

PREVENTION
USAGER
SUBSTITUTIO
RPIB
AUDIT
REPERAGE
DICATION
RISQUE
ALCOO
SUIVI
ROGUE
ADONE
COMSOMM

GUIDE **GUIDE de**
L'ADDICTOLOGIE
EN PHARMACIE
D'OFFICINE

GUIDE de
**L'ADDICTOLOGIE
EN PHARMACIE
D'OFFICINE**

Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine

- Directeur de publication : Nicolas Bonnet
- Responsable éditorial : David Michels
- Coordination : Nicolas Bonnet et Anne-Cécile Cornibert
- Secrétariat de rédaction : Maria Baraud

Ont contribué à sa rédaction :

Judith André (Université Picardie Jules Verne d'Amiens), Marie-Josée Augé-Caumon (Union des syndicats de pharmaciens d'officine), Nicolas Bonnet (Respadd), Laurène Collard (Fédération Addiction), Anne-Cécile Cornibert (Respadd), Marie-Anne Courné (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), Ezra Daniel (Direction générale de la santé), Patrick Fabry (pharmacien d'officine), Albert Herszkowicz (Direction générale de la santé), Nathalie Joannard (Direction générale de la santé), Vincent Loubrieu (pharmacien d'officine), Philippe Michaud (Centre Victor Segalen), David Michels (Respadd), Anne-Christine Moreau (AddictoCentre), André Nguyen (AddictLim), Catherine Pamart (Ordre national des pharmaciens), Karine Pansiot (Ordre national des pharmaciens), Bernard Penicaud (pharmacien d'officine), Jean Perriot (Dispensaire Emile Roux), Elisabeth Pfletschinger (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), Marie-José Pojer-Médeville (pharmacien d'officine), Stéphane Robinet (Pharmaddict), Marie-Pierre Sauvant-Rochat (Université d'Auvergne - Faculté de pharmacie à Clermont-Ferrand), Lionel Sayag (PROSES).

Ont participé aux travaux du comité de pilotage :

Judith André (Université Picardie Jules Verne d'Amiens), Marie-Josée Augé-Caumon (Union des syndicats de pharmaciens d'officine), Pierre Champy (Université Paris –Sud), Laurène Collard (Fédération Addiction), Maxime Cloqué (Greid), Marie-Anne Courné (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), Ezra Daniel (Direction générale de la santé), Eric Doudet (pharmacien d'officine), Thomas Dussouchet (Gaïa), Patrick Fabry (pharmacien d'officine), Albert Herszkowicz (Direction générale de la santé), Nathalie Joannard (Direction générale de la santé), Laurence Lavy (Direction générale de la santé), Diane Lamarre (Ordre des pharmaciens du Québec), Michel Lemonnier (LOGOS), Vincent Loubrieu (pharmacien d'officine), René Maarek (pharmacien d'officine), Kevin Maenhout (Greid), Philippe Michaud (Centre Victor Segalen), Anne-Christine Moreau (AddictoCentre), Jean-Michel Mrozovski (Comité pour la valorisation de l'acte officinal), André Nguyen (AddictLim), Catherine Pamart (Ordre national des pharmaciens), Karine Pansiot (Ordre national des pharmaciens), Bernard Penicaud (pharmacien d'officine), Pascal Pfister (Direction générale de l'offre de soin), Elisabeth Pfletschinger (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), Jérôme Quintin (Université de Caen Basse-Normandie), Stéphane Robinet (Pharmaddict), Marie-Pierre Sauvant-Rochat (Université d'Auvergne - Faculté de pharmacie à Clermont-Ferrand), Lionel Sayag (PROSES).

L'élaboration de ce guide a reçu le soutien financier de la Direction générale de la santé.

© Edition Respadd, 2014, www.respadd.org

Pour commander l'ouvrage ou pour poser une question : contact@respadd.org

Couverture et mise en page : Bernard Artal Graphisme

Achévé d'imprimer en novembre 2014 – Imprimerie Peau, Nogent-le-Rotrou

Dépôt légal : novembre 2014

Exemplaire gratuit, ne peut être vendu.

