

LE RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS **RESPADD**,
EN COLLABORATION AVEC
L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LA RÉDUCTION DES RISQUES **AFR**,
LA **FÉDÉRATION ADDICTION**
ET L'ASSOCIATION **ASCODE**

Contributions à la MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME d'échange de seringues en pharmacie

Réalisé avec
le soutien financier de
LA DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA SANTÉ,
LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE
DE LUTTE CONTRE LA DROGUE
ET LA TOXICOMANIE.

DÉCEMBRE 2011



Remerciements

Direction générale de la santé

- Albert HERSZKOWICZ
- Gilles ESNAULT
- Ezra DANIEL

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

- Elisabeth PFLETSCHINGER
- Ruth GOZLAN

Ordre des pharmaciens

- Jean-Charles TELLIER
- Bernard MINNE
- Serge CAILLIER
- Karine PANSIOT

AFR

- Serge LONGÈRE
- Lionel SAYAG
- Marie DEBRUS

Fédération addiction

- Jean-Pierre COUTERON
- Nathalie LATOUR

AFSSAPS

- Nathalie RICHARD

Centre d'addictovigilance Clermont-Ferrand

- Nicolas AUTHIER

INPES

- Anne GUICHARD
- Vincent FOURNIER

OFTD

- Cristina DIAZ-GOMEZ

CESPHARM

- Fabienne BLANCHET

CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES :

→ ASCODE, Perpignan

- Michel DHEUR
- Florian MÉGIA

→ RUPTURES/ARIA, Lyon

- Florent MARTEL

→ LOGOS, Nîmes

- Michel LEMONNIER
- Sébastien PARNEIX
- Véronique DELAFORGE

→ SEDAP, Dijon

- Didier RÉGIS
- Emmanuel BENOÎT

→ ATYPIK, Lens

- Benoît CAULIEZ
- Vincent CROIZE

PHARMACIENS :

→ Association Pharm'Addict

- Stéphane ROBINET

→ Personnes ressources

- Bernard PÉNICAUD, Niort
- Patrick FABRY, Plouhinec

Avant-propos

C'est avec plaisir que nous vous présentons au nom du Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions ce guide intitulé « Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie ».

Ce document s'inscrit dans la suite des actions de sensibilisation et de formation des pharmaciens à la prévention et à la prise en charge des pratiques addictives soutenues par la Direction générale de la santé et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie depuis 2009. À ce titre le RESPADD a été chargé de la formation de l'ensemble des référents « addiction » de l'Ordre des pharmaciens et de l'organisation de formations pilotes au « repérage précoce – intervention brève » à destination des pharmaciens d'officine.

Depuis début 2011 le RESPADD anime un groupe de travail sur la place du pharmacien comme acteur de la réduction des risques liés à l'usage de drogues et sur les programmes d'échange de seringues en pharmacie. Les travaux issus de ce groupe de travail ont permis la rédaction du présent document qui accompagne l'organisation de la conférence « Les pharmaciens, acteurs de la réduction des risques » le 6 décembre 2011 à Perpignan.

Vous retrouverez dans ce document les contributions des différents acteurs et partenaires impliqués dans la mise en place de programmes d'échanges de seringues en pharmacie. D'une grande richesse, il donne des éléments pratiques à ceux qui souhaitent s'investir ou mettre en place ce type de dispositif tandis qu'il permettra à ceux déjà investis de profiter d'autres expériences.

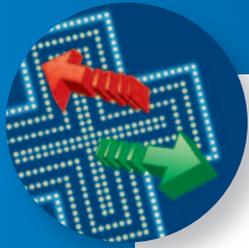
Vous souhaitant une bonne lecture,

Dr Anne BORGNE
Présidente du RESPADD

Nicolas BONNET
Directeur du RESPADD

Sommaire

Avant-propos	1
<hr/>	
Contribution de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie	4
Contribution de la Direction générale de la santé	6
Contribution de la Fédération addiction	8
Contribution de l'Association française pour la réduction des risques	10
<hr/>	
Objectifs des programmes d'échange de seringues en pharmacie	12
Mise en place d'un réseau de pharmacies	14
Valorisation du travail et de l'implication des équipes officinales	18
Réglementation encadrant la récupération et le transport des matériels souillés	19
Assurance et protection juridique	22
La formation des équipes officinales	24
Communication	25
Évaluation	26



Échanger des seringues en officine

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie tient à encourager les actions relatives à la réduction des risques via le réseau officinal, en raison du rôle important de santé publique que peuvent jouer les pharmaciens d'officine, professionnels de santé harmonieusement répartis sur le territoire national.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 a prévu les mesures suivantes relatives aux officines de pharmacie :

- **Mesure 3-2-5** / *Créer et mettre à disposition des outils d'aide au repérage, au conseil minimal et à l'orientation, adaptés aux pharmaciens et à leurs équipes officinales*
- **Mesure 3-8-5** / *Étudier le rôle des pharmaciens dans la diffusion du matériel d'injection stérile aux usagers de drogues et dans la dispensation des médicaments de substitution aux opiacés.*

Un groupe de travail a été constitué et a réuni pendant plus d'une année des représentants des officines et des professionnels de la toxicomanie.

Une campagne d'affichage encourageant les usagers à parler de leurs consommations à leur pharmacien a eu lieu dans les officines.

Une campagne d'information sur les usages de substances psychoactives à destination des pharmaciens a été initiée par le RESPADD et relayée par les conseils régionaux de l'Ordre des pharmaciens.

Elle se prolonge grâce à une subvention de la DGS pour ce colloque relatif aux échanges de seringues.

Une enquête, gérée par l'AFSSAPS et le CEIP de Toulouse, portant sur le rôle des pharmaciens dans la réduction des risques (RDR) liés à la toxicomanie apporte un éclairage :

- Il apparaît que le pharmacien est un fournisseur essentiel de kits *Stéribox*, mais qui délivre peu de seringues à l'unité, ou d'autres matériels de réduction des risques tels que *Stérifilt* ou cupules.
- Pour ce qui concerne l'initiative du traitement de substitution, le pharmacien n'apparaît qu'en 5^e position, mais la relation de confiance qu'il établit avec le patient soigné est un des éléments les plus importants pour le suivi du traitement.

Par ailleurs, il apparaît à la lecture de l'expertise collective Inserm 2010 sur la réduction des risques, qu'en raison de l'insuffisance de l'accès au matériel stérile, la pratique d'échange ou de réutilisation de la même seringue persiste chez les usagers de drogues ; cette situation constitue un facteur important quant à la dissémination des maladies infectieuses.



Pourquoi favoriser les programmes d'échanges de seringues en officines ?

Parce que le pharmacien est un acteur essentiel dans la mise en œuvre de la politique de RDR : de par sa visibilité en tant que professionnel de santé (toutes les formations continues et initiales vont rendre l'addictologie de plus en plus lisible) ; mais également car le réseau officinal est géographiquement le meilleur pour une diffusion massive de matériels et d'informations visant la réduction des risques, et le soin. Les données de 2003 concernant le dispositif officinal font apparaître que 85 % des pharmacies reçoivent au moins un usager de drogues par mois dans leur officine, pour des demandes de matériel ou de médicaments.

Il faut cependant améliorer les échanges entre les officines, les patients ou usagers de drogues, mais également les médecins et les acteurs des structures de soins ou d'accueil spécialisés pour améliorer les mesures mises en place.

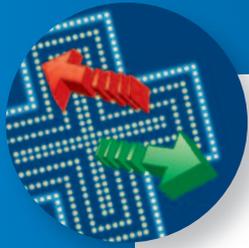
Pour ce qui concerne la transmission du VHC en particulier, une étude de cohorte à Amsterdam⁽¹⁾ a montré que la seule politique efficace est l'approche combinant une mise à disposition de traitements de substitutions aux opiacés (TSO) et l'accès à des programmes de RDR (y compris échange de seringues et petits matériels) ; le pharmacien délivrant des TSO peut donc être considéré comme un pivot de cette politique.

