

**ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS**

**UNIVERSITÉ DE TOURS**

**FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »**

Année 2022

N° 5

**THÈSE D'EXERCICE**

**pour le**

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par

LAINE Paul

Né le 6 avril 1997 à Chambray-lès-Tours

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 FEVRIER 2022

**Problématiques liées à la pandémie de COVID-19 pour le traitement et le suivi des patients usagers de drogues en France et en pharmacie d'officine**

JURY

Président : Véronique MAUPOIL-DAVID, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie – TOURS

Membres : Pierre BREDELOUX, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie – TOURS

Eric DOUDET, Pharmacien d'Officine – TOURS

Philippe BOURGINE, Pharmacien d'Officine – LA RICHE

**ANNEE : 2021 - 2022**

**Directrice : Pr Véronique MAUPOIL**

**Directeur Adjoint : M. Hervé MARCHAIS**

**Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, M. Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Mme Audrey OUDIN**

**ENSEIGNANTS**

**12 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ**

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUESOCQUE-DELAIE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

**7 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS**

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAudeau	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistiques & ÉPIDÉMIologie
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAUT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

**2 PROFESSEURS ÉMERITES**

GUILLoteau	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHÉMATIQUES
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

**37 MAITRES DE CONFÉRENCES**

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIENE SANTE PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSION	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE
BOUVIN-PLY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
DELAIE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE

Mise à jour du 01/09/2021

JUSTE	Matthieu	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
LAJOIE	Laurie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MARCHAIS	Hervé	PHARMACIE GALENIQUE
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
OMBETTA-GOKA	Jean-Edouard	CHIMIE ORGANIQUE
UDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistiques & Épidémiologie
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

## 2 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
RESPAUD	Renaud	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE

## 2 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

## 1 ATER (Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche)

HILALI	Soukaïna	PHARMACOGNOSIE
--------	----------	----------------

## 1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

## 3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



## **SERMENT DE GALIEN**

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

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

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

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

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

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

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

*De coopérer avec les autres professionnels de santé ;*

*Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.*

## **Remerciements**

**A ma présidente de jury, Madame Véronique Maupoil-David,**

Pour avoir accepté de présider cette thèse, je tiens à vous adresser mon plus grand respect pour votre pédagogie et toute ma gratitude pour les connaissances que vous avez pu me transmettre au cours de vos enseignements.

**A mes directeurs de thèse,**

**A Monsieur Pierre Bredeloux,**

Pour avoir accepté de diriger mon travail, pour vos conseils et votre disponibilité. Je vous remercie sincèrement et respectueusement.

**A Monsieur Eric Doudet,**

Pour avoir accepté de co-diriger mon travail, pour avoir apporté votre regard officinal et votre participation dans la réalisation de mon enquête.

**A Monsieur Philippe Bourguine,**

Pour avoir accepté de vous rendre disponible pour juger mon travail et assister à ma soutenance, pour votre humour et pour m'avoir transmis les bases de l'officine.

**A Madame Louise Bertaux du CSAPA d'Orléans, Madame Anne-Sophie Chabin, et Madame Anne-Laure Caplan,**

Pour avoir rendu la réalisation de mon étude possible.

**A la Pharmacie Bourguine-Schneider, la Pharmacie Rigoreau et la Pharmacie Giraudeau,**

Pour m'avoir accueilli durant mes stages officinaux et transmis le goût du comptoir.

**A la Pharmacie du Centre** et sa titulaire, **Madame Sophie Bailly**, ainsi que son équipe, **Christophe Crouin, Valérie Bihan**, et mon co-stagiaire de 6ème année et ami **Jean Sadaka**,

Pour m'avoir appris mon métier avec une bienveillance sans faille malgré des circonstances difficiles.

**A ma chérie, Marie-Gaëlle,**

Pour ton amour, ta présence et ton soutien durant mes nombreuses entreprises.

**A ma famille, mes parents Jean-René et Anouk, à mon frère Simon,**

Pour votre amour et vos conseils dans les bons comme les mauvais moments.

**A ma grand-mère, Marie-Hélène, Docteur en pharmacie,**

Sans qui je ne serais jamais arrivé aussi loin, pour ta patience sans limite et ta pédagogie.

**A mon binôme, Antoni Le Cam,**

Pour avoir été présent durant toutes nos études à mes côtés et ce depuis le premier jour et avoir su me compléter.

**A Florent Laffineur,**

Pour avoir été un formidable ami et confident durant toutes ces années, malgré la distance.

**A tous mes amis**, rencontrés durant mes études et ailleurs, **Jean-Brieuc, Jason, Marie, Damien, James, Manon, Lilian** et tant d'autres,

Pour ces souvenirs inoubliables.

## Table des matières

Remerciements.....	5
I. Index.....	9
1) Liste des figures.....	9
2) Liste des tableaux.....	10
3) Liste des abréviations.....	11
Introduction et Objectif de la thèse .....	12
Première partie : Généralités sur l'addictologie et usages de drogues .....	13
I. Drogue et addiction .....	13
II. Usages de drogue .....	18
1) Etats des lieux des consommations.....	18
2) Profils des usagers de drogues.....	19
3) Place de l'héroïne et des autres opioïdes dans les usages de drogues.....	22
4) Les différents modes d'usages de drogues(1,14).....	26
5) Mortalité et morbidités liées à la consommation de drogues.....	28
6) Le coup social des drogues en France(19) .....	30
7) Etat des lieux du marché illicite.....	31
III. Soigner les addictions et prévenir les risques liés à la consommation : Les lieux de soin en addictologie .....	34
1) Secteur médico-social : CSAPA, CAARUD et des CJC .....	34
2) Secteur hospitalier(3,25).....	38
3) Prise en charge en ville .....	38
IV. Les médicaments de substitution aux opiacés et outils disponibles .....	40
1) Généralités et objectifs (27) .....	40
2) Cadre réglementaire des médicaments de substitution aux opiacés(29) .....	42
3) Médicaments de substitution aux opiacés disponibles(23,29,30).....	43
4) Hors AMM.....	47
5) Naloxone(32–35) .....	48
6) L'outil de réduction des risques en pharmacie : La Stéribox(38,39).....	49
Deuxième partie : Problématiques rencontrées lors de la pandémie de COVID-19 dans le cadre du suivi et du traitement des usagers de drogues .....	50
I. La maladie COVID-19 .....	50

1) Les coronavirus.....	50
2) Historique de la pandémie liée au SARS-CoV-2 .....	51
3) Physiopathologie et Symptômes des SARS et particulièrement du SARS-CoV-2(45–47) 51	
4) L’interdiction de déplacement en France(50–53) .....	53
II. Adaptation de la dispensation des médicaments stupéfiants.....	53
III. Evolution du marché illicite pendant la crise (20,57–61) .....	55
IV. Evolution des consommations pendant la crise (20,57–62).....	57
V. Evolution au niveau des centres CSAPA et CAARUD(57,58,63) .....	60
VI. Impact au niveau des officines de pharmacie(27,57,62,65,66) .....	63
VII. Un impact global(20,65) .....	69
Troisième partie : Enquête dans le but d’évaluer l’impact de la pandémie de COVID-19 sur des patients sous traitement de substitution aux opiacés.....	
I. Contexte et objectifs .....	71
II. Matériel et méthodes .....	71
III. Résultats.....	73
1) Préambule .....	73
2) Profil des patients .....	73
3) La prescription du patient et ses modifications.....	75
4) La prise en charge du patient pendant la pandémie .....	79
5) La réduction des risques en temps de crise.....	84
6) Les patients de l’étude vis-à-vis de la COVID-19 .....	85
IV. Discussion des résultats .....	85
Conclusion .....	92
Annexe 1 .....	94
Références bibliographiques.....	96



## I. Index

### 1) Liste des figures

<b>Figure 1 :</b> Chiffrés clés des usages de drogue en France (16) .....	20
<b>Figure 2 :</b> Les différentes catégories de substances opioïdes .....	24
<b>Figure 3 :</b> « Fréquence des modes d'usage selon les produits consommés par les usagers rencontrés dans les CAARUD » Modifié d'après (14).....	27
<b>Figure 4 :</b> « Caractéristiques socio-démographiques des patients dans les CSAPA, par groupe, 2017 »(1).....	36
<b>Figure 5 :</b> Contenu d'une Stéribox 2(38).....	49
<b>Figure 6 :</b> Commandes mensuelles de MSO de mars 2018 à mai 2020 par les pharmacies de ville(27) .....	65
<b>Figure 7 :</b> Evolution de la délivrance des traitements de la dépendance aux opiacés et des antalgiques de palier 3 du 2 mars au 11 novembre 2020 (Données EPIPHARE (66)) .....	66
<b>Figure 8 :</b> Récapitulatifs des classes thérapeutiques dont la consommation a le plus fortement évolué lors du premier confinement, à la mi-juillet et lors du deuxième confinement (le pourcentage correspond à l'écart de l'observé (données réelles) par rapport à l'attendu (estimé à partir des données de 2018 et 2019 à période équivalente et de celles du début de l'année 2020) (66).....	67
<b>Figure 9:</b> Lieu de vie des patients interrogés .....	74
<b>Figure 10:</b> Prescriptions des patients interrogés.....	75
<b>Figure 11:</b> Répartition des prescripteurs des traitements MSO.....	77
<b>Figure 12:</b> Modification de posologie des traitements MSO durant la crise sanitaire .....	78
<b>Figure 13:</b> Suivi à distance des patients lorsque les contacts physiques étaient limités	79
<b>Figure 14:</b> Envoi des ordonnances à la pharmacie d'officine.....	80
<b>Figure 15:</b> Utilité du pharmacien durant la crise sanitaire.....	81
<b>Figure 16 :</b> « Seriez-vous prêt à donner plus de place au pharmacien dans votre suivi médicamenteux ? ».....	82
<b>Figure 17 :</b> « Pensez-vous que votre pharmacien devrait pouvoir renouveler vos ordonnances de traitement en temps de crise ou si votre prescripteur habituel est indisponible ? ».....	82
<b>Figure 18 :</b> Impact de la crise sanitaire sur les consommations actuelles .....	83
<b>Figure 19 :</b> Rechutes dans d'anciennes consommations depuis mars 2020 .....	83

<b>Figure 20 : « Connaissez-vous la naloxone ? » .....</b>	<b>84</b>
--	-----------

## **2) Liste des tableaux**

<b>Tableau 1 : Cadre réglementaire des MSO d'après (29) .....</b>	<b>42</b>
---	-----------

<b>Tableau 2 : Prescriptions des patients interrogés (détail) .....</b>	<b>76</b>
---	-----------

### 3) Liste des abréviations

ARMSSA = Adaptation des Réponses Médico-Sociales et Sanitaires en Addictologie  
BHD = Buprénorphine  
CAARUD = Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues  
CSAPA = Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
CIM = Classification Statistique Internationale des Maladies  
CJC = Consultation Jeunes Consommateurs  
COVID-19 = Maladie à coronavirus 2019  
CUNEA = Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie  
DCI = Dénomination Commune Internationale  
ELSA = Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie  
INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
MDMA = MéthylèneDioxy-MéthylAmphétamine  
MSO = Médicaments de Substitution aux Opiacés  
NOS = Nouveaux opioïdes de synthèse  
NPS = Nouveaux produits de synthèse  
OFDT = Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies  
OMS = Organisation Mondiale de la Santé  
P2P = Peer-2-Peer  
PEC = Prise En Charge  
RDR = Réduction des Risques  
SARS-CoV = Coronavirus associé au Syndrome Respiratoire Aigu Sévère  
SCMR = Salles de Consommation à Moindre Risque  
SNC = Système Nerveux Central  
TAO = Traitements Agonistes Opiacés  
TSO = Traitements de Substitution aux Opiacés  
UDI = Usagers Drogues Injecteurs  
VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine  
VHC = Virus de l'Hépatite C

## **Introduction et Objectif de la thèse**

La crise sanitaire sans précédent liée à la pandémie de COVID-19 depuis début 2020 a entraîné un nombre important de perturbations et de changements d'organisation dans tous les domaines mais en particulier dans celui de la santé.

Nous avons choisi dans ce travail de nous concentrer uniquement sur les usages de drogues illicites, en particulier opiacées, et de leurs conséquences, pour éviter toute dispersion des objectifs.

Dans cette thèse l'objectif sera de rendre compte de manière d'abord bibliographique puis via une enquête de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les (ex)-usagers de drogues, en particulier sous traitement de substitution aux opiacés (TSO). Il sera objet de mesurer l'impact positif ou négatif de la crise au niveau de la prise en charge et le suivi de ces patients par chaque acteur du circuit de soin, tant au niveau de la prescription, de la délivrance et de leur TSO en pharmacie d'officine, qu'au niveau de la prévention des risques.

Dans une première partie nous reverrons les généralités sur l'addiction, ses mécanismes, les traitements existants et les protocoles de soin, ainsi qu'un état des lieux des usages de drogues. La deuxième partie traitera de la crise sanitaire en elle-même. Avec l'appui d'études, nous établirons un constat de l'étendu des éventuelles perturbations liées à la pandémie chez les usagers de drogue. La troisième et dernière partie portera sur une étude observationnelle réalisée chez des patients sous traitements de substitution aux opiacés, dans le but de connaître leur vécu pendant la crise sanitaire et de tirer des conclusions nécessaires en vue de l'amélioration de leur suivi en particulier par le pharmacien.

## Première partie : Généralités sur l'addictologie et usages de drogues

### I. Drogue et addiction

Le terme « drogue », ou plutôt le terme « psychotrope » désigne l'ensemble des composés ou substances psychoactives (chimiques ou naturelles), qui sont en mesure de perturber le système nerveux central, en modifiant les activités neuronales et/ou les communications interneuronales. Tous les psychotropes ne sont pas à l'origine d'addictions(1).

Lors de la consommation de ces substances, l'état de conscience est le plus souvent modifié. Dans le système nerveux central, les drogues affectent de nombreux circuits neuronaux dont le circuit de la récompense. Elles peuvent ainsi renforcer certains comportements et perturber l'humeur, les émotions, et être à l'origine d'une dépendance. C'est pourquoi ces substances sont réglementées telles que le tabac ou l'alcool, ou interdites (illicites) telles que le cannabis, la cocaïne ou l'héroïne.

L'addiction semble être une notion indissociable de l'usage de drogues.

Ainsi les addictions sont « des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères »(2). La dépendance désigne un symptôme de l'addiction.

L'addiction est un comportement qui permet la production de plaisir ou le soulagement d'une sensation de mal être. Elle est caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement ainsi que par sa poursuite malgré les conséquences délétères qu'il entraîne pour l'individu qui en souffre.

Lorsque l'addiction concerne la prise de substances chimiques psychoactives, on parlera de **troubles liés à l'usage de substances psychoactives**.

Il est cependant possible d'avoir un comportement ne correspondant pas à l'addiction malgré la consommation de substances psychoactives.

En pratique, pour parler d'addiction, 3 grands types de symptômes doivent être retrouvés chez l'individu :

- **Des symptômes comportementaux** : La consommation de la substance prendra une place de plus en plus importante dans la vie du sujet au détriment de sa vie sociale, professionnelle et affective. Ceci se traduit par une perte de contrôle progressive de l'usage du produit, associée à une impossibilité croissante d'arrêt ou de réduction de sa consommation, ainsi qu'à une envie irrépressible de réaliser sans cesse ce comportement : c'est le **craving**.
- **Des répercussions sociales et médicales** sur le long terme dans la vie du sujet. Les conséquences sociales seront nombreuses, allant progressivement vers un isolement toujours plus grand. Les substances psychoactives auront aussi des conséquences médicales spécifiques du type de substance consommée. Il est à noter que plus la perte de contrôle est importante plus les conséquences sociales et médicales le seront également.
- **Des symptômes pharmacologiques** : La prise de produit entraîne la mise en place de processus d'apprentissages pathologiques, via un mécanisme de tolérance. La survenue d'une **tolérance** aux effets du produit oblige ainsi l'individu à augmenter les doses consommées pour ressentir le même niveau d'effet. Nous observerons également l'apparition d'un **syndrome de sevrage** spécifique de la substance, qui survient en l'absence de renouvellement de prise de la substance, composé de symptômes négatifs qui renforcent la nécessité de consommer une nouvelle dose pour les soulager.

Pour diagnostiquer complètement un trouble lié à l'usage de substances psychoactives il faut que le médecin mette en évidence la présence de symptômes comportementaux, de répercussions sociales et médicales ainsi que la présence d'éventuelles symptômes pharmacologiques.(3)

Le DSM-5, ou manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, largement utilisé pour définir nombre de troubles psychiatriques, suggère un diagnostic des troubles liés à l'usage de substances en 11 critères qui sont les suivants :

- « Besoin impérieux et irréprouvable de consommer la substance (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances
- 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
- 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
- Activités réduites au profit de la consommation
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques »

L'analyse se fait en fonction du nombre de critères retrouvés, si 2 à 3 critères sont retrouvés, nous sommes dans le cas d'une addiction faible, si 4 à 5 critères sont retrouvés nous sommes dans le cas d'une addiction modérée, si 6 critères ou plus sont retrouvés nous sommes dans le cas d'une addiction sévère.(4-6)

Le Collège National Universitaire Des Enseignants d'Addictologie (CUNEA) considère qu'il ne faut pas utiliser le DSM-5 uniquement pour diagnostiquer les troubles liés à l'usage de substances. Il recommande d'utiliser la Classification statistique Internationale des Maladies de l'OMS (CIM-10)(7) dans laquelle on retrouve une définition claire de l'addiction sous une fiche qui regroupe les « Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS » valable jusqu'en 2022 (3,8).

Le CUNEA suggère également de diviser l'usage de substances psychoactives selon les différents modes d'usage, on distingue :

- Le non-usage, chez les personnes qui ne consomment pas la substance.
- L'usage simple, qui correspond à une consommation habituelle qui ne possède pas de caractère pathologique. Cet usage simple n'est défini que pour l'alcool (pratique culturelle). Il me semble cependant qu'il n'est pas pertinent de classer l'alcool dans une case différente des autres drogues, malgré son acceptation sociale importante.
- Le mésusage, qui comprend :
  - L'usage **à risque** qui correspond à une consommation qui présente des risques majoritairement aigus (accidents divers, overdoses sous différentes formes), ou secondaires à la consommation chronique. Il ne s'agit pas d'un trouble lié à l'usage de substances mais plutôt d'un facteur de risque.
  - L'usage **nocif défini** par une consommation « nocive pour la santé » qui porte à conséquences au niveau médical (somatique et psychiatrique) et, social sans arriver aux critères de la dépendance.
  - Enfin la **dépendance**, qui se définit par « l'impossibilité de s'abstenir de consommer »(3,9), qui met en évidence la perte de contrôle totale de l'usage.

Les usages qui correspondent aux troubles liés à l'usage de substance sont l'usage nocif et la dépendance.

Nous retrouverons ainsi 6 critères généraux qui permettent un diagnostic de dépendance selon la CIM :

1. « Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;



4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives »

Pour confirmer le diagnostic, il faut au moins que 3 des critères ci-dessus aient été présents durant l'année précédente.(3,8)

Toute prise en charge médicale du sujet souffrant d'addiction aura pour but un arrêt durable du mésusage. Il est aussi envisageable d'établir de prime abord une stratégie de réduction des prises, venant ainsi réduire les conséquences diverses et précédemment citées du mésusage. Cette réduction peut faire office de première étape du processus d'arrêt du mésusage.

## II. Usages de drogue

### 1) Etats des lieux des consommations

L'usage de drogues constitue un gigantesque enjeu de santé publique. Les enjeux se situent à plusieurs niveaux, au niveau médical pour la prévention des risques et le traitement des addictions d'une part et d'une autre part au niveau social et sanitaire. Pour commenter les perturbations liées à l'épidémie de COVID-19, il faut pouvoir connaître l'étendue de l'usage de substances addictives sur notre territoire.

Nous allons détailler quelques chiffres clés pour mesurer factuellement l'étendue des consommations en général, chiffres issus en grande partie du rapport de l'Observatoire français des drogues et des Toxicomanies (OFDT) de 2019 (10).

Dans la population générale, les **substances licites** sont sans surprise les plus consommées en France. L'expérimentation désigne pour l'INSEE un usage au moins une fois au cours de la vie. L'usage régulier désigne au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabagisme quotidien, ou 10 consommations de cannabis dans le mois(11). D'un point de vue de l'expérimentation et de l'usage régulier, les deux produits surreprésentés sont le tabac et l'alcool. Le tabac compte plus d'utilisateurs quotidiens (27% des adultes) que l'alcool mais la consommation d'alcool est une consommation très sociale, que ce soit chez les jeunes ou chez les adultes (au moins 1 usage dans l'année pour 87 % de personnes entre 18 et 75 ans et 78 % à 17 ans)(12).

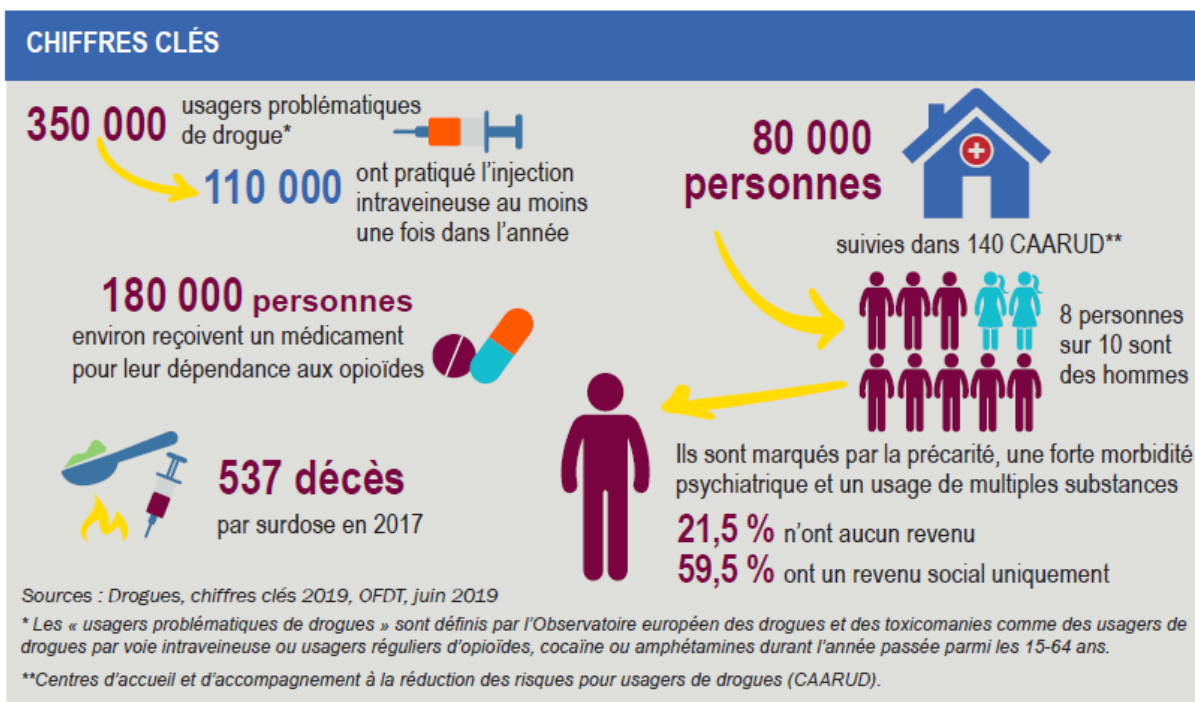
Si on s'intéresse aux **drogues illicites**, le cannabis est la substance la plus consommée. 45% de la population adulte l'a déjà expérimentée, avec 6% d'utilisateurs dans le dernier mois et 11% d'utilisateurs dans l'année passée(12). Loin derrière, nous pouvons retrouver la MDMA (pour MéthylèneDioxy-MéthylAmphétamine, plus connue sous le nom d'ecstasy) qui compte 5% d'expérimentateurs et la cocaïne qui compte 1,6% d'utilisateurs dans l'année passée. L'usage d'autres produits illicites tels que l'héroïne, et plus marginalement les produits de synthèse, restent beaucoup plus rares et ne représentent que quelques pourcents (moins de 3% de la population des jeunes adultes).