ISBN 978-2-9550677-0-3 / EAN 9782955067703



Sommaire

Avant-propos	7
• Catherine Lemorton, <i>présidente de la commission des Affaires sociales à l'Assemblée nationale</i>	7
• Anne Borgne, <i>présidente du Respadd</i>	9
• Jean-Pierre Couteron, <i>président de la Fédération Addiction</i>	11
• Benoît Vallet, <i>directeur général de la santé</i>	13
1/ SUSCITER, SUIVRE ET PRENDRE EN CHARGE LES DEMANDES D'ARRÊT DE CONSOMMATION CHEZ LES FUMEURS.....	15
• Introduction	15
– Contexte.....	15
– L'engagement du pharmacien d'officine dans les demandes d'arrêt de consommation du fumeur : état des lieux au niveau international.....	17
– L'engagement du pharmacien d'officine dans les demandes d'arrêt de consommation du fumeur : état des lieux en France.....	18
• Objectifs	20
• Stratégie d'action à l'officine face aux demandes d'arrêt de consommation du fumeur	20
– Interventions en prévention primaire et en prévention secondaire	20
– Contexte d'intervention.....	21
– Niveaux et outils d'intervention.....	21
– Traitements proposés pour un arrêt de consommation du tabac.....	24
▶ ENCADRÉ 1 Domaines d'intervention du pharmacien d'officine dans l'accompagnement vers l'arrêt du tabac	25
▶ ENCADRÉ 2 Les différents tests validés qui peuvent être utilisés	26
▶ ENCADRÉ 3 Expérimentation d'un suivi tabacologique en officine dans les Pays de la Loire	27
▶ ENCADRÉ 4 Arbre décisionnel de l'accompagnement vers le sevrage tabagique à l'officine	29
▶ ENCADRÉ 5 La fiche de suivi tabacologique du Cespharm	30
2/ REPÉRER LES RISQUES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN PRATIQUANT LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET LES INTERVENTIONS BRÈVES (RPIB)	33
• Introduction	33
– Contexte épidémiologique	33
– Historique et développement du RPIB en France	34
– Principe du RPIB : risque gradué et réduction des consommations	34

– Efficacité du RPIB	35
– Les pharmaciens et l'alcool, état des lieux	35
• Objectifs	37
• Méthode de l'intervention	37
– Présentation des questionnaires	37
– Mener une intervention brève	37
– Se former au RPIB	38
▶ ENCADRÉ 6 Le questionnaire AUDIT « pharmacien » du Respadd	39
▶ ENCADRÉ 7 L'outil « Boire moins, c'est mieux » de l'Ippsa	43
▶ ENCADRÉ 8 Recherche-action « Formation des étudiants de 6^e année de pharmacie au RPIB » 2013-2014	44
▶ ENCADRÉ 9 Recherche-action « Formation des officinaux au RPIB » 2011	46
3/ DISPENSER ET SUIVRE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS	49
• Introduction	49
– Historique	49
– État des lieux	51
– Terminologie	52
• Objectifs des TSO pour le pharmacien	52
– Objectifs généraux des TSO	52
– Objectifs spécifiques liés à la dispensation en officine	53
• Quelles pratiques pour les TSO ?	54
– Conditions préalables à l'instauration des traitements et à la prise en charge des patients	54
– Instauration des traitements	55
– MSO	57
– Situations spécifiques	61
▶ ENCADRÉ 10 Observation des signes cliniques et conseil	67
▶ ENCADRÉ 11 Les analyses urinaires	67
4/ PARTICIPER À UN PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIE (PESP)	69
• Introduction	69
– Historique	69
– État des lieux	71
– Bases scientifiques en faveur de ce type de dispositif	71
– L'élargissement progressif de l'offre	71
• Objectifs	72
– Objectif principal	72
– Objectifs secondaires	72
• Méthode	73
– Préalable	73
– Développer un PESP	73

