



Juliette CHAPON
Mémoire de fin de Master

Les drogues : entre addiction, substitution et rechute

**Quelle analyse comparative des trois traitements pharmacologiques
clés de l'addiction aux opioïdes : la méthadone, la buprénorphine et la
naltrexone ?**

Sous la direction de Monsieur Alexandre WALLARD

Date de soutenance :

Mercredi 2 juillet 2025

Composition du jury :

Dr Julien DE JONCKHEERE, chargé de recherche au CIC-IT de Lille (Président du jury)

Mr Alexandre WALLARD, maître de conférence (Directeur de mémoire)

Mr Benoît BOUGUERET, chef de projet clinique chez VETBIOLIX (troisième membre du jury)

Remerciements

Avant de débiter ce mémoire, il me semble important de remercier celles et ceux qui m'ont accompagnée tout au long de ce parcours, tant universitaire que professionnel.

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Alexandre Wallard, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils avisés. Son regard critique et ses retours constructifs m'ont permis de structurer et d'approfondir ce travail avec rigueur.

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à Monsieur Benoît Bougueret, mon tuteur et troisième membre du jury. Merci pour ta bienveillance, ton écoute et ta disponibilité qui m'ont énormément aidée à avancer sereinement dans ce travail. Ton accompagnement tout au long de l'année a été une vraie force.

Je remercie également Monsieur Dejonckheere, président du jury, pour son accompagnement tout au long de l'année et l'attention portée à mon travail.

Je souhaite aussi remercier l'ensemble des intervenants, enseignants et camarades rencontrés durant mon parcours à l'ILIS. Merci pour les discussions enrichissantes, les partages d'expérience et surtout les bons moments passés ensemble. Ces années m'ont beaucoup appris, autant sur le plan professionnel que personnel.

Je tiens à remercier chaleureusement Vetbiolix, l'entreprise qui m'a offert l'opportunité de faire mes premiers pas dans la vie active. Un grand merci à toute l'équipe pour sa confiance, son accueil et pour cette première embauche en CDI, qui marque une étape importante dans mon parcours.

Enfin, un immense merci à ma famille, qui m'a soutenue sans relâche tout au long de ces années. Je pense tout particulièrement à mes parents : merci pour votre patience, vos encouragements... et votre aide logistique au quotidien. On ne va pas se mentir, la réussite de ce mémoire tient aussi à une bonne organisation, et à des repas toujours prêts à l'heure. Merci maman, tu as vraiment assuré du début à la fin !

Sommaire

Remerciements	1
Liste des abréviations	3
Liste des figures.....	4
Liste des tableaux.....	4
Introduction	5
Partie 1 : Revue de la littérature	7
I. L'addiction aux opioïdes : état des lieux.....	7
II. Mécanismes de l'addiction et système de récompense	8
III. Approches thérapeutiques de l'addiction aux opioïdes	12
IV. Comparaison des traitements.....	16
V. Enjeux industriels.....	19
Partie 2 : Méthodologie	21
I. Contexte et objectif de l'étude de terrain	21
II. Outils et populations étudiées.....	21
III. Méthodes d'analyse.....	25
Partie 3 : Résultats	27
I. Analyse descriptive de la population	27
II. Observance et adhésion au traitement	27
III. Rechutes.....	29
IV. Efficacité et qualité de vie	31
Partie 4 : Discussion et recommandations	34
I. Interprétation des résultats.....	34
II. Recommandations : vers la prévention et l'innovation	37
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	43
Annexes	I

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de la sécurité du Médicament

ATV : Aire Tegmentale Ventrale

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

NAc : Noyau Accumbens

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

TSO : Traitement de Substitution aux opiacés

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des figures

Figure 1 : Schéma simplifié des principales régions du circuit de la récompense.....	8
Figure 2 : Quantité de buprénorphine et de méthadone utilisée de 1995 à 2013.....	14
Figure 3 : Répartition des genres et des traitements	27
Figure 4 : Observance selon le traitement	28
Figure 5 : Ressenti de l'envie de consommer et reprise de cette consommation selon le traitement.....	29
Figure 6 : Effets secondaires rapportés par les patients ayant jugés leur traitement « très efficace »	31
Figure 7 : Croisement entre les effets indésirables ressentis et l'amélioration de la qualité de vie perçue selon le traitement.....	32

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principales caractéristiques pharmacologiques des traitements utilisés pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes	16
--	----

Introduction

L'addiction aux opioïdes s'impose aujourd'hui comme un défi majeur de santé publique, en raison de la diversité des substances concernées et de leur potentiel addictif. Ces molécules, qu'elles soient issues du marché illicite ou utilisées initialement à visée thérapeutique, peuvent entraîner une dépendance profonde lorsqu'elles sont consommées de manière prolongée (1). Héroïne, fentanyl ou encore tramadol détournés de leur usage médical illustrent la variété des parcours pouvant conduire à l'addiction. Dans cette diversité de parcours se dessinent des trajectoires humaines complexes, marquées par la souffrance, la rupture sociale et la difficulté à accéder à des soins adaptés (2).

Face à cette problématique, les approches thérapeutiques se sont diversifiées, cherchant à accompagner les patients au-delà de la seule interruption de la consommation. Les traitements de substitution aux opioïdes (TSO) se sont imposés comme des leviers majeurs dans les stratégies de prise en charge (3). Ils sont notamment portés par des institutions telles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou encore l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Mais ces traitements ne sont pas sans limites : leur efficacité, leur accessibilité et leur perception restent au cœur de nombreux débats, tant dans le monde médical qu'auprès des personnes concernées.

Ce mémoire s'inscrit dans cette réflexion, en proposant une analyse comparative des trois traitements pharmacologiques les plus couramment utilisés dans la prise en charge de l'addiction aux opioïdes : la méthadone, la buprénorphine et la naltrexone. À travers cette comparaison, il s'agit d'interroger la manière dont ils sont perçus et vécus par les patients, ainsi que les enjeux cliniques, sociaux et pratiques qu'ils soulèvent.

La problématique est la suivante : « **Quelle analyse comparative des trois traitements pharmacologiques clés de l'addiction aux opioïdes : la méthadone, la buprénorphine et la naltrexone ?** »

L'objectif de ce mémoire est de confronter les données issues de la littérature scientifique aux réalités observées sur le terrain, afin d'évaluer, de manière comparative, les spécificités de la méthadone, de la buprénorphine et de la naltrexone dans la prise en charge de l'addiction aux opioïdes.

Cela inclut l'analyse de leur efficacité clinique, de leur impact sur l'adhésion et la rechute, ainsi que des perceptions qu'en ont les patients et les professionnels. En croisant ces dimensions, ce travail vise à proposer des pistes de réflexion concrètes pour améliorer les stratégies thérapeutiques, l'information des usagers et l'organisation du parcours de soins.

Pour y répondre, le mémoire s'articule en quatre parties. La première explore les connaissances actuelles à travers une revue de la littérature. La deuxième présente la méthodologie de l'étude de terrain. La troisième expose les résultats obtenus. Enfin, la quatrième propose une discussion critique accompagnée de recommandations pour améliorer les pratiques et l'accompagnement des patients.

Partie 1 : Revue de la littérature

I. L'addiction aux opioïdes : état des lieux

1. Définition de l'addiction et mécanismes neurobiologiques

1.1. Addiction et dépendance

L'addiction est souvent confondue avec la dépendance, bien que ces deux notions désignent des mécanismes distincts (3–5). La dépendance résulte d'un déséquilibre neurobiologique survenant après une exposition répétée à une substance ou à une activité et s'accompagne généralement de symptômes de sevrage lors de l'arrêt.

En revanche, l'addiction, qui est une maladie, se caractérise par une perte de contrôle, où l'individu ne parvient pas à s'abstenir de consommer malgré la conscience des conséquences négatives (6–8). Elle reflète une vulnérabilité individuelle face aux circuits cérébraux du plaisir, notamment via l'action de neurotransmetteurs comme la dopamine. Ce trouble se manifeste par des comportements compulsifs, irrépressibles et irrationnels, que l'on désigne souvent sous le terme de « *craving* » en anglais (8–10).

Il existe plusieurs types d'addictions :

- Les addictions avec substance (alcool, tabac, opioïdes, stimulants).
- Et les addictions sans substance, plus communément appelées « addictions comportementales » (jeux d'argent, sexualité, sport, usage excessif des écrans) (11).

II. Mécanismes de l'addiction et système de récompense

L'addiction est définie comme un dysfonctionnement du système de récompense, en particulier au niveau du système mésolimbique. Ce circuit repose sur des neurones dopaminergiques¹, dont les corps cellulaires sont situés dans l'Aire Tegmentale Ventrale² (ATV) et dont les axones se projettent vers le Noyau Accumbens³ (NAc) (Figure 1) (15–17).

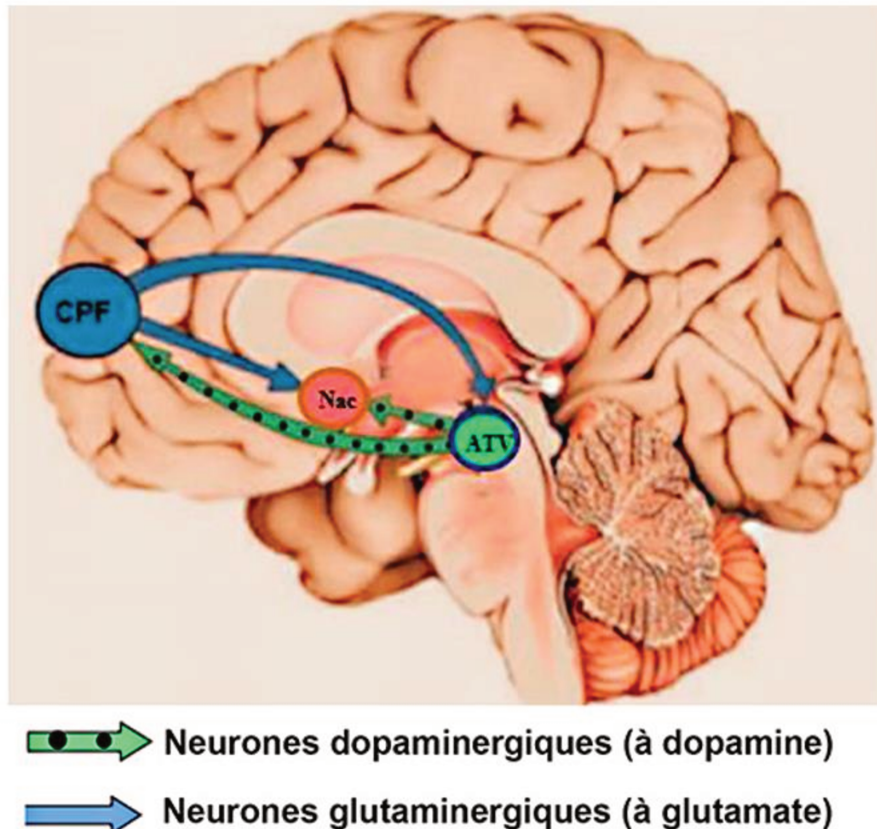


Figure 1 : Schéma simplifié des principales régions du circuit de la récompense

Ce système joue un rôle central dans la régulation des comportements. En situation normale, il renforce les actions bénéfiques pour l'organisme, comme manger ou pratiquer une activité physique, en produisant une sensation de plaisir lors de leur réalisation (18,19).

¹ Cellule nerveuse spécialisée qui produit et libère de la dopamine, impliquée dans le contrôle des mouvements, la motivation et le plaisir (12).

² Zone du mésencéphale contenant des neurones dopaminergiques et GABAergiques, impliquée dans la récompense, la motivation et l'apprentissage (13).

³ Structure cérébrale clé du circuit de la récompense, impliquée dans la motivation et le plaisir, en lien avec la dopamine (14).

L'interaction entre l'ATV et le NAc repose sur deux voies dopaminergiques principales :

- La voie D1, qui favorise l'initiation de comportements en activant les récepteurs dopaminergiques D1 ;
- Et la voie D2, qui exerce une fonction inhibitrice via les récepteurs D2 (12–14).

Par exemple, un stimulus comme la vue d'un aliment appétissant active la voie dopaminergique dite « D1 », incitant l'individu à passer à l'action. Une fois la récompense obtenue (par exemple, manger l'aliment), la dopamine atteint un pic. Cette action est alors associée à une sensation de plaisir qui entraîne un « renforcement positif » : le cerveau retient cette expérience agréable et incite à la reproduire (21,22).

Les substances psychoactives, comme les opioïdes, détournent ce mécanisme en induisant une libération de dopamine bien plus intense que celle provoquée par les récompenses naturelles (16,23). Cette décharge massive au niveau du NAc génère une sensation de plaisir anormalement élevée, qui conduit à une répétition compulsive de la consommation.

Un second système neurobiologique intervient également dans l'addiction : le système opioïde endogène. Il repose sur des neurotransmetteurs naturellement produits, tels que les endorphines, qui se lient aux récepteurs mu (μ), delta (δ) et kappa (κ) (24). Ces récepteurs contribuent chacun de manière spécifique dans l'addiction, mais leur fonctionnement détaillé ne sera pas abordé dans ce mémoire.

Les opioïdes exogènes, comme l'héroïne ou certains antalgiques, miment ces substances naturelles en se fixant principalement sur les récepteurs mu et delta présents dans le NAc.

Par ailleurs, au niveau de l'ATV, ces substances inhibent les neurones GABAergiques, dont la fonction est de limiter l'activité des neurones dopaminergiques. En supprimant cette régulation, les opioïdes favorisent une libération excessive et moins contrôlée de dopamine, ce qui contribue à leur fort potentiel addictif (18).

À mesure que l'exposition se répète, le cerveau tente de compenser cette hyperstimulation en modifiant sa plasticité neuronale. Il réduit la densité ou la sensibilité des récepteurs dopaminergiques et opioïdes, entraînant un phénomène de tolérance : des doses plus élevées deviennent nécessaires pour obtenir le même effet (25).

L'addiction affecte également le système noradrénergique, impliqué dans des fonctions vitales telles que l'éveil, la vigilance ou le système nerveux autonome. La consommation

chronique d'opioïdes entraîne une diminution du niveau de noradrénaline. En réponse, l'organisme augmente le nombre de ses récepteurs afin de maintenir une activité normale. Ce mécanisme d'adaptation rend le corps dépendant à la substance pour rester stable. En cas de sevrage brutal, l'absence de la substance, couplée à un excès de récepteurs, provoque une hypersensibilité à la noradrénaline. Il en résulte des symptômes de sevrage marqués : douleurs, troubles digestifs, vomissements, fièvre, etc. (25,26). Ces manifestations peuvent durer plusieurs jours et être particulièrement invalidantes.

