

JOURNEE NATIONALE DE L'ECHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIES

avec le soutien de



APOTHICOM



ASCODE



CROIX VERTE
& RUBAN ROUGE



DDASS
du Rhône



Assurance Maladie



LES ACTES DE LA JOURNEE

LYON - 26 MARS 2001 - C.H.S. SAINT-JEAN DE DIEU

JOURNÉE NATIONALE DE L'ÉCHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIES

ORGANISÉE PAR LES ASSOCIATIONS

APOTHICOM

CMS - 64, avenue Georges Gosnat - 94200 Ivry-sur-Seine
Tél. : 01 46 70 70 72 - 01 46 72 38 38 - Fax : 01 46 00 00 00
Email : info@steribox.tm.fr - <http://www.steribox.tm.fr>

ASCODE

10 bis, boulevard Saint Assisclé - BP 2070 - 66011 Perpignan cedex
Tél. : 04 68 68 31 41
E-mail : ascode@free.fr

CROIX VERTE & RUBAN ROUGE

1, rue Marinette - BP 3 - 60570 Andeville
Tél. : 03 44 22 59 02
E-mail : cvrr@infonie.fr

RUPTURES

36, rue Burdeau - 69001 Lyon
Tél. : 04 78 39 34 89 - Fax : 04 78 30 10 08
E-mail : ruptures@wanadoo.fr

A V E C L E S O U T I E N D E

la DGS Division Sida

la MILDT

la DDASS du Rhône

la CPCAM de Lyon

le Conseil Général du Rhône

le Laboratoire Becton Dickinson

le Laboratoire Schering Plough

l'Hôpital Saint-Jean de Dieu

SOMMAIRE

PRÉSENTATION 5

HISTORIQUE 7

LES ACTES

LE PHARMACIEN, ACTEUR DE PREMIÈRE LIGNE 9

A. COPPEL - Présidente de l'AFR - Directrice d'Emergence Espace Tolbiac

LE DISPOSITIF DE RÉDUCTION DES RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES EN 2001 11

Docteur N. LABROSSE-SOLIER - SD6. Division de lutte contre le VIH-Sida et les MST

L'ÉCHANGE EN OFFICINE DANS LES PYRÉNÉES-ORIENTALES : DEUX ANS D'EXPÉRIENCE 13

M. DHEUR - ASCODE Perpignan

HÉPATITE C : VERS DES ACTIONS DE PRÉVENTION PRIMAIRES EFFICACES 17

Docteur E. IMBERT - APOTHICOM

PHARMACIENS ET TOXICOMANES : VERS UN ARMISTICE ? 23

N. BONNET - Pharmacien - APOTHICOM

LES PHARMACIENS MOSELLANS ACTEURS DE PRÉVENTION ET DE SOIN AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES 27

Docteur J.F. AUBERTIN - R.V.H.T. Metz-Thionville

LE PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN OFFICINES DANS LE DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES 29

P. GREGORY - AIDES Pôle Deux-Sèvres

LE PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN OFFICINES DU PAYS DE GEX 33

D. BARBIER - Accueil Aide aux Jeunes

SYSTÈME SIAMOIS 35

Docteur J. EMMANUELLI - InVS

LES ATELIERS

MÉTHODOLOGIE DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES AVEC LES PHARMACIENS 39

M. DHEUR [ASCODE 66] - P. GREGORY [AIDES Poitou-Charentes] - A. VINOT [MISP-DDASS 66]

RÉCUPÉRATION DES SERINGUES USAGÉES ET SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS 40

R. SWAENPOEL [CVRR 03] - B. RIYACHI [SEDAP 21]

MOBILISATION, SOUTIEN, FORMATION DE L'ÉQUIPE OFFICINALE 41

I. LANCEL [MDM 34] - M.J. AUGÉ-CAUMON [Pharmacien 34] - S. ROBINET [CVRR 67] - J.C. GAK [VISA 94] - S. SANTONI [VISA 94]

ÉCHANGE DE SERINGUES, PARTICIPATION DES USAGERS ET SANTÉ COMMUNAUTAIRE 42

S. JERABEK [Ruptures 69] - F. OLIVET [ASUD 75] - J. KEMPFER [Association LIBERTE 92]

MÉTHODE ET OUTIL D'ÉVALUATION DES PROGRAMMES 44

J. EMMANUELLI [Institut de Veille Sanitaire 94] - P. CORMONT [COPAS 59]

ANNEXES

L'EXPÉRIENCE DE L'ASSOCIATION S.E.D.A.P. À DIJON 45

B. RIYACHI [SEDAP 21]

PHARMASOINS NICE : DES PHARMACIENS S'ENGAGENT 47

Rapport d'activité 2000 de l'opération Distribox - J. RICHARD

LE RÔLE DES PHARMACIES EN GRANDE-BRETAGNE : LES P.E.S. DANS LE SUD-EST DE LA GRANDE BRETAGNE 49

Interview du Dr. J. SHERIDAN - Propos recueillis par le Dr. E. IMBERT

LISTE DES PARTICIPANTS 53

POURQUOI CETTE RENCONTRE ?

Début 2001 quatre associations prennent l'initiative d'organiser une journée de travail sur la question de l'échange de seringues en pharmacie. Leur but : casser l'isolement des équipes, partager les expériences en cours et leur évaluation, promouvoir les méthodologies d'action avec les pharmaciens.

Bien que seules quelques actions pilotes soient développées en France, ce sont cent cinquante acteurs de la Réduction des Risques qui se sont réunis le 26 mars à Lyon. Succès d'affluence donc, et une démonstration : Les associations de réduction des risques et les pharmaciens peuvent travailler ensemble.

Un constat

Le *partage des seringues* et du matériel d'injection est l'une des causes principales de contamination sida et hépatites des usagers de drogue par voie intraveineuse.

A partir de ce constat le dispositif d'accès aux seringues s'est développé, depuis 1987, sous forme de lieux fixes, de programmes itinérants, d'automates, et surtout par le biais de la vente de seringues et de trousse de prévention en officines de pharmacies.

Des acteurs

Dans ce dispositif sont investis les représentants des institutions, associations et professionnels du secteur médico-social ; les pharmaciens et leurs équipes y tiennent une place particulière avec les usagers de drogue.

De nouvelles expériences

Des expériences originales ont lieu à partir des officines, en cohérence avec le reste du dispositif, en allant plus loin que la délivrance du Stéribox et de pochettes d'information ; elles sont devenues de véritables programmes d'échange de seringues.

Des résultats

Ces actions pionnières en France donnent des résultats inattendus en termes de volume de matériel distribué/récupéré et, surtout, d'adhésion des pharmaciens et des personnes concernées.

Une conviction

90% des seringues utilisées par les usagers de drogue étant délivrées par les pharmaciens c'est avec ces derniers que nous pourrons mieux maîtriser les épidémies virales touchant les personnes toxicomanes par voie intraveineuse.

Michel DHEUR Elliot IMBERT Sylvain JERABEK Richard SWAENEPOEL
pour ASCODE pour APOTHICOM pour RUPTURES pour Croix Verte & Ruban Rouge

HISTOIRE DE LA VENTE DE SERINGUES EN OFFICINE

HISTORIQUE

- Avant 1972** Vente libre des seringues en pharmacie
- 1972** Le Décret signé de Monsieur Chaban Delmas demande 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.
- 1984** Il y a 16 ans, mourait du SIDA le premier usager de drogue par voie intraveineuse. Très vite, cette maladie devient la première cause de mortalité des usagers de drogue. Quelques pharmaciens, conscients de la transmission sanguine du VIH, vendent des seringues hors prescription médicale et sans justification d'identité.
- 1985** L'association AIDES, association de patients et de proches de patients atteints du SIDA, brise le cadre de délivrance des seringues, en toute illégalité, sous le feu des médias.
- 1987 - 1992** Madame Barzach, Ministre de la Santé, lance l'expérience de vente libre de seringues, qui sera par la suite pérennisée, après évaluation. Dès lors, l'accès aux seringues en officine est libre, ce qui permet une dispensation sans conditions particulières. En 1989, trois programmes-pilotes d'échange de seringues sont mis en place, notamment par MDM.
- 1992 - 1995** De 1992 à 1994 un programme, regroupant des associations de Santé Communautaire, des organismes du dispositif spécialisé et des Collectivités Territoriales, expérimente la trousse de prévention Stéribox® avec les pharmaciens de leur secteur. Mille pharmaciens s'y associent en deux ans. En Octobre 1994 le Ministère de la Santé et l'Ordre des Pharmaciens étendent cette expérience au plan national : le soutien de l'Etat permet que le Stéribox soit vendu à bas prix (5F). L'augmentation de l'offre s'accompagne d'un infléchissement, puis d'une diminution, de l'incidence annuelle du VIH dans la population des usagers de drogue.
- 1995** En 1995, cette autorisation est étendue aux associations de réduction des risques. Les trousse de prévention KAP (MDM), KIT (DGS) sont agréées. Des trousse expérimentales sont proposées (MSF).
- 1998 - 1999** Une directive des autorités sanitaires définit le cahier des charges auquel doivent répondre les nouvelles trousse de prévention (dont l'ajout d'une cupule et d'un filtre stérile et à usage unique) pour bénéficier de l'aide de l'Etat. C'est le cas du nouveau Stéribox (Stéribox® 2) vendu 7F en officine et du nouveau KIT (KIT +).
- Aujourd'hui** 96% des pharmaciens d'officine vendent des seringues. Les pharmacies distribuent 15 millions de seringues par an aux usagers de drogue, soit plus de 90% des seringues qui leur sont destinées. De 55 à 94% des officines, selon les régions, proposent le Stéribox®. Des expériences-pilotes d'échange de seringues en officine se développent.

LE DISPOSITIF D'ACCÈS AU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION POUR PERSONNES TOXICOMANES I.V.

En 1994 la France adopte officiellement la politique de réduction des risques. Ces actions se sont développées en France, avec le soutien de la DGS - Division Sida, sous forme de :

- **Boutiques** : lieu d'accueil, de prévention, d'hygiène et de soins primaires pour usagers de drogues (32 lieux en France)
- **Programmes d'échange de seringues** : fixes ou itinérants - bus - équipes sacs à dos - actions pharmacies (86)
- **Automates** : récupérateurs, distributeurs avec jetons, échangeurs (198)

HISTOIRE DES PROGRAMMES AVEC LES PHARMACIENS

Initié en 1990 par diverses associations du champ Sida/Toxicomanie (EGO, AMPT, Apothicom, AIDES...), le travail avec les pharmaciens consistait à proposer, par leur intermédiaire, des pochettes d'information incluant le reste du matériel (tampon d'alcool, eau stérile, préservatif,...) nécessaire à une injection "propre" à partir de l'achat d'une seringue.

La création du Stéribox® par Apothicom et sa mise sur le marché par la Direction Générale de la Santé en 1994 ont permis de proposer aux usagers de drogues I.V. un outil adapté de réduction des risques de contamination.

La mise en vente en officine de cette trousse de prévention renforce le positionnement du pharmacien en tant qu'acteur de santé et interlocuteur privilégié des personnes toxicomanes dans la lutte contre le Sida.

Les "programmes pochette" évoluent pour intégrer ce nouvel outil, voire pratiquer de l'échange de containers. Quelques pharmaciens, regroupés en association ou intégrés dans des réseaux Ville/Hôpital Toxicomanie, s'essayent à l'échange de seringues en officine.

LE PHARMACIEN, ACTEUR DE PREMIÈRE LIGNE

A. COPPEL - Présidente de l'AFR - Directrice d'Émergence Espace Tolbiac

Pharmaciens et usagers de drogues ont une longue histoire commune, longtemps quasi clandestine, où le pharmacien n'avait pas d'autre choix que l'indifférence, le rejet ou la mauvaise conscience. Il aura fallu l'épidémie de sida et la politique de réduction des risques pour que le pharmacien soit légitimé dans son rôle d'acteur de santé publique. Il est devenu "acteur de première ligne", c'est-à-dire professionnel de santé en relation avec des usagers de drogues "actifs" - qui consomment des drogues.

Un rôle-clé à plus d'un titre

- **le pharmacien est le premier - et peut-être le seul - des professionnels de santé avec lequel tous les usagers de drogue entrent en contact.** L'accessibilité du matériel d'injection repose en grande part sur lui mais son rôle n'est pas uniquement technique. 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 protection de sa santé.
- **le pharmacien est la tête de pont d'un réseau de soin.** Il assume les fonction de contrôle et de médiation entre l'usager et le médecin et plus largement les services sanitaires.
- **le pharmacien a une fonction d'alerte**, il est le premier à connaître les évolutions des consommations de médicaments psychotropes et leur détournement ; il est par exemple le seul, aujourd'hui, à savoir s'il existe de jeunes injecteurs.

Au regard des missions de prévention, d'accès aux soins, de continuité des traitements, comme au regard de la fonction d'alerte, le pharmacien peut se sentir démuné : sa pratique ne peut être que très modeste vu le cadre commercial où elle s'exerce. C'est que ces missions doivent s'inscrire dans des logiques collectives. Rien ne se fait seul en prévention - et je rappellerai que si l'adoption d'un comportement de prévention est un acte individuel il exige une mobilisation collective comme le démontre aujourd'hui le relâchement de la prévention sexuelle, parallèle à la montée de l'indifférence. Dans la logique du soin, les acteurs de première ligne sont l'avant-garde du système de soin et une avant-garde sans arrière-garde c'est une armée prise au piège - un sentiment qu'éprouvent régulièrement les acteurs de première ligne.

De nouvelles pratiques

La particularité des pharmaciens au regard d'autres acteurs de première ligne, c'est que c'est l'ensemble d'un corps professionnel qui a dû se mobiliser - et qui s'est effectivement mobilisé. On peut estimer que près du tiers de la profession s'est véritablement engagé comme acteur de santé publique et les conflits restent étonnamment marginaux, si on tient compte des contradictions qui doivent être surmontées et de l'isolement du plus grand nombre. Il est relativement exceptionnel que les pharmaciens refusent de s'engager dans des réseaux de soin lorsqu'ils sont sollicités, et des pharmaciens ont joué un rôle moteur dans nombre d'actions. De nouvelles pratiques professionnelles ont été élaborées avec de nouvelles relations avec l'usager. Les pharmaciens les plus investis ont appris à accepter "les usagers tels qu'ils sont", condition du dialogue et du changement. Ils ont acquis une connaissance des usages qui leur permet de jouer à la fois leur rôle d'information auprès des usagers et leur rôle d'alerte auprès du réseau de soin. Ils ont, enfin, appris le fonctionnement du système de soin ce qui leur permet d'orienter les usagers. Quelques pharmaciens assument même des fonctions d'accompagnement et de soutien au quotidien de patients particulièrement difficiles qui ne sont pas tolérés dans les centres de soins. Il s'agit là de pratiques exceptionnelles qui ont pu jouer un rôle moteur dans les actions locales mais il me semble qu'aujourd'hui, la réflexion que nous devons mener ensemble doit se fixer un objectif plus généraliste : quel rôle le pharmacien peut-il assumer dans sa pratique professionnelle ordinaire ? Quel soutien ou système d'échange

**LE PHARMACIEN,
ACTEUR DE PREMIÈRE LIGNE**

A. COPPEL - Présidente de l'AFR - Directrice d'Émergence Espace Tolbiac

doivent lui apporter les acteurs qui, à un titre ou un autre, sont engagés dans la prévention et le soin aux usagers de drogues ?

Des clients comme les autres

Les pharmaciens ne sont pas des spécialistes en toxicomanie. Aller dans une pharmacie, c'est aller dans un lieu qui n'est pas spécifique et c'est tout l'intérêt des actions qui peuvent y être menées. Un des enjeux de la politique de santé publique est que les usagers de drogues retrouvent leur place dans la cité, qu'ils soient, pour les médecins, des patients comme les autres, pour les pharmaciens, des clients comme les autres. Les programmes d'échange de seringues qui associent des pharmaciens présentent l'avantage qu'ils ne nécessitent pas d'aller dans un lieu spécifique, marqué "toxicomanie-sida". Mais l'accès à un service généraliste peut exiger des supports spécifiques qui tiennent compte des particularités des usagers de drogue. Ce sont ces supports spécifiques, ces actions passerelles, que nous devons travailler ensemble, aujourd'hui, en respectant la diversité des situations usager/pharmacien et des types d'implication.