Etienne APAIRE

*Président de la Mission interministérielle
de lutte contre la drogue et la toxicomanie*

(1) Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007; 102 (9): 1454-1462.





Étendre les ressources locales pour la réduction des risques

La loi de santé publique du 9 août 2004 (articles L-3121-3 et L-3121-4 du Code de santé publique) consacre le principe de la réduction des risques afin de « *prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants* ». Cette loi confirme la responsabilité de l'État dans la mise en œuvre des politiques de réduction des risques. Le ministère chargé de la Santé s'est attaché à développer les actions dans ce domaine dans le cadre d'un référentiel national.

En 2006, le dispositif d'accueil des usagers de drogues (UD) a été restructuré et consolidé : de nombreux programmes et services œuvrant dans le champ de la réduction des risques (RDR) ont acquis le statut d'établissement médico-social en tant que centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). On dénombre en 2009 130 CAARUD, dont 6 dans les territoires ultramarins. Néanmoins, ils ne couvrent pas l'ensemble du territoire et sont en particulier peu présents en périphérie des villes de province et en milieu rural. Dès lors, il y a lieu de se tourner vers d'autres acteurs locaux de santé publique, dont les pharmaciens d'officine.

La pharmacie, de par son accessibilité, est un lieu idéal de mise en place d'une action de santé publique à destination des usagers de drogues. Elle favorise la possibilité de contact et d'orientation vers le circuit local de prise en charge. Le pharmacien, à travers son implication, joue un rôle central en direction des usagers de drogues, notamment par la délivrance de traitements de substitution mais aussi de matériel d'injection stérile.

La mobilisation des pharmaciens dans la vente libre des seringues a été forte mais des inégalités territoriales persistent. L'accessibilité des seringues et des kits d'injection devrait être effective dans l'ensemble des pharmacies françaises.

Les programmes de dons de matériels d'injection en pharmacie, avec ou sans échange du matériel souillé, communément appelés « programmes d'échanges de seringues (PES) en pharmacie » doivent trouver, motiver et former des pharmaciens partenaires.

Encore insuffisamment développés, ces programmes ont prouvé, dans les lieux où ils été expérimentés, qu'ils contribuaient fortement à renforcer la couverture géographique en matière d'accès à la réduction des risques. Ils permettent de toucher une population qui ne fréquente pas ou peu les structures d'accueil de type CAARUD, notamment en raison des problèmes d'éloignement mentionnés ci-dessus.



Les coopérations locales constituent un élément-clé pour le succès des programmes.

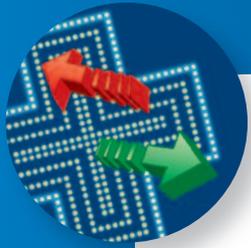
Il y a lieu d'encourager les coopérations locales entre acteurs de la RDR, notamment les médecins de ville, les pharmaciens et les structures médico-sociales du dispositif spécialisé.

Plusieurs programmes de PES en pharmacie fonctionnent grâce à de telles coopérations : les équipes des CAARUD font des tournées régulières dans les officines ; elles se chargent de l'approvisionnement des pharmacies en kits stériles et en documents de prévention. Cette modalité, qui a fait la preuve de son efficacité, est à étendre sur le territoire en mobilisant les ressources locales, collectivités territoriales et agences régionales de santé.

La structuration de cette offre territoriale repose sur les Agences Régionales de Santé.

Dr Jean-Yves GRALL
Directeur Général de la Santé





Une complémentarité de savoir-faire pour accompagner l'utilisateur dans son parcours de santé

Les réponses aux addictions se partagent entre acteurs de la ville, médecins, pharmaciens et travailleurs sociaux, ceux des établissements sanitaires et des dispositifs médicaux sociaux, CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques). Chacun apporte ses compétences et ses pratiques, dépendant de ses modalités d'exercice dans un accompagnement qui reste commun.

Une précédente action, déjà conduite par le RESPADD avec la MILDT et le conseil de l'Ordre des pharmaciens, s'était intéressée à conforter l'implication des pharmaciens de ville dans la prise en charge des addictions, notamment pour en faire des partenaires supplémentaires d'un meilleur accès aux soins. Sur la prévention et les messages d'information, sur l'intervention précoce, sur l'éducation thérapeutique, ils travaillent avec les acteurs du dispositif spécialisé. Chacun respecte les logiques de l'autre, avec la seule volonté d'élargir et de compléter l'accès aux solutions proposées. Et pour les substitutions, aux opiacés comme à la nicotine, pour les différents traitements, ils sont un recours ô combien précieux pour en garantir un accès large et de qualité.

L'action proposée ici est centrée sur une question plus précise, les programmes d'échange de seringues. Mesure symbolique s'il en est, puisque dès 1987, avec le décret dit "Barzach", la mise en vente libre des seringues fut une des premières mesures du nouveau paradigme de l'accompagnement des usagers. Elle fera très vite la preuve de son efficacité : loin d'entraîner une accentuation du recours à l'injection, elle permettra une inversion des courbes de contamination.

Dans les établissements de santé, les pharmaciens sont partenaires de ces actions, et de plus en plus ils intègrent les équipes des CSAPA et des CAARUD. Les officines de ville assurent un maillage sur tout le territoire avec lequel un jour ou l'autre l'utilisateur sera en contact. Cependant comme toute mesure d'accès spécifique dans un dispositif de santé généraliste, elle peut donner lieu à des représentations qui peuvent susciter des questions, parfois aboutir à des incompréhensions, voire des rejets, au point que ce qui devait ouvrir un nouvel accès devient source de problème. C'est l'interaction entre les acteurs spécialisés et les

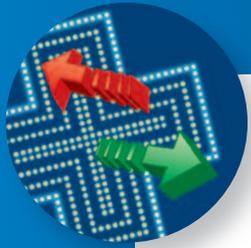
acteurs de la ville qui va permettre de lever ces difficultés. Ainsi les trois pôles « villes, établissements hospitaliers et dispositif médico-social », en cohérence avec les plans de santé publique, deviennent partenaires d'une réponse diversifiée et étagée qui est absolument nécessaire.

Cette complémentarité et ce travail de coordination assurent à l'utilisateur un parcours de soin simplifié quelle que soit sa trajectoire. Ils contribuent à une couverture territoriale équilibrée.

Partager nos expériences pour dépasser ces contradictions, construire des solutions s'appuyant sur des compétences et des positionnements complémentaires ne peut qu'aider l'utilisateur qui le souhaite à avancer sur son parcours de soin. Cela permettra d'en réduire les risques pour lui comme pour les différents environnements dans lesquels il vit.

Jean-Pierre COUTERON
Président de la Fédération addiction





L'importance de programmes d'échange de seringues en pharmacie

La réduction des risques (RDR) est née dans les années 1980 alors que la prévalence du VIH était considérable notamment auprès des injecteurs d'héroïne. Les dispositifs mis en place (traitements de substitution, programmes d'échange de seringues, espaces d'accueil spécialisés) avaient permis de retisser le lien avec les usagers. Ces derniers avaient appris à se protéger du virus en modifiant leurs pratiques, les overdoses et les contaminations avaient chuté de manière spectaculaire mettant un frein à l'épidémie de Sida. L'état de santé des personnes s'était ainsi grandement amélioré.

