

---

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires  
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Obstacles et catalyseurs à la prise  
en charge des usagers de drogues par les pharmaciens de l'arrondissement de Verviers**

**Auteur :** Schauwers, Manon

**Promoteur(s) :** 23698

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

**Année académique :** 2023-2024

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/19811>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

Obstacles et catalyseurs à la prise en charge des  
usagers de drogues par les pharmaciens de  
l'arrondissement de Verviers

Mémoire présenté par **Schauwers Manon**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité spécialisée en Praticien spécialisé de Santé Publique

Année académique 2023-2024

Obstacles et catalyseurs à la prise en charge des  
usagers de drogues par les pharmaciens de  
l'arrondissement de Verviers

Mémoire présenté par **Schauwers Manon**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité spécialisée en Praticien spécialisé de Santé Publique

Année académique 2023-2024

## **Remerciements**

Les dernières lignes de ce mémoire clôturent les derniers jours de ces années d'étude.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma promotrice, Docteur JANSSEN Marie-Eve, sans qui ce travail n'aurait pas été aussi abouti. Merci pour les conseils, le temps accordé, pour m'avoir guidée, de manière patiente et pertinente. Je la remercie de m'avoir permis de passer une journée à ses côtés afin de m'immerger dans un milieu que je ne connaissais pas. Sa disponibilité tout au long de cette recherche m'a permis d'évoluer et de réaliser cette étude dans des conditions idéales.

Ensuite, je souhaite adresser mes remerciements à Madame MOLS Clarisse pour avoir pris le temps de m'aider pour la réalisation de mon questionnaire.

Je souhaite également remercier l'ensemble des pharmaciens qui ont pris le temps de répondre à mes questions lors de la phase de recherche.

Enfin, sans le soutien indéfectible de ma famille ainsi que de mes proches, ce master et la rédaction de ce mémoire n'auraient pas été possible. C'est pourquoi, je les remercie.

## Table des matières

Préambule .....	1
<b>1. Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Epidémiologie des dépendances aux opiacés .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Risques liés à l'usage de drogues .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3. Réduction des risques .....</b>	<b>3</b>
<b>1.5. Prise en charge .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Question de recherche, objectifs et hypothèses .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Question de recherche .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2. Objectifs .....</b>	<b>7</b>
<b>2.3. Hypothèses .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Matériel et méthodes .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Type d'étude .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2. Caractéristiques de la population étudiée .....</b>	<b>8</b>
<b>3.3. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon .....</b>	<b>8</b>
<b>3.4. Paramètres étudiés .....</b>	<b>9</b>
<b>3.5. Outils de collecte des données .....</b>	<b>9</b>
<b>3.6. Organisation et planification de la collecte des données .....</b>	<b>10</b>
<b>3.7. Traitement des données et méthodes d'analyse .....</b>	<b>10</b>
<b>3.8. Aspects éthiques et réglementaires .....</b>	<b>11</b>
<b>4. Résultats .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1. Description de la population étudiée .....</b>	<b>11</b>
<b>4.2. Analyse thématique .....</b>	<b>12</b>
<b>4.2.1. Connaissances et compétences .....</b>	<b>12</b>
<b>4.2.2. Rôle et identité sociale/professionnelle .....</b>	<b>13</b>
<b>4.2.3. Croyances sur les capacités .....</b>	<b>15</b>

4.2.4. Optimisme .....	16
4.2.5. Croyances sur les conséquences.....	16
4.2.6. Renforcement.....	17
4.2.7. Intention .....	17
4.2.8. Motivation et objectifs.....	17
4.2.9. Mémoire, attention et processus décisionnels .....	17
4.2.10. Contexte environnemental et ressources .....	18
4.2.11. Influence sociale .....	20
4.2.12. Emotions .....	21
4.2.13. Régulation comportementale.....	22
5. Discussion, perspectives et conclusion.....	22
5.1. Discussion.....	22
5.2. Forces.....	25
5.3. Limites et biais .....	26
5.5. Conclusion .....	27
6. Références bibliographiques .....	29
7. Annexes .....	32
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	32
Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement.....	33
Annexe 3 : Demande au Comité d'Ethique.....	37
Annexe 4 : Réponse du Comité d'Ethique .....	41

## **Liste des abréviations**

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHC : Virus de l'Hépatite C

RdR : Réduction des Risques

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

TDF : Theoretical Domains Framework

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

## Résumé

Introduction : La consommation de substances psychoactives comporte de nombreux risques pour la santé collective et individuelle. Un traitement substitutif peut être entamé pour les usagers d'opioïdes. Les usagers vont entreprendre un parcours thérapeutique dans lequel le traitement sera délivré par le pharmacien, acteur de santé publique disponible qui vise à offrir un accompagnement privilégié à tous ses patients. Dans ce contexte, cette étude se penche sur les facteurs qui peuvent influencer la prise en charge des usagers de drogues par les pharmaciens dans le but d'identifier les catalyseurs et les obstacles.

Matériel et méthodes : Cette étude a été menée selon une approche qualitative sur base d'un raisonnement déductif. Les données ont été collectées grâce à des entretiens semi-dirigés auprès de 12 pharmaciens exerçant dans l'arrondissement de Verviers.

L'échantillonnage s'est construit grâce à la méthode d'échantillonnage par choix raisonné (échantillonnage non probabiliste). Le guide d'entretien utilisé a été construit selon le *Theoretical Domains Framework*.

Résultats : Les différents domaines qui influencent la prise en charge des usagers de drogues par les pharmaciens sont les « connaissances et compétences », « rôle et identité sociale/professionnelle », « mémoire, attention et processus décisionnels », « contexte environnemental et ressources », « influence sociale » et « émotions ». Les données de ces domaines peuvent avoir une incidence les unes sur les autres et être des catalyseurs ou des obstacles en fonction des aspects développés.

Conclusion : Se basant sur l'expérience vécue des professionnels, plusieurs facteurs semblent influencer la prise en charge. Population souvent stéréotypée, divers domaines peuvent être améliorés pour optimiser la prise en charge. Ouvrant la porte à d'éventuelles recommandations et pistes de réflexions, il est nécessaire de creuser celles-ci pour que l'offre de soins soit équitable pour tous.

Mots clés : Pharmaciens, usagers de drogues, prise en charge, substances psychoactives, collaboration médico-pharmaceutique



## **Abstract**

Introduction : The use of psychoactive substances entails a number of risks for collective and individual health. Substitutive treatment can be initiated for opioid users. Users will embark on a therapeutic pathway in which the treatment will be delivered by the pharmacist, an available public health player who aims to offer privileged support to all his patients. Against this backdrop, this study looks at the factors that can influence pharmacists' management of drug users, with the aim of identifying catalysts and obstacles.

Material and methods : This study was conducted using a qualitative approach based on deductive reasoning. Data were collected through semi-structured interviews with 12 pharmacists practicing in the Verviers district. Sampling was constructed using the purposive sampling method (non-probability sampling). The interview guide used was based on the Theoretical Domains Framework.

Results : The different domains that influence pharmacists' care of drug users are "knowledge and skills", "role and social/professional identity", "memory, attention and decision-making processes", "environmental context and resources", "social influence" and "emotions". Data from these domains can have an impact on each other, acting as catalysts or barriers depending on the aspects developed.

Conclusion : The different domains that influence pharmacists' care of drug users are "knowledge and skills", "role and social/professional identity", "memory, attention and decision-making processes", "environmental context and resources", "social influence" and "emotions". Data from these domains can have an impact on each other, and can act as catalysts or barriers, depending on the aspects developed.

Keywords : Pharmacists, drug users, treatment, psychoactive substances, medical-pharmaceutical collaboration

## **Préambule**

Avant d'entamer mon parcours dans ce master, j'ai suivi un bachelier en diététique. Grâce à ce métier, je me suis toujours intéressée aux différentes facettes de la santé publique. Trop souvent négligés, mais pourtant indispensables, la santé mentale et l'environnement de l'individu sont centraux dans une prise en charge.

Prenant les transports en commun pour me rendre à Liège, j'ai pu croiser une diversité de personnes en situation de détresse et de marginalisation. Cette expérience m'a ouvert les yeux sur les défis auxquels sont confrontés certains membres de notre société.

Mes observations professionnelles, combinées aux réalités du terrain ont mis en évidence la nécessité de mieux comprendre les populations souvent stigmatisées, notamment celle des usagers de drogues.

La consommation de drogues revêt un enjeu majeur dans le champ de la santé publique. La problématique des substances psychoactives présente des nombreux aspects complexes, multidisciplinaires et interdisciplinaires, telles que la propagation de maladies infectieuses, les stigmatisations, la prévention et la réduction des risques et les couts des dépenses publiques.

En explorant les obstacles et catalyseurs que croisent les pharmaciens lors de la prise en charge des usagers de drogues, mon objectif est de souligner les difficultés rencontrées pour ensuite mieux les appréhender. Ainsi, cette étude pourrait aider à améliorer les pratiques professionnelles et mettre en lumière des pistes de réflexions dans ce domaine.

## **1. Introduction**

### **1.1. Épidémiologie des dépendances aux opiacés**

Les drogues peuvent être définies comme « *toutes les substances chimiques qui peuvent modifier le fonctionnement du cerveau et provoquer ainsi des modifications psychiques et comportementales* » (1). Les effets psychotropes que provoquent les drogues éveillent des sensations de plaisir qui poussent à une consommation récurrente (2). Les substances peuvent être catégorisées comme stimulantes, empathogènes, psychédéliques, dissociatives, dépressives, cannabinoïdes ou opioïdes (3). C'est uniquement pour cette dernière catégorie qu'il existe des traitements de substitution.

Des troubles liés à l'usage de substances surviennent lorsque la consommation de produits psychoactifs causent des dommages physiques, psychosociaux et sanitaires (4).

La consommation de substances psychoactives représente un problème majeur de santé publique (5). En 2022, le rapport européen sur les drogues a publié que dans l'Union européenne, 29 % des personnes âgées entre 15 et 64 ans ont déjà consommé des substances illicites (5). Cela représente 83,4 millions de personnes de cette tranche d'âge (5). Environ un million d'européens ont admis avoir consommé de l'héroïne ou un opioïde divers (5). Cette prévalence est inférieure à celles des autres drogues (3,5 millions ont mentionné avoir consommé de la cocaïne, 2,6 millions de l'ecstasy étant un type d'hallucinogène et 2 millions des amphétamines) (5). Toutefois, les opioïdes sont les substances illicites qui engendrent le plus de préjudices (5). En effet, ils sont à l'origine de 74 % des surdoses mortelles (5).

L'Organisation de coopération et de développement économique ont déclaré que la Belgique se classait, en 2019, au troisième rang européen en termes de prise journalière d'opioïdes (6).