LE DISPOSITIF DE RÉDUCTION DES RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES EN 2001

Docteur N. LABROSSE-SOLIER - SD6. Division de lutte contre le VIH-Sida et les MST

La Réduction des Risques chez les usagers de drogue par voie intraveineuse inscrite dans la lutte contre le VIH

- ◆ Mai 1987 - Décret autorisant la vente des seringues en pharmacies
- ◆ Arrêté du 7 mars 1995 relatif aux conditions des actions de prévention et aux Programmes d'Échange de Seringues
- ◆ Circulaire du 12 avril 1995 support de la Politique de Réduction des Risques

Le dispositif de Réduction des Risques en 2001

- ◆ Il couvre pratiquement toutes les régions
- ◆ Il est diversifié
- ◆ 106 PES fixes ou mobiles (une quinzaine en pharmacies d'officine)
- ◆ 42 boutiques
- ◆ 272 automates (50 échangeurs)

Evolution du nombre de Structures ou Programmes

Structures	1997	1998	1999	2000	2001
PES [y compris en pharmacies]	86	88	100	102	106
Boutiques	32	32	34	36	42
Automates	150	200 [50 récup.]	220	250	272

Crédits consacrés à la Politique de Réduction des Risques (47-18)

	1997	1998	1999	2000	2001
Financement [Structure ou Programme]	60.5 MF	72.5 MF	78.3 MF	84.0 MF	88.0 MF
Aides aux outils	5.8 MF	6.0 MF	7.6 MF	7.6 MF	7.6 MF
TOTAL	66.3 MF	78.5 MF	85.9 MF	91.6 MF	94.0 MF

La Réduction des Risques chez les usagers de drogue intégrée dans la stratégie de prévention du VIH 2001 - 2003

- ◆ Les usagers de drogue (par voie injectable notamment) restent un groupe à forte prévalence pour le VIH
- ◆ Les nouvelles pratiques ne sont pas dénuées de risques
- ◆ Les personnes usagères de drogues par voie injectable constituent un groupe à risques

LE DISPOSITIF DE RÉDUCTION DES RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES EN 2001

Docteur N. LABROSSE-SOLIER - SD6. Division de lutte contre le VIH-Sida et les MST

Objectifs de la Réduction des Risques chez les usagers de drogue

- ◆ Maintenir l'incidence à la baisse du VIH chez les usagers de drogues et faire diminuer l'incidence du VHC
- ◆ Poursuivre et renforcer l'action en faveur des pratiques d'injection sans risques
- ◆ Réduire la place de l'injection dans les pratiques des usagers
- ◆ Améliorer la prévention des risques sexuels chez les usagers de drogue par voie injectable

Renforcer la Réduction des Risques chez les usagers de drogue

- ◆ Poursuivre la mise en place des programmes
- ◆ Conforter le dispositif en l'inscrivant dans la loi de 1975
- ◆ Définir la place des programmes "souples" (rôle de l'auto-support)
- ◆ Améliorer la prévention "sexuelle" chez les usagers

Améliorer l'accessibilité aux outils de la Réduction des Risques

- ◆ Les ventes en officines sont la première source d'approvisionnement [SIAMOIS]
- ◆ L'aide de l'État aux outils doit limiter le coût pour les usagers
- ◆ L'accessibilité géographique dans les Programmes d'Échange de Seringues doit se poursuivre
- ◆ La connaissance des outils diffusés dans les Programmes d'Échange de Seringues doit être améliorée

Une problématique commune aux outils de prévention/VIH

- ◆ Veiller à la qualité/sécurité des outils diffusés
- ◆ Améliorer l'accessibilité géographique
- ◆ Diversifier les lieux de distribution et améliorer la visibilité de ces outils
- ◆ Sensibiliser les professionnels relais de diffusion

Valoriser les pratiques des pharmaciens dans les Programmes d'Échange de Seringues

- ◆ Acteur de santé publique de proximité le pharmacien joue un rôle dans la Réduction des Risques (VIH/VHC)
- ◆ Le pharmacien acteur des réseaux de prise en charge des usagers de drogues
- ◆ Partager les expériences en soulignant leurs réussites et leurs obstacles : évaluer pour diffuser

L'ÉCHANGE EN OFFICINE DANS LES PYRÉNÉES-ORIENTALES : DEUX ANS D'EXPÉRIENCE

Michel Dheur - ASCODE Perpignan

Le département des Pyrénées-Orientales est particulièrement concerné par la toxicomanie. Selon le rapport publié en novembre 2000 par l'OFDT, il occupe le 1^{er} rang national de la vente pour 100 habitants de Subutex® et de la vente de Stéribox®, le 2^{ème} au regard des indicateurs de la toxicomanie pour les substances illicites et le 6^{ème} si l'on inclue les substances licites dont alcool et tabac.

L'association ASCODE, créée en 1996, est spécialisée dans la réduction des risques liés aux usages de drogues. En mars 1998 elle met en place un bus d'échange de matériels d'injection. Fin 1998, sur sollicitation de la D.D.A.S.S., elle élabore un projet visant à faire participer les pharmaciens d'officines à la diffusion de matériels stériles d'injection. Depuis, l'association a ouvert en juillet 2000 un lieu d'accueil de jour.

Avant d'entrer dans une phase d'exploitation courante en mars 2000, le projet d'échange de matériels d'injection en officines s'est préparé sur une période de 12 mois et s'est déroulé en trois temps :

- **une étude préalable** sur 5 mois débutant par une prise de connaissances de projets similaires déjà existants dans le Sud de la France, accompagnée d'entretiens avec les correspondants des Institutions locales pour apprécier la faisabilité du projet, suivie, avec la participation d'une sociologue d'une étude de terrain auprès d'une sélection d'officines et d'un sondage auprès d'usagers fréquentant le bus.
- **une phase de concertation** en réunion ou inter-individuelles sur 4 mois avec les différents partenaires du projet - Institutions, financeurs et pharmaciens - permettant de définir le protocole de partenariat ; il faut souligner l'appui de partenaires privilégiés qu'ont été, outre la D.D.A.S.S., la direction Hygiène & Santé de la Mairie de Perpignan et la Direction de la C.P.A.M,
- **une phase expérimentale** sur 3 mois intégrant en parallèle la formation des personnels d'officines, la préparation des tournées et la validation in situ du protocole mis en œuvre.

Ce protocole, inchangé à ce jour depuis la phase de concertation, répartit les rôles entre :

- **les pharmaciens**, pour la relation avec l'utilisateur dans l'échange gratuit de Stéribox® au comptoir avec récupération des matériels usagés,
- **l'association**, qui assume la logistique de l'opération dont la formation des personnels d'officines, l'achat et le conditionnement des matériels, la desserte hebdomadaire des officines pour l'approvisionnement et l'élimination des matériels souillés, le suivi de gestion.

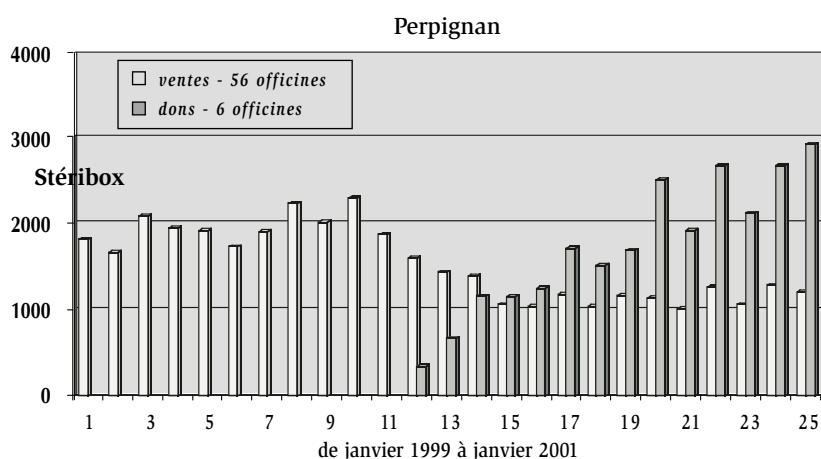
A ce jour, après une première année de fonctionnement, le réseau baptisé PEMI-PO réalise sur la ville de Perpignan, avec seulement 6 officines, le double du volume de Stéribox® vendu par les 50 autres officines de la ville. Il dessert en outre 5 points sur trois autres communes du département, Prades, Céret et Port-Vendres.

L'ÉCHANGE EN OFFICINE DANS LES PYRÉNÉES-ORIENTALES : DEUX ANS D'EXPÉRIENCE

M. DHEUR - ASCODE Perpignan

Le financement du projet est réparti entre la Mairie, pour la mise à disposition et l'entretien de la fourgonnette, la C.P.A.M., pour les matériels de réduction des risques et la D.D.A.S.S., pour la masse salariale d'un agent de prévention/logisticien et les frais de gestion. Pour l'exercice 2001, le seul volet des matériels de Réduction des Risques - achat, conditionnement et élimination des matériels souillés récupérés - représente 55% du budget d'exploitation du réseau.

Evolution comparée des cumuls des ventes et dons de Stéribox® sur Perpignan : + 100% de janvier 1999 à janvier 2001



ventes de 56 officines

1999 = 23 071 • moyenne / mois = 1 925

2000 = 14 079 • moyenne / mois = 1 173

dons de 5, puis 6 officines

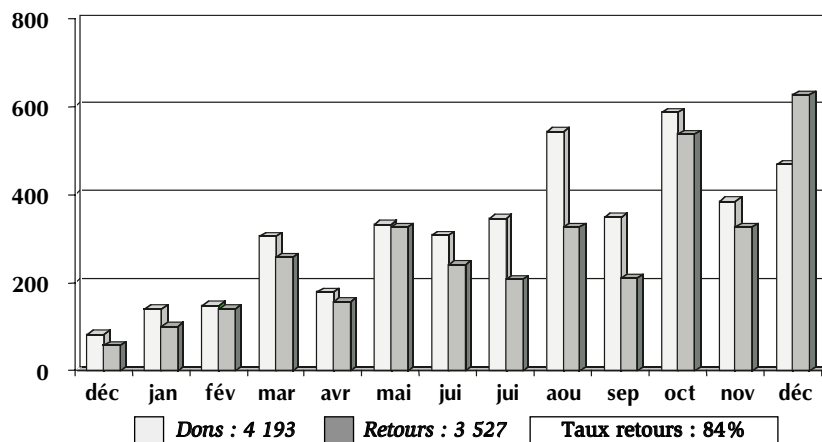
2000 = 20 829 • moyenne / mois = 1 735

cumuls ventes et dons

2000 = 34 368 • moyenne / mois = 2 864

❶ Suivi d'exploitation

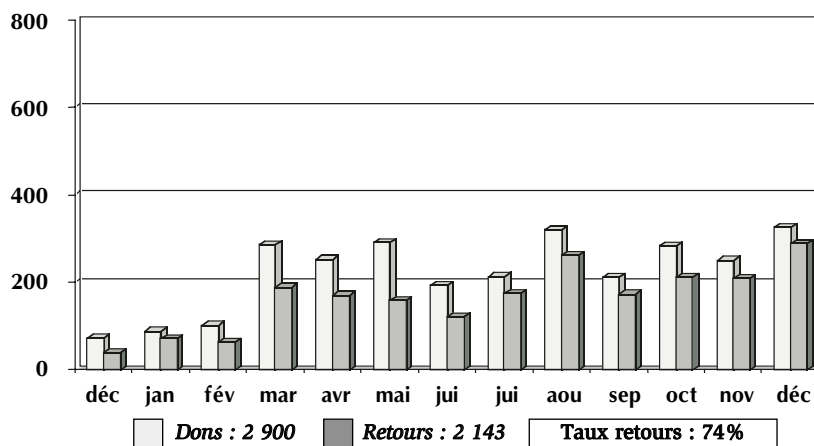
Une officine de la ville de Perpignan - Gare (fig.1)



L'ÉCHANGE EN OFFICINE DANS LES PYRÉNÉES-ORIENTALES :
DEUX ANS D'EXPÉRIENCE

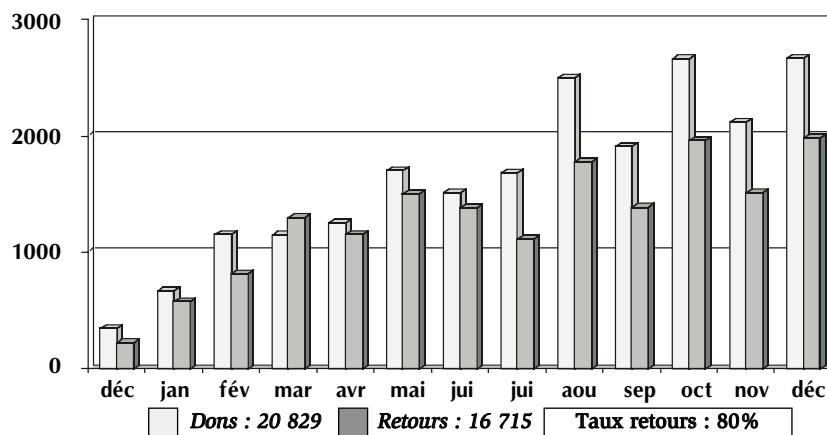
M. DHEUR - ASCODE Perpignan

Une officine de la ville de Prades (fig.2)



En dehors du Chef-Lieu, le même tendance s'observe.

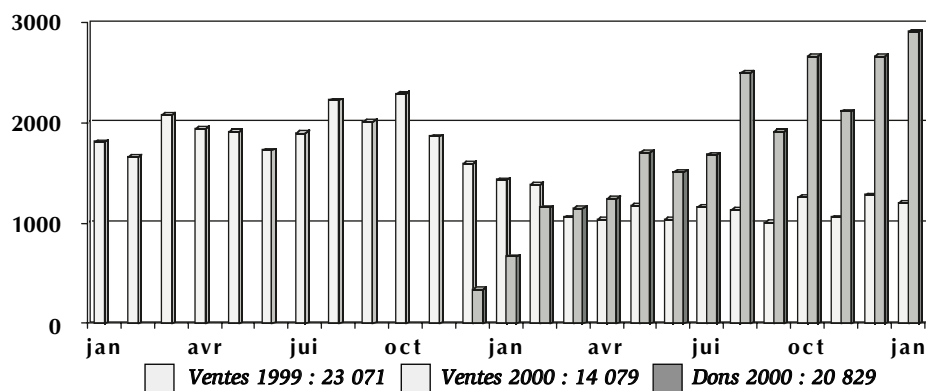
Ville de Perpignan - dons & retours (fig.3)



Le retour de matériel usagé est de 80%.

② Cumul Stéribox®

Perpignan - ventes & dons + 51 % (fig.4)

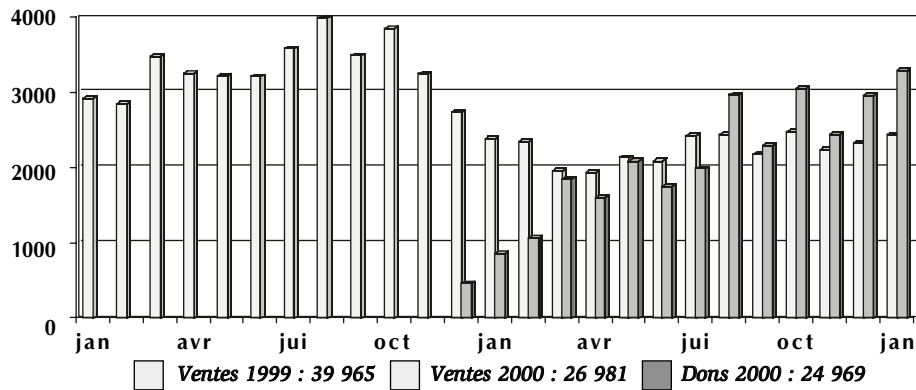


Entre janvier 2000 et janvier 2001, l'introduction de l'échange en pharmacie a doublé, à Perpignan, la demande de matériel stérile, quand on cumule les ventes et les dons.

L'ÉCHANGE EN OFFICINE DANS LES PYRÉNÉES-ORIENTALES : DEUX ANS D'EXPÉRIENCE

M. DHEUR - ASCODE Perpignan

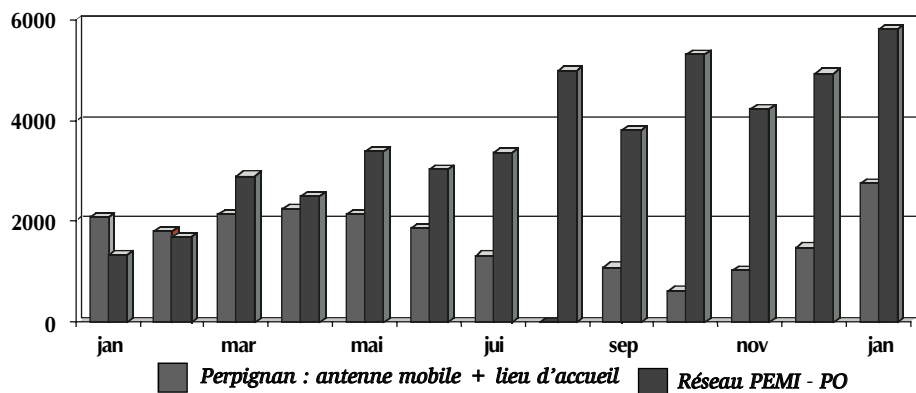
Département : ventes & dons + 30% (fig.5)



La même tendance s'observe sur le département quand on cumule les ventes et les dons.

③ «Impact» sur les outils ASCODE

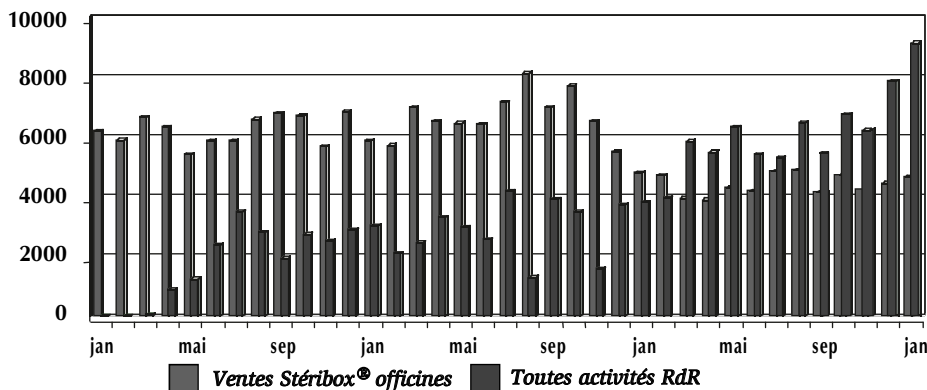
Année 2000* (fig.6)



Après une période de fléchissement par déplacement des usagers vers le Réseau PEMI-PO, l'activité de l'antenne mobile et du lieu d'accueil ont retrouvé leur activité antérieure.

④ Ventes Stéribox® et activité RdR

Département - évolution de 1998 à 2000* (fig.7)



Globalement, l'ensemble des activités RdR sur le département des Pyrénées-Orientales s'est accru en un an.

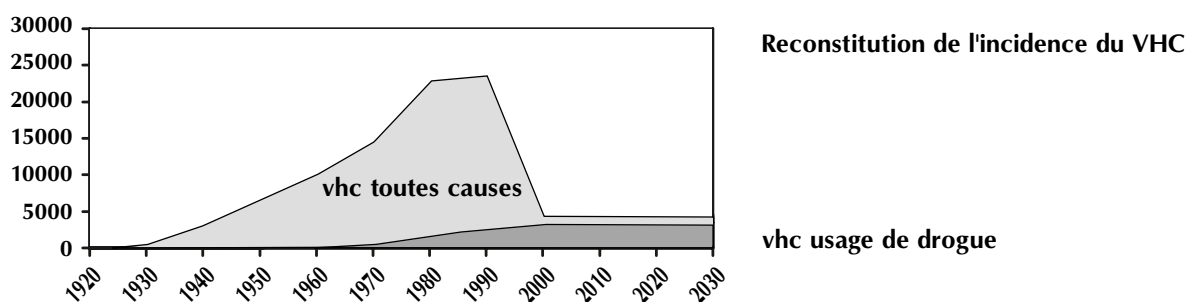
* En équivalent seringues

HÉPATITE C : VERS DES ACTIONS DE PRÉVENTION PRIMAIRES EFFICACES

Docteur E. IMBERT - APOTHICOM - Centre Municipal de Santé Ivry/Seine
 eliot.imbert@wanadoo.fr

PRÉVALENCE ET INCIDENCE

- 58% des usagers de drogues seraient porteurs du VHC en France¹.
- Maladie silencieuse et lente, la progression de l'hépatite C vers la cirrhose, dans 20% des cas, et vers le cancer du foie, dans 30% des cas de cirrhose, laisse prédire une morbidité importante, une insuffisance d'organes pour les transplantations hépatiques rendues nécessaires dans les années à venir et une surmortalité.