▶ ENCADRÉ 12 <i>Charte de la réduction des risques en pharmacie</i>	76
▶ ENCADRÉ 13 <i>Proposition de sticker pour les pharmacies participant à un PESP</i>	77
▶ ENCADRÉ 14 <i>Usagers injecteurs & DASRI</i>	78

5/ ARTICULER SA PRATIQUE AVEC LE DISPOSITIF

DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS	81
• Introduction	81
– Pharmacien d’officine et interface dans les textes de lois, les réglementations et les recommandations de portée générale	81
– Pharmacien d’officine et interface dans les textes de lois, les réglementations et les recommandations relevant du champ addictologique.....	83
– La Mildeca et les pharmaciens	83
– État des lieux de la collaboration du pharmacien au sein du dispositif addictologie	84
– Les compétences et les atouts du pharmacien et de l’officine dans le cadre de l’interface officine, médico-social, sanitaire	84
• Objectifs	86
– Objectif principal	86
– Objectifs secondaires.....	86
• Méthode	87
– Participer ou organiser des rencontres pluridisciplinaires sur la thématique des addictions.....	87
– S’impliquer dans les réseaux en addictologie.....	87
– S’impliquer dans les projets des maisons de santé et pôles de santé	87
– Partager son temps de travail entre officine et CSAPA (pharmacien adjoint).....	87
– Protocoliser ses collaborations avec les médecins généralistes sur la prise en charge des addictions	87
▶ ENCADRÉ 15 <i>Etre pharmacien d’officine et s’impliquer dans un réseau : l’exemple d’AddictLim</i>	88
▶ ENCADRÉ 16 <i>Etre pharmacien en CSAPA : l’exemple d’AddictoCentre</i>	89
▶ ENCADRÉ 17 <i>Obligations réglementaires relatives au circuit du médicament dans les Centres de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)</i>	91

ANNEXES

▶ ENCADRÉ 18 <i>Le questionnaire CAST « pharmacien » du Respadd</i>	95
▶ ENCADRÉ 19 <i>Le questionnaire ADOSPA « pharmacien » du Respadd</i>	96
LIENS UTILES	97
BIBLIOGRAPHIE	98

Avant-propos

CATHERINE LEMORTON

Présidente de la commission des Affaires sociales
à l'Assemblée nationale

Un matin de février, peu importe l'année. Il est neuf heures. J'ouvre la grille de la pharmacie. Le vent froid s'engouffre.

Il est avec son chien, fidèle compagnon de la rue, fidèle compagnon de galère, fidèle compagnon des nuits sous les portes cochères. Il me regarde, tendu, agacé, voire énervé. Il pose sa cigarette roulée bien entamée entre deux briques. D'autres clients rentrent. Il s'impatiente, veut passer avant tout le monde. Je lui rappelle par un bonjour souriant et accueillant que j'attends le sien.

Tous les matins, c'est le même rituel. Je sais qu'il vient chercher un Stéribox®. Cela fait des mois qu'il vient. Toute tentative d'échange, réitérée pourtant, est restée vaine. Son chien saute partout, content de me voir, comme quelqu'un d'habituel. Je le suis, puisque je le vois aussi tous les jours. Parfois, il m'est arrivé de pouvoir lui offrir un café.

D'où vient-il ? A-t-il une famille ? A-t-il des amis ? Je ne sais toujours rien de lui. Voit-il un médecin ? Certainement pas. A-t-il seulement des droits ouverts ?

Quand il prend le Stéribox® sur le comptoir, ses mains sont caractéristiques, ce qu'on appelle des *mains de Popeye*. Cruellement caractéristiques. Chaque matin, la violence et la souffrance mêlées sont face à moi.

Quel âge a-t-il ? Peut-être 20, peut-être 25. La vie l'a déjà tellement abîmé.

Aujourd'hui, je parviens à lui soutirer un sourire. Il reste quelques minutes, le temps de se réchauffer après cette nuit glaciale passée à dormir dehors. Les quelques tentatives de demande d'hébergement d'urgence ont échoué ; vivre sans son chien n'est pas pensable. Il sent l'alcool, comme chaque matin.

