

Bilan

Le programme d'échange de seringues en pharmacie

dans les bassins ruraux de Midi-Pyrénées

Octobre 2016

Bilan

Le programme d'échange de seringues en pharmacie

dans les bassins ruraux de Midi-Pyrénées

Guillaume Sudérie

Table des matières

1/ Le contexte d'émergence du projet	2
Les Programmes d'Échange de Seringues et la vente de seringues en Pharmacie	2
La situation en Midi-Pyrénées	3
La question des territoires ruraux, des spécificités géographiques et démographiques et des réponses adaptées	6
2/ La mise en œuvre du projet de la Fédération Addiction de PESP	9
Une mise en synergie pour une action concertée.....	9
Une évaluation des besoins et une sensibilisation des pharmacies	11
La mise en place d'une méthodologie commune, l'élaboration d'outils communs et le soutien de la démarche	11
Les moyens supplémentaires mis en place	12
3/ Les résultats de l'action	13
Des conventions et de très nombreux partenariats	13
La distribution de matériels.....	14
Les besoins et les pistes d'action à venir... ..	16
4/ Annexes	17
Annexe 1 : Liste des tableaux, graphes et cartes.....	17
Annexe 2 : Bilan de la fédération addiction.....	18
Annexe 3 : Les outils délivrés Kit+	25
Annexe 4 : Le questionnaire réalisé par la Fédération Addiction et relayé par les CAARUD aux pharmaciens.....	26
Annexe 5 : Note de synthèse concernant la récupération des déchets	28

À la demande de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie, le pôle Addiction de l'ORS Midi-Pyrénées a réalisé un bilan de l'action portée pendant 3 ans (2013-2015) par la Fédération Addiction et huit Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) de Midi-Pyrénées. Cette action s'est structurée autour de la mise en place d'un **Programme d'Échanges de Seringues en Pharmacie (PESP) au niveau de Midi-Pyrénées.**

Les PESP s'appuient sur des liens partenariaux interactifs permettant la montée en compétence des pharmaciens dans leur apport de proximité immédiate et le plein exercice de leur rôle auprès des usagers de drogues. Le principe est simple. Les services spécialisés en addictologie, principalement des CAARUD, viennent en soutien de l'action des pharmaciens auprès de ces publics. Pour cela, ils mettent en œuvre des actions « d'aller vers » afin de fournir gratuitement du matériel de réduction des risques mais aussi de sensibiliser les pharmaciens, les aider au repérage, les soutenir dans leurs actions. Cette mise à disposition de matériel passe par la signature d'une convention de partenariat.

Ce bilan utilise l'ensemble des données transmises par l'ARS, la Fédération addiction et les rapports d'activité des huit CAARUD ayant participé à ce projet. Huit entretiens téléphoniques ont été réalisés avec chacun des CAARUD afin de recueillir des éléments qualitatifs.

Nous rappelons dans un premier temps le contexte d'origine de ce projet qui permet de bien identifier la place des pharmaciens dans la politique de réduction des risques ainsi que les spécificités du dispositif en Midi-Pyrénées au moment de la mise en place de ce projet.

Dans un second temps, nous décrivons la dynamique et les outils développés pour la mise en place de ce projet.

Un dernier chapitre permet de décrire les résultats de cette action à travers les indicateurs d'activité ainsi que les besoins et pistes d'action à venir.

1/ Le contexte d'émergence du projet

Les Programmes d'Échange de Seringues et la vente de seringues en Pharmacie

En France, les premiers programmes d'échanges en pharmacie remontent au début des années 90, suite à la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie¹ et à l'action des acteurs accompagnant les « toxicomanes ». Cette évolution est en lien étroit avec les politiques publiques de lutte contre l'épidémie du Sida qui seront à l'origine des politiques de réduction des risques aux usages de drogues².

En octobre 1994, le Ministère de la santé et l'Ordre des pharmaciens étendent à l'ensemble du territoire une expérimentation de la vente en officine de la trousse de prévention Stéribox®. Cette expérimentation, regroupant des pharmaciens, des associations de santé communautaire, des organismes du dispositif spécialisé et des collectivités territoriales, a montré son efficacité sur l'infléchissement, puis la diminution de l'incidence annuelle du VIH dans la population des usagers de drogues par voie veineuse.

Au même moment, les politiques de réduction des risques développent différentes actions en simultanée sur le territoire :

- Boutiques : lieu d'accueil, de prévention, d'hygiène et de soins primaires pour usagers de drogues
- Programmes d'échanges de seringues : fixes ou itinérants – bus – équipes sacs à dos – actions en pharmacie
- Automates : récupérateurs, distributeurs avec jetons, échangeurs.

Même si elles sont relativement anciennes, les dernières données indiquent que les PESP et la vente de seringues en pharmacie sont les principaux pourvoyeurs de seringues au sein des populations usagères de drogues par voie veineuse. Le renforcement du dispositif par la création des CAARUD en 2006 a fait évoluer la donne sur ce point. Pour autant, ces éléments indiquent la place cruciale du pharmacien dans la politique de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie veineuse.

Tableau 1. Nombre de seringues délivrées en pharmacie en 2008

2008	Nombre de seringues vendues ou distribuées (en millions)
Pharmacie : à l'unité	4,3
Pharmacie : en Stéribox®	5,2
Caarud : à l'unité	2,3
Caarud : en Stéribox®	1,0
Automates	1,0*
Total	13,8

* Données 2007

Source : d'après OFDT données InVS, GERS, Becton Dickinson, OFDT, Safe)

¹ Mai 1987 le décret dit « Barzach » autorise la vente de seringues en pharmacie. Cette vente a toujours été légale sauf entre 1972 et 1987. Le Décret signé de Monsieur Chaban Delmas en 1972 demandait aux pharmaciens d'exiger, pour la délivrance d'une seringue : soit la présentation d'une ordonnance ; soit une commande écrite avec identité de l'acheteur majeur.

² Circulaire du 12 avril 1995 support de la Politique de Réduction des Risques

Le déploiement de pharmacies sur le territoire français est important et les temps d'ouverture sont très larges. L'accessibilité du matériel d'injection repose pour une grande part sur le pharmacien mais son rôle n'est pas uniquement technique³. Le pharmacien est aussi le messager de la politique de réduction des risques qui donne sa cohérence à deux impératifs apparemment contradictoires : respect du choix de l'usager de drogue et la protection de sa santé.

Ce double positionnement que les intervenants dans le champ des addictions ont largement intégré dans leur pratique au quotidien est parfois plus difficile à mettre en œuvre pour les professionnels de santé « non spécialistes » des addictions. C'est pour cela que la coopération entre les pharmaciens d'officine et les équipes des CAARUD est cruciale.

C'est cet aspect qui différencie les PESP de la vente de Stéribox®. Dans le cadre d'un PESP, les pharmaciens sont accompagnés, soutenus, parfois formés ou du moins sensibilisés à l'action de réduction des risques. Si les outils de RDR distribués sont similaires (Kit+ pour PESP), l'action de réseau mise en place avec les CAARUD permet aux pharmaciens, acteurs de premières lignes à part entière, de ne pas se sentir démunis ou seuls face aux demandes des usagers.

Rappelons que le rapport de l'Inserm sur la réduction des risques chez les usagers de drogues paru en 2010 indique que⁴ :

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

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

L'usage de la voie veineuse est difficilement quantifiable de manière exhaustive mais si un usager utilise cette voie une fois par jour, 365 seringues sont nécessaires. Si un usager utilise la voie veineuse 3 fois par jour, comme l'indique les observations TREND⁵, les usagers devraient théoriquement avoir accès à 1 095 seringues.

Ces données, combinées à la persistance de contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) au sein des populations d'injecteurs, laissent à penser que le déploiement de toutes les actions permettant aux usagers d'accéder à ces matériels est cruciale.

La situation en Midi-Pyrénées

Les trois axes de la politique publique de réduction des risques précédemment cités furent déployés en Midi-Pyrénées dans des stratégies plus départementales que régionales. Les CAARUD actuels qui ont reçu leurs agréments en 2006⁶ sont issus de ces différentes stratégies construites selon les spécificités des territoires, les opérateurs et les acteurs publics (DDASS).

Certains CAARUD sont donc issus de « boutiques » ouvertes dès les années 90. Ces établissements n'ont pas priorisé les stratégies de PESP du fait de leur situation géographique et de leur mode d'accueil des publics. D'autres furent porteurs de programmes d'échanges de seringues et/ou de gestion d'automates, directement orientés vers le PESP.

