sur la nécessité de rompre avec les pratiques nocives /toxiques.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Une formation adaptée pour cette pathologie.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Peut-être simplifier le protocole de passage de la méthadone sirop à la forme gélule (pour limiter l'apport de sucre).

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Est-ce une patientèle motivée pour suivre des entretiens pharmaceutiques ?

Annexe 14 : Réponse du pharmacien 12

Type de pharmacie : ville

Nombre d'années d'expérience du pharmacien : 21 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 7

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Les besoins de ces patients sont : resocialisation/désacralisation des traitements/ anonymisation.

Les difficultés sont : stigmatisation/morbidité.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Etablir une relation de confiance, afin d'évaluer l'acceptation et l'observance.

Prise en charge des morbidités annexes, et par exemple gestion de la douleur, surpoids, problème dentaire...

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Durée des traitements et définir les objectifs thérapeutiques du traitement.

...arrêt des drogues, resocialisation, baisse des dosages...

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Entretiens réguliers d'évaluation de la tolérance du traitement.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Prise en charge psycho-social pluridisciplinaire et confidentielle.

Questions aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

La vision des autres professionnels de santé. Le pharmacien a une vision comptable de la personne, ne pas occulter le rôle social de la démarche de TSO et les difficultés de vie de ce type de patientèle.

Annexe 15 : Réponse du pharmacien 13

Type de pharmacie : ville

Nombre d'années d'expérience : 20 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 3

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Les patients qu'on a à la pharmacie ont été suivis au préalable en structure spécialisée avant d'arriver à l'officine. Ils ont des difficultés à s'astreindre à une régularité dans la délivrance de leurs médicaments (ils ne viennent pas toujours le bon jour), ils ont du mal à s'adapter aux horaires d'ouverture de la pharmacie. Autres difficultés : financières, sociales (carte vitale, complémentaire...), dans la régularité des consultations médicales.

Parfois, il y a des problèmes de violence, quand les patients sont en difficulté de traitement (ils ont loupé le rendez-vous chez le médecin...). Ces moments-là sont parfois difficiles à gérer (état de manque et violence)

Ils ont besoin de confidentialité et de dialogue.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Arriver à avoir une régularité dans la délivrance du médicament. Discuter du contexte social des patients, pour pouvoir les orienter vers les bonnes structures.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Parler de diminution de la posologie, évaluer où est-ce que le patient en est dans son traitement, est-ce qu'ils ont envie de diminuer.

Faire le point avec le patient sur la diminution et échanger avec le médecin là-dessus.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Pas de réponse.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Importance de la confidentialité.

Aide de la région quand le patient n'a pas de carte vitale ou de mutuelle, un peu comme le fonctionnent d'ALIA.

Avoir des référentiels ou consensus notamment sur la diminution de posologie.

Questions aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Il nous manquerait du temps.

Annexe 16 : Réponse du pharmacien 14

Type de pharmacie : ville

Nombre d'années d'expérience : 20 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 150

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Ce sont des patients qui ont besoin d'être écoutés, pris en charge comme les autres patients. Ils ont besoin de confiance en eux, de retrouver un cadre sécurisant, que les choses soit aidantes et déculpabilisantes. Egalement un gros besoin de réduction de risques et d'analyse de leurs demandes.

Au niveau de leurs difficultés, c'est de se faire confiance, difficultés psychosociales, problèmes de droit et de logement. Ce sont des personnes centrées sur leurs produits, déconnectées du temps et des autres (propre du patient addict, qui ne pense qu'à son produit, ce ne sont pas des problèmes pour eux, ils sont comme ça). Problèmes de chevauchement et de surconsommations également.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

1^{er} objectif, le bon usage du médicament (surtout pour les patients en instauration de traitement).

2^e objectif, essayer de discuter des difficultés que peuvent rencontrer certains patients à un moment donné de leur pathologie (chevauchement, surconsommation)

Objectifs différents en fonction de où en est le patient dans sa maladie.

L'objectif de l'entretien peut aussi être de répondre à l'objectif du patient.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

5 points me semblent intéressants à évoquer :

Le médicament : bon usage, comment il agit, phase d'instauration puis stabilisation, durée d'action, prise d'autres médicaments, effets indésirables, rangement précautionneux...

Créer un climat de confiance avec un cadre de traitement. Dire au patient qu'on est capable de tout entendre, expliquer les horaires de la pharmacie, dire que le patient peut nous appeler, s'il va arriver un peu en retard. Il faut installer une relation de confiance, pour que le patient au final arrive à se faire confiance. Connaître son histoire, ce qu'il consomme. Expliquer que j'ai besoin de connaître sa demande, expliquer aussi qu'on est rigoureux, mais également souple.

Dire au patient « il faut du temps mais ça marche », dire qu'on a des patients qui ont réussi à arrêter.

Discuter des consommations du patient, celles qui lui posent problème, mais aussi celles qui selon lui ne posent pas de problème. De quelles manières il consomme. Il faut montrer qu'on est intéressé.

Parler de leur vie, comment ils vivent le traitement, comment ils vivent d'être pharmaco- dépendant.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Le guide d'addiction en officine du RESPADD.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Réviser la législation du médicament stupéfiant à usage chronique, la législation actuelle me semble ne plus être adaptée à la réalité actuelle.

Piste à améliorer : méthadone prescrite en ville, enlever le délai de 3 jours pour présenter l'ordonnance, prescrire en durée de traitement, simplifier le changement de médecin généraliste sans repasser par le CSAPA...

La chose majeure à améliorer c'est la représentation qu'ont les professionnels de santé des patients addicts (représentation négative de ces patients).

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Un logiciel informatique qui permettrait d'enregistrer ces entretiens et de les retrouver de manière assez pratique.

Rémunération.

Annexe 17 : Réponse du pharmacien 15

Type d'officine : ville

Nombre d'années d'expérience : 30 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 40

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Peu de difficultés, car on leur dit clairement comment on fonctionne à la pharmacie et ça évite d'avoir des patients qui veulent un peu essayer de tricher. Quand on leur explique les choses, ça se passe bien, on n'a même pas 10% des patients qui essaient de tricher. Il y a quand même de temps en temps des patients qui mentent pour essayer d'avoir des boîtes en plus. Certains doivent probablement revendre leurs traitements.

La délivrance hebdomadaire, pas toujours facile pour les patients quand ils sont en déplacement par exemple.

Ils n'expriment pas de besoins ; ils sont assez discrets quand ils viennent à la pharmacie.

A partir du moment où on a défini ensemble le cadre, ça se passe bien.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Les accompagner dans leur pathologie à diminuer puis peut-être à arrêter (certains ont réussi) mais sans les forcer ni les « fliquer ».

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

S'ils veulent bien en parler, ça serait intéressant de connaître le point de départ de tout ça et leur cheminement : est-ce qu'ils se laissent guider là-dedans ou est-ce qu'ils veulent s'en sortir ou pas.

Quelles sont leurs motivations (est-ce qu'ils ont envie d'arrêter un jour ?)

Qu'est-ce qui pourrait les aider à diminuer/ arrêter.

Parler aussi de leurs conditions sociales et professionnelles.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Pas de réponse

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Actuellement le système est plutôt bien. Nous faisons des fiches de suivi de délivrance pour chaque patient sous TSO.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Rien.

Annexe 18 : Réponse du pharmacien 16

Type d'officine: ville

Nombre d'années d'expérience : 25 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 2

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

La difficulté, c'est de leur faire accepter éventuellement un protocole de diminution, en leur disant bien dès le départ que ça sera établi sur un temps long.

Ils ont souvent l'anxiété du symptôme de sevrage quand ils diminuent.

On a des patients qui sont stables au niveau social, mais ceux qui sont instables au niveau social c'est plus compliqué.

Dès que socialement, affectivement la situation va mieux, ça va aussi mieux dans le traitement.

Il y a des difficultés sociales pour les deux patients que j'ai actuellement.

Besoin d'une certaine confidentialité à l'officine ; quand ils viennent chercher leur traitement, ils aiment que ce soit dans un paquet discret. Autres besoins : parfois les droits ne sont pas ouverts, besoins administratifs.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Leur dire que, quelles que soient les difficultés qu'ils ont, ils peuvent toujours arrêter, leur donner confiance en eux pour qu'ils développent leur volonté, l'envie de le faire. Ça sera long mais on peut y arriver.