À ce stade, la consommation n'est plus motivée par la recherche de plaisir mais par le besoin d'échapper à la souffrance, ce qui explique les rechutes fréquentes. Or, ces rechutes surviennent souvent après une période d'abstinence, au cours de laquelle la tolérance de l'organisme diminue. Une dose identique à celle consommée auparavant peut alors s'avérer excessive, exposant la personne à un risque de surdosage potentiellement mortel (25).

Pour limiter ce risque, des traitements ont été développés. La méthadone, la buprénorphine et la naltrexone se lient aux mêmes récepteurs que les opioïdes, mais sans induire d'effets euphoriques. Ces traitements permettent de stabiliser le fonctionnement neurobiologique, de réduire les symptômes de sevrage et de limiter le risque de rechute (27).

1. Les opioïdes : substances concernées

Les opioïdes forment une classe de substances très utilisée en médecine, notamment pour la prise en charge des douleurs intenses ou chroniques. En raison de leurs risques, leur prescription fait aujourd'hui l'objet d'un encadrement strict et un rapport bénéfice/risque doit être soigneusement évalué avant chaque prescription (28,29).

On distingue généralement trois grandes catégories d'opioïdes selon leur origine chimique.

- Les opiacés naturels, comme la morphine ou la codéine sont extraits directement de l'opium ;
- les opioïdes semi-synthétiques, tels que l'héroïne ou l'oxycodone, résultent de transformations chimiques de molécules naturelles ;
- enfin, les opioïdes synthétiques, comme le fentanyl ou le tramadol, qui sont entièrement fabriqués en laboratoire (28,30).

La morphine est historiquement l'un des opioïdes les plus utilisés, en particulier dans la gestion des douleurs sévères. Des molécules comme le fentanyl, dont la puissance est environ 100 fois supérieure à celle de la morphine, sont prescrites dans des contextes très spécifiques, notamment en soins palliatifs. En raison de son action rapide et intense, ce type d'opioïde, présente un risque particulièrement élevé en cas de mauvaise utilisation ou de détournement (30,31).

2. Épidémiologie et conséquences de l'addiction aux opioïdes

La consommation de drogues constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, et les opioïdes y occupent une place centrale. Selon les dernières estimations de l'OMS, environ 60 millions de personnes, soit 1,6 % de la population mondiale auraient consommé au moins une fois des opioïdes en 2021 (25). Les conséquences sanitaires de cette consommation sont particulièrement préoccupantes. D'après les données disponibles, les opioïdes étaient responsables de 69 % des décès associés aux troubles liés à l'usage de drogues en 2019, soit près de 400 000 morts dans le monde, ce qui en fait les substances les plus meurtrières (33).

La même année, les opioïdes représentaient également la première cause de perte d'années de vie en bonne santé, avec plus de 12,9 millions d'années perdues en raison de décès prématurés ou de handicaps durables (33). Les régions les plus touchées en termes de morbidité sont l'Asie du Sud et de l'Est ainsi que l'Amérique du Nord. Cette répartition reflète à la fois l'intensité de la consommation et la forte prévalence de l'usage de drogues injectables dans ces zones (34). En 2021, on estimait que plus de 13,2 millions de personnes s'injectaient des drogues à travers le monde, augmentant ainsi considérablement les risques de transmission du Virus de l'Immunodéficience Humaine⁴ (VIH) et de l'hépatite C⁵ (33).

À ces impacts physiques s'ajoutent également des troubles psychiatriques fréquents, tels que les épisodes dépressifs sévères ou les troubles anxieux, qui compliquent la prise en charge des patients, augmentent le risque de rechute et nuisent à l'observance des traitements (35,36). Ces comorbidités sont souvent difficiles à diagnostiquer et à traiter, et peuvent être aggravées par des facteurs sociaux comme l'isolement, la stigmatisation ou

⁴ Virus qui affaiblit le système immunitaire en détruisant les lymphocytes, pouvant évoluer vers le sida.

⁵ Infection virale du foie causée par le virus de l'hépatite C, pouvant entraîner des complications hépatiques voir une hépatite chronique.

l'exclusion professionnelle (29,30). La marginalisation, renforcée par la discrimination et la difficulté d'accès à l'emploi ou au logement, constitue par ailleurs une conséquence sociale majeure de la dépendance, freinant la réinsertion et accentuant la désinsertion (31,32).

Sur le plan national, la France présente des niveaux de consommation d'opioïdes bien inférieurs à ceux observés en Amérique du Nord ou en Asie. Toutefois, les conséquences ne sont pas négligeables. Cette classe de substances est aujourd'hui la principale impliquée dans les demandes de traitement pour addiction. En 2023, plus de 150 000 patients ont bénéficié d'un TSO, principalement à base de buprénorphine ou de méthadone (40,41). Bien que les taux de mortalité par surdose soient environ 32 fois plus faibles qu'en Amérique du Nord, la France est confrontée à un défi croissant en matière de prévention, de dépistage et d'accompagnement à long terme (42).

III. Approches thérapeutiques de l'addiction aux opioïdes

1. Enjeux stratégiques

Les approches thérapeutiques de la dépendance aux opioïdes ne sont pas uniquement des réponses cliniques. Elles s'inscrivent dans des stratégies de santé publique visant à répondre à des urgences sanitaires (mortalité liée au VIH, hépatites), à réduire les coûts sociaux (hospitalisation, incarcération) et à favoriser la réinsertion sociale. Si la méthadone, la buprénorphine et la naltrexone sont utilisées dans de nombreux pays, leurs modalités de déploiement au sein du système de soins reflètent les priorités propres à chaque pays.

Aux Etats-Unis, les TSO relèvent d'un cadre réglementaire strict, élaboré pour faire face à la crise des opioïdes, qui cause chaque année des dizaines de milliers de décès (43). Le Canada quant à lui, a adopté une approche plus souple en facilitant l'accès aux soins afin de réduire les risques liés à la consommation de ces substances (45).

À l'image du Canada, la France a mis en place dès les années 1990, une approche centrée sur la réduction des risques face à la progression de l'épidémie du VIH et à l'augmentation des overdoses mortelles (46).

Enfin, dans plusieurs pays d'Asie du Sud et du Sud-Est, l'introduction des TSO a d'abord répondu au besoin de freiner la transmission de VIH, comme en Inde ou en Malaisie, avec le soutien actif d'Organisations Non Gouvernementales⁶ (ONG) (47).

2. Modalités d'accès et de prescription

L'accessibilité aux traitements dépend fortement du cadre réglementaire dans lequel ils sont inscrits. Chaque médicament répond à des conditions spécifiques de prescription, de délivrance, de surveillance et ces modalités varient selon les pays.

2.1. La méthadone : un encadrement rigoureux

En France, la méthadone est soumise à un cadre strict en raison de son potentiel de surdosage. Sa primo-prescription⁷ est limitée aux centres spécialisés, comme les Centres d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou les services hospitaliers, avec un relais possible par le médecin traitant une fois la stabilisation⁸ atteinte (48–51). En 2023, on recensait environ 380 CSAPA sur le territoire français, ce qui témoigne d'une bonne couverture, mais avec une répartition parfois inégale selon les régions (52).

La méthadone est délivrée pour une durée maximale de 14 jours en début de traitement, étendue à 28 jours sous conditions (53,54). Ce cadre rigoureux peut être comparé à d'autres modèles internationaux, fondés sur des approches plus ou moins restrictives. Ainsi, aux Etats-Unis, la prescription de méthadone reste cantonnée à des centres certifiés. Les patients doivent s'y rendre quotidiennement, ce qui constitue une contrainte significative pour de nombreux usagers.

À l'inverse, certains pays ont choisi de faciliter l'accès au traitement. C'est notamment le cas du Canada où plusieurs provinces ont opté pour une simplification du circuit de soins. La méthadone peut y être prescrite en médecine générale et même par des infirmiers formés et autorisés à prescrire, avec une délivrance directement en pharmacie de ville (44).

⁶ Structure indépendante de l'État, à but non lucratif, intervenant dans le domaine humanitaire, social ou sanitaire.

⁷ Première prescription du médicament

⁸ Phase suivant la phase d'induction (mise en place du traitement), qui vise à atteindre un équilibre clinique chez le patient.

Enfin, dans les pays à ressources limitées comme l'Inde, bien que le traitement soit disponible dans certains hôpitaux publics, son déploiement reste freiné par un nombre insuffisant de centres agréés et une couverture territoriale hétérogène (47,55).

2.2. La buprénorphine : une accessibilité élargie

La France a fait le choix, dès 1996, de rendre la buprénorphine disponible en médecine de ville. Tout médecin généraliste peut la prescrire, ce qui permet une prise en charge rapide et décentralisée (56). Cette liberté de prescription a contribué à l'essor de la buprénorphine depuis les années 1990, comme le montre la Figure 2 (57).

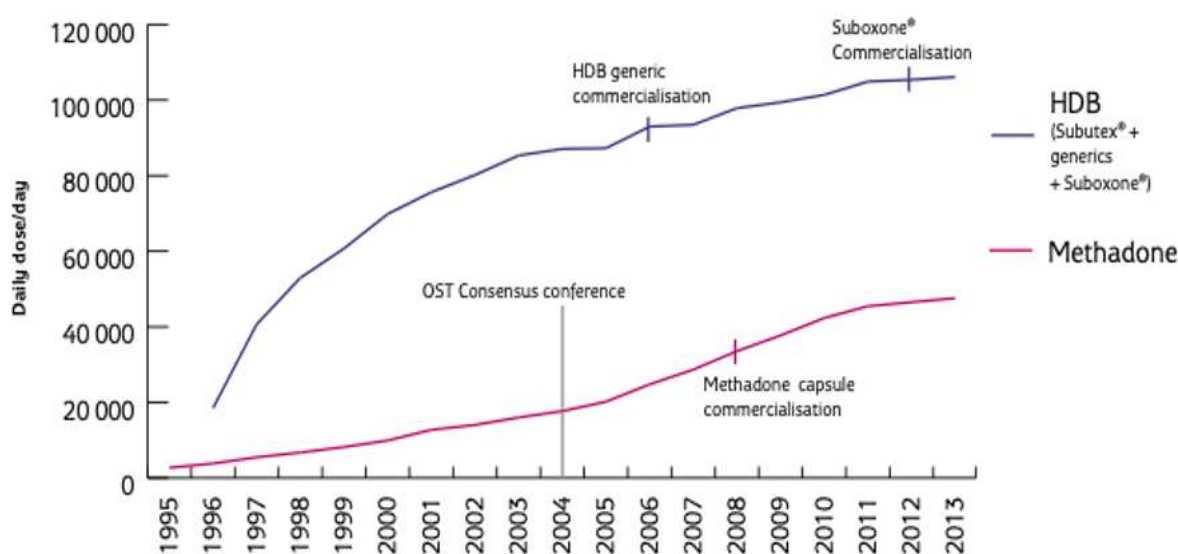


Figure 2 : Quantité de buprénorphine et de méthadone utilisée de 1995 à 2013

Ce traitement est délivré en pharmacie d'officine sur ordonnance sécurisée, pour une durée maximale de 28 jours. Toutefois, cette souplesse a engendré certains détournements, notamment par voie injectable. Ceci a donc conduit à la recommandation de l'usage de la formulation associée à la naloxone (Suboxone®)⁹ (58). Des dispositifs de surveillance en addictovigilance ont été mis en place pour suivre ces usages à risque.

Aux Etats-Unis, les professionnels de santé devaient initialement obtenir une certification spécifique (le X-waiver) pour pouvoir prescrire de la buprénorphine. Cette contrainte

⁹ Le Suboxone est considéré comme plus sûr que la buprénorphine seule, car il contient également de la naloxone. Cette dernière bloque les effets euphorisants si le médicament est injecté ou sniffé, ce qui réduit significativement le risque de mésusage.

réglementaire a freiné sa diffusion pendant de nombreuses années. Depuis 2023, cette barrière a été levée, permettant aux médecins non spécialisés de la prescrire plus facilement (59). Dans la continuité de cette évolution, le Canada l'a intégrée dans ses lignes directrices comme traitement de première intention, en particulier sous la forme combinée à la naloxone (60,61). En Inde, elle est délivrée dans certains centres publics. Toutefois, l'approvisionnement irrégulier et la faible formation des professionnels restreignent son usage à grande échelle.

2.3. La naltrexone : un usage marginal

La naltrexone qui est un traitement non substitutif, repose sur un principe pharmacologique différent : elle bloque les récepteurs opioïdes sans les activer.

En France, son usage est marginal et s'adresse principalement à des patients sevrés et motivés, souvent en contexte post-cure. Cette faible prescription s'explique en grande partie par la nécessité d'un sevrage complet en amont, une condition parfois difficile à réunir en pratique clinique.

Aux États-Unis, la forme injectable à action prolongée (Vivitrol®) est utilisée dans certains contextes, notamment en milieu carcéral ou en ambulatoire, mais son coût élevé limite sa diffusion (62).

Au Canada, son usage est rare et réservé à des protocoles spécifiques.

Dans les pays à faibles ressources, comme l'Inde ou la Malaisie, elle est quasiment absente de l'offre de soins pour les usagers d'opioïdes (63).

IV. Comparaison des traitements

Avant d'aborder les comparaisons cliniques des traitements, il convient de rappeler brièvement les caractéristiques pharmacologiques des trois traitements clés. Leurs différences de mécanisme d'action influencent fortement leur usage en pratique, leur sécurité d'emploi ainsi que leur acceptabilité par les patients (

Tableau 1)(64–66). Ce rappel synthétique vise à faciliter la compréhension des analyses développées dans les parties suivantes.

