

Université François Rabelais

UFR de Médecine

Master 2 Santé Publique - Promotion et Gestion de la Santé

TOURS



**ÉVALUATION MULTICENTRIQUE DE TROIS PROGRAMMES D'ÉCHANGE
DE SERINGUES EN PHARMACIE (PESP)**

Mémoire présenté et soutenu par

Emilie BEAUVILLIER

Sous la direction du Dr Sloane ROLLIER

Référents de stage : Dr Nicolas BONNET et Mme Anne-Cécile CORNIBERT

Promotion 2015 – 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Docteur Sloane ROLLIER, qui, en tant que directrice de mémoire, m'a accompagné tout au long de ma réflexion et a su me proposer diverses pistes de travail.

Je remercie l'équipe du Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD) pour son accueil et sa présence lors de mon stage, et en particulier M. Nicolas BONNET et Mme Anne-Cécile CORNIBERT pour leur aide précieuse, leur investissement et leur disponibilité tout au long de la réalisation de ce projet.

Pour terminer, je tiens à remercier mes proches pour leur soutien lors de l'élaboration de ce travail.

GLOSSAIRE

ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

BHD : Buprénorphine haut dosage

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DGS : Direction générale de la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MSO : Médicament de substitution aux opiacés

ODICER : Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions

OEDT : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la santé

PES : Programme d'échange de seringues

PESP : Programme d'échange de seringues en pharmacie

RdR : Réduction des risques

RESPADD : Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

UDVI : Usagers de drogues par voie intraveineuse

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VII : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION	1
MÉTHODE.....	9
1. Le type d'étude	9
2. Le choix des territoires.....	9
3. Le recueil des données.....	11
3.1. Questionnaires semi-directifs à destination des pharmacies des quatre territoires (annexe III).....	11
3.2. Entretiens téléphoniques ou en face à face avec des pharmacies appartenant à un programme d'échange de seringues en pharmacie.....	12
3.3. Entretiens téléphoniques avec les structures porteuses des PESP.....	12
3.4. Questionnaires à destination des usagers de drogues (annexe VI)	13
4. Schéma récapitulatif	14
5. Population étudiée.....	15
6. Analyse	15
RÉSULTATS	16
1. Questionnaires usagers.....	16
1.1. Profil des usagers	17
1.2. Les pratiques d'approvisionnement en matériel stérile	18
1.3. Le nombre d'injections réalisées par usagers	20
1.4. L'opinion des usagers sur le programme d'échange de seringues en pharmacie	22
1.5. Les pratiques d'injection et de consommation des usagers	23
1.6. Orientation réalisée par les pharmaciens	25
1.7. La gestion du matériel usagé	26
1.8. Les propositions d'amélioration de la part des usagers.....	28
1.9. Focus sur les femmes	28
2. Questionnaires officines.....	29
2.1. File active des usagers de drogues au sein des officines	32
2.2. Orientation et dialogue des officines.....	32
2.3. Caractéristiques de l'échange	33
2.4. La récupération du matériel usagé	34
2.5. Le besoin d'information des officines	35
DISCUSSION.....	36
CHAPITRE 1 : Les modèles d'implantation et le fonctionnement des programmes.....	36
1. Diagnostic territorial	36
1.1. Gard	36

1.2.	Pas-de-Calais	37
1.3.	Deux-Sèvres.....	38
1.4.	Clichy-la-Garenne	39
2.	Les différents modèles d’implantation	39
2.1.	Le modèle « extensif »	40
2.2.	Le modèle « transitoire / transitionnel »	40
2.3.	Le modèle « intensif »	40
3.	Les effets distaux des stratégies des structures porteuses des PESP	40
3.1.	Rappel de la problématique Clichy	40
3.2.	Orientation territoire PESP Versus territoire hors PESP	42
4.	Réception de l’enquête par les structures porteuses	43
4.1.	Coopération pendant l’enquête.....	43
4.2.	Partage de leurs propres outils d’évaluation en interne	43
4.3.	Un travail collectif	44
	CHAPITRE II : Les acteurs du dispositif	45
1.	Le profil des usagers participants au PESP	45
1.1.	Réception de l’enquête	45
1.2.	Les caractéristiques sociodémographiques	46
1.3.	L’accès aux TSO	47
1.4.	Fréquentation des pharmacies et mode d’approvisionnement	48
1.5.	Pratiques d’injections.....	48
1.6.	La gestion du matériel usagé	50
1.7.	Freins et leviers du dispositif perçus par les usagers	51
2.	Le profil des officinaux	52
2.1.	Condition de l’enquête.....	52
2.2.	Motifs d’adhésion.....	53
2.3.	Les bonnes pratiques	55
2.4.	Quelles représentations et attitudes à l’égard de l’usager ?	55
2.5.	Les besoins recensés par les officinaux.....	56
2.6.	Des solutions pour pallier le manque d’information et de formation	57
2.7.	La gratuité oui, mais pas à n’importe quel prix.....	57
2.8.	Les pharmaciens trop isolés	58
	CHAPITRE III : Les limites de l’enquête.....	60
	CHAPITRE IV : Les perspectives	61

1. L'extension au niveau national des PESP	61
2. L'élimination des seringues des usagers de drogues en tant que DASRI.....	61
3. La valorisation de l'acte de santé publique pour les pharmaciens	61
CONCLUSION	62
1. Pour les usagers	62
2. Pour les officines	62
BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXES	68
ENTRETIENS STRUCTURES PORTEUSES	84
ENTRETIEN BENOIT CAULIEZ – CAARUD ATYPIK	85
Equipe LOGOS- 21 sept. 2015 A propos du PESP du Gard	94
Entretien avec Quentin Jacoux - Coordinateur territorial AIDES	102
ENTRETIENS PHARMACIENS.....	110

INTRODUCTION

En France, les substances licites, alcool et tabac, sont les produits psychoactifs les plus consommés au sein de la population et provoquent des dommages sanitaires importants tant sur le plan individuel que collectif (1). Concernant les drogues illicites, le cannabis est la substance la plus consommée avec environ 17 millions d'expérimentateurs (individu ayant eu au moins un usage au cours de la vie) et près d'1,5 millions d'usagers réguliers (individu ayant consommé du cannabis au moins 10 fois au cours du mois) (1). Les autres drogues illicites sont expérimentées de manière moins fréquente : 2,2 millions d'expérimentateurs pour la cocaïne, 1,7 millions d'expérimentateurs pour l'ecstasy et 600 000 expérimentateurs pour l'héroïne (2). En France, en 2006, le nombre d'usagers problématiques de drogues a été estimé à 230 000 (2). L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a défini l'usage problématique de drogues comme « *un usage de drogues par voie intraveineuse ou usage régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âges de 15-64 ans* » (2).

Au sein de la population des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), les contaminations par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le VHB et le VHC sont importantes, particulièrement concernant le virus de l'hépatite C. D'après l'enquête ANRS-Coquelicot de 2011, la séroprévalence globale du VHC chez les usagers de drogues atteint 44 % et celle du VIH, 10 % (3). Cela permet de constater que l'infection par le virus du VHC est particulièrement préoccupante chez les usagers de drogues. Les deux principaux facteurs de risques de transmission du VHC chez les UDVI se trouvent être le partage du matériel de préparation à l'injection (cuillère, filtre, eau...) et le partage de seringues (4).

Aujourd'hui, le virus de l'hépatite C est encore très fréquent dans le monde. En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2012, le VHC touche, dans le monde, 170 millions personnes et le VHB, 350 millions de personnes. Les pays en développement sont plus touchés par ces virus que les pays d'Europe de l'Ouest ou d'Amérique du Nord, en raison de l'utilisation de matériel d'injection non stérile ainsi que de la transfusion de sang non testée (5). En France métropolitaine, selon les données de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de 2014, le nombre de personnes contaminées par le VHC est d'environ 367 000 personnes et 232 000 d'entre elles sont porteuses

chroniques du virus (6). Selon les mêmes données concernant le VHB, plus de 280 000 personnes souffrent d'une forme chronique de l'infection (7). À ce jour, on dispose d'un vaccin contre le virus de l'hépatite B, mais pas contre celui de l'hépatite C.

Les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) se transmettent essentiellement (8) :

- Par voie sanguine avec l'usage d'objet contaminé ou la transmission materno-infantile
- Par voie sexuelle

En France, ces différents virus constituent un problème majeur de santé publique, en raison de leur gravité et de leur potentiel de transmission. Afin de lutter contre ces virus chez les usagers de drogues, une politique de Réduction des risques (RdR) a été initiée à la fin des années 1980. En France, la première mesure a été mise en place le 13 Mai 1987, par le décret dit « Barzach », et a permis la libéralisation de la vente des seringues pour les personnes majeures hors prescription médicale. Avant cette date, les pharmaciens ne pouvaient délivrer le matériel d'injection qu'avec une ordonnance valide accompagnée d'une pièce d'identité (9).

La loi de Santé Publique du 9 Août 2004 (article L-3121-3 du Code de santé publique) donne un cadre légal à la politique de RdR. De cette même loi, découle l'article L-3121-4 du Code de santé publique, qui consacre le principe de 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* » (10). Cette politique vise à prévenir et limiter les problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de ces drogues. Le but étant de donner à l'utilisateur les moyens d'appréhender des comportements qui se révèlent favorables à sa santé. La politique de réduction des risques s'inscrit dans une perspective « *d'empowerment* » où l'utilisateur est considéré comme responsable car on lui donne les moyens d'agir sur son environnement et sa santé. La notion « *d'empowerment* » constitue deux dimensions, « *celle du pouvoir, qui est la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder* » (11).

Un certain nombre d'actions ont été mises en œuvre à l'attention des usagers de drogues afin qu'ils trouvent leur place au sein de la société. Ces dernières tendent à

favoriser l'accès des UDVI aux seringues stériles, en particulier par le biais des pharmacies et des programmes d'échange de seringues (PES) ou des automates distributeurs-échangeurs de seringues en ville. Ces actions ont permis aussi la création d'espaces d'accueil spécialisés, notamment les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cette politique de réduction des risques incite aussi l'utilisateur à recourir à des traitements de substitution aux opiacés (TSO). Grâce à ces actions, les UDVI apprennent à se protéger des virus et des contaminations, ce qui a pu faire diminuer l'épidémie de Sida.

Les premiers programmes d'échange de seringues (PES) ont vu le jour au milieu des années 1980 en Europe, aux Pays-Bas (1984), en Allemagne (1984) et au Royaume-Uni (1987-88). En France, c'est en 1989 que le premier PES est mis en place, à l'initiative de l'association Médecins du Monde. Par la suite, de nombreuses villes ont initié ces programmes, mais ce n'est qu'en 1995 que les PES seront officiellement reconnus dans le cadre de la politique de réduction des risques (décret du 7 Mars 1995) (12). De ce fait, les associations sont formellement autorisées à organiser des PES.

Un premier outil, développé par l'association Apothicom en 1992, sera diffusé aux associations locales et aux officines et permettra de limiter les dommages associés à l'injection chez les usagers de drogues. Ce dernier se présente sous la forme d'une trousse de prévention appelée Stéribox® et contient deux seringues à insuline (de volume 1 millilitre), deux ampoules d'eau pour préparation injection (PPI), deux tampons imbibés d'alcool, un préservatif et une notice d'utilisation (13). C'est à partir de 1994 que la Direction générale de la santé (DGS) étend la vente de Stéribox® à l'échelle nationale, en concédant une licence d'exploitation à l'association Apothicom (14). En Décembre 1999, une enquête a révélé que le partage du matériel de préparation à l'injection (cuillère, filtre) était à l'origine de la transmission et de la contamination de l'hépatite C (9). C'est pour cela que deux Stéricup® (petits récipients stériles à usage unique en aluminium) contenant chacun un filtre en coton et un tampon sec stérile ont été ajouté au Stéribox® (9) (voir image n° 1 ci-dessous). Aujourd'hui, le Stéribox® est présent dans la plupart des officines, et mis sur le marché au prix de vente conseillé de 1 euro. De plus, les emballages des Stéribox® contiennent des messages de prévention.

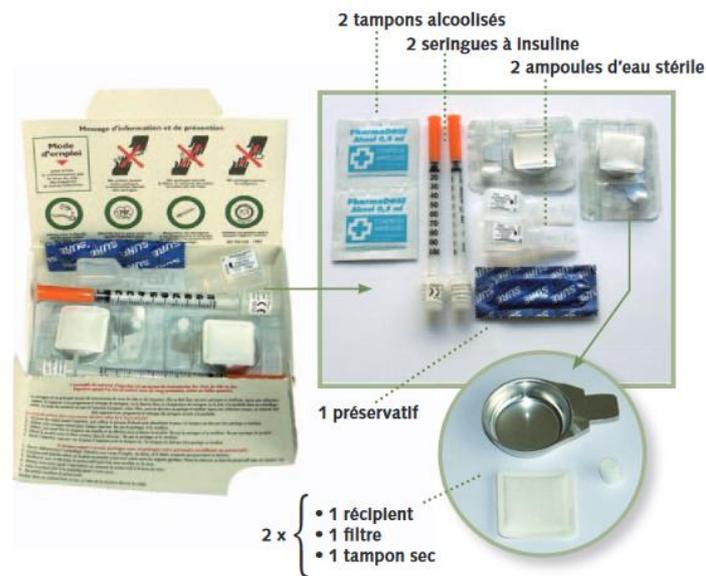


Figure n° 1 : Contenu d'une trousse de prévention

Les PES permettent aux UDVI de se procurer gratuitement du matériel d'injection stérile ainsi que du matériel servant à la préparation de l'injection (15). Afin que le matériel d'injection soit le plus accessible pour les UDVI, les acteurs de terrain ont sollicité l'intégration des officines dans les programmes d'échange de seringues. De ce fait, les programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP) se sont développés petit à petit, notamment dans les territoires ruraux où les difficultés d'approvisionnement étaient les plus prégnantes. Les trousse de prévention délivrées aux officines partenaires d'un PESP sont appelées Kit +® et contiennent le même matériel d'injection que les Stéribox®. Ces Kit +® sont délivrés gratuitement aux UDVI lors de leur venue en officine pour la délivrance de matériel d'injection et sont aussi disponibles au sein des structures de réduction des risques. Ce sont les acteurs des structures porteuses des PESP qui approvisionnent les officines en Kit +®.



Figure n° 2 : Le Kit +® délivré par les associations

L'objectif d'un PESP est de favoriser l'accès au matériel stérile d'injection pour les usagers de drogues par voie intraveineuse en vue de diminuer les taux de réutilisation et de partage de ce matériel (16).

La pharmacie s'avère être un lieu de santé de proximité, accessible à tous et sans prise de rendez-vous. Les horaires étendus d'ouverture de l'officine, la gratuité des conseils, l'anonymat ainsi que le secret professionnel constituent autant d'éléments qui viennent conforter le rôle fondamental du pharmacien dans la prise en charge des usagers de drogues. La pharmacie constitue, en effet, un lieu sinon idéal, du moins évident, de mise en place d'une action de santé publique à l'égard des usagers de drogues (16). Le professionnel de santé qu'est le pharmacien joue un rôle majeur dans la prise en charge des usagers de drogues, particulièrement avec la délivrance de traitements de substitution et la délivrance de matériel d'injection stérile. Le pharmacien est l'un des professionnels de santé les plus accessibles pour l'utilisateur de drogues, en raison de la gratuité de l'acte demandé et la facilité d'accès. Le pharmacien a, en effet, la possibilité d'échanger avec son patient, et par conséquent peut l'orienter vers le circuit de prévention et de prise en charge locale. Les pharmaciens d'officine se trouvent ainsi au cœur du dispositif de réduction des risques.

Selon les données du rapport Inserm sur la réduction des risques chez les usagers de drogues de 2010, 85 % des pharmaciens reçoivent au moins un usager de drogues par mois dans leur officine et près de 40 % des pharmaciens se disent prêts à s'engager dans un programme d'échange de seringues. Par ailleurs, il a été estimé qu'en 2008, près de 14 millions de seringues ont été vendues ou distribuées aux usagers de drogues. À cet égard, le ratio seringues/usagers en France est estimé à 170 seringues par usager et par an (15).

L'engagement à un PESP se fait de façon volontaire et bénévole de la part des équipes officinales. Les officines ne peuvent pas porter seules un PESP, elles doivent être soutenues par une structure de statut associatif et/ou médico-sociale, le plus souvent par un CAARUD, plus rarement par un CSAPA ou un réseau ville-hôpital (14). En effet, comme le confirme le recensement des PESP effectué par le RESPADD en 2016, les structures porteuses des PESP sont majoritairement des CAARUD (pour 90 % des programmes). Ces structures vont ainsi assurer la logistique de l'action (en approvisionnant les pharmacies partenaires de trousse de prévention neuves, de containers ou bien de documents de prévention) et apporter un soutien aux équipes officinales par des contacts réguliers. Ce

soutien peut se traduire par de l'information sur des questions de réduction des risques, des conseils concernant l'orientation des usagers vers des structures adaptées ou bien des informations sur le réseau local d'accompagnement.

Les PESP permettent d'améliorer la relation entre les usagers de drogues et les pharmaciens et contribuent à l'évolution des représentations sur l'usage et l'usager de drogues et aussi sur le pharmacien. Cela permet ainsi que l'image du pharmacien en tant que « gardien des poisons », et l'image de l'usager de drogues par voie intraveineuse considéré comme un « toxicomane », évoluent dans le sens de plus de justice sociale (17). De ce fait, l'usager pourra trouver sa place au sein de la société en créant une relation de confiance sans jugement avec le professionnel de santé. Cette relation de confiance entre le pharmacien et l'usager est primordiale. Pour faciliter ce sentiment, le pharmacien doit être dans une posture d'écoute, de bienveillance et non de jugement. De plus, il doit systématiquement assurer confidentialité et anonymat (18). La pharmacie constitue un espace non stigmatisant contrairement à une structure spécialisée, et les jeunes injecteurs (mineurs) peuvent aussi se rendre dans les officines. C'est donc un endroit neutre qui est formellement intégré dans la société actuelle.

Les PESP permettent aux usagers les plus éloignés du système de soins, habitant dans des zones rurales, de bénéficier d'un accès gratuit à du matériel d'injection. Actuellement, une autre solution a été mise en place par l'association SAFE située à Paris qui consiste en l'envoi à domicile par voie postale de matériels de réduction des risques (19). Cela permet aux usagers des milieux ruraux de disposer de matériels stériles et de pouvoir appliquer et pratiquer la réduction des risques. Les UDVI intéressés par cette démarche ont la possibilité de contacter cette association par téléphone ou par mail en détaillant la commande, et ensuite l'usager recevra son paquet par la poste en Colissimo avec le matériel demandé. Il est important de rappeler que cet envoi est gratuit pour l'UDVI (20). Cette action diffusée de manière discrète fait naître la réduction des risques dans les territoires les plus isolés. De plus, cette association s'occupe de la gestion des automates distributeurs-échangeurs de seringues implantés sur la voie publique, offrant une accessibilité du matériel 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ces derniers délivrent des trousse de prévention Kit +® contenant le matériel nécessaire à l'injection, contre un jeton (délivré par les associations ou les pharmacies), ou des seringues usagées. L'objectif de ce dispositif est de lever les freins concernant l'accès au matériel d'injection afin que l'ensemble des usagers de drogues par voie intraveineuse ait la possibilité de bénéficier de

ce matériel de réduction des risques. Ce dispositif s'inscrit parfaitement dans une action de santé publique (20).

Aucune règle spécifique n'est établie pour la mise en place d'un PESP, ce sont donc les acteurs (structures porteuses et CAARUD) qui s'engagent dans ce dispositif, qui décident de la démarche à suivre. Différentes modalités d'échanges existent :

Le modèle « 1 pour 1 » (21) : Le discours des acteurs des structures porteuses aux pharmacies est sans ambiguïté dans la mesure où le PESP constitue un échange entre deux parties, ainsi le pharmacien délivre des seringues à l'utilisateur et l'utilisateur rapporte son matériel usagé. De surcroît, le retour strict du matériel est la condition sine qua non pour bénéficier de kits gratuits. Cela suppose un engagement fort de la part de l'équipe officinale dans la réduction des risques. Le retour du matériel utilisé permet de limiter la présence du matériel souillé sur la voie publique dans le but de limiter les piqûres accidentelles avec une aiguille (les accidents d'exposition au sang). Un autre objectif des PESP est d'éviter que le matériel utilisé soit disséminé dans les lieux publics, compte tenu des risques encourus pour la population générale (18).

Le modèle « 1 pour 0 » (21) : À l'inverse, ici les acteurs de terrain privilégient le discours où l'injection doit être réalisée avec le moins de risques possibles. Les pharmaciens n'exigent pas nécessairement de la part de l'utilisateur, un retour systématique des seringues pour pouvoir bénéficier du matériel d'injection gratuitement. Ici, le retour du matériel usagé ne doit pas être un frein pour les UDVI dans la recherche de matériel d'injection. Le pharmacien ne s'opposera pas à un don de seringues sans contrepartie.

On peut constater que depuis une vingtaine d'années, ce dispositif des programmes d'échange de seringues en pharmacie s'est beaucoup développé sur l'ensemble du territoire français. Un recensement des pharmacies impliquées dans un PESP a été effectué par le Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD) dans un premier temps en 2014, puis une actualisation a été réalisée en 2016. La version de 2014 comptait 49 PESP et l'actualisation de 2016 a permis de répertorier 67 PESP en France, d'où une augmentation du nombre de PESP sur le territoire national (22). Le RESPADD s'investit depuis une dizaine d'années dans ce domaine d'action, afin de mettre en place de nombreux outils et actions à destination du pharmacien. En 2011, le RESPADD a aussi rédigé un guide sur les PESP nommé « Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie » (22). En 2014, le groupe de

travail animé par le RESPADD a rédigé un « Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine » (22). Ce dernier propose aux pharmaciens une série d'actions concrètes compatibles avec l'activité quotidienne de l'officine et présente certains des outils disponibles pour l'aider dans ses actions, dont un chapitre est destiné à la participation à un programme d'échange de seringues. De plus, une charte de la réduction des risques en pharmacie d'officine (annexe I) ainsi qu'un sticker à destination des officines engagées dans un PESP (annexe II) ont été réalisés par le RESPADD en 2014 (22). Cette charte est à destination des pharmacies participantes à un PESP qui s'inscrivent dans une démarche de santé publique et qui se reconnaissent dans la politique de réduction des risques. Le sticker, apposé sur les vitrines des pharmacies, permet aux officines d'être reconnues par les usagers comme participantes à un PESP. Ces différents outils, riches en informations, s'adressent particulièrement aux pharmaciens d'officines, mais peuvent être utilisés plus largement par l'ensemble des professionnels du champ de l'addictologie.

L'objectif de cette recherche est d'abord de relever les effets directs et indirects d'un programme d'échange de seringues en pharmacie sur quatre territoires en termes de pratiques des équipes officinales auprès des usagers de drogues, qu'elles soient impliquées ou non dans le programme. Ces quatre territoires constituent pour trois d'entre eux des départements (Pas-de-Calais, Deux-Sèvres et Gard) et pour la population contrôle, une commune qui est celle de Clichy-la-Garenne dans le département des Hauts-De-Seine. Dans un deuxième temps, il sera question d'évaluer les effets des programmes d'échange de seringues en pharmacie sur les pratiques des usagers de drogues.

Cette évaluation répond à des demandes des structures porteuses afin de les renseigner sur les résultats de leur activité et la valeur intrinsèque du programme. Cette recherche s'inscrit dans un processus d'amélioration des pratiques par l'évaluation externe. De plus, elle s'adresse aussi aux tutelles soucieuses d'améliorer la visibilité de ces dispositifs innovants, d'en faire valoir l'efficacité en termes de réduction des risques et de valoriser la place des pharmaciens comme acteurs de la réduction des risques en tant que professionnels de santé de premier recours.

MÉTHODE

1. Le type d'étude

Cette étude multicentrique d'implantation traite des similitudes et différences des trois PESP dans leur fonctionnement, leurs composants et leurs contextes, au regard de la production des effets attendus sur les populations cibles. Les processus d'implantation sont analysés au regard :

- Du paysage fonctionnel, c'est-à-dire la présence d'autres structures de soins sur le territoire.
- Du contexte organisationnel en termes d'accessibilité des programmes (géographique, financière, culturelle, informationnelle), d'intensité de l'offre de seringues (exprimée par le ratio quantité de services / quantité de besoins), de la pertinence des programmes (efficacité), et de la continuité du processus (fluidité de l'offre de RdR pour limiter les pertes de temps, de déplacements inutiles des usagers, perte d'information, etc.).

Les trois PESP s'inscrivent sur des territoires distincts et sont portés par des acteurs de terrain qui sont des CAARUD ou des CSAPA :

- Le département du Gard (Nîmes) porté par les CAARUD Logos et Riposte et le CSAPA La Draille.
- Le département des Deux-Sèvres (Niort) porté par le CAARUD AIDES.
- Le département du Pas-de-Calais (Lens) porté par le CAARUD Atypik.

De plus, afin de permettre une comparaison plus approfondie, la commune de Clichy-La-Garenne située dans le département des Hauts-De-Seine, dépourvue de PESP, a été choisie en tant qu'unité d'observation contrôle.

2. Le choix des territoires

Les trois PESP présentent des caractéristiques diverses tant en termes d'implantation, de diffusion de matériel que d'extension et de répartition sur le territoire. Toutefois, la méthodologie de recherche a été similaire pour l'ensemble des territoires.

Tout programme de santé publique s'inscrit dans un territoire donné et un contexte où préexistent une offre de soins, des défis sanitaires et des caractéristiques socio-économiques. Ce contexte politique et sanitaire conditionnera les composantes, les ressources, les objectifs et l'organisation des programmes.

Les PESP n'échappent pas à cette contrainte fonctionnelle. Aussi, nos trois unités d'observation et notre population contrôle ont été choisis selon un découpage régional qui nous permettait de ne pas inclure dans notre observation des programmes appartenant à une même région. Cela afin d'éviter le biais de contagion lié au manque d'indépendance entre d'une part, les unités que l'on cherchait à comparer et d'autre part, l'unité-témoin.

Le département des Deux-Sèvres a été choisi en raison de l'existence d'un PESP destiné aux usagers de drogues depuis déjà plus d'une vingtaine d'années (1994). C'est le premier PES à avoir impliqué des officines en France. En 2015, 35 pharmacies participaient volontairement à ce programme. Ce PESP est porté par le CAARUD AIDES 79 situé à Niort et s'étend sur presque tout le département, seules deux zones restent à couvrir : le Sud-Est (Mauzé-sur-le-Mignon) et le centre du département (Coulonges sur l'Autize, Ménigoute, Moncoutant...) (23).

Le département du Pas-de-Calais a été choisi du fait de la particularité de l'implantation de son CAARUD (Atypik) dans un centre hospitalier. Ce CAARUD a été créé fin 2006, et a la particularité de faire partie de l'unité fonctionnelle du service d'addictologie « Le square » qui est rattaché au pôle « Psychiatrie et Santé Publique » du centre hospitalier de Lens. Le territoire d'action du CAARUD Atypik est large et s'étend sur les communautés d'agglomération de Lens/Liévin, d'Hénin/Carvin ainsi que de Béthune.

Le PESP implanté dans le département du Gard est porté par le CAARUD Logos situé à Nîmes, le CAARUD Riposte à Bagnols-sur-Cèze et le CSAPA La Draille situé au Vigan. On constate que cette implantation se situe sur un territoire relativement large.

Enfin, le choix de la population contrôle de Clichy a été fait afin de pouvoir comparer ces territoires dotés d'un PESP à un qui n'en disposait pas, dans le but d'évaluer les effets de contamination associés à la présence d'un PESP sur un territoire auprès des pharmacies qui sont sur le territoire sans faire partie du programme. Le CSAPA Victor-Segalen de Clichy-La-Garenne nous a permis de réaliser cette analyse complémentaire dans le département des Hauts-de-Seine.

3. Le recueil des données

Plusieurs modes de recueil ont été utilisés pour mener à bien cette enquête.

3.1. Questionnaires semi-directifs à destination des pharmacies des quatre territoires (annexe III)

Le questionnaire, comportant treize questions, s'intéressait :

- aux pratiques des équipes officinales à l'attention des usagers de drogues (délivrance de traitements de substitution aux opiacés - TSO),
- aux profils des usagers de drogues qu'ils pouvaient rencontrer (nombre d'usagers rencontrés par sexe, par âge, les patients sous TSO, la précarité des répondants),
- aux orientations que le pharmacien pouvait proposer aux usagers (connaissance du réseau addictologique local, fréquence des orientations),
- aux dons et ventes de matériels d'injection et de réduction des risques,
- aux retours de matériels usagés
- à l'identification du programme d'échange de seringues au niveau local.

Ces questions entendaient permettre une estimation du degré de connaissance, d'investissement et de curiosité des équipes officinales pour le dispositif de réduction des risques à l'attention des usagers de drogues par voie injectable.

Ce questionnaire était composé de questions fermées (oui/non, choix unique/multiple) avec possibilité de préciser sa réponse et/ou de commenter l'ensemble des réponses par quelques lignes destinées à d'éventuels commentaires. Ces questionnaires ont été renseignés pour les trois PESP avant le début du stage de master 2, soit en face à face par les acteurs des structures porteuses, soit par téléphone par l'équipe du RESPADD. Les questionnaires de la commune de Clichy, dépourvue de PESP, ont été renseignés en face à face par l'étudiante.

La méthode de recueil par téléphone a été utilisée, lorsque l'équipe locale ne pouvait pas s'investir dans la passation des questionnaires en face à face, ou pour des raisons de coûts car elle a permis un entretien à distance évitant les frais associés aux déplacements.

La passation des questionnaires s'est effectuée sur une période de cinq mois, du 14 septembre 2015 au 18 février 2016, pour les trois PESP ; et sur une période de trois semaines pour Clichy.

3.2. Entretiens téléphoniques ou en face à face avec des pharmacies appartenant à un programme d'échange de seringues en pharmacie

Treize entretiens ont été réalisés auprès d'équipes officinales issues des trois programmes, quatre à cinq entretiens ont été réalisés par site. Dans la majorité des cas, c'est par le biais des acteurs de terrain des structures porteuses que le choix des officines a été fait. Au regard de notre objectif d'investigation, une liste regroupant l'ensemble des pharmacies appartenant au PESP de leur territoire nous a été fournie. Ensuite, nous avons été aiguillés vers des équipes officinales identifiées pour leur activité importante en termes de délivrance du matériel, et/ou comme ayant élaboré une réflexion sur le dispositif. Un guide d'entretien a été réalisé pour mener à bien ces derniers (annexe IV).

L'enjeu de ces entretiens était de partager avec ces acteurs leur lecture critique du dispositif tel qu'ils l'expérimentaient. De plus, l'ambition de ces entretiens était :

- de préciser les données recueillies par les questionnaires,
- d'identifier les « pratiques » individuelles perçues comme « favorables » au développement du programme au sein de l'officine, ou du moins les configurations qui avaient rendu viable et non redoutée la perspective d'accueillir un usager de drogues,
- d'appréhender les limites du dispositif au niveau global, et notamment du fait des injonctions contradictoires en matière de lois et de réglementation en ce qui concerne l'usage de drogues en général et le statut pénal associé.

Le temps moyen qui a pu nous être accordé en face à face dans les officines et par entretien téléphonique a été de 22 minutes.

3.3. Entretiens téléphoniques avec les structures porteuses des PESP

Trois entretiens, enregistrés et retranscrits, ont été réalisés avec les acteurs de terrain des structures porteuses des PESP. Ils avaient pour but de recueillir des renseignements au sujet des profils de la population locale de consommateurs (sexe, âge, modes de consommations, produits consommés, etc.), de connaître les facteurs déclencheurs à la mise en place du PESP, le profil des officines participantes au PESP, le fonctionnement du PESP et enfin les recommandations pour la mise en place d'un PESP. Un guide d'entretien a été conçu (annexe V) afin d'investiguer les discours des coordonnateurs de ces dispositifs. En moyenne, ces échanges ont été d'une durée de 90 minutes.

3.4. Questionnaires à destination des usagers de drogues (annexe VI)

Cet auto-questionnaire renseignait sur :

- le profil socio-sanitaire des usagers (sexe, âge, activité professionnelle, logement, prise d'un traitement de substitution aux opiacés, etc.),
- les pratiques d'approvisionnement en matériel stérile (nombre de kits utilisés, nombre d'injections réalisées, etc.),
- l'opinion des usagers sur les PESP (les avantages et les inconvénients),
- les pratiques d'injection des usagers (réutilisation, partage, etc.),
- l'orientation faite par les pharmaciens (vers une structure de soins plus adaptée),
- la gestion du matériel usagé (traitement du matériel usagé)
- les propositions d'amélioration que peuvent apporter les usagers concernant les PESP.

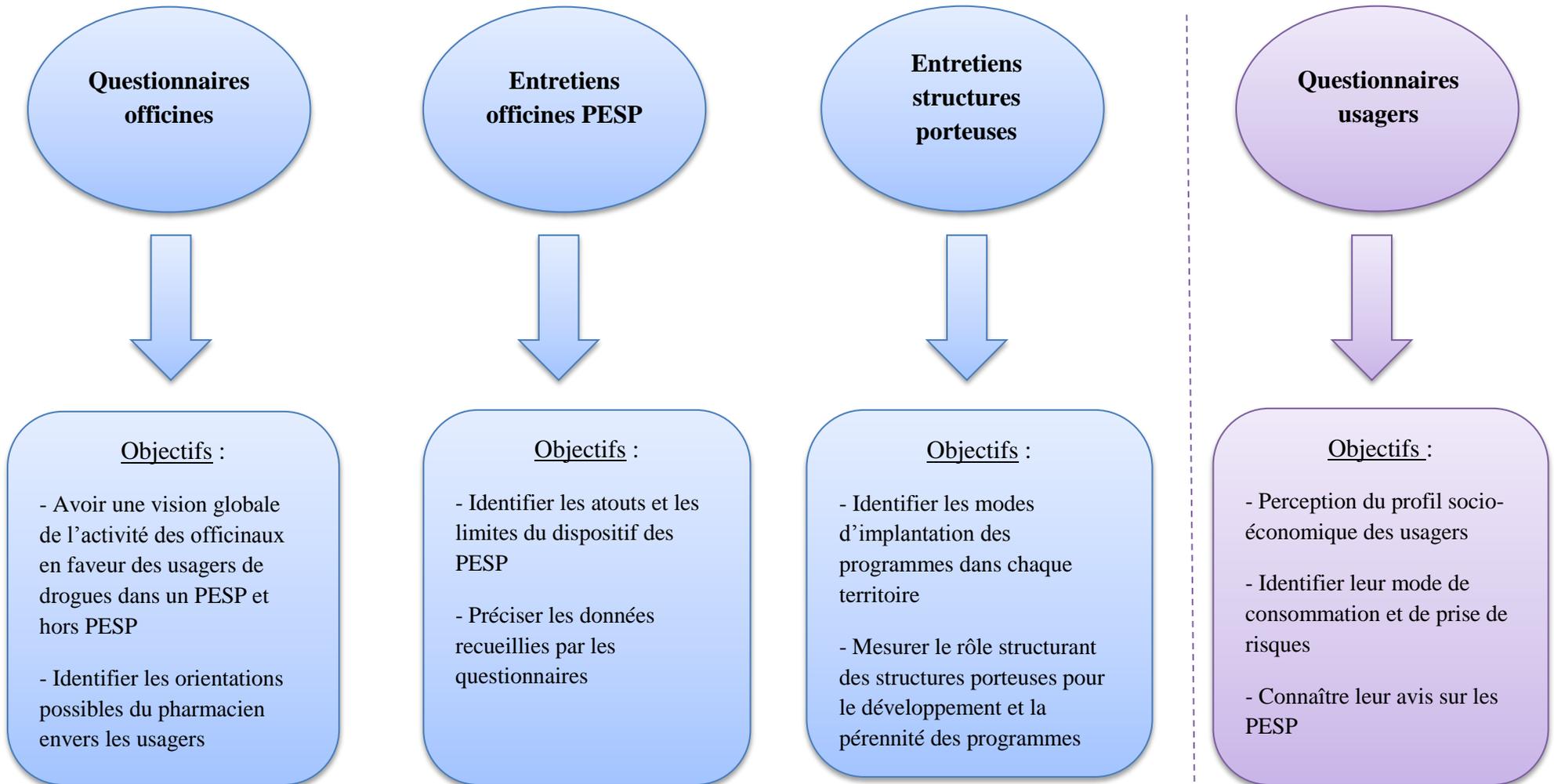
Il était essentiellement composé de questions fermées avec la possibilité de renseigner plus précisément ses réponses avec du texte libre. Les questions, courtes, ont été construites dans le but d'être comprises de tous. Deux questions relatives à la délivrance de conseils en réduction des risques (injection et risques de contaminations, conseils d'hygiène pour l'injection...) par les pharmaciens à l'attention des usagers ont été intégrées.

Cet auto-questionnaire a été mis à disposition au sein des CAARUD ainsi que des pharmacies. Les répondants présentent ainsi soit une pratique exclusive d'approvisionnement en matériel d'injection à l'officine, soit une pratique mixte d'approvisionnement (CAARUD - officine). Les questionnaires usagers ont été recueillis sur l'ensemble des trois territoires sur une période de douze semaines, du 26 novembre 2015 au 18 février 2016 afin que les usagers de drogues disposent de temps pour y répondre.

De plus, ces questionnaires étaient accompagnés d'une enveloppe « opti-réponse » afin que chaque répondant puisse les retourner sans frais. Cette démarche visait donc à assurer l'anonymat de l'utilisateur de drogues et à maximiser le taux de retour des questionnaires. Par ailleurs, les adresses inscrites sur ces enveloppes différaient selon le territoire, trois adresses distinctes ont été retenues. Ce choix a été opéré en concertation avec les équipes porteuses du PESP sur des critères d'anonymat.

4. Schéma récapitulatif

Schéma récapitulatif des modes de recueil utilisés dans l'enquête



5. Population étudiée

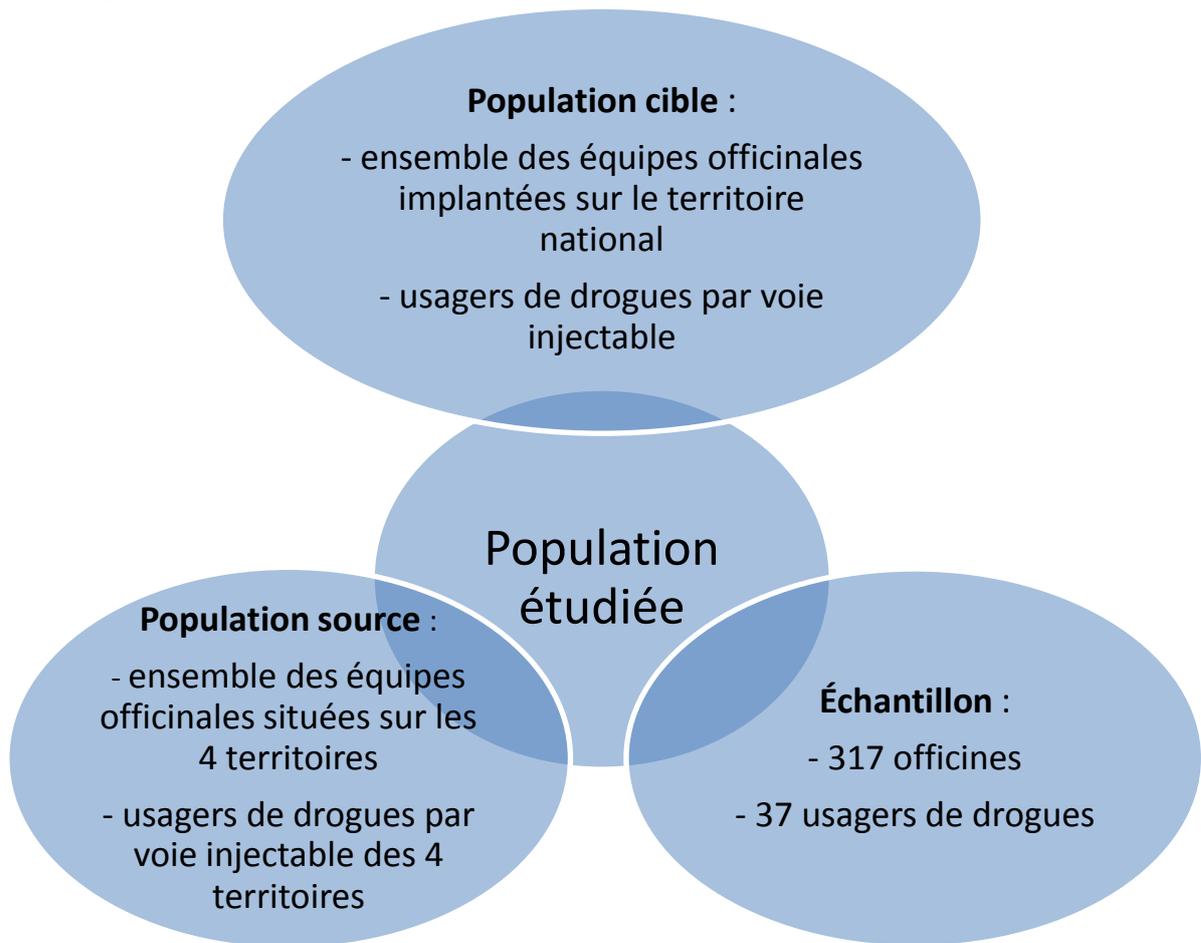


Figure n° 3 : La population étudiée

6. Analyse

Les logiciels Epi info (version 7) et Excel® ont été utilisés afin de traiter l'ensemble des données recueillies.

RÉSULTATS

1. Questionnaires usagers

Parmi les 1 500 questionnaires usagers envoyés et accompagnés d'enveloppes pré-affranchies sur les trois territoires, 37 ont pu être exploités. Le taux de retour constaté pour ces questionnaires est de 2,5 %. Ils se répartissent sur les trois territoires de la façon suivante :

- 15 dans les Deux-Sèvres
- 12 dans le Gard
- 10 dans le Pas-de-Calais

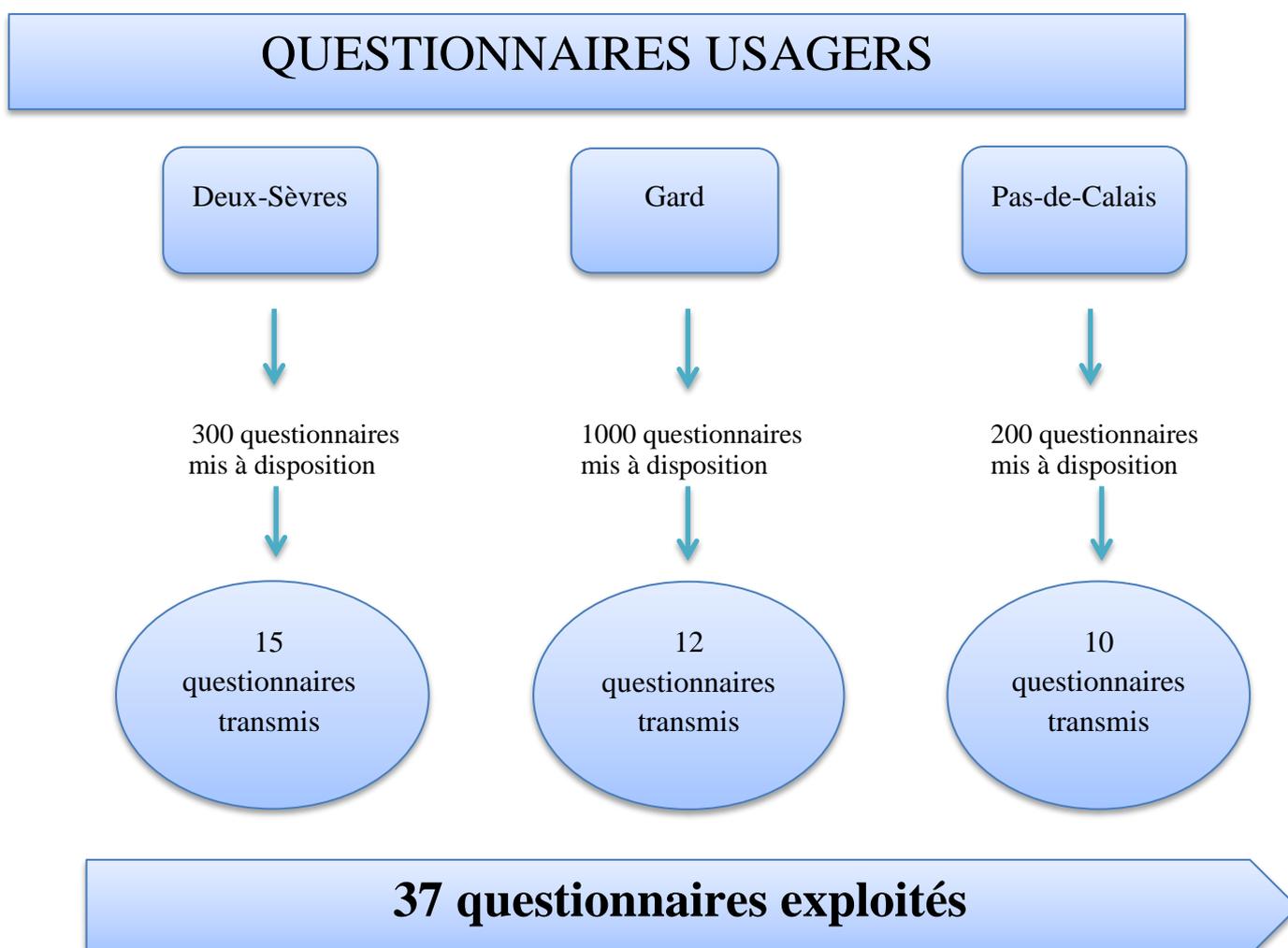


Figure n° 4 : Représentation des résultats concernant les questionnaires usagers

1.1. Profil des usagers

Une série de questions relatives au capital économique, culturel et social des personnes interrogées, communément appelée le talon sociologique, ont été posées à l'ensemble des usagers. Il était destiné à approcher les ressources et l'environnement de vie des usagers et a permis de récolter certains déterminants sociaux du phénomène étudié comme le sexe, l'âge, le niveau de précarité, etc. Les résultats de notre échantillon de population vous sont présentés ci-dessous.