Il faut leur dire que c'est possible, « j'ai déjà des clients qui ont arrêté ». Il faut leur enlever le doute de l'arrêt.

Mettre en place une relation de confiance.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Etre capable de les écouter sans les juger, il faut avoir de l'empathie. Essayer de voir ce qu'ils attendent (leurs attentes/ demandes).

Je pense que ça s'adressera aux patients « un peu mûrs », qui auront envie d'échanger avec leur pharmacien.

Comment ça va ? Question générale sur leur vie, leur présenter les possibilités

Pathologies associées, comment ils se sentent ?

Etre capable de reporter le rendez-vous s'ils ne se sentent pas bien

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

INPES, revues le moniteur des pharmacies.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Je trouve que faire un rendez-vous où on prend le temps d'écouter ses patients est très bien, que ce soit lors d'un bilan de médication ou lors d'un entretien pharmaceutique.

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Manque de moyen humain et manque de temps.

Annexe 19 : Réponse du pharmacien 17

Type de pharmacie : ville

Nombre d'années d'expérience : 30 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 2

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Pas vraiment de besoins, nous avons deux patients actuellement.

La 1^{er} patiente est très bien stabilisée et intégrée. Elle n'a pas de besoins, ni de difficultés.

Le 2^e patient, c'est plus compliqué. Sans domicile fixe, sans emploi, moins intégré socialement. De temps en temps, il peut être un peu agressif quand il y a un problème d'ordonnance ou de date. Il n'a pas vraiment de besoins non plus.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Voir s'ils sont équilibrés/stabilisés. En apprendre plus sur le contexte familial/psychologique/psychiatrique. Chercher le bon équilibre mais pas forcément à diminuer.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Parler de leur suivi psychologique, de l'observance, de la prise du médicament, de ses autres consommations, de ses conditions de vie, des effets indésirables...

Est-ce qu'ils voient une assistante sociale pour les aider ? Comment ils se sentent ?

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Autres adresses utiles à donner aux patients.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Rôle essentiel de l'accompagnement social pour leurs droits (RSA, CMU...).

Question aux pharmaciens :

6) Que vous manquerait-il pour assurer convenablement ces entretiens ?

Patients pas forcément faciles, pas sûr qu'ils accepteraient l'entretien pharmaceutique.

Il faut être ouvert mais ferme.

Annexe 20 : Réponse du médecin 1

Spécialité du médecin : Généraliste

Nombre d'années d'expérience : 34 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 25

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Trouver une stabilité et ne plus être dans la course pour trouver leurs substances. Trouver une stabilité dans le rythme des rendez-vous médicaux et dans le fait de ne plus courir d'un dealer à un autre.

Malgré eux petit à petit il se crée une relation de confiance avec le médecin.

Ce sont des personnes qui sont instables vis-à-vis d'eux même, on est quand même dans une pathologie psychologique addictive.

Ils ont des difficultés pour prendre rendez-vous avec moi et aussi du mal à se plier à un rendez-vous.

Les jeunes patients sont plus difficiles, ils sont poly addictif et font du nomadisme médical.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Le but c'est d'établir un lien avec le patient, mais c'est un peu l'auberge espagnol c'est eux qui viendront chercher quelque chose. L'erreur c'est justement que : « nous » d'aller chercher, proposer quelque chose au patient. Il faut à l'inverse rester ouvert et être présent. Il faut poser les questions sur pourquoi ils ne sont pas bien avec leur médecin, pourquoi ils sont en avance dans leurs prescriptions...

Il faut arriver à leur montrer qu'on a compris leurs mensonges sans leur dire qu'ils mentent ouvertement.

Rester assez ouvert et les écouter.

Ils sont très souvent dans le mensonge.

Si vous leur faite faire un questionnaire ; il y en a beaucoup qui vont vous mentir. Je pense que la forme questionnaire pour un entretien n'est peut-être pas une bonne idée.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Je ne vois pas forcément de point à évoquer, c'est plus en les laissant venir à vous que l'échange va se faire.

Mais sinon, il faut parler des interactions médicamenteuses avec notamment la codéine. Plus là-dessus, le reste venant spontanément.

Une question qui peut être intéressante : est-ce que le conjoint ou conjointe est au courant du traitement ?

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Pas de réponse.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Faut que le pharmacien, soit gentil discret mais qu'il ne se laisse pas marcher dessus, je pense que c'est important ça.

Annexe 21 : Réponse du médecin 2

Spécialité du médecin : Généraliste avec spécialité addictologie

Nombre d'années d'expérience : 10 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 10

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Au niveau des médecins, problèmes de formation et de sensibilisation. Il y a des difficultés de disponibilités des deux côtés, c'est -à -dire que les médecins ont peu de temps et c'est des patients qui ont besoin de temps et qui n'ont pas le même rapport au temps que nous.

Il y a un problème de la représentation de ces patients : ils sont très mal reçus et très mal perçus. Il y a une méconnaissance de la pathologie addictive.

Le problème, ce n'est pas le traitement mais ce qui gravite autour. Il faut arriver à questionner leur mode de vie, logement, travail, les sous, la justice, la vie familiale, les prendre dans leur globalité.

Il faut les traiter comme les autres patients.

Je pense que la difficulté, c'est la relation et la confiance. C'est arriver à se mettre d'accord et à se trouver en confiance les uns les autres. En fait, c'est l'alliance thérapeutique, c'est ça qui est difficile, parce que parfois on ne sait pas à qui on a à faire. C'est des gens qui ont du mal à se confier et c'est dommage car ça peut être important d'arriver à comprendre comment ils fonctionnent, comment ils vivent leur vie, pour les accompagner au mieux.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

L'observance et les difficultés de prendre le traitement. Est ce qu'ils ont pris, pas pris, et s'il n'est pas pris, qu'est ce qui fait qu'il n'est pas pris. Ca rejoint la question de ce qui a été consommé depuis le dernier passage à la pharmacie. Demander s'il y a des problèmes de sollicitation, car on a beaucoup de gens qui prêtent, qui donnent leur traitement, savoir s'ils arrivent à garder leur traitement pour eux sans être mis en difficulté. Car des fois il y a des enjeux qu'on ne maîtrise pas, dans leur cercle familial ou amical, parce que des fois on a du mal à se rendre compte de ce que ça peut générer d'avoir un traitement de substitution.

Est ce qu'ils revendent leur traitement ? En fait, qu'est-ce qu'ils font de leur traitement ? Je leur pose pas directement comment ça, je demande d'abord s'il y a des difficultés avec le traitement, s'il y a des soucis financiers (aspect du quotidien), et s'il y a des soucis financiers, est-ce qu'ils sont amenés à revendre leur

traitement et/ou faire commerce de leur corps. Je pars du général pour aller au particulier, pour essayer d'avoir des réponses.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Efficacité tolérance, est-ce qu'il est bien stabilisé ou sous dosé. Problème de constipation, maux de tête, maux de ventre.

Est-ce qu'il a consommé d'autres choses ? Puis c'est aussi des questions plus générales : comment ça va en ce moment, est-ce que vous avez des problèmes, est-ce qu'on en parle ou pas ?

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Le guide de l'addictologie en pharmacie d'officine. Le traité d'addictologie clinique.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Communication entre professionnels à améliorer.

Annexe 22 : Réponse du médecin 3

Spécialité du médecin : généraliste

Nombre d'années d'expérience : 4 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge: 4

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Extrêmes différents en fonction des patients. J'ai deux patients adressés par un addictologue sous méthadone forte dose, ils sont très stables. Pas de besoins particuliers, à part le souhait de passer à la forme gélule parce que c'est plus simple pour eux mais il faut attendre un an. Le goût de la forme sirop n'est vraiment pas bon.

J'ai une autre patiente qui se sèvre toute seule sous buprénorphine, elle diminue d'elle-même et va bientôt arrêter.

Et l'autre patient suivi également par une de mes collègues est stable aussi.

La difficulté rencontrée est liée au rendez-vous à faire très régulièrement (14 jours).

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Savoir s'ils ont des symptômes de sevrage. Qu'est-ce qu'ils font dans ces cas-là ? Diminuer ou pas le traitement. L'objectif du traitement c'est le sevrage à relativement long terme.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

A quel moment de la journée ils prennent leur traitement ? Est-ce que la forme galénique leur pose des problèmes ? Avec quels aliments c'est mieux de prendre le médicament ? Parler de la biodisponibilité, ainsi que des signes de sevrage.