Traitement	METHADONE	BUPRENORPHINE	NALTREXONE
Type d'action pharmacologique	Agoniste complet (Active les récepteurs)	Agoniste partiel (Active partiellement les récepteurs)	Antagoniste pur (Bloque les récepteurs)
Effets thérapeutiques principaux	Substitution aux opioïdes	Substitution aux opioïdes	Prévention des rechutes après sevrage complet
Particularités	Risque de surdosage, Allongement QT	Risque de sevrage précipité, Risque de mésusage Effet plafond	Sevrage préalable obligatoire, Observance difficile

Tableau 1 : Principales caractéristiques pharmacologiques des traitements utilisés pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes

1. Efficacité clinique globale et rechutes

Les trois traitements pharmacologiques majeurs de la dépendance aux opioïdes présentent des efficacités cliniques différentes. La méthadone est souvent considérée comme le « *gold standard*¹⁰ », en raison d'une meilleure rétention en traitement¹¹. En pratique, elle permet de maintenir davantage de patients sous traitement que la buprénorphine. Néanmoins, lorsque la buprénorphine est administrée à dose adéquate, elle montre une efficacité

¹⁰ Le « *gold standard* » désigne en pharmacologie, le traitement de référence dont l'efficacité et la sécurité sont les mieux établies. Il sert généralement de comparateur pour les essais cliniques.

¹¹ La rétention en traitement désigne la capacité d'un patient à rester dans un programme thérapeutique sur une période donnée.

comparable pour réduire l'usage d'opioïdes illicites, avec un risque de surdose moindre grâce à son effet plafond¹² (67).

La naltrexone, en revanche, montre une efficacité plus limitée. Sous forme orale quotidienne, elle souffre d'une faible observance. Les essais cliniques n'ont pas montré de différence significative par rapport au placebo en termes d'abstinence ou de maintien en traitement (68). Une version injectable à libération prolongée, administrée mensuellement, a été développée pour contourner ce problème. Elle supprime la contrainte de la prise quotidienne et peut prévenir les rechutes chez les patients ayant réussi à initier le traitement (69).

Concernant les rechutes, les données cliniques varient selon le traitement utilisé. Dans un essai multicentrique, 42,8 % des patients sous buprénorphine ont rechuté (urines positives aux opioïdes), contre 31,7 % sous méthadone (70).

La situation est plus complexe avec la naltrexone. Ce traitement est associé à un taux de rechute plus élevé, en grande partie à cause des difficultés d'initiation et de maintien. Toutefois, chez les patients ayant effectivement commencé la naltrexone, les taux de rechute étaient comparables à ceux observés avec la buprénorphine (~52 % contre ~56 %) (69).

2. Observance et tolérance

Au-delà de leur efficacité clinique, ces traitements se différencient par leur niveau d'acceptabilité et les contraintes qu'ils imposent, influençant directement l'observance à long terme.

La méthadone, bien que perçue comme efficace, peut entraîner une baisse de l'observance en raison de son cadre strict de délivrance. Les passages fréquents en centre spécialisé, notamment au début du traitement, limitent l'autonomie du patient et peuvent engendrer un sentiment de perte de contrôle dans la gestion du traitement (49).

¹² L'effet plafond désigne le phénomène selon lequel, au-delà d'une certaine dose, augmenter la quantité administrée n'entraîne plus d'augmentation de l'effet thérapeutique recherché.

À l'inverse, la buprénorphine, souvent prescrite en médecine de ville, offre une plus grande souplesse, appréciée notamment par les patients stabilisés ou insérés socialement. Cette liberté peut cependant avoir un effet à double tranchant : elle favorise l'adhésion chez certains, mais expose aussi à des prises irrégulières, voire à des mésusages chez d'autres.

Sur le plan de la tolérance, les effets indésirables de la méthadone et de la buprénorphine (constipation, troubles du sommeil, sueurs) sont fréquents mais rarement rédhibitoires (65,71). La naltrexone en revanche, présente un profil particulier : bien qu'elle n'entraîne pas de dépendance physique, elle est souvent mal acceptée. Les difficultés d'observance fréquentes s'expliquent par plusieurs facteurs : la nécessité d'un sevrage complet avant son initiation, l'absence d'effet apaisant immédiat en lien avec son action antagoniste, ainsi que la survenue possible d'effets indésirables (l'anxiété, les troubles digestifs ou l'irritabilité) (72).

3. Impact sur la qualité de vie

La mise sous traitement s'accompagne d'une amélioration notable de la qualité de vie des patients, incluant le bien-être physique, l'état psychologique, l'intégration sociale et la vie professionnelle. En particulier, l'instauration d'un traitement agoniste (méthadone ou buprénorphine) est associée à une hausse significative des scores de qualité de vie dans ces différents domaines (73). Les patients rapportent une meilleure santé perçue, avec une réduction des symptômes physiques liés au sevrage et aux complications de l'usage d'opioïdes, ainsi qu'une stabilité psychologique accrue (humeur plus stable, diminution de l'anxiété et du craving). La plupart de ces améliorations apparaissent dès les premiers mois de traitement et tendent à se stabiliser sur le long terme (74).

Sur le plan social, les traitements de substitution facilitent la réinsertion des patients, en réduisant les comportements à risque et en améliorant les relations interpersonnelles. Ces effets positifs peuvent favoriser une reprise d'activité professionnelle. Elle est plus fréquemment observée chez les patients traités par buprénorphine, qui bénéficient également d'une meilleure qualité de vie perçue par rapport à les patients sous méthadone (75).

La naltrexone, de son côté, peut aussi contribuer à une amélioration de la qualité de vie, en particulier chez les patients engagés dans une démarche d'abstinence. Elle a par ailleurs montré un potentiel pour favoriser le maintien d'une vie sans opioïdes, notamment en limitant certaines conséquences négatives telles que le risque de réincarcération.

En somme, la méthadone, la buprénorphine et la naltrexone visent toutes à réduire les conséquences de la dépendance aux opioïdes. Toutefois, leurs profils pharmacologiques, leurs modalités d'administration et leurs effets cliniques diffèrent. Ces différences se manifestent en termes d'efficacité, de tolérance, d'observance et de qualité de vie. Elles dépendent également des contextes de santé publique et des systèmes de soins dans lesquels ces traitements sont intégrés. Afin de synthétiser ces éléments et d'en faciliter la comparaison, un tableau récapitulatif global est présenté en Annexe 1.

V. Enjeux industriels

1. Laboratoires pharmaceutiques

Plusieurs laboratoires pharmaceutiques jouent un rôle central dans le traitement de l'addiction aux opioïdes. Indivior, ancienne filiale de Reckitt Benckiser, domine le marché de la buprénorphine (Subutex[®], Suboxone[®]).

De son côté, Purdue Pharma, tristement célèbre pour l'OxyContin¹³ et son implication dans la crise des opioïdes aux Etats-Unis, a même tenté de tirer profit des traitements dits « anti-addiction » (76).

Des producteurs de génériques comme Mallinckrodt fabriquent massivement des opioïdes médicaux, dont la méthadone et la buprénorphine, et ont également été mis en cause pour leur rôle dans cette crise (77).

2. Les scandales impliquant ces acteurs industriels

Indivior a de son côté, été inculpé en 2019 pour marketing frauduleux de son traitement Suboxone[®], qu'il présentait abusivement comme plus sûr afin de maintenir son monopole (78).

Ces dérives s'accompagnent de stratégies de lobbying et de conflits d'intérêts documentés. Aux Etats-Unis, les fabricants d'opioïdes ont financé des groupes de patients et des sociétés

¹³ Antidouleur opioïde extrêmement puissant, l'OxyContin est accusé d'avoir été le principal contributeur de la « crise des opioïdes » aux Etats-Unis.

savantes¹⁴ afin de promouvoir l'usage des antalgiques opioïdes tout en minimisant les dangers (79,80).

Par ailleurs, certaines entreprises cherchent à orienter les choix thérapeutiques en leur faveur. Par exemple, la société Alkermes, fabricant de la naltrexone injectable (Vivitrol®), a mené des actions de lobbying auprès de tribunaux et de décideurs, en présentant son produit comme le seul traitement « non addictif » de la dépendance, tout en dénigrant la méthadone et la buprénorphine (81).

¹⁴ Organisation professionnelle réunissant des experts d'un domaine scientifique ou médical.

Partie 2 : Méthodologie

I. Contexte et objectif de l'étude de terrain

Le travail mené sur la littérature scientifique m'a permis de retracer les grandes lignes de l'addiction aux opioïdes. Il m'a également permis de comprendre les spécificités pharmacologiques de la méthadone, de la buprénorphine et de la naltrexone. Enfin, il m'a aidée à cerner les principaux enjeux liés à leur utilisation en pratique clinique.

Ces recherches ont mis en évidence des différences notables entre les traitements. Elles concernent l'efficacité, l'observance, les modalités d'accès et le retentissement sur la qualité de vie des patients. À ce stade de la réflexion, il m'a paru essentiel de mettre en perspective ces connaissances théoriques à la réalité du terrain.

Afin de répondre à la problématique : « **Quelle analyse comparative des trois traitements pharmacologiques clés de l'addiction aux opioïdes : la méthadone, la buprénorphine et la naltrexone** », j'ai choisi de m'adresser à deux populations directement concernées. D'une part, les patients, en tant qu'usagers de ces traitements. D'autre part, les professionnels de santé, en tant que prescripteurs et garants de leur suivi.

Croiser ces deux points de vue m'a permis d'enrichir l'analyse en apportant une vision plus concrète et ancrée dans la pratique, complémentaire aux données issues des publications scientifiques.

II. Outils et populations étudiées

1. Questionnaire patient

1.1. Choix de la méthode

J'ai opté pour un questionnaire en ligne, à compléter de manière autonome, car ce format permettait de recueillir un volume significatif de données standardisées en peu de temps, tout en respectant l'anonymat des participants. Ce choix était particulièrement adapté à la population ciblée, difficile à contacter et à mobiliser en présentiel.

Le questionnaire comportait à la fois :

- Des questions fermées, permettant une analyse statistique rapide et structurée (par exemple : type de traitement, durée, effets secondaires, envies de consommer).
- Et quelques questions ouvertes à champ libre, offrant aux participants la possibilité d'exprimer plus librement leur ressenti ou leur vécu (par exemple : suggestions d'améliorations de la prise en charge, retour personnel sur l'efficacité ou les difficultés rencontrées).

En combinant des questions ouvertes et fermées, cela facilitait l'identification de tendances générales tout en laissant aux participants la liberté d'exprimer des aspects qui auraient échappé à des réponses fermées.

1.2. Objectif et population étudiée

L'objectif avec ce questionnaire était de mieux comprendre le parcours des patients sous traitement de substitution. Il permettait de recueillir des informations sur :

- le type de traitement suivi (molécule, forme, posologie) ;
- l'observance (interruptions éventuelles) ;
- les effets ressentis (bénéfiques ou indésirables) ;
- l'impact sur la qualité de vie ;
- ainsi que les attentes, les motivations des patients et leurs suggestions concernant l'amélioration de leur prise en charge.

L'enquête s'adressait à toute personne majeure, ayant déjà été ou étant actuellement sous traitement par méthadone, buprénorphine ou naltrexone, et ayant accepté de répondre de manière volontaire et anonyme.

Le choix de cette population s'expliquait par son lien direct avec les traitements étudiés. En tant qu'usagers, les patients étaient les mieux placés pour décrire les bénéfices, les limites et les contraintes qu'ils rencontraient au quotidien. Leur expérience était donc essentielle dans une démarche comparative.

1.3. Modalités de diffusion

Comme évoqué précédemment, le questionnaire a été élaboré à l'aide de la plateforme en ligne « Google Forms », afin d'en faciliter la diffusion et l'accessibilité. Il a été mis en diffusé le 15 mars 2025, et la collecte de données s'est poursuivie pendant environ deux mois.

Pour atteindre la population ciblée, plusieurs canaux de diffusion ont été utilisés :

- par l'intermédiaire de professionnels de santé (addictologues, CSAPA, médecins généralistes) ;
- via des groupes Facebook consacrés aux problématiques d'addiction en général, en l'absence de groupes spécifiquement dédiés à l'addiction aux opioïdes ;

La durée estimée pour remplir le questionnaire était comprise entre cinq et huit minutes, ce qui permettait une participation rapide et peu contraignante.

Aucune information identifiante n'a été recueillie. L'introduction du questionnaire précisait que les données seraient traitées anonymement, à des fins strictement pédagogiques. Le respect de la vie privée des participants a été garanti tout au long de la démarche.

Le questionnaire complet est disponible en Annexe 2 du mémoire.

2. Entretiens semi-directifs avec des professionnels

2.1. Choix de la méthode

Afin de compléter les informations recueillies à l'aide du questionnaire, j'ai mené des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de patients souffrant d'addiction aux opioïdes. Cette méthode permettait de recueillir des témoignages riches et nuancés, ancrés dans la réalité du terrain. Elle offrait également aux professionnels la liberté partager leur expérience et leur perception des traitements.

2.2. Objectif, population interrogée et cadre des échanges

Ces entretiens avaient pour but de comprendre comment les professionnels choisissaient les traitements pharmacologiques, évaluaient leur efficacité et identifiaient les freins à une prise en charge optimale.

Pour cela, j'ai interrogé six professionnels de santé :

- une psychologue en addictologie ;
- une cheffe de service d'un centre spécialisé ;
- deux infirmières en addictologie ;
- deux médecins addictologues.

Ils ont été contactés par mail ou via des personnes de confiance issues de mon réseau. Faute de disponibilités communes, les entretiens ont été menés à distance (visioconférence ou téléphone). L'un des entretiens a été réalisé par mail. Le médecin a ainsi pu partager son point de vue malgré son indisponibilité.

Les entretiens ont duré entre 30 minutes et une heure. Avec l'accord explicite de chaque participant, ils ont été enregistrés afin d'en faciliter la retranscription et garantir la fidélité des propos. Tous ont été informés du cadre confidentiel de l'étude. Aucun élément d'identification (nom, lieu d'exercice) n'a été conservé. Les propos ont été anonymisés et exploités uniquement dans le cadre de ce mémoire.

2.3. Le guide d'entretien

L'entretien se déroulait en trois temps distincts :

- **Temps 1 – Présentation du cadre de l'étude** : je me présentais, j'expliquais l'objet de mon mémoire, la place des entretiens dans ce travail, et les conditions d'anonymat et de confidentialité.
- **Temps 2 – Présentation du professionnel** : chaque intervenant était invité à se présenter, à décrire son expérience, son poste, son environnement d'exercice et son lien avec la prise en charge des addictions.
- **Temps 3 – Échange guidé** : je m'appuyais sur un guide d'entretien (Annexe 3), organisé autour de cinq grands axes :
 - critères de choix thérapeutique ;
 - efficacité perçue ;
 - observance ;
 - rechutes ;
 - pistes d'amélioration.

