

COLLOQUE

PROGRAMME
PROVISOIRE

LE PHARMACIEN D'OFFICINE face aux addictions

25 NOVEMBRE 2014

8h30 – 17h15

**Espace
Van Gogh**

62 Quai de la Rapée
75012 Paris

Colloque organisé par le Respadd
avec le soutien du Ministère de la santé
et de la MILDECA

inscription gratuite
mais obligatoire sur www.respadd.org



respadd

ippssa



Sommaire

OUVERTURE	4
PLACE ET RÔLE DU PHARMACIEN	8
• Introduction	8
• Nicolas Bonnet	8
• Le rôle des réseaux.....	8
• Éric Doudet	8
• André Nguyen	8
• Le rôle du pharmacien en CSAPA.....	10
• Anne-Christine Moreau	10
• Le pharmacien acteur de soins.....	10
• Laurène Collard.....	11
DES EXPÉRIMENTATIONS PROMETTEUSES	12
• Introduction	12
• Mickaël Naassila	12
• Repérage précoce intervention brève “alcool” en officine : former les futurs officinaux	13
• Judith André	13
• Jean-Baptiste Deballon	13
• Clémence Fauque.....	13
• Accès à la méthadone en ville : de la recherche à l’implantation.....	18
• Perrine Roux	18
• Pratique des TSO en officine.....	19
• Karine Pansiot.....	19
LES PROGRAMMES D’ÉCHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIE (PESP) : ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES.....	21
• Introduction	21
• Bernard Pénicaud	21
• État des lieux des PESP en 2014.....	22
• David Michels.....	22
• Un programme d’échange à l’échelle d’un département.....	24
• Michel Lemonnier.....	24
• Comment développer les PESP en Midi-Pyrénées	24
• Kevin Condé	24
QUELLE VALORISATION POUR L’ACTE DE SANTÉ PUBLIQUE EN PHARMACIE D’OFFICINE ?	26

•	Introduction	26
•	Marie-Pierre Sauvant-Rochat	26
•	Le point de vue syndical.....	28
•	Marie Josée Augé-Caumon.....	28
•	Prise en charge du patient tabaco-dépendant en Pays Angevin	30
•	Vincent Loubrieu, Coline Lechaux-Clément, Sébastien Faure.....	30
	CONCLUSION Anne Borgne	31

OUVERTURE

● Anne Borgne, présidente du RESPADD

Anne Borgne, présidente du RESPADD, est heureuse d'accueillir l'ensemble des participants à cette journée intitulé « Le pharmacien d'office face aux addictions ». Elle rappelle, en introduction, que le RESPADD, le réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions, s'est appelé précédemment le réseau Hôpital Sans Tabac, lequel s'était, dès 2005, fortement intéressé et dirigé vers la profession des pharmaciens d'officine en déployant un programme de formation sur la prise en charge des patients fumeurs. Le RESPADD a développé, ensuite, ses compétences vers d'autres produits que le tabac et s'est dirigé vers d'autres secteurs de soins, notamment les soins ambulatoires, la médecine libérale, les CSAPA et les CAARUD.

Cette journée a bénéficié du soutien de la Direction générale de la santé et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Elle a été organisée avec les partenaires du RESPADD : la Fédération Addiction et l'IPPSA.

● Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

Catherine Lemorton précise qu'elle intervient aujourd'hui non pas en tant que pharmacienne, mais en tant que parlementaire. Pourquoi consacrer une journée au rôle des pharmaciens dans l'addiction ? Parce qu'ils sont, par définition (que les autres professionnels de santé le veulent ou non), la seule profession vers laquelle les gens se dirigent spontanément. Les pharmaciens sont les mieux placés pour entamer un dialogue et, les patients leur étant fidèles, détecter des problématiques. Inscrits au cœur du système, les pharmaciens ont su construire des réseaux et constituent, à ce titre, un modèle du travail en partenariat nécessaire pour la prise en charge des personnes confrontées à l'addiction. Se pose donc la question de l'engagement des pharmaciens et de leur rémunération. Il est vrai, Catherine Lemorton le souligne, que les pharmaciens et leurs équipes « mettent beaucoup d'eux-mêmes dans un don de soi » qui n'est pas rémunéré. La pharmacie d'officine n'a pas été reconnue comme lieu d'accueil et d'accompagnement de l'addiction.

La prochaine loi de santé publique constitue, à ce titre, un grand rendez-vous pour les addictions. Un rapport a été rendu par le Comité d'évaluation et de contrôle sur les politiques publiques menées depuis plusieurs décennies face aux substances illicites. Les conclusions – Catherine Lemorton peut l'entendre – ne sont pas à la hauteur des attentes. Toutefois, « une porte a été entrouverte ». Catherine Lemorton évoque une grande avancée : la proposition de loi sur les salles de consommations supervisées à moindre risque. Elle est une première réponse pour un certain public.

Catherine Lemorton salue l'action des pharmaciens et les remercie pour leur engagement.

● Jean-Pierre Couteron, président de la Fédération Addiction

Jean-Pierre Couteron rappelle, dans un premier temps, que le pharmacien d'officine, avec le médecin de ville, est l'un des acteurs les plus anciens du soin. Comme le généraliste, il établit un lien de proximité avec toutes les personnes qu'il reçoit. Ces deux acteurs ont une fonction d'accueil et la question qui se pose aujourd'hui est celle du dialogue entre les

pharmaciens et les acteurs spécialisés dans le domaine de l'addiction. Dans un contexte où il est devenu plus que jamais nécessaire de simplifier et de rendre plus efficace la politique publique, cette discussion entre le pôle généraliste et le pôle spécialisé est devenue aussi centrale qu'essentielle.

Jean-Pierre Couteron souhaite insister sur deux points qui lui semblent essentiels : le maillage territorial et l'offre de réponses diversifiées et complémentaires. Un récent rapport a souligné le manque de structures d'accueil dans certaines régions. Les savoir-faire acquis chez les uns doivent être échangés et mutualisés. Le savoir-faire acquis par les fonctions généralistes de premier accueil doit permettre de mieux réfléchir à leur seuil d'accès. De l'autre côté, les travaux réalisés dans les services spécialisés doivent permettre à ces acteurs de premier recours de se sentir membres d'un réseau et faciliter le trajet des usagers d'un point à l'autre. Malgré ces difficultés de maillage, on doit œuvrer pour proposer des réponses aussi diversifiées que complémentaires. Malheureusement, aujourd'hui encore, la discussion autour des addictions est centrée autour des notions de toxicomanes et d'alcooliques. Le toxicomane n'existe pas plus que l'alcoolique. Les situations varient en fonction de l'âge, de l'expérience et des conditions sociales. Les propositions de soins et d'accompagnement doivent être adaptées. Elles doivent, de surcroît, être graduées en intensité, en engagement et en implication. Là encore, cet aller-retour entre le dispositif généraliste (dont les pharmaciens sont un maillon central) et les dispositifs spécialisés sera une des conditions de la réussite.

● **Philippe Michaud, président de l'IPPSA**

Philippe Michaud rappelle que la situation sanitaire en France, un pays riche, veut que l'on ne meure plus de la guerre ou des maladies infectieuses. De quoi meurt-on ? « On meurt de nos comportements ». Les cinq premiers facteurs de risque de morbidité et de mortalité prématurée en Europe sont le tabac, l'hypertension artérielle, l'alcool, l'hypercholestérolémie et l'obésité. Si l'on dispose, pour un certain nombre de sujets, d'armes efficaces, d'autres sont mis de côté. Il s'agit notamment de l'alcool, sujet que l'on a encore le plus grand mal à évoquer tant il est tabou.

Pourtant, en France, 5 millions de personnes consomment de l'alcool de façon dangereuse. Ils ne sont pas alcooliques (Jean-Pierre Couteron a eu raison de le rappeler), mais leur consommation peut avoir une influence sur leur santé et, éventuellement, raccourcir leur espérance de vie. Ces 5 millions de personnes doivent être accompagnées, non pas tant par les services spécialisés (ils ne sont pas assez nombreux), que par les services généralistes (les 625 services d'urgences, les 100 000 médecins généralistes, les 54 000 pharmaciens d'officine et les 7 300 infirmières scolaires). Le soin primaire sera en première instance pour pratiquer son activité de conseil non pas auprès des alcoolodépendants, mais auprès de ceux qui sont engagés dans une consommation à risque. Le concept de prévention secondaire en addictologie offre la possibilité d'influencer le parcours des personnes engagées dans des comportements dangereux sans être dans l'incapacité de changer. Pour cela, les soins primaires sont bien mieux placés que les spécialistes.

Le sujet de l'alcool peut – Philippe Michaud en est convaincu – être évoqué dans les officines. Cela d'autant plus qu'elles disposent aujourd'hui de lieux de confidentialité. Le tabou de l'alcool doit être levé.

● Karine Pansiot, Ordre national des pharmaciens

Karine Pansiot est particulièrement heureuse de participer à cette journée. Elle remercie chaleureusement les responsables du RESPADD d'avoir convié l'Ordre des pharmaciens à cette manifestation. L'Ordre a fait de la santé publique sa priorité. Il est, à ce titre, très attentif à la problématique des addictions dont les impacts sont multiples : économiques, sanitaires et sociaux.

Le pharmacien est en première ligne dans la prise en charge des personnes souffrant d'addictions et dans la lutte des conduites addictives et cela pour diverses raisons. Expert du médicament, le pharmacien est un professionnel de santé proche de la population (avec laquelle il a de nombreux contacts journaliers). Il est directement accessible et disponible sans rendez-vous. Il a la confiance du patient qu'il reçoit en toute confidentialité et sans jugement. Le pharmacien travaille, par ailleurs, à un repérage permettant une action précoce, avant même que la santé ne soit dégradée. Il mène des actions brèves et efficaces aidant la gestion du capital santé de chacun. Pour toutes ces raisons, la pharmacie est un lieu incontournable du système de santé, ainsi que la porte d'entrée la plus aisée des personnes en difficulté.

L'Ordre souhaite que les pharmaciens s'impliquent dans la prévention, le repérage, le conseil et l'orientation. Il souhaite également valoriser leur place d'éducateur de santé dans le parcours de soin des patients dépendants et développer l'articulation des acteurs de premier recours (dont ils font partie) avec le reste du dispositif d'addictologie. L'ordre soutient, enfin, les pharmaciens déjà très engagés au quotidien dans leurs officines, dans les réseaux de santé et dans les structures spécialisées. Dans ce sens, l'Ordre a signé, en avril dernier, une convention avec la MILDECA afin de renforcer une collaboration engagée en 2010, avec la nomination de référents addictions dans tous les Conseils régionaux de l'Ordre des pharmaciens sur le territoire national. Cette convention a pour objectif d'encourager les pharmaciens :

- à participer à des formations, à des actions de santé publique, à des campagnes nationales d'information ;
- à améliorer la lutte contre les usages détournés de médicaments ;
- à améliorer les pratiques de dispensation des traitements de substitution des patients et les accompagner dans leurs parcours de soins.