Les répondants sont majoritairement des hommes, soit 29 hommes pour 7 femmes. Un répondant n'a pas souhaité répondre à cette question. Leur âge varie de 21 ans à 59 ans, avec un âge médian de 38,4 ans. Les femmes sont en moyenne plus jeunes que les hommes (29 ans contre 40 ans).

64 % des usagers (n= 23) déclarent ne pas avoir d'activité professionnelle rémunérée et 36 % (n= 13) se déclarent salariés (dont 19 % (n= 7) en contrat à durée indéterminée, 14 % (n= 5) en contrat à durée déterminée et 3 % (n= 1) en tant que salarié indépendant). Un usager n'a pas souhaité répondre à cette question. Concernant le logement, 31 répondants (soit 86 %) déclarent posséder un logement stable alors que cinq (soit 14 %) déclarent ne pas en avoir. Un usager n'a pas souhaité répondre à cette question.

Actuellement, parmi les 33 répondants, 91 % (n= 30) déclarent prendre un traitement de substitution sur prescription médicale. Seulement trois usagers déclarent ne pas prendre de traitement de substitution et quatre n'ont pas souhaité répondre. Concernant le traitement de substitution, 27 répondants déclarent être sous traitement par buprénorphine haut dosage - BHD (générique et princeps), cinq sous traitement par Méthadone et 1 sous traitement par Suboxone® ; ce qui fait un total de 33 usagers de drogues sous traitement de substitution. Trois répondants précisent la nature de leur traitement de substitution alors qu'ils n'ont pas déclaré prendre un traitement de substitution sur prescription médicale.

Tableau n° 1 : Représentation des profils des usagers selon le territoire

	DEUX- SEVRES (N= 15)	GARD (N= 12)	PAS-DE- CALAIS (N= 10)	ENSEMBLE
Homme	12	8	9	29
Femme	3	4		7
Moins de 25 ans	2			2
25 – 34 ans	6	4	2	12
35 ans et plus	7	8	7	22
CDI	3	3	1	7
CDD	3		2	5
Salarié indépendant		1		1
Pas d'activité professionnelle	9	8	6	23
Logement	14	11	6	31
Pas de logement	1	1	3	5
Traitement de substitution sur prescription médicale	13	10	7	30
BHD	14	6	7	27
Méthadone		4	1	5
Suboxone			1	1

1.2. Les pratiques d'approvisionnement en matériel stérile

Les usagers qui ont répondu au questionnaire déclarent des pratiques diverses. Parmi les répondants, 42 % (n= 15) viennent chercher des seringues à la pharmacie depuis plus de cinq ans, 31 % (n= 11) depuis trois à cinq ans, 17 % (n= 6) depuis un à deux ans et 11 % (n= 4) depuis moins d'un an.

Le nombre de kits pris par des usagers de drogues chaque semaine varie, cela peut aller d'un kit par semaine pour une personne jusqu'à 70 kits par semaine pour une autre. En moyenne, la délivrance de kits aux usagers est de 9,8 kits par semaine. La médiane de répartition est de 7 kits, ce qui est plus proche de la tendance globale, puisqu'un usager déclare aller chercher 70 kits chaque mois. Douze répondants déclarent venir chercher moins de 5 kits par semaine. Seize répondants déclarent venir chercher entre 5 et 10 kits chaque semaine. Sept répondants

déclarent venir chercher plus de 10 kits chaque semaine. Au total, **342 kits sont délivrés chaque semaine en officine** aux usagers de notre échantillon (n= 35). Sachant qu'un kit contient deux seringues, **684 seringues sont délivrées chaque semaine aux usagers.**

54 % des répondants (n= 19) se procurent aussi des kits pour d'autres personnes. Dans ce cas, le nombre de kits pris chaque semaine peut atteindre 20 kits en fonction du nombre de personnes qui bénéficieront des kits. En moyenne, 6,1 kits sont obtenus pour d'autres personnes. Un ensemble de 104 kits sont délivrés en officines aux usagers du PESP qui seront adressés par la suite, à d'autres usagers. Parmi les usagers prenant des kits pour d'autres personnes, ils en prennent le plus souvent pour une seule personne mais cela peut aller jusqu'à huit personnes. En moyenne, ils en acquièrent pour 2,1 personnes.

54 % des usagers (n= 19) affirment se procurer leurs seringues au sein de plusieurs pharmacies, alors que 46 % (n= 16) déclarent aller toujours dans la même pharmacie. Parmi l'ensemble des répondants (N= 37), 37 % (n= 12) déclarent s'approvisionner en seringues dans d'autres structures que l'officine, notamment au sein de CAARUD et auprès de distributeurs-échangeurs de seringues en ville.

Tableau n° 2 : Les pratiques d'approvisionnement en matériel stérile

	DEUX- SEVRES (N= 15)	GARD (N= 12)	PAS-DE- CALAIS (N= 10)	ENSEMBLE
Fréquentation à la pharmacie :				
Moins d'un an	2	1	1	4
1 à 2 ans	4	2		6
3 à 5 ans	4	6	1	11
Plus de 5 ans	4	3	8	15
Nombre de kits par semaine :				
Moins de 5 kits	2	7	3	12
5 – 10 kits	9	3	4	16
Plus de 10 kits	3	2	2	7
Nombre de kits pour d'autres personnes				
	6	8	5	19
Lieu d'approvisionnement des seringues :				
Toujours dans la même officine	5	4	7	16
Dans plusieurs officines	9	7	3	19
Autre structure	8	4		12

1.3. Le nombre d'injections réalisées par usagers

Le nombre d'injections faites chaque jour par les usagers ayant répondu au questionnaire varie d'une injection par jour jusqu'à 15 par jour pour un usager. Un usager déclare réaliser 40 injections par semaine et évoquer l'incidence des produits (cocaïne VS héroïne) pour expliquer les variations dans le nombre d'injections qu'il réalise par semaine. Au total, 168 injections sont réalisées quotidiennement par les répondants de notre échantillon, soit 1 176 injections hebdomadaires. Le nombre moyen d'injections quotidiennes par usager s'élève à 4,5. La médiane de répartition est de 4 injections par jour. 24 % des usagers (n= 9) réalisent entre une et deux injections par jour. 41 % des usagers (n= 15) réalisent entre trois et quatre injections chaque jour. 16 % des usagers (n= 6) réalisent chaque jour entre cinq et six injections. 8 % (n= 3) des usagers réalisent entre sept et huit injections par jour. 5 % (n= 1)

des usagers réalisent chaque jour entre neuf et dix injections et 5 % (n= 2) réalisent plus de 10 injections chaque jour, soit 12 et 15 injections (voir graphique n° 1 ci-dessous).

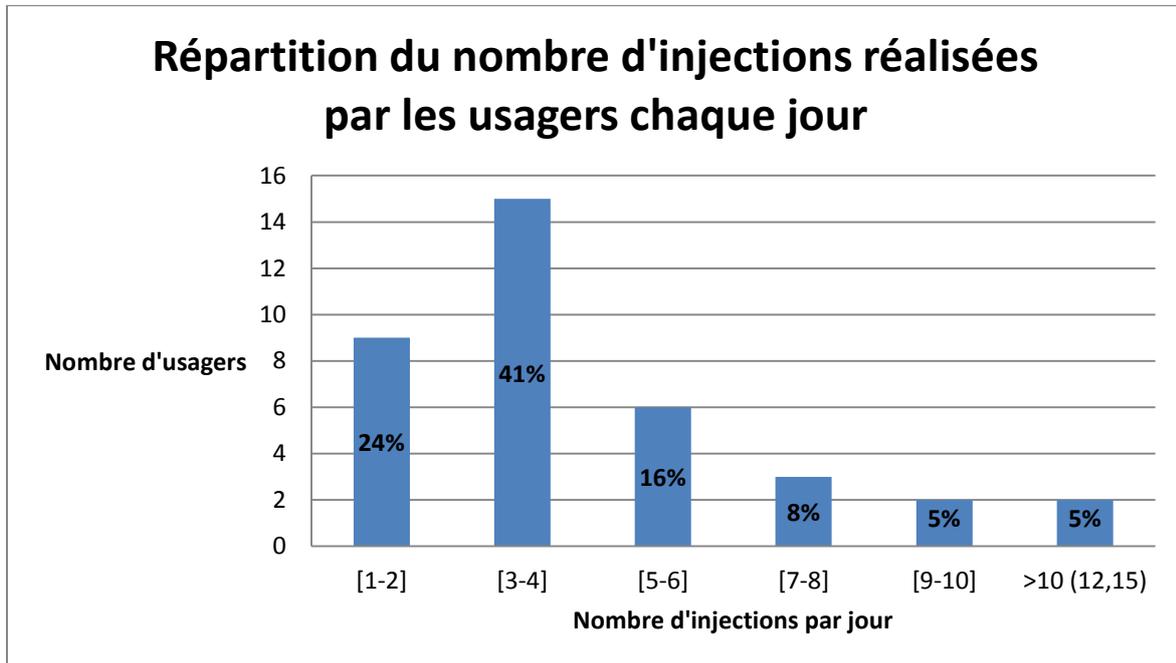


Figure n° 5 : Répartition du nombre d'injections réalisées chaque jour par les usagers

Si 684 seringues sont délivrées chaque semaine en officine et que les usagers déclarent réaliser l'équivalent de 1 176 injections chaque semaine, cela signifie que moins d'une injection sur deux est réalisée avec du matériel déjà utilisé. Cela représente 42 % du total des injections, soit 58 % d'injections réalisées dans des conditions plus sécurisées avec des seringues propres. Le taux théorique de réutilisation est de 0,42, soit 5,8 seringues neuves pour 10 injections.

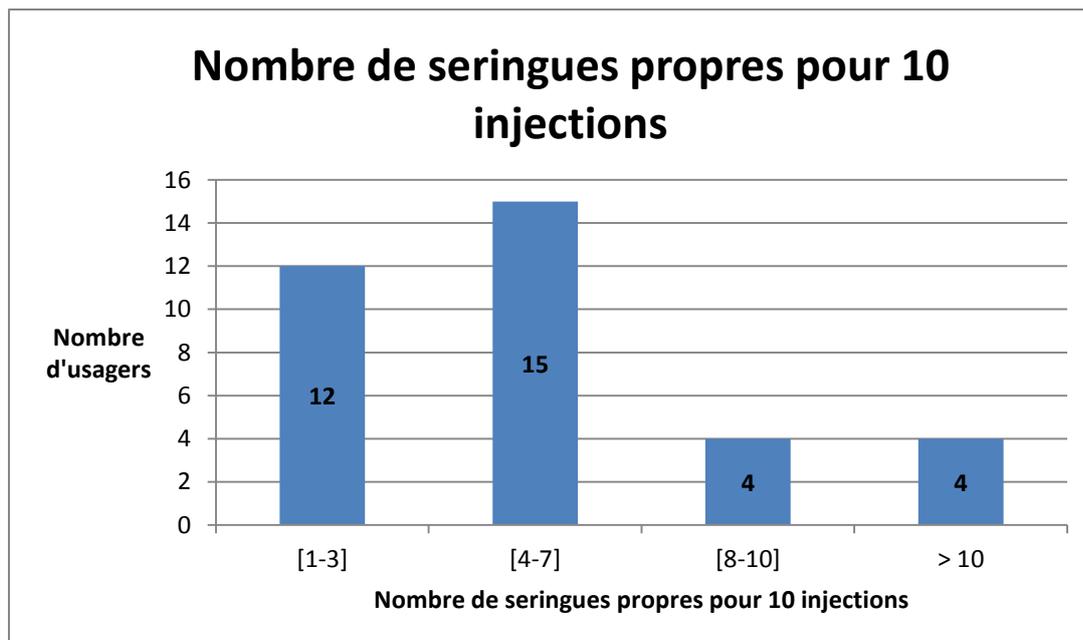


Figure n° 6 : Nombre de seringues propres pour 10 injections

12 usagers utilisent l'équivalent de 1 à 3 seringues propres toutes les 10 injections. 15 usagers utilisent l'équivalent de 4 à 7 seringues propres pour 10 injections. 4 usagers utilisent l'équivalent de 8 à 10 seringues propres pour 10 injections. 4 usagers utilisent l'équivalent de plus de 10 seringues propres pour 10 injections.

1.4. L'opinion des usagers sur le programme d'échange de seringues en pharmacie

Plus des trois-quarts des répondants déclarent que l'un des atouts les plus évidents des PESPs est la gratuité du matériel au sein des pharmacies. Cette délivrance gratuite de matériel d'injection permet aux injecteurs de s'approvisionner plus régulièrement comme le cite un usager « *on peut en avoir tout le temps, même sans argent* », et en volume plus important, donc de prendre moins de risque, et surtout de limiter le partage et la réutilisation du matériel d'injection ; « *pas d'échange de seringues et seringues neuves au lieu de les réutiliser, limiter la contamination à soi-même ainsi qu'aux personnes qui les ramassent (pour ceux qui les jettent ou les abandonnent dans la rue)* ».

Quatre inconvénients relatifs aux PESPs ont été relevés par les usagers : deux usagers déclarent qu'il n'est pas rare que leur soit opposé un regard désapprouvateur et qu'ils soient la cible de préjugés de la part du professionnel de santé lorsqu'ils viennent chercher du matériel d'injection, un autre usager pointe parfois le manque de matériel disponible. Enfin, un seul usager a évoqué le risque d'une surconsommation favorisée par la gratuité et l'accessibilité

des seringues en déclarant que l'inconvénient des PESP est « *qu'on est tenté de se faire un shoot* ».

1.5. Les pratiques d'injection et de consommation des usagers

Les pratiques de partage du matériel d'injection sont moins fréquentes que les pratiques de réutilisation de son propre matériel (voir graphique n° 3). Le partage et le don de cotons ne sont pas une pratique que l'on retrouve chez les répondants. Ce qui se trouve être encore le plus fréquent est la réutilisation de la même seringue pour différentes injections, toutefois elle n'a été déclarée cinq fois et plus durant le dernier mois que par 11 % des répondants.

Pratiques de partage et de réutilisation du matériel d'injection

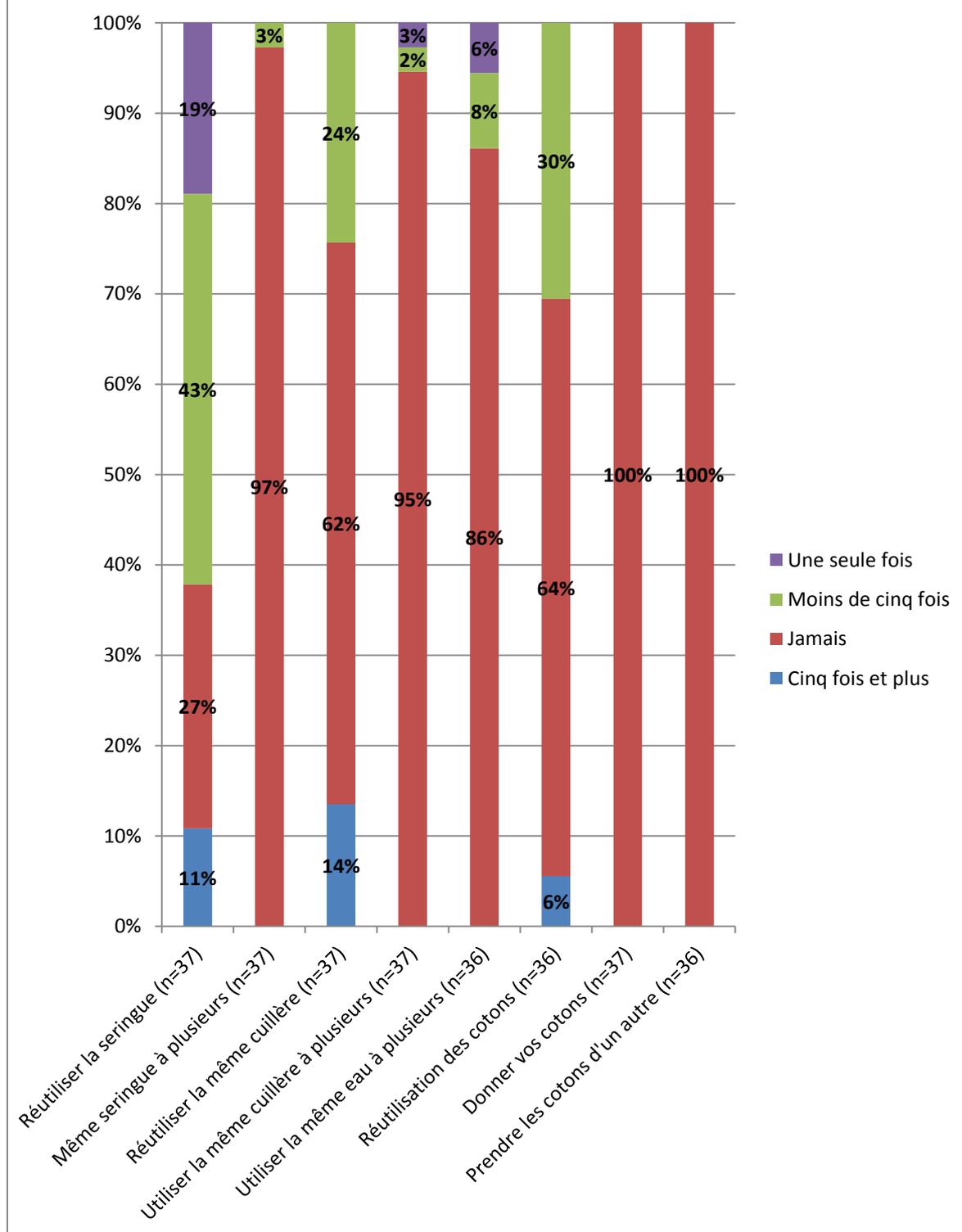


Figure n° 7 : Répartition des pratiques de partage et de réutilisation du matériel d'injection selon les 37 répondants durant le dernier mois

1.6. Orientation réalisée par les pharmaciens

Vingt-cinq orientations ont été proposées aux usagers par le pharmacien. Si le pharmacien propose une orientation à l'utilisateur, il le fait plutôt vers un CAARUD (n= 18), le service d'accueil des urgences (n= 3), ensuite vient l'orientation vers une autre pharmacie (n= 2), et enfin vers le médecin généraliste (n= 2). Toutefois, 66 % des usagers de drogues ayant répondu au questionnaire déclarent ne pas souhaiter bénéficier d'un accompagnement vers une structure adaptée.

42 % des usagers (n= 15) déclarent avoir déjà reçu des conseils d'hygiène pré/post point d'injection et des conseils sur l'utilisation du petit matériel de la part d'un pharmacien. De même, 42 % des usagers (n= 15) déclarent avoir déjà reçu des informations sur les risques de transmission du VIH et des hépatites associés aux pratiques d'injection de la part d'un pharmacien.

62 % (n= 23) des usagers de drogues déclarent se sentir en confiance lorsqu'ils viennent chercher du matériel dans une officine. 24 % (n= 9) des usagers déclarent se sentir en sécurité dans les officines quand ils viennent chercher du matériel d'injection. 22 % (n= 8) des usagers déclarent rester dans la pharmacie le moins possible. 11 % (n= 4) des usagers déclarent se sentir mal à l'aise dans l'officine quand ils viennent pour la délivrance de matériel d'injection et 5 % (n= 2) des usagers déclarent se sentir accompagnés dans l'officine lors de la délivrance de matériel d'injection.

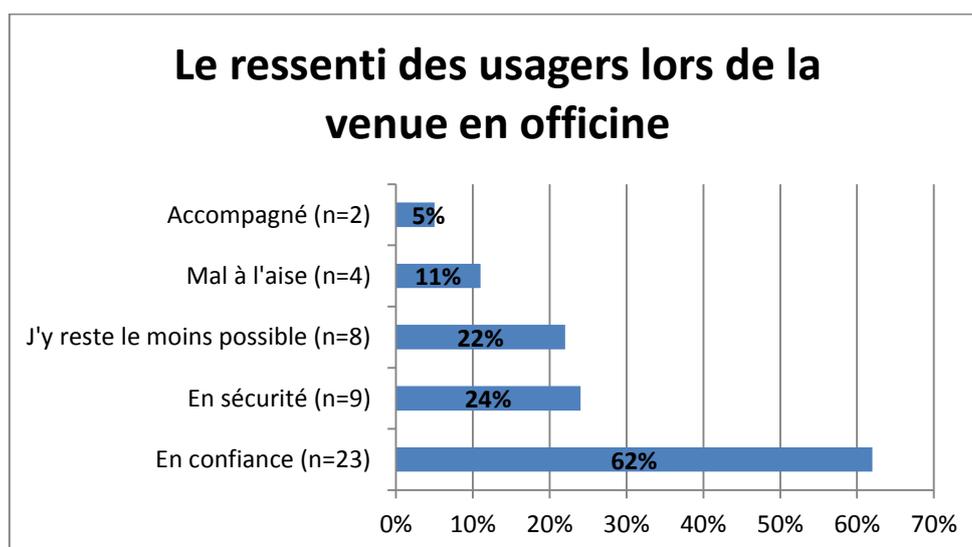


Figure n° 7 : Le ressenti des usagers en officine lors de la délivrance de matériel d'injection

1.7. La gestion du matériel usagé

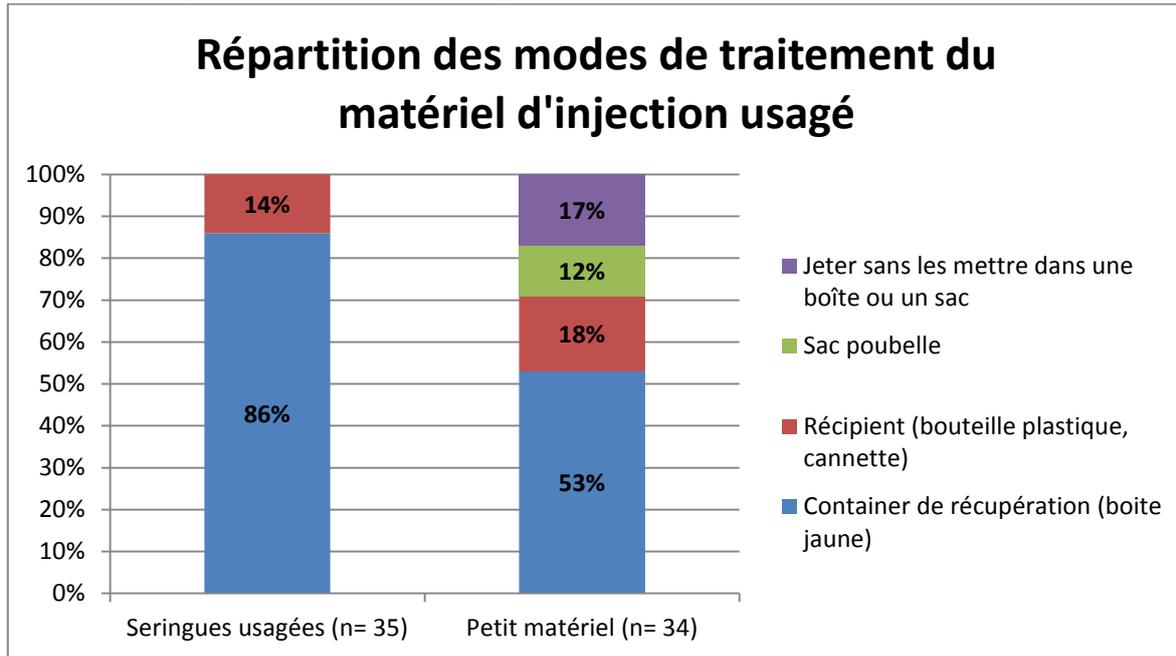


Figure n° 8 : Répartition des lieux où le matériel d'injection usagé est disposé après utilisation

86 % des usagers (n= 30) déclarent déposer leurs seringues usagées dans un container de récupération DASRI (déchets d'activités de soins à risques infectieux) et 14 % les déposent dans un récipient de type bouteille en plastique, cannette.

Concernant le petit matériel usagé, 53 % des usagers (n= 18) déclarent le mettre dans un container de récupération DASRI, 18 % dans un récipient, 12 % dans un sac poubelle et 17 % dans une poubelle sans le mettre au préalable dans une boîte ou un sac.

Parmi les répondants, on constate une plus forte récupération des seringues usagées que du petit matériel.

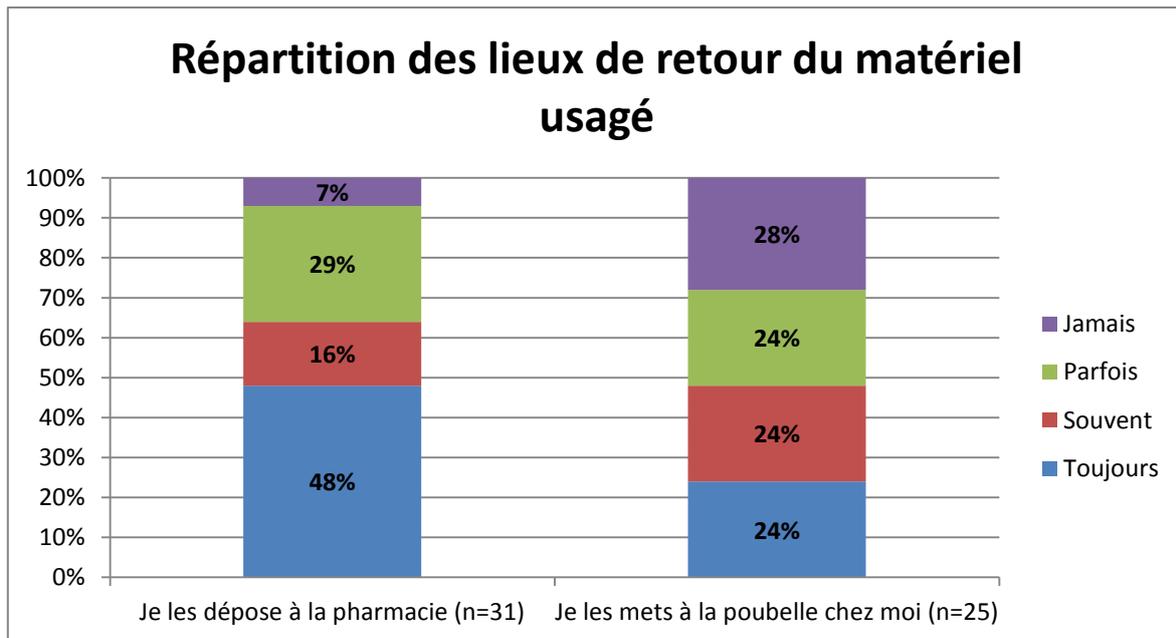


Figure n° 9 : Répartition des lieux où le matériel d'injection usagé est déposé

93 % des usagers (n= 29) déclarent avoir déposé au moins une fois leurs seringues et le petit matériel à la pharmacie. 72 % des usagers (n= 18) déclarent avoir mis au moins une fois leurs seringues usagées ainsi que le petit matériel dans la poubelle de leur domicile.

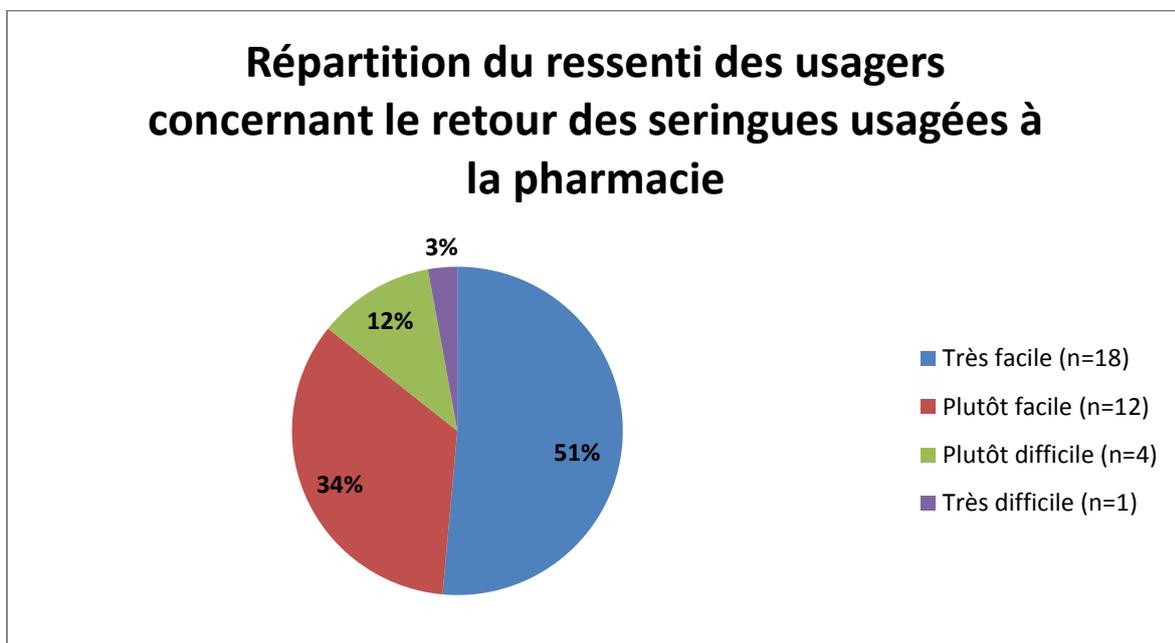


Figure n° 10 : Ressenti des usagers quant au retour des seringues usagées à la pharmacie

Selon les répondants (n= 30), 85 % d'entre eux déclarent que le retour du matériel usagé à la pharmacie est un geste aisé, dont 51 % le déclare « très facile » et 34 % « plutôt facile ».

1.8. Les propositions d'amélioration de la part des usagers

Peu de commentaires concernant des propositions d'amélioration ont été faits par les usagers. Toutefois, ils ont fait part de leur souhait que l'ensemble des pharmacies adhère à un PESP pour une plus grande accessibilité des kits d'injection gratuits. Les répondants se sentent en confiance au sein des officines, cependant ils aimeraient plus d'accompagnement de la part de l'équipe officinale, ce qui permettrait de faire évoluer l'image négative que véhiculent encore les usagers de drogues. Enfin, les usagers souhaiteraient que les officines aient toujours à disposition du matériel d'injection, c'est-à-dire, qu'elles soient plus régulièrement réapprovisionnées et présentent un stock suffisant de kits.

1.9. Focus sur les femmes

En raison du faible retour de ces questionnaires usagers, il n'est pas envisageable de chercher à identifier un effet de genre quant au vécu du PESP par les usagers de drogues. Néanmoins, un focus sur les sept questionnaires remplis par des femmes nous a semblé pertinent. En première lecture, on constate qu'elles sont quatre à déclarer n'exercer aucune activité salariée et déclarent toutes un logement stable. Six femmes déclarent être sous traitement de substitution sur prescription médicale dont 5 sous Subutex® et une sous Méthadone. Quatre d'entre elles déclarent ne fréquenter que les pharmacies pour leur approvisionnement en seringues. Elles sont six à déclarer s'approvisionner en kits chaque semaine dans la pharmacie et le nombre de kits varie entre 1 et 15 kits par semaine. Elles ne sont que deux à déclarer prendre des kits pour d'autres (5 kits pour l'une, 10 pour l'autre), ce qui peut suggérer des pratiques seules (VS couple), mais ne signifie pas que ce n'est pas une pratique en groupe. Cinq d'entre elles pratiquent trois injections par jour et plus, et deux en déclarent 8 par jour.

Les principaux avantages des PESP pour les femmes interrogées sont la gratuité des seringues qui permet une économie au niveau du budget des foyers : « *pour moi, comme beaucoup, ça me fait économiser 7 euros par semaine* », « *le service de proximité avec les pharmacies et le fait que ça permet d'éviter le partage du matériel* ». Seuls deux inconvénients ont été relevés : la moindre accessibilité et une quantité insuffisante de kits dans certaines pharmacies comme le justifie une répondante : « *des fois, ils n'en ont pas assez pour tous* », et les préjugés que peuvent avoir les pharmaciens.

Elles sont très peu à déclarer partager le petit matériel et toutes déclarent ne jamais utiliser la même seringue à plusieurs. Par contre, la pratique de la réutilisation de la seringue reste importante pour 5 femmes. Elles sont plutôt dans une dynamique de récupération dans les containers jaunes mais rapportent très peu à la pharmacie, bien qu'elles déclarent trouver ça facile (6/7) et préfèreront la poubelle. Elles sont très peu à déclarer avoir reçu des conseils de la part des pharmaciens (une déclare avoir déjà reçu des conseils d'hygiène pré/post point d'injection et deux des conseils sur les risques de transmission) dans le cadre de leur approvisionnement en seringues. Trois femmes se déclarent en confiance dans l'officine, deux en sécurité, deux mal à l'aise, aucune accompagnée et trois y rester le moins possible. Leur confort dans l'officine semble globalement moins positif que celui des répondants hommes tout en étant toutefois essentiellement positif.

On constate que leurs commentaires sont plus formalisés et précis que ceux des hommes globalement, avec une maîtrise du français plus assurée. Elles témoignent pour certaines d'un vrai attachement au dispositif tel qu'il leur est proposé, et un souhait que chaque demande de seringues puisse être honorée. Elles évoquent essentiellement l'attrait de la proximité avec leur lieu de vie et la gratuité.

2. Questionnaires officines

Sur l'ensemble des trois territoires décrits précédemment, 300 questionnaires ont pu être exploités. La répartition des questionnaires sur les trois territoires est la suivante :

- Au moment de l'enquête nous disposions d'un fichier comprenant les coordonnées de 254 pharmacies dans le département du Gard identifiées par le CAARUD Logos comme appartenant à son périmètre d'action, ce qui constitue donc son diagnostic de territoire. Ce fichier distinguait les pharmacies identifiées comme ayant une activité de RdR auprès des usagers de drogues (délivrance de Kit +®, de Stéribox®, de sticker, etc...), les officines ayant montré un intérêt pour le programme et les officines se montrant opposées à une adhésion. Le RESPADD a contacté par téléphone les pharmacies identifiées comme ne souhaitant pas s'engager dans le PESP, tandis que l'équipe locale du CAARUD s'est rapprochée des pharmacies engagées à des degrés divers dans le programme. Au total, 132 officines ont répondu au questionnaire, ce qui nous permet d'avoir un taux de retour de 52 %.
- De la même façon pour le département du Pas-de-Calais, un fichier comprenant les coordonnées de 175 pharmacies nous a été fourni par le CAARUD Atypik. Ces

pharmacies constituent le périmètre d'action du CAARUD défini sur trois zones : Lens/Liévin, Béthune, Hénin Carvin. L'ensemble des pharmacies a été contacté, et à l'issue de cette enquête par téléphone, 127 officines ont répondu au questionnaire, ce qui permet d'identifier un taux de retour équivalent à 73 %.

- Sur le territoire des Deux-Sèvres les officines contactées appartenaient à un périmètre restreint, autour de 20 km du centre-ville de Niort. L'échantillon a été constitué en fonction de la proximité des officines par rapport au CAARUD ou aux équipes mobiles. Sur les 63 officines incluses dans l'enquête, 41 questionnaires ont pu être exploités, ce qui représente un taux de retour équivalent à 65 %. Les modalités d'inclusion des pharmacies ont été différentes, non basées sur un principe d'exhaustivité, mais sur un principe de proximité à l'offre d'accompagnement des usagers de drogues (CAARUD, équipes mobiles). Aussi les pharmacies appartenant à un PESP y sont surreprésentées.

Enfin, 17 questionnaires ont été renseignés à Clichy-La-Garenne qui constitue notre unité d'observation contrôle. Au total, 317 questionnaires ont pu être exploités.

Sur les 509 officines identifiées sur nos quatre territoires, 317 questionnaires ont été renseignés, soit un taux de participation de 62 %. Dans notre échantillon, 106 officines ayant participé à l'enquête ont été identifiées comme appartenant à un PESP, 194 officines ne participant pas à un PESP mais situées sur un territoire doté d'un PESP et 17 officines qui constituent notre « population contrôle », donc dépourvue de PESP. Parmi les 106 officines appartenant à un PESP, 16 sont situées dans le département du Pas-de-Calais, 70 dans le Gard et 20 dans les Deux-Sèvres (voir figure n°11 ci-dessous).

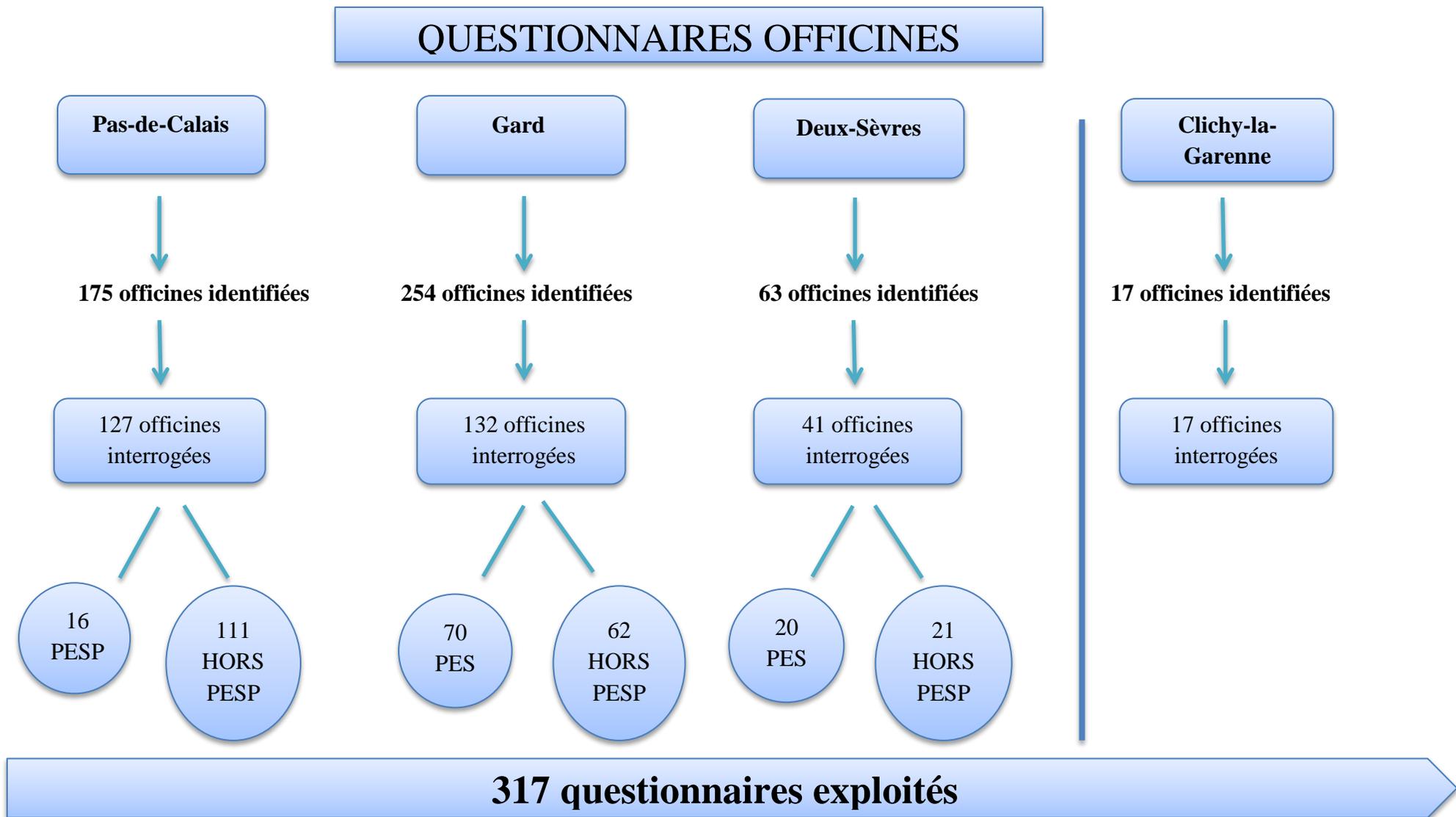


Figure n° 11 : Représentation des questionnaires concernant les officines interrogées

2.1. File active des usagers de drogues au sein des officines

Plus de la moitié des officines interrogées (53 %) ont déclaré recevoir au moins un usager de drogues par semaine pour la délivrance de matériel d'injection stérile. Concernant les pharmacies qui déclarent ne pas recevoir d'usagers de drogues au sein de leurs pharmacies, 39 % (n= 117) le justifient du fait de l'absence de demande de matériel d'injection de la part de cette patientèle et 1 % (n= 3) car elles ne souhaitent pas s'investir dans cette thématique de l'addictologie, point de vue partagé par l'ensemble de l'équipe officinale. À Clichy, 83 % des officines déclarent recevoir au moins un usager de drogues chaque semaine, ce qui représente une part élevée d'usagers s'approvisionnant sur cette commune.

Parmi les 106 pharmacies appartenant à un PESP, 91 % (n= 96) déclarent recevoir au moins un patient usager de drogues sous traitement de substitution aux opiacés, tous traitements confondus. Par contraste, 78 % des pharmacies non adhérentes à un PESP (n= 152) et 65 % (n= 11) des pharmacies de Clichy déclarent recevoir au moins un usager sous TSO. Les usagers rencontrés par l'ensemble des pharmacies interrogées sont principalement sous traitement de substitution par BHD (73 %), suivi de peu par le traitement par la méthadone (62 %).

2.2. Orientation et dialogue des officines

Plus de la moitié des pharmacies interrogées (53 %, n= 159) déclarent qu'au moins un acte pharmaceutique favorise le dialogue avec l'usager de drogues, tous actes confondus. Ensuite, si on cible les pharmacies appartenant à un PESP, 82 % (n= 87) déclarent qu'au moins un acte pharmaceutique favorise le dialogue avec l'usager, tous actes confondus ; ce qui est plus élevé que le taux des pharmacies hors PESP qui s'élève à 41 %. De la même façon, à Clichy le taux s'élève à 82 % (n= 14) des pharmacies. La délivrance d'un médicament de substitution aux opiacés est désignée majoritairement comme l'acte pharmaceutique favorisant le plus le dialogue avec l'usager de drogues (voir graphique n° 8 ci-dessous).