Le format semi-directif permettait d'adapter la formulation des questions selon les interlocuteurs et de rebondir sur leurs propos afin d'approfondir certains aspects tout en garantissant la couverture des thématiques prévues.

III. Méthodes d'analyse

1. Données quantitatives : questionnaire

Les données issues du questionnaire patient ont été analysées selon une approche descriptive quantitative¹⁵.

Un travail préalable de nettoyage des données a été réalisé afin de supprimer les doublons éventuels, de corriger les réponses incohérentes ou incomplètes, et de préparer les variables pour l'analyse. Les réponses ont ensuite été codées, notamment celles issues des questions ouvertes à choix multiples ou semi-ouvertes, afin de faciliter leur traitement statistique.

L'analyse a été conduite à l'aide de Microsoft Excel, en combinant :

- Des statistiques descriptives.
- Des tableaux croisés dynamiques, permettant d'explorer les associations entre certaines variables (par exemple : type de traitement reçu et perception de son efficacité, l'envie de consommer et la rechute).

Cette analyse a permis de dégager des tendances générales, bien que l'effectif limité n'ait pas permis de réaliser de tests statistiques.

L'analyse visait ainsi à fournir une vision exploratoire de l'expérience des patients sous traitement, en complément de l'analyse qualitative menée parallèlement.

2. Données qualitatives : entretiens

Les entretiens réalisés auprès de professionnels de santé ont été analysés selon une approche thématique qualitative.

Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité afin d'en préserver le contenu. Les transcriptions ont ensuite été anonymisées pour garantir la confidentialité des participants.

¹⁵ L'ensemble des données a été traité de manière confidentielle et anonyme, en conformité avec les exigences éthiques.

L'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes :

- lecture approfondie de l'ensemble des entretiens pour se replonger et trier le contenu ;
- codage manuel des propos : des passages clés ont été repérés et associés à des mots-clés ou des catégories correspondant à des thématiques récurrentes (comme l'observance au traitement, les rechutes, ou encore la prise en charge) ;
- organisation des catégories en grands thèmes en lien avec la problématique du mémoire ;
- interprétation des résultats et comparaison aux informations trouvées dans la littérature scientifique pour mieux les comprendre et les mettre en perspective.

L'analyse a été effectuée de manière structurée, sans l'appui de logiciel d'analyse qualitative, mais en suivant les principes de l'analyse thématique.

Des extraits particulièrement représentatifs ont été sélectionnés pour illustrer les idées principales dans la discussion¹⁶. Certaines formulations ont été légèrement ajustées (suppression des tics de langage, reformulations mineures) pour faciliter la lecture, tout en respectant le sens des propos.

¹⁶ L'anonymat et le consentement des participants ont été strictement respectés.

Partie 3 : Résultats

I. Analyse descriptive de la population

L'échantillon total se compose de 19 patients, majoritairement des femmes (n=15), contre 4 hommes (Figure 3).

Concernant les traitements reçus, la majorité des patients (n=13) déclare être ou avoir été sous méthadone, contre 6 patients sous buprénorphine (Subutex®, Suboxone®). Aucun patient n'a déclaré suivre un traitement par naltrexone, ce qui constitue une limite importante pour l'analyse comparative prévue initialement (Figure 3).

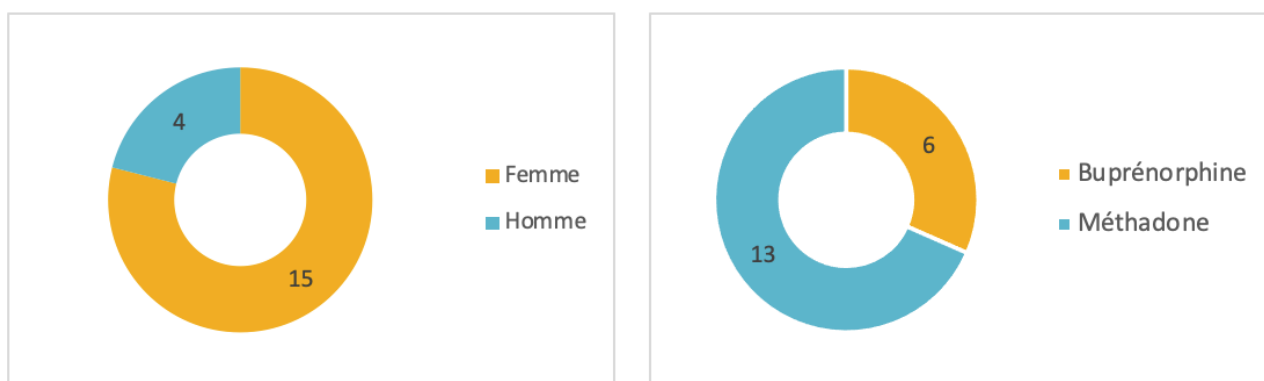


Figure 3 : Répartition des genres et des traitements

La majorité des répondants (n=14) sont engagés dans un traitement depuis au moins six mois, dont 10 depuis plus d'un an. Cette durée se traduit par une certaine stabilité dans les parcours, qui pourra être mise en regard du type de traitement, de l'observance des patients, et de leur perception de l'efficacité (Annexe 4).

II. Observance et adhésion au traitement

1. Une observance déclarée plutôt élevée

Parmi les 19 patients ayant répondu au questionnaire, 10 déclarent avoir toujours respecté la prise de leur traitement (100 % des prises), et 7 indiquent l'avoir "presque toujours" pris (entre 75 et 99 % des prises). Deux patients rapportent une observance plus irrégulière ("souvent" ou "rarement") (Annexe 5).

Ce taux élevé d'observance rapportée peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- un engagement thérapeutique déjà bien établi chez les patients (plus des deux tiers sont sous traitement depuis au moins six mois) ;
- un possible biais d'auto-déclaration, comme le souligne l'un des médecins addictologues interrogés : « *Certains patients minimisent leurs oublis, surtout quand ils se sentent jugés par le système.* ».

2. Des interruptions prolongées

Tous les patients (n=6) ayant interrompu leur traitement pendant plus de deux semaines étaient traités par méthadone.

3. Une observance qui varie selon le traitement

Une analyse croisée des résultats selon le type de traitement révèle des tendances intéressantes (Figure 4) :

- Parmi les 6 patients sous buprénorphine,
 - 5 déclarent une observance parfaite ;
 - 1 “presque toujours” ;
- Chez les 13 patients sous méthadone,
 - 5 ont une observance totale ;
 - mais 8 montrent des signes d'irrégularité, dont 2 cas d'observance partielle ou faible.

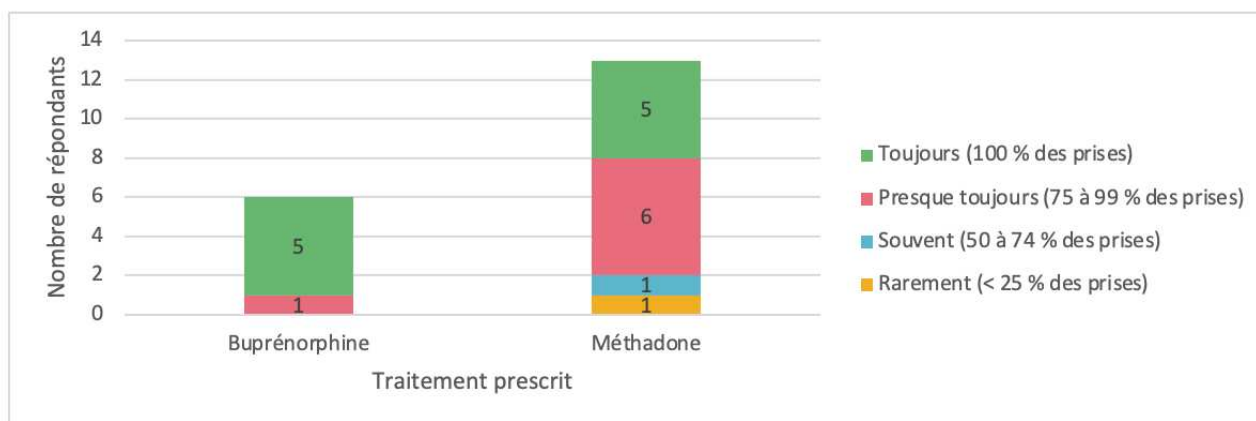


Figure 4 : Observance selon le traitement

Le graphique ci-dessus montre que, même si la proportion de patients très observants est élevée dans les deux groupes, les écarts sont plus marqués chez ceux traités par méthadone. Leur niveau d'observance apparaît en effet plus hétérogène.

4. Retour clinique sur l'observance

Lors des entretiens menés, plusieurs professionnels de santé ont évoqué des facteurs pouvant influencer l'observance, quel que soit le médicament prescrit. Par exemple, le lien de confiance entre le corps médical et le patient ou même les contraintes organisationnelles :

- « *Ce qui aide beaucoup, c'est le lien de confiance avec l'équipe. L'écoute, le non-jugement, ça fait toute la différence. [...] L'observance dépend aussi du traitement. Par exemple, la méthadone demande une disponibilité quotidienne.* » (Infirmière en centre spécialisé)
- « *La méthadone c'est très cadré, donc ça rassure certains, mais pour d'autres, c'est vécu comme une contrainte.* » (Médecin addictologue)
- « *L'alliance thérapeutique est fondamentale pour qu'il y ait une confiance mutuelle entre le patient et l'équipe.* » (Psychologue)

III. Rechutes

1. Des envies de consommer fréquentes, souvent suivies de rechutes

Parmi les 19 patients, 12 déclarent avoir ressenti une forte envie de consommer (c'est-à-dire « souvent » ou « très souvent »), et 10 d'entre eux rapportent au moins une reprise de consommation.

- 3 des 6 patients sous buprénorphine rapportent une envie forte de consommer et tous déclarent avoir repris une consommation (Figure 5) ;
- Sous méthadone, 9 des 13 patients déclarent une envie forte, et 7 indiquent avoir repris une consommation (Figure 5).

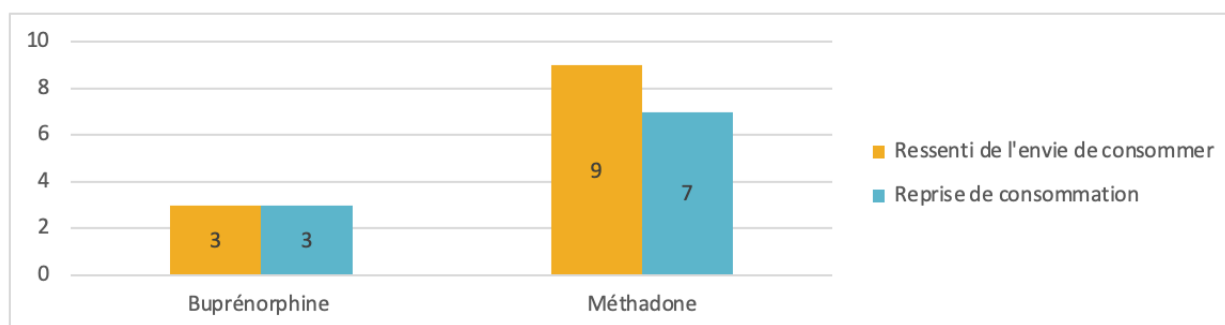


Figure 5 : Ressenti de l'envie de consommer et reprise de cette consommation selon le traitement

Les patients ont évoqué plusieurs raisons à leur reprise de consommation, les plus fréquemment citées sont :

- L'envie forte (craving) ;
- les difficultés personnelles ou émotionnelles ;
- les difficultés d'accès aux soins ;
- le manque de soutien ou d'accompagnement.

Il faut tout de même noter que le motif « la difficulté d'accès au traitement » a été rapporté uniquement par des personnes sous méthadone.

2. Le point de vue des professionnels

Plusieurs professionnels interrogés ont évoqué la question des reprises de consommation au cours du traitement. Tous ont mentionné que ce phénomène était courant dans le suivi, et souvent perçu comme une phase du parcours plutôt que comme un échec. D'ailleurs, l'une des infirmières interrogées évoque même l'importance et l'impact des mots employés avec les patients : « *La rechute est un terme très péjoratif, aujourd'hui on s'accorde plutôt à parler « d'accident », car ces accidents font vraiment partie de la guérison* ».

Les discours convergent également sur les situations à risque identifiées : les transitions de parcours, en particulier les sorties de structures (hospitalisation, cure, incarcération), qui sont fréquemment citées comme des moments de vulnérabilité majeure.

De plus, lors de l'entretien avec la cheffe de service d'un centre spécialisé, celle-ci m'a expliqué que, lors de ces moments clés le risque d'overdose est d'autant plus élevé du fait que le corps ne soit plus habitué aux substances.

Certains professionnels précisent que la reprise ne concerne pas toujours les opioïdes, mais peut aussi s'exprimer à travers d'autres consommations : « *Souvent, ce ne sont pas des rechutes dans les opioïdes mais des consommations parallèles qui prennent le dessus. La majorité des patients sont poly-consommateurs et l'arrêt d'une consommation peut augmenter une autre.* » (Infirmière en addictologie)

Cette posture de tolérance vis-à-vis des rechutes s'inscrit dans une démarche de prise en charge globale et de continuité des soins :

- « On ne peut pas penser les soins médicaux sans s'intéresser à la santé somatique et à la santé psychosociale. » (Psychologue en addictologie) ;
- « On travaille en relation étroite avec le patient. De ce fait, on ne va pas sanctionner la rechute, mais plutôt regarder comment on peut l'accompagner à retrouver un équilibre. » (Médecin addictologue)

IV. Efficacité et qualité de vie

1. Une efficacité perçue globalement positive

Les deux traitements ont été perçus de manière générale comme efficaces. En effet, la majorité des patients, que ce soit sous buprénorphine ou méthadone, jugent que leur traitement est « très efficace » (Annexe 6).

Le graphique ci-dessous se concentre sur les patients ayant jugé leur traitement comme « très efficace » et rapportant des effets secondaires.

- pour la méthadone, la majorité des patients (5 sur 6) n'ont signalé que des effets secondaires légers ou modérés, et 1 seul n'en n'a déclaré aucun ;
- en revanche, les patients sous buprénorphine, bien qu'ayant une perception similaire de l'efficacité, rapportent des effets secondaires plus variés, dont 1 qualifié de très gênant.