Pour ce qui est des **médicaments psychotropes** (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs), nous constatons un remboursement par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de 3,3 boîtes par an environ par habitant de plus de 20 ans.(13) Entre 2012 et 2017 les ventes ont légèrement baissées. Durant l'année 2017, 21% de la population adulte de plus de 15 ans a bénéficié d'un remboursement pour un médicament psychotrope sur l'année (15% anxiolytiques, 9% antidépresseurs, 6%% hypnotiques)(10). Dans la population des usagers de drogue visiteurs des CAARUD, en dehors des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) et du sulfate de morphine, les benzodiazépines constituent les médicaments les plus consommés (en augmentation depuis 2012). 36% déclarent avoir consommé un anxiolytique ou hypnotique dans le mois(14).

## 2) Profils des usagers de drogues

Nous pouvons compter 350 000 « usagers problématiques de drogues » sur le territoire français. Ce sont pour l'Observatoire européen des drogues « des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opioïdes cocaïne ou amphétamines durant l'année passée parmi les 15-64 ans »(15). Parmi ces 350 000 usagers, nous estimons à 110 000 le nombre de pratiquants de l'injection intraveineuse au cours de l'année.

Les rapports d'activité des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques (CAARUD), dont on expliquera le rôle par la suite, intégraient en 2016-2017 80 000 personnes suivies dans 151 CAARUD(16).



**Figure 1 : Chiffres clés des usages de drogue en France (16)**

Nous retrouvons dans le profil des usagers une grande majorité d'hommes (8 personnes sur 10). Ceux-ci vivent en grande partie dans des conditions de précarité, 21,5% sont sans revenus ou perçoivent uniquement un revenu social pour 59,5% d'entre eux(14). Cette précarité est doublée d'une forte morbidité psychiatrique. Selon l'étude ENa-CAARUD de 2015, les substances qui sont les plus utilisées par les usagers sur un mois donné sont les médicaments psychotropes (76 %), le cannabis (75 %) et l'alcool (71 %). Une alcoolisation ponctuelle importante quotidienne ou presque est déclarée pour près d'un tiers d'entre eux.

Similairement à la grande variété d'usage, le profil des usagers est extrêmement varié, allant d'usagers totalement insérés aux usagers précarisés. Selon l'OFDT, il en existe plusieurs catégories qui ne sont évidemment pas des « bulles » fermées.

Tout d'abord il y a les usagers de l'espace festif, en particulier dans la culture alternative techno. Les produits retrouvés sont l'alcool, le cannabis, et des produits avant tout stimulants (MDMA, cocaïne, amphétamines) et enfin, des hallucinogènes (kétamine, LSD). L'héroïne est plus rare mais est retrouvée sous forme inhalée. Les consommations réalisées en temps de fête peuvent avec l'âge dériver sur un espace plus privé, et des consommations à l'origine récréatives peuvent s'installer dans le quotidien, particulièrement dans le cas de produits hautement addictifs.

Ensuite les usagers précarisés représentent une bonne partie des consommateurs.

Nous retrouverons en premier lieu des usagers désocialisés classiques, en grand majorité des hommes de plus de 35 ans. Ceux-ci souffrent le plus souvent de comorbidités associées notamment à des troubles psychiatriques. Ils sont polyusagers mais restent limités par leur faible « pouvoir d'achat ». Nous pourrions ainsi constater une consommation tournée vers des produits peu chers, tels que les médicaments en général (détournés ou non) ou du crack souvent associé à l'alcool. Les produits plus chers tels que l'héroïne ou la cocaïne prennent une place plus rare. Cette population peut être potentiellement injectrice dans des conditions d'hygiène souvent dangereuses. S'ajoute à cette population une population plus jeune dite en errance, notamment urbaine, poly-consommatrice opportuniste et parfois reliée à l'espace festif alternatif. Ces jeunes majeurs et mineurs sont pour la plus grande majorité sans abris et ont perdu progressivement toute connexion familiale et institutionnelle.

Conséquence de notre histoire récente, nous pouvons remarquer une certaine population de migrants d'Europe centrale et orientale consommatrice de substances. Ce groupe d'usagers est originaire notamment des pays de l'ex-bloc de l'est et ont parfois débuté une consommation dans leur pays d'origine. Les substances retrouvées sont l'héroïne injectée, les amphétamines, la buprénorphine haut dosage (BHD), voir même la méthadone injectée (détournée donc de la voie d'administration normalement orale).

Ils vivent de manière tout aussi précaire que le groupe précédent, et leur parcours de soins en France est encore plus complexe de par la barrière de la langue et de leur marginalisation en général.

Enfin, il faut mentionner les patients en traitement de substitution, qui sont des anciens usagers ou toujours usagers. Ils sont à l'origine consommateurs d'opioïdes (héroïne ou polyconsommateurs d'opioïdes), souvent âgés de plus de 35 ans et sous traitement par médicaments de substitution aux opiacés depuis leur arrivée sur le marché et peuvent maintenir tout de même une consommation parallèle d'opioïdes considérée plus intéressante que leur MSO. Il arrive que certains poursuivent même l'injection en parallèle. Ils peuvent être victimes de co-dépendances fortes par exemple à l'alcool et à la cocaïne. Ces usagers sont sous suivi thérapeutique généralement et beaucoup prennent des anxiolytiques types benzodiazépines. Ils peuplent les files actives des structures de soins majeurs que nous détaillerons dans le troisième chapitre de cette première partie.

### **3) Place de l'héroïne et des autres opioïdes dans les usages de drogues**

La famille des opiacés regroupe toutes les molécules obtenues à partir de l'opium, qui est extrait du latex du pavot à opium, dont la molécule de référence : la morphine. Le terme opioïde servira à désigner toutes les substances non chimiquement apparentées à l'opium mais qui ont un effet similaire aux opiacés.

Les opiacés reproduisent les effets des peptides opioïdes endogènes à savoir les enképhalines, endorphines, dynorphines qui sont les agonistes physiologiques des récepteurs  $\delta$ ,  $\kappa$  et  $\mu$ . Ces neurotransmissions opioïdergiques contrôlent l'excitabilité neuronale, en la diminuant.

Les effets obtenus sur le système nerveux central (SNC) sont exploités en médecine à des visées principalement antalgiques et antitussives. En anesthésiologie, ils sont exploités pour leurs effets hypnotiques et aussi antalgiques en cas de chirurgie très douloureuse. Leurs propriétés psychotropes sont à l'origine d'un détournement de leur usage. En cas de mésusage, ces substances, en activant les récepteurs  $\mu$  du SNC, activent le circuit de la récompense. Cela produit une sensation de bien-être voire d'euphorie à l'origine d'un renforcement positif (i.e : une récompense) qui pousse l'individu à vouloir répéter à l'avenir ce comportement de consommation pour retrouver cette sensation plaisante.

Lorsque la consommation de ces substances se répète et devient chronique, le SNC s'adapte progressivement à la présence de la substance, ce qui aboutit à l'apparition d'une tolérance qui pousse l'individu à augmenter les doses administrées.

Enfin, chez les individus dépendants, lors des périodes d'arrêt de la consommation (volontaires ou non), ces mécanismes d'adaptation sont démasqués entraînant alors l'apparition d'un **syndrome de sevrage** systématique et très important. Les symptômes de ce syndrome de sevrage sont très inconfortables, il s'agit de nausées, vomissements, diarrhées, douleurs, anxiété, dépression, spasmes musculaires et crampes abdominales, lacrymations, rhinorrhée, agitation, insomnie couplée à une fatigue intense entre autres. Le délai d'apparition des symptômes dépend de la demi-vie de la substance consommée. L'apparition des symptômes est rapide pour l'héroïne, en général en 6 à 12h, augmentent jusqu'au 3<sup>ème</sup> jour et régressent en moins de 8 jours(17).

Il existe un **panel d'opioïdes** différents, avec une action agoniste entier, partielle, ou antagoniste sur un ou plusieurs des trois récepteurs précédemment cités. Nous parlerons alors d'agonistes entiers, partiels ou d'agoniste-antagonistes voire d'antagonistes suivant les molécules.

Ils ont plusieurs statuts en France, certains d'entre eux sont des substances illicites, d'autres des médicaments licites ayant pour indication le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux antalgiques de plus bas niveau (antalgiques de pallier 2 et 3), des médicaments de substitution aux opioïdes (buprénorphine haut dosage, méthadone), des traitements adjuvants utilisés comme aide au maintien de l'abstinence dans le cadre d'une toxicomanie aux opiacés ou chez les patients alcoolodépendants (naltrexone) et enfin des traitements d'urgence des surdosage en opioïdes (naloxone).

## a) Médicaments opioïdes(1)

Les médicaments opioïdes peuvent être détournés de leur usage, en particulier la BHD et les morphiniques. Les analgésiques opioïdes peuvent aussi être l'origine de dépendances, mais plutôt chez des malades qui souffrent de douleurs aiguës ou chroniques mal prise en charge (consommateurs de codéine, poudre d'opium, tramadol, et les puissants oxycodone et fentanyl). En France, 17,1% des assurés sociaux, ont bénéficié d'un remboursement pour des prescriptions d'antalgiques opioïdes en 2017. Ce pourcentage a doublé entre 2004 et 2017 avec la démocratisation de la prescription notamment de tramadol et d'oxycodone en dehors des protocoles liés au cancer. Cet usage de plus en plus important dans la population entraîne nécessairement des cas d'abus et de dépendance.

Opioïdes pharmaceutiques		Substances illicites
Analgésiques opioïdes faibles <sup>1</sup>	Codéine <sup>2</sup> (1/6) <sup>3</sup> Poudre d'opium Tramadol (1/5) <sup>3</sup>	Opium* et rachacha*
Analgésiques opioïdes forts <sup>1</sup>	Morphine et sulfate de morphine* Oxycodone* (x 2) <sup>3</sup> Fentanyl* (x 160 minimum) <sup>3</sup>	Héroïne* (x 2 à 3) <sup>3</sup> NPS opioïdes* dont dérivés du fentanyl (jusqu'à x 1000) <sup>3</sup>
Médicaments de substitution aux opioïdes	Méthadone* (x 10) <sup>3</sup> Buprénorphine haut dosage (BHD) (x 30) <sup>3</sup>	

*Opioïdes naturels, opioïdes semi-synthétiques, opioïdes synthétiques*  
 \* Opioïdes classés comme stupéfiants  
 1. Selon la classification OMS  
 2. La codéine est également utilisée comme antitussif.  
 3. Les mentions (1/a) et (x b) concernent la puissance antalgique par rapport à la morphine. Elles signifient que la substance est environ a fois moins puissante que la morphine ou b fois plus puissante.  
 Sources : OFDT, EMCDDA et Fédération nationale de lutte contre le cancer

**Figure 2 : Les différentes catégories de substances opioïdes**



## **b) L'héroïne(1,10)**

L'héroïne est la drogue de la classe des opiacés la plus recherchée et la drogue illicite à l'origine d'addictions fortes qui nécessiteront une prise en charge médicamenteuse. Elle est produite clandestinement à partir du pavot et de la morphine sous deux formes, à savoir sous forme de sel « blanc » ou de base « brune ». C'est un puissant agoniste entier des récepteurs  $\mu$  réputé pour procurer une sensation profonde de « flash », puis une extase et un bien-être important de quelques heures suivies d'une somnolence associée à la descente. Enfin, les premiers symptômes du manque reviennent. La dépendance physique au produit est puissante et l'utilisateur aura tendance à surconsommer pour retrouver la sensation de la prise initiale. Malheureusement ce surdosage peut-être à l'origine de dépressions respiratoires mortelles, le risque étant d'autant plus accentué en cas de poly-consommations associées (autres opiacés, benzodiazépines, alcool). En 2017, en France, la population adulte (entre 18 et 64 ans) comptait 500 000 expérimentateurs de l'héroïne, soit 1,3% de la population adulte et 0,7% des adolescents (entre 11 et 18 ans). Sur l'année 2015 et dans les CAARUD, 31% des visiteurs affirment avoir consommé de l'héroïne au cours du mois passé.

De nos jours, l'héroïne, plutôt chère, n'est parfois plus la base des consommations des usagers, qui la prennent plus de manière irrégulière pour casser la monotonie d'un traitement de substitution ou en fonction de leurs rentrées d'argent. La qualité et le prix du produit sur le marché illicite définiront sa place dans l'éventail des opioïdes consommés par l'utilisateur. La consommation de manière plus régulière concerne des usagers insérés socialement, notamment devenus usagers via l'espace festif.

### c) Nouveaux opioïdes de synthèse(1,10)

Parmi les opioïdes les plus détournés, les **nouveaux opioïdes de synthèse** faisant partie des **nouveaux produits de synthèse** se répandent de plus en plus selon les signalements sanitaires. 8 intoxications dont 2 décès ont été enregistrés entre 2012 et 2017 à la suite de consommation volontaire de dérivés non médicamenteux du fentanyl (qui est 160 fois plus puissant que la morphine). Furent aussi constatés des cas d'utilisation de ces produits pour couper l'héroïne, exposant les usagers à des risques de surdosage. Cependant, en comparaison à l'Amérique du Nord où le fentanyl et ses dérivés font des ravages dans tous les profils d'usagers, ces opioïdes restent pour le moment relativement marginaux en France, et concernent des usagers initiés et utilisateurs d'internet qui cherchent à se procurer des produits plus puissants.

### 4) Les différents modes d'usages de drogues(1,14)

L'héroïne est une bonne illustration des modes d'usages de drogues. En effet, elle peut être injectée, fumée ou sniffée, suivant l'effet recherché et le contexte.

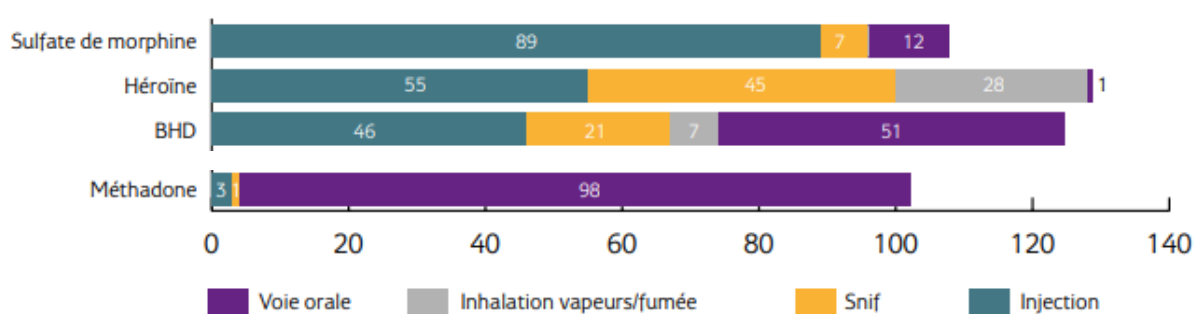
La voie d'administration intraveineuse comporte le plus de risque et est utilisée pour ressentir un effet immédiat et intense. C'est une voie destructrice pour les vaisseaux sanguins aux points d'injection et vectrice d'infections bactériennes et virales (Hépatite C et VIH notamment) en cas de partage du matériel et de mauvaise utilisation dans des lieux insalubres comme c'est souvent le cas malheureusement. Le nombre d'usagers injecteurs reste en réalité stable depuis les années 2000, bien que leur part en pourcentage dans l'ensemble des usagers de drogues peut sembler avoir diminué, ce n'est que le reflet de l'augmentation du nombre d'usagers de drogues illicites non injectées.

Environ 80000 injecteurs sont suivis en CSAPA, chiffre resté stable entre 2006 (86 000) et 2014 (81 000). L'injection est considérée comme un marqueur de précarité de l'usager. Selon l'OFDT, les autres produits les plus fréquemment injectés sont le sulfate de morphine Skenan® (35%) et la BHD (35%), et la cocaïne (44%).

L'héroïne, peut également être utilisée par voie nasale, c'est à dire sniffée, notamment dans un contexte festif. Le sniff répété de produit peut endommager les parois nasales et les muqueuses pulmonaires. C'est aussi une voie parfois vectrice d'infections virales. Les usagers sont susceptibles de moins percevoir la drogue comme un danger contrairement à l'injection, et s'imaginer à tort que la surdose n'est possible que par injection.

Les usagers peuvent aussi fumer l'héroïne en faisant la « chasse au dragon » qui consiste à chauffer par le dessous une goutte de substance qui sera déposée sur une feuille d'aluminium tout en inhalant les fumées produites.

Ci-dessous dans la figure 3, nous pouvons constater la répartition des voies d'administration en fonction des substances, dont les opiacés, dans les CAARUD. L'héroïne, est toujours majoritairement injectée, mais la BHD semble aussi être beaucoup détournée par voie injectable, de même que le sulfate de morphine. La méthadone quand elle est globalement normalement utilisée par voie orale.



Notes : Total supérieur à 100 %. Plusieurs voies peuvent être utilisées par un même usager. Le terme cocaïne basée inclut la cocaïne achetée sous forme déjà basée (crack) et la cocaïne-poudre basée après achat. Concernant la BHD, le terme « voie orale » doit s'entendre comme « voie sublinguale ».  
Source : ENa-CAARUD 2015, OFDT

**Figure 3 :** « Fréquence des modes d'usage selon les produits consommés par les usagers rencontrés dans les CAARUD » Modifié d'après (14)

## 5) Mortalité et morbidités liées à la consommation de drogues

La consommation de drogue apporte son lot de conséquences négatives à court et à moyen terme sur la santé, et particulièrement sur les cas d'usages problématiques.

Les conséquences sont dépendantes d'un certain nombre de facteurs tels que les modes de consommation, le produit en lui-même et sa toxicité intrinsèque, la sensibilité de l'individu.

En premier lieu, intéressons-nous aux chiffres liés à la mortalité par intoxication aigue.

En 2017, 537 décès par surdose ont été signalés, dont 432 liés aux médicaments et aux substances et 105 liés à une intoxication aux antalgiques.

Parmi ces 423 cas, les opioïdes ont été responsables de 78% des décès par surdose en 2017, dont 25% imputables à l'héroïne et 45% aux MSO. 31% des décès concernent un polyusage. (Note : La cocaïne représente 26% des cas, 6% pour le cannabis et le reste est partagé par la MDMA et les amphétamines). 23% des passages aux urgences concernent l'usage de drogue en 2015.

Parmi les 105 décès imputables aux antalgiques, nous retrouvons fréquemment pour les paliers 2, le tramadol et la codéine, et pour les paliers 3, la morphine et l'oxycodone principalement. Le registre général des causes de décès dénombre en 2015 373 décès liés aux intoxication aiguës par les stupéfiants (10) (basé sur une étude du CEIP-A de Grenoble).

L'OFDT considère que le nombre de décès se stabilise depuis une dizaine d'années, mais malheureusement les chiffres sont biaisés car énormément de décès sont déclarés comme inclassables, de « cause inconnue », à la suite d'une analyse toxicologique non systématiquement réalisée. Nous pouvons également apprendre que « Les hommes suivis en CSAPA ou en CAARUD pour usage de substances illicites (hors cannabis) ou de médicaments opioïdes ont un risque global de décès 5,6 fois plus élevé que les autres hommes de même âge. Pour les femmes, le risque de décès est multiplié par 18,5. L'âge moyen de survenue du décès est de 43,6 ans »(18).

Si nous nous intéressons à la morbidité liée à la consommation de drogues les infections virales arrivent en premier.

Pour ce qui est des chiffres, nous pouvons constater en 2011 parmi les usagers de drogues injecteurs (UDI), une prévalence de 64% d'infections au virus de l'hépatite C, 13% au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). 127 de ces usagers furent déclarés positif au VIH en 2017 (selon Santé Publique France). Selon l'étude RECAP(15), les prévalences restent désormais assez stables (entre 2012 et 2015) pour ces deux virus.

La cause de ces transmissions virales est bien souvent matérielle, lorsque les outils de préparation de la drogue en question et les seringues sont partagés entre usagers. Les pailles et pipes d'inhalation peuvent aussi être vectrices du VHC. En cas de passage à la chronicité le VHC peut entraîner des hépatites dans 10 à 20% des cas et des cancers hépatiques dans 1 à 5% des cas, pouvant donner lieu à des greffes hépatiques très lourdes pour le patient et la société. La prévalence du VHC est supérieure au VIH actuellement, les chiffres sont toutefois à prendre avec beaucoup de précautions dans les 2 cas car ils se basent sur des données déclaratives, et beaucoup de malades s'ignorent.

Il ne faut pas non plus oublier les comorbidités psychiatriques et psychologiques dont peuvent souffrir les usagers de substances sur le long terme. Selon l'OFDT en 2018(1) dans les CSAPA, 25% des usagers de substances illicites et d'opioïdes disent avoir eu une hospitalisation dans un service de psychiatrie au cours de leur vie. Les répercussions des addictions ne sont donc pas toujours aussi simples à déceler tant il est difficile d'évaluer l'état psychologique de tous les usagers.

## 6) Le coup social des drogues en France(19)

Si l'on s'intéresse à l'économie de la France, nous pouvons établir un « coup social » de la consommation de drogues, qui quantifie les pertes économiques engendrées par l'usage de substances comme évidemment le tabac et l'alcool, mais aussi le cannabis et les drogues illicites (ainsi que leur trafic). Le calcul du coût est basé sur le principe de l'externalité. L'externalité en économie permet de quantifier les répercussions non économiques d'une activité ou action, à savoir dans notre cas de la consommation de drogue. Pour un usager de drogue par exemple, s'il contracte une maladie liée à sa consommation, il représente un coût pour la collectivité en terme financier et en terme de ressources en soins et en indemnisations, qui auraient pu être utilisées autrement.

De plus, au lieu d'utiliser ses ressources dans l'économie il les utilise pour se procurer du produit, et il va potentiellement moins travailler au cours de sa vie s'il tombe malade. La prévention contre les drogues a également un coût.

Il y a donc des coûts directs et des coûts indirects. Il faut ajouter à cela le coût d'une vie, des années perdues en raison d'un décès prématuré et aussi la perte de qualité de vie durant des années de maladie. C'est un coût subjectif, très élevé en France. Le coût social est estimé à environ 120 milliards d'euros pour le tabac et l'alcool et environ 9 milliards d'euros pour les substances illicites représentant 116 000 interpellations selon le Ministère de l'Intérieur en 2018(10). Petite mise en perspective, même si cela est difficilement comparable aussi simplement, les taxes perçues sur le tabac devraient atteindre 16 milliards d'euros en 2021 (un record). Selon les recommandations du Commissariat Général au Plan sur l'évaluation socio-économique des investissements publics une année de vie perdue vaudrait 115 000 euros. Il faut cependant prendre tous ces chiffres avec d'immenses précautions, car ils tiennent difficilement compte des décès imputables à des multiples consommations, et les coûts peuvent donc inévitablement se recouper.