### **1.2. Risques liés à l'usage de drogues**

Les troubles liés à l'usage de substances peuvent engendrer des problèmes chroniques, tels que la dépendance, ainsi que des maladies infectieuses comme le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ou le Virus de l'Hépatite C (VHC) (7). Des problèmes aigus peuvent également survenir, tel qu'une surdose d'opioïde pouvant déclencher une overdose (7). L'Organisation Mondiale de la Santé a estimé que, sur la globalité des décès dans le monde dus à une consommation de drogues, 25 % étaient causés par une overdose (8). À terme, ces problèmes de santé peuvent entraîner des morbidités et des mortalités (7). À ces risques sont associés

divers préjudices, notamment sociaux et individuels (9). Les usagers ont un risque accru de chômage, de mal-être, de précarité et de difficultés à trouver un logement, ce qui peut mener à un rejet social et à de la discrimination (10). En outre, plusieurs stéréotypes entourent la consommation de drogues, tels que la manipulation, l'agressivité, la grossièreté, la mendicité et la nuisance publique (11). Ceux-ci peuvent causer une baisse de l'estime de soi et un sentiment de culpabilité chez l'utilisateur (12). Si les professionnels adoptent inconsciemment un comportement négatif envers ces personnes, cela peut les rendre plus sensibles à cette attitude, ce qui pourrait compromettre leur adhésion au traitement (12). D'autre part, ces stéréotypes peuvent constituer un frein ou engendrer une réticence chez les professionnels de santé à prendre en charge des consommateurs de drogues (13).

Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont le profil de consommateur le plus à risque de morbidité et de mortalité (14). Cela s'explique par des risques d'abcès cutanés, de phlébites, de transmission du VIH ou du VHC, etc. (14 15). Le rapport mondial de 2024 sur l'hépatite établit que 47 % des usagers de drogues par voie intraveineuse ont été testés positifs au VHC (16). Le partage entre usagers, la réutilisation du matériel nécessaire à l'injection et la difficulté de s'en procurer est la raison principale de ces risques (9).

En 2015, les dépenses publiques belges pour la politique en matière de substances psychoactives représentaient un coût de 1,3 Milliard d'euros (17). Les secteurs relatifs à la prévention et à la Réduction des Risques (RdR) sont ceux pour lesquels les dépenses publiques sont les plus faibles ; ils représentaient respectivement 1 % et 0,37 % des dépenses (17). A contrario, les secteurs de l'assurance (prise en charge et traitement du patient) et de la sécurité (services de polices, justices, etc.) représentaient respectivement 61,1 % et de 37,3 % des couts (17).

### **1.3. Réduction des risques**

Afin de pallier l'épidémie du VIH qui commençait à se répandre au milieu des années 1980, la stratégie de la RdR a émergé comme une approche de santé publique (18). Elle a introduit une nouvelle perspective de la santé publique qui est la promotion de la santé (18). La RdR n'a pas comme objectif la réduction ou l'arrêt de consommation de drogues (18). Elle vise à diminuer les dommages sociaux, sanitaires et économiques que peuvent provoquer les substances psychoactives (18).

Le contact quotidien du pharmacien avec le consommateur favorise un climat de confiance propice à la communication (19). Cela permet au pharmacien d'informer sur les risques liés à l'usage de drogues lors de la dispensation d'un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), de véhiculer des conseils pour prévenir le mésusage, de transmettre des recommandations sur les bonnes pratiques d'injection, d'encourager le dépistage des maladies infectieuses et de renseigner sur les services de dépistage du VIH et VHC ainsi que de proposer des centres spécialisés pour un accompagnement complet (19).

### **1.3.1. Traitements de Substitution aux Opioides**

En Belgique, en 1994, la Conférence de Consensus a recommandé l'utilisation d'un TSO pour traiter la pharmacodépendance aux opiacés (20). Mais, ce n'est qu'en 2002 qu'une loi fut votée pour rendre leur utilisation légale (14). Quelques-uns des objectifs de santé publique recherchés étaient de prévenir des maladies infectieuses qui commençaient à se répandre, la réduction des risques causés par la prise de substances et donc la morbidité et mortalité et l'amélioration de la prise en charge des comorbidités psychiatriques (22). En parallèle, d'autres objectifs visaient à rétablir un rythme de vie équilibré, à diminuer la délinquance et le taux d'incarcérations, à réduire le cout des prises en charge (22). Pour que le traitement soit efficace, il doit être combiné à une prise en charge psychomédicosociale (22).

Actuellement, deux types de TSO sont autorisés en Belgique : le Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et la méthadone (23). Le BHD, un agoniste partiel des récepteurs opioïdes, est recommandé aux usagers désireux d'arrêter leur consommation (23). Le risque d'overdose est moins élevé qu'avec la méthadone (23). Il existe différents médicaments à base de BHD : les deux principaux sont le Subutex et le Suboxone (23). La méthadone, un agoniste complet des récepteurs opioïdes, est destiné aux consommateurs souffrant d'une dépendance sévère (24). Ce médicament induit moins de symptômes de sevrage (25). De plus, par sa demi-vie longue, lors de la prise de méthadone, les toxicomanes ne ressentiront plus ce besoin compulsif de drogue (25). Ils seront plus aptes à continuer leur traitement, ce qui améliorera leur fonction psychosociale (25).

### **1.3.2. Matériels d'injection stériles**

Pour remédier aux dangers des consommations de drogues par voie intraveineuse, des associations planifiant le partage et la récolte de matériel d'injection stérile vont être financées

par les pouvoirs publics belges (15). C'est ainsi qu'en 1994, le dispositif d'accès au matériel stérile d'injection va être créé (15). Actuellement, en Belgique, il existe deux façons d'obtenir du matériel d'injection stérile ; des comptoirs d'échange de seringues et des kits Stérifix (15). Ce kit est disponible en pharmacie, sans ordonnance (15). Ce dernier contient deux seringues, deux ampoules d'eau stérile, un Stericup, deux tampons alcoolisés, un préservatif ainsi qu'un mode d'emploi (15). De cette manière, le pharmacien assure son rôle d'acteur de promotion de la santé (15).

#### **1.4. Prévention**

La prévention joue un rôle complémentaire à la RdR, agissant au niveau primaire, secondaire et tertiaire (26). L'objectif de la prévention primaire est de prévenir la consommation de drogues (26). A cet égard, des campagnes d'informations vont être diffusées, le prix des produits va être augmenté afin d'en diminuer l'accessibilité (26). En raison de l'évolution du marché noir et la facilité de se procurer des substances psychoactives par internet, le taux de consommateurs reste élevé (26). Afin que ces actions soient efficaces, elles doivent être effectuées de manière répétée sur le long terme (27). La prévention secondaire visera à diminuer le mésusage et à empêcher l'installation de l'addiction et les risques qui y sont associés. L'efficacité est maximisée quand elle s'adresse aux groupes cibles (26). La prévention tertiaire cherchera à diminuer les dommages engendrés par l'usage de drogues, à prévenir le risque de rechute et à garder le consommateur dans son parcours de soins personnalisé (26).

#### **1.5. Prise en charge**

La prise en charge de l'utilisateur de drogues nécessite une approche multidisciplinaire, interdisciplinaire et individualisée avec une coordination des acteurs concernés compte tenu de la nature bio-psychosociale des assuétudes (28). Les professionnels partagent leurs perceptions relatives à leur discipline afin d'offrir un suivi multidimensionnel personnalisé aux besoins de l'utilisateur (28). Le personnel compétent comprend des médecins, des infirmiers, des assistants sociaux, des éducateurs, des psychologues et/ou psychiatres (28). La force de l'engagement thérapeutique des professionnels à l'égard des usagers de drogues est impactée par le soutien des collègues (13). Dans un contexte de soutien organisationnel, le professionnel est plus à même à prendre en charge un toxicodépendant (13).

Le médecin peut décider d'instaurer un TSO (28). Il avertira sur les risques encourus et récoltera le consentement éclairé de l'utilisateur (28). La prescription est personnalisée ; le dosage

sera ajusté en fonction des effets psychologiques et physiques éprouvés par l'individu ainsi que ses besoins (28). L'utilisateur désignera un pharmacien qui se chargera de la délivrance et qui répètera les objectifs du traitement, la posologie, la prise du médicament, ses effets secondaires, etc. (28). Une communication entre le médecin et le pharmacien est essentielle (29). Au début de la collaboration, le médecin fournira toutes les informations relatives au traitement telles que le mode de délivrance, les objectifs thérapeutiques ciblés, la situation psychomédicosociale du consommateur (29).

Une relation thérapeutique s'établira entre le patient et le professionnel (29). Cette alliance est primordiale, car elle favorise la motivation de l'individu à l'adhésion au traitement (29). Pour qu'elle soit optimale, les professionnels doivent faire preuve d'empathie, d'écoute, afin qu'une confiance mutuelle s'installe et que l'utilisateur se sente suffisamment à l'aise pour s'exprimer pleinement (19). Cette alliance thérapeutique peut être impactée si le professionnel adopte une attitude stigmatisante envers l'utilisateur (30). Cela risque d'induire un climat de méfiance, engendrant un manque de communication et des symptômes des troubles liés à l'usage de substances non-dits (30).

## **2. Question de recherche, objectifs et hypothèses**

### **2.1. Question de recherche**

Cette étude utilise le « *Theoretical domains framework* (TDF) » de *Atkins et al.* pour identifier les obstacles et les catalyseurs se présentant lorsque les pharmaciens de l'arrondissement de Verviers prennent en charge des usagers de drogues (31). Ainsi, la question de recherche est la suivante : « *Obstacles et catalyseurs à la prise en charge des usagers de drogues par les pharmaciens de l'arrondissement de Verviers* ».

### **2.2. Objectifs**

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs qui influencent la prise en charge des usagers de drogues.

Des objectifs secondaires ont été établis :

- Identifier les besoins en formation des pharmaciens
- Apprécier la relation médico-pharmaceutique

### **2.3. Hypothèses**

L'étude a été réalisée en suivant une démarche déductive. Une demande d'extraction des données concernant les pharmacies de l'arrondissement de Verviers a été effectuée auprès de Pharmanet. Cela a permis d'obtenir des données anonymisées sur le nombre de délivrances de méthadone, de Subutex et de Suboxone, ainsi que les pharmacies prescriptrices. Des analyses statistiques ont été réalisées afin de dresser un premier état des lieux. Il en ressort que 40 % des pharmacies ne prennent pas en charge des usagers de drogues et que les TSO à base de BHD sont plus délivrés que la méthadone.

Grâce à ces nouvelles informations et aux recherches de littérature précédemment menées, des hypothèses ont été émises en amont de l'étude :

- Des stéréotypes envers les consommateurs de drogues entravent la volonté de les prendre en charge
- Les pharmacies n'ont pas les formations nécessaires pour assurer la prise en charge
- La relation médico-pharmaceutique n'est pas suffisante

Ces hypothèses ont été un des fils conducteur du travail. Elles ont évolué, ont été approfondies et se sont développées durant les étapes du processus d'analyse.