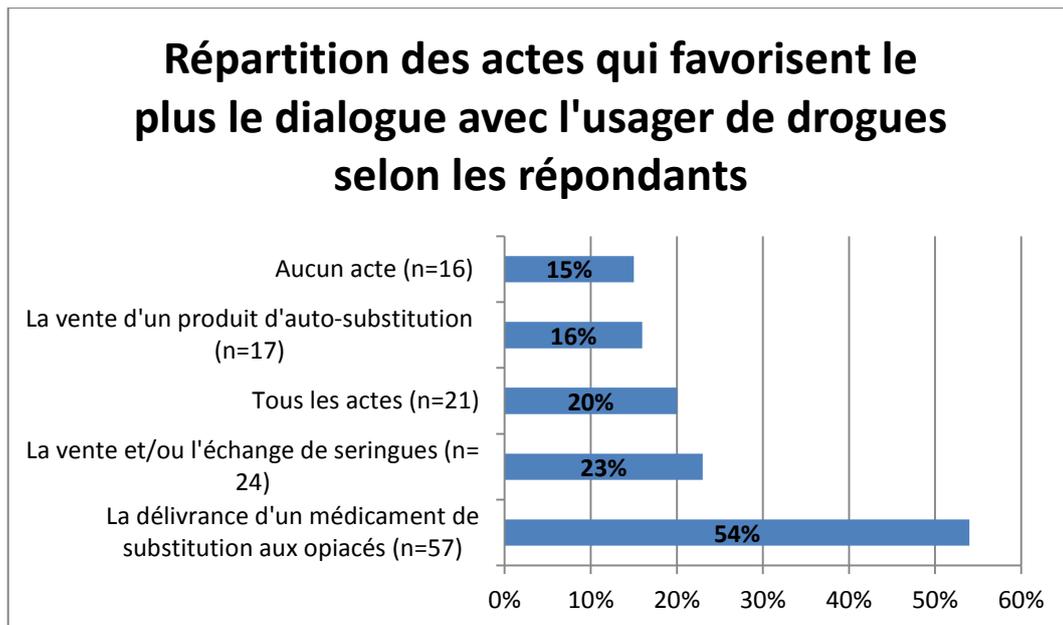


Figure n° 12 : Répartition des actes qui favorisent le plus le dialogue avec l'utilisateur de drogues selon les pharmacies appartenant au PESP

57 % des pharmacies (n= 60) appartenant à un PESP et 39 % (n= 117) de l'ensemble des pharmacies interrogées déclarent avoir déjà orienté au moins une fois un usager vers une structure de soins, de prévention ou de dépistage, toutes structures confondues. 35 % (n= 68) des pharmacies hors PESP déclarent avoir déjà proposé une orientation à un usager. Un quart de notre population contrôle déclare avoir déjà orienté un usager vers une structure de soins, notamment en direction de l'hôpital. Le CAARUD représente la structure la plus citée par les pharmacies du PESP (31 %) et hors PESP.

2.3. Caractéristiques de l'échange

92 % des pharmacies appartenant à un PESP déclarent délivrer tous types de seringues (Stéribox®, Kit +® et seringues à insuline) aux UDVI contre 53 % des pharmacies non adhérentes. La totalité des pharmacies appartenant au PESP des Deux-Sèvres (n= 20) délivrent des seringues aux usagers. Parmi la population contrôle, 76 % déclarent délivrer des seringues. Il a été constaté qu'une confusion était très présente chez les pharmaciens et consistait en l'absence de distinction souvent relevée entre Stéribox® et Kit +®, d'où notre choix méthodologique d'un regroupement de variables isolées : le nombre de Stéribox®, de Kit +® et de seringues à insuline délivrées, ce qui nous permet d'avoir la part de l'ensemble des seringues délivrées aux usagers de drogues (voir graphique n° 9). Toutefois, 9 % des pharmacies (n= 17) qui ne participent pas à un PESP déclarent ne pas délivrer de seringues à des UD en raison d'une crainte de l'envahissement et d'un

sentiment d'insécurité envers cette population, 1 % (n= 1) en raison du sentiment de favoriser l'usage de drogues et aussi suite à des incidents qui auraient eu lieu avec des usagers au sein de l'officine.

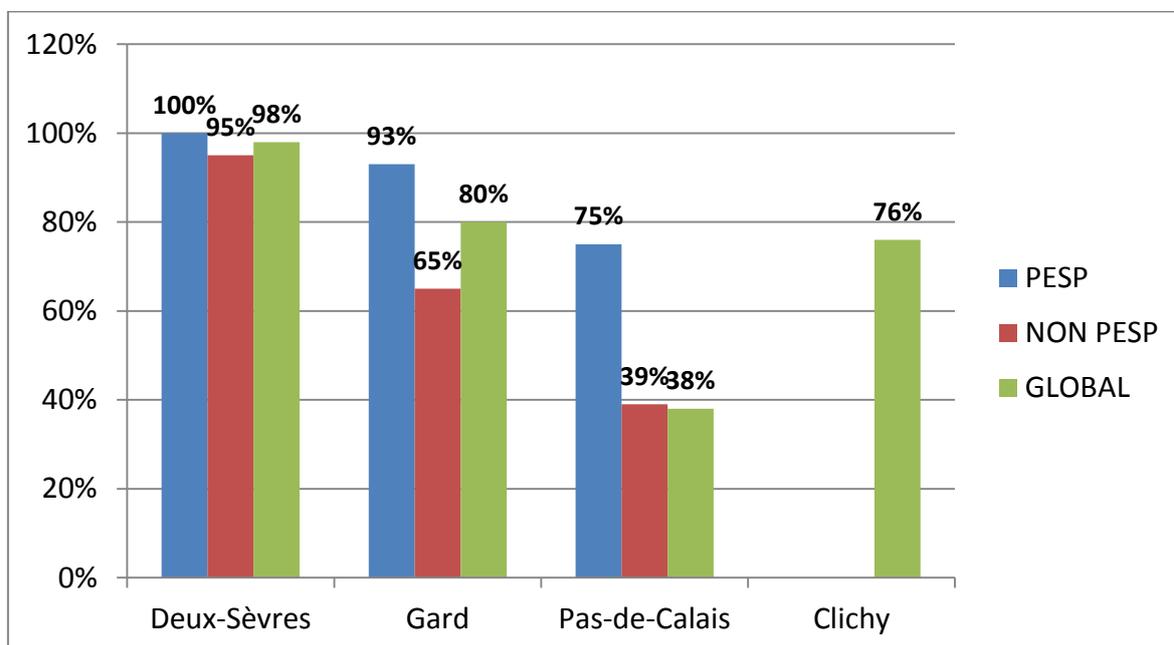


Figure n° 13 : Ratio des pharmacies délivrant tous types de seringues (Stéribox®, Kit +®, seringues à insuline) aux usagers de drogues

2.4. La récupération du matériel usagé

La récupération du matériel usagé est majoritairement proposée au sein d'officines appartenant à un PESP (58 % versus 20 %), notamment pour les officines appartenant au PESP du Pas-de-Calais avec un taux de récupération équivalent à 94 %. En ce qui concerne notre population contrôle, 35 % des officines déclarent proposer cette récupération. Toutefois, la récupération du matériel usagé proposée dans certaines officines, ne garantit pas que l'utilisateur y consentira. Un pharmacien a déclaré lors d'un entretien s'interroger sur la pertinence de rester dans le programme en raison du faible taux de retour des seringues usagées dans sa pharmacie.

L'identification des programmes d'échange de seringues en pharmacie diffère selon l'appartenance de la pharmacie au programme. Sans grande surprise, les pharmacies appartenant à un PESP sont plus nombreuses à en connaître l'existence que celles non adhérentes (46 % versus 25 %). Concernant notre population contrôle, 24 % des pharmacies ont connaissance de l'existence des PESP. Or, cette connaissance relève notamment de la mobilisation des structures porteuses au niveau local, particulièrement les

CAARUD, qui interviennent auprès des pharmacies pour une meilleure identification des structures de soin et d'accompagnement en présence sur leur territoire. Comme le montrent les résultats du département du Pas-de-Calais, où 94 % des pharmacies PESP ont connaissance de l'existence de ce dispositif, l'implication du CAARUD et ses visites régulières constituent le noyau dur de l'investissement des pharmaciens pour la pérennité du dispositif.

2.5. Le besoin d'information des officines

72 % des officines PESP et 23 % des officines hors PESP manifestent un besoin d'information en matière d'addictologie, qui se traduit par une demande de formation, de documentation ainsi que d'une assistance téléphonique. La population contrôlée de Clichy déclare quant à elle, un besoin très élevé (82 %), particulièrement pour la formation. Les pharmacies dotées d'un PESP témoignent d'une plus forte demande de documentation (58 %), suivie de peu par une demande de formation (51 %), et enfin la mise à disposition d'un support téléphonique (26 %). Par ailleurs, les officines non PESP expriment une demande similaire en terme de formation et de documentation (16 %), suivi du support téléphonique (6 %). À l'issue des entretiens, une attente forte des pharmacies en termes de formation de l'équipe officinale a pu être constatée. Plusieurs pharmacies ont déclaré en effet souhaiter bénéficier d'une formation pour acquérir les outils et savoir-être facilitateurs qui permettent d'instaurer le dialogue avec l'utilisateur.

DISCUSSION

CHAPITRE 1 : Les modèles d'implantation et le fonctionnement des programmes

1. Diagnostic territorial

Les diagnostics territoriaux des quatre territoires étudiés ont été réalisés, ce qui permet de constater la diversité des territoires et des acteurs qui les composent. Ils visent à montrer les diverses caractéristiques, atouts, potentialités et faiblesses d'un territoire donné.

1.1. Gard

Selon l'INSEE au 1^{er} Janvier 2013, le département du Gard comptait 733 201 habitants. Entre 2008 et 2013, la population du Gard a augmenté de plus de 1,1 %. Le Gard est le troisième département le plus peuplé de la région Languedoc Roussillon Midi-Pyrénées derrière la Haute-Garonne et l'Hérault. La ville de Nîmes est la plus grande aire urbaine du département, avec 264 647 habitants en 2013. L'aire urbaine est un « *ensemble de communes comprenant un pôle et sa couronne constituée par les communes (rurales ou urbaines) dont au moins 40 % des actifs en emploi travaillent dans le pôle ou dans une commune attirée par celui-ci* » (24). En 2013, la ville de Nîmes comptait 150 564 habitants.

	Population en 2013
Gard	733 201
Languedoc Roussillon Midi-Pyrénées	5 683 878
Aire urbaine de Nîmes	264 647
Commune de Nîmes	150 564

Le taux de chômage recensé au 3^{ème} trimestre 2015 pour cette région était de 12,2 %. Ce taux est plus élevé que celui observé au niveau national qui est de 10,1 %. Pour le département du Gard, le taux de chômage s'élève à 14,2 %, ce qui est nettement plus élevé que celui de la région. Concernant la commune de Nîmes, les chiffres définissant le taux de chômage datent de 2013 avec un taux égal à 21,9 %, touchant plus particulièrement les femmes. (24)

Le taux brut de mortalité pour cette région en 2014 est de 9,4 % alors que celui de la France s'élève à 8,4 %. Ce taux est de 9,2 % dans le département du Gard (24).

En 2011, selon les données de l'Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions (ODICER), la région Languedoc Roussillon Midi-Pyrénées se situe au troisième rang pour les ventes pharmaceutiques de matériel d'injection stérile (Stéribox®) en nombre d'unités pour 100 habitants de 20 à 39 ans. En 2011, le taux de vente de Stéribox® s'élevait à 18,5 pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans. Ce taux est nettement plus élevé que celui observé au niveau national : 13,6 pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans. Concernant, le département du Gard, le taux de vente de Stéribox® en 2011 s'élevait à 13,7 pour 100 habitants de 20 à 39 ans, ce qui se rapproche du taux observé au niveau national (25).

Selon les données d'ODICER, 244 160 boîtes de Stéribox® ont été délivrées en 2011 par la région Languedoc Roussillon Midi-Pyrénées. Au niveau national, le nombre de boîtes de Stéribox® délivrées atteignait 2 224 042. En ce qui concerne le département du Gard, le nombre de boîtes de Stéribox® délivrées était de 22 013 (25).

1.2. Pas-de-Calais

Selon les données de l'INSEE au 1^{er} Janvier 2013, le département du Pas-de-Calais comptait 1 465 205 habitants. La population de la commune de Lens en 2013 était de 32 364 habitants. En 2012, la population active était la plus représentée avec 64,8 %, notamment par les actifs ayant un emploi (47,2 %). Parmi la population active de 15 à 64 ans, la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée est celle des ouvriers, suivis de peu par celle des employés (26).

Selon les données d'ODICER, en 2011 la région Nord-Pas-de-Calais Picardie a délivré 166 604 boîtes de Stéribox®. Au niveau national, le nombre de Stéribox® délivrés atteignait 2 224 042. Concernant le département du Pas-de-Calais, le nombre de Stéribox® délivrés est de 40 268. En 2011, le taux de vente de Stéribox® s'élevait à 10,7 pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans dans cette région. Concernant le département du Pas-de-Calais, le taux de vente de Stéribox® était de 11 pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans (25).

La région Nord-Pas-de-Calais Picardie est la région métropolitaine la plus touchée par le chômage. Selon les chiffres de l'INSEE au 3^{ème} trimestre 2015, 12,7 % de la population active était sans emploi, contre 10,1 % en France métropolitaine. Le département du Pas-de-Calais recense un taux de chômage égal à 13,1 %, soit 3 points de plus que la moyenne nationale. En 2013, la commune de Lens recense un taux de chômage égal à 27,6 %, ce qui est beaucoup plus élevé que la moyenne nationale (26).

En 2014, selon les données de l'INSEE, le taux brut de mortalité de cette région s'élève à 8,7 %, ce qui est en légère hausse comparativement à celui relevé au niveau national (8,4 %). Ce taux correspond à 9,4 % pour le département du Pas-de-Calais (26).

En 2013, 15 253 personnes de 15 ans ou plus, domiciliées dans le Nord-Pas-de-Calais, sont traitées par des traitements de substitution aux opiacés, dont près de 4 sur 5 en médecine de ville (27). Selon les constatations de cette étude, le nombre de patients sous traitement par BHD diminuerait depuis 2010. À contrario, le nombre de patients sous traitement par méthadone augmenterait, et on voit apparaître des patients sous BHD-naloxone.

1.3. Deux-Sèvres

Selon les données de l'INSEE au 1^{er} Janvier 2013, le département des Deux-Sèvres comptait 371 632 habitants. La population de la commune de Niort en 2013 s'élevait à 59 703 habitants. En 2012, les actifs sont nettement majoritaires (74,2 %) ; notamment ceux ayant un emploi (63,1 %). Parmi cette population active, la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée est celle des employés (28).

En 2011, selon les données d'ODICER, la région Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes se situe au cinquième rang pour les ventes pharmaceutiques de matériel d'injection stérile (Stéribox®) en nombre d'unités pour 100 habitants de 20 à 39 ans. En 2011, le taux de vente de Stéribox® s'élevait à 16,8 pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans. Ce taux est nettement plus élevé que celui observé au niveau national : 13,6 pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans. Concernant, le département des Deux-Sèvres, le taux de vente de Stéribox® en 2011 s'élevait à 5,7 pour 100 habitants de 20 à 39 ans (25).

Selon les données d'ODICER, en 2011 la région Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes a délivré 222 292 boîtes de Stéribox®. Au niveau national, le nombre de Stéribox® délivrés atteignait 2 224 042. Concernant le département des Deux-Sèvres, le nombre de Stéribox® délivrés est de 4 640 (25) .

Selon les données de l'INSEE, le taux de chômage de cette région au 3^{ème} trimestre 2015 s'élève à 9,8 %. Concernant le département des Deux-Sèvres, il s'élève à 8 %. Ces différents taux de chômage sont plus faibles que ceux relevés au niveau national. Cependant, la commune de Niort a un taux de chômage élevé en 2013, soit 16,4 %. Ici, on constate que le chômage touche plus particulièrement les hommes (28).

Le taux brut de mortalité est de 10,1 % dans cette région en 2014, ce qui est beaucoup plus élevé que celui recensé au niveau national (8,4 %). Ce taux s'élève à 9,8 % pour le département des Deux-Sèvres (28).

1.4. Clichy-la-Garenne

Selon les données de l'INSEE, la population totale de Clichy-la-Garenne au 1^{er} Janvier 2013 était de 59 639 habitants. En 2012, les femmes étaient en supériorité numérique par rapport aux hommes (30 356 femmes pour 28 884 hommes). Les personnes entre 30 et 44 ans sont les plus représentées dans la population de Clichy-la-Garenne (29).

Le taux de chômage en 2012 pour la ville de Clichy s'élevait à 13,9 %, et plus particulièrement pour les femmes. Selon les données de l'INSEE, le taux de chômage pour le département des Hauts-de-Seine au 3^{ème} trimestre 2015 s'élève à 8 % (29).

En 2014, le taux brut de mortalité pour la région Ile-de-France selon les données de l'INSEE s'élève à 5,9 %, ce qui est plus faible que le taux national qui est de 8,4 %. Ce taux s'élève à 6 % pour le département des Hauts-De-Seine (29).

En 2011, selon les données d'ODICER, la région Ile-de-France se situe au dernier rang (13^{ème}) pour les ventes pharmaceutiques de matériel d'injection stérile (Stéribox®) en nombre d'unités pour 100 habitants de 20 à 39 ans. En 2011, le taux de vente de Stéribox® s'élevait à 8 pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans. Ce taux est moins élevé que celui observé au niveau national : 13,6 pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans. Concernant le département des Hauts-de-Seine, le taux de vente de Stéribox® s'élevait à 6,3 pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans (25).

Selon les données d'ODICER, en 2011 la région Ile-de-France a délivré 281 180 boîtes de Stéribox®. Au niveau national, le nombre de Stéribox® délivrés atteignait 2 224 042. Concernant le département des Hauts-de-Seine, le nombre de Stéribox® délivrés est de 29 859 (25).

2. Les différents modèles d'implantation

Différents modèles d'implantation semblent se dégager avec leurs objectifs propres, tels qu'ils ont été identifiés, via les entretiens avec les structures porteuses et les pharmaciens. De ce fait, trois modèles distincts mais non exclusifs émergent avec des éléments communs.

2.1. Le modèle « extensif »

Ce modèle correspond particulièrement au département du Gard. L'objectif premier est la diffusion et la visibilité du dispositif sur le territoire. Le don de seringues est très développé dans le but de limiter la contamination et toucher les personnes les plus vulnérables et les plus éloignées du système de soin (distance géographique et/ou social). L'échange du matériel usagé contre du matériel stérile n'est pas une condition exigée pour la délivrance de matériel stérile, ce qui se confirme avec des taux de récupération modérés.

2.2. Le modèle « transitoire / transitionnel »

Le PESP ne constitue pas une fin en soi, c'est plutôt une étape centrale pour limiter les réutilisations et la contamination. C'est aussi une solution pratique en raison des créneaux d'ouverture larges qui permettent une meilleure accessibilité. Cependant, l'offre de matériel est plus importante et diversifiée en CAARUD. Ce modèle se retrouve particulièrement dans le département des Deux-Sèvres.

2.3. Le modèle « intensif »

Ce modèle représente le département du Pas-de-Calais car un diagnostic précis du territoire a été réalisé sur Lens, Liévin, Carvin, Hénin-Beaumont et Béthune pour évaluer l'activité des pharmacies en termes de vente de Stéribox® et ajuster l'offre de réduction des risques en fonction de cette activité. Un effort important est consenti pour favoriser l'échange. La récupération du matériel usagé est une exigence du programme, c'est-à-dire, qu'il est requis de la part de l'utilisateur qu'il rapporte son matériel usagé pour recevoir du matériel stérile. Toutefois, les pharmaciens peuvent déroger à cette règle et favoriser uniquement le don, sans échange. Cette approche 1 kit pour 1 retour de seringues produit des résultats très élevés en termes de récupération de seringues usagées.

3. Les effets distaux des stratégies des structures porteuses des PESP

3.1. Rappel de la problématique Clichy

En intégrant cette nouvelle population contrôlée à notre étude, nous souhaitons affiner les données recueillies auprès des officines non impliquées dans un PESP situées sur un territoire doté d'un PESP. Pour ce faire, nous avons considéré les effets indirects de l'existence d'un PESP sur les pratiques des pharmaciens à l'attention des usagers de drogues qu'elles soient impliquées ou non dans le programme. Nous nous sommes demandés :

- Dans quelle mesure la démarche de prospection du CAARUD ou de la structure porteuse induit-elle un effet de sensibilisation globale sur son territoire ?
- En quoi la proximité d'une officine impliquée dans un PESP est-elle de nature à modifier les pratiques des pharmacies hors PESP ?
- L'information proposée par le CAARUD à propos des risques infectieux liés à la réutilisation des seringues, de l'efficacité des PESP sur le risque infectieux (VIH, VHC) participe-t-elle en elle-même d'une optimisation de l'accompagnement de l'utilisateur de drogues y compris chez les pharmacies qui ne désirent pas faire partie du programme ?
- Cette campagne d'information menée par les CAARUD parvient-elle à modifier les pratiques d'orientation des usagers de drogues vers les structures de soins et centres d'accompagnement chez les pharmacies hors programme ?

D'après nos résultats, on peut apporter des éléments de réponses concernant notamment la question de la proportion à l'orientation et savoir si elle est plus évidente sur les territoires dotés d'un PESP. On constate en effet, que les pharmacies du territoire de Clichy sont moins enclines que les officines non impliquées dans un PESP situées sur un territoire doté d'un PESP à orienter les patients : seul un quart d'entre elles aura au moins une fois orienté un usager de drogues vers une structure de soins. On peut faire l'hypothèse d'une plus faible connaissance de l'offre de soins accessible sur le territoire, d'où des orientations moins fréquentes. La commune de Clichy est dotée de structures relatives à l'addictologie, cependant les officines n'en ont pas nécessairement connaissance, faute d'y avoir été sensibilisées par une équipe de réduction des risques.

Par ailleurs, en termes de données concernant la délivrance de TSO on observe que les officines de Clichy sont moins nombreuses à déclarer délivrer des TSO, ce qui peut suggérer une forte concentration de la demande sur un nombre limité de pharmacies. Ce phénomène de concentration a été fréquemment observé avant la mise en place des PESP, la délivrance de seringues se concentrant sur un faible nombre de pharmacies identifiées comme participant à la délivrance.

Une donnée inattendue constatée sur le territoire de Clichy est que de nombreuses officines estiment que leur contact avec les usagers peut être une opportunité de dialogue, ce qui suggère que la gratuité n'est pas la seule configuration qui facilite le dialogue avec l'utilisateur. Par ailleurs, un autre résultat inattendu et significatif est la part des pharmacies de

Clichy déclarant proposer la récupération du matériel utilisé, plus important que celui des pharmacies non impliquées dans un PESP situées sur un territoire doté d'un PESP. Ces deux données suggèrent que ce territoire contrôle serait probablement prêt à se doter d'un PESP, la récupération étant considérée comme un acte engageant et impliquant, et la facilité éprouvée par les pharmacies à dialoguer avec les usagers comme une compétence critique pour la pérennité du dispositif.

3.2. Orientation territoire PESP Versus territoire hors PESP

D'après les résultats, on constate que l'engagement dans un PESP constitue un terrain favorable à la prise en charge et à l'accompagnement en officine. Les officines appartenant à un PESP sont plus sujettes à proposer une orientation vers une structure de soins, de prévention ou de dépistage aux usagers. Elles sont davantage dans une posture d'aide et d'écoute envers les usagers afin de leur permettre d'identifier les structures de soins de proximité, et d'avoir les outils nécessaires pour entrer, d'eux-mêmes, dans une démarche de soin. Cet échange avec l'équipe officinale est nécessaire pour l'utilisateur car il se sentira plus en confiance et sera plus disposé à l'échange.

Le CAARUD joue une place importante dans cette orientation car on a vu que les pharmacies appartenant à un PESP orientent le plus souvent les usagers vers cette structure. C'est le CAARUD qui, majoritairement, met en place ce dispositif des PESP et qui va à la rencontre des officines afin de leur expliquer le projet et leur proposer un accompagnement. Un des principes du PESP est bien un partage des responsabilités avec les professionnels de santé, c'est-à-dire, que le CAARUD est toujours présent pour aider les équipes quand elles en ont besoin. Il y a une volonté de rassurer le pharmacien sur le fait que tout besoin d'aide, de conseils, d'assistance sera honoré par le CAARUD. Cela constitue un engagement collectif et plus sécurisant pour l'officine qui saura qu'elle n'est pas seule à être impliquée dans le dispositif. De ce fait, le CAARUD a un rôle de médiateur envers les officines en assurant l'ensemble de la logistique du programme et constitue un soutien précieux pour les équipes officinales.

Néanmoins, on constate qu'un territoire non pourvu d'un PESP n'est pas pour autant enclin à estimer qu'aucun acte pharmaceutique ne favorise le dialogue avec l'utilisateur, bien au contraire comme le prouvent les résultats de notre population contrôle. On peut formuler l'hypothèse que ce sont les contacts locaux avec les différents professionnels de santé de l'addictologie qui poussent les pharmaciens à entrer en dialogue avec les usagers, pour

ensuite les inciter à venir dans les structures dédiées à l'addictologie. La densité médicale d'un territoire et la possibilité pour le pharmacien de se référer à des établissements médicaux et médicaux-socio, peuvent constituer un élément décisif dans sa propension à échanger avec l'usager. C'est alors l'impulsion d'un mouvement collectif et partenarial qui sera déterminante.

4. Réception de l'enquête par les structures porteuses

4.1. Coopération pendant l'enquête

Les trois entretiens réalisés avec les structures porteuses des PESP ont été très riches manifestant leur expertise et maîtrise de ce dispositif. La durée des entretiens prouvent l'implication et l'engouement de ces équipes pour le dispositif, les entretiens ont duré jusqu'à 1h30. Il en est ressorti une maîtrise incontestable des concepts de la réduction des risques, des spécificités de leur territoire tant en termes de géographie urbaine, de contextes socio-sanitaires que d'usages de drogues. Ces échanges nous ont permis d'éclairer la façon dont ces acteurs gèrent le dispositif des PESP, comment ils le perçoivent et quels sont pour eux les atouts et les faiblesses du dispositif sur leur territoire. Tout cela pour avoir une vision plus précise et documentée du dispositif sur chacun des territoires.

À travers ces entretiens, on relèvera une nouvelle fois, le rôle majeur des structures porteuses dans ce dispositif des PESP du fait de leur implication et disponibilité auprès des officines. Les entretiens ont accentué cette image du CAARUD comme « pilote » des PESP et comme un relais auprès des officines.

4.2. Partage de leurs propres outils d'évaluation en interne

Chaque structure porteuse a mis à notre disposition les données recueillies en interne (rapport d'activité, carnet de bord des visites auprès des officines), ce qui nous a permis d'avoir un aperçu de leur mode de gestion du programme au quotidien. Ces données, riches en informations, ont permis aussi d'avoir une vision précise de l'activité en réduction des risques pour chaque CAARUD. Y étaient décrits l'importance de la délivrance des kits, l'accueil des usagers, le lien avec les officines, les différentes actions menées, les programmes de réduction des risques, etc. ; toutes ces données importantes pour apprécier leur mode de gestion du programme.

Ces différents outils ont, une fois de plus, montré l'importance de l'investissement apporté par les équipes dédiées à ce dispositif, sans qui, il aurait été impossible de mener à bien ce projet.

4.3. Un travail collectif

Les pharmaciens et les acteurs des structures porteuses se sont montrés fortement investis tout au long de l'enquête, tant dans la passation du questionnaire envers les usagers, que dans leur volontarisme et leur coopération lors des entretiens. Cela justifie leur rôle en tant que relais durant l'enquête. C'est un travail qui s'est réalisé de façon éminemment collective.

CHAPITRE II : Les acteurs du dispositif

1. Le profil des usagers participants au PESP

1.1. Réception de l'enquête

Des difficultés ont été rencontrées en particulier pour la prise de contact avec les usagers fréquentant le dispositif. Il a été difficile pour les pharmacies et les structures porteuses de transmettre ce questionnaire aux usagers. C'est une population difficile à recruter et à inclure dans des enquêtes, essentiellement pour des raisons d'anonymat. De ce fait, le peu de retour des questionnaires usagers ne nous permet pas d'extrapoler les résultats au niveau national, mais nous renseigne sur les profils des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues en pharmacie. De plus, peu de compléments d'information à la fin des questionnaires ont été renseignés par les usagers, ils n'ont pas souhaité ou ne se sont pas sentis en mesure d'émettre des commentaires que ce soit au niveau du dispositif des PESP ou bien au niveau de leur expérience individuelle. Les questions ouvertes qui visaient à permettre une compréhension contextualisée des pratiques n'ont pour la plupart pas été renseignées. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées concernant le nombre de questionnaires usagers recueillis (taux de retour de 2,5 %) et les non-réponses. Le recrutement des répondants requérait à la fois d'un côté pour les pharmacies et CAARUD :

- Une transmission optimale du questionnaire aux intéressés soit par le CAARUD, soit par le pharmacien, c'est-à-dire, accompagnée et justifiée.
- L'adhésion de l'équipe officinale à la démarche de sollicitation des usagers quant à leur expérience du dispositif

Du coté des répondants :

- La visibilité et lisibilité des questionnaires par les usagers et leur intention d'y répondre même s'il s'agissait de questions très intimes autour d'une pratique illégale.
- La maîtrise de la langue française, de la lecture et de l'écriture.
- Les conditions matérielles pour y répondre, la compréhension des questions dans leur formulation et la démarche de dépôt du questionnaire à l'officine ou en boîte aux lettres.

- Enfin, l'inquiétude possible des usagers à l'égard d'un fléchage des répondants ou d'une remise en cause des acquis des programmes ne doit pas être exclue comme un motif possible de refus de participer à l'enquête.

Ce taux de réponses n'est pas exceptionnel et spécifique à cette enquête. Il est même relativement important. À titre de comparaison, l'enquête réalisée par l'Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes sur l'échange de seringues dans l'Ain avait, quant à elle, permis d'exploiter douze questionnaires usagers (21).

1.2. Les caractéristiques sociodémographiques

Si l'on compare les données relatives à notre échantillon et celles de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) dans la synthèse thématique : « héroïne et autres opiacés » mise à jour en 2015, on s'aperçoit que nos usagers relèvent manifestement plutôt de la typologie des usagers injecteurs réguliers pour les différencier des injecteurs festifs, « *« anciens » héroïnomanes [issus d'] une population très masculine âgée en général de plus de 35 ans, qui bénéficient le plus souvent d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et reviennent à l'héroïne, en alternance avec la prise du traitement.* » Il s'agit le plus souvent d'usagers précaires se trouvant « *dans des situations de grande fragilité sociale et économique.* » » (30)

Bien que non représentatifs, les éléments sociodémographiques recueillis semblent en relative cohérence avec les données de la littérature. Si l'on compare les données recueillies sur le profil des usagers avec celles de l'OFDT sur « *Les profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012* », sur un échantillon de 2 905 usagers, l'enquête relevait une fréquence cumulée de précarité modérée à forte de 57 % (précarité modérée : 24 %, précarité forte : 33 %) (31). Au sein de notre échantillon, plus des trois-quarts des répondants déclarent avoir un logement stable, ce qui est une donnée intéressante car si l'on compare avec les données de l'enquête ENa-CAARUD, de nombreux usagers (38 %) se déclarent sans abris, ou vivant dans un squat (31). Néanmoins, cela ne nous permet pas de conclure dans notre enquête, que ces logements stables constituent des logements sécurisés et sains.

De plus, selon la même étude, en termes de classe d'âge, les plus de 35 ans représentaient 54 % de la population incluse au moment de l'enquête et les femmes étaient majoritairement plus jeunes que les hommes (33,7 ans contre 36,5 ans) (31). La différence d'âge dans notre échantillon est plus accusée encore, les femmes nous ayant répondu étant

en moyenne bien plus jeunes que les hommes (29 ans contre 40 ans). Les femmes répondantes, minoritaires (7 femmes), ont un engagement marqué dans le dispositif allant jusqu'à un attachement à ce dernier, c'est un dispositif qui leur tient à cœur. Elles ont manifesté une volonté d'apporter leur éclairage en renseignant les questions ouvertes plus volontiers que leur homologue masculin cherchant davantage à partager leur expérience intime du dispositif pour le faire évoluer et en assurer la pérennité.

1.3. L'accès aux TSO

Comme le montre les données de l'assurance maladie (EGB-CNAMTS) concernant les traitements de substitution, 150 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement de médicament de substitution aux opiacés (MSO) en officine de ville en 2012. En France, en termes de produits de substitution, on constate que la BHD (princeps et générique) est le traitement de substitution le plus délivré aux usagers, avec près de 105 000 patients bénéficiaires, ce qui est cohérent avec nos résultats où près des trois-quarts des répondants sont sous traitement par BHD. La prescription par méthadone a été délivrée à environ 47 000 personnes (32).

Comme nous avons pu le constater, la très grande majorité des officines interrogées appartenant à un PESP (91 %) assurent un suivi de patients sous TSO. Il est important de rappeler qu'un pharmacien a l'obligation de délivrer des TSO aux patients qui le demandent, donc un usager ne va pas nécessairement se rendre dans une pharmacie appartenant à un PESP pour sa délivrance de TSO. D'où le constat d'une forte implication des pharmacies dans l'adhérence des TSO indépendamment de leur participation au programme (78 %).

Toutefois, trois répondants ont précisé la nature de leur traitement de substitution alors qu'ils n'ont pas déclaré en amont, prendre un traitement de substitution sur prescription médicale. Cela peut être interprété comme une prise de traitement de substitution hors prescription médicale, ce qui suggère des « achats de rue ». Selon le rapport « *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés* » publié en 2010 par l'OFDT, plusieurs explications peuvent être apportées concernant ce marché noir de BHD : la prescription très accessible auprès de certains médecins, la demande du produit par une population très marginalisée, ou bien certains usagers qui accompagnent leur traitement par un achat dans la rue du fait de l'offre abondante (33).

1.4. Fréquentation des pharmacies et mode d'approvisionnement

Comme nous avons pu le constater, près d'un usager sur deux de notre étude fréquente le dispositif depuis plus de cinq ans. Nous pouvons avancer l'hypothèse d'une clientèle fidèle et familiarisée avec le dispositif, et par conséquent plus encline à s'investir dans ce type d'enquête.

De même, le fait que les usagers déclarent s'approvisionner toujours dans la même pharmacie permet de constater une certaine habitude d'approvisionnement (unité de lieu) chez l'utilisateur des lieux d'accueil qui sont mis à sa disposition. Même si les usagers ont répondu s'approvisionner dans plusieurs pharmacies, un usager a précisé qu'elles se situaient dans le même quartier, donc on peut considérer que c'est nécessairement pour des raisons de commodité que la personne s'approvisionne dans plusieurs pharmacies. De plus, on constate que les structures bas-seuil ainsi que les distributeurs-échangeurs de seringues en ville s'avèrent être utiles et efficaces pour les usagers.

Comme nous l'avons observé dans l'exploitation des résultats, les usagers n'éprouvent pas de crainte particulière à l'idée de s'approvisionner en seringues à l'officine, certains ont pu se déclarer mal à l'aise sans que l'on puisse interpréter ces résultats à l'aune des commentaires des usagers, très succincts. L'un d'entre eux cependant, évoquait le sentiment désagréable d'être l'objet de préjugés de la part du pharmacien au moment de la délivrance de seringues, d'être jugé aussi, impression cependant marginale chez nos répondants qui pour l'essentiel témoignent d'un certain confort psychologique dans l'officine.

1.5. Pratiques d'injections

Le partage et la réutilisation du matériel d'injection constituent des facteurs de risques de transmission bactérienne chez les personnes ayant recours à la voie injectable. Nos répondants présentent des pratiques de partage du matériel d'injection très rares. En 2012, selon les résultats de l'enquête sur les *Profils et pratiques des usagers en CAARUD*, le taux de partage de seringues chez les injecteurs était de 8 %, et le taux de partage d'au moins un élément du matériel d'injection hors les seringues était de 22 % ; on constate que le partage du petit matériel de préparation à l'injection est plus fréquent (cuillère, eau) (31). Ce petit matériel de préparation à l'injection est lié à la transmission des virus des hépatites B et C ; mais la transmission du VIH est aussi possible (9). Depuis plusieurs années, il existe des seringues de couleurs pour les UDVI dans le but de limiter le partage de seringues, notamment lors de consommation en groupe. Chaque usager identifie sa couleur de

seringues afin de prévenir le partage accidentel et de promouvoir l'usage personnel du matériel (34).

En revanche pour nos répondants, la réutilisation du matériel est modérée mais toutefois, supérieure aux pratiques de partage. La réutilisation de la seringue reste la plus fréquente, suivie du petit matériel d'injection pour notre étude. La réutilisation de la seringue constitue un facteur d'infections bactériennes avec des conséquences sévères (abcès, septicémies, etc.) (35). Quand il y a réutilisation de la seringue, l'aiguille est susceptible de s'émousser lors des diverses injections et provoquer la prolifération de microbes aux usagers.

Le risque de transmission et de séroconversion au VHC dans le partage du petit matériel de préparation de l'injection a été démontré dans une étude de cohorte constituée de 2 879 usagers de drogues, initiée en 1994 dans la région de Seattle (36). Son objectif était d'analyser les conséquences sanitaires des comportements à risque associés à l'injection de drogues. Le risque associé au partage de seringues usagées mais aussi le risque de contamination indirecte par le partage de la cuiller, des cotons, et de la fiole d'eau ont été étudiés. Dans cette étude, le partage des seringues était associé à un risque multiplié par 3 de contamination au VHC et 77 % des usagers qui présentaient une séroconversion VHC avaient partagé leurs seringues. Cependant, parmi les usagers qui déclaraient ne pas partager leurs seringues, la contamination au VHC était associée de façon significative au partage de la cuillère ou autre récipient de préparation et du coton utilisé comme filtre. Autre donnée importante, la désinfection des seringues à l'eau de javel, pratique perçue par les usagers comme limitant les risques associés à la réutilisation des seringues, n'était pas un facteur protecteur de séroconversion VHC pour ceux qui déclaraient la réaliser systématiquement comparés aux autres qui la réalisaient plus épisodiquement. Si 66 % des usagers infectés par le VHC l'avaient été à travers le partage de seringues, parmi les usagers ne partageant pas leurs seringues, 54 % des séroconversions étaient attribuables au partage du récipient et/ou du coton ; soit plus d'une séroconversion sur deux. Cette étude parue en 1999 se distinguait par sa puissance statistique, et permettait de conclure formellement à l'incidence du partage du petit matériel sur le risque de VHC. Or dans la mesure où les pratiques de partage de seringues ont diminué sensiblement depuis l'épidémie de sida, y compris chez notre échantillon d'usagers, la transmission du VHC par le partage du petit matériel doit quant à elle être mieux connue (37).

Les usagers ne se sont pas montrés très « bavards » et explicites concernant la question des changements des produits consommés et les modes de consommation induits par la gratuité des seringues. Toutefois, il est possible que cette absence de réponse vienne de la formulation de la question qui s'est avérée quelque peu difficile pour les usagers, remarque qui a été faite par les équipes des structures porteuses qui ont pu accompagner certains répondants dans la démarche de réponse au questionnaire. Il peut être aussi envisagé, que les usagers aient ressenti une certaine « crainte » à s'exprimer et à exposer des arguments en défaveur des PESP.

Pour la majorité des usagers, la participation au PESP n'a pas modifié les pratiques d'injection et de consommation de produits. Pour autant, ils se déclarent, pour la très grande majorité, très satisfaits de la délivrance de seringues gratuites, et en sont des consommateurs réguliers.

1.6. La gestion du matériel usagé

Concernant les usagers, la gestion du matériel d'injection usagé est sujette à de nombreux questionnements du fait du constat suivant : les seringues usagées sont plus particulièrement déposées dans des containers de récupération que le petit matériel (86% VS 53 %). Là encore, les risques de contamination associés au petit matériel sont moins connus. Toutefois, on peut se réjouir de pouvoir conclure qu'au vu de nos résultats, la majorité des usagers ont connaissance du bénéfice du retour du matériel usagé dans ces containers de récupération afin d'éviter tout risque de contamination pour eux-mêmes et pour autrui.

Bien que la récupération du matériel usagé ainsi que son retour à la pharmacie soient des actes assez faciles à mettre en place selon les répondants, l'appréhension lors du transport des seringues reste très marquée. En effet, la crainte d'être interpellé par les forces de l'ordre pendant le trajet vers l'officine, dans un contexte législatif où la consommation de drogues illicites est interdite, est un des facteurs qui pourrait expliquer ce sentiment d'insécurité de l'utilisateur lors de sa venue à l'officine. Dans ce cas, la présence policière et les risques encourus par les usagers quand ils possèdent du matériel de réduction des risques s'avèrent être un frein à l'accès aux soins et à la prévention des risques (15). De plus, le stockage du matériel usagé au sein du domicile de l'utilisateur reste un problème. En effet, la présence d'enfants au domicile ou un entourage non informé des pratiques de

consommation de la personne, d'où une forte volonté d'anonymat, peuvent être un obstacle à la récupération du matériel usagé et à son retour à la pharmacie.

Les seringues usagées des UDVI présentent les mêmes risques infectieux que ceux générés dans le cadre d'une activité de soins, mais ne sont pas reconnus comme tels dans la réglementation (19). Cette non-reconnaissance de la part des autorités publiques constitue une incompréhension de la part des pharmaciens, comme le confirme un pharmacien interrogé : *« refuser comme DASRI les seringues des toxicomanes parce qu'elles présentent plus de risques infectieux que les seringues des diabétiques, c'est un peu de la santé publique à l'envers »*. Ces risques sont présents pour l'ensemble de la population, et particulièrement pour les personnes susceptibles d'y être exposées telles que l'entourage des UDVI, les citoyens lorsque des seringues souillées sont laissées sur l'espace public, les sociétés de nettoyage, ainsi que les agents chargés de l'élimination des déchets (16). Les seringues usagées des UDVI sont qualifiées de « déchets septiques » dans la réglementation et non de DASRI, donc la réglementation des DASRI ne s'applique pas aux seringues usagées des UDVI (38). Les usagers peuvent rapporter leurs seringues usagées, à l'unité ou dans des boîtes à aiguilles, au sein des pharmacies participantes à des PESP ou directement dans des établissements médico-sociaux, qui ont à disposition des containers de récupération (19).

1.7. Freins et leviers du dispositif perçus par les usagers

Comme nous avons pu le constater dans les résultats, les avantages relatifs au dispositif des PESP sont nombreux. Le principal atout des PESP est la délivrance gratuite de matériel d'injection stérile qui leur permet de limiter les risques de partage et de réutilisation, comme le cite un usager *« c'est un avantage économique conséquent et donc éviter aussi de réutiliser de vieilles seringues »*. De plus, la mise à disposition du matériel au sein des officines reflète l'accessibilité et la proximité de la structure pour les usagers ; *« c'est proche de chez moi et c'est pratique quand j'en ai plus »*, *« service de proximité, indispensable (gratuité) et efficace »*. Les usagers se prononcent pour une extension du dispositif à l'ensemble des pharmacies : *« que les kits soient gratuits dans toutes les pharmacies, elles devraient toutes en avoir, sans exception »*.

Toutefois, quelques inconvénients relatifs aux PESP ont été relevés par les usagers. Certains usagers se sont prononcés pour un approvisionnement plus systématique dans les officines car *« des fois, ils n'en ont pas assez pour tous »*. La posture des professionnels,

parfois avec des préjugés ou des regards désapprobateurs, ont été soulignés par quelques usagers. Cependant, les usagers n'ont pas hésité à manifester leur gratitude envers l'action et l'implication du CAARUD dans l'animation de ce dispositif ; « *au CAARUD tout est bien, explications, accueil, écoute. Ne changez rien !* » ou encore « *merci pour tout ce que vous faites* ».

