

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 25 octobre 2017 à POITIERS
par Monsieur PENICAUD Clément
né le 28 août 1987

Les programmes d'échange de seringues, la réduction des risques et les
pharmaciens

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur FAUCONNEAU Bernard

Membres : Madame BRISSARD Caroline, Docteur en pharmacie
Monsieur ABBALLE Arnaud, Docteur en pharmacie

Directeur de thèse : Madame DEJEAN Catherine

Sommaire

Remerciements.....	4
Glossaire.....	5
Introduction.....	7
I- Épidémiologie.....	9
I.1. V.I.H.....	9
I.2. V.H.C.....	15
I.3. Les Usagers de Drogues	19
I.3.1. Définition.....	19
I.3.2. Mode de contamination des UDVI.....	19
I.4. Usage historique de la seringue hypodermique.....	21
I.5. Accès aux seringues en officines	24
II- La réduction des risques	26
II.1. Définition.....	26
II.2. Historique.....	27
II.3. Le tournant de santé publique.....	30
II.4. La réduction des risques à distance.....	34
II.4.1. Quelques chiffres.....	35
II.4.2. Qu'est ce qui motive la réduction des risques à distance ?.....	35
III- Les différents acteurs.....	37
III.1. Les associations	37
III.1.1 Médecins du monde.....	37
III.1.2. AIDES	39
III.1.3. RESPADD	41
III.1.4. SAFE	43
III.1.5. Apothicom	44
III.1.6. Croix Verte et Ruban Rouge	45
III.2 Les dispositifs de prise en charge des usagers.....	48
III.2.1. CAARUD.....	49

III.2.2. CSAPA.....	49
III.3. Les matériels distribués.....	50
III.3.1. le Képa.....	51
III.3.2. le Stéribox®.....	52
III.3.3. le Kit +®.....	55
III.4. La récupération des seringues.....	57
III.4.1. CYCLAMED.....	57
III.4.2. DASTRI.....	60
IV- Les pharmaciens et les Programmes d'échange de seringues.....	61
IV.1. les PES en France.....	61
IV.2. les PES à l'étranger.....	67
V-Histoire et évaluation des PESP.....	71
V.1. le PESP dans les Deux-Sèvres.....	71
V.2. Présentation de l'enquête.....	77
V.3. Matériels et méthodes.....	80
V.3.1. Type d'enquête.....	80
V.3.2. Population cible.....	80
V.3.3. Recueil des données.....	81
V.3.4. Réalisation du questionnaire.....	81
V.4. Résultats.....	83
V.4.1. Taux de réponse.....	84
V.4.1.1. Dans les Deux-Sèvres.....	84
V.4.1.2. Dans le Gard.....	85
V.4.1.3. Dans le Pas-de-Calais.....	87
V.4.2. Résultats du questionnaire.....	87
V.4.3. File active des usagers de drogues dans les officines.....	88
V.4.4. Orientation et dialogues des officines.....	88
V.4.5. Caractéristiques des échanges.....	89
V.4.6. Récupération du matériel usagé.....	88
V.4.7. Besoin d'information des officines.....	90

VI- Discussion.....	92
VI.1. Participation des officines.....	92
VI.2. File active des usagers de drogues dans les officines.....	92
VI.3. Orientation et dialogues des officines.....	93
VI.4. Caractéristiques des échanges.....	94
VI.5. Récupération du matériel usagé.....	95
VI.6. Besoin d'information des officines.....	96
Conclusion.....	97
Bibliographie.....	100
Annexes.....	107

Remerciements

A mon président de jury, Monsieur le professeur FAUCONNEAU Bernard,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse.

A Madame DEJEAN Catherine, Maître de conférences (pharmacologie),

Pour avoir accepté de superviser cette thèse, de me diriger dans ce travail.

Pour votre patience, votre intérêt, votre écoute et vos remarques constructives afin de mener à bien ce projet.

A toute l'équipe du Réseau des établissements de santé dans la prévention des addictions (RESPADD),

Pour leur accueil, pour leur présence et particulièrement Monsieur Nicolas BONNET, Madame Anne-Cécile CORNIBERT et Madame Emilie BEAUVILLIER pour leurs conseils et leur aide précieuse dans l'aboutissement de ce projet.

Au Docteur Albert HERSZKOWICZ, spécialiste en santé publique et en addictologie,

Pour son accueil, pour le temps précieux qu'il m'a accordé et les réponses à mes questionnements dans l'initiation de ma thèse.

A tous mes maîtres de stage et leurs équipes,

Pour m'avoir transmis leur passion, leur vocation dans mon futur travail officinal et en particulier Madame BRISSARD Caroline et Monsieur ABBALLE Arnaud qui me font l'honneur d'être présents dans mon jury.

A mes parents, ma sœur, ma tante, mes grands parents,

Pour leur amour, pour m'avoir soutenu tout au long de mes études et pour avoir toujours cru en moi.

A mes amis,

D'enfance, des bancs de la fac, des saisons d'été et d'hiver, de Royan, de Poitiers et de tous les horizons qui m'ont aidé à construire la personne que je suis. Merci de m'avoir soutenu et supporté depuis toujours. A Chloé, ta présence m'aide à avancer tous les jours.

Glossaire

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

AES : accident d'exposition au sang

ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida

ARS : Agence régionale de la santé

BHD : Buprénorphine haut dosage

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

CEID : Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

CPAM : Caisse primaire de l'assurance maladie

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

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire sociale

DGS : Direction générale de la santé

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

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

INVS : Institut national de veille sanitaire

MSO : Médicament de substitution aux opiacés

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

OEDT : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la santé

PES : Programme d'échange de seringues

PESP : Programme d'échange de seringues en pharmacie

RDR : Réduction des risques

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

SCMR : salle de consommation à moindre risque

TROD : Test rapide à orientation diagnostique

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

UD : Usagers de drogues

UDVI : Usagers de drogues par voie intraveineuse

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction :

Dans les années quatre vingt, début des années quatre vingt dix, le développement du virus du SIDA (Syndrome de l'immunodéficience Acquis), et du virus de l'hépatite C dans la population générale et surtout chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, les usagers problématiques de drogues ont conduit différents intervenants, ainsi que les autorités de santé à mettre en place des programmes de réduction des risques, et en particulier, les programmes d'échanges de seringues.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) constituent une population particulièrement à risque vis-à-vis des infections et tout particulièrement du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC).

Des entités, souvent méconnues l'une de l'autre, ont ainsi appris à travailler ensemble. Les associations de patients, les associations humanitaires et des pharmaciens d'officine, ont mis en place des programmes d'échanges de seringues en France dès le début des années quatre vingt dix.

Dans cette thèse, après avoir rappelé l'épidémiologie du VIH, VHC, ainsi que les modes de contamination des usagers de drogues par voie intraveineuse, ou autres types de contamination, nous étudierons la notion de réduction des risques, et les différents intervenants œuvrant dans ce domaine.

Une place particulière sera faite aux pharmaciens d'officine engagés depuis les années quatre vingt dans des programmes sur l'ensemble du territoire.

Enfin nous évoquerons l'évaluation de trois programmes d'échange de seringues, financée par la Direction générale de la santé (DGS), et conduite par le RESPADD (réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions).

Il s'agit du programme d'échanges de seringues (PES) conduit dans le département des Deux-Sèvres, du département du Gard, et la communauté de Lens.

Dans la discussion nous étudierons les éléments qui semblent favorables à l'implication des pharmaciens dans les programmes ainsi que les arguments qui peuvent freiner cette implication.

En effet, échanger des seringues via le réseau officinal, en raison du rôle important de santé publique que peuvent jouer les pharmaciens d'officine est un avantage car ce réseau de professionnels de santé est harmonieusement réparti sur le territoire national.

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

Grâce à sa réussite, la politique de Réduction des risques (RDR) est désormais inscrite dans la loi de santé publique depuis le 4 août 2004 et aujourd'hui nous devons faire face à de nouveaux défis dont l'épidémie d'hépatite C qui touche particulièrement les usagers de drogues par voie intraveineuse. Le pharmacien est un acteur essentiel dans la mise en œuvre de la politique de réduction des risques : de par sa visibilité en tant que professionnel de santé mais également car le réseau officinal est géographiquement le meilleur pour une diffusion massive de matériels et d'informations visant la réduction des risques, et le soin.

Malgré l'offre de matériel d'injection actuelle, la fréquence de réutilisation et de partage des seringues et du petit matériel (filtres, cupules...) reste vraisemblablement très importante. On estime qu'entre 60 et 100 millions d'injections sont faites par an (1), le nombre de seringues distribuées est de 13,8 millions. Par ailleurs on estime qu'il y a 81 000 injecteurs actifs de drogue en France (2).

Depuis 2010, nous observons par contre une stabilisation du nombre de seringues vendues ou distribuées ce qui peut être interprété comme un signe de recrudescence des partages et de réutilisations (3).

En croisant ces différentes données nous allons voir comment les PESP sont une vraie valeur ajoutée dans l'action de santé publique et nous reviendrons sur l'évaluation d'un PES du département des Deux Sèvres (79) initié il y a 20 ans.

I- Epidémiologie

I.1. Le V.I.H.

Le Virus de l'immunodéficience humaine est un rétrovirus qui infecte le système immunitaire humain et sera responsable du syndrome de l'immunodéficience acquise autrement dit SIDA.

Les premiers cas de sida ont été décrits aux Etats-Unis, en 1981. On ne parlait alors pas encore de sida pour décrire ce nouveau syndrome inexpliqué, mais plutôt de « gay syndrome », car il fut initialement identifié chez des homosexuels. (4)

Courant 1982, la communauté médicale mondiale se mobilise devant la multiplication des cas cliniques au delà de la communauté gay et notamment chez des hémophiles transfusés, ce qui laissait soupçonner que l'agent infectieux en cause était un virus. Transmissible par voie sanguine.

L'identification du virus fut réalisée par le professeur Luc Montagnier, qui est un biologiste virologue français, et son équipe de l'institut Pasteur et afin de continuer la caractérisation du virus un rapprochement avec l'équipe américaine du Professeur Gallo (National cancer Institute, Etats-Unis) fut primordiale pour finaliser l'identification du rétrovirus. Ce qui fut réalisé au courant de l'année 1983.

Depuis l'identification en 1983 du VIH par Luc Montagnier et son équipe, le sida a fait plus de 20 millions de victimes sur la planète. (5)

Chaque année, on dénombre encore près de trois millions de nouvelles contaminations dans le monde. Pourtant, le taux annuel de nouvelles infections a chuté de 21% entre 1997 et 2010, selon l'Onusida, le programme commun des Nations Unies sur le VIH. La connaissance des modes de contaminations et donc des outils de prévention (préservatifs), le développement des traitements et de leur efficacité ainsi que la riposte communautaire (née avec la découverte du VIH) permettent aujourd'hui à un nombre plus important de personnes séropositives de vivre avec la maladie.

Sur le plan mondial. En 2016, environ 36,7 millions de personnes vivaient avec le VIH, dont 25,7 millions sur le continent africain. Entre 16,1 millions et 19,0 millions de personnes infectées avaient accès aux antirétroviraux (soit deux fois plus qu'en 2011).

En Europe. 80 % des cas déclarés le sont en Europe de l'Est, 18 % en Europe occidentale et 2 % en Europe centrale. 47 % des cas restent diagnostiqués à un stade tardif de l'infection, avec une moyenne à 4 ans après le contage. La contamination fait suite à des rapports homosexuels dans 42 % des cas et hétérosexuels dans 32 %.

En France. Environ 152 000 personnes vivent avec le VIH. En 2015, près de 6 000 personnes ont découvert leur séropositivité pour environ 5 millions de dépistages (dont 90 000 autotests achetés de septembre 2015 à septembre 2016 et 62 000 test rapide à orientation diagnostique (TROD) réalisés dans l'année). Malgré ces chiffres favorables, on estime qu'environ 25 000 à 30 000 personnes vivent en ignorant leur contamination. 54 % des personnes vivant avec le VIH sont hétérosexuelles. Le nombre de découvertes de séropositivité a diminué chez les hétérosexuels ces dernières années ; par contre, il ne régresse pas chez les homosexuels masculins qui représentent 43 % des découvertes (en raison notamment d'une forte augmentation chez les jeunes homosexuels de 18 à 25 ans). (6)

Le VIH est présent dans tous les fluides biologiques, seuls certains sont tenus comme potentiellement infectants : sperme, sécrétions vaginales, sang peuvent être à l'origine d'une contamination - non la salive ou les larmes.

Transmission sexuelle. La transmission est dans l'immense majorité des cas d'origine sexuelle : dans 60 % des cas hétérosexuelle et dans 40 % homosexuelle.

Transmission par le sang. La contamination associée à un usage de drogue par voie parentérale, devenue rare, représente 2 % des cas, ce qui témoigne du succès de la politique de réduction des risques. La transmission iatrogène (transfusion, greffe) est particulièrement réduite ; les accidents d'exposition au sang (AES) ou à un autre liquide biologique contaminé, fréquents en milieu hospitalier (environ 30 000 déclarations/an), font l'objet de préoccupations sanitaires et justifient généralement l'administration d'un traitement antirétroviral post-exposition prophylactique.

Chez le nouveau-né, le VIH est transmis par la mère porteuse du virus, au dernier trimestre de la grossesse (5 %), lors de l'accouchement (15 %) ou pendant l'allaitement (15 %). La mise en œuvre d'un traitement antirétroviral prophylactique a

considérablement réduit le risque de transmission verticale : il est quasiment nul chez une femme traitée dès le début du deuxième trimestre de sa grossesse. (6)

La prévention dite « combinée » associe des stratégies comportementales, l'usage du préservatif, le recours aux divers outils de dépistage, la généralisation du traitement à tout sujet vivant avec le VIH, la systématisation de la prophylaxie post-exposition et à un accompagnement personnalisé (counseling). Le traitement antirétroviral constitue en lui-même une arme de prévention lorsqu'il est correctement suivi et que la charge virale est indétectable : le risque de séroconversion est réduit de 96 % chez les partenaires de personnes séropositives traitées.

Traitement post-exposition. Le traitement antirétroviral post-exposition est prescrit au décours d'un AES ou d'une exposition sexuelle. Il est d'autant plus efficace que son délai d'initiation est court : il faut idéalement l'instaurer dans les quatre premières heures suivant l'exposition et au plus tard jusqu'à 48 heures. La prescription, au cas par cas, repose préférentiellement sur l'association ténofovir/emtricitabine/rilpivirine (Eviplera, 1 cp/j) - mais d'autres choix sont possibles -. Sa durée est de 28 jours.

Prophylaxie pré-exposition (PrEP). Le seul traitement proposé est actuellement l'association fixe ténofovir-emtricitabine (Truvada®), autorisée en France depuis 2015 dans le cadre d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU, actualisée en janvier 2016). Les modalités de ce traitement sont encadrées et sa prescription dans ce contexte réservée aux médecins hospitaliers expérimentés. Dans le cadre de cette RTU, le médicament est indiqué dans la prophylaxie pré-exposition au VIH chez un sujet séronégatif majeur à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle : ce traitement constitue un outil additionnel de la stratégie de prévention combinée. La posologie est d'un comprimé par jour ; la prescription initiale est faite pour une durée d'un mois maximum, puis par période de trois mois maximum. L'activité est optimale après sept (homme) à vingt et un (femme) jours de traitement.

Un schéma non continu (« à la demande ») est envisageable si l'activité sexuelle est intermittente : deux comprimés dans les 24 heures précédant le premier rapport sexuel, et au plus tard deux heures avant, puis un comprimé toutes les 24 heures pendant la période d'activité sexuelle, y compris après le dernier rapport sexuel, et enfin un dernier comprimé 24 heures plus tard (ces deux dernières prises sont très importantes pour une protection maximale). (6)

Dans le monde en 2016:

- Personnes vivant avec le VIH : 36,7 millions dont plus de 25 millions sur le continent africain
- Nouvelles contaminations : 2,5 millions
- Décès dus au sida : 1,1 million
- Nombre de patients ayant accès aux traitements : 18,2 millions

Selon l'Onusida,(7) nous n'avons jamais été aussi près de la fin de l'épidémie à court terme : *« la science, l'appui politique et la riposte communautaire commencent à produire des résultats certains et tangibles »*. Le bénéfice de l'amélioration de l'accès aux traitements, qui concerne désormais plus de 8 millions de personnes dans le monde, est cependant tempéré par la progression de l'épidémie dans certaines zones. Ainsi, en Europe de l'Est et en Asie centrale, le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté de 250% entre 2001 et 2010. Tandis qu'au Botswana (Afrique), l'accès aux traitements de 80 % des patients a permis de réduire de deux tiers les nouvelles infections par rapport à la fin des années 90...

Mais si les objectifs de mise sous traitement sont atteints, le nombre de patients sous traitement devrait atteindre les 8,5 millions d'ici 2020. (8)

Selon les chiffres de l'Institut national de veille sanitaire (INVS), en France, 6 000 personnes ont découvert leur séropositivité en 2015. Le nombre de découvertes est stable depuis 2008, alors qu'il avait diminué significativement entre 2004 et 2007.

En 2013, 2 500 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ont découvert leur séropositivité, ce qui représente 40% de l'ensemble des découvertes. Il s'agit de la seule population dans laquelle le nombre de découvertes a régulièrement augmenté après 2003 avec une stabilisation toutefois depuis quelques années. Ces hommes sont le plus souvent diagnostiqués suite à une prise de risque. Ils sont âgés de 37 ans en moyenne, mais la part de ceux de moins de 25 ans augmente depuis 2003.

Le reste des contaminations est observé dans le milieu hétérosexuel.

Aujourd'hui on peut vivre en étant séropositif mais on meurt toujours de la maladie du sida.

La problématique en terme de santé publique est la non connaissance de la séropositivité au VIH d'une partie de la population infectée.

L'âge moyen des nouveaux diagnostics, qui mélange les découvertes tardives et les infections récentes, était en 2010 de 37,9 ans. (9)

Encore 15% des personnes découvrent leur séropositivité au stade sida, plus d'une personne sur quatre la découvre à moins de 200 CD4. Alors qu'il est recommandé de commencer le traitement en dessous de 500 CD4, et qu'un dépistage aussi tardif est très préjudiciable à la santé des personnes... Conséquences : deux autres chiffres diminuent peu. Celui des cas de sida, 1 500 chaque année depuis 2007. Et celui des décès liés au sida, 300 chaque année depuis 2007.

Selon le BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) publié en 2015, ce sont 6220 personnes qui, en 2013, ont découvert leur séropositivité VIH, dont 1% concerne les usagers de drogues (UD) ce qui représente un peu plus de 62 cas sur les 6220.

Aujourd'hui, à la suite des politiques de santé publique mises en œuvre, en l'occurrence celles de la RDR liées à la consommation de drogues, dont les programmes d'échanges en sont l'emblème, l'épidémie du VIH semble enrayée. En France, les décès par Sida des UDVI sont passés de 1044 en 1994 à 69 en 2006 selon le système de surveillance du Sida de l'INVS. Et concernant le nombre de nouveaux cas de Sida, on observe également une diminution constante puisqu'en 2001, la part des nouveaux cas de Sida chez les UDVI étaient de 17.3%, de 7.7% en 2011, alors qu'elle n'était plus que de 5.9% en 2012.

On sait également qu'en 2011, la prévalence sanguine de l'infection au VIH chez les UD ayant sniffé ou s'étant injecté au moins une fois au cours de la vie est égale à 10%. Elle est plus importante chez les générations les plus anciennes puisque seuls 0.6% des UD de moins de 30 ans sont concernés (10)

En 2016, à l'occasion de la journée mondiale contre le SIDA, le 1er décembre de chaque année, les derniers chiffres de Santé Publique France, montrent que le chiffre de nouvelle séropositivité reste stable en France, avec environ 6000 cas, et confirme les répartitions déjà évoquées :

43% chez les HSH, et 38% chez les hétérosexuels nés à l'étranger.

« Sur 10 personnes qui découvrent leur séropositivité chaque année, 4 à 5 sont des HSH, soit 40 à 50 %, alors que la population des HSH sexuellement actifs est estimée à 1,5 % de la population française. » SPF 2016

Les 2/ 3 des séropositivités sont découvertes à l'hôpital, et 1/3 en ville.

Le nombre de séropositivités diminue chez les hétérosexuels sur les années récentes, chez les femmes et les hommes, en revanche ce nombre ne diminue pas chez les HSH, et se stabilise chez les UDVI (environ 90 cas).

La problématique en terme de santé publique est la non connaissance du statut sérologique au VIH d'une partie de la population infectée, cependant les derniers chiffres (2016) indiquent que **la moitié des découvertes sont des diagnostics précoces**, élément que l'on peut considérer comme positif.