L'on ne contrôle pas aujourd'hui l'épidémie chez les usagers de drogue, chez qui l'on observerait dix nouvelles contaminations par jour².

COMMENT SE CONTAMINE-T-ON AUJOURD'HUI ?

La seringue empruntée, le matériel de préparation partagé, l'entraide entre injecteurs (hétéroinfection manuportée) sont les trois modes de contamination.

Une étude américaine, publiée en Janvier 2001³, portant sur une cohorte de 317 injecteurs séronégatifs à l'inclusion, étudie les causes de leurs séroconversions VHC et mesure, en un an, la part respective de ces modes de contamination :

- L'incidence du VHC est de 29% par an chez ceux qui partagent la seringue,
- L'incidence du VHC est de 16% par an chez ceux qui ne partagent pas la seringue mais partagent la cuillère et le filtre,
- 4,2% de ceux qui ne partagent ni seringue ni cuillère ni filtre se contaminent en un an : le mécanisme suspecté ici est l'hétéroinfection manuportée.

¹ J. Emmanuelli & all., Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, Invs-Inserm, nov 1999.

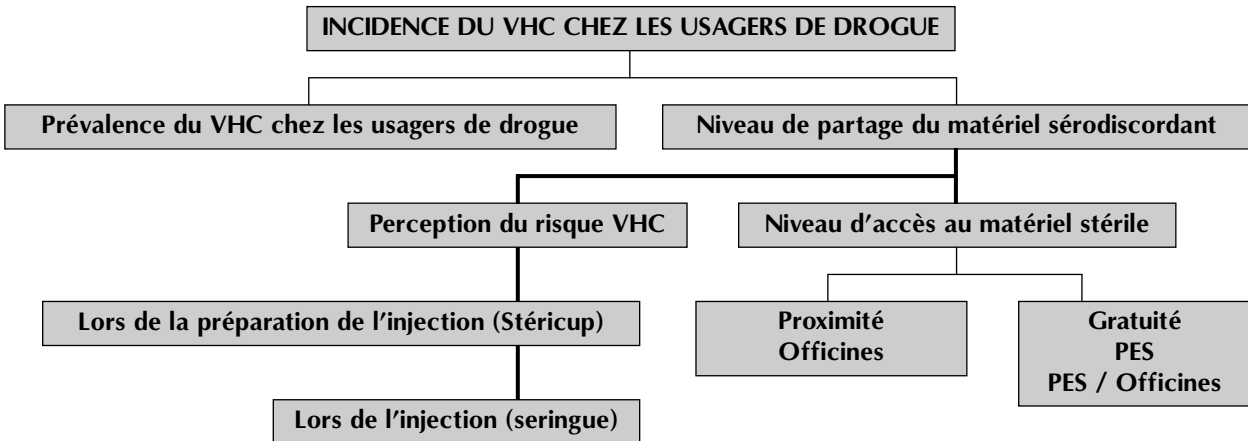
² Selon Roudhot-Thoraval (1999), et le groupe de pilotage de la cohorte d'injecteurs de CIRENOR (D.Lucidarme, D.Ilef)

³ Hagan Holy & all, Sharing of Drug Preparation equipment as a risk factor for hepatitis C, Am Journ of Pub health, January 2001, 42-46.

HÉPATITE C : VERS DES ACTIONS DE PRÉVENTION PRIMAIRES EFFICACES

Docteur E. IMBERT - APOTHICOM

L'INCIDENCE DÉPEND DE PLUSIEURS FACTEURS :



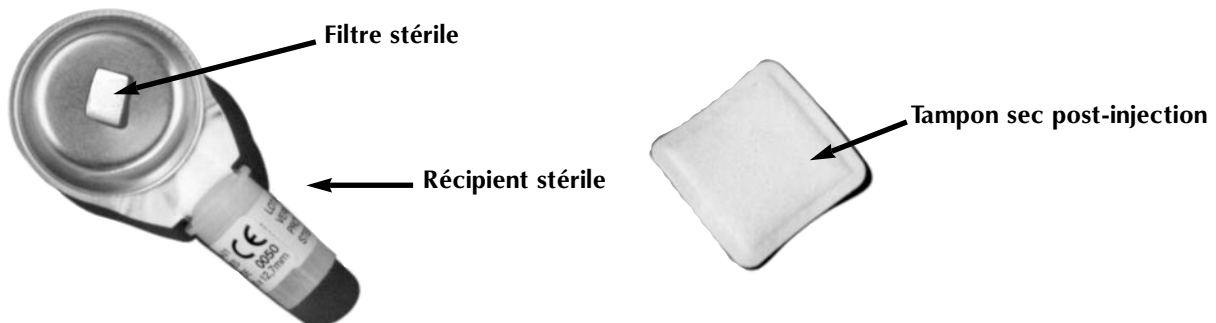
LE NIVEAU DE PARTAGE DE MATÉRIEL D'INJECTION SÉRODISCORDANT est lié :

- à la fréquence d'emprunt de la seringue qui est en France d'environ 15% dans les enquêtes/PES,
- à la fréquence de la mise en commun du matériel entre injecteurs qui est en France de l'ordre de 55% dans les enquêtes/PES.

Le cas observé le plus fréquent est celui de deux injecteurs qui, utilisant chacun leur propre matériel sur une préparation commune, pensent de bonne foi ne pas faire prendre de risque à l'autre. La cuillère ou le filtre sont pourtant contaminés par la seringue du premier, parce que cette seringue a déjà été préalablement utilisée. Cuillère ou filtre contaminent ensuite la seringue du compagnon d'injection.

LA PERCEPTION DU RISQUE VHC

Les contaminations indirectes qui étaient fortement suspectées, dès le milieu des années 1990, ont amené les pouvoirs publics à rajouter dans les trousse de prévention un récipient de préparation et un filtre stériles et à usage unique : ainsi le Stéricup, kit de préparation stérile, a été adopté par les usagers qui le demandent dans les PES. Des outils comme le Stéricup ont montré qu'ils améliorent la perception du risque par l'utilisateur et peuvent être utilisés comme outils d'éducation sanitaire⁴.



Le Stéricup : un outil d'éducation sanitaire

Des actions d'information ciblées peuvent se faire par les trousse de prévention qui constituent un outil de communication. Elles peuvent se faire par les pairs.

⁴ Richard Garfein & all, Peer pilot project in five cities in the US, 2000-2001.

HÉPATITE C : VERS DES ACTIONS DE PRÉVENTION PRIMAIRES EFFICACES

Docteur E. IMBERT - APOTHICOM

Combien de seringues sont-elles nécessaires chez les usagers de drogue en France pour atteindre l'usage unique ?

La prévention du VIH passait par *l'usage personnel* de la seringue. La prévention de la contamination par le virus de l'hépatite C, pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent arrêter l'injection, passe par *l'usage unique* de la seringue et du matériel de préparation à l'injection.

Si l'objectif d'usage unique était atteint, il permettrait :

- 1 - de prévenir les contaminations **directes** liées à l'emprunt d'une seringue contaminée,
- 2 - et, aussi, de prévenir les contaminations **dites indirectes**, c'est-à-dire liées à la mise en commun du matériel de préparation associée à la réutilisation de la seringue des compagnons d'injection.

L'usage unique de la seringue n'est pas la règle en France : la réutilisation de la seringue et du matériel concerne près de 45% des usagers de drogue. Et le taux moyen déclaré de réutilisation de la seringue avoisine 2. L'augmentation récente d'usage de cocaïne laisse présager une aggravation de ces pratiques de réutilisation.

L'objectif théorique à atteindre serait donc de doubler le nombre de seringues actuellement délivrées aux usagers en France.

COMMENT ACCROÎTRE L'ACCÈS AU MATÉRIEL DE PRÉVENTION ?

Deux éléments sont à étudier pour favoriser l'accès au matériel stérile :

➤ **La proximité**

Le réseau des officines pharmaceutiques, par la présence d'un professionnel de santé dans 23.000 points de délivrance ouverts en moyenne 55 heures par semaine et répartis sur le territoire, est un exemple de proximité que les usagers ont adopté puisqu'ils vont y chercher 90% de leur matériel d'injection.

➤ **Le prix d'achat** du matériel d'injection constitue-il un frein à la demande ?

Étudions l'influence du prix d'achat sur la demande.

13.000.000 de seringues ont été délivrées en France en 2000 pour un prix allant de 2 F à 6 F⁵.

2.000.000 de seringues sont délivrées gratuitement dans les Programmes d'Echange de Seringues et les automates distributeurs.

L'aide de l'Etat aux trousseaux de prévention et la gratuité des seringues dans les PES permettent, en France, d'abaisser le prix de vente. Cependant la seringue, pour l'usager de drogue en France, demeure la plus chère d'Europe (elle est le plus souvent vendue à l'unité 5 F dans les villes les plus touchées par la toxicomanie, telles Paris, Nice et Marseille).

En Europe la seringue est gratuite pour l'usager de drogue au Portugal (3 millions de kits sont échangés gratuitement en pharmacie contre un kit usagé en 2000). Le bas prix ou la gratuité sont également soutenus en Espagne (6 millions de kits échangés gratuitement ou vendus à bas prix en officine) et en Italie.

La seringue est gratuitement échangée en pharmacie contre une seringue usagée au Royaume-Uni. Lorsque ce système s'est développé, depuis 1990, en Angleterre, il a quadruplé le nombre de seringues délivrées en dix ans : ainsi 27 millions de seringues y ont été délivrées en 2000, contre 15 millions en France.

C'est ce pays qui vient d'observer, pour la première fois, une baisse de prévalence du VHC significative chez les usagers de drogue⁶.

⁵ Enquête MSF Paris 2000, Enquête Apothicom 2001, Enquête Nicolas Bonnet Paris Sud 2000.

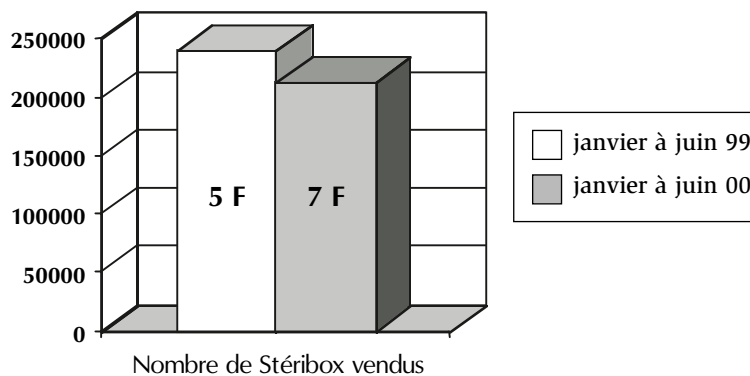
⁶ Matthew & all, Preventing HCV Seminary, Stirling, Scotland, June 19 th 2001.

HÉPATITE C : VERS DES ACTIONS DE PRÉVENTION PRIMAIRES EFFICACES

Docteur E. IMBERT - APOTHICOM

Quelle est l'influence du prix sur la demande en France ?**1 - Quand le prix monte, la demande diminue :**

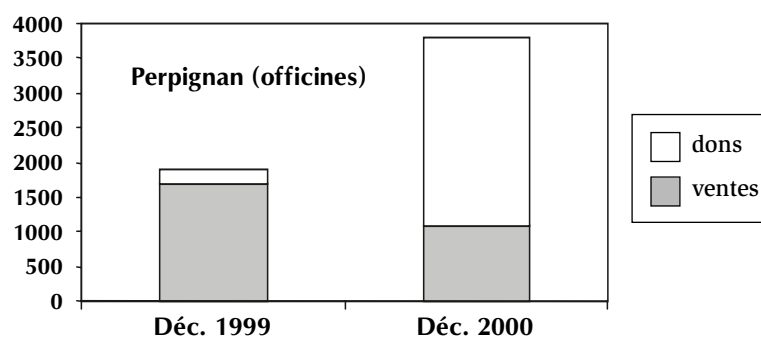
Lorsque le Stéribox est passé de 5 à 7F la demande a diminué au plan national de 13%, soit de 60 000 seringues/mois. On peut raisonnablement supposer que les usagers se sont moins bien protégés (en terme de réutilisation de la seringue).



2 - Quand le prix baisse, la demande augmente : Pendant le même temps où le prix du Stéribox augmentait, des points de diffusion gratuite ont été installés et ont permis d'abaisser le prix. C'était le cas dans l'arrondissement de L'Hay-Les-Roses où six distributeurs de Stéribox gratuits ont été installés pendant l'année 2000.

C'était le cas, aussi, dans la ville de Perpignan où six officines diffusaient des Stéribox gratuits en échange de kits usagés.

Quel est le résultat ? Dans les deux cas, la demande a augmenté de façon significative : respectivement + 8%, et + 90%, alors qu'elle a baissé de 13% au niveau national.



On peut raisonnablement penser que, s'agissant d'un secteur géographique donné, ces données concernent le même nombre d'injecteurs, et que

- la réutilisation de la seringue augmente lorsque son prix d'achat augmente,
- la réutilisation de la seringue diminue considérablement lorsque la seringue est gratuite.

Ainsi, l'accès au matériel stérile est immédiatement amélioré par l'échange gratuit en pharmacie.

HÉPATITE C : VERS DES ACTIONS DE PRÉVENTION PRIMAIRES EFFICACES

Docteur E. IMBERT - APOTHICOM

CONCLUSION

Les usagers, comme cela avait déjà été noté avec la maladie à VIH, se protègent du VHC lorsqu'on leur en donne les moyens.

Ils adoptent les outils de prévention, tels Stéribox et Stéricup, qui leur sont proposés.

Lorsqu'on leur facilite l'accès au matériel de prévention les usagers répondent rapidement par une demande accrue. L'expérience de Perpignan démontre qu'une amélioration de l'offre de matériel stérile double en quelques mois la demande. On a toutes les raisons de penser que les usagers réutilisent de ce fait moins le matériel d'injection et se protègent ainsi de la contamination VHC.

C'est lorsque les deux déterminants majeurs de l'accès au matériel stérile, la proximité et la gratuité, sont réunis, que l'on se rapproche le plus de l'objectif qui permettrait l'usage unique du matériel et le contrôle de l'épidémie d'hépatite C.

En France, le réseau officinal répond bien aux critères de proximité. Il est déjà opérationnel puisqu'il délivre 90% du matériel stérile. Un frein à la protection demeure encore le prix d'achat du matériel d'injection. Le développement de programmes d'échange gratuit en pharmacie permettrait d'apporter une réponse à ce problème.

On sait que les traitements de l'hépatite C sont très coûteux⁷. La prévention primaire du VHC, elle, serait à l'évidence moins coûteuse. Il suffirait de peu et, notamment, d'un accès amélioré au matériel stérile. Le réseau existant des pharmaciens se prête au développement des programmes d'échange qui ont montré leur efficacité dans les pays voisins depuis plusieurs années et, depuis quelques mois, dans l'expérience menée à Perpignan.

Développer de telles expériences permettrait d'espérer éviter les scénarios pessimistes annoncés par la morbidité et la mortalité de l'hépatite C chez les usagers de drogue.

**PRÉVALENCE DE L'HÉPATITE C
et STRATÉGIES COMPARÉES D'ACCÈS AU MATÉRIEL STÉRILE**

Ce qui ne marche pas : gratuité sans proximité. Les Etats-Unis - La vente des seringues est interdite en pharmacie par une loi fédérale. Les programmes d'accès aux seringues sont rares et semi-clandestins.

Cinquante millions de seringues/an sont délivrées pour un million d'injecteurs.

La prévalence de l'hépatite C est de 80 à 90% et celle du VIH de 25 à 35%.

Ce qui marche : gratuité avec proximité. Le Royaume-Uni - 15 à 20% des pharmacies participent à des programmes d'échange de seringues à côté de programmes non pharmaceutiques. Le matériel d'injection y est gratuit.

Vingt-sept millions de seringues/an sont délivrées pour 80/140 000 injecteurs. Le nombre de seringues a quadruplé en dix ans.

La prévalence de l'hépatite C est de 38% et celle du VIH de 1%.

Ce qui pourrait mieux marcher : proximité sans gratuité. La France - 95% des pharmacies délivrent 90% du matériel d'injection. 86% du matériel d'injection délivré est payant.

Quinze millions de seringues sont délivrées pour 60/110 000 injecteurs.

La prévalence de l'hépatite C est de 50 à 58% et celle du VIH de 15 à 18%.

⁷ Un traitement par Interféron coûte plusieurs milliers de francs, une transplantation hépatique coûte plus de 500.000 F. En 2000, 200 transplantations chez les usagers de drogue auront coûté plus de 100.000.000 F.

PHARMACIENS ET TOXICOMANES : VERS UN ARMISTICE ?

N. BONNET - Pharmacien - APOTHICOM

Rappel historique

Depuis une quinzaine d'années, la prise en charge de la toxicomanie et les outils de réduction de risque se sont profondément développés.

Les pharmaciens ont vu leur pratique et leur implication modifiées dès 1987 avec le décret Barzach autorisant la vente libre des seringues en officine. Plus récemment, le mouvement s'est accéléré avec la diversification de l'offre du matériel d'injection mis à disposition des usagers en officine (apparition du Stéribox® en 1994) et l'arrivée des traitements de substitution en médecine de ville (respectivement 1995 pour le chlorhydrate de méthadone et 1996 pour la buprénorphine haut dosage).

Méthode

Pour suivre cette récente évolution et quantifier l'implication du pharmacien d'officine dans la prévention des dommages liés à la toxicomanie et dans la dispensation des traitements de substitution, l'hôpital Paul Guiraud (Villejuif) et la Faculté de Pharmacie de Châtenay-Malabry (Paris XI) ont réalisé une enquête longitudinale en deux temps, 1996 et 2000. Aux deux temps de l'enquête, les mêmes 327 officines réparties sur 28 communes de 3 départements de la périphérie sud de Paris ont été prospectées, le tout sur une période de 3 mois. L'enquête a été diligentée par Elisabeth Pereira en 1996 et Nicolas Bonnet en 2000, tous deux étudiants en pharmacie à l'époque. Le questionnaire sur lequel est basé cette enquête comprend 62 items et 70 questions répartis en 5 axes principaux (relations avec les usagers, dispositifs médicaux de réduction des risques, médicaments codéinés employés en auto-substitution, substitution médicalisée, pratiques professionnelles).

Résultats

Taux de réponse : Le taux de réponse au questionnaire varie de 90% en 1996 à 92% en 2000.

Relations avec les usagers

On note une très nette diminution de 1996 à 2000 des problèmes rencontrés par les équipes officinales avec les usagers : 62% en 1996 vs 16% en 2000, soit une baisse de 74% (fig.1).