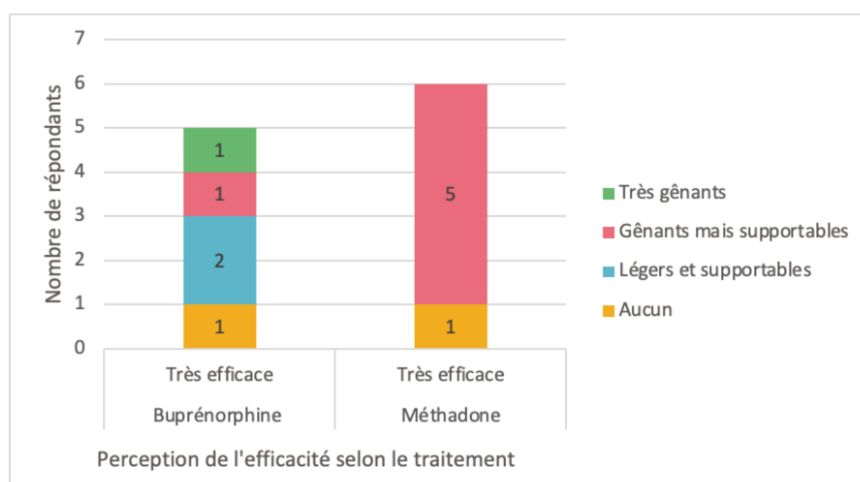


Figure 6 : Effets secondaires rapportés par les patients ayant jugés leur traitement « très efficace »

Ce contraste suggère que, même face à des effets indésirables plus marqués, certains patients continuent de considérer leur traitement comme très efficace.

2. Une amélioration de la qualité de vie rapportées

Parmi les 19 patients interrogés, 8 déclarent que leur traitement a « beaucoup amélioré » leur qualité de vie, et 11 rapportent une amélioration plus modérée.

Un élément particulier peut être souligné concernant la relation entre les effets indésirables et la qualité de vie. En effet :

- sous buprénorphine, 1 patient déclare une amélioration importante de sa qualité de vie malgré des effets indésirables jugés « très gênants » ;
- de même, 7 patients sous méthadone déclarent une qualité de vie « beaucoup améliorée » en dépit d'effets secondaires gênants (Figure 7).

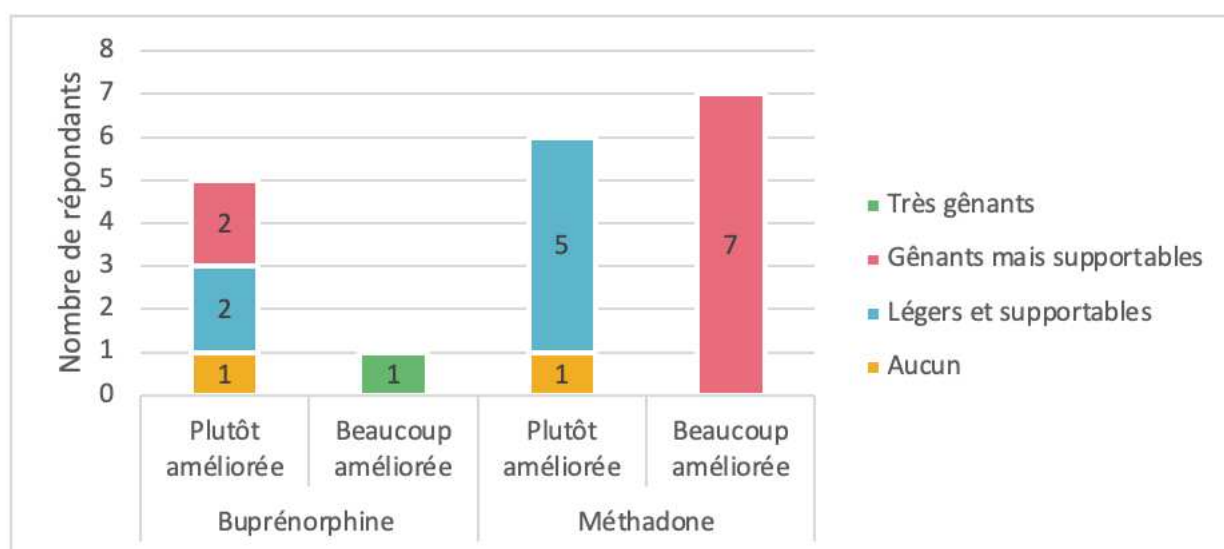


Figure 7 : Croisement entre les effets indésirables ressentis et l'amélioration de la qualité de vie perçue selon le traitement

3. Ce que disent les professionnels

Les professionnels interrogés abordent l'efficacité des traitements sous un angle élargi. Dans leurs discours, l'arrêt total de la consommation n'est pas présenté comme le seul indicateur d'efficacité. Plusieurs d'entre eux insistent davantage sur la stabilisation du patient, le retour à une routine ou la reprise de projets personnels. « *Quand un traitement fonctionne, ce n'est pas juste que la personne ne consomme plus : c'est qu'elle a repris une routine, des relations, une forme de projet* » (Psychologue).

Le suivi régulier, le bon ajustement du traitement et la qualité de la relation soignant-soigné sont également décrits comme des facteurs favorisant cette efficacité perçue, comme l'évoque l'une des infirmières interrogées « *Le traitement fonctionne mieux quand il y a une régularité dans les rendez-vous, un accompagnement clair, et une bonne alliance.* »

Certains professionnels mettent aussi l'accent sur la présence d'effets secondaires et leurs impacts sur l'observance et l'adhésion du traitement : « *Mais d'autres souffrent aussi des effets indésirables du traitement, par exemple, une forte prise de poids sous traitement, somnolence, diminution de la libido, induisant un risque plus accru d'arrêt de traitement, donc de rechute. Tout dépend donc si certains patients acceptent certains effets indésirables de leur traitement, s'ils y voient davantage de bénéfices par ailleurs.* »
(Psychologue)

Partie 4 : Discussion et recommandations

I. Interprétation des résultats

1. Efficacité : perception globalement positive

Les résultats obtenus montrent que la méthadone et la buprénorphine sont perçues comme globalement efficaces par les patients interrogés, en cohérence avec les données de la littérature.

Malheureusement, la naltrexone n'a pas pu être évaluée dans cette étude de terrain. Cela reflète toutefois une réalité clinique : la prescription de naltrexone reste marginale, souvent réservée à des profils très spécifiques, et difficile à maintenir sur le long terme, comme en témoignent les professionnels de santé interrogés.

Plusieurs professionnels ont également souligné que l'efficacité des traitements de substitution ne se mesure pas uniquement à l'arrêt de la consommation. Contrairement à d'autres médicaments, ces traitements visent une efficacité globale : *« Ce qui compte, c'est que la personne retrouve une stabilité, une vie plus apaisée. L'efficacité, ce n'est pas juste une histoire de taux d'abstinence. »* (Psychologue en addictologie)

Dans cette logique, l'addiction est décrite comme une maladie chronique, nécessitant parfois une substitution à long terme. L'objectif n'est donc pas nécessairement le sevrage complet, mais l'amélioration continue de la qualité de vie et la réduction des risques.

2. Observance : entre engagement et contraintes

Le questionnaire révèle une observance globalement élevée : 10 des 19 patients déclarent avoir toujours pris leur traitement, et 7 « presque toujours ». Ce bon niveau d'adhésion peut s'expliquer par la durée des traitements (plus de deux tiers le suivent depuis au moins six mois), ce qui traduit une certaine stabilisation.

Une différence nette apparaît entre les traitements :

- 5 patient sous buprénorphine sur 6 rapportent une observance parfaite et aucun n'a signalé d'interruption prolongée ;
- alors que seulement 5 des 13 patients sous méthadone présentent une observance parfaite, et 6 ont déclaré des interruptions de plus de deux semaines.

Cette différence semble s'expliquer par le cadre de délivrance des traitements. La buprénorphine est accessible en médecine de ville et offre une autonomie plus grande, souvent perçue positivement, comme le souligne les professionnels.

À l'inverse, la méthadone impose un cadre plus contraignant (passages fréquents en CSAPA, surveillance), ce qui peut freiner l'adhésion : « *Certains nous disent clairement que venir tous les jours, c'est trop lourd.* » (Infirmière en addictologie)

3. Rechutes : une étape importante

Les résultats montrent que 10 des 19 patients ont repris une consommation, dont 7 traités par méthadone, et 3 par buprénorphine. Ces chiffres rappellent que la rechute est une réalité clinique fréquente.

Une cause récurrente citée par les patients sous méthadone est la difficulté d'accès au traitement, notamment en cas de déplacement ou de rupture de suivi. En effet, la délivrance de la méthadone très cadrée et généralement limitée aux centres spécialisés peut constituer une contrainte importante. Elle devient particulièrement problématique en cas de déménagement, de changement de situation professionnelle ou d'isolement géographique.

Les professionnels rappellent que l'abstinence aux opioïdes ne signifie pas nécessairement l'absence de consommation, et qu'elle est même loin d'être un échec. La rechute ou plutôt « l'accident » est perçue comme une étape parfois inévitable dans un parcours de stabilisation à long terme : « *La majorité sont poly-consommateurs. L'arrêt d'un produit peut amplifier une autre dépendance.* » (Infirmière en addictologie)

4. Qualité de vie : une amélioration ressentie mais difficilement objectivable en pratique

Les résultats de cette étude montrent que les patients interrogés rapportent une nette amélioration de leur qualité de vie depuis la mise en place du traitement.

Parmi les 19 participants, 8 déclarent que leur traitement a « beaucoup amélioré » leur qualité de vie, et 11 rapportent une amélioration plus modérée. Cette perception est maintenue malgré la présence d'effets secondaires : plusieurs patients jugent ces derniers « gênants mais supportables », voire « très gênants », sans pour autant remettre en cause le bénéfice global du traitement.

Cependant, pour les professionnels de santé, cette notion reste difficile à objectiver, en particulier chez les patients polyconsommateurs : « *il est difficile de voir des améliorations nettes sur la qualité de vie car ils sont souvent poly-consommateurs.* » (Infirmière en CSAPA)

En l'absence de mesure standardisée, les soignants s'appuient sur des indicateurs indirects comme l'assiduité, le comportement, le respect des rendez-vous ou encore les analyses d'urine : « *On regarde le respect des horaires, la participation aux démarches, son comportement général. C'est souvent ça qui nous guide.* » (Infirmière en CSAPA)

En somme, si les patients expriment clairement aller mieux, les professionnels évaluent cette amélioration via des éléments de stabilisation et d'engagement dans le soin, soulignant la nécessité d'un accompagnement personnalisé et ajusté à chaque situation.

5. Une étude avec des limites

Tout d'abord, l'effectif restreint de l'échantillon (n=19) limite la représentativité statistique des données recueillies.

De plus, l'étude repose sur un questionnaire à remplir par le patient, ce qui peut induire des biais.

Par exemple, les personnes les plus stabilisées ou motivées sont peut-être celles qui ont choisi de répondre. Il est aussi possible que certains aient minimisé leurs difficultés (oublis de prise, rechutes, effets secondaires) pour donner une image plus positive de leur situation.

Par ailleurs, la majorité des répondants étaient sous méthadone, ce qui a réduit la portée comparative initialement souhaitée entre les trois traitements. Ce déséquilibre s'explique en partie par le canal de diffusion privilégié, les CSAPA, où la méthadone est plus fréquemment prescrite. Il faut également noter que ces structures bénéficient de subventions liées à la prescription de la méthadone, ce qui peut indirectement orienter les pratiques de soins. Pour atténuer ce biais, le questionnaire a également été diffusé dans des groupes plus larges, notamment sur les réseaux sociaux, afin de toucher des patients suivis en dehors de ces structures.

L'absence de patients sous naltrexone constitue également une limite majeure, empêchant toute analyse terrain directe de ce traitement. Toutefois, cette absence reflète une réalité de pratique : la naltrexone reste peu prescrite en France, réservée à des profils spécifiques, souvent en post-sevrage complet, et rarement proposée en première intention.

Pour conclure, les entretiens ont apporté des éléments qualitatifs précieux, malgré un nombre limité de participants. Les perspectives recueillies offrent une certaine cohérence, mais ne permettent pas de tirer des conclusions généralisables.

Malgré ces limites, la complémentarité entre les résultats quantitatifs et qualitatifs enrichit l'analyse. Elle permet de croiser les points de vue et les expériences des patients et des soignants. Des points communs émergent notamment concernant l'efficacité, l'observance et les obstacles structurels à la prise en charge.

II. Recommandations : vers la prévention et l'innovation

Cette comparaison des traitements ne peut être dissociée du contexte dans lequel ils sont prescrits, vécus et perçus. L'efficacité d'une molécule ne se limite pas à ses propriétés pharmacologiques, mais dépend aussi de son accessibilité, de l'organisation du soin, du cadre réglementaire, du lien thérapeutique et de la perception qu'en ont les patients. C'est pourquoi les recommandations qui suivent dépassent l'analyse comparative pour s'intéresser aux conditions concrètes et structurelles de réussite des traitements de substitution.

1. Encadrer le rôle des industries et le système de subvention

La revue de la littérature et les entretiens révèlent que les enjeux économiques influencent parfois l'orientation des soins. Il est indispensable de d'encadrer plus strictement le lobbying pharmaceutique, notamment dans la promotion de certaines molécules auprès des prescripteurs ou institutions. Comme ce fut le cas pour Vivitrol® promu activement aux États-Unis par le laboratoire Alkermes. Il faudrait aussi revoir les systèmes de subvention, en évitant qu'ils biaisent la prescription (comme la surreprésentation de la méthadone dans les CSAPA).

2. Vers une politique de prévention

Plutôt que de se limiter à une gestion des risques, il apparaît essentiel de promouvoir une politique de prévention.

2.1. Intégrer la prévention dès le collège

Il est proposé de mettre en place un module d'éducation préventive aux addictions, dès le collège. Ce module pourrait être intégré aux cours de Sciences et Vie de la Terre ou d'enseignement moral et civique, en classe de 4^e ou de 3^e. Il aborderait les bases du fonctionnement cérébral face aux substances psychoactives, en expliquant de manière simple les mécanismes de tolérance, de sevrage et de craving.

Le contenu pourrait inclure des schémas explicatifs, des vidéos, des illustrations comparatives (ex. : circuit de la récompense avec ou sans opioïdes), ou des cas concrets anonymisés (ex. : parcours fictif d'une personne sous antidouleurs après une blessure sportive). L'objectif serait de rendre visibles les risques sans dramatiser.