D'ores et déjà, le Comité d'éducation sanitaire et social de la pharmacie française propose, au quotidien, en partenariat notamment avec le RESPADD et la MILDECA, une sélection d'outils pratiques permettant aux pharmaciens de s'impliquer dans des actions de repérage et d'orientation des personnes dépendantes. L'Ordre national des pharmaciens est pleinement mobilisé et soutient les actions de la MILDECA et de la DGS, mais aussi celles de réseau tel le RESPADD.

● Pascal Melihan-Cheinin, Direction générale de la santé

Pascal Melihan-Cheinin souligne le fait que le pharmacien est un acteur de proximité dont le rôle est extrêmement important dans le champ des addictions. Il cite, à cet effet, le décret de 1987 qui a permis la vente de seringues en pharmacie sans ordonnance ; une mesure de santé publique dont l'impact en termes de réduction de l'incidence du VIH a été mesuré très rapidement. On ne rappellera jamais assez que la mise à disposition, chez le pharmacien, à proximité de la population dépendante aux opiacés, de seringues stériles a été une mesure emblématique, phare et surtout efficace de santé publique.

Pascal Melihan-Cheinin évoque ensuite la mesure qui a permis la vente de substituts nicotiques en pharmacie sans ordonnance. Cette mesure avait fait l'objet, à l'époque, d'un débat pour le moins difficile et a donné lieu à un combat d'experts. Pourtant, les expériences à l'étranger avaient montré que la vente en pharmacie avait démultiplié les chances d'aide à l'arrêt du tabac. Pascal Melihan-Cheinin profite de l'occasion pour aborder le programme national de réduction du tabagisme (une mesure phare du Plan cancer). Aussi étonnant que cela puisse paraître, ce programme est le premier, en France, consacré à la lutte contre le tabac. Pourtant la prévalence de fumeurs est extrêmement élevée dans notre pays ; supérieure de 10 points par rapport au Royaume-Uni et de 20 points par rapport à l'Australie.

S'agissant enfin de l'alcool, Pascal Melihan-Cheinin rappelle que malgré une forte diminution, les niveaux de consommation restent très élevés en France (des niveaux dont on n'a pas toujours confiance). Face à ce constat, chacun s'accordera sur la nécessité de démultiplier les aides sur le territoire national, cela d'autant plus que l'alcool, malheureusement trop souvent oublié, reste aujourd'hui un des grands déterminants de santé publique

La DGS a un partenariat ancien avec le RESPADD et Pascal Melihan-Cheinin tient à remercier Anne Borgne et Nicolas Bonnet pour leurs actions.

● Danièle Jourdain-Menninger, Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Danièle Jourdain-Menninger est ravie d'ouvrir ce colloque qui s'inscrit dans la toujours fructueuse collaboration entre la MILDECA, la DGS et les associations. Il s'inscrit également dans les priorités du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Ce plan constitue, aujourd'hui, une référence au plan européen.

Danièle Jourdain-Menninger indique qu'elle a la chance d'avoir auprès d'elle, dans son équipe, une pharmacienne, laquelle a été, notamment, à l'origine de la convention signée avec l'Ordre des pharmaciens. Le regard des pharmaciens sur les addictions lui semble, à ce titre, fondamental.

Le plan 2013-2017 place la formation et l'information des professionnels de santé, et notamment les pharmaciens, au premier rang. C'est par un effort continu en la matière que nous pourrions améliorer l'accueil, renforcer le repérage précoce et que nous parviendrions à systématiser l'orientation adaptée des consommateurs de substances psychoactives en France. Le RESPADD et l'IPPSA ont d'ailleurs d'ores et déjà développé des programmes en ce sens et la nomination de référents addictologie dans chaque faculté de pharmacie en est un signe très fort. Les pharmaciens, et plus spécialement les pharmaciens d'officine, comptent parmi les interlocuteurs de proximité et de confiance. Ils constituent un maillon essentiel du système de soin. Ils doivent, à ce titre, être reconnus dans l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives.

Ce colloque s'appuie tant sur l'expertise professionnelle développée en officine que sur les données de recherches récentes. Il contribue au développement des pratiques les plus porteuses telles que le repérage précoce, l'intervention brève, les programmes d'échange de seringues en pharmacie ou la prise en charge du patient tabaco-dépendant. Autant de leviers d'actions que le Plan gouvernemental soutient, et Danièle Jourdain-Menninger sera aux côtés des pharmaciens pour toutes les initiatives qu'ils souhaiteront prendre. La profession des pharmaciens est investie à tous les niveaux de la prévention, de l'accompagnement et du soin, mais aussi de la réduction des risques. Cette politique de réduction des risques continue d'être attaquée et doit être défendue.

PLACE ET RÔLE DU PHARMACIEN

Modérateur : **Nicolas Bonnet**
Pharmacien, directeur du RESPADD, Paris

@ Introduction
● **Nicolas Bonnet**

Nicolas Bonnet rappelle, en introduction, que le territoire français dispose d'un maillage d'environ 22 500 pharmacies officine ouvertes, en moyenne, 55 heures par semaine. Regroupant des professionnels formés et compétents (aussi bien des pharmaciens que des préparateurs), les pharmacies offrent la meilleure couverture existante dans l'offre de soins de santé. Leur accessibilité spatiale et temporelle est sans équivalent et elles constituent le lieu de recours (pour les conseils de santé et la « bobologie ») le plus fréquenté en France. En effet, il est estimé qu'environ 4 millions de personnes fréquentent quotidiennement les officines.

Le pharmacien d'officine occupe une place privilégiée dans le champ de l'addictologie. Il maîtrise, en effet, différentes compétences essentielles. Les sciences pharmaceutiques font partie intégrante de ce qui se définit par « l'art de guérir » et le rôle du pharmacien est en constante évolution. Le pharmacien est également un observateur des comportements, un médiateur et un confident qui doit être à même de prévenir, repérer et orienter le patient usager de drogues. Il doit, à ce titre, avoir une connaissance fine des partenaires associatifs, sanitaires et sociaux qui illustrent l'aspect transdisciplinaire de la prise en charge de l'ensemble des conduites addictives. Le pharmacien doit donc développer des compétences non seulement dans les domaines thérapeutiques, mais également dans ceux de la prévention, de la toxicologie, de la veille sanitaire et de l'animation de réseaux (entre les pharmaciens, la médecine de ville, le médico-social et le médico-sanitaire).

Cette première table ronde a pour objectif de valoriser le dispositif officinal pour :

- Favoriser l'implication des pharmaciens dans les CSAPA.
- Indemniser l'acte de prévention et les actions de santé publique.
- Intégrer le RPIB dans le Développement Personnel Continu (DPC)

@ Le rôle des réseaux

● **Éric Doudet**

Pharmacien, réseau Résist 37, Tours

● **André Nguyen**

Pharmacien, réseau Addict'Lim, Limoges

Le réseau Resist 37

Éric Doudet précise que le réseau informel Resist 37 est né en 1991, regroupant un ensemble de pharmaciens engagés et militants favorables – ils étaient une minorité – à la délivrance de seringues. Le réseau est aujourd'hui une petite structure associative d'une dizaine de bénévoles et d'une quarantaine d'adhérents.

Le réseau a pour principale mission de créer des partenariats dans l'objectif de créer, au service des agents, une synergie entre tous les acteurs pour améliorer la prise en charge et

d'augmenter le nombre d'acteurs au sein de l'offre de soins. Le réseau a pour fonction d'assurer, au quotidien, ce partenariat. Pour cela :

- il assoit son action sur la multidisciplinarité ;
- il favorise le partage de bonnes pratiques plutôt qu'expertise ;
- il vise la reconnaissance de la complémentarité de chacun et les variations dans le temps des rôles des différents intervenants ;
- il développe l'accessibilité et la disponibilité pour éviter l'isolement des patients.

Éric Doudet évoque ensuite les problématiques auxquelles le réseau est confronté, notamment en ce qui concerne l'articulation de ses actions avec le CAARUD et l'implication des collectivités.

Le réseau Addict'Lim

André Nguyen est pharmacien et coordinateur du réseau limousin Addict'Lim. Il rappelle, en préambule, que le réseau est une notion difficile à formaliser. Le travail en réseau implique la collaboration entre divers professionnels de santé. Les pharmaciens ont l'habitude de travailler ensemble. Cela étant dit, la collaboration avec des médecins, des infirmiers ou des assistantes sociales demande une certaine ouverture d'esprit. Les stéréotypes sont encore persistants : un médecin rédige des ordonnances, un pharmacien donne des boîtes, une assistante sociale donne de l'argent. Le travail en réseau demande que l'on oublie ces caricatures et que les professionnels impliqués reconnaissent et acceptent les compétences des autres corps de métier.

Les réseaux de santé ont pour objet, selon la loi, de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, que du diagnostic que des soins. La thématique est donc très large. André Nguyen insiste sur un mot : « favoriser ». Il s'agit ici d'aider, d'améliorer et d'optimiser un système. Un réseau de santé n'est pas une structure de soin en tant que telle. Elle est là pour créer du lien et pour aider, accompagner, appuyer les professionnels dans la prise en charge. « Favoriser » consiste à essayer de travailler ensemble.

Le réseau Addict'Lim est né en 2009. Il regroupe aujourd'hui un coordinateur administratif, un coordinateur de santé, un médecin addictologue, un délégué de santé et poste de secrétaire. Un comité de coordination se réunit une fois par semaine. Il est composé d'un pharmacien d'officine, d'un médecin généraliste et de deux médecins psychiatres.

Les actions du réseau sont centrées autour de trois axes :

- Le parcours de santé. L'objectif est de formaliser un parcours de santé en trois étapes. Dans la première étape, l'utilisateur fait une demande d'intégration au réseau. Dans la pratique, il est toujours accompagné par un professionnel (le médecin ou le pharmacien). Si la demande est acceptée, l'utilisateur est évalué par le médecin généraliste pour la mise en place du parcours de santé.
- La prévention. La prévention s'inscrit dans une démarche de réduction des risques. Le réseau a rédigé des documents spécifiques, des affiches et des plaquettes. Des actions ponctuelles sont déployées en partenariat. Une semaine régionale des addictions est organisée tous les ans depuis 2004. Un kit est envoyé à tous les professionnels pour aider les patients à identifier les interlocuteurs. Le kit offre aux professionnels un cadre pour aborder les addictions.

- La formation. Des rencontres pluridisciplinaires sont organisées afin que les professionnels puissent échanger sur les problématiques auxquelles ils sont confrontés. Des rencontres sont également organisées entre les professionnels et les associations d'usagers.

📍 Le rôle du pharmacien en CSAPA

● **Anne-Christine Moreau**

Pharmacien, Addicto'Centre, Orléans

Anne-Christine Moreau est pharmacienne en CSAPA. Elle se propose aujourd'hui de décrire les structures dans lesquelles elle travaille ainsi que le contexte de sa prise de poste pour ensuite détailler les missions d'un pharmacien en CSAPA.

