

Les programmes d'échange de seringues en pharmacies (PESP) Etat des lieux 2014

**David Michels
Chargé de projets
Respadd**

Introduction

1. Historique, quelques dates

- 1972 : décret du 13 mars qui interdit la vente libre de seringues ;
- 1985: l'association Aides expérimente, en dehors du cadre légal, la distribution de seringues aux usagers ;
- 1987 : décret du 13 mai qui autorise la vente libre des seringues (décret complété par ceux du 24.08.1988 et du 11.08.1989) ;
- 1989: l'association Médecins du Monde met en place, avec l'accord du Ministère, trois programmes expérimentaux de distribution de seringues aux usagers ;
- 1991 : expérimentation du « Képa » par le centre municipal de santé d'Evry qui évoluera vers le Stéribox® ;
- 1994 : autorisation du Ministère pour étendre la vente du Stéribox® à toutes les officines ;
- 1995 : décret du 5 mars autorisant les associations à distribuer du matériel d'injection = cadre réglementaire des PES (Programmes d'échange de seringues).

2. Naissance des PESP

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

- une **offre payante proposée par les pharmacies**, potentiellement **abondante et bien répartie sur le territoire** du fait de l'implantation des officines, moins bien adaptée aux publics les plus précaires;
- une **offre gratuite proposée par les associations**, moins bien implantée (notamment dans les territoires ruraux) mais plus accessibles pour les usagers précaires des centres urbains.

Dans les faits, certains pharmaciens étaient réticents à rendre réellement accessible le matériel d'injection, et de fait les difficultés étaient saillantes en particulier dans les territoires ruraux.

►►► D'où l'idée de **combiner les avantages de la « proximité » du réseau des officines avec la « gratuité » des PES associatifs**, en faisant participer les pharmaciens aux programmes associatifs = naissance des PESP (Programme d'échange de seringues en pharmacie).

Premiers projets émergent par exemple dans l'Ain (1994), dans les Deux-Sèvres (1995), puis progressif développement sur toute la France

3. Objectifs et méthodologie de l'état des lieux

Objectifs

20 ans après ces premières expériences, le Respadd a souhaité mené une courte enquête pour :

- effectuer un recensement exhaustif des PESP existants en France ;
- recueillir quelques données sur le fonctionnement de ces PESP.