Des intervenants pairs, patients stabilisés et formés, pourraient également être associés à ces interventions. Leur présence renforcerait l'impact éducatif par un discours vécu, crédible, et sans jugement.

Le module pourrait être accompagné de supports numériques simples (quiz interactifs ou jeux de rôle) pour renforcer l'engagement des élèves.

L'objectif de ce module ne serait pas de dissuader de manière autoritaire, mais de renforcer les compétences de compréhension et de discernement des élèves face aux conduites addictives. Il viserait :

- à informer les jeunes sur le fonctionnement cérébral de l'addiction, en expliquant les mécanismes de tolérance, de sevrage et de craving ;
- à déconstruire les idées reçues sur les substances licites ou médicales, notamment les antalgiques opioïdes souvent perçus comme inoffensifs ;
- à réduire l'exposition précoce aux usages à risque, en donnant les clés nécessaires pour comprendre les dépendances ;
- à lutter contre la stigmatisation des personnes concernées, en introduisant une parole vécue, incarnée et sans jugement ;
- et à encourager le dialogue, la réflexion et, le cas échéant, le recours précoce à l'aide en cas de besoin.

2.2. Créer un support d'information pour les médicaments à risque addictif

Créer des documents d'information synthétiques qui pourraient être remis à chaque patient lors de la prescription de médicaments identifiés comme présentant un risque de dépendance comme les antalgiques opioïdes (ex. : tramadol, codéine). Ces fiches seraient conçues par l'ANSM en lien avec les centres d'addictovigilance, sur un format court (A5 recto), avec des pictogrammes, un encadré de vigilance, et un QR code renvoyant vers un site d'information complémentaire.

Le contenu présenterait les éléments essentiels à connaître pour un bon usage du traitement : mécanisme d'action, durée maximale conseillée, signes précoces de dépendance, et recommandations de vigilance.

Ce format reprendrait le principe de fiches déjà utilisées dans d'autres champs thérapeutiques, comme la prévention de l'antibiorésistance, qui permettent de transmettre une information claire, accessible et facilement mémorisable.

La remise de ces fiches deviendrait obligatoire, tant à la prescription qu'à la dispensation, afin d'assurer que tout patient reçoive une information standardisée.

3. Stabiliser le parcours de soins

3.1. Créer une plateforme encadrée pour la prescription de TSO en médecine de ville

Une plateforme nationale pourrait être mise en place pour encadrer et faciliter la prescription des traitements de substitution par les médecins généralistes. L'accès à la primo-prescription y serait conditionné au remplissage d'un formulaire structuré.

Ce formulaire permettrait de recueillir les informations essentielles à la décision thérapeutique :

- le profil d'usage du patient (type d'opioïdes, fréquence, niveau de dépendance) ;
- les antécédents médicaux et psychiatriques ;
- les éléments de contexte social (logement, emploi, présence de soutien) ;
- les objectifs visés (sevrage, stabilisation, réduction des risques).

À partir de ces données, la plateforme proposerait une orientation personnalisée : choix de la molécule, posologie initiale, fréquence des renouvellements. Elle intégrerait également

un rappel des règles de prescription et les documents à remettre au patient, notamment les fiches d'information validées par l'ANSM.

Cette plateforme sécurisera les premières prescriptions de TSO en ville, accompagnera les prescripteurs dans leur prise de décision et uniformisera les pratiques, en garantissant une évaluation initiale conforme aux recommandations.

Son déploiement pourrait se faire en lien avec les autorités de santé, les ordres professionnels et les éditeurs de logiciels de prescription.

3.2. Déployer des unités mobiles en lien avec les associations de maraude

L'accès aux traitements de substitution reste limité pour certains, notamment les personnes en situation de grande précarité, d'errance, ou en rupture avec les structures de soins traditionnelles. Pour répondre à cette réalité, il est proposé de créer des camions mobiles, inspirés des unités mobiles existantes dans d'autres champs de la santé publique (camions de santé dentaires, mammobus...).

Ces unités s'adresseraient en priorité à des personnes en dehors du parcours de soins classique, qui n'ont pas de médecin traitant, ne fréquentent pas les CSAPA, ou refusent d'y entrer. Elles pourraient être déployées à fréquence régulière dans des lieux repérés (marchés, gares, centres d'hébergement, points de distribution alimentaire) et assureraient :

- l'initiation d'un traitement de substitution, avec relais possible ;
- l'accueil de patients en rupture de suivi ou de lien avec les institutions ;
- l'orientation vers une structure ou un médecin référent.

Ces dispositifs seraient mis en place en coordination avec les associations de maraude, déjà actives auprès de ces publics. Les intervenants associatifs (Secours Catholique, Croix-Rouge,) pourraient faciliter la médiation, accompagner les personnes vers l'unité mobile, et soutenir la mise en lien avec un dispositif de soin. Ce modèle permettrait d'aller vers les patients les plus éloignés du système, dans une logique d'accès simplifié, respectueux, et non stigmatisant.

4. Innovation thérapeutique : le NEOSUB Prime, un dispositif intelligent

Face aux limites des traitements de substitution classiques, il est proposé ici de réfléchir à une piste d'innovation technologique originale, à concevoir intégralement : NEOSUB Prime, un implant sous-cutané intelligent.

Ce dispositif intégrerait des capteurs capables de détecter certains signaux physiologiques ou métaboliques liés au manque, au craving ou à la reprise d'usage. La libération du traitement (méthadone ou buprénorphine) ne serait plus passive, mais adaptée en fonction de ces paramètres, afin d'assurer une délivrance au moment le plus pertinent.

Le suivi des prises serait accessible via une application mobile, consultable par le patient, qui pourrait choisir de partager ces données avec son médecin. Un mécanisme de sécurité permettrait également de moduler la libération en cas de consommation d'opioïdes extérieurs, réduisant ainsi le risque de surdosage.

NEOSUB Prime constituerait une évolution vers une substitution personnalisée et sécurisée, adaptée aux profils stables ou à ceux exposés à des ruptures de soins fréquentes.

Conclusion

L'addiction aux opioïdes représente un enjeu de santé publique majeur, en raison de ses conséquences individuelles, sociales et sanitaires. Face à cette problématique, les traitements de substitution occupent une place centrale dans les politiques de prise en charge. Pourtant, leur efficacité et leur mise en œuvre dépendent de nombreux facteurs qui dépassent la seule action pharmacologique.

Ce mémoire propose une analyse comparative de la méthadone, de la buprénorphine et de la naltrexone, en combinant une revue de la littérature et une étude de terrain incluant un questionnaire patient et des entretiens avec des professionnels de santé. Cette double approche a permis de mieux comprendre les spécificités, les avantages et les limites de chaque traitement.

La méthadone, bien qu'efficace sur le plan de la rétention, est souvent perçue comme contraignante, notamment en raison de son cadre de délivrance très encadré. La buprénorphine, plus souple, est généralement mieux tolérée, mais peut présenter des limites chez certains profils instables. Quant à la naltrexone, elle reste marginale en France, malgré un intérêt reconnu dans certaines situations, comme les parcours post-sevrage. Ces constats, issus de la littérature comme du terrain, montrent que le choix du traitement ne peut être standardisé.

La problématique posée : **« Quelle analyse comparative des trois traitements pharmacologiques clés de l'addiction aux opioïdes ? »**, trouve ici sa réponse : **il n'existe pas de traitement « meilleur » en soi, mais des traitements adaptés à des profils et à des contextes spécifiques**. Le choix thérapeutique optimal repose sur une évaluation individualisée, sur une offre diversifiée et sur un système de soins capable d'accompagner durablement les patients.

Les recommandations proposées à l'issue de ce mémoire vont donc au-delà de l'évaluation pharmacologique. Elles invitent à repenser les parcours de soins, à soutenir l'innovation thérapeutique, à agir sur les déterminants sociaux, et à encadrer les logiques économiques qui peuvent influencer les choix thérapeutiques. En valorisant une approche plus globale, personnalisée et éthique, il devient alors possible d'améliorer durablement la prise en charge des personnes souffrant d'addiction aux opioïdes.

Bibliographie

1. La dépendance aux opioïdes [Internet]. [cité 1 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-dependance-aux-opioides>
2. Addiction F. Addictions aux opioïdes et benzodiazépines : un enjeu majeur de santé publique [Internet]. Fédération Addiction. 2024 [cité 1 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/breve/addictions-aux-opioides-et-benzodiazepines-un-enjeu-majeur-de-sante-publique/>
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 juin 2025]. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution
4. Les addictions [Internet]. Fondation pour la Recherche sur le Cerveau. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-addictions/>
5. République-Unie de Tanzanie: un programme de traitement à la méthadone redonne espoir à des milliers de personnes [Internet]. [cité 1 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/pioneering-methadone-programme-in-dar-es-salaam-gives-hope-to-thousands>
6. Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2025 [cité 7 mai 2025]. Addictions. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
7. Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. Ann Pharm Fr. janv 2010;68(1):3-11.
8. Addiction : définition et facteurs favorisants [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/definition-facteurs-favorisants>
9. Maad Digital [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Le craving, symptôme de l'addiction. Disponible sur: <https://www.maad-digital.fr/articles/le-craving-symptome-de-laddiction/>
10. Les addictions [Internet]. SRAE Addictologie. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: <https://srae-addicto-pdl.fr/a-propos/les-addictions/>
11. Les différentes addictions - Dianova [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.dianova.org/fr/info-addictions/les-differentes-addictions/>
12. Neurone dopaminergique — Wikipédia [Internet]. [cité 22 mai 2025]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Neurone_dopaminergique

13. Aire tegmentale ventrale : définition, schéma [Internet]. Disponible sur: <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2816839-aire-tegmentale-ventrale-definition-schema/>
14. LE CERVEAU À TOUS LES NIVEAUX! [Internet]. [cité 22 mai 2025]. Disponible sur: https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_cr/i_03_cr_par/i_03_cr_par.html
15. Bac spécialité SVT 2022 Polynésie - 31 août - exercice 2 [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: https://www.didac-tic.fr/bac/202208_31_polynesie/2.htm
16. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med*. 28 janv 2016;374(4):363-71.
17. La dopamine et son influence sur le cerveau, introduction générale :: Parentalité sans tabou [Internet]. 2023 [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.psst-magazine.be/l/la-dopamine-et-son-influence-sur-le-cerveau-introduction-generale/>
18. Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. *Ann Pharm Fr*. janv 2010;68(1):3-11.
19. Koob GF, Moal ML. Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation. *Science*. 3 oct 1997;278(5335):52-8.
20. Kenny PJ. Reward Mechanisms in Obesity: New Insights and Future Directions. *Neuron*. 24 févr 2011;69(4):664-79.
21. Système de récompense et addiction [Internet]. 2016 [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=mEuokfY0EH0>
22. neurobiologie de la dépendance [Internet]. [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: <https://acces.ens-lyon.fr/biotic/neuro/drogues/html/dependance.htm>
23. Santé sur le Net, l'information médicale au cœur de votre santé [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Addictions aux substances - Santé sur le Net. Disponible sur: <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/psychiatrie/addiction/drogues/>
24. Benke D, Barberis A, Kopp S, Altmann KH, Schubiger M, Vogt KE, et al. GABAA receptors as *in vivo* substrate for the anxiolytic action of valerenic acid, a major constituent of valerian root extracts. *Neuropharmacology*. 1 janv 2009;56(1):174-81.
25. Qu'est-ce qui cause l'addiction aux opioïdes et pourquoi est-elle si difficile à combattre? - Mike Davis [Internet]. 1588949686 [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: https://www.ted.com/talks/mike_davis_what_causes_opioid_addiction_and_why_is_it_so_tough_to_combat/transcript
26. LE CERVEAU À TOUS LES NIVEAUX! [Internet]. [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: https://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_03/a_03_cl/a_03_cl_par/a_03_cl_par.html
27. tso_guide_tso_final1.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2025]. Disponible sur:

- https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/08/tso_guide_tso_final1.pdf
28. Héroïne et opioïdes - Synthèse des connaissances | OFDT [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/heroine-et-opioides-synthese-des-connaissances-1729>
 29. dyk-rx-opioids-fr.pdf [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/-/media/health-info-files/guides-and-publications-french/dyk-rx-opioids-fr.pdf>
 30. WHO-MHP-HPS-EML-2021.02-eng.pdf [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345533/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02-eng.pdf?sequence=1>
 31. VIDAL [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Fentanyl : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/fentanyl-1476.html>
 32. United Nations : Office on Drugs and Crime [Internet]. [cité 10 mai 2025]. World Drug Report 2023. Disponible sur: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
 33. WDR23_ExSum_French.pdf [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_ExSum_French.pdf
 - 34.1.1 Prevalence_of_drug_use_in_the_general_population_regional_and_global_estimates.xlsx.
 35. Aspects psychiatriques - addictions-et-vieillissement.ch [Internet]. [cité 11 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.addictions-et-vieillissement.ch/medecins/traitement-agonistes-opioides/aspects-psychiatriques.html>
 36. Volkow ND, Jones EB, Einstein EB, Wargo EM. Prevention and Treatment of Opioid Misuse and Addiction: A Review. JAMA Psychiatry. 1 févr 2019;76(2):208-16.
 37. Canada S. Stigmatisation de la consommation de drogues [Internet]. 2018 [cité 11 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/stigmatisation.html>
 38. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Opioïdes [Internet]. LU: Publications Office; 2021 [cité 11 mai 2025]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/392400>
 39. Matta H, Hazaz M. L'insertion socioprofessionnelle des personnes ex-toxicomanes au Liban : perceptions, réalité et défis. dss. 2011;10(1):197-237.
 40. Feng C. Traitements par agonistes opioïdes en France - Bilan 2024.
 41. L D. Mieux traiter la dépendance aux opioïdes avec la méthadone ? [Internet]. Santé sur le Net, l'information médicale au cœur de votre santé. 2024 [cité 11 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.sante-sur-le-net.com/mieux-traiter-la-dependance-aux-opioides-avec-la-methadone/>
 42. Englander H, Chappuy M, Krawczyk N, Bratberg J, Potee R, Jauffret-Roustide M, et al. Comparing methadone policy and practice in France and the US: Implications for US policy reform. International Journal of Drug Policy. juill 2024;129:104487.
 43. Products - Vital Statistics Rapid Release - Provisional Drug Overdose Data [Internet]. 2025

