

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Pharmacie

ANNÉE 2014

THÈSE N°

Réduction des risques et officine : place du pharmacien auprès des usagers

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement

le 16 juin 2014

par

Amélie GUILLON

Née le 20 avril 1989, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Jacques BUXERAUDPrésident

Mme le Docteur Catherine FAGNERE..... Juge

Mme le Docteur Catherine CHEVALIER..... Directeur de thèse

M. le Docteur André NGUYEN Juge

**Réduction des risques et officine : place du
pharmacien auprès des usagers**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement

le 16 juin 2014

par

Amélie GUILLON

Née le 20 avril 1989, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Jacques BUXERAUDPrésident
Mme le Docteur Catherine FAGNERE..... Juge
Mme le Docteur Catherine CHEVALIER..... Directeur de thèse
M. le Docteur André NGUYEN Juge

DOYEN DE LA FACULTÉ : Monsieur le Professeur Jean-Luc **DUROUX**

1^{er} VICE-DOYEN : Madame Catherine **FAGNÈRE**, Maître de Conférences

2^{ème} VICE-DOYEN : Monsieur le Professeur Serge **BATTU**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS :

BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
BENEYTOUT Jean-Louis	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
BOTINEAU Michel	BOTANIQUE ET CRYPTOGRAMIE
BROSSARD Claude	PHARMACOTECHNIE
BUXERAUD Jacques	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
DELAGE Christiane	CHIMIE GÉNÉRALE ET MINÉRALE
DESMOULIÈRE Alexis	PHYSIOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
ROUSSEAU Annick	BIOSTATISTIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS ÉMÉRITES DES UNIVERSITÉS

CHULIA Dominique	PHARMACOTECHNIE
DREYFUSS Gilles	PARASITOLOGIE
LOUDART Nicole	PHARMACOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

LACHÂTRE Gérard

TOXICOLOGIE

MOESCH Christian

HYGIÈNE HYDROLOGIE
ENVIRONNEMENT

ROGEZ Sylvie

BACTÉRIOLOGIE ET VIROLOGIE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIEN HOSPITALIER DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES : (en détachement)

PICARD Nicolas

PHARMACOLOGIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
DELEBASSÉE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNÈRE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
LÉGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne IMMUNOLOGIE	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-
PASCAUD Patricia	PHARMACIE GALÉNIQUE
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
SIMON Alain	CHIMIE GÉNÉRALE ET MINÉRALE
TROUILLAS Patrick	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE
VIGNOLES Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE

PROFESSEUR de LYCEE PROFESSIONNEL :

ROUMIEUX Gwenhaël

ANGLAIS

ATTACHÉ TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :

MAMMARI Nour (1/10/13 au 31/08/14)

MICROBIOLOGIE

VEDRENNE Nicolas (1/11/13 au 31/08/14)

CHIMIE ANALYTIQUE

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur le Professeur Jacques BUXERAUD,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury,

Pour votre enseignement au cours de ces années et votre
volonté de nous transmettre votre savoir.

Merci au Docteur Catherine FAGNERE, maître de conférences,

Pour avoir accepté avec gentillesse d'être juge de cette thèse,

Pour votre enseignement et votre disponibilité auprès des étudiants.

Je remercie le Docteur Catherine CHEVALIER, Directeur de cette thèse,

Pour ses conseils, son écoute et sa disponibilité dans ce travail.

Je remercie également le Docteur André NGUYEN, Docteur en pharmacie,

Pour sa patience, ses conseils, son aide et le temps passé pour réaliser ce travail.

Merci à mes parents, Denis et Marie Claire,

Pour leur soutien durant toutes ces années et pour avoir toujours été là pour moi, dans les bons comme dans les mauvais moments.

Merci à toute ma famille,

Qui m'a également toujours apporté son soutien.

Merci à Tata Denise,

Pour son éternelle écoute et ses conseils dans mes différents projets.

Je remercie mes amis rencontrés à la faculté,

Camille, Elodie, Hélène, Jean Charles et Sophie, avec qui j'ai partagé de très bons moments de complicité et de joie mais également de pression à l'approche des examens. Merci aussi à Ju pour nous avoir toujours encouragées et supportées toutes ces années.

Merci également à tous mes amis,

Constance qui a toujours su m'écouter, me soutenir et me reconforter durant ces années et pour tous les moments partagés ensemble,

Rémy et Annabelle, qui même partis un peu plus loin dernièrement sont toujours là pour moi, notamment Annabelle qui a participé et s'est intéressée à ce travail, mais surtout pour les moments de fête, de joie et de vacances passés ensemble qui m'ont permis de me changer les idées.

Merci également aux amis guérétois de longue date,

Aurélie, Gaël, Maximin, Pierre et Rémi qui sont toujours présents malgré l'éloignement géographique pour certains, on arrive toujours à se retrouver pour passer de bons moments ensemble.

Je tiens également à remercier tous les pharmaciens qui ont participé à l'enquête.

Droits d'auteurs

Droits d'auteur réservés.

Toute reproduction sans accord exprès de l'auteur à des fins autres que strictement personnelles est prohibée.

OU



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Paternité-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Table des matières

Introduction	23
1. La Réduction Des Risques	25
1.1. Historique des concepts.....	25
1.2. Nécessité d'une politique de réduction des risques en France.....	27
1.2.1. Problèmes rencontrés lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse	28
1.2.2. Problèmes infectieux rencontrés par les usagers de drogues	29
1.2.3. Les populations cibles.....	32
1.2.3.1. Réduction des risques et milieu carcéral	32
1.2.3.2. Réduction des risques et précarité	35
1.2.3.3. Réduction des risques et grossesse.....	37
1.3. Les objectifs de la réduction des risques	39
1.4. Les modalités d'intervention	39
1.5. Moyens mis en œuvre dans la réduction des risques	40
1.5.1. L'information et la prévention	40
1.5.2. Les CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de Drogues	41
1.5.3. Les CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	43
1.5.4. Accès au matériel stérile	44
1.5.5. Traitements de Substitution aux Opiacés.....	47
1.5.5.1. La buprénorphine	48
1.5.5.2. La méthadone	51
1.5.5.3. Le Suboxone®	53
1.5.6. Autres dispositifs.....	55
1.5.6.1. Salles de Consommation à Moindre Risque.....	55
1.5.6.2. Héroïne médicalisée	58
1.5.6.3. Programme ERLI	59
1.5.7. Réduction des risques et autres substances psychoactives.....	61
1.5.7.1. Réduction des risques et alcool.....	61
1.5.7.2. Réduction des risques et tabac	66
2. Pharmacien d'officine et réduction des risques	71
2.1. Le rôle du pharmacien d'officine	71
2.1.1. Acteur de proximité	71
2.1.2. Code de Déontologie	71
2.1.3. Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) et nouvelles missions du pharmacien.....	72
2.2. Problématiques de terrain.....	74
2.2.1. Délivrance des traitements de substitution	74
2.2.1.1. Buprénorphine	74
2.2.1.2. Méthadone	75
2.2.2. Programme d'échange de seringues en pharmacie	76
2.2.2.1. Généralités.....	76
2.2.2.2. Méthode de mise en place d'un Programme d'Echange de Seringues.....	79
2.2.2.3. Réglementation encadrant la récupération et le transport des matériels souillés.....	79
2.2.3. Expérience réalisée en 2003 à Ivry sur Seine	81
2.3. Proposition d'une enquête de terrain	83
3. Résultats de l'enquête et proposition d'amélioration des pratiques.....	85
3.1. Contexte de l'enquête	85
3.2. Le questionnaire	85
3.3. Méthodologie	89
3.4. Résultats de l'enquête	92
3.4.1. Résultats concernant le profil des patients	92

3.4.2. Résultats concernant le Traitement de Substitution aux Opiacés.....	94
3.4.3. Résultats concernant d'éventuels autres usages	96
3.4.4. Résultats concernant la perception de la consommation de produits	99
3.4.5. Résultats concernant le traitement de substitution	100
3.5. Propositions d'améliorations	102
3.5.1. Favoriser le dialogue avec le patient.....	102
3.5.2. Donner de l'information sur les médicaments de substitution	102
3.5.3. Education thérapeutique du patient.....	103
3.5.4. Place de la récupération des seringues	103
3.5.5. Aborder les consommations associées	104
Conclusion	107
Références bibliographiques.....	108
Table des annexes.....	112
Table des illustrations.....	123
Table des tableaux.....	124
Serment de Galien.....	125

Abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
DASRI	Déchet d'Activité de Soins à Risque Infectieux
DGS	Direction Générale de la Santé
ERLI	Education aux Risques Liées à l'Injection
HPST	Hôpital Patients Santé Territoire
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
PES	Programme d'Echange de Seringues
RDR	Réduction Des Risques
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RTU	Recommandation Temporaire d'Utilisation
SCMR	Salle de Consommation à Moindre Risque
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UDVI	Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse

Introduction

Introduction

Nous sommes actuellement en pleine transition du métier de pharmacien. De nouvelles missions lui sont confiées.

Un suivi des patients sous Anti-Vitamine K est actuellement déjà mis en place, il sera suivi dans peu de temps par celui des patients asthmatiques.

L'objectif à terme pour le pharmacien serait de réaliser un suivi régulier des patients atteints d'une pathologie chronique. Cela permettrait d'effectuer une surveillance de l'observance du traitement par les patients, une prévention renforcée de la survenue d'effets indésirables et une meilleure éducation thérapeutique des patients.

La question du suivi des patients usagers de substances psychoactives est d'actualité.

Ce travail de thèse propose une réflexion sur la place du pharmacien dans le suivi de ces patients. Quels conseils peut-il être amené à leur apporter ? Cela renvoie au concept de la réduction des risques.

Nous allons décrire dans une première partie le concept de réduction des risques, pourquoi une telle politique est actuellement nécessaire, ses objectifs, les modalités de son action et les moyens dont on dispose aujourd'hui en termes de réduction des risques.

Nous expliquerons ensuite le rôle du pharmacien d'officine dans la réduction des risques et les problématiques de terrain qu'il est amené à rencontrer.

Enfin, la troisième partie permettra d'étudier les résultats d'une enquête de terrain réalisée auprès des patients ayant un traitement de substitution aux opiacés dans différentes pharmacies et de proposer des axes de travail et d'amélioration.

Partie 1 : La Réduction Des Risques

1. La Réduction Des Risques

La Réduction Des Risques (RDR) désigne l'ensemble des stratégies visant à limiter les risques et les dommages sanitaires ou sociaux liés à un domaine spécifique. La RDR peut s'appliquer à tous les domaines : militaire, scientifique, social, économique, financier, architectural, agriculture, programmation informatique, toxicomanie, sexualité, écologie, etc.

La réduction des risques s'appuie sur un principe de prévention.

1.1. Historique des concepts

La réduction des risques a débuté il y a un peu plus de vingt ans dans de nombreux pays d'Europe, en Amérique du Nord et en Australie.

En Grande-Bretagne, la réduction des risques a été conceptualisée en 1987, elle est inscrite dans une politique de santé publique fondée sur l'acceptation de l'usage de drogues : « il vaut mieux ne pas consommer de drogue mais si vous en consommez, il vaut mieux consommer les drogues les moins dangereuses et de la façon la moins dangereuse possible ; il vaut mieux ne pas s'injecter des drogues, mais si vous persistez à vous injecter, alors il faut utiliser une seringue stérile. ». [1]

En Suisse, la réduction des risques débute en 1990, elle ne se limite pas à la santé, mais elle est fondée sur quatre piliers : la prévention, la répression, les soins et la réduction des dommages.

En Allemagne, on cherche à obtenir une cohérence entre la réduction des dommages et la réduction des nuisances, avec le développement d'équipes de rue, l'accueil des usagers, des salles d'injection et la proposition d'un hébergement, l'insertion sociale et professionnelle. Cette démarche a pour ambition d'insérer l'utilisateur de drogues au sein de la vie de la ville.

En France, le développement de la réduction des risques a été plus tardif et plus modeste.

La réduction des risques a débuté en 1987, grâce au décret du 13 mai 1987, à l'initiative de Mme Barzach, Ministre de la Santé de 1986 à 1988, qui autorisait la vente libre de seringues en officine. Ce décret permettait une expérimentation d'un an, qui a été reconduite en 1988. Cela a conduit au décret du 11 août 1989 qui modifie celui du 13 mars 1972 [2] qui n'autorisait la vente de seringue en officine que sur présentation d'une ordonnance ou par

commande écrite avec justification de l'identité de l'acheteur. Cette ancienne législation représentait un frein important pour les usagers de drogues par voie intraveineuse à accéder au matériel stérile et par conséquent entraînait une réutilisation du matériel d'injection, donc une transmission des infections entre les usagers.

En 1990 sont apparus les premiers Programmes d'Echange de Seringues (PES), mis en place par Médecins du Monde. Ce dispositif sera exposé dans le paragraphe « Accès au matériel stérile ».

En 1991 est créé le Stéribox®, un nouveau moyen pour permettre l'accès au matériel stérile. Il sera détaillé dans le paragraphe « Accès au matériel stérile ».

L'année 1994 est le réel point de départ de la réduction des risques en France. Simone Veil alors Ministre des Affaires sociales, de la Santé, et de la Ville annonce la mise en place d'un dispositif de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, qui a deux objectifs : prévenir la contamination par les virus du sida et de l'hépatite C et permettre aux usagers de drogues par voie intraveineuse d'avoir accès au système de soins.

Différentes mesures sont proposées :

- des Programmes d'Echange de Seringues
- des « boutiques » permettant d'accueillir les usagers même s'ils ne renoncent pas à leur consommation
- la création de réseaux de médecins généralistes
- la mise en place d'équipes chargées de l'accueil des toxicomanes à l'hôpital
- le développement des traitements de substitution
- la diffusion du Stéribox®.

Grâce à la mise en place de ces actions, entre 1994 et 1999, on a observé une baisse de 79% du nombre d'overdoses mortelles ainsi qu'une baisse de 68% des interpellations d'usagers d'héroïne.

En 1994, les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST) sont autorisés à délivrer de la méthadone.

En 1996, la buprénorphine haut dosage devient accessible, elle peut être prescrite par tous les médecins, on compte alors entre 21 000 et 32 000 patients sous traitement. L'année suivante 34 000 à 51 000 patients disposaient du traitement, et en 2000 ils auraient été 72 000 sous buprénorphine. [1]

Ce n'est qu'en 2003 que la méthadone voit sa prescription autorisée à tous les médecins exerçant en établissement de santé, cela permet d'élargir encore le champ d'intervention dans la réduction des risques.

De 2003 jusqu'à nos jours, d'autres moyens de réduire les risques sont apparus :

- la Suboxone® en 2012,
- la cigarette électronique,
- la recommandation temporaire d'utilisation du baclofène,

qui seront développés dans le paragraphe « Moyens mis en œuvre dans la réduction des risques ».

1.2. Nécessité d'une politique de réduction des risques en France

Les usagers problématiques de drogues comme ils ont été décrits par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), sont des usagers de drogues par voie intraveineuse ou des usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée parmi les 15-64 ans. Ils étaient 60 000 en 2010 selon les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Ces personnes sont fortement exposées aux risques d'infection par le virus du sida ou le virus de l'hépatite C, compte tenu de leurs pratiques d'injection. La majorité des problèmes rencontrés par les usagers de drogues apparaît avec l'usage des drogues par voie intraveineuse. Cette pratique a été employée au moins une fois au cours de la vie chez 7 usagers sur 10. L'âge moyen de la première injection est de 20,9 ans. A 15 ans, 8,8% des usagers ont déjà été initiés à l'injection, 40,6% à 18 ans et 95% à 30 ans. On note également que les moins de 20 ans recourent deux fois plus à l'injection que les plus de 50 ans. [3]

Les CAARUD reçoivent une population d'usagers qui maîtrise moins sa consommation de drogues et qui souvent, se trouve en situation précaire. Cependant, on note un recul de la précarité des usagers en 2010 par rapport aux études précédentes, malgré le constat que près de la moitié des usagers est sans domicile fixe, ou habite dans un logement précaire, plus de la moitié vit grâce aux aides sociales et un quart n'a pas de ressource officielle. [3]

L'âge moyen des usagers fréquentant les CAARUD augmente et passe de 34,1 ans en 2008 à 35,5 ans en 2010.

En ce qui concerne le niveau de scolarité des usagers qui fréquentent les CAARUD, 23,2% ont atteint le niveau du bac, 65,2% ont décroché un diplôme professionnel ou du secondaire (CAP, BEP) ou du niveau « collègue ».

Pour ce qui est des documents officiels, 78,4% des participants à l'enquête disposent de papiers d'identité valides français ou étrangers (7,2%), les autres sont pour 6,1% en situation irrégulière ou pour 7,2% ont perdu leurs papiers. La plus grande partie des usagers dispose d'une couverture « santé » minimale, en particulier les plus de 25 ans qui lorsqu'ils ne sont pas affiliés à la Sécurité Sociale, disposent de l'Aide Médicale de l'Etat. [3]

1.2.1. Problèmes rencontrés lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse

Selon l'enquête nationale de 2006 réalisée dans les CAARUD [4], les usagers de drogues par voie intraveineuse ont décrit différents problèmes qu'ils rencontrent au cours de l'injection.

Problème rencontré par l'utilisateur	% d'utilisateurs confrontés à ce problème
Difficulté à s'injecter	47,4 %
Apparition d'hématome au point d'injection	34,7 %
Gonflement des mains et des avant-bras	30,8 %
Abcès cutanés	25,4 %
Veines obstruées, thromboses ou phlébites	21,4 %
Pic fébrile suite à l'injection	17,7 %
Gonflement des pieds ou des jambes (injections répétées au niveau des membres inférieurs)	10,5 %

Tableau 1 : Différents problèmes rencontrés par les usagers lors de l'injection

1.2.2. Problèmes infectieux rencontrés par les usagers de drogues

Historique VHC et VIH

L'épidémie du VHC aurait débuté au cours de la Seconde Guerre mondiale avec l'utilisation fréquente des traitements par voie intraveineuse et le développement de l'usage de drogues par voie injectable. Le virus VHC a été identifié en 1989. Dix ans plus tard selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 170 millions de personnes étaient infectées dans le monde, dont 8,9 millions en Europe. En 2001, on a recensé 2646 décès causés par les VHC, et parmi ces 2 646 personnes, 10,5% étaient co-infectées par le VIH. En 2004, parmi les Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse (UDVI), 59,8% étaient infectés, dont 70% avaient pratiqué l'injection au moins une fois au cours de leur vie. En 2006, ce taux a baissé de plus de quinze points, avec 42% des UDVI infectés par le VHC. [2]

L'épidémie du sida a été l'un des moteurs pour lancer la politique de réduction des risques dans les années 1980. Selon les chiffres de 2008, parmi les 15,9 millions de personnes pratiquant l'injection de drogues, environ trois millions seraient séropositives pour le VIH. Depuis 2003, on observe une diminution du nombre de contaminations par le VIH dues à l'usage de drogues par voie intraveineuse. En Europe, dans quinze pays de l'Union Européenne dont la France, chez les personnes qui pratiquent l'injection depuis moins de deux ans, la prévalence pour le sida est inférieure à 10%. Cependant l'Ukraine et les pays de l'Est posent problème. En 2007, on comptait 7 087 nouveaux cas d'infection par le VIH en Ukraine, alors qu'en moyenne pour la même année, on a recensé 4,7 nouveaux cas pour un million d'habitants. En France, jusqu'en 1997, le nombre total de personnes infectées par le VIH était de 105 000 dont 27 000 UDVI. Ce nombre continue à diminuer au cours des années, pour arriver à 97 000 en 2003. En 2009, le nombre de nouvelles contaminations chez les UDVI était de 91 pour 100 000 personnes, soit 70 contaminations. [2]

Evolution des épidémies de VHC et VIH

Les épidémies de VHC et de VIH ont évolué de différentes manières à partir de 1985. Avant cette période, les deux épidémies avaient une forte incidence, mais dès 1985, on observe une poursuite du développement de l'épidémie de VHC jusqu'en 1990, alors que l'incidence du VIH connaît une décroissance rapide à partir de cette période.

Cette diminution du nombre de personnes infectées par le virus du sida peut s'expliquer par trois facteurs :

- la « découverte » du virus en 1983 et la mise à disposition de sérodiagnostic à partir de 1985
- l'apparition des premiers cas de sida au sein de la population des usagers de drogues
- la mise en vente libre de seringues stériles à partir de 1987. [2]

Maintien du VHC dû à son mode de transmission

La transmission du VHC se fait essentiellement par voie parentérale, avec la mise en contact direct entre le sang d'un individu indemne et celui d'un sujet infecté. L'injection de drogues par voie intraveineuse est la principale source de contamination.

De nouvelles pratiques sont apparues, comme celle de la consommation de cocaïne par voie nasale : le sniff. Cette pratique se réalise souvent en groupe avec partage des outils de consommation. Selon les résultats de l'étude Coquelicot 2004-2007, 25% des usagers partagent la paille de sniff, c'est ainsi que se produit la contamination, car le virus VHC est présent dans les mucoosités nasales d'une partie des personnes porteuses du VHC dans le sang.

Un kit stérile sur le modèle du Stéribox®

Le Strawbag® est un kit à usage unique destiné aux usagers de drogues par voie inhalée. Il comprend deux mouchoirs en papier pour nettoyer le nez avant l'inhalation, un mini-pilon pour écraser les cristaux de poudre, une coupelle miroir d'une taille de 5x9 cm aux parois lisses et réfléchissantes, une cartonnnette proligne pour réaliser la ligne de poudre, deux pailles de 8 cm de long en matière transparente plastique semi-souple et non-électrostatique, deux dosettes d'eau stérile pour rincer le nez après l'inhalation et deux cotons tiges imprégnés d'un mélange d'huiles végétales naturelles adoucissantes destinés à hydrater les narines et les muqueuses. Le kit contient également un préservatif masculin et une dosette de lubrifiant intime. Ce kit est proposé par l'association Argile à Colmar. [5]

Prévalence actuelle du VHC et du VIH et problème du partage de matériels par les jeunes usagers

	Injecteurs	Non injecteurs
Séropositifs au VIH	8,7 %	3,8 %
Séropositifs au VHC	47,6 %	7,7 %

Tableau 2 : Prévalence des infections au VIH et VHC chez les usagers injecteurs ou non

Selon l'enquête nationale réalisée en 2006 par les CAARUD, la prévalence de la séropositivité au VIH et au VHC est plus importante lorsque les usagers pratiquent l'injection. [4]

L'injection en elle-même n'est pas la seule cause de contamination par le VIH ou le VHC. Le partage du matériel d'injection comme la seringue, mais également le partage du petit matériel servant à la préparation de l'injection est en cause dans de nombreuses contaminations.

D'après cette même étude de 2006, un usager sur deux déclare n'avoir jamais partagé de seringue et 23% « presque jamais ». Par contre, un usager sur six déclare partager sa seringue occasionnellement et 5,4% partagent régulièrement leur seringue. [4]

Les taux de partage du petit matériel sont les suivants :

- 8,3% partagent la seringue
- 13,3% partagent l'eau de préparation
- 8,5% partagent l'eau de rinçage
- 13,9% partagent le récipient ou la cuillère de préparation
- 10,9% partagent le coton ou les filtres.