Fort de ce succès, la politique de RDR est désormais inscrite dans la loi de santé publique du 4 août 2004. Aujourd'hui, nous devons faire face à de nouveaux défis dont l'épidémie d'hépatite C qui touche principalement les usagers de drogues par voie intraveineuse. Plus de 60 % d'entre eux sont infectés par ce virus plus résistant et ayant une bien plus grande capacité de transmission. De plus, la méconnaissance de ce virus et la non prise en compte de certaines pratiques telles que le partage et la réutilisation des cotons et du petit matériel ont permis au virus de l'hépatite C (VHC) de se propager largement. Il s'agit donc aujourd'hui de s'adapter à ce redoutable adversaire et les usagers doivent de nouveau faire évoluer leurs pratiques pour mieux contrer sa dissémination.

Les pharmaciens d'officine, en tant que professionnels de santé publique au cœur de la cité, semblent les maillons incontournables de la lutte contre le VHC auprès des usagers. En effet, entre délivrance des traitements de substitution, des anti-rétroviraux utilisés pour le Sida ou l'hépatite C, des médicaments psychotropes de manière générale et du matériel d'injection, le pharmacien d'officine apparaît comme un professionnel inévitable pour tout usager de drogue. Cette position n'est cependant pas si simple à tenir et comporte de nombreuses difficultés.

Ainsi, les pharmacies parisiennes semblent particulièrement réticentes à toute action auprès de cette population. Le *Stéribox*® serait notamment moins accessible à Paris que dans les autres villes du territoire français. Des difficultés de délivrance peuvent aussi apparaître en milieu rural notamment où la pharmacie est le seul endroit où l'usager peut venir prendre du matériel d'injection. Difficulté alors cette fois pour lui, d'aller dans l'officine de son village et d'être stigmatisé...

La prévention de l'hépatite C ne se résume pas à un effort de pédagogie de l'injection aseptique. La proximité et la gratuité de l'accès au matériel stérile sur l'ensemble du territoire sont deux des conditions nécessaires au contrôle de l'épidémie du VHC. Prévenir les risques consiste alors en tout premier lieu à mettre à disposition du matériel stérile en des endroits divers et variés.

Le pharmacien tient une place toute particulière en tant qu'acteur de santé de proximité puisque les pharmacies distribuent 15 millions de seringues par an aux usagers, soit plus de 90 % des seringues qui leur sont destinées. De 55 à 94 % des officines, selon les régions, proposent le *Stéribox*®. La mise en vente en officine

de cette trousse de prévention renforce le positionnement du pharmacien en tant qu'acteur de santé au cœur de la cité et interlocuteur privilégié des personnes qui consomment des drogues par voie intraveineuse dans la lutte contre le Sida et l'hépatite C.

La mise en place de programmes d'échange de seringues (PES) au niveau des pharmacies d'officine met à profit cette proximité et ce positionnement : 23 000 pharmacies d'officine sur tout le territoire pour 55 heures d'ouverture hebdomadaire en moyenne.

En 2010, l'AFR avait organisé une journée thématique pour promouvoir les expériences qui marchent en matière de lutte contre l'épidémie d'hépatite C. Un des quatre axes de travail portait sur ces PES en officine qui restent encore trop souvent des exceptions alors qu'ils ont démontré leur efficacité, en France et à l'international, tant en termes de santé publique qu'au niveau de l'amélioration du tissu social (amélioration des relations entre les usagers et les équipes officinales, réduction des nuisances, promotion de l'accès aux soins et valorisation du réseau de santé local, etc.). Malheureusement, les savoir-faire des pharmaciens sont souvent méconnus et les structures de RDR ne sont pas toujours suffisamment en lien avec le réseau officinal. À l'inverse, les équipes officinales ne connaissent pas suffisamment la RDR et ses acteurs alors qu'elles se sentent parfois seules face à des situations difficiles et qu'elles ne savent pas qui interpeller. Comment faciliter la communication et le travail de partenariat possible avec les structures spécialisées (CAARUD, centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et CSAPA, centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) ? Comment valoriser les savoir-faire de chacun et améliorer encore la RDR en France auprès des usagers de drogues ?

C'est donc face à ce constat qu'il apparaît comme toujours d'actualité de travailler auprès des pharmaciens et de soutenir toute initiative qui prendrait compte de l'avancement de ce type d'actions.

L'Association française pour la réduction des risques en tant qu'association nationale soutient les initiatives des associations militantes qui vont à la rencontre des praticiens des officines. C'est dans cet esprit qu'il nous est apparu comme une évidence de soutenir et de participer à la deuxième journée nationale des Programmes d'Échange de Seringues en pharmacie à Perpignan le 6 décembre.

L'officine est bien un lieu d'orientation, de distribution de matériel d'injection, de promotion du dépistage, de suivi des traitements (de substitution, psychotropes, antirétroviraux, etc.) voire d'éducation thérapeutique d'autant plus depuis la mise en place de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires). Il s'agit là d'un véritable espace de promotion de la santé. Les pharmaciens sont de véritables acteurs de la RDR et il est important qu'ils soient considérés comme tels.

Et peut-être pourra-t-on un jour aller plus loin et imaginer que les pharmaciens fassent partie intégrante des équipes des CAARUD et/ou des CSAPA.

Serge LONGÈRE
Président de l'AFR

Marie DEBRUS
Pharmacien, vice-présidente de l'AFR





Objectifs d'un programme d'échange de seringues en pharmacie

→ Pourquoi un programme d'échange de seringues en pharmacie ?

● LA MISE À DISPOSITION GRATUITE DE SYSTÈMES D'INJECTION EN PHARMACIE : LE PHARMACIEN AU CŒUR DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

Les pharmacies constituent grâce à leur répartition dans la cité un réseau de proximité sans équivalent pour l'accessibilité du matériel d'injection. Elles sont un passage obligé pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI).

De par leur accessibilité, tant spatiale que temporelle, elles sont un lieu idéal de mise en place d'une action de santé publique à destination des usagers de drogues avec possibilité de contact et d'orientation vers le circuit de prévention et de prise en charge local. Le pharmacien, à travers son implication, y joue un rôle central à disposition des usagers de drogues, notamment par la délivrance de matériel d'injection.

Cependant à ce jour, l'implication des pharmaciens et de leurs équipes dans les programmes reste une démarche libre et volontaire.

Le rapport de l'Inserm sur la réduction des risques chez les usagers de drogues paru en 2010 indique que :

- **85 %** des pharmaciens reçoivent au moins un usager de drogues par mois dans leur officine.
- **près de 40%** des pharmaciens se disent prêts à s'engager dans un programme d'échange de seringues.

Par ailleurs, ce même rapport relève que le ratio seringue/usager en France est de 170 seringues/an/usager injecteur actif confirmant ainsi les données disponibles sur la très forte réutilisation des seringues.

Cette donnée, combinée à la persistance de contaminations par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et surtout par le virus de l'hépatite C (VHC) au sein des populations d'injecteurs, amène à vouloir mieux répondre aux besoins en matériels d'injection.

● LE FONCTIONNEMENT DES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIE REPOSE SUR LA PROXIMITÉ

Les programmes d'échange de matériel d'injection en pharmacie sont originaux tant par leur développement que par leur implantation dans des contextes différents.

Ils partent tous d'un même constat : la place du pharmacien comme acteur de santé et de prévention dans le cadre de la politique de réduction des risques.

Ils mettent à profit la place stratégique de la pharmacie dans la cité qui lui confère un rôle d'observatoire des pratiques, des comportements à risque et des mésusages.

La pharmacie, espace non stigmatisant contrairement à une structure spécialisée, est aussi un lieu de passage privilégié des jeunes et des nouveaux injecteurs, groupe à forte prévalence de comportements à risque.

● DES PROGRAMMES INTÉGRÉS

Le rapport australien « *Return on investment in needle and syringe programs in Australia* » publié en 2002 conclut que les programmes d'échange de seringues s'inscrivent parfaitement, de manière complémentaire et non concurrentielle, dans l'offre existante de matériel d'injection proposée aux UDVI.