Qu'est-ce qui les gêne dans leur sevrage ?

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Pas de réponse.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Ce sont des patients déjà très bien encadrés. Après moi, j'ai peu d'expérience chez les patients avec lesquels ça se passe mal.

Très très règlementé voire trop, peut-être revoir la réglementation pour la méthadone, avoir un rendez-vous tous les 14 jours c'est très contraignant pour les patients, notamment ceux qui travaillent.

Annexe 23 : Réponse du médecin 4

Spécialité du médecin : Généraliste

Nombre d'années d'expérience du médecin : 25 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 10

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Difficulté à cadrer leur vie. Il faut être là en soutien, être à l'écoute. Ils ont des difficultés sociales. Il faut se poser la question de la psychopathologie, est-ce que c'est juste une addiction ou il y a une autre pathologie derrière (dépression, trouble de la personnalité...).

Besoin d'écoute, de cadre, d'accès à la santé. Il ne faut pas les prendre que pour leurs addictions mais dans leur santé à part entière, donc la place du médecin généraliste est très importante (prise en charge globale, mental et corps).

Dans les difficultés, il y a la question de la stigmatisation de ces patients, notamment le refus de délivrance de certaines pharmacies, mais également de certains médecins (refus des professionnels de santé de manière générale).

J'ai un patient qui était allé à Marseille pour son travail, il n'a pas trouvé de pharmacie voulant de lui : il a donc perdu son travail.

Difficultés pharmacologiques au niveau dentaire, métabolique et cardio vasculaire ainsi que des problèmes de iatrogénie.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

L'observance thérapeutique, si difficulté d'observance qu'est-ce qui pose problème (galénique fréquence de prise ...). Désstigmatisation, ramener le patient du côté de la santé et non pas du poids social qu'il représente.

Prise en charge globale du patient, insertion sociale globalement, vérifier que le patient connaît les aides disponibles, associations, ses droits.

Objectif favoriser le parcours de santé, vérifier, avec l'accord du patient, s'il y a un bon contact avec le médecin. Parler des associations médicamenteuses et des autres consommations du patient.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Objectif thérapeutique : démarche préventive, vaccination, réduction des risques.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Flyers d'information, revues, bases de données du médicament.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

L'espace de confidentialité me paraît très important, mais il ne faut pas qu'il soit associé qu'aux patients toxicomanes car ça renforcera le point de vue stigmatisant. Il faut que ce soit un endroit neutre, ou qu'on ne sache pas pour quels patients c'est. Travailler sur le refus de délivrance de certaines pharmacies. Améliorer le lien avec le confrère médecin, mais partager le secret médical ça peut poser questions et problèmes. Le Dossier Médical Partagé peut être une solution peut-être.

Annexe 24 : Réponse du médecin 5

Spécialité du médecin : Généraliste

Nombre d'années d'expérience : 10 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 10

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

La plupart sont en traitement depuis plusieurs années. Ils ont besoin de facilité pour prendre les rendez-vous, avoir un rendez-vous facilement toujours au même endroit. Beaucoup de patients sont stabilisés.

De temps en temps, on a des demandes d'urgence, ordonnance de dépannage pour des patients que l'on ne connaît pas, c'est pas facile à gérer.

Ils ont des difficultés d'accès aux soins ; ils sont souvent en affection longue durée (j'essaye de faire attention à ça) et bénéficient de la couverture maladie universelle.

Je prends aussi des nouveaux patients qui ont cette pathologie, car ça m'intéresse.

Il faut qu'ils aient accès à une pharmacie qu'ils connaissent, c'est très important.

Parfois, certains patients chevauchent quelques jours ; quand on les connaît bien, ça ne pose pas trop de problèmes.

J'ai eu un patient avec pas mal de chevauchements, que j'ai envoyé au CSAPA pour avoir l'avis d'un spécialiste.

Les patients qui prennent leur traitement depuis longtemps, on ne sait pas s'ils vont diminuer.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Faire quelque chose centré sur le patient.

Parler du mésusage (comment ? À quelle heure ?).

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Quand ils sont en retard comment font-ils?

Pour la Méthadone, les troubles du sommeil peuvent être un signe de syndrome de sevrage. S'ils ont surconsommés pourquoi, à cause d'une douleur ? Pour le Subutex®, souvent ils ne veulent pas du générique.

Parler de l'heure de prise du médicament.

Il est très souvent difficile de diminuer la posologie de ces médicaments. Ce sont des patients âgés ? Ils ont environ 50 ans.

Risque de surdosage si le patient re-consomme de l'héroïne en étant sous méthadone.

Consomment-ils toujours de l'héroïne ? Question importante des poly consommations.

Les éléments à évoquer lors de l'entretien vont dépendre du passé du patient.

Il est impossible, ou très difficile, de diminuer la dose du traitement, si le patient est encore sous d'autres médicaments, notamment des benzodiazépines.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Subutex® fiche info ANSM.

Mais ce sont des patients difficilement éduqués ; c'est très dur de leur demander des suivis biologiques.

J'ai des patients délinquants ou qui ont fait de la prison (début de la consommation de l'héroïne).

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Globalement je trouve le système actuel suffisant.

Le dossier médical partagé est très intéressant pour éviter le nomadisme médical et pharmaceutique.

Le problème c'est que les patients qui font du nomadisme vont le connaître et refuser de le créer.

Question de la délivrance, voir un patient tous les 28 jours, ça fait beaucoup, pas toujours facile, suivi biologique difficile, toutes les semaines ou 14 jours très contraignant.

Annexe 25 : Réponse du médecin 6

Spécialité du médecin : Généraliste

Nombre d'années d'expérience : 30 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 6

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Difficulté à s'insérer dans un suivi de médecine un peu complexe avec beaucoup de pluridisciplinarité. Arriver à rentrer dans une maladie chronique.

Les difficultés pour le médecin, c'est d'avoir des consultations au long court avec des premières consultations longues et savoir s'adapter à ce type de patient.

Il faut que les patients arrivent à se poser dans leurs soins. La prise en charge globale des soins est très importante (pluridisciplinarité). Il faut prévenir le patient que c'est une temporalité longue les addictions.

C'est des patients, qui ont des difficultés pour prendre des rendez-vous. Il y a également une prise en charge sociale importante avec accès aux droits sociaux.

Accompagnement dans un protocole de comment sortir de la dépendance, très souvent il y a une consultation psychiatrique et /ou psychologique.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Arriver à faire adhérer le patient à un projet de santé avec un médecin coordinateur d'un projet pluridisciplinaire qui va être long. Pas que de la médecine, d'autres aspects à prendre en compte (professionnel, familial, social...).

Arriver à répondre à la demande du patient, ce qui compte c'est la demande initiale du patient.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Balayer tous les champs : socio- professionnel, familial, vie affective...

Parler des comorbidités (psy, autres consommations, risque sexuel, infectieux, somatique...).

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Formation complémentaire sur cette pathologie.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

J'attache beaucoup d'importance, aux binômes pharmacien/ médecin. Ca s'améliore avec les années, notamment avec les échanges téléphoniques, mais je pense qu'il serait très intéressant de mettre en place une concertation conjointe annuelle pharmacien / médecin autour de ces patients.

Certains médecins et pharmaciens refusent encore ce type de patients.

Annexe 26 : Réponse du médecin 7

Spécialité du médecin : Généraliste

Nombre d'années d'expérience : 17 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 1

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Leurs besoins : ils viennent chercher un papier, j'ai vraiment l'impression de donner un papier. Ils ont clairement un besoin administratif, très contraignant pour les patients que je suis, car ils ne travaillent pas forcément tout le temps sur Angers.

Les difficultés pour un patient, c'est la gestion du temps et des problématiques de chevauchements quelquefois. J'en ai d'autres pour qui c'était le respect des doses, la difficulté avec de la surconsommation. J'ai eu beaucoup de mensonges pour justifier leur surconsommation (boîtes volées, perdues, dans le cercueil de la grand-mère). Je n'ai jamais la certitude qu'on soit dans un usage correct. J'ai toujours la crainte que derrière il y a des dérives avec de la revente.