2. Le profil des officinaux

2.1. Condition de l'enquête

Le questionnaire semi-directif à l'attention des officines des quatre territoires a montré un taux de participation assez élevé pour chaque territoire. Pour les trois territoires (Gard, Pas-de-Calais, Deux-Sèvres), une liste de pharmacies correspondant au périmètre d'action des CAARUD nous a été délivrée. Cette liste a permis de cibler les pharmacies qui devaient être interrogées pour l'enquête et ainsi pouvoir déterminer le taux de participation des pharmacies impliquées à la fin de cette étude.

Pour le département du Gard, initialement 254 pharmacies étaient identifiées et 132 ont répondu au questionnaire, ce qui permet d'avoir un taux de retour de 52 %. Pour le département du Pas-de-Calais, 175 pharmacies identifiées pour 127 répondants, ce qui fait un taux de retour de 73 %. Enfin pour le département des Deux-Sèvres, 63 officines identifiées et 41 ont souhaité répondre au questionnaire, ce qui donne un taux de retour équivalent à 65 %. Concernant Clichy, l'ensemble des officines présentes sur cette commune ont été interrogées, donc on constate un taux de retour de 100 %. Ces différents taux de retour sont aléatoires selon les territoires, pour autant ils sont toujours élevés et ont permis de récolter de nombreux questionnaires.

Le taux de non-réponses à ce questionnaire peut s'expliquer par un refus des équipes officinales à répondre à des enquêtes, un manque de disponibilité, un manque d'implication ou bien une méconnaissance du dispositif.

De plus, 13 entretiens téléphoniques ou en face à face ont été réalisés auprès des équipes officinales issues des trois territoires. Dans l'ensemble, nos interlocuteurs se sont montrés coopérants et acquis à la démarche, pour l'essentiel. Notre temps d'échange certes limité, parfois express, debout dans l'officine au comptoir, nous a permis d'aborder les motifs d'adhésion aux programmes et les représentations des équipes quant à leur rôle dans ce dispositif avec une inférence modérée compte tenu du format court de l'entretien.

À la marge, on a pu constater l'absence d'une réflexion préalable d'un titulaire sur son engagement dans le PESP : la reprise d'une pharmacie où l'adhésion au programme avait été initiée par l'ancien propriétaire s'était accompagnée de la poursuite du PESP pour ne pas mettre à mal l'unique usager qui bénéficiait du programme, sans toutefois que le programme, ses enjeux de santé publique et son efficacité ou même son mode de fonctionnement, n'aient été l'objet d'une attention spécifique de la part du nouveau propriétaire.

2.2. Motifs d'adhésion

Comme nous l'avons souligné, l'engagement des pharmaciens dans le PESP peut parfois s'apparenter à du militantisme et/ou constituer au nom de la « santé publique » un engagement sans compromis qui relève du devoir du pharmacien. Cependant, cette lecture n'est pas unanime. La passation des questionnaires auprès des pharmacies participantes à un PESP et des autres pharmaciens n'y participant pas nous a permis de nuancer les motifs et l'intensité de l'engagement et d'appréhender les raisons les plus déclarées de non engagement. Si l'on s'en tient aux pharmacies qui déclarent s'investir dans la délivrance de seringues, une typologie de l'engagement des officines semble s'en dégager :

- Engagement « militant » : la pharmacie est fortement impliquée et engagée dans la politique de réduction des risques. Elle assure la délivrance de matériel d'injection, tout en aiguillant l'utilisateur, de façon quasi autonome et routinière, vers une structure de soins.
- Engagement « dynamique » : la pharmacie présente une réelle curiosité pour la réduction des risques. Elle organise une prise en charge rigoureuse des usagers de drogues avec une éthique de santé publique, sans toutefois, désirer augmenter sa file active.
- Engagement « neutre » : la pharmacie adhère au programme sans y être nécessairement attaché et investi. Elle considère cet engagement plutôt comme un devoir d'intervention auprès d'un public vulnérable. Elle limite la réutilisation des seringues, mais pour autant, ne cherche pas nécessairement à échanger avec l'utilisateur, ni à participer à son orientation vers les soins, sauf en situation d'urgence. Dans cette posture, on retrouvera par exemple, des pharmacies qui se sont prononcées pour une reconduction de leur adhésion au programme, en raison de la participation au programme par leur prédécesseur. Tout cela dans l'objectif de ne pas perturber les usagers fréquentant les pharmacies et de pérenniser l'action de

santé publique. Leur action est réelle, efficace mais elle n'est pas accompagnée d'une volonté de participer à une communauté de pratiques et/ou à la valorisation des effets bénéfiques de l'échange de seringues auprès de ses confrères.

- Engagement « distant » : la pharmacie ne souhaite pas s'investir dans le programme malgré les interventions des équipes porteuses du PESP. Toutefois, elle contribue à la délivrance de seringues, via les Stéribox®, et à la réduction des risques. Elle n'a pas d'attache particulière avec le programme, du fait de motifs psychologiques, moraux, sociaux ou médico-légaux. Elle ne va pas chercher particulièrement à échanger avec l'utilisateur et ne va pas l'orienter vers l'offre de soins proposée.

Les objectifs avancés par les pharmaciens en faveur de leur engagement dans le programme sont essentiellement d'ordre sanitaire et on peut se réjouir de leur appropriation de cet argument puissant en faveur de la réduction des risques : réduction des contaminations par le VIH et l'hépatite C – quoiqu'ils soient moins nombreux dans notre échantillon à citer l'hépatite C et la diminution des infections autour des sites d'injection. L'accès au soin est un autre argument avancé, à travers le rôle de médiation du pharmacien et la création d'un lien entre usagers et pharmaciens. En s'inscrivant dans le parcours de consommation de l'utilisateur et de sa trajectoire de soins, le dispositif évoque une « conception gradualiste » de la réduction des risques (39).

Cependant, la santé publique semble recouvrir un territoire sémantique étendu et peu précis. Elle était le plus souvent invoquée dans les entretiens comme le nom générique de la mise en œuvre des moyens disponibles pour assurer une meilleure santé et sécurité aux individus. L'objectif plus spécifique de limitation du risque de contamination VIH, VHC n'était pas systématiquement abordé dans les entretiens et s'il l'était, il l'était davantage pour le VIH. Le phénomène des « grosses mains » a été cité à quelques reprises, sans que son étiologie n'ait été explorée manifestement puisqu'il était toujours évoqué à mi-voix, de façon incertaine, comme s'il fallait en chercher la confirmation du côté de l'enquêteur. En contexte de traumatismes physiques évidents (plaies, saignements, hématomes), les équipes interviewées déclaraient le plus souvent, soit spontanément soit encouragées par l'enquêteur, pourvoir l'utilisateur en premiers soins (bandage, pommade), réaliser le soin, donner gracieusement de quoi le réaliser de son côté, en quantité suffisante pour qu'il soit en mesure de se soigner une seconde fois, le cas échéant. De façon assez récurrente, les définitions apportées par les pharmaciens quant aux raisons de leur mobilisation dans le

cadre du PESP semblaient relever davantage de rationalisations a posteriori, initiées par le questionnement de l'enquêteur, suggérant qu'ils n'ont pour certains que peu de recul et de distance critique sur l'impact de leurs actions dans le cadre de ces programmes.

2.3. Les bonnes pratiques

Les officines s'engagent dans un contrat moral avec la structure porteuse dès l'instant où elles cautionnent leur participation au PESP. La plupart du temps, le CAARUD met à disposition de l'officine une charte, comme la charte proposée par le RESPADD (annexe I), qui justifie l'engagement pour la réduction des risques dans le cadre d'un PESP. Cet engagement se traduit par la volonté d'informer systématiquement les usagers sur les risques face à leur consommation, sur les structures locales susceptibles de les prendre en charge, sur les bienfaits du programme, sur l'importance de l'échange, du retour du matériel usagé, etc. ; tout cela dans une perspective d'aide et d'accompagnement envers les usagers, même pour les plus rétifs et éloignés du parcours de soins. Il est indispensable pour les officines de proposer systématiquement un accompagnement à l'utilisateur. Cette démarche motivationnelle d'aller vers l'utilisateur et l'accompagner requiert des bonnes pratiques des professionnels de santé. La motivation du pharmacien sera encouragée par un échange de bons procédés, notamment le retour des seringues souillées par l'utilisateur, ce qui est plus fréquent quand c'est une exigence du PESP.

2.4. Quelles représentations et attitudes à l'égard de l'utilisateur ?

Il n'y a pas d'angélisme de la part des officinaux, mais une reconnaissance que la délivrance des seringues gratuites n'est pas synonyme d'incidents dans l'officine, comme le cite une officine « *je n'ai relevé aucun incident depuis mon adhésion au programme* ». Cela prouve qu'ils ont bien conscience que la délivrance de matériel d'injection stérile, n'est pas synonyme de violence et de mauvaises fréquentations, comme entendu quelques années auparavant. Les officines déclarent avoir « *dépassé l'image négative attachée à l'utilisateur de drogues* » et « *les considère au même titre que d'autres patients* ». On retrouve un effort des officines pour dépasser les nombreux préjugés concernant les usagers en les considérant comme tout le monde, sans distinction.

Cependant, quelques termes relevés montrent la qualification des usagers, parfois condescendante, par les officines en les qualifiant de personnes qui « *ne sont pas méchantes* », « *c'est malgré tout une population particulière* ». Enfin, les liens et le dialogue avec les usagers apparaissent difficiles à entretenir, en particulier comme l'exprime un pharmacien « *ce sont des clients stressés, c'est certain, stressés par la peur*

de manquer, surtout pendant les week-ends ». Un autre pharmacien a précisé : « *ils passent très rapidement, parfois avec le moteur qui tourne encore* », ce qui montre bien que c'est une population qui est assez difficile à appréhender, du fait de la rapidité de la visite dans l'officine. Selon les différents entretiens réalisés, les usagers sont considérés comme des personnes impatientes donc qui restent très peu de temps dans l'officine, juste le temps de demander du matériel d'injection : « *quand les gens sont pressés, dans l'urgence, ils peinent à attendre et à respecter la file d'attente* ».

On relèvera, plus rarement, des marques d'empathie dans une approche plus construite qui s'intègre dans la gestion du programme au quotidien et qui place l'utilisateur dans une position d'individu responsable, quelle que soit la sévérité de sa dépendance et dont on attend qu'il fasse preuve de respect et qu'il « joue le jeu » du programme en observant la règle de l'échange, une seringue souillée contre une seringue neuve. Il n'est pas exclu d'ailleurs que le fait que l'utilisateur rapporte ses seringues souillées à l'officine incline le pharmacien à le tenir pour une personne responsable et tende à favoriser la coopération.

2.5. Les besoins recensés par les officinaux

La majorité des officines soulignent un manque d'information en matière d'addictologie, particulièrement concernant les formations. Certains pharmaciens nous ayant confié mal connaître l'environnement de l'injection et de ses modalités concrètes (produits injectés, espace de l'injection, gestuelle, rituel, etc.). Elles aimeraient recevoir des formations à destination de l'ensemble des équipes officinales, dans le but d'acquérir les moyens nécessaires pour favoriser l'échange avec l'utilisateur, l'orienter vers une structure de soins, lui donner des conseils sur ses pratiques de consommation. De ce fait, une formation pourrait être proposée afin de palier à ce manque. Il serait intéressant de proposer un soutien personnalisé aux équipes officinales, pour qu'elles soient en capacité de gérer les situations où auparavant elles se sentaient mal à l'aise ou dépourvues de solutions, tout cela permettrait de favoriser l'échange avec les usagers.

Les usagers des programmes d'échanges de seringues en pharmacie et les pharmacies y participant sont soutenus par le référentiel de réduction des risques français qui reconnaît que « *les acteurs, professionnels de santé, du travail social, membres d'associations et personnes auxquelles s'adressent ces activités doivent être protégés des incriminations d'incitation à l'usage de drogues* » (40). La coopération devient alors possible. Elle sera d'autant plus envisageable que le choc culturel entre les deux protagonistes aura été

dépassé, que le savoir expérientiel de l'utilisateur sera reconnu par le pharmacien et que les compétences du pharmacien en réduction des risques et dommages seront évidentes pour l'utilisateur. L'expertise du pharmacien sera un élément majeur dans la coopération. Mieux connaître les pratiques d'injection, c'est pouvoir apporter des conseils plus efficaces dans la réduction des risques. Plus l'utilisateur sera en confiance et prêt à décrire ses conditions habituelles d'injection aux pharmaciens, plus ce dernier pourra évaluer les risques pris dans le cadre de l'injection, notamment en termes d'hygiène, plus il pourra proposer que soient envisagés ensemble des moyens pour les réduire. De ce fait, les conseils délivrés par le pharmacien gagneront en précision.

2.6. Des solutions pour pallier le manque d'information et de formation

La délivrance de seringues à elle seule (vente ou don) constitue une condition nécessaire, mais non suffisante, pour la modification des pratiques des usagers en termes de risques liés à l'injection. En revanche, lorsqu'elle est accompagnée d'un service complémentaire de type conseil de prévention (VIH) sous la forme d'une intervention brève délivrée par des pharmaciens formés à la réduction des risques, elle participe à une meilleure compréhension des risques de l'injection en termes de contamination et entraîne une moindre réutilisation du matériel comparée aux usagers auxquels on a proposé la délivrance de seringues seule, comme le suggère cette étude américaine réalisée auprès de pharmacies new-yorkaises (41).

Pour proposer un accompagnement adéquat aux UDVI, il est indispensable d'améliorer les échanges entre professionnels, de surmonter les clivages et les représentations. Pour cela, il serait intéressant de proposer d'effectuer un travail en réseau, regroupant les officines participantes au PESP, ce qui permettrait de créer un échange entre ces pharmacies. Il serait aussi opportun de proposer aux officinaux une formation globale en addictologie et à la réduction des risques afin de pallier à ce manque d'information et qu'ils aient les outils nécessaires pour la prise en charge des UDVI. Connaître concrètement les gestes, les rituels, les sites d'injection est un besoin exprimé lors des entretiens pour appuyer la position d'aide et de conseils du pharmacien.

2.7. La gratuité oui, mais pas à n'importe quel prix

Une donnée récurrente lors des entretiens est la difficulté évoquée par les pharmaciens de façon expresse ou dissimulée d'accepter la gratuité sans compromis. De la même façon que la vente de Stéribox®, le don de seringues lorsqu'il n'est pas accompagné d'un dialogue,

n'est pas sans générer une certaine insatisfaction des équipes quant à la façon dont se passe la transaction : transaction expresse, dialogue rare, opportunité de faire de la santé publique non investie, diffusion d'outil de réduction des risques sans pouvoir introduire l'usager au sens de cette démarche. La délivrance de seringues sans accompagnement place les équipes dans une position inconfortable pour un professionnel de santé. Elle leur confère un rôle de "distributeurs de seringues" alors qu'en délivrant des seringues et petits matériel en accès libre, ils participent à l'effort de réduction des risques en direction des UDVI. Pouvoir signifier à l'usager leur participation à cet effort requiert une formation au dialogue, qu'ils n'ont pas et souhaitent avoir pour certains. Cette insatisfaction ou frustration du pharmacien est tangible lorsque le don de seringues n'est pas conditionné nécessairement par un retour du matériel usagé. Le fait de délivrer des seringues gratuites sera présenté en entretien comme un compromis qui n'est pas pleinement satisfaisant, la gratuité « embarrasse », pour son effet de banalisation perçue.

Lorsque le retour des seringues n'est pas, sinon une exigence pour la gratuité du moins une vraie incitation, certains pharmaciens seront nécessairement amenés à éprouver une gêne à délivrer des seringues gratuites même s'ils ont conscience de réduire les risques de contamination chez l'usager à qui ils la délivrent. Que le don s'accompagne d'un contre-don semble important. Dans le cadre du PESP de Lens, et ce dispositif fait ses preuves : que le don requiert le retour du matériel usagé, que l'un n'aille pas sans l'autre est un facteur d'adhésion du pharmacien au PESP.

Un travail de réflexion collective sur la notion de gratuité dans ce contexte bien spécifique pourrait s'imposer qui permettrait que les habitudes de consommation notamment compulsives de certains usagers en fonction des produits soient mieux connues, que le fait que l'on peut s'injecter 10 fois par jour n'est pas rare selon les substances - les réponses des usagers à ces questions parlent d'elles-mêmes, - et que ces derniers suggèrent bien que la gratuité favorise le non-partage, le « chacun sa seringue ».

2.8. Les pharmaciens trop isolés

La délivrance gratuite des seringues aux usagers de drogues est l'une des nombreuses activités du pharmacien qui dépasse la stricte délivrance de médicaments. Les actes pharmaceutiques sont nombreux et s'intègrent dans une routine qui n'est pas nécessairement propice à une réflexion spécifique sur le sens de ces pratiques à grande échelle et sur leur inscription dans un dispositif plus large, national, comme ici la réduction

des risques. Pour créer un sentiment d'appartenance, de communauté de pratiques, les pharmaciens doivent pouvoir être au fait des avancées législatives en termes d'accompagnement des pratiques à risque, bénéficier d'une information régulière sur les nouveaux dispositifs à leur disposition (TROD, Stérifilt®...), pouvoir échanger entre confrères sur leur action et leurs difficultés à les mener, le cas échéant. Sur ce point, une pharmacie a précisé « *parce que le fait d'en parler de façon ouverte, sans préjugé, c'est ça qui fait progresser, on bénéficie de l'expérience des autres. Se réunir le soir, une fois par trimestre pendant deux heures et parler de deux ou trois cas, [...] ça permet de mieux comprendre certaines prises en charge et de se former* ».

La communication interne au dispositif, à travers l'action d'animation du PESP par les CAARUD et en externe par la valorisation des actions des pharmaciens en réduction des risques, est en ce sens cruciale. Elle sera déterminante dans l'engagement sur le long terme des pharmaciens qui ne sont pas portés par un militantisme soutenu. Il est intéressant de noter à cet égard, que les pharmacies engagées dans la délivrance gratuite et la récupération de seringues étaient nombreuses à ne pas avoir identifié le CAARUD porteur du programme ou à ignorer le terme technique de ce programme dans lequel elles sont pourtant investies. Une sensibilisation continue au niveau local serait nécessaire pour donner du sens aux actions menées. À cet égard, il pourrait être utile de rappeler aux pharmaciens engagés l'histoire et les enjeux des PES, les actions qu'ils recouvrent, les différentes formes qu'ils peuvent prendre et les acteurs qui y participent, leurs effets sanitaires, en quoi le pharmacien en constitue l'un des piliers. Plus généralement, contextualiser leurs actions dans une mouvance plus globale, sociale, de réduction des inégalités de santé, et sanitaire, de contrôle des contaminations virales, leur faire toucher du doigt que la RDR prend du terrain en France et qu'ils sont aujourd'hui de plus en plus nombreux à y concourir, à leur échelle peut participer à l'émergence d'un sentiment d'appartenance. Le fait que la pharmacie s'aperçoive qu'elle n'est pas seule au niveau local à participer au PESP peut l'inciter à se rapprocher de ses confrères, et les encourager à mobiliser d'autres pharmacies à entrer dans le dispositif.

Encourager la pose du sticker sur l'échange de seringues en pharmacie, édité par le RESPADD en 2014, et le diffuser largement sur le territoire national fait partie des opérations de communication qui profiteraient à une meilleure visibilité du nombre de pharmacies participantes, pour les pharmaciens et aussi pour les usagers.

CHAPITRE III : Les limites de l'enquête

Dans notre étude, nous pouvons redouter un biais de désirabilité sociale dans les réponses des auto-questionnaires à l'attention des usagers. Le biais de désirabilité sociale (Crowne et Marlowe, 1960) est une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société, le répondant souhaite libérer une évaluation positive auprès des personnes qui l'entourent. Deux facteurs seraient la cause de ce biais : la nature des questions (sensibles, personnelles) et la présence d'un enquêteur (42). Ces deux facteurs sont plus ou moins présents pour notre enquête, cependant il n'est pas possible de contrôler ce biais. Cependant l'anonymat constitue incontestablement un moyen efficace de modérer le biais de désirabilité sociale.

Des biais de sélection concernent la constitution de l'échantillon des officines de l'enquête car il y a moins de répondants aux questionnaires officines de la commune de Clichy et du département des Deux-Sèvres. Néanmoins, la totalité des pharmacies de notre population contrôlée a été exploitée. De ce fait, une extrapolation des résultats à l'échelle nationale n'est pas envisageable, cependant ils apportent de nombreux éléments de connaissance et pistes de réflexion. De plus, les officines interrogées n'ont parfois pas souhaité répondre à toutes les questions, d'où un nombre de données exploitables variables en fonction des questions et le recours systématique à la standardisation des informations via le calcul des pourcentages.

CHAPITRE IV : Les perspectives

1. L'extension au niveau national des PESP

L'ambition globale de l'ensemble des acteurs impliqués dans le dispositif des PESP est son extension à l'échelle nationale. Cet accroissement permettrait l'amélioration de l'offre de prévention pour les usagers, surtout pour les plus éloignés des dispositifs médico-sociaux. D'avantage d'officines impliquées dans ce dispositif permettrait une amélioration de la récupération des seringues usagées, ainsi qu'une extension de la visibilité de ces programmes pour les officines et les usagers. D'ailleurs, il est important de rappeler que l'attente première des usagers est que l'ensemble des officines fassent parties de ces programmes afin qu'ils aient à disposition du matériel d'injection dans toutes les officines.

2. L'élimination des seringues des usagers de drogues en tant que DASRI

Comme il a été vu précédemment, le matériel d'injection des usagers de drogues n'est pas considéré, dans la réglementation en vigueur, comme un DASRI. Les DASRI sont des « *déchets d'activités de soins qui présentent un risque infectieux ou de contamination pour l'homme et l'environnement* » (43). À cet effet, il est important de rappeler que les seringues utilisées par les usagers de drogues constituent les mêmes risques infectieux que les seringues employées pour les activités de soins. Cela pose de nombreux problèmes tant aux usagers, qu'aux pharmaciens qui se sentent dépourvus quant au traitement pourtant obligatoire de ces déchets. De ce fait, il est nécessaire que les seringues usagées soient traitées au même titre que les DASRI, c'est-à-dire qu'il n'y ait plus de discrimination entre une seringue usagée d'un usager de drogues et celle d'un patient diabétique par exemple.

3. La valorisation de l'acte de santé publique pour les pharmaciens

La délivrance gratuite de matériel stérile d'injection en officine relève d'un acte de santé publique de la part des officinaux. Afin de valoriser au mieux cette démarche, il serait souhaitable que les officinaux soient indemnisés par l'assurance maladie des actes de santé publique qu'ils effectuent. Un des actes de santé publique réalisé par le pharmacien est bien l'adhésion au programme. Il est important de rappeler qu'aujourd'hui, la participation à un PESP est un acte volontaire et bénévole. Le pharmacien est considéré comme un acteur de santé publique majeur, donc il doit être indemnisé pour l'investissement fourni à travers ce programme.

CONCLUSION

Ce travail de recherche entendait appréhender et éclairer le dispositif des PESP et ses effets sur différents territoires. De nombreux atouts ont été relevés concernant l'adhésion et la fréquentation d'un PESP pour les acteurs concernés :

1. Pour les usagers

Les usagers de drogues par voie intraveineuse ont bien montré dans le cadre de cette étude que leur premier souhait était une extension du dispositif à l'ensemble des pharmacies à l'échelle nationale. De ce fait, ils en reconnaissent l'utilité. En termes de prises de risques liées à l'injection, la fréquentation des PESP permet à nos répondants de réaliser plus d'une injection sur deux en moyenne avec du matériel d'injection stérile et de limiter les pratiques de partage du matériel. Ces données suggèrent une diminution de la réutilisation et du partage du matériel d'injection, donc vraisemblablement une diminution du risque d'infections et des contaminations. La gratuité du matériel stérile d'injection, la meilleure connaissance du dispositif et des acteurs de soins constituent d'autres avantages énumérés par les usagers quant à l'intérêt de la mise en place de ces programmes au sein des officines. Ce sont des données probantes qui confortent la politique de réduction des risques car on constate une diminution de la réutilisation et du partage du matériel d'injection, donc une diminution des infections et des contaminations.

2. Pour les officines

Parce que les PESP constituent une véritable formation continue de terrain pour les officinaux, ils sont plus enclins à orienter l'utilisateur et à l'accompagner dans un parcours de soins, ce qui leur permet de porter une politique de réduction des risques de proximité. On constatera à cet égard, une augmentation du volume de matériel de prévention délivré sans augmentation de la file active dans les officines participantes. Participer à un PESP, c'est aussi la satisfaction pour les équipes, de dépasser la simple délivrance de médicaments et/ou de matériel, et ce faisant de contribuer, là encore, à l'amélioration des déterminants de santé des populations et plus globalement à la santé publique. C'est aussi être celui qui pourra recréer du lien avec des personnes souvent désaffiliées et exclues, de ré-initier le parcours de soin, voire de participer à la réinsertion sociale des usagers les plus précarisés.

De plus, les structures porteuses jouent un rôle central dans la mise en œuvre et l'implication des officines dans ce dispositif. En d'autres termes, sans l'investissement de ces dernières, les PESP ne pourraient pas exister. Elles se montrent très investies et engagées dans la démarche, ce qui permet une fidélisation des officines au programme.

Pour conclure, il semble évident de poursuivre dans cette démarche d'extension des PESP sur l'ensemble du territoire national pour que ces programmes soient connus et familiers des officines, mais aussi des usagers et aller vers une amélioration continue du dispositif global. On ne le dira jamais assez, le pharmacien est un acteur de première ligne du système de santé donc il est crucial de conforter son rôle, de valoriser ses efforts et ses actions, de même que toutes celles que l'équipe officinale peut investir en addictologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Tendances. mars 2015;(99):8.
2. Costes J-M, Vaissade L, Colasante E, Palle C, Legleye S, Janssen E, et al. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - Estimations 2006 [Internet]. OFDT; 2009, p. 29. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxjcp6.pdf>
3. Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Le Strat Y, Brunet S, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2013;(39-40):504-9.
4. Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2006;(33):244-7.
5. Aide-mémoire / Hépatite C / Hépatites virales / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Santé Publique France. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-C/Aide-memoire>
6. Hépatite C [Internet]. Inserm. 2014. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/hepatite-c>
7. Hépatite B [Internet]. Inserm. 2014. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/hepatite-b>
8. Dhumeaux D, ANRS, AFEF. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C [Internet]. Paris; 2014 p. 510. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
9. Derricott J, Hunt N, Preston A. L'injection à moindre risque. Paris: Apothicom; 2008. 183 p.
10. Code de la santé publique - Article L3121-4. Code de la santé publique.
11. Bacqué M-H, Biewener C. L'empowerment, une pratique émancipatrice. La découverte. Paris; 2013. 175 p. (Politique et sociétés).
12. Emmanuelli J. Politique de réduction des risques : programmes d'échange de seringues. M/S : médecine sciences. 2004;20(5):599-603.
13. Apothicom. Steribox, présentation [Internet]. Apothicom. Disponible sur: <http://www.apothicom.org/steribox-presentation.htm>

14. RESPADD. Participer à un programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP). In: Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine [Internet]. Respadd; 2014 p. 104. Disponible sur: <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-addictologie.pdf>
15. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris; 2010 p. 573.
16. Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (Respadd). Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie. Respadd; 2011. 28 p.
17. Fontaa V. Le médecin et le toxicomane : guide pratique. Thoiry : Heures de France; 2003. 333 p. (Réflexes).
18. Réseau international des pharmaciens sur le VIH/SIDA de la FIP. Le pharmacien, acteur de prévention de la transmission du SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Module III. [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://www.fip.org/files/fip/HIV/french/Module3FRv2.pdf>
19. Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME). Évaluation de l'extension du champ de la filière REP pour les DASRI perforants produits par les patients en auto-traitement à ceux produits par les usagers de drogues par voie intraveineuse. 2015 p. 51.
20. RDR à distance. Réduction à distance des risques liés à l'usage de drogues [Internet]. Disponible sur: <http://www.rdr-a-distance.info/>
21. Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes. Étude sur l'échange de seringues dans l'Ain [Internet]. 2011 p. 141. Disponible sur: http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Echange_serpingues_ain.pdf
22. RESPADD. RESPADD - Pharmaciens [Internet]. Disponible sur: <http://www.respadd.org/pharmaciens/>
23. CAARUD AIDES 79. Programme départemental d'Echange de Seringues en Pharmacie (PESP) pour les usagers de drogues du département des Deux-Sèvres.
24. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Insee - Commune de Nîmes et département du Gard - Dossier complet [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-30189
25. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). ODICER - Drogues en régions – Cartographies, évolutions statistiques (OFDT) [Internet]. Disponible sur: <http://odicer.ofdt.fr/mobile.php#ficindic>
26. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Insee - Commune de Lens et département Pas-de-Calais - Dossier complet [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-62498
27. Plancke L, Lancial N, Amariei A, Lose S, Villez M, Danel T. Les traitements de substitution aux opiacés dans le Nord-Pas-de-Calais. PsyBrèves. 2016;(9):6.

28. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Insee - Commune de Niort et département des Deux-Sèvres - Dossier complet [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=DEP-79
29. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Insee - Commune de Clichy-la-Garenne et département des Hauts-de-Seine - Dossier complet [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=DEP-92
30. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Héroïne et autres opiacés - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/>
31. Cadet-Taïrou A, Saïd S, Martinez M. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. Tendances. 2015;(98):8.
32. Brisacier A-C. Tableau de bord TSO 2015. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). 2015;14.
33. Canarelli T, Coquelin A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés - Analyse de données de remboursement concernant un échantillon représentatif de patients en 2006 et 2007 [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2010 p. 128. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxtcqc.pdf>
34. PsychoActif. Les outils pour l'injection à moindre risque [Internet]. Disponible sur: http://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=Les_outils_pour_l%27injection_%C3%A0_moins_risque
35. Apothicom. Nevershare - A chacun sa couleur [Internet]. Disponible sur: <http://www.apothicom.org/nevershare-1ml-etudes-fr.htm>
36. Hagan H, McGough JP, Weiss NS, Hopkins S, Alexander ER. Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses. Am J Epidemiol. 1 févr 1999;149(3):203-13.
37. Lucidarme D. Partage du matériel de préparation à l'injection de drogue et VHC. Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus des hépatites [Internet]. 2001 ; (94). Disponible sur: http://www.pistes.fr/transcriptases/94_1324.htm
38. Legifrance. Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique. 2005-347 avr 14, 2005.
39. Jauffret-Roustide M. Les salles de consommation de drogues : entre santé et sécurité publiques. Métropolitiques. 2011;5.
40. Légifrance. Annexe 31-2. Code de la santé publique.
41. Lewis CF, Rivera AV, Crawford ND, DeCuir J, Amesty S. Pharmacy-randomized intervention delivering HIV prevention services during the syringe sale to people who inject drugs in New York City. Drug Alcohol Depend. 1 août 2015;153:72-7.

42. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/document>
43. LEEM - Les entreprises du médicament. Que faire des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)? [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.leem.org/article/que-faire-des-dechets-d-activites-de-soins-risques-infectieux-dasri>

ANNEXES

I - Charte de la réduction des risques en pharmacie d'officine

II - Sticker proposé aux pharmacies appartenant au PESP

III - Questionnaire semi-directif à destination des pharmacies des quatre territoires

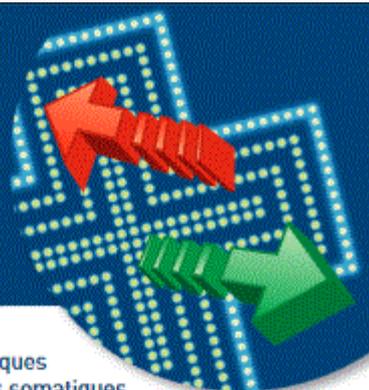
IV - Guide d'entretien pour les pharmacies impliquées dans le PESP

V - Guide d'entretien à destination des coordonnateurs et responsables de PESP

VI - Questionnaire à destination des usagers de drogues

Annexe I : Charte de la réduction des risques en pharmacie d'officine

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 à 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 à 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 à GARANTIR la confidentialité, si nécessaire l'anonymat, des usagers de drogues qui le souhaitent ;
 - 4 à ORIENTER, RENSEIGNER et INFORMER les usagers de drogues : de manière individualisée en répondant aux demandes exprimées ou en les devançant 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 à 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 INCITER à la vaccination ;
- ET AUSSI,**
- 6 à 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 à 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 à 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 à 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 à 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

Annexe II : Sticker proposé aux pharmacies appartenant au PESP



Annexe III : Questionnaire semi-directif à destination des pharmacies des quatre territoires

Evaluation 2015
Programme d'échange de seringues en pharmacie

ENQUETE PHARMACIE 		Nom et adresse de la pharmacie : Constitution de l'équipe : ... pharmaciens ... préparateurs
Date de remplissage du questionnaire :		N° du questionnaire :
Répondant :		<i>ne pas remplir cette colonne</i>
1) Actuellement, combien d'usagers de drogues différents voyez-vous par semaine ? Nombre d'usagers demandant des seringues :/ semaine/ mois Nombre d'usagers hommes :/ semaine/ mois Nombre d'usagères femmes :/ semaine/ mois Si vous ne voyez pas d'usagers, pour quelles raisons ? - pas de demande - ne souhaite pas s'investir sur décision de l'équipe - autres raisons ? Précisez lesquelles : _____		1 __ 1 __
2) Selon vous quel(s) acte(s) pharmaceutique(s) favorise(nt) le dialogue avec l'utilisateur de drogues ? ? (plusieurs réponses possibles)		
la vente et/ou l'échange de seringues	1 <input type="checkbox"/>	
la vente d'un produit d'auto-substitution (néocodion...)	1 <input type="checkbox"/>	2 __
la délivrance d'un médicament de substitution aux opiacés	1 <input type="checkbox"/>	2 __
tous les actes	1 <input type="checkbox"/>	2 __
aucun acte	1 <input type="checkbox"/>	2 __
autre (précisez): _____	1 <input type="checkbox"/>	2 __

3) Avez-vous des patients usagers de drogues sous :

*Buprénorphine haut dosage :

- « générique » oui ₁ non ₂ Si oui, n = h = f =

- Subutex oui ₁ non ₂ Si oui, n = h = f =

*Méthadone oui ₁ non ₂ Si oui, n = h = f =

*Suboxone oui ₁ non ₂ Si oui, n = h = f =

*Autres MSO oui ₁ non ₂ Si oui, lesquels =.....

n = h = f =

3 | __ |
3 | __ |
3 | __ |
3 | __ |

4) Avez-vous déjà orienté un usager de drogues vers une structure de soins, de prévention ou de dépistage ?

oui ₁ non ₂

Si oui, la(les)quelle(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Médecin généraliste ₁

CSAPA ₁

CAARUD ₁

Centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites ₁

Autre (précisez) _____ ₁

Si oui, pour quel(s) motif(s) ? _____

4 | __ |
4 | __ |
4 | __ |
4 | __ |

5) Vendez-vous des Stéribox® aux usagers de drogues ?

oui ₁ non ₂

Si oui, combien de Stéribox® vendez-vous par mois? _____ Stéribox® / mois

Si non, pour quelle(s) raison(s) (plusieurs réponses possibles) ?

crainte de l'envahissement / insécurité ₁

impression de favoriser l'usage de drogues ₁

suite à des incidents avec des usagers de drogues dans votre officine ₁

je donne des Kits + ₁

autre, précisez _____ ₁

5 | __ |
5 | __ | | __ |
5 | __ |
5 | __ |
5 | __ |
5 | __ |

6) Vendez-vous d'autres types de seringues aux usagers de drogues?

oui non

6 |__|

Si oui,

ce sont :

	oui	non	nombre par mois
--	-----	-----	-----------------

seringues à insuline 1 ml

seringues 2 ml ou 2,5 ml

___/___

seringues 5 ml

___/___

autre (précisez) _____

___/___

6 |__|

6 |__|

6 |__|

6 |__|

6 |__|

6 |__|

6 |__|

6 |__|

7) Proposez-vous la récupération du matériel utilisé ?

oui non

Proposez-vous des containers de récupération du matériel utilisé ? oui non

Pouvez-vous estimer votre taux de retour du matériel utilisé ? ...%

7 |__|

7 |__|

7 |__|

8) La délivrance de seringues vous permet-elle de rentrer en contact avec les usagers de drogues ?

souvent parfois jamais

8 |__|

9) Combien de personnes travaillant dans l'officine sont-elles amenées à délivrer des seringues (kits + Stéribox® inclus) ? ... personnes

9 |__|

Si vous ne faites pas partie du PESP:

10) Connaissez-vous l'existence de programmes d'échange de seringues en pharmacie ?

oui non

10 |__|

Si vous ne faites pas partie du PESP :

11) Seriez-vous prêt à échanger des kits usagés remis par des usagers de drogues contre des kits fournis par le CAARUD ?

oui non

11 |__|

12) Quelles seraient vos attentes et besoins en matière d'addictologie (MSO, réduction des risques, circuits de soin...)?

-Formation oui ₁ non ₂

Précisez :

- Documentation oui ₁ non ₂

Précisez :

- Support téléphonique oui ₁ non ₂

Précisez :

12 | __ |
12 | __ |
12 | __ |
12 | __ |

13) Commentaires :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Annexe IV : Guide d'entretien pour les pharmacies impliquées dans le PESP

Quand êtes-vous rentré dans le PESP et pour quelles raisons ?

- Selon vous, à quoi sert un PESP ?
- Quels ont été les leviers/freins pour intégrer ce PESP ?
- Qu'est-ce qui fait que vous y êtes toujours ?

A l'heure actuelle, comment fonctionne le PESP ?

- File active/an (nombre usagers stables et plus ponctuels)
- Nombre de kits délivrés/ an – évolution ?
- Taux de retour
- Livraison des kits (gestion des stocks)
- Conteneurs – collectes (comment fait-on hors DASRI ?)
- Vos liens avec la médecine de ville depuis le PESP
- Les problèmes rencontrés dans le cadre de ce PESP ?
- Comment la configuration de l'officine a-t-elle changé depuis le PESP ?

Les contacts avec le CAARUD ?

- Rythme/mode de contact
- Besoin d'accompagnement

Les usagers que vous recevez à l'officine

- Sexe, âge, situation familiale/sociale
- Fidélité à la pharmacie

- Vos rapports avec les usagers ?
- Le comportement des usagers (dont achats autres pour eux/leurs proches)
- Prennent-ils de la buprénorphine haut dosage ou autres MSO ?
- Ont-ils des ordonnances pour des benzodiazépines ?
- Posent-ils des questions, demandent-ils des conseils ?

La délivrance de seringues vous apparaît-elle comme une opportunité d'entrer en contact avec l'utilisateur ?

Avez-vous déjà participé à l'inscription d'un usager dans un processus thérapeutique et à son maintien en l'orientant vers une structure de soins/prévention ?

Vous est-il arrivé d'encourager vos homologues pharmaciens à intégrer un PES ?

Comment présenteriez-vous le dispositif si vous étiez amené à le faire ?

Qu'est-ce qui pourrait se passer mieux dans le cadre de ce PES ? Qu'est-ce qui vous manque pour développer davantage le dispositif ?

Annexe V : Guide d'entretien à destination des coordonnateurs et responsables de PESP

1/ Le profil de la population locale de consommateurs / les spécificités du territoire en matière de consommations et notamment de consommations de produits injectables

- CSP, sexe, âge, urbain/rural, degré d'insertion professionnelle et sociale ?
- Publics « sédentaires » ou nomades » ? Quels territoires d'habitat / de consommation repérés ?
- Ancienneté des consommations ?
- Modes de consommations et produits consommés ?
- Accès de ces publics aux seringues avant le PESP ?
- Problématique locale autour des seringues usagées abandonnées (espaces publics, collecte et traitement des ordures ménagères, ...) ?

2/ Quels ont été les facteurs déclencheurs pour mettre en place un PESP ?

- Le contexte local en matière de réduction des risques (politique, sociologique, historique) ?
- Les leviers, les freins face au projet du PESP (sécurité, gestion des conteneurs, formation, dialogue avec les UDVI, ...) ?
- Le montage du PESP (partenaires, consultation, ...) ?

3/ Le profil des officines participantes au PESP

- Taille, territoire (quartier), clientèle, configuration de la pharmacie ?
- Motivation des officines participantes ?
- Arguments / position des officines qui refusent de participer
- Quelle typologie possible des pharmacies participantes ?

4/ Le fonctionnement du PESP aujourd'hui ?

- Chiffres (officines, seringues délivrées, retour du matériel d'injection usagé, ...) ?

Evolution dans le temps ?

- Les autres constats en local (comportements des UDVI, perception du PESP par les partenaires locaux, ...)
- Adéquation par rapport aux objectifs de départ du PESP ?
- Complémentarité / articulation avec le CAARUD local ? Avec vente de Stéribox ?

5/ Quelles seraient vos recommandations pour mettre en place un PES ?

- Comment monter un PESP ?
- Comment animer un PESP ?

Fin de l'entretien

Annexe VI : Questionnaire à destination des usagers de drogues

Evaluation 2015

Programme d'échange de seringues en pharmacie

Questionnaire d'évaluation du programme kit+ / stéribox en pharmacie

Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire **confidentiel** qui vise à évaluer tant les avantages du programme d'échange de seringues en pharmacie que ses inconvénients et les améliorations à apporter. Pour toute information complémentaire vous pouvez contacter le CAARUD ATYPIK (tel : 03 91 84 00 83).

Anonymat assuré.

1/ Depuis quand allez-vous chercher des seringues à la pharmacie ?

Moins d'un an 1 à 2 ans 3 à 5 ans Plus de 5 ans

2/ En moyenne, combien de kits prenez-vous par semaine ? _____ kits par semaine

3/Vous arrive-t-il de prendre des kits pour d'autres personnes ? Oui Non

Si oui, combien de kits par semaine ? _____

Si oui, pour combien de personnes ? _____

4/ Habituellement, vous vous procurez vos seringues (plusieurs réponses possibles) :

Toujours dans la même pharmacie Dans plusieurs pharmacies

Ailleurs (précisez) :

5/ En moyenne, combien faites-vous d'injections par jour ou si vous ne le faites pas tous les jours, combien faites-vous d'injections par semaine en moyenne ?

_____ injections par jour ou _____ injections par semaine ?

VOTRE OPINION SUR LE PROGRAMME D'ECHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIE

6/ Pour vous, quels sont les avantages de la délivrance gratuite de seringues en pharmacie ?

.....

7/ Pour vous, quels sont les inconvénients de la délivrance gratuite de seringues en pharmacie ?

.....

8/ Est-ce que le fait de participer au programme d'échange de seringues a modifié :

- vos pratiques d'injection (partage, réutilisation, etc.) ? Oui Non

Si oui, comment :

- vos consommations de produits ? Oui Non

Si oui, comment :

Pourquoi ?

.....

9/ Durant le dernier mois, vous est-il arrivé de :

- Réutiliser votre seringue ?

Jamais une seule fois moins de 5 fois 5 fois et +

- Utiliser la même seringue à plusieurs ?

Jamais une seule fois moins de 5 fois 5 fois et +

-Réutiliser la même cuillère/Stericup

Jamais une seule fois moins de 5 fois 5 fois et +

-Utiliser à plusieurs la même cuillère/Stericup

Jamais une seule fois moins de 5 fois 5 fois et +

- Utiliser la même eau à plusieurs ?

Jamais une seule fois moins de 5 fois 5 fois et +

- Réutiliser les cotons ?

Jamais une seule fois moins de 5 fois 5 fois et +

-De donner vos cotons ?

Jamais une seule fois moins de 5 fois 5 fois et +

-De prendre les cotons d'un autre ?

Jamais une seule fois moins de 5 fois 5 fois et +

10/ Une orientation vous a-t-elle déjà été proposée par un pharmacien lorsque vous venez chercher du matériel ?

Si oui, vers quel (s) structure(s) d'accueil/spécialiste(s) ?

Centre d'aide (CAARUD) Urgences Médecin généraliste Une autre pharmacie

Avez-vous souhaité bénéficier de cet accompagnement ?