● MOBILISATION, DÉVELOPPEMENT DES EXPÉRIENCES ET MÊMES CONCLUSIONS :

- Augmentation du volume délivré sans augmentation de la file active
- Amélioration des relations avec les UDVI

Différentes expériences européennes (MSC Espagne, NHS Ecosse et sud de l'Angleterre, ANF Portugal) démontrent qu'un programme d'échange de seringues s'appuyant sur un réseau de pharmacies volontaires permet d'augmenter de manière importante la délivrance de matériel de prévention sur le secteur sans augmentation de la file active. Tout en améliorant les relations entre les usagers et les pharmaciens, l'accès aux soins est également facilité lorsque l'équipe officinale est formée spécifiquement au programme et aux circuits de soins locaux.

C'est sur ces constats que se base la création des programmes d'échange de seringues en pharmacie.





Mise en place d'un réseau de pharmacies

● PRINCIPES

Les pharmacies volontaires participent à un « programme d'échange de seringues décentralisé ». Elles sont formées et soutenues continuellement dans leur action afin de les rendre réellement participantes à l'entreprise engagée. Elles doivent être capables, en fonction de situations ou des demandes, d'orienter les usagers de drogues vers le réseau de soins ambulatoire et hospitalier locorégional participant à la prise en charge globale des usagers de drogues. Aussi, au-delà des activités de base consistant en l'échange d'un kit usagé contre un kit neuf, le pharmacien assure un rôle d'acteur de santé publique. Il incite à un dépistage viral (VIH, VHC, VHB) et favorise l'orientation des usagers de drogues vers le dispositif de soins et de dépistage local.

Le pharmacien a dans ce projet, à travers sa formation et son implication, un rôle central à disposition des usagers de drogues : mise à disposition de matériel stérile destiné à la préparation à l'injection, récupération des seringues usagées, orientation, participation aux campagnes de prévention.

● CONNAISSANCE ET RECONNAISSANCE DES ACTEURS DE PROXIMITÉ

La connaissance des acteurs de proximité est indispensable afin d'être ensemble plus efficaces au service de l'utilisateur.

Le travail en commun ou « en réseau » sur un territoire, entre les pharmaciens et des structures associatives, suppose que ces acteurs se parlent, se rencontrent et apprennent à se connaître. Les moyens humains et le temps à investir nécessaires peuvent freiner ces rencontres. Il faut les valoriser suffisamment dans les dossiers de financement afin que cette période d'échanges et de rencontres puisse aboutir au partage d'objectifs communs.

Il est important d'associer à cette phase la notion de la « reconnaissance » du travail accompli en premier recours par les pharmaciens et leurs équipes. Il est nécessaire ici de convaincre les institutionnels et tutelles, mais aussi les acteurs associatifs et hospitaliers pour faire évoluer leurs certitudes souvent anciennes. Il faut, collectivement, valoriser et communiquer sur les compétences des pharmaciens et ses limites dans ce domaine comme dans d'autres.

Les notions de formation et d'accompagnement des équipes dans un tel programme sont fondamentales.

Lors de la mise en place d'un réseau de pharmacies, il est préférable de l'envisager sur un territoire « diffus » afin d'éviter les points de concentration et de prendre en compte la démographie mais aussi la situation locale de l'usage de drogues. Plus généralement, il faut avoir une bonne connaissance des ventes de *Stéribox* et identifier les pharmaciens impliqués dans les réseaux existants. Le réseau doit avoir un « pilote » identifié qui accompagnera les équipes officinales pour qui ce type de dispositif n'est pas facile ni automatique, ni inclus dans les missions traditionnelles du pharmacien. Le « pilote » veillera aussi à la bonne tenue de la logistique et sa pérennité.

● LA PHARMACIE

Pourquoi le pharmacien et la pharmacie ? Parce que la pharmacie est un pôle de santé de proximité, une zone d'accès sans rendez-vous, où on trouve, avec professionnalisme, capacité d'aide et d'écoute, de conseil et d'orientation. Cet acte se réalise dans un lieu d'accueil qui favorise la confidentialité, les échanges et la confiance. On évite ainsi le phénomène d'exclusion que l'on peut observer par d'autres filières de soins plus complexes.

Pour le pharmacien, l'investissement dans un réseau de PES en pharmacie est un engagement volontaire dans la réduction des risques. Il s'inscrit dans les enjeux de santé publique dans lesquels peut s'impliquer la profession.

Cet engagement comprend deux volets, un premier par rapport à la pratique, c'est-à-dire la réduction des risques infectieux, qui s'accompagne de la problématique des DASRI et qui peut amener le pharmacien au repérage précoce et à l'intervention brève. Un second, par rapport à l'addiction elle-même, symbolisé par la première prise en charge. C'est aussi, pour les usagers, la porte d'entrée vers un espace de santé et vers le système de santé.

Il s'agit pour l'usager de reconnaître, en premier lieu, qu'il a utilisé les seringues rapportées. Se faire identifier ainsi est un acte courageux mais aussi de confiance et de reconnaissance du rôle du pharmacien. L'usager ainsi responsabilisé et respecté peut se sentir valorisé.

En deuxième lieu, l'usager rencontre un professionnel de santé : c'est la « rencontre improbable du consommateur et du pharmacien ». Deux mondes qui s'opposent : d'un côté, le pharmacien, gardien des poisons, qui conserve une image de notable, plutôt fixe et rigide, théoricien de la pharmacologie. De l'autre côté, l'usager de drogues par voie intraveineuse, qui pâtit de l'image sociale dégradante du toxicomane. Mais deux personnes qui aussi se rejoignent : une qui a besoin d'aide ou en aura besoin, l'autre qui peut lui apporter cette aide ou l'orienter.

L'échange de seringues est l'occasion pour le pharmacien de pouvoir parler des pratiques de l'usager et de créer une relation et un lien de confiance sans jugement.

En troisième lieu, c'est aussi une possibilité pour le pharmacien d'orienter l'usager vers le dispositif de prise en charge. Quand les usagers en font la demande, le lien est créé, ils peuvent s'adresser aux pharmaciens et compter sur eux. L'usager peut s'enquérir d'informations auprès du pharmacien et de son équipe. Un début de prise en charge peut démarrer avec rappel des messages incitant aux dépistages et à la limitation des contaminations.

L'implication dans un programme de PES en pharmacie, en se rapprochant des usagers de drogues diminue l'insécurité.

Favoriser la connaissance des structures de soins et de prévention aux pharmaciens permet d'envisager des échanges professionnels et des partages de pratiques et d'identifier des personnes relais. Et pourquoi pas, puisque le lien est créé entre pharmaciens et structures, rémunérer un travail commun régulier sur les pratiques professionnelles respectives ?

● MÉTHODE

L'objectif est d'abord d'identifier, sur un territoire donné, les pharmacies qui ont une activité significative de vente de matériel d'injection (kit *Stéribox* et/ou seringue insuline). Cette activité peut être significative par le volume des ventes ou le nombre de clients acheteurs de matériel d'injection et leur « qualité » : clients réguliers ou de passage.

Dans un deuxième temps, on peut évaluer l'adhésion des équipes des pharmacies au concept de la réduction des risques. Il est intéressant de se renseigner sur la qualité des relations entre les pharmacies et les acheteurs de matériel d'injection (normales, conflictuelles, minimales, ...). Ceci peut se faire par remontées d'information de la part des usagers de drogues ou d'enquêtes auprès des pharmaciens (courriers, téléphone, visite, ...).