### **3. Matériel et méthodes**

#### **3.1. Type d'étude**

Ce travail suit une approche qualitative avec un design phénoménologique. L'objectif principal de cette recherche est d'identifier les facteurs qui influencent la prise en charge des usagers de drogues. Pour ce faire, il est nécessaire de connaître les expériences des pharmaciens avec cette population. En comprenant ces expériences, il sera possible de déceler les potentiels obstacles et catalyseurs qu'ils ont pu rencontrer lors des prises en charge.

Cette étude s'intègre dans un raisonnement déductif. Des hypothèses ont été préalablement établies afin qu'elles guident ce travail et de pouvoir les confronter aux résultats trouvés.

#### **3.2. Caractéristiques de la population étudiée**

La population étudiée était composée de pharmaciens provenant de l'arrondissement de la ville de Verviers. Pour des raisons de faisabilité, les recherches se sont limitées à cette zone géographique.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être pharmacien dans l'arrondissement de Verviers
- Avoir au minimum une année d'ancienneté en tant que pharmacien
- Maîtriser le français afin de pouvoir communiquer

Aucun critère d'exclusion n'a été prévu hormis ceux contraires aux critères d'inclusion.

#### **3.3. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon**

Afin d'établir l'échantillon, une méthode d'échantillonnage non probabiliste a été sélectionnée ; celle par choix raisonné jusqu'à ce que la saturation des données soit atteinte. Cela signifie que l'étude sera arrêtée lorsque plus aucune nouvelle donnée ne fournira d'informations supplémentaires à la compréhension du phénomène étudié. Afin d'atteindre cette saturation, il est primordial d'avoir une diversité des sujets.

Pour assurer cette diversification, la méthode par choix raisonnée s'est basée sur plusieurs critères afin d'obtenir une représentation variée de la population :

- Différents cadres géographiques (rural, semi-rural ou urbain)
- Différentes années d'ancienneté professionnelle
- Différentes communes de l'arrondissement de Verviers
- Variabilité de la taille de la pharmacie (nombre de pharmaciens)

L'arrondissement de Verviers est composé de 29 communes dont 20 sont francophones. Pour des raisons de facilité de communication, l'étude a inclus uniquement les communes francophones. Les pharmacies ont été présélectionnées en fonction de leur degré de ruralité connu grâce à un document du Service public de Wallonie (32). Afin d'identifier, à priori, les participants susceptibles de répondre positivement à l'étude, les adresses mail et le numéro de téléphone des pharmacies des différentes communes ont été obtenus via le site de l'officine référente. Un e-mail leur a été envoyé afin d'expliquer le sujet de l'étude et les informations relatives à celle-ci. Une semaine plus tard, un contact téléphonique a été établi avec les différentes pharmacies pour obtenir leur accord pour participer à la recherche. Auquel cas, un entretien a été planifié en fonction des disponibilités du participant.

#### **3.4. Paramètres étudiés**

Le modèle théorique appliqué dans cette étude est le TDF (31). Ce dernier met en avant que lorsqu'un changement dans la mise en œuvre des pratiques est souhaité, il est nécessaire d'obtenir un changement dans les comportements individuels et collectifs des professionnels concernés. L'application du TDF permet d'explorer et d'affiner la compréhension des obstacles et des facilitateurs rencontrés lors de la prise en charge des usagers de drogues par les pharmaciens. Dès lors, il sera possible d'identifier la manière dont les éléments d'influence cognitive, sociale, affective et environnementale affectent la prise en charge de la population étudiée. Les 14 domaines théoriques relatifs à l'élaboration d'un comportement du TDF sont les connaissances, compétences, rôle et identité sociale/professionnelle, croyances sur les capacités, optimisme, croyances sur les conséquences, renforcement, intention, motivations et objectifs, mémoire, attention et processus décisionnels, contexte environnemental et ressources, émotions et régulation comportementale.

#### **3.5. Outils de collecte des données**

Des entretiens semi-directifs ont été utilisés pour collecter les données. Tous les thèmes liés à la recherche ont été abordés dans le guide d'entretien (Annexe 1). Des sous-questions ont parfois été posées afin d'approfondir certains aspects des thèmes et améliorer leur compréhension. Au cours des entrevues, les questions ont évolué de manière itérative dans le but d'intégrer les nouveaux éléments relevés par les participants et de reformuler les questions pour lesquelles la compréhension n'était pas claire. Avant l'enregistrement de l'entretien, les informations socio-démographiques et les caractéristiques de la pharmacie ont

été recueillies. Ensuite, celui-ci a été enregistré et comprenait des questions en rapport avec les domaines du TDF. Les questions du guide d'entretien et leur ordre ont pu être modifiés en fonction du discours du professionnel. Les participants pouvaient être seuls ou accompagnés d'un collègue.

Une pharmacienne du réseau Alto a au préalable évalué les questions afin d'assurer leur pertinence et leur compréhension. Ainsi, le guide a été enrichi par l'avis d'une professionnelle qui travaille avec la population concernée.

### **3.6. Organisation et planification de la collecte des données**

Avant de commencer la collecte des données, le chercheur a observé, pendant une journée, les professionnels du Service Transdisciplinaire d'Aide à la Réadaptation des Toxicomanes – Maison d'Accueil Socio-Sanitaire. L'objectif était de se familiariser avec la population étudiée afin d'améliorer la compréhension des discours des experts interrogés. En outre, le chercheur a eu l'occasion de se confronter et de questionner une première fois les hypothèses formulées, ainsi que d'avoir les ressources personnelles pour comprendre les raisons pour lesquelles elles pourraient être confirmées ou infirmées.

Un mail reprenant la description de l'étude et de ses objectifs a été envoyé aux pharmaciens qui correspondaient aux critères d'inclusion. Les candidats potentiels ont été contactés par téléphone une semaine après le premier échange afin de confirmer leur accord. Si tel était le cas, un entretien était programmé en présentiel en fonction des disponibilités du pharmacien. Avant de les débiter, chaque participant a reçu un formulaire de consentement concernant l'étude. Ces entretiens duraient entre 30 et 45 minutes et étaient enregistrés avec l'accord préalable du participant.

### **3.7. Traitement des données et méthodes d'analyse**

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, ce qui a permis de retranscrire correctement et intégralement les discours des participants tout en rendant les données anonymes. Dans un premier temps, une analyse verticale a été accomplie en réalisant une « lecture flottante » de chaque retranscription. Cette méthode a permis de s'appropriier les discours des participants tout en se remémorant le contexte dans lequel les entretiens étaient menés. Lors d'une seconde lecture plus approfondie, les notes de terrain ont été combinées aux discours.

Dans un second temps, une analyse horizontale a été entreprise. Des verbatims (discours des participants) relatifs aux facteurs étudiés ont été repérés et triés en différents codes. Cette étape de l'analyse suivait une démarche itérative. Au fur et à mesure de l'analyse des retranscriptions, de nouveaux verbatims ont enrichi les codes et d'autres ont pu être mis en lumière. Afin d'assurer l'homogénéité du codage, plusieurs relectures ont été nécessaires. Lorsque les retranscriptions ne fournissaient plus de nouvelles données, l'analyse se terminait. Des codes principaux et des codes secondaires ont été identifiés. Les premiers fournissent des informations claires sur la problématique, tandis que les seconds permettent d'affiner la compréhension des codes principaux.

### **3.8. Aspects éthiques et réglementaires**

Ce travail de recherche n'entre pas dans le cadre de la loi de 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication dans une revue scientifique et médicale. C'est pourquoi, après que la demande d'avis a été envoyée (Annexe 3), le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire de l'Université de Liège a jugé que des démarches complémentaires n'étaient pas à entreprendre (Annexe 4). Avant l'entrevue, tous les participants ont répondu à un formulaire d'information et de consentement du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). L'intégralité des données récoltées lors de la présente étude respectaient la loi relative au RGPD. Elles ont été stockées dans un ordinateur portable protégé d'un mot de passe et ont été supprimées une fois analysées.

## **4. Résultats**

### **4.1. Description de la population étudiée**

L'entièreté des entretiens a permis d'obtenir un échantillon de 12 pharmaciens. La diversité des caractéristiques désirées pour l'échantillon sont reprises dans le Tableau 1.

*Tableau 1. Description de l'échantillon*

<b>Code</b>	<b>Age (année)</b>	<b>Sexe</b>	<b>Nombre d'années d'expérience</b>	<b>Cadre géographique</b>	<b>Nombre d'employés pharmacie</b>
1	35	Femme	12	Rural	5
2	40	Femme	18	Semi-rural	3
3	42	Femme	10	Semi-rural	6

4	29	Homme	5	Semi-rural	3
5	25	Homme	1,5	Urbain	3
6	41	Femme	18	Rural	2
7	35	Homme	11	Rural	4
8	34	Femme	10	Urbain	4
9	40	Femme	16	Urbain	6
10	37	Femme	15	Semi-rural	4
11	26	Femme	2	Rural	3
12	54	Femme	32	Urbain	2

## 4.2. Analyse thématique

L'analyse thématique des réponses est effectuée selon les domaines du modèle TDF.

### 4.2.1. Connaissances et compétences

Les domaines « connaissances » et « compétences » ont été joints en raison de la convergence des concepts émergents. Lors de leur cursus universitaire, les pharmaciens ont affirmé avoir suivi des cours sur la préparation et la délivrance des TSO ainsi que sur leur législation. Ils trouvent ceux-ci suffisants pour prendre en charge des usagers de drogues. Toutefois, selon la majorité, certaines compétences n'ont pas été approfondies et mériteraient de l'être. Les thématiques citées sont la gestion des situations de crise de la clientèle, les difficultés que les consommateurs peuvent rencontrer et « *le suivi psychologique. On n'est pas formés à l'écoute en pharmacie. Et eux, c'est vraiment des personnes qui ont un besoin psychologique.* » (4). Seul le participant le plus âgé signale avoir suivi des conférences sur les TSO. Néanmoins, il a mentionné qu'elles devraient être plus nombreuses et proposées de manière plus régulière. Ces lacunes peuvent constituer un obstacle à la prise en charge. En revanche, deux pharmaciens qui travaillent dans un cadre rural et semi-rural ne ressentent pas le besoin d'acquérir des compétences supplémentaires. Ils prennent en charge peu d'usagers et considèrent donc leurs connaissances actuelles suffisantes.

La majorité des pharmaciens ne connaissent pas de centres de soutien, mais, même si c'était le cas, la plupart n'en conseilleraient pas. Ils remarquent que le manque de moyens financiers des usagers pour payer leur traitement pose souvent problème. Il est, dès lors, selon eux, difficile de leur recommander des centres dans lesquels un suivi pluridisciplinaire est assuré.