Il est à noter, de plus, l'explosion des infections sexuellement transmissibles (chlamydia, 80000 cas, (+10%), syphilis (+50%), infections à gonocoques, et lymphogranulomatoses vénériennes rectales à chlamydia (+47%).

Le développement des pratiques à risques, la faible utilisation des préservatifs, conduisent les autorités de santé à encourager, les méthodes de prévention, le préservatif, les Test d'orientation diagnostique, souvent réalisés en pratique communautaire, et les autotests, sont arrivés en septembre 2015 dans les pharmacies françaises.

90000 tests ont été vendus, à 25 euros en moyenne, entre septembre 2015 et septembre 2016.

Une forte campagne de mobilisation, d'information et de recommandations à destination des pharmaciens d'officine et de leurs équipes a accompagné l'arrivée sur le marché de ces outils.

De plus, la dispensation d'antirétroviraux à visée thérapeutique chez les sujets séropositifs afin de diminuer la charge virale est maintenant autorisée sur les populations à risque.

Malgré une légère augmentation de l'activité de dépistage (+ 3%) entre 2013 et 2015, Santé Publique France déplore que les recommandations de diagnostic ne soient pas plus largement suivies par les professionnels de santé, la difficulté à prescrire le test

dans la population générale reste présente.

De nouvelles préconisations devraient être annoncées au cours de l'année 2017.

I.2. Le V.H.C

Avec 170 millions de personnes touchées par le VHC dans le monde, 3 à 4 millions de personnes infectées chaque année et un potentiel évolutif de l'infection vers une maladie sévère du foie (cirrhose, cancer du foie), l'hépatite C est un enjeux de santé publique majeur car plus de 350000 personnes meurent chaque année de pathologies hépatiques liées à l'hépatite C. (11)

En France, 230000 personnes seraient porteuses d'une hépatite C chronique (virus détectable).

Le virus a été découvert en 1989 par une équipe de la « Chiron corporation », qui a publié un article dans la revue « science ». (12)

Les scientifiques de l'unité INSERM , unité 966, « Morphogenèse et antigénicité du VIH et des virus des hépatites » , ont photographié le virus au microscope électronique, pour la première fois, en 2016, permettant ainsi la progression de la connaissance intime du virus.

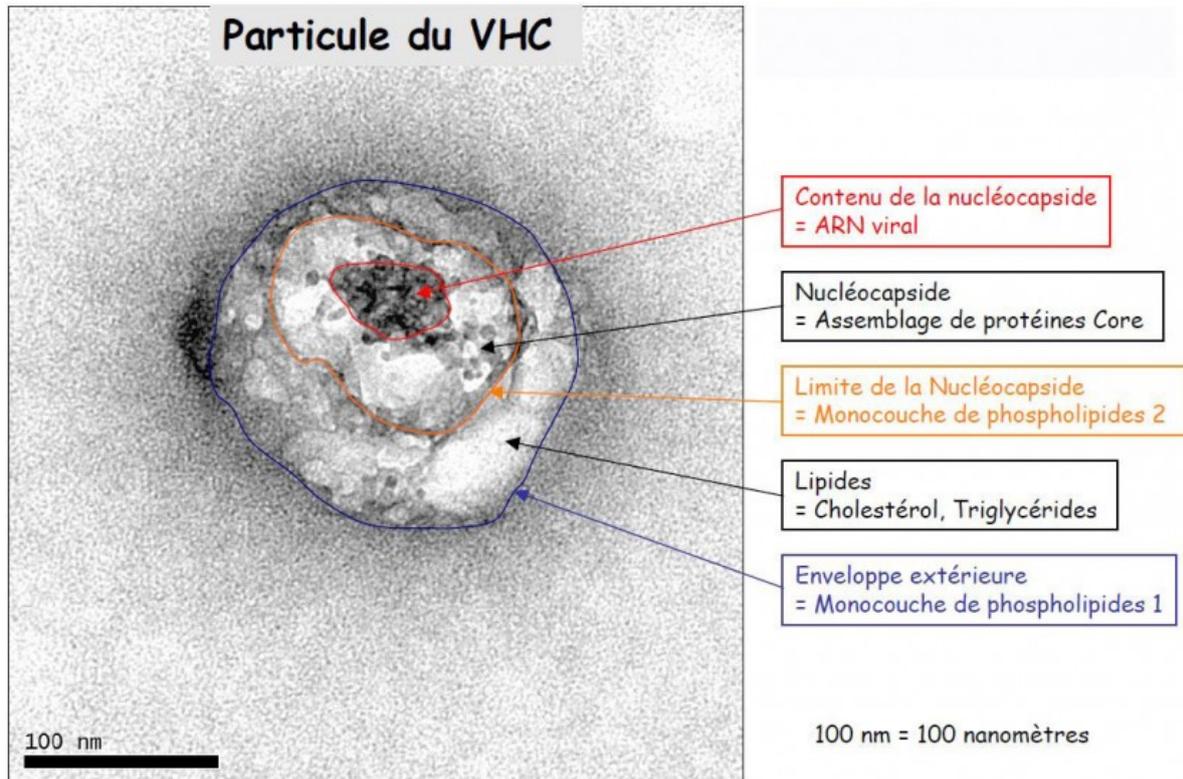


Figure n° 1 : Analyse microscope d'une particule du VHC (12)

« Il ressemble à une simple petite sphère blanche au milieu d'autres sphères blanches lipidiques dans le sang. » explique Jean-Christophe Meunier, chargé de recherche Inserm et responsable de ces travaux. « Le virus profite de la voie de synthèse des lipoprotéines, les particules de transport du gras dans l'organisme, pour se répliquer ».

Au-delà de la satisfaction d'avoir accompli cette prouesse technique, les chercheurs rappellent l'utilité de ces travaux.

« Des traitements efficaces sont aujourd'hui disponibles en cas d'hépatite C mais aucun vaccin n'a encore été trouvé. Or, connaître la structure et l'organisation exacte de ces particules viro-lipidiques sera fort utile pour ceux qui travaillent là-dessus », rappelle Jean-Christophe Meunier. (13)

Ces travaux ont bénéficié du soutien financier de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS).

La transmission du virus est essentiellement observée par voie sanguine. Les cas de contamination par voie sexuelle sont rares et limités aux personnes qui ont des partenaires multiples et/ou sont co-infectées par le VIH. Le risque de transmission

materno-fœtal est de l'ordre de 5% si le VHC est détectable dans le sang de la mère au moment de la naissance.

Historiquement, le virus s'est largement propagé par le biais des **transfusions sanguines**. La découverte du virus en 1989 a ensuite permis d'écartier définitivement ce risque, au moins dans les pays industrialisés. Le virus a également pu se transmettre à l'occasion de tatouages, de soins dentaires ou d'acupuncture réalisés avec du **matériel mal stérilisé**, mais cette voie de contamination est aujourd'hui anecdotique.

On estime en 2016, que 367 000 personnes ont été contaminées par le VHC en France et que 232 000 d'entre elles sont porteuses chroniques du virus,

Selon Philippe Roingeard, Directeur de recherche de l'unité Inserm 966-Université de Tours – Novembre 2014

Toutefois, seule la moitié d'entre elles a été diagnostiquée.

Deux types de manifestations de la maladie s'observent :

L'hépatite C aigue, qui se déclare environ deux mois après la contamination (santé publique France) et qui se traduit par une fatigue intense, douleurs abdominales, pouvant être accompagnée par un ictère.

Avec la disparition du virus, 30 à 35% des cas conduisent à une guérison complète.

L'hépatite C chronique s'observe avec la persistance du virus, plus de six mois après l'infection (65 à 70% des cas).

Longtemps silencieuse, cette maladie du foie évolue dix, vingt ou trente ans avant que de graves complications apparaissent.

Les cellules du foie infectées, détruites par les défenses immunitaires, sont progressivement remplacées par un tissu cicatriciel fibreux.

L'hépatite C chronique serait encore responsable de 2 700 décès par an (données INVS 2001).

L'enjeu est donc aujourd'hui de mettre en œuvre tous les moyens et outils pour éviter les nouvelles contaminations, mais aussi de diagnostiquer tous les porteurs « chroniques » qui développeront ultérieurement la maladie.

Le dépistage de l'hépatite C est une pratique courante, et repose sur la recherche d'anticorps spécifiques, puis si cela est positif des recherches plus approfondies sont nécessaires, ainsi qu'un bilan médical.

Il est à noter que « l'hépatite C chronique est unique : elle est aujourd'hui la seule maladie virale chronique à pouvoir être guérie », des nouvelles générations de traitements, apparus en 2014, permettraient un taux de guérison de l'ordre de 90 à 95%, en moins de douze semaines. La problématique de santé publique étant aujourd'hui, le prix des traitements.

Dans les dernières recommandations 2016 (14), le rôle majeur des médecins généralistes est noté avec une insistance particulière sur 3 points :

- le dépistage précoce et massif de la population générale, avec une sérologie VHC, et une quantification de la charge virale
- l'accès au soin pour le traitement le plus rapide possible
- le repérage et la prise en charge des comorbidités associées (hypertension artérielle, cannabis, alcool, etc) (15)

I.3. Les Usagers de Drogues

I.3.1. Définition

Dans le cadre de ce travail, nous allons nous intéresser principalement aux usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI). Le terme d'usager problématique de drogue apparaît dans une définition de l'observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), et caractérise : « *un usage de drogues par voie intraveineuse ou usage régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âge de 15-64 ans* »

C'est cette population qui est particulièrement impactée par la transmission du VIH et VHC, prévalence notée à près de 20% pour le VIH et 63% pour le VHC chez les injecteurs (16)

En France, en 2006, le nombre d'usagers problématiques de drogues a été estimé à 230000. (17)

I.3.2. Mode de contamination des UDVI

Il est important de comprendre que le mode de contamination au VHC, VIH, des usagers ne se limite pas à la seule pénétration de l'aiguille. Il est aussi important que les différents intervenants en toxicomanie connaissent les pratiques des usagers.

La connaissance de plus en plus fine de ces virus et de leur mode de diffusion ont réellement permis de faire avancer les notions de réduction des risques.

La distinction entre le matériel d'injection propre (seringue avec aiguille) et ce qu'on appelle le « petit matériel » est fondamentale.

La notion de partage de matériel d'injection ne se limite donc pas qu'au partage de la seringue entre consommateurs de drogues par voie intraveineuse, il existe également le partage de cuillères, filtres, cotons et fioles d'eau... Ces derniers représentent la notion de « petit matériel ».

Le fort taux de réutilisation des seringues et des mauvaises pratiques de nettoyage, la préparation de l'injection, le partage de la drogue, comportent des risques importants de contamination.

Les Seringues et aiguilles déjà utilisées contiennent toujours du sang, pour deux raisons essentielles :

- L'utilisateur de drogue doit, avant de s'injecter le produit, vérifier qu'il est bien dans la veine en aspirant un peu de sang ;
- avant la fin de l'injection la plupart des usagers ont l'habitude de faire une « tirette » en aspirant un peu de sang pour ne pas perdre le produit restant dans l'aiguille.

Si l'on ajoute la difficulté technique et la fréquence des injections dans de mauvaises conditions à l'utilisation de seringues et de matériels déjà utilisés, donc souillés, l'injection est à risques quand il y a :

- partage de la drogue diluée en aspirant directement dans la cuillère, la « marmite » en y trempant les aiguilles à plusieurs ou en distribuant la drogue à partir d'une seringue (backloading),
- rinçage de la seringue contenant du sang en la trempant dans un récipient contenant d'autres seringues,
- rassemblement des filtres ayant déjà servi pour « exprimer » la drogue piégée et se faire une injection supplémentaire,
- impossibilité fréquente de reconnaître sa seringue dans l'immédiat « après shoot » ou dans l'urgence du shoot suivant.

Les messages communautaires d'associations d'usagers, comme par exemple ASUD (Auto-support usagers de drogue) ont permis de faire passer des messages auprès des consommateurs.



L'association a par exemple édité le « manuel du shoot à moindre risque » et parle de manière directe des pratiques d'injection, donne des conseils santé et de RDR, évoque les overdoses, les abcès, le VIH, le VHC mais aussi un rappel à la loi. (annexe 1)

Le langage employé est direct et la brochure très illustrée de photographies de matériel, de pose de garrot, d'injection. (annexe 2)

Aujourd'hui, les informations semblent bien relayées chez les usagers en ce qui concerne l'arrêt du partage et de la réutilisation de la seringue pour éviter la contamination par le

VIH, par contre la problématique reste d'actualité sur le partage du petit matériel. Les usagers continuent à s'échanger les cotons, les cuillères, les filtres, les fioles d'eau ... et par cet échange, s'effectue la transmission de l'hépatite C. Nous verrons par la suite les différents matériels distribués dans le cadre des programmes d'échanges de seringues, en détaillant l'utilité de chacun d'entre eux.

I.4. L'histoire de la seringue et de l'aiguille hypodermique :

Il est impossible d'être précis sur la date exacte d'apparition de l'injection telle que nous la connaissons aujourd'hui mais il est clair que des armes enduites (flèches, aiguilles, sarbacanes) sont utilisées depuis des milliers d'années pour introduire des substances dans le corps.

Au 1^{er} siècle, un physicien grec, Héron d'Alexandrie, décrit dans un traité relatif à la mécanique des fluides, le Pneumatica, un instrument médical permettant l'aspiration ou bien l'injection des liquides. (18)

Cependant les premiers cas d'injection intraveineuse semblent remonter au XVII^{ème} siècle. (19)

Le chirurgien des armées de Louis XIV, Dominique Anel utilise à partir de 1707 une seringue dotée de canules permettant d'aspirer les plaies, ainsi qu'un instrument plus petit destiné à irriguer et à laver les yeux.

La sous-cutanée n'apparaît qu'au milieu du XIX^{ème} siècle en même temps que la vaccination.

L'invention de la seringue est attribuée à plusieurs personnes et il est donc difficile d'attribuer la paternité de l'invention :

- Christophe Wren
- Robert Boyle
- Pascal
- Reiner de Graaf
- Charles Gabriel Pravaz

Au XVII^{ème} siècle, Reiner de Graaf réalise une seringue très proche de la seringue moderne, son objectif étant de localiser les vaisseaux sanguins. La seringue avait un barillet en métal, auquel l'aiguille était rattachée.

Charles Gabriel Pravaz (1791-1853) imagine et fait réaliser, une seringue en argent de 2 cm cube, avec une aiguille creuse, pour injecter une solution de chlorure de fer dans les anévrismes, le piston avançant avec un pas de vis.

Il est donc l'inventeur de la seringue hypodermique à piston.

Dans sa version la plus basique, une « seringue » est une simple pompe.

Christophe Wren est la première personne connue à employer l'injection intraveineuse en administrant de l'opium à des chiens, mais la « seringue » restait un produit brut (avec une incision pour accéder à la veine).

Joseph Frédéric Charrière (1803-1876) eut l'idée de tailler l'aiguille en biseau.

Des outils bruts d'injection existent encore aujourd'hui d'ailleurs avec l'utilisation de matériel de fortune dans les prisons avec le stylo à bille par exemple.

En 1807, l'ouvrage *Edinburgh Medical and Surgical Dictionary* définit la seringue comme : « un instrument bien connu, servant à imbiber ou aspirer une quantité de fluide et, ensuite, à l'expulser avec violence. Une seringue est utilisée pour injecter dans des cavités et des canaux ».

L'objectif initial de la seringue était uniquement d'améliorer l'étude anatomique avec l'injection de substances dans les vaisseaux sanguins. Les étapes d'évolutions vers la seringue moderne résultent donc de l'étude et de l'enseignement de l'anatomie aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles.

L'injection intraveineuse se développe au XVII^{ème} siècle avec l'injection de nombreuses drogues telles que l'opium majoritairement mais aussi la cannelle, l'huile de sulfure et l'arsenic. Ces injections se faisaient dans le but de traiter diverses maladies telles que l'épilepsie et la syphilis.

L'origine exacte de la seringue moderne reste floue à cause des développements parallèles des nombreux inventeurs.

Charles Gabriel Pravaz (chirurgien orthopédiste français 1791-1853) est l'inventeur de la seringue hypodermique à piston.

Cette dernière est popularisée dans les années 1850 par le chirurgien Louis Félix Béhier.



Cependant, la seringue Fergusson de 1853 devient un modèle pour la seringue moderne quand Alexander Wood l'utilise pour des injections sous-cutanées d'opiacés afin de calmer la douleur.

De la morphine, codéine à la cocaïne, le milieu du XIX^{ème} siècle fut riche en découvertes de substances à visée thérapeutique.

Le succès foudroyant des pratiques d'injection à visée antalgique dans les infirmeries militaires (guerre de Crimée...) et ce malgré la description des premières morphinomanies intraveineuses chez les professionnels de santé (1870) n'a fait qu'amplifier le recours à la voie injectable (sous-cutanée, intraveineuse, intradermique, intra-artérielle...) dans les hôpitaux, avec la généralisation de l'usage de la morphine puis de l'héroïne jusqu'en 1916. A cette époque l'arrivée rapidement épidémique des pratiques privées d'auto injection à visée « toxicomaniaque » est constatée. (19)

Ainsi au début du XX^{ème} siècle, une partie de ces substances quittèrent le domaine médical pour « gagner le champ de l'hédonisme ».

Pour François Chast (chef de service de pharmacie clinique, Necker, Paris) « à partir de 1916, la législation sur ces substances se durcit fortement, au point qu'en quelques

décennies le corps médical français allait oublier l'existence de ces précieux médicaments, en particulier dans la lutte contre la douleur. » (20)

Jusqu'à l'apparition du concept d'antisepsie, à la fin du XIX^{ème} siècle, et avec le développement de la pratique de l'injection, les risques encourus avec le partage des seringues commencent à apparaître dans la littérature médicale. (21)

Le passage à la fabrication industrielle des seringues, et le remplacement du verre par la matière plastique, changent le mode d'utilisation, l'usage unique devenant la règle d'utilisation chez les professionnels de santé.

En Europe, jusque dans les années 1970, il y a peu d'injecteurs.

I.5. Accès aux seringues en officine

L'histoire de l'accès au matériel d'injection commence le 13 mars 1972 par la publication d'un décret qui vise à réglementer le « commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections en vue de la lutte contre l'extension de la toxicomanie ». Ce décret est inscrit dans la continuité de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

La vente de seringues est donc interdite sans ordonnance médicale. Cela va dès lors rendre l'accès au matériel d'injection particulièrement difficile pour les usagers et en conséquence va s'avérer propice au développement de l'épidémie de SIDA au début des années 1980. Ce manque d'accès à du matériel stérile va provoquer une augmentation de la réutilisation et du partage du matériel d'injection et donc favoriser la progression des épidémies virales et bactériennes.

Face à l'urgence sanitaire et sous la pression des différentes associations, le décret d'abord suspendu va être définitivement supprimé par les décrets du 13 mai 1987, du 24 août 1988 et du 11 août 1989 de cette loi de Barzach (ministre de la santé).

La vente des seringues en pharmacie est de nouveau accessible en vente libre.

Depuis plus de vingt ans, la distribution gratuite de matériel d'injection en officine existe, sous l'impulsion de pharmaciens volontaires et engagés.

II- La réduction des risques

II.1. Définition

Il s'agit d'une démarche qui s'adresse aux usagers ou consommateurs actifs de drogues. Elle privilégie des stratégies de soin et de prévention visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections virales, bactériennes, abcès...) et sociaux (exclusion, marginalisation, précarité, délinquance...) liés à l'usage de substances psychoactives et notamment des substances illicites.

La réduction des risques (RDR) est née dans les années 1980 alors que la prévalence du VIH était considérable auprès des injecteurs d'héroïne.

L'objectif est de contribuer à faire de l'utilisateur de drogues **un acteur de SA santé**. Aller vers l'utilisateur et l'accueillir, dans l'état où il se présente, de manière anonyme, gratuite sans préalable et sans jugement, est un précepte essentiel de la réduction des risques afin de créer des liens pour permettre à l'utilisateur de drogues d'adopter des comportements favorables à la santé (prévention des risques infectieux, hygiène).

Ces derniers ont donc appris à se protéger en modifiant leurs pratiques. Les overdoses et les contaminations virales vont chuter mettant un frein au développement de l'épidémie de SIDA. (22)

Le dispositif de RDR en France comprend diverses structures et acteurs assurant des missions de RDR ainsi que des outils et programmes proposés aux usagers de drogues à des fins de réduction des risques.

II.2. Historique

Issu de la loi de santé publique de 2004, le décret n°2005-347 du 14 avril 2005 établit le cadre de référence des activités de réduction des risques promues par le législateur pour les usagers de drogues.