Que va-t-il encore s'injecter aujourd'hui ? Quel produit lui aura été vendu ? Par quel dealer ? Il repart comme il est venu, comme chaque matin, et chaque matin je me dis : qu'a-t-il fait de sa seringue d'hier ? L'a-t-il échangée ou l'a-t-il jetée ?

Tant qu'il ne souhaite pas s'ouvrir, je reste impuissante, donc malheureuse.

Il semblerait que la pharmacie, dans son cas particulier comme d'autres dans sa situation, soit un lieu ouvert, une passerelle possible vers le droit commun. Dans son errance de tous les jours, il y a une forme de fidélité à ce lieu qui l'accueille. Chaque jour qui passe me laisse penser qu'il finira par répondre à cette main tendue.

À défaut de voir arriver ce jour, l'ouverture d'une salle de consommation supervisée à moindre risque serait peut-être une solution pour lui. Pour moi. Pour nous deux, et donc, pour la communauté des Hommes.

Alors, vite.

Le temps de délivrer deux ordonnances, d'échanger avec Madame L. (78 ans), qui vient chaque jour s'asseoir dans l'officine après son marché, une jeune femme entre, comme chaque mardi.

Elle a 29 ans. Nous l'accompagnons depuis cinq ans. Elle venait de la rue, elle aussi. Abîmée par la vie, elle aussi.

Un jour, je ne sais plus quand, elle s'est mise à nous parler. Peu à peu, un lien de confiance s'est construit. Peu à peu, le lien social s'est installé, le lien humain qu'elle n'avait plus. Que de chemin parcouru en 5 ans ! Fait de petits pas, avec des rechutes, évidemment.

Elle vient donc tous les mardis chercher sa boîte de Buprénorphine Haut Dosage (BHD), appelée communément Subutex®. Depuis quelques mois, elle ne se l'injecte plus. Elle prend son comprimé comme il se doit en perlingual. Les stigmates sur les bras sont là, sans doute ailleurs sur le corps.

Elle a un médecin, toujours le même, en lien avec nous.

Le rôle du CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues) a été évidemment important. Dans cette coopération entre les acteurs, elle s'est sentie protégée. Nous l'avons tous aidée à revenir dans le droit commun, à retrouver une dignité perdue.

Finies la galère et la violence de la rue. Elle a un appartement, un copain, une formation en cours. Elle parle même de bébé.

Bien sûr, rien n'est jamais gagné. Le chemin est encore long. Mais quand je la vois rentrer, chaque mardi, avec le sourire aux lèvres et un bonjour éclatant, avec une bise à la clef, je me dis que l'officine a été, dans son histoire, la porte d'entrée pour sa reconstruction.

Nous serons toujours là pour elle.

Et quand elle tourne les talons, je lui dis : « À mardi prochain ! » ■

Avant-propos

ANNE BORGNE
Présidente du Respadd

Le concept d'addictologie et les politiques publiques qui en découlent ont permis de mettre en place une prise en charge des addictions de façon « transversale ». Il s'agit de décloisonner l'approche thérapeutique et préventive des addictions qui jusqu'alors s'effectuait par produit (alcool, tabac, drogues illicites) et de les considérer de manière globale. Cette approche intègre aussi les conduites addictives sans produits.

Face à ces changements et à une thématique évoluant rapidement, la place du pharmacien est primordiale : suivi des traitements, analyses toxicologiques, mesures biologiques. Par ailleurs, le pharmacien est de plus en plus sollicité par le public pour des interprétations de tests de dépistage ou pour des informations concernant les produits psychotropes, leurs effets et leur toxicité.

L'efficacité médico-économique de cette démarche clinique (stratégies de prise en charge) et de son volet pharmacologique ont été confirmés à plusieurs reprises.