Il n'y a pas de volonté de diminution des doses, c'est comme ça, c'est acquis, ça bouge pas et il n'y pas d'amélioration à long terme. J'aborde très souvent quand est- ce qu'on diminue les doses mais il n'y a pas de remise en question. Ils sont dans une habitude de prise et il n'y a pas de changement.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

L'objectif pour moi, ce serait un sevrage, mettre en place des entretiens motivationnels pour arriver à diminuer les doses, est-ce qu'il y a une évolution. Respect des ordonnances et de la réglementation, ne pas venir plusieurs jours en avance.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Parler des émotions, quels sont les liens entre le traitement et les émotions. A quoi leur sert leur traitement finalement, à quoi ça vous sert, pourquoi vous le prenez (stress, irritabilité...) Qu'est-ce qui peut changer dans la vie ou le quotidien pour permettre une diminution de dose et pour avancer, est-ce que c'est un problème professionnel, privé, émotionnel (gestion des émotions, de frustration...).

Est-ce qu'il y a eu des événements depuis la dernière fois qu'on les a vus ? Parler de leur vie personnelle : est-ce qu'il y a eu des événements intercurrents, est-ce qu'il y a une stabilité dans le travail ?

En apprendre plus sur eux pour comprendre pourquoi ça avance pas plus que ça.

Parler de leurs projets, de leur motivation pour arrêter ou diminuer, rejoint l'entretien motivationnel, ça pourrait se rapprocher de la question minimaliste du tabac : avez-vous envie de diminuer ? Je pense que régulièrement c'est bien de poser cette question « où en est votre motivation de diminuer ? ».

Un entretien annuel c'est pas mal, à adapter en fonction des chevauchements ou des dérives du patient.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Pas de réponse.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Ce qui me vient à l'esprit, c'est la confidentialité, au comptoir ce n'est pas facile à aborder, se débrouiller pour avoir un seul et même interlocuteur ça serait plus simple pour se confier pour le patient.

Annexe 27 : Réponse du médecin 8

Spécialité du médecin : Généraliste avec une spécialité en addictologie travaillant en CSAPA

Nombre d'années d'expérience : 3 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 30

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Le 1^{er} besoin, c'est d'avoir un traitement qui les soulage, le traitement de substitution, c'est la première de leurs demandes. Après dans les besoins qui arrivent, c'est souvent des besoins sociaux : demande de logement ou des remises de droits (sécurité sociale, couverture maladie universelle, revenu de solidarité active, chômage...) remise à l'emploi, sur les premiers besoins c'est ça.

Les difficultés c'est qu'on est un peu dans la pathologie du maintenant et du tout tout de suite. Le traitement va répondre à un besoin primaire de ne plus être en manque, on va être sur l'instant T, où ils ont besoin du traitement, mais le lendemain ils n'en ont peut-être plus besoin, donc c'est cette continuité qui peut être un peu difficile.

La temporalité n'est pas forcément facile non plus pour tous les patients ; la prise de rendez-vous (rentrer dans le cadre ça peut être difficile) avec le médecin, l'infirmier, les travailleurs sociaux, ça peut être compliqué ; l'horaire peut être compliqué pour certains. C'est notamment la principale difficulté (respect du cadre) en médecine générale ; si on a 15 min pour le rendez-vous et si la personne arrive avec 30 min de retard, on ne peut plus la recevoir, d'où un problème si le patient attend d'être reçu pour avoir son traitement. Au CSAPA, c'est plus facile de gérer ces problèmes de cadre et temporalité.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Ce qui serait intéressant de rechercher avec les patients qui viennent en officine, ça serait de parler des autres addictions et de les repérer, en fait d'aider les soignants sur le repérage d'autres addictions (tabac, mésusage de benzodiazépines ...), car souvent quand on est dans une routine on ne voit qu'à travers le prisme des TSO mais il y a parfois d'autres choses à coter.

L'autre point, ça peut être les pratiques d'injection, qui peuvent aussi être détaillées en officine, faire de la RDR, échanger avec le patient, car c'est lui qui connaît le mieux ses pratiques.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Parler du mesurage, du détournement c'est aussi le rôle du pharmacien, mais il ne faut pas trop aller là-dedans parce qu'on risque d'être dans le contrôle. Si on essaye d'avoir un entretien qui soit le plus naturel et le plus soignant, il faut éviter d'être dans le contrôle du type sécu « là vous avez pris une boîte de plus ». C'est dommage parce qu'on perd le patient.

Ce qui peut être intéressant, c'est de pouvoir faire comprendre qu'on peut ouvrir la porte (que le patient puisse être reçu en entretien par un pharmacien s'il le souhaite pour parler) mais ne pas forcément faire un entretien systématique et ne pas être trop interrogateur, nous ça marche pas non plus quand on est trop interrogateur, le risque c'est que patient se ferme.

Ils ont aussi le sentiment d'être stigmatisés / catégorisés

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Sites internet du RESPADD, de intervenir addiction, flyers du centre spécialisé ALIA, Narcotiques Anonymes...

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Remettre en place le délai de carence, pour permettre une délivrance aux comprimés près, pour la buprénorphine.

Annexe 28 : Réponse du médecin 9

Spécialité du médecin : Addictologue travaillant en CSAPA

Nombre d'années d'expérience : 16 ans

Nombre de patients sous TSO : environ 40

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Démarche de ne plus prendre d'héroïne, ou du moins, de diminuer cette consommation c'est déjà deux objectifs différents. Au début, ils ne se rendent pas compte que le *craving* va être difficile à gérer, ils pensent surtout que c'est la dépendance physique qui est la plus dure.

L'intérêt du TSO, c'est sur la prise en charge au long cours ; on va d'abord augmenter progressivement les doses pour arriver à un palier où le patient est stable puis on va diminuer. C'est un travail de longue haleine.

Les patients ont du mal à s'engager dans un protocole de soins qui va être long. Le cadre de délivrance de la méthadone est assez difficile pour les patients, ils doivent venir tous les jours, les 15 premiers jours, car c'est l'étape d'augmentation de dose avec un risque d'overdose.

Cette prise en charge est faite par une équipe pluridisciplinaire, avec notamment un accompagnement social important.

La première urgence, c'est de ne plus avoir le *craving*, puis ensuite il y a un accompagnement social et psychologique.

Difficulté d'accroche au début du traitement et du cadre de délivrance. Certains patients acceptent le cadre, mais cherchent les limites (ne viennent pas le bon jour, pas à la bonne heure...). Ils reproduisent un comportement de la personne addict, ils sont dans une demande immédiate, tout tout de suite. Il y a un travail d'éducation thérapeutique à faire.

Autre difficulté de ces patients, c'est la continuité de la prise d'héroïne / autres opiacés. S'ils arrivent à diminuer les mélanges, on va également diminuer le risque d'overdose. Revoir comment ils prennent leur traitement.

La représentation souvent négative de la personne addict à l'officine est une autre difficulté de ces patients.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Objectif d'accompagner la personne de manière générale. Notamment faire de l'éducation thérapeutique et maintenir l'alliance thérapeutique.

Autre objectif : bon usage du médicament et interaction médicamenteuse.

La confidentialité me semble très importante à respecter.

Le suivi du traitement est aussi important : dépister les signes de surdosage (sommolence inhabituelle) signes de sevrage et connaître le *craving*.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Interaction médicamenteuse (antirétroviraux, naltrexone...), rappel des modes de prise du médicament, gestion de la douleur (tolérance à la douleur plus faible pour ces patients) bien connaître la prise en charge de la douleur chez ces patients et les orienter vers leur médecin, mésusage (*snifing* perte d'efficacité et risque pour le poumon).

Lien étroit entre médecin et pharmacien très important, parfois le patient essaye de cliver cette relation.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Pas de réponse.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Dans la réalité, les patients consomment encore très souvent d'autres drogues. Je pense que le pharmacien a une place importante pour donner des messages de prévention sur la réduction des risques, qu'ils soient infectieux ou overdose avec des mélanges. Le pharmacien peut aussi discuter des autres consommations du patient.

Annexe 29 : Réponse du médecin 10

Spécialité du médecin : Généraliste

Nombre d'années d'expérience : 9 ans

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 4

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Les histoires personnelles derrière sont toutes différentes.

Ils ont une certaine fragilité. Parfois, ils peuvent vous arnaquer pour avoir plus de traitement (mensonges, ordonnances perdues) Parfois revente du traitement par les patients qui ont des difficultés financières.

L'une de mes patientes n'a pas d'assurance, c'est difficile pour elle. Un autre a des problèmes de co addiction (alcool, cocaïne...).

Ce qui est difficile en tant que médecin généraliste, c'est de pas occulter le reste, ne pas que se focaliser sur l'addiction, mais aussi s'occuper de leurs autres problèmes de santé.