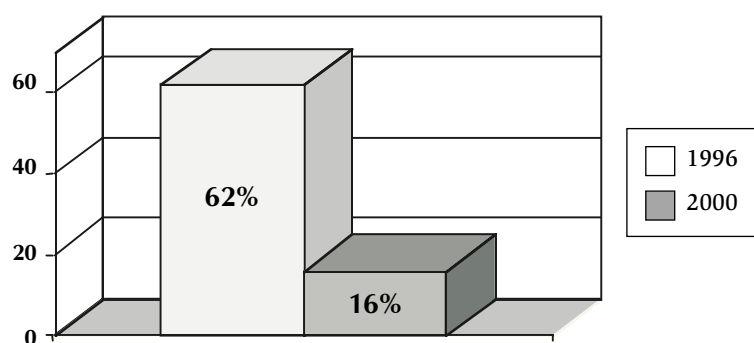


Figure 1 : Equipes ayant rencontré des problèmes avec les usagers. N= 306.

Ces problèmes sont représentés pour plus de 50% d'entre eux par des menaces ou des violences verbales. Les officinaux proposant l'ensemble des prestations (systèmes d'injection, codéinés, traitements substitutifs) rencontrent près de 5 fois moins d'agression physique que ceux proposant exclusivement des codéinés et des dispositifs d'injection (2000 : 9% vs 43%, c_2 corrigé = 1,6093 avec 1 d.d.l., $p = 0,2040$).

PHARMACIENS ET MÉDECINS : VERS UN ARMISTICE ?

N. BONNET- Pharmacien - APOTHICOM

Cette baisse des problèmes rencontrés par les officinaux avec les usagers peut s'expliquer par une meilleure répartition des patients entre les officines mais, pour le pharmacien, cette diminution s'explique par une amélioration du contact avec les usagers, tout particulièrement lors de la délivrance des traitements substitutifs médicalisés pour lesquels ils sont de plus en plus nombreux à en délivrer pour un nombre de patients également en forte augmentation (+ 87%) (fig.2).

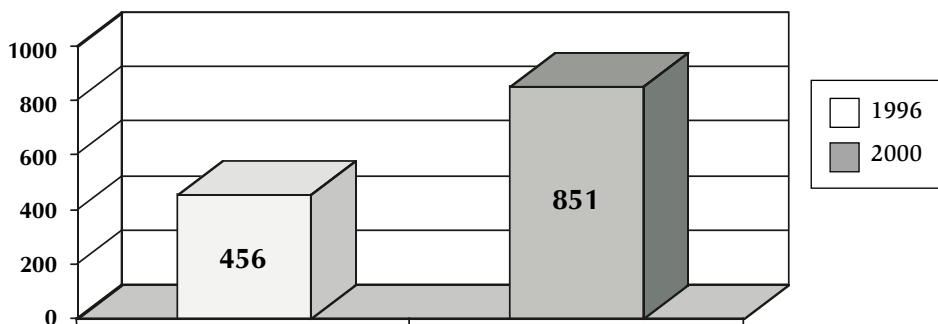


Figure 2 : Nombre total d'usagers sous traitement de substitution (tous traitements confondus)

Et cette opinion se confirme dans le temps puisqu'ils sont 52% à mettre en avant cette pratique en 1996 et 61% en 2000. Les traitements substitutifs sont d'autant plus plébiscités qu'ils sont perçus comme bénéfiques pour les usagers par 47% des professionnels en 1996 et 75% en 2000.

Dispositifs d'injection

En ce qui concerne les dispositifs de réduction des risques, et plus particulièrement les dispositifs d'injection, on constate un maintien de la participation officinale de 1996 à 2000 : 95% des équipes délivraient des systèmes d'injection aux usagers aux deux temps de l'enquête. Cependant, nous constatons une chute de la vente des seringues à l'unité (72% en 1996 vs 48% en 2000) sans compensation par la vente des Steribox® (8,3 Steribox®/officine/semaine en 1996 vs 7,9 en 2000 ; $c_2 = 2,1071$ avec 2 d.d.l., $p = 0,348$). Quant aux offres d'aiguilles et de seringues particulières (ex : 2 ml) elles ont quasiment disparu. L'ensemble de ces mouvements (seringues à l'unité, Steribox®, seringues particulières) se traduit par une baisse de 34% de la vente officinale journalière des seringues : 857 seringues/jour en 1996 contre 566 seringues/jour en 2000. Les volumes proposés gratuitement par les programmes d'échange de seringues et les distributeurs - échangeurs de seringues passent de 25 seringues/jour en 1996 à 269 seringues/jour en 2000 et leur taux de participation passe de 3% en 1996 à 32% en 2000. L'augmentation de l'offre gratuite pondère pour partie la baisse de l'offre payante car le nombre total de seringues délivrées par jour passe de 882 à 835 de 1996 à 2000 (diminution de 5%) (fig.3).

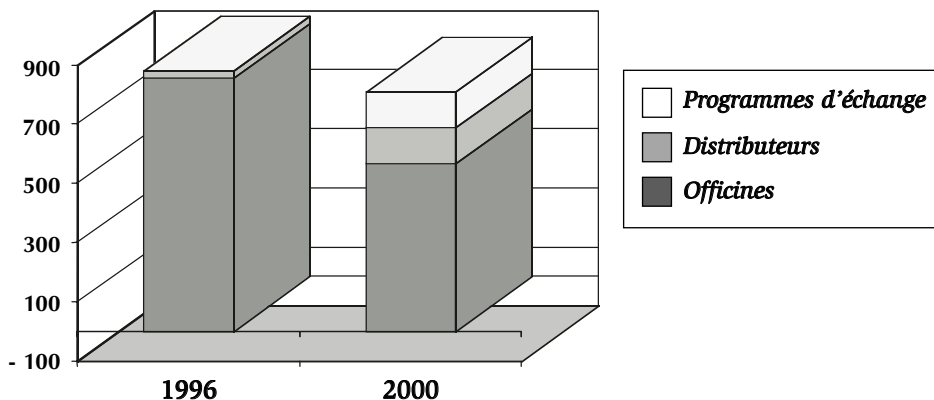


Figure 3 : Nombre de seringues délivrées / jour

**PHARMACIENS ET MÉDECINS :
VERS UN ARMISTICE ?**

N. BONNET - Pharmacien - APOTHICOM

L'enquête ne permet pas de déterminer si cette baisse relève d'un relâchement des comportements de prévention des contaminations virales sanguines ou d'une diminution du nombre d'injecteurs, soit par augmentation de la sortie de l'injection grâce aux traitements de substitution, soit par diminution de l'entrée dans l'injection. Quoiqu'il en soit, il s'agit là de la première enquête soulignant une des attentes de certains observateurs de cette politique de santé publique, c'est-à-dire, l'association dans le temps de deux mouvements opposés : l'augmentation de la diffusion des traitements substitutifs d'une part (augmentation de 99% en 4 ans du nombre de patients suivis sur la zone couverte par l'enquête), et la diminution de la vente des seringues d'autre part.

Autres participations officinales

Echange de seringues en officine

On constate une nette augmentation des pharmaciens qui accepteraient de concourir en officine à l'échange des seringues usagées contre des kits stériles sans que leur soient précisées les conditions : 16% en 1996 contre 23% en 2000, soit une hausse de 47% (fig.4). Sachant qu'à ce jour, il apparaît une stagnation de la distribution des dispositifs d'injection sur la périphérie sud de Paris, cette mesure permettrait de relancer l'objectif : "une seringue, un shoot".

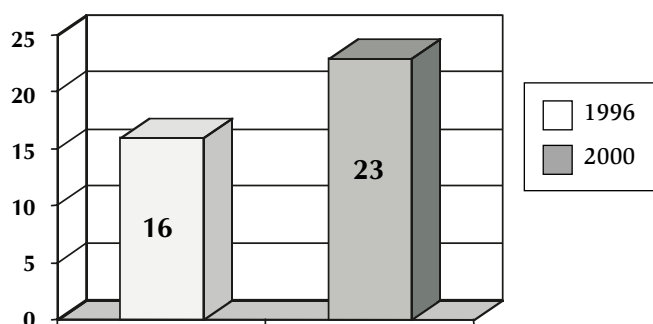


Figure 4 : % de pharmaciens favorables à l'échange de seringues en officines. N = 304.

Appareils de réduction des risques

35% des professionnels connaissaient l'existence de distributeurs Distribox® en 1996 contre 46% en 2000 (augmentation de 31%) et 15% celle de systèmes d'échange et / ou de récupération Totem® ou Gand'Box® contre 33% en 2000 (hausse de 120%). Parmi les pharmaciens qui ont la connaissance de la présence de ces appareils dans leur commune, 56% distribuaient des jetons en 1996 (soit 20% de l'effectif total) contre 64% en 2000 (soit 29% de l'effectif total) : progression de 14% (fig.5).

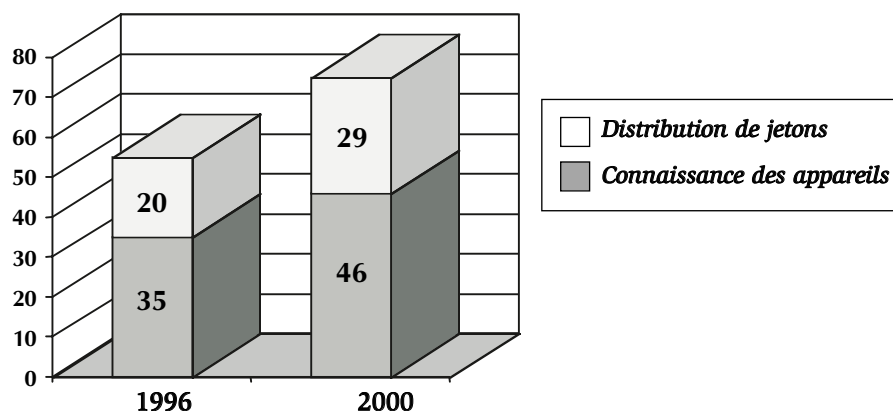


Figure 5 : Connaissance des appareils de réduction des risques et participation à leur fonctionnement. N = 306.

**PHARMACIENS ET MÉDECINS :
VERS UN ARMISTICE ?**

N. BONNET - Pharmacien - APOTHICOM

Conclusion et perspectives

Tous ces résultats se rapportant à l'évolution des pratiques professionnelles officinales dans le champ de la prévention et de l'accès aux soins des usagers nous permettent de confirmer la rapidité d'adhésion des pharmaciens à la mutation médicale engagée ces dernières années et de souligner l'appréciation qu'ils ont de cette nouvelle politique. Cet engagement de la profession est notamment illustré par la très nette augmentation du nombre de pharmaciens prêts à concourir à l'échange de seringues en officine sans que leur soient précisées les conditions. Cette mobilisation est d'autant plus importante que, dans ce domaine plus que d'en d'autres, les changements de comportements ou d'appétence aux produits sont rapides et les réponses sanitaires souvent limitées dans leur portée.

Cependant, ces résultats sont propres au secteur étudié au cours de l'enquête et ne peuvent pas être généralisés sans émettre quelques réserves. Ils sont le reflet de pratiques professionnelles de pharmaciens sensibilisés sur la prise en charge de la toxicomanie par un important travail associatif de terrain et des relations privilégiées avec le secteur hospitalo-universitaire.

Plus généralement on peut également se demander quelle doit être la part du travail associatif ou de réseau face à la relation humaine patient-pharmacien et quelles sont les attentes exactes des pharmaciens face aux dispositifs de réduction des risques présents ou à venir, ou par rapport aux formations qui pourraient leur être proposées.

Une enquête de terrain auprès des usagers (sur le même secteur) apparaît également comme nécessaire pour confirmer ou infirmer les résultats obtenus : relations avec les officinaux, utilisation des kits Stéribox® et des appareils de réduction des risques (distributeurs / échangeurs de seringues, ...), intérêt des traitements de substitution, ...

LES PHARMACIENS MOSELLANS ACTEURS DE PRÉVENTION ET DE SOIN AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES

Docteur J.F. AUBERTIN - R.V.H.T. Metz-Thionville

Depuis 1995, le Réseau Ville Hôpital a développé une série d'actions concernant la Réduction des Risques, et notamment la prévention de l'Hépatite C. En effet, la séroconversion chez les jeunes usagers s'élève à 70% dans notre département et reste constante d'une année à l'autre (réf. : "Drogues et Toxicomanies, indicateurs et tendances" O.F.D.T. édition 99).

Il est également établi que la contamination s'effectue, aussi et surtout, à partir des ustensiles annexes au processus d'injection. Le Stéribox® 2, mis sur le marché au mois d'octobre 1999, comprenant notamment un récipient de chauffe et un coton filtre avec chaque seringue, a été élaboré pour répondre à ce problème tout spécifiquement. Il doit permettre à chaque utilisateur de disposer de tout le matériel stérile pour un usage unique sans obligation de partage, même en situation d'urgence.

Une évaluation succincte, menée auprès des usagers, nous a montré que l'habitude du "non échange total" n'est pas encore assimilée. La question de la diffusion de l'information dans une perspective d'intervention préventive dès les premiers temps de l'intoxication par voie intraveineuse restait posée.

Or les pharmaciens délivrant plus de 90% des Stéribox sont aussi les premiers à rencontrer les usagers au commencement de leur pratique toxicomaniaque.

Le Réseau Ville Hôpital Toxicomanie (R.V.H.T.) Metz-Thionville s'est donc donné les moyens de se rendre dans chaque officine du département de la Moselle afin d'informer et d'impliquer plus en avant les pharmaciens dans une action de Réduction des Risques.

Le Réseau a entièrement auto financé cette enquête.

98% des officines ont pu ainsi être visitées au cours du premier semestre de l'année 2000. La durée de la visite s'établissait autour de 30 à 40 minutes dans la majorité des cas. Si les pharmaciens délivrent, majoritairement, le nouveau Stéribox® (94%), peu d'entre-eux connaissent le contenu du matériel et beaucoup ignorent les raisons de ses modifications.

Cette enquête a permis d'évaluer la problématique des traitements de substitution et les difficultés que peuvent rencontrer les pharmaciens sur le terrain. Si la question de la Méthadone pose problème à bon nombre d'entre-eux, les pharmaciens (136 soit 55%) sont plus satisfaits et plus tranquilles qu'avec le Subutex pour lequel ils ont un regard critique sur les prescripteurs et les usagers. Les pharmaciens insistent sur le problème de l'achat des Stéribox® au moment de la délivrance du Subutex et restent assez dubitatifs sur l'idée du sevrage et de la guérison.

Cette enquête nous permet de dégager plusieurs axes de travail. Il conviendrait de rencontrer les médecins prescripteurs (enquête en cours), de réfléchir à la disproportion des traitements par Méthadone par rapport aux traitements par Subutex. Enfin, il faudrait essayer de favoriser l'émergence de "micro réseaux locaux" de façon à répondre à l'isolement et à l'usure des professionnels.

LE PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN OFFICINES DANS LE DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES

P. GREGORY - AIDES Pôle Deux-Sèvres

Les Deux-Sèvres, département rural de 360 000 habitants. Tout en longueur, la Préfecture se situe au Sud, les trois sous-préfectures se situent au Nord.

Culturellement partagé en deux sous-départements, il en est de même pour les usagers de drogues. Ceux du sud du département sont proches d'Angers et Nantes (Centres étudiants des Pays de Loire).

En juillet 1993, mise en place d'un groupe de travail regroupant la DDASS 79, le centre d'accueil et soins aux usagers de drogues (Delta 79) et Aides. L'objectif de ce groupe de travail vise à mettre en place sur le département des Deux-Sèvres un Programme d'Echange de Seringues.

Programme à visée départementale s'appuyant sur un réseau de pharmaciens volontaires, ceci en lien avec la connaissance que nous avons des usagers de drogues et de leur localisation.

Pour nous, il est nécessaire que ce programme sorte de la logique de grande ville pour s'installer également dans les officines de villages, à proximité des personnes.

Dès juin 1994, ce groupe de travail met en place un comité de pilotage regroupant les syndicats de pharmaciens, les services de police et gendarmerie, la justice, la municipalité de Niort, les médecins du Centre Hospitalier intervenant dans le service de maladie infectieuse, les CDAG, Médecins du Monde, la DDASS, Delta 79 et nous-mêmes, Aides.

En octobre 1994, un questionnaire est envoyé aux 140 pharmaciens du département pour évaluer avec eux :

- ♦ Ce qu'il en est de l'achat des seringues et Stéribox.
- ♦ La relation qui se manifeste lors de l'achat.

73 pharmaciens répondent au questionnaire.

Sur une semaine donnée, identique pour chaque répondant, il est observé qu'il est vendu 338 seringues dont 226 proviennent de Stéribox (soit 113 Stéribox).

La moitié des pharmaciens ayant répondu au questionnaire dit aborder la question de soins, donner des conseils sur l'utilisation des seringues.

En novembre 1994, il est envoyé aux 140 pharmaciens les résultats de l'enquête, ainsi qu'une lettre décrivant le dispositif à venir ainsi qu'une sollicitation à se joindre au programme.

Le 8 décembre 1994, organisation d'une soirée d'information en direction des pharmaciens souhaitant participer au Programme d'Echange de Seringues. Il est alors présenté l'ensemble du dispositif.

- ♦ Logo identifiable par les usagers de drogues (apposé sur les officines)
- ♦ Plaquette d'information "on tient à toi" abordant les mesures de prévention des maladies transmissibles ainsi que la liste des relais locaux. Plaquette remise avec chaque kit.
- ♦ Les kits (2 seringues, eau distillée, tampons d'alcool, préservatifs et conseils d'utilisation)
- ♦ Les répartiteurs (codification et distribution des kits)
- ♦ Les collecteurs permettant de recevoir les kits
- ♦ Les modalités de récupération et d'élimination des kits (société privée)

Il est également prévu de mettre des kits au CDAG, dans les services d'urgence des hôpitaux et au local de Aides.

Une formation des pharmaciens participe au programme, organisée par le Centre départemental de soins aux usagers de drogues Delta 79, et ayant pour thème :

LE PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN OFFICINES DANS LE DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES

P. GREGORY - AIDES Pôle Deux-Sèvres

- ◆ la connaissance des toxicomanes
- ◆ la réduction des risques
- ◆ le concept de prévention
- ◆ les thérapeutiques

Cette formation est organisée le lundi, jour où les pharmacies, majoritairement dans le département, sont fermées. Il est prévu la rémunération des remplacements des pharmaciens en formation.