Ainsi une pharmacie devrait répondre à plusieurs critères :

- Vendre du matériel d'injection de manière régulière. C'est un plus si la clientèle est composée majoritairement d'habitues (des clients qui reviennent plusieurs fois par mois, susceptibles de pouvoir rapporter leur matériel usagé par la suite). Souvent, le volume des ventes doit être relativisé en raison des pratiques de réutilisation du matériel (environ 1 *Stéribox* par semaine et par usager). Il est donc indispensable de tenir compte du nombre de clients.
- Entretenir des relations non conflictuelles avec les acheteurs de matériel d'injection, ce qui est souvent le cas, les accrochages ayant souvent lieu avec les ordonnances. Les conflits peuvent également porter sur l'attitude des usagers dans la pharmacie : impolis, irrespectueux, impatientes, voleurs, etc.
- Adhérer au concept de la réduction des risques et à l'importance de la gratuité du matériel d'injection. De manière générale, l'utilité de l'accès au matériel d'injection stérile est reconnue mais la gratuité n'est pas toujours comprise.

● POUR LE DISCOURS OU L'ARGUMENTAIRE, PLUSIEURS POINTS PEUVENT ÊTRE ÉVOQUÉS

Avant toute chose, la « réputation » de la structure peut jouer sur l'adhésion ou non de la pharmacie. Être une structure importante ou reconnue localement depuis un certain temps peut rassurer le responsable de l'officine dans sa décision de s'engager dans un partenariat. Ensuite, le contenu du partenariat doit être facilitateur pour le pharmacien. C'est-à-dire alléger au maximum la charge de travail due au partenariat, assurer un suivi le plus régulier possible, être réactif en cas de demandes ou de problèmes particuliers.

Arguments pour motiver le pharmacien à s'engager dans ce type de partenariat :

- Le VHC n'est pas aussi connu que le VIH et ne présente pas la même urgence. L'ampleur de l'épidémie chez les usagers de drogues n'est pas perçue et n'est donc pas un argument suffisant.

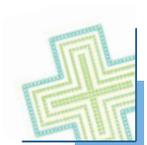
- La réutilisation du matériel : les équipes des pharmacies ne connaissent pas bien les pratiques des usagers, notamment le nombre d'injection qu'une personne peut réaliser chaque jour. En confrontant les pratiques courantes (3-5 injections par jour par ex.) et le nombre de *Stéribox* vendus par semaine à un client, on peut montrer l'ampleur de la réutilisation et des risques pris uniquement par l'utilisation de seringues qui ne sont plus stériles. De nombreux risques infectieux sont directement liés à la réutilisation du matériel : abcès, cellulites, candidoses, ... Ce type d'argument peut être déterminant, notamment pour plaider la gratuité du matériel. On peut également montrer le coût que devrait supporter un usager s'il ne voulait pas réutiliser (près de 60 euros de *Stéribox* par mois). D'une manière générale, si l'on veut que les personnes adoptent un moyen de prévention il faut que ce dernier soit le moins « cher » possible, comme la mise à disposition de préservatifs gratuits. Ceci est d'autant plus important que bon nombre d'usagers de drogues par voie intra-veineuse sont en situation d'exclusion sociale, et que ces derniers ne perçoivent bien souvent que les minimas sociaux – lorsque leur situation sociale le permet.
- La récupération du matériel usagé est un argument important (parfois une motivation) même si la présence de matériel d'injection dans l'espace public n'est pas significative sur un territoire donné.
- Un autre rapport avec les acheteurs de matériel d'injection et un changement des représentations communes peut convaincre un pharmacien et mettre fin à des relations minimales, sans dialogue, entre les acheteurs de *Stéribox* et les pharmacies. La présentation du programme comme moyen d'améliorer ces relations peut contribuer à l'adhésion.

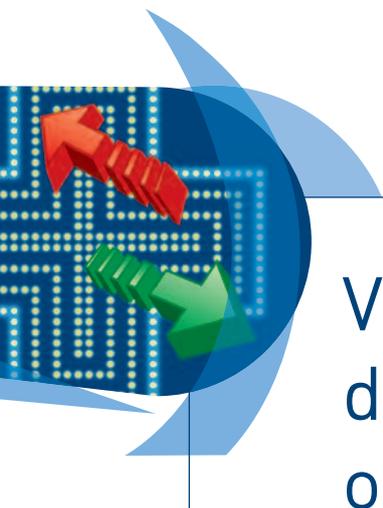
Bien que gestionnaire de l'entreprise « pharmacie », les pharmaciens se pensent aussi en tant qu'acteur de santé publique. Mettre en œuvre un tel programme permet de renforcer ce rôle car il bénéficie aux usagers mais aussi à la collectivité (diminution de l'abandon du matériel usagé, des contaminations virales et des complications sanitaires, etc.).

Se rapprocher des réseaux « infectio » VIH, VHC, etc. peut également permettre de toucher des pharmaciens qui se sentent concernés par une action de réduction des risques ce qui n'est pas nécessairement le cas si le discours est trop ouvertement addictologique.

● LES FREINS

Nous pouvons également identifier les craintes ou les raisons pour lesquelles le pharmacien refuse de s'engager : pas de position officielle de l'Ordre des pharmaciens, afflux massif d'usagers d'autres pharmacies, charge de travail supplémentaire non rémunérée, non acceptation du reste de l'équipe, augmentation des conflits ou des vols, non conformité avec la législation DASRI et des assurances professionnelles, crainte d'une baisse de fréquentation de la clientèle habituelle, ...





Valorisation du travail et de l'implication des équipes officinales

De part sa place d'observateur des comportements, mais aussi de médiateur et de confident, le pharmacien doit être à même de prévenir, repérer et orienter le patient usager de drogues. Pour cela, il faut également qu'il améliore ses connaissances des partenaires associatifs, sanitaires et sociaux qui font l'aspect pluri-professionnels de la prise en charge des conduites addictives.

La profession de pharmacien fait partie intégrante de ce qui se définit par « l'art de guérir », mais l'évolution de la médecine et de la pharmacie ont été telles que le rôle du pharmacien s'est modifié.

Aujourd'hui il est nécessaire de développer tout un concept de « *pharmaceutical care* » pour agir efficacement en tant que conseillers sanitaires et agents de prévention...

Ce qui implique une remise à niveau régulière des connaissances, et une implication plus importante du pharmacien dans le travail de comptoir.

La société attend que les pharmaciens jouent un rôle important dans le domaine des addictions, et paradoxalement, aujourd'hui, la formation, le mode d'organisation des officines, et la manière dont la société rétribue les pharmaciens les éloignent de cette tâche bien plus qu'ils les en rapprochent.

Le pharmacien d'officine a reçu une formation universitaire orientée essentiellement vers la chimie, la biochimie et la pharmacologie. Lorsqu'il exerce sa profession, le public attend de lui des compétences de conseiller en matière de santé physique mais aussi psychologique, d'agent de prévention et également d'acteur social. Il n'a été formé pour aucune de ces compétences, et même si par un effort personnel en termes de formation post universitaire ou de formation continue il acquiert ces connaissances, il n'est pas directement rétribué pour les utiliser et en faire bénéficier les personnes qui viennent dans son officine. Bien entendu, une telle attitude renforcera son impact sur sa clientèle.

Aussi, lorsqu'il s'agit de déployer tout ce dévouement pour des personnes usagères de drogues, on peut presque parler d'altruisme. En effet, l'effort à fournir est grand, le bénéfice matériel est nul, la gratification morale peut paraître faible.

- Le pharmacien n'est pas formé à l'approche psycho-médico-sociale des addictions.
- Le pharmacien ne travaille que rarement seul, il est donc fondamental de considérer l'ensemble de l'équipe : pharmaciens adjoints et préparateurs en pharmacie.
- Le mode de rémunération, basé sur une marge bénéficiaire sur les médicaments dispensés implique que le travail de prévention et d'aide aux usagers de drogues relèvent donc de l'altruisme. Des négociations sont en cours avec les autorités de tutelle afin de faire évoluer cet état.
- Au-delà de la rémunération, la reconnaissance de la place du pharmacien et de ses équipes passe par la mise en réseau dans le cadre d'une réelle pluri-disciplinarité de l'ensemble des intervenants concernés, avec l'idée simple du rôle majeur de chacun d'entre eux, à des stades, moments et degrés de connaissance différents, mais avec un seul objectif, la prévention.