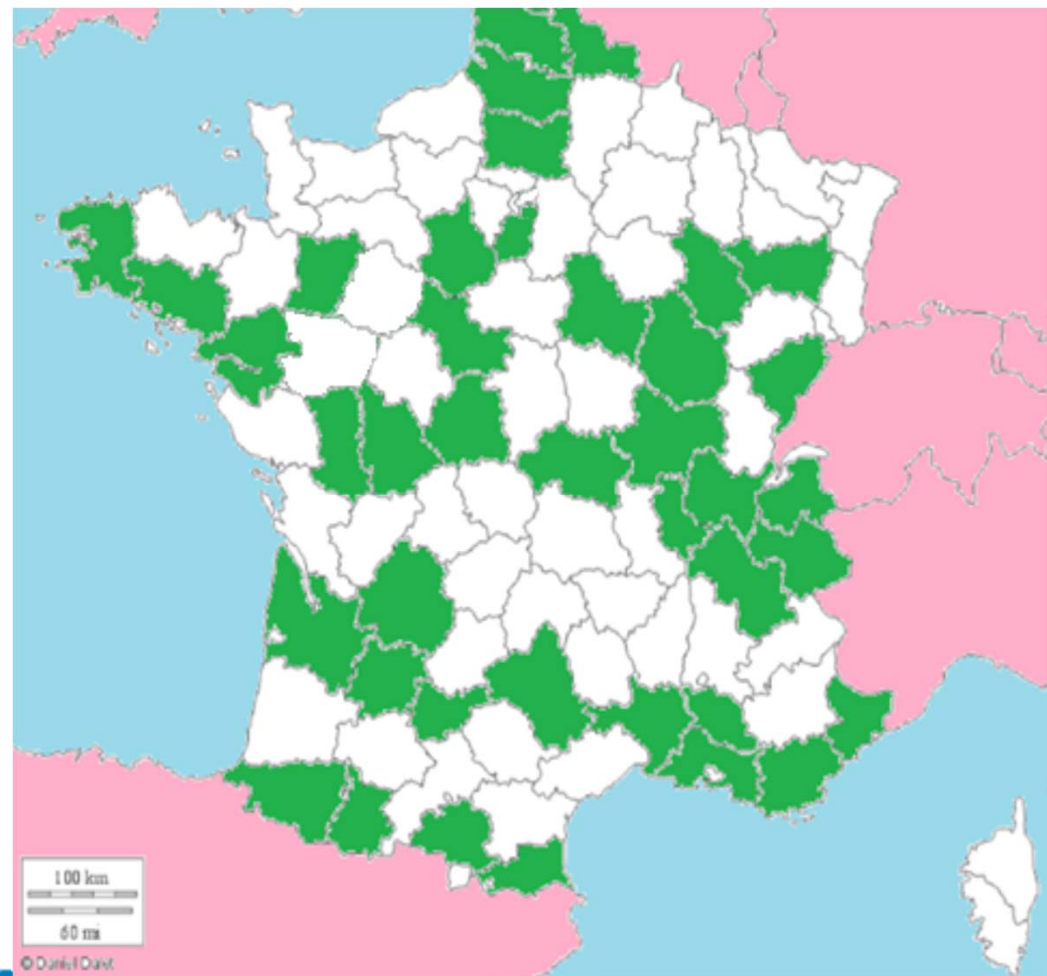
Méthodologie

- repérage des PESP à partir des recensements existants, du site *Psychoactif*, d'Internet, etc. ;
- envoi à chaque ARS, pour confirmation, de la liste des PESP repérés ;
- recueil des données par mail auprès des structures portant des PESP ;
- relance, le cas échéant, de ces structures par téléphone pour le recueil des informations manquantes.

La situation des PESP en 2014

49 PESP, répartis sur :

- **17 régions** (toutes métropolitaines)
→ absence de PESP:
 - > dans les régions/départements d'Outre Mer ;
 - > en Alsace, Basse-Normandie, Corse, Haute-Normandie et dans le Limousin.
- **41 départements**
- Près de **1000 équipes officinales** impliquées



Description des PESP

Structure porteuse

Type de structure	Nb de PESP
CAARUD	43
CSAPA	3
Réseau	3

Financement

Financement	Nb de PESP
Dotation générale de fonctionnement du Caarud ou du Csapa	40
Autres (ARS, Mildeca, commune, département)	9

Opérateur

Opérateur	Nb de PESP
AIDES	7
OPPELIA	3
CEID	3
Autres	36

Temps de travail dédié

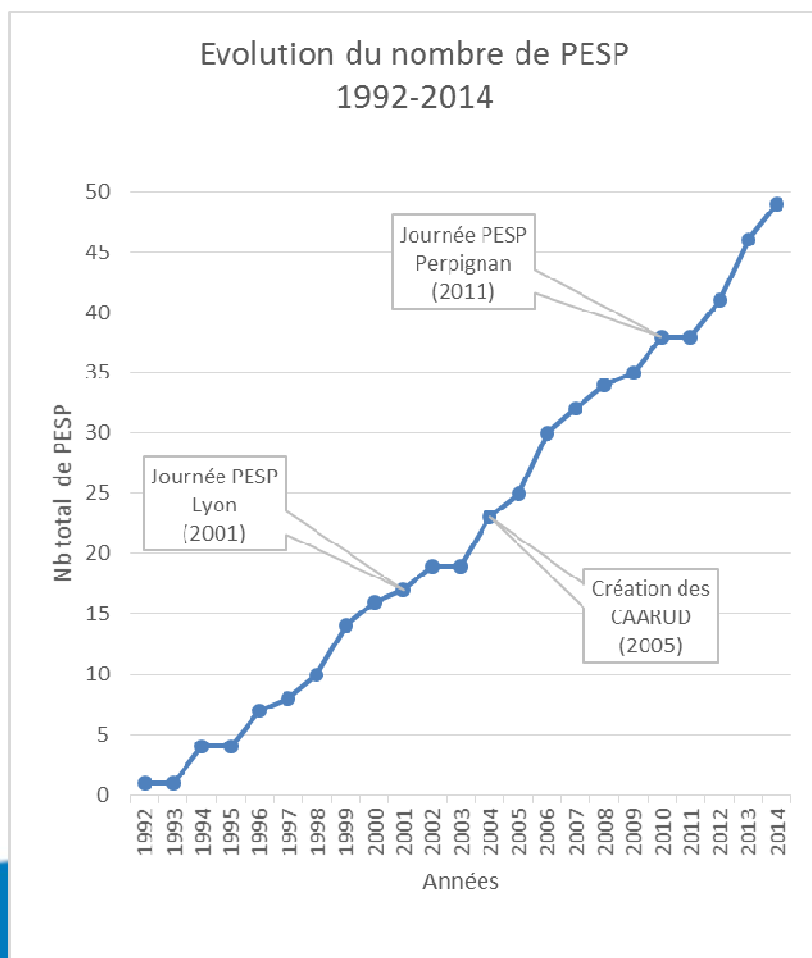
ETP	Nb de PESP
0,1	19
0,2	14
0,3	3
0,4	1
0,5	9
Créations 2014	3

Un PESP fonctionne avec en moyenne avec 0,2 ETP

Le développement du dispositif dans le temps

Le nombre de PESP a régulièrement augmenté depuis 1992.

Depuis 2009, l'amplitude du dispositif a, peu ou prou, doublé.



	SAFE (2009)	Respadd (2014)
Nb de PESP	26	49
Nb de départements	24	41
Nb de pharmacies	± 500	± 1000

Amplitude des programmes

Le nombre moyen de pharmacies par programme est de 23.