Inscrite dans le Code de la santé publique par l'article D.3121-33, la politique de réduction des risques repose principalement sur des activités de prévention mises en œuvre par les intervenants de la RDR auprès d'une population à haut risque. (23)

A l'exception des Pays-Bas, les changements des politiques de drogues se sont imposés sous la menace du SIDA : puisqu'il était illusoire d'espérer que les toxicomanes renoncent spontanément à consommer des drogues, puisqu'on ne parvenait pas à les y contraindre, il était nécessaire qu'ils puissent protéger leur santé tant pour eux-mêmes que pour la menace de la contamination sexuelle qu'ils faisaient peser. Il fallait donc d'une manière ou d'une autre coexister avec les UD. Ce principe entre en contradiction avec les politiques de lutte contre les drogues dont l'objectif est l'éradication de celles-ci. En Grande-Bretagne où la réduction des risques ou des dommages liés à l'usage de drogues a été conceptualisée en 1987, « *reduction of drug related harm* » s'est inscrite dans une politique de santé publique fondée sur l'acceptation de l'usage de drogues.

Soins et prévention ont été redéfinis en fonction d'une hiérarchie des risques : il vaut mieux ne pas consommer de drogues mais si vous en consommez, il vaut mieux consommer les drogues les moins dangereuses et de la façon la moins risquée possible. Il vaut mieux ne pas s'injecter des drogues mais si vous persistez à vous en injecter, alors il faut utiliser une seringue et du matériel stérile.

A partir de 1990, la Suisse adopte à son tour cette nouvelle approche qui ne se limite pas à la santé : la cohérence d'ensemble est recherchée dans une nouvelle conceptualisation de la politique des drogues, désormais fondée sur quatre piliers, **prévention, répression, soins et réduction des dommages**. C'est plus précisément la cohérence entre réduction des dommages et réduction des nuisances que recherchent les villes allemandes comme Francfort, Hambourg ou Berlin en multipliant équipes de rue, accueils des usagers, salles d'injection mais aussi hébergement ou insertion sociale et professionnelle. En allant au-devant des UD, cette nouvelle démarche a pour ambition l'insertion de l'utilisateur dans la ville. La gamme des services correspond aux choix, ou,

plus modestement, aux possibilités de chacun : protection de la santé et accès aux droits pour tous, traitement par la méthadone pour ceux qui peuvent renoncer à l'injection et à l'ivresse, traitement de la dépendance à l'héroïne enfin pour ceux qui ne veulent, ou ne peuvent, y renoncer. Pour que l'UD retrouve une place dans la cité, a minima, il faut rétablir le lien.

Ensuite seulement, il est possible d'envisager les différentes stratégies qui garantissent au mieux, selon les situations, la protection de la santé et l'accès aux droits. Accepter les usagers tels qu'ils sont, c'est aussi leur donner la possibilité de changer.

En France, le changement est à la fois plus tardif et plus modeste. La libéralisation de la vente des seringues en 1987 a d'abord été la seule mesure prise face au SIDA. En 1990, Médecins du monde ouvre le premier échange de seringues et, entre 1990 et 1992, quelques acteurs s'engagent dans les toutes premières actions de prévention du SIDA qui associent les usagers de drogues à la protection de leur santé. Parallèlement, quelques médecins généralistes commencent à prescrire des « produits de substitution », aux marges de la loi : les produits qu'ils utilisent sont destinés au traitement de la douleur, la prescription de morphiniques pour le traitement de la toxicomanie n'était pas prévue. Officiellement en France, jusqu'en 1993, il y a seulement 52 patients en traitement par la méthadone. Les mesures de RDR sont prises par la ministre Simone Veil : la réduction des risques infectieux chez les toxicomanes devient un dispositif, rendu public le 21 juillet 1994. (24)

Les principaux textes officiels sur le matériel de prévention et de réduction des risques sont les suivants :

- Décret du 13/5/1987 sur la vente libre de seringues en officine
- Circulaire du 15/9/1994 généralisant la vente en pharmacie du Stéribox®
- Décret du 07/3/1995 donnant les bases juridiques appropriées aux programmes d'échange de seringues (PES) et de mise à disposition des seringues à titre gratuit par les associations
- Circulaire du 12/4/1995 relative à la prévention des risques infectieux et l'accessibilité du matériel rappelant la nécessité de diversifier les modes d'accès au matériel en concertation avec les acteurs locaux

- Lettre DGS du 15/10/1995 sur les programmes de collaboration avec les communes en matière d'automates et circulaire DIV/MILDT du 9/1/2001 sur la réduction des risques dans la politique de la Ville
- Décret n° 96-494 du 7 juin 1996 instituant une aide de l'État à la mise sur le marché de certains types de matériels destinés à la prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites. La définition des matériels ainsi que les conditions dans lesquelles l'aide de l'État peut être versée sont prévues dans les cahiers des charges n°1 et n°2 publiés au B.O du ministère des Affaires sociales n° 96/19.

Celui-ci répond à deux objectifs : **prévenir la contamination par les virus du SIDA** et de l'hépatite et **permettre aux usagers d'accéder au système de soins**. Ce nouveau dispositif comprend des kits avec seringues stériles vendus en pharmacie dont particulièrement le Stéribox®, des programmes d'échanges de seringues, des « boutiques » qui accueillent des usagers sans exiger qu'ils renoncent à consommer des drogues, des réseaux de médecins généralistes, des équipes chargées de l'accueil des toxicomanes à l'hôpital et enfin les traitements de substitution.

Deux médicaments acquièrent une autorisation de mise sur le marché entre 1995 et 1996 pour le traitement des usagers dépendant de l'héroïne, la méthadone et le Subutex®, nouveau médicament que les médecins généralistes peuvent prescrire.

II.3. Le tournant de la santé publique

Une étape supplémentaire dans la politique de réduction des risques est au cœur du débat public français depuis plusieurs années : l'instauration de salles de consommation à moindre risque (SCMR), parfois désignées sous l'expression « salles de shoot » dans la presse.

Dès 2012, le Gouvernement s'était montré favorable à l'expérimentation d'une telle structure. Il avait alors été décidé qu'une SCMR, portée par l'association Gaïa, pourrait ouvrir à Paris fin 2013. Toutefois, le Conseil d'État, par un avis du 8 octobre 2013, a recommandé au Gouvernement d'agir par voie législative pour assurer la sécurité juridique du dispositif.

Ce dispositif expérimental pour une durée de 6 ans sera évalué et le parlement décidera de la pérennisation de ces lieux.

Ces salles seront ouvertes par des Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), mais dans des locaux distincts de ceux déjà utilisés pour l'accomplissement de leurs missions. Elles ne pourront accueillir que des usagers majeurs. Les produits consommés devront être apportés par l'utilisateur lui-même, et dans la limite de sa seule consommation, qui devra être réalisée sur place. La consommation sera supervisée par une équipe pluridisciplinaire, comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social.

Deux clauses d'irresponsabilité sont prévues. L'une empêche la poursuite des usagers pour détention de stupéfiants, lorsqu'ils détiennent un produit limité à l'usage personnel à l'intérieur de la salle. L'autre exempte de responsabilité les professionnels travaillant dans la salle, qui ne pourront donc être poursuivis pour complicité ou facilitation d'usage illicite de stupéfiants.

En France, un rapport d'information n°3371 de l'assemblée nationale sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites est déposé le 9 décembre 2015 et conduisent les rapports à des conclusions divergentes sur les SCMR. (25)

Mme Anne-Yvonne Le Dain (élue députée en 2012 dans la 2^{ème} circonscription de l'Hérault) considère que l'efficacité de ces dispositifs est établie. Pour améliorer la situation sanitaire des usagers, pour renforcer la sécurité et la tranquillité publique, il est donc opportun d'introduire en France ce nouvel outil de réduction des risques : il ne s'agit pas de « laisser faire », mais de s'atteler à améliorer une situation qui existe, et qu'il faut résoudre. Elle recommandait de ne pas borner l'expérimentation à une seule salle, mais d'autoriser simultanément l'ouverture d'au moins trois établissements dans différentes villes.

M. Laurent Marcangeli (élu député en 2012 dans la 1^{ère} circonscription de la Corse-du-Sud) s'était quant à lui prononcé contre l'ouverture des SCMR du fait de l'ambiguïté du message ainsi délivré par rapport à l'interdit frappant le produit, des risques que ce dispositif pouvait faire peser sur la sécurité publique et des questions non résolues quant à la responsabilité des personnels et des pouvoirs publics en cas d'accident.

Le principe de l'expérimentation des SCMR a été adopté par l'Assemblée nationale comme par le Sénat en première lecture par la loi de modernisation de notre système de santé du 20 janvier 2016. (26)

Des divergences persistent entre les deux chambres sur leur localisation, le Sénat souhaitant les voir installées uniquement dans des locaux intégrés à un établissement de santé, alors que l'Assemblée nationale n'exclut pas de les voir davantage ouvertes sur la ville. Appelée à statuer en nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a fait prévaloir cette conception.

La SCMR de Paris (27) est ouverte depuis le 14 octobre 2016, 7 jours sur 7 de 13h30 à 20h30 et dispose de douze places pour l'injection et quatre pour l'inhalation. Cinq intervenants au minimum sont présents en même temps (dont un infirmier(e) ou un médecin) auquel s'ajoute un personnel de sécurité.

Depuis son ouverture et après cinq mois de fonctionnement, la SCMR a enregistré 24 200 passages dont 550 passages de personnes différentes. Le nombre d'usagers accueillis semble se stabiliser à 180 passages par jour (vs 65 le premier jour d'ouverture) mais pouvant aller jusqu'à 200. La salle ouvre régulièrement ses portes au

public dans un but d'information et de médiation. A ce jour, il y a eu huit matinées portes ouvertes où 5 à 800 personnes ont été reçues.

Le profil des usagers :

- La salle accueille près de 90% d'hommes
- L'âge médian est de 37,8 ans
- 40% sont sans ressources
- 52% sont en logement précaire ou SDF
- 48.33 % sont un suivi par un addictologue
- 26.63% n'ont pas de suivi médical ni social
- 44% sont positifs au VHC (dont 40% n'ont jamais consulté)
- 5.4% sont positifs au VIH

Une nouvelle SCMR va ouvrir ses portes à l'hôpital Saint André à Bordeaux fin 2017-début 2018. L'ARS avait été missionnée afin de rendre compte des besoins en termes de pratiques des usagers et de prévalence des consommations de drogues dans la ville de Bordeaux. Son rapport confirme la nécessité d'ouvrir cette salle. Entre 400 et 1 200 usagers de drogues pourraient constituer la file active du futur espace géré par l'association La CASE et par le CEID (Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue).

Le lieu retenu se situe à l'hôpital Saint-André, en centre-ville, dans un local dédié et indépendant. L'absence de voisinage direct devrait éviter les craintes que suscitent les SCMR parmi les riverains. Des discussions préliminaires évoquaient la rue Saint-Jean comme site pour la nouvelle salle, mais les réactions défavorables des riverains ont incité à déterminer un lieu plus sécurisant pour le grand public.

Cette SCMR a pour triple objectif :

- améliorer l'état de santé des UDVI : éliminer les pratiques à risques avec un accompagnement des aidants, éviter les risques de surdose
- limiter les comorbidités chez les UDVI souvent atteints de pathologies associées
- s'adresser aux usagers les plus marginalisés afin de les ramener vers l'accès aux soins, de s'assurer qu'ils bénéficient d'une protection sociale et, à terme, de tenter de diminuer les consommations à travers le soin

Cette SCMR sera donc la troisième à ouvrir ses portes après celles de Paris et de Strasbourg.

II.4. La réduction des risques à distance

SAFE (28) est une association de RDR qui est spécialisée dans l'accès au matériel d'injection pour les UDVI à distance. La RDR à distance est complémentaire à la RDR telle qu'elle est pratiquée par les structures comme les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) ou les Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) puisque ce programme est accessible 24h sur 24 et 7 jours sur 7 durant toute l'année. Le matériel est complètement gratuit, accessible en quantité illimitée et adapté à la consommation de chacun. Il donne la possibilité d'avoir accès aux informations sur les outils de RDR, sur les risques pris aux différentes étapes de la consommation et de pouvoir être orienté vers des partenaires qui sont adaptés aux besoins de chacun. L'idée du programme est de lever les freins liés à l'accès au matériel, c'est pourquoi pouvoir y accéder est très simple. La demande est formulée par l'utilisateur lui-même soit par e-mail, soit par téléphone. Une évaluation du besoin de la personne est faite pour s'assurer que la réponse apportée soit parfaitement adaptée de manière à objectiver au maximum la consommation et donc d'adapter au mieux les outils aux pratiques. La demande est anonymisée (c'est un enregistrement avec un identifiant), et seules la personne qui prend la commande ainsi que la directrice de SAFE ont les identités des usagers. Le colis est expédié le jour même, ou au plus tard le lendemain de la commande. Il est banalisé, ce qui permet d'éviter les conséquences liées à l'entourage de la personne. Chaque colis est fermé de manière particulière pour s'assurer qu'il n'a pas été ouvert depuis son départ et l'envoi de celui-ci est bien sûr effectué avec une hygiène parfaite.

Il y a également un suivi de l'évolution des pratiques et de certains types de matériel utilisés par les usagers habitués afin de pouvoir proposer régulièrement des outils adaptés à leurs pratiques et d'en réduire les risques. Un compte rendu des entretiens téléphoniques est fait contenant des informations sur le type de structure que fréquente l'utilisateur, ou le type de structure qu'il a pu fréquenter auparavant. Une attention particulière est accordée à chaque élément du parcours de la personne. Ce programme de RDR ne se limite pas aux risques de transmission du VIH et du VHC mais inclut tous les autres risques tels que les complications médicales liées à la pratique de l'injection. Il comporte une valeur ajoutée certaine quant à l'écoute bienveillante, l'orientation vers

les structures adaptées et propose un accueil inconditionnel et sans jugement que ce soit à des personnes considérées comme les plus précaires ou les plus incérées. **Il constitue comme toute démarche de RDR, une étape dans le parcours de l'utilisateur.**

II.4.1 Quelques chiffres

C'est un programme qui est en constante évaluation. Le filtre toupie (antibactérien) est en augmentation chaque année ce qui montre qu'en expliquant correctement les risques et les bénéfices de l'outil cela fonctionne. Une enquête de satisfaction a été menée afin de connaître les impacts sur les pratiques :

- Avant, 1/4 des UDVI partageaient leurs seringues, aujourd'hui seuls 5% le font encore

- 35% partageaient le petit matériel, aujourd'hui, 5%

- 79% réutilisaient le matériel, aujourd'hui, 7%

- 83% réutilisaient le petit matériel, aujourd'hui, 16%

- La file active augmente en permanence :

- o En 2011 : 40 personnes dans le programme, aujourd'hui, 350. C'est 3 à 4 nouveaux UDVI chaque semaine.

- o En 2011, 12 000 seringues distribuées, en 2014, 160 à 170 000 seringues.

- o 100 à 130 colis sont distribués chaque mois.

II.4.2 Qu'est-ce qui motive l'utilisation de la RDR à distance ?

En premier lieu, c'est principalement l'éloignement géographique par rapport à un lieu d'accueil classique qui motive le recours à la RDR à distance. Le fait de ne pas trouver le matériel dont les usagers ont besoin, et qui est adapté à leurs pratiques constitue un argument majeur complémentaire. Les horaires, la disponibilité et l'accessibilité sont aussi importants, tout comme la peur de la stigmatisation, du jugement, de rencontrer

un professionnel ou encore d'autres usagers et d'être identifié comme usager de drogues ou encore comme injecteur, sont des éléments tout aussi importants les uns que les autres et justifient ce dispositif comme complémentaire aux autres dispositifs existants, permettant d'apporter une aide aux personnes les plus en difficultés par rapport à l'accès au matériel de RDR.

III- Les différents acteurs

III.1. Les associations

Bien avant la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, les acteurs de la réduction des risques, professionnels de santé, médecins et pharmaciens, les associations communautaires et les structures issues du monde médico-social ont choisi de travailler ensemble.

Nous allons citer quelques uns de ces partenaires, sans la prétention de l'exhaustivité.

III.1.1. Médecins du monde :



L'association est créée en 1980 par le docteur Bernard Kouchner en se donnant un triple objectif : aller où les autres ne vont pas, témoigner de l'intolérable et travailler bénévolement. C'est une Organisation de Solidarité Internationale basée sur le bénévolat des professionnels de santé pour apporter une aide aux populations vulnérables et à risques.

Cette organisation est présente en France et dans 64 autres pays. Médecins du Monde est un mouvement international indépendant de militants actifs qui soignent, témoignent et accompagnent le changement social.

En 1989 trois programmes d'échange de seringues (PES) expérimentaux sont créés, pilotés notamment, par Médecins du Monde, et ce grâce au soutien de la Direction Générale de la Santé.

L'association a pour but d'intervenir au plus près des populations à risque, en particulier les usagers de drogues et les personnes qui se prostituent, dans un projet de Réduction des Risques. L'objectif est de réduire les risques liés à l'usage de substances

psychoactives et aux pratiques sexuelles, en apportant une réponse médicale, psychosociale et communautaire.

Quatre axes d'intervention structurent leur action : soutien aux victimes des crises et des conflits, promotion de la santé sexuelle et reproductive, réduction des risques et enfin soins aux populations migrantes et déplacées.

C'est donc dans cette situation que Médecins du Monde joue un rôle important dans les programmes d'échanges de seringues.

Au-delà d'une réponse de santé, Médecins du Monde inscrit ses combats autour de quatre axes politiques :

1. **Plaidoyer** pour un accès au dépistage et au traitement des hépatites virales. Cet axe particulièrement fort est développé depuis 3 ans.
2. **Promotion** du concept et des pratiques de RdR en Afrique où la prise en charge des usagers de drogues est quasi-inexistante (moins de 1 % d'entre eux bénéficient de services de santé adaptés à leur situation).
3. **Évolution** du sens et des pratiques de Réduction des Risques dans le monde. La RDR est encore beaucoup trop centrée sur la prévention du VIH en lien avec l'injection. Il est nécessaire de l'envisager de façon plus globale en allant au-delà du cadre de référence technique des agences nationales et internationales.
4. **Réforme** des lois et réglementations nationales ainsi que des politiques internationales de criminalisation, de répression ou de contrôle sanctionnant les pratiques et les modes de vie de ces personnes au profit d'approches fondées sur la santé publique et les droits humains.

III.1.2. AIDES :



L'association AIDES a été créée en 1984 par Daniel Defert. AIDES travaille principalement auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse infectés par le VIH et reste donc la première association française de lutte contre le VIH et les hépatites et l'une des plus importantes en Europe.

Le 10 novembre 1986, AIDES organise à l'hôpital Claude Bernard une conférence « Toxicomanie et sida » avec les intervenants en toxicomanie et revendique la vente libre des seringues. L'association organise en décembre 1988 la première journée mondiale de lutte contre le sida.

En 1990, AIDES travaille également avec les usagers infectés par le VHC et en octobre les premiers témoignages publics de consommateurs de produits psychoactifs sont présentés lors des assises nationales organisées par le comité Toulouse.

L'association est donc reconnue d'utilité publique.

En 1992, AIDES crée le premier bus : le bus de Toulouse permettant un accueil des usagers et un échange de seringues. Suivent ensuite les bus de Nîmes et Grenoble en 1993, puis en 1994 à Paris et à Lille ainsi que des « boutiques » à Clermont-Ferrand et à Brest.

Le 8 juillet 1993, AIDES de par son initiative inaugure le premier distributeur-échangeur de seringues en France à Nîmes.

Ensuite la DGS reconnaît et donne naissance à la circulaire « programme d'AIDES à domicile ».

Les actions continuent avec des messages de réduction des risques, sur le respect des droits des malades, ici et ailleurs.

En 2010 le dépistage rapide du VIH non médicalisé est légalisé ; les militants de l'association peuvent désormais proposer dans leurs actions un test de dépistage du VIH.

En 2015 Mr Aurélien Beaucamp devient président de AIDES.

En 2016 il y a l'adoption d'une nouvelle identité visuelle.

En Poitou-Charentes, l'association AIDES gère les CAARUD créés par la loi de 2004.

III.1.3. RESPADD :



Le RESPADD (29) est une association à but non lucratif qui fédère plus de 600 établissements de santé (hôpitaux, cliniques, EHPAD, établissements médico-sociaux, etc.) engagés dans la prévention et la prise en charge des pratiques addictives.

Le RESPADD, anciennement appelé Réseau Hôpital Sans Tabac, a été fondé par l'AP-HP et la MNH en 1996, à la suite de la loi Evin de 1991, pour favoriser la prévention et la prise en charge du tabagisme des personnels et des patients. Ainsi, les établissements de santé s'engageaient à signer la Charte « Hôpital Sans Tabac » et à promouvoir une politique de lutte contre le tabagisme en leur sein lorsqu'ils devenaient membre du réseau.