Il est important de souligner enfin, que c'est la collectivité, qui a la charge de la plus grande partie du coût social des drogues. Les taxes et retraites non payées ne couvrent que très partiellement les dépenses de soin, de prévention, et de répression des trafics nécessaires. Malgré cette réalité économique, il est important tout de même rappeler que l'usager de drogue n'est pas nécessairement responsable de sa propre consommation, puisqu'il subit la plupart du temps une addiction bien réelle.

## **7) Etat des lieux du marché illicite**

J'aimerais faire un point sur l'état du marché de stupéfiants et drogues illicites en France, qui impacte fortement les consommateurs de drogues illicites, puisque celui-ci fut fortement perturbé par la crise sanitaire. Globalement le marché des drogues illicites semble en expansion en France. Cette augmentation des trafics est notamment causée par la plus grande place depuis 25 ans du cannabis, de la cocaïne et de la MDMA. Pour ce qui est de l'héroïne le marché se maintient. Le marché des drogues illicites constitue un énorme réseau composé de divers acteurs, lié le plus souvent à des organisations criminelles, bien implantées dans les territoires.

La France est au cœur de ce circuit d'autant plus par sa position géographique, proche de l'Espagne, des Pays-Bas et de la Belgique, ce qui en fait une plaque tournante et une zone de transit (via un axe sud-ouest/nord-est vers les Pays-Bas, et un axe retour vers l'Italie et l'Espagne orienté respectivement nord/sud-ouest et nord/sud-est).

A propos de l'héroïne, elle reste bien ancrée sur le territoire, notamment de l'est et du nord-est de la France, majoritairement importée sous forme héroïne brune d'Afghanistan. La France possède un des plus importants marchés d'héroïne d'Europe, avec une disponibilité variable suivant les régions, liés aux points d'entrées du produit sur le territoire (via les Pays-Bas et la Belgique principalement). Après une forte baisse des importations à l'apparition des MSO en 1995, les saisies d'héroïne se sont stabilisées entre 2014 et 2017 en France. La pureté du produit augmente globalement et le prix est descendu à 40€ le gramme environ entre 2016 et 2017. A noter que le volume d'héroïne de saisi en Europe a presque doublé entre 2017 et 2018 (de 5,2 à 9,7 tonnes), ce qui provoque l'inquiétude des observateurs européens qui signalent aussi la fabrication d'héroïne dans l'union européenne. Il est suggéré de requérir à plus de vigilance vis-à-vis de cette drogue dans le futur, pour surveiller si un intérêt accru se confirme au niveau des usagers au niveau européen, car tous les pays de l'Union Européenne n'ont pas un système d'accès aux médicaments de substitution développé (20).

Pour ce qui est des médicaments opioïdes, détournés ou non ils sont majoritairement obtenus sur prescription médicale, là où le pharmacien a son rôle à jouer. La BHD est sans surprise la molécule la plus retrouvée au marché noir, et la méthadone conserve un statut de dépannage, de don ou d'échange contre d'autres produits. Le sulfate de morphine est aussi retrouvé mais de manière moins consistante.



J'aimerais également attirer l'attention sur l'actuel marché en ligne désormais bien établi des drogues illicites depuis une dizaine d'année. Lancé au départ par la vente de champignons hallucinogènes et de nouveaux produits de synthèse (NPS) sur le web surfacique via des smart shops, la vente sur internet de drogues illicites a trouvé sa place sur le darknet (DN), sous partie du web non référencé, le darkweb. Les nouveaux produits de synthèse encore autorisés et les cannabinoïdes de synthèse sont toujours vendus sur des sites du web de surface. Nous retrouvons ainsi sur le darknet les drogues illicites classiques, et en particulier les nouveaux opioïdes de synthèse. Il existe un certain nombre de plateformes de vente à l'image des marketplaces de surface, fonctionnant complètement grâce à l'utilisation de cryptomonnaies intraçables comme le célèbre protocole bitcoin. Les acheteurs reçoivent ensuite leur marchandise par voie postale livrée à domicile ou au moins à une adresse résidentielle. Cette nouvelle cybercriminalité est très difficile à appréhender par les autorités, surtout avec l'utilisation de systèmes « peer-to-peer » ou pair à pair décentralisés (P2P) qui rend complexe la découverte du serveur central de l'activité. Le mode d'accès limité via P2P limite désormais les marchés à des zones linguistiques. Le darknet semble s'autoréguler au fil des hacking et opérations policières.

Nous pouvons noter en tout cas une adoption grandissante de ce mode d'achat par internet, environ 10% des usagers des CAARUD affirment avoir déjà consommé un produit acheté sur internet par exemple. Ce mode d'achat permet de réduire les risques liés à la transaction mais n'est pas sans risque au niveau qualité du produit malgré ce que peuvent prétendre les fournisseurs. C'est pourquoi certains usagers utilisent des tests d'analyse pour vérifier la qualité de leurs achats. Nous pouvons aussi retrouver des promesses de teneurs plus élevées, qui ne sont pas nécessairement une bonne chose pour l'utilisateur et qui exposent à des risques de nocivité plus importants. La législation tente de s'adapter mais il est encore difficile de filtrer l'intégralité des substances qui transitent par la poste domestique.(21)

### **III. Soigner les addictions et prévenir les risques liés à la consommation : Les lieux de soin en addictologie**

En France, nous pouvons retrouver un réseau de soins important, avec des structures que nous avons déjà mentionnées. Il est possible de séparer les lieux de soins en secteurs.

#### **1) Secteur médico-social : CSAPA, CAARUD et des CJC**

##### **a) Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie = CSAPA(3,22,23)**

Les CSAPA sont des structures médico-sociales qui sont axées sur la proximité. Ce sont des centres à « haut seuil d'exigence »(22) en comparaison aux CAARUD. Les CSAPA ont accueilli en 2016 en ambulatoire 293 000 personnes. Environ 3000 sont prises en charges avec hébergement par le centre. Les visiteurs des CSAPA viennent de leur plein gré, à l'initiative de proches ou de partenaires sociaux, ou même sur décision de justice pour usage de substances illicites. Ils occupent un panel de missions obligatoires que nous allons détailler ci-dessous.

Leur première mission est l'accueil des usagers, sans jugement, dans le but de créer un lien, car la personne aura fait une démarche très difficile en se présentant ou en appelant par téléphone pour se faire aider. Il faut répondre aux premières questions et aux premières demandes. Le CSAPA peut également accueillir un proche de l'intéressé.

Il faudra ensuite informer le patient ou son entourage, notamment sur la prise en charge, par des explications orales et des brochures explicatives.

Pour chaque patient une évaluation de la demande et des besoins du patient et de son entourage est réalisée. Il faut déterminer le niveau et le type de consommation, la situation sociale du patient et les éventuelles difficultés associées. Au niveau de l'entourage seront évaluées les conséquences sociales et psychologiques de l'addiction du patient, il sera proposé un accompagnement et un soutien.

Seront évaluées, l'histoire de la consommation (début, évolution, fréquence), les effets recherchés, les périodes d'arrêt ou de diminution, les circonstances liées à la consommation, la voie d'administration (évaluation et prévention des risques et des dommages), les consommations et addictions associées, les éventuelles prises de risques. Le patient sera orienté vers une structure et une prise en charge (PEC) adaptée à ses besoins.

Enfin, arrive la prise en charge médicale du patient, après évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance. Une recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques sera réalisée. La question du sevrage arrive ensuite, dans le but d'arrêter la consommation de drogue qui s'accompagne d'un ensemble de symptômes de l'état de manque. Chez les consommateurs d'opiacés, nous mettons une place un traitement de substitution aux opiacés, dans le but de ne pas subir de symptômes physiques et de supprimer le manque. Ce traitement permet de diminuer la morbi-mortalité, l'envie de consommer, et contrôler la dépendance mais ne la supprime pas. Aujourd'hui, nous pouvons retrouver également, et aussi dans les CAARUD, des consultations avancées d'hépatologie avec de nouveaux tests d'orientation et de diagnostic. Il ne faut pas oublier la prise en charge psychologique du patient, appuyée sur les évaluations réalisées. Le suivi psychologique dépendra des besoins du patient, et il est possible d'envisager une orientation vers un secteur psychiatrique en cas de comorbidités. La dernière prise en charge sera sociale et éducative, visant à favoriser l'autonomie du patient et à conforter la prise en charge médicale et psychologique dans l'environnement du patient. Le patient sera aidé pour se réinsérer socialement et faire valoir ses droits sociaux. La prise en charge doit être personnalisée car on n'installe pas un sans-abri habitué à vivre dans la rue directement dans un appartement sans un temps d'adaptation. De plus, régler les problèmes d'une personne surendettée peut prendre du temps.

Une autre mission du CSAPA est la réduction des risques (RDR), qui concerne tous les usagers de drogues illicites. Elle s'adresse aux personnes qui du fait de leur addiction peuvent avoir des comportements à risque. Il faudra réduire les risques au niveau des modes d'usages et des circonstances de consommation, et permettre des actions visant à réduire les contaminations par les virus. Il est possible aussi de réaliser des séances d'information collectives ou personnalisées. Le CSAPA contribue à la restauration de l'estime de soi, et au maintien du lien social.

Pour indication voir dans la figure 4 ci-dessous la répartition des patients dans les CSAPA.

	<b>Cannabis</b> (n = 33 250)	<b>Drogues illicites autres que cannabis (opioïdes, cocaïne)</b> (n = 46 874)	<b>Alcool ou tabac</b> (n = 86 407)
Âge moyen	26,5 ans	38,5 ans	44,2 ans
Homme	86 %	77 %	76 %
Activité rémunérée continue	26 %	26 %	41 %
RSA	8,7 %	21 %	13 %
Logement durable indépendant	41 %	57 %	74 %
SDF	1,4 %	4,6 %	1,7 %
Venus à leur initiative ou celle de proches	37 %	63 %	51 %
Adressés par la justice ou l'administration	41 %	7,9 %	26 %
Adressés par des partenaires sanitaires	10 %	25 %	28 %

Source : RECAP 2017, OFDT

**Figure 4 :** « Caractéristiques socio-démographiques des patients dans les CSAPA, par groupe, 2017 »(1)

**b) Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogue = CAARUD(3,14,22)**

Les CAARUD sont des structures qui visent un public plus large que les CSAPA, et sont destinés à l'accueil d'usagers de drogue actifs. Les usagers y trouvent un lieu d'accueil sans être impliqués dans une démarche de soins en particulier. Ils sont souvent dans des conditions plus précaires et leurs usages sont à risque. Les personnes rencontrées sont souvent exposées à des risques majeurs de contaminations virales (Hépatites, VIH) et aux infections superficielles (abcès, plaies en tout genre). L'accueil est anonyme et gratuit et il n'y a pas de durée préconisée d'accompagnement. Les CAARUD peuvent distribuer du matériel de réduction des risques tels que des seringues stériles, filtres, préservatifs, pailles de sniff, feuilles pour la « chasse au dragon ». La quantité de ces distributions augmente actuellement, avec 7,3 millions de seringues distribuées en 2015.

**c) Consultations Jeunes Consommateurs = CJC(3,22,24)**

Etablies pour les jeunes consommateurs de moins de 25 ans, ces consultations gratuites et anonymes, ont été créées au départ en 2004 pour l'accompagnement des consommateurs de cannabis. Elles peuvent répondre à toutes les problématiques d'addiction de l'usage d'alcool, de cannabis, aux addictions sans substances comme les jeux vidéo ou internet. Nous pourrions les retrouver au sein des CSAPA ou dans des lieux d'accueil des jeunes. Au début la situation globale du jeune sera évaluée, en dehors même de sa consommation, avec des questions familiales, amicales, scolaires, et de santé. Leur but est d'assurer le repérage d'usages problématiques afin de permettre une prise en charge précoce. Elles consistent en quelques entretiens seulement. Il n'y a pas d'objectif de suivi sur le long terme : il faut orienter le sujet vers un CSAPA, si besoin est, pour une prise en charge complémentaire. L'entourage peut également être soutenu, écouté et informé sur les addictions et substances concernées.

## **2) Secteur hospitalier(3,25)**

Dans le secteur hospitalier on retrouvera les consultations hospitalières et les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).

Elles permettent un accueil associé à une écoute puis une évaluation et un accompagnement. Elles sont partenaires des services d'hospitalisation pour réaliser des sevrages simples qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. Les patients seront orientés en fonction de leur besoin, soit vers un hôpital de jour, soit vers des unités spécialisées en addictologie selon le sevrage nécessaire, voire vers un service de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA). Les SSRA permettent un relais avec l'hôpital au niveau des soins et d'un sevrage hospitalier ou ambulatoire, avec un objectif de réduction ou de prévention des conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques et sociales. Les séjours proposés sont courts, de l'ordre de 4 semaines à 3 mois.

## **3) Prise en charge en ville**

En ville, la prise en charge est réalisée conjointement par les médecins généralistes, les infirmiers libéraux, et surtout par les pharmaciens, dont le rôle sera mis en évidence plus loin. Le pôle de ville est au plus proche des populations, ainsi le médecin généraliste a par exemple une grande place car il connaît ses patients et souvent même leur entourage. Il n'est pas rare pour lui de rencontrer en consultation des personnes en demande d'aide au regard d'une addiction, au tabac et à l'alcool surtout, mais aussi parfois aux opiacés. 50% des médecins généralistes ont reçu au cours d'un mois au moins un patient dépendant aux opiacés, souvent pour une prescription d'un médicament de substitution aux opioïdes (MSO) (90% des cas) (10).

Nous pouvons aussi retrouver des microstructures médicales, constituées d'une équipe de soins primaire pluridisciplinaire qui comportent un médecin, un psychologue et un travailleur social. La problématique est que le médecin généraliste n'a pas forcément toutes les clés pour résoudre des cas d'addictions complexes, et donc la combinaison des compétences professionnelles peut lui être utile pour constituer une première équipe de soin minimal mais adaptée à son cabinet. Seront reçus des patients ayant des problèmes d'addiction complexes, couplé à des comorbidités et des situations de précarité. En 2019, on compte 54 microstructures dans 7 grands régions. Le plus grand foyer est le grand-est avec 28 structures, qui suit 1260 patients (25).

Enfin depuis 2016 par le biais d'une expérimentation, deux Salles de consommation à moindre risque (SCMR) ont pu ouvrir (26). Après de longues années de polémiques, elles permettent enfin à des usagers de drogues de réduire les risques liés à leur consommation par voie intraveineuse ou inhalée dans un environnement comprenant des conditions d'hygiène et de sécurité correctes. L'objectif est double, d'une part réduire les contaminations virales aux hépatites et au VIH, et les risques d'overdose mortelles (aucune ne s'est jamais produite depuis 10 ans d'ouverture des salles dans le monde). Aucune drogue n'est fournie mais du matériel stérile est délivré pour diminuer ces risques, et recueilli une fois utilisé. La visite d'un usager peut également être un premier contact avec des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux, ce qui permet d'envisager une entrée dans le système de soins pour un sevrage ou une prise en charge sociale par exemple au niveau du logement. Nous pouvons y retrouver des dépistages des hépatites, via un examen hépatique Fibroscan®, et d'autres infections virales. D'autre part, ces structures permettent de retrouver une « tranquillité » dans l'espace public, en limitant les nuisances associées à l'usage de drogues en milieu urbain. Les évaluations semblent montrer un avant/après l'ouverture d'une SCMR dans un quartier, avec une diminution des scènes de rue, les intrusions, et les seringues usagées abandonnées sur la voie publique.

## **IV. Les médicaments de substitution aux opiacés et outils disponibles**

### **1) Généralités et objectifs (27)**

Les seuls médicaments disponibles en pharmacie pour le traitement des addictions aux opiacés sont les médicaments de substitution aux opiacés. A noter que le terme de « traitements de substitution aux opiacés » ne se limite pas à la prescription de MSO mais sous-entend une prise en charge complète du patient en plus du médicament. « Les TSO constituent une pratique, les MSO ne sont que des moyens. »(28)

Ces médicaments furent introduits en 1995, dans un but de réduire la prévalence des surdoses et la transmission en particulier du VIH. En France, 180 000 personnes environ étaient sous MSO en 2017. Il existe en réalité 5 produits de substitution.

Il existe tout d'abord 3 médicaments ayant officiellement l'indication. Il s'agit de la buprénorphine haut dosage comptant 100 000 usagers, la méthadone comptant environ 60 000 usagers, et la buprénorphine haut dosage associée à la naloxone (Suboxone®) qui compte 7500 utilisateurs.

La BHD est donc le MSO le plus prescrit en France, et représente 62% des ventes en 2019. Les ventes de méthadone sont toujours en progression avec 38% des parts de marché. Sachant que globalement, les ventes de MSO rapportés à la population ont augmenté de 5% entre 2016 et 2019. La population qui obtient le remboursement de ces classes est en majorité masculine est âgée de 40,6 ans en moyenne (allant à la hausse). Les MSO sont des traitements qui se poursuivent dans la durée, ainsi 41% des patients suivent toujours leur traitement après 6 ans. La méthadone est paradoxalement responsable de la majorité des surdoses, bien qu'évidemment elle en évite énormément par usage de drogues.



Deux substances peuvent être officieusement utilisées dans le cadre de la substitution. Il s'agit du sulfate de morphine (Skenan®, Moscontin®) avec quelques 3000 usagers estimés, et de la codéine sous toutes ses formes (sirop Néo-Codion®, Codoliprane®) avec un nombre d'usagers difficiles à estimer. Historiquement depuis les années 80 et avant 2017, la codéine en vente libre était un substitut fréquemment utilisé par les addicts aux opiacés, pour s'auto-substituer entre deux doses, ou pour se créer une substitution totale. Cet usage est problématique en particulier pour les associations de codéine et de paracétamol qui exposent à des risques hépatiques en cas de fortes doses. La morphine est couramment utilisée hors-AMM dans le cadre de la substitution de patients mal équilibrés sous traitements classiques, pour diverses raisons dont la posologie, les habitudes de consommations, ou encore la forme galénique.

## 2) Cadre réglementaire des médicaments de substitution aux opiacés(29)

	<b>Méthadone sirop</b>	<b>Méthadone gélules</b>	<b>Buprénorphine Subutex® Haut dosage et Suboxone®</b>
<b>Prescripteur</b>	Primo prescription établissement de santé, relais possible en ville (délégation permanente)	Primo prescription établissement de santé, relais possible en ville (délégation permanente)	Tout médecin
<b>Liste</b>	Stupéfiants	Stupéfiants	Liste 1 (Mais règles de prescription et délivrance des stupéfiants)
<b>Durée de prescription</b>	14 jours	28 jours	28 jours
<b>Ordonnance</b>	Sécurisée avec mention de la pharmacie choisie pour la délivrance	Sécurisée avec mention de la pharmacie choisie pour la délivrance	Sécurisée avec mention de la pharmacie choisie pour la délivrance
<b>Délivrance</b>	7 jours (14j à titre dérogatoire)	7 jours (28j à titre dérogatoire)	7 jours (28j à titre dérogatoire)
<b>Fractionnement</b>	Autorisée	Autorisée	Autorisée
<b>Renouvellement</b>	Interdit	Interdit	Interdit
<b>Chevauchement</b>	Autorisé si mention expresse	Autorisé si mention expresse	Autorisé si mention expresse

**Tableau 1 : Cadre réglementaire des MSO d'après (29)**

La prescription de ces spécialités doit être effectuée sur une ordonnance sécurisée qui comprend en plus d'une ordonnance simple, le numéro d'identification du lot d'ordonnances, du prescripteur et deux carrés emboîtés l'un dans l'autre placés en bas et à droite avec le nombre de médicaments prescrits.

La prescription doit comprendre la dénomination commune internationale (DCI) du médicament prescrit, le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises, le dosage des spécialités et le nom de la pharmacie choisie en toute lettre ainsi que les conditions de délivrance éventuelles.

La durée de prescription des stupéfiants est limitée à 28 jours. Pour certains médicaments, cette durée peut être réduite à 14 jours (voir 7 jours).

Un délai de carence de 3 jours s'applique pour la méthadone, au-delà chaque jour de traitement devra être retiré.

La délivrance doit être fractionnée sauf si le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention « délivrance en une seule fois ». Une ordonnance comportant des médicaments stupéfiants ne peut être établie par un prescripteur pendant une période déjà couverte par une précédente ordonnance, sauf si le prescripteur fait la mention expresse sur l'ordonnance du nombre de jours de chevauchement en toutes lettres.

### 3) Médicaments de substitution aux opiacés disponibles(23,29,30)

#### a) Méthadone (sirop, gélules)

La méthadone est indiquée dans la prise en charge des pharmacodépendances majeures aux opiacés chez les adultes et les adolescents de plus de 15 ans volontaires (injecteur d'héroïne principalement avec mésusage de la buprénorphine).

Elle existe sous forme sirop et sous forme gélule. Elle est produite par le Laboratoire Bouchara-Recordati et il n'existe pas de générique.

La forme sirop, introduite en 1995 existe selon les 5 dosages suivants : 5mg/3,75mL, 10mg/7,5mL, 20mg/15mL, 40mg/15mL, 60mg/15mL.

La forme gélule, introduite en 2008 existe selon 5 dosages également : 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg.

La méthadone est un agoniste entier des récepteurs  $\mu$  et possède des propriétés pharmacologiques qualitativement similaires à la morphine (analgésique, antitussive, mais des effets euphorisants plus faibles).

Elle entraîne un risque important de mésusage et suit donc la législation des stupéfiants, et possède des conditions de prescription strictes appartenant au registre des médicaments stupéfiants à prescription initiale hospitalière. Seuls les médecins hospitaliers spécialisés en addictologie à l'hôpital ou dans les CSAPA qui suivent le patient au niveau médical, social et psychologique peuvent initier un traitement.

Par la suite, les délivrances suivantes sont effectuées généralement dans une pharmacie d'officine choisie par le patient mais peuvent aussi se poursuivre dans les CSAPA. Le relais se fait après que le traitement ait été stabilisé en plus de contrôles urinaires pour vérifier la consommation réelle en opiacés et prévenir une double prescription de méthadone. Un suivi rapproché est nécessaire pour prévenir les éventuels mésusages par injection de la forme sirop et le détournement de la forme gélule en sniff, compte tenu de la dose létale de méthadone qui est de 1 mg/kg pour les enfants, les personnes naïves ou peu dépendantes aux opiacés.

Les patients se voient d'abord prescrire la forme sirop qui impose une instauration par paliers comme suit :

- 1ère dose au moins 10h après la dernière prise d'opiacés (20 à 30 mg)
- Puis augmentation par palier de 10 mg par semaine jusqu'à dose d'entretien (60 à 100 mg/j) avec une prise par jour

Ensuite en relais de la forme sirop chez patients traités depuis au moins 1 an et stabilisés, la prescription de gélules de méthadone est possible avec une instauration dès le lendemain de la dernière prise de sirop à la posologie correspondante. La forme gélule est souvent préférée par les patients car la délivrance est quelque peu assouplie, avec une prescription possible pour 28 jours au lieu des 14 jours pour la forme sirop.

Enfin, l'arrêt du traitement par méthadone doit être extrêmement progressif.

En effet, la méthadone est fortement liée aux protéines plasmatiques et tissulaires ce qui entraîne une accumulation de cette substance dans les tissus à l'origine d'une élimination lente (demi-vie = 15-50 heures) et donc une longue durée d'action. Ces propriétés pharmacocinétiques permettent certes un soulagement durable des symptômes du sevrage, en se différenciant de l'héroïne par exemple qui a une demi-vie plus courte mais, en cas d'arrêt brutal du traitement, un syndrome de sevrage de plus faible intensité mais prolongé pourra malgré tout être observé. De ce fait, certains patients gardent même pendant des dizaines d'année une petite dose de méthadone.