Présentation d'Addicto'Centre

Addicto'Centre est un groupement médico-social qui regroupe quatre associations œuvrant en région Centre dans le champ de l'addictologie. Il s'agit de l'APLEAT d'Orléans, de l'ACEP de Bourges, du CICAT de Chartres et de VRS à Blois. Ces structures portent des CSAPA, des CAARUD, des ACT ou des CSAPA avec hébergement. Le groupement a notamment vocation à mutualiser les compétences et c'est dans ce cadre qu'Anne-Christine Moreau a été recrutée l'année dernière.

L'activité du pharmacien en CSAPA

L'activité du pharmacien est répartie sur les quatre établissements auxquels il consacre un jour par semaine. Le recrutement s'est inscrit dans le cadre des mesures nouvelles datant de 2013 portant sur les structures d'addictologie et notamment sur la sécurisation du circuit du médicament. En fait, les CSAPA qui ne s'approvisionnent pas auprès d'une pharmacie doivent désormais intégrer un pharmacien dans leurs structures.

Les missions du pharmacien en CSAPA sont les suivantes :

- Il participe à l'amélioration continue des pratiques concernant les traitements et notamment les TSO ce qui passe, notamment, par la mise en conformité du circuit du médicament. Lorsqu'elle a pris ses fonctions, Anne-Christine Moreau a réalisé, dans un premier temps, un état des lieux de ce circuit dans chacune des quatre structures.
- Il mène une réflexion collective et organise des réunions de travail avec l'ensemble des partenaires dans le but d'harmoniser les pratiques au sein du groupement. Ces rencontres sont l'occasion d'échanger sur différents thèmes.
- Il participe aux manifestations collectives des CSAPA en milieu festif. Les équipes ont, dans ce cadre, été initiées à l'utilisation de l'analyse de drogues par chromatographie sur couche mince. Addicto-centre propose cette technique, au jour le jour, tout au long de l'année, à tous ses usagers. La chromatographie a été intégrée dans la palette de réduction des risques pour proposer une analyse des produits aux usagers.
- Il a un rôle dans le dispositif de veille sanitaire et participe au recueil des données épidémiologiques.
- Il encourage la coopération entre les différents professionnels, notamment pour le suivi des usagers qui bénéficient d'un traitement de substitution.

Laurène Collard présente le travail mené sur l'articulation des acteurs de soin au sein de la Fédération Addiction. Elle insistera tout particulièrement sur la place du pharmacien.

Présentation de la Fédération Addiction

La Fédération Addiction est un réseau national de professionnels de santé concernés par l'addictologie qui regroupe 900 adhérents (associations, établissements, personnes physiques). Elle a pour mission de :

-  regrouper les acteurs de l'addictologie ;
-  réfléchir aux évolutions et au sens de l'action ;
-  soutenir le réseau dans son organisation ;
-  représenter les adhérents auprès des décideurs politiques.

La Fédération décline ses missions sous forme d'actions qui peuvent prendre la forme de prises de position politique ou de communiqué de presse. La Fédération développe des démarches participatives avec le terrain sur les pratiques professionnelles. Elle publie des guides et des référentiels. Elle dispose également d'une cellule de formation et propose 22 formations nationales (qui peuvent être déclinées « sur site » et au niveau régional). Enfin, la Fédération participe à une série d'événements nationaux et régionaux.

L'articulation des acteurs de soin

La Fédération Addiction a lancé en 2012 un projet sur l'articulation des acteurs de soin dont l'ambition est d'améliorer et faciliter la collaboration des différents acteurs de santé engagés dans les parcours de soin des personnes concernées par des problématiques addictives. Cette démarche participative, soutenue par la DGS, regroupe des médecins généralistes exerçant en ville, des pharmaciens d'officine, des acteurs du secteur hospitalier, des acteurs du secteur médicosocial spécialisé et des réseaux de santé. La Fédération a construit un groupe de pilotage du projet dont le référent est Alain Morel. Il regroupe en son sein un certain nombre d'associations partenaires représentant les différents secteurs et acteurs : le RESPADD, le réseau MG Addictions (réseau informel de médecins généralistes), la Coordination nationale des Microstructures, le collectif ELSA France et le regroupement de pharmaciens PHARM'ADDICT. Ce projet est lié au portail des acteurs de santé, lequel prend la forme d'un site Internet (www.intervenir-addictions.fr) qui a été construit à partir des besoins des médecins sur le terrain pour aider l'intervention, la prévention, le repérage et l'orientation des personnes en médecine générale et en médecine de droit commun (médecine scolaire ou médecine du travail).

La démarche participative a été menée en région en 2013 au travers de cinq groupes régionaux. L'objectif était double : élaborer des constats et lancer des pistes de travail. Une démarche participative, précise Laurène Collard, n'est pas une étude scientifique. Elle a pour but de fournir des éclairages sur des besoins de terrain. Les groupes régionaux ont fait émerger plusieurs constats transversaux :

-  Les parcours des usagers sont séquencés ;
-  Le paysage institutionnel et culturel n'est pas homogène. Les groupes de travail ont souligné les disparités territoriales et les divergences culturelles des professions et des fonctionnements avec des différences de temporalité dans les suivis et une diversité des visions des parcours de soin. Cette diversité explique la richesse de l'offre de prise en charge, mais n'est pas sans conséquence sur la communication et l'interconnaissance ;

- Le sentiment de compétence n'est pas partagé par tous. Les médecins ou les pharmaciens ne se sentent pas toujours compétents pour prendre en charge une problématique addictive.

L'articulation avec les pharmaciens.

Si chacun s'accorde sur le fait que le pharmacien est un acteur de santé publique, il demeure toutefois quelques interrogations sur les pratiques professionnelles liées aux pratiques addictives. Les groupes de travail ont également souligné le manque de valorisation de la compétence du pharmacien en santé publique dans le parcours des personnes.

Fort de ce constat, quelques pistes pratiques ont été élaborées :

- Intégrer les pharmaciens dans le dispositif spécialisé a été repéré comme une piste importante d'amélioration et d'accompagnement au changement pour les pratiques professionnelles (pour le secteur spécialisé comme le secteur des officines). Cette intégration permet le partage des pratiques et l'échange de compétences ;
- En officine, il est proposé aux pharmaciens de se former spécifiquement à la question de l'addiction. Il est également suggéré aux officines de s'outiller pour faciliter le repérage et de mettre en place des espaces de confidentialité pour aborder les questions d'addiction sans stigmatiser les patients ;
- Proposer des systèmes d'indemnités aux pharmaciens.

DES EXPÉRIMENTATIONS PROMETTEUSES

Modérateur : **Mickaël Naassila**
Faculté de pharmacie, Amiens

 **Introduction**
 **Mickaël Naassila**

L'addictologie est une science qui se remet sans cesse en question. Non seulement la formation est un processus constant, mais les addictologues apprennent beaucoup de leurs patients. Les évolutions affectent tous les champs de l'addictologie, et notamment celui de l'alcoologie. Mickaël Naassila évoque, à ce sujet, l'apparition récente dans les officines d'un traitement dont la fonction est de réduire la consommation d'alcool. La réduction des risques et des dommages en alcoologie est devenue un enjeu majeur (il fera d'ailleurs l'objet de la première présentation) et les démarches entreprises en ce sens visent pour la première fois les consommations à risque. Sur ce point, Mickaël Naassila rappelle que 50 % de la mortalité liée à l'alcool concerne des personnes qui ne sont pas alcoolo-dépendantes. La diminution d'une consommation de dix verres d'alcool par jour à quatre verres permet de diminuer le risque de mortalité par huit.

Bien évidemment, la principale difficulté aujourd'hui est de repérer les consommations à risque. Pour cela, les pharmaciens doivent être plus fortement impliqués, ce qui exige de leur part un savoir-faire et une expertise. Ils doivent pouvoir bénéficier, pour cela, de formations spécifiques sur le risque alcool (formations qui ont été initiées auprès des médecins généralistes, des médecins du travail et des urgentistes). Toutefois, il s'avère particulièrement difficile – Mickaël Naassila le souligne – de promouvoir, auprès des professionnels, la formation au RPIB (Repérage Précoce Intervention Brève) et certains

proposent aujourd'hui d'inclure ces formations dans les cursus des études médicales ou pharmaceutiques.

L'objectif sera, après les présentations, de débattre du rôle du pharmacien dans la lutte contre la toxicomanie et l'addiction ; ce qui est d'ailleurs prévu dans le code de déontologie de la profession.

Ⓜ **Repérage précoce intervention brève « alcool » en officine : former les futurs officinaux**

● **Judith André**

Pharmacien, faculté de pharmacie, Amiens

● **Jean-Baptiste Deballon**

Pharmacien, Amiens

● **Clémence Fauque**

Pharmacien, Angers

Le risque alcool

Judith André souligne qu'on estime à environ 41,3 millions les consommateurs d'alcool en France, dont près de 9 millions de consommateurs réguliers (au moins 3 consommations d'alcool par semaine pour un adulte, au moins 10 par semaine pour un adolescent). L'alcool arrive, par ailleurs, en tête du classement des drogues en fonction du risque décroissant des dommages (sanitaires, sociaux et économiques), devant l'héroïne, la cocaïne et le tabac. C'est un des premiers facteurs de risque de morbidité et de mortalité en Europe (en troisième position derrière le tabac et l'hypertension artérielle). En France, en 2009, l'alcool a été responsable de 49 000 décès tous âges confondus, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accident ou suicide, 16 % par maladie digestive et 11 % pour d'autres causes. À noter, sur ce point, que l'alcool est impliqué dans les cancers des voies aérodigestives, mais également dans le cancer du sein. Une étude récente a montré qu'une consommation de trois à six verres de vin par semaine augmente pour une femme le risque de développer un cancer du sein de 15 %. Et pour celles qui consomment régulièrement, soit deux verres de vin par jour en moyenne, le risque augmente de 51 % par rapport à celles qui ne boivent jamais d'alcool.

Au niveau mondial :

- L'alcool est responsable de plus de 3,3 millions de décès chaque année, soit 5,9 % des décès.
- L'usage nocif d'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes.
- La consommation d'alcool entraîne des décès et des incapacités relativement tôt dans la vie. Ainsi, dans la tranche d'âge 20-39 ans, près de 25 % du nombre total de décès sont attribuables à l'alcool.
- Outre ses conséquences sur la santé, l'usage nocif de l'alcool entraîne des pertes économiques et sociales importantes pour les individus comme pour la société dans son ensemble.

Le RPIB

C'est dans ce contexte que l'OMS a lancé dans les années 80 un plan de développement du RPIB destiné à la médecine de ville. Ce programme, promu par l'ANPAA, a été lancé en France en 1998. La même année, Philippe Michaud a lancé un projet de développement (« Boire moins c'est mieux ») dont l'objectif était d'adapter le RPIB au contexte français. Il faudra attendre 2013 pour que la MIDELCA stipule, dans son plan gouvernemental de lutte

contre les drogues et les toxicomanies, la nécessité de diffuser au niveau national les méthodes du RPIB.