³ Bonnet N., Pharmaciens et toxicomanes : vers un armistice ? Intervention à la journée nationale de l'échange de seringues en pharmacie, 26 mars 2001, Lyon

⁴ Inserm, Réduction des risques chez les usagers de drogues, Synthèse et recommandations 2010

⁵ Rapport TREND 2000-2016 - OFDT

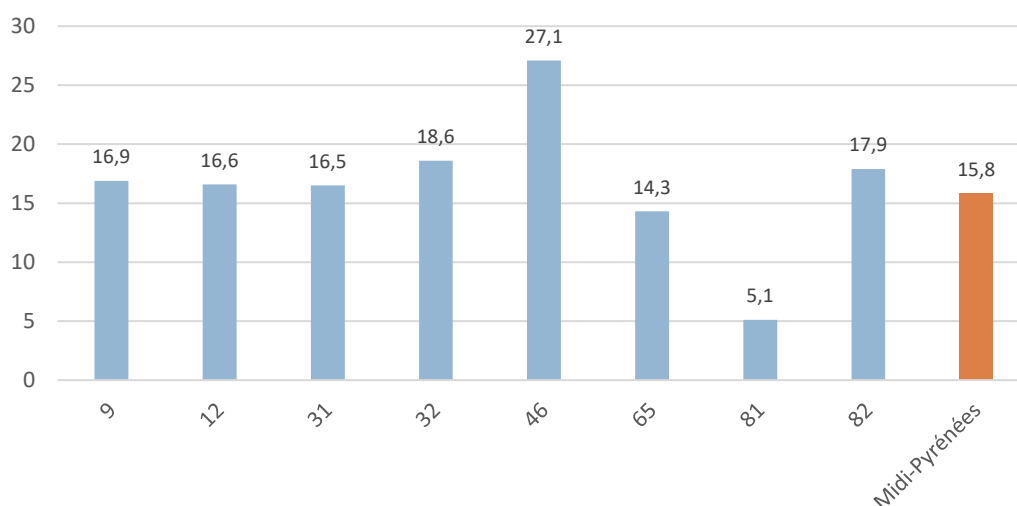
⁶ En 2006, le dispositif d'accueil des usagers de drogues (UD) a été restructuré et consolidé : de nombreux programmes et services œuvrant dans le champ de la réduction des risques (RDR) ont acquis le statut d'établissement médico-social en tant que centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Plusieurs CAARUD sont issus d'opérateurs engagés dans le secteur de la prévention et du soin des addictions, d'autres plus dans le secteur social de la précarité. Ces éléments sont explicatifs de la différence de déploiement des programmes d'échange de seringues en pharmacie selon les territoires de Midi-Pyrénées.

Antérieurement au déploiement du programme régional porté par la Fédération Addiction, au moins quatre CAARUD avaient la gestion d'un PESP d'ampleur dont deux sont inscrits dans le programme de la Fédération Addiction⁷. L'AIPD anime et coordonne un programme initié dans les années 90, Tarn Espoir a lancé son programme en 1998 et CASA 65 est en charge d'un programme qui date de 2004. Ces acteurs ont un lien historique avec les pharmacies de leur territoire car ils ont fait le choix d'organiser une partie de leur action dans cette stratégie.

Ce contexte est à l'origine de situations locales particulières. Par exemple, la vente de Stéribox[®] est particulièrement faible dans le Tarn par rapport aux autres départements de Midi-Pyrénées (Graphe 1). En 1998, on note une diminution de la vente de Stéribox[®] au moment de la mise en place du PESP tarnais en lien avec l'Ordre des pharmaciens. On peut penser légitimement que dans le déploiement d'une action de PESP, les Kit+ donnés gratuitement par les pharmaciens et fournis par les CAARUD se substituent à la vente de Stéribox[®] (Graphe 2).

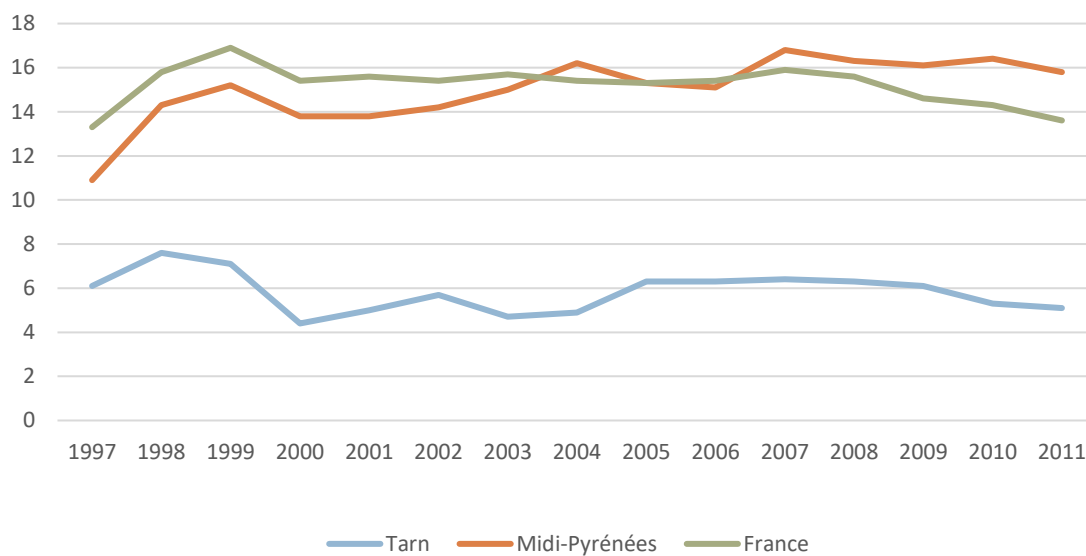
Graphe 1. Ventes de Stéribox[®] pour 100 habitants de 20 à 39 ans par département, en 2011



Source : InVS/Siamois

⁷ L'association AIDES déploie sur Toulouse une action de PESP.

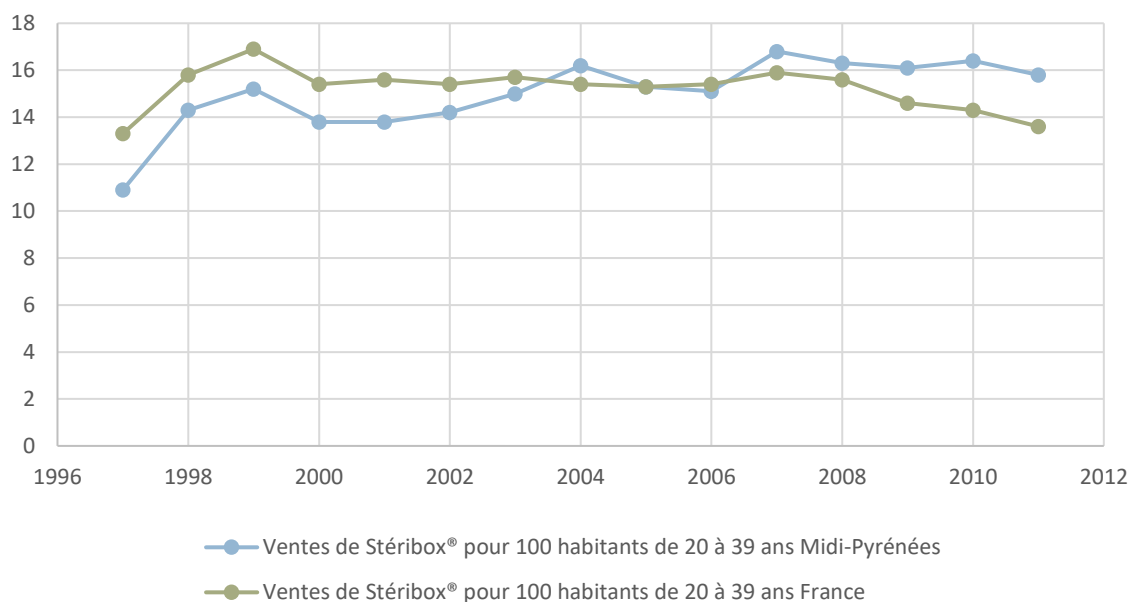
Graphe 2. Ventes de Stéribox® pour 100 habitants de 20 à 39 ans dans le département du Tarn



Source : InVS/Siamois

En Midi-Pyrénées, la vente de Stéribox® est proche de la moyenne nationale (Graphe 3). Notons que des différences selon les territoires sont notables (Graphe 1).