Concernant les traitements de substitution aux opiacés, l'information sur les risques de mésusage et les moyens de le prévenir restent insuffisants. Par ailleurs, on assiste ces dernières années à une diminution du nombre de pharmaciens correctement formés et volontaires pour prendre en charge des patients sous buprénorphine haut dosage ou sous méthadone.

La fréquence du transfert de dépendance, avec passage d'une addiction à une autre (en particulier opiacés vers alcool), rend indispensable de former les pharmaciens aux notions de polyconsommation et de prise en charge des comorbidités. La réactualisation des connaissances et des nouvelles stratégies thérapeutiques pour les patients dépendants à la cocaïne ou au cannabis est également urgente et vise à stopper la banalisation des comportements de consommation excessive en groupe.

De par sa place d'observateur des comportements, mais aussi de médiateur et de confident, le pharmacien doit être à même de prévenir, repérer et orienter l'utilisateur de drogues. Pour cela, il faut également qu'il améliore ses connaissances des partenaires associatifs, sanitaires et sociaux qui font l'aspect pluri-professionnel de la prise en charge des conduites addictives.

La profession de pharmacien fait partie intégrante de ce qui se définit par « l'art de guérir », mais l'évolution de la médecine et de la pharmacie a été telle que le rôle du pharmacien s'est modifié.

Aujourd'hui il est nécessaire de développer tout un concept de « *pharmaceutical care* » pour agir efficacement en tant que conseillers sanitaires et agents de prévention, ce qui

implique une remise à niveau régulière des connaissances, et une implication plus importante du pharmacien dans le travail de comptoir.

Les pharmaciens doivent prendre pied dans l'acte médical en tant que professionnels spécialistes du médicament et de la pharmacologie. La société attend que les pharmaciens jouent un rôle important dans le domaine des addictions, et paradoxalement, aujourd'hui, la formation, le mode d'organisation des officines, et la manière dont la société rétribue les pharmaciens les éloignent de cette tâche bien plus qu'ils les en rapprochent.

Le pharmacien d'officine a reçu une formation universitaire orientée essentiellement vers la chimie, la biochimie et la pharmacologie. Lorsqu'il exerce sa profession, le public attend de lui des compétences de conseiller en matière de santé physique mais aussi psychologique, d'agent de prévention et également d'acteur social. Il n'a été formé pour aucune de ces compétences, et même si par un effort personnel en termes de formation post universitaire ou de formation continue il acquiert ces connaissances, il n'est pas directement rétribué pour les utiliser et en faire bénéficier les personnes qui viennent dans son officine. Bien entendu, une telle attitude renforcera son impact sur sa clientèle et il en sera indirectement « récompensé ».

Aussi, lorsqu'il s'agit de déployer tout ce dévouement pour des personnes usagères de drogues, on peut presque parler d'altruisme. En effet, l'effort à fournir est grand, le bénéfice matériel est nul, la gratification morale peut paraître faible. La méconnaissance, par la plupart des pharmaciens, du point de vue psychologique des addictions fait qu'ils ne sont pas préparés aux reprises de consommations vécues comme désillusions qu'ils vont devoir affronter. Ainsi, on voit souvent des pharmaciens, après avoir sincèrement voulu jouer leur rôle dans les approches thérapeutiques des addictions, exprimer à cet égard une attitude de méfiance.

Ce *Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine* contribue à la diffusion de bonnes pratiques, à renforcer l'implication du pharmacien d'officine, à développer les partenariats avec le secteur médico-social et soutient la valorisation de l'acte de santé publique du pharmacien.