### **b) Buprénorphine haut dosage (Subutex®, Orobupré®)**

La buprénorphine haut dosage (BHD) est indiquée dans la prise en charge des pharmacodépendances majeures aux opiacés chez les adultes et les adolescents de plus de 15 ans volontaires (héroïne principalement).

Compte tenu d'un effet de 1er passage intestinal et hépatique intense, sa biodisponibilité par voie orale est très faible, ce qui la rend inefficace. 2 formes galéniques ont donc été développées pour permettre son administration par les muqueuses buccales, il s'agit de :

- La spécialité Subutex® en comprimé sublingual commercialisée en 1996 en 0,4 mg, 2 mg, 8 mg et générique en 2006 rajoutant comme dosage 1 mg, 4 mg, et 6 mg
- La spécialité Orobupré® en lyophilisat oral administré sur la langue en 2 mg et 8 mg

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs  $\mu$  et un antagoniste des récepteurs  $\kappa$ . Elle possède une affinité très élevée et une liaison aux récepteurs  $\mu$  lentement réversible ainsi qu'une demi-vie longue de 20-25 h, ce qui contribue à sa longue durée d'action. Son activité intrinsèque faible à l'égard de ces récepteurs, explique qu'elle possède une marge thérapeutique relativement élevée. Elle aura des effets dépresseurs respiratoires et cardiaques plus faibles que la méthadone. L'effet maximal de la buprénorphine est cependant plafonné à 16 mg (ce qui est équivalent à 60 mg de méthadone).

La BHD est un médicament de liste I assimilé à la réglementation des stupéfiants, ainsi tout prescripteur peut en initier le traitement, mais doit le faire sur une ordonnance sécurisée en respectant les règles de prescriptions des stupéfiants évoquées précédemment.

L'initiation se fait après l'arrêt de la consommation des opioïdes et ce dès l'apparition des signes évidents de sevrage, à la posologie 0.8 à 4 mg/ j en 1 prise par voie sublinguale par exemple. Il faut ensuite adapter la posologie individuellement jusqu'à trouver la dose minimale efficace (dose maximale à 24 mg). Comme pour la méthadone, l'arrêt du traitement doit être extrêmement progressif.

A la base du succès de la substitution en France, la BHD est désormais décriée. Grâce à un cadre de prescription plus souple (apparentée aux stupéfiants) elle a permis l'accès à la substitution à un public plus large, parfois hors du système de soin classique. Malheureusement, un mésusage est possible, avec des effets psychoactifs recherchés, par voie intraveineuse ou nasale (sniff). Elle est donc retrouvée sur le marché noir, pour des usagers hors du système de soins, ou qui sont sous dosés par leur médecin.

Cet « usage alternatif » de la substitution s'explique par un vide dans l'offre de substitution aux usagers en France. Faut-il développer une forme de substitution injectable officielle malgré des risques d'hépatites aiguës graves, de réactions locales septiques, et d'endocardites observés par cette voie ?

Il existe aussi des cas d'usagers primo-dépendants à la BHD, n'ayant jamais consommé de drogues opiacées illicites. Ceci nous invite à plus de prudence quant à la délivrance de la BHD.

### **c) Buprénorphine + Naloxone (Suboxone®) : 2/0.5mg ou 8/2mg**

Dans cette même indication, la Suboxone®, sortie en 2006, contient de la buprénorphine et de la naloxone, un antagoniste des récepteurs opioïdiques. Cette association a pour but de dissuader le mésusage par injection intraveineuse de la buprénorphine.

En effet, la naloxone est peu absorbée par voie sublinguale ce qui empêche son effet pharmacologique par cette voie. Cependant si la molécule est administrée par voie intraveineuse ou sniff, elle sera absorbée et pourra induire un syndrome de sevrage « forcé » chez un individu dépendant aux opiacés.

Cette association est inscrite sur la liste des médicaments assimilés aux stupéfiants avec les mêmes règles de prescription que la BHD seule.

#### **4) Hors AMM**

##### **a) Sulfate de morphine**

Le sulfate de morphine existe sous différentes formes, à libération immédiate (ActiSkenan® par exemple) et prolongées (Skenan® par exemple). Il est indiqué dans le traitement des douleurs persistantes intenses ou rebelles aux autres analgésiques de paliers inférieurs suivant l'AMM.

Cependant un usage hors-AMM existe en tant que substitut aux opiacés et en particulier à l'héroïne(23). En temps normal interdite depuis 1996, la substitution par sulfate de morphine est possible « à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la méthadone et à la buprénorphine aux besoins des patients) lorsque l'état du patient l'impose ». Le médecin conseil de la sécurité sociale doit donner son accord et les ordonnances doivent avoir la mention « concertation avec le médecin conseil ».

Malgré des résultats mitigés après une analyse scientifique entre 1996 et 2001 (31), de plus en plus de patients aujourd'hui sont inclus dans des protocoles hors-AMM de substitution par sulfate de morphine Skenan® dans les CSAPA.

##### **b) Codéine et dérivés**

La codéine existe également sous différentes formes, notamment en association au paracétamol indiqué comme antalgique de palier 2 (Codoliprane®), ou en tant qu'antitussif en sirop (Neo-Codion®). Les spécialités à base de codéine étaient en vente libre jusqu'en 2017, et furent longtemps détournées par les toxicomanes comme « auto-substitut » aux opiacés (23). La consommation de codéine avait toutefois fortement chuté depuis l'arrivée de la BHD sur le marché.

## 5) Naloxone(32-35)

La naloxone, est utilisée comme antidote aux surdoses opioïdes. Par voie intraveineuse comme en intramusculaire, le délai d'action est très rapide (1 à 5 minutes) et permet de lever la dépression respiratoire et par conséquent le coma lié à la surdose, et même de sauver la vie de la victime. Elle était initialement disponible uniquement sous forme injectable (Narcan®) réservée à l'usage hospitalier, dans le cadre d'une prise en charge médicale d'une surdose.

Or dans 70% des cas de surdose au moins un membre ou témoin est dans la capacité d'agir. Il a donc fallu développer des formes utilisables en urgence en dehors d'un contexte hospitalier. Depuis 2016, la naloxone est disponible sous forme de kits destinés à être délivrés à des usagers de drogues et à leur entourage qui pourraient être victimes ou être témoins d'une overdose. 25000 kits furent distribués jusqu'en avril 2020, principalement dans les CSAPA et CAARUD (à 88%) mais aussi en pharmacie de ville (à 12%). Les formes sont prêtes à l'emploi et utilisables facilement par tous.

En officine deux spécialités étaient disponibles jusqu'en janvier 2021, Nalscue® sous forme nasale et Prenoxad® sous forme injectable intramusculaire. Nalscue® qui n'était pas remboursé n'est actuellement plus disponible en France. Il est remplacé depuis octobre 2021 par Nyxoid®(36) de Mundipharma qui conserve la voie d'administration intranasale et nécessite uniquement une pulvérisation dans une narine, qui peut être répétée si nécessaire. Nyxoid® est indiqué chez l'adulte et l'adolescent de plus de 14 ans car il limite temporairement les effets d'un surdosage et permet d'attendre l'arrivée des secours. Prenoxad® n'est indiqué que chez l'adulte.

En plus des établissements et structures d'addictologie, Prenoxad® et Nyxoid® sont théoriquement disponibles en pharmacie avec un taux de remboursement à 65% par la sécurité sociale sur prescription. Actuellement, uniquement Prenoxad® est disponible sans ordonnance, étant donné que Nyxoid® est inscrit à la liste I(37) à cause de son AMM européenne. En pratique, les produits sont rarement disponibles chez les grossistes et il est nécessaire de faire une commande directement aux laboratoires pour se fournir.



Plus de 100 pharmacies en France ont commandé le kit Prenoxad® auprès du laboratoire EthyPharm depuis sa mise à disposition en juin 2019 ; un chiffre encourageant qui reste toutefois fort insuffisant. Aucun chiffre n'est encore disponible pour Nyxoid® dont le lancement a été très confidentiel.

La naloxone reste trop insuffisamment diffusée, les pharmaciens trop peu informés, et la non-disponibilité du produit auprès des grossistes complique la commande du produit et freine la démarche.

### 6) L'outil de réduction des risques en pharmacie : La Stéribox(38,39)

Depuis 1994 en lien avec la politique de réduction des risques infectieux notamment contre la transmission du VIH ou du VHC entre usagers de drogues, sont apparus des kits d'injection stériles, principalement pour éviter le partage des seringues.

La version du kit actuellement en vente en pharmacie est la Stéribox 2, révision de 1999 qui contient une Stéricup (coupe en aluminium stérile) car il a été constaté des cas de transmission liés au partage de la cuillère servant à la préparation de l'injection.

La Stéribox 2 contient en plus 2 seringues, 2 ampoules plastiques d'eau pour préparation injectables, 2 tampons d'alcool à 70°, un préservatif et un mode d'emploi. Elle est en vente à 1€ (ou contre un jeton distribué dans certains centres) dans toutes les pharmacies et dans des distributeurs publics.

Le dispositif fonctionne et a permis de réduire considérablement les transmissions virales. Moins de 1% des personnes atteintes du VIH sur une année le sont par un usage de drogue aujourd'hui.



**Figure 5 : Contenu d'une Stéribox 2(38)**

## Deuxième partie : Problématiques rencontrées lors de la pandémie de COVID-19 dans le cadre du suivi et du traitement des usagers de drogues

### I. La maladie COVID-19

#### 1) Les coronavirus

Les coronavirus (ou CoV) sont des virus qui constituent la sous-famille Orthocoronavirinae de la famille Coronaviridae. Les coronavirus possèdent une enveloppe virale, et sont des virus à ARN positif. Ces virus ont une morphologie qui leur est spécifique avec la présence de protubérances constituées de péplomères de protéines virales « Spike » ou spicules. Ces spicules sont à l'origine de leur nom, ce sont des virus à « couronne ». Les vertébrés volants à sang chaud sont les hôtes les plus souvent retrouvés pour les coronavirus, à savoir les oiseaux et chauves-souris. Parfois, à la suite d'une mutation ces virus peuvent changer d'hôte et même contaminer l'homme. Généralement les transmissions interhumaines ne sont possibles que par contacts étroits via des gouttelettes respiratoires.

Historiquement 3 coronavirus ont été désignés responsables de pandémies notables chez l'homme, marquées par des pneumopathies graves ou liées au syndrome respiratoire aigu sévère :

- Le **SARS-CoV = Syndrome Respiratoire Aigu Sévère**, agent pathogène du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2002-2004
- Le **MERS-CoV = Middle East Respiratory Syndrome**, responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient à partir de 2012
- Le **SARS-CoV-2**, le virus responsable de la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19) apparue en Chine en 2019 et responsable de la crise sanitaire mondiale qui a suivi.

Ces 3 virus sont membres du genre Betacoronavirus et les 2 SARS-CoV appartiennent au sous-genre Sarbecovirus (40).

## **2) Historique de la pandémie liée au SARS-CoV-2**

Le 31/12/2019, les autorités chinoises admettent avoir un problème. Un début d'épidémie virale a été observé à Wuhan(41). Un nombre de plus en plus important de personnes développent une fièvre, puis une toux sèche et enfin pour certains une pneumonie à l'issue parfois fatale. Une source possible du virus à l'origine des contaminations, serait le marché alimentaire et animalier de Huanan(42). Ceci n'est pas la première fois que cela se produit en Chine. En effet, l'épidémie de SARS-CoV(43) en 2002 avait éclaté d'une manière proche (toutefois sans épicode aussi évident que pour le SARS-CoV-2). Comme détaillé précédemment, les coronavirus ont majoritairement des réservoirs animaux, il est ainsi très rare qu'une anthro-zoonose se produise, sauf en cas de mutations favorables associées à des contacts étroits entre différentes espèces et l'homme, ce que les marchés « humides » comme celui de Wuhan favorisent. Le SARS-CoV-2 serait ainsi passé de la chauve-souris à l'homme par un animal intermédiaire encore non identifié (peut-être le pangolin ou la civette, sans certitude). A noter que néanmoins, la responsabilité précise du marché de Huanan est désormais contestée, étant donné que la chauve-souris ne semblerait pas faire partie des nombreux animaux vendus dans ce marché, avec une consommation qui n'est pas traditionnelle dans cette région de la Chine(44).

A partir de février 2020, la pandémie prend une ampleur mondiale et de nombreux pays sont forcés de prendre des mesures sanitaires drastiques pour la combattre.

## **3) Physiopathologie et Symptômes des SARS et particulièrement du SARS-CoV-2(45-47)**

Le SARS-CoV-2 (SRAS-CoV-2 en français) ou Syndrome Respiratoire Aigu Sévère à Coronavirus 2 est un virus de la catégorie des virus respiratoires. Ce virus est bien différent du virus influenza (virus de la grippe) qui est également un virus respiratoire (possédant des signes respiratoires plus discrets). Le taux de mortalité des SARS est également plus élevé.

La durée de l'incubation est en moyenne de 5 jours environ(47), avec des extrêmes allant de 2 à 14 jours. L'installation des symptômes se fait progressivement sur plusieurs jours. L'infection sera généralisée, le virus est ainsi présent dans les sécrétions respiratoires, mais aussi dans les urines, les selles, et le sang.

La maladie causée par le SARS-CoV-2 a été appelée la COVID-19 ou maladie à coronavirus.

Les premiers symptômes sont peu spécifiques (et d'ailleurs proches d'un syndrome grippal) : maux de tête, douleurs musculaires, fatigue. Souvent et secondairement, 2 ou 3 jours après les premiers symptômes, la fièvre et les signes respiratoires arrivent. Nous avons pu observer également des signes d'atteinte du système nerveux central s'exprimant en particulier chez les personnes âgées sous la forme d'une désorientation. Des symptômes non spécifiques peuvent être également présents, à savoir des pertes brutales du goût ou/et de l'odorat (agueusie et anosmie). Une phase d'état apparait environ 7 jours après l'arrivée des premiers symptômes. Durant cette phase, les symptômes retrouvés sont la fièvre, la toux, des douleurs thoraciques et une gêne thoracique. Si on réalise un scanner thoracique on retrouve presque toujours une pneumonie qui touche les 2 poumons.

Les formes graves sont le plus souvent retrouvées chez des personnes vulnérables par leur âge (au-delà de 70 ans) ou par la présence de facteurs de comorbidités (maladies associées), qui peuvent entraîner des décès. Il est possible que l'infection soit asymptomatique ou paucisymptomatique chez 30 à 60% des sujets infectés selon des études observationnelles (comme celle menée chez les passagers du bateau de croisière Diamond Princess) et des modélisations.

A ce jour, il n'existe pas d'étude des effets de la Covid-19 chez les usagers de drogues, bien qu'on puisse imaginer qu'ils soient plus susceptibles de développer des formes graves de l'infection.

Remarque : Le facteur de reproduction du virus, ou score  $R_0$ , qui est le nombre moyen de cas secondaires qu'un individu infecté peut entraîner dans une chaîne de transmission(48), est estimé entre 1,5 et 3,5(49). La France possède un indicateur qui passe au rouge au-delà de 1,5 (via un suivi hebdomadaire).

#### **4) L'interdiction de déplacement en France(50–53)**

Compte tenu de l'étendue la pandémie, avec des indicateurs de suivi au rouge (qui comprennent l'incidence, le taux de positivité, le facteur de reproduction, la tension hospitalière) et de la potentielle gravité des symptômes rencontrés cités précédemment pouvant entraîner la mort chez un nombre important de malades et la saturation des hôpitaux, la France mets en place, au même titre que beaucoup de pays Européens, « l'interdiction de déplacement en France » vulgarisé par les médias en « confinement national ». Ce premier confinement a lieu du 17/03/2020 au 11/05/2020. Suite aux recrudescences de la pandémie, un deuxième confinement est prononcé du 30/10/2020 au 15/12/2020, et un troisième du 03/04/2021 au 03/05/2021 (avec des mesures moins étendues). Ces confinements nationaux constituent le stade 3 maximal de la lutte contre la propagation de l'épidémie de la Covid-19. Les déplacements autorisés sont réduits à l'essentiel uniquement, à savoir pour les besoins alimentaires, pour le travail quand le télétravail n'est pas possible, et, ce qui nous intéresse, pour les soins. En cas d'infraction à cette interdiction de déplacement des pénalités sont prévues par le biais d'amendes.

## **II. Adaptation de la dispensation des médicaments stupéfiants**

Pour tenter de palier à la difficulté d'accès aux traitements chroniques, la législation sur la dispensation en officine s'est adaptée, et en particulier pour faciliter la dispensation de médicaments stupéfiants et assimilés en pharmacie d'officine.

Tout d'abord un arrêté du 14/03/2020 qui autorise les pharmaciens d'officine à étendre le renouvellement d'une ordonnance expirée dans le cadre d'un traitement chronique après accord avec le prescripteur quand cela a été possible.

Puis le 23/03/2020<sup>(54)</sup> un arrêté introduit une nouvelle extension du dispositif aux médicaments stupéfiants et assimilés sous certaines conditions pour prévenir les interruptions des traitements de substitution aux opiacés et assurer une continuité de soins indispensable.

En effet, il a été nécessaire de réagir face aux patients stabilisés inquiets du bon déroulement de leur prise en charge et au temps passé pour renouveler leurs ordonnances tous les 14 jours avec des conditions d'accueil difficiles dans les centres. Ce temps précieux avait plutôt besoin d'être consacré à la prise en charge de la population non stabilisée arrivant en nombre et présentant des cas souvent complexes.

Le renouvellement des ordonnances de médicaments de substitution aux opiacés (méthadone gélule et sirop, et buprénorphine comprimé) a été possible jusqu'à 28 jours pour les patients traités depuis au moins 3 mois dans la même pharmacie, sur présentation de l'ordonnance expirée, par la pharmacie mentionnée sur l'ordonnance et après accord du prescripteur. Les modalités de fractionnement et de chevauchement sont restés identiques (55).

La procédure aurait du prendre fin le 31/05/2020 mais a été prolongée une nouvelle fois jusqu'au 11/06/2020 et 10/07/2020 pour les MSO.

Compte tenu de la réinstauration de l'état d'urgence sanitaire le 17/10/2020<sup>(56)</sup>, les mesures de dispensations dérogatoires pour les MSO furent réinstaurées et précisées dans un arrêté du 07/11/2020 pour toute la durée de cet état d'urgence.

### **III. Evolution du marché illicite pendant la crise (20,57-61)**

Pour comprendre certaines répercussions de la pandémie sur les substances licites et notamment les traitements de substitution, il est nécessaire de se pencher sur les perturbations rencontrées sur le marché des stupéfiants illicites en France et en Europe.

Les mesures de restriction de mouvement sous la forme du confinement et de la fermeture des frontières ainsi que les contrôles plus importants ont eu un effet direct et immédiat sur la circulation des drogues illicites tout en bridant leur demande.

L'Office des Nations unies contre les drogues juge l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le marché des drogues en 2020 similaire à celui de la crise financière de 2008. Après la crise de 2008 les conséquences furent désastreuses, les usagers s'étaient tournés vers les produits synthétiques et l'injection avait considérablement progressé. Il a été constaté en 2020 une diminution globale du marché de 40% en se basant sur des facteurs tels que le nombre d'interpellations, de saisies, l'évolution du prix. Cette diminution ne s'est pas faite uniformément sur le territoire.

L'Office anti-stupéfiants du Ministère de l'intérieur met en avant en comparant mars 2020 à mars 2019, une diminution de l'offre disponible et un arrêt quasi-total des importations. Les saisies sur le territoire français ont ainsi baissé de 69% pour l'héroïne (58% pour le cannabis et 30% pour la cocaïne). Durant cette période précoce des mesures de restrictions sanitaire, les approvisionnements des marchés locaux des drogues ont été directement perturbés, ce qui a pu entraîner des pénuries.

Le marché a donc subi une forte tension tout au long de la pandémie. La baisse de l'offre a par conséquent entraîné des augmentations des prix sur certains produits. A noter que la vente de substances et de formes liées à une consommation dans un contexte festif désormais absent a diminué. Globalement, les substances sont tout de même restées en vente, à cause principalement de la présence de stock locaux réalisés au préalable. Au niveau du marché de gros, le trafic par voie maritime a pris le relai du trafic aérien par passager, quasiment à l'arrêt faute de vols.

Pour ce qui est de l'héroïne, la crise n'a eu que peu d'effets sur les disparités régionales préexistantes. Cependant, par manque de ressources parmi les usagers les plus précaires, obtenant des rentrées d'argent par la « manche » notamment, la demande a diminué, et les prix ont pu localement diminuer (sauf à Marseille où c'est plutôt une augmentation qui a été repérée). Les zones de ventes habituelles dans les grandes villes ont pu enregistrer une baisse de fréquentation, notamment vis-à-vis de la difficulté pour les populations rurales de se rendre en ville avec des contrôles policiers fréquents.

Pour pallier aux manques de stock, des coupes et adultérations plus importantes des produits ont pu être observées, mettant en danger les usagers pouvant alors consommer des produits de coupes toxiques ou potentialisant les surdosages.

La véritable nouveauté de la crise sanitaire est l'ajustement des techniques d'approches et de vente des trafiquants vis-à-vis des consommateurs. Ainsi a été constaté un important recours à la livraison à domicile. Les usagers passent leurs commandes par sms, ou via des réseaux sociaux comme Instagram ou Snapchat, ou encore via des messageries cryptées. Les dealers ont pu refuser les petites livraisons de produit, rendant difficile cette approche de vente pour les populations les moins riches. Les achats sur le Darknet avec livraison postale ont également fortement augmenté, comme finalement tout le secteur de la vente en ligne.

La pandémie de COVID-19 pourrait conduire à une expansion du marché illicite, avec un développement de productions locales, et d'activités illégales en tout genre si les autorités de l'état ne trouvaient plus les moyens financiers de les contrôler (y compris dans les autres pays de l'UE).



#### IV. Evolution des consommations pendant la crise (20,57-62)

Les conséquences sur les usagers ont été très diverses et contradictoires. Certains ont réalisé un sevrage forcé quand d'autres ont surconsommé ou compensé par d'autres produits, comme les médicaments de substitution per os, d'autres opioïdes ou par des benzodiazépines.

Dans certains cas, et c'est une conséquence en partie positive de la crise sanitaire, des usagers ont favorisé l'arrêt ou la **diminution drastique des consommations**.

Une cause possible de ce choix « subi » est l'épuisement des réserves de produit stocké au domicile après quelques semaines de confinement.

La proximité soudaine et prolongée engendrée par le confinement avec un entourage qui ne consomme pas à la maison (à savoir les conjoints, les parents, la famille en général), qui n'a pas connaissance de ces habitudes, ou qui ne tolère pas les consommations, a pu pousser certains usagers à diminuer ou à stopper momentanément leurs consommations ou leur traitement de substitution. Ces consommations étant jugées comme trop envahissantes par le consommateur et/ou l'entourage. Cette situation nouvelle a pu exposer des usagers à un syndrome de manque important et non anticipé, à l'origine de dangers non négligeables.

Comme nous avons pu le voir également, l'absence de l'espace festif a pu être un facteur clé dans l'arrêt ou la diminution des consommations. Des signes de déclin pour l'intérêt de ces substances liés à ces contextes sociaux a été constaté (par exemple pour la MDMA, la cocaïne ou l'héroïne sniffée).