Réglementation encadrant la récupération et le transport des matériels souillés

Les seringues utilisées par les usagers de drogues présentent des risques infectieux du même ordre que celles utilisées dans le cadre d'une activité de soins. Les règles techniques applicables pour la récupération, le transport et l'élimination de ces seringues sont donc les mêmes que celles qui concernent l'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) perforants. Ces règles sont inscrites dans le code de la santé publique (articles R.1335-1 à R.1335-8 du code de la santé publique).

Même en absence de risque infectieux, les matériels et matériaux piquants ou coupants (perforants) sont considérés comme des DASRI (R.1335-1 du CSP). En effet, outre le risque infectieux lui-même qui découle de l'utilisation des seringues ou autre matériel perforant, ces derniers sont associés à un risque mécanique et à un risque psycho-émotionnel.

Les personnes susceptibles d'être exposées à ces risques, s'agissant des seringues utilisées par les usagers de drogues sont l'entourage, le public lorsque celles-ci sont jetées dans l'espace public, les gardiens d'immeubles ou sociétés de nettoyage, ainsi que les agents chargés de l'élimination des déchets.

La mise en place d'une filière d'élimination des seringues utilisées par les usagers de drogues doit respecter les règles suivantes :

→ Le code de la santé publique (R.1335-1 à R.1335-8 du CSP) et ses trois arrêtés d'application :

- Arrêté du 7 septembre 1999 relatif à l'entreposage, modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011.
- Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination, modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011.
- Arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages.

→ Le code de l'environnement :

- Dispositions relatives aux installations d'incinération de DASRI.
- Arrêté « TMD » du 29 mai 2009 relatif au transport de matières dangereuses par route.

→ Le code du travail :

- Protection des travailleurs contre les agents biologiques (art. R.4421-1 et s.).

Ainsi, en pratique, les étapes suivantes doivent être respectées.

Elles sont mises en œuvre par le point de collecte :

- le tri et le conditionnement des déchets permettent de maîtriser le risque au plus près de la production et permet un stockage sécurisé dans l'attente de la collecte et du traitement ; normalement, le tri et le conditionnement sont réalisés par le producteur de DASRI ; dans le cas des seringues, le conditionnement peut être effectué dans des boîtes à aiguilles, des mini-collecteurs, des fûts ou des jerricans plastiques, conformément à l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages. Ces emballages ont des caractéristiques et des consignes d'utilisation spécifiques définies par des normes (NF X 30-500 et NF X 30-505) ;
- l'entreposage des emballages, une fois remplis et fermés définitivement et dans l'attente de leur enlèvement par une société de collecte, doit être conforme à l'arrêté du 7 septembre 1999, modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011, relatif à l'entreposage. En pratique, les nouvelles dispositions de cet arrêté permettent l'entreposage de ces emballages dans une zone intérieure spécifique, identifiée et à accès limité, située à l'écart des sources de chaleur et nettoyée régulièrement, lorsque la quantité stockée au niveau d'un point de collecte ne dépasse pas 15 kg/mois ; dans ce cas, le délai d'élimination est fixé à un mois ; si la quantité est supérieure à 15 kg/mois, l'entreposage doit être réalisé dans un local dédié, dont les caractéristiques sont décrites dans l'arrêté du 7 septembre 1999 cité ci-dessus et le délai d'élimination est d'une semaine ; dans ce cas, le point de collecte doit être déclaré à l'ARS (arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination de DASRI, modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011). Les emballages qui serviront au transport des DASRI doivent être conformes à l'arrêté du 29 mai 2009 relatif au transport des matières dangereuses (la conformité est indiquée sur l'emballage) ;
- l'enlèvement des DASRI par une société de collecte doit faire l'objet d'une convention avec le point de collecte, conformément à l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination ; cette société doit être en règle avec l'arrêté TMD et doit avoir contractualisé avec une société de traitement conforme à la réglementation (code de l'environnement pour l'incinération ou R.1335-8 du CSP pour le prétraitement par désinfection) ; par ailleurs, elle doit effectuer une traçabilité des DASRI à l'aide des bordereaux de suivi décrits en annexe de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle, cité ci-dessus. Les bordereaux de suivi doivent être conservés par le point de collecte. N.B. : le transport d'une quantité de DASRI inférieure à 15 kg n'est pas soumis aux dispositions de l'arrêté du 29 mai 2009.

Des informations plus précises sur la réglementation et sur la mise en œuvre pratique d'une filière d'élimination de DASRI diffus peuvent être obtenues auprès des agences régionales de santé.

● PROPOSITION D'UN CAHIER DES CHARGES D'UNE BORNE DE RÉCUPÉRATION EN CAARUD POUR IMPLANTATION EN PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIE

- 1] Préserve l'anonymat du donneur sans obérer la traçabilité.
- 2] Réduit a minima les manipulations des DASRI grâce à un mécanisme électroniquement contrôlé.
- 3] Accepte tout type de DASRI, conteneurs identifiés rapportés par les patients en auto-traitement ou non-identifiés et en vrac notamment pour les usagers de drogues.
- 4] Bénéficie d'un conteneur normalisé en plastique agréé pour la collecte des piquants-perforants – contrairement au conteneur en carton des bornes actuelles n'acceptant que les petits conteneurs en plastique.
- 5] Gère la partition et le pesage des DASRI provenant des patients et celle provenant des usagers de drogues.
- 6] Signale électroniquement son dysfonctionnement ou son niveau de remplissage, dans les limites réglementaires, à l'organisme collecteur.
- 7] Détecte la présence des déchets radioactifs de chimiothérapie.





Assurance et protection juridique

● RESPONSABILITÉ EN CAS D'ACCIDENT PAR EXPOSITION AU SANG (AES) DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES (PES)

La récupération de Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) produits par les patients en auto-traitement sera, en 2012, une activité potentielle, légale pour les officines de pharmacie.

Même si les seringues et le matériel souillé des Usagers de Drogue par Voie Intraveineuse (UDVI) ne sont pas définis comme des DASRI, leur élimination devra suivre les mêmes voies.

Il faut donc considérer que la récupération du matériel souillé des UDVI, conditionné dans des conteneurs homologués, peut faire partie de l'activité normale d'une pharmacie (comme les premiers soins d'urgence donnés à l'officine). Une contamination, liée à un AES, d'un membre de son personnel devrait donc relever de la législation sur les accidents de travail.

L'assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) du pharmacien titulaire interviendra si cette responsabilité est recherchée du fait d'une erreur ou d'une faute professionnelle. Les conséquences financières de la responsabilité civile qu'un titulaire peut encourir en raison des dommages corporels consécutifs causés aux tiers (y compris à son personnel) dans le cadre d'une activité de pharmacien devraient alors être garanties par son contrat RCP.

● INFORMATIONS PRATIQUES

→ Pourquoi les seringues stériles sont-elles accessibles aux consommateurs de drogues ?

La lutte contre le VIH/SIDA nécessite la remise de seringues stériles aux consommateurs de drogues. Cela permet de lutter efficacement contre la propagation du VIH/SIDA et des hépatites. L'efficacité des résultats est indiscutable.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont vivement encouragés à rapporter leur matériel dans des lieux appropriés. Une très forte proportion des seringues usagées est détruite dans de bonnes conditions. Il est pourtant vrai que des seringues usagées sont jetées dans des endroits inappropriés.

→ Comment se débarrasser d'une seringue abandonnée sans se piquer?

- Garder son calme pour éviter de commettre un geste maladroit.
- Observer la situation et l'environnement immédiat de la seringue.

La seringue elle-même n'est pas dangereuse, seule l'aiguille l'est en cas de piqûre.