Ces actions y sont déclinées par des propositions visant la diffusion du repérage précoce/ intervention brève alcool, par le soutien à la prévention, l'accompagnement et la prise en charge du patient tabaco-dépendant, par l'actualisation des données et protocoles de soins des patients sous traitements de substitution aux opiacés ainsi que par l'incitation à l'implication du pharmacien d'officine au sein des structures médico-sociales type Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou réseaux de soins. Enfin, ces actions passent aussi par l'engagement des universités à intégrer ces différentes thématiques dans l'enseignement en addictologie proposées aux étudiants. ■

Avant-propos

JEAN-PIERRE COUTERON
Président de la Fédération Addiction

Soins, prévention et réduction des risques (RDR) en addictologie traversent une forte évolution. Un consensus médical et social centré sur le trio produit/dépendance/abstinence avait peu à peu vidé de son sens le modèle « tri varié » produit/personne/contexte, pourtant officiellement proposé. Les substances culturellement tolérées, alcool, tabac, étaient sensées ne poser problèmes qu'aux personnes « immatures » qui en perdaient le contrôle, contrairement aux drogues illicites, prohibées car générant quasi systématiquement l'assujettissement de l'usager. La machine à dysfonctionner a pu faire ses preuves : tout ce qui apaise l'usage de drogues illicites est « laxiste » car affaiblissant l'interdit, chaque mesure de réduction des risques a du être arrachée, n'arrivant qu'avec retard. L'exemple du sida reste proche. De même, tout ce qui limite et contient l'accès aux substances licites est « liberticide », car s'opposant au libre accès du commerce et à cet accès immédiat à l'objet désiré qui est devenu central, et donc il faut sans fin se battre pour contenir alcool et tabac. Et pendant ce temps, le traitement passait par la seule voie étroite d'un arrêt « total et définitif », le sevrage, volontaire ou non, suivi d'une aide au maintien de l'abstinence. Ce « logiciel » a été partiellement remis en question par deux événements majeurs des années 80-90, contemporains de l'évolution d'une société de plus en plus addictogène ⁽¹⁾.

D'une part, le déploiement de la réduction des risques. Justifiée par la lutte contre le VIH et le VHC, elle a permis de rencontrer des usagers inconnus des acteurs d'un soin limité à la dépendance, notamment ceux cherchant à prendre soin de leur santé et à réduire les risques de leurs usages, pour eux comme pour les autres. Elle s'est depuis installée dans l'ensemble des domaines, de l'alcool et jusqu'au tabac et aux addictions comportementales. Ce décloisonnement de la RDR transforme les pratiques mais aussi les relations entre professionnels et usagers. Le pharmacien d'officine a été un acteur majeur de cette évolution, qu'il a vécu de l'intérieur, de l'interdiction de la vente des seringues des années 70 à la large diffusion des médicaments de substitution des opiacés (MSO) et autres nouveaux traitements de l'alcool, etc.

D'autre part, l'adoption du concept d'addiction a mis l'accent sur le comportement, plus que sur le produit, et sur des problématiques comme l'abus ou l'usage nocif, les addictions sans drogue. L'addiction transcende ainsi la dichotomie licite/illicite et bouscule les dogmes de la dépendance et de l'abstinence. L'addiction nécessite de penser à son versant « tentative de solution » apportée à des souffrances subjectives et comme aux causes multifactorielles de dérégulation des comportements individuels. Là encore, le pharmacien s'est confirmé comme un acteur majeur de cette réforme.

(1) Morel, Couteron & Fouilland, 2014.

D'autres débats ont agité et agitent l'addictologie, dont l'émergence de l'e-cigarette, hors de la pharmacopée classique. Elle interroge les pratiques des différents acteurs, qu'ils soient en officine, généraliste, tabacologue, thérapeute, etc. Le vapoteur garde sa dépendance à la nicotine tout en diminuant les risques liés à la consommation de tabac. Le principe est le même avec la substitution opiacée et en partie aussi avec des nouveaux médicaments de l'alcool, dont les effets sur la dépendance sont encore à l'étude.

Par ces évolutions, l'alliance thérapeutique usagers/soignants autour de l'autocontrôle et de la réduction des risques, est devenue centrale. Elle instaure la relation usager-soignant sur une appréhension pragmatique de l'expérience addictive, intégrant ses besoins, compétences et ressources, mais aussi ses difficultés personnelles pour changer. Cette approche contribue à lever le stigmate et l'auto-dévalorisation dans lequel l'utilisateur se trouve enfermé, masqué parfois derrière des postures de prestance et de toute-puissance.