- [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>
44. es0335-programs-for-treatment-opioid-addiction-in-Canada.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/es/es0335-programs-for-treatment-opioid-addiction-in-Canada.pdf>
45. Priest KC, Gorfinkel L, Klimas J, Jones AA, Fairbairn N, McCarty D. Comparing Canadian and United States opioid agonist therapy policies. *Int J Drug Policy*. déc 2019;74:257-65.
46. Masson E. EM-Consulte. [cité 21 mai 2025]. Les traitements de substitution aux opiacés en France. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/223952/les-traitements-de-substitution-aux-opiaces-en-fra>
47. v1911711.pdf [Internet]. [cité 21 mai 2025]. Disponible sur: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/v19/117/11/pdf/v1911711.pdf>
48. Prescription et délivrance de la méthadone [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/outil/prescription-et-delivrance-de-la-methadone>
49. 20211027-marr-methadoneaphpsirop-gelule-brochure-patient-02-2021-10.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/10/27/20211027-marr-methadoneaphpsirop-gelule-brochure-patient-02-2021-10.pdf>
50. Priest KC, Gorfinkel L, Klimas J, Jones AA, Fairbairn N, McCarty D. Comparing Canadian and United States opioid agonist therapy policies. *Int J Drug Policy*. déc 2019;74:257-65.
51. Englander H, Chappuy M, Krawczyk N, Bratberg J, Potee R, Jauffret-Roustide M, et al. Comparing methadone policy and practice in France and the US: Implications for US policy reform. *International Journal of Drug Policy*. juill 2024;129:104487.
52. Le dispositif de soins en addictologie | MILDECA [Internet]. [cité 22 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
53. Méthadone [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.sfm.u.org/toxin/DROGUES/MONOGRAP/METHADON/METHADO3.HTM>
54. D033_SRAEAddicto-MAJPlaquette-Methadone-A5-Fsstrait2.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: https://srae-addicto-pdl.fr/wp-content/uploads/2022/09/D033_SRAEAddicto-MAJPlaquette-Methadone-A5-Fsstrait2.pdf
55. Rao R, Agrawal A, Kishore K, Ambekar A. Delivery models of opioid agonist maintenance treatment in South Asia: a good beginning. *Bull World Health Organ*. 1 févr 2013;91(2):150-3.
56. D022_SRAEAddicto-MAJPlaquette-Buprenorphine-A5-Fsstrait2.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2025]. Disponible sur: https://srae-addicto-pdl.fr/wp-content/uploads/2022/09/D022_SRAEAddicto-MAJPlaquette-Buprenorphine-A5-Fsstrait2.pdf
57. field_media_document-4405-doc_num--explnum_id-20732-.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2025]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-4405-

doc_num--explnum_id-20732-.pdf

58. ANSM [Internet]. [cité 22 mai 2025]. Actualité - Buprénorphine et méthadone : La Commission des stupéfiants et psychotropes de l'ANSM proposera un plan de réduction des overdoses et des décès - Communiqué. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/buprenorphine-et-methadone-la-commission-des-stupefiants-et-psychotropes-de-lansm-proposera-un-plan-de-reduction-des-overdoses-et-des-deces-communique>
59. Roy PJ, Suda K, Luo J, Lee M, Anderton J, Olejniczak D, et al. Buprenorphine dispensing before and after the April 2021 X-Waiver exemptions: An interrupted time series analysis. *Int J Drug Policy*. avr 2024;126:104381.
60. Bruneau J, Ahamad K, Goyer MÈ, Poulin G, Selby P, Fischer B, et al. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ*. 5 mars 2018;190(9):E247-57.
61. Canada H. Reducing Regulatory Barriers to Accessing Treatment, and New Funding for Innovative Projects [Internet]. 2018 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2018/03/reducing-regulatory-barriers-to-accessing-treatment-and-new-funding-for-innovative-projects.html>
62. Drugs.com [Internet]. [cité 22 mai 2025]. Naltrexone: Uses, Dosage, Side Effects, Warnings. Disponible sur: <https://www.drugs.com/naltrexone.html>
63. Rao R, Agrawal A, Kishore K, Ambekar A. Delivery models of opioid agonist maintenance treatment in South Asia: a good beginning. *Bull World Health Organ*. 1 févr 2013;91(2):150-3.
64. ANSM [Internet]. [cité 26 mai 2025]. Actualité - Méthadone : les précautions à prendre pour éviter le surdosage. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/methadone-les-precautions-a-prendre-pour-eviter-le-surdosage>
65. 20230117-marr-bupensan-guide-patients.pdf [Internet]. [cité 26 mai 2025]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2023/01/17/20230117-marr-bupensan-guide-patients.pdf>
66. Naltrexone : substance active à effet thérapeutique - VIDAL [Internet]. [cité 26 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/naltrexone-15266.html>
67. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence [Internet]. [cité 27 mai 2025]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/CD002207/ADDICTN_buprenorphine-maintenance-versus-placebo-or-methadone-maintenance-for-opioid-dependence
68. Oral naltrexone as maintenance treatment to prevent relapse in opioid addicts who have undergone detoxification [Internet]. [cité 27 mai 2025]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/CD001333/ADDICTN_oral-naltrexone-as-maintenance-treatment-to-prevent-relapse-in-opioid-addicts-who-have-undergone-detoxification
69. Lee JD, Nunes EV, Novo P, Bachrach K, Bailey GL, Bhatt S, et al. Comparative effectiveness

of extended-release naltrexone versus buprenorphine-naloxone for opioid relapse prevention (X:BOT): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 27 janv 2018;391(10118):309-18.

70. Hser YI, Evans E, Huang D, Weiss R, Saxon A, Carroll KM, et al. Long-term outcomes after randomization to buprenorphine/naloxone versus methadone in a multi-site trial. *Addiction*. avr 2016;111(4):695-705.

71. Calzada G. Prescription de méthadone [Internet]. ADDICTOHUG. 2018 [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://pro.addictohug.ch/methadone/>

72. Résumé des caractéristiques du produit - NALTREXONE ACCORD 50 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 11 mai 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67115586&typedoc=R>

73. Golan OK, Totaram R, Perry E, Fortson K, Rivera-Atilano R, Entress R, et al. Systematic review and meta-analysis of changes in quality of life following initiation of buprenorphine for opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend*. 1 juin 2022;235:109445.

74. Teoh Bing Fei J, Yee A, Habil MHB, Danaee M. Effectiveness of Methadone Maintenance Therapy and Improvement in Quality of Life Following a Decade of Implementation. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1 oct 2016;69:50-6.

75. Guillery SPE, Hellweg R, Kronenberg G, Bohr U, Kunte H, Enge S. Quality of Life in Opioid Replacement Therapy: A Naturalistic Cross-Sectional Comparison of Methadone/Levomethadone, Buprenorphine, and Diamorphine Patients. *Eur Addict Res*. 2021;27(5):371-80.

76. Tribble SJ. Drugmakers Play The Patent Game To Lock In Prices, Block Competitors. NPR [Internet]. 28 sept 2018 [cité 30 mai 2025]; Disponible sur: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2018/09/28/652546095/drugmakers-play-the-patent-game-to-lock-in-prices-block-competitors>

77. Office of Public Affairs | Mallinckrodt Agrees to Pay Record \$35 Million Settlement for Failure to Report Suspicious Orders of Pharmaceutical Drugs and for Recordkeeping Violations | United States Department of Justice [Internet]. 2017 [cité 30 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.justice.gov/archives/opa/pr/mallinckrodt-agrees-pay-record-35-million-settlement-failure-report-suspicious-orders>

78. Office of Public Affairs | Indivior Inc. Indicted for Fraudulently Marketing Prescription Opioid | United States Department of Justice [Internet]. 2019 [cité 30 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.justice.gov/archives/opa/pr/indivior-inc-indicted-fraudulently-marketing-prescription-opioid>

79. Neuman S. Drugmakers Spent Millions Promoting Opioids To Patient Groups, Senate Report Says. NPR [Internet]. 13 févr 2018 [cité 30 mai 2025]; Disponible sur:

<https://www.npr.org/sections/thetwo-way/2018/02/13/585290752/drugmakers-spent-millions-promoting-opioids-to-patient-groups-senate-report-says>

80. REPORT-Fueling an Epidemic-Exposing the Financial Ties Between Opioid Manufacturers and Third Party Advocacy Groups.pdf [Internet]. [cité 30 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.hsgac.senate.gov/wp-content/uploads/imo/media/doc/REPORT-Fueling%20an%20Epidemic-Exposing%20the%20Financial%20Ties%20Between%20Opioid%20Manufacturers%20and%20Third%20Party%20Advocacy%20Groups.pdf>

81. Harper J. To Grow Market Share, A Drugmaker Pitches Its Product To Judges. NPR [Internet]. 3 août 2017 [cité 30 mai 2025]; Disponible sur: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2017/08/03/540029500/to-grow-market-share-a-drugmaker-pitches-its-product-to-judges>

Annexes

Annexe 1 : Synthèse comparative des traitements de substitution aux opioïdes.....	I
Annexe 2 : Questionnaire patient	II
Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif à destination des professionnels.....	VI
Annexe 4 : Répartition de la durée de traitement selon type de TSO	VII
Annexe 5 : Répartition de l'observance déclarée selon le traitement	VII
Annexe 6 : Efficacité perçue selon le traitement.....	VIII

Annexe 1 : Synthèse comparative des traitements de substitution aux opioïdes

Critère	METHADONE	BUPRENORPHINE	NALTREXONE
Type d'action	Agoniste complet (active pleinement les récepteurs opioïdes)	Agoniste partiel (active partiellement les récepteurs opioïdes)	Antagoniste pur (bloque les récepteurs opioïdes)
Effets thérapeutiques	Substitution aux opioïdes : Prévention du manque Réduction du craving	Substitution aux opioïdes : Prévention du manque Réduction du craving	Prévention des rechutes après sevrage complet
Particularités	Risque de surdosage Allongement QT Cadre de délivrance strict	Risque de sevrage précipité Effet plafond Délivrance plus souple	Sevrage préalable obligatoire Observance difficile Pas d'effet euphorisant
Efficacité clinique	Gold standard Supprime l'usage d'opioïdes illicites	Comparable à la méthadone à dose adéquate Risque moindre de surdose	Efficacité limitée en forme orale Meilleure en forme injectable Taux de rechute plus élevé
Observance/Tolérance	Observance parfois réduite due aux contraintes de délivrance Effets indésirables modérés	Observance facilitée par la flexibilité de prescription Risque de mésusage Effets indésirables modérés	Observance souvent difficile Troubles anxieux/digestifs possibles Nécessite un sevrage complet
Impact qualité de vie	Amélioration globale notable Qualité de vie parfois altérée par les contraintes du traitement	Amélioration globale Meilleure qualité de vie perçue Réinsertion facilitée	Amélioration surtout chez patients très motivés

Annexe 2 : Questionnaire patient

Ci-dessous figure le questionnaire utilisé dans le cadre de cette étude, destiné aux patients.

Évaluation et Comparaison des Traitements de Substitution aux Opioïdes (TSO) Bonjour, Je m'appelle Juliette et dans le cadre de mon mémoire de Master 2, je réalise une étude visant à mieux comprendre les traitements de substitution aux opioïdes. L'objectif de cette recherche est de comparer l'efficacité de ces traitements, leur impact sur la qualité de vie des patient(e)s et d'explorer les perspectives d'amélioration future. Si vous suivez actuellement ou avez déjà suivi un traitement par Méthadone, Buprénorphine (Subutex, Suboxone...) ou Naltrexone, votre participation est précieuse. Ce questionnaire est entièrement anonyme : aucune donnée permettant de vous identifier ne sera collectée ou transmise. Les réponses seront exclusivement utilisées pour cette recherche. Il est rapide et ne prendra que 5 à 10 minutes. Un immense merci pour votre aide précieuse, et tout mon soutien dans votre parcours de soin ! <i>* Indique une question obligatoire</i> 1. Quel est votre genre ? * <i>Une seule réponse possible.</i> ☐ Homme ☐ Femme ☐ Je ne souhaite pas le préciser 2. Avez-vous ou avez-vous eu des addictions aux opioïdes ? * <i>Une seule réponse possible.</i> ☐ Oui ☐ Non	3. Suivez-vous actuellement un traitement de substitution aux opioïdes ou l'avez-vous suivi par le passé ? <i>Une seule réponse possible.</i> ☐ Je suis actuellement sous traitement ☐ J'ai suivi ce traitement dans le passé ☐ Je n'ai pas de traitement 4. Quel traitement suivez-vous ou avez-vous suivi ? * <i>Une seule réponse possible.</i> ☐ Méthadone ☐ Buprénorphine (Subutex, Suboxone...) ☐ Naltrexone 5. Quelle était / est votre dose quotidienne prescrite ? (Une dose approximative est acceptée, précisez en mg ou autre unité.) _____ 6. Sous quelle forme preniez-vous / prenez-vous ce traitement ? * <i>Une seule réponse possible.</i> ☐ Comprimé ☐ Solution buvable ☐ Injection ☐ Film sublingual ☐ Patch transdermique ☐ Autre : _____
--	--

7. **Avez-vous / Avez-vous eu l'opportunité de donner votre avis sur le choix du traitement ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

8. **Quelles étaient / sont vos principales motivations à suivre ce traitement ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Arrêter les symptômes de manque
☐ Diminuer l'envie de consommer
☐ Retrouver une vie stable
☐ Améliorer ma santé
☐ Me sentir mieux au quotidien
☐ Suivre le conseil du médecin
☐ Améliorer mes relations sociales et familiales
☐ Autre : _____

9. **Pendant combien de temps avez-vous suivi / suivez-vous ce traitement ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Moins d'un mois
☐ Entre 1 et 3 mois
☐ Entre 3 et 6 mois
☐ Entre 6 mois et 1 an
☐ Plus d'1 an

10. **Avez-vous respecté / respectez-vous la fréquence des prises du traitement ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Toujours (100 % des prises)
☐ Presque toujours (75 à 99 % des prises)
☐ Souvent (50 à 74 % des prises)
☐ Parfois (25 à 49 % des prises)
☐ Rarement (< 25 % des prises)

11. **Avez-vous interrompu ce traitement pour une longue période (plus de 2 semaines) ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non *Passer à la question 13*