En 2007, avec le plan gouvernemental de prise en charge et de prévention des conduites addictives, l'organisation de la prise en charge des addictions a été complètement repensée, et les hôpitaux invités à mettre en place des services d'addictologie. Le RHST, devenu RHST-A, s'est alors engagé, dès la mi-2008, dans la réalisation de missions d'appui en addictologie pour mettre en œuvre ces directives.

Devenu RESPADD en 2009, l'association a élargi ses missions et son champ d'intervention. L'association s'est donnée trois buts :

- informer et sensibiliser les établissements pour prévenir les pratiques addictives et leurs complications
- les accompagner dans l'organisation de la prise en charge des personnes concernées
- promouvoir une dynamique de réseau dans le champ de l'addictologie

Aujourd'hui, son objectif est d'inscrire les établissements qui en sont membres dans une dynamique de prévention et de prise en charge de l'ensemble des pratiques addictives, et plus globalement dans une perspective de promotion de la santé pour leur public et leur personnel.

Après l'expérience de la charte « Hôpital sans tabac », les actions du réseau en direction de ces professionnels ne vont pas cesser, et les travaux avec les professionnels de santé du premier recours se développent.

Le RESPADD anime un groupe de travail « pharmaciens et addictions » dans le cadre d'un projet soutenu par la Direction Générale de la Santé.

En direction des pharmaciens le RESPADD réalise donc :

- Rédaction d'un guide sur les PESP : Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues
- Organisation d'une conférence sur les PESP en 2011 à Perpignan (beaucoup de pharmaciens présents)
- Missions d'appui pour la mise en place de PESP dans trois régions (reprise de l'expérience des missions d'appui en addictologie)
- En parallèle, proposition de former les pharmaciens d'officine sur l'addictologie

L'implication du RESPADD dans les PES en pharmacie est très importante, l'association expérimente et évalue en association avec les CAARUD des programmes installés depuis plusieurs années dans certaines régions.

En 2014, le groupe de travail animé par le RESPADD s'engage dans un programme sur toutes les addictions soutenu par la Direction Générale de la Santé :

1. Rédaction d'un guide de l'addictologie en officine
2. Organisation d'une conférence « le pharmacien d'officine face aux addictions »
3. En parallèle, projet d'amélioration de la visibilité des PESP
4. Rédaction d'une charte de la Réduction des Risques en officine (annexe 3)
5. Création d'un sticker pour les officines participant à un PESP (annexe 4)
6. Annuaires des PESP français
7. Formation sur trois sites en France des pharmaciens libéraux au RPIB (repérage précoce et intervention brève)

III.1.4. SAFE



L'association SAFE développe un Programme d'échange de seringues et de RDR à distance depuis 2011.

L'origine de ce projet provient d'une demande de la part des usagers qui par mail, à des rendez vous à des automates, ont fait savoir que l'accès au matériel n'était pas toujours simple.

En effet les problèmes évoqués étaient le coût en pharmacies, les difficultés d'accès (horaires, distance du domicile...), la peur et honte d'être jugés ainsi que la méconnaissance du dispositif de RDR .

Ce programme a pour but de faciliter l'accès au matériel de consommations et aux informations essentielles nécessaires pour réduire les risques. Il n'a pas pour but de remplacer les actions menées par les CAARUD mais est présent pour le compléter.

C'est pour, selon l'association « lever le frein de l'accès à la RDR » en permettant :

- L'envoi personnalisé de matériels (quantité et qualité...) par **voie postale**
- Dispositif gratuit ; **pas de limitation des quantités**
- Avec tous les types de matériels, pour tous les usages
- Accompagner, orienter, **informer à distance**

SAFE a donc mis en avant que l'envoi de matériels, autrement un PES postal pourrait permettre de :

- Repérer de nouveaux publics (ce sont des personnes différentes de celles qui fréquentent habituellement les CAARUD)

- Améliorer le recours au matériel de prévention
- Faciliter l'appropriation des outils et messages de RDR par les usagers
- Faciliter le rapprochement des usagers avec les établissements médico sociaux spécialisés

Cette expérimentation permet donc d'ouvrir la RDR à de nouveaux usagers qui n'avaient pas l'habitude de se rendre en CAARUD ou pharmacie comme des femmes ainsi que des usagers isolés, c'est à dire pas du tout accompagnés ou suivis pour leur consommation de drogues ou des usagers dans l'impossibilité de se rendre régulièrement dans un lieu d'accueil (horaires, éloignement).

III.1.5. Apothicom :



Depuis plus de 20 ans, Apothicom mène des programmes de recherche en santé publique et développe des outils de prévention, de formation et d'information dans le domaine de la réduction des risques (RDR) liés à l'usage de drogues.

La structure :

Apothicom (Association pour la prévention, la pharmacovigilance et la communication) a été créée en 1992 sous forme d'association afin de réduire les risques liés à l'usage de drogues. Depuis mai 2008, Apothicom a créé une structure de type SARL (Apothicom Distribution) dont l'association est actionnaire. Aujourd'hui, c'est la SARL qui distribue les outils de RdR, emploie le personnel, assure les investissements et mène les projets de recherche et de développement de nouveaux outils initiés par l'Association.

Recherche et développement :

Apothicom prend la mesure de l'existant en partant de l'état des données épidémiologiques et de l'observation des pratiques à risques pour proposer des outils concrets de prévention et d'information visant à limiter les dommages liés à l'usage de drogues. Depuis sa création, Apothicom a développé plusieurs outils de RdR comme la trousse de prévention Steribox®, les dispositifs de préparation Stericup® et Maxicup®, ainsi que le filtre à usage unique Sterifilt®.

III.1.6. Croix Verte et Ruban Rouge :



Association «Croix verte et ruban rouge»

**4 Chemin de la Briqueterie
27300 Saint-Aubin-le-Vertueux**

Créée en 1994, Croix Verte et Ruban Rouge est une association de pharmaciens régie par la loi de 1901 pour la prévention des toxicomanies et du SIDA.

Mr Jean Lamarche, pharmacien et créateur de l'association a tissé un vrai réseau de pharmaciens d'officines engagés dans la prévention et la prise en charge des usagers, ainsi qu'un plaidoyer permanent en faveur du préservatif, comme outil de réduction des risques.

Améliorer les relations entre pharmaciens et usagers de drogues, est un des objectifs permanents de l'association. Elle fournit à ses membres des conseils pratiques et des informations actualisées. Elle propose également du matériel pour communiquer auprès du public.

Mr Jean Lamarche se rapprochera des médias (Mr Christophe Dechavanne, entre autres, pour faire connaître l'implication des pharmaciens dans la RDR).

L'article du code de la santé publique Art R. 4235-2, est un des fondements de son engagement.

« Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à la formation et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage. »

L'association Croix Verte et Ruban Rouge met en place, pour ses pharmaciens adhérents, des distributeurs de préservatifs en façade des pharmacies.



L'intérêt de cette opération est triple:

- accessibilité et discrétion pour le client : mise à disposition 24h/24H et 7j/7j de préservatifs aux normes NF ayant obtenu le label du meilleur rapport qualité/prix (revue 60 millions de consommateurs).
- Renforcement positif de l'image du pharmacien : démonstration de l'engagement des pharmaciens dans cette prévention si importante, compte tenue de toutes les maladies sexuellement transmissibles. Le préservatif étant toujours la seule parade absolue, ce facteur entre évidemment en ligne de compte.

- Incitation à questionner les officinaux : les personnes intéressées entrant dans nos officines afin de nous interroger sur ces sujets « Sortez couvert à 2€ » est un indicateur de la disponibilité du pharmacien sur ces sujets.

III.2. Les dispositifs de prise en charge des usagers

Le dispositif médico-social de réduction des risques (CAARUD et CSAPA) couvre la majeure partie du territoire français. Néanmoins, 26 départements ne disposent pas de CAARUD, dont deux qui n'ont ni CAARUD ni CSAPA.

En 2008, 129 CAARUD sont recensés sur le territoire français. Établissements médico-sociaux financés par la sécurité sociale, ils interviennent dans des lieux variés et selon des modes d'intervention divers. Parmi eux, 95 % proposent un accueil fixe, 66 % ont des équipes de rue, 47 % interviennent en squat et 40 % ont des équipes mobiles, 39 % travaillent avec des équipes en milieu festif et 28 % ont développé des actions en milieu pénitentiaire. Ils contribuent largement à la diffusion de matériels d'injection propres (3,8 millions de seringues en 2008) et d'autres matériels de prévention (petit matériel pour l'injection, préservatifs...). Les principales actions réalisées par ces structures sont : l'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les activités de promotion de l'éducation à la santé, l'aide à l'accès aux droits sociaux, le suivi des démarches administratives et judiciaires ou la recherche d'un hébergement d'urgence. (30)

III.2.1. CAARUD

Issu de l'article 12 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'article L. 3121-5 du code de la santé publique confère une base légale à la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues.

Les textes d'application les définissant sont :

- Le décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 (JO du 22 décembre 2005) détaille les missions des CAARUD.
- La circulaire DGS n°2006-01 du 2 janvier 2006 explique la structuration du dispositif.
- Le rapport d'activité type est fixé dans l'arrêté du 16 janvier 2006 (JO du 3 février 2006).

En France, les **Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD)** qui sont des établissements médicosociaux, regroupent les divers dispositifs de réduction des risques, anciennement gérés par les boutiques, bus et programmes d'échange de seringues. Les services sont financés par l'assurance maladie et portés soit par des associations, soit par des établissements publics de santé, pouvant par ailleurs, gérer des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Un CAARUD s'adresse à des personnes qui ne sont pas engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, VIH, accidents, etc.). Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.

Les missions des CAARUD sont les suivantes:

- l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des UD
- l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles...)
- le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager, jetons pour l'automate)
- l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers
- le développement d'actions de médiation sociale.

Ils peuvent également participer au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

III.2.2. CSAPA

Les **Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie**, ou CSAPA, offrent la possibilité de faire le point avec un professionnel spécialisé sur les difficultés rencontrées. Ils proposent un accompagnement vers l'arrêt, la consommation

modérée de drogues ou vers un traitement de substitution (pour les personnes dépendantes aux opiacés).

Grâce à la pluridisciplinarité des équipes qui y travaillent, la personne bénéficie d'une prise en charge globale, à la fois psychologique, sociale, éducative et médicale. Ces centres proposent différents types d'approche : individuelles (éducatives, sociales, psychothérapeutiques, etc.), collectives (groupes de parole par exemple) et familiales.

Avec les professionnels du CSAPA, l'utilisateur pourra mettre en place l'accompagnement qui lui convient le mieux. Il pourra notamment opter pour un sevrage ambulatoire (sans hospitalisation) ou hospitalier dans un service partenaire ou suivre un traitement de substitution aux opiacés. L'accompagnement proposé par le CSAPA peut se poursuivre durant toute la durée du sevrage, y compris hospitalier, et bien au-delà. Ainsi, la personne sevrée ou sous substitution peut continuer à être accueillie dans le cadre d'entretiens ou d'ateliers spécifiques visant à consolider son arrêt.

Les CSAPA proposent également un accueil pour les membres de l'entourage. Les proches peuvent être reçus de façon ponctuelle ou entamer un suivi régulier. Ce suivi peut prendre la forme d'entretiens individuels avec un professionnel ou de rencontres collectives lors de groupes de parole par exemple.

Les CSAPA accueillent le public de façon anonyme et gratuite et sont présents dans tous les départements de France.

III.3. Les matériels distribués

Tout d'abord il faut distinguer le matériel d'injection propre (seringue avec aiguille) et ce qu'on appelle le « petit matériel ».

En effet la notion de partage de matériel d'injection ne se limite pas qu'au partage de la seringue entre consommateurs de drogues par voie intraveineuse, il existe également le partage de cuillères, filtres, cotons et fioles d'eau... Ces derniers représentent la notion de « petit matériel »

En 30 ans, le message est passé chez les usagers en ce qui concerne l'arrêt du partage et de la réutilisation de la seringue pour éviter la contamination par le VIH. Le problème

c'est le petit matériel, c'est pour cette raison que l'épidémie du VHC continue et prolifère chez les toxicomanes : les personnes s'échangent moins les seringues mais continuent à s'échanger les cotons, les cuillères, les filtres, les fioles d'eau ... et par cet échange, s'effectue la transmission de l'hépatite C.

Pour cela, les pharmacies participant aux programmes d'échange de seringues ainsi que les associations de lutte contre les épidémies distribuent des kits complets que nous allons présenter.

III.3.1. Le Képa

Tout d'abord, le premier kit distribué par les associations comme AIDES ou médecins du monde dans le bassin parisien sera développé par Apothicom. Il s'agit du Képa et a été testé à Ivry sur Seine en 1991 après une réflexion commune des associations et des pharmaciens.

Képa, signifiant en verlan « paquet », est la dénomination que les usagers de drogues donnaient à la petite enveloppe dans laquelle se vend l'héroïne.

Le képa contenait une seringue, un message de prévention, un préservatif et une invitation à consulter un centre de santé et d'accompagnement.

Les messages de prévention étaient :

- *Séropo ou pas 1 seringue comme 1 préservatif ne s'utilise qu'une fois*

En présentant ce képa, vous avez droit à un test de dépistage gratuit au centre municipal d'Ivry sur seine

- *Qui se pique s'y frotte (avec un dessin du virus du SIDA)*

La réponse positive des toxicomanes à une action de santé grâce à ce kit, avec une volonté de se piquer propre et de se faire dépister, a convaincu les pharmaciens de l'utilité de poursuivre l'action qui allait aboutir à l'élaboration du Stéribox®.

III.3.2. Le Stéribox®



Présentation

C'est Apothicom qui lance le Steribox® : c'est un kit destiné à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable. Il est distribué gratuitement ou commercialisé en pharmacie, dans les distributeurs automatiques ou dans certaines associations en France.

Le Steribox® répond aux objectifs de santé publique suivants :

- Prévenir la contamination par les virus du VIH, des hépatites et d'autres agents infectieux
- Inciter au dépistage volontaire du VIH et du VHC.
- Inciter à une vaccination VHB.
- Inciter à l'utilisation de préservatifs
- Protéger la population des risques de contamination par les seringues souillées

Composition

Le Stéribox® est un kit d'injection complet. Il contient :

- Deux seringues à insuline Becton Dickinson® dont le bouchon arrière sert de manche pour le Stericup®. (31)
- une Stericup contenant 1 cupule, un filtre coton et un tampon sec post injection.(32)
- Deux ampoules plastiques d'eau pour préparation injectable (PPI), 5 ml
- Deux tampons d'alcool à 70°. (33)
- Un préservatif

- Un mode d'emploi



Evolution

Dés juillet 1994, le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville a décidé d'étendre au niveau national la vente du kit. Une licence d'exploitation a été concédée au Ministère par APOTHICOM. Les messages ont été modifiés, les dessins de Wolinski abandonnés, le filtre retiré, les adresses de proximité n'ont pu être intégrées dans le cadre d'une diffusion nationale. La fabrication est assurée par un industriel, alors qu'Apothicom collaborait avec un Centre Autonome de Travail. Le coût total (fabrication, livraison, et marge du pharmacien) est d'environ 7 francs, le programme bénéficie d'une subvention de 2 francs permettant un prix de vente conseillé de 5 francs. Le volume des ventes, au mois de décembre 1994 s'élève à 150 000 Stéribox® par mois.

Dès le début de l'extension nationale du programme Stéribox®, l'équipe du Centre de Santé d'Ivry et Apothicom a vu émerger un problème majeur : Le kit devient un produit commercial, fabriqué et diffusé par l'industrie pharmaceutique et le lien essentiel entre associations et pharmaciens disparaît.

Le défi est alors d'être vigilant et de maintenir les liens avec les UDVI et les pharmaciens.

Naissance du Stéribox 2 ®

Le Stéribox 2 ® contient non plus une Stéricup® mais dorénavant deux. Malgré les campagnes d'information associées à la distribution des Stéribox®, malgré la diffusion du kit à l'ensemble des officines nationales, et alors que l'on observe un fléchissement du nombre des contaminations annuelles par le VIH (de 2100 à 2500 entre 1990 et 1994, les contaminations chutent à moins de 900 par an, entre 1994 et 1998), un autre fléau épidémiologique se développe : l'épidémie d'hépatite C se poursuit de façon préoccupante chez les usagers de drogues. En moyenne, dix personnes par jour sont contaminées. Parmi ces personnes, certaines n'ont jamais partagé leurs seringues mais ont échangé le matériel de préparation avec un autre usager ; on découvre que l'échange de matériel de préparation est un mode de contamination pour le VHC, mais aussi que les professionnels de terrain et surtout les UDVI ne connaissent pas ce mode de contamination.

Pourtant, la connaissance des pratiques des UDVI les a amené à proposer dès 1997 de modifier le contenu du Stéribox®.

Dans l'enquête Apothicom-Inserm de 1995, sur 320 usagers, ceux qui connaissent le risque lié au partage de la cuillère vont moins souvent la partager que les autres, lors de la dernière injection (34.9% versus 61.8%, $p < 0.001$). Par contre il n'y a pas de différence significative entre le nombre de ceux qui connaissent les risques liés à l'utilisation en commun des filtres et ceux qui l'ignorent (38.7% versus 39.2%). Presser le filtre permet de récupérer en partie la drogue piégée. La récupération de la drogue semble primer sur la connaissance et la prise de risque, notamment dans le cas de nécessité urgente ressentie (Candillier, 1995).

Apothicom a donc étudié la possibilité de mettre à disposition des usagers un récipient de chauffe et de dilution le Stéricup® (Kempfer, 1997) et un filtre stérile à usage unique (Imbert, 1997). En janvier 1998, Apothicom présente une action de Santé Publique auprès des usagers lors de leur passage en pharmacie.

Il s'agit de :

- mettre à disposition des toxicomanes un Stéribox ® avec le système Stéricup® (coupelle stérile, filtre stérile et tampon sec à usage unique) et le proposer aux acheteurs de seringues ou de Stéribox® première génération, dans les pharmacies. Dans

ce nouveau Stéribox® sont incluses des informations spécifiques sur les risques de contamination virales (en l'occurrence, par le matériel autre que la seringue), sous la forme d'un « mode d'emploi ».

- mener chaque fois que possible, à l'occasion de cette distribution de nouveaux outils de prévention, une campagne d'information sanitaire en invitant au dépistage du VHC anonyme et gratuit, incitant à la vaccination contre l'hépatite B gratuite, incitant à la distribution de matériel d'information avec adresses locales de recours aux soins, aux traitements de substitution, à la prise en charge médico-sociale et la promotion des traitements de l'hépatite C, associant à cette campagne par une formation adaptée les pharmaciens d'officine et les structures de soins et de prévention.

Dans le même temps, par décret, la DGS a modifié le cahier des charges de fabrication du Stéribox®, permettant l'évolution de son contenu. Il y a eu une phase d'adaptation industrielle en 1998. A partir de septembre 1999 le Stéribox2® incluant le Stéricup®, avec un filtre et un tampon sec, est mis sur le marché, le prix de vente est fixé à 7 francs. Au moment du passage à l'Euro, la mobilisation de l'ensemble des associations et des intervenants en réduction des risques a permis, grâce à la volonté du Ministre de la Santé Monsieur le Dr Bernard Kouchner, le maintien d'un prix raisonnable à un Euro.

III.3.3. Le Kit +®

Les PES permettent aux UDVI de se procurer gratuitement du matériel d'injection stérile ainsi que du matériel servant à la préparation de l'injection (3). Afin que le matériel d'injection soit le plus accessible pour les UDVI, les acteurs de terrain ont sollicité l'intégration des officines dans les programmes d'échange de seringues. De ce fait, les programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP) se sont développés petit à petit, notamment dans les territoires ruraux où les difficultés d'approvisionnement étaient les plus prégnantes. Les trousse de prévention délivrées aux officines partenaires d'un PESP sont appelées Kit +® et contiennent le même matériel d'injection que les Stéribox®.

Ces Kit +® sont délivrés gratuitement aux UDVI lors de leur venue en officine pour la délivrance de matériel d'injection et sont aussi disponibles au sein des structures de

réduction des risques. Ce sont les acteurs des structures porteuses des PESP qui approvisionnent les officines en Kit +®.

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



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

III.4. La récupération des seringues

Dans les programmes d'échange de seringues, il y a la notion d'échange.

En effet, la récupération des seringues usagées est une notion importante pour permettre la délivrance de matériels d'injection.