Par ailleurs, les difficultés à se procurer le produit et les approvisionnements aléatoires vu précédemment ont pu provoquer des diminutions de consommation. De plus, les réunions possibles avec d'autres usagers qui peuvent pousser à la consommation dans un cercle social donné ont été souvent reportées.

Dans d'autres cas, les **consommations se sont plutôt vues augmentées**.

Pour les usagers les plus insérés, ils ont pu se retrouver toute la journée à la maison en télétravail ou en chômage technique par exemple, rendant alors les consommations possibles en journée, parfois même pendant le travail. Il est apparu également un risque de voir des usagers passer à l'injection ou augmenter leurs injections.

La dimension anxiogène et angoissante du confinement a poussé beaucoup à la consommation voire à la surconsommation. Il a été rapporté une volonté de tenter de s'automédiquer contre l'anxiété, le stress, la dépression, la paranoïa ou le mal-être général causé par la pandémie et les restrictions subies.

Les professionnels des CSAPA et des CAARUD ont confirmé cette tendance, étant fortement au contact des consommateurs les plus précaires socialement et physiquement et/ou les plus dépendants. Ils rapportent des difficultés importantes pour les personnes les plus isolées pour maintenir ou obtenir des prestations sociales, les bureaux d'accueils physique dans des centres sociaux étant pour la plupart fermés ou à effectifs réduits. En plus d'une baisse conséquente des revenus tirés de la mendicité sur laquelle beaucoup comptent, l'accès à l'hygiène et à l'eau (douches publiques fermées par exemple) ont été insuffisant durant tout le confinement. Il fut aussi par conséquent également difficile de se nourrir pour certains. La question de l'hygiène fut un point inquiétant pour les CAARUD, qui ont pu constater des cas d'injections dans des conditions extrêmes d'insalubrité. Ces conditions et les incertitudes face à leur substance ont engendré de grandes souffrances psychologiques. La crainte des contrôles policiers a éloigné certains usagers des CAARUD, ce qui a pu limiter l'accès au matériel de réduction des risques, qui a pu éventuellement être réutilisé (augmentant les risques de transmissions de pathogènes).

Des usagers ont pu subir des périodes de manque forcé, et de nombreuses situations de violences physiques et psychiques. Des tentatives de suicides ont pu malheureusement être aussi rapportées.

Les usagers ont pu aussi se tourner vers **d'autres produits à consommer**, ou pour compenser leur manque lié à une autre substance.

Cela entraîne un risque d'aggravation des addictions. En effet, en cumulant ou en transférant une addiction d'un produit à un autre, les vulnérabilités liées à la dépendance peuvent être exacerbées. Les usagers peuvent faire le choix de se tourner vers des substances plus facilement accessibles comme l'alcool.

Les médicaments de substitution ont joué un rôle de « variable d'ajustement », associé également aux benzodiazépines, dans les usages des consommateurs d'opioïdes tels que la morphine ou l'héroïne, pour palier à un manque de produit ou pour espacer les prises. Ensuite, il a été constaté une augmentation apparente de l'utilisation de nouvelles benzodiazépines chez les usagers d'opioïdes comme l'étizolam, médicament non autorisé dans la plupart des pays européens, achetées en ligne ou sur le marché noir. La consommation de cannabis et des substances non surveillées telles que la kétamine ou le GHB a aussi été en hausse sur 2020.

Des **surconsommations de médicaments de substitution aux opiacés** ont pu être remarquées dans les CSAPA chez des patients pourtant relativement stabilisés dans leur traitement avant la crise. Ces patients ont pu potentiellement posséder des stocks accumulés au fil des mois et années de délivrance à leur domicile ou alors se retrouver soudainement avec des quantités beaucoup plus importantes du fait de l'assouplissement des règles de délivrance comme nous avons pu le voir (délivrance de 28 jours en une fois de méthadone sirop par exemple). Ces MSO obtenus plus facilement, peuvent aussi être utilisés comme monnaie d'échange contre d'autres produits avec entre usagers. Les tensions sur le marché noir des drogues illicites et les complications d'approvisionnement en substances comme l'héroïne ou en sulfate de morphine ont pu avoir un effet bénéfique, poussant certains individus à se tourner vers le circuit de soins pour entamer une prise en charge et obtenir un traitement de substitution aux opiacés. La disponibilité variable des produits psychoactifs durant les situations de confinement et de restrictions sanitaires a donc influencé de manière inégale les évolutions de consommation.

## **V. Evolution au niveau des centres CSAPA et CAARUD(57,58,63)**

Les centres d'accueils, de soins et d'accompagnement des usagers de drogues que sont les CSAPA et CAARUD ont dû adapter à la crise sanitaire leur activités pour pouvoir poursuivre leurs missions, telles que la délivrance des médicaments de substitution aux opiacés (inclusion, suivi, ...) ou encore la distribution de matériel de réduction des risques. Ces lieux ont pu établir des études de suivi sur le terrain des perturbations rencontrées, par exemple via le dispositif TREND de l'OFDT, composé de 50 usagers et 90 professionnels répartis sur 80 structures (dont 35 CAARUD et 30 CSAPA).

La crainte initiale rapportée en particulier dans les CAARUD était de devoir observer une diminution de l'offre de matériel de réduction des risques. C'est pourquoi certains se sont associés aux CSAPA (parfois en emménageant avec) pour mettre en place des livraisons à domicile ou encore des drives. La mise en place de la réduction des risques à domicile fut renforcée, permettant à des usagers de se faire livrer le matériel nécessaire à leurs usages de manière anonyme directement à domicile(64). Pour réduire les visites des usagers au maximum, des limites sur la quantité de matériel qu'ils pouvaient emporter ont pu être levées.

Au niveau des pharmacies, les CAARUD ont également fourni du matériel à des officines partenaires à travers la France. Les CSAPA, en particulier durant le premier confinement, ont voulu faciliter la délivrance des médicaments de substitution aux opiacés en faisant parvenir directement aux pharmacies attitrées des patients des ordonnances avec une validité automatiquement renouvelée. Ces transmissions furent possibles surtout pour des patients stabilisés de longue date et assidus dans leur(s) traitement(s). Des cas isolés de refus de délivrance ont été rapportés par le dispositif TREND dans quelques pharmacies (Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Auvergne Rhône-Alpes), par des officines ne respectant pas les mesures d'assouplissement (ou qui ne peuvent pas stocker la méthadone de manière sécurisée), ou refusant les ordonnances envoyées par fax ou par email.

Une augmentation des demandes d'initiation de traitement de substitution aux opiacés a été constaté au sein des CSAPA, provenant en partie d'usagers non suivis se fournissant antérieurement en héroïne ou autres opioïdes sur le marché noir, craignant ou subissant une pénurie. Face à ces demandes croissantes pour des prises en charge, les CSAPA ont assoupli les protocoles d'inclusion, et ce même allant jusqu'à la prescription de sulfate de morphine. Parallèlement, il a fallu répondre à des nouvelles demandes de prescription de benzodiazépines et ajuster les consommations déjà présentes, spécifiquement en forte augmentation chez les usagers de drogues opiacées. Ces usagers dépendants ont pu rencontrer des obstacles pour accéder à leurs molécules, tant au niveau des médecins généralistes qu'au niveau des pharmacies.

Concernant les consultations dans les CSAPA, elles ont été réduites au minimum, privilégiant les téléconsultations, le suivi téléphonique et les visites à domicile. Il faut noter que cela a pu avoir un effet positif inattendu, en établissant pour la première fois un lien solide avec des patients par téléphone, alors qu'il était impossible de le faire en présentiel à cause de la gêne du « face à face ». Paradoxalement, les adaptations aux contraintes sanitaires ont pu conduire à mieux personnaliser la réponse aux besoins des usagers les plus isolés et/ou vulnérables.

Un accueil physique et individuel a été maintenu ou rétabli très rapidement dans des cas d'urgence de soins physiques et/ou psychiques non gérables à distance, et surtout pour les inclusions aux protocoles de substitution. Les centres se sont donc recentrés en présentiel sur leurs missions essentielles et non remplaçables à distance. Ainsi, 70% des 253 CSAPA ont maintenu en présentiel l'inclusion et le maintien des TSO, 86% ont maintenu des consultations individuelles en présentiel, 76% des CAARUD ont maintenu un accueil individuel, et les 2 types de centre ont maintenu la délivrance matérielle de réduction des risques. La délivrance de la naloxone a fortement augmenté, mais les demandes restent rares. La situation a tout de même permis de rappeler l'importance de la délivrance de naloxone et de relancer sa dynamique dans un contexte où elle pouvait sauver des vies.

La crise a eu tout de même un bon nombre de conséquences négatives. Les centres ont dû fortement réduire leur nombre d'intervenants et de personnels, ainsi que leurs créneaux horaires d'ouverture. De nombreux intervenants reportent une perte de contact avec une partie importante de leur file active de patients. Les consultations à distance et par téléphone ont leurs limites. Certains patients sont demeurés injoignables ou insatisfaits. Il ne faut également pas oublier les usagers les plus précaires qui n'ont parfois ni téléphone, ni internet, et pour qui le suivi à distance est quasiment impossible. Des raisons de confidentialité sont évoquées, en plus des problèmes techniques, et des patients parfois étrangers qui maîtrisent mal le français (déjà une situation complexe en temps normal). Les fameux « gestes barrières » ont pu aussi créer une certaine distance peu souhaitable entre le soignant et le soigné, alors que d'ordinaire le but est évidemment de se rapprocher du patient.

Le confinement a pu créer des problèmes pour le suivi de certains profils de patients. Par exemple, l'accès aux médicaments de substitution et au matériel de réduction des risques fut plus difficile pour les usagers ruraux, ne souhaitant pas se faire connaître de leur pharmacie de village. Également, un problème important fut posé avec la libération massive d'environ 13000 détenus dictée par l'ordonnance du 25 mars 2020 introduisant des remises de peines dans le but de limiter les transmissions de COVID-19 dans le milieu carcéral. Beaucoup de ces détenus (concernés par des petites peines) sont sortis de prison sous TSO sans ordonnance, sans historique de traitement, avec un mauvais suivi et sans programmation préalable qui aurait permis un suivi dans les CSAPA. D'autant plus que les branches des CSAPA intervenant dans les prisons était réduites ou supprimées dans 82% des centres (selon l'enquête en temps réel de l'ODFT ARMSSA). Ces soucis de coordination ont forcé certains patients à recommencer le protocole d'inclusion depuis le début, en l'absence d'historique clair. Cela étant dit les CSAPA ont tout de même permis d'éviter des ruptures de traitement MSO.

Enfin, les professionnels des centres déplorent une charge de travail importante et génératrice de fatigue. Un sentiment d'usure s'est fait sentir. Le rôle d'écoute face à des situations parfois terribles, dans un climat sous tension fut éprouvant. Comme pour tous les services du pays, la détérioration de l'état de leur patients, l'exacerbation de souffrances physiques et l'état sanitaire général a influencé négativement le moral des professionnels soignants.

## **VI. Impact au niveau des officines de pharmacie(27,57,62,65,66)**

Tout au long de la crise sanitaire et surtout durant les confinements, la pharmacie d'officine fut une des dernières « cellules sanitaires » à accueillir sans distinction des patients au comptoir. Le pharmacien a été et est toujours le témoin privilégié au contact des patients en temps de crise.

L'étude COVIDOFFI portée par le CEIP-A de Paris pour le réseau national d'AddictoVigilance met en lumière des informations intéressantes, via le suivi d'une cohorte de 203 officines (42% en Ile de France, dont 15 spécialisées en addictologie dont la moitié a plus de 50 de patients sous MSO) du 10 avril au 10 juin 2020.

Tout d'abord, au comptoir nous pouvons constater une exacerbation de symptômes psychiatriques durant la période étudiée. En effet, 95% des pharmacies interrogées rapportent des patients (population générale) souffrant d'anxiété due à la situation et 85% qui se plaignent d'insomnie. Cette constatation permet de facilement déduire que la demande en médicaments psychotropes en général a augmenté en pharmacie. Cela se vérifie dans le cadre des demandes de comptoir indicatrices d'abus possibles qui ont été rapportées, 74% d'entre elles concernent des délivrances de plusieurs mois de benzodiazépines et d'antalgiques en une seule fois. Le pharmacien a donc été le premier témoin de l'augmentation très importante de la demande en psychotropes et en particulier chez les usagers de drogues.

Globalement les mesures sanitaires et le premier confinement ont sans surprise un impact direct sur la délivrance de médicaments de substitution aux opiacés et de médicaments opioïdes incluant les antalgiques de palier 3 comme le sulfate de morphine.

Les pharmacies furent déjà responsables de la délivrance des ordonnances de stupéfiants transmises par les CSAPA. Une situation complexe où les 2 acteurs ont dû fréquemment se contacter pour assurer un relais le plus optimal possible, et limiter les abus. Pour les pharmacies ayant eu moins de contacts habituels avec les centres, une ligne téléphonique directe a clairement manqué et devrait faire l'objet d'un projet.

Comme nous l'avons vu, la législation habituellement très stricte au sujet de la délivrance des stupéfiants et en particulier des MSO a subi un relatif assouplissement pour tenir compte de la difficulté accrue des renouvellements et pour éviter à des usagers de manquer de traitement.

Les consommateurs d'opioïdes se sont donc souvent retrouvés avec des quantités importantes de méthadone, de BHD, et de sulfate de morphine en leur possession, sans en avoir l'habitude. Ceci et compte tenu du contact limité avec les professionnels de santé habituels a posé d'importants risques de surdose aux opiacés parmi les usagers les moins stabilisés, d'où l'importance de l'officine comme dernier rempart et conseil avant la délivrance.

Du côté des commandes de médicaments de substitution par les officines et des ventes des grossistes aux pharmacies, les chiffres ont fortement fluctué. L'ODFT détaille une augmentation de 1.9% des commandes brutes pendant le premier confinement, avec un pic en mars 2020 (+1.4%) et en mai (+5.7%) et une baisse en avril (-1.4%) comparé aux données de 2019. Point important à souligner, les ventes de méthadone ont augmenté de 10.4% sur ces 3 mois, mais la buprénorphine haut dosage a diminué de 2.5%, signe d'une préférence pour la méthadone dans les prescriptions.



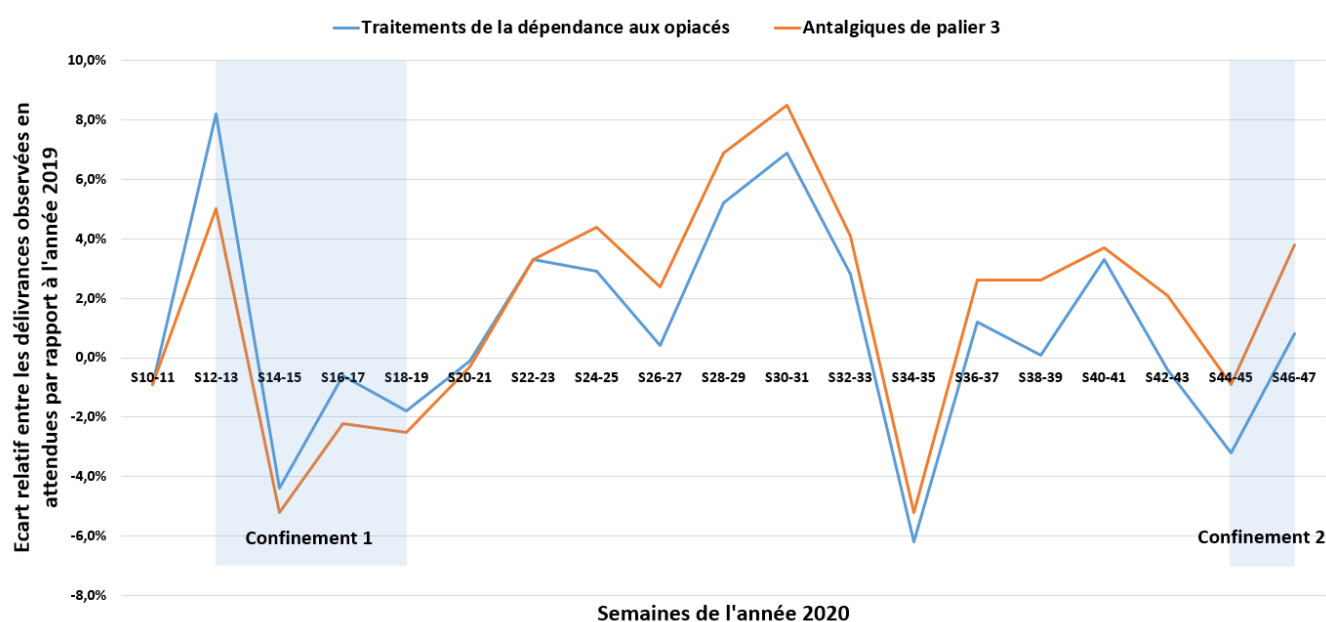


Source : Siamois, GERS, exploitation OFDT

\*Corrigées en fonction du nombre de jours dans le mois hors samedi et dimanche selon les années (année de référence 2019).

**Figure 6 :** Commandes mensuelles de MSO de mars 2018 à mai 2020 par les pharmacies de ville(27)

Du côté des délivrances, en se basant sur les données des remboursements, nous pouvons retrouver une hausse significative de l'ordre de 1090 nouveaux patients pris en charge dans un protocole de substitution aux opiacés (tout confondu et par rapport à 2019)



**Figure 7 :** Evolution de la délivrance des traitements de la dépendance aux opiacés et des antalgiques de palier 3 du 2 mars au 11 novembre 2020 (Données EPIPHARE (66))

Nous pouvons directement remarquer le pic provoqué par le premier confinement sur le remboursement des MSO (+8.2%) et des antalgiques de palier 3 (+5%), lors de la première semaine du premier confinement. Ce pic est suivi d'une forte baisse puis d'une augmentation progressive entre les 2 confinements, peut-être le signe d'une reprise des traitements pour certains usagers, ou en tout cas d'une stabilisation des usages. Au total, une augmentation de 190000 délivrances en huit mois a été réalisée pour les MSO.

A remarquer que, généralement, toutes les classes de médicaments visant le traitement de pathologies chroniques (comme c'est le cas des MSO) ont subi une augmentation des délivrances au premier confinement. Le deuxième confinement a eu une influence beaucoup plus faible, probablement lié à des mesures moins strictes sur les populations. Les traitements des dépendances aux opiacés ne sont pas les classes qui représentent les plus grosses augmentations sur l'année et durant les confinements. Ce sont surtout les médicaments des pathologies chroniques cardiovasculaire et du diabète qui ont été concernées. Cependant, les MSO se classent 7<sup>ème</sup> sur les 10 classes thérapeutiques étudiées dont la consommation a le plus fortement évolué à la mi-juillet (semaine 28-29), de l'ordre de +5.2%.

Premier confinement 16 au 29 mars S12-13		Post confinement période 6 au 19 juillet S28-29		Deuxième confinement 9 au 22 novembre S 46-47	
TOP 10 des hausses		TOP 10 des hausses		TOP 10 des hausses	
Hydroxychloroquine	+103,6%	DIU avec progestatif	+19,8%	Azithromycine	+30,1%
Azithromycine	+49,0%	Inducteurs ovulation (PMA)	+17,6%	DIU avec progestatif	+23,8%
Trait. mal. obst. Respiratoire	+43,9%	Anxiolytiques	+8,5%	Hydroxychloroquine	+15,5%
Insuline	+38,6%	Hypnotiques	+8,1%	Anxiolytiques	+7,6%
lévothyroxine	+33,7%	Antalgiques de niveau 3	+6,9%	Hypnotiques	+6,7%
Contraception orale	+33,2%	Traitements dép. alcool	+5,6%	Inducteurs ovulation PMA	+6,0%
Ciclosporine / Tacrolimus	+31,7%	Trait dépendance aux opiacés	+5,2%	Statines	+5,7%
Sartans	+31,3%	Produits iodés pour scanner	+4,6%	Antiagrégants plaq. (AAP)	+5,7%
Antirétroviraux VIH en assoc.	+30,5%	Antiépileptiques	+4,1%	Antithrombotiques	+4,2%
Statines	+30,3%	Antidépresseurs	+3,8%	Lévothyroxine	+3,9%

**Figure 8 :** Récapitulatifs des classes thérapeutiques dont la consommation a le plus fortement évolué lors du premier confinement, à la mi-juillet et lors du deuxième confinement (le pourcentage correspond à l'écart de l'observé (données réelles) par rapport à l'attendu (estimé à partir des données de 2018 et 2019 à période équivalente et de celles du début de l'année 2020) (66).

Concrètement dans les pharmacies de l'étude COVIDOFFI, sur les 83% de pharmacies qui prennent en charge des patients sous substitution, 17% déclarent des nouvelles inclusions sous MSO pour parer par exemple à un manque. Plus inquiétant, 12.3% de ces pharmacies rapportent des événements graves, 17% des traitements non équilibrés, 9% des rechutes, et 2% des surdoses.

Concernant le niveau de réduction des risques, 6.4% des pharmacies déclarent une hausse des demandes spontanées de Steribox®, avec adaptation des stocks pour certaines officines mais aucun impact significatif n'a été relevé sur la délivrance de naloxone en pharmacie !

Toutes ces évolutions observées sur les ventes, les remboursements, les délivrances et les demandes en pharmacie peuvent s'expliquer par une conjugaison de plusieurs facteurs.

Tout d'abord, au début du premier confinement les usagers ont eu tendance à adopter une attitude de stockage des produits, craignant les ruptures de stock ou autre problème pour la délivrance de leur traitement à venir. Ce stockage fut toutefois limité en ville pour les MSO en comparaison à d'autres médicaments utilisés dans d'autres maladies chroniques, et en raison d'une législation tout de même plus stricte.

Ce phénomène de stockage a pu être couplé à l'assouplissement de la législation sur les délivrances, qui a permis aux délivrances d'augmenter.

Sur les semaines suivantes, les patients sont retournés vers une consommation plus normale. En plus du stock accumulé au début du confinement, ce qui a permis à certaines structures de ne pas directement se réapprovisionner, les services de santé se sont peu à peu adaptés, d'où la baisse constatée des délivrances à la fin du premier confinement.

Les perturbations globales sur la crise sanitaire des délivrances de médicaments de substitution aux opiacés (méthadone et BHD) s'expliquent aussi par plusieurs faits. Les CSAPA ont pu transférer les délivrances de certains patients qui s'approvisionnaient habituellement dans les centres en méthadone vers les pharmacies d'officine. La part des 13000 détenus libérés de prison sous traitement de substitution a également poursuivi son traitement en ville après réévaluation (voir chapitre précédent). De plus, comme nous l'avons vu les CSAPA ont fait entrer un nombre important de nouveaux usagers dans les protocoles de TSO. Parallèlement, les posologies de méthadone ont aussi augmenté, pour palier à des manques grandissants ou pour stabiliser des traitements.

Enfin, certains patients sont passés de la BHD à la méthadone, ce qui explique cette hausse importante de la délivrance de la méthadone par rapport à la BHD qui a stagné voire diminué comme nous avons pu le constater sur le rapport de l'OFDT.

Les analgésiques opioïdes classiques sont également concernés par une augmentation des délivrances. En effet les CSAPA notamment parisiens ont élargi les inclusions à des protocoles de substitution hors AMM à base de sulfate de morphine Skenan® pour des patients en échec de traitement de substitution par méthadone et BHD pour mieux répondre et s'adapter à des nouvelles formes de demandes de la part des usagers.