Certains médecins et pharmaciens refusent de prendre en charge ces patients.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Prise du médicament pas toujours bien faite. Rappeler les bonnes modalités de prise du traitement. Parler également de la diminution de posologie avec le patient.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Rappeler les règles de délivrance de ces médicaments.

Notion de confidentialité très importante. Ils ont la crainte de se voir refuser la délivrance de leur médicament.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Pas de réponse.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Confidentialité, conseil au médecin des différents dosages existants pour la diminution de posologie.

Formation complémentaire sur cette pathologie.

Annexe 30 : Réponse de l'infirmière 1

Nombre d'années d'expérience infirmière : 7 ans, travaille à ALIA

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 80

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Ma principale mission, c'est la délivrance de la méthadone. Délivrance quotidienne au début, puis augmentation progressive de la dose sous surveillance, cela permet de se connaître. On ne veut pas que la délivrance soit un frein supplémentaire, donc on fait au mieux pour les rendez-vous et les délivrances.

Accueil des nouvelles demandes : ils veulent de l'écoute. J'interviens également au CARUUD, réduction des risques, distribution de matériels stériles, premiers soins, dépistage...

Le but d'ALIA, c'est d'être un tremplin, un relais vers d'autres structures (médecins généralistes).

Ils ont besoin de confiance, il ne faut pas leur mettre de pression, ne pas les juger, pas de moral, besoin d'aller à leur rythme, s'intéresser à leurs consommations, ne pas hésiter à parler de leurs consommations.

Il faut les écouter, car ils sont experts.

Pas simple de se mettre à leur place.

Ils sont dans la précarité, ils ont souvent connu la violence, la loi du plus fort. Il peut y avoir de l'agressivité, difficulté avec les règles de délivrance ; ils veulent tout, tout de suite, maintenant et pas plus tard.

Ils ont aussi beaucoup de comorbidités psy, ainsi que des problèmes sociaux et pour certains, des problèmes judiciaires.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Travailler en équipe, en réseaux, médecin/ pharmacien /patients /ALIA.

Savoir comment ils prennent leurs traitements, ne pas juger, parler des consommations.

Ils sont paranoïaques, persécutés, stigmatisés ; l'entretien peut permettre de trouver une forme de confiance.

Il faut s'adapter à leur univers. Pourquoi ne pas proposer un programme d'échanges de seringues ?

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Evoquer l'existence d'autres structures (ALIA, CAARUD...).

Parler des autres consommations, comment il prend son traitement. Oser poser des questions. Parler de la réduction des risques.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Guide pratique réduction des risques. Guide pratique jeunes consommateurs. Guide programme d'échange de seringues.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Ça ne se passe pas trop mal, souvent c'est une relation neutre entre le pharmacien et le patient, je pense que ça pourrait s'améliorer.

Annexe 31 : Réponse de l'infirmière 2

Nombre d'années d'expérience : 2 ans, travaille au centre spécialisé ALIA

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 30

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

Problème de désert médical à Saumur.

Besoin d'avoir un traitement, première demande quand ils viennent ici. Ce n'est pas un besoin qu'ils vont exprimer, mais nous on le sait, c'est un besoin de prise en charge globale pluridisciplinaire (infirmière, médecin, assistante sociale, psychologue...). S'il n'y a que le médicament et pas cet accompagnement psychosocial, ça ne va pas aller.

Beaucoup de précarité sociale ici, ils ont une forte demande d'aide sociale. Difficulté pour venir ici, car la plupart ne sont pas véhiculés, et certains ont des difficultés financières, donc pas facile même pour venir en bus. Autre difficulté, pour certaines personnes venir tous les jours, les 14 premiers jours de traitement pour la délivrance quotidienne à ALIA.

Sentiment d'être jugés par le pharmacien, avec refus de délivrance parfois.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

Savoir s'ils continuent de consommer à côté de leur traitement. Si oui lesquels, dans quelles circonstances (régulièrement ? occasionnellement ? festive ?) Réduction de risques généraux (infectieux, overdose ...), connaissez-vous les mesures et/ ou outils disponibles, risque également overdose (médicament de substitution plus autre produit).

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Ça se rejoint avec la question précédente : réduction du risque de manière générale, autre conso...

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Flyer « comment prévenir les overdoses ».

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

Les usagers me parlent souvent de la confidentialité à l'officine et que celle-ci pourrait être grandement améliorée.

Le non-jugement par le pharmacien est aussi important, ils ont l'impression d'être étiquetés « drogués », avec des pharmaciens qui refusent de les prendre en charge.

Important d'être bienveillant.

Annexe 32 : Réponse de l'assistante de service social

Nombre d'années d'expérience : 1 an assistante social au sein d'ALIA

Nombre de patients sous TSO pris en charge : 100 patients sur 3 sites

Questions de l'entretien :

1) Quels sont les besoins et les difficultés de ces patients ?

C'est un public en grande précarité, qui n'a pas toujours de droits sociaux. Ils ont des difficultés avec la ponctualité et la temporalité.

Parmi eux, il y a aussi des personnes qui travaillent et qui sont insérés socialement. Ils manquent de confiance en eux, sentiment de honte, c'est pour ça que le premier contact doit être dans l'écoute, sans jugement ; il faut créer un lien avec eux.

Ils sont coupés du monde ; ils sont dans leurs réseaux à eux.

Ils ont besoin d'une écoute active, d'un accès aux droits sociaux et de réapprendre à prendre soin d'eux.

Quand ils viennent à ALIA, ils se réengagent dans un processus de soins, ça leur demande une certaine volonté.

2) Pour vous, quels devraient être les objectifs principaux de ces entretiens ?

L'objectif devrait être de créer un lien avec eux, instaurer une relation de confiance. Il ne faut pas avoir d'idées préconçues, ne pas les stigmatiser davantage. C'est s'autoriser une première rencontre.

3) Selon vous, quels seraient les points importants à évoquer lors de l'entretien pharmaceutique avec ces patients ?

Faire le point avec eux sur leurs droits sociaux (couverture maladie universelle, mutuelle, carte vitale...) les aider si besoin pour leurs démarches. Les questionner sur comment ils prennent leur traitement, savoir comment ça se passe, s'ils ont des horaires de travail particuliers (travail de nuit ...).

S'intéresser à la sphère familiale (où rangent-ils leurs comprimés et savent-ils que leurs médicaments peuvent être très dangereux pour les enfants) et professionnelle. Parler de leurs autres consommations.

Je pense que cet entretien est l'occasion de s'intéresser à eux d'une manière générale.

4) Quels outils ou référentiels seraient utiles selon vous ?

Flyer méthadone, fascicule « comment prévenir les overdoses », guide sur la méthadone.

5) Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'officine ?

En discutant avec des médecins, il y a un souci de formation des pharmaciens et des médecins.

Le travail en partenariat me paraît très important. Et il y a encore malheureusement des médecins et des pharmaciens qui refusent, ou font comprendre aux patients, qu'ils ne sont pas les bienvenus.

Annexe 33 : Version n°1 du questionnaire de l'entretien pharmaceutique TSO

Première version du questionnaire d'entretien pharmaceutique pour les patients en traitement de substitution aux opioïdes (TSO) :

Durée 15/30 min

Nom :

Date de l'entretien :

Prénom :

Age :

Nom et posologie du TSO :

Buprénorphine :

Méthadone :

Buprénorphine/Naloxone :

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

I) Vie quotidienne

1) Comment allez-vous en ce moment ?

- Vivre avec un traitement de substitution

2) De quels problèmes souhaiteriez-vous que l'on parle éventuellement ensemble ?

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

3) Consommez-vous d'autres substances (tabac, alcool, héroïne, cannabis...) ?

- Modalités de consommation / mélange (risque overdose)
- Fréquence
- Connaissances des mesures de réduction du risque infectieux (stéribox, CAARUD, programme d'échange de seringues ...)

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

- Médicament dangereux pour les personnes naïves aux opioïdes en particulier les enfants

II) Histoire du patient :

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

- Origine de l'addiction
- Durée de traitement
- Changement de molécules et ou de posologies au cours de sa pathologie

III) Traitement :

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

- Principe du médicament
- Connaissance de la posologie prescrite
- Respect de celle-ci / si non pour quelles raisons

- Modalité de prise du médicament (voie orale, sublinguale, nasale, parentérale...)
- Connaissance des médicaments interdits avec son traitement

IV) Effets du traitement :

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

- Effets indésirables

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

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

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

V) Objectifs du patient

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

- Envie de diminuer la posologie
- Freins possibles de la diminution
- Projets personnels

VI) Fin de l'entretien

11) Que retenez-vous de notre entretien ?