Passer à la question 12

12. **Pendant combien de temps avez-vous interrompu votre traitement ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Entre 2 et 3 semaines
☐ Plus de 3 semaines
☐ Je ne l'ai jamais repris

13. À quelle fréquence avez-vous ressenti / ressentez-vous des envies de consommer des opioïdes ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Jamais
☐ Rarement
☐ De temps en temps
☐ Souvent
☐ Très souvent

14. Avez-vous connu des reprises de consommation d'opioïdes depuis le début ce traitement ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 15*
☐ Non *Passer à la question 16*

15. Si oui, combien de fois ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 1 fois
☐ 2 à 3 fois
☐ plus de 3 fois

16. Quelles sont, selon vous, les principales raisons de ces reprises de consommation ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Envie forte / Craving
☐ Effet insuffisant du traitement
☐ Difficultés personnelles ou émotionnelles
☐ Difficultés d'accès au traitement
☐ Manque de soutien ou d'accompagnement médical
☐ Autre : _____

17. Comment jugez-vous l'efficacité de ce traitement sur la réduction de votre consommation d'opioïdes ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas du tout efficace
☐ Peu efficace
☐ Moyennement efficace
☐ Plutôt efficace
☐ Très efficace

18. Avez-vous ressenti des effets secondaires liés à ce traitement ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Aucun *Passer à la question 20*
☐ Légers et supportables
☐ Gênants mais supportables
☐ Très gênants

19. Si oui, quels types d'effets secondaires avez-vous ressentis suite à votre traitement ? ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Nausées / vomissements
☐ Somnolence / Fatigue
☐ Constipation
☐ Transpiration excessive
☐ Troubles du sommeil
☐ Vertiges
☐ Autre : _____

20. **Durant la prise du traitement, comment évaluez-vous votre qualité de vie ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Beaucoup améliorée
- ☐ Plutôt améliorée
- ☐ Pas de changement
- ☐ Plutôt dégradée
- ☐ Beaucoup dégradée

21. **Quel type de soutien avez-vous / recevez-vous pendant la période de traitement ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Soutien psychologique (psychologue, psychiatre)
- ☐ Soutien médical (médecin traitant, addictologue)
- ☐ Soutien social (assistant(e) social(e), groupes de parole)
- ☐ Soutien familial ou amical
- ☐ Aucun soutien

22. **Quelles améliorations suggéreriez-vous pour la prise en charge et le suivi des patients sous traitement de substitution ?**

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Amélioration de l'accès aux traitements (disponibilité, proximité)
- ☐ Suivi médical plus régulier et personnalisé
- ☐ Prise en charge globale (médicale, psychologique, sociale)
- ☐ Information plus complète sur les différents traitements disponibles
- ☐ Réduction des effets secondaires des traitements
- ☐ Lutte contre la stigmatisation et les préjugés
- ☐ Soutien renforcé des professionnels de santé
- ☐ Autre : _____

23. **Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur votre expérience avec ce traitement ?**

Merci beaucoup pour votre participation !

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif à destination des professionnels

Introduction :

- Juliette Chapon, Master HBRC
- Mémoire : sujet + problématique + objectifs

Professionnel :

- Présentation, expérience, poste, lien avec l'addictologie, lien avec addictions opioïdes

Questions :

1. Expérience et choix thérapeutique

- Quels critères vous orientent dans le choix entre la méthadone, la buprénorphine et la naltrexone pour un patient donné ?
- Selon vous, quel profil de patient répond le mieux à chacun de ces traitements ? (Facteurs comme les antécédents, la motivation, l'environnement...)

2. Efficacité et observance des traitements

- Sur le terrain, quels sont les indicateurs les plus fiables pour évaluer l'efficacité d'un traitement de substitution aux opioïdes (stabilisation, réduction de la consommation, amélioration de la qualité de vie...) ?
- Quelles différences d'observance observez-vous entre la méthadone, la buprénorphine et la naltrexone ?
- Qu'est-ce qui facilite ou freine la prise régulière de ces traitements ?

3. Taux de rechute et prévention

- D'après votre expérience, quels sont les facteurs les plus déterminants expliquant les rechutes sous TSO ? Ces facteurs varient-ils selon le traitement prescrit ?
- Avez-vous observé des différences dans la gestion et la prévention des rechutes en fonction du traitement choisi ?

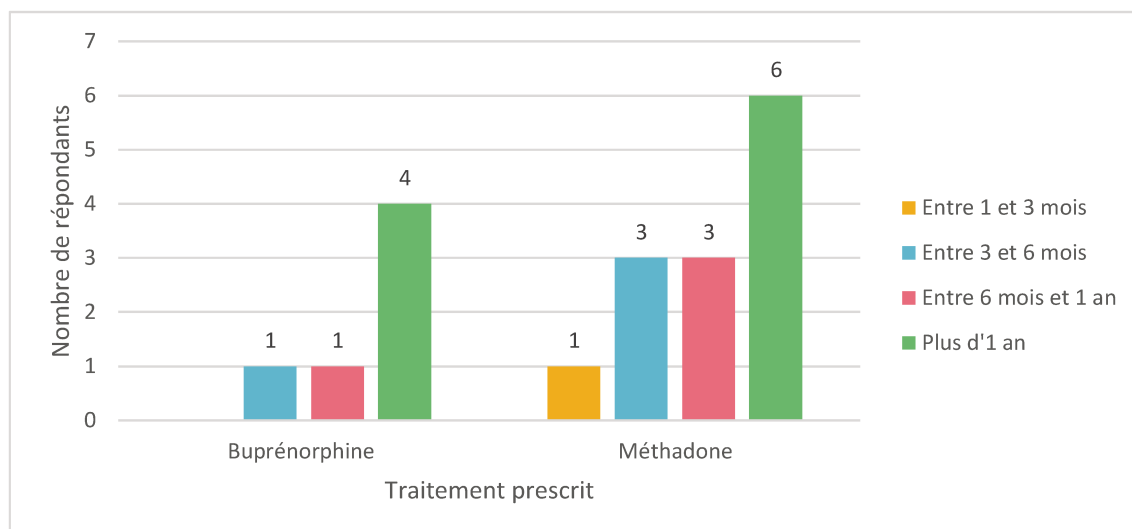
4. Impact sur la qualité de vie

- Quels effets secondaires ou contraintes spécifiques à chaque traitement influencent le plus la qualité de vie et l'adhésion des patients ?
 - Si réponse trop courte : relancer sur les sujets de la vie sociale, la vie professionnelle, l'aspect psychologique

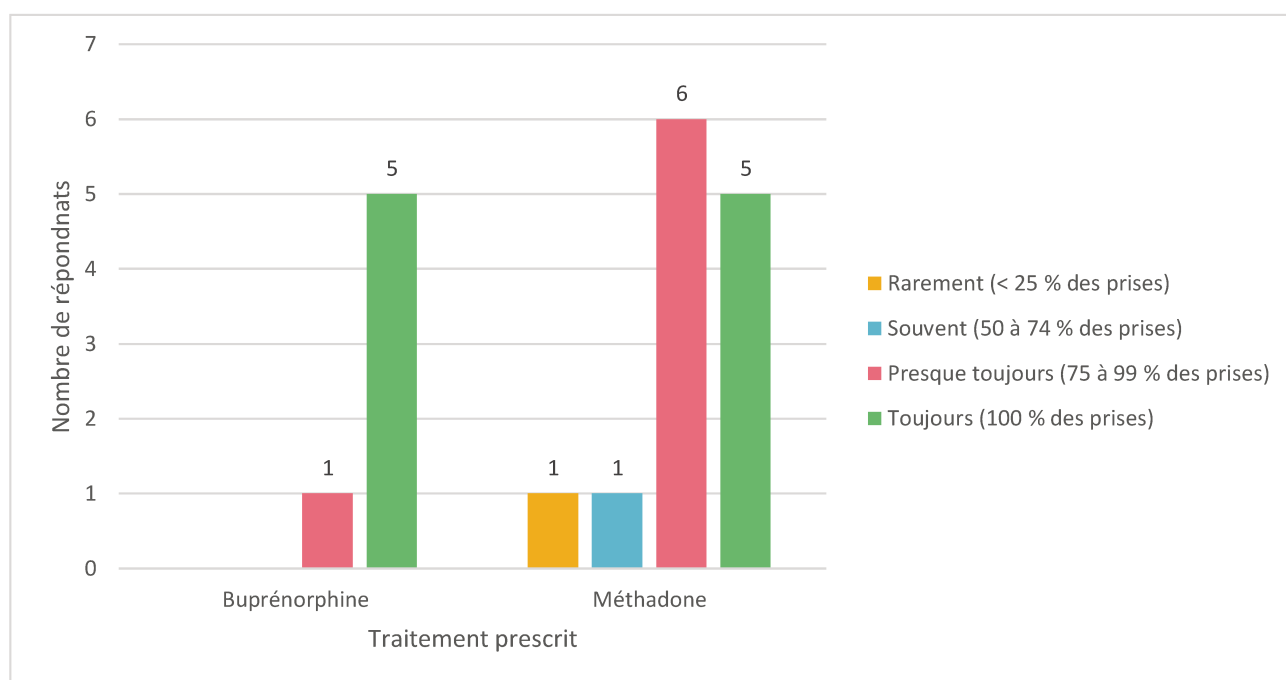
5. Améliorations et perspectives

- Quelles améliorations envisageriez-vous pour optimiser la prise en charge et le suivi des patients sous TSO ?
 - Si réponse trop courte : relancer sur les sujets d'un renforcement de l'approche pluridisciplinaire, éducatives, psychologique. Sur l'amélioration de l'accès au traitement. L'innovation en termes de suivi ou de communication.
- Si vous pouviez modifier un aspect du parcours de soin lié aux TSO, lequel aurait, selon vous, le plus d'impact positif sur l'observance et la réussite du traitement ?

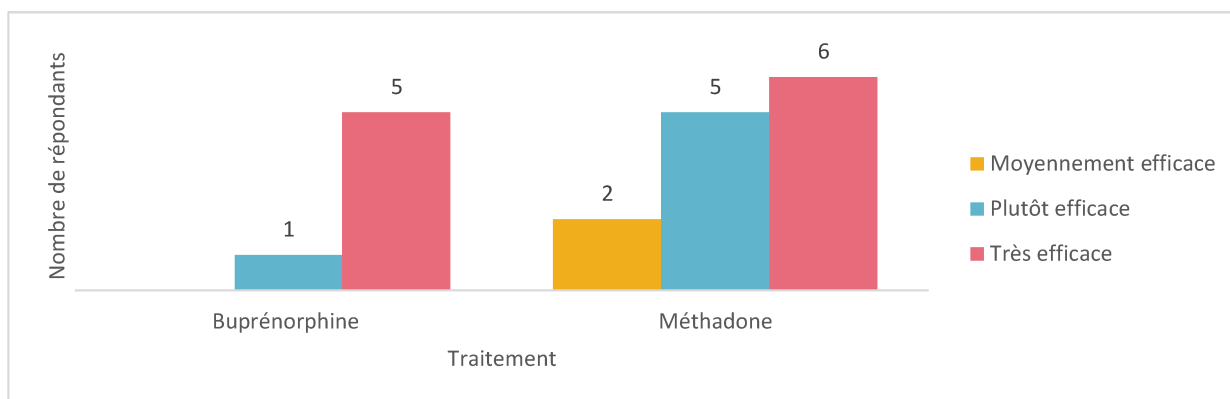
Annexe 4 : Répartition de la durée de traitement selon type de TSO



Annexe 5 : Répartition de l'observance déclarée selon le traitement



Annexe 6 : Efficacité perçue selon le traitement



Les drogues : entre addiction, substitution et rechute

Quelle analyse comparative pour les trois traitements pharmacologiques clés de l'addiction aux opioïdes : la méthadone, la buprénorphine et la naltrexone ?

L'addiction aux opioïdes constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, touchant plusieurs millions de personnes dans le monde. Ce mémoire s'attache à analyser de manière comparative les trois principaux **traitements** pharmacologiques utilisés dans la prise en charge des troubles liés à l'usage d'opioïdes : la **méthadone**, la **buprénorphine** et la **naltrexone**. S'appuyant sur une revue de la littérature rigoureuse et une étude de terrain. Articulée autour d'un questionnaire patient et d'entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé, cette recherche interroge **l'efficacité** clinique, **l'observance**, le risque de **rechute** et l'impact de ces traitements sur la **qualité de vie**. Les résultats révèlent que si la **méthadone** demeure une référence en termes de rétention en soins, elle reste contraignante en pratique. À l'inverse, la **buprénorphine** bénéficie d'une accessibilité élargie, bien qu'elle expose à certains mésusages. Quant à la **naltrexone**, son usage demeure marginal en France. Au-delà de l'analyse clinique, ce travail propose des **recommandations** concrètes et innovantes visant à améliorer la prise en charge globale des patients. Celles-ci intègrent des dimensions préventives, organisationnelles et industrielles. Elle s'accompagne également de pistes d'innovation thérapeutique inspirées d'approches alternatives comme celle du Campral pour l'alcoolodépendance.

Mots-clés : addiction, opioïdes, méthadone, buprénorphine, naltrexone, traitement, efficacité, observance, rechute, qualité de vie, recommandations thérapeutiques

Drugs: between addiction, substitution and relapse

What comparative analysis for the three key pharmacological treatments for opioid addiction: methadone, buprenorphine and naltrexone?

Today, **opioid addiction** is a major public health problem affecting several million people worldwide. This master's thesis compares the three main pharmacological **treatments** used in the management of **opioid-related disorders**: **methadone**, **buprenorphine** and **naltrexone**. It is based on a rigorous analysis of the literature and a field study. Using a patient questionnaire and semi-structured interviews with healthcare professionals, this research examines the clinical **efficacy**, **compliance**, risk of **relapse** and impact of these treatments on **quality of life**. The results reveal that, while **methadone** remains a reference in terms of retention in care, it remains restrictive in practice. **Buprenorphine**, for its part, is increasingly available, although it is subject to a certain amount of misuse. As for **naltrexone**, its use remains marginal in France. Beyond the clinical analysis, this study proposes concrete and innovative **recommendations** aimed at improving the overall management of patients. These cover preventive, organizational and industrial aspects. They are also accompanied by avenues of therapeutic innovation inspired by alternative approaches such as Campral for alcohol dependence.

Keywords: addiction, opioids, opioid-related disorders, methadone, buprenorphine, naltrexone, treatment, efficacy, compliance, relapse, quality of life, recommendations.