## **VII. Un impact global(20,65)**

La pandémie de COVID-19 et les mesures sanitaires qui ont dû être prises ont eu un impact direct sur l'offre et les usages de drogues illicites, ainsi que sur les services de soins, des centres d'addictologie à la pharmacie.

La crise a pu mettre en lumière des nouveaux besoins particuliers des usagers et ex-usagers. Un changement de conjuncture à court et moyen terme est déjà visible sur les addictions. Les téléconsultations à distance ont déjà permis de maintenir un lien indispensable avec certains patients au plus fort de la crise. Les nouvelles technologies qui ont pu servir le marché noir avec des nouveaux modes de vente permettent également des innovations dans le domaine de la santé et dans le traitement de l'addiction.

Il ne semblerait pas que les mesures sanitaires aient entravé particulièrement l'accès à la délivrance des médicaments liés à des traitements chroniques en général et de substitution aux opiacés et aux opioïdes, plus spécifiquement. Il est même plutôt clair qu'il a été permis à certains usagers d'intégrer des protocoles de substitution, « grâce » à la crise. Via les constatations exposées dans cette situation sanitaire quasi inédite, et face aux conséquences parfois dramatiques (rechutes, surdoses), il convient de rappeler le rôle du pharmacien d'officine pour repérer et aiguiller les patients qu'il accueille au comptoir au quotidien.

Il serait important de développer la délivrance de la naloxone et de participer à sa diffusion en pharmacie et sensibiliser les équipes officinales sur son usage. Certains CSAPA la proposent déjà pour éviter les risques accrus de surdoses durant la crise sanitaire pour les raisons précédemment évoquées.

90% des pharmaciens interrogés auraient également souhaité garder leur pouvoir de renouvellement des ordonnances de traitement chroniques, peut-être une piste de travail pour impliquer d'avantage l'officine dans la prise en charge des maladies chroniques, dont l'addiction fait sans aucun doute partie.

A plus long terme, il faut rester vigilant pour ne pas subir les conséquences d'un ralentissement de l'économie (comme en 2008), affaiblissant les systèmes de soins déjà fortement sous tension, et posant de nouvelles menaces. La misère sociale grandissante avec la crise et la hausse du chômage pourrait aussi stimuler les phénomènes addictifs. Les subventions d'état et budgets alloués à la lutte contre le marché illicite, à la prévention, à la réduction des risques et au traitement des addictions pourraient être revus à la baisse pour allouer ces capitaux à des secteurs jugés plus critiques. Les organisations criminelles pourraient dans la durée s'ancrer et recruter d'autant plus dans certaines communautés en venant en aide aux populations en difficulté.

Enfin, malgré les études précédemment dévoilées, il manque des données primordiales sur la mortalité et la morbidité de la COVID-19 sur les usagers de drogues opiacées notamment. Quel est le nombre de décès parmi les populations consommatrices ?

Il est indéniable que ces personnes sont plus vulnérables à l'infection et plus susceptibles de développer des formes graves, étant donné que leur système immunitaire est globalement affaibli. Il faut ajouter à cela des conditions d'hygiène parfois difficiles.

Les usagers de drogues ont-ils la même facilité d'accès aux tests PCR et par extension à une prise en charge précoce des formes graves de la maladie ? Il est probable que non.

## **Troisième partie : Enquête dans le but d'évaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur des patients sous traitement de substitution aux opiacés**

### **I. Contexte et objectifs**

Nous avons pu précédemment détailler l'éventail possible de la prise en charge en France et en pharmacie d'officine des addictions aux opiacés. Cela passe notamment par la prescription et la délivrance des MSO.

Nous avons ensuite analysé les problématiques imposées par la crise sanitaire au niveau des différents acteurs du système de soin des addictions. Toutefois les résultats des différentes sources que nous avons pu détailler n'interrogent pas les patients directement. Fort de cette constatation et du manque d'un regard précis sur la crise de la part des patients suivis eux même, nous avons décidé de mettre en place cette étude.

Les objectifs de l'étude sont multiples.

Premièrement, elle permettra de faire un état des lieux du profil des patients traités dans l'échantillon, leurs traitements et leurs prescripteurs. Deuxièmement, nous pourrons nous intéresser à l'impact de la crise sanitaire sur plusieurs points distincts détaillés ci-dessous. Enfin il sera possible de discuter les résultats, de proposer quelques améliorations concernant le suivi des patients à l'officine et surtout de tirer les apprentissages nécessaires de cette crise.

### **II. Matériel et méthodes**

Nous avons mené cette étude au sein de quelques officines du réseau de l'association Resist 37 (en Indre-et-Loire donc) ainsi qu'au niveau du CSAPA d'Orléans.

Le questionnaire était à faire remplir sur papier par le patient lui-même au comptoir de la pharmacie lors de la délivrance ou lors de son rendez-vous de suivi au CSAPA. Il comprend des cases à cocher et des lignes pour ajouter des commentaires si nécessaire suivant le sujet de la question. L'émission des questionnaires a commencé en juillet 2021 jusqu'à fin octobre 2021.

En plus d'une partie introductive sur le profil du patient, le questionnaire est composé de 5 parties (annexe 1) distinctes pour pouvoir balayer les différents aspects qui nous intéressent et rationaliser les résultats.

Les parties se suivent comme ceci :

- D'abord, les traitements du patient, les changements rencontrés depuis mars 2020, les modifications de posologies ainsi que le professionnel qui prescrit ces traitements.
- Evaluation de la qualité de prise en charge générale et plus particulièrement en pharmacie, avec des questions portant sur la place du pharmacien dans le suivi.
- Evaluation de l'impact de la pandémie sur les comportements de consommation des patients, que ce soit au niveau des drogues licites, illicites et au niveau médicamenteux.
- Evaluation du regard porté sur la réduction des risques pour jauger la connaissance des patients à ce sujet et savoir comment elle a été gérée durant la crise sanitaire.
- Enfin, évaluation de la sensibilité des patients vis-à-vis de l'infection par la COVID-19 en elle-même et leur possible vulnérabilité à cette infection.

Le questionnaire fut proposé à tous les patients sous traitement MSO, quels que soient leur traitement ou leurs antécédents. Si le patient était d'accord pour participer et réceptif, le questionnaire lui était alors remis pour le remplir directement sur place. En effet, la plupart des questionnaires remis à des patients pour les rapporter ultérieurement ne revenaient jamais.

A réception des questionnaires papier, nous avons pu procéder au dépouillement informatique des données en utilisant un tableur Google Sheets pour pouvoir procéder à un comptage de chaque réponse et une analyse statistique et graphique de l'échantillon. Nous avons également pris en note les commentaires additionnels pertinents de la part des patients inscrits dans les champs libres du questionnaire.



### **III. Résultats**

#### **1) Préambule**

Nous avons pu mener à son terme l'étude malgré quelques difficultés.

En effet, les officines de pharmacie qui ont reçu le questionnaire ont été très peu nombreuses à retourner le questionnaire complété, malgré des relances de ma part. Après avoir pu contacter certaines d'entre elles, il m'a été rapporté qu'il était difficile pour les équipes de consacrer du temps à ce questionnaire au comptoir tant elles étaient submergées par les nouvelles missions que sont les tests antigéniques de la COVID-19 ou encore la vaccination.

Ainsi, j'ai dû me résoudre à faire appel au CSAPA d'Orléans pour obtenir suffisamment de questionnaires patients, ce qui ne semble pas avoir introduit de biais, la quasi-totalité des patients interrogés étant patients de toute manière en officine de pharmacie pour la délivrance de leurs ordonnances de MSO, seul le lieu de remplissage du questionnaire change.

#### **2) Profil des patients**

L'échantillon comprend au total 46 patients volontaires qui ont rempli le questionnaire.

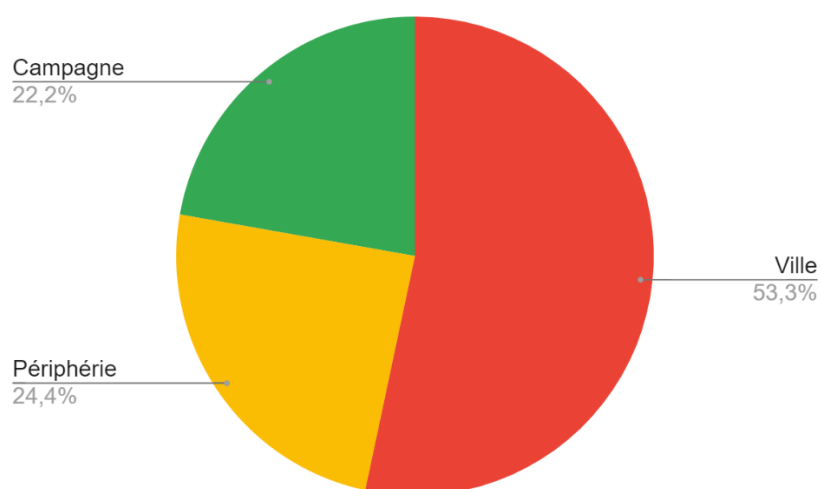
La population est composée de 37 hommes et 9 femmes, soit un sex ratio de 4,1.

La moyenne d'âge des patients est de 45,8 ans pour une médiane de 45,5 ans. Le patient le plus jeune a 28 ans et le plus âgé 68 ans.

Parmi les patients, 41,3% exercent une activité professionnelle, pour la plupart dans des emplois peu qualifiés mais dans divers secteurs (transport et livraison, manutention, artisanat, bâtiment, cuisine et hôtellerie ...). La majorité, soit 58,7% des interrogés n'ont pas d'activité professionnelle.

En faisant une répartition par sexe de l'activité professionnelle, on remarque que les femmes interrogées travaillent moins que les hommes, à hauteur de 22% d'entre elles pour 49% des hommes.

La majorité des patients interrogés vivent en ville (53%), 24% en périphérie et 22% à la campagne.

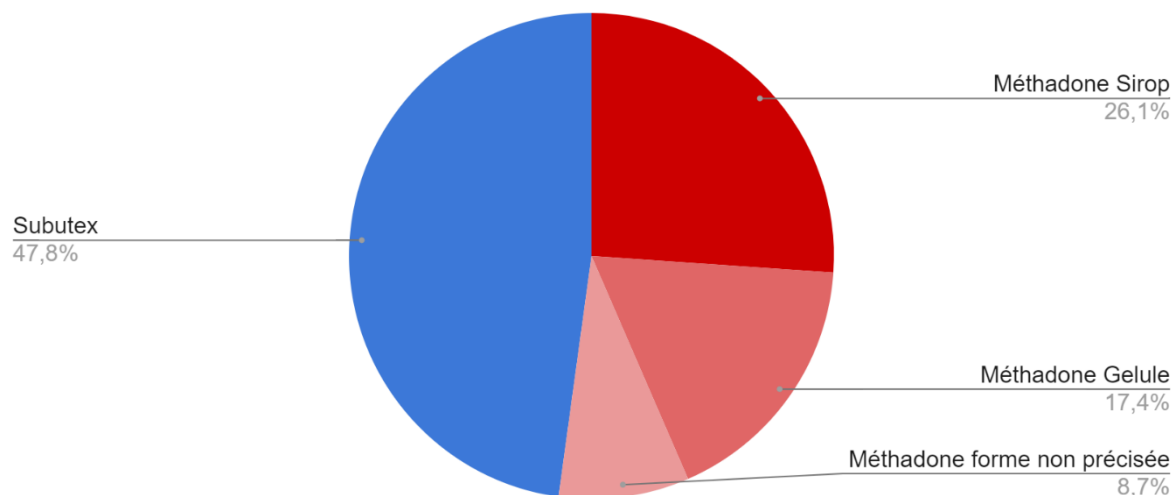


**Figure 9:** Lieu de vie des patients interrogés

Environ 63% des patients possèdent le permis et un véhicule pour se déplacer (résultat assez similaire pour les hommes 67% et les femmes 62,2%), dont 76,2% pour les patients hors de la ville et 54,2% des citadins (figure 9).

### 3) La prescription du patient et ses modifications

#### a) Prescriptions et prescripteurs



**Figure 10:** Prescriptions des patients interrogés

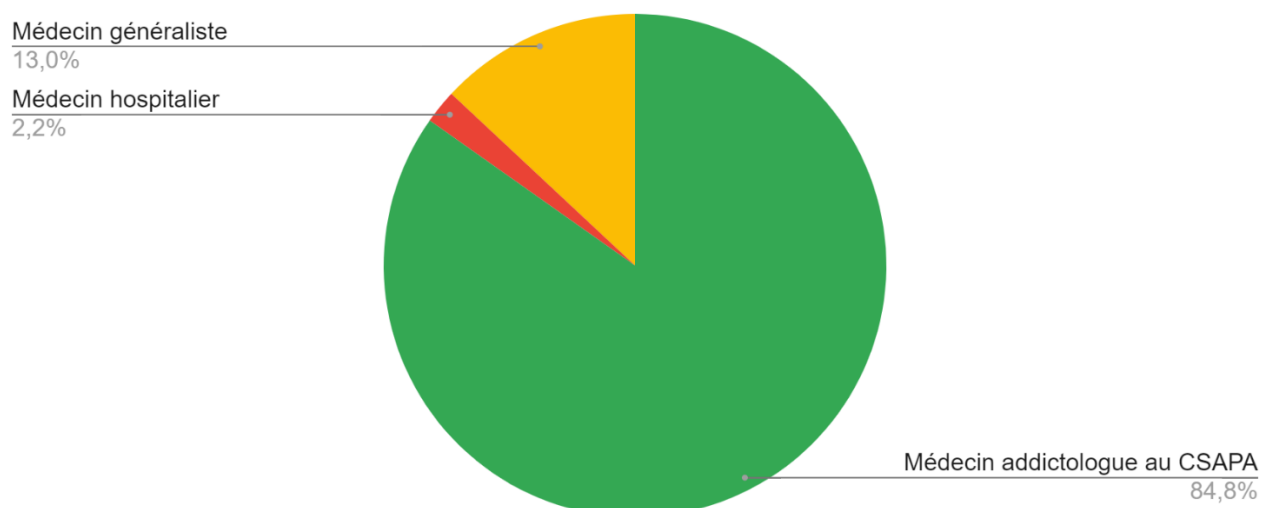
La figure 10 présente la répartition des prescriptions des 3 MSO dans la population de patients. L'échantillon est réparti en 2 parts proches, à savoir que 52% est traité par méthadone (toutes formes confondues) et 48% par Subutex® ou buprénorphine générique (figure 10). Sur les 46 patients aucun d'entre eux n'est traité par Suboxone® (buprénorphine-naloxone).

<b>MSO</b>	<b>Homme</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>
	n=37	n=9	n=46
<b>Méthadone</b>	54%	44%	<b>52%</b>
Sirop	10	2	12
Gélule	7	1	8
Forme non précisée	3	1	4
Total	20	4	24
<b>Subutex® ou Buprénorphine générique</b>	46%	14%	<b>48%</b>
	17	5	22
<b>Suboxone®</b>	0	0	0

**Tableau 2 : Prescriptions des patients interrogés (détail)**

A noter qu'en rapportant à l'âge, les patients sous traitement Subutex® sont en moyenne plus âgés (50,1 ans) comparés aux patients sous traitement méthadone toute forme confondue (41,9 ans).

Pour ce qui est de la durée depuis laquelle les patients prennent leur traitement nous pouvons retrouver une moyenne de 10,2 ans avec une médiane proche de 9,2 ans. La durée la plus courte est de 4 mois et la plus longue de 26 ans (soit quasiment depuis l'introduction des MSO en France). Les patients traités par méthadone prennent en moyenne leur traitement (9,2 ans) depuis un peu moins longtemps que les patients sous Subutex® (11,3 ans).



**Figure 11:** Répartition des prescripteurs des traitements MSO

Les prescripteurs des traitements sont en majorité des médecins addictologues dans un CSAPA (84%), pour 13% seulement de médecins généralistes et 1 médecin hospitalier, ce qui est logique compte tenu du lieu de remplissage des questionnaires (figure 11). Nous ne dénombrons aucun psychiatre prescripteur.

#### **b) Le traitement MSO pendant la crise sanitaire**

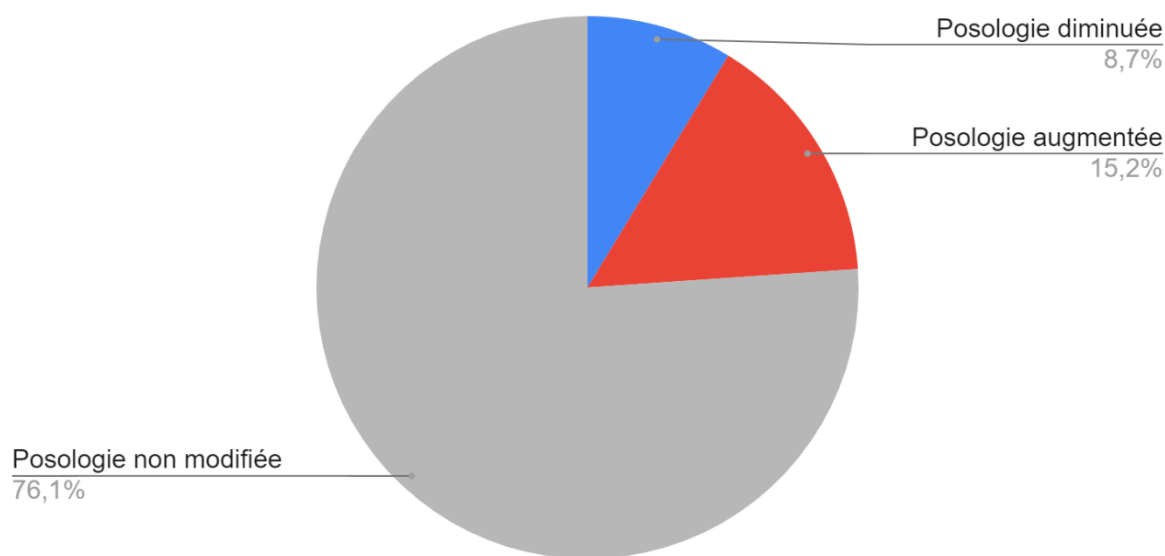
Seulement 8,7% des patients déclarent avoir démarré leur protocole de traitement MSO durant la pandémie de COVID-19.

Ils mentionnent comme motivations :

- Vouloir « arrêter la drogue » avec une « aide »
- « Calmer le jeu » et les consommations d'héroïne
- « Ne pas être en manque »
- « Rester stable émotionnellement et psychologiquement »

Cette démarche de soin ne semble pas avoir été motivée ou provoqué par les confinements nationaux, en tout cas aucun ne le mentionne.

Pour ce qui est des modifications de traitement, 3 patients en parlent (6,5%). Ils sont tous passé de la buprénorphine à la méthadone à cause d'une mauvaise tolérance au Subutex® d'une part et d'un « manque d'effets » d'autre part. Ces changements ne sont pas liés non plus à la crise sanitaire et furent réalisés en accord avec un prescripteur.



**Figure 12:** Modification de posologie des traitements MSO durant la crise sanitaire

Environ 24% des patients rapportent avoir eu besoin d'une modification de la posologie de leur traitement MSO depuis la pandémie de COVID-19 (figure 12).

Dans le cas de la diminution de posologie, les raisons invoquées sont une envie d'arrêter progressivement le traitement, et des effets indésirables causés par une posologie inadaptée.

D'autre part, 7 patients ont vu leur posologie augmentée, principalement pour des raisons de sous-dosage du traitement provoquant des symptômes de manque. Enfin, 2 patients mentionnent des raisons liées directement à la crise. L'un invoque l'anxiété provoquée par les confinements qui l'a poussé à devoir augmenter la posologie de son traitement pour être stable. L'autre patient explique avoir eu besoin de demander une augmentation de sa posologie lors de la reprise des activités en extérieur en fin de confinement.

#### 4) La prise en charge du patient pendant la pandémie

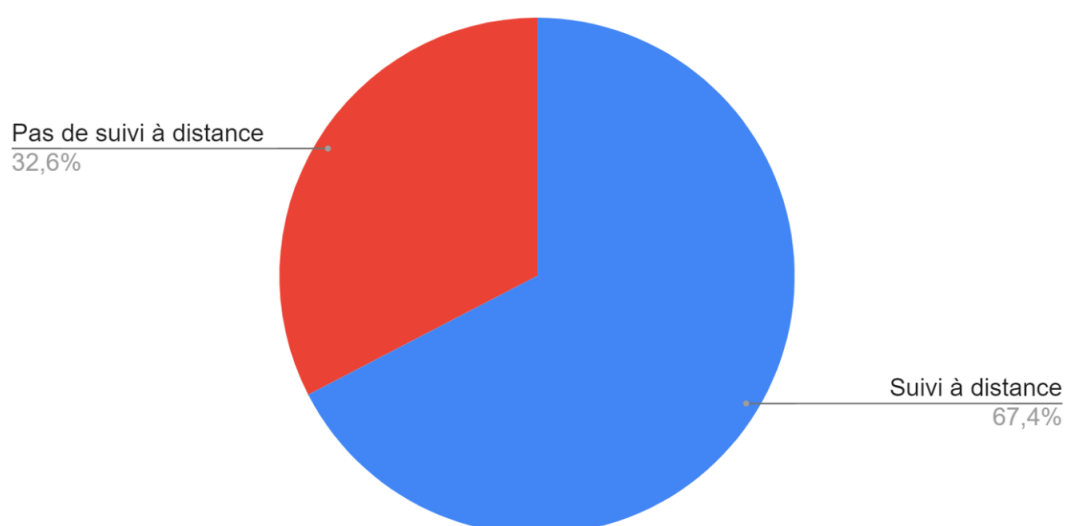
##### a) Changements de prescripteurs

26,1% des patients ont été amené à changer de prescripteurs depuis le début de la crise sanitaire. Aucun de ces changements n'est lié directement à la crise. D'abord, 4 ont quitté leur médecin généraliste pour un médecin addictologue simplement à la suite d'un arrêt d'exercice de celui-ci (retraite, interdiction d'exercer). 3 patients ont fait la même chose pour débiter un traitement à la méthadone, 1 est retourné ensuite chez son généraliste. 2 patients sous suivi judiciaire et sortis de prisons ont également commencé un suivi par un addictologue du CSAPA. Enfin, 1 patient a dû être suivi de manière plus rapprochée au CSAPA pour limiter le mésusage de son traitement prescrit par un médecin généraliste.

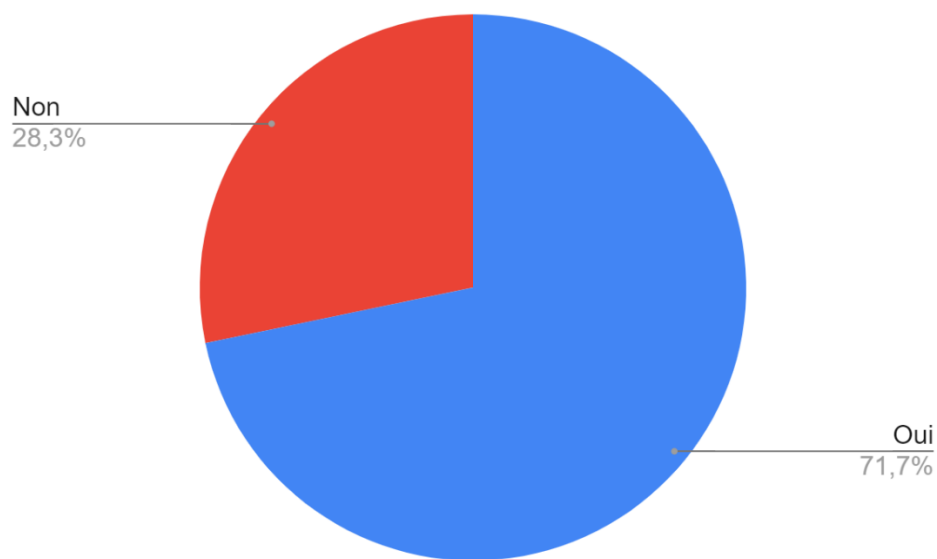
##### b) Prise en charge en addictologie et en pharmacie

A la question « Comment jugez-vous votre suivi en addictologie depuis mars 2020 sur une échelle de 1 à 5 » nous avons obtenu un score de 3,9/5 de moyenne, soit un suivi « très bon » d'après les interrogés.