Le Programme d'Echange de Seringues débute le 11 août 1995 en s'appuyant sur un réseau de 23 officines couvrant (fruit du hasard) le département. Il est financé par le CNAM, le Ministère de la santé.

Le budget est de 124 000 F pour la première année, dont 70 000 F pour les kits (10 000 kits).

Les services des parcs et jardins, de la voirie de Niort ont une formation sur le programme.

Les maires des communes ayant des officines qui participent au programme sont également informés de son contenu.

En octobre 1995, une première évaluation montre :

- ◆ que le programme répond aux besoins des usagers
- ◆ qu'il n'y a pas de modification du nombre de Stéribox vendus
- ◆ qu'il n'est pas fait état d'incident opposant pharmaciens et usagers de drogues.

Le point faible du programme réside dans la faiblesse de l'information des usagers quant à la localisation des officines participantes au PES.

Lors de ce comité de pilotage, les services de police demandent que l'on produise les textes réglementant la distribution de seringues (*réf : Discours de Madame Veil du 21 juillet 1994*).

Il est enfin admis que Aides peut distribuer des kits dans ses locaux.

Il est alors mis en place un suivi technique du PES constitué de représentants des pharmaciens, de Delta 79, de la DDASS 79 et de Aides.

En 1997, le groupe de suivi technique répondant à la demande de pharmaciens partage le département en 4 secteurs géographiques.

Un référent de Delta 79 est identifié sur chaque secteur, afin de venir en aide aux pharmaciens souhaitant avoir une information en rapport avec les soins aux usagers de drogues.

En 1998, une évaluation quantitative du Programme d'Echange de Seringues montre :

- ◆ une montée en charge du nombre de kits distribués : 8 000 kits en 1997 - 5 000 pour les 6 premiers mois de l'année 1998.
- ◆ Une implication plus importante des pharmaciens : 23 pharmaciens en 1995 - 35 en 1998.
- ◆ La délivrance dans les départements de kits à des usagers de drogues de la Vienne et de la Vendée (départements limitrophes sans PES).
- ◆ L'absence de problème particulier entre les usagers de drogues et les pharmaciens.

Il est également décidé de la mise en œuvre d'une évaluation quantitative confiée au COPAS (Conseil Pratiques et Analyses Sociales) basé à Lille.

Cette évaluation est menée en fin d'année 1999 auprès d'usagers de drogues, de pharmaciens investis dans le PES et hors PES, de Delta 79, d'éducateurs de rue, les CDAG, les services de police et Aides.

**LE PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN OFFICINES
DANS LE DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES**

P. GREGORY - AIDES Pôle Deux-Sèvres

Le résultat est connu en février 2000. Cette enquête préconise :

- ♦ d'améliorer le kit
- ♦ de développer l'information, la formation continue des pharmaciens.

L'arrêt de travail depuis une année de l'infirmière de la DDASS qui coordonne le programme n'a pas permis de travailler ces préconisations.

A notre initiative, le groupe technique vient de se remettre au travail encouragé en cela par la DDASS 79 qui vient de nommer un référent sur le PES.

En 2000, il s'est distribué 15 000 kits.

Le budget du PES pour 2001 est de 145 000 F, incluant outre l'achat de kits, le remodelage de la plaquette "on tient à toi", la formation de pharmaciens, la communication vers l'extérieur.

LE PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN OFFICINES DU PAYS DE GEX

D. BARBIER - Accueil Aide aux Jeunes

La localisation

Le Pays de Gex est situé au Nord-Est du département, zone frontalière avec la Suisse. Il est composé de 3 cantons (Collonges - Ferney-Voltaire - Gex), soit un total de 29 communes.

L'historique

Début - mars 1994

A l'origine de la création

- Une étude de besoins réalisée par l'ADSEA (Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de l'Ain) à la demande des Elus locaux inquiets de la situation des jeunes en difficulté sociale. Suite à cette étude, une des propositions a donc été de réaliser une recherche-action, en milieu rural, relative à la prévention de la toxicomanie et du Sida ;

- Mise en place d'un groupe de travail qui a abouti au P.E.S. en officines.

L'officine paraît être le lieu de contact le plus proche entre l'usager de drogues et l'acteur de santé.

Le fonctionnement

L'échange

- Les 19 pharmacies du Pays de Gex participent au P.E.S.

- 2 psychologues (sur un $\frac{3}{4}$ temps) coordonnent le P.E.S. Elles font partie de l'équipe du C.S.S.T. "Accueil et Aide aux Jeunes", facilitant ainsi l'accès au centre de soins pour les usagers. Outre ce travail clinique d'accueil et de consultation, elles ont pour mission de :

- rencontrer régulièrement les pharmaciens (chacune a un secteur déterminé) ;
- déposer le matériel de prévention ainsi que les containers ;
- soutenir les pharmaciens dans ce travail d'échange ;
- réaliser les bilans d'évaluation.

Le matériel

- Stéribox® 2 ;

- Kits (sachets) fabriqués localement et contenant 2 seringues de 2 ml.

Ces deux matériels de prévention sont personnalisés par deux étiquettes apposées :

- l'une comportant un logo spécialement créé pour les P.E.S. ;
- l'autre comportant les coordonnées de l'antenne du C.S.S.T. à Gex.

- Des containers de récupération (3 litres et 7 litres).

L'évaluation chiffrée

Tableau récapitulatif depuis la création

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Seringues distribuées	8 832	11 916	6 116	3 804	8 044	15 820
Seringues récupérées <i>nombre approximatif</i>	6 500	9 000	5 600	3 000	2 500	13 270
% récupération/distribution	73.6%	75.5%	91.5%	78.9%	31%	83%

LE SYSTÈME SIAMOIS

CONTRIBUTION À L'ÉVALUATION DE LA POLITIQUE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES SANITAIRES CHEZ LES USAGERS DE DROGUE INTRAVEINEUX¹

Docteur J. EMMANUELLI - InVS

La présentation détaillée de l'intervention de Julien Emmanuelli à Lyon fait l'objet d'un rapport en deux tomes disponible à l'Invs. Le tome 1 donne les grandes tendances des données des ventes officinales de seringues et de traitements de substitution. Nous retenons ici ce qui a trait à la délivrance de seringues.

Nous recommandons particulièrement aux acteurs de terrain l'approche détaillée, notamment par région et par département, qui figure dans le Tome 2 : leurs actions pourront s'appuyer sur des données rigoureuses et chiffrées retraçant les dynamiques régionales des risques sociosanitaires.

Depuis une dizaine d'années s'est développée en France une politique dite de Réduction des Risques (RDR) dont l'objectif est de prévenir la survenue de problèmes sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues, notamment les infections par les virus du Sida (VIH) et des hépatites (VHC, VHB) lors du partage de seringues chez les Usagers de Drogues IntraVeineux (UDIV). En termes pratiques, cet aspect de la politique de RDR repose à la fois sur l'amélioration de l'accès aux seringues stériles chez les UDIV qui ne peuvent ou ne désirent pas renoncer à ce mode de consommation et sur la diminution des injections chez les autres. Pour atteindre ces objectifs,

- ♦ des seringues stériles sont vendues sans prescription en pharmacie depuis mai 1987, ou distribuées gratuitement par plus d'une centaine d'associations (PES) depuis mars 1995,
- ♦ des produits de substitution, prévus pour la voie orale, sont prescrits en ville depuis mars 1995 pour la Méthadone® et février 1996 pour le Subutex®.

L'évaluation de l'accessibilité à ces outils de réduction des risques consiste essentiellement à :

- 1 - mesurer le niveau de mise en œuvre de cette politique à travers la vente de seringues stériles et de produits de substitution dans les pharmacies ;
- 2 - apprécier si la diffusion de ces outils de RDR est adaptée aux situations locales ;
- 3 - mesurer l'impact de cette accessibilité, du niveau national au niveau local sur certains indicateurs liés à l'usage de drogues.

Nous présentons ici une base de données contribuant à suivre les ventes d'outils de RDR, puis discutons les grandes tendances qui se dégagent de ce suivi de 1996 à 1999 en les confrontant avec certains indicateurs de risques socio-sanitaires liés à la toxicomanie.

1. - PRÉSENTATION DE SIAMOIS

Le matériel utilisé pour répondre aux objectifs de cette évaluation est une base de données baptisée SIAMOIS : "Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal d'Injection et de Substitution". Les informations répertoriées concernent les ventes de seringues et de produits de substitution dans les 23 000 pharmacies françaises. Ces données sont recueillies et transmises à l'InVS, mensuellement par le GERS² depuis janvier 1996, selon un découpage de la France en 509 unités géographiques d'analyse (UGA) correspondant aux zones d'activité des grossistes-répartiteurs et pouvant être regroupées au niveau départemental et régional. Ce système permet par ailleurs la confrontation sur une base annuelle de ces données de ventes à des indicateurs d'usage de drogues et de morbi-mortalité liés à cet usage.

A - Données de ventes de seringues stériles et de produits de substitution (InVS/GERS)

Concernant le matériel d'injection, il s'agit de seringues vendues aux UDIV, conditionnées en kit depuis 1995 (Stéribox®, produit spécifiquement destiné aux UDIV, contenant 2 seringues) ou délivrées à l'unité depuis 1987 (1ml, 2ml). La seringue **1 ml par lot de 30** de marque Becton-Dickinson³ (BD), destinée en premier lieu aux diabétiques, est celle qui est la plus utilisée et la préférée des UDIV représentant de 11 à

LE SYSTÈME SIAMOIS

Docteur J. EMMANUELLI - InVs

16% des ventes totales de BD 1ml/30. Par ailleurs, pour répondre à la spécificité de la vente aux UDIV (vente à l'unité), BD® a mis sur le marché, fin 1995, une seringue unique sous blister (la **BD® 1 ml unité**). Enfin, les **seringues 2 ml par lot de 20** de marque BD®, destinées surtout aux diabétiques, sont également utilisées par les UDIV (16 à 20% des ventes totales de BD 2ml/20), entre autre pour l'injection de médicaments.

Les *produits de substitution* tracés sont le **Subutex®**, comprimés prescrits quasi-exclusivement en ville, et la Méthadone®, sirop prescrit dans le cadre d'un relais en ville aux usagers ayant d'abord été traités dans les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST).

B - Indicateurs d'usage de drogues et de mortalité liés à cet usage (OCRTIS⁴)

Il s'agit du nombre annuel des *Infractions à la Législation sur les Stupéfiants* (ILS) pour usage/usage-revente d'**héroïne** et de **cocaïne-crack**⁵, ainsi que du nombre annuel des *décès par surdose*, notifiés par les services déconcentrés du Ministère de l'Intérieur.

2. - DESCRIPTION DES INDICATEURS SIAMOIS ET DE LEUR ÉVOLUTION AU PLAN NATIONAL

Pour lutter contre les principales conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues, l'accessibilité au matériel d'injection vise spécifiquement à diminuer le partage et la réutilisation, ce qui devrait se traduire par une augmentation du nombre des seringues délivrées de 1996 à 1999. La politique de substitution devrait plutôt entraîner une diminution de la consommation d'héroïne, se traduisant par une baisse progressive des infractions pour usage d'héroïne et des overdoses mortelles sur la même période.

2.1 - Accessibilité au matériel d'injection versus indicateurs comportementaux et infectieux

Les chiffres concernant les différents volumes de seringues consommés par les UDIV (tab.1) montrent que l'accessibilité aux seringues ne cesse de croître depuis 1995 (+15% de 95 à 99).

Tab. 1 : Seringues stériles consommées par les UDIV de 1995 à 1999 (SIAMOIS/InVS)

Seringues consommées par UDIV	1995	1996	1997	1998	1999
Provenant des ventes officielles de Stéribox®	3 888 656	3 832 654 - 1.4 %	4 614 032 + 20 %	5 440 032 + 18 %	5 759 374 + 6 %
Provenant des ventes officielles de BD 1ml unité	0	161 790	122 823 - 32 %	206 009 + 8 %	312 996 + 5 %
Provenant des ventes officielles de BD 1ml/30	7 139 800	6 479 966 - 9 %	6 433 436 - 1 %	6 076 369 - 5.5 %	7 379 847 + 21 %
Provenant des ventes officielles de BD 1ml/20	1 061 532	965 306 - 9 %	921 072 - 5 %	869 466 - 5.5 %	933 984 + 7 %
Provenant des ventes officielles d'autres marques ⁶	2 050 333	1 901 765 - 7 %	1 869 333 - 1.5 %	1 787 961 - 4 %	2 156 632 + 21 %
Provenant de la distribution de seringues en PES (vrac, kits)	1 512 502 ? ≤1996	1 512 502 enquête PES	1 512 502 ? ≤1996	1 512 502 ? ≤1996	1 512 502 ? ≤1996
Total annuel de seringues consommées par les UDIV	15 652 823	14 853 983 - 5 %	15 473 972 + 4 %	15 852 339 + 3 %	18 055 035 + 14 %

Cette accessibilité accrue aux seringues stériles devrait s'accompagner d'une diminution des comportements à risques liés à l'injection (partage, réutilisation de la seringue) ainsi que d'une baisse des contaminations par le VIH et le VHC. Bien qu'elles ne portent pas sur les mêmes populations d'utilisateurs de drogues, le recoupement des données disponibles sur les comportements à risques et les infections virales liées à l'usage de drogues (tab. 2) montre que, globalement, les UDIV ont modifié leurs pratiques de partage et de réutilisation de seringue. Cependant, en plus de la persistance de pratiques à risque dans un contexte de prévalence encore élevée pour le VIH, on note que la seule réduction du partage de seringue, à laquelle on a, dans un premier temps, essentiellement limité la RDR, n'est pas associée à une baisse de la prévalence VHC.

Tab 2 : Indicateurs comportementaux et infectieux chez les UDIV de 1988 à 1998

Indicateurs comportementaux et infectieux chez les UDIV	Sources	1988	1991	1993	1996	1997	1998
Partage de la seringue	IREP InVS / INSERM	48 % -	33 % -	- -	13 % -	- -	- 20 %
Réutilisation de la seringue	IREP InVS / INSERM	75 % -	75 % -	- -	75 % -	- -	- 45 %
Prévalence du VIH	IREP	40 %	34 %	-	20 %	-	-
	CESES ⁷	-	-	29 %	14 %	18 %	-
	DRESS (SESI) ⁸	-	-	-	23 %	14 %	14 %
	InVS / INSERM ⁹	-	-	-	-	-	19 %
Prévalence du VHC	IREP	-	-	-	47 %	-	-
	CESES	-	-	43 - 51 %	60 %	58 %	-
	DRESS (SESI)	-	-	-	66 %	60 %	63 %
	InVS / INSERM	-	-	-	-	-	58 %

CONCLUSION

Fer de lance de la politique de réduction des risques, l'offre de seringues et de traitements de substitution n'a cessé de croître depuis 1996, renforçant la tendance à l'amélioration de la santé des UDIV, amorcée plusieurs années auparavant. Au niveau national, cette amélioration concerne surtout la mortalité liée à l'usage de drogues puisqu'à l'augmentation très importante de l'offre de produits de substitution sur cette période (+60%), correspond une diminution très marquée des surdoses mortelles (-70%), de l'usage d'héroïne (-58%) qui en est la principale cause et, plus hypothétiquement, du nombre des injections. Hormis la diminution de la réutilisation de la seringue (-60%), l'amélioration de l'offre de seringues durant cette même période a surtout contribué à la stabilisation des taux de partage de la seringue et de la prévalence du VIH (compris entre 15% et 20%) après une importante décroissance entre 1988 et 1996 (respectivement de -40 et -50%).

Cet essor de la politique de réduction des risques semble en revanche sans effet sur la prévalence du VHC qui se maintient à un niveau très élevé. Bien qu'on ne dispose pas encore d'évaluation fine, la diffusion importante des produits de substitution contribue, pour beaucoup d'observateurs (et les intéressés eux-mêmes), à stabiliser médico socialement un nombre non négligeable d'utilisateurs de drogues. Cependant, en diminuant l'usage d'héroïne, le développement de l'offre de traitements de substitution semble également s'être accompagné, si ce n'est qu'il les a induits, de modifications de comportements et d'usages, engendrant à leur tour de nouveaux problèmes. Outre l'utilisation détournée du Subutex® par voie intraveineuse, et sa consommation dans des contextes de polytoxicomanies dangereuses, la forte croissance

LE SYSTÈME SIAMOIS

Docteur J. EMMANUELLI - InVs

de la consommation de cocaïne (+ 144% en 4 ans) précipite l'obsolescence d'un dispositif de prise en charge historiquement fondé sur l'usage d'opiacés et menace de remettre en question les principaux acquis sanitaires de la politique de RDR en déstabilisant les comportements de prévention et en compliquant les prises en charge des UDIV.

Au total, la persistance de pratiques de partage et de réutilisation de la seringue dans un contexte de prévalence encore élevée pour le VIH chez les UDIV incite à poursuivre l'effort d'amélioration de l'accessibilité aux seringues, pour tendre vers l'utilisation unique et personnelle de la seringue et du reste du matériel. Il convient d'investir en parallèle, notamment par le biais des structures de première ligne, la dimension des risques sexuels chez les UDIV, sans doute responsable d'une partie des contaminations résiduelles par le VIH. Les limites de l'accessibilité aux seringues imposent par ailleurs de développer ou de renforcer d'autres actions en direction, notamment, des populations vulnérables et difficiles à atteindre¹⁰ : les jeunes usagers, vers lesquels il est nécessaire de déployer des stratégies d'approche innovantes, ou les détenus UDIV dont il faut améliorer la prise en charge et la prévention des risques lors de leur incarcération^{11- 12}.

Par ailleurs, si l'offre de produits de substitution doit également se poursuivre, elle ne peut pas faire l'économie d'un questionnement concernant la diversification éventuelle de la galénique des produits (injectable), voire la mise à disposition de produits de substitution alternatifs (sulfates de morphine,...). De même qu'on doit s'interroger sur l'élargissement de la prescription de la Méthadone® ou le recadrage de celle du Subutex®. En toute hypothèse, les bénéfices et les risques des traitements de substitution doivent faire l'objet d'une évaluation plus précise.

En plus de l'impulsion de telles initiatives, il est essentiel de maintenir ce type de surveillance pour contribuer à l'évaluation de la politique et détecter d'éventuelles tendances et phénomènes nouveaux. Il importe donc, en parallèle avec le recueil et l'analyse des données SIAMOIS, de reconduire des enquêtes auprès des UDIV pour suivre l'évolution des comportements de consommation, des prises de risque et de leur contexte¹³, et décrire les différentes populations d'UDIV vulnérables afin d'adapter les mesures de réduction des risques à la diversité des besoins et à l'évolutivité des situations.