Selon l'enquête Ena-Caarud 2010, dont les résultats ont été rendus publiques en septembre 2012, le partage du petit matériel et des seringues est resté constant entre 2006 et 2010. [3]

On observe également que les usagers de drogues injecteurs partagent d'autant plus le matériel qu'ils sont jeunes, entre un quart et la moitié de la population des usagers des moins de 20 ans pratique le partage. [3] [4]

La majorité des usagers déclare avoir effectué le test de l'infection par le VIH et le VHC, respectivement 84,4% et 81,4%. Cependant, près de la moitié des jeunes de moins de 20 ans déclare n'avoir réalisé aucun des deux tests, et c'est également le cas pour un quart des usagers de plus de 50 ans.

En résumé

Jusqu'au début des années 1980, l'usage de drogues par voie intraveineuse avec partage de seringue était la règle générale, ce qui explique le nombre important de personnes contaminées aussi bien par le VIH que par le VHC durant cette période. Depuis 2000, la prévalence de l'infection par le VHC et le VIH chez les UDVI a diminué. Cette baisse pourrait s'expliquer par l'impact des mesures de santé publique pour la réduction des risques, par l'évolution des pratiques des usagers et également par l'accessibilité aux traitements antiviraux. La pratique du dépistage se diffuse et permet un suivi voire dans certains cas un traitement des usagers. Malgré les mesures de réduction des risques qui sont actuellement mises en œuvre, un effort doit encore être fourni pour faire diminuer le taux de contamination par le VHC qui reste toujours élevé, à cause du partage du petit matériel d'injection et de la survie prolongée du virus hors de l'organisme humain.

1.2.3. Les populations cibles

1.2.3.1. Réduction des risques et milieu carcéral

Les prisons représentent un lieu de haute prévalence pour le VIH et les hépatites virales. En France, la prévalence en milieu pénitentiaire pour le VIH est de 0,6 à 2%, et celle de l'hépatite C est de 4,2 à 6,9%. [6]

Les séjours en prison sont des périodes à risque pour les usagers de drogues, il y a un risque de contamination très élevé du fait du partage du matériel d'injection qui est une pratique courante, dans 60 à 90% des cas. [2]

Différents moyens sont mis en œuvre pour réduire les contaminations et les pratiques d'injection des usagers incarcérés.

Programmes d'Echange de Seringues

Le premier programme d'échange de seringues en prison a été mis en place en Suisse en 1992. Actuellement, seulement neuf pays le pratiquent, dont quatre dans l'Union Européenne : Allemagne, Espagne, Luxembourg et Roumanie.

Différentes méthodes de distribution de seringues stériles sont mises en place :

- par un infirmier ou un médecin de l'unité médicale implantée dans l'établissement
- par des organismes non gouvernementaux ou des professionnels indépendants
- par des détenus qui ont reçu une formation de pairs intervenants
- par des distributeurs automatiques

Ces programmes d'échange de seringues ont permis d'apporter certaines améliorations :

- arrêt ou large réduction du partage de matériel d'injection
- diminution du nombre d'abcès, de surdosages ou de décès liés à l'injection de drogues
- amélioration du recours aux soins
- orientation vers des programmes de désintoxication
- pas de nouveaux cas de VIH
- pas d'augmentation du nombre de détenus pratiquant l'injection, pas d'augmentation de l'usage de drogues, ni d'augmentation de la disponibilité des drogues en prison
- aucune séroconversion pour le VIH, seulement quelques-unes pour le VHC
- diminution des tensions entre les prisonniers et le personnel
- augmentation de la sécurité pour le personnel. [6]

Aucune étude ne révèle de conséquences négatives quant à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en prison, cependant cette pratique connaît certaines limites :

- elle n'est pratiquée que dans les établissements accueillant moins de 300 détenus
- les données collectées sont obtenues sur auto-déclaration des détenus, or la consommation de drogues en prison est une infraction grave, le recueil des données peut donc être biaisé
- le seul moyen d'évaluer les effets des programmes d'échange de seringues est l'observation.

Dans certains pays, la mise en place de programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire connaît une forte opposition.

Une solution de recours est alors proposée mais ne semble pas très efficace. Il s'agit d'utiliser de l'eau de Javel pour décontaminer le matériel d'injection et ainsi lutter contre la transmission du VIH. Cette alternative est employée en France, au Danemark, en Lituanie, en Autriche, en Finlande, au Royaume-Uni et en Norvège.

L'efficacité de cette technique a été démontrée, mais en pratique certains doutes sont évoqués, notamment concernant le temps de contact entre le matériel d'injection et l'eau de Javel pour que la décontamination soit efficace. La décontamination ne permet pas d'éliminer le virus du VHC qui est plus résistant que celui du VIH. [6]

Accès aux traitements de substitution aux opiacés

L'accès aux traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral n'est possible que dans 38 pays parmi les 80 qui proposent ces traitements en milieu libre.

Dans l'Union Européenne, 21 pays disposent de traitement de substitution en milieu carcéral. [6] La plupart de ces pays propose de la méthadone, qui permettrait de faciliter le maintien dans un circuit de soins à la sortie de prison et qui réduirait les troubles du comportement en détention. [2]

La France fait exception en rendant accessible en milieu carcéral le traitement de substitution par la buprénorphine haut dosage.

Dans tous les cas, on a observé que la mise en place d'un traitement de substitution en prison était associée à une diminution de la mortalité, à une plus faible récurrence de consommation de drogues et à un taux moins élevé des réincarcérations.

Autres dispositifs de réduction des risques mis en place en prison

L'accès aux préservatifs est généralisé dans les prisons françaises, mais un tiers des détenus déclare ne pas en être informé.

La vaccination antivirale est obligatoirement proposée aux personnes détenues dans les prisons françaises.

On note également que l'accès aux antirétroviraux et aux traitements post-exposition est satisfaisant dans les prisons françaises. [2]

En résumé

La réduction des risques en milieu carcéral en France n'est pas mise en place de manière égale sur tout le territoire, des progrès restent à faire. Les Programmes d'Echange de Seringues ne sont pas opérationnels, les Traitements de Substitution aux Opiacés sont plus ou moins disponibles en fonction des prisons, ce qui est également le cas de la mise à disposition de l'eau de Javel pour décontaminer le matériel d'injection.

1.2.3.2. Réduction des risques et précarité

Il est difficile de convaincre les sujets en situation précaire de fréquenter les structures de soins adaptées qui peuvent les aider. Il existe plusieurs profils d'usagers précaires :

- les jeunes qui revendiquent leur marginalité, qui semble être un choix, ils sont visibles dans le milieu urbain. Ce type d'usagers présente des prises de risques maximales
- les usagers en errance, qui ont des conditions de vie très précaires, ils vivent souvent dans la rue, dans des squats, ils sont souvent interpellés pour des faits de délinquance et sont parfois contraints à se prostituer pour obtenir de la drogue. Leur consommation est constituée de produits tels que le crack, les

médicaments de substitution détournés, les benzodiazépines, l'alcool avec des bières fortement alcoolisées et du cannabis

- les usagers migrants sans autorisation de séjour, venant des pays de l'Est, de Chine, du Moyen-Orient ou du Maghreb. Ils sont dans des situations de vulnérabilité, sans travail, sans logement et leur consommation de drogue se fait avec des prises de risques aggravées
- les personnes « exclues » de la société qui vivent dans la rue ou dans des hébergements de fortune ou de transition. Elles consomment de l'alcool et sont souvent atteintes de troubles psychiatriques importants.

L'usage de substances psychoactives apparaît être à la fois une cause et une conséquence de la situation dans laquelle se trouvent les personnes précaires. La consommation de drogues va entraîner et/ou maintenir la personne dans la précarité, mais elle permet également son adaptation à la situation compliquée dans laquelle elle se trouve, la prise de drogues va permettre de supporter les mauvaises conditions de vie.

Les personnes se trouvant en situation précaire présentent des difficultés d'accès aux structures de soins qui sont proportionnelles à leur indice de précarité. La place portée à la santé n'est que secondaire, les dispositifs de soins ne sont pas facilement acceptés par ce type d'usagers de drogues.

Cependant cette catégorie d'usagers présente des pathologies spécifiques comme une altération de l'état général, des problèmes dermatologiques ou des problèmes bucco-dentaires, mais également des pathologies psychiatriques propres à l'exclusion : perte de l'estime de soi, découragement, inhibition, perte progressive d'identité. Tous ces éléments entraînent un cercle vicieux qui n'encourage pas l'usager à essayer de fréquenter les structures adaptées qui pourraient l'aider à trouver des solutions pour contrôler sa consommation et réduire les risques qu'il encoure avec ses pratiques actuelles.

En résumé

Les personnes en situation précaire ne fréquentent pas ou peu les structures adaptées aux usagers de drogues, il faut créer des espaces spécifiques, adaptés à ce type d'usagers pour pouvoir étendre le dispositif de réduction des risques à tous les types d'usagers de drogues, même ceux en plus grande difficulté. [7]

1.2.3.3. Réduction des risques et grossesse

On estime en Europe que chaque année, 6,5 à 11% des femmes usagères d'opiacés seraient enceintes, soit environ 30 000 femmes.

Au Royaume-Uni, selon une étude de 2008, 1% des nouveau-nés aurait une mère usagère de drogues à problèmes et autant aurait une mère consommatrice problématique d'alcool.

En France, environ 3 500 femmes enceintes ont un traitement de substitution aux opiacés et environ 1 600 consomment plus de trois verres d'alcool par jour pendant leur grossesse. [2]

Le problème souvent rencontré est celui des grossesses non désirées, car les femmes consommatrices d'opiacés présentent souvent des aménorrhées et se pensent stériles, y compris lors de la mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés. Ces grossesses non désirées sont fréquentes chez les femmes usagères de cocaïne ou d'alcool. Ces consommations peuvent entraîner des désinhibitions, mais également des rapports sexuels qui ont lieu pour obtenir de l'argent ou de la drogue.

Conséquences périnatales

En 2007, on observait que parmi les femmes enceintes consommatrices d'héroïne, 40% ne faisaient pas suivre régulièrement leur grossesse. Les taux de fausses couches et de prématurité sont importants chez les femmes qui consomment des substances psychoactives.

Les recommandations officielles sont de ne jamais tenter un sevrage au cours de la grossesse, mais de plutôt proposer un traitement de substitution.

Transmission de maladies infectieuses de la mère à l'enfant

Il existe un risque majeur de transmission de l'hépatite B à l'enfant lorsque la mère est atteinte. Pour éviter cela, on administre immédiatement à la naissance des immunoglobulines aux nouveau-nés et on procède à leur vaccination simultanée.

Il existe également un risque de transmission de l'hépatite C à l'enfant, qui est très rare, de l'ordre de 5%, mais ce risque augmente de manière très importante lorsque la mère présente une co-infection par le VIH, il passe alors à 20%. [8]

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est également possible.

Traitement de substitution pendant la grossesse

La mise en place à la découverte de la grossesse d'un traitement de substitution aux opiacés chez une femme consommatrice, permet de réaliser un suivi obstétrical mais également un suivi de l'addiction. On va ainsi pouvoir rester en contact avec cette femme durant au moins neuf mois, mais ce suivi ne va pas permettre d'exclure le risque de survenue d'un syndrome d'abstinence à la naissance, qui touche plus de la moitié des enfants nés d'une mère qui prend de la méthadone ou de la buprénorphine.

Durant la grossesse, il est possible que le prescripteur soit amené à augmenter les posologies pour tenir compte du métabolisme de la mère qui se modifie, notamment avec la prise de poids. Il existe plus de risques en réduisant la posologie car la mère peut avoir tendance à consommer d'autres produits pour trouver un équilibre. Ces produits seront parfois plus tératogènes que les traitements de substitution, c'est notamment le cas de l'alcool. [2]

Des associations ont été créées pour aider les femmes usagères de drogues souhaitant avoir un enfant et au cours de leur grossesse. C'est notamment le cas de Périnatlim, qui a pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge, de l'information et de l'accompagnement dans la région Limousin des femmes et des couples présentant une addiction qui souhaitent devenir parents et également des femmes enceintes qui présentent une addiction. [9]

En résumé

L'objectif principal de la réduction des risques lors de la grossesse chez les femmes usagères de drogues est de pouvoir suivre de manière régulière la grossesse, pour intervenir à tout moment si un problème apparaît. Il faut s'adapter au cas de chaque femme qui est différent compte tenu de la prise ou non d'un traitement de substitution aux opiacés ou de la prise de substances au cours de la grossesse.

1.3. Les objectifs de la réduction des risques

Les objectifs de la réduction des risques en France ont été fixés par décret, le 14 avril 2005 :

« Les actions de réduction des risques auprès des personnes qui consomment des stupéfiants ont pour objectifs :

1° De prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection ;

2° De prévenir les intoxications aiguës, notamment les surdoses mortelles résultant de la consommation de stupéfiants ou de leur association avec l'alcool ou des médicaments ;

3° De prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations ;

4° D'orienter vers les services d'urgence, de soins généraux, de soins spécialisés et vers les services sociaux ;

5° D'améliorer leur état de santé physique et leur insertion sociale (logement, accès aux services et aux dispositifs sociaux notamment).

1.4. Les modalités d'intervention

« Les modalités d'intervention peuvent comporter :

1° La prise de contact dans des lieux fréquentés par le public cible ou dans les locaux dédiés ;

2° L'accueil ;

3° La distribution et la promotion du matériel d'hygiène et de prévention ;

4° L'information sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention ;

5° Les conseils personnalisés sous forme d'entretiens, d'information ;

6° L'orientation et l'accompagnement vers les services de soins généraux ou spécialisés

7° L'orientation et l'accompagnement vers les services sociaux ;

8° La mise à disposition d'espaces de repos ;

9° La distribution de boissons et de nourriture ;

10° L'offre de services d'hygiène : toilettes, douches, machines à laver, matériel de repassage, etc. ;

11° L'organisation de l'entraide et du soutien par les pairs ;

12° L'hébergement d'urgence ;

13° L'aide à l'accès aux droits ;

14° La dispensation de soins infirmiers ;

15° L'éducation pour la santé ;

16° La mise à disposition de consignes pour les effets personnels pour les personnes sans domicile ;

17° La récupération du matériel usagé et le traitement des déchets septiques ;

18° L'installation de distributeurs de matériel de prévention.

L'analyse des produits sur site, permettant uniquement de prédire si la substance recherchée est présente ou non, sans permettre une identification des substances entrant dans la composition des comprimés (notamment réaction de colorimétrie de type Marquis), n'est pas autorisée. »

1.5. Moyens mis en œuvre dans la réduction des risques

La réduction des risques a plusieurs modes d'action qui se sont mis en place au cours du temps et de l'évolution des besoins observés chez les UDVI. En France, la réduction des risques se limite dans la majorité des cas à l'accès aux seringues stériles et aux traitements de substitution.

1.5.1. L'information et la prévention

Un des premiers moyens mis en place dans la réduction des risques est l'information et la prévention des usagers. Pour cela différents supports sont disponibles :

- des affiches visibles dans les Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les cabinets des médecins généralistes et les pharmacies

- des flyers et des brochures mis à disposition dans les centres de soins, par exemple les brochures réalisées par AddictLim : Flyer Codéine, Flyer Traitement de substitution aux Opiacés mais également par l'association ASUD : « TSO, Manuel des droits des usagers de traitements de substitution aux opiacés » [10]. Les flyers sont disponibles en annexes.

Ces différents éléments permettent de réaliser une première approche auprès des usagers qui ne fréquentent pas encore un réseau de soins. On les informe ainsi des solutions qui existent pour modifier leurs consommations et les rendre plus sûres.

1.5.2. Les CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de Drogues

Il existe en France, des établissements médico-sociaux spécialisés qui ont été créés pour répondre aux besoins des UDVI, cependant il existe 26 départements qui ne disposent pas de CAARUD et deux départements sans aucun dispositif médico-social : la Haute-Marne et le Territoire de Belfort.

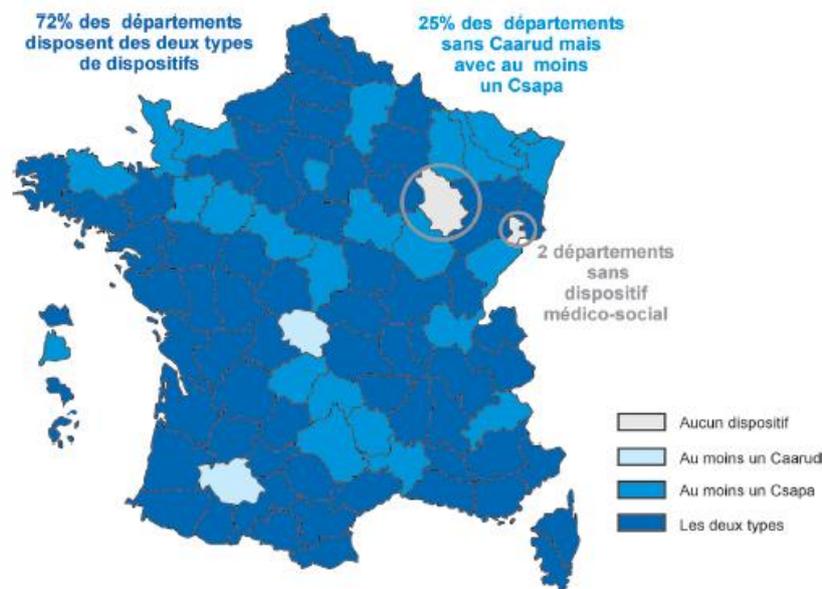


Figure 1 Présence des dispositifs CAARUD et CSAPA dans les différents départements français
(INSERM)

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues : CAARUD, ont été créés par la loi de santé publique du 9 août 2004 et mis en place à partir de janvier 2006. Ces structures de seuil d'exigence adapté permettent d'accueillir l'utilisateur sans condition préalable et sans jugement, de manière gratuite et anonyme [2], elles sont destinées en premier lieu à écouter et à répondre aux besoins les plus urgents de l'utilisateur, ce qui n'empêche pas d'essayer d'établir un lien durable à moyen ou long terme avec l'utilisateur . [8]

Le décret du 19 décembre 2005 attribue leur financement par l'Assurance Maladie et fixe les missions des CAARUD :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, avec l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun et l'incitation au dépistage des infections transmissibles
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, au logement, à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle : proposition d'un suivi des démarches administratives et judiciaires des usagers, aide dans la recherche d'un hébergement d'urgence
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre pour établir un contact avec les usagers
- les actions de médiation sociale pour assurer une bonne intégration du centre dans le quartier et prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. [8]

En 2009, on comptait 130 CAARUD [11] qui proposaient dans 95% des cas un accueil fixe, 66% disposaient d'équipes de rue, 47% intervenaient en squat, 40% avaient des équipes mobiles, 39% travaillaient avec des équipes en milieu festif et 28% avaient développé des actions en milieu pénitentiaire.

En ce qui concerne la mise à disposition du matériel de prévention par les CAARUD au cours de l'année 2008, la répartition était la suivante :

- 2,3 millions de seringues à l'unité
- 530 000 trousse contenant deux seringues et 200 000 trousse distribuées via les automates
- 1,1 million de filtres et cupules
- 1,7 million de fioles d'eau stérile
- 2 millions de tampons d'alcool
- 782 000 préservatifs

Pour cette même année, 83 % des CAARUD déclaraient mettre en place des actions d'accès aux traitements de substitution aux opiacés. Les CAARUD ont reçu 48 000 personnes, dont un quart était des femmes. L'âge moyen des usagers était de 34,1 ans et 78 % d'entre eux étaient en situation de précarité modérée ou forte. On note une évolution dans la population qui fréquente les CAARUD, qui devient de plus en plus jeune et féminine. [2]

1.5.3. Les CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Les CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, ont été créés par la loi du 2 janvier 2002. Ils rassemblent en un unique cadre juridique les CCAA (Centres de Cures Ambulatoires en Addictologie) et les CSST (Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes). Les CSAPA prennent en charge les personnes ayant des problèmes avec les substances psychoactives licites ou non, y compris le tabac, l'alcool et les médicaments détournés de leur usage. Ils peuvent également s'occuper des problèmes rencontrés par les personnes présentant des addictions sans présence de substance, comme le jeu pathologique.

Le décret du 14 mai 2007 a permis de préciser leurs missions :

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale ainsi que l'orientation de la personne ou de son entourage
- la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives

- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative des personnes
- le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, notamment les traitements de substitution aux opiacés.

1.5.4. Accès au matériel stérile

Le décret Barzach du 13 mai 1987 est la mesure fondatrice de la réduction des risques en France, il autorise la mise en vente libre de seringues en pharmacie. Cette mesure est expérimentée pendant un an, puis reconduite par les décrets du 24 août 1988 et du 11 août 1989. Grâce à ce décret les seringues stériles sont aujourd'hui disponibles en pharmacie, sans justification d'identité ni détention d'une ordonnance. Il annule le décret du 13 mars 1972 qui ne permettait l'accès aux seringues stériles que sur présentation d'une ordonnance avec justification de son identité, ce qui provoquait une réticence importante chez les usagers de drogues pour avoir accès au matériel stérile et entraînait par conséquent la réutilisation du matériel d'injection, donc un risque plus important de transmission des infections entre les usagers.

En 1989 Médecins du Monde lance les Programmes d'Echange de Seringues, qui ont ensuite été mis en place en France en 1990. Ces dispositifs mettent à disposition des usagers des seringues stériles et les récupèrent ensuite pour éviter leur abandon dans l'espace public. Ce système permet de responsabiliser les usagers, ils sont incités à ramener les seringues usagées pour en recevoir de nouvelles et ainsi, ils contribuent à améliorer l'image que la population peut avoir de certains d'entre eux, considérés comme des marginaux qui ne se préoccupent que de trouver et de s'injecter leurs produits et qui abandonnent leur matériel une fois l'injection terminée. Les PES permettent de lutter contre la transmission du virus du sida et ne se contentent pas d'une distribution et d'une récupération de seringues. Les usagers peuvent également recevoir des informations sur les techniques d'injection « propres » et être orientés vers des structures médicales, d'aide sociale ou des centres spécialisés s'ils souhaitent entamer une diminution de leur consommation de drogues ou un sevrage. [2] Certaines pharmacies françaises ont mis en place des Programme d'Echange de Seringues.

L'année 1994 est le réel point de départ de la réduction des risques en France. Simone Veil alors Ministre des Affaires sociales, de la Santé, et de la Ville annonce la mise en place d'un dispositif de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, qui a deux objectifs : prévenir la contamination par les virus du sida et de

l'hépatite C et permettre aux usagers de drogues par voie intraveineuse d'avoir accès au système de soins. Différentes mesures sont proposées, elles ont été détaillées précédemment dans l'historique de la RDR.