Oui Non

11/ Un pharmacien vous a-t-il déjà donné des conseils d'hygiène pré/post point d'injection, utilisation du petit matériel (stérifilt, compresse d'alcool, eau pour préparation à l'injection....)

Oui Non

12/ Un pharmacien a-t-il déjà évoqué avec vous les risques de transmission du VIH et des hépatites etc. associés aux pratiques d'injection ? Oui Non

13/Comment vous sentez-vous dans la pharmacie lorsque vous venez chercher du matériel ? *(plusieurs réponses possibles)*

En confiance en sécurité accompagné j'y reste le moins possible je m'y sens mal à l'aise

14/ Savez-vous toujours si vous trouverez des seringues gratuites lorsque vous allez dans une pharmacie ?

Oui Non

15/ En général, après injection, où mettez-vous vos seringues usagées ?

Je les mets dans un récipient (cannette, bouteille en plastique...)

Je les mets dans un container de récupération (boîte jaune)

Je les mets dans un sac

Je les jette directement, sans les mettre dans une boîte ou un sac, ...

Autre : Précisez.....

16/ En général, où mettez-vous votre petit matériel après usage ?

Je les mets dans un récipient (cannette, bouteille en plastique...)

Je les mets dans un container de récupération (boîte jaune)

Je les mets dans un sac

Je les jette directement, sans les mettre dans une boîte ou un sac, ...

Autre Précisez.....

17/ Où jetez-vous finalement vos seringues usagées et le petit matériel ?

- Je les dépose à la **pharmacie** Toujours Souvent Parfois Jamais

- Je les mets à la **poubelle** chez moi Toujours Souvent Parfois Jamais

- **Autre (Précisez)**..... : Toujours Souvent Parfois Jamais

18/ Pour vous, rapporter les seringues usagées à la pharmacie c'est...

Très facile Plutôt facile Plutôt difficile Très difficile

Pourquoi :

19/ Etes-vous : un homme une femme

20/ Quel est votre âge ? /__/_/ ans

21/ Avez-vous actuellement une activité professionnelle rémunérée ?

Non Salarié CDD Salarié CDI Indépendant

22/ Avez-vous actuellement un logement stable dans le Pas-de-Calais ?

Oui Non

23/ Prenez-vous actuellement un traitement de substitution sur prescription médicale ?

Oui Non

Si oui, Buprénorphine haut dosage / Subutex Méthadone Suboxone

Autre : *précisez* :

24/ D'après vous, qu'est-ce qui pourrait mieux fonctionner et quelles améliorations pourrait-on apporter ?

.....
.....
.....
.....
.....

Merci beaucoup de vos réponses et de bien vouloir retourner ce questionnaire dans son enveloppe préaffranchie. Si vous souhaitez participer plus avant à l'enquête par téléphone, contactez le CAARUD ATYPIK au 03 91 84 00 83. Confidentialité assurée.

ÉVALUATION MULTICENTRIQUE DE TROIS PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIE (PESP)

Introduction : Cette évaluation multicentrique entend apporter des éléments actualisés sur les programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP) telles qu'ils se déploient dans 3 départements : le Gard, les Deux-Sèvres et le Pas-de-Calais. En France, les PESP ont été imaginés pour permettre de développer l'offre de matériel d'injection stérile gratuit auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), limiter ce faisant les risques infectieux (VIH, VHC) et affilier les UDVI au système de soin.

Méthodes : Différents questionnaires ont été mis à disposition des officines et des usagers de drogues afin de recueillir leurs pratiques, investissements, ressentis à l'égard des PESP. Des entretiens ont été réalisés avec les structures porteuses des PESP ainsi qu'avec des officinaux appartenant au programme.

Résultats : La récupération du matériel usagé est essentiellement réalisée par les pharmacies appartenant à un PESP. La très grande majorité des officines (participantes ou non à un PESP) délivrent des seringues stériles aux usagers de drogues. Les pharmacies appartenant à un PESP sont plus enclines à orienter un usager de drogues vers une structure de soins.

Les pratiques de partage du matériel d'injection sont quasi nulles et sont moins fréquentes que les pratiques de réutilisation. Plus de la moitié des injections (58 %) sont réalisées dans des conditions plus sécurisées avec des seringues propres. Les seringues usagées sont essentiellement jetées dans un container de récupération par les usagers.

Conclusion : Le PESP constitue un vecteur de réduction des dommages liés aux injections et un vecteur d'entrée dans le parcours de soins, ce qui a permis l'amélioration des relations entre les usagers et les pharmaciens.

Mots-clés : Programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP), usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), pharmaciens, Stéribox®, Kit +®, virus de l'hépatite C (VHC).

Multicentre's assessment for three exchanges programmes of syringes in chemist's

Preamble : This multicentre's assessment endeavours to bring some part of answers about exchanges programmes of syringes in drugstores such as the following three areas in France : Gard, Deux-Sèvres and Pas-de-Calais. (French departments). Exchanges programmes of syringes in chemist's in France were created to add value to free sterile equipment for shots to drug addict in intravenously way. In order to reduce risks related of the infection (HIV, VHC) and include drug additc in health structure.

Methods : Several feedback forms made available to dispensary team and drugs addict in order to collect their practices, investments, feelings towards EPSC.

Some interviews made by organisation supporting EPSC and dispensary belonging of this program.

Results : Used material retrieval was made by drugstores included in this specific programm. Most of drugstores (incuded or not) furnish serial material for drug addict. Drug stores which associated with EPSC are followed by guiding drug addict to health structure.

Like this sharing materials of injections are quite not existant and less common as reuse praticals. More than a half of injections (58%) took place in a good conditions more safety with new syringes. Used syringes throw out in a special trash by drug addict.

Conclusion : EPSC constitutes a vehicle for less damages in bonds to injections and carrier developp medecine way this has enabled enhancement relationship between drug addicts and pharmacist.

Keywords : Exchanges programmes of syringes in chemist's, drug addict in intravenously way, pharmacist, Steribox®, Kit +®, the virus of hepatitis C.

ENTRETIENS STRUCTURES PORTEUSES

ENTRETIEN BENOIT CAULIEZ – CAARUD ATYPIK

Décembre 2015

ACC : As-tu observé des tendances spécifiques sur ton territoire en termes de consommation de drogues ?

Concernant les produits et modes de consommation, historiquement, depuis les années 90, le mode d'administration par l'injection est moins observé dans le nord que dans le sud. L'héroïne y est moins injectée du fait d'une meilleure qualité des produits avec la proximité de la Hollande. Même sniffée ou fumée, l'héroïne permet de ressentir des effets importants. Comme les Surinamiens éprouvaient une peur culturelle de la seringue et qu'ils étaient très présents en Hollande - le Surinam est une ancienne colonie hollandaise – ils tenaient parfois des maisons de deals d'après les usagers. Des maisons où les usagers peuvent acheter de la drogue et rester consommer sur place. Le plus souvent le dealer ne voulait pas d'injecteur dans sa maison d'où un faible taux d'initiation à l'injection sur ces lieux d'achat.

On notait une présence importante de *brown sugar*, de l'héroïne coupée avec paracétamol et de la caféine, prête à être à fumée. Si on souhaite injecter, il faut la diluer au citron. Ce n'est pas l'héroïne blanche plus présente à Paris, héroïne plus thaïlandaise qu'afghane. A Gand et Anvers, ce sont les mêmes réseaux de deal, encore plus proche pour les usagers de la région. Aujourd'hui, il n'y a plus nécessairement cette présence massive des surinamiens, parfois les usagers me disent qu'ils sont allés à Gand chez les pakistanais, d'autres qu'ils sont allés chez des maghrébins, je ne saurais pas trop te dire ce qu'il en est aujourd'hui du marché de l'héroïne, ça c'est plutôt la base socioculturelle de la fin des années 80- 90 avec l'arrivée de l'héroïne en Europe, ce qui fait malgré tout qu'ici l'héroïne est plus sniffée qu'injectée. A Paris et dans le sud de la France, les produits sont plus injectés parce que de moins bonne qualité notamment.

ACC : Est-ce que la cocaïne par voie injectable constitue un facteur d'infection type hépatite C sur ton territoire ?

BC : Ce sont surtout les anciens injecteurs qui se font des shoots de cocaïne. Dans le public qu'on rencontre, je n'ai pas en tête des gens qui commencent par des shoots de cocaïne.

ACC : C'est plus cher

BC : Oui, oui c'est plus cher

ACC : J'ai lu dans ton rapport qu'il y a une vraie différence entre les modes d'injection, souvent 3-4 par jour des usagers du CAARUD et la distribution de seringues à l'officine.

BC : Dans le cadre d'un travail que j'ai mené où j'ai eu l'occasion d'interviewer un usager sur sa stratégie par rapport aux seringues en officine, il me disait que tout le monde n'a pas 20 euros à claquer dans des Stéribox par mois et qu'en gros ils en achètent un par semaine et se servent des deux seringues plusieurs fois. Ce qui est confirmé aussi par le fait que quand ça passe au gratuit, les gens prennent 2,3 fois plus de matériel qu'avant...sans que le pharmacien ait à ré-insister sur le fait qu'il ne faille pas réutiliser, les gens y pensent d'eux-mêmes.

Les gens se préoccupent du nettoyage des seringues à la javel lorsqu'ils n'ont pas assez de seringues pour tout le monde. S'ils doivent réutiliser la seringue d'un autre, ils vont essayer de la nettoyer, de la faire bouillir, des choses comme ça...

ACC : J'allais dire que c'est par altruisme mais ...

BC : Non, c'est plutôt de l'autoprotection

ACC : En termes de population ?

BC : Au CAARUD ce n'est plus un public sédentaire. Y a pas de traveller's comme à Lille. A Lille, il y a un public nomade qui va de ville en ville, c'est bien décrit dans la littérature. Mais ceux qui arrivent ici, ils repartent tout de suite, c'est trop petit, *la Manche* ça marche pas. Et puis ici, c'est dense en termes de population, à cause du bassin minier, notamment. Et après autour de cette zone urbaine, c'est la campagne.

ACC : Dans ces campagnes, il y a deux communes qui semblent particulièrement concernées par les pratiques d'injection avec des taux de vente de Stéribox très importants en termes de ratio par habitant...

BC : Oui la commune de Burbure en particulier et Auchel, qui est une plus grande commune de 10 000 habitants. Cela dit, ces taux sont à considérer avec prudence. A Burbure, il y a une seule pharmacie, il suffit qu'il y ait un usager qui ait des pratiques moins à risque que les autres et qui achètent des Stéribox.

ACC : En termes de classe d'âge, de répartition hommes/femmes qui fréquentent le PEMIO ?

BC : Je sais qu'il y a plus de femmes qui passent par la pharmacie que par le CAARUD, où on est dans la répartition classique 80 % d'hommes, 20 % de femmes. Il y a une ambiance

au local qui ne met pas les femmes nécessairement à l'aise. Il y a beaucoup d'hommes célibataires avec des vies amoureuses pas très trépidantes. Dès qu'une fille rentre, on voit bien les regards, les rapprochements... Je comprends qu'une fille n'y soit pas à l'aise. On a eu le cas avec une femme qui est aujourd'hui en prison. De toute façon elle se battait comme un homme et était respectée comme un homme à part entière. Dans notre antenne mobile à Saint Paul Frévent on voit un peu plus de femmes. Mais c'est un village. Là-bas ce sont plus des gens qui sont en couple, des couples stables. Saint-Pol c'est 5000 habitants. Ce n'est pas envisageable pour les usagers de faire deux heures de route A/R pour aller au CAARUD. C'est très isolé, ils n'ont pas de voiture. Historiquement, on a déjà accompagné 4 ou 5 femmes sur Frévent et 4 ou 5 sur Saint-Pol.

ACC : Et le dispositif il existe depuis...

BC : Depuis 2010, un an après l'ouverture du CAARUD à Lens à peu près.

ACC : On a donc des sédentaires urbains qui fréquentent le CAARUD et à la campagne, des usagers qui fréquentent le dispositif mobile. Et les consommations ?

BC : En termes de consommation, ce sont surtout des injections de subutex. Le lien est suffisamment ténu entre le CAARUD et les usagers pour qu'ils évoquent leurs consommations sans fard.

ACC : Concernant l'ancienneté des consommations, est-ce que ce sont plutôt des jeunes nouvellement entrés dans les consommations ? Des personnes qui ont une longue histoire de consommations ?

BC : On a plutôt des gens d'une moyenne d'âge de 35-40 ans. Les états veineux sont souvent très dégradés, donc ce sont des gens qui sont entrés depuis plusieurs années dans l'injection.

ACC : T'es-tu déjà retrouvé dans une situation où un tout jeune injecteur qui découvrirait les produits aurait été introduit par des usagers qui fréquentent le CAARUD ?

BC : On a pu observer quelque chose comme ça pendant « le boom » du skénan sur Saint-Pol-sur-Ternoise, ça s'est répandu comme un effet générationnel et on avait des jeunes de 17-18 ans qui s'étaient mis à injecter le skénan par imitation, je suppose. Ces gens-là on les voit plus en fait, j'imagine qu'ils se sont arrêtés un peu d'eux-mêmes, il y en a une partie en prison. Les mêmes qui consommaient du skénan ont fini par consommer de l'héroïne qu'ils allaient chercher à Lille ou en Belgique et ont été attrapés comme ça. Il y a beaucoup de balances dans les petits villages, tout le monde se connaît. Certains commencent à sortir de

prison. Après on a des gens plus âgés qui fréquentent des injecteurs de subutex et demandent de temps en temps qu'ils leur fassent un shoot. Ils le prennent normalement quand ils sont tous seuls et avec leurs copains, ils pourront plus volontiers l'injecter. C'est comme H. que tu as vu l'autre fois, il a 45-50 ans et de temps en temps il injecte son subutex. Mais il ne sait pas le faire tout seul, il a besoin de quelqu'un. Ça arrive souvent. D. qui est autonome là-dessus que tu as vu aussi, c'est son beau-frère et c'est lui qui lui fait l'injection.

ACC : Tu as déjà vu leurs femmes ? Je me souviens que tu as demandé des nouvelles...

BC : C'est une ancienne injectrice, une ancienne usagère qui a aujourd'hui de gros problèmes de santé liés à l'alcool qui est suivie pour sa substitution au CSAPA.

ACC : Si on revient sur l'implantation du PEMIO, est-ce que des problèmes liés à la présence de seringues dans l'espace public avaient été soulevés avant qu'il existe ?

BC : Sur une ville, il y avait à l'époque beaucoup d'abandon de seringues sur la voie publique. Quand on nous en parle, on essaie d'aller voir, de chercher et on ne trouve jamais rien. Ça reste exceptionnel. Quand j'ai fait une visite de pharmacie à Béthune, il y a une pharmacienne qui m'a dit avoir eu un échange avec un usager qui lui a dit qu'il avait plein de stéribox chez lui, qu'il gardait ne sachant pas où les jeter. La pharmacienne lui a donné nos coordonnées. Je ne crois pas qu'il nous ait contactés. C'est courant aussi que les gens gardent longtemps le matériel usagé. On a eu le cas d'un usager qui gardait tout dans des bidons de lessive. Et quand on l'a rencontré, il nous a donné 5 bidons de lessive avec de seringues qu'il gardait depuis des mois et des mois et quand il s'en débarrassait il les mettait dans des containers à verre, se disant que personne n'allait manipuler. Il inscrivait au marqueur « attention seringues, ne pas ouvrir. » Les gens font attention. Jeter dans des ordures ménagères c'est souvent compliqué pour eux. Ils ont peur que le sac soit déchiré. Qu'on voit des emballages de kits+ ou stéribox dans la poubelle.

ACC : C'est à la fois la peur d'être repéré et que d'autres soient blessés...

BC : Pour l'usager aux bidons de lessive, on a mis en place PEMIO dans sa pharmacie et d'emblée on est entré en contact. Il nous a demandé ce qu'il pouvait faire de son matériel. Il avait des besoins auxquels on pouvait répondre et il a très vite abandonné l'échange de kits en pharmacie pour le CAARUD. C'était aussi des besoins d'écoute, de soutien... Les PESP permettent aussi aux usagers de découvrir l'existence du CAARUD. Ça concerne ceux qui sont moins dans une problématique d'anonymat. Dès qu'ils ont connaissance d'une structure qui aide les personnes, c'est beaucoup ainsi que l'on est perçu (sourires).

ACC : Le mini-formulaire PEMIO est bien fait je trouve. Il se glisse dans la poche.

BC : ... et dans un kit aussi. Il faut dire qu'il n'y avait pas d'accès à la réduction des risques sur le territoire avant le CAARUD. Aides avait une petite permanence à Carvin pour les usagers à injecteurs et à Lens pour du soutien plus spécifique aux personnes séropositives. On est le premier CAARUD du département. La DDASS a approché le CSAPA de Lens pour les interroger sur l'opportunité de créer un CAARUD. Il y avait des financements. Jusque-là les usagers étaient obligés de s'approvisionner en pharmacie pour les stéribox. Certains usagers allaient dans les structures type AIDES ou Spiritech parce qu'ils se rendaient à Lille pour leurs produits mais ça concernait très peu d'usagers. L'idée du PES c'était d'aller vers le public et notre public d'injecteurs étaient dans les pharmacies. Il fallait aller vers eux plutôt qu'attendre qu'ils viennent à nous.

ACC : D'ailleurs avant les stéribox, les usagers achetaient des seringues à insuline...

BC : Oui et avant 1987, des vaccins contre la grippe, plus ou moins en vente libre. Ils récupéraient la seringue. Ou ils volaient du matériel dans les urgences des hôpitaux.

ACC : Comment les usagers ont-ils su où vous trouver ?

BC : Il y a eu beaucoup de bouche-à-oreille. On a eu la chance d'ouvrir un CAARUD et au début les permanences, en étant ouvert 5 demi-journées par semaine, si 3 personnes viennent à ta rencontre sur une semaine, tu peux t'estimer heureux. Puis, petit à petit, le bouche à oreille. Le CAARUD a ouvert en 2009. Et puis les travaux ont été longs. Je suis rentré au CSAPA en août 2005 pour faire le travail préparatoire, l'avant-projet, l'état des lieux : fallait-il un CAARUD ou des permanences mobiles uniquement ? J'ai interviewé des gens du CSAPA pour savoir s'il y avait des gens dans leur entourage qui avaient besoin d'un accès à des douches, des usagers sans accès à la substitution, ce qui a donné une vision plutôt précise de ce que l'on pouvait proposer. Vincent est arrivé fin 2007 et on a travaillé sur le PESP, on n'avait pas besoin de locaux pour avancer sur ce projet. C'est d'ailleurs la première action que l'on a engagée. On a élaboré le travail préparatoire de cartographie des officines, d'entrée en contact avec les pharmaciens. Le programme a été lancé en décembre 2008 pour la zone Hénin-Carvin et le local a ouvert en juillet 2009. Les premiers six mois, on a fait que du mobile, le local était pas encore prêt.

ACC : En termes de partenaires, tu avais évoqué l'ARS. Ils se sont investis dès le début ?

BC : On ne savait pas trop où on mettait les pieds. On avait passé 4 jours à Perpignan à Ascode. L'ancien directeur nous avait tout expliqué. On avait récupéré les documents de plusieurs programmes, il y avait le Tarn, Ivry-sur-Seine, PEKIO à Lyon. On les avait contactés, ils nous avaient envoyé leurs documents. A Perpignan ils avaient estimé que l'immersion sur 4 jours serait profitable pour nous pour rencontrer les pharmaciens, rencontrer l'équipe. Après ça, on avait du concret à raconter. Quand on allait voir les

pharmaciens, on avait des chiffres, des expériences positives à évoquer. On pouvait les rassurer sur le contact avec les usagers, la file active, les convaincre était plus facile.

ACC : Si tu devais recommander une méthodologie pour la mise en place d'un PESP, c'est plutôt cette immersion qui fait la différence, plus que des réunions de travail ?

BC : Je recommande de venir passer du temps avec l'équipe du programme pour savoir comment ça se passe, des entretiens avec les pharmaciens aussi. Et sur la construction de l'argumentaire, au départ on était un peu sur les conséquences en termes d'infectiologie, VIH, hépatites et puis on s'aperçoit que pour les usagers de drogues, le sida c'est moins une préoccupation actuellement. Les pharmaciens ne se préoccupent pas spécialement des hépatites. Ils connaissent plutôt mal la physiopathologie. Par contre, l'hygiène dès lors que les pharmaciens sont conscients du taux important de réutilisation, ils l'associent aux abcès, à l'abandon de seringues. Ils y croient peu au départ sur le fait que l'utilisateur va sortir de son mutisme, de sa timidité. La problématique de l'anonymat et du voisinage, ils ne le comprennent pas d'emblée. Alors que nos usagers ont grandi ici, ce sont des gens du cru. Rien n'est laissé au hasard, le choix de la pharmacie, l'heure de passage... il faut expliquer aux pharmaciens pourquoi les gens viennent à 19h, pour ne croiser personne. Ce qui revient souvent c'est que les usagers ont toujours l'appoint, on ne rend jamais de monnaie contre un Stéribox. L'utilisateur fait en sorte que ça aille le plus vite possible.

Les usagers qui sont sous TSO et pratiquent l'injection se répartissent le plus souvent entre plusieurs pharmacies, une pour les TSO, une pour les Stéribox. Le pharmacien à Liévin m'a déjà raconté qu'il avait observé que certains usagers venaient chercher leurs kits après avoir pris leur TSO dans une autre pharmacie. Comme il est assez à l'aise avec ça, il leur a dit « voilà moi je suis le seul *con* à Liévin qui fait son boulot de santé publique et vous donne accès gratuitement à des seringues et les récupère. Au lieu d'aller chercher là-bas ton traitement, tu peux venir chez moi. » Pour revenir à la spécificité de l'injection. C'est un mode d'administration très particulier qui est perçu par l'utilisateur comme une voie qui aboutit à un plaisir. La routine de l'injection, elle débute dès l'achat de la Stéribox en pharmacie. Les usagers achètent le plus souvent quand ils savent qu'ils ont le produit, qu'ils vont consommer. Ils ne sont pas disponibles pour un quelconque dialogue avec les pharmaciens. Tout ce qu'ils attendent c'est de partir avec leur Stéribox pour aller injecter. Quand la pharmacie passe à l'échange, les gens changent complètement leurs façons de s'approvisionner. Au lieu d'en prendre un à la fois, ils en prennent plusieurs, ils sont plus dans une logique de gestion des stocks. Les pharmaciens sont quasi unanimes sur le fait que les usagers sont plus détendus. Ils arrivent, ils attendent. Ils ont un petit échange sur la pluie et le beau temps. L'acte se fait de manière moins crispé. Peut-être parce que l'utilisateur ne se sent plus jugé, le pharmacien lui proposant du matériel autour de sa pratique. Bon, les pharmaciens me disent souvent qu'ils essaient en vain d'orienter l'utilisateur vers un médecin mais comme il ne vient pas chercher un médicament, c'est un peu décalé, à mon sens. Et puis comme dans la grande majorité des cas, ils s'injectent du subutex, ils consultent déjà un médecin pour leur ordonnance. Quand on explique aux gens comment mettre en place

PEMIO dans leur pharmacie, on présente la plaquette comme une opportunité de poser le dialogue, de dire à l'utilisateur qu'ils participent au programme et que si l'utilisateur rapporte son matériel usagé il aura droit à des kits gratuits. Souvent l'utilisateur dit alors qu'il va réfléchir, que ça l'intéresse, qu'il en voudrait 2-3, qu'il les rapportera la prochaine fois, ou alors l'utilisateur répond qu'il ne peut pas garder le matériel. Le frein à l'échange de matériel usagé, c'est la possession de matériel usagé qui constitue une preuve d'usage pour la police. Il y a aussi ce changement de regard de l'utilisateur sur le pharmacien « qui n'est plus là pour lui prendre 1 euro » mais qui essaie de l'aider, on passe dans un autre registre de relation, moins commerciale et plus humaine. Tout le monde fait un geste, le pharmacien propose les kits, le CAARUD soutient toute la démarche et simplifie le travail du pharmacien et l'utilisateur rapporte son matériel, il évite les piqûres accidentelles. Les pharmaciens sont un peu sceptiques au début sur la capacité des gens à rapporter le matériel et lorsqu'ils s'aperçoivent que ça fonctionne, les représentations évoluent, les usagers sont perçus comme responsables, « comme tout le monde ». Il n'y a pas de problématique de chevauchement comme avec les TSO. Les acheteurs de stéribox sont invisibles, il n'y a pas de conflit ou de passe-droit pour une stéribox. Les personnes sous TSO auront tendance à mettre la pression sur le pharmacien, plus que sur le médecin. Le médecin a la pression d'une autre manière. Les pharmaciens observent que certains usagers sortent de la médecine de ville avec des ordonnances faites un peu sous pression et le pharmacien les reçoit en leur expliquant qu'il ne peut pas délivrer le TSO, qu'il y a un chevauchement, que l'ordonnance n'est pas conforme... Situations qui peuvent générer des tensions à l'officine. Ça entretient une mauvaise image des usagers. Alors que les pharmaciens disent d'eux-mêmes que les relations avec les acheteurs de stéribox sont non conflictuelles et très minimales.

La motivation des pharmaciens à entrer dans le programme est celle d'aider les usagers, de participer à la sécurité publique. Peu de monde mettrait 70 euros en préservatifs pour se protéger. Ils sont les premiers à avoir fait de la réduction des risques, c'est grâce à eux le recul du VIH. On n'hésite pas à leur dire. Avec le slam la tendance pourrait changer mais aujourd'hui moins de 2 % des nouvelles contaminations VIH sont liées à la consommation de drogues.

ACC : En termes de profil de pharmaciens, tu évoquais des petites pharmacies militantes, des grandes pharmacies de centres commerciaux... Comment s'est passée l'inclusion des pharmaciens dans le programme ?

BC : Certains m'ont dit que si on voulait qu'ils le fassent, ils le feront. Le rattachement à l'hôpital de Lens et au service d'addictologie a joué dans l'entrée dans la relation. On ne sortait pas de nulle part. Le CSAPA est ouvert depuis 1996, il a accompagné la mission TSO. Il est bien identifié sur le territoire. C'était pour les pharmaciens un partenaire sérieux.

ACC : Les arguments des officines qui ne souhaitent pas s'engager ?

BC : Essentiellement peur d'une augmentation de la file active, des équipes qui ne croient pas en la réduction des risques... On ne s'était pas donné d'objectifs spécifiques, on a fait avec nos ressources matérielles. Des pharmaciens auraient volontiers participé au programme mais ils n'avaient pas d'activité... On préfère se mobiliser là où il y a de l'activité et aller trouver les usagers où ils se trouvent. A Hénin-Beaumont on s'était dit, il nous faut au moins 2-3 pharmacies. Il y en avait dont la vente de stéribox n'était pas exceptionnelle mais on les a inclus parce qu'ils travaillaient avec des usagers sous TSO. On a décidé de mettre en place un espacement des visites des structures dont l'activité est minime pour privilégier les pharmacies qui avaient une activité plus intéressante et qui nous avaient demandé de revenir les trouver une fois le programme bien amorcé à Béthune.

On a pu être maladroit en conseillant au pharmacien de proposer des kits gratuits à condition qu'un échange se fasse. On leur a dit qu'il devait présenter le programme comme un accès à la gratuité si l'échange a lieu. Mais il suffisait que les usagers ne puissent pas stocker leur matériel pour qu'ils ne reviennent plus à la pharmacie. Dans l'idéal, cependant c'est un programme qui laisse une liberté à l'utilisateur d'adhérer ou non au programme. Pour la récupération, le matériel finit dans la filière déchet de l'hôpital. Quand les containers sont pleins, on les récupère dans la pharmacie. On s'efforce de simplifier le processus au maximum aux pharmaciens. Mais on a aussi la géographie avec nous. L'accès aux pharmacies est facile. Mes tournées sont productives.

ACC : Tu as déjà évoqué quelques recommandations pour monter un PESP...

BC : Je crois qu'il faut aller vers les usagers. Progresser dans le développement du programme avec une estimation précise de l'activité des officines du territoire. Il faut aller à la rencontre des officinaux aussi, sans préjuger de leur adhésion ou non à la réduction des risques. On peut être un pharmacien militant et avoir peu d'activité en termes de vente de stéribox. Je m'aperçois que les pharmaciens qui ont beaucoup de personnel ne sont pas les plus adaptées pour recevoir un usager injecteur. Les usagers doivent faire la queue, ne voient pas les mêmes personnes à chaque fois. C'est un facteur de stress évitable.

ACC : Tu évoquais que les usagers peuvent être attachés à une certaine régularité, à des habitudes, ne serait-ce qu'en termes d'horaire.

BC : C'est ça. Sinon, que l'équipe du CAARUD soit très présente dans l'accompagnement des officinaux, réactive aussi s'il y a des sollicitations pour des usagers qui ont besoin qu'on les accompagne dans des démarches type accès à la CMU. C'est rassurant pour le pharmacien. Il sait que l'utilisateur sera accompagné par le CAARUD.

ACC : Je vois dans ton rapport que tu évoques de la part du pharmacien un vrai besoin en information et en documentation...

BC : Ils reçoivent presque tous le *Flyer*. On a aussi diffusé largement le *Guide de l'addictologie en officine* mais ils peinent à trouver le temps de lire. Par ailleurs d'autres questions les préoccupent comme l'arrêt des substitutions. Ils demandent aussi à avoir un numéro de téléphone pour appeler en cas de problèmes. Les laboratoires semblent mieux se débrouiller que nous pour attirer les officinaux. Je sais que Bouchara organise des journées assez plébiscitées. Quand on avait organisé un repas de sensibilisation au concept des addictions, ça avait bien marché. Il faut dire que ce sont les plus sensibilisés qui viennent. Ils s'enrichissent, poursuivent la réflexion, mais les non sensibilisés, il faut aller les chercher. Ils ne viennent pas d'eux-mêmes. Le secteur de la pharmacie est en pleine mutation. Ceux qui ne vivent que sur les médicaments y perdent. Mais si les officines se transforment en commerces, ce sera de plus en plus difficile de les approcher pour une activité de santé publique.

Equipe LOGOS- 21 sept. 2015 A propos du PESP du Gard

AC : *Au quotidien au CAARUD, les usagers que vous accueillez...*

ML : Au CAARUD, il y aura bien sûr des usagers « de passage », qui vont s'installer quelque temps par ici. Nous en accueillons. La plus grande partie cependant, ce sont des personnes que nous connaissons depuis longtemps. Des personnes qui vivent ici. Il faut dire aussi que pour des raisons d'accessibilité, on ne touche pas tous les types de populations. Je pense notamment aux usagers qui circulent en camion. On en rencontre en milieu festif. Pour accéder au CAARUD de Nîmes, ton camion tu dois le laisser loin. Si on nous compare avec le CAARUD de Banyuls-sur-Cèze, lui bénéficie d'un grand parking, ce qui rend l'accès plus facile à ce profil de population.

AC : *Votre configuration favorise davantage les visites de « locaux ». Difficile d'établir un profil évidemment mais si vous deviez décrire la population que vous accueillez au CAARUD, le ratio hommes/femmes, l'âge moyen tel que vous pouvez l'observer...*

Véro : C'est difficile à dire. Ce sont des données que tu trouveras sur le rapport d'activité. On a constaté une augmentation du nombre de femmes qui sont venues à nous, depuis l'existence d'un accueil dédié. On est passé de 18 à 23 %. J'ai eu aussi l'impression que l'on recevait des publics très jeunes parfois, dès 18 ans. Ce n'est pas vraiment une tendance mais ça m'avait interpellée.

AC : *Et pour ce qui est des de consommation...*

ML : Une majorité d'injecteurs avec parfois des périodes avec plus de chasseurs de dragons. Les consommations d'alcool excessives aussi, c'est fréquent...

AC : *Vous ne relevez pas de distinction spécifique par rapport aux autres régions, un produit en particulier ?*

SP : Je ne dirais pas ça non, c'est plutôt un métissage. C'est mélangé. Les gens du nord qui arrivent ici vont apporter leurs modes de consommation qui contribueront à cette mixité.

AC : *Est-ce qu'il y a une vraie problématique locale au niveau des seringues ? Est-ce que ça a été une préoccupation des services publics locaux ?*

Véro : Plus que ça même, ça a été une préoccupation dans le passé mais il y déjà de ça un an peut-être un an et demi quand on a contacté les espaces verts, ce n'était plus comparable.

SP : Avec un petit bémol ceci dit. Quand je suis passé à la pharmacie, la semaine dernière, une maman accompagnait son petit qui s'était piqué le doigt avec une seringue dans un jardin public du centre.

Véro : Je me souviens, on avait rencontré les espaces verts pour voir ce qu'il serait possible de mettre en place ensemble mais la personne que l'on avait eu au téléphone nous avait laissé entendre qu'il n'y avait pas de raison apparente de se mobiliser. Que c'était devenu très rare. Autant il y avait pu y avoir des problèmes liés à la sécurité des espaces publics, autant aujourd'hui ça semblait résolu. Or si nous avions fait cette démarche, c'est parce que des usagers nous avaient dit que dans un des parcs quasi en centre-ville, on trouvait beaucoup de seringues souillées. Ce qui nous avait alertés et enjoint à nous rapprocher du responsable qui cependant nous avait assuré que ça avait été le cas mais que ça ne l'était plus du tout aujourd'hui.

AC : Le PESP n'a pas été une décision justifiée par cette problématique de sécurité urbaine ?

Véro : Non pas du tout. A l'origine, ce sont les rencontres que l'on a pu faire pendant les permanences que l'on avait ouvertes dans des petits villages autour de Nîmes. On avait rencontré un peu tout le monde, les pharmaciens, les médecins, où l'on s'était rendu compte qu'il y avait une vraie demande de la part des pharmaciens de travailler avec nous et de réfléchir à la mise à disposition du matériel et de favoriser son accessibilité.

ML : On en est arrivé un peu « par hasard » à travailler avec les pharmaciens. Comme on avait créé ces permanences, on a cherché à se faire connaître. On a rencontré les pompiers, les assistants sociaux, la police...et les pharmaciens. Qui nous ont dit « ah ben oui, moi j'en vois, y en a pas mal sous substitution, qui m'achètent des Stéribox,... » Alors, très simplement, on leur a laissé des flyers pour qu'ils encouragent les usagers qu'ils rencontraient à prendre des kits+ à la permanence. On avait certes l'expérience d'ASCODE en tête mais on n'avait pas encore dans l'idée que le programme prendrait une telle envergure.

Véro : Or lorsque l'on a analysé la file active des pharmaciens, on s'est aperçu qu'il y avait beaucoup de travail à faire. Et puis on s'est rendu compte aussi que l'on aurait des difficultés à faire déplacer les usagers. On est sortis hors du périmètre d'Uzès, on a fait de la pub pour toucher davantage d'usagers et d'officines. Ça a grandi ainsi et pris de l'ampleur. Les pharmaciens étaient très en demande d'informations. Pour beaucoup, ils ne connaissaient pas le contenu d'une Stéribox. Quant à la question de la récupération, les modalités étaient encore moins connues. Elle se posait un peu pour l'insulinodépendance et encore, rien n'était véritablement organisé. Le PESP a fait l'objet d'un travail important de proximité. Ce sont tous ces facteurs-là qui nous ont fait prendre conscience de l'intérêt de ce travail sur le Gard. Il y avait un vrai travail de prise de contact à effectuer, notamment par l'intermédiaire de professionnels de santé « ressources » qui étaient déjà sur le terrain, qui connaissaient les équipes officinales et qui pouvaient intervenir comme relais. Et c'est

ce qui fait que l'on est parti vraiment sur ces trois axes de travail : l'accessibilité du matériel, la récupération et le stérifilt, car les usagers qui ne fréquentaient pas les structures ne connaissaient pas les stérifilt. A la charge des équipes de se saisir de ce qu'il leur était possible de mettre en place. Il y a beaucoup d'endroits où c'était un peu frileux au départ. Puis ça s'est un peu élargi. Au commencement, on était tellement dans ce moment de la rencontre des équipes officinales, que l'on a proposé à chacun ce qui semblait le plus pertinent. Quand on a été amenés à rencontrer les partenaires médico-sociaux pendant les permanences, on avait réalisé une enquête préliminaire pour savoir dans quelle mesure ils étaient impliqués auprès des usagers. Nous avons donc une idée du nombre potentiel d'accès au matériel par rapport à l'existant.

AC : En vous écoutant, je perçois des similitudes avec ATYPIK dans la mise en place, le rapprochement avec les partenaires. Cependant, vous semblez vous être beaucoup mobilisés pour l'accès au matériel et avaient privilégié le don en tant que tel plus que l'échange que vous avez encouragé sans en faire une condition à la mise à disposition de seringues. La problématique que vous avez identifiée était l'accès encore trop limité aux seringues pour les usagers, plus qu'une problématique associée de sécurisation de l'espace public qui, à Lens, était plus prégnante et a participé à la mise en place du programme. Là-bas, c'est une configuration très liée historiquement au Centre hospitalier de Lens et à la filiation entre le CAARUD et le CH de Lens. Les usagers du dispositif en officine peuvent aussi fréquenter le CAARUD, ce qui semble plus rare pour vous. La région se présente comme un espace plutôt éclaté avec beaucoup de petits villages, dont deux en particulier constituent des foyers de forte consommation. C'est intéressant pour notre étude d'avoir en vue ces facteurs externes qui rapprochent et différencient les programmes dans leurs caractéristiques propres.

ML : Moi j'ai été estomaqué, je ne l'avais plus en tête, j'ai retrouvé quelque part qu'à Caissargues, ils voyaient un seul usager depuis toujours, alors que les quantités de matériel étaient importantes.

AC : C'est ce que l'on a évoqué ensemble avec la titulaire. Elle penche pour la piste d'un approvisionnement pour plusieurs usagers. L'usager vient toujours à la fermeture. Il travaille de façon épisodique dans un bar à proximité de la pharmacie. Il vient chercher son traitement de substitution de lundi et son carton de kits+ le vendredi. Par ailleurs, cet usager présente d'autres pathologies. Il est sous chimiothérapie, il vient donc avec des besoins autres en termes de traitement. C'est en ce sens que je lui ai demandé comment elle gérait les éventuelles interactions entre son traitement pour le cancer et la pratique d'injection. Or elle semblait assez démunie pour ces questions et en demande de formation. Formation au dialogue avec les usagers, à l'attention de l'équipe en son entier, afin que chacun soit au même niveau de sensibilisation...réunion commune pour savoir comment travaillent les autres officinaux et aussi comment

appréhender ces problématiques d'effets secondaires, de détournement de traitement, d'interactions médicamenteuses...

ML : L'intérêt pour Madame C. ou d'autres, c'est que l'on peut se constituer en relai. Il y a bien des questions techniques et pharmacologiques auxquelles on ne peut pas répondre, en revanche, on peut les mettre en lien avec les médecins du CSAPA par exemple.

Véro : Comme à Montpellier, il n'y a pas longtemps, une pharmacienne m'a contactée parce qu'un usager achetait en grande quantité des suppositoires aux propriétés antitussives. Elle ne savait pas bien quels étaient les risques à considérer ni non plus comment échanger avec l'usager sur son utilisation des suppositoires. Alors, on l'a mise en lien avec la personne de Montpellier qui travaille dans ce centre de pharmacovigilance.

ML : Ce n'est pas rare que l'on fasse ce lien avec eux sur des questions très pointues comme celles-là.

AC : Vous savez vers quels professionnels et structures aiguiller ces demandes-là.

Véro : Voilà. Et ça c'est un vrai soutien lorsque l'on peut proposer ce genre de choses. On est vraiment à notre place, même si en direct on ne peut pas répondre. D'autant qu'ils semblent très en demande de retours du terrain.

AC : On a un peu parlé déjà du facteur déclencheur du PESP. Vous m'avez dit que c'était un peu « par hasard » sans être hasardeux pour autant.

Véro : Empirique. Disons plutôt que c'était empirique.

AC : Pour ce qui est du profil des officines, en termes de taille, je vois que c'est très variable.

Sébastien : C'est très variable. De deux salariés, à plusieurs dizaines... En termes de quartier, c'est la même chose, comme on en a plein, on va partout. De la grande pharmacie de centre commercial à la petite officine isolée en zone rurale... Quels que soient le secteur géographique, la taille de la pharmacie, ce sont des professionnels que nous avons réussi à sensibiliser et qui se montrent intéressés.

AC : C'est ce boulot énorme que vous avez déployé pour créer de l'adhésion au programme.

Véro : Il faut reconnaître malgré tout que ça n'a pas marché pour tous. Les très grosses pharmacies de centre-ville qui vendent beaucoup de produits de parapharmacie et ont pignon sur rue restent en dehors du programme. « On ne veut surtout pas favoriser la venue de ce public, surtout pas. » C'est leur réponse à nos sollicitations. C'est clairement énoncé

en termes de risques de vol, d'image... « On a des mamans, des enfants, des grands-mères. On ne veut pas de cette population dans l'officine. » Cela vaut aussi pour certains dans la délivrance de TSO, ils s'y savent un peu obligés certes mais s'ils pouvaient dire non, ils ne s'en priveraient surtout pas. Il y a trois grosses officines sur le centre-ville. Pas question de leur point de vue d'adhérer au PESP du Gard.

AC : *Ils sont encore dans les représentations fantasmées de l'usager de drogues...*

Véro : Ah oui, en plein dedans. Je me souviens d'une titulaire en particulier qui a vraiment mis un temps fou à avouer ses vraies raisons de refuser. C'était toujours des raisons détournées avant qu'enfin, ils se décident à annoncer officiellement qu'ils ne souhaitaient pas travailler avec le CAARUD.

ML : Ce qui est rigolo, c'est que tu as affaire à deux acharnés (rires). Au commencement lorsque l'on a commencé à approcher les pharmacies de Nîmes, nous n'avions pas un argumentaire et une expérience aussi rodés. On a profité de cette première expérience pour se lancer dans un nouveau tour et entre temps, certains avaient changé d'avis mais ceux-là sont restés la liste noire de Véro qui me disait, toute gargarisée : « Allez, ce matin, on y retourne ». Et au final, c'était peine perdue, puisque c'est plus par manque de courage que par besoin d'être convaincue que la pharmacie laissait planer le doute. « Ah, on m'appelle. Désolée, une autre fois ? »

Véro : C'était sans arrêt une même comédie. Ils ont une parapharmacie énorme, ils ont la clientèle qui va bien. Voilà tout. C'est un refus soumis à une logique économique. Ni plus ni moins. Par contre, il y a un cas intéressant, une très petite officine, très frileuse, avec le fameux : « on est que des femmes », ça on l'a entendu tant de fois. Or la titulaire de cette officine a reçu une formation sur le risque infectieux et la transmission du VIH, VHC et ça a transformé sa perception du PESP et elle a accepté d'y adhérer. Il y a des arguments, parfois de très petites choses qui peuvent faire mouche. Quelqu'un qui n'était pas forcément partant d'emblée, prend la mesure de ce qu'il pourrait mettre en œuvre, lui de sa place et qui pourrait vraiment être intéressant en termes de santé publique.

AC : *Dans votre argumentaire, vous évoquez le risque de séroconversion VIH et VHC aussi.*

Sébastien : Même s'il a beaucoup reculé et justement notamment grâce à la mise à disposition gratuite de seringues, dans l'esprit des pharmaciens, le VIH est encore très présent et l'argument fonctionne. Nous évoquons aussi la transmission du VHC.

Véro : La question du coût de santé fonctionne aussi. Ils connaissent le prix d'un traitement hépatite C. Et le coût d'une mise à disposition du matériel...

AC : *Ce que soulignait Benoit d'Atypik c'est aussi le poids des lésions, des blessures qui sont directement visibles par le pharmacien et qui peuvent le décider à intervenir à son échelle dans le PESP.*

Sébastien : Oui, les abcès, les œdèmes, syndrome de Popeye, les tissus fragilisés...

ML : C'était un des arguments pour les stérifilt. Par contre ce n'est pas ce qui les motive à distribuer des kits+ plutôt que des Stéribox, ce qu'ils perçoivent parfois comme une incitation à consommer.