Les seringues usagées, et particulièrement les aiguilles, font partie des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI). Ces déchets sont donc dangereux et ne doivent pas être déposés dans les containers de déchets ménagers, ni dans les containers de déchets recyclables.

Les pharmacies ont l'obligation de remettre gratuitement à l'utilisateur (par exemple, à une personne diabétique) une boîte à aiguilles (BAA) pour y déposer ses seringues.

Ces boîtes font ensuite l'objet d'une collecte auprès des pharmacies participantes et sont éliminés.

Certaines communes mettent également en place des containers spéciaux (34) notamment à proximité :

- Des centres de soins
- Des décharges

Dans l'article R-1335-1 du code de la santé publique, on impose une destruction des déchets à risque infectieux. (35)

Pour cela, une association est créée en 1993 en France sous le nom de Cyclamed.

III.4.1. Cyclamed

L'association est donc fondée en 1993 pour répondre au recyclage des médicaments non utilisés (MNU) par les patients.

Par le décret n° 92-377 du 1^{er} avril 1992, tout fabricant de produits destinés au public, a obligation de contribuer à l'élimination des déchets d'emballage de ses produits. En

1993, Cyclamed a donc été créée dans ce cadre réglementaire. À cette première mission s'est ajoutée la collecte des médicaments non utilisés afin de limiter les risques sanitaires et environnementaux des médicaments

Sous l'impulsion des pouvoirs publics et notamment l'ADEME (agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie) en ayant pour objectif de limiter les risques sanitaires (intoxications médicamenteuses) et risques environnementaux médicamenteux (pollution), la mission de collecte des MNU par Cyclamed est approuvée. Cyclamed s'occupe donc de collecter puis de recycler les MNU sous toutes leurs formes :

- boîtes entamées ou périmées
- comprimés, gélules etc...
- pommades, crèmes
- sirops et ampoules
- aérosols

Cyclamed consolide ses résultats quantitatifs et sa performance progresse légèrement en atteignant un taux de récupération de 64 %. Alors que le nombre de boîtes de médicaments vendu en officine est stable et que la population croît et vieillit, l'association se place ainsi parmi les éco-organismes performants.

Ces résultats de la collecte des médicaments non utilisés, à usage humain, s'expliquent principalement :

- Par la poursuite de l'implication des citoyens et des pharmaciens.
- Par la fidélisation croissante des consommateurs à ce geste éco-citoyen.
- Par un test pour la première fois en 2015 de vagues en catch up (télévision de rattrapage). L'objectif était d'élargir à des cibles plus jeunes et de faire des économies budgétaires.

Pour l'année 2015, 15 477 tonnes ont été valorisées par les pharmacies françaises et regroupées par les grossistes répartiteurs avant leur valorisation à des fins énergétiques.

Pour délivrer le tonnage précis des Médicaments Non Utilisés, comme l'an dernier, nous avons décidé d'enlever deux éléments :

- Le tonnage des cartons Cyclamed contenant les MNU (environ 1 400 tonnes)
- Le tonnage de produits de parapharmacie et vétérinaires qui ne sont pas des MNU (soit environ 1 900 tonnes).

Le tonnage réel de MNU collectés en 2015 est donc de 12 108 tonnes, soit une évolution de + 0,4 % par rapport à 2014. La moyenne nationale correspond à 185 grammes par habitant en 2015.

Ainsi, en rapprochant la collecte des MNU de 12 108 tonnes avec le gisement de 19 000 tonnes (étude CSA 2016), la performance du dispositif Cyclamed s'élève à 64%.

La valorisation énergétique est réalisée dans 55 unités de valorisation. Elles sont sélectionnées par leur conformité aux normes environnementales et elles récupèrent l'énergie pour éclairer et chauffer des logements. (36)

Malgré tout, les seringues rentrent-elles dans cet objectif de collecte ?

Cyclamed a pour mission de collecter exclusivement les MNU et donc ne peut pas s'occuper du matériel d'injection.

Il s'agit donc des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux Perforants des Patients en Auto-Traitement (DASRI/PAT, souvent simplifié en DASRI), c'est-à-dire des seringues et aiguilles utilisées (même dans les boîtes adaptées) par le patient lui-même pour traiter sa pathologie (Diabète, Hépatites virales...), qui ne doivent pas être placées dans les cartons Cyclamed, ni être mises dans les poubelles ménagères.

III.4.2. DASTRI

Le DASTRI est donc un Eco-Organisme à vocation sanitaire financé en totalité par les industriels de santé, DASTRI met à disposition des patients une solution de proximité simple et sécurisée pour l'élimination des déchets de soins piquants coupants tranchants qu'ils produisent au domicile et qui représentent un risque pour la collectivité.

DASTRI inscrit son action en partenariat avec les acteurs de santé et les acteurs institutionnels dans une logique de réduction des impacts environnementaux.

Le matériel d'injection des usagers de drogues n'est pas considéré, dans la réglementation en vigueur, comme un DASRI. Les DASRI sont des « *déchets d'activités de soins qui présentent un risque infectieux ou de contamination pour l'homme et l'environnement* » (38).

À cet effet, il est important de rappeler que les seringues utilisées par les usagers de drogues constituent les mêmes risques infectieux que les seringues employées pour les activités de soins. Cela pose de nombreux problèmes tant aux usagers, qu'aux pharmaciens qui se sentent dépourvus quant au traitement pourtant obligatoire de ces déchets. De ce fait, il est nécessaire que les seringues usagées soient traitées au même titre que les DASRI, c'est-à-dire qu'il n'y ait plus de discrimination entre une seringue usagée d'un UDVI et celle d'un patient diabétique par exemple.

IV- Les pharmaciens et les programmes d'échange de seringues

IV.1. Les PES en France

D'après l'ordre national des pharmaciens, on compte au 7 juin 2016, 21507 officines libérales en métropole et 627 en départements d'Outre-mer, soit 22134 officines pour la France (metro+DOM). La densité officinale est d'une pharmacie d'officine pour 2972 habitants. Si ce nombre est supérieur au ratio constaté dans d'autres pays européens, on doit aussi prendre en compte le nombre de pharmacies par kilomètres carrés à l'échelle de l'Ouest de l'Europe. Or, la France, du fait de son vaste territoire, connaît une densité pharmaceutique (3 officines par 100 km²) au 14ème rang de l'Union donc en retrait par rapport à ses voisins. (www.ordre.pharmacien.fr)

Les pharmaciens d'officine, en tant que professionnels de santé publique au cœur de la cité, accessibles sans rendez-vous et sept jours sur sept, sont des maillons incontournables de la lutte contre le VIH et le VHC pour diffuser et porter les messages de prévention auprès des usagers.

Ils représentent aussi la porte d'entrée dans le système de soins, et restent le gardien des « poisons ».

Entre délivrance des traitements de substitution, des anti rétroviraux utilisés pour le SIDA ou l'hépatite C, des médicaments psychotropes de manière générale et du matériel d'injection, le pharmacien d'officine apparaît comme un professionnel inévitable pour tout UD.

En 2003, 85% des pharmacies reçoivent au moins un usager de drogues par mois dans leur officine (38)

Cette position n'est pourtant pas si simple à tenir et comporte de nombreuses difficultés.

Depuis plus de vingt ans, la distribution gratuite de matériel d'injection en officine existe, sous l'impulsion de pharmaciens volontaires et engagés.

Pourtant, les PESP n'avaient pas spécifiquement vocation à impliquer les pharmaciens d'officine mais plutôt le monde médico-associatif afin de s'adresser aux personnes vulnérables qui avaient des difficultés à utiliser le réseau officinal (39), ainsi à Paris, les associations pointent la difficulté à obtenir des stéribox ®.

L'évolution, la connaissance des principes de la RDR, les mouvements associatifs, les usagers et l'implication des autorités de tutelles ont conduit depuis la fin des années quatre vingt les pharmaciens d'officine à s'impliquer dans les PES.

Les PES sont donc arrivés progressivement dans les officines en France.



Figure n°3 : carte des PESP en 1998, *Rapport de la DGS sur les PESP en France, 1998*

En effet, nous devons faire face aujourd'hui à l'épidémie d'hépatite C. La population la plus touchée est la population des UDVI. Plus de 60% d'entre eux sont infectés par ce virus plus résistant et ayant une plus grande capacité de transmission que celui du VIH. De plus la méconnaissance de ce virus et la mauvaise habitude de partage et réutilisation du petit matériel et des cotons ont permis au VHC de se propager largement.

Il s'agit donc aujourd'hui de s'adapter à ce redoutable adversaire et les usagers doivent faire évoluer leurs pratiques pour mieux contrer sa propagation.

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

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

Le pharmacien tient une place vraiment importante en tant qu'acteur de santé publique de proximité puisque les pharmacies distribuent 15 millions de seringues par an aux usagers, soit plus de 90% des seringues qui leur sont destinées. De 55 à 95% des officines, selon les régions, proposent le Stéribox®. La mise en vente en officine de cette trousse de prévention renforce le positionnement du pharmacien en tant qu'acteur de santé au cœur de la ville et interlocuteur privilégié des personnes consommant des drogues par voie intraveineuse dans la lutte contre le Sida et l'hépatite C.

En effet la mise en place des programmes d'échange de seringues au niveau des pharmacies d'officine met à profit cette proximité et ce positionnement : 23 000

pharmacies sur tout le territoire avec une moyenne de 55 heures d'ouverture par semaine en moyenne.

En effet, échanger des seringues via le réseau officinal, en raison du rôle important de santé publique que peuvent jouer les pharmaciens d'officine est un avantage car ce réseau de professionnels de santé est harmonieusement réparti sur le territoire national.

Pour s'organiser et répondre à la demande des usagers et aux préceptes de la RDR, les pharmaciens vont créer des associations.

En 1991, le Centre Municipal d'Ivry lance une réflexion avec des pharmaciens pour que la délivrance de seringues soit associée à des messages de prévention sur le SIDA. Il y a donc la naissance d'un premier produit : le « képa ».

Cet outil sera progressivement enrichi et donnera au final le premier Stéribox®.

Le Stéribox® va être développé par l'association Apothicom.

La diffusion de cette première version du Stéribox® va d'abord s'appuyer sur un certain nombre d'associations locales qui assureront l'approvisionnement des officines proches. Ensuite le ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville décide en 1994 d'ouvrir la vente de Stéribox® à toutes les officines en donnant une licence d'exploitation à Apothicom.

Le Stéribox® est donc intégré directement dans le circuit du médicament. (40).

En parallèle, alors que l'organisation d'une offre de matériel en pharmacie ne soit encore réalisée, des associations décident de distribuer des seringues aux usagers de drogues. Cela se fait à l'encontre de la législation en vigueur et c'est le cas d'AIDES dès 1985 et sera suivi par Médecins Du Monde en 1989 qui met en place trois programmes expérimentaux d'échange de seringues avec le soutien de la Direction Générale de la Santé. (41).

D'autres associations suivront ce mouvement et ce n'est qu'en 1995, par le décret du 7 mars, que les associations sont officiellement autorisées à organiser des programmes d'échange de seringues. L'outil majoritairement distribué deviendra le Kit +®. Son contenu est d'ailleurs similaire au Stéribox®.

Ainsi entre 1987 et 1995, l'offre de matériel d'injection est organisée de **manière duale** :

- Une offre payante proposée par les pharmacies (ou gratuite selon le choix de certaines), potentiellement abondante et bien répartie sur le territoire compte tenu du nombre d'officines mais reste difficile d'accès pour les usagers les plus précaires.
- Une offre gratuite proposée par les associations, moins bien implantée, notamment en périphérie des villes et dans les territoires ruraux. L'avantage est de faciliter l'accès au matériel pour les plus précaires habitant en ville. En 2008, sur les 13,8 millions de seringues écoulées, près de 70% étaient vendues en pharmacies et le reste distribuées par le dispositif de Réduction des Risques (42)

Alors que ce système « dual » avait été fixé par le décret de mars 1995, que le cadre légal et administratif était mis en place, les acteurs de terrain ont commencé à réfléchir à l'intégration des officines dans les programmes d'échange de seringues afin de permettre la combinaison des avantages de la « proximité » offerte par le réseau officinal et de la « gratuité » proposée par les PES. En effet, les PES se sont principalement développés dans les centres urbains de plus de 100 000 habitants (39).

A contrario, la libéralisation de la vente des seringues n'avait donné lieu à aucun accompagnement des pharmaciens (Inserm, 2010) et ils étaient encore beaucoup à être réticents à rendre vraiment accessible le matériel d'injection. En effet, en ne le proposant pas du tout ou de manière restrictive (prix plus cher que le prix conseillé, achat seulement en quantité etc.) (43) le pharmacien s'évite un contact avec une population pouvant « faire peur » à une patientèle quotidienne.

Les PES en pharmacie se sont donc développés et ce dans les territoires ruraux notamment là où les difficultés d'approvisionnement étaient plus marquées.

Dés 1993, les acteurs locaux institutionnels et de terrain dans le département des Deux-Sèvres ont entamé une réflexion commune sur la mise en place d'un programme impliquant des officines pour démarrer en 1995.

Proposer aux UDVI de modifier leurs pratiques et donc de chercher à se procurer régulièrement du matériel stérile, partout où ils se trouvent, suppose que l'accès au matériel d'injection soit facile.

En 1999, les pharmaciens restent de très loin le principal moyen d'accès au matériel d'injection pour les usagers de drogue. (44)

Selon les études réalisées par l'Institut de Veille Sanitaire, on estime en 1999, que 22 millions de seringues ont été utilisées par les usagers de drogues. Parmi elles, 10 millions de seringues ont été achetées en pharmacie dont 5,7 millions de seringues sous forme de Stéribox® qui est la principale trousse de prévention.

Enfin, 2 à 3 millions de seringues ont été distribuées par les PESP et les automates.

Mais au-delà de ces chiffres, qu'en est-il réellement de l'accès à cette trousse de prévention en pharmacie ?

En 1999, Médecins Sans Frontières réalise une enquête auprès des pharmacies parisiennes afin d'évaluer le pourcentage de pharmacies vendant le Stéribox®, les prix pratiqués et les conditions de vente des seringues à l'unité en cas de non vente de Stéribox®.

Cette enquête menée permet de nous rendre compte que 5 ans après la commercialisation de la seule trousse de prévention labellisée par les pouvoirs publics, une pharmacie sur deux à Paris ne délivre pas le Stéribox® aux usagers de drogue.

Pour que le toxicomane puisse se procurer du matériel d'injection chaque fois qu'il en a besoin, il faut un accès de proximité, mais également un accès continu dans le temps.

Depuis juillet 1994, certaines municipalités ont installé des distributeurs automatiques, 126 appareils étaient mis en place en France fin 1997.

L'installation d'appareils automatiques placés devant une pharmacie permet de faire fonctionner la chaîne de la RDR sans rupture dans le temps. De plus, un échange entre le toxicomane et le pharmacien permet de créer un lien entre ce dernier et le système de soins.

C'est dans ce contexte qu'a été créé le « projet Distribox » qui vise à mobiliser un réseau de pharmaciens sur Paris, afin d'améliorer l'accès des personnes toxicomanes au matériel d'injection stérile.

Il s'agit de mettre en place, à Paris, un dispositif d'accès au matériel stérile d'injection fonctionnant 24h/24h, permettant d'assurer la continuité de l'accès au matériel stérile pour les UDVI, tout en les maintenant dans le système de soins.

Grâce à ces premières expériences, ce type de dispositif innovant s'est bien développé et du coup la participation des pharmaciens s'est améliorée.

En 2003, 30% des pharmaciens déclaraient accepter l'idée de participer à un programme d'échange de seringue et un peu plus de 6% étaient déjà engagés dans un tel programme. Par contre, près de 57% des pharmaciens questionnés déclaraient ne pas participer à ce genre de programme. (45)

L'association SAFE réalise par ailleurs en 2009 une enquête sur les PESP et dénombre 26 programmes de ce type. Sur les 23 structures porteuses ayant répondu à l'enquête, 7 développaient le programme sur le département, 14 au niveau intercommunale et 3 à l'échelle d'une grande agglomération (46).

En 2014, le RESPADD (réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions) a effectué un recensement et dénombre 49 PESP en France.

En 2015, une évaluation est faite sur trois programmes :

- Deux-Sèvres (79)
- Lens (62)
- Nîmes (30)

Il y a fin 2015, 1089 pharmacies participant à un PES en France (47).

IV.2. Les PES à l'étranger :

Comme pour la France, les PES ont vu le jour en Europe au début des années 1980 sous la pression de l'épidémie du VIH. Les premiers PES sont nés en 1984 en Allemagne et aux Pays-Bas. En 1990, 15 pays européens possédaient un tel programme : Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, France, Irlande, Italie, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni, Suisse, Suède.

Dés la fin des années 70, l'héroïnomanie par voie intraveineuse est un véritable problème de santé publique en Europe de l'Ouest, en Amérique du Nord et en Australie. Des études épidémiologiques ont été menées et cela va donner l'alerte sur les risques de contamination par le VIH par voie intraveineuse.

En 1988, on recense qu'aux Etats-Unis la majorité des nouvelles contaminations se fait par voie intraveineuse et on observe que dans les années 90 la voie intraveineuse est le mode de consommation de drogue le plus utilisé par les usagers.

Face à la multiplication des surdoses mortelles et de la recrudescence des contaminations des UD par les virus du VIH et du VHC, les gouvernements des pays comme le Canada, les Pays-Bas et la Grande Bretagne adoptent dès le milieu des années 1980 une politique de RDR :

- mise en place de traitements de substitutions aux opiacés (TSO) par méthadone et buprénorphine haut dosage.
- mise en place de PES.

Dans la majorité des pays, les politiques de santé publique mises en place essayent d'allier un cadre facilité pour la prise en charge des usagers et ainsi faire en sorte que les traitements de substitution et les programmes d'échange soient dans un ensemble de services de soutien : intervention en situation de crise, soins médicaux et sociaux, dépistage...

De plus, des salles d'injections supervisées (« salles de shoot ») voient le jour dans plusieurs pays : Allemagne, Pays-Bas, Suisse.

L'objectif de ces salles n'est pas de lutter contre la dépendance à l'héroïne mais plutôt de lutter contre la contamination par le VIH ou le VHC dues aux mauvais usages et aux partages du matériel d'injection. Il y a donc une véritable volonté de changer les comportements des toxicomanes et que les règles d'hygiène soient mieux respectées.

Dans le milieu des années 1990, la preuve est faite internationalement que l'éducation sur l'hygiène limite la propagation des VIH et VHC.

Pour ce qui concerne la transmission du VHC en particulier, une étude de cohorte à Amsterdam a montré que la seule politique efficace est l'approche combinant une mise à disposition de traitements de substitutions et l'accès à des programmes de réduction des risques (y compris échange de seringues et petits matériels); le pharmacien délivrant des TSO peut donc être considéré comme un pivot de cette politique. (48)

Une étude en Croatie a été menée afin de récupérer des données sur les épidémies de VIH et VHC chez les UDVI (49) et montre que les infections au VIH sont peu nombreuses mais celle du VHC le sont plus chez les UDVI.

Une enquête préliminaire chez les usagers démontre que le partage de la seringue, la réutilisation de matériel non stérile, ainsi qu'une utilisation faible du préservatif est assez fréquente dans cette population à risque.

L'apport d'un programme d'échange de seringue dans les villes de Zagreb, Split et Rijeka a entraîné une diminution de la prévalence des infections aux deux virus et prouvé une nouvelle fois l'efficacité de ces programmes.

En effet, en instaurant des méthodes de réduction des risques dans la prévention sexuelle, sur le développement des échanges de seringue dans ces villes, on diminuerait les risques de nouvelles infections au VIH et VHC.

Aux États-Unis (US), environ 2,6% (environ 6 612 488 personnes) de la population ont déjà injecté des drogues (50). Il s'agit d'une estimation relative compte tenu du problème de santé publique des infections du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC) chez les injecteurs. Depuis les années 1980, le nombre de nouvelles infections à VIH attribuées à l'injection de drogues a diminué, mais de nouveaux cas sont encore diagnostiqués chez les personnes qui s'injectent des drogues à la fois sur le plan national et mondial (51). À l'échelle mondiale, les taux de prévalence du VHC chez les UDVI vont de 20 à 50% (52). Aux États-Unis, l'injection de drogue par voie intraveineuse est la voie la plus commune de transmission du VHC (53).

Aux États-Unis, une enquête a été menée à Fresno en Californie pour démontrer l'importance de la réduction des risques à l'aide de programmes d'échange de seringues. (54)

Les maladies infectieuses demeurent une préoccupation sociale et sanitaire importante dans ce pays. La dépendance aux opiacés aux États-Unis a grimpé en flèche au cours des dernières années et donc la réduction des risques est basée sur la compréhension des modes de vie des UDVI et en essayant de prévenir les risques d'infection chez les usagers et leur entourage au VIH et au VHC.