Le Stéribox® a été conçu en 1991 par un médecin français, Elliot Imbert. Il est diffusé par l'association Apothicom et a été commercialisé pour la première fois en France en 1992 au prix de cinq francs. Il comprenait alors deux seringues stériles de 1 ml, deux ampoules d'eau pour préparation injectable de 5 ml, deux tampons imbibés d'alcool, un préservatif, une notice d'utilisation et une boîte en carton destinée à recueillir la seringue usagée. En 1999, la deuxième génération est créée, le Stéribox2 ® qui contient en plus un Stericup®, constitué d'un récipient en aluminium permettant de remplacer la cuillère, d'un filtre en coton et d'un tampon sec stérile pour permettre l'hémostase au niveau du point d'injection. Ce kit est actuellement vendu en France dans les pharmacies au prix conseillé d'un euro. Il existe une troisième génération de kits comprenant en plus un système filtrant qui s'adapte directement sur les seringues, le Sterifilt®. [12]

Le Sterifilt® est un dispositif médical stérile également développé par l'association Apothicom. Ce filtre comporte une membrane de polypropylène qui s'adapte sur toutes les seringues. Il permet de réduire les risques liés à l'injection de drogues, en éliminant 99% des particules présentes dans les préparations injectées, qui ont une taille supérieure à 10 µm. Le Sterifilt® permet de retenir trois fois moins de produit actif qu'un filtre classique en coton ou en cellulose. Une réutilisation du Stéribox® est moins efficace et déconseillée. [13] [14]

Les usagers fréquentant l'association Ascode-Perpignan ont été interrogés à propos du Sterifilt®. 88% d'entre eux pensent que son utilisation est facile ou très facile et 79% de ces usagers ont obtenu une solution transparente après la filtration. Pour 87% d'entre eux, ce filtre a été choisi pour une utilisation en routine, 96% souhaitent qu'il soit disponible dans les programmes d'échange de seringues et 91% souhaitent qu'il soit inclus dans les Stéribox®. [15]

Un autre filtre, plus récent est également à la disposition des usagers, il s'agit du filtre-toupie qui possède une membrane de 0,45 µm, qui permet de filtrer les particules, les excipients mais aussi les bactéries et les champignons. C'est le seul filtre qui protège contre les poussières et permet de réduire le risque de développer des abcès et autres problèmes liés à l'injection de substances psychoactives. La membrane du filtre est entourée de plastique et ne peut donc pas être atteinte. Le seul problème qui peut se poser avec ses filtres et qu'ils ne sont adaptables que sur le matériel non serti. [16]



Figure 2 : Filtre-toupie
(PsychoActif)



Figure 3 : Filtre-toupie après filtration d'un comprimé de 8mg de Subutex®
(PsychoActif)

En 1995, le décret du 7 mars permet d'étendre le dispositif d'échange de seringues aux associations menant une action de réduction des risques ou de lutte contre le sida [17] qui vont alors pouvoir diffuser les seringues et les kits aux usagers.

Allant dans le sens du développement d'un système d'échange de seringues, la Direction Générale de la Santé (DGS) dans sa lettre du 15 octobre 1995 incite à la mise en place dans les communes qui connaissent un nombre important d'usagers de drogues, des automates permettant de récupérer les seringues usagées. La DGS appuie sur le fait que l'implantation de ces automates dans les communes ne doit pas être une solution de facilité pour récupérer les seringues usagées sans continuer à chercher de nouvelles solutions pour réduire les risques associés à l'usage de drogues par voie intraveineuse, mais elle doit s'accompagner d'une discussion avec les associations et les acteurs locaux de la RDR pour trouver d'autres méthodes pouvant accompagner la mise en place des automates : «L'implantation de récupérateurs de seringues...semble être une solution adaptée à

condition qu'un réel travail de préparation soit effectué en amont par les communes et les associations de terrain ». [18]



Figure 4 : Automate d'échange de seringues Distribobox® rue Jeanne d'Arc, Rouen

L'association SAFE a également lancé un programme d'échange de seringues par voie postale. Ce dispositif est destiné aux usagers se trouvant dans des zones rurales, loin des structures adaptées qui distribuent du matériel stérile, il est aussi destiné aux personnes qui ne souhaitent pas fréquenter les CAARUD. La prise de contact se réalise par téléphone ou par mail. L'association évalue avec l'utilisateur le matériel dont il a besoin et le lui envoie ensuite par voie postale. [19]

1.5.5. Traitements de Substitution aux Opiacés

Les médicaments de substitution aux opiacés n'ont pas pour objectif premier un sevrage complet d'opiacés. Ils permettent aux personnes dépendantes aux opiacés de stopper leur consommation sans ressentir les signes du manque et de réduire les risques liés à leur consommation (médical, psychologique, social...) Le traitement facilite l'accès aux soins dont l'utilisateur a besoin, améliore sa qualité de vie et ses chances de réinsertion. Ce traitement médicamenteux indispensable représente un des éléments de la prise en charge

en traitant médicalement le phénomène de dépendance aux opiacés et en supprimant les effets de manque.

Les médicaments de substitution aux opiacés s'inscrivent dans la durée, de quelques mois à plusieurs années voire à vie pour certains usagers. La diminution et l'arrêt de ces traitements se font en concertation avec le prescripteur et le patient quand l'environnement médical, personnel et social est favorable.

Objectifs d'un Traitement de Substitution aux Opiacés

Du point de vue des usagers de drogues, les finalités de disposer d'un traitement de substitution aux opiacés sont variées : soulager un état de manque douloureux, assurer une gestion personnelle de la dépendance, diminuer voire arrêter la consommation d'opiacés illicites, parvenir à une abstinence complète d'opiacés y compris des médicaments de substitution proposés, voire à une abstinence complète de tout mésusage de substances psycho-actives.

Pour les professionnels de santé, les traitements de substitution aux opiacés ont également différents objectifs qui sont : répondre à la souffrance physique et morale des usagers qui doit parfois se faire dans l'urgence, prendre en charge la dépendance aux opiacés en proposant de diminuer voire, à plus long terme d'arrêter la consommation d'opiacés illicites et dans le meilleur des cas d'atteindre l'abstinence totale de toute substance psycho-active.

Actuellement trois molécules sont utilisées dans le traitement de substitution aux opiacés, il s'agit de la buprénorphine, de la méthadone et de l'association buprénorphine/naloxone (Suboxone®).

1.5.5.1. La buprénorphine

La buprénorphine est un agoniste-antagoniste, elle a une haute affinité pour les récepteurs μ aux opiacés et c'est un antagoniste des récepteurs aux opiacés κ . Elle a un effet semblable à celui des opiacés mais empêche le syndrome de manque, diminue le craving et les effets liés à la prise d'autres opiacés. La buprénorphine ne permet pas d'obtenir l'euphorie comme avec les opiacés tels que l'héroïne et elle a un effet plafond, qui se traduit par l'obtention des mêmes effets malgré l'augmentation de la dose. Le risque d'overdose et de dépression respiratoire est également extrêmement réduit par rapport à

celui encouru lors de l'utilisation d'opiacés illicites. La buprénorphine a été autorisée en traitement de substitution en juillet 1995. [20] [21] [22]

BUPRENORPHINE HAUT DOSAGE

Inscription	Liste I
Prescripteurs autorisés	Tous les médecins
Ordonnance sécurisée	OUI
Durée de la prescription	28 jours maximum
Posologie/Dosage en toutes lettres	OUI
Délivrance fractionnée	OUI, à 7 jours, sauf mention expresse
Présentation de l'ordonnance dans les 3 jours suivant la date de prescription	OUI, sinon délivrance de la quantité pour la durée de l'ordonnance restant à courir
Nom de la pharmacie qui délivre l'ordonnance mentionné par le prescripteur	OUI
Renouvellement	Interdit
Chevauchement	Interdit, sauf mention expresse
Formes disponibles	Comprimés sublinguaux
Dosages disponibles	0,4 mg, 1mg, 2 mg, 4mg ,6mg et 8 mg
Dose initiale	4 à 8 mg par jour
Dose de stabilisation	8 à 16 mg max par jour
Mode d'administration	1 prise unique journalière

Tableau 3 : Synthèse de la législation de la buprénorphine haut dosage

Mésusage

Il existe un risque important de détournement d'usage de la buprénorphine, soit pour le marché noir, soit par un mésusage de la spécialité Subutex® ou du générique. En France, la buprénorphine est la première drogue consommée par les populations précaires qui s'injectent le comprimé dissout dans de l'eau. L'usage de buprénorphine est souvent détourné car l'injection permet d'augmenter la biodisponibilité de la molécule et donc d'obtenir des effets un peu plus rapidement que par la voie classique sublinguale. Le délai d'action par voie intraveineuse est de 5 à 15 minutes alors que par voie sublinguale, ce délai est de 15 à 45 minutes.

❖ Pourquoi un usager va-t-il s'injecter la buprénorphine ?

- Lorsqu'un sujet est en état de manque, le délai d'attente des effets de la buprénorphine prend une part très importante, cela pourrait expliquer d'une certaine manière la pratique de l'injection de buprénorphine lorsqu'un sujet est en manque, pour obtenir un soulagement rapide.
- Une autre explication possible de l'usage détourné de la buprénorphine serait la difficulté de rompre avec l'habitude du geste de s'injecter un produit
- On explique également la pratique de l'injection par la recherche de compenser des dosages insuffisants de buprénorphine. Lorsque la posologie est adaptée, on évite les symptômes de manque ce qui permet de diminuer la recherche d'un soulagement rapide par une injection.
- La dépression et l'anxiété sont également des facteurs favorisant la persistance des injections, la prise en charge de la dépression chez les usagers constitue un moyen supplémentaire pour réduire les risques d'injection et la buprénorphine semble être efficace et détenir des propriétés antidépressives que la méthadone n'a pas.
- L'impulsivité de certains usagers constitue également un facteur favorisant la pratique de l'injection. Elle se traduit par des comportements imprudents et non réfléchis, une difficulté à différer la réalisation immédiate de ses désirs et une expression de ses émotions sans réserve. [21]

❖ **Danger de l'injection de buprénorphine : dégradation du réseau veineux**

L'injection de buprénorphine est risquée car cette molécule est peu soluble et se réduit en petites particules qui peuvent obstruer les petits vaisseaux et notamment ceux des poumons. La présence d'excipients tels que de l'amidon de maïs dans la spécialité Subutex® et du talc dans les génériques pose également problème lors de l'injection.

La préparation de la solution à injecter doit être minutieuse et comporter une filtration pour réduire au maximum le nombre de petites particules dans le liquide à injecter. [8] Cette pratique de l'injection intraveineuse de la buprénorphine entraîne des complications, notamment autour du site d'injection, où l'on peut observer des abcès, une nécrose tissulaire, une dégradation du réseau veineux et des œdèmes indurés au niveau des avant-bras et des mains, qui sont caractéristiques du syndrome de Popeye. Cet usage détourné conduit également à des problèmes sanitaires graves tels que des hépatites aiguës, des hypertensions ou encore des embolies pulmonaires. Il a été observé davantage de problèmes lors de l'injection de la buprénorphine sous forme de générique que lors de l'injection du princeps, le Subutex®. [22]

Ce mésusage est plus fréquemment rencontré chez des populations avec une dépendance sévère, ou qui pratiquent une poly-consommation de produits, souvent associée à une consommation d'alcool, avec des symptômes de dépression. Ces personnes perçoivent le dosage prescrit comme inadapté ce qui les conduit à pratiquer le nomadisme médical pour obtenir des dosages supérieurs. [2]

1.5.5.2. La méthadone

La méthadone est un agoniste des récepteurs opiacés de type μ qui a tous les effets observés avec les opiacés : analgésique, antitussif, dépression respiratoire, myosis et syndrome de dépendance possible. La durée d'action est longue, de 36 à 48 heures, mais les effets euphorisants sont faibles. Il existe un risque de surdosage mortel et le sevrage doit se faire de manière progressive car un syndrome de sevrage peut apparaître en cas d'arrêt brutal. La méthadone a été utilisée comme traitement de substitution aux opiacés depuis la Circulaire de mars 1994 qui autorisait sa délivrance par les CSST. [23]

METHADONE

Inscription	Médicament stupéfiant
Prescripteurs autorisés	Prescription initiale : Médecins des CSST et hospitaliers Prescription en relais par tous les médecins exerçant en établissement de santé (depuis 2003)
Ordonnance sécurisée	OUI
Durée de la prescription	14 jours maximum
Posologie/Dosage en toutes lettres	OUI + nom de la pharmacie va qui délivrer
Délivrance fractionnée	OUI, à 7 jours, sauf mention expresse
Présentation de l'ordonnance dans les 3 jours suivant la date de prescription	OUI, sinon délivrance de la quantité pour la durée de l'ordonnance restant à courir
Nom de la pharmacie qui délivre l'ordonnance mentionné par le prescripteur	OUI
Renouvellement	Interdit
Chevauchement	Interdit, sauf mention expresse
Formes et dosages disponibles	Sirup en unidoses (5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 60mg) Gélules (1mg, 5mg, 10mg, 20mg, 40mg) en relais après un an de stabilisation
Première prise quotidienne	20 à 30 mg
Dose d'entretien	60 à 100 mg, obtenue par paliers de 10mg/semaine

Surveillance pendant le traitement	Analyse urinaire avant le début et régulièrement
Mode d'administration	1 prise unique journalière

Tableau 4 : Synthèse de la législation de la méthadone

En France, l'accès au traitement par la méthadone se fait via des CSAPA et des établissements de santé. Le fait d'avoir recours à des structures identifiées comme réservées aux usagers de drogues peut représenter un obstacle du fait de la stigmatisation des consommateurs de drogues ou de la distance d'accès qui est parfois importante dans certaines régions. [2]

1.5.5.3. Le Suboxone®

Le Suboxone® est une spécialité contenant de la buprénorphine et de la naloxone, qui est un antagoniste des récepteurs opioïdes μ .

Le traitement est réservé aux adultes et aux adolescents de plus de 15 ans qui ont accepté d'être traités pour leur dépendance aux opiacés.

La posologie du Suboxone® est variable en fonction des individus. [24]

SUBOXONE

Inscription	Liste I, assimilé stupéfiant
Prescripteur autorisé	Tout prescripteur
Ordonnance sécurisée	OUI
Durée de la prescription	28 jours maximum
Posologie/Dosage en toutes lettres	OUI + nom de la pharmacie qui va délivrer
Délivrance fractionnée	OUI, à 7 jours, sauf mention expresse
Renouvellement	Interdit
Chevauchement	Interdit, sauf mention expresse
Formes disponibles	Comprimés sublinguaux : 2mg/0,5mg (buprénorphine/naloxone) ou 8mg/2mg
Instauration du traitement	1 comprimé de 2mg/0,5mg Jusqu'à 3 si besoin
Adaptation du traitement	Paliers de 2 à 8 mg, max 24 mg de buprénorphine par jour
Mode d'administration	1 prise unique journalière

Tableau 5 : Synthèse de la législation de la Suboxone®

1.5.6. Autres dispositifs

1.5.6.1. Salles de Consommation à Moindre Risque

Les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) sont des espaces où les usagers de drogues peuvent venir consommer le produit dans des conditions permettant de limiter voire d'annuler le risque de contamination. Pour certaines personnes, ces SCMR entretiennent la consommation des drogues, ce qui remet totalement en cause la politique de réduction des risques, qui n'a pas pour but d'encourager la consommation de drogues, mais de limiter les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés à cet usage. Le fait d'ouvrir des SCMR demande à notre société d'accepter le fait que certaines personnes consomment, mais également le fait d'accepter qu'aucun autre moyen n'a encore été trouvé pour aider et guérir ces personnes. [25] [26]

Les usagers reçoivent des conseils et des techniques pour injecter la drogue correctement, mais en aucun cas les personnes qui encadrent les usagers ne vont participer ou assister le geste de l'injection. [27]

Les objectifs que l'on souhaite obtenir grâce aux SCMR sont nombreux :

- Réduire les problèmes de santé pouvant découler de la consommation de drogues :
 - limiter l'incidence de la transmission des hépatites virales, du VIH et des autres virus transmissibles par le sang
 - réduire le développement d'abcès, d'endocardites et d'autres problèmes de santé pouvant résulter de la consommation de drogues lorsque celle-ci se déroule dans un cadre non hygiénique

- Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues dans les lieux publics et semi-publics :
 - réduction de la visibilité de l'usage
 - réduction de la criminalité
 - réduction du nombre de seringues usagées laissées dans l'environnement

- Améliorer l'accès aux services socio-sanitaires et thérapeutiques chez les consommateurs de drogues les plus marginalisés :

Il s'agit d'améliorer l'accès aux soins et de toucher les consommateurs qui n'utilisent pas les services socio-sanitaires et/ou thérapeutiques.

- Promouvoir l'éducation aux risques liés à l'usage de drogues :

Les SCMR permettent une éducation et une information sur les pratiques de consommation à moindre risque directement au moment de l'acte. Cette éducation et cette information sont adaptées aux risques observés contrairement aux programmes d'échange de seringues qui peuvent envoyer un message : nous savons que certaines personnes consomment des drogues et afin de diminuer les risques sanitaires, nous leur donnons des seringues et autres matériels stériles, mais en revanche, nous ne voulons pas les voir consommer.

- Réduire les coûts des services de santé liés à la consommation de drogues :

Le rapport coût/efficacité avantageux de l'instauration des SCMR doit inciter les décideurs politiques à passer à l'action. Outre la perte tragique et coûteuse de vies humaines, certains méfaits peuvent être évités ou atténués et entraîner des gains sur le plan économique en soins de la santé (traitement pour les maladies chroniques, services d'urgence...) à l'instar de la mise en place des programmes d'échange de seringues pour limiter la propagation du VIH. Les coûts d'application de lois répressives de lutte contre la délinquance et la toxicomanie peuvent également diminuer : ces ressources pourraient alors être consacrées à la prévention, aux traitements et aux soins de santé. [28]

Exemple Suisse : La structure Quai 9, à Genève

La structure Quai 9 à Genève est l'exemple que les salles d'injection sont utiles et trouvent leur place dans le dispositif de réduction des risques. Elle a été créée en 2001 et elle est gérée par l'association de réduction des risques : Première Ligne.



Figure 5 : Quai 9 à Genève de l'association Première Ligne

Sa mise en place a été précédée d'un important travail d'information auprès des acteurs du quartier dans lequel la structure a été implantée : habitants, artisans, commerçants... Des débats ont également été organisés en présence de la population, des membres du corps médical, de la police et des autorités politiques.

Un journal a été conçu : « Quoi de 9 au Quai 9 », pour informer les voisins de ce qui est fait au sein du centre. Aujourd'hui il a été remplacé par « Première Ligne ». [29]

Différentes prestations sont proposées par le centre Quai 9 :

- accueil des usagers, qui est pour l'équipe la « prestation sociale de base »
- information sociale et orientation des usagers vers les structures de soins et de soutien
- prévention des maladies à transmission sexuelle
- soins de santé primaire et soutien psychologique
- mise à disposition de matériel d'injection
- espace dédié à la consommation : injection, sniff et inhalation
- réanimation en cas d'overdose

Le centre a évolué depuis sa création en 2001. Jusqu'en 2007, il y avait six places d'injection, fin 2007 deux places de sniff ont été ajoutées et fin 2009, 4 places d'inhalation ont été créées. En 2012, le centre a enregistré 46 240 consommations en salle, soit en moyenne 127 passages par jour.

1.5.6.2. Héroïne médicalisée

Le traitement des sujets dépendants à l'héroïne par la diacétylmorphine : héroïne pharmaceutique ou héroïne médicalisée est actuellement utilisé en Suisse. Ce traitement a été évalué pendant quatre ans, de 1994 à 1998, et en novembre 2008, ce programme national de prescription d'héroïne a été pérennisé. On retrouve ce traitement sous forme injectable et depuis 2010 sous forme de comprimés.

A la fin de l'année 2009, on comptait 1 356 patients traités dans 21 centres ambulatoires et dans deux centres en milieu carcéral.

Pour pouvoir bénéficier de ce traitement, les patients doivent répondre à plusieurs critères :

- avoir au moins 18 ans
- présenter une dépendance sévère à l'héroïne depuis au minimum deux ans
- avoir connu au moins deux échecs de prise en charge avec une autre méthode thérapeutique
- développer des problèmes psychologiques, sociaux dus à la consommation de substances psychoactives.

L'usager doit se rendre dans le centre deux à trois fois par jour pour pratiquer l'injection. Les dosages d'héroïne pharmaceutique sont de 400 à 600 mg par jour et parfois on ajoute une petite dose de méthadone pour éviter le risque de manque. Chaque usager reçoit une dose dans une seringue et il dispose de trente minutes maximum pour réaliser l'injection, sous la supervision d'un infirmier. Si le capital veineux du patient ne permet plus la réalisation des injections, on peut administrer le traitement par voie intramusculaire ou sous-cutanée, mais il semble alors moins efficace, on peut également proposer un traitement par voie orale.

Il faut tout de même souligner le fait que l'héroïne médicalisée ne suit pas les règles classiques d'un traitement de substitution, qui doit normalement remplacer une substance dont l'action est de courte durée par un produit d'action longue, il doit également être administré par voie orale et être une substance dont la consommation est autorisée par la loi. [2]

Les résultats obtenus grâce à l'utilisation de ce traitement sont positifs. On observe une amélioration de l'état de santé des patients, une réduction de la criminalité dont ils étaient responsables, un passage à d'autres méthodes thérapeutiques comme la substitution par la méthadone, la buprénorphine ou la morphine et une réduction de leurs consommations parallèles notamment la cocaïne. [30]

D'autres pays ont officialisé l'utilisation de ce traitement : la Grande-Bretagne, l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas, où un traitement par inhalation a été mis à disposition des usagers. [2] Cette méthode de traitement est actuellement à l'étude en Espagne. [30]

1.5.6.3. Programme ERLI [31]

Le programme d'Education aux Risques Liées à l'Injection (ERLI) a été mis en place par le CAARUD SIDA Paroles de Colombes dans les Hauts de Seine, dans le cadre des missions de réduction des risques qu'il propose.

Ce programme a pour objectif principal de promouvoir l'éducation aux risques liés à l'injection en milieu urbain, pour réduire les conséquences négatives liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse. Il a été mis en place en mars 2008, en s'appuyant sur le Plan Régional de Santé Publique de l'époque.

Pour être inclus dans le programme, l'utilisateur doit être âgé de plus de 18 ans et consommer la drogue par voie intraveineuse. Il participe préalablement à son inclusion, à un entretien de présentation où lui sont exposés le programme et les conditions, les modalités et les règles à respecter pour participer au programme. L'entrée définitive d'un usager dans le programme se fait après avoir été discutée et décidée lors d'une réunion de l'équipe entière du CAARUD.

Un usager peut recevoir jusqu'à six séances d'éducation aux risques.