- Ne jamais tenter de remettre le capuchon sur l'aiguille afin d'éviter de se piquer.
- Mettre la seringue dans une bouteille ou une cannette, en la prenant à l'extrémité opposée de l'aiguille. Au besoin, utiliser une pince pour cette manipulation.
- Ne jamais jeter la seringue dans une poubelle, une autre personne pourrait se piquer.
- Ne pas manipuler le matériel annexe (tampons, boîtes en carton...) à mains nues, car il peut également cacher une autre seringue ou une aiguille.

La seringue protégée peut être rapportée dans une pharmacie, dans un lieu de prévention ou dans un bac de récupération prévu à cet effet dans les centres pour consommateurs de drogues.

→ Conduite à tenir en cas de piqûre accidentelle

Le sang est un mode fréquent de transmission des virus. En cas de piqûre accidentelle, les risques de contamination par le virus VIH/ SIDA sont faibles, mais pas inexistants. Par contre, les risques de transmission des virus de l'hépatite B et C sont plus importants. Cette situation est donc à prendre au sérieux.

Il n'y a aucune raison de se piquer avec une seringue usagée lorsque les précautions nécessaires sont prises. Toutefois, si cela arrive, un sentiment de crainte, voire d'angoisse peut survenir. Il est important d'agir au plus vite pour limiter les risques d'infections.

- Laver la plaie abondamment à l'eau et au savon, bien rincer, désinfecter par une application de compresse imbibée de Dakin ou un bain de Dakin (le temps de contact pour une bonne efficacité devant être de 10 minutes). En cas de saignement, ne pas tenter de le stopper directement afin d'éviter la propagation des germes.
- La plaie ne doit pas être pressée ou ré-ouverte car des germes ou virus peuvent infecter le corps par ce biais.
- Se diriger vers l'hôpital le plus proche afin d'évaluer :
 - les risques de contamination (VIH/SIDA, hépatite B et C)
 - la nécessité d'effectuer des analyses (prise de sang) et d'un traitement (vaccination contre l'hépatite B, prophylaxie anti-VIH ou autre) et de discuter des possibles conséquences et effets secondaires
 - les précautions à prendre dans votre vie quotidienne
- **Attention** : un traitement n'est efficace que s'il est pris dans les plus brefs délais (maximum 48 heures).
- Il est possible de se faire vacciner contre l'hépatite B, même si la vaccination intervient après la piqûre. Il est préférable d'être déjà vacciné. Ceci est particulièrement recommandé aux personnes exerçant des professions à risque. En cas d'accident professionnel, prévenez rapidement votre employeur afin qu'il puisse le déclarer auprès des assurances compétentes. Il n'existe aucun vaccin protégeant de l'hépatite C ou du VIH/SIDA, mais des traitements existent. Consulter un médecin dans tous les cas.

NB : à titre informatif, cette marche à suivre est également valable en cas de rupture de préservatif ou après un rapport sexuel non protégé.





La formation des équipes officinales

La prévention des addictions est devenue une priorité nationale de santé publique. Il faut accompagner les pharmaciens et leurs équipes dans cette démarche, par la formation afin de les rendre capables de s'investir dans l'organisation de la prévention et de la prise en charge des conduites addictives.

● PLACE DU PHARMACIEN DANS LE PLAN ADDICTION

La grande originalité du plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies est de mettre en place une prise en charge des addictions de façon « transversale ».

Il s'agit de décroquer l'approche thérapeutique et préventive des addictions qui jusqu'alors s'effectuait par produit (alcool, tabac, drogues illicites) et de les considérer de manière globale. Cette approche intègre aussi les conduites addictives sans produits (sexaholic, jeu pathologique, troubles du comportement alimentaire boulimie-vomissement).

Face à ces changements et à une thématique évoluant rapidement, la place des pharmaciens est primordiale : suivi des traitements, analyses toxicologiques, mesures biologiques.

Par ailleurs, le pharmacien officinal est de plus en plus sollicité par le public pour des informations concernant les produits psychotropes, leurs effets et leur toxicité mais aussi les tests de dépistage et l'interprétation de leurs résultats.

Concernant les traitements de substitution opiacés, l'information sur les risques de mésusage et les moyens de le prévenir était insuffisante, comme rappelé dans les « *Recommandations pour la pratique clinique - Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés* » publiées en juin 2004 par l'AFSSAPS et l'ANAES. La mise au point de l'AFSSAPS (octobre 2011) « *Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage* » permet d'améliorer cette situation.

Par ailleurs, par lassitude, peur ou spécialisation, on assiste ces dernières années à une diminution du nombre de pharmaciens correctement formés et volontaires pour prendre en charge des patients sous buprénorphine haut dosage ou sous méthadone.

La fréquence du passage d'une addiction à une autre (en particulier opiacés vers alcool ou cannabis/alcool), rend indispensable de former les pharmaciens aux notions de polyconsommation et de prise en charge des comorbidités. La réactualisation des connaissances pour les patients dépendants à la cocaïne ou au cannabis est également urgente et doit viser à stopper la banalisation des comportements de consommation excessive notamment en groupe.

Pour exercer entièrement son rôle de professionnel de santé le pharmacien doit être à même de prévenir, repérer les prises de risque et orienter les adolescents ou les patients usagers de drogues.

Pour cela, il faut également qu'il améliore aussi ses connaissances des partenaires associatifs, sanitaires et sociaux qui constituent l'aspect pluri-professionnels de la prise en charge des conduites addictives.

A l'université des modules addictions trouvent leur place dès la quatrième année, et il serait souhaitable que des modules de formation soient également installés dans les écoles de préparateurs en pharmacie.



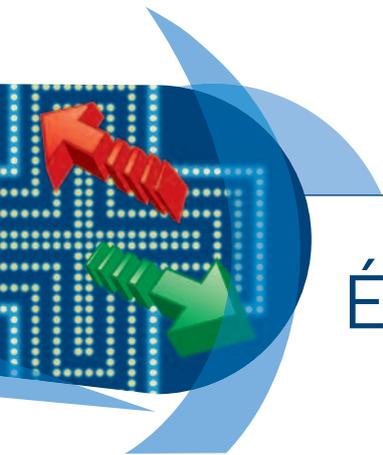
Communication

La communication sur le programme d'échange de seringues en pharmacie est nécessaire à sa connaissance pour les usagers de drogues et à sa reconnaissance par les partenaires.

La communication vers les usagers de drogues peut passer par l'apposition sur la pharmacie d'un label ou d'un signe de reconnaissance distinctif et discret, qui ne sera reconnu que par les usagers du dispositif.

La communication vers le grand public et les partenaires institutionnels peut s'envisager sous forme de réunions publiques ou d'article dans la presse locale et le journal municipal.





Évaluation

L'évaluation est une démarche d'analyse collective et d'aide à la décision. Elle consiste à produire des connaissances sur les actions publiques pour en apprécier la valeur et aider les acteurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts. Ses conclusions doivent être crédibles et pour ceci, elle se doit d'examiner les actions publiques évaluées dans des conditions satisfaisantes.

Les méthodes de recueil et de traitement du matériau dont l'évaluation a besoin sont celles propres aux sciences humaines et sociales. La spécificité méthodologique majeure de l'évaluation porte sur la nécessité de définir, d'un commun accord et en respectant la pluralité des points de vue des acteurs ou de toute autre personne concernée :

- l'utilisation attendue des résultats (Pour quoi faire ?),
- le champ à évaluer (Quel objet évaluer ? Quelles sont les questions dont l'enjeu mérite une évaluation ?) et enfin,
- l'angle d'appréciation à privilégier pour chacune des questions posées (Sous quel angle de vue le jugement de la valeur de l'action publique repose-t-il ?).

Les moyens disponibles, la complexité technique, l'opportunité ou le temps imparti sont d'autre part, des éléments à prendre en considération pour mener à bien une démarche d'évaluation.