*« Nous-mêmes, c'est difficile, parce que souvent, ils n'ont pas assez de sous, ils arrivent difficilement fin du mois à payer, donc je suppose que c'est lié aux frais médicaux pour le remboursement, sauf si c'était pris en charge que tout était remboursé, mais je ne sais pas. C'est déjà à la limite pour acheter leurs médicaments, ou des fois, ils demandent un crédit pour le mois d'après, qu'ils viennent payer, ça je ne dis pas. Mais des fois, c'est dur pour les fins de mois, etc. Je pense que c'est ça qui ferait peut-être un frein au suivi psychologique, s'ils doivent payer de leur poche. » (6)*

*« Je ne pense pas ou je ne ressens pas le besoin. Mais c'est un truc que je pourrais y penser un peu plus. Mais aussi, la population est compliquée. Donc, financièrement, c'est compliqué. Tout ce qui est psychologue, c'est cher. » (5)*

#### **4.2.2. Rôle et identité sociale/professionnelle**

Selon les professionnels, le médecin prescripteur peut jouer à la fois un rôle de catalyseur et d'obstacle dans la prise en charge. La responsabilité de la prescription du TSO qui leur incombe influencera directement le parcours thérapeutique de l'utilisateur. D'après l'ensemble des pharmaciens interrogés, la prise en charge varie en fonction de l'implication du médecin, *« il y a des médecins qui sont plus prescripteurs que vraiment docteurs. » (4)*. Certains se contentent de réaliser la prescription et les ajustements éventuels sans se demander les raisons ou leur optimalité. En revanche, les médecins qui s'engagent pleinement dans le suivi, qui sont à l'écoute et qui sont attentifs aux besoins de l'utilisateur communiquent davantage avec le pharmacien, ce qui facilite la prise en charge. Les pharmaciens qui gèrent le plus d'utilisateurs ont exprimé leur souhait de mettre en place des réunions avec les médecins prescripteurs pour établir des lignes directrices à suivre dans la prise en charge des utilisateurs.

*« Il y a des médecins, par exemple, qui ne voient même pas le patient. Ça se fait par téléphone ou par SMS, et qui prescrivent de la méthadone pour un mois en une fois. Et ça, nous, on trouve qu'on ne va pas gérer, parce qu'il y a de la revente, on prête au copain, on dépanne. Donc nous, on préfère vraiment les prises en charge toutes les semaines ou tous les 15 jours au maximum, avec souvent des délivrances par semaine. Ça, je trouve que c'est quelque chose de cohérent. Donner 30 gélules ou 60 gélules de méthadone d'un coup, pour moi, ça ne veut pas dire qu'il ne voit personne. La méthadone ne fait pas tout. » (12)*

*« Mais c'est vrai qu'il y a des médecins qui ne font pas d'usagers de drogues et je pense qu'eux doivent refaire une formation pour ça, en plus. Donc, tout le monde ne la fait pas et puis, ils n'ont pas tous envie d'avoir des usagers de drogues dans leur cabinet, quoi. » (10)*

Tous les experts ont exprimé l'importance de leur rôle dans la prise en charge. Outre la préparation et la délivrance des TSO, ils estiment jouer un rôle de soutien psychologique en écoutant et conseillant les usagers. Cependant, leur fonction comporte des limites que certains jugent acceptables et que d'autres trouvent contraignantes pour garantir la prise en charge. De nombreux spécialistes déclarent ne pas avoir besoin d'assumer un rôle supplémentaire en raison de la pression que peut entraîner le suivi, d'une charge de travail déjà importante et de la gestion des autres clients.

*« La méthadone, c'est un peu aussi un problème pour nous. Parce que, quand ça se passe bien, quand, "ça sert aux personnes à ne pas rechuter" très bien, quand ça devient un stress de compter les gélules, parce qu'on se dit, il y en a qui disparaissent, est-ce qu'elles finissent par être vendues ou échangées contre autre chose à l'abri des regards. Alors qu'il y a un accompagnement des toxicomanes en pharmacie, je ne sais pas, c'est déjà un stress, c'est déjà du travail, le type d'accompagnement qu'on fait, de leur préparer leurs médicaments en ambulatoire, avec tous les problèmes que ça pose. » (7)*

Un pharmacien explique que, pour accepter d'endosser un rôle supplémentaire, une approche testée et approuvée sur le terrain doit exister pour assurer que le temps investi apporte un réel profit. Néanmoins, un participant souhaiterait que leur rôle soit davantage reconnu pour que l'usager comprenne *« que le pharmacien est responsable de la délivrance, et il peut dire non s'il y a un abus. »* (5). Etant donné que ce n'est pas eux qui établissent la prescription mais qu'ils suivent celle du médecin, certains usagers estiment qu'ils ne sont là que pour réaliser la délivrance et qu'ils n'ont pas le droit d'exprimer leur avis. Un pharmacien a fait remarquer que leur rôle dans la société est en train d'évoluer. Les explications fournies à cette réflexion sont leur proximité avec la population et leurs plages d'horaires larges qui en font des acteurs de santé publique disponibles pour la communauté. La collaboration avec le médecin se développe également en parallèle.

Bien que l'ensemble des participants reconnaissent l'importance de la prévention et de la RdR par rapport aux substances psychoactives, seul un pharmacien de zone urbaine en réalise. Il

insiste sur le mésusage et les abus ainsi que sur les mesures à prendre pour assurer la sécurité des enfants. Ses confrères expliquent qu'ils n'en font pas pour diverses raisons ; certains jugent ne pas avoir les connaissances pour (*connaissances et compétences*), d'autres estiment que les consommateurs sont déjà au courant des risques encourus ou qu'ils n'y pensent pas. Les pharmaciens s'interrogent si mettre en place de la prévention et de la RdR relève de leur responsabilité ou de celle du médecin. La majorité des spécialistes considère que cela entre dans leur fonction mais également dans celle du médecin. Toutefois, certains font remarquer que le médecin est plus informé des préjudices et dommages associés à la consommation de drogues.

*« Je trouve que ça doit se faire dans les écoles, au niveau de l'éducation, je trouve, ou dans la rue, ou dans les trucs de quartier, ou les quartiers où on sait que c'est sensible, des trucs comme ça. » (12)*

La gestion des seringues usagées fait partie des efforts de RdR. Mais, il y a uniquement deux pharmaciens qui les reprennent. Les spécialistes argumentent leur refus par un manque de ressources pour les éliminer ou l'exposition au risque infectieux. Un pharmacien explique que lorsqu'il délivre des seringues neuves, il fournit un conteneur pour l'élimination des seringues usagées, et que c'est donc au consommateur de les déposer au parc à conteneurs.

#### **4.2.3. Croyances sur les capacités**

Les spécialistes interrogés n'émettent pas de doutes vis-à-vis de leur capacité à prendre en charge des consommateurs et à assurer un suivi. Leur assurance s'est développée à mesure des années et des prises en charge, *« en ayant de l'expérience, on met directement les limites. » (11)*. *« Le premier, c'est plus compliqué. Enfin, pas plus compliqué, mais moins fluide. Une fois que c'est connu, qu'on sait comment ça se passe, c'est plus facile à expliquer aux patients, etc. » (5)*. Ils maîtrisent la préparation des médicaments (*connaissances et compétences*); les principaux défis concernent directement l'utilisateur. Ceux-ci se réfèrent à leur régularité à suivre le traitement, ainsi qu'à la gestion de leur comportement (agressivité, malhonnêteté, etc.). Ces comportements aléatoires couplés au manque de fiabilité de l'utilisateur induisent un sentiment d'incertitude aux pharmaciens quant à la continuité du suivi à long terme.



#### 4.2.4. Optimisme

L'ensemble des pharmaciens sont pessimistes par rapport à la réussite de l'arrêt total de la consommation de drogues, mais, ils en ont conscience et cela ne constitue donc pas un obstacle à la prise en charge. En outre, la majorité des spécialistes considèrent que « *le fait de retrouver juste une situation cadrée, un travail, un logement, même s'ils sont sous traitement, le fait de ne plus consommer, d'être équilibré, même avec de la méthadone, c'est déjà une réussite en soi. La réussite, c'est pas l'arrêt du traitement en se disant je suis guéri. Non. C'est vraiment plus être avec son sac à dos et aller dormir n'importe où.* » (12). Cela leur permet de maintenir une motivation dans le suivi. Toutefois, le facteur qui a le plus d'influence sur ces objectifs reste la volonté du patient. « *S'ils sont motivés à être réguliers, ils s'en sortiront. Mais, s'ils n'ont pas plus envie et qu'ils prennent ça pour une corvée, ils s'en sortiront pas. Parce qu'ils oublient.* » (6). Les pharmaciens ont constaté que les consommateurs qui ont entamé leur parcours thérapeutique par obligation (sous pression familiale ou sur décision de justice) sont plus enclins à abandonner le traitement, à être moins réguliers et à éprouver des difficultés à se réinsérer dans la société.

« *Ça dépend les cas. Il y en a où ils sont un peu hermétiques à tout et qu'on sait qu'on n'a pas beaucoup d'espoir et qu'ils ne sont pas du tout ouverts à la discussion et que c'est juste parce qu'ils n'ont pas le choix de prendre ça parce qu'on est le dealer le moins cher.* » (10)

#### 4.2.5. Croyances sur les conséquences

Les pharmaciens croient ou espèrent que leurs conseils ont un effet bénéfique sur les consommateurs, ce qui les motive à continuer à les prodiguer. Toutefois, quelques experts ont remarqué que leur efficacité était conditionnée par l'attitude et l'état d'esprit de l'utilisateur. Certains professionnels se contenteront de délivrer le traitement sans donner de conseil « *si de toute façon, on sait qu'à côté, ils font n'importe quoi.* » (12). Ceux qui suivent un plus grand nombre d'utilisateurs rencontrent ce problème plus fréquemment. En outre, ils mentionnent que, malgré leurs recommandations, « *les fréquentations, c'est ça qui les fait plonger complètement. Que ceux qui ont peut-être un peu moins de fréquentations ou qui sont peut-être plus motivés, je n'en sais rien, ça se passe clairement mieux.* » (10).

#### **4.2.6. Renforcement**

Les pharmaciens ont fait remarquer que lorsqu'ils avaient déjà été confrontés aux comportements agressifs d'un usager, cela pouvait susciter de l'anxiété lors des futures interactions. Ce phénomène peut se répercuter sur les autres usagers, même s'ils n'ont pas de problème de comportement.