Graphe 3. Ventes de Stéribox® pour 100 habitants de 20 à 39 ans



La question des territoires ruraux, des spécificités géographiques et démographiques et des réponses adaptées

À l'origine de l'action, c'est la question du déploiement d'actions de réduction des risques dans l'ensemble des territoires de Midi-Pyrénées qui était au centre des objectifs de l'action, et plus particulièrement les zones rurales.

En zone rurale, deux grandes typologies de publics se côtoient comme dans les grands centres urbains. Une enquête récente a décrit la spécificité de la région Midi-Pyrénées sur cette question⁸.

- **Les usagers précaires repérés dans des territoires dits « ruraux »**

Les populations « précaires » sont définies dans cette note selon la définition TREND⁹ suivante :

« Jeunes ou plus âgées, ces populations n'ont parfois aucun accès aux dispositifs de prise en charge du droit commun, et s'inscrivent parfois dans un lien fragile avec les dispositifs spécialisés ou la médecine générale. Souvent, elles utilisent les médicaments de substitution aux opiacés dans de multiples fonctions. La précarité ou la grande précarité, même pour des jeunes gens, surdétermine ici la problématique de toxicomanie ».

Les enquêtes TREND¹⁰ et ENA-CAARUD¹¹ ont démontré depuis plusieurs années que ce soit à Castres, à Albi, à Montauban, à Tarbes, à Lourdes ou à Villefranche-de-Rouergue, que les profils et les besoins des personnes reçues dans les dispositifs de réduction des risques ne sont pas si différents de ceux observés par ces mêmes investigations à Toulouse.

Ces personnes peuvent être natives du lieu, venir de Toulouse ou d'ailleurs et s'installer dans la région pour différentes raisons. Selon les territoires, l'importance de la migration est jugée de manière différente. Notons que l'amplification du phénomène de migration de la ville vers le rural est décrite par tous les observateurs.

Les raisons de ces migrations vers les zones rurales sont multiples. Pour les populations les plus précaires, il apparaît clairement que la situation de l'accès à l'hébergement à Toulouse oblige une part des populations à migrer.

Des populations précaires ayant des pratiques de polyconsommation et d'injection sont repérées voire en augmentation.

Pour ces personnes, qu'elles soient dans une logique de « mise au vert », « natives » du territoire ou en recherche de solutions d'hébergement, vivre en zone rurale peut être perçu comme une solution momentanée ou durable.

- **Les usagers insérés invisibles des dispositifs spécialisés**

Les populations « insérées » sont définies dans cette note selon la définition TREND suivante :

« Repérés principalement par les CSAPA, mais aussi par la réduction des risques, particulièrement sur la question de l'échange de matériels stériles, les « insérés » constituent une catégorie large où la demande de prise en charge est centrée sur la question des psychotropes. Souvent en demande de substitution aux opiacés, ils peuvent aussi faire des démarches de soins sur la question de la cocaïne ».

⁸ Sudérie G., Les usages de drogues en milieu rural : une investigation spécifique du pôle TREND Toulouse, ORS Midi-Pyrénées ; OFDT, 2013, 26p.

⁹ C.f. Sudérie G. 2013, Op. Cit.

¹⁰ Programme Tendances Récentes et Nouvelles Drogues piloté par l'Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie et porté par l'ORS Midi-Pyrénées pour le site de Toulouse.

¹¹ ENA-CAARUD est une enquête exhaustive qui se déroule parmi l'ensemble des structures de réduction des risques CAARUD de France. Elle permet de suivre les caractéristiques des usagers de drogues fréquentant ces structures, de suivre leurs consommations et d'objectiver l'émergence d'éventuels nouveaux phénomènes

et/ou du cannabis. Souvent « polyusagers » de psychotropes (alcool, cannabis, cocaïne et/ou héroïne), leur problématique renvoie à des usages récurrents, puis réguliers, voire compulsifs, ayant des conséquences sur leur santé et/ou leur vie sociale ».

Les travaux TREND indiquent qu'en zone rurale apparaît clairement des populations insérées concernées par les usages de drogues utilisant la voie veineuse. Une part de ces publics utilise la voie veineuse mais est rarement en contact avec les CAARUD. Les acteurs de terrain soulignent régulièrement « *qu'un public chasse l'autre* ». Comme pour les populations précaires, il ne semble pas que des profils spécifiques apparaissent dans les zones rurales que les investigations TREND n'aient pas déjà documentées dans les travaux concernant les grands centres urbains. C'est leur rapport aux dispositifs qui est différent. Les problématiques de stigmatisation, de déplacement sont au centre de parcours (ou non parcours) de prise en charge spécifique. De plus, la dispersion de ce public dans de multiples lieux pose un certain nombre d'obstacles dans les actions « d'aller-vers ».

- **Le PESP, un outil indispensable**

Au-delà des constatations des enquêtes, les intervenants sur les territoires indiquent la particularité de l'action de réduction des risques en territoire rural. La structuration démographique et géographique des territoires de Midi-Pyrénées au-delà de la ville de Toulouse rend nécessaire la mise en place d'une stratégie de couverture territoriale tant les personnes concernées peuvent vivre à des dizaines de kilomètres des ressources. S'ajoute à cela pour de nombreux territoires des difficultés de transport pour les personnes concernées et pour les professionnels.

La dimension des besoins ne permet pas de systématiser un « aller vers » permanent vers les publics. Le pharmacien devient un acteur pivot dans l'action de RDR que ce soit pour les publics précaires ou insérés. Ceci de manière d'autant plus importante pour les publics insérés qui pour une grande part se rendent rarement dans les points d'accueil des CAARUD. Ces personnes recherchent un anonymat qu'ils peuvent trouver au sein de pharmacies. Notons que dans ce cas, il n'est pas rare que le pharmacien sollicité par ces usagers soit un pharmacien d'une autre commune que celle de son lieu de vie.

Sur la ville de Toulouse, on comptabilise plusieurs CSAPA, plusieurs services hospitaliers, deux CAARUD, un réseau de professionnels de santé de premier recours. La répartition de ces dispositifs correspond à des besoins sanitaires et médico-sociaux semblables à ceux des grands centres urbains. Dans les principales villes des autres départements de Midi-Pyrénées, des services spécialisés en addictologie sont repérés, qui associés à une poignée d'acteurs de premier recours, permettent à un usager de drogues actif d'accéder aux services d'addictologie.

Au-delà, ce ne sont que des stratégies de professionnels ou de réseaux d'acteurs qui permettent depuis les villes d'offrir une réponse aux demandes des usagers, qu'elle soit de l'ordre du soin ou de la réduction des risques.

Entre la ville et les zones rurales, les contraintes sont extrêmement différentes. Dans les grands centres urbains, les services permettent de répondre aux besoins du territoire. En zone rurale, la dispersion des demandes nécessite la démultiplication des espaces/temps et des modalités d'interventions qui permet un accès à l'addictologie dans un « aller-vers » indispensable. La dimension des services de réduction des risques implique des temps d'ouverture réduits et là encore la pharmacie devient un relais indispensable.

Ainsi, en zone rurale, la question de la mobilité est la principale difficulté pour que les usagers rencontrent les dispositifs. Dans le même temps, la problématique de la stigmatisation est un élément majeur à prendre en compte pour comprendre les stratégies ou les difficultés des usagers à accéder à la prise en charge.

Lors de la réalisation du bilan de l'action, il apparaît que le projet de la Fédération Addiction a pris en compte ces différents types de profils et les particularités des territoires. Comme cela a été précisé par ailleurs, l'ensemble des dispositifs CAARUD ont historiquement une intervention organisée autour des principaux pôles urbains du territoire sur lesquels ils interviennent. C'est en ce sens que le programme PESP a ciblé deux types de publics :

- « Aller vers » les populations connues du CAARUD mais éloignées géographiquement du point d'accueil ou du circuit de la permanence mobile.
- « Aller vers » des publics qui ne souhaitent pas se rendre au CAARUD.

2/ La mise en œuvre du projet de la Fédération Addiction de PESP

Une mise en synergie pour une action concertée

L'action de la Fédération Addiction est venue accompagner un travail d'échange inter-CAARRUD initié par trois établissements situés en zones rurales. La mise en lumière de spécificités importantes entre les dispositifs dans les stratégies d'action de réduction des risques a été à l'origine d'un élargissement de ce regroupement à l'ensemble des CAARUD.

8 CAARUD sur les 9 de Midi-Pyrénées sont adhérents de la Fédération Addiction. Cette situation régionale fut un atout pour la mise en place d'une action concertée au niveau de Midi-Pyrénées.