¹ Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques : SIAMOIS, rapport InVS en deux tomes (Tome I: les grandes tendances, Tome II : analyse détaillée à l'usage des intervenants de terrain), J. EMMANUELLI, Nov. 2000.

² Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques.

³ BD® représentant 82% des ventes de seringues en pharmacie.

⁴ Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants, Ministère de l'Intérieur.

⁵ Le crack est un dérivé fumable de la cocaïne, peu consommé en France métropolitaine excepté sur Paris/proche couronne et Marseille.

⁶ Les seringues d'autres marques vendues aux UDIV représentent 20% des volumes des BD vendues aux UDIV.

⁷ Enquête semestrielle sur les infections à VIH et VHC chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement, Rapport global sur les 10 semestres d'enquête juillet 1993-juin 1998, Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida (CESES), C.Six, F. Hamers, J.B.Brunet. Etude réalisée auprès des résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement. Taille de l'échantillon comprise entre 1 000 et 2 000 de 1993 à 1998.

⁸ Toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales, enquête Novembre, in Etudes et résultats n° 1 décembre 1998 et n° 59 avril 2000, DREES. Etude réalisée auprès des usagers de drogues ayant recours au système de prise en charge sanitaire (CSST, services de médecine et de psychiatrie des hôpitaux publics, hôpitaux psychiatriques faisant fonction de publics et maison de santé pour maladies mentales) et sociale (CHRS, Clubs de prévention). Taille de l'échantillon aux environs de 20 000 de 96 à 98.

⁹ Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, rapport InVS-INSERM, novembre 1999, J.Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano. Taille de l'échantillon = 1 004 UDIV.

¹⁰ Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective, revue de littérature InVS, octobre 1999, J.Emmanuelli.

¹¹ Usage de drogues, sexualité, transmission du VIH, VHC, VHB et réduction des risques en prison à travers le monde, revue de littérature InVS, J. Emmanuelli, septembre 1997.

¹² Le sida et la prévention en milieu carcéral : 2ème conférence sur le VIH/SIDA en Europe, Transcriptase, J. Emmanuelli., N° 64, 16-19, 1998.

¹³ Projet d'étude InVS-ANRS pour 2001-2002 sur les risques de transmission sanguine et sexuelle du VIH et du VHC chez les UDIV (fréquence et déterminants des pratiques à risques chez les injecteurs).

ATELIER 1

Méthodologie de mise en oeuvre des Programmes de Réduction des Risques avec les pharmaciens

Patrick GREGORY [AIDES Poitou-Charentes] Aline VINOT [MISP-DDASS 66]
Michel DHEUR [Ascode] Odile BARTHOLI [Apothicom]

- Les préalables** Verrouiller le concept : ce que l'on veut faire - respecter l'éthique.
Ce qui existe : les indicateurs locaux - l'état des lieux.
La situation du département.
Les motivations d'un PES (Programme d'Echange de Seringues) en officine.
Repérer les personnes clefs, travaillant en toxicomanie dans un département (MILDT, DDASS, CPAM, Contrat Ville) et repérer là une personne motivée pouvant porter le projet dans les institutions.
Quels espoirs de financement : CPAM, MILDT, DDASS, Contrat de Ville.
Le réseau ne peut se passer de logistique, le temps doit être financé.
Mise en place d'un comité technique - d'un comité de pilotage.
- Les études** Une fois acquise l'idée d'un réseau de pharmaciens, regarder ce qui se fait, s'est fait ailleurs.
Nécessité d'avoir accès à une banque de données nationale, voire régionale, qui permettrait de récupérer de l'enquête, du matériel d'enquête.
Il est nécessaire d'avoir les moyens financiers de financer les études préalables afin d'aménager le programme à sa réalité.
Ne pas oublier de faire un rendu d'enquête aux enquêtés.
- Les négociations** Rappeler ce qu'est la RDR (Réduction des Risques).
Rappeler qu'elle s'appuie sur un cadre légal.
Ne pas chercher à tout prix le consensus, mais plutôt une position de neutralité de la part des instances.
Mieux vaut la qualité que la quantité.
En ce qui concerne les financements :
❖ Les fonds des Contrats Ville
❖ Les fonds de prévention des CPAM
❖ La MILDT
❖ Les DDASS (compte 47-18-20)
- La mise en œuvre** Imaginer une *signalétique* nationale qui autorise les usagers de drogue à repérer de ville en villes les officines parties prenantes des PES.
Logistique. Obtenir des financements pour du personnel qui gère le PES (approvisionnement, récupération, soutien et écoute des pharmaciens).
Formation. Préalable à la mise en place du réseau de pharmaciens. Elle doit également être continue et adaptée aux conditions d'exercice des pharmaciens (financement des absences par exemple).
Phase de démarrage : le financement d'une phase expérimentale peut être intéressant pour :
❖ vérifier les hypothèses
❖ verrouiller les concepts
❖ étudier les modalités d'évaluation
- Le suivi** L'information et la formation des partenaires en continu.
Evaluer et adapter de façon constante en fonction des évolutions émergeant du réseau.
Le réseau de pharmaciens est un outil global qui dépasse la simple réduction des risques (substitution, préservatif féminin, etc...).

ATELIER 2

Récupération des seringues usagées et sécurité des professionnels

Richard SWAENEPOEL [CVRR 03] Brahim RIYACHI [SEDAP 21]

Les problèmes de sécurité inquiètent en premier les pharmaciens, préalablement à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en officine.

La sécurité sous deux aspects principaux :

I - Leur sécurité physique face aux risques réels ou imaginés d'agressions fait reculer un certain nombre d'entre eux.

II - La sécurité sanitaire liée à la manipulation de matériels piquants potentiellement infectés est également une source importante de préoccupation.

Les questionnements ci-dessous issus des demandes des pharmaciens ont pu être approfondis et discutés lors de cet atelier :

1 - Proportion de pharmacies participantes pour assurer une bonne répartition de la charge en récupération et comment les identifier.

- ♦ S'organiser pour que les pharmacies où est organisé l'échange ne deviennent pas des abcès de fixation de toxicomanie.
- ♦ Changements apportés par la gratuité de l'échange par rapport à la vente de STERIBOX® ou de seringues (notamment sur l'évolution des situations de tension décrites par les pharmaciens ("attitude de défiance réelle ou imaginée", sentiment d'insécurité, "ne pas attendre son tour", ...).
- ♦ Coordination avec les officines voyant beaucoup de patients en traitement de substitution, ou en autosubstitution (codéinés) et/ou non suivis.
- ♦ Objectifs pour établir des liens de confiance pour mieux soutenir les usagers dans leur désir de soins.
- ♦ Dialoguer efficacement : Où - Quand - Comment avec les usagers.
- ♦ Gérer le stock et l'approvisionnement des kits pour éviter les ruptures.
- ♦ Communication avec les médias locaux.
- ♦ Explication en direction du grand public et des autres patients de l'officine pour expliquer l'intérêt de l'échange et repousser l'objection de l'incitation à la consommation.
- ♦ Point de vue des commerçants à proximité d'une officine lieu d'échange de seringues.
- ♦ Sensibilité du public sur le glissement du danger des seringues souillées dans les lieux publics vers les containers des officines.
- ♦ Organiser l'espace de la pharmacie pour contrôler les flux de personnes et éviter les frictions entre les usagers échangeurs et les autres clients.
- ♦ Organisation pendant les gardes de nuit ou de week-end.

2 - Critères de protection pour les kits utilisés lors des échanges.

- ♦ Niveau d'intervention du pharmacien lors de l'échange.
- ♦ Sécurités pour le stockage des containers pleins ou en cours de remplissage.
- ♦ Délais pour la collecte.
- ♦ Messages associés à l'échange.
- ♦ Installer les containers dans l'officine.
- ♦ Financeurs pour assurer le financement des programmes et notamment la collecte des containers pleins.
- ♦ Extensions aux diabétiques, aux traitements à l'interféron, etc...
- ♦ Place des automates en façade d'officine.

Concernant les questions de sécurité sanitaire il n'y a jamais eu de cas documentés d'accident d'exposition au sang dans les programmes existants en France et qui auraient appelé des réponses spécifiques.

ATELIER 3

Mobilisation, soutien, formation de l'équipe officinale

Isabelle LANCEL [MDM 34] Marie José AUGÉ-CAUMON [Pharmacien 34]
Stéphane ROBINET [CVRR 67] Jean Claude GAK [VISA 94] Sylvie SANTONI [VISA 94]

Les programmes d'échange de seringues en pharmacie sont aujourd'hui de véritables programmes de santé publique dans lesquels des officinaux se sont engagés. En France, ces actions associant les pharmaciens, demeurent à un stade expérimental.

- Pour étendre, modéliser, formaliser et pérenniser de telles actions, il reste encore beaucoup à faire en termes de mobilisation plus étendue, formation appropriée des équipes officinales, soutien logistique et financier.
- Des expériences se sont mises en place en France.
 - Quelles difficultés ont-elles rencontrées ?
 - Quels soutiens sont-ils nécessaires pour les pérenniser ?
- La question de la rémunération de ce service est posée : rémunération "à l'acte", comme en Espagne ? "au service", comme en Angleterre ?
- A l'aide d'exemples européens cet atelier s'est attaché à établir un véritable cahier des charges pour que soient réunies toutes les conditions de la réussite de tels programmes sur le territoire français.

Des éléments documentaires des expériences européennes sont à la disposition des lecteurs (www.steribox.tm.fr).

On trouvera en Annexe III p. 49 la réponse à de nombreuses questions que se sont posées les participants sur les conditions de la réussite des programmes britanniques.

ATELIER 4

Échange de seringues et participation des usagers

Sylvain JERABEK [Ruptures 69] Jimmy KEMPFER [Association LIBERTE 92]
Texte élaboré avec la participation de Fabrice OLIVET [ASUD 75]

Le dispositif de réduction des risques, c'est avant tout une histoire de rencontre : un mouvement de professionnels inspirés, de personnes touchées et de voisins solidaires.

La légitimité de cette politique provient de son pragmatisme, mais aussi de l'interdépendance qu'elle organise entre les acteurs, et de la place qu'elle laisse à l'ensemble des intervenants.

Autour de ces actions de santé, des personnes concernées s'investissent, s'expriment, interpellent les professionnels et les institutions, participent aux actions et à leur évaluation.

La place qu'elles prennent, ou qui leur est laissée, n'est pas innocente. Leur participation permet un accès à la citoyenneté rendu difficile par la réglementation, elle apporte aux actions une proximité indéniable et elle rend cohérent notre discours de responsabilisation.

❶ Six ans après la naissance du dispositif on peut se demander si les besoins des usagers, en terme d'accessibilité aux seringues, sont couverts.

Les outils et les dispositifs mis en oeuvre répondent-ils aux objectifs de la réduction des risques infectieux ou à nos logiques institutionnelles ?

Les besoins évalués au regard des objectifs de santé publique correspondent-ils aux besoins des personnes toxicomanes ?

Comment les besoins des usagers de drogues pourraient-ils être mieux entendus et pris en compte ?

❷ L'échange de seringues prévoit implicitement la participation des usagers : sans eux il n'y a pas d'échange possible.

Certains injecteurs ne peuvent accéder au matériel de prévention en utilisant l'officine de quartier, sous peine d'être stigmatisés et mis en difficulté par rapport à leur(s) famille et/ou voisins. D'autres ne peuvent se déplacer jusqu'au dispositif d'échange de seringues et n'imaginent pas accéder au matériel en dehors de la pharmacie familiale.

Parallèlement, la présence des usagers dans l'officine pose un certain nombre de problèmes objectifs. La pharmacie est aussi un lieu de vente, un espace commercial qui doit protéger sa clientèle des "bruits de la rue".

Comment ces deux partenaires naturels peuvent-ils trouver un terrain d'entente et de cohabitation qui permettrait à chacun d'être sur un registre du droit commun ?

Comment sortir de la culture de suspicion réciproque, issue des années 80, pour aboutir à une "normalisation" des rapports entre les usagers de drogues et les pharmaciens ?

★ ★ ★

L'atelier s'est déroulé avec beaucoup de participants (plus de 25) issus de programmes de Réduction des Risques de toutes formes et de tous bords.

Il est à noter l'absence de pharmaciens dans cet atelier, ce qui a beaucoup manqué au débat autour des relations chaotiques et de l'alliance idéale entre les usagers de drogues et les pharmaciens.

Les échanges se sont tout d'abord concentrés autour de l'implication des usagers dans les programmes de Réduction des Risques, ainsi qu'autour des conditions et des moyens nécessaires à cette participation des personnes concernées.

Le deuxième axe de l'atelier a concerné la prise en compte des usagers de drogues au titre de citoyens, ayant droit du régime de Sécurité Sociale, clients, patients,... au même titre que les autres utilisateurs des officines de pharmacie.

ATELIER 4 : Échange de seringues et participation des usagers

Ramener l'usager de drogues aux réponses de droit commun c'est le resituer dans la société. Enfin, nous avons évoqué l'intérêt d'orienter la prévention, entre autre celle réalisée en officine, vers une pratique de dialogue et d'échange de connaissances. Cette dernière conduit à la construction de stratégies individuelles de Réduction des Risques que nous essayons de pratiquer lors de l'accueil dans nos associations.

Dans ce cadre, les éléments suivants ont été débattus lors de cet atelier :

I - Reconnaissance d'une forme d'expertise biographique des pratiques, des produits et du quartier

Complémentaire, elle est à intégrer et à faire respecter à tous niveaux d'élaboration et d'intervention :

- Technique : diagnostic, conception, élaboration
- Politique : remontée des situations, participation, pouvoir
- Dans l'action : importance du respect du diagnostic et du rôle des personnes concernées.

II - Différents modes d'implication des personnes concernées

- Professionnalisation
- Bénévolat
- Personnes Relais
- Opérations ponctuelles

III - Transparence et clarté du cadre de participation des personnes. Pas de fausse promesse mais une reconnaissance appropriée.

IV - Ramener l'usager de drogues sur les réponses du droit commun lorsqu'il se présente dans une officine où il est positionné en tant que client et qui devrait, en tant que tel, bénéficier des conseils de professionnels.

V - En préalable à toute action en officine, pratiquer un diagnostic des besoins avec les usagers et se placer du point de vue de l'usager pour concevoir une action dans une officine.

VI - Ce que nous faisons au sein de nos associations peut-il être fait par les professionnels intervenant dans le droit commun ?

La création d'espaces d'information et d'échange : les conseils sont prodigués en sachant que les professionnels français pratiquent une prévention en référence aux normes d'hygiène de santé publique, alors qu'il faudrait pouvoir proposer des espaces de négociation et de construction individuelle des pratiques d'injection à moindre risque.

VII - Les usagers de drogues sont systématiquement considérés comme des délinquants.

La qualification de délinquant, qui est majoritairement attribuée à une personne toxicomane entrant acheter des seringues en pharmacie, n'est autre qu'un a priori et un amalgame ; ils sont le résultat de la législation sur les stupéfiants qui fait de la recherche et de la consommation de produits illicites des personnes un délit majeur.

Le fait de les cataloguer et de les criminaliser ainsi rend notre travail d'insertion impossible.

VIII - Faciliter l'accès aux seringues en officines

Permettre à l'usager de drogues de se rendre chez son pharmacien, comme il se rendrait chez "l'épicier du coin".

Importance de l'accueil et de la convivialité.

Question de la confidentialité : la discrétion est primordiale au sein de l'officine, tout particulièrement dans les petites villes et villages (cf : *stigmatisation des u.d.*)

IX - Exemple du Collectif de Marseille

Un collectif de quartier a été créé par les habitants, les usagers, les commerçants et la police. Objectif : diminuer les incidences du deal et la pression sur le quartier.

ATELIER 5

Méthode et outil d'évaluation des programmes

Julien EMMANUELLI [Institut de Veille Sanitaire 94]

Philippe CORMONT [COPAS 59]

Evaluer une action de prévention revient généralement à apprécier une situation avant et après la mise en œuvre de cette action pour un certain nombre de paramètres à la fois liés à la mise en œuvre de l'action et à ses effets.

Très schématiquement, cela suppose donc :

- de définir les paramètres qu'on va mesurer en s'interrogeant sur la manière la plus adéquate de le faire,
- d'envisager la manière dont ils peuvent interagir les uns sur les autres,
- d'apprécier le niveau de chaque paramètre avant la mise en œuvre de l'action,
- de mesurer et de discuter l'évolution de la situation pour chacun des paramètres, après la mise en œuvre de l'action si elle est ponctuelle, ou à mesure de son déroulement si elle est continue dans le temps.

Lors de cet atelier, nous avons tenté de décliner concrètement chacune des étapes de ce processus en s'inspirant de la méthode employée dans le cadre du système SIAMOIS, tout en complétant cette approche avec des éléments d'appréciation plus qualitative.

ANNEXE I

L'EXPÉRIENCE DE L'ASSOCIATION S.E.D.A.P. À DIJON

Brahim RIYACHI - S.E.D.A.P.

Depuis bientôt quatre ans, le programme d'échange de seringues évolue à Dijon et dans son agglomération. Tout d'abord, il a fallu mobiliser, en 1998, une équipe de pharmaciens volontaires pour recevoir dans leur officine les usagers de produits opiacés et leur permettre d'échanger leur seringues usagées contre des seringues neuves.

Sur 60 pharmaciens que compte Dijon, 30 participent au P.E.S. Nous avons l'avantage d'une bonne répartition géographique des officines, désormais tous les quartiers ainsi que le centre ville sont pourvus de lieux d'échanges, on y trouvera du matériel d'injection, de la documentation sur la réduction des risques par exemple et des adresses de centres pour répondre aux éventuelles demandes.

Sur les trois années passées, nous avons distribué plus de 100 000 seringues (100 700) sur Dijon et son agglomération. Une relation de confiance s'établit en général entre l'utilisateur et le pharmacien, c'est donc une relation plus consistante qui se crée avec le temps, elle aboutit parfois à des orientations, des suivis, ou des traitements dans des lieux spécialisés (SEDAP).

Les pratiques quant à elles évoluent aussi. L'utilisateur, de par les chiffres cités ci-dessus, a assimilé l'idée du shoot propre et il n'hésite plus à se renseigner et à observer l'échange. Résultat : plus de plainte ni de crainte de la part des services de la ville (ramassage des poubelles, etc. ...) et donc plus de sécurité et une prise de conscience généralisée quant à l'importance du programme d'échange de seringue.

Les mentalités évoluent, dans les deux sens : population non usagère et usagère.

En somme une tolérance mutuelle s'est créée grâce au P.E.S. contribuant à changer les habitudes de chacun.