*« A chaque fois, ça se passe mal. Ça va bien quelques mois, et puis c'est les classiques, ils ont perdu leur dose, oublié, ou ils ne savent pas payer, ou ils n'ont pas les ordonnances, ça coince toujours. C'est des expériences un peu négatives. Et malheureusement, peut-être qu'il y a certains patients qui seraient très disciplinés, mais on ne les accepte plus. » (1)*

#### **4.2.7. Intention**

Tous les spécialistes ont fait part que leur intention d'accorder du temps à l'utilisateur diminuait quand celui-ci venait récupérer sa délivrance en adoptant une attitude désagréable, agressive ou impatiente. Lorsque le consommateur n'est pas motivé par la réussite de son traitement ou quand il vient par contrainte, il présente généralement un comportement plus irritable et erratique. Cela peut avoir comme conséquence une moindre intention du pharmacien à s'engager activement dans le suivi.

*« Les emmerdeurs avec qui on a tout le temps des problèmes, ça peut déjà être parfois bien, je trouve, de rester cool, calme, etc. On prend déjà sur soi pour que ça se passe relativement bien. » (7)*

#### **4.2.8. Motivation et objectifs**

Fixer des objectifs ne rentre pas dans leur fonction, mais appartient à celle du médecin prescripteur. De ce fait, cela n'est un élément d'influence central dans la prise en charge des usagers.

#### **4.2.9. Mémoire, attention et processus décisionnels**

Le processus décisionnel peut intervenir à différentes étapes du suivi, varier d'un professionnel à l'autre et être un catalyseur ou un obstacle à la prise en charge. Dans un premier temps, accepter un usager *« est une obligation légale. On ne peut pas refuser quelqu'un qui est sous méthadone. Mais il y a des pharmaciens qui ont tellement eu de problèmes qu'ils ne se sentent plus en sécurité et qui refusent. » (8)*. Cette décision peut se répercuter sur leurs confrères, spécialement dans les villes dans lesquelles peu de pharmaciens acceptent des usagers. En

effet, le temps et la charge de travail deviennent des obstacles (*contexte environnemental et ressources*) et s'ils veulent maintenir une prise en charge adéquate de leurs usagers actuels, ils sont contraints de refuser de nouveaux consommateurs. Cette situation est rencontrée aussi bien dans les communes semi-rurales ou urbaines dans lesquelles ils suivent entre 15 et 20 usagers.

Dans un second temps, les pharmaciens bénéficient du droit de rompre le contrat qui les lie au médecin prescripteur et à l'utilisateur s'ils le jugent nécessaire. Un tiers des participants ont déclaré qu'ils mettraient fin au partenariat si le consommateur adoptait un comportement inapproprié ou s'il ne respectait plus les limites imposées. En revanche, les autres professionnels interrogés n'arrêteront jamais une collaboration car ils savent que « *ce n'est pas facile pour eux de trouver une pharmacie qui les accepte.* » (9). De plus, ils trouvent que c'est abandonner une personne qui leur demande de l'aide donc « *j'essaye toujours de leur donner une chance.* » (12). Un pharmacien souligne l'ambivalence de faire le bon choix. D'un côté, rompre le contrat pourrait pousser l'utilisateur à la délinquance, mais d'un autre côté, continuer à lui délivrer son traitement malgré un mésusage le maintiendrait dans la délinquance.

Peu importe les raisons pour lesquelles le contrat prend fin ou pour lesquelles ils refusent de suivre un usager, les pharmaciens redirigent systématiquement l'utilisateur vers le médecin.

#### **4.2.10. Contexte environnemental et ressources**

Lors de la première délivrance du traitement substitutif, le pharmacien signe un contrat l'unissant au médecin prescripteur et à l'utilisateur. Ce dernier reprend les dispositions et les procédures à suivre pour la délivrance du médicament, les droits des pharmaciens ainsi que les règles à suivre par l'utilisateur. L'ensemble des professionnels interrogés perçoivent ce contrat comme une ressource facilitant la prise en charge grâce à la précision de cette procédure. Les pharmaciens ont le droit de rompre le contrat si l'utilisateur ne respecte pas les conditions établies (*mémoire, attention et processus décisionnels*), ce qui leur permet d'aborder la prise en charge de façon plus sereine (*émotion*).

Les pharmaciens ont également à leur disposition le calendrier de délivrance des consommateurs. Cela permet de conserver une trace des délivrances du traitement, de fournir des informations sur la date de délivrance, sur le nombre de comprimés fournis, ce qui permet

de s'assurer qu'il n'y a pas d'abus. Pour les pharmaciens, le calendrier est leur « *communication interne*. » (9).

Certains pharmaciens ont signalé que le temps pouvait constituer un obstacle à la prise en charge. S'ils sont conscients que leur capacité à assurer un soutien psychologique soit limitée, ils estiment qu'il est essentiel de prendre un moment pour écouter et conseiller l'utilisateur (*rôle et identité sociale/professionnelle*). L'officine représente parfois l'un des rares lieux où « *il se sent un peu considéré et pas considéré "comme un toxé"*. »(12). « *C'est un peu sa sortie, sa reconnaissance. Quand il est dans la rue, personne ne lui parle. Nous, on l'appelle Monsieur. Ça fait une reconnaissance*. » (3). Par conséquent, le moment d'échange peut être plus long. Malgré la volonté des pharmaciens de leur accorder de l'attention, cela peut parfois être difficile, car ils doivent également s'occuper des autres clients.

« *Parce qu'on a tout le boulot à côté. C'est quand même vrai. Faut regarder qu'ils ont bien pris. C'est faire pour plusieurs personnes, en plus de tout ce qu'on a à faire sur la journée. Il vaut mieux en avoir moins et mieux s'en occuper que beaucoup et faire à moitié les trucs*. »(6)

Par ailleurs, il y a « *souvent des patients toxicomanes qui arrivent sans l'ordonnance, qui sont en retard, on regarde le calendrier, est-ce qu'il manque des gélules, ou est-ce qu'ils ont vraiment perdu leurs gélules, etc. C'est déjà du temps qui passe à préparer très souvent des gélules, à appeler les médecins pour dépanner, parce que on n'en a plus, il y a un problème, ceci, cela, la gestion, tous ces trucs-là demandent déjà du temps, et il y a une part de stress et aussi c'est une responsabilité lourde*. » (7). Les médecins et les pharmaciens peuvent manquer de temps pour communiquer, ce qui est problématique, car il est parfois nécessaire d'ajuster les dosages. Un participant a le sentiment que les médecins perdent patience face à la récurrence des situations telles que la perte de gélules ou les rechutes, ce qui les amène à accorder moins d'attention à l'utilisateur.

Deux professionnels se demandent si le contexte de l'officine ne constitue pas un frein pour la prise en charge des usagers. Les arguments avancés sont leur manque de connaissance sur tous les effets des substances (*connaissances et compétences*), le manque de suivi régulier de certains professionnels, le temps limité (*contexte environnemental et ressources*) et la difficulté pour les usagers de s'exprimer aisément devant d'autres clients. Par conséquent, ils pensent que l'idéal serait que la délivrance se fasse dans un centre pluridisciplinaire avec des

professionnels formés qui pourraient assurer un suivi régulier. Cela permettrait une prise en charge plus précise et offrirait l'opportunité de réaliser un dépistage précoce.

*« Peut-être que ça pourrait être une prise en charge hors pharmacie justement, parce que c'est quand même parfois délicat. Il y a des gens autour, parfois les gens se retrouvent, il y a cette pièce-ci où on peut toujours venir discuter en privé, mais il y a peut-être des endroits qui seraient plus propices. Et aussi tout le monde n'a pas la même ouverture d'esprit et le pharmacien n'est pas peut-être le plus facile d'accès pour une personne qui est parfois déjà mal à l'aise, un peu parfois en marge de la société. » (3)*

#### **4.2.11. Influence sociale**

La relation thérapeutique qui lie l'utilisateur et le pharmacien joue un rôle central dans la compliance au traitement. Les pharmaciens ont fait remarquer que si l'utilisateur n'est pas reçu avec empathie et respect, il ne se sentira pas soutenu dans son parcours thérapeutique, ce qui impactera sa propension à adhérer au traitement. C'est pourquoi la moitié des pharmaciens interrogés s'intéressent et soutiennent le consommateur, mettent en lumière les progrès qu'il accomplit, ce qui le motive à suivre son traitement.

*« On sait tous pourquoi on est là. Mais ça se passe bien et on essaie d'encourager à ce que ça se passe bien. On leur demande des nouvelles, on se parle un peu. Et qu'il y ait un peu de liens qui se créent. On essaie de leur poser des questions, de se réjouir pour eux quand c'est positif, ce qui se passe dans leur vie. Et il n'y a pas juste le côté froid, le côté calme. Il peut y avoir une forme de cercle vertueux. » (7)*

Les stéréotypes jouent un rôle majeur dans l'influence sociale. La stigmatisation des personnes addictives aux drogues est due aux perceptions qui les associent à des menteurs, des voleurs, des délinquants, « *des drogués, c'est des drogués.* » (2), etc. Ces stéréotypes négatifs peuvent entraver la prise en charge de la part du pharmacien. A cet égard, un pharmacien suggère, dans un but de garantir une sécurité supplémentaire, que l'utilisateur soit « *envoyé par quelqu'un de confiance, peut-être. Ou s'il était encadré dans les CPAS, par exemple. Il vient souvent juste avec une ordonnance du médecin. Ce ne sont pas toujours des médecins qu'on connaît.* » (1). Un autre spécialiste reprend cette notion de confiance en expliquant qu'il accepte uniquement des utilisateurs de sa propre commune. Ainsi, il veille à connaître la personne et à lui accorder sa confiance malgré ses problèmes d'addiction. L'ouverture d'esprit est recommandée par un

tiers des autres participants. Ils trouvent que pour garantir une prise en charge où l'utilisateur se sente accueilli et où le pharmacien se sente à l'aise, il est impératif d'accepter les différences d'autrui. Trois pharmaciens qui s'occupent d'une quinzaine d'utilisateurs tentent et espèrent ne pas avoir de stéréotypes afin que cela n'ait pas de répercussions sur leur prise en charge.

Les pharmaciens qui fournissent des seringues ont fait part de la difficulté à gérer l'image que reflètent les toxicomanes par rapport aux autres clients. Effectivement, lorsqu'ils viennent chercher des seringues, ils se montrent plus pressés et plus agressifs que les utilisateurs qui viennent chercher leur TSO. Cela peut engendrer un sentiment accru de stress pour les clients présents. De plus, « *un patient toxicomane n'est pas toujours présentable, n'est pas toujours dans un état premier, parfois dans un état second. Pour le reste de la clientèle, ce n'est pas toujours agréable.* » (4). Cependant, un pharmacien d'une zone urbaine a souligné que « *c'est plus facile quand il y a d'autres clients, justement. Parce que le fait qu'il y ait du monde, ils partent plus facilement. Ils sont moins intimidants. Ils se sentent plus vulnérables, peut-être.* » (8).