Cette action s'est donc déroulée dans un contexte favorable pour produire un travail en synergie. Le soutien méthodologique par la Fédération Addiction, un opérateur expert au niveau national, a permis une conduite du projet « neutre » au groupe des opérateurs CAARUD. Cette configuration a permis aux acteurs d'échanger sur leurs pratiques et de progresser grâce aux expériences de chacun.

Les établissements CAARUD en Midi-Pyrénées sont composés d'équipes de taille réduite, parfois moins de 2 ETP, ce qui limite le déploiement d'actions nouvelles. La mise en lien de l'ensemble de ces acteurs a permis de faire émerger un projet collectif mis en action dans une même période avec une méthodologie et des outils communs.

Le projet PESP est donc né de ce travail fédératif permettant d'utiliser les expériences des uns pour renforcer celles des autres. Cette mutualisation n'a pas pour autant uniformiser les pratiques des CAARUD. L'ensemble des acteurs revendiquent des actions et un positionnement propre à leur territoire d'intervention, à leur histoire institutionnelle et associative spécifique.

La démarche des dispositifs était sous-tendue par un besoin des usagers dont l'accès aux « services » de réduction des risques était difficile pour la plupart, notamment en dehors des grands centres urbains.

La majorité des dispositifs CAARUD en Midi-Pyrénées sont organisés autour de points d'accueil au sein des villes préfectorales des départements. Seuls les CAARUD du Tarn et des Hautes-Pyrénées ont un dispositif mobile ouvrant des permanences dans d'autres villes. Le CAARUD Intermède de Haute-Garonne a une action délocalisée à Ramonville (banlieue toulousaine). Pour les autres dispositifs, les actions d'« aller vers » sont le plus souvent des actions de maraude ou des actions de « permanences avancées ».

Au moment de forte migration des publics concernés par l'usage de drogue par voie veineuse en zone rurale, il apparaissait nécessaire de déployer les PESP sur l'ensemble de Midi-Pyrénées. Les expériences Ariègeoise, Tarnaise et des Hautes-Pyrénées avaient fait leur preuve ainsi que celles déployées dans d'autres régions de France.

L'innovation de ce projet fut de mutualiser un certain nombre d'éléments laissant à chaque dispositif le soin du déploiement au sein de leur territoire.

Le projet de la Fédération Addiction¹² et de ses 8 CAARUD adhérents fût de :

- Créer, développer ou renforcer l'accessibilité au dispositif de RDR dans les bassins de santé ruraux de la région
- Réduire les inégalités territoriales de santé

¹² Cf. Bilan de l'action par la Fédération Addiction – Annexe 1

Pour cela le projet s'est inscrit dans un calendrier allant de 2013 à 2015 :

2013	Développer des points de diffusion d'outils de RDR dans les bassins ruraux
	Sur chaque territoire, identifier, mobiliser et sensibiliser des pharmaciens « partenaires » sur la RDR
2014	Poursuivre et consolider le développement des points de diffusion d'outils de RDR dans les bassins ruraux
	Faire connaître et développer le partenariat de RDR entre deux acteurs que sont les pharmaciens et les CAARUD
2015	Accompagner la mise en place des partenariats entre les pharmaciens et les CAARUD
	Évaluer l'accompagnement mis en œuvre

Notons que selon les territoires, les travaux se sont inscrits dans des calendriers différents. Certains dispositifs qui avaient préalablement développé un pré-projet PESP ou un PESP ont atteint rapidement les objectifs. Pour d'autres, la mise en place a mis plus de temps.

Ce phénomène s'explique pour une part par la taille des équipes de terrain (2 ETP). La mise en place d'un PESP nécessite un investissement important pour la constitution d'un réseau de partenaires. Pour les acteurs qui ont adhéré au projet mais qui ne l'avaient pas planifié dès l'année 2013, la mise en œuvre s'est étalée sur une plus longue durée. Les résultats de l'action sont à mettre en perspective avec cet élément.

Le projet s'est organisé autour d'un comité de pilotage. Tout au long de la mise en place du projet, ce COPIL a été très actif avec une participation de l'ensemble des acteurs¹³.

Tableau 2. Réunions du COPIL entre 2013 et 2016

Dates	Participation	Compte rendu rédigé
8 janvier 2014	12 (dont ARS)	Oui
14 avril 2014	8	Oui
4 juin 2014	11 (dont ARS)	Oui
9 juillet 2014	10	
10 septembre 2014	8	Oui
22 octobre 2014	9	Oui
7 janvier 2015	8	Oui
5 mars 2015	10	Oui
20 mai 2015	17 (dont ARS et DGS)	Oui
2 février 2016	10	Oui

Source : Bilan du projet réalisé par la Fédération Addiction

Le pilotage de l'action a donc été coopératif permettant des allers-retours entre la méthodologie envisagée et les obstacles à la mise en place du fait des réalités de terrain. Certains professionnels indiquent rétrospectivement que les réunions de pilotage auraient pu être élargies à l'ensemble des membres des équipes et ne pas être réservées aux directions et chefs de service.

Au-delà de l'action PESP, ce projet a permis aux différents acteurs de mieux se connaître et d'améliorer leur coopération.

¹³ Cf. Bilan Action de la Fédération Addiction - Annexe 1

Une évaluation des besoins et une sensibilisation des pharmacies

Une première analyse des besoins par la pratique

À l'origine du projet, la question de la pratique de CAARUD en zone rurale était au cœur de la démarche des acteurs de terrain. Les intervenants ont construit une expertise évaluant les points forts et les points faibles de leurs actions, territoire par territoire.

C'est avec cette expertise qu'ils ont initié un travail collectif global puis une action spécifique autour du déploiement de PESP. Cette action fut évaluée comme indispensable par tous les acteurs malgré leurs différences d'intervention. Au début de projet, différents territoires ont été repérés comme prioritaires :

Bassins ruraux prioritaires identifiés à hauteur de 2 par département¹⁴

- Pour le Lot (46) : Gourdon, Saint-Céré
- Pour le Tarn-et-Garonne (82) : Castel-Moissac
- Pour les Hautes-Pyrénées (65) : Vic en Bigorre, Maubourguet
- Pour l'Ariège (09) : Pamiers, Basse Ariège
- Pour la Haute-Garonne (31) : Muret, Carbonne, Cazères
- Pour le Gers (32) : l'Isle Jourdain, Eauze
- Pour l'Aveyron (12) : Decazeville, Millau

La mise en place d'un questionnaire pour affiner et « aller vers »

Dans un second temps, la mise en place d'un questionnaire¹⁵ transmis aux pharmaciens de Midi-Pyrénées a permis d'affiner les éléments de diagnostic. Soulignons que dans cette démarche, le questionnaire fut utile comme média pour entrer en contact avec de nouveaux pharmaciens permettant alors de faire connaître le projet et de faciliter son déploiement.

Toujours pour améliorer la connaissance du terrain, des rencontres avec les pharmaciens ont été organisées. Dans le Tarn et Garonne et dans le Lot, deux réunions ont pu voir le jour et ont réuni des pharmaciens, afin de leur présenter le projet et les impliquer dans l'action. Dans les autres départements, le travail de rencontre s'est fait pharmacie par pharmacie avec comme support le questionnaire, parfois autour de réunions restreintes avec différentes pharmacies d'une même commune. Durant cette étape, les Ordres des pharmaciens ont été des acteurs ressources importants.

Ce long travail d'« aller vers » et de constitution d'un réseau fut l'occasion de présenter le projet PESP mais aussi de développer un programme de sensibilisation de ces professionnels à la réduction des risques, à l'addictologie et réseau en addictologie. Cet effet de la mise en œuvre du projet est un résultat indirect fort, permettant aux pharmaciens, adhérents ou non au projet, par convention ou non, d'avoir une information sur le dispositif en addictologie local et sur les grands principes de la réduction des risques.

La mise en place d'une méthodologie commune, l'élaboration d'outils communs et le soutien de la démarche

Le travail collaboratif entre les 8 CAARUD et la Fédération Addiction a permis de mettre en commun un certain nombre d'outils :

- **Questionnaire** pharmacien (versions papier + électronique)
- **Courrier** pour accompagner l'envoi du questionnaire aux pharmaciens

¹⁴ Cf. Bilan de l'action par la Fédération Addiction – Annexe 1

¹⁵ Annexe 3

- **Plaquette** « Le rôle des pharmaciens dans la RDR pris par les UD »
- Modèle de **convention** partenariale CAARUD/Pharmacie pour un PESP
- **Synthèse** juridique sur les DASRI
- **Protocole** concernant les DASRI
- Élaboration d'une **vidéo** présentant des interviews de pharmaciens, de directions de CAARUD et du représentant de l'ARS.