12) Suite prévue de la prise en charge ?

Je reste à votre disposition

Annexe 34 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 1

« Ton questionnaire est bien mené, je n'ai pas de remarques particulières sur son contenu ; j'ai juste remarqué 2 fautes d'orthographe:

6) Connaissance des médicaments interditS avec son traitement

10) freins possibleS »

Annexe 35 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 4

« Bonjour,

Votre questionnaire est très bien bâti!

Peut-être rajouter le nom des princeps au début du questionnaire ?»

Annexe 36 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 7

« Bonjour,

Vous trouverez ci-joint le fichier word dans lequel j'ai noté en bleu mes suggestions qui consistent essentiellement en quelques précisions (subtilités ?) sémantiques et ai modifié quelque peu le rubricage des questions. »

Première version du questionnaire d'entretien pharmaceutique pour les patients en traitement de substitution aux opioïdes (TSO) :

Durée 15/30 min

Nom : Date de l'entretien :

Prénom :

Age :

Nom et posologie du TSO :

Buprénorphine : Méthadone : Buprénorphine/Naloxone :

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

I) Vie quotidienne

1) Comment allez-vous en ce moment ?

Vivre avec un traitement de substitution

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

Autres pathologies / **autres traitements** ?

Emploi ?

Logement ?

Entourage (famille...) ?

Difficultés financières ?

3) Consommez-vous d'autres substances (tabac, alcool, héroïne, cannabis...) ?

Modalité de consommation / mélange (risque overdose)

Fréquence

Connaissances des mesures de réduction du risque infectieux (stéribox, CAARUD, programme d'échange de seringues ...)

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

Médicament dangereux pour les personnes naïfs aux opioïdes en particulier les enfants

A mettre dans III)

II) Histoire du patient :

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

Origine de l'addiction ?

Durée de traitement ?

Changement de molécules et ou de posologie au cours de sa **pathologie prise en charge**
Interruption du traitement ?

III) Traitement :

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

Principe du médicament

Connaissance de la posologie prescrite

Respect de celle-ci / si non pour quelles raisons

Modalité de prise du médicament (voie orale, sublinguale, nasale, parentérale...)

Connaissance des médicaments **interdits contre-indiqués** (« interdit » à une connotation « policière », **CI plus médicale**) avec son traitement

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

Médicament dangereux pour les personnes naïfs aux opioïdes en particulier les enfants

IV) Effets du traitement :

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

Effets indésirables

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

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

9) Selon vous, quels sont les principaux signes d'une **overdose(?)** (Ou plutôt parler d'un **surdosage**) ? (inconscience, dépression respiratoire, contraction des pupilles...)

V) Objectifs du patient

10) Quels sont vos projets personnels ?

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

Envie de diminuer la posologie

Quels seraient les freins possible de à la diminution ?

VI) Fin de l'entretien

11) Que retenez-vous de notre entretien ?

12) Suite prévue de la prise en charge ?

Je reste à votre disposition

Annexe 37 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 11

« Bonjour,

En réponse à votre mail pour exposer votre version du questionnaire d'entretien pour les patients sous TSO, le document convient bien dans le cadre d'un éventuel entretien, il est concret et bien construit. Nous n'avons pas de remarque à ajouter. »

Annexe 38 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 12

« Le questionnaire me semble complet et bien tourné dans l'ensemble. Il y a juste la 2ème question qui est pour moi un peu péjorative "demander les problèmes", pourquoi ne pas plutôt demander quels sont les points qu'il aimerait aborder ou qu'est-ce qu'il attend de cet entretien?»

Annexe 39 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 13

« J'ai lu avec intérêt le questionnaire, le trouve concis et clair. En fonction des cas et des réponses, il y aura peut-être des questions qui s'ajouteront ».

Annexe 40 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le pharmacien 16

« Le questionnaire paraît pertinent, je proposerais une durée maximum d'un quart d'heure, au-delà le patient décroche. »

Annexe 41 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 3

« Bonjour,

Concernant le questionnaire:

-si on suit la totalité du questionnaire, consultation longue, au moins 30 min je pense.

-l'histoire de la maladie est à mon sens quelque chose à ne pas évoquer à chaque consultation mais plutôt initialement et à la limite de manière ponctuelle par la suite;

-je pense que la notion d'objectif du patient est importante à formuler. En effet cela permet de mettre en place une dynamique au cours des différentes consultations.

- la fréquence des comportements de manque/ de craving est je pense importante aussi à faire figurer peut - être plus explicitement dans le questionnaire. (Ça me paraît compliqué humainement de demander à un patient toxicomane s'il connaît les symptômes de manque/ surdosage : il les connaît bien mieux que moi)

- la question du rangement des médicaments est très intéressante ».

Annexe 42 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 4

« Bonjour

Question N°2 : Je trouve pertinent d'aborder la question des conditions de vie (emploi, famille..). Mais peut-être ne faudrait-il pas l'aborder par le biais d'un problème. Evoquer les ressources... ? Appuis ?
Eléments positifs ?

Question 5 : Faut-il compléter : traitement et addiction elle-même ?

Q7 : J'ai l'impression qu'à la question « éléments qui gênent », la réponse va aller autour des contraintes (stigmatisation, rigueur de la délivrance, consultations repérées...). Si vous visez les effets secondaires, pourquoi ne pas être plus explicite ?

Q supplémentaire : Vous paraît-il utile d'aborder la question de la prise en charge non pharmacologique ?

Du genre : En plus de votre médicament, pensez-vous utile de voir un psychologue ? Un addictologue ?

Ou : « est ce que ça vous fait du bien de parler avec votre médecin ? » ou « Que se passe-t-il pendant la consultation avec le médecin ? OU... « Et avec le pharmacien qui vous délivre votre traitement ? » ».

Annexe 43 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 5

« Bonjour

J'ai lu votre questionnaire

Cela me paraît bien, je ne vois pas de remarques particulières ».

Annexe 44 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 7

« Bonjour,

1/ vie quotidienne : l'enchaînement des questions est logique et naturel ; j'aime beaucoup la question ouverte numéro 2 "de quels problèmes..." On ne pense pas à demander où le patient range son traitement; outre le fait que c'est important en cas de présence de jeunes enfants, je trouve intéressant d'avoir cette notion du quotidien du patient.

2/ uniquement valable sur un premier entretien

3/ que pouvez-vous me dire sur votre traitement : ça permet de voir si le patient est au fait mais la manière de poser la question est scolaire et infantilisante je trouve; j'ai peur que le patient se sente pris en faute, en défaut de connaissance. A creuser

On retrouve le même problème en 4 : signes d'overdose, sous dosage.

Rien à dire pour 5 et 6!

C'est un guide pratique et rapide, qui maille toutes les problématiques. »

Annexe 45 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 8

« Bonjour

L'ensemble du questionnaire me semble adapté et intéressant.

Quelques suggestions de ma part:

- Sur la vie quotidienne question 2 : plutôt parler de difficultés et non de problèmes (moins quo noté négatif)
- 3) « Avez-vous consommé ou consommez-vous actuellement ?.... ? »
- Sur le traitement : 6) plus tourner la phrase pour valoriser le patient ; exemple « que pourriez-vous me dire pour que je puisse comprendre votre traitement ? »
- A la fin de l'entretien, ajouter une question plus ouverte type « quoi d'autre ? » « des choses à rajouter », « des éléments que nous n'avons pas abordés et qui vous tiennent à cœur ? » , etc.... ».

Annexe 46 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par le médecin 10

« Bonjour,

Je viens de lire votre guide d'entretien, qui me paraît très pertinent, la formulation par questions ouvertes avec une aide à la relance pour le pharmacien est bien adaptée.

Peut-être rajouter une partie sur le prescripteur, ou les prescripteurs comme c'est parfois le cas. Satisfaction quant à la relation médecin /patient? Est-ce qu'il y a des "dépannages" avec des médecins ponctuels, de garde ou autre?

Autre chose qui me vient en tête: information sur la procédure en cas de voyage à l'étranger, en fonction du pays (législation sur les opiacés qui peut être différente en fonction du pays). On n'est pas forcément très au courant de ça quand on est médecin.