Le RPIB s'inscrit dans une approche thérapeutique spécifique qui s'éloigne des représentations habituelles, lesquelles veulent que la consommation régulière d'alcool n'est pas appréhendée comme comportant des risques. Dans cette représentation, c'est l'existence ou non d'une dépendance qui est le critère de classification entre consommateurs à problème et consommateurs sans problème. Le programme de développement du RPIB s'appuie sur une approche radicalement différente et part du principe qu'il n'est pas nécessaire d'être dépendant pour avoir un usage à risque ou nocif de l'alcool. Les risques liés à l'alcool sont envisagés comme des risques progressifs et gradués. L'approche thérapeutique consistera donc, non plus à exhorter l'abstinence, mais à favoriser une baisse de la consommation puisqu'il a été montré que diminuer la consommation d'alcool, même de quelques verres, même chez les gros buveurs, diminue significativement la morbi-mortalité liée à l'alcool. C'est l'objectif du RPIB qui s'inscrit donc dans une logique de « réduction des risques ». Il s'agit ici de repérer, non pas seulement les personnes dépendantes, mais celles qui ont une consommation dite à risque – supérieure aux seuils de recommandations – et ensuite de donner des conseils pour changer leur comportement.

Le RPIB est un entretien bref d'une dizaine de minutes dispensé individuellement dans une optique motivationnelle à des personnes ayant une consommation à risque ou excessive. Il a pour objectif de diminuer le risque lié à la consommation excessive d'alcool, le risque de passage à la pharmacodépendance et l'émergence ou l'aggravation d'un trouble secondaire à la consommation d'alcool. Depuis 1980, les experts de l'OMS ont émis des recommandations pour une consommation de boissons alcoolisées à moindre risque sur la santé. Considérant qu'un verre traditionnel contient 10 centilitres de vin et donc 10 grammes d'alcool pur, l'OMS conseille de ne pas dépasser :

- 2 verres de vin maximum par jour si vous êtes une femme (valable également pour les jeunes et les personnes âgées)
- 3 verres de vin maximum par jour si vous êtes un homme
- 4 verres successifs maximum en une seule occasion, pour les hommes comme pour les femmes

Ces seuils doivent être revus à la baisse en cas de maladie chronique, de traitements, de responsabilités qui nécessitent une vigilance accrue ou de conduite d'une machine.

L'efficacité du RPIB est solidement étayée dans la littérature internationale qui montre que 10 % à 50 % des buveurs à risque modifient leur consommation après une seule intervention brève. Chez les sujets ayant une consommation excessive sans dépendance, un repérage précoce couplé à une intervention brève permet une diminution :

- de la consommation moyenne d'alcool,
- de la proportion de consommateurs excessifs,
- de la fréquence des absorptions aiguës massives,
- de l'existence de problèmes somatiques liés à l'alcool

Le RPIB et les pharmaciens

Les programmes susmentionnés ne visaient pas, jusqu'à présent, les pharmaciens. La MIDECA, dans son plan de lutte gouvernemental en 2013 a rappelé que les pharmaciens constituaient un relais essentiel pour les actions relatives à la prévention, car ils étaient les plus à même de repérer de manière précoce une conduite addictive, mais également d'écouter un usager, de le conseiller et, éventuellement, de l'orienter vers une structure

généraliste ou spécialisée. La MIDELCA a également rappelé la nécessité d'inclure une formation RPIB dans le cursus des études pharmaceutiques.

Les occasions de parler d'alcool à l'officine sont nombreuses. Pourtant, une récente étude a montré que si 82 % des pharmaciens sont confrontés au problème de consommation excessive, seulement 3,8 % parlent spontanément d'alcool à leur patient et 44,2 % déclarent ne jamais avoir l'occasion d'en parler. Dans 75 % des situations, il y a sentiment de gêne entre le patient et le pharmacien. D'après les pharmaciens, ce trouble est surtout ressenti par le patient (67 %) ou par les 2 interlocuteurs (29 %). Qui plus est, pour les deux tiers des pharmaciens, l'alcool reste un sujet délicat voire « tabou ». Enfin, le climat de confiance nécessaire aux échanges est difficile à instaurer faute d'espace dédié de confidentialité. Les pharmaciens, par ailleurs, ne se sentent pas toujours légitimes pour aborder la question de la consommation d'alcool du fait, notamment, d'un manque d'information. Enfin, la question de la valorisation de l'acte se pose.

La formation RPIB permet d'améliorer le sentiment de savoir-faire des pharmaciens vis-à-vis des consommateurs excessifs. À l'issue de la formation, on note une diminution significative du nombre d'internes déclarant un manque d'aisance pour aborder les problèmes d'alcool. L'acquisition de meilleures connaissances en alcoologie rassure le praticien.

Le projet pilote du RPIB à l'officine

Jean-Baptiste Deballon se propose de présenter une première expérience du RPIB à l'officine. Il rappelle que la formation RPIB s'adressait, à l'origine, exclusivement aux médecins généralistes. Elle a été proposée, pour la première fois, aux étudiants en pharmacie de trois UFR (Amiens, Angers et Paris Sud).

Jean-Baptiste Deballon présente les quatre principaux résultats de ce projet pilote :

- *Les connaissances fondamentales au RPIB.* Pour appliquer le RPIB, deux notions fondamentales doivent être connues : la notion de verre standard et les seuils de recommandation de l'OMS. Avant la formation 80 % des étudiants connaissaient la notion de verre standard et seulement 40 % connaissaient les seuils de recommandation. Après la formation, 90 % des étudiants avaient acquis les deux notions.
- *Les difficultés rencontrées pour parler des problèmes de santé.* L'étude a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées pour évoquer les problèmes de santé à l'officine. Si, les étudiants en pharmacie parlent aisément des problèmes liés au tabac, l'alcool reste un sujet difficile à aborder (presque aussi difficile que les drogues illicites). La formation RPIB aide les pharmaciens à évoquer le sujet de l'alcool dans leurs officines.
- *Où parler du sujet alcool à l'officine ?* La stratégie à appliquer pour mettre en place le RPIB à l'officine consiste à aborder le sujet de l'alcool au comptoir et à réaliser les interventions brèves dans un bureau.
- *Orienter les patients dans le circuit de santé.* Grâce à la formation RPIB, le pharmacien est capable d'orienter le patient dans le circuit de santé.

La formation RPIB est une formation innovante dans le cursus de pharmacie. S'appuyant sur une mise en pratique, elle tranche avec les cours magistraux et permet aux étudiants d'acquérir un savoir-faire et un savoir-être face aux problèmes de santé. Elle facilite, par ailleurs, le dialogue et l'orientation du patient dans le circuit de la santé. L'approche RPIB peut être déclinée dans d'autres types d'addictions et prépare les étudiants aux futures missions du pharmacien.

Force est toutefois de reconnaître que la mise en place du RPIB dans les officines représente quelques difficultés : aborder le sujet alcool au comptoir et provoquer le changement de comportement. Deux axes peuvent être proposés pour améliorer le comportement. Le premier axe consiste à former les pharmaciens aux interactions entre l'alcool et les médicaments. Le deuxième axe d'amélioration proposé serait de compléter cette formation par une formation à l'entretien motivationnel.

On peut d'ores et déjà dresser un premier bilan de ce projet pilote :

- Les résultats sont encourageants pour une première expérience.
- Quelques obstacles réels subsistent, mais le développement du RPIB à l'officine est possible.
- La formation au RPIB apporte une nouvelle compétence aux pharmaciens d'officine face aux enjeux de santé publique.

La mise en pratique du RPIB à l'officine

Clémence Fauque souligne que le RPIB est un outil mis à disposition des pharmaciens pour repérer, évaluer et conseiller leurs patients afin de diminuer le risque alcool. Le RPIB vise un changement de comportement et se destine à des consommateurs excessifs peu ou pas dépendants chez qui ce changement est plus facile à obtenir.

Le repérage précoce a pour visée d'identifier cette catégorie de consommateurs et permet de classer les risques en trois catégories : risque faible, risque élevé et risque de dépendance. Comme cela a déjà été souligné, le sujet de l'alcool est difficile à évoquer et notamment au comptoir. Il ne suffit pas de poser la question « buvez-vous ? » comme on pourrait poser la question « fumez-vous ? » à un fumeur. Par ailleurs, la consommation d'alcool est souvent minimisée, banalisée. Toutefois, les consommateurs excessifs n'ont pas de difficultés à parler de leur consommation puisqu'ils ne souffrent d'aucune culpabilité contrairement aux alcoolo-dépendants chez qui le déni est souvent présent. Bien souvent, ce sont les pharmaciens qui sont réticents à parler de l'alcool tant sa consommation est ancrée dans notre culture.

Le pharmacien a à sa disposition des questionnaires adaptés :

- L'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est un questionnaire d'auto-évaluation de la consommation d'alcool utilisable dans la population générale. Il comporte 10 questions et apporte des informations sur le mode de consommation, la fréquence, la quantité, la perte de contrôle, les dommages induits et les signes de dépendance.
- Le questionnaire FACE contient cinq questions à poser directement lors d'un entretien.
- Le questionnaire ADOSPA est destiné à l'adolescent et au jeune adulte.

Les scores obtenus aux tests permettent de classer les trois groupes de consommateur et le pharmacien va ainsi pouvoir adapter sa prise en charge. Pour un risque faible, il pourra informer la personne sur le risque alcool. Pour un risque élevé, il proposera une intervention brève. Pour un risque identifié de dépendance, le pharmacien pourra orienter vers les structures spécialisées. Ces tests de repérage ne permettent pas de poser un diagnostic, mais d'orienter la prise en charge.

Le pharmacien pourra proposer un repérage précoce :

- lorsqu'il identifie des craintes évocatrices d'un mésusage (des douleurs gastriques, des troubles du sommeil, de l'anxiété, des diarrhées) ;
- lors de la délivrance d'un traitement ;

- lors d'un entretien thérapeutique ;
- dans des situations particulières telles que la grossesse ;
- lors de la lecture d'un résultat d'analyse biologique (VGM, triglycérides, uricémie).

Le pharmacien peut également proposer le repérage précoce systématiquement. Il peut, pendant une courte période d'une semaine, proposer systématiquement le questionnaire de repérage. Il peut, également, laisser le questionnaire en libre accès sur le comptoir.

L'intervention brève s'adresse aux consommateurs à risque élevé. C'est un conseil standardisé qui s'appuie sur des interventions courtes (10 à 15 minutes) et simples. L'objectif est de réduire le risque alcool en provoquant chez le patient un changement de comportement.

L'intervention brève consistera à :

- Restituer les résultats du test de repérage ;
- Expliquer le « risque alcool » de manière personnalisée ;
- Expliquer la notion de verre standard et rappeler les seuils de risques ;
- Discuter de l'intérêt personnel de la réduction de consommation d'alcool ;
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire cette consommation ;
- Proposer des objectifs tout en laissant le choix ;
- Donner une possibilité de réévaluation dans un autre rendez-vous ;
- Remettre une brochure en fin d'entretien (le livret « réduire sa consommation » et le guide « faire le point » si le patient n'est pas prêt au changement de comportement).