Chaque séance débute par un entretien de l'utilisateur en présence de différents intervenants :

- un éducateur qui réalise l'éducation pour la santé
- un coordinateur de santé qui permet le lien entre les demandes et les besoins émis par l'utilisateur ou repérés par l'équipe et également le suivi des orientations médicales, si nécessaire

- un infirmier diplômé d'état qui donne un avis et des conseils d'ordre médical. Il peut émettre des critiques sur la faisabilité de l'injection, en fonction du capital veineux, des antécédents de la personne ou des consommations des dernières 48 heures.

L'entretien de la première séance est le plus long, on essaie d'établir un historique des consommations et des pratiques dans les 30 derniers jours et on réalise également un bilan de santé.

Lors des séances suivantes, on effectuera un entretien pour parler des consommations les plus récentes, des dernières 48 heures. L'injection sera ensuite réalisée.

Une séance finale est réalisée six mois après la dernière séance d'éducation aux risques, elle permet d'évaluer les modifications des pratiques de l'utilisateur et de comparer les consommations et les pratiques de l'utilisateur avec celles qu'il avait au début de sa prise en charge, lors de la première séance.

Après l'entretien préalable, chaque séance se poursuit par la réalisation de l'injection. Elle est alors réalisée soit avec du sérum physiologique sous forme injectable, soit avec le produit habituellement consommé par l'utilisateur, qu'il a obtenu préalablement et hors du CAARUD. L'infirmier observe les pratiques et les comportements de l'utilisateur lors de l'injection, il analyse la pratique, mais en aucun cas il intervient dans l'injection. Les membres de l'équipe ne poussent pas le piston, ils n'introduisent pas l'aiguille dans la veine et ne posent pas ou ne tiennent pas le garrot, ni aucun autre matériel.

Les « objectifs d'intervention du programme sont de :

- renforcer la capacité des usagers à adopter des comportements de prévention (non partage et non réutilisation du matériel) c'est-à-dire :
 - améliorer les connaissances des consommateurs concernant les risques liés à l'injection
 - interagir sur leurs représentations et faire évoluer leur perception des risques
 - promouvoir l'utilisation d'autres modes de consommation à moindre risque

- Réduire les conséquences négatives liées à la consommation de drogue par voie intraveineuse : problèmes infectieux, overdoses, détérioration du capital veineux
- Repérer les pratiques à risques et les facteurs de vulnérabilité des usagers
- Inciter à la connaissance du statut sérologique et à l'entrée dans un parcours de soins
- Entrer en contact avec les usagers les plus à risque : nouveaux ou usagers récents et les plus marginalisés qui sont peu ou pas en lien avec les structures médico-sociales et favoriser l'ouverture d'un dialogue sur les risques liés à la pratique de l'injection » [31]

1.5.7. Réduction des risques et autres substances psychoactives

1.5.7.1. Réduction des risques et alcool

L'alcool est un produit ancré depuis très longtemps dans notre histoire, nos traditions et nos habitudes. C'est la première substance consommée en France avec le tabac. La France est le premier producteur de vin au monde, il existe donc des enjeux économiques qui limitent la marge de manœuvre des politiques à prendre des décisions concernant d'éventuelles limitations de consommation.

L'alcoolisation aigüe est impliquée dans des passages à l'acte suicidaire, des accidents domestiques, des accidents du travail, des rapports sexuels non protégés, ainsi que dans des violences commises ou subies. La prise de conscience des dangers de l'alcool est lente, il n'y a pas d'épidémie du sida pour marquer les esprits, mais l'alcool entraîne chaque année 23 000 décès. [32]

La notion de réduction des risques alcool est récente, le seul choix thérapeutique officiel en France depuis de nombreuses années était le sevrage.

Depuis mars 2014, le baclofène a reçu une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU). [33]

Le baclofène est un agoniste des récepteurs du GABA-B et un relaxant musculaire d'action centrale. Actuellement en France, deux spécialités sont disponibles : Lioréal® 10 mg et Baclofène Zentiva® 10 mg.

Dans le cadre de son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), le baclofène est indiqué dans le traitement des contractures spastiques de la sclérose en plaques, des affections médullaires et d'origine cérébrale, à une posologie maximale de 80 mg par jour.

La RTU vise à permettre et à encadrer l'utilisation du baclofène dans des indications autres que celles prévues par l'AMM :

- Aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez les patients alcool-dépendants et en échec des autres traitements disponibles
- Réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de la consommation telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé chez des patients alcoolo-dépendants à haut risque et en échec des traitements disponibles.

Pour le moment, aucune condition de prise en charge n'a été définie par l'Assurance Maladie.

RTU Baclofène

Critères de prescription

- Patients de plus de 18 ans avec une alcoolo-dépendance et une consommation à haut risque
- Sujets informés de l'usage hors AMM et des risques potentiels
- Echec de tentatives de maintien de l'abstinence ou de réduction de la consommation d'alcool avec les traitements ayant l'AMM pour ces indications
- Contraception efficace pour les femmes en âge de procréer
- Suivi psychosocial décidé par le médecin

Posologie	<p>Commencer par :</p> <p>$\frac{1}{2} + \frac{1}{2} + \frac{1}{2}$ comprimé (15 mg/jour), pendant 2 à 3 jours</p> <p>Puis $\frac{1}{2} + \frac{1}{2} + 1$ (20 mg/jour), pendant 2 à 3 jours</p> <p>Puis $\frac{1}{2} + 1 + 1$ (25 mg/jour), pendant 2 à 3 jours</p> <p>Puis 1 + 1 + 1 (30 mg/jour), pendant 2 à 3 jours</p> <p>Puis augmenter d'un comprimé tous les 3 jours jusqu'à l'apparition d'une réponse clinique</p>
Dose maximale à ne pas dépasser	300 mg/jour
Prescripteur et Durée de prescription	<p>Tout médecin peut prescrire</p> <p>1 mois de traitement maximum</p>
Mention obligatoire sur l'ordonnance	« Prescription hors AMM »
Suivi du traitement	<p>Consultations tous les 15 jours pendant la phase de progression de posologie, puis tous les mois</p> <p>On aborde les modalités d'utilisation, la survenue d'effets indésirables, le suivi de la consommation d'alcool et on évalue le « craving »</p>
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles neuropsychiatriques • Troubles gastro-intestinaux • Troubles cutanés...

Contre-indications

- Médicaments d'aide au maintien de l'abstinence ou à la réduction de la consommation d'alcool (doivent être arrêtés depuis au moins 15 jours)
- Co-morbidités psychiatriques : schizophrénie, trouble bipolaire, dépression d'intensité sévère
- Médicaments susceptibles de majorer une sédation, une hypotonie ou des vertiges, car ces effets surviennent fréquemment avec le baclofène

Tableau 6 : Recommandation Temporaire d'Utilisation du Baclofène

Un autre médicament visant à diminuer la consommation d'alcool va arriver sur le marché, il s'agit du nalméfène, SELINCRO®. [34] Il permettrait de réduire la consommation d'alcool chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool avec une consommation à risque élevé, ne présentant pas de symptômes physiques de sevrage et ne nécessitant pas de sevrage immédiat.

D'autres dispositifs de réduction des risques alcool ont été mis en place, ils visent notamment les jeunes.

Le dispositif « Capitaine de soirée » a été créé par la Sécurité Routière en 1997 pour inciter les jeunes à ne pas conduire sous l'emprise de l'alcool. Le principe est de choisir dans le groupe d'amis, avant de débiter la soirée, un conducteur qui ne boira pas d'alcool et qui conduira tout le monde s'il faut prendre une voiture pour se déplacer. Ce dispositif est également repris dans les discothèques. Le capitaine de soirée est équipé d'un bracelet après avoir remis ses clés de voiture aux organisateurs. Il reçoit également des consommations sans alcool gratuites et des entrées pour une prochaine soirée. Ses clés lui sont rendues en fin de soirée, une fois qu'il a effectué un test d'alcoolémie pour s'assurer qu'il ait bien respecté son engagement.

Le capitaine de soirée est actuellement appelé Sam. Différents slogans ont été créés : « Sam celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas », « Sam le conducteur désigné », « Si t'as pas de Sam, t'as le seum »...

Un site internet a été développé : www.ckisam.fr, [35] il met à disposition des jeunes de nombreuses informations sur les risques encourus avec une consommation excessive d'alcool sous des formats adaptés au jeune public. On trouve des liens qui permettent d'accéder à des vidéos de prévention, à un concours « de la photo la plus swag » de Sam, à des liens Facebook, mais aussi à la promotion d'une application pour smartphones « Sauver un ami ».

Cette application permet d'effectuer la prévention des dangers de l'alcool de manière adaptée aux jeunes d'aujourd'hui qui sont très connectés et grands utilisateurs des nouvelles technologies.

On peut grâce à un moyen inédit dissuader un ami qui semble avoir trop bu, de rentrer chez lui avec sa voiture, sa moto ou son vélo. On sélectionne son numéro de téléphone et quatre messages lui sont automatiquement envoyés.

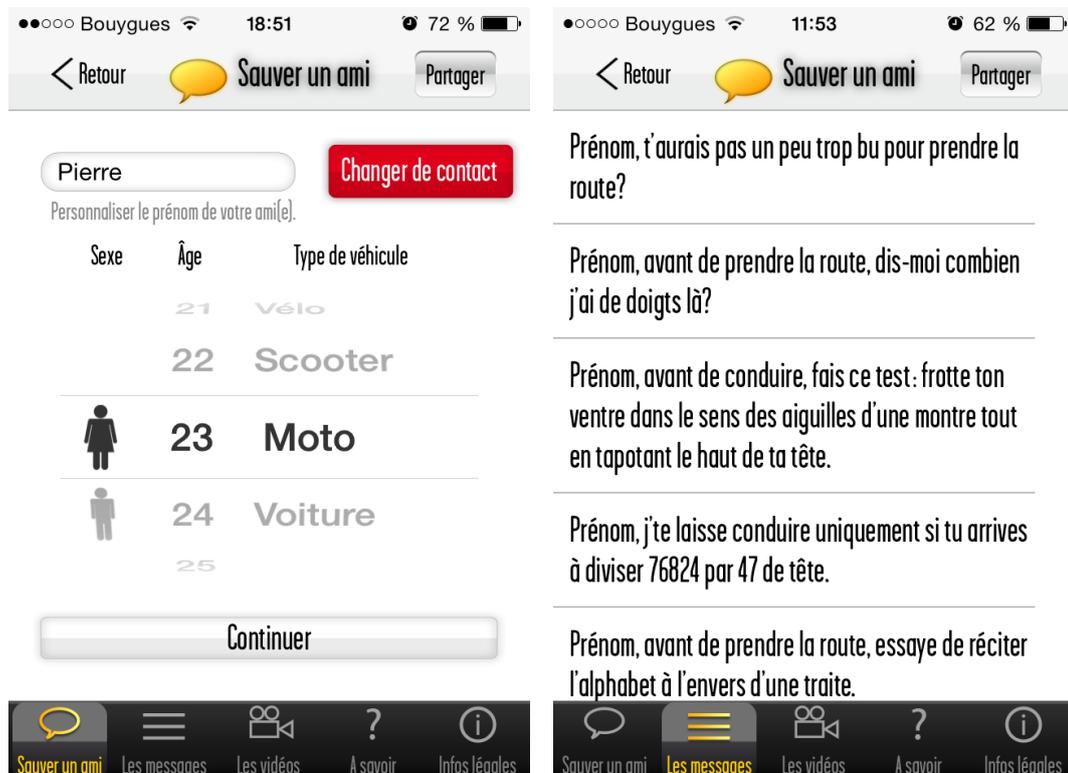


Figure 6 : Exemples de messages envoyés par l'application
(Application « Sauver un ami »)

Cette application permet également d'obtenir des informations concernant l'alcoolémie et l'assimilation, les sanctions encourues, les conséquences physiques de l'alcool, les chiffres de l'accidentalité routière ainsi que des solutions pour retenir un ami qui a bu et qui souhaite repartir.

1.5.7.2. Réduction des risques et tabac

Pharmaciens et réduction des risques tabac

Le pharmacien tient une part importante dans l'aide à l'arrêt du tabac. Les substituts nicotiques sont vendus en pharmacie, ainsi que les traitements médicamenteux qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie : Zyban® qui est du bupropion et Champix® qui est de la varénicline et qui doivent être prescrits par un médecin.

Les substituts nicotiques sont généralement les plus utilisés, ils permettent d'aider les personnes physiquement dépendantes qui souhaitent arrêter le tabac.

Différentes formes sont disponibles :

	Gommes à mâcher	Comprimés et pastilles	Patchs	Inhalateurs
Mode d'emploi	Laisser en bouche puis mâcher 20 à 30 minutes	Laisser fondre dans la bouche	Appliquer sur la peau pendant 16 ou 24 heures	Aspirations calibrées de nicotine
Effets indésirables possibles	Hoquet, maux de gorge, brûlure d'estomac		Altération du sommeil avec les patchs diffusant 24h (préférer les patchs de 16h)	
Conseils au patient	Faire des pauses sans mâcher pour éviter les effets indésirables	Fondent lentement ou plus rapidement pour soulager un besoin de nicotine rapide	Préférer les patchs de 24 heures si un besoin de fumer apparaît dans la demi-heure suivant le réveil	Réservés aux patients de plus de 18 ans

Tableau 7 : Différents substituts nicotiniques disponibles

La durée des traitements par substitution nicotinique est de 3 à 6 mois, avec diminution progressive des doses. Pour certaines personnes, le traitement peut être plus long.

L'Assurance Maladie prend en charge les traitements par substituts nicotiniques à hauteur de 50€ par an lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou une sage-femme. Ce montant est porté à 150€ pour les femmes enceintes.

La liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance Maladie a été mise à jour le 27 janvier 2014. [36]

Interdiction de fumer dans les lieux publics

Le Décret publié au Journal Officiel du jeudi 15 novembre 2006 fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. [37]

Depuis le 1^{er} février 2007, il est interdit de fumer :

- « dans les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail
- dans les moyens de transports collectifs
- dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs. »

Des salles closes pour la consommation du tabac peuvent être aménagées par les entreprises, elles doivent être :

- ventilées
- équipées de fermetures automatiques
- ne pas constituer un lieu de passage
- ne pas dépasser 35m².

L'interdiction de fumer dans les débits de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

Le fait de fumer dans les lieux où l'interdiction s'applique est sanctionné d'une contravention de 68€.

Cigarette électronique

La cigarette électronique est un inhalateur électrique qui utilise un liquide constitué de propylène de glycol et/ou de glycérine végétale, d'eau et/ou d'alcool, parfois de nicotine et de substances aromatiques. Elle fonctionne grâce à une batterie qui alimente une résistance qui va chauffer le liquide imbibé sur une mèche et ainsi permettre sa transformation en vapeur.

Il existe deux sortes de cigarettes électroniques, 95 % des produits vendus sont rechargeables et l'autre catégorie est jetable, elle ressemble plus à une cigarette classique.

Selon les chiffres de novembre 2013 de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, les expérimentations de la cigarette électronique sont plus nombreuses chez les 15-24 ans, qui représentent 31 % des expérimentations totales, mais seulement 44 % d'entre eux l'utilisent chaque jour. 67 % des 50-75 ans semblent être plus dans une démarche de sevrage et l'utilisent quotidiennement. Les plus jeunes semblent donc céder au phénomène de mode. [38]

La motivation première de l'utilisation de la cigarette électronique est le sevrage tabagique total.

51 % des personnes ayant participé à l'enquête déclarent utiliser le tabac et la cigarette électronique de manière simultanée et que leur objectif principal est d'arrêter toute consommation des deux produits.

11,5 % des enquêtés veulent réduire leur consommation de tabac sans rechercher un arrêt complet

8,2 % veulent remplacer le tabac par la cigarette électronique.

Objectif	Arrêt total	Réduction de consommation	Remplacement de la cigarette classique	Autre situation
Taux	51 %	11,5 %	8,2 %	29,3 %

Tableau 8 : Différents objectifs attendus grâce à la cigarette électronique

Les fumeurs semblent convaincus de l'utilité de cette cigarette pour le sevrage tabagique, 67 % des utilisateurs s'en servent pour arrêter ou réduire leur consommation de tabac.

L'utilisation de la cigarette électronique peut donc être apparentée à une réduction des risques du tabac.

Partie 2 : Pharmacien d'officine et réduction des risques

2. Pharmacien d'officine et réduction des risques

2.1. Le rôle du pharmacien d'officine

2.1.1. Acteur de proximité

Les pharmacies forment un réseau de proximité sans équivalent pour l'accessibilité, tant spatiale que temporelle. Au 1^{er} janvier 2013, il y avait en France métropolitaine 21 939 officines et 628 en Outre-mer. [39]

La pharmacie d'officine représente un espace non stigmatisant contrairement aux structures spécialisées pour les usagers de drogues, c'est le lieu de passage privilégié des jeunes et des nouveaux injecteurs, qui représentent un groupe d'usagers ayant une forte prévalence de comportements à risque. D'après un rapport Inserm de 2010, 85% des pharmacies reçoivent au moins un usager de drogues par mois dans l'officine.

2.1.2. Code de Déontologie [40]

L'ensemble des pharmaciens, quelque soit le lieu où ils exercent quotidiennement, doit respecter des règles et des devoirs qui sont regroupés dans le Code de Déontologie, regroupant 77 articles du Code de la Santé Publique (articles R.423561 à R.4235-77).

Dans la section « Dispositions communes à tous les pharmaciens » :

- l'article R.4235-2 précise que « le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles... ».

Le pharmacien en s'engageant dans une politique de réduction des risques chez les usagers de drogues participe donc à la lutte contre la toxicomanie et les maladies sexuellement transmissibles.

- l'article R.4235-5 précise que « le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi », là encore il s'agit d'un devoir respecté par le pharmacien.

Cet aspect de la garantie du secret professionnel peut encourager les usagers de drogues à se rendre dans une pharmacie pour demander de l'aide ou à être orientés dans un système de soins.

- l'article R.4235-6 indique que « le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art ».

Le pharmacien doit se rendre disponible de la même manière pour les patients usagers de drogues que pour des patients dits plus « classiques ».

Dans la section « pharmaciens exerçant dans les officines et les pharmacies à usage intérieur » du Code de Déontologie :

- l'article R.4235-48 indique que le pharmacien « doit par ses conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient ».
- l'article R.4235-62 indique que « chaque fois qu'il lui paraît nécessaire, le pharmacien doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié. »

Le pharmacien doit conseiller les patients usagers de drogues, les repérer, les orienter dans le système de soins lorsqu'ils en font la demande ou leur proposer s'il voit qu'un dialogue peut s'instaurer avec eux.

2.1.3. Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) et nouvelles missions du pharmacien

La loi HPST de juin 2009, parue au Journal Officiel le 22 juillet 2009 vise à améliorer la coordination entre les différents acteurs de santé, à ce qu'ils soient mieux formés, reconnus et responsabilisés. Cette loi prévoit également une meilleure organisation, un accès facilité aux soins pour les patients et une meilleure adaptation des établissements de santé à leur mission de soins aux patients.

En ce qui concerne les pharmaciens d'officine, l'article L.5125-1 du Code de la Santé Publique prévoit qu'ils :

- « contribuent aux soins de premier recours définis à l'article R.1411-11 [41]:

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
 - La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
 - L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
 - L'éducation pour la santé.
- Participent à la coopération entre professionnels de santé ;
 - Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;
 - Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
 - Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients ;
 - Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement
 - Peuvent dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 [42] du CSP, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient ;
 - Peuvent proposer des conseils et des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. »

Les différentes missions fixées par la loi étaient pour la majorité déjà effectuées par les pharmaciens avant son application.

La contribution aux soins de premier recours s'intègre dans la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues. Le pharmacien doit, par sa proximité avec les patients, les orienter dans le système de soins spécifique, participer au suivi de leur traitement de substitution aux opiacés lorsque celui-ci est mis en place et comme pour tous les autres patients participer à leur éducation pour la santé.

Le pharmacien d'officine participe à la réduction des risques en délivrant les médicaments de substitution aux opiacés qui permettent l'accès aux soins, mais certains ont une action plus renforcée et participent à un programme d'échange de seringues.

2.2. Problématiques de terrain

2.2.1. Délivrance des traitements de substitution

2.2.1.1. Buprénorphine

La délivrance des médicaments de substitution aux opiacés suit des règles particulières. Le SUBUTEX® (buprénorphine) et la SUBOXONE® (buprénorphine et naloxone) sont des médicaments assimilés stupéfiants, leur délivrance suit les règles appliquées aux médicaments stupéfiants comme la méthadone.

Le pharmacien doit donc vérifier la conformité de l'ordonnance :

- Prescription réalisée sur une ordonnance sécurisée
- Prescription en toutes lettres
- Respect de la durée maximale de prescription
- Indication du nom de la pharmacie où la délivrance doit être réalisée.

L'aspect administratif de la délivrance fait partie intégrante du travail quotidien du pharmacien.

La principale problématique rencontrée lors de la délivrance des médicaments de substitution est le chevauchement de plusieurs ordonnances, le non respect des périodes de délivrance et le nomadisme médical. Certains patients cumulent les médecins prescripteurs et les pharmaciens pour pouvoir obtenir une quantité plus importante de buprénorphine, soit pour leur usage personnel car ils estiment que le dosage prescrit n'est pas suffisant, soit pour en effectuer la vente au marché noir.

Un mésusage des traitements de substitution, notamment la buprénorphine est fréquent et assez récurrent chez les patients avec ce type de traitement. L'injection de buprénorphine provoque un risque de contamination virale notamment un risque de transmission de l'hépatite C ou du VIH. Il amplifie le risque de survenue de dépression respiratoire et de surdoses. Elle entraîne également des abcès, des thromboses veineuses, des phlegmons, des nécroses de la peau et des candidoses systémiques.

Différentes voies d'administration sont utilisées pour le détournement d'usage des TSO :

	Prescription	Prescription et HP	Hors prescription	Total
Injection	62 %	75 %	57 %	64 %
Voie orale	42 %	34 %	28 %	37 %
Sniff	8 %	7 %	19 %	10 %
Inhalation	2 %	1 %	0 %	2 %

Tableau 9 : Fréquence d'utilisation des différentes voies d'administration de la buprénorphine haut dosage, en 2001, chez des usagers de structures de bas seuil en fonction de son mode d'obtention

La voie injectable est préférentiellement utilisée lorsque l'approvisionnement de l'utilisateur est mixte : grâce à une prescription médicale et hors prescription.

Le sniff peut également être employé, il s'agit alors d'un approvisionnement hors d'une prescription médicale.

La voie orale est uniquement utilisée dans le cadre d'un suivi d'une prescription médicale.

2.2.1.2. Méthadone

Différentes problématiques peuvent être rencontrées par le pharmacien lors de la délivrance de la méthadone :

- délivrance sans présentation de l'ordonnance initiale réalisée par le médecin d'un CSST ou hospitalier
- prescription directement effectuée par le médecin généraliste
- protocole de soins rarement demandé à l'Assurance Maladie par le médecin
- cas de mésusage

En Limousin, les pharmaciens voient les patients sous méthadone comme moins problématiques que les patients sous buprénorphine, ce qui est probablement lié au travail de réseau organisé depuis 1996.