L'étude a encore montré et renforcé l'idée que la réduction des risques passe par un PES interconnecté entre les différentes associations et montre une diminution significative des comportements à risque, y compris le partage du matériel d'injection et dans une moindre mesure la réutilisation des aiguilles.

V- Histoire et évaluation du Programme d'échange de seringues en Pharmacie

V.1. Le programme d'échanges de seringues et de préservatifs en pharmacie dans le département des Deux-Sèvres.

Dans le cadre de ce travail, nous avons pu consulter l'ensemble des points d'étape du comité de pilotage du programme d'échange de seringues initié dans le département des Deux-Sèvres, depuis sa création jusqu'à aujourd'hui.

La rencontre des pharmaciens, ainsi que les contacts téléphoniques, lors de notre participation au travail du RESPADD, permettent de dresser l'historique du programme deux-sévrien.

Dans les lignes, nous avons respecté les termes employés à l'époque (toxicomane versus UDVI aujourd'hui, DDASS versus ARS aujourd'hui).

Le programme est né au début des années 90 d'une rencontre entre un médecin de la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et le président de la chambre syndicale des pharmaciens.

Le contexte épidémiologique (VIH, VHC) de l'époque imposait la prise de mesures d'urgence.

La première réunion remonte au 17 juin 1994, en présence de l'ensemble des participants du comité de pilotage de l'époque.

Il s'agit de représentants de la DDASS, de la CPAM, d'élus de la ville de Niort, des représentants des forces de l'ordre, police et gendarmerie, de la justice, de médecins du monde, de l'association AIDES, de l'hôpital de Niort et bien sur des représentants des pharmaciens du département.

Les grossistes répartiteurs seront intégrés dans cette démarche, car sans eux la logistique ne peut être efficace.

Les objectifs du moment sont les suivants :

« Réduire les contaminations IV et sexuelles par le VIH et les hépatites des toxicomanes.

Entamer un dialogue avec les toxicomanes pour leur permettre l'accès aux soins spécifiques de la toxicomanie (substitution, sevrage).

Diminuer le nombre de seringues usagées dans les lieux publics

Ce programme ne doit en aucun cas être compris par le grand public comme une incitation à la toxicomanie » (Source DDASS79)

Le financement à l'époque repose sur deux piliers, la DGS, pour 20 000 kits de deux seringues, un préservatif, deux tampons d'alcool, et un flacon d'eau distillée, correspondant à la consommation d'environ 60 toxicomanes connus dans le réseau de soins des Deux Sèvres.

Le second financeur est la **CNAM-CPAM**, pour un montant validé par le conseil d'administration de la caisse locale.

Le total à l'époque 10000+168500 francs

Les échanges entre les participants du comité de pilotage portent à la fois sur des questions **pratiques** :

- échange « propre contre souillé », ou bien don simple,
- composition du kit, utilisation ou pas de jetons comme par exemple cela se pratique à cette époque dans des distributeurs,
- élimination des déchets, composition du kit, sécurisation des pharmaciens et de leurs équipes, rôle des forces de l'ordre, formation des équipes, communication avec les medias

Et sur des question d'ordre **éthique** :

- Jusqu'où aller pour ne pas penser que ce programme est incitatif, mais qu'il s'agit bien d'un programme à objectif de santé publique.

Cette question est d'ailleurs toujours présente à l'esprit de certains confrères avec lesquels nous nous sommes entretenus.

Un questionnaire est alors travaillé et sera envoyé à l'ensemble des pharmaciens du département des deux sèvres.

L'idée, établir un état des lieux des relations entre les pharmaciens et les UDVI. (vente de seringues, contact avec le toxicomane, conseil santé...).

Sur les 140 pharmaciens du département ayant reçu le questionnaire, 73 professionnels ont répondu, avec une partie des répondants indiquant ne pas avoir dans leur clientèle de « toxicomanes », mais le taux élevé de réponses montre l'intérêt suscité.

Un dossier de presse est rédigé et une soirée d'information est proposée aux confrères, afin de présenter le dispositif.

Le programme est lancé fin 1994-1995, avec le kit cap (2 seringues, eau distillée, tampons d'alcool, préservatifs et conseils d'utilisation), une entreprise de récupération des déchets, et la participation active des répartiteurs pharmaceutiques du territoire.

Chaque pharmacien volontaire reçoit les « kit cap », un collecteur rigide et son support à placer en partie publique, des collecteurs à donner aux consommateurs ainsi qu'un carton collecteur (clinibox de 50 litres) à placer en partie arrière, destiné à récupérer les collecteurs retournés, ainsi qu'une brochure « on tient à toi » regroupant des messages de réduction des risques, ainsi que des informations locales pratiques, et un autocollant à placer en vitrine, afin d'assurer la « communication » et de valider la participation de l'officine.

Une journée de formation des pharmaciens volontaires et de leurs équipes est organisée, afin d'approfondir les connaissances et de sensibiliser les professionnels de santé aux pratiques et usages des UDVI.

Par exemple le premier échange de kit n'est sûrement pas le moment le plus propice pour entamer le dialogue, l'usager étant souvent, à cet instant là dans l'urgence de l'injection ; par contre la régularité et la multiplication des contacts doivent permettre d'engager un échange.

Le renforcement du dispositif s'est poursuivi avec le passage de 23 pharmacies « actives » en 1995 à 35 en 1998.

L'augmentation du nombre de kits distribués a aussi augmenté de manière régulière.

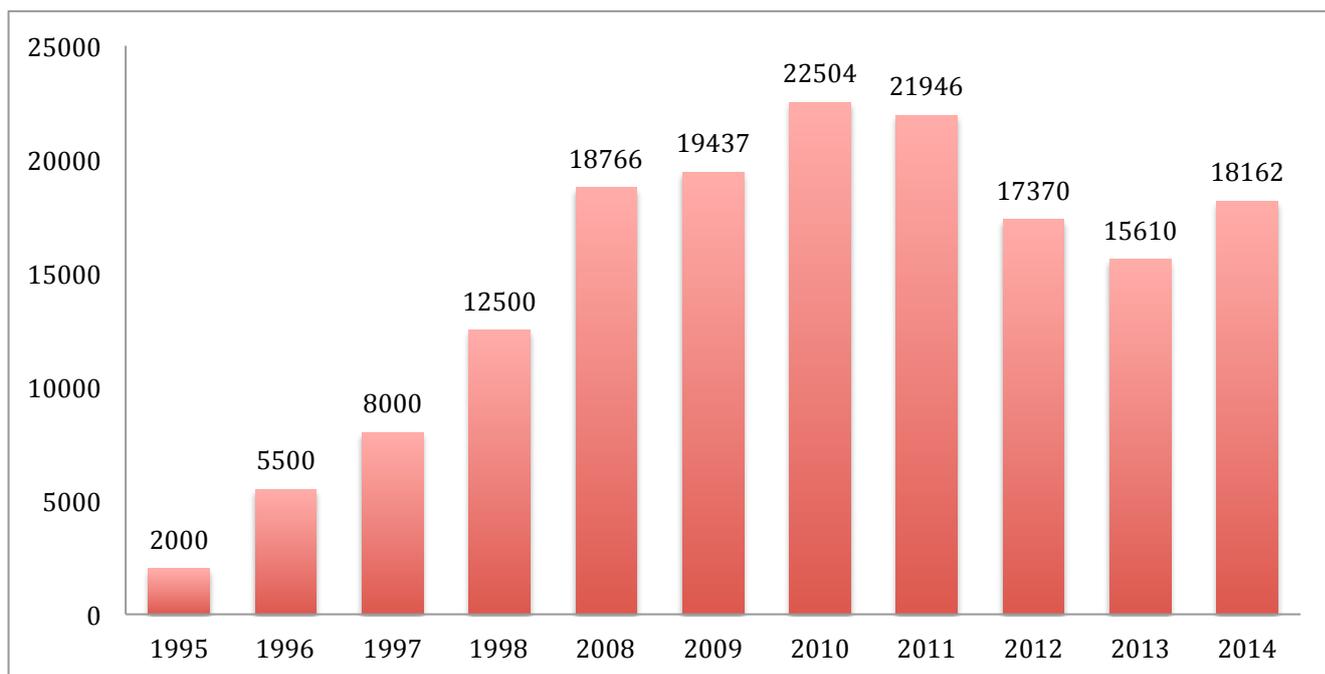


Figure n°4 : nombre de Kit + distribués dans le cadre du PESP des Deux-Sèvres

En 1999, à la demande du comité de pilotage et du financeur principal, la première évaluation du programme est conduite, avec deux volets :

- Une approche **quantitative** :

Avec « le nombre de pharmaciens du réseau, le nombre de seringues distribuées, le nombre de toxicomanes touchés par le programme (âge, proportion homme/femme, condition de vie, ressources), nombre de toxicomanes fidélisés, proportion de toxicomanes du département et hors département, proportion de toxicomanes dans l'échange, nombre de seringues retournées.

- Une approche **qualitative** :

- **Vision des pharmaciens sur la population bénéficiant de ce programme**, modification de la population depuis 1995, état de santé de cette population et évolution, besoins de santé de cette population, perception sur l'accès aux soins de cette population.

- **Vision des pharmaciens sur le programme**, leur rôle (simple distributeur, véhicule des informations), les points forts du programme, les points faibles, « ce programme contribue t'il à un accès aux soins des toxicomanes ? », les améliorations à apporter par rapport au dispositif, par

rapport au kit, quelle communication ou information est à développer dans ce programme.

- **Vision des toxicomanes sur le programme**, pourquoi utilisent-ils ce kit, pourquoi rapportent-ils les seringues usagées, points forts et points faibles du dispositif, les points à améliorer par rapport au dispositif, par rapport au kit, rôle des pharmaciens dans ce programme, l'information est-elle adaptée ?, suffisante ?, quel type d'information leur semble nécessaire.

Le budget dégagé à l'époque pour cette évaluation est de 128000 francs.

Cette première évaluation montre les points suivants (55) :

Le réseau fonctionne sur la mobilisation des intervenants, mais plus de cinq ans après son démarrage, il souffre d'une relative démobilité des participants, car :

- Absence de vie de réseau et d'animation
- Des problématiques liées au Subutex®, à la méthadone, qui viennent parasiter la relation d'échange de seringues.
 - La notion importante du temps dans l'approche puis le soin du toxicomane.
 - La volonté des pharmaciens de ne pas être assimilés à de simple distributeur (guichet) de seringues.
 - Les pharmaciens pointent des difficultés à nouer le dialogue
 - Un manque de lisibilité du dialogue/prévention/orientation, ceci étant moins vrai pour les toxicomanes fidélisés dans la même officine
 - La notion d'échange est plus ou moins bien respectée, « *s'il n'y a pas de retour, on donne quand même le kit* »
 - Un faible engagement des médecins traitants par rapport à la méthadone ou au subutex, ceci entraînant un transfert de responsabilités du médecin vers le pharmacien qui ne le vit pas bien.
 - Le contenu du kit est apprécié et jugé pertinent par les pharmaciens et les toxicomanes.

En décembre 1998 et en mars 2001, le programme des Deux-Sèvres est présenté au niveau national lors des rencontres de l'association Croix verte et Ruban rouge et lors de la première journée nationale de l'échange de seringues en pharmacie, organisé par les autorités de santé et les associations impliquées dans le domaine.

Le programme est aussi cité dans la brochure « organiser dans la ville un dispositif de distribution et de récupérations de seringues » éditée par le ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale.

En 2010, AIDES79, pilote du programme annonce une file active de 119 personnes, majoritairement des hommes, dont 21 positives au VHC, et quatre au VIH (source présentation AIDES du 19/03/2010), par ailleurs en plus des pharmacies d'officine sur le territoire, une permanence mobile est créée, afin de couvrir le nord du département, et ainsi aller rencontrer les pharmaciens présents sur ces secteurs.

En 2016, le RESPADD recense 67 PESP en France (56) et comprend donc 1089 officines adhérentes au total.

Point 2016 sur le PES Deux-Sèvres :

Aujourd'hui 41 pharmacies participent à ce programme, soit environ 30% des pharmacies du département.

L'ensemble des pharmaciens titulaires et engagés dans ce programme ont signé une charte (annexe 3), matérialisant leur implication dans ce programme.

La question de l'accompagnement, de la formation des pharmaciens et de leurs équipes reste encore à ce jour, deux attentes majeures des pharmaciens.

Aides79, le pilote du programme aujourd'hui, annoncent 165 contacts avec les pharmacies, dont 130 visites dans les officines.

L'ensemble des répartiteurs pharmaceutiques présents sur le secteur, sont maintenant rentrés dans le programme, et répondent ainsi, bénévolement aux demandes quotidiennes des pharmaciens partenaires.

Le nombre de kits distribués en 2016 est de 12340 ; par ailleurs 2900 stérifiltres ont été distribués.

Le stérifiltre est un filtre à usage unique qui permet d'éliminer la quasi-totalité des impuretés d'une solution avant son injection.

En complément des Kit+® délivrés par les pharmaciens, l'équipe du CAARUD a distribué 46744 seringues contre 37338 en 2015.

La problématique de la récupération des déchets reste à ce jour entière. Dans le cadre du programme, une seule officine a fait appel au CAARUD pour récupérer les piquants coupants.

Pour les mois à venir, deux brochures sont en cours d'écriture et de conception, l'une à destination des pharmaciens, avec des informations pratiques sur les commandes de Kit+®, la liste actualisée des structures d'addictologie sur le département et enfin un focus sur la récupération, ainsi que des conseils de RDR.

La seconde brochure est ouverte à tous, contenant des notions de RDR, ainsi que des informations pratiques.

V.2. Présentation de l'enquête

Dans le cadre de ce travail nous présentons l'évaluation multicentrique de trois programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP).

Le type d'enquête sera une enquête observationnelle prospective.

Nous visons à évaluer les effets de la mise en place d'un PESP :

1. Sur le plan de l'offre et de la quantité de matériel délivré et récupéré
2. Sur le plan des parcours de soins, de l'articulation des dispositifs de prise en charge et des relations entre usagers et pharmaciens d'officine
3. Sur le plan des pratiques et prises de risques des usagers et de leurs modifications

Il s'agira de faire émerger, par la comparaison de plusieurs PESP ayant des histoires et des organisations différentes :

1. Les freins et les leviers du point de vue de l'implantation de tels programmes
2. Les « bonnes pratiques » et les idées innovantes du PESP

Cette évaluation répond à des demandes des structures porteuses de PESP pour les conforter sur la pertinence de leur activité et la valeur intrinsèque du programme.

Cela s'inscrit donc dans un processus d'amélioration des pratiques par une évaluation externe.

Les programmes étudiés sont financés par de l'argent public et l'évaluation permet de valider l'efficacité des actions.

Elle permet également de montrer l'efficacité de la réduction des risques et de valoriser la place des pharmaciens comme acteurs majeurs de la RDR en tant que professionnel de santé de premier recours.

Cette étude observationnelle de trois programmes d'échange de seringues est conduite par le RESPADD et financée par la DGS et en particulier le bureau des pratiques addictives.

La DGS prépare la politique de santé publique et contribue à sa mise en œuvre. Son action se poursuit à travers 4 grands objectifs : préserver et améliorer l'état de santé des citoyens, protéger la population des menaces sanitaires, garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé, et mobiliser et coordonner les partenaires.
(57)

Les trois programmes étudiés présentent chacun leurs particularités, deux sont aujourd'hui pilotés par des CAARUD associatifs, celui du Gard avec le CAARUD LOGOS, ainsi que celui des Deux-Sèvres avec le CAARUD AIDES et un piloté par un CAARUD hospitalier, celui du Pas-de-Calais par le CAARUD Atypik.

Les trois territoires étudiés présentent par ailleurs des différences socio-économiques marquées.

Pour le Gard, LOGOS Accueil mène depuis 2009 un partenariat avec les pharmacies du département.

Les objectifs de l'action sont les suivantes :

- rencontrer tous les pharmaciens et leurs équipes
- faire un état des lieux de l'activité de vente des Stéribox® en officine
- proposer la formation/information aux équipes des pharmacies
- proposer la mise à disposition gratuite de matériels de réduction des risques
- organiser la collecte des seringues usagées là où rien n'était mis en place

Un véritable travail de terrain a été mené sur ce département, et en 2016, 176 pharmacies ont accepté de travailler avec LOGOS, 134 pharmaciens ont signé la charte

de réduction des risques en pharmacie et 71 ont signé une convention de partenariat pour un échange de seringues en pharmacie.

Tous ces éléments sont disponibles sur le site www.centre-logos.fr

Le CAARUD Atypik est le service d'addictologie du centre hospitalier de Lens.

Il a été créé en 2006, et s'étend sur les communautés d'agglomération de Lens, Liévin, Hénin

Dans les Deux-Sèvres, le programme d'échange de seringue est aujourd'hui piloté par le CAARUD AIDES.

Le programme a démarré en 1994 suite à une rencontre entre le président du syndicat des pharmaciens des Deux-Sèvres et un médecin de santé publique de la DDASS (devenu depuis direction territoriale de l'ARS).

En 2017, 35 pharmacies participent volontairement à ce programme.

Il est animé par un comité de pilotage comprenant des représentants de l'ARS, de la CPAM, des pharmaciens, du CSAPA (Centre de soin d'accompagnement de prévention en addictologie) de Niort et de l'association AIDES qui est aujourd'hui le pilote.

Le PESP 79 s'étend sur presque tout le département.

Les pharmacies participantes sont principalement motivées par leur mission de santé publique, lutter contre la transmission du VIH et des hépatites, et sont souvent des pharmacies avec plusieurs collaborateurs.

Les objectifs du programme visent à : **contribuer à réduire les risques de transmission du VIH et des hépatites B et C (VHC) chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, et ce, grâce à l'implication du réseau de proximité que constituent les pharmacies (accessibilité spatiale et temporelle).**

Afin d'être complet, et pour permettre des comparaisons, nous incluons une « population contrôle » de pharmaciens et d'usagers d'un secteur dépourvu de PESP : la commune de Clichy-La-Garenne dans le département des Hauts-de-Seine.

V.3. Matériels et méthodes :

V.3.1. Type d'enquête :

Il s'agit d'une enquête observationnelle prospective.

Nous recueillerons des données quantitatives auprès des pharmacies des Deux-Sèvres (79) qui sont membres du programme d'échange de seringues en association avec le CAARUD de Niort (79) ainsi que des pharmacies ne participant pas au programme se trouvant à proximité de la structure porteuse. La collecte des questionnaires s'est déroulée du 14 septembre 2015 au 18 février 2016.

V.3.2. Population cible

La population cible est donc une liste de 63 pharmacies et nous donnerons un questionnaire à remplir pour avoir les données quantitatives pour notre enquête.

Nous avons sélectionné les officines du département des Deux-Sèvres (79) car un programme d'échanges de seringue en pharmacie est installé depuis 1994 à Niort avec l'association AIDES.

Depuis le PESP est devenu CAARUD AIDES 79 et en 2015 le PESP compte 35 pharmacies qui participent volontairement à ce programme.

V.3.3. Recueil des données

Le remplissage du questionnaire s'est fait en notre présence ou en différé selon les titulaires questionnés, certains questionnaires ont été réalisés par appels téléphoniques. Le premier contact a été établi par appel téléphonique puis prise de rendez vous avec les titulaires.

Ensuite nous avons pris contact directement avec les équipes officinales et le titulaire afin de présenter l'enquête et remplir le questionnaire que nous leur fournirons directement en mains propres.

Le nom des pharmacies et leur cachet sont apposés sur chaque questionnaire.

V.3.4. Réalisation du questionnaire :

Pour réaliser ce questionnaire, nous allons analyser les données quantitatives avec notamment l'analyse de :

- Dons et retours de kits depuis l'ouverture du programme et l'évolution (pharmacies du PESP, chiffres de la structure porteuse)
- Ventes de stéribox® dans les pharmacies du bassin de population considéré depuis l'ouverture du programme et évolution des pratiques
- Dons de kits distributeurs-échangeurs du bassin de population considéré depuis l'ouverture du programme et évolution des pratiques
- Dons de seringues (kits inclus) CAARUD du bassin de population considéré depuis l'ouverture du programme et évolution des pratiques

Le questionnaire réalisé par le RESPADD pour avoir un recueil de données sur :

- Les dons/ventes de matériels d'injection de la Réduction des risques
- La délivrance des TSO (traitements substitutifs aux opiacés)
- La délivrance d'autres opiacés
- La connaissance de l'offre de la RDR et méthodes d'addictologie locales
- Les relations avec les UDVI

- Orientation vers les soins
 - Conseils de Réduction des risques
- La connaissance du PESP local

V.4. Résultats

La méthodologie de l'enquête du RESPADD s'appuie :

- sur un volet quantitatif, des questionnaires à destination des pharmaciens (annexe 5), 509 dont 317 furent exploités, des questionnaires à destinations des usagers de drogue par définition une population difficile à approcher, 1500 mis à disposition, 37 questionnaires exploités
- sur un volet qualitatif avec des entretiens semi-directifs avec des pharmaciens participants à des PESP (13 entretiens réalisés) et des entretiens semi-directifs avec les trois structures porteuses de programme.