Véro : On nous oppose aussi cet argument : « S'ils ont assez d'argent pour acheter des produits, pourquoi ne pourraient-ils pas acheter des seringues ? » C'est un argument fréquent. On a tout entendu, des motifs philosophiques, éthiques, politiques... Je crois que l'on a eu tout le panel, comme nos collègues ailleurs, j'imagine...

Sébastien : Concernant l'argument financier, quand on objecte que quelqu'un qui consommera de la cocaïne va faire peut-être, 8, 10, 20 injections dans les 24 heures et qu'il aura besoin d'énormément de matériel, ça reste compliqué.

Véro : Il y a peu de pharmaciens qui ont vraiment pris la mesure de ça, qui sont prêts à délivrer autant de matériel. Ce qui peut tout à fait s'entendre. C'est aussi ce que nous disent parfois les usagers. Je ne vais pas en prendre trop parce que je vais trop consommer.

AC : *Du coup, ils viennent alors plus volontiers s'approvisionner plusieurs fois par semaine.*

Véro : Oui c'est ça. De leur propre chef.

[Jonathan et Mélanie nous rejoignent]

AC : *Comment se manifestent les différences locales dans l'engagement dans le PESP ?*

Sébastien : Ça dépend de beaucoup de paramètres. On le voit avec les zones urbaines prioritaires, on pensait mettre plus de matériel à disposition compte tenu du territoire mais en vérité non, ça ne s'est pas passé ainsi. C'est très aléatoire. Tu peux te demander pourquoi telle ou telle grande pharmacie de centre commercial délivre beaucoup de matériel. Mais il suffit que l'utilisateur travaille à proximité, qu'il en cherche aussi pour son entourage. On ne maîtrise pas ces dimensions-là. Par exemple, il y a de grands travaux d'extension de la ligne de chemin de fer ligne de TGV avant Nîmes. Et certains ouvriers, pas nombreux mais quelques-uns sont venus s'approvisionner en matériel d'injection pendant la durée des travaux. Un festival, une fête...aussi peuvent changer la donne.

John : La période estivale peut dans certains endroits influencer sur la demande de matériel, la faire grimper ou la faire chuter.

ML : Il y a un aspect saisonnier. Il y aussi les bassins de population. A Saint-Gilles, il y a une population portugaise saisonnière avec une demande de matériel d'injection.

AC : En terme de complémentarité kit+/ Stéribox ?

ML : C'est difficile à évaluer puisqu'on ne dispose pas du nombre de ventes de Stéribox. L'OFDT ne renseigne plus les données depuis 2012. Il faudrait celles de l'ensemble des répartiteurs. C'est une donnée importante pourtant.

AC : Quelles seraient vos recommandations pour la mise en place un programme d'échange de seringues à l'attention des structures porteuses ?

Sébastien : Patience, acharnement.

Véro : Aller vraiment sur le terrain, à la rencontre des équipes.

John : Du temps, du personnel

Véro : De l'argent...

Sébastien : Nous on est partis de quasi zéro alors on s'est un peu inspiré d'Ascode et de Lyon qui avaient déjà fait des trucs. Avec une équipe déjà expérimentée, si tu as déjà la méthodologie, identifier des secteurs, cartographier...ça peut aller vite. Aller à la rencontre des officinaux, c'est aussi un gros travail. Pas évident de partir sur la route et de trouver la pharmacie dans un département aussi grand, on a galéré parfois.

Véro : Il faut véritablement aller rendre visite aux pharmaciens. C'est même leur souhait. Ils souhaitent qu'on leur rende visite. Parce que l'on discute. On évoque plein de choses : les salles de consommation, la prévention en général. On n'est pas uniquement sur la RdR.

John : Je me souviens, même si aujourd'hui on est en mesure de rendre visite à nos pharmacies tout seuls, au début, c'était un atout d'y aller à deux, en termes d'argumentaire, pour convaincre les pharmaciens. C'était pas mal pour nous de pouvoir se dire : « T'es pas tout seul à aller au charbon ». Et dans l'échange en lui-même, dans la pharmacie, c'était bien d'être à deux. Il y a parfois un ou deux arguments qui pourront faire basculer le pharmacien et on a plus de chance de le formuler le bon quand on est deux.

ML : Il faut se remettre dans la situation de l'époque, c'était souvent la corvée de faire le tour des pharmacies, on se prenait des portes dans la figure régulièrement. Rien qu'avoir poussé la porte et être resté 5 minutes au comptoir, c'était une victoire.

Véro : Un vrai travail de VRP pour lequel on est absolument pas formés.

John : Il y a la notion de RdR à défendre, à expliquer, à argumenter et dans ces moments-là, c'est vraiment pas mal d'être à deux au moins. On était comme des VRP et en plus

c'était gratuit. Quand ils nous voient arriver, on n'est pas en costume et quand on leur expose le programme, la réaction c'est souvent « mais c'est payant votre truc ? », « mais qui paye ? ». Ils sont sceptiques. Ils se demandent ce qu'on leur veut.

Véro : C'est louche pour les usagers et pour les officines (rires).

AC : Je peux imaginer, pas évident, dans un contexte encore bien prohibitif de faire de la réduction des risques auprès de pharmaciens pour lesquels les aspects économiques sont parfois prégnants. Même ceux qui sont acquis au programme, semblent continuer à garder des réflexes en termes de lexique, à parler de « toxicomanes »...

Véro : C'est aussi ce que permettent nos rencontres en face à face : les pharmaciens exprimeront plus facilement leurs représentations des usagers en petit comité, et nous pouvons alors tenter de contre argumenter pour faire évoluer les représentations. Dans l'officine, ils sont en terrain conquis, nous on est ouverts et on comprend que le PESP soit une démarche qui ne va pas de soi. C'est fondamental de se rapprocher d'eux pour explorer leurs perceptions et essayer de les incliner. Ce qui est important aussi ce sont nos interventions dans les centres de formation des apprentis (CFA) auprès des préparateurs en pharmacie. On en a vu les effets très rapidement. Il y en a partout des préparateurs, dans toutes les officines. Lorsqu'on les revoit dans le cadre de nos visites, ils nous reconnaissent et eux sont déjà formés. C'est valorisant pour nous et notre travail, que l'on participe à ces formations, c'est aussi un signe de légitimité.

AC : Je me suis aperçue lors de mon entretien ce matin que le préparateur en pharmacie était bien au fait des circuits de l'échange de seringue. Il a été sollicité à plusieurs reprises par la titulaire et savait par exemple que les moyens de collecte des seringues usagées étaient nombreux aux abords de la pharmacie.

Véro : Il a fait un stage chez nous. Il est super. Ça ne se fait plus malheureusement. Le temps de formation des préparateurs a été tellement réduit qu'ils n'ont plus la possibilité de se former comme de cette façon. C'était pourtant intéressant qu'il y ait dans l'officine quelqu'un qui se soit frotté à la RdR, qui ait pu percevoir l'intérêt des dispositifs, au-delà de deux heures ou quatre heures de cours. Même si on peut être ultra percutants en peu de temps (rires).

Entretien avec Quentin Jacoux - Coordinateur territorial AIDES

– octobre 2015

ACC : Pouvez-vous nous présenter le programme d'échange de seringues des Deux-Sèvres ?

QJ : Il y a 4 départements en Poitou-Charentes et 4 CAARUD AIDES. Il y a une « histoire » des PESP sur Deux-Sèvres. On porte également un PESP dans la Vienne, avec un même mode de fonctionnement. On le porte depuis 2010 sachant qu'il existe depuis 1995. Et actuellement, sur le même modèle, on met en place un PESP qui se développe bien avec des échanges avec les officinaux plutôt encourageants.

En termes de pratique de consommations, d'un département à l'autre, en fonction du contexte social, économique et géographique, nous avons des consommations qui diffèrent.

Sur les deux Sèvres en termes de populations rencontrées, on a beaucoup d'injecteurs de médicaments, de subutex et de skénan. On a des consommateurs quotidiens en routine de médicaments, qui profitent de quelques extras pour mettre la main sur de l'héroïne ou de la cocaïne, souvent d'ailleurs de piètre qualité, pratiques associées à une consommation de tabac et de cannabis au quotidien. Sur le Poitou-Charentes, on a des profils un peu différents, tabac et alcool restant la base par contre on a beaucoup plus d'injecteurs de cocaïne et d'héroïne, d'amphétamines. Avec la proximité du littoral, on a plus de produits illicites qui circulent et les médicaments sont là pour pallier l'absence de produits illicites. La relation de plaisir est plus installée avec l'héroïne ou la cocaïne qu'avec le subutex ou le skénan. Dans la Vienne, on est sur un profil de consommateurs assez semblable aux Deux-Sèvres, plutôt médicaments avec des extra illicites tandis que sur la Charente, on est plutôt sur la consommation d'opiacés, avec la proximité de l'Aquitaine, des pays Basque et de l'Espagne et on a pas mal de convois de produits illicites qui passent par la Charente de façon à éviter les grands axes autoroutiers comme l'A10. Il sera préférable de passer par Cognac, Jarnac et d'essaimer un peu d'héroïne, cocaïne sur son passage.

ACC : Est-ce que le CAARUD est fréquenté par d'anciens injecteurs qui ont connu la période pré-PES ?

QJ : Oui pour certains. La difficulté que rencontraient ces personnes avant l'accès aux seringues était le partage des seringues et du petit matériel. Je ne sais pas si vous avez ça sous le coude mais les données épidémiologiques sur le VIH avant la vente de seringues à partir de 1987, caractérisent sa prévalence chez les usagers de drogues comme extrêmement importante. Je n'ai pas les données sous les yeux mais on devait être, dans les années 80, 85, à 60 ou 70 % de toxicomanes porteurs du VIH. Pour des raisons simples : l'information ne passait pas et il n'y avait pas d'accès au matériel. Il était dérobé à droite et

à gauche, c'était des seringues à insuline qui étaient détournées, c'était compliqué d'avoir ce matériel donc il était partagé. Et nous avons encore des « vieux tox » qui étaient là et qui ont connu cette période-là. On le voit bien avec l'arrivée de la vente libre de seringues et les PESP : les chiffres ont baissé de façon spectaculaire. Aujourd'hui on est à 1 %, 2 % de contamination au VIH chez les UDVI. C'est la preuve la plus flagrante de l'intérêt de la réduction des risques en France. Les personnes un peu réticentes à comprendre la réduction des risques et tentées de dire que la diffusion de seringues incite à l'injection, se voient obligés d'admettre que cette diminution massive des contaminations au VIH est associée aux PESP, avec des données scientifiques comme celles-ci. On ne peut cependant pas avoir ce discours-là par rapport à l'hépatite C. C'est un virus qui est beaucoup plus résistant dans l'air. Le VIH disparaît en quelques minutes tandis que l'hépatite C peut perdurer une semaine à quinze jours, en fonction du milieu dans lequel elle se trouve. C'est un virus extrêmement puissant et résistant. Une seringue usagée est un contaminant potentiel au VHC pendant 15 jours. Avec l'arrivée des PESP, les consommateurs de produits n'échangent plus leurs seringues parce qu'elles sont faciles à obtenir. En 30 ans, le message est passé. Le problème c'est le petit matériel, c'est pour cette raison que l'épidémie au virus C continue et prolifère chez les toxicomanes : les personnes ne s'échangent plus les seringues mais continuent à s'échanger les cuillers, les filtres, les cotons, les fioles d'eau...et par cet échange de cuiller, de coton, de fiole d'eau, s'effectue la transmission de l'hépatite C. Et ça c'est l'un des reproches que l'on peut faire aux PESP : leur utilité sanitaire pour l'hépatite C montre ses faiblesses. Les pharmaciens par exemple n'ont pas tous les éléments du discours par rapport à la réduction des risques. Dans les kits, il y a des cotons, il y a des cuillers. Ils méconnaissent le risque de réutilisation de ce petit matériel par rapport au virus C. En CAARUD nous diffusons un large éventail de petit matériel de réduction des risques - en fonction des types d'injections notamment - et qui n'est pas diffusé en officine

ACC : Comment expliquez-vous que l'information en RdR ne soit pas toujours diffusée en officine ?

QJ : Une pharmacie est aussi un commerce et le pharmacien est un commerçant. Il est sensible aux politiques de santé et peut à cet égard rencontrer un certain nombre de difficultés avec les programmes d'échange de seringues. Il sera toujours plus facile de vendre des comprimés pour la toux à des personnes dociles, que de délivrer une seringue à usager - bon je sors le cliché – type punk à chien un peu aviné qui vient chercher son kit. D'une part, ça n'aura pas pour lui d'intérêt lucratif, d'autre part, l'usager pourrait détoner au regard d'une certaine clientèle. Un pharmacien peut ainsi avoir des réticences à ce que ce type de population fréquente son commerce. Par ailleurs et c'est majeur, accueillir un UDVI nécessite un peu de temps. Du temps que l'officinal n'a pas forcément. Un espace de confidentialité aussi. Il faudrait pouvoir s'écarter du comptoir, de façon à pouvoir ouvrir le kit et rappeler que dans le kit certes il y a des seringues mais aussi une cuiller, des cotons, des fioles d'eau... On le voit sur d'autres problématiques, comme les tests rapides en officine, disponibles depuis un peu moins d'un mois. En théorie, le pharmacien a le

devoir et l'obligation d'accompagner la vente d'autotests VIH. Or, on est pas mal à en avoir fait l'expérience chez AIDES et vous pourrez le faire en rentrant chez vous, allez à la première pharmacie du coin, et vous verrez. Ce n'est peut-être pas représentatif mais de notre côté, nous n'avons pas bénéficié d'un accompagnement dans le cadre de cet achat. Ce sera toujours à mon sens très personne-dépendant. Pour le PESP c'est pareil, on est sur les mêmes difficultés, on trouvera des personnes sensibles à la réduction des risques et d'autres moins. Et puis parfois aussi, à la décharge des pharmaciens, certains ont connu une mauvaise expérience. La représentation du junkie des années 80 qui casse tout dans la pharmacie, qui braque le pharmacien pour avoir accès à de la méthadone, ou du néocodion. Ça a pu se produire. Or, ce n'est plus le cas aujourd'hui.

ACC : A priori, si l'échange entre l'utilisateur et l'officiel est le plus souvent assez minimal, il n'y a cependant jamais d'altercations. Et les pharmaciens qui rapportent des files actives importantes et des usagers réguliers semblent en difficulté ou sceptiques à l'idée de pouvoir réaliser un entretien qualitatif avec un usager.

QJ : Je peux le concevoir. Les personnes qui se sont beaucoup investies dans la création du PESP de Niort et en ont la paternité ne sont pas nécessairement les plus exposés à l'échange de seringues dans leur officine. Aussi, ce ne sont pas nécessairement les plus désignés pour relayer les besoins des usagers aux instances de santé.

ACC : C'est probablement difficile de trouver dans les pharmacies membres des PESP, à la fois une position idéologique forte et son application concrète auprès des usagers. D'après les premiers entretiens que j'ai réalisés, il y a comme un décalage entre les postures humanistes revendiquées et les conditions du terrain.

On aurait ainsi plutôt du don de seringues à l'officine, efficace parce que limitant les réutilisations mais un dialogue minimal et des échanges circonspects entre l'utilisateur et l'officiel. Ceci étant, est-ce un état de fait irréversible pour autant ? Quelles seraient vos recommandations ?

QJ : Nous aurions par exemple besoin d'une vraie mobilisation des instances sanitaires comme l'ARS. Nous avons un comité de pilotage qui fonctionne à vrai dire, assez péniblement. On réunit 3-4 personnes, des professionnels du CSAPA, Geneviève Delcampe, Bernard Pénicaud, éventuellement quelqu'un de la CPAM qui finance le programme, et parfois quelqu'un de l'ARS. Et je pense que ce qui démotive les participants, c'est aussi l'absence de valorisation de ceux qui s'investissent. Et il y en a qui s'investissent beaucoup. C'est un investissement gracieux, presque militant même. Et je pense qu'il pourrait être intéressant parfois qu'un courrier d'invitation leur soit adressé, que quelque chose se fasse à l'ARS. Qu'il y ait, pour ceux qui s'investissent, une forme de clin d'œil, de reconnaissance de l'autorité sanitaire locale qui a pourtant bien conscience du grand travail dans l'ombre des pharmaciens. Ceux qui sont en première ligne dans des

espaces ruraux notamment. Je crois qu'il faudrait que l'on essaie d'investir un peu plus l'ARS, de travailler avec elle sur des temps de sensibilisation à la réduction des risques et au petit matériel. Il y a un organisme de formation interne pour les pharmaciens, on pourrait essayer de passer par cet organisme de formation. Peut-être essayer de travailler comme ça, de façon à ce que les pharmaciens qui sont dans le PES soient vraiment sensibilisés, avec une approche technique de la réduction des risques, et peut-être, qui sait, amener certains autres pharmaciens à investir le champ.

ACC : Ce que vous recommandez trouve écho dans les propos de pharmaciens avec lesquels j'ai pu échanger jusqu'à présent. Ces compétences ne relèvent pas de l'inné mais s'acquièrent et d'autant mieux avec un temps de formation spécifique. Ce qui est paradoxal et intéressant par exemple c'est que cette pharmacienne qui s'est retirée du programme pour vendre des Stéribox uniquement, pense important et tente systématiquement d'entrer en dialogue avec l'utilisateur injecteur pour connaître son statut à l'égard de la médecine générale, s'il est suivi pour d'éventuelles comorbidités associées. Quand c'est possible. Sachant que souvent, les usagers ont l'appoint et quittent la pharmacie le plus vite possible. C'est une situation souvent décrite. Faites-vous le même constat ?

QJ : C'est ce qui arrive le plus souvent, à l'exception de certaines pharmacies auxquelles je pense sur Poitiers et sur Châtellerauld où le pharmacien est vraiment sensible à la réduction des risques et s'efforce de prendre du temps avec les personnes. Sinon, c'est vrai que le plus souvent l'utilisateur part aussi vite qu'il est venu. IL faut avoir en tête que l'injection de produits touche à l'intimité de la personne. Si ce soir, en partant du RESPADD, vous allez chercher des préservatifs, je ne suis pas certain que vous aurez envie de prendre ¼ d'heure sur le comptoir de la pharmacie, pour parler avec la pharmacienne du port du préservatif et comment le poser précisément et comment vous l'utilisez et allez l'utiliser ce soir. Voilà. Vous allez plutôt passer en coup de vent. Par contre si vous venez prendre vos capotes à AIDES, si vous faites la démarche d'aller à AIDES, vous pourrez vous dire : « je vais prendre des capotes à AIDES mais je vais peut-être en profiter aussi pour évoquer d'autres trucs desquels je ne parlerai pas facilement en pharmacie ». C'est un petit peu pareil pour le consommateur toxicomane parce que le pharmacien peut être - aux yeux de l'utilisateur - un inconnu, dans une posture jugeante, un commerçant qui n'en a peut-être rien à faire de sa santé. L'utilisateur de son côté n'aura pas forcément envie de parler de l'abcès de son avant-bras parce qu'il se shoote n'importe comment avec des seringues usagées et qu'il a tellement réutilisées que le bout de l'aiguille est complètement abîmé. Et bien qu'est-ce qu'il fait ? Il passe aussi en coup de vent parce qu'il y a tout ce contexte-là, discriminant, tabou. Par contre quand il passe au CAARUD, il sait qu'il va pouvoir se poser, prendre un café. On va pouvoir discuter de son abcès, comment c'est arrivé... La responsabilité dans l'échange est partagée, c'est vrai. Cela étant, avec l'injection on est sur quelque chose de tabou, de très personnel. Et le pharmacien de son côté peut être aussi pressé, impatient, parce qu'il y a des clients qui attendent leur tour. Cette promiscuité aussi peut expliquer que l'on n'ait pas nécessairement envie de parler de sa consommation en officine.

ACC : Sans espace de confidentialité, ce doit être complexe en effet de s'entretenir sur ces questions. D'une certaine façon, si je vous suis bien, ce qui apparaissait comme une solution toute désignée, dans l'urgence de contenir le VIH, n'a pas nécessairement été pensé comme une solution durable comme peuvent l'être les salles de consommation à moindre risque.

QJ : Pour moi les pharmaciens répondent d'une certaine façon - même si je n'aime pas trop ce terme - à une « demande d'urgence ». Les pharmacies de ville ont des amplitudes horaires très importantes, que l'on n'offre pas dans le secteur associatif. Les usagers peuvent avoir accès à du matériel facilement via les pharmaciens. Ils répondent à cette urgence d'accès au matériel. Mais rares sont les pharmaciens qui prennent du temps d'échanger avec les consommateurs de produits pour toutes les raisons que l'on a évoquées précédemment. Soit ce sont des pharmaciens qui sont militants dans l'âme et qui ont envie de prendre du temps avec les consommateurs de produits, soit, dans l'idéal pour nous, 1/ ils répondent aux situations d'urgence de besoin de matériel 2/ils orientent les usagers vers les structures d'accompagnement comme le CAARUD, de façon à ce que nous puissions prendre du temps pour un échange, un accompagnement, identifier les difficultés de la personne. On peut éventuellement aussi réinscrire la personne dans un parcours de santé, si elle n'a pas fait de dépistage cette année, n'est pas suivie par rapport à son hépatite, ou à son problème d'alcoolodépendance. Nous travaillons véritablement sur la façon de réinscrire la personne dans le parcours de soins. Ainsi, sauf s'il s'agit d'un pharmacien militant, le plus utile sera en effet de réorienter l'utilisateur vers le CAARUD ou le CSAPA locaux. Concernant ces pharmaciens militants, Sonia saura vous dire les pharmaciens les plus impliqués du programme. Je peux demander à ma collègue dans la Vienne qu'elle vous fournisse également des noms.

ACC : La combinaison idéale semble être alors un espace adapté et un officinal engagé. L'un n'allant pas sans l'autre. Quant à une sensibilité moindre des officinaux aux risques du VHC par rapport au VIH...

QJ : On retrouve ça aussi au niveau du grand public. Le VIH est une pathologie qui revêt une aura particulière. Elle renvoie à la sexualité, au tabou, elle est encore associée à la mort. Or, en France aujourd'hui on meurt quasi 10 fois plus du VHB ou du VHC que du VIH. Il y a 150 000 personnes séropositives au VIH, 367 000 porteurs chroniques du virus C et 280 000 du virus B. Mais les gens ne connaissent pas bien les hépatites. Il y a eu des campagnes de communication sur le VIH, les gens retiennent le VIH. C'est une maladie qui fait peur et ça s'entend complètement mais les hépatites B et C sont occultées. Or nous avons un vaccin pour l'hépatite B. Pourtant, on en a juste retenu le risque associé de sclérose en plaques, ce qui est une erreur monumentale. Il n'y a qu'en France que l'on a retenu cette donnée et qu'en France que la couverture vaccinale est si mauvaise. Même chose pour le traitement de l'hépatite C extrêmement efficace dont nous disposons

aujourd'hui. Or, c'est encore le VIH qui retient l'attention par méconnaissance. Et je pense qu'à leur décharge, les pharmaciens sont comme le grand public sur ces questions. L'hépatite est une maladie silencieuse. Ce n'est pas un sujet pour les médias, il n'y a pas d'engouement médiatique pour parler des hépatites. Elle est silencieuse aussi parce que c'est une maladie qui évolue lentement. Vous pouvez avoir une hépatite depuis 10 ans et un jour et la fibrose du foie s'est transformée en cirrhose et en cancer avec à terme la survenue du décès.

ACC : C'est une maladie que l'on aura plus tendance à associer à une consommation d'alcool à risque...

QJ : Oui c'est ça. Avec le foie, on pense alcoolodépendance.

ACC : Les pharmacies du programme sont plutôt des petites pharmacies, ou bien c'est plutôt varié ou pas de profil type ?

QJ : Il y a de tout en termes de configuration mais il me faudrait une connaissance plus approfondie du terrain pour vous les décrire plus spécifiquement.

ACC : On est en train de réaliser l'enquête quantitative auprès des pharmacies des Deux-Sèvres, y compris hors programme. On souhaite par-là avoir un aperçu de leur file active, des obstacles à l'entrée dans un PES, du nombre de kits ou Stéribox délivrés, de MSO aussi, savoir s'ils ont besoin de formation ou d'outils pour participer à un PES ou développer l'échange et la récupération...Vous nous avez livré quelques données chiffrées sur l'échange. Les courbes de la récupération et le ratio récupération/diffusion m'ont interpellée par rapport aux années précédentes.

QJ : Sur l'écart un peu plus important entre la diffusion et la récupération, on identifie deux phénomènes : Sonia fait un gros travail pour réactiver le réseau, en rencontrant les partenaires régulièrement. Ce travail a contribué à augmenter la diffusion de seringues. Par ailleurs, en 2014, nous avons réalisé plus d'interventions en milieu festif avec là encore une plus grande diffusion de matériel, avec des pics de consommation le temps du festival et pas nécessairement de retours de seringues, qui se fera ailleurs que sur l'espace festif. C'est notre hypothèse.

Quoiqu'il en soit, plus l'on communique sur le PESP, plus les containers sont bien acceptés. Il est cependant toujours difficile d'être précis sur les taux de retours.

ACC : Comment ça se passe avec les DASRI ? La pharmacienne que j'ai rencontrée à Niort semblait dire que c'est très fluide. D'autres étaient plus réservés au point qu'on m'a même affirmé que c'est un frein à l'entrée dans le programme...

QJ : D'après les éléments dont je dispose, pour récupérer les déchets de soins, les pharmacies doivent posséder un local distinct du comptoir, qui permette d'entreposer le matériel. Un dispositif adapté avec des conditions d'hygiène strictes. Or la plupart des pharmacies ne l'ont pas. Bernard Penicaud par exemple milite contre ce cadre légal qui impose des choses inadaptées à la réalité. En revanche nous avons peu de retours selon lesquels ce serait un frein pour entrer dans le PES. Ce qui rebute les pharmaciens c'est bien plutôt la difficulté à entrer en contact avec des personnes parfois peu avenantes ou un peu éméchées et aussi la peur qu'en les accueillant, la clientèle habituelle ne déserte la pharmacie. Les DASRI sont très peu évoqués. Comme 80 % voire 90 % des pharmaciens ont leur activité de soin, la plupart travaille déjà avec des sociétés qui traitent les DASRI. C'est un échange de bons procédés entre eux et nous. Le pharmacien remplit ses containers à DASRI et c'est AIDES qui paie pour le traitement. C'est un arrangement un peu informel, car évidemment il n'y a pas toujours que des déchets de toxicomanes dans les containers. Mais on l'accepte bon an mal an, sauf s'il n'y a plus de diffusion de seringues mais beaucoup de DASRI, là on rappelle le cadre du partenariat.

ACC : Compte tenu du profil des usagers du CAARUD et parce que certains d'entre eux fréquentent également le PESP, on a pensé pertinent et justifié de vous solliciter pour nous aider à diffuser le questionnaire usager. On a essayé, depuis vos apports critiques, d'intégrer les aspects que vous aviez évoqués sur le parcours du soin et la façon dont l'utilisateur se sent dans l'office, la question de l'information sur le risque infectieux.

QJ : On peut vous aider dans la diffusion au CAARUD. Vous voudriez aussi que l'on étende la diffusion sur les autres départements ?

ACC : C'est une bonne idée. J'imagine que plus on voit large, plus on recueillera d'informations.

QJ : Vous pouvez m'envoyer sur le siège à Poitiers les enveloppes et les questionnaires et je répartirai sur les sites.

ACC : Je vous laisse relire le questionnaire. Pour l'enveloppe T, quelle adresse devrait-on renseigner d'après vous.

QJ : Je pense qu'il va y avoir beaucoup de questionnaires renseignés pendant les permanences au CAARUD. On peut peut-être aussi adresser des questionnaires auprès des

pharmaciens qui sont vraiment très sensibles à la RDR, pour qu'ils le diffusent aux usagers du PESP. Pour l'adresse de retour, on peut imaginer celle du siège d'Aides à Poitiers.

ACC : Oui c'est un peu comme ça qu'on l'imaginait. Le rendre disponible dans les officines. Combien pensez-vous qu'on pourrait vous en faire parvenir ?

QJ : 200 questionnaires et enveloppes, je pense. Et si on pouvait déjà avoir un retour d'une cinquantaine de questionnaires, ce serait bien.

ACC : Oh oui bien, ce serait plus que ça, ce serait inattendu. C'est LOGOS qui nous a conseillé les questionnaires. Ils étaient un peu réservés sur la possibilité d'avoir des entretiens de visu avec les usagers des PESP qui ne fréquentent pas le CAARUD et qu'ils ne rencontrent quasi jamais. Je vous en ferai parvenir 200 courant novembre avec l'adresse du siège d'Aides renseignée sur l'enveloppe. Merci à vous pour votre aide dans la diffusion et pour ces éléments importants sur le PESP des Deux-Sèvres.

ENTRETIENS PHARMACIENS

Catherine F.– Niort

PESP DEUX-SEVRES –pharmacie ayant intégré le programme puis l’ayant quitté tout en maintenant la délivrance de Stéribox et la récupération des seringues usagées

ACC : Pouvez-vous nous parler de votre adhésion au PESP de Niort ?

CF : Le programme a été mis en place il y a 20 ans environ par des militants, comme vous disiez et mon prédécesseur, celui qui m’a vendu la pharmacie était dans ce programme. Donc j’ai intégré le programme à sa suite. Mais aujourd’hui je ne vends plus que des Stéribox. J’ai donné les kits gratuits pendant au moins 5 ans, je ne sais plus trop bien. J’ai arrêté parce qu’en ville, en hyper-centre, j’étais tout le temps dérangé par ça. Et ça me dérangeait pour servir correctement ma clientèle habituelle. Parce qu’en étant en hyper-centre, on draine une grosse partie de cette population qui en a besoin. Si vous vous promenez dans Niort, vous en verrez peut-être qui sont assis devant la petite superette, ... et c’est ceux qu’on voit ici entre 17h et 20h, et qui défilaient le soir tous pour venir chercher leur kit, et c’est l’heure où il y a du monde qui vient chercher son ordonnance, il y a des enfants, des personnes âgées. Ce ne sont pas des gens qui sont agressifs ou méchants mais ce sont des gens qui sont impatientes, qui ne comprennent pas qu’il faut attendre, qui soupirent... Donc ils génèrent un stress ambiant dans l’équipe, dans l’officine. Et puis la pharmacie d’officine maintenant c’est hyper concurrenté, c’est plus un métier facile alors les clients on ne peut pas se permettre de les perdre. S’ils se sentent en insécurité, ils vont finir par s’en aller et ne plus revenir. Et on développe aussi beaucoup en hyper-centre la parapharmacie donc des choses qui se veulent jolies, on cherche le bien-être, et les gens aiment bien que l’on prenne le temps pour parler avec eux, ça peut être pour la diététique, comment perdre du poids, pour arrêter de fumer, « pourquoi je fume ? » « Qu’est-ce que je peux faire pour arrêter ? », il y a beaucoup de dialogues à avoir avec les gens, il faut vraiment les mettre en confiance pour qu’ils se sentent bien pour parler et si vous êtes interrompus toutes les deux minutes par une personne qui vient chercher des seringues... Elle fait peur parce que les gens ont des a priori, même s’ils ne sont pas méchants, elle est stressante, elle nous interrompt et elle fait fuir. J’ai encore l’image d’un type qui s’affalait sur le comptoir et qui disait « un kit » (scène mimée), très fort et ça ne se fait pas. Les gens du centre-ville sont choqués. J’ai fini par arrêter à cause de tout ça, parce que j’étais la seule en centre-ville à le faire, donc ils venaient tous ici, tous les confrères alentours ils n’étaient pas dans ce programme. Et c’est trop stressant. Ça fait venir une population qui est limite. Ils sont ivres parfois. Ils parlent fort. Ça crée des situations qui ne sont pas gérables.

ACC : C'est vraiment le profil de personnes que vous receviez pour le kit+ ? Jamais de personnes « plus insérées », avec des familles...

CF : Si il y a des gens mieux, plus insérés, qui sont patients et qui en venant chercher leur traitement de substitution prenaient une seringue.

ACC : Vous êtes sortie du programme mais continuer les Stéribox pour limiter votre file active et continuer cette démarche de santé publique ?

CF : Oui tout à fait.

ACC : C'est quelque chose à quoi vous croyez.

CF : Oui c'est très important pour moi et à la fois je ne vois pas vraiment comment faire en pharmacie d'officine. Il faudrait une entrée spéciale ou une personne spéciale. En même temps dialoguer avec ces personnes c'est quelque chose qui est toujours bon. Mais je ne vois pas comment faire ou alors il faudrait une très grosse structure où on aurait toujours le temps de se libérer et de venir dialoguer avec ces gens-là.

ACC : Vous avez vraiment beaucoup de monde à partir d'une certaine heure ?

CF : Oui et il suffit qu'il y en ait 6 et puis parfois ce n'est pas 6 c'est 10 ou 12. Vous savez, moi je ne comprends pas tout mais parfois il doit y avoir des arrivages, ils débarquent tous d'un seul coup, les uns après les autres. Des jours où il y a une livraison de marchandise fraîche et ils viennent tous leurs kits.

ACC : Et vous remarquez qu'ils sont pressés, tendus ?

CF : Oui et c'est ceux-là qui me gênent. Ce n'est pas ceux qui sont insérés qui venaient chercher leur kit. Même en prévention, « au cas où ». Ceux-là n'étaient pas gênants, ils n'étaient pas stressés.

ACC : Avez-vous réussi à développer un dialogue avec les usagers que vous avez accueillis plusieurs fois ?

CF : Oui un peu, à force de les voir. Ne serait-ce que de savoir s'ils sont suivis par un médecin. Il y en a eu que j'ai orientés vers le médecin. Des jeunes qui n'osaient pas aller chez le médecin. C'est arrivé. Ce n'est pas fréquent mais ça arrive.

ACC : Depuis que vous ne vendez plus que des Stéribox...

CF : Et bien je n'ai plus tous ces gens de passage qui ne venaient que pour ça. J'ai encore des gens qui viennent pour les Stéribox, parce que c'est pratique, parce que c'est là, pour qui ce n'est pas gênant de dépenser un euro pour ça. Oui j'ai accès à ces gens-là pour qui la problématique de savoir s'ils sont suivis par un médecin existe, savoir au moins s'ils ne sont pas tout seuls dans la nature.

ACC : Vous leur demandez chaque fois ?

CF : Souvent, souvent, quand je ne les connais pas. A force. Ça fait 15 ans maintenant que je suis là. On sait ce qu'il faut demander Mais au début, on ne sait pas trop. On n'est pas à l'aise. Ce qui m'a manqué au départ, c'est une formation. Une formation sur la prise en charge de la personne tout venant qui vient chercher un Stéribox, un kit, une ordonnance, des seringues, des cathéters... Pas hésiter à poser des questions. Ne pas hésiter à chercher le dialogue. Au début, on ne sait pas trop comment faire. On connaît les règles de délivrance et puis ça s'arrête là. Aujourd'hui avec la pratique, ça ne me fait plus peur d'avoir en face de moi quelqu'un qui est dans ces addictions-là, ça ne me gêne pas du tout.

ACC : Mais si vous deviez proposer à quelqu'un d'intégrer un programme, vous n'hésiteriez pas à lui recommander une formation préalable...

CF : Oui tout nouvel installé devrait avoir cette formation. Où qu'on soit installé, on peut être amené à entrer en contact avec ce genre de populations. Je pense que dans tous les quartiers, il y a une proportion de patients avec qui il ne faut pas hésiter à dialoguer mais quand on démarre, on ne sait pas bien faire. Que ce soit les gens qui boivent, les gens qui se droguent, et ce n'est pas évident. Engager le dialogue avec quelqu'un qui boit et lui dire « ah ça a pas l'air d'aller aujourd'hui... », c'est une démarche qui n'a rien d'évident. On ne sait pas comment faire alors au début on ne fait rien. Or rien que le fait de demander ça, il y en a qui fonde en larmes. « Oh vous êtes gentille, vous vous occupez de moi... ». Il y a un déclic. Voilà mais je pense que tout nouvel installé devrait être aidé dans cette prise en charge. J'ai mis des années à me former.

ACC : Vous êtes toujours dans la délivrance avec les Stéribox, est-ce que vous êtes dans l'échange ? Est-ce que vous récupérez du matériel utilisé ?

CF : Oui, je récupère.

ACC : Comment ça se passe à votre niveau avec les DASRI ?

CF : Ça fonctionne bien dans les Deux-Sèvres avec notre système de ramassage des déchets. A ce niveau-là, je n'ai pas de souci. C'est un système qui a été mis en place au niveau du département.

ACC : Vous avez un taux de récupération qui vous semble « raisonnable » en fonction de ce que vous délivrez ?

CF : Honnêtement je pense que le taux n'est pas bon. J'ai délivré 322 Stéribox d'octobre 2014 à septembre 2015 avec une moyenne de 20/mois à peu près. En majorité ce sont des gens qui sont sous traitement de substitution. Ils sont le plus souvent sous subutex.

ACC : Il peut alors leur arriver de s'injecter le subutex ?

CF : Il y a ceux qui se l'injectent et ceux qui prennent leur subutex et de temps en temps, ils se font un petit « extra ». Donc en général, la plupart est déjà suivie. Ils sont intégrés dans un programme de suivi. J'ai beaucoup moins d'usagers qui prennent des seringues et leur MSO en même temps. Sinon j'ai pas mal de patients sous subutex ou sous méthadone. Ce n'est pas un problème pour les gérer. Sauf une à laquelle je pense qui n'est pas encore complètement stabilisée, ce sont des patients qui ne posent pas de problème. J'ai quelques chevauchements mais en grande partie, ça va. Mais ceux qui me posaient problème quand ils venaient chercher leurs kits gratuits, ce n'était pas mes patients. Ils étaient de passage ou patients ailleurs. Il y a aussi des gens qui étaient sous traitement ailleurs.

ACC : Et aujourd'hui en fonction de votre activité, qu'est-ce qui pourrait mieux se passer ? Avez-vous identifié des besoins, en formation des équipes, des outils, un cadre réglementaire ?

CF : Ce qui serait bien c'est de pouvoir échanger avec d'autres confrères sur certains cas précis qui nous posent question parfois, des situations où on est bloqué. Ça ça peut arriver. C'est un peu ce que Bernard Pénicaud essaie de faire avec le CSAPA, à l'hôpital de Niort. Echanger de temps en temps, 2, 3 fois par an avec d'autres professionnels et surtout avec les médecins, qui sont en charge des addictions notamment à la méthadone, subutex mais même l'alcool,... Parce que le fait d'en parler de façon ouverte, sans préjugé, c'est ça qui fait progresser, on bénéficie de l'expérience des autres. Se réunir le soir, une fois par trimestre pendant 2 heures et parler de 2 ou 3 cas même si ce ne sont pas les nôtres nécessairement, ça permet de poser des questions et de comprendre mieux certaines prises en charge et de se former. Une formation aussi pour comprendre les différentes phases de la dépendance à l'alcool par exemple. Ce sont des choses qui ont été faites peut-être mais

pas avec tout le monde. Enfin moi j'aimerais bien intégrer ce genre de formation. Pouvoir parler ensemble. Ça permet de valoriser ce que l'on fait et d'être mieux avec le patient.

ACC : Nous souhaitons dans le cadre de cette enquête recueillir également des témoignages de patients et la façon dont ils perçoivent le PESP. Pour y parvenir nous avons élaboré un questionnaire dont nous aimerions qu'il soit diffusé aux usagers via les officines. Est-ce que êtes d'accord sur le principe et accepteriez de le diffuser ?

CF : Ce serait à diffuser aux personnes qui sont sous traitement ou plutôt ceux qui viennent pour des Stéribox ?

ACC : Oui plutôt les usagers qui viennent prendre des Stéribox. Je vous laisse en prendre connaissance.

CF : Les réponses possibles à la question 13 me semblent mal adaptées. Ils ont forcément pas transparents, difficile pour eux je pense de se sentir bien accueillis. C'est une question difficile. Et qui peut suggérer un accueil à l'officine autre que ce qu'il est. Cette population-là c'est la population borderline. Je ne sais, je ne suis pas psychologue. Qu'est-ce que vous allez en faire de cette question ? Qu'est-ce que vous voulez vérifier comme hypothèse ? On ne peut pas comme usager se sentir bienvenu, ce n'est pas possible. C'est peut-être plutôt de savoir s'il est en confiance. Si c'est de savoir si quand je vais dans une pharmacie, j'ai quelqu'un qui peut m'écouter. Ce ne sont pas des clients comme les autres.

ACC : Pour autant, dans votre attitude à leur égard, vous pouvez contribuer à ce qu'ils se sentent en officine, moins « différents »...

CF : C'est compliqué. Alors quand ils ne sont pas trop en marge, oui. Mais quand ils sont infernaux, qu'est-ce qu'on peut faire ? C'est une question difficile. J'en vois qui sont actuellement dans la rue, dehors, qui font du bruit, qui crient et tout. Et quand ils viennent là, ils se font tous petits. Ce ne sont plus les mêmes que dehors. Et moi je ne les considère pas comme mes autres patients. Ils ne sont pas transparents c'est clair, ils sont infernaux. Ils ne sont pas méchants, ils sont dans la mouise. Je ne leur veux pas de mal, j'aimerais bien les aider, mais ils sont insupportables. Alors voilà, cette question me gêne, ça les met dans des cases. Est-ce que ce sont les bonnes cases ? Parce qu'ils sont forcément pas transparents, pas comme tout le monde, pas le bienvenu et même si on va peut-être prendre du temps pour les aider, pour parler avec eux, on va peut-être les aider mais ils sont vraiment différents, je suis désolée. Et ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas bienvenus, pas transparents et pas comme les autres patients qu'on ne va pas s'en occuper. Mais on ne peut pas dire que ce sont le genre de personnes qui nous décontractent. Honnêtement et sincèrement, je n'ai pas toujours envie de recevoir bien tout le monde. Je n'ai pas envie de les recevoir mal non plus. Je suis plutôt bien disposée envers tout le monde mais quand ils

m'énervent... Et en même temps, je sais qu'ils ont des parcours compliqués. Mais sur le principe de la passation du questionnaire, ok. C'est en revanche un peu long. Pour des gens qui ne maîtrisent pas nécessairement très bien le français. A ce moment-là on peut peut-être répondre avec eux, c'est long sinon.

ACC : Il y a très peu de retours des usagers sur ces problématiques. D'autres ont essayé avant nous, sans succès. On n'est très lucides sur nos chances de recueillir ces témoignages. Ceci dit, on s'en sera donné les moyens.

CF : Si vous n'avez aucun résultat avec le questionnaire, vous vous mettez devant l'officine, une heure tous les soirs. Enfin pour l'instant, on peut essayer. Moi ça ne me gêne pas. J'ai déjà travaillé. Envoyez-m'en une vingtaine.

ACC : Merci à vous, c'était très riche. Juste un mot sur cette enquête. Nous voudrions communiquer les résultats de cette enquête et valoriser l'investissement des officinaux dans le cadre d'une journée régionale.

CF : Ah oui, c'est une bonne idée. Si c'est le soir, sinon c'est compliqué.

PESP DEUX-SEVRES

ACC : Nous enquêtons pour le Ministère de la santé sur les programmes d'échange de seringues en pharmacie sur 3 sites, Lens, Nîmes et Niort afin d'évaluer leur effet de santé publique tant en termes de réutilisation du matériel que d'accompagnement des usagers vers les structures de soin et d'accompagnement dédiés. Nous voulons aussi déterminer les facteurs qui favorisent le succès des programmes et les freins à leur mise en place dans l'officine. Peut-être pouvez-vous me parler de votre propre expérience du programme ?

CB : Oui bien sûr. Mais à vrai dire, j'ai une activité de distribution de kits très faible et non régulière. C'est très sporadique. Nous n'avons pas d'usagers « habituels » qui viendraient régulièrement à la pharmacie.

ACC : Comment l'expliquez-vous ?

CB : Nous sommes un peu excentrés. A 5 km du centre-ville de Niort. C'est une hypothèse. D'autant que je sais que mes confrères en reçoivent plus à l'officine.

ACC : En quels termes échangez-vous avec vos confrères sur le programme ?

CB : A vrai dire, ça n'arrive pas très souvent (rires).

ACC : Le regrettez-vous ?