Il est intéressant de souligner la différence de perception vis-à-vis du soutien des collègues en fonction du genre. Tandis que les femmes se sentiront plus confiantes lorsqu'elles échangent avec des utilisateurs en présence de collègues, cela n'influera pas sur le comportement des hommes.

#### **4.2.12. Emotions**

Lors du suivi thérapeutique des utilisateurs, les pharmaciens identifient différentes émotions, ce qui peut en faire des catalyseurs ou des obstacles de la prise en charge. Le sentiment le plus ressenti par les participants est l'anxiété, résultant de l'incertitude quant au comportement de l'utilisateur dans l'officine (état de manque, agressivité, etc.). Pour éviter que cela devienne un frein à la prise en charge, certains pharmaciens mettent « *un cadre dès le début. C'est pour montrer que j'ai du caractère et qu'on ne me grimpera pas dessus.* » (3) (*contexte environnemental et ressources*), tandis que d'autres accordent plus d'importance à la communication afin de dissiper toute anxiété éventuelle. Malgré cela, certains spécialistes avouent être plus nerveux face à certains utilisateurs qu'ils savent plus instables. La plupart des spécialistes qui n'éprouvent pas d'émotions négatives lors de la délivrance du TSO affirment

n'avoir jamais eu affaire à un usager agressif ou violent (*renforcement*). Si tel avait été le cas, ils ressentiraient sûrement une appréhension.

#### **4.2.13. Régulation comportementale**

Les pharmaciens qui s'occupent du plus grand nombre d'usagers ont suggéré l'instauration d'un quota d'usagers à suivre. Le but de cette démarche est de répartir équitablement les usagers entre les officines de chaque ville. Cela permettrait une meilleure répartition du temps (contexte environnemental et ressources), ce qui soulagerait les pharmaciens et assurerait ainsi la qualité du suivi. Ils ont évoqué qu'il serait intéressant de mettre en place pour l'usager « *des petits ateliers éphémères ou des choses comme ça, pour pouvoir s'exprimer, avoir des conseils.* » (9).

### **5. Discussion, perspectives et conclusion**

#### **5.1. Discussion**

L'objectif primaire de cette étude était de déterminer les facteurs qui influencent la prise en charge des usagers de drogues. Les principaux domaines du TDF qui sont perçus comme des facteurs clés de la prise en charge sont : « *connaissances et compétences* », « *rôle et identité sociale/professionnelle* », « *mémoire, attention et processus décisionnels* », « *contexte environnemental et ressources* », « *influence sociale* » et « *émotions* ». Les données de tous les sujets correspondaient avec ces domaines et pouvaient s'influencer entre eux.

Un des objectifs secondaires était de déterminer les besoins en formation des pharmaciens. Il est ressorti qu'un manque de connaissances et de compétences étaient des obstacles à la prise en charge. Bien que les spécialistes possèdent les compétences nécessaires pour la préparation des TSO, tous les professionnels ont fait part des lacunes concernant certains aspects psychologiques ou la gestion des comportements des personnes addicts. Pour pallier ces lacunes, la majorité des spécialistes souhaiteraient bénéficier davantage d'informations ou de formations. Améliorer ce domaine pourrait avoir une incidence positive sur le domaine « *contexte environnemental et ressources* », en incitant les pharmaciens qui refusent des usagers à s'engager en maîtrisant mieux le sujet. De cette manière, la charge de travail serait répartie équitablement. Cette analyse confirme l'hypothèse avancée ; les pharmaciens ont des lacunes pour une prise en charge des personnes sous traitement substitutif.

Plusieurs catalyseurs et obstacles à la prise en charge des consommateurs ont été mis en évidence dans le domaine du « *contexte environnemental et ressources* ». Le contrat tripartite, ainsi que le calendrier de délivrance, sont perçus comme des outils facilitant la prise en charge. Le contrat instaure des règles à respecter pour l'utilisateur. Bien que seulement un tiers des professionnels ait signalé rompre ce dernier en cas de difficultés dans le partenariat, celui-ci les rassure en donnant la possibilité d'une fin (*émotion*). Parallèlement, le calendrier leur permet de suivre régulièrement les usagers en évitant les pertes de temps. Le temps est en effet perçu comme un obstacle majeur à la prise en charge. Cet aspect peut directement être mis en correspondance avec les domaines « *mémoire, attention et processus décisionnels* » et « *régulation comportementale* ». Bien que l'importance de bénéficier d'un pouvoir décisionnel a été souligné par l'ensemble des pharmaciens, le refus de certains de ceux-ci de s'occuper de consommateurs se répercute directement sur leurs confrères. Ils ont davantage d'usagers à suivre, ce qui entraîne une charge de travail supplémentaire et un temps de plus en plus limité. Par conséquent, il est difficile pour les professionnels de consacrer autant de temps qu'ils le souhaiteraient à chaque usager. Pour pallier cette situation, certains pharmaciens ont suggéré la mise en place d'un quota d'usagers à suivre par pharmacie. Les spécialistes peuvent également choisir d'arrêter une collaboration si l'utilisateur ne respecte pas les règles établies dans le contrat. Un tiers des professionnels prennent cette décision si cela est nécessaire, tandis que les autres, connaissant la difficulté pour les usagers de trouver une pharmacie les acceptant et estimant abandonner quelqu'un leur demandant de l'aide, ne cessent jamais un contrat.

Ce manque de connaissances et de temps poussent les professionnels à se demander si l'officine n'est pas elle-même un obstacle à la prise en charge. Cette question a été soulevée par deux pharmaciens qui sont d'avis qu'une prise en charge pluridisciplinaire serait plus propice au parcours thérapeutique de l'utilisateur.

Un second objectif était d'apprécier la relation médico-pharmaceutique. Le rôle du médecin a été signalé comme un élément majeur dans le suivi des usagers. En tant que premier maillon du parcours thérapeutique, son implication affecte directement l'utilisateur et le pharmacien. L'entière des spécialistes interrogés est unanime. Si le médecin s'engage activement dans le suivi du consommateur, il en découlera une collaboration renforcée avec le pharmacien et donc une prise en charge optimisée. A contrario, si le médecin se montre passif, le suivi sera



moins continu et la collaboration médico-pharmaceutique appauvrie. Une étude de *Feroni et al.* a mis en évidence que les médecins qui sont plus engagés dans les traitements substitutifs ont plus de contacts avec les pharmaciens (33). Ils soutiennent qu'une collaboration entre les deux professionnels incite le médecin à être plus investi pour évaluer et réévaluer les dosages du traitement, pour établir des prescriptions plus courtes et pour être plus attentif aux besoins de l'utilisateur. Tous les médecins, même ceux sans spécialisation en substitution ont la possibilité de prescrire des produits substitutifs (34). Ainsi, l'offre de soins de proximité est garantie, mais est-ce aux dépens de la qualité de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions ? Le risque est que la prise en charge soit inadéquate ou insuffisante pour le patient, ce qui pourrait amener un mésusage. Ces résultats étayent l'hypothèse émise précédemment selon laquelle la relation médico-pharmaceutique était insuffisante pour assurer une prise en charge. Lorsque les médecins se montrent plus passifs dans le parcours thérapeutique de l'utilisateur, cela se répercute directement sur le pharmacien et sur le suivi. Cela affectera d'autres domaines du TDF, tel que le « *contexte environnemental et ressources* » par la prise de temps que cela prendra de contacter le médecin pour échanger sur les ajustements, etc.

La question de la responsabilité de réaliser de la prévention est revenue chez la moitié des sujets. Estimant que ce n'est pas la leur, qu'ils ont un manque de connaissances (*connaissances et compétences*) ou qu'ils n'y pensent pas, 11 des participants sur 12 n'en réalisent pas. En ce qui concerne la réduction des risques liés à la gestion des seringues, un seul pharmacien reprend les seringues usagées. Les raisons évoquées par les autres pharmaciens sont multiples. Or, une étude a montré qu'en prodiguant des messages de prévention lors de la délivrance de seringues, le comportement des consommateurs a évolué (35). Ils se sentent plus responsables, respectés et considérés et leur relation avec le pharmacien est améliorée.

Le domaine des « *émotions* » comporte des obstacles qui handicapent la prise en charge des consommateurs en raison du sentiment d'anxiété que peuvent provoquer ces derniers chez les pharmaciens. Ce sentiment peut être exacerbé par les expériences négatives passées et peut donc être mis en correspondance avec le domaine « *renforcement* ». Les usagers de drogues sont une population décrite comme imprévisible, ce qui peut causer ces émotions négatives. Pour empêcher que cela impacte la prise en charge et que cela devienne un obstacle, les spécialistes s'appliquent à établir des limites ou à se montrer ouverts à la communication. Pour certains, cela ne suffit pas à ne pas ressentir une appréhension face à

certaines consommateurs qu'ils savent être plus instables, plus pressés. Ces compétences d'écoute et d'empathie rejoignent les recommandations établies par l'étude de *Bonnet et al.*, qui prône qu'une prise en charge ne peut fonctionner qu'avec ces aptitudes-là (19). Ce parallèle amène à s'interroger sur les mesures à mettre en place lorsqu'un pharmacien a été confronté à un usager au comportement difficile et qu'il éprouve des difficultés à surmonter son anxiété.

Une hypothèse établie au préalable était que la stigmatisation des pharmaciens envers les consommateurs pouvait entraver la volonté de les prendre en charge. La stigmatisation qui entoure les usagers comme étant violents, malhonnêtes et manipulateurs est importante. Les experts de l'étude susmentionnée soulignent la portée de la confiance dans la prise en charge. Or, ces stéréotypes évoqués par l'ensemble des pharmaciens interrogés sont opposés à cette notion de confiance. Afin que cela ne devienne pas un obstacle dans la relation thérapeutique, un tiers des spécialistes s'efforcent à faire preuve d'empathie. Les pharmaciens qui prennent en charge le plus grand nombre de consommateurs dans l'étude n'éprouvent pas ou essaient de ne pas avoir de stéréotypes pour éviter que cela influe leur engagement. Pour tenter d'empêcher ces stéréotypes, une revue systématique propose une solution validée : renforcer la formation et l'éducation des professionnels. Des recherches ont prouvé que leur niveau de connaissances sur les troubles liés à l'utilisation de substances était souvent insuffisant (13). Ces résultats peuvent être mis en parallèle de la présente étude où les pharmaciens interrogés ont fait part de ce manque de connaissances et de ce besoin de formations (*connaissances et compétences*). Un dernier point abordé par la revue systématique qui reflète les résultats de la présente étude est que les professionnels qui ont un nombre élevé d'usagers en charge adoptent généralement une attitude plus positive à leur rencontre.

L'influence sociale peut également s'exercer entre collègues. Alors que les femmes auraient tendance à se sentir plus en confiance en présence d'un collègue lorsqu'un usager vient prendre sa délivrance, les hommes ne ressentent pas de différence dans leur perception.