Le pharmacien d'officine peut participer grâce à d'autres activités à la réduction des risques chez les usagers de drogues, notamment en participant à un programme d'échange de seringues.

2.2.2. Programme d'échange de seringues en pharmacie

2.2.2.1. Généralités

Environ 40% des pharmaciens se disent prêts à s'engager dans un Programme d'Echange de Seringues (PES), qui consiste en la distribution à l'usager de seringues stériles en l'échange du retour de seringues usagées.

Démarche personnelle du pharmacien

L'implication des pharmaciens et de leurs équipes dans les PES reste une démarche libre et volontaire. Le pharmacien est un acteur de santé et de prévention dans le cadre de la politique de réduction des risques. Grâce à sa formation et son implication, il a un rôle central à disposition des usagers de drogues : délivrance de matériel stérile destiné à la préparation de l'injection, récupération de seringues usagées et participation aux campagnes de prévention.

Lorsque l'équipe officinale est impliquée et connaît spécifiquement les programmes et les réseaux locaux destinés aux soins aux usagers de drogues, elle peut les orienter spécifiquement vers les structures de prise en charge.

Une meilleure accessibilité aux soins

Les Programmes d'Echange de Seringues en officine sont encore insuffisamment développés en France. Ils ont pourtant prouvé là où ils ont été expérimentés, qu'ils contribuent fortement à renforcer la couverture géographique en matière d'accès à la réduction des risques. Ils permettent de toucher une population qui ne fréquente pas ou plus

les structures d'accueil notamment pour des raisons d'éloignement. Pour que ce système fonctionne, il faut encourager les coopérations locales entre les différents acteurs de la réduction des risques : les médecins généralistes, les pharmaciens et les structures médico-sociales spécialisées.

Certaines réticences de la part des pharmaciens à toute action auprès de la population d'usagers de drogues existent. Le Stéribox® serait notamment moins accessible à Paris qu'en province. [43]

Il peut également apparaître certaines difficultés de délivrance en milieu rural car la pharmacie est alors le seul endroit où l'utilisateur de drogues peut obtenir du matériel d'injection stérile et il peut ressentir de ce fait une certaine stigmatisation.

La mise en place d'un PES dans des pharmacies volontaires en Europe a permis d'augmenter la délivrance de matériel de prévention sans augmentation de la file active d'usagers de drogues. On observe également une amélioration des relations entre les usagers et les pharmaciens. Ces différentes expériences ont montré que l'accès aux soins est facilité lorsque l'équipe officinale est spécifiquement formée aux programmes et aux circuits locaux de réduction des risques. Pour cela, les différents acteurs doivent se parler, se rencontrer et apprendre à se connaître pour pouvoir ensuite travailler ensemble.

L'engagement des pharmaciens dans un PES comprend deux volets, le premier par rapport à la pratique c'est-à-dire la réduction des risques avec la problématique de la gestion des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI), et le second volet par rapport à l'addiction elle-même, symbolisée par la première prise en charge qui est la porte d'entrée vers un espace de santé pour les usagers de drogues.

Créer une relation avec l'utilisateur

L'échange de seringues est l'occasion pour le pharmacien de pouvoir parler des pratiques de l'utilisateur et de créer une relation et un lien de confiance sans jugement. L'utilisateur de drogues ainsi responsabilisé et respecté, va se sentir valorisé.

Il s'agit en premier lieu pour l'utilisateur de reconnaître qu'il a utilisé les seringues rapportées. Se faire identifier ainsi est un acte courageux mais également de confiance et de reconnaissance du rôle du pharmacien.

Réseau pluridisciplinaire

Le pharmacien d'officine doit avoir plusieurs facettes, il est observateur des comportements, médiateur, confident et il doit pouvoir prévenir, repérer et orienter le patient usager de drogues dans le système de prise en charge. Pour être efficace, il doit améliorer ses connaissances des partenaires associatifs, sanitaires et sociaux pour pouvoir proposer une prise en charge pluri-professionnelle des comportements addictifs et également remettre régulièrement à niveau ses connaissances.

L'approche psycho-médico-sociale des addictions n'est que très peu abordée durant les six années d'études du pharmacien. Si le pharmacien possède les connaissances nécessaires pour être efficace dans la prise en charge des usagers de drogues, c'est qu'il a fait l'effort personnel d'effectuer des formations post universitaires, des formations continues ou qu'il s'est impliqué dans un réseau spécialisé dans la prise en charge des usagers de drogues.

Actuellement, aucune rémunération n'est prévue concernant le travail de prévention, de suivi et d'aide aux usagers de drogues que le pharmacien peut réaliser à l'officine, alors que cela est le cas lorsqu'il réalise le suivi du traitement des patients sous Anti-Vitamine K.

Le pharmacien pourrait recevoir une rémunération pour le suivi des patients sous traitement de substitution aux opiacés, notamment lorsque les patients viennent prendre leur traitement de manière quotidienne à la pharmacie, mais également si le pharmacien participe à un PES, en contrepartie du temps mis en œuvre pour récupérer et redistribuer le matériel.

Il faut également considérer l'implication de l'ensemble de l'équipe officinale, un pharmacien titulaire ne peut effectuer seul son action auprès des usagers de drogues. Il faut qu'au sein de l'officine, tout le personnel ait la même attitude avec les usagers de drogues, ou du moins que les personnes de l'équipe acceptent la volonté du pharmacien de participer au système de prise en charge et d'aide des usagers de drogues. La reconnaissance de l'action du pharmacien et de son équipe se fait grâce à la participation à un réseau pluridisciplinaire au sein duquel chaque intervenant à son propre rôle, des degrés de connaissance différents dans plusieurs domaines complémentaires et l'intervention de chacun se réalise à des étapes du parcours de l'usager ou à des moments de sa vie différents. Le but commun de toutes les actions menées dans le cadre des PES auprès des usagers de drogues étant la prévention.

2.2.2.2. Méthode de mise en place d'un Programme d'Echange de Seringues

Pour mettre en place un Programme d'Echange de Seringues, il faut d'abord identifier sur un territoire donné les pharmacies qui ont une activité significative de vente de matériel d'injection, soit par le volume des ventes soit par le nombre de clients et en fonction de leur qualité, qu'ils soient des clients réguliers ou de passage.

Il faut ensuite évaluer l'adhésion des équipes officinales au concept de réduction des risques et la qualité des relations qu'elles entretiennent avec les usagers de drogues.

Pour entrer dans un Programme d'Echange de Seringues, un pharmacien devrait répondre à plusieurs critères :

- vendre de manière régulière du matériel stérile ce qui implique une clientèle régulière, susceptible de ramener son matériel
- le volume des ventes doit être relativisé en fonction du nombre de clients
- les relations entretenues avec les usagers de drogues doivent être non conflictuelles
- adhérer au concept de la réduction des risques et à l'importance de la gratuité du matériel car d'une manière générale, l'utilité de l'accès au matériel est reconnue, mais la gratuité n'est pas toujours comprise.

2.2.2.3. Réglementation encadrant la récupération et le transport des matériels souillés

Les seringues dont se servent les usagers de drogues présentent les mêmes risques infectieux que celles utilisées dans le cadre d'activités de soins. L'élimination de ces seringues suit les mêmes règles techniques appliquées à la récupération, au transport et à l'élimination des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) perforants. Même en absence de risque infectieux, tous les matériels et matériaux piquants, coupants ou perforants sont considérés comme des DASRI, car outre le risque infectieux qui peut découler de leur usage, ils sont associés à un risque mécanique et à un risque psycho-émotionnel.

Différentes règles doivent être respectées pour la mise en place d'une filière d'élimination des seringues utilisées par les usagers de drogues.

- Le Code de la Santé Publique (R.1335-1 à R.1335-8 du CSP) et ses trois arrêtés d'application:
 - Arrêté du 7 septembre 1999 relatif à l'entreposage, modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011,
 - Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination, modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011,
 - Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages.

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

- Le Code du Travail :
 - Protection des travailleurs contre les agents biologiques (art. R.4421-1 et s.)

Actuellement, la collecte des DASRI est réalisée par l'association DASTRI qui a été officiellement agréée par les pouvoirs publics le 30 décembre 2012 pour assurer la collecte des DASRI.

L'objectif de cette collecte est de :

- Protéger l'environnement par une élimination propre de ces déchets
- Limiter les accidents liés à la prolifération de ces déchets dans les ordures ménagères ou dans les cartons Cyclamed® normalement prévus pour récolter les médicaments non utilisés qui seront recyclés.

Le financement de la collecte par DASTRI est assuré pour moitié par les producteurs de médicaments injectables et par les producteurs de dispositifs médicaux piquants, coupants et tranchants pour l'autre moitié. Cela représente un budget annuel de 10 millions d'euros.

L'objectif est de récolter 60 % des quantités mises sur le marché d'ici à la fin 2016.

Les patients concernés par la collecte s'administrent un traitement médical et/ou réalisent de l'auto-surveillance hors d'une structure de soins et sans l'intervention d'un professionnel de santé.

La liste des pathologies dont les patients sont concernés par la collecte est établie par l'arrêté du 23 août 2011. Cette liste n'inclut pas les patients usagers de drogues, sauf s'ils sont malheureusement atteints par le VIH ou une hépatite virale. [44]

Il se pose alors la question pour le pharmacien d'accepter ou non des DASRI provenant des pratiques des usagers de drogues.

2.2.3. Expérience réalisée en 2003 à Ivry sur Seine [45]

Une étude a été menée en 2003 à Ivry sur Seine, concernant l'intérêt de la mise en place d'un Programme d'Echange de Seringues en officine pour les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Cette enquête a été réalisée pendant six mois, elle montre que la mise à disposition gratuite de Stéribox® en pharmacie multiplie par quatre le nombre de seringues distribuées à une file active d'usagers qui reste constante.

Diminution de la réutilisation de seringues

Les seringues étaient auparavant réutilisées au moins quatre fois. Cette mise à disposition gratuite permet de faire passer le nombre de réutilisations de 8 à 10 auparavant, à seulement 2 à 4 au cours de l'étude.

Bonne participation des usagers

La récupération et le retour du matériel à la pharmacie ne sont pas des actes faciles à mettre en place pour l'utilisateur. Le transport est rattaché à la crainte d'être interpellé pour présomption d'usage et la récupération nécessite de stocker le matériel chez soi avant de le ramener à l'officine. Cela peut représenter un obstacle s'il y a des enfants dans le lieu d'habitation ou si l'entourage n'est pas au courant des pratiques de l'utilisateur. Au cours de cette enquête, on a observé que certains usagers ramenaient leurs kits sans pour autant en

demander d'autres en échange, seulement dans le but de protéger leur entourage et l'environnement.

Création d'une relation de confiance avec le pharmacien

La mise en place de ce système d'échange de matériel d'injection est l'occasion de favoriser l'accès aux soins pour l'utilisateur de drogues. Le pharmacien, en abordant avec lui la question de l'injection, de ses pratiques, des risques, mais aussi des produits injectés, peut aider à améliorer sa prise en charge. Certains usagers ne fréquentent que la pharmacie comme lieu d'approvisionnement en seringues et n'ont pas ou plus accès aux structures de réduction des risques.

Incitation au dépistage du VHC

En ce qui concerne le dépistage du VHC, les usagers d'Ivry sur Seine ont été incités à se faire dépister notamment grâce à la distribution de plaquettes d'informations sur les facteurs de risque de contamination et sur l'intérêt du dépistage. Les pharmaciens avaient été formés à ces différentes problématiques et à la formulation de réponses claires et adaptées aux interrogations les plus fréquentes des usagers de drogues.

Résultats observés

A la suite du programme mis en place, on a observé à Ivry sur Seine que les usagers de drogues fréquentent plus souvent leur pharmacie qu'auparavant pour leur approvisionnement en Stéribox®. La relation qu'ils entretiennent avec leur pharmacien s'est améliorée, elle est basée sur la confiance et la sincérité. Les usagers sont devenus responsables, soucieux des complications sanitaires qui peuvent découler de leur usage de la voie intraveineuse.

Les pharmaciens ont également évolué concernant leur perception des usagers de drogues. Les équipes officinales ont appris à instaurer un dialogue avec l'utilisateur autour de la délivrance du matériel et à aborder ouvertement leurs pratiques et leurs modes de consommation.

Ainsi, les pharmaciens peuvent jouer pleinement leur rôle d'acteur de santé publique et diffuser les messages de réduction des risques liés à l'usage de drogues : prévention des risques liés à l'injection, prévention des complications liées au détournement des médicaments, prévention des contaminations par le VHC et incitation au dépistage.

Cependant, il n'existe pas d'évaluation du programme pour savoir quel a été son impact au niveau de la prévalence des infections comme le VIH et le VHC.

Cette expérience permet de faire le constat que les usagers échangent davantage le matériel à la pharmacie, mais aucun moyen ne permet de certifier que la transmission des infections est ralentie avec la diminution du partage du matériel d'injection.

2.3. Proposition d'une enquête de terrain

Nous nous sommes intéressés à travers cette enquête sur un aspect de la RDR : les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Afin de connaître réellement la situation dans laquelle se trouve les usagers de drogues ou les anciens usagers de drogues devenus patients sous traitement de substitution, il faut essayer d'obtenir leurs réponses au sujet de leurs traitements, de leurs consommations, détournements d'usage ou trafics illicites éventuels.

Une enquête réalisée directement auprès des patients permettrait d'expliquer pourquoi le générique du Subutex®, la buprénorphine est très souvent refusé.

Les données actuelles qui sont issues des observations des professionnels, indiquent que le refus de recevoir le générique s'accompagne de comportements de mésusage, dans une certaine continuité de l'addiction. A l'inverse, les patients qui acceptent le générique sont plus dans des stratégies de rupture avec l'addiction.

En réalisant cette étude, on pourra obtenir l'avis des patients directement, en leur posant des questions sur leurs différents usages, leurs pratiques et leurs comportements.

Partie 3 : Résultats de l'enquête et proposition d'amélioration des pratiques

3. Résultats de l'enquête et proposition d'amélioration des pratiques

3.1. Contexte de l'enquête

Cette enquête a été organisée par le Réseau Régional Addictions Poitou-Charentes et la faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers, elle est pilotée par Philippe BINDER et Stéphanie GAGEY.

Dix régions françaises ont participé à cette enquête qui s'est déroulée sur un mois.

Chaque attaché de recherche en région devait traiter au moins 100 questionnaires, pour qu'au niveau national on puisse en obtenir au minimum 1 000.

Cette étude n'était pas facile à réaliser car de nombreuses barrières existaient au niveau des usagers, notamment la manière dont ils allaient accepter le questionnaire.

Les pharmaciens ont de manière générale très volontiers accepté de participer à l'enquête, mais la majorité d'entre eux a soulevé le fait que beaucoup de leurs patients sous traitement de substitution ne parlaient pas correctement français ou pouvaient rencontrer des difficultés pour lire les questions et que la quantité, 36 questions, pouvait freiner certains patients à accepter de participer à l'étude.

3.2. Le questionnaire

Le questionnaire remis au patient, comporte un petit texte d'introduction sur le recto de la page et au verso, les 36 items. Il est disponible dans les annexes. Le questionnaire est divisé en plusieurs parties.

- **La première partie concerne le patient lui-même, on lui demande :**

- son sexe
- son âge
- s'il est bénéficiaire de la CMU
- la provenance de ses revenus : secours/amis/famille, revenu non déclaré, RMI/pension/allocation ou bien d'un emploi
- le nom du médicament de substitution actuellement pris par le patient
- la durée de prise de ce médicament : 1 à 3 mois, 3 à 12 mois, plus d'un an
- la modalité de la prise : en une seule prise par jour ou en plusieurs prises
- la dose actuellement prise par le patient

- **La deuxième partie concerne les éventuels autres usages que peut avoir le patient sous traitement de substitution.**

On lui demande si dans le mois qui vient de s'écouler il a :

- participé à un trafic illicite
- pris de l'héroïne, de la cocaïne ou des amphétamines
- fumé du cannabis

Pour ces trois questions les réponses possibles sont : non, 1 ou 2 fois et plus de 3 fois.

- bu de l'alcool : jamais, moins de 5 verres par jour et 5 verres ou plus par jour
- pris des médicaments pour les nerfs, l'anxiété ou la dépression : non, parfois, tous les jours.

- **La troisième partie du questionnaire concerne les consommations de produits comme les médicaments de substitution, les médicaments en général, la drogue ou même l'alcool et les différents comportements pratiqués par le patient : fumer, sniffer, injecter et dealer...**

On demande d'abord au patient si ces produits ou ces comportements sont :

- plus fréquents, plus prolongés ou en quantité plus importante que prévu
- l'empêchent de remplir ses obligations majeures au travail ou à la maison
- lui occasionnent des problèmes sociaux ou relationnels
- lui ont fait réduire ou abandonner des activités sociales, occupationnelles ou de loisirs
- lui ont provoqué ou aggravé des troubles physiques ou psychologiques ou une maladie
- si les continuer peut être physiquement dangereux
- s'il a essayé de les diminuer ou de les arrêter sans y parvenir
- s'il passe beaucoup trop de temps à essayer de s'en procurer ou à récupérer des effets après
- s'il a des envies très fortes ou obsédantes d'en prendre ou d'avoir ce comportement
- s'il a des troubles à l'arrêt et qui cessent lorsqu'il reprend ces produits
- s'il faut qu'il augmente les doses pour avoir les mêmes effets.

Les réponses possibles à ces questions sont OUI ou NON.

- **La quatrième et dernière partie du questionnaire concerne le traitement de substitution du patient.**

On lui demande :

- s'il a déjà pris du Subutex® ou de la buprénorphine : non, oui moins d'un mois, entre 1 et 3 mois, plus de 3 mois

- s'il a pris de la buprénorphine : s'il l'a continuée, arrêtée pour revenir au Subutex®, autre situation

- si depuis un mois, il lui est arrivé de sniffer/s'injecter du Subutex® ou de la buprénorphine : non, 1 ou 2 fois, plus de 3 fois

- si le générique est moins efficace que le Subutex® pour la substitution

- si le générique provoque des troubles (sueurs, anxiété, insomnie, crampes, nausées...)

- si le générique est moins pratique (moins facile à couper, fond moins bien sous la langue...)

- si le générique est moins facile à sniffer ou à injecter

Les réponses possibles à ces quatre dernières questions sont : vrai, faux ou je ne sais pas.

On demande ensuite au patient si son traitement de substitution actuel est devenu pour lui :

- un piège qui lui fait du tort

- un traitement ordinaire avec lequel il se sent normal

- comme une drogue qui lui fait aussi du bien.

Les réponses possibles pour ces trois questions sont : pas du tout, pas vraiment, oui un peu et oui vraiment.

L'enquête comporte en tout 36 questions et il faut en moyenne cinq minutes pour répondre si le français est bien maîtrisé par le patient.

3.3. Méthodologie

L'enquête a été réalisée dans 7 pharmacies de Guéret en Creuse, où 30 questionnaires ont été distribués et dans 15 pharmacies de Limoges où 138 questionnaires ont été déposés, soit au total 168 questionnaires.

Un courrier de présentation a été envoyé aux pharmaciens avant la visite de l'attachée de recherche, pour les prévenir qu'ils allaient être sollicités pour participer à l'étude.

Chaque pharmacien qui a accepté de participer à l'enquête a reçu notre visite et nous leur avons distribué un nombre de questionnaires et d'enveloppes correspondant au nombre de patients sous traitement de substitution de l'officine, un « registre pharmacien » qu'ils devaient compléter et une grande enveloppe pour rassembler les enveloppes contenant les questionnaires remplis par les patients.

Chaque questionnaire était anonyme, une enveloppe a été remise à chaque patient en même temps que le questionnaire pour lui permettre de le rendre au pharmacien de manière scellée.

Le « registre pharmacien » comportait les coordonnées (adresse mail et numéro de téléphone) du responsable du site où l'enquête était réalisée : André NGUYEN et de l'attachée de recherche, pour permettre aux pharmaciens de nous contacter en cas de problème ou de question relative à l'étude.

Sur le « registre pharmacien », chaque pharmacien devait pour chacun des questionnaires distribués :

- attribuer un numéro
- préciser :
 - le sexe du patient
 - la spécialité délivrée
 - le dosage du médicament
 - si une co-prescription de médicament psychotrope existait pour ce patient
 - si le prescripteur de l'ordonnance était un médecin généraliste ou un médecin exerçant dans une institution
 - si le questionnaire avait été rempli, refusé ou non-remis lorsque le patient l'avait emporté chez lui afin de le remplir
 - s'il s'agissait d'une première délivrance de substitution pour ce patient.

Une fois les enveloppes contenant les questionnaires rendues par le patient, le pharmacien les rassemblait dans une grande enveloppe pour faciliter la collecte.

L'enquête s'est déroulée du 15 mars au 15 avril 2014. Au bout de 15 jours d'enquête, les pharmaciens ont été contactés par téléphone pour s'assurer qu'aucun problème n'était rencontré et pour savoir si des réponses avaient déjà été obtenues, ce qui était le cas dans certaines pharmacies.

Les limites de l'étude :

- Le choix des pharmacies participant à l'étude n'a pas été fait au hasard.

A Guéret toutes les pharmacies ont été sollicitées, mais une n'avait pas de patient sous buprénorphine au moment de l'enquête. Les sept autres ont accepté de participer sans aucune difficulté.

Pour ce qui est des pharmacies de Limoges, elles ont été sélectionnées en fonction de leur situation et de leur file active de patients sous traitement de substitution. La plupart des pharmaciens a accepté de participer à l'étude. Seul un pharmacien était réticent et ne trouvait pas vraiment d'intérêt à réaliser ce genre d'étude car « de toute façon l'Etat paie la drogue aux drogués avec ce système de TSO ».

- La sélection des patients sous buprénorphine

La plupart des pharmaciens qui a participé à l'enquête, a sélectionné le nombre de questionnaires, en fonction des patients et du fait qu'ils allaient accepter ou non de répondre et également pour les patients les plus sérieux. On ne couvre donc pas la totalité des patients sous buprénorphine avec cette enquête, l'échantillon ne représente qu'une partie des usagers.

- La barrière de la langue

Les pharmaciens de Limoges ont pratiquement tous fait la remarque que l'une des principales limites de cette étude serait la barrière de la langue avec certains patients étrangers, notamment roumains qui ne comprennent pas bien le français donc qui ne sont pas en mesure de lire le questionnaire.

- Problème du non retour des questionnaires une fois amenés au domicile

Lorsque les patients ont insisté pour remplir le questionnaire à leur domicile et ensuite le ramener à la pharmacie, ils ne l'ont pour la majorité pas fait, ce qui rajoute un biais supplémentaire à l'enquête.

- Non investissement de certains pharmaciens qui avaient pourtant accepté de participer à l'étude

Certains pharmaciens ont pris des questionnaires et semblaient motivés pour participer à l'enquête, mais malgré la relance téléphonique à la moitié de l'enquête, aucun résultat n'a été obtenu dans leur officine.