L'intervention brève repose sur une approche motivationnelle. Le pharmacien valorise, à cet effet, les acquis et les efforts du patient. Il respecte également ses choix. Le patient est acteur et doit être placé au centre de la démarche de changement de comportement. Le pharmacien est à l'écoute et doit faire preuve d'empathie et s'abstenir de tout jugement. Il utilise des questions ouvertes, fait des propositions et travaille en collaboration avec le patient. Il s'emploie à éviter toute confrontation afin de ne pas perdre le dialogue. Enfin, une confidentialité stricte doit être respectée.

● Questions de la salle

Un intervenant s'interroge sur les méthodes dont dispose le pharmacien pour évoquer la question de l'alcool.

Clémence Fauque admet que cela est loin d'être évident. Elle propose, dans un premier temps, d'organiser une semaine spécifique au cours de laquelle le questionnaire AUDIT est proposé systématiquement à tous les usagers de l'officine. Ceci permet d'éviter toute forme de discrimination.

Une intervenante, pharmacienne d'officine, estime que la meilleure façon d'aborder la question de l'alcool avec un patient passe par l'évocation des interactions de la consommation avec les prises des médicaments.

Mickaël Naassila convient que la discussion peut effectivement s'engager, dans un premier temps, de manière assez neutre pour rappeler au patient que la consommation d'alcool est déconseillée pendant certains traitements (pour l'hypertension, par exemple). Ce premier échange peut permettre d'amorcer une discussion sur les seuils, par exemple. La discussion, quoi qu'il en soit, ne doit jamais être contrainte, forcée. Il ne faut pas que le patient se sente gêné.

Puisque le sujet de l'alcool est difficile à évoquer, le but est, souligne Jean-Baptiste Deballon, de multiplier les occasions de l'aborder. Les interactions médicamenteuses constituent, à ce titre, un premier pilier puisque le pharmacien est compétent pour les expliquer aux patients. Sa légitimité ne peut pas être remise en question. Le sujet peut également être abordé en fonction de la pathologie du patient. Enfin, Jean-Baptiste Deballon insiste sur la nécessité de laisser bien en évidence sur le comptoir le questionnaire AUDIT pour éveiller la curiosité du patient.

Mickaël Naassila ajoute que le patient peut emporter avec lui le questionnaire pour le remplir chez lui. Le questionnaire lui fournira des informations sur les personnes qu'il peut contacter.

📍 Accès à la méthadone en ville : de la recherche à l'implantation

👤 Perrine Roux

Pharmacien, Inserm, Marseille

Perrine Roux présente les résultats de l'essai pragmatique Méthaville, financé par l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales) et la DGS. Elle est issue des recommandations du Plan hépatite des années 2000.

Le contexte

Considérée comme un traitement efficace pour la prise en charge de la dépendance aux opiacés, la Méthadone appartient à la liste des médicaments essentiels. Elle est également un outil pour la prévention du VIH dans les populations à risque et les études ont montré qu'elle permettait d'améliorer l'observance aux antirétroviraux. Malgré ces bénéfices, l'accès à la Méthadone demeure limité en France, du fait notamment du risque d'overdoses en phase d'induction. De surcroît, certains patients éprouvent les plus grandes difficultés à initier un traitement puisque la primo-prescription doit être obligatoirement faite dans un CSAPA. Fort de ce contexte, l'essai Méthaville avait pour principal objectif d'évaluer la faisabilité de la primo-prescription de la Méthadone par les médecins de ville.

Réalisé sur 10 sites en France dans 4 zones géographiques (Nord, Nord-est, Sud-ouest, Sud-est), Méthaville est un essai randomisé à 2 bras comparant deux stratégies de prise en charge par la Méthadone. La randomisation porte sur le lieu de prescription initiale : en CSAPA ou en médecine de ville. Un premier groupe a été formé pour recevoir la primo-prescription en CSAPA, le second en officine. Pour des raisons de sécurité, le recrutement de patients a considéré comme inéligibles les femmes enceintes, les mineurs, les patients soumis à une triple dépendance (opiacés, alcool et benzodiazépines) et les personnes qui ne pouvaient pas être jointes par téléphone. Les patients ont été suivis pendant 12 mois (visites médicales et entretiens téléphoniques) à l'inclusion, à 3, 6 et 12 mois. Après la stabilisation des dosages, les patients pouvaient changer de groupe et choisir le lieu de prise en charge parmi les centres et les investigateurs inclus dans l'étude.

66 patients ont été randomisés en centre et 155 en ville. 16 % des patients étaient des femmes. L'âge moyen était de 32 ans. La moitié des personnes avaient un emploi. Un tiers des patients avaient une consommation à risque d'alcool et 40 % présentaient des symptômes dépressifs.

Les résultats de l'essai Méthaville.

L'essai montre un engagement plus élevé pour les personnes qui ont reçu la primo-prescription en ville. Les patients ayant initié en ville déclarent une meilleure satisfaction vis-à-vis des explications fournies par le médecin. On ne note pas de différence significative de

maintien en traitement entre bras d'induction parmi ceux qui ont effectivement commencé la méthadone. L'essai conclu sur la non-infériorité de l'induction en ville.

En guise de conclusion, Perrine Roux affirme que la primo-inscription de méthadone en ville est faisable, acceptable et aussi efficace que l'induction en centre spécialisé.

© Pratique des TSO en officine

● Karine Pansiot

Pharmacien, Dijon

Karine Pansiot est pharmacienne d'officine, depuis une quinzaine, dans une pharmacie de quartier à Dijon. La file active est d'environ une centaine de patients traités par traitements de substitution.

La délivrance d'une première prescription de TSO.

Le pharmacien est considéré à la fois comme « le gardien des poisons » et comme un professionnel de santé. Il doit composer, dans son exercice quotidien, avec ces deux versants. Le traitement de substitution a également un double statut : celui de stupéfiant et celui de médicament à prescription particulière. La législation des stupéfiants est considérée, par beaucoup de pharmaciens, comme une contrainte. Karine Pansiot souhaite aujourd'hui démontrer qu'elle constitue également un atout.

Il ne faut pas oublier que la législation des stupéfiants a été mise en place pour protéger les professionnels. Les représentations que se font les pharmaciens des stupéfiants sont souvent fausses, notamment en ce qui concerne leur toxicité. Force est de constater que les pharmacies délivrent tous les jours des médicaments autrement plus toxiques (les anticancéreux, par exemple). Par ailleurs, la législation prévoit que la prescription des stupéfiants se fait en toutes lettres (notamment du dosage et de la posologie) et sur ordonnance sécurisée (pour éviter toute falsification). Ces protections sont autant d'atouts qui devraient pousser les pharmaciens à passer d'une position de crainte et de repli à une attitude d'écoute et de soins face à une personne en souffrance.

Pour la délivrance d'une première prescription de TSO, le contact médecin-pharmacien est fortement recommandé, en présence du patient :

- Le pharmacien doit s'assurer que le médecin est connu et le premier contact médecin-pharmacien permet de lever les éventuels doutes.
- Le pharmacien doit se faire présenter le patient par le médecin (contexte, femme enceinte, sortie de prison, consommation, âge, histoire).
- Le pharmacien doit être informé de l'objectif de cette première ordonnance (essai posologique, prise en soin, passage en ville).
- Le pharmacien doit connaître la demande du patient.
- Le pharmacien doit définir le mode de communication avec le médecin.

Pour délivrer et suivre les TSO dans de bonnes conditions, l'officine doit disposer d'un espace de confidentialité. La prise au comptoir est fortement déconseillée. La prise en officine permet :

- de fixer un cadre thérapeutique ;
- d'assurer le bon usage du médicament ;
- d'éviter la perte de contrôle ;
- de décourager le trafiquant ;

- de réaliser une bonne prise en charge basée sur une relation d'aide. Le pharmacien doit écouter le patient, le comprendre et le guider.

En début de traitement, Karine Pansiot suggère de réserver le suivi du patient à une, voire deux personnes de l'officine.

Les thèmes à aborder lors de la prise à l'officine.

Karine Pansiot détaille ensuite les thèmes qui doivent être abordés avec le patient lors de la prise. Ces thèmes sont au nombre de cinq.

Thème 1 : le médicament et son bon usage

Le pharmacien doit expliquer au patient les conditions de prise et l'action du TSO. Il doit le sensibiliser sur le respect de la voie d'administration (prise sublinguale pour la buprénorphine ou orale pour la Méthadone) et l'informer non seulement sur les mésusages, mais également sur les éventuels effets indésirables (constipation, transpiration, baisse de la libido). Enfin, il doit évoquer avec le patient les conditions de stockage à son domicile en lui rappelant que les TSO peuvent être dangereux pour son entourage.

Thème 2 : L'alliance thérapeutique

Le pharmacien doit fixer le cadre du traitement. Tout doit se dire et tout peut s'entendre. Les patients ont souvent du mal à exprimer et contrôler leurs émotions et seul un climat de confiance peut éviter les accès de violence (souvent le signe d'une souffrance exacerbée). Le patient doit avoir confiance dans les professionnels de santé qui sont là pour l'aider à se soigner. C'est le patient qui fait la demande et l'effort du soin. Il doit arriver à se confier aux professionnels, lesquels ne le jugent pas, mais lui permettent, par l'instauration d'un cadre de soin d'évoluer vers la stabilisation ou la guérison. Le patient et le pharmacien doivent être en phase. Le professionnel de santé doit reconnaître aussi bien les ressources et les difficultés du patient et s'assurer que l'offre de soin est cohérente avec ses attentes.

Thème 3 : La temporalité

« Il faut du temps, mais ça marche ». Les objectifs du TSO sont évolutifs et sont à ajuster au fur et à mesure des soins. L'initialisation permet de supprimer le manque (le craving), d'arrêter la prise régulière d'héroïne et d'intégrer le patient dans le système de soin. Le professionnel de santé doit rappeler au patient que le TSO est un traitement de fond qui apportera une socialisation professionnelle, familiale, culturelle, sportive, personnelle, mais qui sera entrecoupé de périodes plus douloureuses

Thème 4 : la pratique de la toxicomanie

Le professionnel de santé doit connaître les pratiques addictives de son patient (« sniff », « shoot », consommation individuelle ou collective, prise d'alcool ou d'autres produits, pratiques à risque, shoot de buprénorphine). Le pharmacien doit s'assurer que le patient a bien réalisé les bilans biologique et sérologique prescrits par le médecin et surtout de façon itérative.

Thème 5 : La vie familiale, professionnelle, amicale, culturelle et personnelle du patient

Il est nécessaire de connaître et de suivre la stabilisation du patient (entourage familial et affectif, carrière professionnelle, projets personnels).