ANNEXE II

PHARMASOINS NICE : DES PHARMACIENS S'ENGAGENT

Rapport d'activité 2000 de l'opération Distribox - J. RICHARD

Situation générale

C'est dans l'optique de la prévention du risque de transmission de maladies infectieuses que le projet Distribox a vu le jour en 1998.

Les pharmaciens adhérents à PHARMASOINS 06 ont choisi d'établir avec leurs clients toxicomanes une relation déterminante dans la gestion des risques liés à l'usage de la drogue et en particulier de freiner l'épidémie du Sida.

Tout pharmacien est confronté quotidiennement à des clients qu'il sait toxicomanes, leur demande de produits codéiniques, d'antalgiques, d'anxiolytiques ou la présentation de fausses ordonnances le lui rappelle en permanence.

Les officines adhérentes au groupement PHARMASOINS 06 ont préféré anticiper ce phénomène de société et s'en félicitent aujourd'hui.

La possibilité d'obtention gratuite de matériel stérile est considérée comme un plus dans les relations avec le toxicomane qui tendent à s'apaiser et, par contrecoup, la clientèle de l'officine est moins gênée dans sa fréquentation de l'espace pharmacie.

Communication

Réalisation de nouveaux dépliants, d'affichettes et de vitrophanies pour faciliter le repérage des officines participantes et améliorer l'information des utilisateurs.

Distribution

Maintien du nombre de sites distributeurs à Nice et dans les agglomérations du département. La modification du réseau de distribution et la qualité de la communication (certaines officines ne disposent pas de Distribox), ont eu pour corollaire un important développement des remises au comptoir, avec une évidente valorisation de l'acte médical et relationnel. En conséquence, nous ne distinguons plus les modes de délivrance (comptoir ou Distribox) et tenons une comptabilité globale.

Les sites de délivrance Pharmasoins 06

Quatre sites disposent d'un appareil Distribox avec l'affichage des nouveaux sites. Neuf pratiquent la délivrance et l'accueil au comptoir.

PHARMASOINS NICE : DES PHARMACIENS S'ENGAGENT

Rapport d'activité 2000 de l'opération Distribox - J. RICHARD

Quelques chiffres

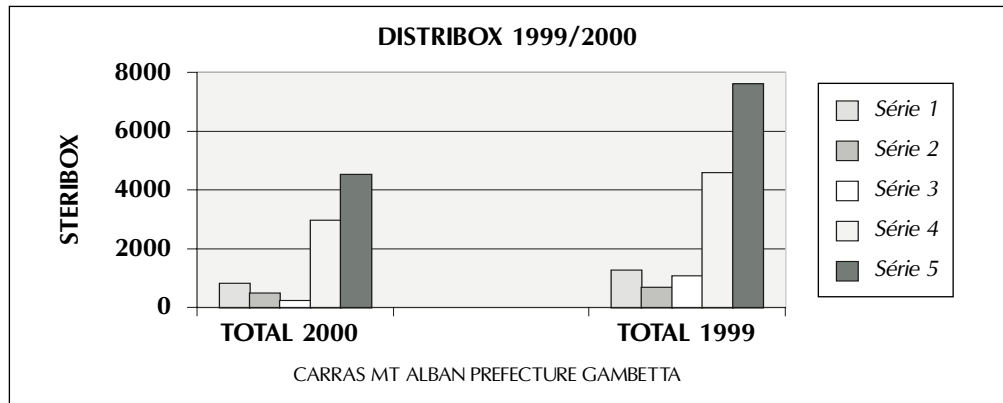
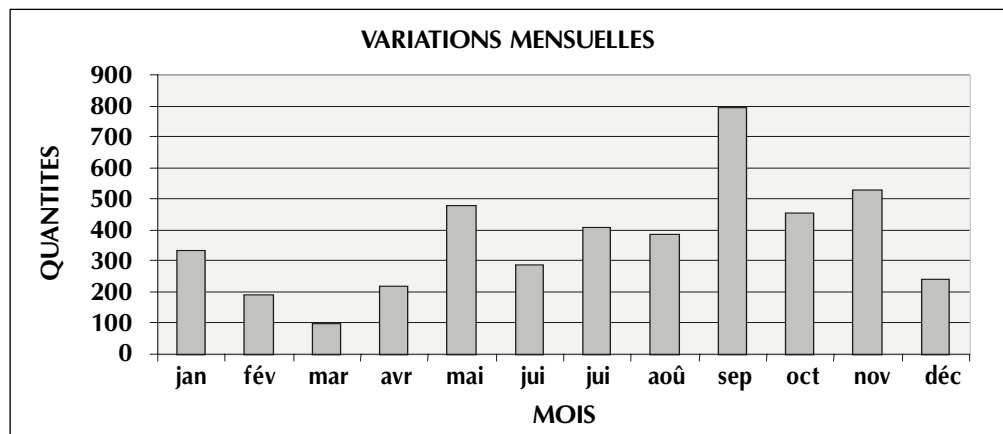


TABLEAU DE DÉLIVRANCE AU COMPTOIR

	jan	fév	mar	avr	mai	jui	jui	aoû	sep	oct	nov	déc	TOTAUX
ST BARTHELEMY			72		72				48	72	72		336
GUERIN				48		24			72				144
NOTRE DAME	96	72	96	72	72	120	72	48	120	240	240	292	1 540
LA PAIX		96			72			48	96		48	144	504
PONS HESS						48			240		120		408
VICTOR HUGO		48	24	24			48	48		96	48		336
SANTIAGO	48	96	96	96	144		144	96	72	192	240	180	1 404
CELLON	192			96		96	144	144	144	96		144	1 056
CLOPPET		96			48				96			96	336
BRACCINI					72					96			168
TOTAUX	336	408	288	336	480	288	408	384	888	792	768	856	6 232



ANNEXE III

LE RÔLE DES PHARMACIES EN GRANDE-BRETAGNE : LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES DANS LE SUD-EST DE L'ANGLETERRE

Le Royaume-Uni a développé très tôt, dès les années 80, les Programmes d'Échanges de Seringues (PES). C'est à cette intervention précoce que l'on attribue généralement la raison de la très faible prévalence du VIH chez les Usagers de Drogue (UD) au Royaume-Uni : moins de 1%. Cette politique s'est développée dans les années 90, en s'appuyant sur les pharmaciens.

Ainsi, le nombre de seringues délivrées aux usagers de drogue, dans la dernière décade, aurait quadruplé, pour atteindre 27 millions de seringues¹, soit le double de seringues délivrées en France aux usagers de drogue en 2000¹. Cet accès facilité au matériel stérile pourrait être à l'origine de la baisse de prévalence observée du VHC dans la population des usagers de drogue injectable britanniques (38% dans une étude menée en 1998)². Une étude menée auprès de 400 pharmacies et de coordinateurs des PES a été menée en 1998³, dans le sud-est de l'Angleterre.

En marge de la journée d'étude de Lyon, nous avons rencontré Janie Sheridan⁴, pharmacienne, chercheur au National Addiction Centre de Londres, qui a coordonné cette étude et en présente les principaux résultats. Interview.

Comment s'organise l'accès au matériel stérile en Grande-Bretagne ?

En réponse aux risques de la transmission sanguine des virus via le matériel d'injection partagé, et en particulier le VIH, le VHB et le VHC, le Royaume-Uni a établi un réseau important de programmes d'échange de seringues. Au Royaume-Uni, l'échange de seringues est gratuit pour les usagers de drogues injectables (UDI). Ces échanges de seringues peuvent être dispensés par des organismes comme des centres d'échange spécialisés et par des centres d'accueil pour toxicomanes. Nous avons aussi les programmes d'échange de seringues qui fonctionnent dans des pharmacies de quartier (PES). Cependant, il est important de se rappeler que dans ces pharmacies, ce programme représente seulement une très faible partie de l'ensemble des services rendus par les pharmaciens.

En dehors des services gratuits d'échange de seringues, il est également possible pour les UDI d'acheter des aiguilles et des seringues auprès des pharmacies de quartier où le pharmacien accepte de les vendre. En 1995 quelques 19% des pharmacies en Angleterre et au Pays de Galles étaient impliquées dans des programmes d'échange de seringues et près de 35% vendaient des aiguilles et des seringues. La Société Royale de la Pharmacie de Grande-Bretagne (RPSGB) (l'organisme qui représente la profession) a récemment déclaré que les pharmaciens qui vendent des aiguilles et des seringues, sans faire

partie d'un programme d'échange de seringues organisé, devraient au moins proposer aux UDI un moyen sûr pour le retour de leur matériel d'injection usagé.

Il existe des dispositifs d'échange de seringues dans presque chaque Direction Régionale de la Santé au Royaume-Uni, et dans la plupart des cas, cela correspond à un panachage d'échanges dans des centres spécialisés, dans des centres d'accueil ou des cliniques pour toxicomanes, et enfin le programme d'échange en officines.

Dans le reste de l'entretien, je me concentrerai sur l'échange de seringues en pharmacie (PES), car c'est là justement que j'ai conduit mes recherches, et cela m'est plus familier que les échanges dans les autres structures.

Quelle est la position des représentants des pharmaciens ?

Le RPSGB a émis des directives pour les pharmaciens à propos du bon fonctionnement d'un service : elles comprennent la fourniture du matériel, son retour, le conseil aux clients, la minimisation des risques de contact accidentel avec des virus transportés par le sang et des questions d'éthique liées à la mise à disposition de ce service. Des informations détaillées peuvent être obtenues auprès du RPSGB.

L'organisation des PES s'est développée localement en réponse aux besoins locaux, au financement local et aux questions spécifiques concernant l'utilisation des drogues. Chaque programme

LE RÔLE DES PHARMACIES EN GRANDE-BRETAGNE

Interview du Dr. J. SHERIDAN - Propos recueillis par le Dr. E. IMBERT

a un coordinateur qui gère diverses questions comme, par exemple, l'approvisionnement gratuit de pharmaciens avec du matériel d'injection stérile et la collecte d'équipement d'injection usagé. De même, ils soutiennent les pharmaciens, leur fournissent une formation, et gèrent leur indemnisation pour leur participation dans ces programmes.

Comment les pharmaciens sont-ils rémunérés ?

La rémunération des pharmaciens est déterminée localement. Certains perçoivent une indemnité forfaitaire pour leur participation dans le programme, tandis que d'autres reçoivent une indemnité payée à l'acte ; parfois on utilise une combinaison des deux méthodes d'indemnisation. En 1997 l'indemnité moyenne payée à l'acte était de £ 1.03.(= 11 FF).

Les pharmaciens sont-ils libres de participer aux programmes ?

Les pharmaciens ne sont obligés, ni de vendre des aiguilles et des seringues, ni de participer à un programme d'échange de seringues : leur participation est entièrement volontaire.

Quel est le matériel proposé par le pharmacien ?

Il est important de rappeler que, selon la loi du Royaume-Uni, il est illégal de fournir les accessoires d'injection pour l'usage illicite des drogues : donc il est illégal de fournir des acidificateurs (tels que l'acide citrique), l'eau stérile et des filtres. La seule exception concerne les aiguilles et les seringues. On procède actuellement à une réexamen de cette loi. Le choix de matériel proposé, ainsi que la quantité dispensée par les pharmaciens lors de chaque échange, sont habituellement déterminés au niveau local en réponse aux besoins locaux. Dans la plupart des pharmacies on fournit le matériel dans les kits tout prêts, contenant des aiguilles, des seringues, des prospectus d'information et, éventuellement, des tampons stériles, des préservatifs et des conteneurs d'aiguilles usagées personnels. Dans d'autres cas, les UDI peuvent choisir ce qu'ils veulent à partir d'une gamme de matériel.

Quel est le travail au jour le jour du PES ?

En 1997 nous avons mené une étude sur les échanges de seringues en pharmacies dans le sud-est de l'Angleterre. Un article intitulé "Pharmacy-based needle exchange (PBNX) schemes in south-east England : a survey of service providers" a été publiée dans ADDICTION, 1998, volume 95, pp. 1551-1560 (Auteurs : Sheridan et al). Dans cette étude, nous avons constaté que le nombre moyen d'heures pendant lesquelles les pharmacies restaient ouvertes pour fournir un service d'échange était de 55 heures hebdomadaires, beaucoup plus que les heures d'ouverture des centres d'échange spécialisés. Cependant, l'échange en pharmacie fournit seulement une gamme de services limitée, telle que la fourniture et le retour du matériel, la mise à disposition des conseils et des propositions de mise en contact. D'autres services peuvent exister dans les centres spécialisés, comme l'accès à une infirmière spécialisée, à un suivi professionnel, et aux publications traitant des questions de santé.

Dans certains centres, les UDI s'inscrivent au service d'échange de seringues, en fournissant des données de base comme un "identifiant", leur âge et sexe. D'autres données, comme leur état de santé, peuvent être recueillis aussi. Dans les échanges en pharmacie, d'habitude, ceci se limite seulement aux données démographiques de base comme "l'identifiant", le sexe et l'âge qui sont enregistrés. On note généralement le type et la quantité de matériel distribué, ainsi que le type de matériel qui a été rendu en échange.

Quand un client entre, pour obtenir du matériel stérile et retourner du matériel usagé, il demandera le pharmacien ou un membre clef du personnel qui a la responsabilité de fournir le service. Le matériel usagé est alors déposé par le client dans un grand conteneur de déchets médical qui, une fois plein, est emporté pour la destruction par une société de ramassage agréée. Le personnel de la pharmacie n'est obligé ni de toucher ni de manipuler ces déchets. Les UDI peuvent alors demander du matériel neuf. On fournit des informations sur le traitement des plaies et sur le déversement accidentel des substances.

LE RÔLE DES PHARMACIES EN GRANDE-BRETAGNE

Interview du Dr. J. SHERIDAN - Propos recueillis par le Dr. E. IMBERT

Cependant, souvent, les UDI ne rendent pas leur matériel usagé ; les pharmaciens sentent parfois qu'ils doivent insister sur le retour de matériel usagé avant qu'ils ne distribuent du nouveau matériel. Le conseil est généralement de fournir le matériel stérile, même si aucun n'est rendu en échange, et on encourage les clients à rendre leur matériel usagé. En fait, dans notre étude, les taux de retour les plus élevés se trouvaient dans des pharmacies où les retours ont été fortement et régulièrement encouragés.

Quelles sortes de problèmes les pharmaciens rencontrent-ils ?

Dans notre étude, nous avons interrogé les pharmaciens sur la fréquence de certains problèmes rencontrés au cours des 12 mois précédents. En général, les problèmes sérieux, liés à la violence, étaient rares : plus de 90 % de pharmaciens ont dit que ce type de problème n'est survenu "jamais" ou "rarement" dans cette période. Cependant, d'autres problèmes, comme des clients ivres qui dérangent la clientèle, ou le vol à l'étalage, arrivaient plus fréquemment.

D'autres problèmes, pour certains pharmaciens, sont liés à l'emplacement de leur pharmacie, située près d'autres magasins ou près des écoles par exemple. Parfois, les autres organismes n'aiment pas que des centres d'échange de seringues soient leurs voisins, bien que ce fait soit seulement anecdotique.

On a demandé aux pharmaciens, dans l'étude, s'ils ont pensé que d'autres clients (non toxicomanes) étaient conscients de l'existence de l'échange de seringue, et la plupart ont pensé que leurs clients n'en étaient pas conscients.

De quelle formation les pharmaciens bénéficient-ils ?

Généralement, on doit assurer aux pharmaciens une formation appropriée, qui leur permettra de diriger un programme d'échange. A mon avis, une telle formation doit inclure les aspects du mésusage de drogue, les questions de mésusage de drogues locales, la réduction des risques, les problèmes de santé liés à l'injection des drogues, ou comment les clients injectent et comment gérer des clients difficiles et agressifs. On doit aussi proposer une formation aux membres du personnel de pharmacie qui effectuent l'échange de seringues.

Dans notre étude, près de trois quarts des pharmaciens avaient suivi une formation sur l'échange de seringues, et la plupart en étaient satisfaits. Cependant, la majorité a estimé qu'une formation pour leur personnel n'était pas une bonne chose. En effet, beaucoup de programmes ne fournissent pas de formation pour le personnel de la pharmacie, bien que dans de nombreux cas, ce soit un membre du personnel, autre que le pharmacien, qui effectue l'échange.

A votre avis, le matériel fourni est-il satisfaisant ?

Les programmes d'échange rendent disponible un éventail important de matériel : des aiguilles et seringues de tailles différentes, tampons, brochures, préservatifs, etc...

Malgré tout, étant donné la façon dont les drogues doivent être préparées pour l'injection, au Royaume-Uni, les clients souhaitent souvent se procurer d'autres substances, comme l'eau stérilisée et les acidificateurs. Comme je l'ai dit auparavant, il est illégal au Royaume-Uni de fournir ces accessoires d'injection et beaucoup de pharmaciens ne veulent pas enfreindre la loi, bien qu'ils puissent penser que fournir de tels matériels est une mesure qui vise à réduire les risques. Dans une autre étude sur les perceptions des programmes d'échange à Londres Sud-Est auprès des clients, une grande majorité de ceux interviewés a souhaité la possibilité d'obtenir de tels matériels du pharmacien.

Personnellement, je pense qu'il doit être possible de fournir ce matériel légalement. Cependant, leur fourniture doit être proposée à partir d'une base de preuves en ce qui concerne les conseils sur les quantités appropriées d'acidificateurs par exemple. Nous ne voulons pas avoir des pharmaciens fournissant l'acide citrique sans être capable d'informer les clients de son utilisation sûre, et à présent il y a peu de preuves sur lesquelles baser un tel conseil.

Il existe au Royaume-Uni un autre problème avec l'eau pour préparation injectable : il s'agit actuellement d'un médicament "sur prescription" ce qui signifie qu'il peut seulement être délivré avec une prescription médicale. Je pense que le réexamen de cette section de la loi concernant le matériel de préparation à l'injection se fait trop longtemps attendre.

LE RÔLE DES PHARMACIES EN GRANDE-BRETAGNE

Interview du Dr. J. SHERIDAN - Propos recueillis par le Dr. E. IMBERT

Quels sont, à votre avis, les autres avantages que présentent les pharmacies ?

Nous pensons que les PES peuvent attirer les IDU qui ne sont pas en contact avec d'autres programmes. Les pharmacies ont de longues heures d'ouverture, sont présentes partout et on n'a pas besoin de rendez-vous pour s'y rendre. De plus, on y trouve des professionnels de services de santé primaires disponibles (tel que le pharmacien), et il y a aussi la possibilité, pour le pharmacien, d'envoyer un client ailleurs pour obtenir plus d'aide de la part d'un spécialiste. De plus, les pharmacies confèrent un certain degré d'anonymat sur des clients qui viennent pour l'échange de seringues - on fréquente la pharmacie pour de nombreux motifs.