Différentes explications nous ont été fournies, soit les patients ne sont pas venus chercher leur traitement pendant la durée de l'enquête, soit le pharmacien qui était chargé de l'enquête était absent le jour de la récupération des questionnaires et personne dans l'officine ne savait où était l'enveloppe de collecte finale, ce qui donne une idée de l'implication de l'équipe dans la réalisation de l'enquête.

3.4. Résultats de l'enquête

168 questionnaires ont été déposés au total dans certaines pharmacies de Guéret et Limoges, 65 ont été récupérés, soit un taux de réponses de 38,7 %.

3.4.1. Résultats concernant le profil des patients

- Répartition des âges

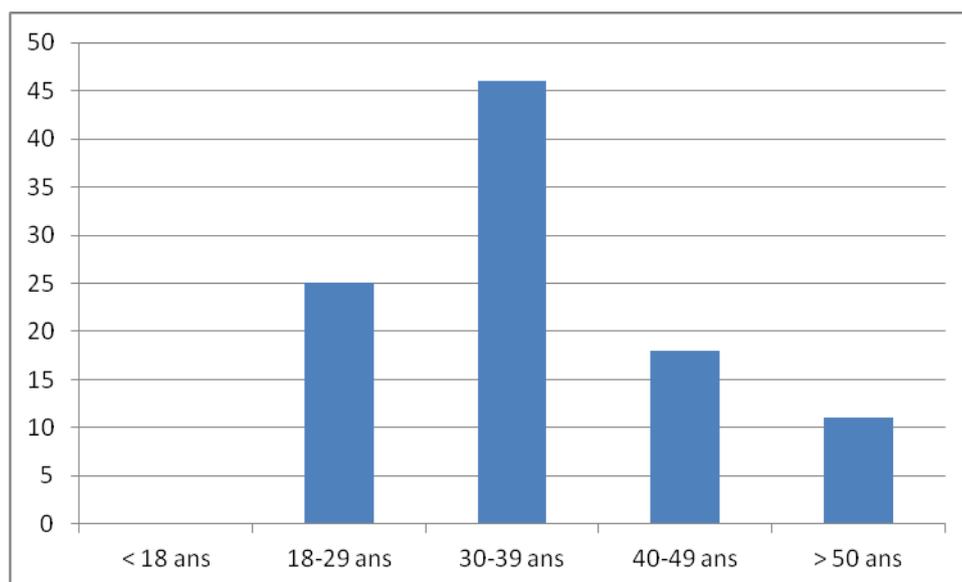


Figure 7 : Répartition des âges chez les patients

La majorité des patients est des hommes (74 %) et ils ont pour la plus grande partie entre 30 et 39 ans (46 %).

Ces chiffres correspondent aux enquêtes habituelles où on retrouve environ $\frac{1}{4}$ de femmes et $\frac{3}{4}$ d'hommes. 75% des patients ont plus de 30 ans et plus de 10% plus de 50 ans, ce qui va dans le sens qu'il s'agit d'une problématique chronique nécessitant une prise en charge sur le long terme.

- Provenance des ressources

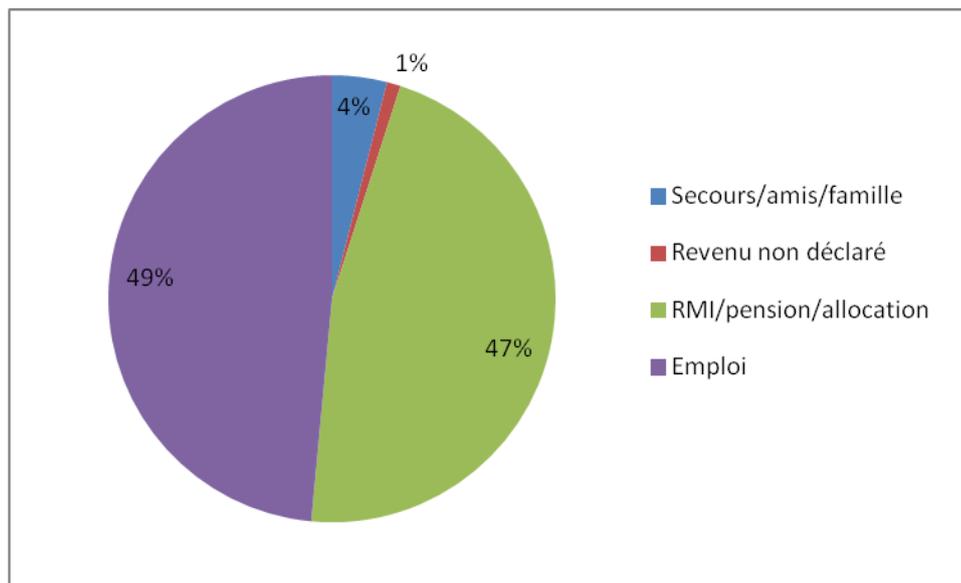


Figure 8 : Provenance des ressources

Les revenus des patients semblent provenir en majorité d'un emploi, du RMI, d'une pension ou d'une allocation. Il est à noter qu'il n'y a que 5 % de patients sans ressources. La plupart des patients ont de fait une couverture sociale. Nous constatons qu'un patient sur deux bénéficiant d'un traitement de substitution travaille.

On peut supposer que le médicament permet une stabilisation de l'utilisateur et lui permet d'assurer une activité professionnelle.

3.4.2. Résultats concernant le Traitement de Substitution aux Opiacés

- Répartition des TSO utilisés

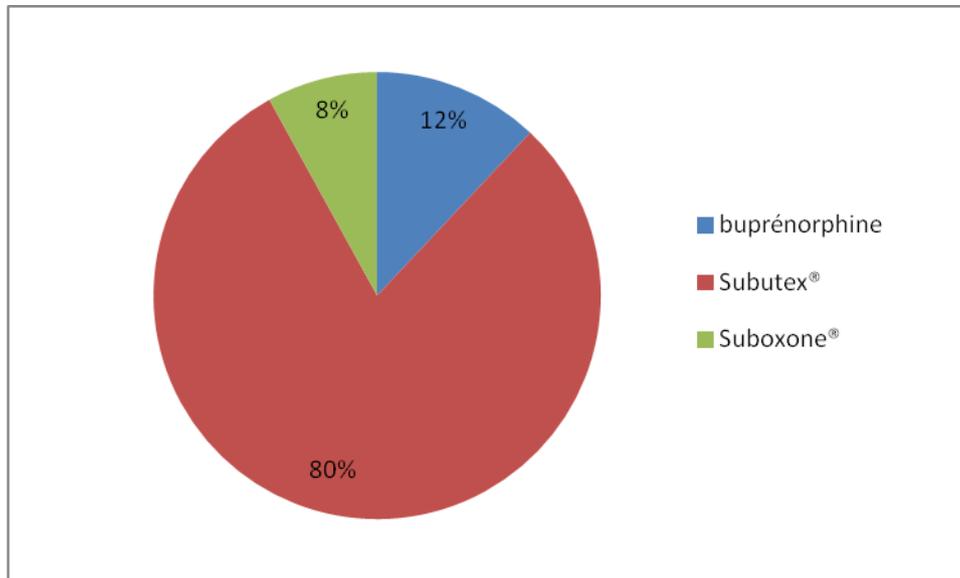


Figure 9 : Répartition des TSO utilisés

Le médicament de substitution aux opiacés utilisé est le Subutex® pour 80 % des patients qui ont participé à l'enquête. Seulement 12 % utilisent le générique, la buprénorphine.

Selon cette enquête, plusieurs raisons peuvent expliquer que le Subutex® soit majoritairement délivré :

- Les patients trouvent le générique moins efficace que le Subutex® pour 44 % des enquêtés, 37 % pensent qu'il provoque des troubles et 48 % le trouvent moins pratique.
- Une majorité de patients qui a déjà utilisé le générique est repassée au Subutex®, soit 61 % d'après notre enquête.
- Pour les patients qui ont répondu à la question : « le générique est-il moins facile à sniffer ou à injecter », 20 % disent que c'est vrai.

- 87 % des patients prennent le TSO depuis plus d'un an, ce qui peut expliquer qu'ils restent fidèles à la prescription initiale de Subutex®, apparu avant le générique.
- Certaines réponses doivent également provenir de ce que les usagers entendent dans leur entourage, comme par exemple certains qui prennent exclusivement du Subutex®, répondent que le générique est moins efficace, provoque des troubles et qu'il est moins pratique.

Une première observation peut être faite concernant un premier usage hors indication des TSO. La moitié des patients (51 %) prend son traitement en plusieurs fois par jour, alors qu'il est conseillé de n'avoir qu'une seule prise quotidienne. Il faut noter que d'après les patients, le Subutex® est plus facilement fractionnable que le générique qui a tendance à s'effriter.

D'autres hypothèses peuvent être évoquées :

- Certaines pharmacies ne disposent que du Subutex® car le médecin prescripteur du quartier où elles se trouvent appose sur la plupart de ses prescriptions la mention « non substituable ».
- Les prescripteurs ont tendance à maintenir le même traitement de substitution pour les patients stabilisés et prescriront plus facilement le générique ou la Suboxone® pour les nouvelles initialisations.

3.4.3. Résultats concernant d'éventuels autres usages

- Trafic illicite depuis un mois

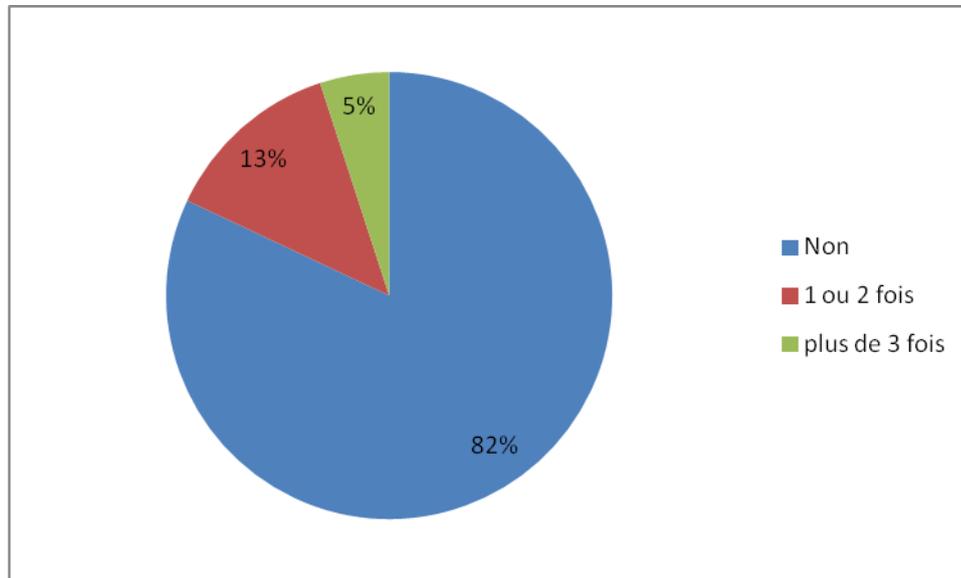


Figure 10 : Participation à un trafic illicite depuis un mois

La majorité des usagers (82%) ne fait pas de trafic illicite et peut être considérée comme adhérente dans ses prises en charge.

- Prise d'héroïne, de cocaïne ou d'amphétamines depuis un mois

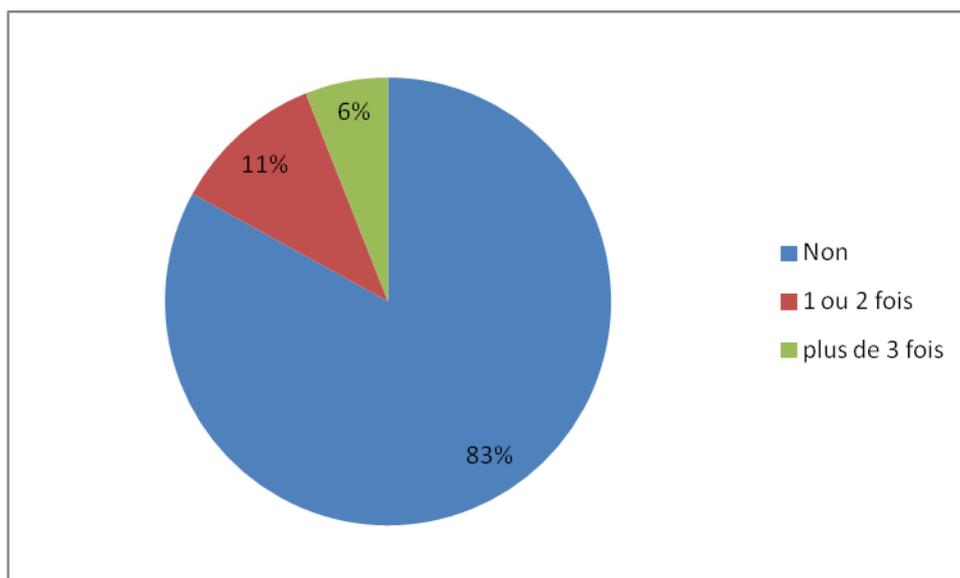


Figure 11 : Prise d'héroïne, de cocaïne ou d'amphétamines depuis un mois

Plus de 8 patients sur 10 ne consomment plus de substances illicites. Seulement 6% ont consommé plus de 3 fois dans le mois.

Nous pouvons penser que les patients sous TSO sont stabilisés sur le plan de leurs consommations, et mettre en parallèle cette observation avec la présence d'une activité professionnelle chez la moitié des patients.

- Prise de cannabis depuis un mois

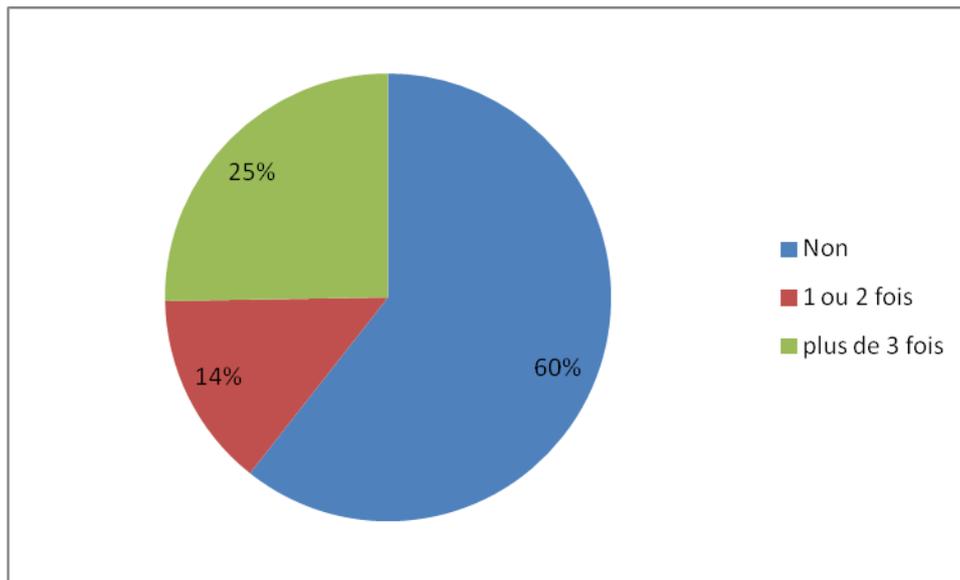


Figure 12 : Prise de cannabis depuis un mois

La consommation de cannabis est présente chez $\frac{1}{4}$ des patients à plus de 3 fois dans le mois mais 60% ne consomment pas de cannabis.

- Prise d'alcool depuis un mois

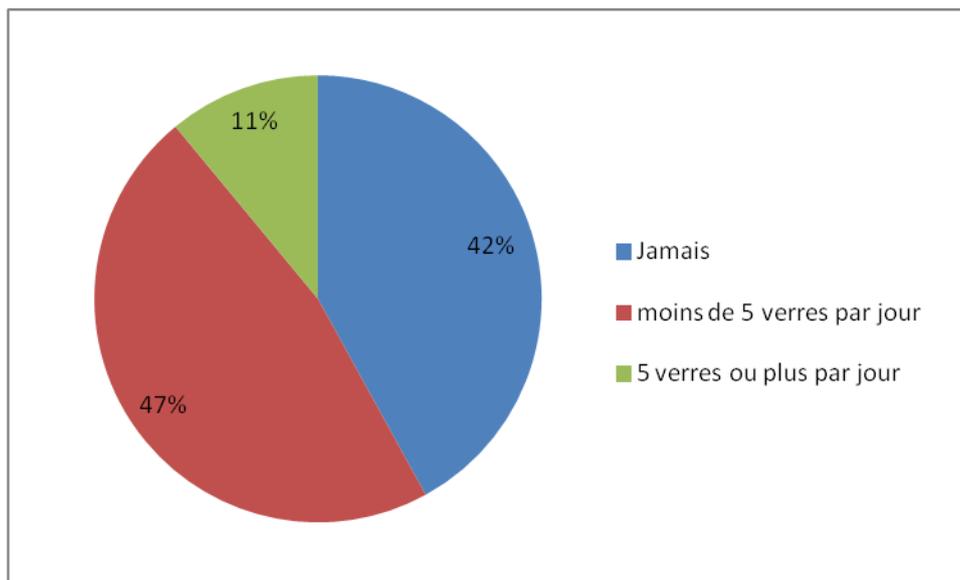


Figure 13 : Prise d'alcool depuis un mois

42% des patients n'ont pas bu dans le mois, seulement 11% ont une consommation excessive voire dépendante.

- Prise de médicaments pour les nerfs, l'anxiété ou la dépression depuis un mois

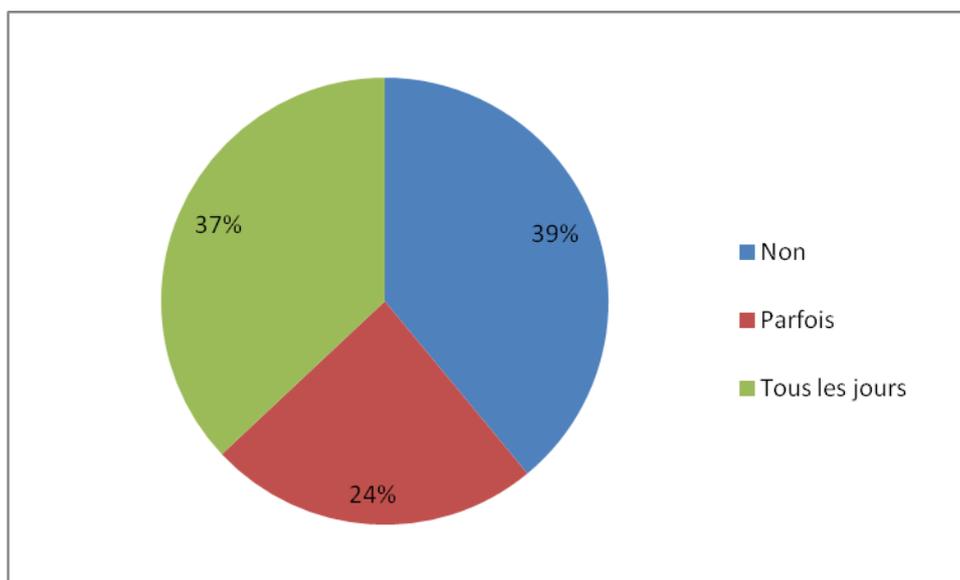


Figure 14 : Prise de médicaments depuis un mois

Nous constatons que la prise des médicaments semble la plus importante puisque 37% en ont consommé tous les jours dans le mois précédent, 24% parfois et seulement 39% n'en ont pas consommé.

En résumé

Les substances psychoactives les plus consommées en association avec le TSO sont les médicaments psychotropes avant l'alcool, le cannabis et les autres substances illicites.

Ceci nous impose d'être vigilants sur la prise des psychotropes associés aux TSO.

3.4.4. Résultats concernant la perception de la consommation de produits

Nous avons utilisé dans cette enquête les résultats en lien avec la RDR en Officine.

51% des patients pensent que continuer leur TSO ou leurs autres consommations peut être physiquement dangereux. Les patients ont tout à fait conscience de la dangerosité du produit et sont capables d'évaluer le bénéfice/risque de ces prises.

65 % d'entre eux ont également essayé de diminuer ou d'arrêter leur consommation sans y parvenir. Ceci montre que le traitement n'est pas perçu comme un traitement d'une maladie chronique ou au long court. Ils n'ont pas conscience qu'il faut que cet arrêt soit progressif et dans le cadre d'un accompagnement. Le travail d'éducation thérapeutique prend donc tout son sens.

On peut faire le rapprochement avec la question sur l'éventuelle survenue de troubles lorsque les patients arrêtent le traitement. Ils apparaissent et vont cesser lorsqu'ils le reprennent. 56 % des patients qui ont répondu à cette question n'ont pas fait le lien qu'il est nécessaire de diminuer progressivement le traitement sinon il apparaît des signes de manque aux opiacés.

84% des patients sous TSO considèrent que cela ne les empêche pas de travailler et 66% que cela n'entraîne pas de problème dans leurs relations sociales.

3.4.5. Résultats concernant le traitement de substitution

- Prise d'un TSO : Subutex® et buprénorphine

Durée de la prise	Subutex®	Buprénorphine
Non	2 %	40 %
Moins d'un mois	11 %	20 %
Entre 1 et 3 mois	6 %	7 %
Plus de 3 mois	81 %	33 %

Tableau 10 : Durées de prise du Subutex® et de la buprénorphine

Ce qui ressort de ces deux questions est que la majorité des patients qui ont pris du Subutex® l'ont continué plus de 3 mois (81 %), que 40 % des patients n'ont jamais pris de buprénorphine et que ceux qui ont en pris l'ont continuée plus de trois mois (33 %).

La question suivante nous renseigne sur le fait que la majorité des patients qui ont pris de la buprénorphine sont revenus au Subutex® (61 %), seulement 12 % l'ont continuée.

Il existe donc un phénomène qui provoque le retour des patients au Subutex®, mais il ne peut pas clairement être établi par les résultats de notre enquête. On peut cependant supposer que les patients qui sont revenus à la prise de Subutex®, se sentaient plus stables et plus sécurisés sous la molécule initiale.

- Détournement d'usage du TSO

	Vrai	Faux	Je ne sais pas
Plus grande difficulté à sniffer ou à injecter le générique	20 %	7 %	73 %

Tableau 11 : Détournement d'usage du TSO

73 % des patients disent ne pas savoir si le générique, la buprénorphine est moins facile à sniffer ou à injecter par rapport au Subutex®. On peut supposer que 27% ont essayé, et que la majeure partie a constaté qu'il y a une différence entre les deux médicaments.