Notre implication dans cette enquête menée par le RESPADD est la distribution puis la récolte des questionnaires dans les Deux-Sèvres afin d'apporter des résultats quantitatifs purs.

Les volets quantitatifs des zones du Gard et du Pas-de-Calais ont été réalisés par l'équipe du RESPADD et les acteurs de terrain.

Plusieurs enseignements peuvent être retirés de l'exploitation des questionnaires qualitatifs du RESPADD:

Concernant les usagers, ils sont principalement des hommes, de 35 ans et plus, qui pour 36% d'entre eux ont une activité professionnelle, et déclarent avoir un logement stable.

Ils fréquentent les programmes en majorité depuis plus de trois ans (70%)

Concernant leur pratique, plus de 40% des usagers déclarent venir chercher plus de huit kits par semaine, et une partie d'entre eux évoquent la distribution à d'autres usagers.

Ils sont 48% qui s'approvisionnent toujours à la même pharmacie.

Le nombre d'injections moyen est de 4,5 par jour. (Résultats issus de l'enquête qualitative réalisée par le RESPADD)

V.4.1. Taux de réponse

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

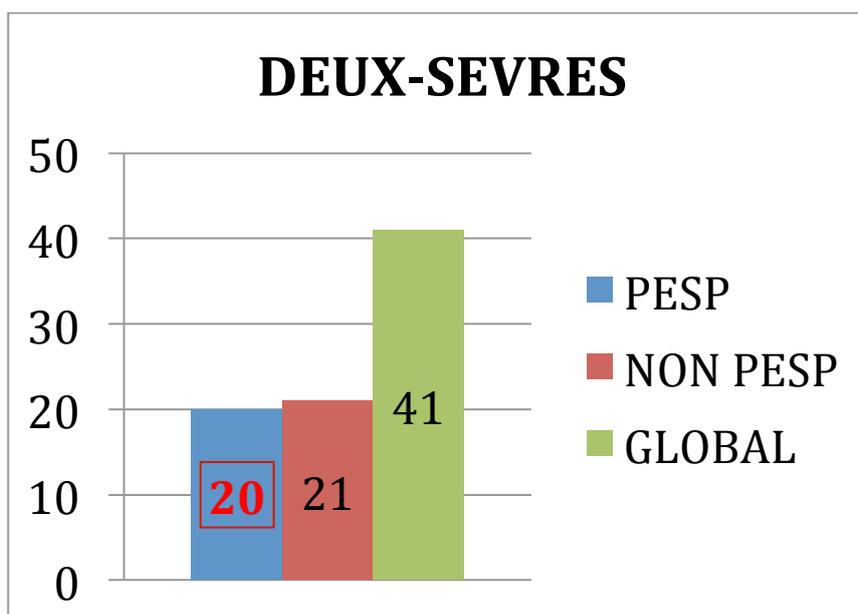
V.4.1.1. Dans les Deux-Sèvres :

Sur les 63 pharmacies se trouvant dans les Deux-Sèvres, nous avons obtenu la réponse de 41 pharmacies :

- 20 pharmacies appartenant au PESP AIDES 79
- 21 pharmacies non inscrites

Le taux de réponse est donc de 65%.

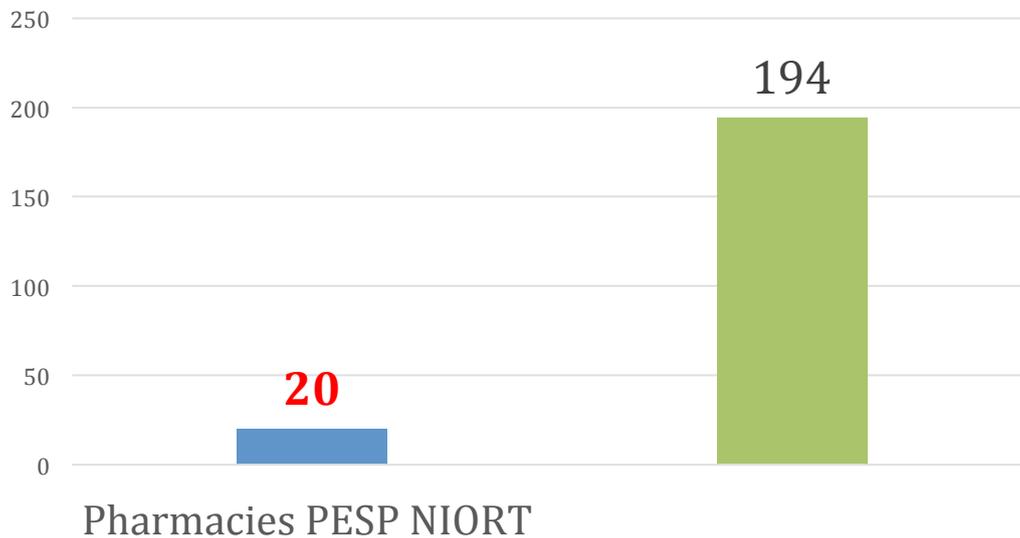
Dans les 41 pharmacies interrogées nous retrouvons donc 49% de pharmacies inscrites au PESP.



L'échantillon de Niort (PESP des Deux-Sèvres) est représenté comme ceci : 20 officines participant à un PESP sur un total de 194 officines sur les trois programmes.

Sur le territoire des Deux-Sèvres les officines contactées appartenaient à un périmètre restreint, autour de 20 km du centre-ville de Niort. L'échantillon a été constitué en fonction de la proximité des officines par rapport au CAARUD ou aux équipes mobiles. Sur les 63 officines incluses dans l'enquête, 41 questionnaires ont pu être exploités, ce

qui représente un taux de retour équivalent à 65 %. Les modalités d'inclusion des pharmacies ont été différentes, non basées sur un principe d'exhaustivité, mais sur un principe de proximité à l'offre d'accompagnement des usagers de drogues (CAARUD, équipes mobiles). Aussi les pharmacies appartenant à un PESP y sont surreprésentées.



V.4.1.2. Dans le Gard :

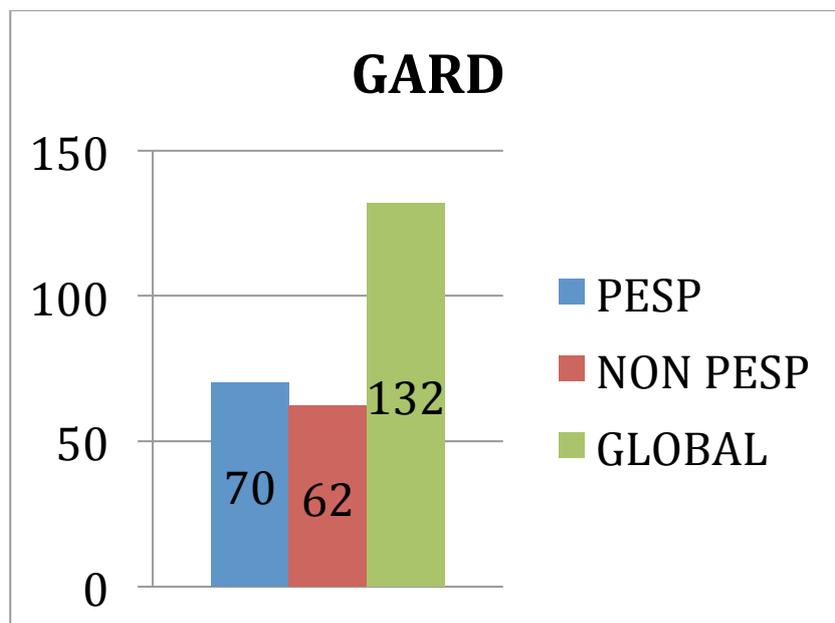
Sur les 132 pharmacies interrogées dans le Gard, nous avons :

- 70 pharmacies appartenant au PESP LOGOS
- 62 pharmacies non inscrites

Dans les 132 pharmacies interrogées nous retrouvons donc 53% de pharmacies inscrites au PESP.

Au moment de l'enquête nous disposions d'un fichier comprenant les coordonnées de 254 pharmacies dans le département du Gard identifiées par le CAARUD Logos comme appartenant à son périmètre d'action, ce qui constitue donc son diagnostic de territoire. Ce fichier distinguait les pharmacies identifiées comme ayant une activité de RDR auprès des usagers de drogues (délivrance de Kit +®, de Stéribox®, de sticker, etc...), les officines ayant montré un intérêt pour le programme et les officines se montrant opposées à une adhésion. Le RESPADD a contacté par téléphone les pharmacies identifiées comme ne souhaitant pas s'engager dans le PESP, tandis que l'équipe locale

du CAARUD s'est rapprochée des pharmacies engagées à des degrés divers dans le programme. Au total, 132 officines ont répondu au questionnaire, ce qui nous permet d'avoir un taux de retour de 52 %.



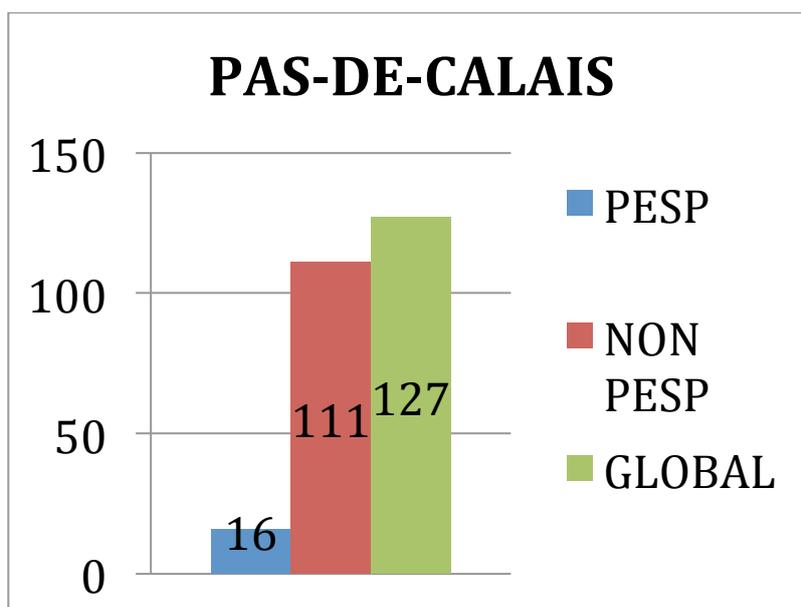
V.4.1.3. Dans le Pas-De-Calais

Sur les 127 pharmacies interrogées dans le Pas-De-Calais, nous avons :

- 12 pharmacies appartenant au PESP Atypik
- 111 pharmacies non inscrites

Dans les 127 pharmacies interrogées nous retrouvons donc 9% de pharmacies inscrites au PESP.

De la même façon pour le département du Pas-de-Calais, un fichier comprenant les coordonnées de 175 pharmacies nous a été fourni par le CAARUD Atypik. Ces pharmacies constituent le périmètre d'action du CAARUD défini sur trois zones : Lens/Liévin, Béthune, Hénin Carvin. L'ensemble des pharmacies a été contacté, et à l'issue de cette enquête par téléphone, 127 officines ont répondu au questionnaire, ce qui permet d'identifier un taux de retour équivalent à 73 %.



C'est dans cet échantillon que le taux de pharmacies interrogées participant à un PESP est le plus faible.

V.4.2. Résultats des questionnaires

Sur les 509 officines identifiées sur nos quatre territoires, 317 questionnaires ont été renseignés, soit un taux de participation de 62 %. Dans notre échantillon, 106 officines ayant participé à l'enquête ont été identifiées comme appartenant à un PESP, 194 officines ne participant pas à un PESP mais situées sur un territoire doté d'un PESP et 17

officines qui constituent notre « population contrôle », donc dépourvue de PESP. Parmi les 106 officines appartenant à un PESP, 16 sont situées dans le département du Pas-de-Calais, 70 dans le Gard et 20 dans les Deux-Sèvres.

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

V.4.3. File active des usagers de drogue dans les officines

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

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

V.4.4. Orientation et dialogues des officines

Plus de la moitié des pharmacies interrogées (53 %, n= 159) déclarent qu'au moins un acte pharmaceutique favorise le dialogue avec l'usager de drogues, tous actes confondus. Ensuite, si on cible les pharmacies appartenant à un PESP, 82 % (n= 87) déclarent qu'au moins un acte pharmaceutique favorise le dialogue avec l'usager, tous actes confondus ;

ce qui est plus élevé que le taux des pharmacies hors PESP qui s'élève à 41 %. De la même façon, à Clichy le taux s'élève à 82 % (n= 14) des pharmacies. La délivrance d'un médicament de substitution aux opiacés est désignée majoritairement comme l'acte pharmaceutique favorisant le plus le dialogue avec l'utilisateur de drogues.

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

V.4.5. Caractéristiques de l'échange

Selon l'enquête, 92 % des pharmacies appartenant à un PESP déclarent délivrer tous types de seringues (Stéribox®, Kit +® et seringues à insuline) aux UDVI contre 53 % des pharmacies non adhérentes. La totalité des pharmacies appartenant au PESP des Deux-Sèvres (n= 20) délivrent des seringues aux usagers. Parmi la population contrôle, 76 % déclarent délivrer des seringues. Il a été constaté qu'une confusion était très présente chez les pharmaciens et consistait en l'absence de distinction souvent relevée entre Stéribox® et Kit +®, d'où notre choix méthodologique d'un regroupement de variables isolées : le nombre de Stéribox®, de Kit +® et de seringues à insuline délivrées, ce qui nous permet d'avoir la part de l'ensemble des seringues délivrées aux usagers de drogues. Toutefois, 9 % des pharmacies (n= 17) qui ne participent pas à un PESP déclarent ne pas délivrer de seringues à des UD en raison d'une crainte de l'envahissement et d'un sentiment d'insécurité envers cette population, 1 % (n= 1) en raison du sentiment de favoriser l'usage de drogues et aussi suite à des incidents qui auraient eu lieu avec des usagers au sein de l'officine.

V.4.6. La récupération du matériel usagé

La récupération du matériel usagé est majoritairement proposée au sein d'officines appartenant à un PESP (58 % versus 20 %), notamment pour les officines appartenant

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

L'identification des PESP diffère selon l'appartenance de la pharmacie au programme. Sans grande surprise, les pharmacies appartenant à un PESP sont plus nombreuses à en connaître l'existence que celles non adhérentes (46 % versus 25 %). Concernant notre population contrôle, 24 % des pharmacies ont connaissance de l'existence des PESP. Or, cette connaissance relève notamment de la mobilisation des structures porteuses au niveau local, particulièrement les CAARUD, qui interviennent auprès des pharmacies pour une meilleure identification des structures de soin et d'accompagnement en présence sur leur territoire.

Comme le montrent les résultats du département du Pas-de-Calais, où 94 % des pharmacies PESP ont connaissance de l'existence de ce dispositif, l'implication du CAARUD et ses visites régulières constituent le noyau dur de l'investissement des pharmaciens pour la pérennité du dispositif.

V.4.7. Le besoin d'information des officines

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

bénéficier d'une formation pour acquérir les outils et savoir-être facilitateurs qui permettent d'instaurer le dialogue avec l'utilisateur.

VI- Discussion

Après l'évaluation de ces PESP nous avons pu constater les points positifs de ce travail.

En effet nous observons que l'adhésion et la participation des pharmaciens officinaux dans le programme est importante.

VI.1. Participation des officines :

Le fait d'avoir une répartition géographique assez homogène sur le territoire apporte une amélioration dans l'accès au matériel chez les UDVI, et il y a une ambition globale de l'ensemble des acteurs impliqués d'avoir une extension des programmes à l'échelle nationale. Cela permettrait une meilleure distribution des kits ainsi qu'un plus nombre de matériels usagés récupérés.

Nous constatons également une augmentation régulière du nombre de kits distribués avec un effet plateau.

Un des points importants des PESP est également le fait de travailler en réseau. Le pharmacien d'officine qui adhère à ce programme ne devrait plus se sentir seul face à la demande des UDVI.

VI.2. File active des usagers de drogues :

L'enquête a permis d'observer que les officines étaient en contact régulier avec les UDVI pour la plupart lorsque le pharmacien et toute son équipe officinale étaient impliqués dans l'échange de seringues (91% des officines interrogées participant à un PESP reçoivent au moins un usager de drogues par semaine).

Cela permet donc de montrer la différence de contact entre l'officine participant à un PESP de l'échantillon global des officines interrogées (53% des pharmacies déclarent recevoir au moins un UDVI par semaine).

Celles ne recevant pas d'UDVI soient 39% parmi la totalité des pharmacies présentes dans l'enquête démontrent que la demande n'est pas toujours là, et que dans certains cas, si l'équipe officinale ne souhaite pas s'investir dans l'échange de seringues (1% des pharmacies interrogées) il n'y a aucun UDVI dans la patientèle.

La file active des usagers est donc bien plus grande lorsque l'officine adhère à un PESP, cela démontre l'intérêt de l'utilisateur à se tourner vers ce type de structure pour prendre son TSO ou aller chercher son matériel d'injection.

VI.3. Orientation et dialogue des officines

Lorsqu'un UD est reçu dans une officine, il est important d'entamer un dialogue avec lui afin de le maintenir dans le système de soins, lui donner des conseils, comprendre son parcours pour améliorer sa prise en charge. Cette patientèle « spéciale » est difficile à approcher et instaurer un dialogue peut paraître périlleux.

Nous observons que 53% des pharmacies interrogées (soit 159) arrivent à rentrer en contact avec l'utilisateur de drogues quelque soit l'acte pharmaceutique.

La proportion augmente lorsque que l'officine adhère à un PESP puisque 82% des pharmacies adhérentes arrivent à dialoguer avec l'utilisateur de drogues tous actes pharmaceutiques confondus (différence avec les pharmacies hors PESP où le taux n'est qu'à 41%).

L'adhésion à un PESP montre donc que l'équipe officinale ou du moins le pharmacien référent possède plus de facilités à entrer en contact avec un utilisateur de drogues (personnel formé et/ou préparé à la prise en charge de l'utilisateur).

La façon la plus simple d'ouvrir le dialogue reste la délivrance de TSO (54% des actes) car l'utilisateur de drogues est inscrit dans le parcours de soins. La vente et/ou l'échange de seringues (23% des actes) ou la vente de produits d'auto-substitutions (16%) ne sont pas majoritaires car l'utilisateur est « autonome » dans la demande de ses produits et apparaît souvent « pressé ».

Ensuite, nous constatons que 39% des pharmacies interrogées déclarent avoir orienté un utilisateur de drogues vers une structure de soins alors que le taux pour les pharmacies participant à un PESP passe à 57% (soit 60 sur les 106 adhérentes).

De plus l'orientation vers le médecin généraliste est très rare, car l'utilisateur se tourne très souvent vers son médecin addictologue. Cela montre que les équipes des pharmacies participant au PESP sont plus susceptibles de diriger vers une structure de soins adaptée à la situation de l'utilisateur. La majorité des orientations (31%) se font d'ailleurs vers les CAARUD qui reste la structure la plus adaptée à la prise en charge de l'utilisateur de drogues. Les motifs de réorientation les plus courants sont l'impression de manque, les chevauchements d'ordonnance.

VI.4. Caractéristiques de l'échange :

La différence entre les pharmacies hors PESP et celles adhérentes est nette lorsque nous comparons la délivrance des seringues (Stéribox®, Kit+®, seringues à insuline). En effet, nous constatons que 92% des pharmacies adhérentes déclarent délivrer du matériel d'injection contrairement à 53% des pharmacies non adhérentes. L'adhésion à un PESP est donc favorable à l'échange de matériel d'injection avec l'utilisateur. Les craintes sont moindres lorsqu'il s'agit de proposer le matériel à un UDVI.

De plus une minorité de pharmacies ne délivre aucun matériel d'injection due à des craintes face aux UDVI : 9% de ces pharmacies sont des pharmacies hors PESP.