Dans le centre d'échanges spécialisé, du fait qu'il s'agit d'un lieu spécifique pour les usagers de drogue, un usager peut se sentir mal à l'aise ; dans la pharmacie, du fait de ses multiples motifs de fréquentation, le climat est moins stigmatisant.

Cependant, les pharmaciens peuvent fournir certains services, mais pas tous. Ils travaillent dans un environnement commercial avec toutes sortes d'autres clients - des parents avec des enfants, des patients plus vieux, etc... - qui ont besoin de leur aide. Des centres d'échange spécialisés sont probablement mieux placés pour fournir des services comme des services médicaux primaires, les dépistages VIH et VHC, de l'assistance pré et le post-dépistage, la vaccination VHB, le traitement de plaies, l'assistance socio-psychologique, l'assistance des services sociaux et du logement, et l'accès à une infirmière ou à un médecin. Certains des centres d'échange spécialisés sont déjà associés aux centres de traitements, et il serait plus facile d'y envoyer de tels patients.

Idéalement, les PES et les autres centres d'échange doivent travailler ensemble pour combiner leurs forces, afin de fournir un service coordonné et intégré. Cependant, nous trouvons souvent des situations où ces centres rivalisent pour les mêmes crédits de financement local.

Il existe d'autres services que fournissent les pharmaciens pour les usagers de drogues, en particulier en ce qui concerne la réduction

des risques, comme la distribution de méthadone sur ordonnance. En 1995, jusqu'à 50% de pharmaciens en Angleterre et au Pays de Galles ont fourni ce service. Bien que quelques pharmaciens puissent avoir des vues négatives sur le mésusage de la drogue, souvent en raison d'expériences négatives avec des clients, les pharmaciens ont tendance à croire qu'ils ont un rôle à jouer dans la réduction des risques, comme l'indique le grand nombre à noter de ceux qui proposent ce type de services. Les pharmaciens doivent être encouragés pour avoir accepté ce travail, et doivent être rémunérés convenablement pour le temps supplémentaire consacré à ces services, qui vont au-delà de leur rôle habituel dans les soins primaires.

Propos recueillis par Elliot Imbert

¹ Sources : Matthew Hickman, pour le Royaume-Uni, J.Emmanueli & Becton-Dickinson pour la France.

² V.D.Hope & al., *Am Journ Pub Health*, January 2001, Vol 91, p 38-42.

" Prevalence of HCV among IDU in England and Wales : is the harm reduction working ? "Les raisons d'une baisse de prévalence doivent certes être examinées avec prudence, pour des raisons méthodologiques (la sensibilité des tests utilisés, les populations étudiées ne sont pas toujours comparables). Cependant, en Ecosse, où la disponibilité des seringues et la mobilisation des pharmaciens est nettement plus faible qu'en Angleterre, la prévalence du VHC est nettement plus élevée.

³ Janie Sheridan & al., *Addiction* 2000 ; 95 (10) :1551-1560.

⁴ Dr. Janie Sheridan PhD MRPharmS, Honorary Lecturer/Senior Research Pharmacist, National Addiction Centre, Institute of Psychiatry/Maudsley Hospital, 4 Windsor Walk, London SE5 8AF, ENGLAND.
Email : J.Sheridan@iop.kcl.ac.uk

LISTE DES PARTICIPANTS

ANTREASSIAN Béatrice	L'ELF - Maison de la Solidarité - 1 bis, rue Phillipe Solaris - 13090 - Aix-en-Provence
AGUOGUE Pierre	Médecins sans Frontières - Mission France toxicomanie - 21, passage Dubail - 75010 - Paris
AUBERTIN Jean-François Dr.	Réseau Ville Hôpital Toxicomanie Metz - Thionville
AUGÉCAUMON Marie-josée	Pharmacie de l'Observatoire - 4, boulevard de l'Observatoire - 34000 - Montpellier
AVRIL Pierre	Drogues Info Service - 39, rue Lieutenant Colonel Prévost - 69006 - Lyon
BADIE Sylvain	Pasreles - 21, rue de Lorraine - 34000 - Montpellier
BALLAS Marie Noelle Dr.	CSST Dune - Immeuble "Les Oréades" - 95000 - Cergy
BALOSTE - FOULETIER Irène	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
BARBIER Dominique	Accueil, Aides aux Jeunes - CSST - 8, rue du Pont des chèvres - 01000 - Bourg-en-Bresse
BARTHOLI Odile	Apothicom - Centre Municipal de Santé - 64, avenue Georges Gosnat - 92400 - Ivry/Seine
BELAROUCI Djamel	Le Pélican - 12, rue du Commandant Perceval - 73000 - Chambéry
BELINGARD-DEBACK Françoise	MILDT - Paris
BELLABBACI Dalila	SEQUANACIAT - 38, rue Pierre Timbaud - 92230 - Gennevilliers
BELLIN Isabelle	Tarn Espoir - 24, rue Henri IV - 81100 - Castres
BERTHET Christine	Réseau RHIV 69 - 121, rue Pr. Beauvisage - 69008 - Lyon
BERTRAND Bernard	BEMOL (Association Réagir) - 22, rue Zuber - 68000 - Mulhouse
BODIN Laurence	Préfecture du Rhône - 106, rue Pierre Corneille - 69419 - Lyon Cedex 03
BOGLIO Nathalie	APRETO - 15, rue Molière - 74100 - Annemasse
BOHRMANN Ernest	Association Hépatite Ecoute et Soutien - 26, rue du Château - 69200 - Vénissieux
BONNET Nicolas	Pharmacien - Apothicom - Centre Municipal de Santé - 64, avenue Georges Gosnat - 92400 - Ivry/Seine
BOTTON Muriel	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
BOUDISSA Nabil	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
BOUKARA Héliama	Sato Picardie (Le relais) - 5 bis, rue Henri Barbusse - 60160 - Montataire
BOUZID Martial	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
BUFFET Myriam	CLS/CCPDT Ville de Lyon - 1, rue de la République - 69001 - Lyon
CAROFF Pascal	CSST Dune - Immeuble "Les Oréades" - 95000 - Cergy
CAZALY Véronique	Aides Provence - 41, rue portail Magnanem - 84000 - Avignon
CHAPPARD Pierre	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
CHEVALIER Nelly	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
CHOSSEGROS Philippe	GT 69 - Lyon
CLAVERIE Delphine	Apothicom - Centre Municipal de Santé - 64, avenue George Gosnat - 92400 - Ivry/Seine
COLLIN Jean-François	CRES Lorraine
COLLS Michel	ACTIS - 37, bis rue Daniel Casanova - 42300 - Roanne
COMMUNAL Marie-José	DRASS Rhône-Alpes - 107, rue Servient - 69003 - Lyon
COPPEL Anne	AFR - 206, rue de Belleville - 75020 - Paris
CORMONT Philippe	COPAS - 5, rue B Monnoyer - 59800 - Lille
CROATTO Agnes	Conseil Général 69 - Hôtel du Département - 29-31, cours de la Liberté - 69483 - Lyon Cedex 03
CROIZÉ Vincent	Aides Nord Pas de Calais - 209, boulevard Liberté - Parc St-Maur - 59800 - Lille
DA CONDA Roger	SOS Hépatites - Sida - PESA - Prog.Ech.Seri.Ariég. - BP 18 - 09300 - Lavelanet
DAGNEAUX Pascal	Aides Dauphiné-Savoie - 8, rue Sergent Bobillot - BIPS - 38000 - Grenoble
DEBATS Françoise	Médecins sans Frontières - Mission France toxicomanie - 21, passage Dubail - 75010 - Paris
DERIS Christine	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
DESCHAMPS Annick	NEMO - 24, rue Georges Lyvet - 69200 - Vénissieux
DHEUR Michel	Ascode - 10 bis, boulevard St Assisclé - BP 2070 - 66011 - Perpignan Cedex
DIAKITÉ Bakari Dr.	ADRR 94 - Ville de Vitry/Seine - Monsieur le Maire - Hôtel de Ville - 94407 - Vitry/Seine Cedex
DIEDERICHS Philippe	L'ELF - Maison de la Solidarité - 1 bis, rue Phillipe Solaris - 13090 - Aix-en-Provence
DILLMANN Christiane	BEMOL (Association Réagir) - 22, rue Zuber - 68000 - Mulhouse
DOIT Jean-Louis	Communauté Urbaine de Lyon - Direction Propreté

DOUDET Eric	RESIST (Réseau Indre et Loire de Soins aux Toxicomanes) - 13-15, rue Guillaumet - 37000 - Tours
DUCOS-MIERAL Claude	Conseil Général 69 - Hôtel du Département - 29-31, cours de la Liberté - 69483 - Lyon Cedex 03
DURAND Dominique	Ascode - 10 bis, boulevard St Assisclé - BP 2070 - 66011 - Perpignan Cedex
EL GHARBI Khaled	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
EMMANUELLI Julien Dr.	Institut de Veille Sanitaire - Département Maladies Infectieuses - 12, rue du Val d'Oise - 94415 - St-Maurice Cedex
FAILLA Gemma	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
FAIVRE Laurent	Médecins sans Frontières - Mission France toxicomanie - 21, passage Dubail - 75010 - Paris
FEBVREZ Didier	Médecins du Monde - Accueil Prévention Santé - 4, avenue Rostand - 13003 - Marseille
FINGERHUT Claude	Pharmacie Fingerhut - Gennevilliers
FURY Gerard	Pasreles - 21, rue de Lorraine - 34000 - Montpellier
GABELLI Nouria	Apothicom - Centre Municipal de Santé - 64, avenue Georges Gosnat - 92400 - Ivry/Seine
GAK Jean-Claude	VISA 94 - 6, avenue Max Dormoy - 94500 - Champigny /Marne
GARÇON Isabelle	Accueil, Aides aux Jeunes - CSST - 8, rue du Pont des chèvres - 01000 - Bourg-en-Bresse
GÉHIN Francois	REVIH - 4, place du Marché Brahaudan - 65000 - Tarbes
GEISLER Bernadette	Communauté Urbaine de Strasbourg - Service Emploi-formation - 1, place de l'Etoile - 67070 - Stasbourg Cedex
GENOUD Dr.	DDASS du Rhône - 245, rue Garibaldi - 69442 - Lyon Cedex 03
GILQUIN Mireille	CPCAM Lyon - 102, rue Masséna - 69006 - Lyon
GOOSENS Dominique	L'ELF - Maison de la Solidarité - 1 bis, rue Phillipe Solaris - 13090 - Aix-en-Provence
GOUERAND Eric	Aides Provence - 41, rue portail Magnanem - 84000 - Avignon
GRANJA Jean-Marie	Pharmacie Principale Granja - 19, rue Jean Jaurès - 66500 - Prades
GREGORY Patrick	Aides Poitou-Charentes - 2, bis rue Augustin Fresnel - BP 3040 - 79012 - Niort Cedex
HAMMADI Mappour	Médecins du Monde - Accueil Prévention Santé - 4, avenue Rostand - 13003 - Marseille
HARBAOUI Louissette	Aides Lyon - 93, rue Racine - 69100 - Lyon
HARTMANN Delphine	Santé-Toxicomanies-Savoie (STS) - 15, rue du Commandant Perceval - 73000 - Chambéry
HERAIL Bruno	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
HERMAN Gilbert	Laboratoire DMP - 19, rue Danton - 59120 - Loos lez Lille
IMBERT Elliot Dr.	Apothicom - Centre Municipal de Santé - 64, avenue Georges Gosnat - 92400 - Ivry/Seine
JACQUET Matthieu	Médecins sans Frontières - Mission France toxicomanie - 21, passage Dubail - 75010 - Paris
JERABEK Sylvain	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
JOUFFRAIX Isabelle	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
JUPPET Alain Dr.	NEMO - 24, rue Georges Lyvet - 69200 - Vénissieux
KAROUM Mourad	Réduire les Risques - 5, rue Fouques - 34000 - Montpellier
KAUFFER Michèle	CMS Vitry/Seine - 18, avenue Henri Barbusse - 94000 - Vitry/Seine
KEMPFER Jimmy	Sud 92 (Association Liberté) - 10, rue de la liberté - 92200 - Bagneux
KIN Thierry	Laboratoire Bouchara
LABROSSE-SOLIER Nicole Dr.	DGS - DS 6 - 8, avenue de Ségur - 75350 - Paris Cedex 07
LAINÉ Christian	Béarn Toxicomanie - 23, rue du Maréchal joffre - 64000 - Pau
LANCEL Isabelle	Médecins du Monde - 6, rue Nissolle - 34000 - Montpellier
LE GOUAIL Martine	AID II - 4, rue de la République - 11000 - Carcassonne
LEBLANC Jean-Pierre	Sud 92 (Association Liberté) - 10, rue de la liberté - 92200 - Bagneux
LEBRUN Gérard	S.C.H.S. Mairie d'Aubervilliers - 31-33, rue de la Commune de Paris - 93308 - Aubervilliers
LELO Ladu	APRETO - 15, rue Molière - 74100 - Annemasse
LEMEGRE Denis	CILDT - 9, rue Guynemer - 94800 - Villejuif
LENOIR Christelle	Laboratoire Schering - Plough - 92, rue Baudin - 92307 - Levallois Perret
LONG Agnes	Accueil, Aides aux Jeunes - CSST - 8, rue du Pont des chèvres - 01000 - Bourg-en-Bresse
MAGUET Olivier	Aides - Fédération Nationale - Tour Essor - 14, rue Scandicci - 93508 - Pantin
MANETTA Celine	Le Pélican - 12, rue du Commandant Perceval - 73000 - Chambéry
MARIN Elsa	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon

MARRON Henri	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
MAZZA Virginie	Réduire les Risques - 5, rue Fouques - 34000 - Montpellier
MERCIER Carole	DDASS du Rhône - 245, rue Garibaldi - 69442 - Lyon Cedex 03
MIACHON Catherine	CNDT-CIRDD - Espace Régional de Santé Publique - 9, quai Jean Moulin - 69001 - Lyon
MINNE Bernard	Ordre des Pharmaciens Rhône - Alpes - 55, place de la République - 69002 - Lyon
MONGE Mme.	Syndicat des Pharmaciens du Rhône - Pharmacie de la Poste - Rilleux - 31, rue Mazenod - 69003 - Lyon
MORTREUIL Cédric	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
MOSER Joelle	DDASS du Rhône - 245, rue Garibaldi - 69442 - Lyon Cedex 03
MOUREY Jacques	Girus SA - 1, chemin Francis Carco - 69120 - Vaulx en Velin
NACIRA Larbi	CILDT - 9, rue Guynemer - 94800 - Villejuif
OLIVET Fabrice	Asud Paris - 206, rue de Belleville - 75020 - Paris
PANTALACCI Elisabeth	L'ELF - Aix en Provence
PERROT Sylvain	Médecins du Monde - Lyon
PETIT Bruno	Apus - 7, place du Griffon - 69002 - Lyon
PIESSET Daniel	Laboratoire DMP - 19, rue Danton - 59120 - Loos les Lille
POUBLANC Julien	Médecins sans Frontières - Mission France toxicomanie - 21, passage Dubail - 75010 - Paris
PREVOSTO Françoise	DRASS Rhône-Alpes - 107, rue Servient - 69003 - Lyon
RICHARD Jacques	Pharma Soins - 6, avenue Baquis - 06000 - Nice
RIYACHI Brahim	SEDAP - 30, boulevard de Strasbourg - 21000 - Dijon
ROBINET Stéphane	Croix Verte et Ruban Rouge - 1, rue Marinette - 60570 - Andeville
RODET Joël	CSST Lac d'Argent - 64, chemin des Fins Nord - 74000 - Annecy
ROUZIER Marie	Girus SA - 1, chemin Francis Carco - 69120 - Vaulx en Velin
SANTONI Sylvie	VISA 94 - 6, avenue Max Dormoy - 94500 - Champigny /Marne
SWAENEPÖEL Richard	Croix Verte et Ruban Rouge - 1, rue Marinette - 60570 - Andeville
SONNIER Pierre	Médecins du Monde - 1, place Griffon - 69001 - Lyon
TENENBAUM Clarisse	Pharmacie Tenenbaum - Gennevilliers
THOMAS Alexandre	Médecins du Monde - 6, rue Nissolle - 34000 - Montpellier
TILLIE Isabelle	AID 11 - 4, rue de la République - 11000 - Carcassonne
TOSETTI Annie	Entractes - 6, rue Offenbach - 06000 - Nice
VIDAUD Alain	Ruptures - 36, rue Burdeau - 69001 - Lyon
VINOT Aline Dr.	DDASS des Pyrénées Orientales
VION Pierre	SEQUANACIAT - 38, rue Pierre Timbaud - 92230 - Gennevilliers
VITTI Gérard, Président	Syndicat des Pharmaciens du Rhône - 31, rue Mazenod - 69003 - Lyon
VUILLERMOZ Monique	Accueil, Aides aux Jeunes - CSST - 8, rue du Pont des chèvres - 1000 - Bourg-en-Bresse

*Les Actes
de la Journée Nationale de l'Échange de Seringues en Pharmacies
sont présents sur le site de l'Association Apothicom :*

<http://www.steribox.tm.fr>

à partir duquel une impression et un téléchargement sont possibles.

JOURNÉE NATIONALE DE L'ÉCHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIES

ORGANISÉE PAR LES ASSOCIATIONS

APOTHICOM

CMS - 64, avenue Georges Gosnat - 94200 Ivry-sur-Seine
Tél. : 01 46 70 70 72 - 01 46 72 38 38 - Fax : 01 46 00 00 00
Email : info@steribox.tm.fr - <http://www.steribox.tm.fr>

ASCODE

10 bis, boulevard Saint Assisclé - BP 2070 - 66011 Perpignan cedex
Tél. : 04 68 68 31 41
E-mail : ascode@free.fr

CROIX VERTE & RUBAN ROUGE

1, rue Marinette - BP 3 - 60570 Andeville
Tél. : 03 44 22 59 02
E-mail : cvrr@infonie.fr

RUPTURES

36, rue Burdeau - 69001 Lyon
Tél. : 04 78 39 34 89 - Fax : 04 78 30 10 08
E-mail : ruptures@wanadoo.fr

A V E C L E S O U T I E N D E

la DGS Division Sida

la MILDT

la DDASS du Rhône

la CPCAM de Lyon

le Conseil Général du Rhône

le Laboratoire Becton Dickinson

le Laboratoire Schering Plough

l'Hôpital Saint-Jean de Dieu