La mise à disposition de ces outils aux différents CAARUD a permis de soutenir la prise de contact avec les pharmaciens, de formaliser la présentation d'un projet régional affilié à un opérateur national (Fédération Addiction). Pour tous les professionnels, cette configuration a donné plus de poids à la démarche et a facilité l'adhésion des pharmaciens.

Les professionnels des CAARUD soulignent l'importance du soutien technique et institutionnel de la fédération qui leur a aussi donné une légitimité plus forte facilitant la construction de liens.

Les pharmaciens sont des acteurs impliqués dans les politiques de réduction des risques. La démarche proposée par la Fédération Addiction adossée aux CAARUD locaux est venue proposer une offre de soutien à ces professionnels, à la fois dans le cadre d'un projet régional global mais avec un lien de proximité (CAARUD).

En termes de méthodologie, plusieurs grands principes ont guidé le projet du PESP¹⁶:

- Aller vers les pharmaciens, soit par des réunions de proximité, soit par une prise de contact individuel (physique ou téléphonique)
- Sensibiliser les pharmaciens référents et l'ensemble de leurs équipes
- Entretenir le lien par des contacts téléphoniques réguliers (mensuels, trimestriels)
- Se rendre disponible pour des demandes ponctuelles selon les besoins des partenaires
- Proposer des rencontres ou des visites à la pharmacie régulièrement
- Organiser les passages pour apporter le matériel lorsque nécessaire (mutualisation des déplacements).

Cette méthodologie a été déployée sur l'ensemble des départements de Midi-Pyrénées. Des stratégies et des calendriers différents selon les structures sont à l'origine de résultats différents. Toutefois, le programme est une réalité au sein de tous les départements de Midi-Pyrénées.

Les moyens supplémentaires mis en place

La dotation supplémentaire a permis pour de nombreux CAARUD d'étoffer le dispositif par de nouveaux professionnels. La mise en place du PESP a permis par exemple l'intervention d'une infirmière dans une équipe CAARUD composée jusqu'alors uniquement d'éducateurs. Ce type de renfort va au-delà d'une augmentation de la capacité d'intervention. Elle permet une approche pluridisciplinaire nouvelle dans le cadre du programme mais aussi bénéfique à l'ensemble du fonctionnement du CAARUD.

¹⁶ Cf. Bilan de l'action par la Fédération Addiction – Annexe 1

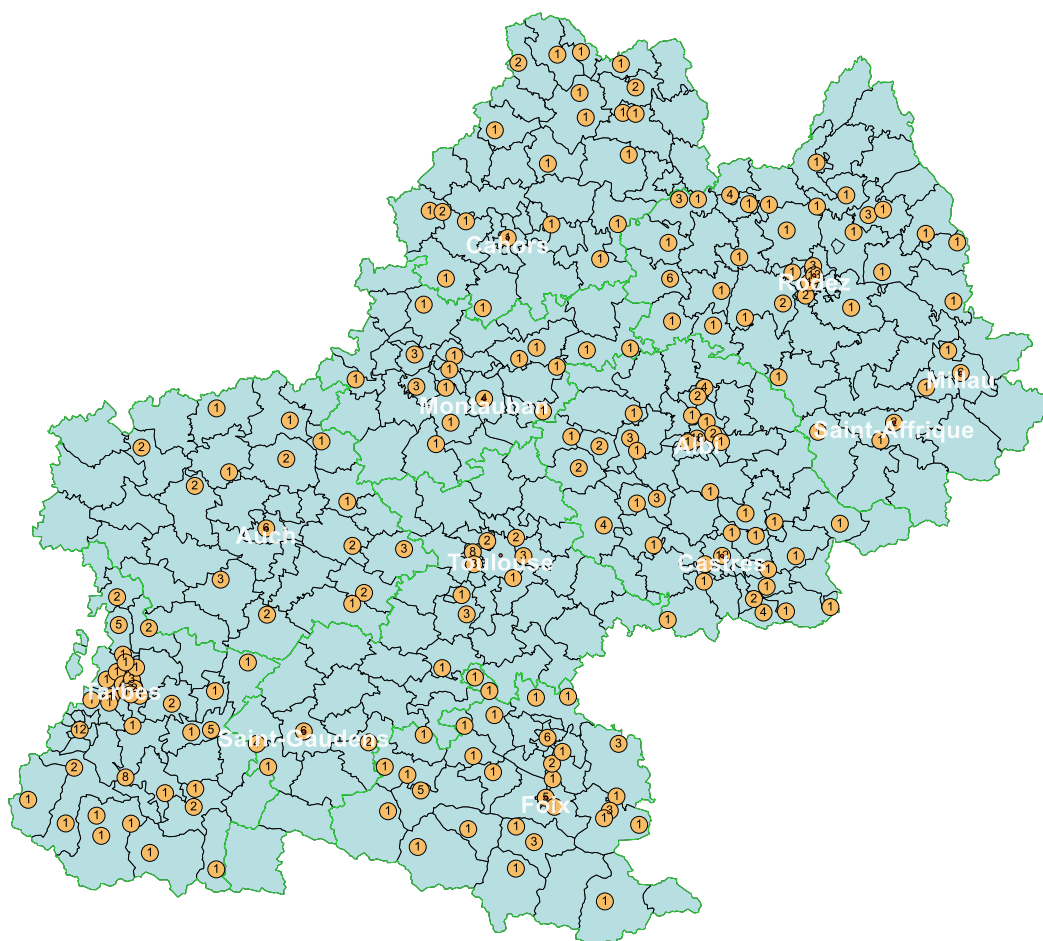
3/ Les résultats de l'action

Des conventions et de très nombreux partenariats

472 pharmacies ont été sollicitées sur l'ensemble de Midi-Pyrénées¹⁷. Chaque acteur a mis en place une stratégie adaptée selon son territoire, ses réseaux déjà actifs avec les pharmaciens et selon l'organisation de l'activité du CAARUD. C'est en cela que des différences importantes peuvent apparaître par rapport au nombre de pharmacies sollicitées.

La cartographie ci-dessous indique toutes les pharmacies qui ont été sollicitées sur ce projet et avec qui un partenariat a été mis en place. Notons que la mise en place d'un partenariat peut aller de la signature d'une convention de mise à disposition de Kits+ au simple échange d'informations.

Carte 1. Pharmacies sensibilisées



¹⁷ L'Ordre national des pharmaciens repère 1051 officines en Midi-Pyrénées – Site de l'Ordre national des pharmaciens - données mises à jour en octobre 2016.

Les professionnels soulignent que la signature d'une convention n'est pas automatiquement synonyme d'une implication des pharmaciens. Toutefois, celle-ci indique une adhésion au projet et signale cette pharmacie comme acteur engagé à part entière. La majorité des pharmaciens n'ayant pas signé de convention ne sont pas automatiquement dans le rejet du programme. Pour certains, ce fût le cas.

La mise à disposition de Kit+ par les CAARUD est soumise à convention. Le modèle de convention élaboré et proposé par la fédération est largement repris par l'ensemble des CAARUD. Concernant les PESP déjà existants, ces conventions remplacent progressivement les protocoles antérieurs.

Tableau 3. Nombre de pharmacies sollicitées et de conventions signées

CAARUD	Nombre de pharmacies sollicitées	Nombre de conventions signées
CAARUD 46 (Lot)	16	12
CARRUD AIPD 09 (Ariège)	59	50
EPICE 82 (Tard & Garonne)	86	22
INTERMEDE (Haute-Garonne)	68	19
REGAR Pôle Santé (Gers)	15	0
TARN ESPOIR (Tarn)	90	50
TRACS 65 (Hautes-Pyrénées)	29	24
Village 12 CAARUD EPICE 12	109	63

Source : Données issues du bilan réalisé par la Fédération Addiction (juillet 2016)

Les pharmaciens engagés dans ce programme soulignent l'intérêt du soutien de professionnels experts issus de l'addictologie dans une action de santé publique indispensable mais parfois difficile à mettre en œuvre pour eux. Le fait de visites et de contacts téléphoniques réguliers, d'avoir la possibilité de solliciter les équipes de CAARUD concernant des situations spécifiques ou complexes apparaît comme un recours nouveau pour ces pharmaciens.

La distribution de matériels

Le volume net de distribution de matériel est différent selon les territoires, le déploiement de l'action et l'organisation même du CAARUD.

Cet indicateur n'est pas représentatif de l'activité. Les besoins sont différents selon les territoires et les stratégies d'acteurs peuvent diverger. Si certains pharmaciens ont un niveau de demande relativement faible, d'autres, dans certains lieux, peuvent avoir beaucoup de demandes.