Le suivi du patient

Une fiche de suivi doit être renseignée pour chaque patient. Celle-ci comprend :

1. Nom, prénom, numéros de téléphone du patient et des accompagnants (assistante sociale, éducateur spécialisé).
2. Nom, prénom du médecin.
3. La date de la prescription, la posologie et la durée de l'ordonnance.
4. Les dates de début et de fin de traitement.
5. Le mode de délivrance et de prise.
6. Les dates de prise à l'officine.
7. Les commentaires du patient.

La fiche sera montrée au patient dès sa réalisation. Chaque commentaire doit être daté et signé. Cette fiche de suivi sera rangée :

- Par TSO (Méthadone, Buprénorphine) puis par nom de patient.
- Avec les médicaments restant à prendre par le patient dans le cas d'une prise à l'officine.
- Avec la copie de la dernière ordonnance délivrée.

Cette fiche est intéressante, car elle est utilisable dans le temps et permet de revenir, avec le patient, sur le passé et le chemin parcouru. Une analyse de toutes les fiches de suivi des patients de l'officine peut être réalisée périodiquement avec tous les pharmaciens dispensateurs de l'officine.

● Questions de la salle

Bernard Pénicaud a noté que la pharmacie dans laquelle officie Karine Pansiot a une file active de plus d'une centaine de patients.

Karine Pansiot le confirme. L'officine, indique-t-elle, est située à proximité d'un CSAPA. De surcroît, les pharmaciens se sont impliqués très tôt dans cette démarche et aucun patient n'est refusé a priori. Karine Pansiot n'encourage pas les officines à accepter 100 patients, mais les incite à les recevoir comme ils acceptent un patient diabétique ou hypertendu.

LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIE (PESP) : ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

Modérateur : **Bernard Pénicaud**
Pharmacien, Niort

© Introduction
● **Bernard Pénicaud**

Bernard Pénicaud est pharmacien d'officine à Niort. Il porte depuis 20 ans, un programme d'échange de seringues déployé à l'échelle du département. Il défie aujourd'hui quiconque de démontrer qu'un tel programme n'est pas efficient. Cette efficacité se matérialise sous deux aspects : une efficacité économique et une efficacité en terme de santé publique. Les programmes mis en œuvre reposent sur l'engagement des pharmaciens et de leurs équipes (cela a été dit ce matin : les pharmaciens ne travaillent jamais seuls). Cet engagement peut naître d'un sentiment d'altruisme. Il peut relever d'une forme de militantisme. Quoi qu'il en soit, il constitue un élément majeur dans la réussite des programmes. Encore faut-il, toutefois, qu'il soit accompagné. Les pharmaciens et leurs équipes ont besoin, au quotidien,

d'être accompagnés, formés, rassurés. Enfin, Bernard Pénicaut insiste sur le besoin de reconnaissance. Il laisse aux Tutelles le soin que le temps du militantisme est révolu.

© **État des lieux des PESP en 2014**

● **David Michels**

Chargé de projets, RESPADD, Paris

Dans le cadre du travail sur et avec les pharmaciens qui a occupé le RESPADD toute cette année, il avait été proposé de faire un état des lieux sur le dispositif des programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP) qui existe depuis le milieu des années 1990. C'est le résultat de cet état des lieux que David Michels se propose de présenter aujourd'hui.

L'historique des PESP

Avant toute chose, il rappelle brièvement l'historique qui a conduit à « l'invention » du dispositif des programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP). L'histoire commence en 1972, avec l'interdiction de la vente libre des seringues qui est instituée dans la continuité de la loi de 1970 sur les stupéfiants. Cette interdiction est progressivement levée à partir de 1987 par la ministre Michèle Barzach, et les pharmacies peuvent de nouveau vendre des seringues sans ordonnance. L'offre sera complétée en 1994 par le Stéribox®. En parallèle, les associations développent et expérimentent, dès 1985, des programmes de distribution gratuite de seringues, d'abord en se plaçant dans l'illégalité, ensuite en s'inscrivant dans des protocoles expérimentaux. Ce n'est qu'en 1995 que l'État autorise officiellement les associations à développer de tels programmes et fixe un cadre réglementaire, donnant ainsi naissance aux programmes d'échange de seringues (PES).

Entre 1987 et 1995, l'offre de matériel d'injection s'organise de manière duale :

- D'un côté une offre payante proposée par les pharmaciens donc potentiellement abondante et bien répartie sur le territoire ;
- De l'autre une offre gratuite proposée par les associations, mais essentiellement accessible dans les grands centres urbains.

La réticence de certains pharmaciens à vendre des Stéribox®, les problèmes de relations avec les usagers, le frein constitué par le prix des seringues pour les usagers les plus précaires sont autant d'éléments qui ont amené les acteurs à réfléchir à combiner les avantages de la « proximité » offerte par le réseau des officines avec la « gratuité » offerte par les programmes associatifs, en faisant participer les pharmaciens aux PES. Les PESP étaient nés. Parmi les premiers à se mettre en place, David Michels évoque celui des Deux-Sèvres, représenté ici par Bernard Penicaud, qui fêtera l'an prochain ses 20 ans de fonctionnement.

Depuis ces premières expériences, le dispositif s'est développé. La dernière enquête (réalisée par SAFE) datant de 2009, le RESPADD voulait produire une « photographie » actualisée des PESP aujourd'hui en France. Le projet visait à effectuer un recensement exhaustif des programmes existants et recueillir quelques données sur leur fonctionnement. Pour ce faire, le RESPADD a travaillé avec les données déjà disponibles et a réalisé un premier recensement des PESP. Pour chaque région, la liste des PESP a été soumise au référent « addiction » de l'ARS pour qu'il la confirme et/ou la complète.

Une cartographie des PESP en 2014.

49 PESP ont été recensés. Ils sont implantés sur 17 régions et 41 départements. Il n'y a pas de PESP outre-mer et dans cinq régions métropolitaines : Alsace, Basse-Normandie et Haute-Normandie, Corse et le Limousin. 1 000 équipes officinales sont impliquées.

Du point de vue du montage administratif, les PESP sont très majoritairement portés par des CAARUD (43 PESP sur 49). Les programmes sont d'ailleurs, dans leur très grande majorité, financés sur les fonds propres de la structure médico-sociale qui les porte. 40 PESP sur 49 fonctionnent ainsi grâce à la Dotation générale de Fonctionnement (DGF). En moyenne, un PESP fonctionne avec 0,2 Equivalent Temps Plein (ETP). Près des deux tiers fonctionnent avec 0,2 ETP ou moins. Avec 7 programmes, l'association qui gère le plus de PESP est AIDES. OPPELIA en gère 3, tout comme le CEID. Aucun autre opérateur ne gère plusieurs PESP.

L'amplitude des programmes est très variable, le nombre de pharmacies impliquées allant de 1 à 176. Le nombre moyen de pharmacies par programme est d'environ 23, ce qui reflète mal la réalité du fait qu'un programme, celui porté par LOGOS que Michel Lemonnier représente ici, rassemble à lui seul 176 pharmacies. De fait si on calcule le nombre moyen de pharmacies par programme en excluant LOGOS, on arrive à 20 pharmacies en moyenne par programme, ce qui est plus proche de la situation réelle. On peut relever que plus de la moitié des programmes (27) ont entre 1 et 19 pharmacies. De manière assez logique, on peut noter un lien entre le nombre de pharmacies impliquées et le temps de travail dédié au programme. Cela est particulièrement vrai si l'on examine la différence du nombre moyen de pharmacies impliquées entre les structures qui y consacrent 0,1 ETP et celles qui y consacrent 0,2 ETP, puisque celui-ci passe de 12 à 23. La différence est en revanche moins nette, dépassé les 0,2 ETP, puisque l'on voit (si on exclut LOGOS) qu'au passage de 0,2 à plus de 0,3 ETP correspond une augmentation du nombre moyen de pharmacies de 23 à 28.

En 2013, 454 145 kits ont été distribués. Une pharmacie impliquée dans un PESP distribue en moyenne 430 kits. Si l'on exclut LOGOS et le Bus 31/32 de Marseille (qui délivre plus de 6 000 kits par an), le nombre moyen de kits délivrés remonte à 490 par pharmacie. Ce chiffre cache malgré tout des disparités. La répartition des programmes selon le nombre moyen de seringues distribuées par pharmacie montre que dans les deux tiers des programmes, les pharmacies distribuent moins de 500 kits et que dans un cinquième, les pharmacies en distribuent entre 500 et 1000 kits.

Le dispositif des PESP est en développement et plusieurs projets sont en cours d'élaboration, notamment en Midi-Pyrénées et en Languedoc-Roussillon. David Michels est confiant que toutes les régions seront couvertes d'ici la fin 2015. De nombreux porteurs de PESP ont entamé des réflexions pour enrichir et adapter le dispositif :

- en engageant les pharmaciens dans une réflexion globale sur la RDR qui dépasse le strict échange de seringue ;
- en diversifiant l'offre de matériel disponible dans les pharmacies.

Malheureusement, des freins existent. Le plus fréquemment évoqué est celui des déchets dont le statut était jusqu'ici encore flou, puisqu'il ne s'agit pas au sens strict de Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI).

De nombreuses pistes d'innovation sont à défricher, par exemple :

- le développement de la distribution de pipes à crack via des PESP dans les territoires concernés ;
- le couplage PESP et Tests Rapides d'Orientation Diagnostic TROD VHC en officine ;

■ le développement d'une enquête nationale sur les usagers du dispositif.

② Un programme d'échange à l'échelle d'un département

● **Michel Lemonnier**

Chef de service, Logos, Nîmes

Michel Lemonnier est chef de service de Logos, une structure qui dépend de l'association APSA 30 située dans le Gard. En 2008, la DDAS a demandé à Logos d'étendre son action sur tout le département. Sur le Gard, 16 structures, réparties sur 5 communes, pratiquaient les échanges de seringues. Il a été demandé à l'équipe de Logos de réaliser un état des lieux de la réduction des risques dans les pharmacies dans le département. L'équipe, bien qu'elle craignait quelque peu leur réaction, est partie à la rencontre des pharmaciens du Gard.

La rencontre avec ceux-ci fut cordiale et très instructive. 255 pharmacies ont été visitées en 2011, parmi lesquelles 207 avaient des usagers de drogues dans leur clientèle (soit environ 990 usagers potentiels). En 2010, ces pharmacies ont vendu plus de 3 000 Stéribox® par mois. Le circuit de collecte des DASRI est inexistant et personne n'avait pensé demander aux usagers de rapporter le matériel usagé. Cet état des lieux a surtout permis de souligner la capacité des pharmaciens à être en lien avec les usagers.