## **5.2. Forces**

Une des principales forces de cette étude réside dans le fait que, selon les connaissances du chercheur, cela soit la première à établir les changements de comportements nécessaires ainsi que les obstacles et catalyseurs de la prise en charge des usagers de drogues par les

pharmaciens. Cette étude approche la problématique sous un angle différent, ce qui permet d'identifier d'éventuelles interventions.

Les entretiens réalisés de manière semi-dirigée ont constitué une force lors de cette recherche. Les participants ont pu exprimer leur expérience et leur ressenti par rapport à la thématique étudiée. Dès lors, il a été possible d'approfondir la compréhension des obstacles et des catalyseurs que rencontrent les pharmaciens. En outre, le fait que les entrevues se soient déroulées en présentiel a permis de distinguer les attitudes et réactions non verbales des participants, ainsi que de modifier ou de clarifier les questions.

Une dernière force de cette étude demeure dans la diversité des données recueillies, qui a été possible par la variété des profils des pharmaciens, tant en termes d'âge que de situation géographique. La confrontation des discours a permis la mise en évidence de propos semblables ainsi que des points de vue divergents. La comparaison de ces discours en fonction des caractéristiques sociodémographiques a permis de déceler des données intéressantes.

### **5.3. Limites et biais**

Cette recherche qualitative comprend des biais et des limites qu'il est nécessaire de souligner. Le premier biais correspond à un manque de représentativité de l'échantillon. D'une part, les communes germanophones ont été exclues de l'échantillon en raison de difficultés de communication, ce qui aura une incidence sur la représentativité de la population. De plus, à l'exception d'un pharmacien, tous les participants suivent des usagers de drogues. A cet égard, il n'est pas possible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des pharmaciens de l'arrondissement de Verviers.

Un biais de désirabilité sociale peut également être présent dans l'étude dans deux cas. Les participants avaient l'opportunité de mener l'entrevue en présence d'un collègue. Cela a pu être à double tranchant. Cela a pu enrichir les discours en fournissant des informations supplémentaires, complémentaires ou en corroborant les propos tenus pour certains, tandis que pour d'autres, la crainte de donner un avis contraire à leur confrère, les a empêchés de s'exprimer librement. Pour limiter ce biais, l'aspect anonyme et confidentiel de l'étude ont été rappelés. Parallèlement, le chercheur a pu, inconsciemment, influencer les participants. En ayant des attentes concernant leurs réponses, cela pourrait avoir altéré son objectivité et l'avoir conduit à poser des questions suggestives. Ce phénomène se réfère au biais de

l'enquêteur. Afin de limiter ce risque, un questionnaire a été réalisé par le chercheur en se basant sur les domaines du TDF et sur les informations trouvées dans la littérature. Cependant, n'étant pas un outil validé, cela peut amener un biais d'information. Ces situations peuvent entraîner une sous-estimation des résultats obtenus.

Lors de la recherche, un biais d'intérêt a été identifié. Les pharmaciens qui ont répondu positivement à la requête étaient des professionnels prenant en charge des usagers de drogues (hormis un participant), ce qui suggère qu'ils étaient d'emblée sensibilisés au sujet de l'étude.

#### **5.4. Perspectives**

La visée exploratoire et innovante de l'étude offre un éventail de perspectives. Les résultats obtenus suggèrent qu'il serait bénéfique d'envisager cette étude sur d'autres catégories de professionnels de la santé tels que les médecins. Les causes sous-jacentes d'un éventuel manque d'implication des médecins dans la prise en charge de l'utilisateur et dans le partenariat avec le pharmacien pourraient être mis en lumière. Est-ce que, comme l'ont constaté *Feroni et al.* dans une des études susmentionnée, l'obligation pour les médecins de prescrire des TSO se répercute directement sur leur désir de collaborer avec les pharmaciens ? Confronter les discours des deux catégories de professionnels offrirait la possibilité d'identifier les aspects à améliorer pour optimiser la prise en charge et bonifier leur collaboration. Obtenir le ressenti des consommateurs à propos de leur expérience lors de la délivrance de leur traitement, serait une valeur ajoutée. Cela aiderait à affiner l'angle sur lequel se concentrer pour améliorer la collaboration avec les professionnels.

Mener des observations sur le terrain pourrait être une perspective intéressante. Cela donnerait l'opportunité d'étudier la réalité d'une prise en charge d'une personne venant chercher son traitement. Elaborer un parallèle entre les discours des professionnels et les observations de terrain, contribuerait à mettre en évidence l'écart entre la réalité et les perceptions.

#### **5.5. Conclusion**

Cette étude se situe dans le champ de la santé publique. Elle aborde la problématique des substances psychoactives, les risques qu'elles engendrent pour la santé individuelle et collective, ainsi que les mesures prises pour y remédier. Les pharmaciens ont un contact direct et régulier avec les consommateurs de ces substances. C'est pourquoi, ce mémoire

avait pour but d'identifier les obstacles et les catalyseurs à la prise en charge des usagers de drogues par les pharmaciens de l'arrondissement de Verviers. L'utilisation du TDF a permis d'explorer les facteurs qui peuvent influencer la prise en charge.

Des lacunes ont été relevées dans les connaissances et les compétences des pharmaciens, ce qui marque le besoin de formations des participants pour combler ces carences. En outre, cela pourrait contribuer à aider à lutter contre les stéréotypes qui sévissent envers cette population. En réduisant les stigmatisations, l'anxiété que peut provoquer leur suivi pourrait être atténuée. Bien que d'avoir été confronté à une situation problématique avec un usager renforce ce sentiment qu'il est difficile de surmonter, apprendre à gérer ces situations minimiserait la probabilité qu'elles se produisent et leur incidence. Les résultats de l'étude ont démontré l'importance de la relation médico-pharmaceutique dans le traitement des addictions. Une implication active du médecin prescripteur dans la problématique engendre une collaboration renforcée avec le pharmacien, ce qui optimise la prise en charge. Même s'il a été prouvé que la collaboration médico-pharmaceutique était essentielle pour assurer le suivi des usagers, les résultats de l'étude révèlent qu'elle est souvent insuffisante.

Malgré la présence de certaines limites dans cette étude, les résultats mettent en lumière l'importance d'établir des recommandations et des solutions pour améliorer la prise en charge des usagers de drogues.

## 6. Références bibliographiques

1. Morel A. 3. Les drogues : définition et classification. In: Addictologie [Internet]. Paris: Dunod; 2015 [cité 13 mai 2024]. p. 21-9. (Aide-Mémoire; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/addictologie--9782100721429-p-21.htm>
2. Delaveau P. Définition du mot « Drogue ». Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 nov 2006;190(8):1831-2.
3. TheDrugsWheel\_IntlEng\_1\_0\_4.pdf [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: [http://www.thedrugswheel.com/downloads/TheDrugsWheel\\_IntlEng\\_1\\_0\\_4.pdf](http://www.thedrugswheel.com/downloads/TheDrugsWheel_IntlEng_1_0_4.pdf)
4. Rosenthal A, Ebrahimi C, Wedemeyer F, Romanczuk-Seiferth N, Beck A. The Treatment of Substance Use Disorders: Recent Developments and New Perspectives. *Neuropsychobiology*. 20 juin 2022;81(5):451-72.
5. Rapport européen sur les drogues 2022 : Tendances et évolutions | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en)
6. Opioids - OECD [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/health/health-systems/opioids.htm>
7. Degenhardt L, Bucello C, Calabria B, Nelson P, Roberts A, Hall W, et al. What data are available on the extent of illicit drug use and dependence globally? Results of four systematic reviews. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 sept 2011;117(2):85-101.
8. Surdose d'opioïdes [Internet]. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>
9. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*. 7 janv 2012;379(9810):55-70.
10. Scott N, Carrotte ER, Higgs P, Stoové MA, Aitken CK, Dietze PM. Longitudinal changes in personal wellbeing in a cohort of people who inject drugs. *PLOS ONE*. 31 mai 2017;12(5):e0178474.
11. Public perceptions of public drug use in four UK urban sites - ScienceDirect [Internet]. [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395906002635?via%3Dihub>
12. Drug and Alcohol Review - Wiley Online Library [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/14653362>
13. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 juill 2013;131(1):23-35.

14. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention. [Internet]. LU: Publications Office; 2016 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/967909>
15. 20 ANS D'ECHANGE DE SERINGUES EN BELGIQUE .pdf [Internet]. [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: [https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2017/02/carnetrisque\\_damsi\\_bxl\\_walonne\\_2016-janv2017.pdf](https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2017/02/carnetrisque_damsi_bxl_walonne_2016-janv2017.pdf)
16. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries [Internet]. [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>
17. public\_expenditure\_on\_drugs\_2014-2015\_fr.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/public\\_expenditure\\_on\\_drugs\\_2014-2015\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/public_expenditure_on_drugs_2014-2015_fr.pdf)
18. Eurotox-Livret4-2019\_1tma.pdf [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: [https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret4-2019\\_1tma.pdf](https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret4-2019_1tma.pdf)
19. Bonnet N. Pharmacien et addictions, un engagement évident. Actualités Pharmaceutiques. 1 avr 2022;61(615):33-7.
20. Nicaise P, Corten P, Bergeret I, Baert I, Irusta LÁ, Casselman PJ, et al. Programme de recherches d'appui à la note de politique fédérale relative à la problématique de la drogue.
21. opioid crisis: Origins, trends, policies, and the roles of pharmacists | American Journal of Health-System Pharmacy | Oxford Academic [Internet]. [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/76/7/424/5382447?redirectedFrom=fulltext&login=false>
22. Addiction avec opiacés : le rôle du pharmacien - ScienceDirect [Internet]. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370014005291>
23. Shulman M, Wai JM, Nunes EV. Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder: An Overview. CNS Drugs. juin 2019;33(6):567-80.
24. Medication Treatment of Opioid Use Disorder - Biological Psychiatry [Internet]. [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(19\)31485-4/fulltext](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(19)31485-4/fulltext)
25. Wang SC, Chen YC, Lee CH, Cheng CM. Opioid Addiction, Genetic Susceptibility, and Medical Treatments: A Review. Int J Mol Sci. 2 sept 2019;20(17):4294.
26. Goullé JP, Hamon MD, Hauw JJ, Léger JM. Rapport 23-24. Drogues : éducation et prévention. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 déc 2023;