- Perception du TSO

	Piège qui me fait du tort	Traitement ordinaire avec lequel je me sens bien	Comme une drogue qui me fait du bien
Pas du tout	24 %	13 %	33 %
Pas vraiment	10 %	14 %	18 %
Oui un peu	37 %	40 %	31 %
Oui vraiment	30 %	33 %	18 %

Tableau 12 : Perception du TSO

On peut noter l'ambivalence entre le fait que 67% patients pensent que le TSO « est un piège qui me fait du tort » mais 73% pensent que c'est un « traitement ordinaire avec lequel je me sens bien ». On peut se poser la question de savoir si le patient a fait le lien entre « sa

maladie chronique de dépendance aux opiacés » et la nécessité d'avoir un traitement au long court.

Il est à noter qu'un patient sur deux perçoit que c'est « comme une drogue qui me fait du bien ». La question est de savoir si cela lui fait du bien dans le sens « je me sens bien comme quelqu'un de normal » ou dans le sens « je me sens bien pour l'effet du produit ».

3.5. Propositions d'améliorations

3.5.1. Favoriser le dialogue avec le patient

Le pharmacien peut établir un dialogue avec les patients qu'il sent prêts à vouloir discuter de leurs usages et de leurs pratiques. Il pourra ensuite les accompagner ou les orienter vers les structures adaptées où ils pourront trouver de l'aide.

Au vu des résultats du questionnaire, les patients semblent ouverts à la discussion car ils ont pour la majorité répondu aux questions qui pouvaient être perçues comme délicates voire indiscrettes au sujet de leurs consommations et de leurs usages détournés. Nous pouvons penser que la pharmacie est identifiée par les patients comme un lieu de soin et de respect de l'individu.

3.5.2. Donner de l'information sur les médicaments de substitution

Le pharmacien doit pouvoir donner des informations aux patients sur les médicaments de substitution, comme il le ferait pour n'importe quel autre traitement plus courant :

- nombre de prises,
- mode de prise,
- mode d'action du médicament,
- effets indésirables,
- associations contre-indiquées
- risques liés aux mésusages, ...

3.5.3. Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient sous TSO a plusieurs objectifs :

- Créer une alliance thérapeutique, c'est-à-dire connaître les objectifs du patient : soit il veut sortir de la dépendance au produit précédemment consommé, soit le TSO remplace le produit illicite qu'il consommait avant
- Faire un diagnostic éducatif du patient
- Rappeler ce qu'est la dépendance et les problèmes qui sont associés
- Rappeler qu'il s'agit d'un traitement au long court, sur plusieurs années
- Faire prendre conscience au patient qu'il est acteur de ses soins
- Proposer des entretiens de suivi du traitement
- Travailler sur les risques éventuels de rechute qui ne doivent pas décourager le patient
- Préparer avec le patient les diminutions de doses et les arrêts de traitement : certains auront déjà fait des tentatives d'arrêt brutal, sans résultat et ils auront alors repris le traitement ou pire, la drogue qu'ils consommaient avant ce qui représente un énorme échec pour le patient qui souhaite sortir de la consommation.

3.5.4. Place de la récupération des seringues

Le pharmacien peut renforcer le dispositif de RDR au sein de son officine, il dispose de différents moyens :

- Distribuer de manière gratuite un Stérifilt® à chaque achat de Stéribox®

Cette mesure est mise en place dans certaines pharmacies qui font partie d'un réseau pluriprofessionnel.

Dans la plupart des cas, aucun dialogue ne s'engage lors de la délivrance des Stéribox® qui s'apparente alors plus à une distribution. Le pharmacien a du mal à entrer en contact avec le patient qui est le plus souvent pressé et qui ne prendra pas donc pas le temps d'écouter le discours de RDR du pharmacien.

Certaines pharmacies notamment en région parisienne, ont fait le choix de ne pas délivrer de Stéribox® à cause des problématiques liées.

La distribution d'un Stérifilt® avec le Stéribox® permet de renforcer le dispositif de RDR. Le patient aura reçu l'information lors de la première distribution et il saura donc l'utiliser lors des prochaines injections quand un nouveau lui sera distribué.

- Mettre en place un système de récupération des seringues usagées en distribuant un conteneur au patient lorsqu'il vient régulièrement acheter un Stéribox® à la pharmacie.

Tout cela ne peut être mis en place et bien fonctionner que si le pharmacien est sensibilisé à la RDR et s'il a réussi à établir une relation de confiance et un dialogue avec l'utilisateur.

3.5.5. Aborder les consommations associées

Lorsqu'une relation de confiance est établie entre le pharmacien et son patient, ils peuvent aborder ensemble la question des consommations associées au TSO.

Pour ce qui est des consommations de produits licites, le pharmacien peut discuter avec le patient de ses consommations de médicaments psychotropes. Il peut lui demander si ces médicaments représentent une réelle aide pour lui ou s'il pense qu'il pourrait peut-être réduire leur consommation et se contenter de prendre le TSO. Il faut rappeler au patient les bonnes pratiques sur les médicaments psychotropes : traitement court suivi d'une évaluation régulière, pas d'association entre eux, les risques liés aux arrêts brutaux, ... Dans notre enquête il s'avère qu'un tiers des patients prend des psychotropes avec le TSO.

En ce qui concerne l'alcool et le tabac, le patient ne sera pas forcément prêt de suite à réduire ou arrêter de manière simultanée sa consommation de drogue et sa consommation d'alcool ou de tabac. Il faut procéder par étapes, donner des informations (verre standard pour l'alcool), l'aider à évaluer son usage (utilisation de tests en accès libre à la pharmacie) et lui expliquer que des solutions existent pour l'aider s'il souhaite modifier ses autres consommations.

Il faut adapter la même attitude concernant la consommation de produits illicites comme le cannabis, on peut proposer au patient de l'information, une évaluation de sa consommation et des conseils pour réduire sa consommation ou l'orienter vers des structures adaptées.

En résumé

La RDR en officine ne peut pas se mettre en place de manière immédiate, il faut qu'une relation de confiance ait le temps de se créer entre le pharmacien et les patients. Pour cela le pharmacien doit être ouvert et tenter dès que cela lui semble possible, d'établir un dialogue avec le patient sous TSO.

Le patient qui entre dans la pharmacie pour acheter un Stéribox® et qui semble pressé n'est pas prêt à entrer dans une discussion avec le pharmacien.

Il existe également une barrière très importante qui est celle de la langue. Beaucoup de patients ne maîtrisent pas le français il est alors très difficile pour le pharmacien de créer un contact avec ces personnes.

Il faut que le pharmacien adapte son attitude et son discours en fonction du patient auquel il est confronté.

Conclusion

Conclusion

La réduction des risques est un sujet complexe qui concerne des usagers de substances licites ou non, présentant des comorbidités somatiques, psychologiques et sociales. C'est un domaine récent et en pleine évolution, qui bouscule les pratiques et nos représentations.

Pour pouvoir mettre en place une démarche de réduction des risques à l'officine, il faut que le professionnel soit sensibilisé à cette problématique. Une relation de confiance est nécessaire entre le pharmacien et l'utilisateur afin de pouvoir accompagner un projet de réduction ou d'arrêt de consommation.

L'enquête réalisée a permis d'impliquer des pharmaciens et les usagers. Les patients ont reconnu la légitimité du pharmacien à aborder la question de leur consommation.

L'approche de la RDR notamment par l'accompagnement des traitements de substitution permet une amélioration de la santé et de la qualité de vie des patients. Depuis le début de la mise en place des programmes de réduction des risques, on a pu observer une amélioration du statut infectieux des usagers de drogues, avec un recul des infections par le VIH et le VHC. La mise à disposition de seringues stériles permet de diminuer le nombre de réutilisations et de partages des seringues entre les usagers.

Beaucoup de chemin reste encore à parcourir pour généraliser la réduction des risques chez les usagers à l'officine. Peu de pharmaciens sont réellement engagés, la plupart se limite à délivrer des Stéribox® et les traitements de substitution aux opiacés. Il serait intéressant de mettre en place des actions de sensibilisation et proposer des formations auprès des professionnels pour qu'ils soient moins démunis.

Références bibliographiques

- [1] COPPEL A. « Histoire de la Réduction des Risques en France ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://a-f-r.org/histoire-la-rdr/histoire-la-reduction-risques-en-france> > (consulté le 16 février 2014)
- [2] « Réduction des risques chez les usagers de drogues (2010) ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/reduction-des-risques-chez-les-usagers-de-drogues-2010> > (consulté le 15 mai 2014)
- [3] *Résultats ENa-CAARUD 2010* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxacs9.pdf> > (consulté le 11 mai 2014)
- [4] *Résultats ENa-CAARUD 2006* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxatoa.pdf> > (consulté le 15 mai 2014)
- [5] *Strawbag*. In: Argile. [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.argile.fr/pdf/strawbag.pdf> > (consulté le 12 janvier 2014)
- [6] *Réduction des risques en milieu pénitentiaire* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiot1.pdf> > (consulté le 15 mai 2014)
- [7] REYNAUD M. *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire des dommages*. In: Fédération addiction. [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.federationaddiction.fr/le-pr-michel-reynaud-rend-son-rapport-a-la-mildt/> > (consulté le 15 mai 2014)
- [8] *Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse*. In: INPES. [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1236.pdf> > (consulté le 15 mai 2014)
- [9] « Le réseau Périnatlim — Santé-Limousin v.2 ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/perinatlim/presentation/4a76d3029e14a7d30ec7529ff98b24fe#documents-du-reseau> > (consulté le 19 avril 2014)
- [10] *Manuel des droits des usagers de Traitements de Substitution aux Opiacés* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.asud.org/pub/TSO_net.pdf > (consulté le 15 mai 2014)
- [11] *Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie*. In: Respadd. [En ligne]. Disponible sur : < http://www.federationaddiction.fr/contributions-a-la-mise-en-place-dun-programme-dechanges-de-seringues/guide_methodo_pes_pharmacie-1/ > (consulté le 15 mai 2014)
- [12] « APOTHICOM ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.apothicom.org/steribox.php> > (consulté le 12 janvier 2014)
- [13] « Sterifilt, présentation ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.apothicom.org/sterifilt-presentation.htm> > (consulté le 15 mai 2014)
- [14] *Le Flyer 51* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/documents/Flyer51.pdf> > (consulté le 16 novembre 2013)

- [15] *Le Flyer 13* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/documents/13.pdf> > (consulté le 21 novembre 2013)
- [16] *Filtres Toupies à usage unique* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.safe.asso.fr/EspaceUsagers/images/Affiches/FlyerToupie.pdf> > (consulté le 12 janvier 2014)
- [17] « Décret no 95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret no 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie ». In: Legifrance. [En ligne]. Disponible sur : < <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000369498> > (consulté le 15 mai 2014)
- [18] « Base bibliographique OFDT ». [En ligne]. Disponible sur : < http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=510 > (consulté le 15 mai 2014)
- [19] « PES Poste ». [En ligne]. Disponible sur : < http://www.safe.asso.fr/EspaceUsagers/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=24 > (consulté le 12 janvier 2014)
- [20] « SUBUTEX ». In: Meddispar. [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/SUBUTEX-2-B-7/\(id\)/78#nav-buttons](http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/SUBUTEX-2-B-7/(id)/78#nav-buttons) > (consulté le 8 février 2014)
- [21] REISINGER M. « Pourquoi tant d'injections de buprénorphine? ». *Courr. Addict.* mars 2007. Vol. 9 supplément au n°1, p. 5 à 7.
- [22] *Le Flyer 52* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/flyer_52.pdf > (consulté le 16 novembre 2013)
- [23] « METHADONE AP-HP ». In: Meddispar. [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/METHADONE-AP-HP-1-B-7/\(id\)/78#nav-buttons](http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/METHADONE-AP-HP-1-B-7/(id)/78#nav-buttons) > (consulté le 8 février 2014)
- [24] « SUBOXONE ». In: Meddispar. [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/SUBOXONE-2-B-7/\(id\)/78#nav-buttons](http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/SUBOXONE-2-B-7/(id)/78#nav-buttons) > (consulté le 8 février 2014)
- [25] *Le Flyer 38* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/documents/Flyer38.pdf> > (consulté le 15 mai 2014)
- [26] *Le Flyer 45* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/flyer_45.pdf > (consulté le 21 novembre 2013)
- [27] *SWAPS 64* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.pistes.fr/swaps/pdf/swaps64.pdf> > (consulté le 15 mai 2014)
- [28] *Le flyer 38* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.rvh-synergie.org/documents/Flyer38.pdf> > (consulté le 21 novembre 2013)
- [29] « Quai 9 : une salle d'injection au cœur de Genève - Métropolitiques ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.metropolitiques.eu/Quai-9-une-salle-d-injection-au.html> > (consulté le 1 mars 2014)

- [30] « Prescription médicalisée d'Héroïne ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.fosumos.ch/coroma/index.php/fr/heroin/heroingestuetzte-behandlung> > (consulté le 2 mars 2014)
- [31] *Protocole ERLI* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/drogues/pdf/seminaire-15-03-2010/Introduction.pdf> > (consulté le 15 mai 2014)
- [32] *SWAPS 62* [En ligne]. Disponible sur : < http://vih.org/sites/default/files/swaps_62.pdf > (consulté le 15 mai 2014)
- [33] *Recommandation Temporaire d'Utilisation du Baclofène* [En ligne]. Disponible sur : < http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2976e3c2bb5c0e5265a35955df5e8de0.pdf > (consulté le 15 mai 2014)
- [34] « SELINCRO (nalméfène), antagoniste opioïde ». In: Haute Autorité de Santé. [En ligne]. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1716023/fr/selincro-nalmefene-antagoniste-opioide > (consulté le 15 mai 2014)
- [35] « SAM, le conducteur désigné ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ckisam.fr/> > (consulté le 20 avril 2014)
- [36] Liste des *substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance Maladie au 21/01/2014*. [En ligne]. Disponible sur : < http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/substituts_nicotinique_2014_01_27.pdf > (consulté le 15 mai 2014)
- [37] *Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif*. [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818309&dateTexte=&categorieLien=id> > (consulté le 15 mai 2014)
- [38] *Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxalu2.pdf> > (consulté le 15 mai 2014)
- [39] « Ordre National des Pharmaciens ». [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/> > (consulté le 9 mars 2014)
- [40] *ciopf-code-de-deontologie-france.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ciopf.org/var/ciopf/storage/fckeditor/File/ciopf-code-de-deontologie-france.pdf> > (consulté le 15 mai 2014)
- [41] « Code de la santé publique - Article L1411-11 ». In: Legifrance. [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686929&dateTexte=&categorieLien=cid> > (consulté le 15 mai 2014)
- [42] « Code de la santé publique - Article L4011-1 ». In Legifrance. [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020897405&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100408> > (consulté le 15 mai 2014)

- [43] *Contributions-PES-Pharmacie_2012.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/04_actions_mesures/03_soin_insertion_reduction/Pharmaciens/05b_focus_pharmaciens/Contributions-PES-Pharmacie_2012.pdf > (consulté le 5 janvier 2014)
- [44] « le-journal-ordre-pharmaciens-34 ». In : *calameo.com* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.calameo.com/read/0024493959d96c098fc71> > (consulté le 30 mars 2014)
- [45] BONNET N. « Intérêt d'un programme d'échange de seringues en pharmacie d'officine pour les usagers de drogues par voie intraveineuse » *Presse Medicale*. 2006. Vol. 35, n°12 Pt 1, p. 1811–1818.

Table des annexes

Annexe 1. Stéribox®	113
Annexe 2. Stérifilt®.....	115
Annexe 3. Flyer Codéine	116
Annexe 4. Flyer TSO Usagers.....	117
Annexe 5. Enquête.....	119
Annexe 5.1. Lettre envoyée aux pharmaciens	119
Annexe 5.2. Questionnaire de l'enquête	120
Annexe 5.3. « Registre pharmacien ».....	122

Annexe 1. Stéribox®





Annexe 2. Stérifilt®

Protégez
vos veines



Évitez
abcès
poussières
gonflements

N'injectez plus
d'impuretés

Sterifilt



Ne jamais
toucher
la membrane
du Sterifilt



Apothicom, 52 avenue Edison, 75013 Paris
Tel.: 01 53 61 18 41 Fax: 01 53 61 04 49
Email: infos@apothicom.org

www.apothicom.org

Sterifilt

Sterifilt



Le Sterifilt est un filtre stérile à usage unique, beaucoup plus propre et plus efficace que les filtres en coton. Il retient les impuretés et laisse passer les produits actifs.

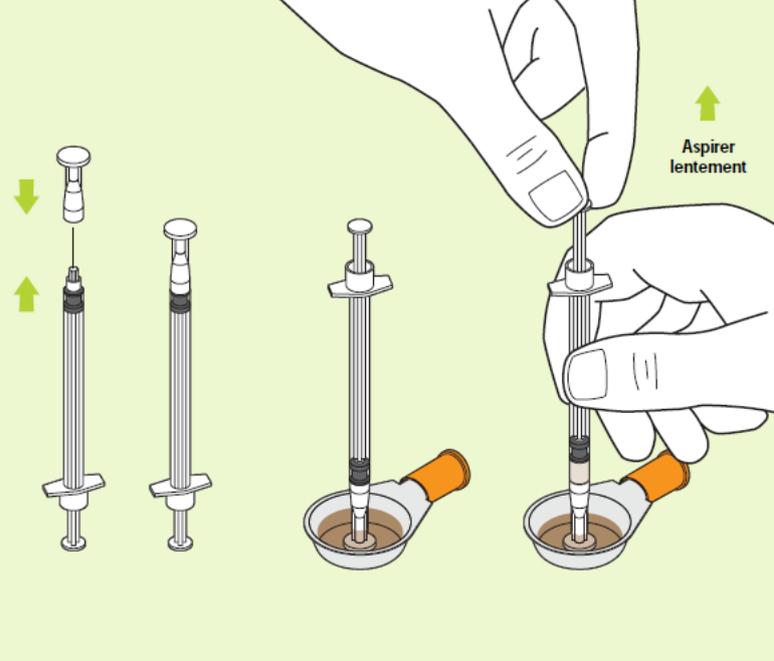
www.apothicom.org

Mode d'emploi

- Se laver les mains.
- Préparer le mélange.
- Retirer le Sterifilt de son étui.
- Introduire l'embout de la seringue dans le Sterifilt.
- Tourner le Sterifilt en l'enfonçant pour obtenir l'étanchéité.
- Aspirer lentement en maintenant le Sterifilt à la verticale.
- Retirer le Sterifilt avant l'injection.

Conseils d'utilisation

- Le Sterifilt est compatible avec la quasi-totalité des seringues à aiguille sertie (BD, BBraun, Artsana, Pic, Terumo, Chirana, Nevershare) et avec toutes les seringues sans aiguille sertie (1 ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml).
- Le Sterifilt élimine 99% des particules de plus de 10 microns. Il n'y a pas de perte de produit, car la membrane n'est pas absorbante. Une deuxième utilisation serait moins efficace et est déconseillée.
- Le Sterifilt est personnel et à usage unique. Il permet d'éviter de « faire les cotons », limitant ainsi le risque d'hépatite C.



↑
Aspirer
lentement

Annexe 3. Flyer Codéine

POST-IT n°1

Codéine

X J'ai une toux

X J'ai des douleurs non calmées par les anti-douleurs habituels (paracétamol, ibuprofène, ...)

Dois-je m'inquiéter ?

X J'en prends trop

X Je le mélange à des médicaments

X J'en ai besoin régulièrement

X J'ai un problème respiratoire

X Je prends régulièrement un traitement

X Je suis enceinte et je souhaite allaiter

X Je consomme régulièrement de l'alcool

Ce médicament est-il adapté pour vous?

Cela peut-il nuire à ma santé ?

Votre médecin et votre pharmacien peuvent vous répondre et vous aider à trouver une solution plus adaptée

Le saviez-vous ?

La codéine est un médicament retrouvé dans des médicaments contre la **toux sèche** (NEOCODION®, ...) ou associé à d'autres molécules pour la **douleur** (CODOLIPRANE®, ...). Ces indications ont été validées par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé).

Comme tout médicament, il est important de **respecter la posologie** inscrite sur la notice du médicament. En cas de surdosage, vous vous exposez aux effets indésirables ayant des répercussions sur votre santé.

De plus,

La codéine ne doit pas être utilisée comme médicament de substitution. Ce médicament peut-être **source de dépendance**.

Que puis-je faire ?

N'hésitez pas à parler de votre problème à votre médecin ou votre pharmacien. Ils peuvent vous écouter et vous aider à trouver la solution la plus adaptée.

Plus d'informations

Drogues info service
0 800 23 13 13 Poste Fixe : appel gratuit
01 70 23 13 13 Téléphone portable : prix d'une communication ordinaire.
7 jours sur 7 de 8 heures à 2 heure.

CSAPA Bobillot
05 55 34 43 77
www.centrebobillot.fr

Pôle d'addictologie en Limousin
05 55 43 12 43

commande de prospectus : contact@addictlim.fr
Ce document a été élaboré par TSR 87 et financé par le Réseau de santé AddictLim
Date de validation le 15/07/10.

TSR 87

ADDICT LIM

ars

andresconception@gmail.com

Ne pas jeter sur la voie publique

Annexe 4. Flyer TSO Usagers

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES

Les Traitements de Substitution des Opiacés ne sont pas des traitements du sevrage. Ils permettent de traiter médicalement le phénomène de dépendance aux opiacés en supprimant les effets du manque. Ils réduisent l'envie de consommer des opiacés. Ils ne se conçoivent que dans une prise en charge médico-psychosociale indispensable des patients dépendants. Ils n'ont pas d'effet flash ni de phénomène de plaisir contrairement à l'héroïne. Ces traitements s'inscrivent dans la durée (de quelques mois à plusieurs années). L'arrêt se fait en concertation entre le prescripteur et le patient, quand l'environnement personnel et social est favorable. Il est recommandé de faire une diminution très progressive.

MEDICAMENTS A NE PAS ASSOCIER AVEC LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES

(risque de dépression respiratoire, risque de sevrage aigu)

- Les **MORPHINIQUES** : SKENAN®, CHLORYDRATE DE MORPHINE®,...
- La **CODEINE** : CODOLIPRANE®, NEOCODION®...
- **REVIAR®, NALOREX®.**
- Les **TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES** entre eux
- Les **BENZODIAZEPINES**: SERESTA®, LEXOMIL®, RIVOTRIL®, VALIUM®, ...
- **COLCHIMAX®...** (liste non exhaustive)

QUELQUES ELEMENTS DE CLINIQUE :

SIGNES DE MANQUE nécessitant une adaptation de la posologie :

- Sueurs, frissons, écoulement de nez, douleurs, troubles digestifs, troubles du sommeil, irritabilité

SIGNES DE SURDOSAGE nécessitant une adaptation de la posologie:

- Somnolence, fatigue, myosis (contraction de la pupille), ralentissement du cœur, ralentissement de la respiration



LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES (à l'attention des usagers)



Unité de Traitement des Addictions (Henri Ey Bas, Centre Hospitalier Esquirol) : 05 55 43 11 49 (24h/24)

Unité de Liaison (Henri Ey Haut, Centre Hospitalier Esquirol) : 05 55 43 12 08 ou 06 74 01 88 20

CSAPA Addictologie Bobillot (80 rue F. Perrin Limoges) : 05 55 34 43 77
www.centrebobillot.fr

Addictlim, Réseau de Santé Ville-hôpital en Addictologie : 05 55 05 99 00

Association Bobillot (Enseignement Recherche) : 05 55 43 12 28

Projet issu de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles de l'Unité de Traitement des Addictions (unité Henri Ey Bas) du Centre Hospitalier Esquirol, filière Addictologie du Pole d'Addictologie en Limousin (PAL), (rédigée par Dr Arthus Muriel, Dr Chevalier Catherine, Dr Rouyer Véronique, Dr Villéger Pierre, Dr Walocha Delphine ainsi que les patients de l'UTA, du CSAPA Addictologie Bobillot et les équipes soignantes).