Dans le champ libre sous la question, 2 patients parlent d'un suivi détérioré durant les confinements nationaux, avec un rendez-vous difficile et la « reprise de drogue ».



**Figure 13:** Suivi à distance des patients lorsque les contacts physiques étaient limités



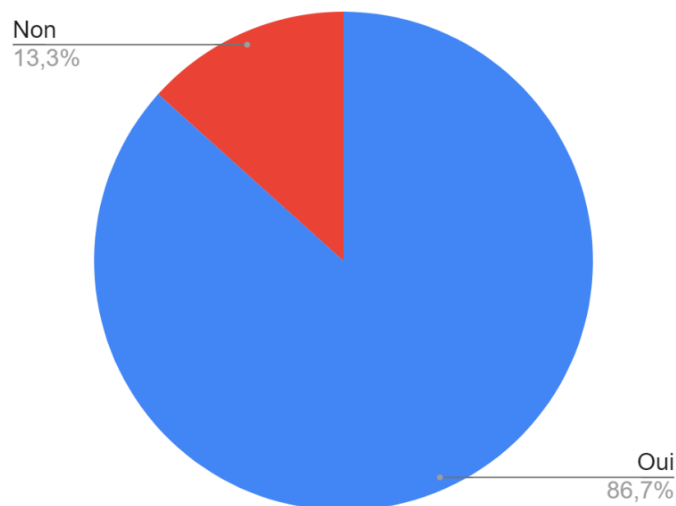
**Figure 14:** Envoi des ordonnances à la pharmacie d'officine

Ensuite, nous avons trouvé pertinent de nous intéresser au suivi à distance des patients (particulièrement rapporté par les CSAPA durant le premier confinement national), qui a bénéficié à environ 68% des patients (figure 13).

Environ la même proportion (72%) des patients a pu voir ses ordonnances de renouvellement de traitement directement envoyées à leur pharmacie habituelle durant le premier confinement, pour éviter les contacts inutiles (figure 14).

A noter qu'aucun des patients suivis par un médecin généraliste n'a bénéficié ni du suivi à distance ni de l'envoi des ordonnances à sa pharmacie attitrée.





**Figure 15:** Utilité du pharmacien durant la crise sanitaire

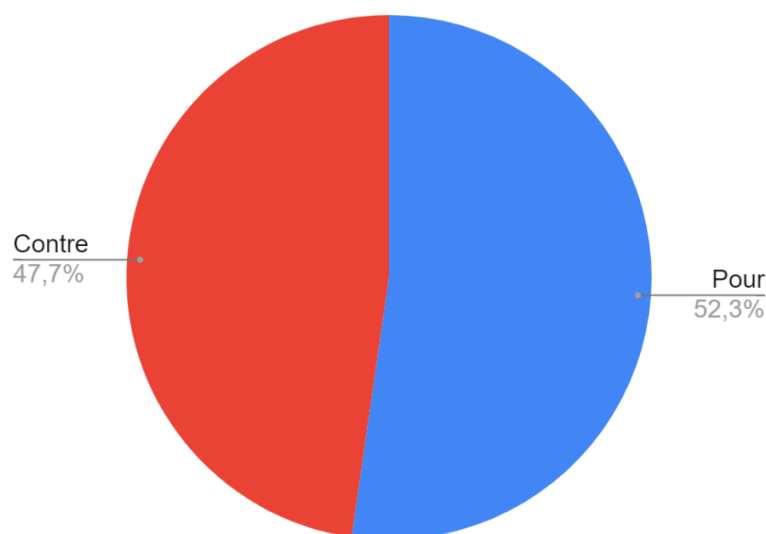
A la question « Avez-vous trouvé votre pharmacien utile dans votre suivi durant la crise sanitaire ? » environ 87% des patients interrogés répondent « Oui » (figure 15).

Nous avons pu noter de nombreux commentaires dont certains qui ressortent plusieurs fois :

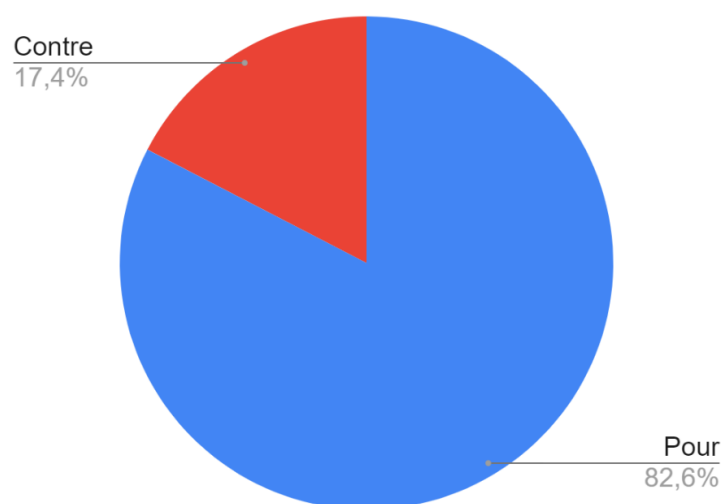
- « Professionnels », « Utiles dans la délivrance notamment des ordonnances envoyées »
- « Rapidité », « Traitement prêt à l'avance », « Service notamment Livraison »
- « A l'écoute », « Ouverts à la discussion », « Attentifs », « Disponibles »
- « Bienveillance », « Discrétion », « Pas de jugement »
- « De bon conseils », « Connait le patient »
- « Arrangeants », « Conciliants », « Aidants », « Dépannage parfois »

Plusieurs patients ont mentionné également que leur pharmacien avait été rassurant sur la pandémie et également sur les vaccins, répondant à leurs inquiétudes et questions.

Environ 14% de patients considèrent le pharmacien « inutile » dans leur suivi, ce qui est non négligeable. Ils mettent tout d'abord en avant une mauvaise connaissance du traitement par certains pharmaciens et également des traitements qui n'étaient pas toujours en stock.



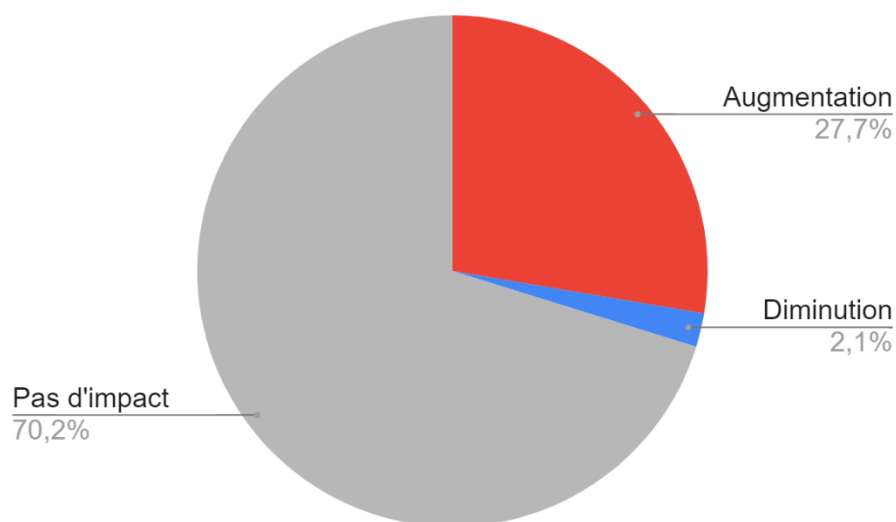
**Figure 16 :** « Seriez-vous prêt à donner plus de place au pharmacien dans votre suivi médicamenteux ? »



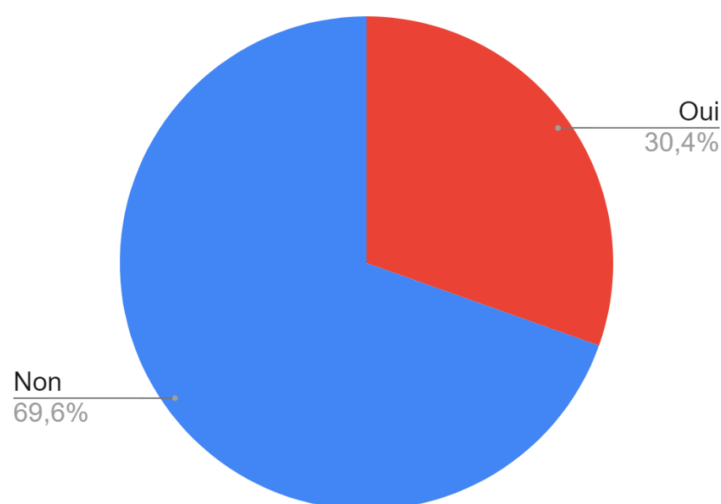
**Figure 17 :** « Pensez-vous que votre pharmacien devrait pouvoir renouveler vos ordonnances de traitement en temps de crise ou si votre prescripteur habituel est indisponible ? »

Par la suite, nous avons demandé si les patients seraient prêts à donner plus de place au pharmacien dans leur suivi médicamenteux (figure 16). Le résultat est étonnement mitigé avec environ 53% de « Oui ». En revanche, environ 83% de la population interrogée se dit prête à faire confiance au pharmacien pour renouveler leurs ordonnances de traitement (figure 17).

### c) Impact de la crise sanitaire sur les consommations et traitements annexes



**Figure 18 :** Impact de la crise sanitaire sur les consommations actuelles



**Figure 19 :** Rechutes dans d'anciennes consommations depuis mars 2020

Au total, 30% environ des patients rapportent un impact de la crise sanitaire sur leurs consommations actuelles (qui comprennent le tabac, l'alcool et le cannabis) (figure 18). Des patients rapportent également une augmentation de la prise d'anxiolytiques et d'antalgiques (tramadol). 1 patient rapporte avoir diminué sa consommation d'alcool, mais augmenté sa consommation de tabac.

De plus, environ 30% des patients déclarent avoir « rechuté » dans une ancienne consommation (figure 19). Parmi ces patients, 42% ont repris leur consommation d'héroïne, une ou plusieurs fois (le reste concerne le tabac, l'alcool, et la cocaïne).

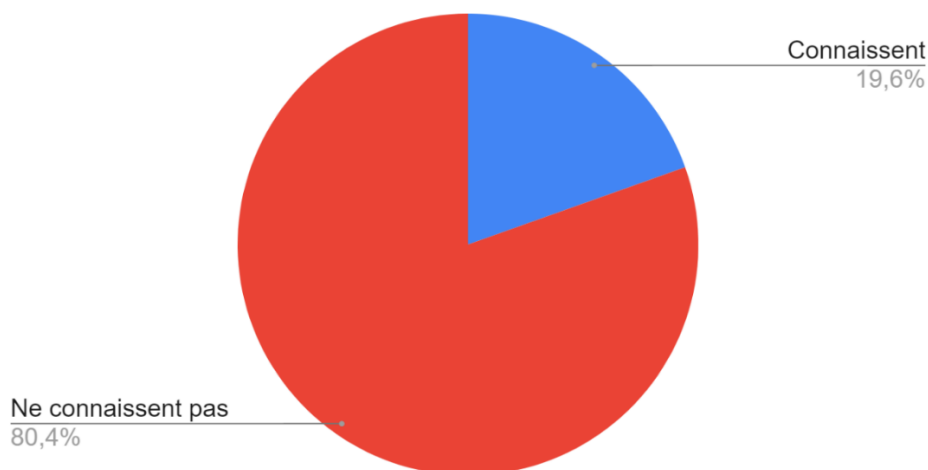
Environ 42% des patients déclarent aussi que cette situation a été causée directement par la crise sanitaire. Ils justifient ces consommations par un isolement important, des difficultés à rester « seul à la maison » et parce qu'il est « difficile de rester enfermé ».

Sur la population de patients étudiée, il est rapporté une victime d'un effet grave type overdose (sans plus de précisions).

Enfin, 13% des patients précisent avoir débuté sur prescription un traitement anxiolytique, hypnotique ou antidépresseur, lié à un stress ou une angoisse causée directement ou indirectement par la crise sanitaire. La posologie d'anxiolytique prescrite pour un patient a été même multipliée par 4.

## 5) La réduction des risques en temps de crise

Au sujet de la réduction des risques, aucun patient ne déclare avoir éprouvé des difficultés pour se procurer du matériel de réduction des risques durant la crise sanitaire.



**Figure 20 :** « Connaissez-vous la naloxone ? »

Nous avons décidé d'interroger les patients au sujet de leur connaissance de la naloxone (ou Prenoxad®, seule spécialité actuellement sur le marché français). Il en ressort que **80%** ne sont pas instruits à son sujet (figure 20).

Un seul patient déclare en avoir obtenu durant la crise sanitaire ... en Belgique.

## **6) Les patients de l'étude vis-à-vis de la COVID-19**

4,3% des patients de l'étude déclarent avoir été positif au COVID-19 (le nombre de cas positifs rapportés à la population française est d'environ 11% en novembre 2021(67)).

Aucun n'a été hospitalisé à la suite de la maladie.

Un des patients positifs rapporte que la COVID-19 a été un obstacle à son suivi addictologique de par son isolement et la fatigue engendrée.

Enfin, 15,2% des patients de l'étude se sentent plus vulnérables que la population générale vis-à-vis de la maladie.

## **IV. Discussion des résultats**

Notre étude s'est déroulée en milieu officinal et en CSAPA chez des patients traités par MSO entre juillet et octobre 2021, les questions portant sur la période comprise entre mars 2020 et octobre 2021.

Le questionnaire étant purement déclaratif, il n'y a aucun moyen de vérifier les réponses des patients, la fiabilité des résultats est donc limitée à l'honnêteté des patients interrogés. Cette méthode de recueil de résultat est la limite de l'étude.

La répartition des patients dans notre travail est fidèle aux statistiques nationales de l'OFDT(27). Nous avons plus d'hommes (80%) que de femmes inclus dans l'étude, ce qui est comparable aux chiffres de 2017 (77% d'hommes dans les patients bénéficiaires d'un remboursement de MSO).

La moyenne d'âge des patients est de 45,8 ans, avec un échantillon assez large de 28 à 68 ans, proche de la moyenne nationale de 2017, 40,6 ans.

Dans l'échantillon, 43,1% déclarent avoir une activité professionnelle, ce qui est comparable au chiffre de l'étude OPPIDUM 2015(68) concernant les revenus réguliers estimé à 45% pour les patients sous MSO (les études des années suivantes ne révèlent pas de chiffre de revenus réguliers parmi l'échantillon). Nous avons pu remarquer que les femmes (22%) travaillent moins que les hommes (49%), mais il est difficile de tirer une conclusion du fait de notre petit échantillon de femmes (n=9).

La majorité (53%) des patients vit en ville, ce qui est plutôt logique car les lieux de recueil des questionnaires étaient majoritairement en ville, nous avons toutefois 22% de patients ruraux inclus dans l'étude (selon l'INSEE, environ 80% de la population vit dans une unité urbaine(69)).

Nous avons ensuite demandé aux patients s'ils avaient la possibilité de se déplacer avec un véhicule et le permis de conduire, ce qui est le cas de la majorité d'entre eux (63%) et particulièrement pour les non-urbains (76,2%). Ce qui laisse 23,8% de patients non-urbains sans permis et/ou véhicule, ce qui pourrait être un frein pour se rendre en pharmacie d'officine pour obtenir le traitement MSO. Nous pourrions suggérer de **livrer ces patients à domicile** dans la mesure du possible.

Notre étude comprend environ 48% de patients traités par buprénorphine contre 52% traités par méthadone toutes formes. Au niveau national la buprénorphine est comparativement le MSO le plus remboursé à hauteur de 61% des patients contre 38% de traitements par méthadone toutes formes sur 2017(27). La méthadone est donc ici légèrement sur-représentée. Cela s'explique peut-être par le recueil de questionnaires au CSAPA. Notons l'absence totale de patients traités par Suboxone® dans l'étude, qui représentent 5% des remboursements nationaux en 2017 (total au-dessus de 100% car certains patients ont été remboursés de plusieurs MSO la même année). Cela met en lumière l'impopularité de ce traitement parmi les prescripteurs, alors qu'il est à même de prévenir efficacement le mésusage des MSO. Il est possible que la Suboxone® ne soit pas perçue par les patients comme équivalente à la buprénorphine seule au niveau des effets, ce qui limiterait l'acceptation du traitement et donc son observance future.

La population de patients traités par buprénorphine est plus âgée de 8,2 ans en moyenne (50,1 ans) que les patients traités par méthadone (41,9 ans). L'ODTF confirme cette tendance en 2017 avec toutefois un écart moins important (41,8 ans contre 38,3 ans)(67).

Les traitements par MSO s'inscrivent dans la durée et notre échantillon est traité en moyenne depuis 10,2 ans, et 50% des patients sont traités depuis plus de 9,2 ans. Notre échantillon correspond aux chiffres de l'ODTF qui indique que 41% des patients ont un remboursement de MSO depuis plus de 6 ans(27).

Compte tenu du lieu de remplissage des questionnaires, 85% environ des patients sont suivis par un médecin addictologue au sein d'un CSAPA, et 13% en ville par leur généraliste. Au niveau national, ce sont les médecins de ville qui prescrivent en majorité les MSO, avec un recul depuis 2014 au profit des addictologues en centre.

Dans l'échantillon, 8,7% des patients ont démarré leur protocole de traitement par MSO durant la pandémie de COVID-19, cependant sans avance de raisons liées à la crise sanitaire, tel qu'on aurait pu s'y attendre. Les motivations des patients sont classiques. Ils souhaitent arrêter les consommations d'opiacés avec une aide médicamenteuse. Contrairement à l'étude COVIDOFFI, nous ne retrouvons pas de patients inclus pour palier spécifiquement à un manque de substance lié à la crise. Cette différence de résultat est peut-être liée à la différence géographique de l'étude, COVIDOFFI ayant été réalisée en Ile-de-France. Il est ainsi possible que la région Centre n'ait pas connu les mêmes difficultés que le reste de la France. Les 6,5% de patients qui ont changé de traitement durant la crise n'invoquent pas non plus de raisons liées à la pandémie, mais étaient motivés par des soucis de tolérance et des effets des traitements (tous passé de la buprénorphine à la méthadone).

Quasiment  $\frac{1}{4}$  des patients ont été amené à modifier la posologie de leur traitement MSO en accord avec leur prescripteur. En dehors de modifications liées à des adaptations de posologies classiques dans le cadre de sous dosages ou de surdosages, 2 patients ont rapporté des changements motivés par la crise sanitaire. Les confinements nationaux semblent avoir entraîné ici les posologies à la hausse, que ce soit pendant, pour lutter contre l'anxiété des confinements qui a déstabilisé le traitement du patient, ou après, pour réadapter le traitement à la reprise d'activité extérieure au domicile. Une raison de plus pour être vigilant au comptoir en cas de modifications de posologies et/ou de durée de prescription.

Aucun changement de prescripteur (26,1% des patients depuis mars 2020) n'a été causé directement par la crise sanitaire et une éventuelle indisponibilité de tel ou tel prescripteur. Les changements sont liés à des évolutions normales dans le parcours de soins, comme le début d'un protocole par méthadone, en sortie d'incarcération ou à la suite de l'arrêt d'exercice d'un médecin généraliste.

La prise en charge en addictologie depuis mars 2020 est considérée comme « très bonne » en moyenne parmi nos patients (score de 3,9/5). Ce score est plutôt positif avec tout de même quelques patients mécontents qui considèrent que leur suivi s'est détérioré durant les confinements nationaux.

En effet, la perte de contact physique a pu rendre difficile le suivi téléphonique ou par internet suivant le niveau d'équipement de certains patients. Cela a pu entraîner des échecs de traitement comme des rechutes. Le pharmacien peut tenir un rôle à ce niveau **en repérant les patients dans ces cas de figure pour rétablir le contact avec le prescripteur.**



Ainsi, 67% des patients furent suivis à distance durant le premier confinement, avec 72% des ordonnances patients envoyées directement à leur pharmacie attitrée. Cette distanciation semble avoir été globalement bien orchestrée, et le confinement n'a pas été un obstacle majeur à la délivrance des MSO comme on aurait pu le croire. Contrairement aux addictologues des CSAPA, aucun généraliste de l'étude n'a envoyé d'ordonnances de traitement à la pharmacie des patients, ce qui a pu entraîner des rendez-vous non essentiels uniquement dans le but de renouveler l'ordonnance de MSO.

La grande majorité (87%) des patients considèrent que leur pharmacien a été utile pour leur suivi pendant la crise sanitaire. Ils avancent des points récurrents sur le thème du professionnalisme de la délivrance, de l'écoute, du conseil, de l'aide de première ligne. Les 14% de patients qui considèrent le pharmacien inutile mettent en avant des points régulièrement rapportés à savoir la mauvaise connaissance des MSO et le manque de stock. Il est vrai que dans certaines pharmacies la population de patients sous MSO est quasiment inexistante, ce qui peut entraîner d'une part un oubli des caractéristiques des traitements MSO et de leurs règles de délivrance et d'autre part un stock très faible qui va poser problème lors d'une nouvelle délivrance. Cela souligne l'importance de régulièrement former les pharmaciens en exercice aux MSO et au suivi en addictologie. Il serait peut-être également nécessaire d'inciter les pharmaciens à **tenir un stock suffisant de MSO** pour être en mesure de délivrer directement son TSO à un nouveau patient, sans avoir besoin de les commander au grossiste, pour une durée de traitement raisonnable (7 ou 14 jours au moins).

Nous avons obtenu un résultat serré quant à l'élargissement de la place du pharmacien dans le suivi des traitements du patient, avec seulement 52% environ de patients favorables. 48% des patients considèrent la place actuelle du pharmacien suffisante.

En revanche, ce qui est un résultat contradictoire selon nous, 83% des patients sont favorables au renouvellement par leur pharmacien de leurs ordonnances de traitement en temps de crise ou en cas d'indisponibilité de leur prescripteur habituel. Cette réponse est peut-être motivée simplement du fait de la facilité de renouvellement de traitements qu'une telle mesure entrainerait, en évitant de consulter le prescripteur habituel. Cet avis semble partagé au niveau confraternel, sans parler simplement des MSO.

Nous avons d'ailleurs remarqué que l'immense majorité des pharmaciens (90%) interrogés dans l'étude COVIDOFFI se sentaient **prêts à conserver le pouvoir de renouvellement des ordonnances de traitement chronique** qui leur avait été octroyé au début de l'année 2020. Il faudra travailler dans ce sens.

Environ un tiers des patients de l'étude a pu rapporter un impact de la crise sanitaire sur leurs consommations actuelles et une rechute dans une ancienne consommation depuis mars 2020. Ces perturbations étaient prévisibles compte tenu du contexte d'isolement et de solitude de certains patients. A l'exception d'un patient, nous n'avons pas repéré de cas pour lesquels le confinement aurait été une occasion de diminuer les consommations. 42% des patients qui déclarent avoir rechuté dans une consommation accusent ainsi la crise sanitaire. Il est dans le rôle du pharmacien d'ouvrir la discussion s'il remarque un nouveau comportement de consommation chez son patient, en l'orientant au mieux, en particulier dans un scénario de confinement où les contacts sont plus difficiles.