Des rationnements ont pu être décrits par certains CAARUDS car les demandes des pharmaciens pouvaient être très importantes. La nécessité de soutenir les CAARUD sur le matériel est primordiale. En effet, s'engager dans un programme de partenariat autour de l'échange de seringues nécessite des certitudes en termes de diffusion de matériels.

Selon les rapports d'activité des CAARUD, 502 591 seringues ont été distribuées en Midi-Pyrénées par les 9 CAARUD. 28 % de ce total provient du PESP soutenu par la Fédération Addiction. Rappelons que ces matériels sont destinés à des personnes qui n'ont pas accès aux dispositifs (éloignement, spécificité des publics accueillis).

En termes de moyens humains, si la première phase du projet a nécessité un temps de travail important pour la constitution du réseau, son animation, l'alimentation en Kit+, les réponses aux sollicitations des pharmaciens représentent selon les dispositifs quelques heures par semaine. Parfois, des demandes de pharmacies très éloignées du CAARUD nécessitent des déplacements spécifiques qui peuvent être coûteux en temps.

Selon les territoires, les différences sont importantes car le PESP ne résume pas l'activité globale du CAARUD. Une corrélation peut être faite entre l'ancienneté du PESP et son poids dans le volume de distribution de matériels. L'hypothèse de la montée en puissance des dispositifs qui ont mis en place ce dispositif plus récemment est crédible. En effet, le travail de partenariat mis en place depuis 2014 ou 2015 pour certains ne pourra produire des effets sur le volume de matériels distribués que dans un futur proche.

Certains CAARUD diffusent la très grande majorité de leur matériel via le PESP. La difficulté est alors de consolider le partenariat afin que les publics concernés puissent accéder à des conseils de réduction des risques approfondis que les pharmaciens dans le temps relativement court de la délivrance et à partir de leurs propres compétences ne peuvent pas pleinement réaliser.

Les stratégies d'action des CAARUD pour mailler les territoires et particulièrement les zones rurales doivent trouver un équilibre entre le PESP et la rencontre directe avec les publics.

Le PESP ne peut pas remplacer le travail social et/ou infirmier des équipes de CAARUD qui pour l'heure ont des difficultés pour intervenir partout où cela serait nécessaire. Et ceci, d'autant que la mise en place du PESP a confirmé de manière objective des besoins d'actions de réduction des risques dans des zones pour l'heure non couvertes.

Tableau 4. Nombre de seringues distribuées par territoire par le PESP en 2015

Ariège	28 630
Aveyron	29 300
Haute-Garonne	6 120
Gers	2310
Lot	1 028
Hauts-Pyrénées	41 472
Tarn	31 114
Tarn-et-Garonne	2 848
Midi-Pyrénées	142 822

Source : Donnée issues des rapports d'activité des structures

Les besoins et les pistes d'action à venir...

Le dispositif PESP a sensibilisé la moitié des pharmacies de Midi-Pyrénées à la réduction des risques et au réseau en addictologie.

Il a fourni 27% du matériel stérile délivré en 2015.

Ceci a été réalisé en concertation entre huit opérateurs issus des différents départements de Midi-Pyrénées à partir d'une méthodologie commune et des outils communs.

Malgré des différences selon les territoires, ce programme est déployé dans tous les départements dans le cadre de stratégies spécifiques et adaptées aux particularités locales.

Ce bilan de l'action, à travers les indicateurs d'activité et les entretiens avec les professionnels, permet d'identifier plusieurs priorités et un axe d'amélioration de l'action PESP.

- Maintenir l'action et son déploiement au sein de nouveaux territoires
 - Organiser des réunions de restitution aux pharmaciens pour maintenir le réseau
 - Continuer le travail de réseau pour couvrir un plus grand nombre de pharmacies
 - Améliorer le ratio sensibilisation/conventionnement
 - Trouver des solutions pour le ravitaillement de pharmacies isolées.
- Répondre aux demandes des pharmaciens sur les autres aspects de la politique de réduction des risques et plus particulièrement en ce qui concerne les Traitements de Substitution aux Opiacés pour lesquels les pharmaciens ont beaucoup de questions.
- Trouver un processus commun de récupération et de destruction des déchets. Ce point est assez complexe à résoudre. La note de la Fédération Addiction sur ce point est très informative¹⁸. Elle souligne que les déchets produits par les usagers de drogues par voie injectable ne sont pas considérés comme des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) récupérés et traités dans une filière organisée (DASTRI) et financée par des laboratoires produisant des médicaments ou des dispositifs médicaux. En pratique, pour que les pharmaciens puissent jouer un rôle dans la récupération des matériels stériles produits par les usagers de drogues, ils doivent avoir un conteneur adapté et spécifique. La difficulté vient alors de la récupération de ces conteneurs et de leur élimination. Actuellement, ni les pharmaciens, ni les professionnels des CAARUD ne semblent habilités à les transporter.

¹⁸ Annexe 4

4/ Annexes

Annexe 1 : Liste des tableaux, graphes et cartes

Tableaux

Tableau 1. Nombre de seringues délivrées en pharmacie en 2008	2
Tableau 2. Réunions du COPIL entre 2013 et 2016.....	10
Tableau 3. Nombre de pharmacies sollicitées et de conventions signées	14
Tableau 4. Nombre de seringues distribuées par territoire par le PESP en 2015	15

Graphes

Graphe 1. Ventes de Stéribox® pour 100 habitants de 20 à 39 ans par département, en 2011	4
Graphe 2. Ventes de Stéribox® pour 100 habitants de 20 à 39 ans dans le département du Tarn	5
Graphe 3. Ventes de Stéribox® pour 100 habitants de 20 à 39 ans.....	5

Carte

Carte 1. Pharmacies sensibilisées	13
---	----

Annexe 2 : Bilan de la fédération addiction



Synthèse du projet « RDR en milieu rural »

*piloté par la Fédération Addiction
avec le soutien de l'ARS Midi-Pyrénées*

1. Rappel des objectifs généraux

2013 – 2014 - 2015

- Créer, développer ou renforcer l'accessibilité au dispositif de RDR dans les bassins de santé ruraux de la région
- Réduire les inégalités territoriales de santé

2. Rappel des objectifs opérationnels

2013

- Développer des points de diffusion d'outils de RDR dans les bassins ruraux
- Sur chaque territoire, identifier, mobiliser et sensibiliser des pharmaciens « partenaires » sur la RDR.

2014

- Poursuivre et consolider le développement des points de diffusion d'outils de RDR dans les bassins ruraux
- Faire connaître et développer le partenariat de RDR entre deux acteurs qui sont les pharmaciens et les CAARUD

2015

- Accompagner la mise en place des partenariats entre les pharmaciens et les CAARUD
- Évaluer l'accompagnement mis en œuvre

3. Résultats

a. Résultats en termes de productions / outils

Actions 2013 à 2015	Descriptif	Mise en œuvre
<p>1 Identification, pour chaque territoire de santé, des bassins ruraux prioritaires</p>	<p>En lien avec l'ensemble des CAARUD de la région, définir les bassins ruraux les moins couverts en matière de diffusion d'outils de RDR et, sur chacun d'eux, identifier les officines et les personnes ressources</p>	<p>Référents de l'action : PARMENTIER Nicolas, directeur Epice 82, LACOSTE Martine, directrice Clémence Isaure, DR FA de Midi-Pyrénées et vice-présidente FA, RUFFIE Sylvie, directrice AIPD 09 et DR adjointe FA de Midi-Pyrénées, GAYRIN Huguette, directrice CASA 65.</p> <p>Pilotage de l'action par un <u>COPI</u> composé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BEAUSOLEIL Marie-Laure (Tarn Espoir - 81) - BRASQUIES Fabienne (Village12) - CONDE Kevin, pharmacien - COULET Martine (Regar - 32) - GAYRIN Huguette, directrice CASA 65 - LACOSTE Martine, directrice Clémence Isaure, DR FA de Midi-Pyrénées et vice-présidente FA - MARTINHO Georges ou MEUNIER Dominique, responsable de projet FA - PARMENTIER Nicolas, directeur Epice 82 - POURCEL Bernard ou FRANCOIS Olivier (CEIIS – 46) - RUFFIE Sylvie, directrice AIPD 09 et DR adjointe FA de Midi-Pyrénées <p>⇒ Bassins ruraux prioritaires identifiés à hauteur de 2 par département</p> <p>Pour le Lot (46) : Gourdon, Saint-Céré,</p> <p>Pour le Tarn-et-Garonne (82) : Castel-Moissac,</p> <p>Pour les Hautes-Pyrénées (65) : Vic en Bigorre, Maubourguet,</p> <p>Pour l'Ariège (09) : Pamiers, Basse Ariège,</p> <p>Pour la Haute-Garonne (31) : Muret, Carbonne, Cazères,</p> <p>Pour le Gers (32) : l'Isle Jourdain, Eauze,</p> <p>Pour l'Aveyron (12) : Decazeville, Millau.</p> <p>⇒ Listing noms et adresses de plus de 1 000 pharmaciens (Source : FINESS)</p>