Compte tenu des résultats de cet état des lieux, Logos a décidé de lancer un programme de partenariat avec les pharmaciens. Ces derniers pouvaient choisir la forme de leur partenariat. 50 pharmaciens donneront juste des containers et des Stérifilts®. 50 pharmaciens proposeront pour un Stéribox® acheté un ou plusieurs kits offerts. 62 pharmaciens pratiqueront la gratuité totale du matériel d'injection. Logos propose des formations en officine pour sensibiliser les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie sur les matériels et sur les messages de la réduction des risques. Logos a également organisé la collecte des DASRI pour 8 pharmacies partenaires. Les kits + étaient livrés (plus de 20 000 par an) par l'intermédiaire d'un répartiteur.

En 2012, Logos a proposé aux pharmaciens de signer une charte de la réduction des risques ou une convention d'échange de seringues. À ce jour, 135 pharmacies ont signé la charte et 71 ont signé la convention de partenariat.

② Comment développer les PESP en Midi-Pyrénées

● **Kevin Condé**

Pharmacien, Toulouse

Kevin Condé a été sollicité par la Fédération Addiction pour réfléchir à un projet de développement de programmes d'échange de seringues en pharmacie sur la région Midi-Pyrénées. Cette région se compose de huit départements pour une superficie globale de 45 000 km². Elle est traversée de très vastes zones rurales et le taux de couverture du dispositif médicosocial est faible. On compte environ un CAARUD par département. Néanmoins, leur accessibilité, autant géographique que temporelle, est difficile. Fort de constat, la Fédération Addiction s'est employée à réfléchir aux moyens que l'on pourrait déployer pour améliorer l'accès aux dispositifs de réduction des risques. L'idée a rapidement germé de travailler en collaboration avec des partenaires, et notamment avec des pharmaciens. Ceux-ci sont non seulement des acteurs de santé publique (et donc de soin, de prévention et de réduction des risques), mais le pharmacien, dont le maillage territorial est exceptionnel, bénéficie d'une grande accessibilité.

Les origines du projet

En 2011, les différents CAARUD adhérents de la Fédération Addiction ont pris l'initiative de se regrouper de façon informelle, tout d'abord pour se rencontrer, mais également pour échanger sur leurs actions, leurs succès et leurs difficultés. À l'issue de ces rencontres, il en est ressorti que des expériences de PESP en pharmacie avaient été menées par trois CAARUD sur trois départements et que les résultats obtenus étaient plus qu'encourageants. En 2012, l'ARS Midi-Pyrénées, dans le cadre de son plan régional de santé, a fait le même constat que la Fédération Addiction, à savoir celui d'une insuffisance de la couverture territoriale par les CAARUD et qu'il convenait, pour y remédier, de développer une approche décloisonnée du système d'accompagnement et de soins et de renforcer le dispositif de réduction des risques en impliquant des partenaires. En 2013, la délégation régionale Midi-Pyrénées de la Fédération a organisé une formation sur les missions du CAARUD. Un représentant de chaque CAARUD participait à cette formation et les échanges ont permis d'élaborer le projet de développement des PESP. Dès octobre 2013, un groupe de travail avait été formalisé et le projet a obtenu le soutien moral et financier de l'ARS Midi-Pyrénées.

Les objectifs du projet étaient :

- Créer de la compétence territoriale homogène, mais en maintenant une capacité d'adaptation dans les bassins de santé ;
- Développer des outils de communication ;
- Aller à la rencontre en posant le partenariat et la réciprocité comme valeurs ajoutées ;
- Améliorer l'accès au matériel d'injection dans les zones rurales.

L'année 2014 a été consacrée à la rédaction des documents ressources sur divers sujets, dont, à titre d'exemple, la législation des DASRI. Un support de communication a également été rédigé sur la réduction des risques. Un questionnaire à destination des pharmaciens a été élaboré dans le but de réaliser un premier état des lieux. Le groupe de travail a également travaillé sur un modèle de convention et sur un film dans lequel sont recueillis les témoignages des pharmaciens déjà impliqués dans des PESP.

La phase opérationnelle du projet a été lancée au deuxième semestre 2014. Les CAARUD sont rentrés en contact directement avec les pharmaciens. Pour une première approche, une soirée de formation est proposée sur site.

Kevin Condé tient à préciser que le projet reposait initialement sur la notion d'échange de seringues. Compte tenu des difficultés engendrées par la législation des DASRI, le projet a évolué vers un mode de fonctionnement plus libre. Si la récupération, par le pharmacien, des seringues reste une ambition, elle ne conditionne plus la participation de l'officine au dispositif.

● Questions de la salle

Bernard Pénicaut rappelle que le combat est permanent. Les intervenants ont présenté leurs protocoles, mais n'ont pas insisté sur les difficultés auxquelles ils ont dû faire face. L'organisation de la livraison de kit + par des répartiteurs est aussi complexe que monstrueuse. La problématique des DASRI est, par ailleurs, loin d'être réglée. Les pharmaciens et leurs équipes n'ont aucune couverture en cas d'accident. Ces programmes ont une véritable valeur ajoutée.

Marie Josée Augé-Caumon souhaite aborder la question des DASRI. La loi ne sera pas changée pour la simple raison que les laboratoires ne veulent pas payer pour des médicaments qu'ils ne mettent pas sur le marché.

Une intervenante, pharmacienne, indique qu'elle a participé à un programme de mise en place d'un PESP. Lorsqu'elle démarchait les pharmacies, elle n'a pas rencontré de réticences par rapport au DASRI. Une seule pharmacie – sur les 70 rencontrées – l'a informée qu'elle ne récupérerait pas les DASRI.

Un intervenant fait part des difficultés rencontrées avec les répartiteurs. Il invite les pharmaciens à sensibiliser les équipes de répartiteurs pour les PESP.

QUELLE VALORISATION POUR L'ACTE DE SANTÉ PUBLIQUE EN PHARMACIE D'OFFICINE ?

Modérateur : **Professeur Marie-Pierre Sauvant-Rochat**
Faculté de pharmacie, Clermont-Ferrand

📍 Introduction

● Marie-Pierre Sauvant-Rochat

Marie-Pierre Sauvant-Rochat rappelle, en préambule, que le domaine de la santé publique doit s'inscrire dans une démarche pluridisciplinaire et « pluricomplémentaire ». Or, ce domaine est encore aujourd'hui surreprésenté par le milieu médical. Les autres professionnels de santé n'en sont pas absents, mais ils ne sont pas aussi nombreux qu'ils devraient l'être. Marie-Pierre Sauvant-Rochat croit sincèrement que la complémentarité de tous les professionnels de santé constitue une richesse considérable pour construire un vrai parcours de santé publique et prendre en charge de façon optimale les patients.

La vision de la place des pharmaciens et des officines dans l'acte de santé publique a fortement évolué. Il y a encore très peu de temps, le pharmacien a été considéré uniquement comme l'homme du médicament. Aujourd'hui, il reste bien sûr le spécialiste de l'acte pharmaceutique, mais il est aussi le professionnel de santé pouvant s'impliquer dans d'autres missions de santé publique, comme l'accompagnement du patient. Ce nouveau positionnement a été rendu possible suite à l'intégration des concepts de promotion de la santé, d'éducation à la santé et, plus récemment, d'éducation thérapeutique du patient dans la politique de santé en France.

La loi HPST

La loi HPST 2009 a permis d'accélérer le mouvement en offrant un cadre réglementaire permettant l'évolution des pratiques, laquelle a été consacrée par la Convention Pharmaceutique de 2012. Cette évolution, autant de la position des professionnels de santé que des pratiques, s'est faite naturellement et nous sommes en train, en France, de passer d'une politique de soin (centrée sur la maladie) à une politique de santé (qui accompagne les patients pour prévenir la maladie). Or, cette nouvelle politique sera d'autant plus efficace que tous les acteurs de santé y adhéreront. Les évolutions répondent à une demande, à des besoins, formulés aussi bien par les patients que par les professionnels de santé. Elles doivent, néanmoins, être associées à un échange et une communication coordonnée à l'échelle territoriale.

Une opportunité a été offerte aux professionnels de santé, et les pharmaciens en particulier, avec la publication de la loi HPST. Cette loi réforme le fonctionnement des établissements

de santé, l'accès aux soins ainsi que l'organisation territoriale du système de soins. Elle met, par ailleurs, en avant la notion de prévention en santé publique. Elle propose enfin – et Marie-Pierre Sauvart-Rochat insiste sur ce point – une définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population.

Le premier niveau de recours comprend :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- L'éducation pour la santé.

Force est de constater que le pharmacien trouve naturellement sa place dans tous ces domaines.

La loi HPST a fait l'objet de nombreux commentaires. Marie-Pierre Sauvart-Rochat la résumerait en disant qu'elle est un outil qui permet l'évolution de la pratique officinale. Elle le fait dans la mesure où elle permet de formaliser les pratiques déjà existantes tout en ouvrant le rôle du pharmacien vers de nouvelles missions dans une approche qui favorise la coopération entre tous les professionnels de santé.

De la loi HPST à la pratique professionnelle

La loi HPST a été le point de départ de réflexions (à la fois politiques et économiques) sur les actions et les missions pouvant être concrètement mises en place dans les officines en France. Divers rapports ont été édités, trois d'entre eux méritent qu'on s'y attache : le rapport de l'IGAS de 2011, la Convention pharmaceutique de 2012 et le Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie de 2014.

Le rapport de l'IGAS a formalisé les nouvelles missions de la pharmacie d'officine, parmi lesquelles :

- La réalisation de dépistages à l'officine
- L'organisation du suivi vaccinal / de l'acte vaccinal à l'officine
- La préparation des doses à administrer (PDA)
- L'enregistrement systématique des interventions sur ordonnances
- L'analyse automatisée d'interactions des médicaments (prescrits ou non)
- La formalisation des procédures d'analyse et de contrôle des ordonnances
- La réalisation d'entretien d'accompagnement pour les patients chroniques
- L'instauration du bilan de médication sur prescription médicale
- Le renouvellement de prescription après un bilan pharmaceutique

Ces propositions ont été reprises dans la Convention Pharmaceutique signée en 2012 pour une durée de cinq ans. Celle-ci initie non seulement de nouvelles missions et de nouveaux modes d'exercices, mais introduit la question d'un nouveau mode de rémunération pour le pharmacien d'officine.

Ces missions ont également été reprises dans le rapport de l'Académie de Pharmacie publié le 24 septembre 2014. Ce rapport met l'accent sur les missions d'intérêt public du pharmacien. Il s'appuie sur l'existant et essaie d'aller plus loin en proposant la mise en place de nouvelles missions. Il est structuré en deux chapitres : le développement des missions existantes et le dépassement des missions existantes. Il reprend l'ensemble des thèmes évoqués précédemment et élabore des propositions pour réorganiser l'officine au travers de l'intégration de la qualité et de la coopération médico-pharmaceutique (notamment en

ambulatoire). Il renforce les notions de dispensation d'un traitement, de pharmacien correspondant, de bilan de médication. Il élabore de nouvelles approches pour le dépistage et propose de nouveaux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Enfin ce rapport prévoit le dépassement des missions existantes (ce qui sous-entend de nouveaux textes aussi bien réglementaires que législatifs) : l'administration protocolisée des vaccins à l'officine ; le contrôle glycémique du diabète de type II ; la gestion des ruptures d'approvisionnement par la délivrance temporaire de médicaments identiques importés ; la dispensation d'équivalents thérapeutiques. Le rapport propose surtout une réorganisation des pratiques en développant un volet sur les coopérations interprofessionnelles et évoque la mise en place d'officines spécialisées.