Aucun patient ne rapporte avoir eu de difficultés à se procurer du matériel de réduction des risques s'il en a eu besoin, nous pouvons supposer que peu de patients sous protocole MSO en ont besoin réellement.

Point très important selon nous à rapporter : **80% des patients interrogés ne connaissent pas la naloxone** ou Prenoxad® qui était la seule spécialité commercialisée en France au moment de l'étude et la seule susceptible d'être délivrée sans ordonnance. Aucun n'en a obtenu en France durant la crise sanitaire. Compte tenu de l'isolement physique des patients et de la saturation des services de santé y compris des urgences, il aurait été primordial d'éduquer les patients sur la naloxone qui peut sauver des vies en particulier dans ce contexte. Nous pouvons déduire que ce fut le cas pour peu de patients, d'autant plus que nous pouvons rapporter la survenue dans l'échantillon d'un surdosage causé directement ou indirectement par la crise.

Au sujet de la naloxone, nous pouvons suggérer un point d'amélioration important qui se détache de cette enquête. Il est nécessaire pour **les pharmaciens de non seulement prendre connaissance des produits disponibles mais aussi d'informer leurs patients à risque sur la naloxone**. Prenoxad® et Nyxoid® n'étant disponible quasiment uniquement que sur commande au laboratoire. Il serait également judicieux de mettre en stock une unité de ces spécialités en cas de demandes spontanées.

La population de l'étude semble avoir également été peu touchée par la COVID-19 en elle-même (4,3% de positifs, aucune hospitalisations). La majorité des patients (85%) ne se sent pas particulièrement plus vulnérable que le reste de la population face à la maladie mais un patient positif rapporte que cela a pu être un obstacle à son suivi de par son isolement. C'est pourquoi il est probablement important de poursuivre les efforts liés à la prise en charge à distance, qui a largement porté ses fruits durant le premier confinement.

## Conclusion

Les problématiques apportées par la crise sanitaire pour le suivi et le traitement des patients usagers de drogues et en particulier traités par MSO sont nombreuses.

Globalement nous pouvons conclure que cette crise inédite fut bien gérée par les différents acteurs de soins de l'addiction. En effet, ce système de soins étant déjà robuste, il a pu rapidement s'adapter et mettre en place des solutions efficaces avec le suivi, le renouvellement facilité et à distance des ordonnances. Nous avons tout de même mis en lumière des perturbations de traitements et des rechutes dans d'anciennes consommations à la suite d'un isolement anxiogène pour les patients. Il est important de pouvoir et de savoir repérer les patients en détresse au comptoir de la pharmacie, qui fut un des seuls lieux ouverts à tous durant les pics de contaminations.

Le pharmacien a pu affirmer sa place dans ses missions de délivrance, notamment avec le contrôle des ordonnances reçues directement des CSAPA. La majorité des patients traités sous MSO le considère utile dans leur parcours de soins. La collaboration interprofessionnelle est primordiale dans ce contexte. Il semble envisageable d'impliquer le pharmacien dans le renouvellement des traitements, au moins les traitements chroniques hors stupéfiants.

Pour pouvoir prétendre à plus de missions, il faut cependant que le pharmacien soit parfaitement formé au sujet des MSO et des différents outils à sa disposition. En effet, la naloxone, que ce soit en pharmacie ou en CSAPA, n'est pour le moment que très peu délivrée, malgré le très clair bénéfice qu'elle pourrait apporter sur le terrain, et en particulier en temps de crise, en prévention des surdoses.

A l'heure où j'écris ces lignes, la crise sanitaire n'est toujours pas terminée, et nous apprenons à vivre avec la COVID-19. Les missions du pharmacien d'officine s'élargissent avec la réalisation des tests antigéniques et la vaccination. C'est l'occasion de proposer une aide et une expertise professionnelle plus approfondie dans de nouveaux secteurs, y compris le traitement de l'addiction, nous qui sommes gardiens de la délivrance des stupéfiants.

## Annexe 1

### Questionnaire patient

Ce questionnaire a pour but de révéler les problématiques passées et actuelles liées à la pandémie de COVID-19 pour le traitement et le suivi des patients (ex-)usagers de drogues en France et en Pharmacie d'officine.

**Vous :**

Initiales : .....

Sexe : ☐ H / ☐ F

Age : ..... ans

Avez-vous une activité professionnelle ? ☐ Oui – Laquelle ? : ..... ☐ Non

Vivez-vous : ☐ En ville ☐ En périphérie ☐ En campagne

Avez-vous le permis et un véhicule pour vous déplacer ? ☐ Oui ☐ Non

**Vos prescriptions :**

Quel traitement de substitution aux opiacés prenez-vous ?

☐ Méthadone : ☐ Sirop ou ☐ Gélule

☐ Subutex® ou Buprénorphine générique

☐ Suboxone® (Buprénorphine-Naloxone)

☐ Autre substitution (Exemple : Sulfate de morphine Skenan®)

Depuis combien de temps prenez-vous ce traitement de substitution (en mois et années) ? .....

Quel professionnel(s) vous suit et prescrit les traitements au moins depuis mars 2020 ?

☐ Médecin addictologue (☐ en CSAPA / ☐ à l'Hôpital) ☐ Médecin généraliste ☐ Autre : .....

Avez-vous débuté un protocole de traitement de substitution pendant la pandémie de COVID-19 ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle en a été la motivation ? .....

.....

Avez-vous changé de traitement de substitution pendant la crise sanitaire ?

☐ Oui, avec accord de mon prescripteur ☐ Oui, seul ☐ Non

Si oui, quel était votre ancien traitement ? .....

Pour quelle raison(s) ? .....

.....

Avez-vous modifié la posologie de votre traitement pendant la crise sanitaire à la suite d'un déséquilibre ?

☐ Oui, elle a été augmentée ☐ Oui, elle a été diminuée ☐ Non

Si oui, pourquoi ? .....

.....

**Votre prise en charge :**

Avez-vous changé de prescripteur principal depuis mars 2020 ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel était votre ancien prescripteur ? ☐ Médecin addictologue (☐ en CSAPA / ☐ à l'Hôpital) ☐ Généraliste

Pourquoi avoir changé ? .....

.....

Comment jugez-vous votre suivi en addictologie depuis mars 2020 sur une échelle de 1 à 5 :

☐ Mauvais ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Très bon ☐ Excellent

Trouvez-vous que votre suivi a été détérioré durant les confinements nationaux ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pouvez-détailler sur quels points ? .....

.....

.....

Avez-vous été suivi à distance lorsque que les rendez-vous physiques étaient limités ? ☐ Oui ☐ Non

Vos ordonnances furent-elles directement envoyées à la Pharmacie durant le 1<sup>er</sup> confinement ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous trouvé votre Pharmacien utile dans votre suivi durant la crise sanitaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pouvez-détailler sur quels points ? .....

Seriez-vous prêt à donner plus de place au Pharmacien dans votre suivi médicamenteux ? ☐ Oui ☐ Non

Pensez-vous que votre Pharmacien devrait pouvoir renouveler vos ordonnances de traitements en temps de crise ou si votre prescripteur habituel est indisponible ? ☐ Oui ☐ Non

La crise sanitaire a-t-elle eu un impact sur vos éventuelles consommations actuelles (tabac, alcool, cannabis, autre) ?

☐ Oui : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Non

Si oui, sur la ou lesquelles substances et de quelle façon ? .....

Avez-vous « rechuté » dans une ou des ancienne(s) consommation(s) depuis mars 2020 ? ☐ Oui ☐ Non

La ou lesquelles sont concernée ? .....

La crise sanitaire est-elle directement ou indirectement en cause ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quelle façon ? .....

Avez-vous été victime d'effets graves comme une surdose depuis mars 2020 ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quoi avez-vous souffert ? .....

Quel en a été la cause ? .....

Avez-vous débuté un traitement anxiolytique ou antidépresseur, lié à un stress ou une angoisse causée directement ou indirectement par la situation sanitaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez-le ou lesquels ? .....

#### La réduction des risques :

Si vous en avez le besoin, avez-vous éprouvé des difficultés à vous procurer du matériel de réduction des risques, du matériel d'injection stérile notamment, pendant la crise sanitaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelles difficultés ? .....

Connaissez-vous la Naloxone (Prenoxad®) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, en avez-vous obtenu durant la crise ? ☐ Oui - Dans quel lieu ? ..... ☐ Non

#### Vous et la COVID-19 :

Avez-vous déjà été positif/positive à la COVID-19 ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, avez-vous été hospitalisé à cause de la maladie ? ☐ Oui ☐ Non

Cette positivité a-t-elle entravé votre suivi addictologique ou la prise de votre traitement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pouvez-détailler sur quels points ? .....

Vous sentez-vous plus vulnérable que la population générale vis-à-vis de la maladie ? ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous faire part d'une remarque particulière en lien avec votre traitement et la COVID-19 ?

.....  
.....

## Références bibliographiques

1. OFDT - Drogues et addictions, données essentielles [Internet]. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
2. Addictions Inserm [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
3. Généralité sur l'addictologie - CUNEA [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.cunea.fr/sites/default/files/ecn\\_generalites.pdf](https://www.cunea.fr/sites/default/files/ecn_generalites.pdf)
4. Critères d'abus et de dépendance selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV) [Internet]. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe\\_criteres\\_dsm-iv\\_abus\\_dependance\\_sevrage.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf)
5. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
6. Association AP. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015. 1275 p.
7. OMS | Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition4/fr/](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition4/fr/)
8. Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10e révision (CIM-10) [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe\\_criteres\\_cim-10\\_abus\\_dependance.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf)
9. Bredeloux P. Cours de 6eme année de Pharmacie - Traitement Pharmacologique des principales addictions.
10. Morel d'Arleux J. OFDT - Drogues, Chiffres clés [Internet]. 2019 [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf>



11. Définition - Consommation de drogues | Insee [Internet]. [cité 14 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1168>
12. Baromètres de Santé publique France [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france](#)
13. ameli.fr - Médicaments délivrés par les pharmacies de ville par type de prescripteur [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medicaments-pharmacies-de-ville-par-prescripteur/medic-am-2020.php>
14. Cadet-Taïrou A, Lermenier-Jeannet A, Sylvain G. OFDT - ENaCAARUD - Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015.
15. Palle C. OFDT - Bilan Recueil commun sur les addictions et les prises en charge 2018 [Internet]. [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/BilanRECAP2018.pdf>
16. L'Essentiel sur... La réduction des risques et des dommages [Internet]. [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-reduction-risques-dommages>
17. Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272062/fr/modalites-de-sevrage-chez-les-toxicomanes-dependant-des-opiaces](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272062/fr/modalites-de-sevrage-chez-les-toxicomanes-dependant-des-opiaces)
18. Brisacier A-C. OFDT - Premiers résultats de l'enquête « cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants ».
19. Kopp P. OFDT - Le coût social des drogues en France.
20. EMCDDA - Communiqué sur le rapport européen sur les drogues en 2020 [Internet]. EMCDDA; 2020. Disponible sur: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/13242/HighlightsEDR2020\\_FR\\_Final\\_web1.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/13242/HighlightsEDR2020_FR_Final_web1.pdf)
21. UNOCD - Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur le marché de la drogue.
22. Les CSAPA et CAARUD [Internet]. Site de solidarités et d'entraides destiné aux personnes concernées par le handicap psychique. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.solidarites-usagerspsy.fr/se-soigner/structures-medicales-et-medico-sociales/csapa-et-caarud-pour-les-problemes-addictifs/>

23. MENIER D, LHOMME JP, CHAPPARD P, COUTERON JP. Les pratiques professionnelles concernant les traitements de substitution aux opiacés (T.S.O.) dans les CSAPA. De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées. Anitea/F3A, Paris, France; 2010.
24. Les Consultations jeunes consommateurs (CJC), une aide aux jeunes et à leur entourage [Internet]. Drogues Info Service. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage>
25. Barco LD. Rapport d'activité de la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures en 2019. 2019.
26. Salles de consommation à moindre risque [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/salle-de-consommation-moindre-risque>
27. Brisacier A-C. OFDT - Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-annuel-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/>
28. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. La Presse Médicale. oct 2004;33(18):41-7.
29. Prescription et délivrance des médicaments : stupéfiants - VIDAL [Internet]. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/infos-pratiques/prescription-et-delivrance-des-medicaments-stupefiants-id11095.html>
30. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution)
31. OFDT - Substitution aux opiacés, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France. 2003.
32. Remus A, Kreiss A, Pavec BC, Bertrand B, Pfau G, Benslimane M, et al. Naloxone, pour qui, comment et quelle forme utiliser ? :10.
33. Nalscue® versus Prenoxad® [Internet]. Addictovigilance Paris. 2019 [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <http://addictovigilance.aphp.fr/2019/05/28/nalscue-prenoxad/>

34. Naloxone : arrêt de commercialisation de Nalscue®, Prenoxad® reste disponible [Internet]. Drogues Info Service. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Actualites/Naloxone-arret-de-commercialisation-de-Nalscue-R-Prenoxad-R-reste-disponible>
35. Prenoxad J. Diffusion de la naloxone. 2019;12.
36. Chappuy M. Nyxoid est (enfin) commercialisé !! [Internet]. AddictoLyon. 2021 [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.addictolyon.fr/post/nyxoid-est-enfin-commercialisé>
37. NYXOID 1,8 mg sol p pulv nasal en récipient unidosé [Internet]. VIDAL. [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/nyxoid-1-8-mg-sol-p-pulv-nasal-en-recipient-unidosé-187165.html>
38. Les kits d'injection ou l'addiction responsable | Santé [Internet]. Le Châtillon. 2019 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://le-chatillon-lille.fr/2019/10/27/les-kits-dinjection-ou-laddiction-responsable/>
39. Steribox, présentation [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.apothicom.org/steribox-presentation.htm>
40. International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) [Internet]. 2020 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://talk.ictvonline.org/taxonomy/>
41. CHP closely monitors cluster of pneumonia cases on Mainland China [Internet]. 2020 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.info.gov.hk/gia/general/201912/31/P2019123100667.htm>
42. How wildlife trade is linked to coronavirus - YouTube [Internet]. 2020 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=TPpoJGYIW54>
43. WHO | Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) multi-country outbreak - Update 6 [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/csr/don/2003\\_03\\_21/en/](https://www.who.int/csr/don/2003_03_21/en/)
44. Palmer J. Don't Blame Bat Soup for the Coronavirus [Internet]. Foreign Policy. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://foreignpolicy.com/2020/01/27/coronavirus-covid19-dont-blame-bat-soup-for-the-virus/>
45. Maladie Covid-19 (nouveau coronavirus) [Internet]. Institut Pasteur. 2020 [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus>

46. FMPMC-PS - Virologie - Niveau DCEM1 [Internet]. 2020 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/viro/oldpoly/POLY.Chp.8.html>
47. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application | Annals of Internal Medicine [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-0504>
48. SPF. Le « R » ou taux de reproduction du virus [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: [/media/multimedia/covid-19-le-r-ou-taux-de-reproduction-du-virus-c-est-quoi](#)
49. COVID-19 - Imperial College London [Internet]. Imperial College London. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.imperial.ac.uk/medicine/departments/school-public-health/infectious-disease-epidemiology/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/>
50. DICOM\_Jocelyne.M, DICOM\_Jocelyne.M. COVID-19 : Rester chez soi pour freiner la propagation de l'épidémie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/covid-19-rester-chez-soi-pour-freiner-la-propagation-de-l-epidemie>
51. Décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. 2020-1310 oct 29, 2020.
52. Info Coronavirus Covid-19 [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>
53. Déconfinement : consultez le calendrier en quatre étapes annoncé par Emmanuel Macron [Internet]. Franceinfo. 2021 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: [https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/deconfinement/deconfinement-consultez-le-calendrier-en-quatre-etapes-annonce-par-emmanuel-macron\\_4605689.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/deconfinement/deconfinement-consultez-le-calendrier-en-quatre-etapes-annonce-par-emmanuel-macron_4605689.html)
54. Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. mai 12, 2020.
55. COVID-19 et stupéfiants : renouvellement exceptionnel des ordonnances au-delà de leur date d'expiration (EDIT du 6 avril 2020) [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/actualites/24531/covid\\_19\\_et\\_stupefiants\\_renouvellement\\_ex](https://www.vidal.fr/actualites/24531/covid_19_et_stupefiants_renouvellement_ex)

ceptionnel\_des\_oronnances\_au\_dela\_de\_leur\_date\_d\_expiration\_edit\_du\_6\_avril\_2020/

56. Tableau récapitulatif : Produits de santé et actes à l'officine : mesures dérogatoires ou encadrées 09/11/2020. Disponible sur: [https://www.omeditbretagne.fr/wp-content/uploads/2020/12/Covid19-Produitsdesante%CC%81etactesa%CC%80lofficine\\_mesuresde%CC%81rogatoiresouencadre%CC%81es09\\_11\\_2020.pdf](https://www.omeditbretagne.fr/wp-content/uploads/2020/12/Covid19-Produitsdesante%CC%81etactesa%CC%80lofficine_mesuresde%CC%81rogatoiresouencadre%CC%81es09_11_2020.pdf)
57. OFDT - Les addictions en France au temps du confinement [Internet]. ODFT; 2020. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxof2a9.pdf>
58. Gérome C, Gandilhon M, Albisson A, Bailly F, Metz T, Lazes-Charmetant A, et al. OFDT - Bulletin-TREND-COVID-2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Bulletin-TREND-COVID-2.pdf>
59. EMCDDA - Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drugrelated harms in Europe [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13130/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-2\\_1.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13130/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-2_1.pdf)
60. EMCDDA - Rapport européen sur les Drogues - Trends and Developments. 2020.
61. EMCDDA - Rapport européen sur les Drogues - Elements clés. 2020.
62. OFDT - Délivrance de médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) et de kits Stéribox en pharmacies d'officine durant le confinement [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Infos-COVID-19-TSO.pdf>
63. Bourhis GL, Thiétard N. Nantes : comment les intervenants des CSAPA/CAARUD se sont adaptés pour accompagner les usagers de drogues pendant le confinement ? Psychotropes. 8 déc 2020;Vol. 26(2):51-6.
64. Association SAFE. Réduction des risques à distance [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.rdr-a-distance.info/index.php>
65. Résultats Covidoffi [Internet]. calameo.com. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/books/005774401998f1d9d865d>
66. Covid-19 : usage des médicaments - rapport 5 [Internet]. EPI-PHARE. 2020 [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport5/>

67. Tableau de bord COVID-19 [Internet]. Tableau de bord COVID-19. [cité 11 nov 2021]. Disponible sur: <https://dashboard.covid19.data.gouv.fr/vue-d-ensemble?location=FRA>
68. Résultats OPPIDUM 2015.
69. Toujours plus d'habitants dans les unités urbaines - Insee Focus - 210 [Internet]. [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4806684>

**ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT**

Je, soussigné (e) Paul LAINE

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



**SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN**

N° Étudiant : **21402381**

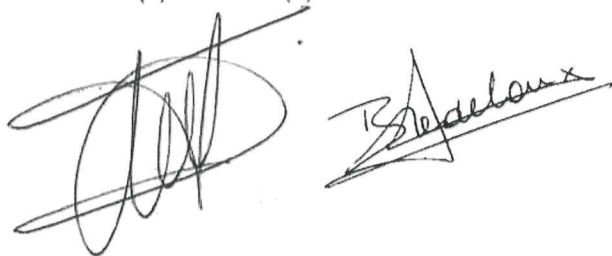
N° Thèse : **5**

Nom et Prénom : **LAINE Paul**

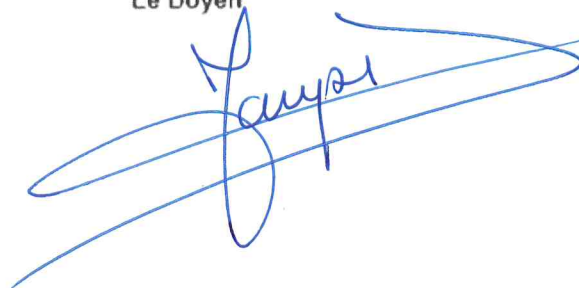
Sujet : **Problématiques liées à la pandémie de COVID-19 pour le traitement  
suivi des patients usagers de drogues en France et en pharmacie d'officine**

Tours, le : **4/02/2022**

Le(s) Directeur(s) de Thèse :



Vu et Transmis :  
Le Doyen





LAINÉ PAUL	N° 5
<b>TITRE DE LA THÈSE</b> <b>Problématiques liées à la pandémie de COVID-19 pour le traitement et le suivi des patients usagers de drogues en France et en pharmacie d'officine</b>	
<b>RÉSUMÉ DE LA THÈSE</b> <p>Les problématiques apportées par la crise sanitaire liée à la COVID-19 pour le suivi et le traitement des patients usagers de drogues et en particulier traités par MSO sont nombreuses. L'objectif de ce travail est de rendre compte de manière bibliographique et par la réalisation d'une enquête l'impact de ces problématiques au niveau de la prise en charge et du suivi des patients par chaque acteur du circuit de soin en addictologie, puis au niveau de la prescription et de la délivrance et de leur TSO en pharmacie d'officine, ainsi qu'au niveau de la prévention des risques.</p> <p>L'étude a été réalisée chez des patients sous traitements de substitution aux opiacés, dans le but de connaître leur vécu pendant la crise sanitaire, par le biais d'un questionnaire structuré en 5 parties : profils patients, prescriptions du patients et ses modifications, prise en charge en addictologie et en pharmacie, réduction des risques en temps de crise, situation des patients vis-à-vis de la COVID-19.</p> <p>A la suite de ces analyses nous avons pu conclure que cette crise inédite et imprévue fut plutôt bien gérée par les différents acteurs de soin, malgré des perturbations liées à la pandémie bien visibles chez certains patients. Nous avons pu constater de nombreuses adaptations à tous les niveaux du circuit de soin. Le pharmacien a pu confirmer son importance par la délivrance des MSO après contrôle des ordonnances directement envoyées à la pharmacie. La majorité des patients de l'enquête traités sous MSO le considère utile dans leur parcours de soin et souhaiteraient voir augmenter ses capacités de renouvellement des ordonnances.</p> <p>Pour pouvoir accepter ces nouvelles missions il est nécessaire que le pharmacien d'aujourd'hui et de demain soit parfaitement formé au sujet des MSO et des différents outils notamment de prévention à sa disposition. Nous avons en effet pu constater à tous les niveaux un manque de la délivrance de la naloxone, malgré un très clair bénéfice dans la prévention des surdoses en particulier en temps de crise sanitaire.</p>	
Médicaments de substitution aux opiacés, Opiacés, Addiction, Drogues, Pharmacie d'officine, CSAPA, CAARUD, Naloxone, Méthadone, Buprénorphine, COVID-19, Coronavirus, Pandémie, Crise sanitaire, Confinement	
<b>JURY</b> <b>PRÉSIDENT :</b> - Véronique MAUPOIL-DAVID, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie – TOURS <b>MEMBRES :</b> - Pierre BREDELOUX, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie – TOURS - Eric DOUDET, Pharmacien d'Officine – TOURS - Philippe BOURGINE, Pharmacien d'Officine – LA RICHE	
Thèse soutenue le 3 février 2021 à la Faculté de Pharmacie de TOURS	