VI.5. La récupération du matériel usagé :

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

Bien que la récupération du matériel usagé ainsi que son retour à la pharmacie soient des actes assez faciles à mettre en place selon les répondants, l'appréhension lors du

transport des seringues reste très marquée. En effet, la crainte d'être interpellé par les forces de l'ordre pendant le trajet vers l'officine, dans un contexte législatif où la consommation de drogues illicites est interdite, est un des facteurs qui pourrait expliquer ce sentiment d'insécurité de l'utilisateur lors de sa venue à l'officine. Dans ce cas, la présence policière et les risques encourus par les usagers quand ils possèdent du matériel de réduction des risques s'avèrent être un frein à l'accès aux soins et à la prévention des risques (58). De plus, le stockage du matériel usagé au sein du domicile de l'utilisateur reste un problème. En effet, la présence d'enfants au domicile ou un entourage non informé des pratiques de consommation de la personne, d'où une forte volonté d'anonymat, peuvent être un obstacle à la récupération du matériel usagé et à son retour à la pharmacie. Les seringues usagées des UDVI présentent les mêmes risques infectieux que ceux générés dans le cadre d'une activité de soins, mais ne sont pas reconnus comme tels dans la réglementation (59). Cette non-reconnaissance de la part des autorités publiques constitue une incompréhension de la part des pharmaciens, comme le confirme un pharmacien interrogé : « *refuser comme DASRI les seringues des toxicomanes parce qu'elles présentent plus de risques infectieux que les seringues des diabétiques, c'est un peu de la santé publique à l'envers* ». Ces risques sont présents pour l'ensemble de la population, et particulièrement pour les personnes susceptibles d'y être exposées telles que l'entourage des UDVI, les citoyens lorsque des seringues souillées sont laissées sur l'espace public, les sociétés de nettoyage, ainsi que les agents chargés de l'élimination des déchets (60). Les seringues usagées des UDVI sont qualifiées de « déchets septiques » dans la réglementation et non de DASRI, donc la réglementation des DASRI ne s'applique pas aux seringues usagées des UDVI (61). Les usagers peuvent rapporter leurs seringues usagées, à l'unité ou dans des boîtes à aiguilles, au sein des pharmacies participantes à des PESP ou directement dans des établissements médico-sociaux, qui ont à disposition des containers de récupération. (62)

Dans les officines, il y a souvent un pharmacien référent (le titulaire ou un adjoint) pour s'occuper des usagers, capable de gérer la demande et les questions des usagers. Il serait intéressant d'inclure dans une équipe officinale plusieurs personnes étant capable de gérer cette patientèle.

VI.6. Le besoin d'information des officines

Il en ressort après l'étude que l'ensemble des pharmacies interrogées est demandeur d'informations et de formations en matière d'addictologie.

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

Lorsque les pharmacies n'étaient pas adhérentes à un PESP, les répondants étaient favorables à l'échange de seringues d'où l'importance du réseau médico-associatifs du PESP local. Il paraît nécessaire d'intervenir dans les officines pour expliquer et former les équipes qui apparaissent motivées.

Conclusion

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

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

Néanmoins, on constate qu'un territoire non pourvu d'un PESP n'est pas pour autant enclin à estimer qu'aucun acte pharmaceutique ne favorise le dialogue avec l'utilisateur, bien au contraire comme le prouvent les résultats de notre population contrôle. On peut formuler l'hypothèse que ce sont les contacts locaux avec les différents professionnels de santé de l'addictologie qui poussent les pharmaciens à entrer en dialogue avec les usagers, pour ensuite les inciter à venir dans les structures dédiées à l'addictologie. La densité médicale d'un territoire et la possibilité pour le pharmacien de se référer à des

établissements médicaux et médico-sociaux, peuvent constituer un élément décisif dans sa propension à échanger avec l'utilisateur. C'est alors l'impulsion d'un mouvement collectif et partenarial qui sera déterminante.

Pour le pharmacien, les éléments favorables au développement des PESP sont :

- le pharmacien est un acteur de santé publique et un acteur de la RDR
- la répartition harmonieuse sur le territoire
- l'accessibilité pour les usagers sur l'ensemble du territoire

Mais il est indispensable de prévoir :

- l'accompagnement du pharmacien et de son équipe officinale
- l'intégration de modules de formation lors du cursus initial mais aussi après l'installation
- l'accompagnement par le conseil de l'ordre des pharmaciens
- la reconnaissance par les tutelles des autorités de santé publique qui passe peut-être par une indemnisation
- de lever le doute sur la récupération des déchets piquants-coupants ainsi qu'aborder la question assurancielle

Aujourd'hui, la typologie des pharmaciens engagés peut selon le RESPADD (rapport d'Emilie Beauvilliers) se décliner en plusieurs catégories :

- **engagement « militant »** : le pharmacien est fortement impliqué dans la politique de RDR, avec accompagnement de l'utilisateur vers une structure de soins, un travail en réseau (contact régulier avec le CAARUD ou la structure pilote du PESP), une prise en charge de soins spécifiques (avec par exemple le phénomène des « grosses mains »)
- **engagement « dynamique »** : le pharmacien présente une réelle curiosité pour la RDR sans toutefois désirer augmenter sa file active d'UDVI
- **engagement « neutre »** : l'officine adhère mais n'apporte pas du plus
- **engagement « distant »** : le pharmacien ne souhaite pas s'investir dans les programmes mais reste toutefois « vendeur » de la Stéribox®

Pour conclure ce travail, les points positifs des PESP sont :

- une **participation active** des pharmaciens en France à des programmes de RDR
- une **reconnaissance** de leur rôle de santé publique
- l'intérêt de **travailler en réseau** et notamment avec les structures associatives et hospitalières
- **l'implication** de l'équipe officinale
- **l'absence d'incidents** notables dans ce que nous avons lu et entendu avec les pharmaciens que nous avons rencontrés

Malgré tout, il reste quelques points rendant la mise en place des PESP parfois difficile :

- maintenir la **dynamique** du réseau quand il existe (importance du pilote du PESP local)
- maintenir un niveau de **formation** et **d'information** élevé pour les pharmaciens et leurs équipes (difficulté d'obtenir un temps suffisant pour les formations par exemple)
- toujours pas de **reconnaissance** des autorités de tutelles (pas de rémunération, engagement bénévole)
- toujours **pas de position nette** de l'ordre des pharmaciens

Le rôle des pharmaciens et de leur équipe ne peut être réduit à un rôle de distributeur mais au contraire à un réel acteur de santé publique.

En étant d'abord un acteur de prévention, le pharmacien (avec son équipe) peut devenir pour l'utilisateur un acteur de soin. En le soutenant, il peut aider à l'utilisateur à le maintenir dans un parcours de soin, l'aider dans ses problèmes d'addictions par des conseils et une présence quasi quotidienne et de proximité. Cela permettra à l'utilisateur s'il le souhaite d'engager une réinsertion sociale. Il y a ici une notion **d'efficience, d'engagement, d'accompagnement** dans le rôle que nous pouvons apporter au pharmacien et à son équipe officinale envers les usagers de drogues.

Bibliographie

1. Imbert E. et Bonnet N.,2005, « Le VHC n'est pas le VIH », *Courrier des addictions*, vol. 7, n°2, p. 61
2. Costes J.-M., Cadet-Taïrou A., Thirion X., Bello P.-Y. & Palle C., 2009, *Prévalence de l'usage problématique de drogues en France. Estimations 2006*, Saint-Denis, Ofdt
3. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris; 2010 p. 573.
4. <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/espace-presse/documents-presse/la-recherche-sur-le-vihsida-l-institut-pasteur/la-decouverte-du-virus-du-sida-en-1983>
5. <https://www.sida-info-service.org/?L-epidemie-de-sida-fete-ses-30-ans>
6. [Le Quotidien du Pharmacien n°3323](#)
7. <http://vih.org/20161201/367-millions-personnes-vivent-vih-182-millions-sont-sous-traitement/138798>
8. <http://www.aides.org/info-sante/chiffres-vih-sida>
9. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al, Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003- 2013. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2015;(9-10):152-61

10. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France, 1ers résultats de l'enquête ANRS- Coquelicot, 2011 M. Jauffret-Roustide et al
11. <https://www.hepatites-info-service.org/?Hepatite-C-Chiffres>
12. <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-471/Hepatite-C-epidemiologie-histoire-naturelle-et-diagnostic>
13. <http://presse.inserm.fr/le-virus-de-lhepatite-c-observe-pour-la-premiere-fois-au-microscope/25440/>
14. *Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le VHC*, Pr Daniel Dhumeaux
15. Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Le Strat Y, Brunet S, *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2013;(39-40):504-9.
16. Médecins sans frontières, réduire les risques pour les personnes toxicomanes, rapport d'activité 2000
17. Costes J-M, Vaissade L, Colasante E, Palle C, Legleye S, Janssen E, et al. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - Estimations 2006 [Internet]. OFDT; 2009, p. 29.
18. Nicolas tourneur, le quotidien du pharmacien n°3328, 23 février 2017
19. Derricott J., Hunt N., Preston A., « The safer injecting briefing », coordination scientifique de l'adaptation française Bonnet N. et Sayag L., « *L'Injection à*

moins de risque » Conseil Intercommunal de lutte contre la drogue et la toxicomanie & Apothicom, 2008.

20. Aïe, novembre 2016, n°8 page 4 *La loi sur les stupéfiants a 100 ans*

21. Injecteur de drogues infecté par le tétanos, the lancet, 1876

22. www.a-f-r.org

23. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687840&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090814&oldAction=rechCodeArticle>

24. <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/87/?sequence=31>

25. http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2385.asp#P748_240060

26. <http://www.drogues.gouv.fr/strategie-gouvernementale/reduction-risques/salle-de-consommation-moins-risque>

27. <http://www.drogues.gouv.fr/strategie-gouvernementale/reduction-risques/salle-de-consommation-moins-risque>

28. <http://www.safe.asso.fr/>

29. <http://www.respadd.org/qui-sommes-nous/>

30. <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/87/?sequence=21>

31. <http://www.apothicom.org/nevershare-1ml-etudes.htm>

32. <http://www.apothicom.org/stericup-etudes.htm>

33. <http://www.apothicom.org/tampon-etudes.htm>
34. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17535>
35. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=62C0A37A941F744DB68C0379203C2F95.tpdila19v_2?idArticle=LEGIARTI000022963920&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20161019
36. <http://www.cyclamed.org/association/chiffres>
37. LEEM - Les entreprises du médicament. Que faire des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) ?. 2014. <http://www.leem.org/article/que-faire-des-dechets-d-activites-de-soins-risques-infectieux-dasri>
38. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris; 2010 p. 573.
39. Emmanuelli J., Lert F. & Valenciano M., 1999, *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échanges de seringues en France*, Saint-Denis, Ofdt
40. Charansonnet M.-C., 2008, *Les politiques de réduction des risques en toxicomanie à l'épreuve du VHC. Exemple de quinze ans d'évolution du Stéribox® en France*, mémoire de master de santé publique, Cnam, 65p
41. Apothicom et al 2001, inserm 2010
42. Grall J.-Y., 2011, « Etendre les ressources locales pour la réduction des risques » in Respadd, Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacies, Paris, Respadd, pp. 12-13.

43. Crips, 1994, La lettre du CRIPS, n°30, « le rôle du pharmacien dans la prévention de l'infection par le VIH »
44. Médecins sans frontières, Réduire les risques, rapport de 1999
45. Pin S., 2005, « Drogues. La prise en charge des patients toxicomanes » in Gautier A. (dir.), Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003, Saint-Denis, Inpes, pp. 141-161.
46. SAFE, 2009, *Résultats de l'enquête nationale 2009 sur les dons de matériel d'injection en pharmacies*, Paris, Safe.
47. RESPADD. RESPADD - Pharmaciens [Internet]. Disponible sur: <http://www.respadd.org/pharmaciens/>
48. Van Den Berg C., Smit C., Van Brussel G., Coutinho R., Prins M., *Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus : evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users*. *Addiction* 2007 ; 102 (9) : 1454-1462.
49. HIV and hepatitis C prevalence, and related risk behaviours among people who inject drugs in three cities in Croatia: Findings from respondent-driven sampling surveys, disponible sur : <http://www.ijdp.org/article/S0955-3959%2816%2930099-8/fulltext>
50. Lasky A, Finlayson T, Johnson C, et al. Estimating the number of persons who inject drugs in the united states by meta-analysis to calculate national rates of HIV and hepatitis C virus infections. *PLoS One*. 2014;9(5):e97596.
51. Grigoryan A, Shouse RL, Durant Td, et al. HIV infection among injection-drug users—34 states, 2004–2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009;58(46):1291–5.

52. Aceijas C, Rhodes T. Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. *Int J Drug Policy*. 2007;18(5):352–8.
53. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatitis C FAQs for the Public. <http://www.cdc.gov/hepatitis/c/cfaq.htm>. Accessed 10 March 15.
54. The Significance of Harm Reduction as a Social and Health Care Intervention for Injecting Drug Users: An Exploratory Study of a Needle Exchange Program in Fresno, California. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27167664>
55. Bilan succinct de l'évaluation du programme, DDAS79, 14 décembre 1999
56. RESPADD. RESPADD – Annales PESP en 2014 disponible sur : <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Annuaire-PESP-2014-BAT-2.pdf>
57. <http://social-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgs-direction-generale-de-la-sante>
58. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris; 2010 p. 573
59. Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME). Évaluation de l'extension du champ de la filière REP pour les DASRI perforants produits par les patients en auto-traitement à ceux produits par les usagers de drogues par voie intraveineuse. 2015 p. 51
60. Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME). Évaluation de l'extension du champ de la filière REP pour les DASRI perforants produits par les patients en auto-traitement à ceux produits par les usagers de drogues par voie intraveineuse. 2015 p. 51

61. Legifrance. Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique. 2005-347 avr 14, 2005.
62. Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME). Évaluation de l'extension du champ de la filière REP pour les DASRI perforants produits par les patients en auto-traitement à ceux produits par les usagers de drogues par voie intraveineuse. 2015 p. 51

Annexes

Annexe 1 :



POSE D'UN GARROT

NE PARTAGE JAMAIS TON GARROT.
La monnaie micro-gauche de sang peut transmettre l'hépatite C.

La pose d'un garrot permet de mieux voir les veines, d'éviter qu'elles bougent, et évite de beaucoup, les risques d'hématomes. La technique suivante permet de retirer le garrot facilement et sans bouter.
Tu peux te procurer un garrot en plastique, dans les centres PES.
Tu peux bien sûr utiliser d'autres moyens comme une ceinture ou du tissu mais tu risques de bouter davantage au moment de le retirer pour injecter.

15

1 Place le garrot au dessus de la piqûre du coude.

2 Prends le bout placé derrière et mets-le entre tes doigts. Attrape l'autre bout et serre le garrot.

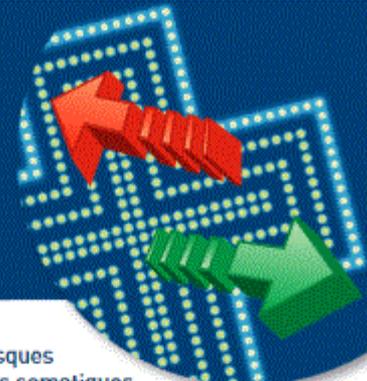
Ne le serre pas trop (tu dois sentir le pouls dans ton bras)

3 Maintiens le serrage avec le pouce

4 Fais glisser avec le doigt une partie sous le garrot.

5 Une fois l'aiguille dans la veine (avant l'injection), enlève le garrot, il suffit de tirer sur le bon bout, celui que tu as fait passer en dessous. **Il est très important de retirer le garrot avant d'injecter, car tu risques une rupture de la veine, une fuite du produit dans les tissus et même une OD.**

16



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

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

Ils s'engagent donc :

- 1 à PERMETTRE aux usagers de drogues l'accès gratuit au matériel stérile d'injection et aux matériels de réduction des risques liés aux autres modes de consommation selon les conditions fixées par le programme dans lequel ils s'inscrivent ;
- 2 à FAIRE CONNAÎTRE l'existence du programme d'échange de seringues en pharmacie auquel ils participent auprès des usagers de drogues qui fréquentent leurs officines et leurs structures ;
- 3 à GARANTIR la confidentialité, si nécessaire l'anonymat, des usagers de drogues qui le souhaitent ;
- 4 à ORIENTER, RENSEIGNER et INFORMER les usagers de drogues : de manière individualisée en répondant aux demandes exprimées ou en les devant s'ils jugent que la situation le justifie et/ou de manière collective en relayant et diffusant les messages de réduction des risques, les conseils et les guides élaborés à leur destination par les associations et les institutions ;
- 5 à PROMOUVOIR le recours régulier et fréquent des usagers de drogues au dépistage des infections virales au VHC, au VHB et au VIH et, dans le cas du VHB, à INCITER à la vaccination ;

et aussi,

- 6 à RESPONSABILISER les usagers de drogues en leur donnant les moyens de s'approprier les outils et les méthodes permettant de réduire les risques pour eux et pour leur entourage, en expliquant notamment les principales règles à suivre pour la récupération du matériel d'injection et en valorisant leurs compétences et les bonnes pratiques qu'ils mettent déjà en œuvre ;
- 7 à RESPECTER les usagers de drogues en se gardant de tout jugement et de toute discrimination, en reconnaissant leur autonomie, tout en conservant leur libre arbitre pour évaluer les demandes des usagers et intervenir au mieux dans le respect de leurs éthiques professionnelles et des réglementations relatives à leurs professions respectives ;
- 8 à COMBATTRE les préjugés qui circulent sur les personnes qui consomment des produits psychoactifs licites ou illicites en rappelant que les produits ne sont pas l'unique cause de l'addiction, et que les individus ne doivent pas être réduits à leurs consommations et à leurs pratiques ;
- 9 à ASSURER la bonne gestion des matériels d'injection stérile, en respectant les règles de qualité, d'approvisionnement, de stockage et de récupération qui ont été fixées par le programme et les textes réglementaires, en signalant tout dysfonctionnement, en faisant évoluer si nécessaire les procédures ;
- 10 à PARTICIPER à l'amélioration collective du programme afin que celui-ci s'adapte aux nouvelles réalités et offre une prestation de qualité en collaborant aux évaluations internes et externes, en proposant des pistes d'amélioration, en se formant et en veillant à la formation de leurs équipes.

RESPONSABLE DE L'OFFICINE _____

RESPONSABLE DE LA STRUCTURE MÉDICO-SOCIALE _____

Annexe 4 : Sticker pour les officines participant à un PESP



Evaluation 2015

Programme d'échange de seringues en pharmacie

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

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

*Buprénorphine haut dosage :

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

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

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

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

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

n = h = f =

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

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

oui ₁ non ₂

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

Médecin généraliste ₁

CSAPA ₁

CAARUD ₁

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

Autre (précisez) _____ ₁

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

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

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

oui ₁ non ₂

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

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

crainte de l'envahissement / insécurité ₁

impression de favoriser l'usage de drogues ₁

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

je donne des Kits + ₁

autre, précisez _____ ₁

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

<p>12) Quelles seraient vos attentes et besoins en matière d'addictologie (MSO, réduction des risques, circuits de soin...)?</p> <p>-Formation oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₂ <input type="checkbox"/></p> <p>Précisez :</p> <p>- Documentation oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₂ <input type="checkbox"/></p> <p>Précisez :</p> <p>- Support téléphonique oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₂ <input type="checkbox"/></p> <p>Précisez :</p>	<p>12 __ </p> <p>12 __ </p> <p>12 __ </p> <p>12 __ </p>
<p>13) Commentaires :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Résumé

A la fin des années 1980, chaque jour dix utilisateurs de drogues par voie intraveineuse se contaminent par le virus du SIDA et plus encore par le virus de l'hépatite C (VHC).

Aujourd'hui près de 1100 pharmacies sont impliquées en France dans des programmes d'échange de seringues.

La politique de Réduction des Risques (RDR) s'est développée et la loi de santé publique du 9 août 2004 lui donne un cadre légal. Cela va permettre une rencontre du monde médico-associatifs et des pharmaciens d'officine pour lutter de manière active et pragmatique au plus près de l'utilisateur de drogues par voie intraveineuse (UDVI).

En effet, avec l'aide des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), la mise en place de programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP) devrait permettre de ne plus réduire le pharmacien et son équipe à un rôle de distributeur mais plutôt leur permettre d'être un acteur de santé publique de proximité.

L'objectif de cette thèse est de montrer que l'efficacité, l'engagement, l'accompagnement, la formation et l'évaluation de ces programmes sont des notions essentielles pour permettre une meilleure prise en charge des UDVI afin d'éviter de nouvelles contaminations au virus du SIDA et au virus de l'hépatite C. A l'aide d'une enquête réalisée avec l'aide du RESPADD (Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions), nous allons montrer les points positifs ainsi que les difficultés et les réticences à installer ces programmes partout en France.

Mots clés : échange/seringues/réduction/risques/UDVI/pharmaciens