Que l'on soit agent public du ministère chargé de la Santé (DGS), d'une Agence régionale de santé (ARS) ou d'une collectivité territoriale, professionnel de santé au sens large (intervenants de la réduction des risques, conseils ordinaires, ...) ou encore, élu, membre d'une association de quartier ou d'une association d'usagers de drogues, la question de l'évaluation des programmes d'échange de matériel d'injection (PEMI) a un intérêt majeur.

D'abord, parce qu'elle vise à déboucher sur des préconisations utiles à une réflexion prospective.

En amenant les acteurs à réfléchir aux points critiques et aux questions qui posent problème, elle met les acteurs en situation de proposer des solutions d'action pragmatiques et adaptées au contexte réel d'implantation du programme.

Par ailleurs, l'évaluation implique des enjeux de légitimité qu'il faut également évoquer.

L'évaluation vise ainsi à légitimer le rôle des acteurs impliqués dans l'implantation du PEMI et de toute autre personne concernée par les questions de prévention des risques infectieux parmi les usagers de drogues. L'implantation des programmes d'échange de matériel d'injection repose pour l'essentiel, sur la capacité des administrations et des intervenants du champ de la réduction des risques à impliquer le réseau d'officines de pharmacie dans la distribution gratuite de kits de prévention et dans la récupération du matériel usagé. En analysant, dans les conditions d'objectivité et de rigueur nécessaires, les résultats obtenus, l'évaluation sert à conforter les acteurs sur la pertinence de leur activité et à faire converger les appréciations individuelles des acteurs sur les nouveaux enjeux, les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés et la « valeur intrinsèque » du programme.

● POUR EN SAVOIR PLUS

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux (ANESM), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, avril 2009, 13 pp. www.anesm.sante.gouv.fr
- Chen, H. and Rossi, P., Evaluating with sense - The Theory-driven Approach, *Evaluation Review*, 7, 1983, 283-302.
- Conseil national de l'évaluation (CNE), L'évaluation au service de l'avenir, Paris, La Documentation française, 2000, 213 pp.
- Conseil scientifique de l'évaluation (CSE), Petit guide d'évaluation des politiques publiques, Paris, La Documentation française, 1996, 123 pp.
- Diaz Gomez (C.), Milhet (M.) Ben Lakhdar (C.), Guide pour la mise en œuvre de bonnes pratiques d'évaluation : évaluer les interventions de réduction des risques, Saint-Denis, OFDT, 2009.
- EMCDDA, Guidelines for The Evaluation of Outreach Work: a Manual for Outreach Practitioners, Luxembourg, Office for Official publications of the 22 23 European Communities, 2001, 83 p. www.bookshop.europa.eu
- EMCDDA, Guidelines for the Evaluation of Treatment in the Field of Problem Drug Use: a Manual for Researchers and Professionals, Luxembourg, Office for Official publications of the European Communities, 2007, 76 pp. www.bookshop.europa.eu
- Fédération addiction. Référentiel d'auto-évaluation secteur médicosocial en addictologie CSAPA et CAARUD, 2009.
- Fédération addiction. Mener l'évaluation interne : pas de panique ! Guide méthodologique, octobre 2008.
- Gerhart, (C) *et al.*, Quelques repères pour les acteurs, Paris, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Sports, 2008.
- Mouterde (F) et Trosa (S) (Ed.), Les nouvelles frontières de l'évaluation : 1989-2009 : vingt ans d'évaluation des politiques publiques en France, et demain ?, Paris, Editions L'Harmattan, 2010.
- WHO, UNDCP and EMCDDA, Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Series of seven workbooks, 2000.

● ÉVALUATION : MISE EN PRATIQUE

L'évaluation a pour but de mesurer les actions réalisées et de les valoriser auprès des acteurs mobilisés. Elle doit permettre de vérifier quels objectifs ont été atteints, tant en termes de résultats qu'en termes de dynamiques et de processus impulsés.

Les acteurs de terrain sont les seuls à pouvoir mettre à jour les liens qui se sont créés au cours des actions, à valoriser la richesse de ces dernières, à identifier les obstacles surmontés, à repérer les dynamiques qui ont été impulsées.

Une auto-évaluation permet aux partenaires de retracer ensemble le chemin parcouru, et d'avoir une vision à long terme de ce qu'ils veulent poursuivre : étapes importantes, objectifs (pour les professionnels, pour les usagers) et mises en œuvre (méthodes, principes d'action, réalisation), évolutions (quand, où, pourquoi), identification des freins et des ressources jusque là cachés, résultats (attendus, non attendus, impact). Pour cette phase de description des actions, tous les partenaires internes et externes impliqués sont sollicités afin de resituer au mieux les actions dans leur contexte.

→ 1/ Les outils

- enquêtes participatives,
- entretiens,
- réunions de réseaux,
- enquête avant-après couplée à une enquête ici-ailleurs.

→ 2/ Les paramètres

- **la pertinence** : le lien entre les objectifs de l'action et les besoins identifiés ;
- **la cohérence** : le lien entre les différentes composantes du programme mis en œuvre ;
- **l'efficacité** : la relation entre les objectifs de l'action et les résultats ;
- **l'efficience** : la relation entre les ressources attribuées à l'action et les résultats ;
- **l'impact ou les répercussions** : les effets du programme autres que ceux observés sur la population concernée.

→ 3/ Les étapes

a) Analyse préliminaire ou évaluation a priori

Cette phase nous permet de définir les objectifs et les modalités d'intervention de notre action. Elle comprend :

- une recherche bibliographique en vue de dresser un panorama des alternatives d'action et d'évaluation possibles (cf. références bibliographiques) ;
- une enquête préliminaire sur le terrain (première phase de l'enquête avant-après couplée à une enquête ici-ailleurs).

b) Évaluations « en cours » ou intermédiaires

Cette phase permet de vérifier la dynamique du déroulement de l'action en mesurant l'adéquation des moyens et des ressources, en recentrant l'action sur ses objectifs initiaux (rétro-action) ou en posant des questions sur des objectifs irréalistes. Réalisée à intervalles réguliers elle a pour but d'assurer une fonction de régulation.

De plus, une évaluation mesurant le nombre de seringues usagées abandonnées dans la commune peut aussi être menée par les services municipaux.

c) Évaluation finale

Cette phase évalue les résultats de l'action. Elle mesure les effets directs ou indirects sur la population-cible et sur les professionnels engagés dans l'action (impact) ou les conditions de réalisation de l'action (activités, moyens, ...).

Elle débouche sur la rédaction d'un rapport d'évaluation regroupant la synthèse des résultats et leur interprétation.

Ces résultats pourront ensuite être diffusés accompagnés de recommandations comme apport majeur d'aide à la décision pour entreprendre, poursuivre ou modifier des actions.

→ 4/ Analyse des actions

L'analyse des actions consiste en :

- **La cohérence des résultats et des effets** par rapport aux objectifs, à la méthode utilisée, aux ressources engagées (humaines, matérielles, financières) (notion d'efficience / organisation formelle et d'efficacité / processus) ;
- **L'analyse du rôle** des différents partenaires de terrain dans l'action menée et éléments ayant favorisé ou freiné leur participation (notion d'utilité / résultats) ;
- **Le repérage** des « moteurs » de l'action, des atouts et des courants porteurs ;
- **L'identification** des freins, des nœuds de dysfonctionnements, des obstacles.







RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

MAÎTRE D'ŒUVRE : **RESPADD**

Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions

96, rue Didot - 75014 Paris - Tél. : 01 40 44 50 26 - Fax : 01 40 44 50 46

Organisme de formation n°117 537 160 75 - Siret n°414 419 275 00030

CHEF DE PROJET : Nicolas Bonnet, pharmacien de santé publique
et directeur du Respadd

contact@respadd.org - www.respadd.org