27. De nouvelles pratiques en matière de lutte contre le fléau des drogues au sein de l'Union européenne | Cairn.info [Internet]. [cité 6 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-europe-en-formation-2020-1-page-98.htm#no27>
28. Eurotox-Livret5-Ed3\_0.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: [https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret5-Ed3\\_0.pdf](https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret5-Ed3_0.pdf)
29. Pansiot K. Rôle du pharmacien auprès des patients opiodépendants. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 oct 2017;56(569):31-7.
30. Palmer RS, Murphy MK, Piselli A, Ball SA. Substance User Treatment Dropout from Client and Clinician Perspectives: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*. 1 janv 2009;44(7):1021-38.
31. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci*. 21 juin 2017;12:77.
32. Indicateur de ruralité Classification DGO3 des communes rurales, semi-rurales et non rurales [Internet]. Disponible sur: [https://agriculture.wallonie.be/documents/20182/39024/Indicateur\\_ruralite\\_SPW-DGO3.pdf/1af199a3-055b-4bc7-866e-2b1bac7f7087](https://agriculture.wallonie.be/documents/20182/39024/Indicateur_ruralite_SPW-DGO3.pdf/1af199a3-055b-4bc7-866e-2b1bac7f7087)
33. Collaboration entre médecins et pharmaciens pour le suivi des patients sous buprénorphine haut dosage: Pratiques des médecins prescripteurs - ScienceDirect [Internet]. [cité 23 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498205841594?fr=RR-2&ref=pdf\\_download&rr=878d617dfadf6a8b](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498205841594?fr=RR-2&ref=pdf_download&rr=878d617dfadf6a8b)
34. Feroni I, Paraponaris A, Aubisson S, Bouhnik AD, Masut A, Ronfle E, et al. Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes: Prescription of buprenorphine in high dosage by general practitioners. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 déc 2004;52(6):511-22.
35. Bonnet N. Intérêt d'un programme d'échange de seringues en pharmacie d'officine pour les usagers de drogues par voie intraveineuse. *La Presse Médicale*. 1 déc 2006;35(12, Part 1):1811-8.
36. Jager KJ, Tripepi G, Chesnaye NC, Dekker FW, Zoccali C, Stel VS. Where to look for the most frequent biases? *Nephrology (Carlton)*. juin 2020;25(6):435-41.



## 7. Annexes

### Annexe 1 : Guide d'entretien

#### Guide d'entretien

- 1) Selon vous, qu'est-ce qu'une prise en charge adéquate d'un patient en général ?
- 2) Quel regard portez-vous sur la prise en charge des usagers de drogues de façon générale ?
- 3) Lors de la prise en charge, comment vous sentez-vous ?
- 4) Avez-vous suivi une formation particulière au préalable ?
- 5) Avec qui collaborez-vous pour le suivi des usagers ?
- 6) Quels freins/problèmes/difficultés peuvent apparaître lors de la prise en charge ?
- 7) Quelles sont les ressources vous aidant à mener à bien une prise en charge ?
- 8) Pensez-vous que vos conseils ont un impact positif ?
- 9) Pensez-vous que l'alliance thérapeutique qui vous lie avec le patient joue un rôle dans la compliance au traitement ?
- 10) Connaissez-vous des services de soutien ?
- 11) Faites-vous de la prévention ?

## Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement



### Formulaire d'information et de consentement RGPD pour un travail de fin d'étude

#### Obstacles et catalyseurs à la prise en charge des usagers de drogues par les pharmaciens de l'arrondissement de Verviers

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

**Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.**

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

#### **1. Responsable(s) du projet de recherche**

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : **Marie-Eve Janssen (mejan01@me.com)**

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : **Manon Schauwers (manon.schauwers@student.uliege.be)**

#### **2. Description de l'étude**

Cette étude a pour but de cerner les perceptions des pharmaciens par rapport à l'usager de drogues. Elle aura divers objectifs :

- Comprendre les perceptions des pharmaciens sur les consommateurs de drogues et définir les facteurs influençant ces perceptions
- Déterminer les éléments limitants interférant avec la prise en charge des usagers de drogues
- Identifier l'intérêt d'une mise en place d'une concertation médico-pharmaceutique
- Déterminer les besoins en formation des pharmaciens

Il s'agit d'une étude qualitative. Des hypothèses ont été émises et seront testées tout au long du travail de recherche.

Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique **2023-2024**

#### **3. Protection des données à caractère personnel**

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

*1. Qui est le responsable du traitement ?*

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

*2. Quelles seront les données collectées ?*

Les données récoltées sont : la zone géographique de la pharmacie, la taille de la pharmacie, le nombre d'années d'expérience. Des questions relatives à la perception des pharmaciens par rapport à l'usager de drogues, à la collaboration avec les autres professionnels, aux stéréotypes, au besoin de formation, etc. seront posées au pharmacien.

*3. À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?*

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifique de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

*4. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?*

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

*5. Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?*

- Étape 1 : les données seront récoltées lors d'entretiens semi-dirigés en présentiel ou via visioconférence selon les possibilités du pharmacien. Ils seront enregistrés via un dictaphone avec l'accord du professionnel.
- Étape 2 : les entretiens anonymisés et seront retranscrits. Les retranscriptions seront stockées sur l'ordinateur de l'étudiant dont un mot de passe est nécessaire pour l'ouvrir. Après cela, les enregistrements seront supprimés.
- Étape 3 : rédaction du mémoire grâce aux données anonymisées.
- Étape 4 : données supprimées à la fin de la réalisation du travail.

*6. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?*

**Une fois que l'entretien sera terminé, les données récoltées seront toutes anonymisées.**

Anonymisation signifie que ni l'étudiant, ni son promoteur ni aucun tiers n'est en mesure de réidentifier les personnes concernées, même à l'aide d'autres sources de données.

*7. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?*

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

*8. Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?*

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

*9. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?*

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

*10. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?*

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- s'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)).

*11. Comment exercer ces droits ?*

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique ([dpo@uliege.be](mailto:dpo@uliege.be)), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège  
M. le Délégué à la protection des données,  
Bât. B9 Cellule "GDPR",  
Quartier Village 3,  
Boulevard de Colonster 2,  
4000 Liège, Belgique.

#### **4. Coûts, rémunération et dédommagements**

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

#### **5. Retrait du consentement à participer à l'étude**

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

#### **6. Questions sur le projet de recherche** *Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.*

*Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.*

Nom et prénom :

Date :

Signature :

## Annexe 3 : Demande au Comité d’Ethique



### **Demande d’avis au Comité d’Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique**

*(Version finale acceptée par le Comité d’Ethique en date du 06 octobre 2016)*

Ce formulaire de demande d’avis doit être complété et envoyé par courriel à [mssp@uliege.be](mailto:mssp@uliege.be).  
Si l’avis d’un Comité d’Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l’avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant·e (prénom, nom, adresse courriel) :

Manon Schauwers

[manon.schauwers@student.uliege.be](mailto:manon.schauwers@student.uliege.be)

2. Finalité spécialisée : Praticien spécialisé en Santé Publique

3. Année académique : 2023-2024

4. Titre du mémoire :

Quelle est la place du pharmacien auprès des usagers de drogues de l’arrondissement de Verviers ?

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :

Département des Sciences de la Santé Publique, Faculté de Médecine, ULiège

6. Nom du/de la Professeur·e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président·e de Département :

Professeur Anne-Françoise Donneau

7. Promoteur·trice·s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Docteur Marie-Eve Janssen, médecin généraliste, coordinatrice médicale à la Maison d’Accueil Socio-Sanitaire de Liège, membre de l’Association des Généraliste Enseignants de l’ULiège en tant que collaboratrice et responsable des séminaires, [mejan01@me.com](mailto:mejan01@me.com)

## 8. Résumé de l'étude

### a. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'analyser les représentations et le degré d'implication du pharmacien dans la prise en charge de l'usager de drogues.

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- Comprendre les perceptions des pharmaciens sur les consommateurs de drogues et définir les facteurs influençant ces perceptions
- Déterminer les éléments limitants interférant avec la prise en charge des personnes toxicodépendantes
- Identifier l'intérêt d'une mise en place d'une concertation médico-pharmaceutique
- Déterminer les besoins en formation des pharmaciens

### b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Les problèmes liés à la drogue sont de plus en plus présents dans la société actuelle ce qui en fait un réel problème de santé publique. Le rapport européen sur les drogues paru en 2022 met en évidence que 29 % des personnes âgées entre 15 à 64 ans faisant partie de l'Union européenne ont déjà été consommatrices de substances illicites. Les pharmaciens sont en première ligne pour délivrer les kits d'injections ou les traitements de substitution, pour expliquer la démarche à suivre et les effets secondaires, etc. Avoir leurs avis, ressentis, craintes par rapport à cette thématique est donc essentiel.

L'étude menée est une étude qualitative suivant un design phénoménologique afin d'obtenir le vécu et représentations des pharmaciens sur le sujet étudié. Les données seront donc recueillies grâce à des entretiens semi-dirigés menés de manière individuelle avec les pharmaciens. Un guide d'entretien sera donc réalisé. Cela semble le plus pertinent afin d'obtenir le ressenti des professionnels de santé sur la prise en charge des usagers de drogues. Il sera alors possible d'analyser leurs discours afin de mettre en lumière des similitudes ou des différences.

La population cible sera les pharmaciens de l'arrondissement de Verviers. L'échantillonnage sera réalisé de deux façons distinctes : selon la méthode d'échantillonnage au volontaire et selon la méthode d'échantillonnage par choix raisonné. Le but sera d'arriver à une saturation des données. C'est-à-dire quand les discours n'apporteront plus d'informations supplémentaires pour la bonne compréhension du phénomène recherché. Des critères seront fixés pour l'échantillonnage par choix raisonné : différents cadres géographiques (rural, semi-rural ou urbain), différentes années d'ancienneté professionnelle, villes différentes de l'arrondissement de Verviers, taille de la pharmacie.

De plus, des critères d'inclusions seront fixés tels que : être pharmacien dans l'arrondissement de Verviers, avoir au minimum une année d'ancienneté en tant que pharmacien, maîtriser le français afin de pouvoir communiquer.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Non
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? Non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Oui
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? Oui
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?  
Oui

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.



En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication
- Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication

Date : 29/12/2023 Nom et signature du promoteur :

JANSEN MARIE-EVE



## Annexe 4 : Réponse du Comité d’Ethique



MSSP

À : ethique@chuliege.be; ⓧ Schauwers Manon



Mar 09/01/2024 13:21



université .pdf

1 Mo



Bonjour Madame,

Pourriez-vous confirmer à Schauwers manon que son étude ne tombe pas sous le coup de la loi de 2004 et que par conséquent, vu qu'elle ne souhaite pas publier, elle n'a plus d'autre démarche éthique à faire.

Cordialement,

Françoise PETERS

**Coordinatrice pédagogique – Master en Sciences de la Santé publique**

Faculté de Médecine | Université de Liège | [www.facmed.uliege.be](http://www.facmed.uliege.be)

Quartier Hôpital - Avenue Hippocrate, 15 - 4000 Liège

B36 - Tour 4 - Niveau -1 - Route 688

En télétravail le lundi et mercredi

Tél : + 32 (4) 366 29 93

[mssp@uliege.be](mailto:mssp@uliege.be)