La prise en compte des addictions.

La loi HPST et les textes qui ont suivi ont permis de réfléchir sur les nouveaux positionnements du pharmacien. Or, Marie-Pierre Sauvant-Rochat fait observer que le mot « addiction » n'est jamais évoqué en tant que tel. Il faudra attendre le rapport IGAS 2014 pour inscrire le pharmacien dans la prise en charge des conduites addictives. Ainsi, ce rapport appelle au développement d'une complémentarité et d'une coopération renforcée entre les secteurs du champ sanitaire et du secteur médico-social.

La loi HPST a décrit un cadre réglementaire qui offre au pharmacien la légitimité pour faire évoluer ses pratiques et pour s'affirmer davantage comme un professionnel de santé et un acteur de santé publique. Dans le même temps, la convention pharmaceutique présente les nouvelles missions accessibles au pharmacien d'officine. Mais Marie-Pierre Sauvant-Rochat demeure convaincue que l'engagement vers les nouvelles missions de santé publique, notamment dans le domaine de l'addiction, exige que le pharmacien se les approprie. L'engagement doit être personnel.

Les « nouvelles missions » proposées aux pharmaciens s'inscrivent dans une évolution des pratiques et du modèle économique de l'officine. Quelles seront réellement les « nouvelles missions » des pharmaciens d'officine dans le domaine des addictions ? La réponse ne peut être apportée que par les pharmaciens eux-mêmes, en fonction de leur engagement et de leur appropriation de ces opportunités. Nombreux sont ceux qui s'accordent aujourd'hui sur le fait que la valorisation de l'acte de santé publique en pharmacie d'officine est légitime. La question qui se pose alors est celle des modalités de sa mise en place et sous quelle forme. Cette valorisation doit être financière. Elle n'en demeure pas moins insuffisante. Marie-Pierre Sauvant-Rochat pense que, dans un système de santé publique, la valorisation de l'acte doit également passer par la reconnaissance aussi bien par les pairs que par les patients.

 **Le point de vue syndical**
 **Marie-Josée Augé-Caumon**

Présidente du Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière

Marie Josée Augé-Caumon précise, en préambule, que le Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière regroupe les syndicats officinaux et hospitaliers, la Conférence des doyens, l'Association des maîtres de stages et la Société française de pharmacie clinique. Le Collège n'est pas fermé et souhaite que d'autres membres le rejoignent dans le but d'améliorer les pratiques à l'officine et à l'hôpital. À ce titre, Marie Josée Augé-Caumon est convaincue que le RESPADD est parfaitement légitime pour demander son adhésion au Collège.

Au niveau international, l'aspiration à une redéfinition du rôle du pharmacien s'est concrétisée à travers l'émergence au début des années 90 de la notion de soins

pharmaceutiques. La définition admise de cette notion est « la dispensation responsable des thérapeutiques médicales en vue d'un résultat défini qui améliore la qualité de vie du patient ». Elle traduit la volonté des pharmaciens de ne pas être simplement les professionnels du produit médicament, mais de se voir reconnaître leur rôle auprès du patient. Dans un environnement social, sanitaire et juridique dont l'évolution constante s'accélère, la profession de pharmacien d'officine a connu une véritable mutation. Ainsi, la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoires) de juillet 2009 a reconnu la diversité des missions qui lui sont dévolues au sein des professions de santé, ainsi que de sa place essentielle dans le parcours de santé des patients et la mise en place du premier recours.

Les textes ont défini les rôles des pharmacies d'officines :

- Contribuer aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411- 11 ;
- Participer à la coopération entre professionnels de santé ;
- Participer à la mission de service public de la permanence des soins ;
- Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

Il est également précisé que les officines peuvent :

- Participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients.
- Assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement.
- Être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets.
- Proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Ces quatre dernières « possibilités » deviendront des obligations.

La base légale, la reconnaissance des actes et leur signification étant assises, les missions des pharmaciens ont été inscrites dans la convention pharmaceutique. Marie-Josée Augé-Caumon fait remarquer que le mot « TSO » n'apparaît jamais dans ladite convention. Le Directeur de la CNAM considérait que les TSO consistaient à rémunérer les dealers. La convention évoque toutefois les « traitements à dispensation particulière ». Il n'a pas été possible, toutefois, de valoriser (au même titre que l'asthme et les AVK) les actes des pharmaciens. Pourtant les propositions formulées en ce sens ont été multiples. Pour les TSO, ont été demandés :

- un honoraire de prise en charge d'un patient en réseau avec le médecin traitant correspondant à un entretien d'initiation ou d'accompagnement du patient.
- un honoraire de dispensation.
- un honoraire de fractionnement sur demande du médecin.

Entre temps, un accord interprofessionnel (ACIP) a été rédigé. Les discussions ont échoué et l'ACIP n'a pas été signé. L'accord définit un cadre conventionnel qui sera repris au niveau des ARS et des territoires. Il prévoit des rémunérations pluriprofessionnelles à partager entre les professionnels de santé d'une équipe. Des engagements ont été définis aussi bien pour le médecin que pour le pharmacien.

Le médecin traitant et le pharmacien choisis par le patient s'engagent :

- à se contacter en début de traitement pour organiser ensemble la prise en charge du patient ;

- à revoir fréquemment le patient pendant la période d'initiation du traitement ;
- à organiser l'échange et le retour d'information nécessaire à la bonne conduite du traitement ;
- à organiser l'information du patient sur les risques liés aux associations dangereuses (alcool, benzodiazépines), et à l'injection intraveineuse.

La prise en charge des TSO est sortie d'une convention entre les pharmaciens et l'assurance maladie pour être inscrite dans une convention-cadre plus étendue avec d'autres professionnels. Ce qui semble plus logique, puisque les pharmaciens n'ont jamais eu la prétention de prendre en charge seuls les usagers de drogues. Cette nouvelle convention (non signée, Marie Josée Augé-Caumon le rappelle) définit des niveaux de rémunération. Le montant total de la rémunération par patient devra être partagé entre tous les professionnels de santé de l'équipe prenant en charge ledit patient.

🕒 **Prise en charge du patient tabaco-dépendant en Pays Angevin**

● **Vincent Loubrieu**
Pharmacien, Angers

Le programme de prise en charge du patient tabaco-dépendant en Pays Angevin est né de deux constats. Il a été démontré que l'officine touchait une population plus jeune qu'en centres de tabacologie. Le second constat portait sur l'augmentation du tabagisme chez les 15-25 ans. Fort de ce contexte, le projet avait pour objectif général de diminuer la prévalence du tabagisme chez les 18-30 ans dans le département du Maine-et-Loire au sein d'une quinzaine d'officines. Deux objectifs stratégiques ont été ensuite définis ainsi que les moyens à mettre en place :

- Développer l'accompagnement à l'officine des patients souhaitant fumer
 - Informers les patients de l'officine
 - Trouver un financement
 - Réaliser des entretiens à l'officine
 - Former les pharmaciens
- Promouvoir le projet auprès des personnes compétentes
 - Présenter le projet aux médecins traitants et aux associations concernées
 - Élaborer un répertoire des acteurs du projet.

Le projet pilote regroupe 15 pharmacies en Maine et Loire qui incluent 6 patients par officine pendant un an. Le panel est donc de 90 patients. Le pilotage a été réalisé par l'URPS Pharmaciens Pays de la Loire, par Vincent Loubrieu et Coline Lechaux-Clément. En matière de moyens, le projet bénéficie d'un ensemble de partenaires (URPS Pharmaciens des Pays de la Loire, l'ARS Pays de la Loire, les pharmaciens d'officine volontaires et l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHU d'Angers). Un budget a été prévu pour la formation des pharmaciens volontaires ainsi que pour leur rémunération. La formation des pharmaciens est de 16 heures et représente une enveloppe de 12 000 euros. S'agissant de leur rémunération, un forfait de 200 euros a été conclu pour un premier rendez-vous et deux suivis. Les sommes seront financées par l'URPS.

Vincent Loubrieu présente le protocole d'inclusion du patient au comptoir. Il est basé sur le principe du « conseil minimal ». Le premier intérêt est de déterminer si la personne qui se présente au comptoir est fumeur ou non. Si la personne fume, il conviendra alors de la questionner sur son éventuel désir d'arrêter de fumer. Cette question est fondamentale parce qu'elle permet de commencer à déterminer le stade auquel se trouve le fumeur. Si le fumeur n'envisage pas d'arrêter sa consommation de tabac, le pharmacien ne doit en aucun cas insister. Il peut lui remettre une brochure et lui montrer qu'il reste ouvert au dialogue. Si

la personne a envisagé d'arrêter de fumer, le pharmacien peut alors lui proposer des rendez-vous d'accompagnement.

Trois conducteurs de séance ont été élaborés pour le premier rendez-vous, les suivis et l'entretien motivationnel. Plusieurs outils sont utilisés, notamment le test de Fagerström (ou test de dépendance physique à la nicotine), le test QMat (ou évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac) et la balance décisionnelle. Un carnet de suivi personnel du sevrage tabagique est fourni aux patients.

● Questions de la salle

Marie-Pierre Sauvant-Rochat croit beaucoup dans le projet de Vincent Loubrieu. Elle indique qu'une pharmacie de Clermont-Ferrand est engagée depuis longtemps dans une démarche analogue et a reçu plus de 300 patients pour des sevrages tabagiques. Les résultats sont très positifs. Ces résultats sont un nouvel élément de preuve de l'engagement du pharmacien dans un acte qui mérite une valorisation financière.

CONCLUSION

● Anne Borgne, présidente du RESPADD

Anne Borgne remercie les intervenants. Cette journée s'est avérée particulièrement riche et passionnante. Elle a permis, entre autres, de répertorier toutes les compétences, les champs d'intérêts et les métiers que regroupe le terme « pharmacien ». Anne Borgne a retenu, parmi les sujets forts, la place centrale du pharmacien dans le repérage précoce et l'intervention brève et dans la dispensation des TSO. Le sujet de l'échange de seringues dans les pharmacies a également été traité et la discussion a montré, malgré les difficultés, tout le chemin parcouru en la matière ces dernières années. Le rôle du pharmacien dans les actions de santé publique et la difficulté de reconnaissance, notamment financière, ont également été abordés.

Anne Borgne remercie la DGS et tout particulièrement le Docteur Albert Herszkowicz qui soutient depuis longtemps le RESPADD. Elle remercie également la MILDECA ainsi que l'ensemble des intervenants pour leurs présentations. Elle remercie l'équipe du RESPADD pour l'organisation de ce colloque.

Anne Borgne indique que les 20^{es} rencontres du RESPADD auront lieu les 25 et 26 juin prochains.