Actions 2013 à 2015	Descriptif	Mise en œuvre
2 Élaboration d'outils et de supports communs	<p>À partir des expériences locales et nationales, définir puis formaliser des modalités communes facilitant la mise en œuvre de partenariats avec les pharmaciens ainsi que des supports d'information / sensibilisation sur la RDR.</p>	<p>Prérequis identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration d'une fiche action récapitulative de la démarche afin d'harmoniser la communication sur celle-ci - Cartographie des situations et des besoins des pharmaciens sur les différents territoires de la région (questionnaire) <p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire pharmaciens (versions papier + électronique) - Courrier pour accompagner l'envoi du questionnaire aux pharmaciens - Plaquette « Le rôle des pharmaciens dans la RDR pris par les UD » - Modèle de convention partenariale CAARUD/Pharmacie pour un PESP - Synthèse juridique sur les DASRI - Protocole concernant les DASRI
3 Information et mobilisation	<p>Avec le soutien du CAARUD implanté sur le territoire, prendre contact avec les pharmaciens des bassins ruraux ciblés et organiser une première rencontre sur site.</p>	<p>Envoi du questionnaire + courrier d'accompagnement du questionnaire + plaquette + Contacts téléphoniques</p> <p>Élaboration d'une vidéo présentant des interviews de pharmaciens, de directions de CAARUD et du représentant de l'ARS.</p> <p>Rencontres institutionnelles : Ordre des Pharmaciens (22 mai 2014) et URPS</p>
4 Organisation d'une rencontre sur chaque bassin rural identifié	<p>Organiser, sur chacun des bassins ruraux ciblés, une réunion regroupant les professionnels du CAARUD et les pharmaciens identifiés comme « volontaires » afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sensibiliser les professionnels à la démarche de RDR et présenter le dispositif CAARUD : - présenter les outils et supports partenariaux élaborés - favoriser les échanges et la concrétisation des partenariats. 	<p>Lot (46) : Une rencontre fin 2013 + Une rencontre organisée le 17 septembre 2014. 7 pharmaciens mobilisés + 5 professionnels du CEIS + représentant Fédération Addiction Un compte rendu élaboré</p> <p>Tarn-et-Garonne (82) : rencontre organisée à Montauban en présence d'une douzaine de pharmaciens</p> <p>Hautes-Pyrénées (65) : soirée d'information et d'échange décembre 2013 (pharmaciens + médecins généralistes)</p> <p>Ariège (09) : réponse aux questions des pharmaciens en continu, deux rencontres sur une localité avec les officines du territoire (pharmaciens + équipe), soirée départementale d'information et d'échange à venir</p> <p>Haute-Garonne (31) :</p> <p>Gers (32) : En cours</p> <p>Aveyron (12) : En prévision</p>

Actions 2013 à 2015	Descriptif	Mise en œuvre
5 Mise en place des partenariats et accompagnement des pharmaciens acteurs	Accompagner la formalisation des partenariats (convention) et leur mise en œuvre opérationnelle. - rencontre régulière ou entretien téléphonique - apporter le matériel de RDR - récupérer et se charger de la destruction des collecteurs - Accompagner, informer et soutenir le personnel des officines	Cf. Résultats enquête « partenariats » ci-dessous.
6 Évaluation quantitative et qualitative	Évaluer, par le biais d'un questionnaire qualitatif et quantitatif diffusé aux professionnels des CAARUD et aux pharmaciens participants, les premiers impacts de l'action.	

Commentaires

Action 1

Réunions du COPIIL		
Dates	Participation	Compte rendu rédigé
8 janvier 2014	12 (dont ARS)	Oui
14 avril 2014	8	Oui
4 juin 2014	11 (dont ARS)	Oui
9 juillet 2014	10	
10 septembre 2014	8	Oui
22 octobre 2014	9	Oui
7 janvier 2015	8	Oui
5 mars 2015	10	Oui
20 mai 2015	17 (dont ARS et DGS)	Oui
2 février 2016	10	Oui

Source : Bilan du projet réalisé par la Fédération Addiction

Forte mobilisation et motivation du groupe tout au long du projet + liens téléphoniques réguliers entre les réunions.

Apports d'expériences, échanges de pratiques, élaboration d'outils et de stratégies adaptées aux pharmaciens avec le support des CAARUD.

Compte rendu systématique de chacune des réunions.

Action 2

Au regard de l'histoire même du champ de la RDR, il nous est apparu important de partager et d'établir une base commune de communication concernant cette action. C'est pourquoi, une **fiche action** a été rédigée (2013) présentant les objectifs, les étapes et les suites du projet.

Les membres du groupe de travail, en échangeant sur les différentes situations territoriales ont mis à jour une hétérogénéité de liens de partenariat avec les pharmaciens. Il nous a semblé intéressant d'objectiver ce point en recueillant des données d'expériences auprès des pharmaciens. Ainsi, nous avons construit un **questionnaire** disponible en version papier et électronique, autour de 3 points :

- 1/ Les pratiques de RDR des pharmaciens auprès des UD (6 questions)
- 2/ Les partenariats avec les dispositifs spécialisés en addictologie (5 questions)
- 3/ Les besoins et pistes d'amélioration (2 questions).

À ce jour, et bien que cet outil n'était pas prévu initialement, nous avons recueilli une **centaine** de réponses. Les résultats ont été analysés et compilés dans un document (cf. PJ). Au-delà de l'objectif quantitatif, la démarche visant à questionner l'expérience des pharmaciens a été un moteur dans la prise de contact qui a suivi.

Action 3

Cette phase de **prise de contact** a été menée à l'aide des **outils** suivants :

- Le questionnaire + le courrier d'accompagnement du questionnaire + la plaquette
- Des contacts téléphoniques pour préparer les rencontres

Durant cette étape, le groupe a souhaité compléter la démarche en proposant un film présentant des interviews de pharmaciens, de représentants de CAARUD engagés sur le projet et d'un représentant de l'ARS Midi Pyrénées. Cet outil visait à capitaliser des expériences de pairs à pairs (pharmaciens) pour nous aider à déployer le projet.

Il a été utilisé en support des démarches partenariales.

+ Rencontres institutionnelles

Action 4

Des rencontres ont pu être d'ores et déjà organisées dans le Lot et en Tarn et Garonne. Dans le Gers et l'Ariège, les rencontres sont en cours d'organisation. Il restera 3 départements à continuer de mobiliser.

Les rencontres qui ont eu lieu **ont permis** de :

- Se rencontrer, mieux se connaître
- Présenter la démarche régionale des CAARUD auprès des pharmaciens des secteurs prioritaires identifiés
- Présenter les outils créés en support pour la mise en œuvre opérationnelle des PES
- Échanger sur les expériences des pharmaciens, leurs difficultés, leurs souhaits, etc.
- Identifier des besoins (information, sensibilisation, soutien...).

Action 5

Suite au travail mené en phase préparatoire de sensibilisation, des partenariats CAARUD/Pharmaciens ont été conclus.

CAARUD	Nombre de pharmacies sollicitées	Nombre de conventions signées	En %
CAARUD 46 (Lot)	16	12	75
CARRUD AIPD 09 (Ariège)	59	Conventions en cours (révision de l'existant : 50 protocoles établis)	
EPICE 82 (Tard & Garonne)	86	22	25,58
INTERMEDE (Hte-Garonne)	68	19	27,94
REGAR Pôle Santé (Gers)	10	0	0
TARN ESPOIR (Tarn)	90	50	55,56
TRACS 65 (Htes-Pyrénées)	29	24	82,76
Village 12 CAARUD EPICE 12	109	63	58

Modalités de partenariats mises en place :

- Des contacts téléphoniques réguliers (mensuels, trimestriels)
- Des contacts téléphoniques ponctuels selon besoin
- Des rencontres ou des visites à la pharmacie régulièrement
- Des passages pour apporter le matériel lorsque nécessaire.