Si risque manifeste d'overdose, peut-être rajouter pour le pharmacien, l'information sur la possibilité pour le patient d'obtenir de la naloxone en IM auto injectable (Prenoxad®) ou par voie nasale (Nalscue®) (où? comment? Comment s'en servir? Qui doit être formé à s'en servir dans l'entourage?). Je crois que ce n'est pas encore disponible en officine, mais ça peut être bien d'avoir une information sur le sujet par le pharmacien dans certains cas. Cf Prescrire.

Sinon dans la partie "consommez-vous d'autres substances", il faut je pense arriver à aborder les consommations de buprénorphine/méthadone au marché noir. Dans quelles circonstances? Pourquoi? Existence de mésusage par rapport à la voie d'administration? »

Annexe 47 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par l'infirmière 2

« Bonjour,

Point I :

1) vivre avec un TSO : je mettrais « rencontrez-vous des difficultés par rapport au TSO ? Si oui lesquelles et que pourrait-on mettre en place pour les atténuer ou les faire disparaître »

3) à la place de « consommez-vous d'autres substances » je mettrais : « où en êtes-vous de vos consommations en ce moment ? Quelles sont-elles ? »

4) je rajouterais Médicament MORTEL pour les enfants

Point II : je le mettrais avant le point

Point IV : je rajouterais un point sur l'antidote (Nalscue®, Prenoxad®...) en même temps que l'overdose

Point V : 10) freins possibles ou craintes

Voilà ce que je modifierais »

Annexe 48 : Evaluation du questionnaire de l'entretien par l'assistante de service social

« Bonjour,

Le questionnaire nous paraît très intéressant. »

Annexe 49 : Version n°2 du questionnaire de l'entretien pharmaceutique TSO

Questionnaire d'entretien pharmaceutique pour les patients en traitement de substitution aux opioïdes (TSO) :

Durée 15/30 min

Nom :

Date de l'entretien :

Prénom :

Age :

Nom et posologie du TSO :

Buprénorphine (Subutex®) :

Méthadone :

Buprénorphine/Naloxone (Suboxone®):

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

I) Vie quotidienne

1) Comment allez-vous en ce moment ?

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

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

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

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

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

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

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

II) Histoire du patient :

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

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

III) Traitement :

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

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

7) Comment êtes-vous soutenu psychologiquement ?

IV) Effets du médicament :

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

- Effets indésirables

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

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

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

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

V) Objectifs du patient

11) Quels sont vos projets personnels ?

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

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

VI) Fin de l'entretien


13) Que retenez-vous de notre entretien ?

14) Suite prévue de la prise en charge ?

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

Je reste à votre disposition

Annexe 50 : Tableau résumé de la loi 41, édité par l'Ordre des pharmaciens du Québec






ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC
Présent pour vous

LOI 41






NOUVELLES ACTIVITÉS DES PHARMACIENS

RÉSUMÉ DES RÈGLEMENTS






Ajuster – Modifier la forme, la posologie ou la quantité d'un médicament prescrit

-  **Éléments à inscrire au dossier du patient**⁽¹⁾
 - Ajustement effectué
 - Justification clinique
-  **Nécessaire de rédiger une ordonnance**⁽²⁾
-  **Remarque**
 - Aviser le patient de l'ajustement.





Ajuster – Modifier la dose d'un médicament afin d'atteindre les cibles thérapeutiques

-  **Conditions particulières**
Deux situations :
 - obtenir du médecin traitant les cibles thérapeutiques induisant les limites et les contre-indications, s'il y a lieu;**ou**
 - exercer dans un établissement au sens des lois⁽⁴⁾ ou au sein d'un groupe où l'équipe médicale partage ou utilise un même dossier patient lorsqu'il existe un plan de traitement médical.
-  **Éléments à inscrire au dossier du patient**⁽¹⁾
 - Ajustement effectué
 - Justification clinique
-  **Nécessaire de rédiger une ordonnance**⁽²⁾
-  **Information au médecin**⁽³⁾
 - Ajustement effectué
-  **Remarque**
 - Aviser le patient de l'ajustement.






Ajuster – Modifier la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité du patient

-  **Conditions particulières**
Ajuster, notamment aux fins de (d') :
 - diminuer les effets indésirables d'un médicament;
 - gérer les interactions médicamenteuses;
 - prévenir la défaillance d'un organe;
 - prendre en compte les fonctions rénales ou hépatiques du patient;
 - prendre en compte le poids du patient;
 - améliorer la tolérance du patient à la thérapie médicamenteuse;
 - corriger une erreur manifeste de dosage.
-  **Éléments à inscrire au dossier du patient**⁽¹⁾
 - Ajustement effectué
 - Justification clinique
-  **Nécessaire de rédiger une ordonnance**⁽²⁾
-  **Information au médecin**⁽³⁾
 - Ajustement effectué
-  **Remarque**
 - Aviser le patient de l'ajustement.

Prescrire et interpréter des analyses de laboratoire en établissement de santé

-  **Conditions particulières**
 - S'assurer que l'analyse n'est pas autrement disponible.
 - Prescrire aux fins du suivi de la thérapie médicamenteuse d'un patient admis, inscrit ou hébergé dans un tel centre.
-  **Éléments à inscrire au dossier du patient**⁽¹⁾
 - Motif de la prescription de l'analyse
 - Suivi donné
-  **Nécessaire de rédiger une ordonnance**⁽²⁾
-  **Remarque**
 - Assurer le suivi de l'analyse prescrite.

Prescrire une analyse de laboratoire en pharmacie communautaire

-  **Conditions particulières**
Prescrire aux fins de la surveillance de la thérapie médicamenteuse afin de (d') :
 - valider la présence d'effets indésirables connus reliés à la prise d'un médicament;
 - assurer le suivi des effets indésirables connus et des interactions médicamenteuses;
 - assurer le suivi de l'efficacité de la thérapie médicamenteuse.
 S'assurer qu'un résultat récent de cette analyse n'est pas autrement disponible.
-  **Éléments à inscrire au dossier du patient**⁽¹⁾
 - Motif de la prescription de l'analyse
 - Suivi donné
-  **Nécessaire de rédiger une ordonnance**⁽²⁾
-  **Information au médecin**⁽³⁾
Communication du résultat de l'analyse demandée au médecin traitant ou à l'IPS⁽⁵⁾ responsable du suivi clinique
-  **Remarques**
Analyses de laboratoire autorisées :
 - formule sanguine complète (FSC)
 - temps de prothrombine (PT) – RNI
 - créatinine
 - électrolytes
 - alanine transaminase (ALT)
 - créatinine-kinase (CK)
 - dosages sériques des médicaments
 - glycémie
 - hémoglobine glyquée (HbA_{1c})
 - bilan lipidique
 - hormone thyroïdienne (TSH)
 Diriger, le cas échéant, le patient vers la ressource appropriée à sa condition, avec le résultat de l'analyse.

(1) Le pharmacien inscrit toutes ses interventions au dossier du patient.
 (2) Selon le Règlement sur les ordonnances d'un pharmacien.
 (3) Le pharmacien utilise alors le formulaire de communication prévu à cet effet.
 (4) Un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cés (chapitre S-5).
 (5) IPS – infirmière praticienne spécialisée.
 (6) Gestionnaire reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 62 de la Loi sur l'assurance médicaments.
 (7) Le pharmacien utilise alors le formulaire prévu à cet effet.

Note : Si vous notez une différence entre le tableau résumé et la loi ou les règlements en vigueur, ces derniers prévalent en tout temps.

Prolonger l'ordonnance d'un médecin

- ✓ **Conditions particulières**
 - Prolonger une ordonnance afin que le traitement prescrit ne soit pas interrompu.
 - La durée de prolongation d'une ordonnance ne peut excéder la durée de validité de l'ordonnance initiale ou, si cette durée est supérieure à 1 an, elle ne peut excéder 1 an.
- 📁 **Éléments à inscrire au dossier du patient**⁽¹⁾
 - Acceptation ou refus de prolonger l'ordonnance
 - Justification clinique
 - Recommandation d'un suivi médical au patient
- 💬 **Nécessaire de rédiger une ordonnance**⁽²⁾
- 🩺 **Information au médecin**⁽³⁾
 - Prolongation effectuée
- ⚠️ **Remarque**
 - Recommander un suivi médical au patient.