CB : Oui et non. Disons que ma faible activité ne me place pas en première ligne. Mais échanger et savoir comment les autres font est toujours bon à prendre. Il y a peut-être eu des réunions mais je n'ai pas été assez attentive. Nous avons eu une visite assez récemment à l'occasion de la diffusion des TROD à l'officine.

ACC : Rencontrez-vous fréquemment les intervenants de l'association AIDES qui pilote le programme ?

CB : Pas vraiment. Je crois que cela fait un an qu'ils ne sont pas venus pour le programme. La dernière fois c'était pour présenter les filtres stériles qu'on a pu alors proposer aux usagers qui venaient nous voir pour des kits. Mais encore une fois, ma faible activité peut l'expliquer.

ACC : *A vous écouter, vous semblez être convaincue de l'utilité du dispositif mais rencontrez peu d'occasions de le valoriser au sein de votre officine.*

CB : Oui c'est un peu ça. Et puis comme on ne pratique pas beaucoup, on n'est pas « rodés ». On avait un usager un peu régulier il y a peu avec lequel on réussissait à discuter. Il était également sous trithérapie. Mais il a déménagé. On a aussi une personne sous méthadone en comprimés. Il discute avec nous, il a le contact facile.

ACC : *Le plus souvent, les usagers qui viennent pour des seringues, ont-ils d'autres besoins ?*

S'ils en ont, ils ne nous le disent pas. Ils passent très rapidement, parfois avec le moteur qui tourne encore. Certains prennent kits et Stéribox en même temps. On ne sait pas pourquoi, 2 de l'un, 2 de l'autre. Par contre, je n'ai aucun de retours de seringues usagées. Mais on ne demande pas vraiment. Peut-être qu'on devrait demander ? On donne des containers DASRI de 1 litre parfois. Ce n'est pas systématique. Il faut que la transaction dure un peu...

ACC : *La législation est très floue voire inexistante pour la récupération des seringues des usagers de drogues. A vrai dire, c'est un peu à la discrétion de chacun. En principe, l'organisme DASTRI ne collecte pas les seringues des usagers de drogues. Quand c'est la communauté de commune qui traite les déchets infectieux, c'est souvent plus évident. Le CAARUD AIDES peut vous pourvoir en petits containers jaunes qui permettent aux usagers de se débarrasser de leurs seringues et du petit matériel de façon sécurisée. Ensuite ils peuvent les apporter soit au CAARUD soit à l'officine. Je vais toutefois me renseigner auprès du directeur de ma structure qui est bien au fait de ces aspects techniques. Parlez-moi des usagers que vous rencontrez...Sont-ils plutôt en situation de précarité ? Bien insérés ?*

CB : Pas du tout en précarité pour ceux qui viennent à l'officine. C'est plutôt des personnes avec des familles semble-t-il et qui ont du mal à décrocher. Comme je l'évoquais, en général, ils vont très vite, ils n'aiment pas quand il y a du monde. Ce que j'ai remarqué et qui m'a frappée à plusieurs reprises c'est le port de lunettes de soleil quel que soit le temps. Pour une photosensibilité, une mine qu'on souhaite cacher... C'est difficile à dire mais ça a été suffisamment fréquent pour retenir notre attention. C'est vrai qu'on ne sait pas bien gérer le dialogue avec eux. On en voit trop peu. C'est frustrant de ne pas pouvoir échanger au moins sur la démarche.

ACC : *Potentiellement, une formation sur l'abord en officine de l'utilisateur de drogues par voie injectable vous semblerait intéressante pour vous et votre équipe ?*

CB : Oui oui pas une priorité parce qu'on en voit peu mais cela nécessite une formation à mon sens.

ACC : *Dans le cadre de la restitution des données de cette enquête multicentrique, nous organisons une journée régionale à Niort pour les acteurs sur les PESP mais plus largement aussi sur le rôle du pharmacien en addictologie. Ce sera probablement au 3^e ou 4^e trimestre. Pensez-vous pouvoir mobiliser vos équipes même en journée ?*

CB : Ce sera plus difficile mais pas impossible.

ACC : *Une dernière question et ensuite je vous libère, c'est promis, avez-vous reçu le guide de l'addictologie en officine publié par le RESPADD ? Il est paru en novembre 2014. Nous avons eu beaucoup de retours excellents sur son utilité dans la pratique des officinaux. La question des PESP y est traitée mais aussi des TSO, du sevrage tabagique à l'officine. Il est très complet...*

CB : Non, ça ne me dit rien. Je m'en souviendrais (rires).

ACC : *Alors, nous allons vous en faire parvenir et je vous réponds aussi à propos des DASRI et de ce qu'il est possible de faire pour encourager davantage les retours de seringues usagées. Merci beaucoup pour votre temps.*

CB : Merci à vous.

ACC : Pourriez-vous revenir sur l'origine de la mise en place du PESP des Deux-Sèvres ?

BP : Ce programme est né d'une rencontre. La rencontre entre un médecin de santé publique et le président de syndicat de pharmaciens d'alors. On était dans les années 90. Le VIH continuait de sévir.

La libéralisation de la vente des seringues était en marche et parallèlement, on lisait beaucoup dans la presse de l'époque des cas de piqûres de seringues en ville, au jardin d'enfants qui ont ému l'opinion publique. Voilà le contexte fédérateur. En vérité, à travers ce programme, on a fait de la réduction des risques avant que le terme ne soit consacré. Ce que l'on souhaitait, c'était que les usagers de drogues puissent trouver à travers le PESP une porte d'entrée dans le « monde de la santé » à défaut d'être déjà inscrits dans un parcours de soin. Avec une autre donnée importante, c'est l'idée d'un programme départemental pour mailler le territoire et éviter « les points de fixation », autrement dit que tous les usagers ne fréquentent qu'un nombre limité de pharmaciens pour la délivrance des seringues.

Voilà comment les choses se sont organisées. Sur le territoire, les pharmaciens qui le souhaitaient se sont engagés bénévolement et volontairement dans le programme. Le point de départ, c'est cette rencontre et c'est aussi tout le travail de concertation sur les modalités du programme. Fallait-il aller vers l'échange au sens strict ? Le don même sans échange ? ...Se posait aussi la question de la collecte, toutes ces questions relatives à la mise en place d'un PESP. Il se trouve que sur notre département, tout le monde a joué le jeu : les répartiteurs sur la logistique, la DDASS, la CPAM sur les financements, les pharmaciens comme soldats de première ligne... A l'époque, il n'y avait pas de CAARUD. L'association AIDES ne portait pas le programme. Il y avait les éducateurs de rue à Niort, des gens de terrain qui ont participé à la mise en place du programme. Au début, on avait la justice aussi, on avait tout le monde. Ça n'a pas duré longtemps mais on a eu des comités de pilotage avec 25 personnes ! C'était vraiment du pragmatisme. On s'est débrouillés entre professionnels de santé. Un médecin psychiatre qui était à l'époque chef de service de Delta 79, un service hospitalier en charge notamment des toxicomanies a été pilote dans le projet et est resté impliqué. On avait bien au tout début un représentant des médecins généralistes mais il a réorienté sa carrière et personne n'a pris la suite.

Pour moi, le pilotage est absolument fondamental. Dans le contexte de ce PESP, nous avons eu la chance de bénéficier du pilotage d'une infirmière de la DDASS. C'est elle qui a joué le rôle de médiateur et a assuré les prises de contact, les relances, la communication, l'organisation des comités de pilotage, le suivi... Bref tout ce que les libéraux ne savent pas faire. (Rires). Or à mon sens, sans pilote un programme est voué à disparaître. Et c'est un peu ce qui a failli se passer ici avant qu'AIDES ne reprenne le pilotage.

ACC : Au commencement, vous insistez sur une certaine cohésion apparente...

BP : Oui c'est ça et quand l'idée du PESP a été validée, il n'y a pas eu d'opposition. On a émis un communiqué de presse. On a choisi de déléguer la réalisation du logo à des jeunes niortais. On pensait ce projet comme un projet fédérateur. On a alors organisé des journées de formation sur le parcours de soin. Comment recevoir un usager à l'officine ? Comment organiser l'offre de soins hors les murs ? Quel peut être le parcours d'un toxicomane ? Quel est son rapport aux produits ? Voilà nos questionnements de l'époque. Encore une fois, qui si ce n'est l'équipe officinale était en première ligne dans ces contextes ?

J'en reviens toujours au pilotage et au le coût. C'est très coût-efficace un PESP pour reprendre le langage de nos tutelles. C'est bien sûr de la logistique, de l'achat de matériel, mais c'est surtout de l'accompagnement. Voilà ce qui n'est pas suffisamment valorisé. L'engagement du pharmacien dans l'accompagnement des usagers était reconnu au commencement mais on l'a comme « perdu ». Je prends ma part de responsabilité pour les pharmaciens mais il y a une part de responsabilité de l'association AIDES aussi, ou plutôt des financements et ressources que l'on octroie à l'animation de ce programme. Ce PESP a besoin d'un pilote et d'une valorisation. C'est imparable. Or, le rapport d'activité de l'association AIDES du territoire sur le PESP n'est pas très étoffé. Elle pourrait communiquer plus parce qu'ils font du boulot, indubitablement. Ils se mobilisent pour le PESP. Mais ce n'est pas suffisamment valorisé. Et puis un libéral est toujours très volatil. Il faut sans cesse le relancer. Deux coups de fil par an de Sonia ne me gêneraient pas. Le pilotage c'est toujours souffler sur les braises. S'il n'y a plus ce « souffleur », le feu s'éteint, c'est un fondamental. C'est comme ce pharmacien que l'on a rencontré en centre-ville et qui nous a dit : « Non, on ne fait pas d'échange de seringues. Mais en fait pourquoi pas ? On ne nous en a jamais parlé... ». A mon échelle, je peux certes en toucher deux mots à mes collègues mais il faut plus que cela. Il faut cet accompagnement au quotidien. Je ne peux pas faire du plaidoyer indéfiniment. Je sais que le succès du PESP du Gard est lié en grande partie au fait que l'équipe du CAARUD Logos a vraiment battu et rebattu le territoire. Or, ce qui nous dessert, c'est je pense, une certaine représentation du pharmacien. Or, chacun devrait respecter ce que fait l'autre.

Pour revenir à la genèse du programme. Ce n'était pas un projet aveugle. Avant de mettre en place le PESP, on avait envoyé un questionnaire à l'ensemble des pharmaciens des Deux-Sèvres. Le taux de réponses était très élevé. On n'y lisait pas de rejet. Au contraire, une vraie adhésion. Ce sont des gens qui étaient là en 1994, en 1995. Or, 20 ans après, il faut de la relève, remettre le programme sur pied, ce à quoi concourt l'association AIDES notamment, avec son équipe mobile. C'est un bon vecteur de communication. Ils approvisionnent les usagers qui savent que le bus sera là tel jour. Ça crée du lien et du réseau avec les moyens qu'on met à leur disposition. Les raisons de notre engagement, c'était l'urgence sanitaire de l'époque. Stopper le VIH, c'était la priorité. On ne parlait pas trop du VHC, on en a parlé plus tard. Encore une fois, le coût d'un PESP, j'aime bien dire que c'est très efficace par rapport au coût d'un traitement de l'hépatite C.

ACC : C'est difficile à évaluer mais pourquoi pas réfléchir à une évaluation avec un test à l'entrée et à la sortie. On peut imaginer interroger les usagers du dispositif sur leur propension à consulter un MG, à faire des tests de dépistage...

BP : C'est certainement un travail de longue haleine et d'appropriation de l'utilisateur. Moi dans mes études, on m'a appris que lorsque l'utilisateur vient chercher une seringue, c'est pour s'en servir rapidement. Alors est-ce que c'est le bon moment pour accrocher ? Ce n'est pas sûr. Par contre ce rite peut être cassé aussi, si un lien de confiance s'établit entre l'utilisateur et le professionnel de soin... J'ai le cas d'un patient qui ne doit pas habiter bien loin. Il est sous TSO. Il prend des kits. Il a des Popeye. Il a fini par se dire : « J'arrête. Je vous laisse mes traitements. » Et il venait chez nous, tous les matins. Parce que quand il avait les traitements chez lui, il se faisait mal. Il avait tous les réseaux veineux bousillés.

ACC : Avez-vous à ce propos des éléments concernant votre file active ? Les profils des usagers qui viennent vous voir, leur âge, leur situation sociale...

BP : Je pense qu'il y aurait une question intéressante sur la file active. Effectivement. Combien ? Quelle typologie ? Ma file active ce sont des gens qui ne sont plus très jeunes. Il y en a qu'on connaît bien et d'autres qu'on ne connaît que pour ça. Ce sont des gens qui ont 40 ans, 50 ans avec des pratiques de consommation assez anciennes. Je ne récupère pas une seringue. Je ne récupère plus rien. On ne peut pas trop le dire mais je ne récupère plus rien.

ACC : Est-ce qu'il y a un échangeur dans le coin ?

BP : Non, il n'y en a pas. Je sais qu'à une époque le CAARUD récupérait bien. Aujourd'hui moins. Il y a peut-être un relâchement. On avait pris la décision ici que ce ne soit pas un prérequis. C'était souhaitable mais pas obligatoire. Il y a des endroits où l'on propose un kit contre un jeton. Nous, dans l'urgence, on est allé au plus simple. Ah attendez, récemment ça m'avait frappé de voir dans la presse, un truc sur les seringues dans un parc.

ACC : Oui à Nîmes, un petit garçon s'est piqué dans un jardin public.

BP : Oui je me souviens, deux enfants ont été mis sous trithérapie...

Voilà, en tout cas, un programme c'est tout sauf de la distribution pure et simple. C'est vraiment la porte d'entrée facile, ouverte, sur le monde de la santé : « Si un jour vous voulez aller plus loin, on sera là ». Nous sommes tout sauf des distributeurs. Les pharmaciens ont autre chose à faire qu'être de simples distributeurs. Tous ceux qui sont militants auront ce discours. Moi j'ai la chance d'avoir une clientèle apaisée. Catherine Frigot n'a pas eu ma chance. Je peux imaginer qu'à un moment elle se soit dit « stop ». Il

faut un minimum de respect. Ce qu'il faut ne pas oublier, c'est que l'on est tout seul dans sa pharmacie. T'es tout seul. Un usager vient à l'hôpital - ma femme travaille à l'hôpital - tu peux solliciter un collègue. Dans l'officine, il peut y avoir de la pression et de la violence.

Ici dans la partie logistique ça fonctionne, grâce à Albert. Il n'aurait pas été là, le programme était mis en danger. Il ne faut pas laisser les pharmaciens seuls devant ces problématiques. Il faut les former. Il faut les accompagner. Nous sommes 35 pharmacies dans le PESP. Et ce, depuis 2011. Certains sont sortis du programme. D'autres y sont entrés mais on pourrait sûrement être plus nombreux.

En termes de chiffres globaux, en 2009, il y a eu 19 000 kits délivrés en officine, avec deux seringues par kit, 38 000 seringues et 16 000 au CAARUD. Ça fait 54 000 en 2009.

ACC : Avez-vous réussi à entretenir des liens avec les personnes qui viennent prendre des kits à l'officine ? Parvenez-vous à entrer en dialogue ?

BP : Alors pour ce qui est d'entrer en dialogue avec les usagers, c'est délicat mais on a réussi puisque on a fait passer des questionnaires ici à l'officine. Ceci dit, il y en a certains, je pense à deux notamment, des immigrés probablement des pays de l'est. On ne sait rien d'eux. Ils ne viennent que pour ça. Il y en a un qui demande des filtres et l'autre, non. Mais on ne sait rien. Ça fait longtemps qu'ils viennent. 5 ans peut-être.

ACC : En termes de délivrance de kits, où en êtes-vous par an, approximativement ?

BP : Nous sommes une profession qui est en train d'apprendre à écrire. C'est important. Jusqu'à présent on faisait des soins de premier secours. On envoyait des gens aux urgences. On faisait tout ça mais on ne le traçait pas. Or, aujourd'hui, on le fait davantage. Mais pour ces deux personnes, il n'y a bien que mon répartiteur qui sait combien je délivre de kits. Mais il nous donne les chiffres. Sans problème. Comme je ne les gère pas comme un stock habituel, je n'ai qu'une idée approximative. Mais je me suis dit que j'allais les gérer de cette façon, pour avoir une visibilité. Les éducateurs de rue militants AIDES avaient contacté. Catherine Frigot est arrivée au moment où il n'y avait plus de pilote. Si on veut être totalement honnête, la phase de construction avait drainé du monde, c'était consensuel. C'est une dynamique qu'il aurait fallu entretenir dans le temps. Il faut insister sur l'accompagnement, le financement.

ACC : Comment cette reconnaissance que vous évoquez pourrait-elle se manifester ?

BP : Je n'ai pas d'avis tranché là-dessus, ça peut être un honoraire. Je pense que toute action mérite rémunération. Je pense que ce ne serait pas un moteur mais juste une reconnaissance. Une indemnisation du temps passé. Ce qui est important c'est de clarifier la récupération des déchets. On n'est pas dans un patient en auto-traitement. Il faut une mobilisation de nos tutelles sur ces questions.

Qui ne se plaint pas des coûts de santé colossaux générés par le système français ? Or quand les patients sont malades, on les traite. Evitons simplement d'en avoir encore plus. C'est du bon sens. Puisque l'époque actuelle n'est plus véritablement au militantisme, ni au volontariat. Même si c'est déjà une bonne chose de communiquer au sein de la communauté médicale. Il faut communiquer. Sans relâche. Transmettre des images fortes. Une personne prise en charge pour le VIH coûte tant à la société. Un PESP coûte tant. Les chiffres parlent d'eux-mêmes et plaident en faveur de l'efficacité des programmes.

PESP DEUX-SEVRES

ACC : Bonjour, nous enquêtons pour le Ministère de la santé sur les programmes d'échange de seringues en pharmacie à l'attention des usagers de drogues sur trois sites : Niort, Lens et Nîmes. On a recueilli certaines données sur les pharmacies de la région niortaise qu'elles appartiennent ou non au programme et l'on essaie de compléter ces informations avec des entretiens sur la façon dont les pharmaciens vivent ce programme, s'ils facilitent le dialogue avec les usagers...

PD : Le dialogue, non. On a essayé mais non.

ACC : Recevez-vous parfois des usagers présentant des lésions associées à leurs usages...

PD : Des grosses mains oui, des Popeye. Alors j'ai proposé des filtres. Le patient en a pris pendant quelques temps puis il a arrêté d'en prendre.

ACC : Sans raison apparente. Sans que vous ayez pu en discuter ensemble ?

PD : Non, on n'a pas su pourquoi il n'en prenait plus.

ACC : Comment avez-vous décidé d'adhérer au programme ?

PD : On est entrés dans le programme parce qu'on a identifié un besoin de seringues gratuites. Avant on passait par le grossiste maintenant on commande à l'association AIDES. On a commandé aussi des filtres mais les patients qu'on rencontre, ils n'ont pas l'air « trop là-dedans ». On a essayé de leur expliquer comment s'en servir mais sans succès.

ACC : Est-ce que vous récupérez le matériel usagé ?

PD : On donne des boîtes DASRI les mêmes que pour les diabétiques. Mais on récupère très peu. Il faut dire qu'on n'est pas aidés. Je ne sais pas ce que vous en pensez mais refuser comme DASRI les seringues des toxicomanes parce qu'elles présentent plus de risques infectieux que les seringues des diabétiques, c'est un peu de la santé publique à l'envers.

ACC : La situation n'est pas facilitée avec cette réglementation qui s'obstine à ignorer les usagers de drogues...Combien d'usagers recevez-vous par mois ?

PD : Environ 4 à 5 usagers actuellement. 14 kits ont été délivrés depuis 2016. C'est moins qu'avant. On est 2 pharmacies sur la même place. Je ne sais pas ce qu'il en est chez mon confrère. En 2014 on a délivré 395 kits contre 160 en 2015. Côté Stéribox, on était à 12 en 2014, 4 en 2015 et aucune encore en 2016.

ACC : C'est plutôt une bonne tendance pour les Stéribox. Le programme est plébiscité par les usagers.

PD : Oui ils le connaissent bien maintenant. Mais ça ne génère pas pour autant de discussions sur leurs pratiques à risque...

ACC : Ça peut demander beaucoup de temps. Avez-vous des patients sous TSO ?

PD : Oui quelques-uns. On a 8 patients sous subutex avec des dosages différents et 2 sous méthadone.

ACC : Comment ça se passe pour vous ce programme ?

PD : Ça se passe normalement. Les patients sont parfois un peu excités mais on s'y est habitué. On gère. Parfois, ils nous enquiquinent avec des ordonnances qui se chevauchent. Mais c'est marginal. Ce sont des clients stressés c'est certain, stressés par la peur de manquer, au moment des weekends, leur consommation a un grand impact sur leur mode de vie.

ACC : Diriez-vous que vos patients sont insérés, plutôt précaires... ?

PD : Ils semblent avoir une activité. J'ai eu un SDF un moment donné. Il était alcoolique, tatoué, percé, tout ce que vous voulez. Gentil au demeurant. Sauf lorsqu'il avait bu. Il a été tantôt en prison tantôt employé des espaces verts mais il ne restait jamais longtemps et rechutait fréquemment. J'ai aussi des couples avec enfants avec des consommations en couple.

ACC : Si vous deviez présenter le programme à un confrère, que lui diriez-vous ?

PD : Que je les traite comme des clients comme les autres. Que l'on rend service avec les seringues. Que ce n'est pas contraignant.

ACC : Avez-vous parfois des échanges avec la médecine de ville à propos de vos patients ?

PD : On s'engueule à l'occasion. Sur des ordonnances mal libellées. On n'a ni animosité ni d'excellents rapports. Il faut dire que notre médecine générale n'aide pas les patients à vouloir s'en sortir. Ils leur font croire volontiers qu'ils sont foutus de toute façon. Il y a des médecins qui n'aiment pas « ça ». Ils ne sont pas chauds. Ceux qui « en » voient beaucoup, ils vont prescrire des traitements sans vraiment chercher à guérir. C'est un peu « la patate chaude », les toxicomanes. Il faut encore trouver le bon dialogue. Il faudrait des réunions pour que ça évolue.

ACC : Que pensez-vous de l'idée de développer des opportunités de dialogue de type « entretiens pharmaceutiques » pour les usagers de drogues ?

PD : Ce serait sûrement bien accueilli mais alors il faudrait s'y prendre autrement que pour l'asthme où les conditions d'inclusion étaient bien trop restrictives. Il faudrait inclure tout le monde. Il pourrait y avoir des formations, on pourrait participer au DPC avec des formations pour savoir s'entretenir avec des patients sous subutex par exemple. Il y a des tas de choses que l'on peut faire mais il faut des formations. On a été un peu refroidi avec l'expérience de l'asthme qui d'ailleurs avait reçu un accueil très défavorable des médecins pour des raisons de concurrence. Par ailleurs, la réussite des entretiens pharmaceutiques dépend beaucoup de l'observance et de l'adhésion du patient. Si ça devait être mis en place pour les usagers de drogues qui est une population difficile à approcher, il faudrait pouvoir en tenir compte.

ACC : Je vous remercie pour ces éléments et pour ces pistes. Nous avons réalisé quelques outils au RESPADD pour accompagner les pharmaciens qui souhaitent développer leur action de santé publique à l'officine. Je me permettrai de vous les faire parvenir.

PD : Merci à vous.

Entretien pharmacienne : 21 septembre 2015 dans le cadre du COPIL organisé par LOGOS au CAARUD – PESP GARD

ACC : Depuis combien de temps êtes-vous entrés dans le PESP du Gard ?

MC : Cela doit faire 3 ou 4 ans

ACC : Qu'est-ce qui vous y a amené ?

MC : Nous avons un usager qui venait régulièrement prendre des Stéribox, en nombre important.

ACC : Qu'est-ce que le PESP vous a apporté dans le cadre de cet accompagnement ?

MC : L'équipe du CAARUD qui vient régulièrement nous approvisionner en kits + et avec lesquels on peut échanger lorsque l'on se pose des questions sur le programme, la façon dont les autres pharmacies s'organisent. On se sent moins seuls !

ACC : Est-ce que la participation au PESP a engendré des modifications en termes de configuration de l'officine ? Avez-vous un espace de confidentialité par exemple ?

MC : Nous sommes actuellement en réflexion sur la possibilité d'organiser un espace de confidentialité au sein de l'officine. Pas uniquement pour cet usager mais qui en effet permettrait de faciliter les échanges.

ACC : Que pouvez-vous me dire à propos de cet usager ? Son âge, sa vie familiale ?

MC : C'est un homme qui vit en couple. Nous le connaissons bien. Il lui arrive de travailler dans le café qu se trouve juste à côté de l'officine.

ACC : Vous sollicite-t-il pour d'autres besoins ? TSO ? Autres médicaments ?

MC : Il vient chercher son traitement de substitution le vendredi juste avant la fermeture - comme s'il guettait le moment où il est certain de ne croiser personne - et ses seringues le lundi. Il lui arrive de venir avec une ordonnance d'hypnotiques ou de somnifères. Par ailleurs, c'est un usager qui a un cancer. Je ne vais pas vous cacher qu'il y avait aussi un intérêt financier dans notre adhésion au PESP et à la gratuité. Cet usager avait fini par nous acheter des Stéribox à crédit. Il en prenait une dizaine par semaine et n'en réglait que le

quart. Aujourd'hui il repart chaque semaine avec un carton. Je ne peux pas vous dire exactement combien un carton contient de kits mais ça en fait beaucoup.

ACC : Est-ce que vous parvenez à échanger avec cet usager ?

MC : Non pas réellement. Ce que je vous dis de lui c'est un peu parce qu'il vient depuis longtemps, il nous est familier mais j'ignore par exemple ce qu'il fait de tous ces kits.

ACC : Avez-vous identifié des besoins pour améliorer le fonctionnement du PESP dans votre officine ?

MC : Il serait intéressant que toute l'équipe soit formée à recevoir ce type de clientèle. Mieux connaître l'accompagnement tel qu'il est pratiqué dans les centres comme LOGOS est important aussi. Gérer les situations de détournement de médicaments et pour ce patient en particulier monitorer les possibles interactions médicamenteuses en contexte de consommations de substances associées à un traitement du cancer...

Entretien Pharmacie Claude R. _ Nîmes Février 2016 PESP GARD

ACC : Pourquoi avoir décidé d'intégrer le PESP du Gard ?

R : Intégrer le PESP nous a semblé cohérent au regard de nos missions de santé publique. On faisait déjà partie à l'époque d'un réseau auquel appartenait Logos. Ça me semblait du même ordre. Quand on a échangé sur le programme ça m'a semblé normal d'accepter. Pour ce qui est de la date précise, je ne saurais vous dire, ça doit bien faire 10 ans maintenant que nous y sommes.

ACC : Et vous y êtes toujours...

R : C'est de la santé publique, ça protège tout le monde.

ACC : Vous avez une activité importante en termes de délivrance. Avez-vous une idée du taux de retour de seringues.

R : Les containers, ils n'en veulent pas, malheureusement. Malheureusement.

ACC : Avez-vous une idée de la façon dont ils gèrent leur matériel usagé ?

R : Mal. Ils les gèrent mal. Manifestement ce n'est pas leur problème même si on leur dit de les mettre au moins dans des bouteilles en plastique. Alors, il y en a qui nous disent qu'ils les mettent dans des bouteilles avant de les jeter à la poubelle...Moi j'ai voulu faire l'échange aussi parce qu'on est à côté d'une école maternelle et les enseignants se plaignaient de retrouver des seringues dans la cour d'école. Avant d'accueillir les enfants de la maternelle, ils étaient obligés de nettoyer la cour. Ca ça m'interpelle et c'est pour ça qu'on leur propose des containers mais ils n'en veulent pas. Alors voilà, moi je préfère qu'ils jettent neuf seringues utilisées une fois en espérant que personne ne se piquera plutôt qu'une seule utilisée 9 fois qui sera encore plus souillée et à risque de propagation de maladies. C'est triste mais...Bon là ça s'est un peu calmé, l'école à côté, je les entends moins se plaindre.

ACC : Les messages de prévention que vous transmettez aux usagers sont entendus...

R : J'espère. J'espère...Après quand j'en rencontre avec des grosses mains et des gros bras, je leur parle de l'importance du tampon.

ACC : Vous êtes à l'aise avec les conseils de réduction des risques que l'on peut donner dans ce contexte d'injection.

R : Oui, après bon il y a des usagers que je ne connais pas mais quand je repère un comportement de consommation, je leur dis toujours qu'il existe un centre où ils peuvent trouver une écoute, une aide pour essayer de décrocher.

ACC : En termes de contact avec le CAARUD...

R : Nos contacts sont réguliers, ils viennent nous approvisionner et s'informent régulièrement par téléphone de mes besoins éventuels.

ACC : Ça vous semble bien fonctionner ?

R : Oui, oui. Je me souviens il y a deux ans, ils avaient organisé une rencontre sur les salles d'injection. Moi j'étais allé à la première réunion, après je n'ai pas trop su ce que ça devenait, il avait été question de voter le fait qu'il y ait une salle ou pas mais depuis je n'ai pas eu de nouvelle, mais j'aurais dû peut-être en demander...

ACC : En tout cas cette initiative vous avait intéressé, vous aviez pu vous mobiliser...

R : Oui c'était plus simple, c'était en soirée. Parce que la journée c'est compliqué pour nous de nous libérer.

ACC : Si on revient sur les usagers que vous recevez à l'officine, recevez-vous plutôt des hommes, des femmes ? Plutôt des personnes jeunes, de moins de 40 ans ?

R : Oui plus des hommes jeunes, qui ont moins de 40 ans.

ACC : En termes d'insertion sociale, est-ce que vous diriez qu'ils sont plutôt précaires, ou au contraire bien insérés ?

R : C'est difficile, je ne connais pas forcément bien toute leur vie, je ne sais pas s'ils travaillent, s'ils travaillent de façon ponctuelle et ensuite se mettent au chômage,...

ACC : Vous n'avez pas repéré des situations de précarité évidente...

R : Non, bon après l'habit ne fait pas le moine. Bon après ça se sent, s'ils sont pas lavés, mais voilà ce sont des phases, on les voit qui plongent et tout à coup ils refont surface, mais pour être précis sur votre question, il faudrait que je tienne un cahier, que je note les noms, les passages, les absences... Y en a certains on le sent quand ça va mal, on essaie de leur demander comment ça va, si on peut faire quelque chose « vous avez pas l'air bien depuis la dernière fois », « vous avez pas mangé, regardez, vous êtes tout maigre », « il y a peut-être des solutions », « vous voulez en parler ? »

ACC : Vous êtes proactif et n'hésitez pas à engager un dialogue...

R : Oui ! Après ce n'est pas une population qui me fait peur alors, quand il n'y a pas d'agressivité, quand il n'y a pas de violence...Après il y en a qui peuvent être un peu borderline, mais voilà, à partir du moment où quelqu'un rentre dans la pharmacie, c'est qu'il a besoin de quelque chose. Ce quelque chose, ça peut être un médicament mais ça peut aussi être une aide d'ordre psychologique, on n'est pas obligé de délivrer quelque chose, la solution n'est pas que le comprimé.

ACC : Est-ce que vous avez déjà vécu des incidents avec l'équipe ou au contraire...

R : Ça se passe bien. On ne s'est jamais posé en juge, on est neutres, ici on est areligieux, apolitiques, moi la question que j'en viens à poser c'est « qu'est-ce qui vous a poussé à planter une aiguille la première fois », pour moi c'est ça la vraie question. Parce qu'il y en a beaucoup après qui prennent de la substitution et après qui déraper et qui injectent du subutex, alors voilà la question que je leur pose c'est « qu'est-ce qui vous oblige à faire ça et si vous avez besoin d'une béquille, laquelle sera la moins douloureuse pour vous. Parce que c'est passer sa journée à rechercher ce qui va nous satisfaire pendant 10 minutes ou ¼ d'heure, est-ce que ça en vaut le coup ?

ACC : En général, comment réussissez-vous à recueillir les motifs des consommations ?

R : Ils se confient peu. Un peu plus ceux qui se substituent.

ACC : Ceux qui sont déjà dans un parcours de soin...

R : On a vu des gens qui sont aussi sous substitution et qui à un moment craquent et oui ça m'est arrivé de discuter ¾ d'heure, une ½ heure avec eux pour essayer de faire en sorte qu'ils ne craquent pas. Je le joue à l'affect, je leur dis que c'est un marché entre eux et moi. Moi je leur fais confiance et je leur dis de ne pas trahir la confiance s'ils souhaitent s'en

sortir. Il y en a aussi qui viennent me demander des avances et j'ai passé un deal avec eux, je leur dis d'une part que je n'ai pas le droit, que je veux bien les dépanner une fois mais après si je vois que ça dérape, je leur demande s'ils m'autorisent à leur dire non.

ACC : Vous êtes motivationnel dans votre approche...

R : Et bien oui (sourires). « Est-ce que vous m'autorisez... », c'est pour recadrer, si ça dérape, ça peut pas aller, vous faites la démarche de vous en sortir, c'est bien mais bon, au moindre petit problème...enfin, je ne sais pas, je ne suis pas psychologue, ...mais c'est comme les gens qui se substituent à la nicotine, il n'y a pas de honte à replonger et c'est pas parce qu'on s'est planté une fois qu'on se replantera une 2^e fois. Vous avez réussi à vous arrêter, là il y a une embûche, bon ce n'est pas pour autant que vous n'y arriverez pas la seconde fois.

ACC : Avez-vous participé déjà à l'inscription d'un usager dans un programme thérapeutique ? Vers un médecin généraliste, un service d'urgence ?

R : Alors on avait un centre de l'hôpital pour tout ce qui est addictologie, qui n'était pas loin, alors ça nous arrivait aussi de les orienter vers ce centre. Le problème de Logos c'est que les usagers ils se connaissent donc parfois ils nous disent qu'ils ont envie de changer de tête, de « pas retrouver les copains ». Donc on leur dit que l'hôpital a un service d'addictologie avec médecin et infirmière, qu'on a l'ANPAA qui est à côté de chez nous aussi, ça nous arrive aussi de les orienter quand ils nous disent qu'aller en ville c'est difficile pour eux, c'est dans le même quartier, de la pharmacie ils n'ont que 500 mètres à faire, on peut leur dire alors qu'il y a une structure d'accueil aussi dans le quartier.

ACC : Vous semblez avoir bien cartographié l'offre d'accompagnement. Mais en 10 ans, vous devez en effet connaître tout le monde par cœur !

R : Non, non détrompez-vous, je trouve nul ce manque d'échange entre les structures. J'avais demandé à la mairie de pouvoir orienter vers les assistantes sociales, il y a un centre social à côté où ils accueillent mais il n'y a pas d'échanges, il y a tant de choses qu'on pourrait mutualiser, discuter, on voit les mêmes personnes souvent même si ce ne sont pas les mêmes demandes, les mêmes contextes. Dans les villages on semble se connaître mieux finalement que dans les quartiers et c'est bien dommage, chacun ici reste dans son domaine de compétence, sans vouloir être invasif par rapport au domaine de l'autre, s'il y a un souci je suis là et si tu me connais, tu enverrais plus facilement quelqu'un vers moi. On connaît un peu Logos puis l'ANPAA et à l'époque on connaissait les gens qui travaillent à l'hôpital donc on avait fait la démarche de se rencontrer mais après le social municipal de la mairie, il n'y a pas de synergies, pas d'interpénétrations, comment nous si on voit un problème on peut certes orienter l'utilisateur vers Logos mais il

pourrait aussi rencontrer une assistance sociale dans l'intervalle, ou pour des papiers. Alors moi j'oriente vers la mairie où il y a des assistantes sociales. Je pense notamment à un usager qui est sous substitution, qui n'a plus de mutuelle et qui a des problèmes pour faire ses papiers, j'en ai discuté avec lui, je pense qu'il a des problèmes de lecture, de compréhension, pourtant il est franco-français, je l'ai orienté vers l'assistante sociale mais c'est compliqué pour lui, je pense qu'il ne fera pas la démarche, parce qu'il lui faudrait déjà des papiers... Bon ça nous éloigne un peu de l'échange de seringues.

ACC : On voit bien que les problématiques de précarité sociale sont souvent prégnantes chez les usagers de drogue par voie injectable. Ce n'est pas toujours la gratuité entant que telle qui motive les usagers vers les kits+ mais parfois c'est un argument avancé parce que la non-réutilisation peut constituer un budget important pour les plus précaires...

R : Quand les usagers viennent chercher des seringues payantes, alors moi systématiquement, j'ai toujours donné un deuxième kit gratuit, j'en donne deux. Parce quelque part, je trouve que la gratuité pour la gratuité ce n'est pas satisfaisant. Quand ils demandent un kit gratuit, je leur donne un kit gratuit, mais ceux qui demandent un Stéribox, je leur donne en plus un kit logos et je leur demande s'ils veulent un container.

ACC : Et les filtres ?

R : Les filtres c'est dur. Moi je leur explique que c'est justement parce que ça marche bien, parce qu'ils me disent que souvent c'est bouché, ça marche pas alors je leur dis qu'au contraire, si c'est bouché c'est parce que les particules ont été retenues, et que s'ils le font pas, ces particules ne seront pas dans le filtre mais dans leur bras. Je leur explique, comme un filtre à café, si le filtre est bouché, comment voulez-vous que le café filtre ? là vous aspirez pour passer au-dessus de la paroi mais le filtre est bouché par toutes les impuretés, mais ils me diront qu'ils n'ont pas le temps, qu'il faut changer deux trois fois le filtre, que le but c'est le plaisir immédiat, le plus rapidement possible, voilà. Et je sais qu'il y en a un qui avait des problèmes aux bras et il m'a remercié de lui avoir parlé.

ACC : Il y a une forme de reconnaissance des conseils très pragmatiques que vous pouvez délivrer pour une injection à moindre risque...

R : Il y en a même que je ne connaissais pas, qui m'ont dit que c'était la première fois que l'on s'inquiétait de leur santé, qu'on ne leur délivrait pas un kit sans rien leur dire. On ne le fait pas tous, donner des conseils, et on ne le fait pas tout le temps. Et puis, quand bien même, moi je ne perçois pas ces conseils comme une incitation à la drogue. C'est aussi pour ça que quand on me demande un Stéribox ça ne me dérange pas de le faire payer. Parce ce que ce qu'ils achètent à côté, ça coûte de l'argent et ça coûte plus qu'un euro. Et

puis tout ce qui est gratuit, il n'y a pas de considération, il coûte un euro, il coûterait 50 cts ce serait mieux peut-être, mais quelque part, je trouve que c'est bien de payer, qu'il n'y ait pas une gratuité absolue. Alors j'entends le gratuitement mais je ne sais pas c'est comme si vous faisiez une psychanalyse, le psychanalyste il vous fait payer, c'est du donnant-donnant, à un moment donné ça fait partie du « je me prends en charge », la gratuité s'apparente pour les gens à la normalité, ça banalise le produit. Les filtres en revanche, j'en donnerai autant qu'il le faut (rires), il vaut mieux en donner... Par ailleurs, je suis pour les salles d'injection. Je me dis que s'il y avait une salle, avant de s'injecter la personne pourrait discuter avec les gens qui sont là, qu'il ne s'injecterait pas parce qu'il y a quelqu'un à qui parler, qu'on peut enseigner les bonnes pratiques, que s'il y a une overdose, il y a toute suite quelqu'un pour appeler, j'avais vu des reportages à Barcelone, ils font ça, à Genève aussi. Voilà, on laisse faire les gens, c'est eux qui font l'injection, je ne dis pas d'aller piquer les gens, mais au moins leur expliquer comment injecter proprement.

ACC : J'entends que vous ne trouvez pas la gratuité idéale dans ce contexte, mais malgré tout, le programme ne permet-il pas une transaction d'un autre ordre que la transaction expresse et froide qu'on nous a beaucoup décrite : un euro contre un Stéribox ?

R : Ah mais bien sûr, on peut toujours donner un conseil, à partir du moment où quelqu'un rentre pour autant que la personne est d'accord pour qu'on lui donne ce conseil, car tout le monde ne veut pas, il y en a qui ne veulent rien entendre, qui prennent leur kit et qui s'en vont...

ACC : Mais vous tentez le coup quand même ?

R : Ben après, je tente le coup alors oui il y a des gens on le voit, il vaut mieux ne pas insister, je préfère ne pas l'effrayer et qu'il parte avec le kit plutôt qu'il ne prenne rien du tout. Mais à partir du moment où quelqu'un se met devant vous et vous demande quelque chose, il y a déjà un embryon de dialogue, à nous d'être à la hauteur ou pas. Mais oui ça peut ouvrir au dialogue.

ACC : Vous m'avez dit que vous suivez environ 10 patients sous TSO, vous avez une idée du nombre de personnes qui viennent pour des kits ?

R : C'est par vagues, il doit y avoir des arrivages, et il y en a certains qui vont faire des tours en prison, du coup on les voit moins, parce qu'il y a une économie parallèle qui fait que de temps en temps on les attrape et on les met en cabane, et puis il y en a qui voyagent aussi un petit peu. C'est difficile de tenir une comptabilité comme on l'évoquait au début, parce que l'on est nombreux à servir, et pour faire une étude exhaustive, il nous faudrait le

nom de chaque personne, noter les passages, noter la fréquence, noter la quantité qu'ils prennent chaque fois. On sait aussi parfois quand on a essayé que ce n'est pas pour eux c'est pour un ami, ça peut être une manière d'éluder la discussion. Après c'est à nous de jouer aussi, quand on voit le physique se dégrader, à nous de poser la question. Voilà.

ACC : Et j'ai une dernière question, si vous deviez présenter le dispositif et les raisons d'y adhérer à un de vos confrères, vous vous y prendriez comment ?

R : L'argument principal c'est la prévention des risques, moi je préférerais certes que les gens ne s'injectent rien du tout, mais à s'injecter quelque chose autant le faire avec du matériel propre, parce que si, là avec l'école maternelle à côté, si la seringue est propre, si un gamin se pique, je préfère qu'il ne se pique pas du tout mais à se piquer, que ce soit avec du matériel propre, voilà. C'est comme la vaccination, je me vaccine et je protège ainsi les autres, donc en donnant du matériel propre, on fait en sorte que les maladies ne se multiplient pas, c'est ça que je trouve motivant. Après c'est une démarche sans fin, est-ce que les gens qui se piquent déjà socialement, déjà ils se font du mal à eux, est-ce qu'ils sont capables de prendre les autres en considération, ça je ne sais pas, ils ont du mal à se gérer alors comment vont-ils gérer les autres ? Donc j'ose espérer que quand on donne des seringues, c'est vraiment pour une personne qui ne les partage pas. Et puis, la prévention ça fait partie de notre rôle, on se pose des questions sur notre utilité souvent, mais je pense que là on a un rôle à jouer aussi, sans faire de prosélytisme, moi je n'ai pas à promouvoir la toxicomanie, ce n'est pas mon but, mais en même temps les gens s'ils viennent chercher quelque chose, s'il vient chercher un kit, si je vois qu'il est vraiment mal, si je vois qu'en un mois il a perdu 10 kilos, je suis censé m'en rendre compte et l'orienter vers un médecin, pour vérifier s'il n'y a pas quelque chose qui ne va pas, et s'il est malade, le soigner et qu'il ne contamine pas les autres. Voilà, c'est ma façon de voir les choses, peut-être que je me trompe.

ACC : Si les PESP fonctionnent c'est aussi parce que les équipes perçoivent le sens et l'importance de de l'action de santé publique que cela représente. Après ça peut se passer plus ou moins bien en fonction des équipes...

R : Je sais qu'on le vit plus ou moins bien, c'est malgré tout une population particulière, certains disent que ça fait tâche (rires) que c'est une clientèle qu'ils ne veulent pas avoir parce qu'elle va faire peur aux autres, qui dérangent... Il y a certains clients qui peuvent trouver que voilà, se retrouver à côté de gens comme ça, ça peut leur déplaire, il y a des pharmaciens aussi qui peuvent avoir peur, se demander ce qu'ils peuvent leur faire, s'ils ne vont pas les agresser,

ACC : Et vous, qu'en pensez-vous ? Vous le vérifiez ces clients embarrassés ?