Sans LOGOS, il est de 20 (stabilité par rapport à 2009 – 21)

Répartition des PESP selon le nombre de pharmacies impliquées

Nb de pharmacies	Nb de programmes
1-9	14
10-19	13
20-29	8
30-39	4
40-49	3
50-59	2
60-69	1
70-79	0
80-89	0
90-99	0
100 et +	[LOGOS →] 1
Créations 2014	3

Nombre moyen de pharmacies par PESP selon la moyenne d'ETP

Nb d'ETP	Nb moyen de pharmacie
0,1 (n=19)	12
0,2 (n=14)	23
+ de 0,3 (n=13)	40
+ de 0,3 (sans LOGOS, n=12)	28

Activité des PESP

Nb moyen de kits+ par pharmacie	Nb de programmes
0-249	16
250-499	13
500-749	6
750-999	4
1000-1249	3
1250-1499	0
/ ... /	
1750-1999	
2000-2249	1
2250-2499	0
2500-2749	2
2750-2999	0
/.../	
6000-6249	
6250-6599	[une seule pharmacie→] 1

En 2013, **454 145 Kits +** ont été distribués

Nb moyen de kits distribués par pharmacie en 2013 = **430**

Nb moyen de kits distribués par pharmacie en 2013 sans LOGOS et sans Bus 31/32 = **485**

Conclusion et perspectives

Le dispositif des PESP est en développement et plusieurs projets sont en cours d'élaboration : en Midi-Pyrénées, en Languedoc-Roussillon, etc.

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.

Mais des freins existent, le plus fréquemment évoqué étant celui des déchets, et dont le statut était jusqu'ici encore flou, puisqu'il ne s'agit pas au sens strict de 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 du PESP / TROD VHC en officine ;
- le développement d'une enquête nationale sur les usagers du dispositif ; etc.

C'est pour soutenir le développement des PESP que le Respadd a développé des outils qu'il met à disposition des PESP existants ou en devenir.

Outils disponibles

CHARTRE de la RÉDUCTION DES RISQUES EN PHARMACIE D'OFFICINE dans le cadre d'un programme d'échange de seringues

Les signataires s'inscrivent dans une démarche de santé publique et reconnaissent que la réduction des risques a fait la preuve de son efficacité pour réduire les dommages somatiques, psychologiques et sociaux liés aux usages de produits psychoactifs, notamment en ce qui concerne la prévention des transmissions virales.

Ils s'engagent donc :

1. **PERMETTRE** aux usagers de drogues l'accès gratuit au matériel stérile d'injection et aux matériels de réduction des risques liés aux autres modes de consommation selon les conditions fixées par le programme dans lequel ils s'inscrivent ;
 2. **FAIRE CONNAÎTRE** l'existence du programme d'échange de seringues en pharmacie auquel ils participent auprès des usagers de drogues qui fréquentent leurs officines et leurs structures ;
 3. **GARANTIR** la confidentialité, si nécessaire l'anonymat, des usagers de drogues qui le souhaitent ;
 4. **ORIENTER, RENSEIGNER et INFORMER** les usagers de drogues : de manière individualisée en répondant aux demandes exprimées ou en les devant s'ils jugent que la situation le justifie et/ou de manière collective en relayant et diffusant les messages de réduction des risques, les conseils et les guides élaborés à leur destination par les associations et les institutions ;
 5. **PROMOUVOIR** le recours régulier et fréquent des usagers de drogues au dépistage des infections virales au VHC, au VHB et au VIH et, dans le cas du VHB, à l'INCITER à la vaccination ;
- et aussi :
6. **RESPONSABILISER** les usagers de drogues en leur donnant les moyens de s'approprier les outils et les méthodes permettant de réduire les risques pour eux et pour leur entourage, en expliquant notamment les principales règles à suivre pour la récupération du matériel d'injection et en valorisant leurs compétences et les bonnes pratiques qu'ils mettent déjà en œuvre ;
 7. **RESPECTER** les usagers de drogues en se gardant de tout jugement et de toute discrimination, en reconnaissant leur autonomie, tout en conservant leur libre arbitre pour évaluer les demandes des usagers et intervenir au mieux dans le respect de leurs éthiques professionnelles et des réglementations relatives à leurs professions respectives ;
 8. **COMBATTRE** les préjugés qui circulent sur les personnes qui consomment des produits psychoactifs licites ou illicites en rappelant que les produits ne sont pas l'unique cause de l'addiction, et que les individus ne doivent pas être réduits à leurs consommations et à leurs pratiques ;
 9. **ASSURER** la bonne gestion des matériels d'injection stérile, en respectant les règles de qualité, d'approvisionnement, de stockage et de récupération qui ont été fixées par le programme et les textes réglementaires, en signalant tout dysfonctionnement, en faisant évoluer si nécessaire les procédures ;
 10. **PARTICIPER** à l'amélioration collective du programme afin que celui-ci s'adapte aux nouvelles réalités et offre une prestation de qualité en collaborant aux évaluations internes et externes, en proposant des pistes d'amélioration, en se formant et en veillant à la formation de leurs équipes.

RESPONSABLE DE L'OFFICINE

RESPONSABLE DE LA STRUCTURE MÉDICO-SOCIALE