Substituer au médicament prescrit, lors de rupture complète d'approvisionnement au Québec, un autre médicament de même sous-classe thérapeutique

- ✓ **Condition particulière**

S'assurer, avant de substituer, de ne pouvoir obtenir le médicament auprès de :

 - 2 pharmacies de la région et
 - 2 grossistes reconnus⁽⁴⁾
- 📁 **Éléments à inscrire au dossier du patient**⁽¹⁾
 - Démarches réalisées pour s'approvisionner
 - Substitution effectuée
 - Avis donné au patient
- 💬 **Nécessaire de rédiger une ordonnance**⁽²⁾
- 🩺 **Information au médecin**⁽³⁾
 - Substitution effectuée
- ⚠️ **Remarque**
 - Aviser le patient de la substitution.

Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis

- ✓ **Conditions particulières**

11 cas pour lesquels un pharmacien peut prescrire un médicament :

 - diarrhée du voyageur (traitement en cas de manifestation)
 - prophylaxie du paludisme
 - supplémentation vitaminique en périnatalité
 - nausées et vomissements liés à la grossesse
 - cessation tabagique (excluant la prescription de la varenicline et du bupropion)
 - contraception orale d'urgence (COU)
 - contraception hormonale à la suite d'une prescription de la COU, pour une durée initiale n'excédant pas 3 mois; l'ordonnance peut être prolongée pour une durée maximale de 3 mois
 - pédiculose
 - prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve
 - prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque
 - prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de la dexaméthasone ou du sildénafil)
- 📁 **Éléments à inscrire au dossier du patient**⁽¹⁾
 - Médicament prescrit
- 💬 **Nécessaire de rédiger une ordonnance**⁽²⁾

Prescrire un médicament pour une condition mineure (lorsque le diagnostic et le traitement sont connus)

- ✓ **Conditions particulières**

12 conditions mineures visées :

 - rhinite allergique
 - herpès labial
 - acné mineure (sans nodule ni pustule)
 - vaginite à levure
 - érythème fessier
 - dermatite atopique (eczéma) nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance faible à modérée
 - conjonctivite allergique
 - muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateurs corticostéroïdes
 - aphtes buccaux
 - dysménorrhée primaire
 - hémorroïdes
 - infection urinaire chez la femme

Le patient a déjà reçu un diagnostic pour cette condition et le médecin lui a prescrit un médicament.

ou
La condition du patient a déjà fait l'objet d'une évaluation par une IPS et cette dernière lui a prescrit un médicament.

Le médicament prescrit doit faire partie d'une classe de médicaments d'une puissance égale ou inférieure à celui prescrit par le médecin ou l'IPS.

- 📁 **Éléments à inscrire au dossier du patient**⁽¹⁾
 - Médicament prescrit
 - Justification clinique

- 💬 **Nécessaire de rédiger une ordonnance**⁽²⁾

- 🩺 **Information au médecin**⁽³⁾

Communication au médecin ou à l'IPS :

 - la condition mineure traitée
 - le nom intégral du médicament
 - la posologie, incluant la forme pharmaceutique, la concentration, s'il y a lieu, et le dosage
 - la durée du traitement et la quantité prescrite

- ⚠️ **Remarques**

Le pharmacien n'est pas autorisé à prescrire un médicament lorsque :

 1. le patient fait partie d'un sous-groupe de population dont la situation dépasse ses compétences;
 2. la condition mineure est accompagnée d'un des signaux d'alarme suivants :
 - un signe ou un symptôme récurrent ou persistant après le premier médicament prescrit par le pharmacien;
 - un signe ou un symptôme suggérant la présence d'une maladie chronique ou systémique non diagnostiquée;
 - un signe ou un symptôme laissant croire à un déclin ou à l'altération du fonctionnement d'un organe ou d'un système;
 - une réaction inhabituelle au médicament;
 3. les signes et symptômes ne lui permettent pas d'identifier clairement la condition mineure;
 4. pour l'infection urinaire chez la femme, plus de 12 mois se sont écoulés depuis le dernier traitement prescrit par le médecin ou l'IPS, ou la patiente a reçu 3 traitements pour cette condition au cours des 12 derniers mois;
 5. pour la dysménorrhée primaire et les hémorroïdes, plus de 2 années se sont écoulées depuis le dernier traitement prescrit par le médecin ou l'IPS;
 6. pour les autres conditions mineures, excluant l'infection urinaire chez la femme, la dysménorrhée et les hémorroïdes, plus de 4 années se sont écoulées depuis le dernier traitement prescrit par le médecin ou l'IPS.

Le pharmacien doit alors diriger le patient vers un médecin et inscrire les motifs justifiant cette décision sur un formulaire qu'il remet au patient.⁽⁷⁾

(1) Le pharmacien inscrit toutes ses interventions au dossier du patient.

(2) Selon le Règlement sur les ordonnances d'un pharmacien.

(3) Le pharmacien utilise alors le formulaire de communication prévu à cet effet.

(4) Un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les institutions csi (chapitre S-9).

(5) IPS – Infirmerie pratiquante spécialisée.

(6) Grossiste reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 62 de la Loi sur l'assurance médicaments.

(7) Le pharmacien utilise alors le formulaire prévu à cet effet.

Note : Si vous notez une différence entre le tableau ci-dessus et la loi ou les règlements en vigueur, ces derniers prévalent en tout temps.

PROVOOST Florian

Elaboration d'un entretien pharmaceutique pour les patients dépendants aux opioïdes : enquête auprès de différents professionnels

RÉSUMÉ

Actuellement en France 180 000 personnes sont concernées par une dépendance aux opioïdes et prennent un traitement de substitution. La dépendance est une pathologie chronique, d'évolution instable, parsemée de rechutes et d'angoisse pour le patient.

Un entretien pharmaceutique sur les traitements de substitution aux opioïdes permettrait d'améliorer la prise en charge de ces patients, en leur proposant un temps d'échange avec leur pharmacien, pour évoquer leurs difficultés, leurs objectifs thérapeutiques, leur traitement et leur pathologie.

L'objectif de ce travail est de créer, évaluer, améliorer et valider un questionnaire support, permettant aux pharmaciens d'officine de pouvoir réaliser un entretien pharmaceutique pour ces patients.

Une enquête réalisée auprès de 30 professionnels a permis de définir les besoins et les difficultés de ces patients, ainsi que les points à aborder lors d'un entretien pharmaceutique.

Lors de cette enquête il a semblé important pour les professionnels rencontrés de construire l'entretien pharmaceutique autour de différents axes : traitement, contexte social, projet de vie du patient, objectifs thérapeutiques, consommations associées et origine de la pathologie.

D'autres axes d'amélioration de la prise en charge de ces patients sont également envisageables comme une meilleure communication interprofessionnelle, un assouplissement de la réglementation des médicaments substitutifs, une meilleure accessibilité à la naloxone...

Enfin, une nouvelle organisation du métier semble primordiale pour pallier au manque de disponibilité des pharmaciens d'officine. La création d'un nouveau métier de « pharmacien conseil » pourrait être une proposition à explorer.

Mots-clés : entretien pharmaceutique, dépendance, addiction, opiacés, traitement de substitution aux opioïdes

Development of pharmaceutical interview for opioid dependent patients : survey of different professionals

ABSTRACT

Currently in France, 180 000 people are affected by opioid use disorder (OUD) and are taking substitution treatment.

Dependence is a chronic pathology with unstable progression, with relapses and patient anxiety.

An pharmaceutical interview on opioid substitution treatments (OST) would improve the management of these patients, by offering them a time to exchange with their pharmacist, to discuss their difficulties, their therapeutic objectives, their treatment and their pathology.

The objective of this work is to create, evaluate, improve and validate a support questionnaire, allowing pharmacists to conduct a pharmaceutical interview for opioid dependent patients.

A survey of 30 professionals (doctor, pharmacist, nurse and social service assistant) identified the needs and difficulties of these patients, as well as the points to be discussed during a pharmaceutical interview. During this survey, it seemed important for the professionals met to build the pharmaceutical interview around different axes: treatment, social context, patient's life project, therapeutic goals, associated consumptions and origin of the pathology.

Other areas for improving patients management are also possible, such as better interprofessional communication, more flexible regulation of substitutive drugs, better access to naloxone...

Finally, a new organization of the profession seems essential to compensate for the lack of availability of pharmacists. The creation of a new profession of "consulting pharmacist" could be a proposal to be explored.

Keywords : pharmaceutical interview, addiction, opiates, opioid substitution treatment