LA METHADONE

La Méthadone est un **traitement de substitution aux opiacés**.

La **prescription initiale est réservée** aux médecins exerçant en centres spécialisés (ex: OSAPA Addictologie Bobillot), ou exerçant dans un établissement de santé. Le médecin s'assure que vous pouvez entrer dans le programme méthadone. Il faudra faire une prise de sang, un électrocardiogramme, et un bilan urinaire.

L'initialisation de ce traitement peut se faire soit au OSAPA Addictologie Bobillot ou en hospitalisation, à l'UTA (unité Henri Ey), afin d'évaluer au mieux le dosage approprié à chacun.

La délivrance se fait de façon quotidienne au centre au début. Puis elle pourra être élargie au maximum à une délivrance hebdomadaire.

Après évaluation de l'équipe, un **relais** vers un médecin de ville est possible. **Dans ce cas, une prescription initiale est nécessaire précisant les conditions de ce relais. Elle est transmise au médecin traitant et à la pharmacie que vous avez désignés.** La prescription est au maximum de **14 jours** en délivrance fractionnée, en précisant la pharmacie désignée.

Il est important d'**être authentique** avec votre médecin car le **mésusage ou l'association avec d'autres traitements peuvent être dangereux** ou entraîner des symptômes de sevrage. Une **attention doit être portée sur la consommation d'alcool associée** (risque de déséquilibre de la posologie de la méthadone).

Il est important de respecter la prescription car il y a un risque d'**overdose**. Ce traitement peut entraîner des effets secondaires type transpiration, constipation, prise de poids.... Dans le cadre du suivi, vous aurez des bilans urinaires et des prises de sang.

La **Méthadone géleule** ne peut être prescrite que par le **centre initiateur**, après au moins un an de stabilisation en forme sirop. Un relais vers un médecin de ville est possible. La prescription nécessite un protocole rédigé par le centre initiateur et un accord du centre de sécurité sociale référent (un bilan urinaire de contrôle sera réalisé conformément à la législation).

COMMENT SE PRESENTE LA METHADONE

La Méthadone se présente :

- soit en flacon sécurisé de 5mg, 10mg, 20mg, 40mg et 60mg.
 - soit en géleule sous blister sécurisé de 1mg, 5mg, 10mg, 20mg et 40mg
- (le stockage de la méthadone doit se faire à l'écart de la portée des enfants)

La Méthadone se prend en **une prise, le matin, à distance des autres traitements** (penser à rincer les flacons pour avoir un maximum d'efficacité). Un délai de 12 heures minimum doit être respecté entre la dernière prise d'opiacés et la Méthadone.

LA BUPRENORPHINE HAUT DOSAGE (BHD)

La BHD est un **traitement de substitution aux opiacés**.

La BHD peut être initialisée par tout médecin thése. Le médecin s'assure que vous pouvez bénéficier d'un traitement par BHD. un bilan sanguin et urinaire pourra vous être demandé. La prescription est au maximum de 28 jours, en délivrance fractionnée, à pharmacie que vous avez choisie. La posologie maximale est de 16 mg selon l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

Il est important d'**être authentique** avec votre médecin car le **mésusage ou l'association avec d'autres traitements (notamment les benzodiazépines) peuvent être dangereux**. (ex : risque d'arrêt respiratoire) ou entraîner un syndrome de sevrage. Il est important de respecter scrupuleusement votre prescription.

COMMENT SE PRESENTE LA BHD

La BHD se présente :

- soit SUBUTEX® en comprimé **non sécable** de 0,4mg, 2mg et 8mg
- soit BHD générique en comprimé **non sécable** de 0,4mg, 2mg 1mg, 3mg, 6mg et 8mg

La BHD se prend par **voie sublinguale, en une prise, le matin, à distance des autres traitements**. Les comprimés fondent sous la langue, la **dissolution complète prend entre 5 et 10 minutes** (éviter de boire pendant la prise).

Un délai de 12 heures minimum doit être respecté entre la dernière prise d'opiacés et la BHD.

Risques liés au mésusage :

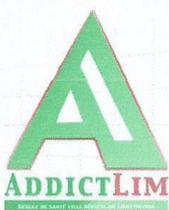
Certains patients mésusent la BHD en sniffant ou en injectant les comprimés. Ces mésusages **entraînent une moindre efficacité de la BHD**. Ils majorent le risque de **transmissions de l'HIV, et/ou des hépatites B et C**.

En cas de sniff, il y a un risque de **destruction des cloisons nasales, de sinusite chronique**.

En cas d'injection, il y a des **risques d'abcès, d'œdème chronique des mains** (« mains de Popeye »), **d'altérer son capital veineux** (difficulté pour faire les prises de sang), d'**injecter de l'air et/ou des poussières avec au pire le risque d'amputation d'un membre**.

Annexe 5. Enquête

Annexe 5.1. Lettre envoyée aux pharmaciens



Enquête DBG

Réseau Régional Addictions Poitou-Charentes
et faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers

Isle le 05/03/2014

Objet : participation à une étude nationale pour comprendre la difficulté à générer la Buprénorphine Haut Dosage

Cher confrère,

Le réseau AddictLim s'associe pour une recherche nationale auprès des patients ayant une substitution opiacée avec la **Buprénorphine Haut Dosage**.

Comme vous le constatez, **c'est actuellement la molécule la plus faiblement générique de toute la pharmacopée** en raison d'un refus très fréquent de la forme générique par le patient. L'étude du dossier d'AMM montre pourtant une stricte similitude de biodisponibilité entre le princeps et le générique. Nous cherchons donc à comprendre ce phénomène. **Cette étude vise à établir si les patients refusant le générique ont des caractéristiques particulières.**

Vous allez être contacté par **Melle Amélie Guillon, 6^{ème} année de Pharmacie**, qui fait sa thèse sur ce sujet. Il vous sera demandé simplement de faire remplir un questionnaire aux patients substitués venus pour la délivrance de Buprénorphine Haut Dosage quelle que soit sa forme galénique.

Cette étude est **multicentrique**, réalisée dans **10 régions françaises**. Notre région y participe. N'étant soutenu par aucun laboratoire, nous n'avons pas les moyens de vous indemniser. Aussi, nous vous remercions particulièrement de votre participation. Nous vous tiendrons informés des résultats de cette étude.

Bien cordialement,

Dr André Nguyen
Pharmacien coordonnateur

Dr Catherine Chevalier
Médecin Psychiatre

Annexe 5.2. Questionnaire de l'enquête



1 Allée des Tilleuls
17430 LUSSANT
Tél : 05 46 84 52 95
Fax: 05 46 83 74 29
reseaurap@orange.fr

Faculté de
médecine &
pharmacie
Département de
médecine générale



N°pharmacie

87

N° patient

Enquête DBG

Réseau Régional Addictions Poitou-Charentes
et faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers

Nous vous remercions de participer à une étude scientifique sur les usages des médicaments de substitution organisée par la faculté de médecine de Poitiers

*Ce questionnaire est **strictement anonyme**.*

Merci de le remplir puis de le remettre au pharmacien dans l'enveloppe scellée pour en garder l'anonymat.

ATTENTION : merci de cocher un seul numéro par ligne

Ne pas confondre « SUBUTEX^o » et « BUPRENORPHINE générique »

Le Subutex^o est un nom de marque d'un produit appelé Buprénorphine. Ce produit est distribué actuellement sous 3 noms différents

SUBUTEX – BUPRENORPHINE – SUBOXONE

*Les boîtes avec le nom « BUPRENORPHINE » sont des **génériques***

Mettre une croix ou un chiffre dans la case exacte

- 1- Je suis : homme ₁, femme ₂
2- Mon âge est : ans (*en chiffres*)
3- J'ai la CMU : oui ₁ non ₂ je ne sais pas ₃
4- Mes ressources viennent de : secours/amis/famille ₁ revenu non déclaré ₂ R.M.I/pension/allocation ₃ un emploi ₄
5- Mon médicament de substitution actuel s'appelle: Buprénorphine ₁ Subutex^o ₂ Suboxone^o ₃
6- J'en prends depuis : moins d'un mois ₁ entre 1 et 3 mois ₂ entre 3 et 12 mois ₃ plus d'un an ₄
7- en une seule prise par jour ₁ en plusieurs prises par jour ₂
8- Actuellement sa dose est de mg par jour (*en chiffres*)

Autres usages :

- 9- depuis 1 mois il m'est arrivé de participer à du trafic illicite:..... non ₁ 1 ou 2 fois ₂ plus de 3 fois ₃
10- depuis 1 mois j'ai pris de l'héroïne ou de la cocaïne ou des amphétamines :..... non ₁ 1 ou 2 fois ₂ plus de 3 fois ₃
11- depuis 1 mois j'ai fumé du cannabis :..... non ₁ 1 ou 2 fois ₂ plus de 3 fois ₃
12- depuis 1 mois j'ai bu de l'alcool :..... jamais ₁ moins de 5 verres par jour ₂ 5 verres ou plus/ jour ₃
13- depuis 1 mois j'ai pris des médicaments pour les nerfs, l'anxiété ou la dépression : non ₁ parfois ₂ tous les jours ₃

Pour moi, actuellement, un ou plusieurs de ces produits : substitution, médicament, drogue, ou même alcool...

... ou un ou plusieurs de ces comportements: fumer, sniffer, injecter, dealer...

- 14- ...sont plus fréquents, plus prolongés, ou en quantité plus importantes que prévu : oui ₁ non ₂
15- ...m'empêchent de remplir mes obligations majeures au travail ou à la maison : oui ₁ non ₂
16- ...m'occasionnent des problèmes sociaux ou relationnels : oui ₁ non ₂
17- ...m'ont fait réduire ou abandonner des activités sociales, occupationnelles ou de loisirs : oui ₁ non ₂
18- ...m'ont provoqué ou aggravé des troubles physiques ou psychologiques ou une maladie : oui ₁ non ₂
19- Les continuer peut être physiquement dangereux : oui ₁ non ₂
20- J'ai essayé de les diminuer ou de les arrêter sans y parvenir : oui ₁ non ₂
21- Je passe beaucoup trop de temps à essayer de m'en procurer ou à récupérer des effets après : oui ₁ non ₂
22- J'ai des envies très fortes ou obsédantes d'en prendre ou d'avoir ce comportement..... oui ₁ non ₂
23- J'ai des troubles à l'arrêt et qui cessent quand j'en reprends:..... oui ₁ non ₂
24- Il faut que j'augmente les doses pour avoir les mêmes effets..... oui ₁ non ₂

Attention Ces questions concernent aussi l'usage de l'alcool, du Subutex^o ou de la buprénorphine ..

Substitution :

- 25- J'ai déjà pris du Subutex^o : non ₁ oui, moins d'un mois ₂ entre 1 et 3 mois ₃ plus de 3 mois ₄
26- J'ai déjà pris la Buprénorphine (générique) : non ₁ oui, moins d'un mois ₂ entre 1 et 3 mois ₃ plus de 3 mois ₄
27- si j'ai pris la Buprénorphine (générique) : je l'ai continuée ₁ je l'ai arrêtée pour revenir au Subutex^o ₂ autre situation ₃
28- depuis 1 mois il m'est arrivé de sniffer le Subutex^o ou la Buprénorphine..... non ₁ 1 ou 2 fois ₂ plus de 3 fois ₃
29- depuis 1 mois il m'est arrivé d'injecter le Subutex^o ou la Buprénorphine..... non ₁ 1 ou 2 fois ₂ plus de 3 fois ₃
30- le générique est moins efficace que le Subutex^o pour la substitution : vrai ₁ faux ₂ je ne sais pas ₃
31- le générique provoque des troubles (sueurs, anxiété, insomnie, crampes, nausées etc.): vrai ₁ faux ₂ je ne sais pas ₃
32- le générique est moins pratique (moins facile à couper, fond moins bien sous la langue...): vrai ₁ faux ₂ je ne sais pas ₃
33- le générique est moins facile à sniffer ou à injecter : vrai ₁ faux ₂ je ne sais pas ₃

Je pense que mon traitement de substitution actuel est devenu pour moi ... :

- 34- Un piège qui me fait du tort: pas du tout ₁ pas vraiment ₂ oui un peu ₃ oui vraiment ₄
35- Un traitement ordinaire avec lequel je me sens normal: pas du tout ₁ pas vraiment ₂ oui un peu ₃ oui vraiment ₄
36- Comme une drogue qui me fait aussi du bien: pas du tout ₁ pas vraiment ₂ oui un peu ₃ oui vraiment ₄

Je vous remercie d'avoir participé à cette étude scientifique

Annexe 5.3. « Registre pharmacien »

REGISTRE PHARMACIEN : remplir chaque ligne pour tout patient venant pour une délivrance de Buprénorphine quelle que soit la spécialité jusqu'au nombre de dossiers prévu. Merci de remplir même si vous n'avez pas pu ou voulu transmettre un dossier.

DBG site 87		Responsable site : Dr André NGUYEN		Etudiante en thèse de Pharmacie Attaché de recherche : Amélie GUILLON		N° pharm	
Pharmacie :		andre.nguyen87@gmail.com dmgbinder@orange.fr		Mail : amelie.guillon@hotmail.fr			
		06 31 26 10 69 05 46 83 47 57		Tél : 06 76 44 86 67			
		Téléphone Pharmacie :	Date remise documents :	Nombre de patients prévu :	Nombre de dossiers donnés :		

Est-ce la 1^{re} fois que vous délivrez une substitution à ce patient ?

n° patient de la fiche	sexe	Spécialité Substitution	dosage	Co prescription psychotrope	Prescription de médecin	Questionnaire	1° délivrance substitution
n°	H <input type="checkbox"/> ₁ F <input type="checkbox"/> ₂	Subutex <input type="checkbox"/> ₁ Suboxone <input type="checkbox"/> ₂ Générique <input type="checkbox"/> ₃	mg <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/> ₁ Benzodiazépine : <input type="checkbox"/> ₂ Autre psychotrope : <input type="checkbox"/> ₃	généraliste <input type="checkbox"/> ₁ d'institution <input type="checkbox"/> ₂	rempli <input type="checkbox"/> ₁ refusé <input type="checkbox"/> ₂ non remis <input type="checkbox"/> ₃ cause :	oui <input type="checkbox"/> ₁ non <input type="checkbox"/> ₂
n°	H <input type="checkbox"/> ₁ F <input type="checkbox"/> ₂	Subutex <input type="checkbox"/> ₁ Suboxone <input type="checkbox"/> ₂ Générique <input type="checkbox"/> ₃	mg <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/> ₁ Benzodiazépine : <input type="checkbox"/> ₂ Autre psychotrope : <input type="checkbox"/> ₃	généraliste <input type="checkbox"/> ₁ d'institution <input type="checkbox"/> ₂	rempli <input type="checkbox"/> ₁ refusé <input type="checkbox"/> ₂ non remis <input type="checkbox"/> ₃ cause :	oui <input type="checkbox"/> ₁ non <input type="checkbox"/> ₂
n°	H <input type="checkbox"/> ₁ F <input type="checkbox"/> ₂	Subutex <input type="checkbox"/> ₁ Suboxone <input type="checkbox"/> ₂ Générique <input type="checkbox"/> ₃	mg <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/> ₁ Benzodiazépine : <input type="checkbox"/> ₂ Autre psychotrope : <input type="checkbox"/> ₃	généraliste <input type="checkbox"/> ₁ d'institution <input type="checkbox"/> ₂	rempli <input type="checkbox"/> ₁ refusé <input type="checkbox"/> ₂ non remis <input type="checkbox"/> ₃ cause :	oui <input type="checkbox"/> ₁ non <input type="checkbox"/> ₂
n°	H <input type="checkbox"/> ₁ F <input type="checkbox"/> ₂	Subutex <input type="checkbox"/> ₁ Suboxone <input type="checkbox"/> ₂ Générique <input type="checkbox"/> ₃	mg <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/> ₁ Benzodiazépine : <input type="checkbox"/> ₂ Autre psychotrope : <input type="checkbox"/> ₃	généraliste <input type="checkbox"/> ₁ d'institution <input type="checkbox"/> ₂	rempli <input type="checkbox"/> ₁ refusé <input type="checkbox"/> ₂ non remis <input type="checkbox"/> ₃ cause :	oui <input type="checkbox"/> ₁ non <input type="checkbox"/> ₂
n°	H <input type="checkbox"/> ₁ F <input type="checkbox"/> ₂	Subutex <input type="checkbox"/> ₁ Suboxone <input type="checkbox"/> ₂ Générique <input type="checkbox"/> ₃	mg <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/> ₁ Benzodiazépine : <input type="checkbox"/> ₂ Autre psychotrope : <input type="checkbox"/> ₃	généraliste <input type="checkbox"/> ₁ d'institution <input type="checkbox"/> ₂	rempli <input type="checkbox"/> ₁ refusé <input type="checkbox"/> ₂ non remis <input type="checkbox"/> ₃ cause :	oui <input type="checkbox"/> ₁ non <input type="checkbox"/> ₂
n°	H <input type="checkbox"/> ₁ F <input type="checkbox"/> ₂	Subutex <input type="checkbox"/> ₁ Suboxone <input type="checkbox"/> ₂ Générique <input type="checkbox"/> ₃	mg <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/> ₁ Benzodiazépine : <input type="checkbox"/> ₂ Autre psychotrope : <input type="checkbox"/> ₃	généraliste <input type="checkbox"/> ₁ d'institution <input type="checkbox"/> ₂	rempli <input type="checkbox"/> ₁ refusé <input type="checkbox"/> ₂ non remis <input type="checkbox"/> ₃ cause :	oui <input type="checkbox"/> ₁ non <input type="checkbox"/> ₂
n°	H <input type="checkbox"/> ₁ F <input type="checkbox"/> ₂	Subutex <input type="checkbox"/> ₁ Suboxone <input type="checkbox"/> ₂ Générique <input type="checkbox"/> ₃	mg <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/> ₁ Benzodiazépine : <input type="checkbox"/> ₂ Autre psychotrope : <input type="checkbox"/> ₃	généraliste <input type="checkbox"/> ₁ d'institution <input type="checkbox"/> ₂	rempli <input type="checkbox"/> ₁ refusé <input type="checkbox"/> ₂ non remis <input type="checkbox"/> ₃ cause :	oui <input type="checkbox"/> ₁ non <input type="checkbox"/> ₂
n°	H <input type="checkbox"/> ₁ F <input type="checkbox"/> ₂	Subutex <input type="checkbox"/> ₁ Suboxone <input type="checkbox"/> ₂ Générique <input type="checkbox"/> ₃	mg <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/> ₁ Benzodiazépine : <input type="checkbox"/> ₂ Autre psychotrope : <input type="checkbox"/> ₃	généraliste <input type="checkbox"/> ₁ d'institution <input type="checkbox"/> ₂	rempli <input type="checkbox"/> ₁ refusé <input type="checkbox"/> ₂ non remis <input type="checkbox"/> ₃ cause :	oui <input type="checkbox"/> ₁ non <input type="checkbox"/> ₂

Table des illustrations

Figure 1 Présence des dispositifs CAARUD et CSAPA dans les différents départements français	41
Figure 2 : Filtre-toupie	46
Figure 3 : Filtre-toupie après filtration d'un comprimé de 8mg de Subutex®	46
Figure 4 : Automate d'échange de seringues Distribox® rue Jeanne d'Arc, Rouen	47
Figure 5 : Quai 9 à Genève de l'association Première Ligne	57
Figure 6 : Exemples de messages envoyés par l'application	65
Figure 7 : Répartition des âges chez les patients	92
Figure 8 : Provenance des ressources	93
Figure 9 : Répartition des TSO utilisés	94
Figure 10 : Participation à un trafic illicite depuis un mois	96
Figure 11 : Prise d'héroïne, de cocaïne ou d'amphétamines depuis un mois	96
Figure 12 : Prise de cannabis depuis un mois	97
Figure 13 : Prise d'alcool depuis un mois	98
Figure 14 : Prise de médicaments depuis un mois	98

Table des tableaux

Tableau 1 : Différents problèmes rencontrés par les usagers lors de l'injection	28
Tableau 2 : Prévalence des infections au VIH et VHC chez les usagers injecteurs ou non...	31
Tableau 3 : Synthèse de la législation de la buprénorphine haut dosage	49
Tableau 4 : Synthèse de la législation de la méthadone	53
Tableau 5 : Synthèse de la législation de la Suboxone®	54
Tableau 6 : Recommandation Temporaire d'Utilisation du Baclofène	64
Tableau 7 : Différents substituts nicotiques disponibles	67
Tableau 8 : Différents objectifs attendus grâce à la cigarette électronique.....	69
Tableau 9 : Fréquence d'utilisation des différentes voies d'administration de la buprénorphine haut dosage, en 2001, chez des usagers de structures de bas seuil en fonction de son mode d'obtention.....	75
Tableau 10 : Durées de prise du Subutex® et de la buprénorphine.....	100
Tableau 11 : Détournement d'usage du TSO	101
Tableau 12 : Perception du TSO	101

Serment de Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Amélie GUILLON

Réduction des risques et officine : place du pharmacien auprès des usagers

Résumé :

La Réduction Des Risques (RDR) est un domaine nouveau, peu connu et encore en évolution aujourd'hui. Ce concept de RDR concerne différents domaines et notamment la pharmacie d'officine, avec les nouvelles missions confiées au pharmacien par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire en juin 2009 qui concerne l'accompagnement des patients. A partir d'une enquête sur les opiacés réalisée auprès des patients sous Traitement de Substitution aux Opiacés dans différentes officines, nous proposerons des axes de travail et des améliorations des pratiques de la RDR, pour diminuer les risques associés à la consommation de substances psychoactives chez les usagers.

Mots-clés : Réduction des risques, officine, pharmacien, usagers, substances psychoactives, améliorations des pratiques, recommandations.

Abstract :

Risk reduction (DRR) is a new field, not very known and still evolving today. This concept of RDR concerns different areas, including pharmacy, with the new tasks assigned to the pharmacists by the law, Hospital, Patients, Health and Territories in June 2009, regarding the care of patients. From a survey conducted among opiate patients Substitution Treatment for Opiate in different pharmacies, it offers lines of work and improvements in practices RDR, to reduce the risks associated with the consumption of psychoactive substances users.

Keywords : Risk reduction (DRR), pharmacy, pharmacist, users, psychoactive substances, improvements in practices, lines of work.