R : Quand les gens sont pressés, dans l'urgence, ils peinent à attendre, et à respecter la file. Ça peut arriver. Et puis souvent ils n'ont pas en effet le look du cadre dynamique (rires), donc voilà, les regards sont un peu différents sur eux. L'habit ne fait pas le moine mais il y contribue.

ACC : En termes de formation, d'outils, est-ce que vous pourriez avoir besoin de choses en particulier ?

R : J'ai le sentiment d'être déjà bien accompagné. Pour moi le programme se passe bien.

ACC : Est-ce que vous pourriez imaginer le dispositif entretien pharmaceutique pour les TSO par exemple ? Des entretiens un peu plus longs,...

R : C'est un flop les entretiens pharmaceutiques, ça marche pas. Parce qu'on le fait au quotidien et l'idée des gens... nous on l'a fait pour les anticoagulants et les gens dans leur idée ils pensaient qu'on allait pouvoir leur changer leur traitement (rires) et leur éviter les prises de sang de contrôle...

ACC : Oops...

R : Et oui, et oui, et les médecins eux ont cru qu'on allait changer ou perturber leurs prescriptions, ça a donc été mal perçu par les soignants et les gens, ceux qui n'étaient pas du tout observants, ils ne sont pas venus, parce que quand on leur a dit qu'on n'était pas là pour leur éviter cette prise de sang, pour vérifier le quotient de coagulation, ils ne sont pas venus et ils attendaient ça, et il y en a d'autres qui sont venus pour se rassurer, ça c'était des gens qui étaient bien cadrés, qui tenaient un calendrier, et ceux qui ne connaissaient pas leur maladie, ils ne sont pas venus. Il y en a qui ne veulent pas savoir. Pour revenir à notre discussion, je ne sais pas quelle image ils ont de nous, les gens à qui l'on délivre des kits, on nous prend souvent pour des distributeurs, moi je suis pharmacien je suis comme les autres, faire un entretien, je ne sais pas, on peut discuter au comptoir comme ça, qu'est-ce que je pourrais leur apporter de plus dans le cadre d'un entretien, voilà quand ils me disent parfois qu'ils aimeraient arrêter, je leur répond qu'ils ont raison et que la solution c'est eux qui l'ont et pas moi, un entretien pharmaceutique, je ne vois pas bien ce qui en sortirait, il faut dire que je suis très refroidi par l'expérience des anticoagulants...

ACC : Vous donnez l'impression que même si c'est moins formalisé qu'un entretien pharmaceutique, vous observer cette démarche de conseil auprès de vos clients, usagers de drogues ou autres, vous faites la même chose pour le tabac...

R : Oui, pour tout, pour les BPCO, on explique pourquoi les corticoïdes ? Pourquoi suivre le traitement ? C'est du travail qu'on fait au quotidien comme ça, naturellement, tacite.

ACC : Ce qui n'est pas toujours reconnu à sa juste valeur...

R : Oui c'est certain, c'est pour ça, il faut interroger les gens pour savoir ce qu'est un pharmacien pour eux. On dit de nous que l'on est des *richards*, qu'on s'enrichit sur le dos de la sécurité sociale, et sur les maladies, ça c'est LES pharmaciens, par contre MON pharmacien est sympa... Allez savoir. Il y a une dichotomie. Il y a qu'à voir comment on nous représente à la télévision, soit la vieille fille, soit le vieux pharmacien accroché à son comptoir, soit avec une boîte de préservatifs au fond du fond de la pharmacie et le pharmacien qui dit bien fort : « je vous en mets une boîte de 6 ou une boîte de 12 ? » pour bien mettre mal à l'aise le client devant les autres. C'est un peu ça le pharmacien dans l'inconscient collectif. On ne sait pas bien ce qu'il faut au juste, on ne sait pas quel est leur responsabilité, notamment le fait que nous sommes responsables si le médecin se trompe, ça les gens ils l'ignorent.

ACC : Les images d'Epinal vont dans les deux sens, on a des représentations tronquées du pharmacien et de l'utilisateur de drogues aussi.

R : Après c'est aussi l'image que certains ont donné et voilà, on est victime d'une image que certains donnent, voilà. En tout cas les entretiens pharmaceutiques, pourquoi pas mais bon les gens vont plutôt dans les centres spécialisés où il y a des psychologues, moi je n'ai pas fait de formation, il y a des comportements qui m'échappent donc et puis je ne sais pas s'ils auront vraiment envie de discuter de ça avec nous, ça marche s'il y a un bon transfert. On peut l'avoir au comptoir. Voilà.

ACC : Alors, merci beaucoup. Il va y avoir une journée de restitution en septembre, Logos et nous vous convieront bien sûr.

R : Vous avez interviewé beaucoup de pharmacies ?

ACC : Au total, on va pouvoir exploiter 300 questionnaires sur les trois sites, Gard, Nord Pas de calais et Deux-Sèvres et réalisé une quinzaine d'entretiens avec les pharmaciens, à titre complémentaire, pour étayer les données plus quantitatives que l'on a recueillies. Sur le Gard, on va pouvoir exploiter 130 questionnaires.

R : Bon j'espère que mes confrères pensent un peu comme moi (rires)

ACC : Ce qui est certain c'est que notre entretien a été plus long que ceux que j'ai pu avoir avec vos confrères. Je viens toujours dans mes petits souliers, en me disant que ce n'est pas le bon moment et en général ça ne l'était pas en effet, les entretiens et là, je suis contente d'avoir pu explorer avec vous votre expérience du programme un peu plus longuement.

R : Tant mieux (rires). Au plaisir.

ACC : Selon vous, pourquoi intégrer un programme d'échange de seringues ?

BM : Alors, à quoi ça sert ? Et bien dans un premier temps, à ce pour quoi ça a été conçu. C'est un élément supplémentaire dans la panoplie de la réduction des risques. Il faut l'envisager de ce point de vue. Ensuite, c'est l'occasion pour le pharmacien libéral de rencontrer des personnes qui ont... (recherche la meilleure formule), qui ne seraient peut-être pas venues sans cette possibilité et arriver alors justement à détecter certaines situations et à aiguiller vers certaines structures ou certaines démarches. Ma conception du rôle du pharmacien va bien au-delà du simple geste de fournir des éléments, c'est aussi donner un cadre, voir comment les choses se font, avec quelles perspectives. Mon souci c'est de ne pas être dans la représentation, de s'adresser avec mon interlocuteur comme je le ferais avec d'autres patients. Il faut que le geste soit suffisamment banalisé pour qu'il permette de produire ces effets. Mais ça ne doit pas être banalisé au point de se contenter d'un échange minimal. Parfois ça n'est pas possible mais ça permet de créer des échanges intéressants. Ça nous renforce dans notre activité au quotidien. Ça la valorise même, je pense. C'est un geste qui se fait gratuitement donc c'est un élément important. Nous ne produisons pas cette gratuité mais nous fournissons un service qui est gratuit et je pense que c'est important de le vivre aussi de cette manière mais aussi de pouvoir lui donner plus de contenu, plus d'envergure à ce service gratuit que l'on fournit.

ACC : *Comment s'est passée votre entrée dans le programme ?*

BM : Elle s'est faite tout naturellement, ici l'équipe est convaincue de ce que l'on fait. En termes de représentation, on a dépassé l'image négative attachée à l'usager de drogues. Les anciens usagers, ce sont des gens que je fréquente maintenant depuis longtemps avec laquelle on a appris à travailler. Honnêtement les choses se sont toujours bien passées. Pour moi, le vrai questionnement c'est l'évaluation : on s'est engagés dans un chemin, on a produit des choses depuis pas mal de temps, et je ressens le besoin de savoir où l'on se situe par rapport à la démarche. Ce sont des questionnements que j'ai souvent évoqués au centre Logos, cette question de savoir si on est dans la bonne voie. Ce sont des choses importantes pour moi parce que finalement, on est arrivés loin. Au début on distribuait des kits, puis on a distribué des filtres, puis après on a distribué des pommades... Et finalement je me suis interrogé - et je n'ai pas la réponse - si c'est bel et bien ce qu'il fallait qu'on fasse, si c'est notre boulot. Le fait que l'on puisse se substituer à des centres, à des CAARUD, est-ce que c'était bien cela que l'on devait faire, être comme une succursale du CAARUD. Moi ce n'est pas ce que j'envisage d'être, ce n'est pas ainsi que j'envisage mon métier. Je sais que j'ai un rôle à jouer mais ce n'est pas celui d'un CAARUD. Cette complémentarité est difficile à appréhender. Quel est le rôle de chacun ? Moi c'est un peu

dans la définition des rôles de chacun que je pense qu'il faut progresser. Quand les gens partent, on leur donne des sacs. Il y a le kit, on leur donne un container. C'est ma démarche, je l'assume mais je cherche à savoir si on est toujours dans notre rôle. Quel est le rôle du pharmacien. C'est un rôle qui est difficile à définir mais je suis convaincue que l'on a un rôle à jouer dans cette démarche-là.

ACC : Quels éléments pouvez-vous nous confier à propos de votre file active ?

BM : C'est extrêmement difficile à chiffrer puisque l'on est plusieurs personnes à servir. Il y a des clients réguliers mais il y a aussi tous ceux qui viennent de façon occasionnelle, tous ceux qui sont étonnés qu'il y ait une gratuité. C'est une démarche qui doit être intégrée et qui ne l'est pas encore par tous les usagers. Ça a commencé parce qu'on a apposé sur la vitrine un petit logo mais ce logo n'est pas encore bien identifié, c'est normal car il est très récent, mais ça participe de la démarche et je pense qu'il faut continuer dans cette voie. Le problème des usagers de drogues c'est qu'ils sont mal représentés dans la société, j'enfonce une porte ouverte, et donc la reconnaissance d'un logo comme celui-là mériterait qu'il soit expliqué de façon pédagogique et médiatique, que l'on aille un peu au-delà de la confidentialité. Ma vision des choses c'est d'arriver à démystifier ce qu'il y a autour. Ce sont des choses importantes dans mon esprit. Il ne faut pas brûler les étapes bien sûr mais je pense qu'il faut aller plus loin dans la démarche mais en identifiant bien la direction, voir si on est bien dans la bonne direction comme je l'évoquais tout à l'heure. L'identification par la reconnaissance des usagers des officines me paraît importante et je pense qu'il faut continuer dans cette voie et élargir. Alors toutes les officines ne jouent pas ce jeu-là, de la même manière et certains ont peut-être des appréhensions, par rapport à cette démarche-là mais il faut s'efforcer d'aller plus loin. Il y a déjà beaucoup de pharmaciens qui participent à ça dans le Gard. Tout ça c'est très bien mais il faut aller plus loin encore, trouver des partenariats avec l'Ordre. Alors c'est un questionnement que l'on a aussi : en tant qu'acteurs de santé publique, nous réalisons beaucoup d'actes sur le modèle de la gratuité, j'avais suggéré et je ne sais pas où en est la démarche car je sais que c'est compliqué, que l'on puisse s'approvisionner en kits auprès des grossistes. Nous fonctionnons en réseau et dans notre quotidien, nous nous approvisionnons auprès des grossistes. Je sais que c'est compliqué dans la mesure où le grossiste doit faire la part des choses entre ce qui est payant et ce qui ne l'est pas, mais c'est une voie de manière à élargir le nombre d'usagers concernés. Si les pharmaciens peuvent s'approvisionner directement auprès des grossistes, il y a une assurance dans la démarche qui peut être de nature à contenir leurs angoisses. La profession vit une période compliquée. Il y a un besoin d'être rassuré sur un certain nombre de choses. Le grossiste c'est un interlocuteur qu'il connaisse. Moi je crois que ce sont des démarches importantes.

ACC : C'est intéressant pour nous. Nous sommes attentifs à toutes les améliorations de nature à susciter plus d'adhésion dans les programmes.

BM : Moi j'avais suggéré à Logos l'idée que l'on puisse s'approvisionner auprès des grossistes. Je ne sais pas si le travail de Logos doit être d'approvisionner les officines, moi je ne crois pas. Je crois que le boulot des travailleurs sociaux au CAARUD c'est de poursuivre une action de sensibilisation, une action de prévention et non pas d'être des transporteurs. Il faut réussir à rationaliser la démarche de ce point de vue et je pense que c'est un bon moyen d'élargir le nombre d'intervenants pharmaciens dans cette démarche.

ACC : Combien de kits délivrez-vous chaque année ?

BM : Au départ, je me suis lancé à fond dans l'affaire, j'ai donné beaucoup beaucoup de kits, j'étais dans des proportions importantes, à mes yeux. Ça s'est stabilisé puis ça s'est régularisé si je puis dire, aujourd'hui je suis dans le droit commun. A mesure que le réseau de diffusion s'élargissait, la demande a baissé et les choses se sont réparties naturellement, ce qui est une très bonne chose. Je m'en félicite que mes collègues aient adhéré au programme. C'est donc difficile pour moi de vous répondre sur le nombre de kits, mais Logos dispose des données. Mais je sais que pour moi qui ai été parmi les pionniers, cela a bien diminué.

ACC : C'est ce que l'on va bien sur les courbes : une répartition plus équilibrée aujourd'hui. Une évolution cohérente et favorable : plus d'officines dans le PESP, plus de kits distribués et une répartition plus équitable de la distribution sur le territoire.

BM : C'est une évolution en effet très favorable. Je pense véritablement que c'est une bonne chose. Avec le logo, la communication, il y a à progresser dans cette voie. Encore une fois, pour les pharmaciens, nous sommes dans une situation économique très difficile. C'est un métier qui doit s'adapter aux économies de santé. Nous, ce que l'on a à faire, c'est à s'adapter, faire entendre notre voix dans le processus de santé. C'est dans l'air du temps, il va falloir demain aller vers une évolution dans les pharmacies qui pourront être rémunérées avec des honoraires, pour leurs activités. Ce sont des choses importantes aujourd'hui, le conseil n'est pas valorisé au sens où on le pratique. Il y a aujourd'hui les entretiens pharmaceutiques, tout ça va dans la bonne direction mais on est loin du compte encore et je crois qu'il faut adapter la contrainte pour le pharmacien, d'exercer aujourd'hui leur métier dans les meilleures conditions, parce que c'est un métier qui devient extrêmement difficile d'un point de vue économique. Pour moi, ce n'est pas mon moteur premier mais en le disant, je sais que c'est partagé par beaucoup de pharmaciens, qui sont inquiets de leur situation et de la nécessité pour eux d'être entendus et reconnus. Pour élargir aussi le réseau, il faut peut-être se poser ce genre de questions. Ça ne veut pas dire que ce soit nécessairement la seule réponse, mais il faut accepter de réfléchir là-dessus.

ACC : Ce que vous dites fait écho avec les propos qui ont émergé lors de l'élaboration d'un guide du rôle du pharmacien en addictologie par un groupe de travail composé en grande partie de pharmaciens d'officine. Il s'agissait là de défendre et de soutenir le rôle du pharmacien aussi bien dans le repérage du risque alcool, le sevrage tabagique, les traitements de substitution, des actes de santé publique loin d'être négligeables.

BM : Vous savez, le problème des officines, par exemple les tests HIV qui sont sortis le 15 septembre, je ne me suis pas posé la question, j'en ai pris spontanément, je ne sais pas si ça va marcher ou non mais je l'ai fait parce que je considère que ça fait partie de mes missions, des missions dans lesquelles il faut qu'on s'inscrive résolument. On a bien un rôle à jouer. C'est comme par exemple quand je vends un test de grossesse, je ne vends pas qu'un test de grossesse. Derrière il y a un discours, il y a une ouverture, qui permettent pour le test de grossesse pour une jeune femme d'être aiguillée dans la bonne direction, ça c'est très important. Ça va bien au-delà d'une vente et ça pour moi c'est important de pouvoir valoriser le conseil associé. En fait la difficulté c'est que nous sommes des acteurs de santé publique, mais on est aussi des éducateurs à la santé. Donc pour moi, je me suis souvent posé la question, de l'intérêt pour un patient et de l'intérêt en santé publique et on peut aboutir à des résultats contradictoires, ce n'est pas si évident. Ce sont des éléments sur lesquels je m'interroge souvent pour essayer de voir si on fait bien. C'est toujours le questionnement qui doit nous animer. On doit réussir à faire la synthèse de toutes ces choses qui partent parfois dans des directions totalement opposées. IL faut un arbitrage, qu'une haute instance de santé puisse donner un éclairage et nous permette d'aller dans la bonne direction. Ces aspects-là sont pour moi très importants. On a été des pionniers dans cette démarche-là, on peut se féliciter de l'avoir été et d'avoir montré le chemin mais là il faut passer à une autre étape. On en peut plus continuer de façon artisanale, il faut commencer à normaliser les choses, et à les inscrire dans une démarche de santé publique. Voilà ce qu'il faut faire. Faire le lien entre l'intérêt du patient qui est notre moteur et qui a besoin de notre soutien à un moment donné et cet intérêt de santé publique. Il faut parvenir à trouver le bon lien. C'est parfois difficile car les choses se font au gré des circonstances. Moi j'attends une concertation entre le Ministère de la santé, les instances des pharmaciens. A titre d'exemple, nous sommes rémunérés dans notre pratique pour la prescription de génériques. Or pour ce qui est du subutex et de la buprénorphine, pour moi il était important qu'une discussion soit organisée qui crée des exceptions, qu'on puisse sortir du cadre réglementaire, la buprénorphine et le subutex n'étant pas des génériques comme les autres. C'était extrêmement compliqué or là-dessus ce sont des choses sur lesquelles nous devons avancer, c'est en train d'être fait, d'après les dernières informations que j'ai eues, parce qu'en fait, j'ai un quota qui est inférieur au quota de génériques qu'il faut faire au niveau du département du Gard, sauf que si je neutralise la buprénorphine, je suis largement au-dessus. Et je l'ai mal vécu. Alors que j'étais quelqu'un qui s'impliquait énormément dans la démarche, je sentais que j'étais en quelque façon pénalisé et pas reconnu pour mon accompagnement des usagers de drogues à travers la délivrance de TSO. Je l'ai manifesté auprès de la sécurité sociale parce que je considère que ce n'est pas normal. Même si on me dit que ça n'intervient pas dans la rémunération, pour autant, je me suis senti mis à mal symboliquement, car je reste en-deçà des quotas. Bon comme ils me

connaissent maintenant à la sécurité sociale, et qu'ils voient bien que tout fonctionne en ce qui me concerne en matière de générique mais je reste encore dans la catégorie de ceux qui ne font pas les quotas parce que j'ai une sortie de subutex importante. Ça devrait évoluer dans la bonne direction et j'en suis ravi.

ACC : Il y a encore des contradictions dans le système de soin tel que vous l'expérimentez.

BM : Je trouve en effet qu'il y a beaucoup de contradictions à lever, pour arriver à une normalisation de tout ça. En fait, la question qui se pose c'est toujours la même question : la toxicomanie n'est pas reconnue dans la société. Regardez les lois. Ce sont des lois répressives, celle de 70 en tout cas, et on ne sait pas bien comment se mouvoir. Alors, on a progressé en la matière, significativement. La reconnaissance des usagers de drogues comme des malades, c'est loin d'être évident malgré tout. C'est une réalité parce qu'eux-mêmes se vivent comme ça. C'est compliqué, je le vois bien. Parfois même si l'on reste ouverts, je vois bien qu'on continue à m'identifier comme quelqu'un qui serait dans le jugement, alors que ce n'est pas mon propos et ne l'a jamais été, ça c'est important. Dans tout le réseau, il y a tout un tas d'acteurs, et il faut que le pharmacien soit identifié dans ce réseau comme l'un des acteurs, mais pas le seul. Un acteur qui a un rôle à jouer mais qu'il faut pouvoir définir. La loi nous donne des obligations et on se doit de respecter ces obligations, mais on est en retard sur la rémunération du conseil que l'on fait... Or il faut que le pharmacien puisse se sentir intimement partie prenante d'une démarche de santé publique. Moi c'est ma vision. Je suis fier de pouvoir faire ça et ça donne encore plus de sens à ce que je fais. On a besoin de se sentir partie prenante d'un mouvement de santé publique, de pouvoir accompagner des gens individuellement et pour moi la démarche de réseau est essentielle. Je m'inscris résolument dans ce travail en réseau. Je participe à des réunions au niveau du centre, je travaille dans d'autres centres d'addiction d'ailleurs. Moi je sais que j'ai un rôle mais ce rôle il est à construire. Il n'est pas totalement défini parce que c'est une démarche en mouvement et que cette démarche a besoin d'être améliorée et évaluée comme ce que vous faites, c'est pourquoi je suis très content de pouvoir en parler comme ça. On a fini ?

ACC : Les usagers que vous recevez, pouvez-vous nous confier quelques éléments sur leur profil, social, économique, sont-ils plutôt des hommes, des femmes ?

BM : C'est difficile, je ne saurai pas faire une sociologie mais je dirais qu'il y a plus d'hommes, mais des hommes et des femmes, des gens qui sont repérés comme habitants du quartier et fréquentant certains lieux, mais aussi des personnes qui arrivent des pays de l'est, qui viennent au CAARUD mais qui viennent aussi pour des kits. Il y a aussi des occasionnels, et qui ne savent pas qu'ici cela pourra être distribué gratuitement. On touche un peu à tout. J'ai des gens installés aussi, un restaurateur qui vient régulièrement, il vient

chercher une dizaine de kits et il apprécie de les chercher ici. C'est des choses pour les gens comme ça qu'ils apprécient, ça se fait très facilement.

ACC : Nous avons cette ambition de réaliser des entretiens avec des usagers. Connaître leur usage du dispositif, ce qu'ils aimeraient voir améliorer... Peut-être que vous pourriez profiter de votre proximité avec cet usager.

BM : Alors, je le vois moins parce qu'il a vendu son restaurant pour aller ailleurs mais encore de temps en temps. Oui, pourquoi pas ?

ACC : On a aussi pensé à un questionnaire confidentiel et anonyme que l'on déposerait dans les officines du PESP à destination des usagers avec des données sur leurs consommations, leurs pratiques de retours des seringues usagées. Là encore, seriez-vous partants pour participer à sa diffusion ?

BM : Oui tout à fait. C'est un bon compromis au regard de l'entretien en face à face qui prend du temps. Pas de problème, je pense que oui c'est important, les deux solutions sont les bonnes. Je pense qu'il y a des gens qui seront capables de le faire chez eux et d'autres qui éprouveront plus de difficulté pour répondre, en fonction de leur maîtrise de la langue aussi et auront davantage besoin d'un accompagnement. Ça touche tout un tas de gens alors oui.

ACC : Avez-vous d'ailleurs réussi à aller un peu loin dans le dialogue avec les usagers qui viennent vous trouver ?

BM : J'ai une jeune patiente qui vient, qui est sous méthadone. Elle vient dans mon officine depuis un an environ. Au début, elle venait juste chercher des kits. Son compagnon est aussi toxicomane. C'est une femme qui a des enfants, qui doit avoir une quarantaine d'années. J'ai commencé à parler avec elle parce que je la voyais décliner. A un moment donné, on sent que l'on peut dire les choses. Elle m'a raconté que sa mère est au courant mais qu'elle ne veut pas faire de peine à sa mère. Je lui ai conseillé de retourner dans un centre comme elle en avait déjà fréquenté...

ACC : Ça vous arrive régulièrement d'orienter ?

BM : Oui beaucoup. Et donc, en fait elle est suivie par un libéral en méthadone sirop, et elle prend 10 mg par jour. Je lui ai dit qu'elle était complètement sous-dosée. Maintenant je lui délivre sa méthadone, et on est en train d'avancer. Elle a pris RDV avec un centre. On va réévaluer tout ça et il me semble jouer un rôle important qui va pouvoir l'aider un peu. C'est important que nous qui fréquentons ces personnes, on puisse se rendre compte de cette réalité et de notre mission auprès d'eux. Il faut le faire avec doigté bien sûr mais là c'est quelqu'un qui a confiance en moi maintenant. Je ne sais pas si ce sera de nature à

s'arranger mais en tout cas, la démarche est lancée et l'on arrive à donner des kits tout en donnant du subutex ou de la méthadone, et ce n'est peut-être pas possible pour tout le monde de le faire. Il faut accepter ces pratiques paradoxales, cela fait partie de notre métier, à partir du moment où l'on a un souci de l'usager.

ACC : Comment fonctionne chez vous le PESP ?

Je suis mal à l'aise avec cette question de l'échange de seringues puisque nous ne faisons que très peu d'échange en ce sens que l'on délivre des kits mais l'on récupère très très peu de matériel à l'officine.

ACC : Pourquoi avoir envisagé ce PESP ?

J'ai repris l'officine il y a un an et j'ai souhaité poursuivre cette démarche parce que nous avons des usagers et que mon prédécesseur m'a assuré que ça se passait bien avec cette clientèle.

ACC : En termes de file active...

Notre file active est de l'ordre de 30 à 40 usagers sous TSO et nous délivrons près de 20 kits par semaine. Les profils d'usagers sont très variés. Certains sont insérés avec des enfants parfois. Nous avons peu d'usagers en grande précarité.

ACC : Avez-vous avec ce PESP des opportunités de dialogue avec la médecine de ville sur des usagers ?

Nous pouvons être amenés à interagir avec la médecine de ville oui, plutôt pour des chevauchements d'ordonnance lorsqu'il s'agit de prescription de TSO que des orientations.

ACC : Est-ce que les usagers vous sollicitent pour d'autres besoins ?

Ils viennent souvent chercher conjointement des TSO et des benzodiazépines. Je pense qu'une écrasante majorité consomme des antidépresseurs. Il nous arrive aussi de proposer des filtres pour l'injection ou des crèmes si on repère des dommages sur les points d'injection.

ACC : Comment présenteriez-vous un programme d'échange de seringues à des confrères ?

Pour que ça marche, il ne faut pas avoir d'a priori et être capable de considérer les UDVI comme des clients comme les autres. Il faut aussi pouvoir mettre à disposition des récupérateurs dans l'officine. Quant à la question de la récupération, je ne sais pas bien.

ACC : Pourquoi avoir intégré le PESP ?

VM : Je me sens investi d'un rôle de santé publique. Je n'étais pas très chaud au début mais j'ai voulu tenter l'expérience sur le principe que mon engagement serait rétractable, si ça ne se passait pas bien.

Les perceptions du toxicomane ne sont pas complètement usurpées. C'est une patientèle particulière, en majorité « gens à problèmes », du moins qui n'évoluent pas nécessairement dans des environnements favorables, qui peuvent être difficiles à gérer si s'installe le phénomène de manque...Mais c'est aussi une population à risque qu'il faut accompagner. Et peu de monde se prête volontaire pour aller dans ce sens. L'équipe d'Atypik est venue me trouver. J'ai senti que ma participation pouvait être modulable. Et j'ai pensé : « je vais le faire et on verra bien ».

ACC : En expérimentant, vous alliez pouvoir estimer la faisabilité du programme...Votre perception a-t-elle évolué ?

VM : Oui et non. Je n'ai relevé aucun incident depuis mon adhésion au programme. Je suis cependant le seul homme dans l'officine. Je les considère au même titre que d'autres patients et leur assure que je suis disposé à répondre à toutes leurs questions et à les accompagner vers le soin s'ils le souhaitent. C'est une forme d'arrangement entre nous. Je les avertis qu'ils ne pourront pas se moquer de moi deux fois. Si c'est le cas, je leur signifie que je ne veux plus les voir. Avec de la fermeté, ça se passe très bien.

ACC : Quelle est la composition de votre file active ?

VM : J'ai une file active d'habitueés essentiellement, 7 à 8 usagers réguliers qui viennent chaque semaine.

A chaque nouvel usager, je délivre des informations qui me semblent importantes pour réduire les dommages associés à l'injection. J'évoque aussi l'existence d'Atypik comme un lieu où ils peuvent être accueillis. Je propose aussi mon aide si l'utilisateur éprouvait l'envie de sortir du « cercle vicieux ». L'orientation vers Atypik semble fonctionner. Je leur rappelle aussi les quelques règles que j'entends adopter. Pour moi, il doit s'agir d'un échange de bons procédés : je fournis des kits gratuits et souhaite que l'utilisateur participe à l'échange en rapportant ses seringues usagées. Je ne dis pas qu'entrer en dialogue est chose facile. Les usagers présentent souvent une forte volonté d'anonymat, cependant s'ils souhaitent accéder à la gratuité, ils doivent consentir à recevoir de l'information et sont

obligés d'écouter. Je ne suis pas là pour faire la morale, je le précise chaque fois, ni pour les fliquer, ils s'en aperçoivent au fur et à mesure de leur passage à l'officine et ça crée des conditions plus favorables aux interactions. La confiance s'installe dans le temps. Lorsqu'un dommage survient comme un abcès, il leur devient moins difficile de le montrer, de demander de l'aide et je peux plus facilement les orienter vers un médecin et qu'ils suivent ma recommandation.

ACC : D'après vous, quels facteurs favorisent le bon fonctionnement du PES dans l'officine ?

VM : L'envie d'y participer et l'importance qu'on confère à cette action pour la santé publique, le fait aussi d'accepter de considérer un usager qui vient chercher une seringue comme un « patient normal ». Il faut une certaine méthode, observer certaines règles, les usagers ne sont pas toujours les patients les plus discrets dans l'officine (alcoolisés, shootés...) et je peux comprendre qu'il ne s'agisse pas d'une patientèle que l'on a envie de garder longtemps dans l'officine lorsqu'ils viennent chercher une seringue... Il y a un travail de pédagogie constant à réaliser notamment auprès de l'opinion : si l'action est replacée dans une perspective de santé publique et de sécurité, pour éviter les réutilisations et les seringues dans l'espace public, c'est plus tangible, plus accepté. L'argument qui consiste à dire que plus les usagers réutilisent leur seringue, plus le risque d'infections est élevé, plus les coûts de santé sont élevés plus nos impôts le sont, fonctionne pas mal aussi. Souvent tout n'est que question de pédagogie.

ACC : Rencontrez-vous des usagers qui semblent en approvisionner d'autres en kits+ ?

VM : Il arrive oui que des usagers viennent chercher des kits pour d'autres personnes. Dans ce cas, je fournis les kits demandés mais je précise que la prochaine fois, je souhaiterais que la personne à qui les kits sont destinés vienne elle-même pour que je puisse là encore introduire les objectifs du programme, donner les coordonnées d'Atypik, signaler que je suis disposé à fournir toute information complémentaire quelle qu'elle soit... médical, pharmacologique, social aussi, si on peut intervenir à ce niveau-là aussi, on le fait.

ACC : Vous rencontrez des usagers d'horizons sociaux variés ? Plutôt des hommes ou des femmes ?

VM : Majoritairement des hommes à 80 %, une population jeune, 30 à 40 ans, 1/3 sont en activité. Certains viennent chercher des seringues pour un usage festif, une fois tous les 15 jours. Au départ, ils viennent par le bouche à oreille, ils savent que c'est gratuit. Comme ils n'osent pas demander un kit gratuit la première fois, ils demandent un Stéribox puis je leur explique le fonctionnement du programme, que pour obtenir un kit gratuit, il faut rapporter

ses seringues, c'est donnant-donnant. Et je présente un taux de retour important je crois, d'après les chiffres d'ATYPIK.

ACC : Est-ce que certains usagers viennent à la fois pour des seringues et des TSO ?

VM : Oui certains d'entre eux et je sais que les autres vont chercher leur TSO dans d'autres pharmacies. J'ai des patients sous Subutex qui viennent chercher des seringues. Je leur explique les risques associés à l'injection de Subutex tout en leur précisant que je ne suis pas « leur mère » et qu'il leur revient d'utiliser ou non les informations que je dispense. Je leur explique aussi que s'il souhaite arrêter, je suis disposé à les accompagner dans ce sens et leur précise les étapes d'une démarche de prise en charge.

ACC : C'est une forme de contrat moral entre vous ?

VM : Oui, c'est de l'éducation. Pour ça ne dépasse jamais les bornes. D'où une certaine fermeté au début, comme je l'évoquais.

ACC : Que ça ne dépasse jamais les bornes ?

VM : Oui, je ne demande pas qu'ils me retournent chaque seringue qu'ils utilisent mais au moins qu'ils m'en ramènent une quand ils viennent chercher un kit.

ACC : Avez-vous identifié des ressources particulières pour vous accompagner dans le programme. Des outils de prévention ? Vos confrères ont pu évoquer l'intérêt de bulletins de toxicovigilance réguliers sur la question des éventuelles interactions entre une drogue et un traitement pharmacologique ou une pathologie, un besoin de formation au dialogue avec un usager de drogues, des informations sur une injection à moindre risque...

VM : Il ne faut pas que ce soit trop lourd ni pour nous ni pour l'utilisateur. Ni pour nous qui avons peu de temps, ni pour l'utilisateur qui n'est pas toujours en recherche de dialogue et semble craindre d'être interpellé à tous moments. En revanche, pour mieux comprendre leurs demandes, le vocabulaire de l'injection, des éléments très pratiques sur la façon dont ça se passe, comment on prépare un shoot, les conditions de l'injection me seraient utiles. Pour revenir à la réserve que mes confrères peuvent éprouver à l'idée d'intégrer un programme, je comprends leur appréhension. A cet égard, la possibilité de pouvoir expérimenter sans avoir à s'engager d'emblée sur le long terme, c'est une bonne option. Nous sommes tellement sollicités déjà. Certains peuvent préférer ne pas prendre de risque. C'était une appréhension que j'avais avant d'expérimenter le programme, celle d'une

population à risque qui poserait des problèmes. Or au quotidien, je m'aperçois que chez nous, ça se passe très bien.

PESP Lens

ACC : Pourquoi avez-vous décidé d'intégrer le programme d'échange de seringues en pharmacie de Lens et pourquoi y êtes-vous toujours ?

FR : Voilà plus de 5 ans que nous participons à l'échange de seringues. Une partie de l'équipe a été formée au square, un centre de désintoxication à Lens affilié à l'hôpital. Les débuts dans le programme ont été un peu difficiles, ce n'était pas très fonctionnel au début. Les usagers étaient réticents. Aujourd'hui on a 7 à 8 usagers réguliers.

ACC : Au quotidien, comment s'organise l'échange dans l'officine ?

FR : On invite les usagers à jouer le jeu de l'échange avec 1 kit contre 1 retour de seringues souillées. Pour favoriser la discrétion et l'anonymat, on a mis des containers au bout de l'officine, un peu à l'écart, afin que l'utilisateur puisse aller directement retourner ses boîtes sans attendre dans la file.

ACC : Pouvez-vous nous décrire quelques-uns des usagers que vous recevez à l'officine ? (leur âge, leur situation professionnelle et familiale...)

FR : En général, ils ont plus de 30 ans. On en côtoie certains depuis longtemps. Ils ont commencé à consommer très jeunes, depuis 10, 12 ans. Certains travaillent, peut-être pas la majorité mais au moins 2, 3 exercent une activité régulière salariée. Ils ont l'air insérés socialement.

ACC : Avez-vous le sentiment que vous parvenez davantage à vous rapprocher des usagers et à aborder des questions sanitaires ou d'orientation vers les soins plus facilement ?

FR : Parfois oui. Pas toujours. Certains ne souhaitent pas s'attarder. Et puis, on a de « bonnes surprises ». On suivait il y a quelques temps un usager inscrit dans un programme de substitution méthadone. Ça n'a pas marché mais il continue de venir et parfois on s'aperçoit que nos efforts de sensibilisation aux risques liés à l'injection portent un peu. On a déjà dû intervenir sur des œdèmes, aussi. Ces situations un peu critiques sont paradoxalement celles où l'on parvient à échanger plus longuement. Au début ce n'est jamais facile d'engager une discussion, ni pour eux ni pour nous quand on ne se sent pas invités à le faire et puis avec le temps, il y a une forme de progression. Tant qu'on respecte l'anonymat, le dialogue devient plus facile avec le temps. On peut plus facilement évoquer

le risque d'hépatites par exemple. Il faut dire que ce sont d'anciens usagers qui « savent ce qu'il faut ». Ce sont des usagers avertis. Et avec les confrères qui ont été sensibilisés dans le cadre d'une formation avec Atypik, on est dans des conditions favorables.

ACC : Si vous deviez décrire le programme à des confrères d'autres officines, que diriez-vous ?

FR : Que c'est de la santé publique. Notre territoire est assez défavorisé. Il y a beaucoup de toxicomanies. Qu'il faut savoir considérer les usagers de drogues comme des malades. C'est une tournure d'esprit, pas toujours facile. Certains patients sous subutex peuvent se montrer agressifs. Même si dans l'ensemble, il n'y a jamais d'incident. On tâche de notre côté d'être fermes mais équitables pour tout ce qui est substitution. On attend du patient qu'il soit « réglo », qu'il joue le jeu. On obtient d'assez bons résultats sur ce principe. Chacun de nos patients, on les connaît. C'est une petite ville, l'anonymat est tout relatif. Ceux qui venaient acheter des Stéribox et auxquels on a proposé des kits+ ont été réservés au début, ils avaient peur d'être fléchés, repérés, ont pu faire une corrélation avec les caméras dans la pharmacie. Aujourd'hui le système est bien développé. Atypik vient régulièrement. Ils nous ont donné des fiches pour encourager les usagers à venir s'informer au CAARUD. On dispose grâce à lui de pas mal de documentations. Je ne crois pas qu'il en faille trop non plus. Pour ne pas effrayer les patients. Le programme reste en proie aux préjugés des populations « normales ». On le voit avec l'opinion publique sur les salles de shoot. Pour beaucoup, c'est un « truc complètement voué à l'échec ». L'aspect santé publique n'est pas évident pour tous. Mais là aussi quand on explique le risque de dommages veineux, de thrombose, gangrène et autres, on perçoit mieux l'importance de délivrer des seringues propres. On a une marge de progression mais communiquer aide beaucoup.

ACC : Merci de votre temps et d'avoir accepté de communiquer avec nous. Une réunion de restitution aura lieu courant 2016 à Lens, nous espérons que les équipes qui ont accepté de partager leurs expériences pourront se mobiliser dans ce contexte.

Entretien avec Jérôme G – Pharmacien

PESP LENS – 15 janvier 2016

ACC : Vous êtes entré récemment dans le programme d'échange de seringues, en 2015, je crois. Qu'est-ce qui vous y a décidé ? Qu'est-ce qui vous anime ?

GJ : La santé publique, essentiellement. Eviter des contaminations, les seringues qui se baladent, et pour avoir l'occasion d'échanger un peu plus avec les patients. Ça permet de voir que les...les personnes qui sont toxicomanes reviennent ici et c'est l'occasion pour nous d'instaurer un peu de dialogue. Voilà...

ACC : Depuis combien de temps exercez-vous votre activité ?

GJ : Moi je suis installé depuis huit ans.

ACC : Et vous aviez déjà reçu j'imagine des usagers de drogues...

GJ : Des usagers qui étaient déjà sous Stéribox oui, des personnes qui venaient chercher leur Stéribox une à deux fois par semaine. Avec le programme, on est plutôt à un à deux kits par jour. On a plus de passages donc a priori moins de seringues réutilisées et puis des retours de seringues plus fréquents avec des seringues qui se retrouvent dans des containers plus que au pire dans la rue, au mieux dans une poubelle.

ACC : Votre officine est située dans un centre commercial. On peut imaginer qu'elle fait partie des grandes officines ?

GJ : Alors, c'est ce que tendrait à suggérer l'image du centre commercial mais en vérité il y a certes beaucoup de passage mais jamais suffisamment de place.

ACC : A propos d'espace, l'adhésion au PESP a-t-il eu une incidence sur la configuration de l'officine ? Je pense notamment à l'emplacement du container...

GJ : Nous avons 6 comptoirs alignés et le container pour les seringues est placé au niveau du dernier comptoir. On a identifié les usagers, on les connaît maintenant, donc le plus souvent lorsqu'ils arrivent, on les précède pour que l'échange puisse se faire « discrètement ». Mais bon ça reste toujours devant mais ça permet de ne pas forcément avoir à annoncer le produit, etc.

ACC : Vous avez aussi le sentiment que c'est une attente des usagers, cette discrétion et cet anonymat lors de la délivrance d'un kit ?

GJ : Oui, ça dépend. Il y a aussi une demande de rapidité parfois aussi. Il peut nous arriver de faire l'échange sans cesser de servir un autre patient. Et parfois, quand les usagers ont un peu plus de temps, on va pouvoir instaurer un dialogue. D'ailleurs, je ne sais pas si c'est à vous que les questionnaires patients sont renvoyés ?

ACC : Oui c'est à nous. Nous en avons reçu déjà en effet en provenance d'usagers du programme.

GJ : J'ai quelques patients dont je pense qu'ils ont dû retourner le questionnaire. Je ne veux pas trop les questionner à ce sujet si c'était négatif pour ne pas mettre en faute la personne alors que ce n'est pas le but.

ACC : C'est déjà une donnée intéressante de savoir que de votre point de vue, vous recevez des patients qui sont a priori ouverts à l'idée de donner leur avis sur le programme car ça ne va pas de soi que les usagers souhaitent communiquer sur leurs pratiques et usages des dispositifs ni non plus que le pharmacien parvienne à créer un dialogue avec les usagers. Du moins d'après les entretiens que l'on a pu mener, ce n'est pas une constante.

GJ : Ça dépend des patients et ça dépend des moments. On en voit certains qui sont très « speed » et il faut que ça aille vite, et pour ces gens-là on fait l'échange et puis à la prochaine, et d'autres dont on sent qu'ils sont plus à même de prendre deux minutes pour écouter et qui seront contents d'être pris en considération.

ACC : Vous avez le sentiment qu'une attention particulière peut leur être profitable. Vous proposez de vous-même lorsque le temps le permet des conseils de réduction des risques sur l'échange de matériel, les contaminations...

GJ : Oui des choses comme ça. Principalement ils viennent chercher des kits mais on propose aussi des systèmes de filtration que l'on prend quelques instants à expliquer,...pour certains SDF on va prendre un peu de temps pour discuter avec lui de sa situation, parfois on proposera même des soins même si ce n'est pas forcément évident.

(S'adressant à son collègue) Tu as fait toi des soins au type avec le chapeau ? Pour sa plaie, au niveau de la main ? Ou alors il le fait tout le temps lui-même ?

Alors, il avait une main gonflée, c'était sûrement lié à l'injection même s'il a dit que c'était une piqûre de moustique, et on lui a fourni de quoi se soigner. Bon, évidemment injecteur de Subutex, une petite plaie qui s'est transformée en belle plaie bien béante. On lui avait donné des pansements, voilà en attendant qu'il aille voir un médecin ou qu'il aille aux urgences. On lui a donné de quoi faire les premiers soins.

ACC : Peu importe qu'il vienne pour une plaie liée à ses pratiques d'injection, il vous a identifié comme des personnes qui pourraient possiblement le secourir et c'est ce que vous avez fait.

GJ : Et puis on peut discuter avec lui. Je pense toujours au même. Il y a beaucoup de dialogues avec lui. Il n'a plus de logement alors il est souvent à la rue ou en squat ou il ira dormir dans un Formule 1 quand il est trop fatigué. On discute avec lui de l'hospitalisation et il nous disait qu'il préfère attendre pour le weekend pour aller aux urgences pour avoir plus de chances d'être hébergé à l'hôpital.

ACC : Avez-vous des rapports plus rapprochés avec d'autres usagers ? D'ailleurs, votre file active...

GJ : Alors j'ai ce patient-là, j'ai un autre patient beaucoup plus régulier, il est logé quant à lui. Lui, quand on voit qu'il est speed, qu'il veut simplement faire son échange et puis « basta » on fait vite, et quand on le sent plus ouvert, on lance une discussion. Ah j'ai la personne d'ATYPIK qui vient d'arriver.

ACC : Bon, alors je vais vous laisser profiter de sa présence. A propos de vos besoins éventuels en termes d'outils et de formation, j'imagine que vous en avez déjà fait part à Benoît Cauliez, le cas échéant.

GJ : Pour l'instant, on n'a identifié de besoins spécifiques. On est en contact régulier avec ATYPIK.

ACC : Oui j'imagine. Je vais vous laisser avec Benoît. Sachez que l'on organisera une journée sur la santé publique en officine courant 2016, au 3^e trimestre a priori avec un temps de restitution des résultats de cette enquête. On vous espère nombreux à cette occasion.