Nombre de kits distribués :

Moyenne sur les 7 CAARUD ayant répondu : 8598 kits

Médiane sur les 7 CAARUD ayant répondu : 3990 kits

Nombre de pharmacies qui ont orienté des patients suite signature convention :

Ont reçu des patients orientés par pharmacies	5 CAARUD / 8	2 à 5 patients
Pas de patients venus par pharmacies	3 CAARUD / 8	

Utilité des outils produits, auprès des pharmaciens :

Utiles	6/7	<p>Commentaires :</p> <p>« Les conventions utilisées sont très proches du modèle proposé. Les rencontres avec les pharmaciens restent primordiales. Le modèle de convention a été réutilisé pour chaque convention. Le film et le doc "le rôle des pharmaciens..." a été distribué en tant que support informatif. Par contre la question de la récupération a souvent été posée comme problème par les pharmaciens.</p> <p>Le modèle de convention est plus complet et la plaquette est un très bon support de communication.</p> <p>Outils adaptés à l'organisation du programme et répondant aux interrogations des pharmaciens.</p> <p>Nous allons passer des conventions avec les pharmacies partenaires en remplacement des protocoles existants. Ceci va nous permettre de réalimenter le travail en partenariat ».</p>
Inutiles	1/7	« Action mise en place en amont ».

Outils qu'il serait intéressant d'aborder :

- « La récupération des DASRI
- Outils sur comment aborder la question de l'addiction, de l'injection et de la RDR pour les pharmaciens.
- Un répertoire régional des PES
- Formation ou un support de sensibilisation à la RDR (philosophie, démarche...) et aux outils. Effectivement, beaucoup de professionnels d'officines n'ont jamais ouvert un kit+ !
- Système de recueil du matériel donné et récupéré pour une meilleure évaluation en fin d'année.
- Compléter le fascicule RDR par des informations de bonnes pratiques concernant la substitution ».

Les partenariats mis en place ont-ils fait évoluer les relations entre usagers et pharmaciens :

Oui à 86% :

- « A permis dans certains cas d'avoir des relations plus saines entre le pharmacien et l'utilisateur, une relation de "confiance".
- A permis une meilleure compréhension des trajectoires des usagers de drogues de la part des pharmaciens.
- Remplace le pharmacien en tant qu'acteur de première ligne.
- Meilleure acceptation des pharmaciens à accueillir, accompagner et orienter les usagers de drogue par voie intraveineuse.
- Pharmaciens plus rassurés, se sentent moins seuls, acceptent plus facilement des relais substitution en lien avec le CSAPA de l'AIPD09 ».

Annexe 3 : Les outils délivrés Kit+

Les kits d'injection Steribox2© ou Kit+ proposent du matériel stérile nécessaire pour la réalisation de 2 « shoots propres » : 2 seringues, 2 cuillères, 2 filtres, 2 tampons secs, 2 tampons alcoolisés, 2 flacons d'eau stérile 5ml et 1 préservatif, accompagné d'une notice. Le Steribox2 est distribué en pharmacie (au prix conseillé de 1 euros), et le Kit+ dans les CAARUD, CSAPA, autres PES et automates.



Annexe 4 : Le questionnaire réalisé par la Fédération Addiction et relayé par les CAARUD aux pharmaciens



Union Régionale Midi-Pyrénées

Questionnaire aux pharmaciens des bassins de santé ruraux de Midi Pyrénées

Département dans lequel est située votre officine :

09 12 31 32 46 65 81 82

A - Vos pratiques professionnelles de Réduction Des Risques auprès des usagers de drogues :

A1/ Recevez-vous des publics usagers de drogues ?

- Oui, précisez combien de personnes environ par mois : ...
- Non

A2/ Rencontrez-vous des difficultés pour accueillir ce public ?

- Non
- Oui, précisez lesquelles :

A3/ Si vous recevez des publics usagers de drogues, leur transmettez-vous :

- Des messages de prévention – lesquels ?
- Des supports d'information – lesquels ?

A4/ Vendez-vous des Steribox ?

- Non
- Oui, combien par mois environ :

A5/ Donnez-vous gratuitement des kits+ ?

- Non
- Oui, combien par mois environ :

A6/ Distribuez-vous des boîtes de récupération du matériel aux usagers ?

- Non
- Oui, combien par mois environ :

1

B – Vos partenariats avec les dispositifs spécialisés en addictologie :

B1/ Connaissez-vous en proximité, un service ou des services qui s'occupe(nt) des usagers de drogue ?

-
-
-

B2/ Avez-vous des échanges avec ce ou ces service(s) ?

- Oui
 Non

B3/ Si oui, sur quel(s) axe(s) ?

- Programme d'échange de seringues (PES)
 Conseil et orientation vers des services spécialisés en addictologie
 Traitements de TSO
 Autres (préciser) :

B4/ Avez-vous trouvé le soutien dont vous aviez besoin ?

B5/ Quelles pistes d'amélioration identifiez-vous ?

C – Besoins et pistes d'amélioration

C1/ Souhaiteriez-vous être plus informé sur la Réduction des Risques ?

C2/ Accepteriez-vous d'être contacté par le service de proximité ?

- Oui - Merci de préciser le nom et les coordonnées téléphoniques de la personne à contacter :

- Non

Commentaire libre :

Questionnaire à retourner à Dominique MEUNIER, responsable de projet Fédération Addiction

Par courrier 20 Place Pey Berland – 33000 Bordeaux

Par email : d.meunier@federationaddiction.fr

Merci !

Usagers injecteurs & DASRI

Les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) produisent des déchets qui ne sont pas considérés, au sens strict, comme des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI).

Néanmoins, parce que ces déchets présentent des risques mécaniques, infectieux et psycho-émotionnels comparables à ceux des DASRI, ils doivent être traités comme tels.

La législation concernant les DASRI et assimilés est inscrite dans le Code de la Santé Publique (article R.1335-1 à R.1335-8).

Règlementation DASRI

I) Conditionnement

« Les déchets d'activités de soins et assimilés sont collectés dans des emballages à usage unique. Ces emballages doivent pouvoir être fermés temporairement et ils doivent être fermés définitivement avant leur enlèvement. Les emballages sont obligatoirement placés dans des grands récipients pour vrac, sauf dans les cas définis par arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé. » (Article R.1335-6 CSP)

Dans le cas des déchets perforants, l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages précise que :

- ces déchets doivent être placés dès leur production dans des emballages,
- ces emballages peuvent être des boîtes à aiguilles, des minicollecteurs, des fûts ou des jerricans en plastique,
- ces emballages répondent à la norme NF X 30-500.

II) Entreposage

Les règles relatives à l'entreposage des DASRI (une fois emballés) sont explicitées dans l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif à l'entreposage.

Cet arrêté définit un certain nombre de règles en fonction des quantités de DASRI produites sur un même site :

Durée maximale entre production et élimination des déchets :

- 7 jours si production inférieure à 100 kg/semaine
- 1 mois si production inférieure à 15 kg/mois
- 3 mois si production inférieure à 5 kg/mois.

Entreposage :

- Dans des locaux réservés répondant aux strictes spécifications de l'arrêté (article 8).
- *Si production ou regroupement de quantités inférieures à 15 kg/mois*, l'entreposage est possible dans une zone spécifique, de surface adaptée, identifiée et à accès limité, à l'écart des sources de chaleur et régulièrement nettoyée. L'entreposage ne concerne que des emballages définitivement fermés et conformes aux normes de transport sur la voie publique (ou placés dans des emballages homologués dans le cas contraire).

NB : en cas de regroupement d'une quantité de DASRI supérieure à 15 kg/mois, la création de l'installation de regroupement doit faire l'objet d'une déclaration à l'ARS.

II.3) Transport et élimination

Le transport des DASRI est soumis aux dispositions de l'arrêté du 29 mai 2009 relatif au transport des matières dangereuses (dit « arrêté TMD »).

L'élimination est encadrée par l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières

L'enlèvement des DASRI est réalisé par un prestataire de service spécialisé. Une convention doit être établie entre le prestataire et le point de collecte.

Le prestataire doit être en règle avec l'arrêté TMD, avoir contractualisé avec une société de traitement conforme à la réglementation et effectuer une traçabilité des DASRI à l'aide de bordereaux de suivi.

Code de la Santé Publique : DASRI

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=37C7188064884AD25C122AFF71FAF6C4.tpdjo12v_3?idSectionTA=LEGISCTA000022963923&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140312

Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des DASRI

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000416613>

Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000213467>

Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000762043>

Arrêté du 29 mai 2009 relatif aux transports de marchandises dangereuses (« TMD »)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020796240&fastPos=1&fastReqId=1014390938&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>