Cette évolution des réponses aux addictions n'est pas un rejet du sevrage et de l'abstinence, mais l'opportunité d'ouvrir une large gamme d'objectifs personnalisés, de la plus élémentaire réduction des risques à l'engagement dans un arrêt. L'enjeu est de faire exister une gamme diversifiée d'accompagnements, qui permettent à chacun de s'interroger sur son mode de vie, de rechercher ses propres ressources et des soutiens aux changements. Au regard des liens étroits qui unissent très souvent les problèmes d'addiction, notamment les plus lourds, à des troubles concomitants ou antérieurs (psychiques, relationnels, sociaux, traumatismes), ces accompagnements ne peuvent s'imaginer autrement qu'intégrés, combinés, individualisés et finement adaptés.

Il était donc important de permettre à cet acteur spécifique qu'est le pharmacien de partager cette réflexion et de prendre part dans cette rénovation des réponses dont il est un acteur important. Comme il en a l'habitude, le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (Respadd) a réuni des acteurs différents, pharmaciens d'officines bien sûr, mais aussi leurs partenaires et des experts des différents sujets. C'est donc un travail contributif, partagé, qui est ici présenté. Et c'est tout son intérêt. Il permettra aux pharmaciens qui le désirent de faire le point sur leur pratique au regard de ces évolutions de l'addictologie. Mais il doit aussi aider leurs partenaires à mieux travailler avec cet acteur essentiel qu'est le pharmacien. ■

Avant-propos

BENOÎT VALLET
Directeur général de la santé

Je salue ce guide qui représente l'aboutissement d'un travail prolongé et collaboratif auquel la Direction générale de la santé (DGS) a apporté tout son soutien. Le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (Respadd) a joué un rôle moteur remarquable dans cette dynamique et je l'en remercie. En effet, cet ouvrage représente une étape importante de la mobilisation des pharmaciens d'officine, acteurs de santé publique, dans le domaine de l'addictologie.

Un certain nombre d'actions ont ponctué cette longue marche : cela a débuté par l'accessibilité des seringues en vente libre dans les officines en 1987, dont l'effet a été de faire diminuer l'incidence du VIH chez les usagers de drogues dès 1988. Une étape importante a été franchie avec le développement et la prise en compte des Programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP). Cette pratique existait auparavant depuis de nombreuses années dans un certain nombre d'officines pilotes, mais elle connaît aujourd'hui un développement important notamment par l'instauration d'une coopération entre les pharmaciens et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD).

Ces collaborations locales ont été au centre d'une conférence nationale qui s'est tenue à Perpignan le 6 décembre 2011 et à l'élaboration d'un premier guide intitulé *Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie*, déjà réalisé par le Respadd, et déjà soutenu par la DGS. Cette initiative a donné une visibilité nationale aux actions de réduction des risques (RDR) prises en charge par les pharmaciens.

L'annuaire des PESP et la charte éthique de la RDR en pharmacie figurant dans ce guide représentent une nouvelle étape dans ce chantier d'avenir. De la RDR à l'abord des traitements de substitution aux opiacés (TSO), il n'y a qu'un pas. Ce guide comprend donc une partie substantielle et éclairante sur la pratique quotidienne des pharmaciens d'officine confrontés au maniement de ces thérapeutiques spécifiques.

Mais ce sont bien d'autres domaines de l'addictologie qui sont abordés dans ce document à partir des travaux collectifs réalisés pour sa préparation. Il s'agit notamment de soutenir les actions des pharmaciens dans le domaine de l'alcool et du tabac qui demeurent les produits psychoactifs les plus consommés dans notre pays. Des formations au repérage précoce des consommations d'alcool ont eu lieu en direction des pharmaciens d'officine ainsi que des étudiants en pharmacie se préparant à la pratique officinale. Dans le domaine du tabac, des expériences de formations à l'évaluation de la dépendance et à la dispensation de substituts nicotiques sont en cours. Ces expériences prolongent la vente libre en

officine des traitements de substitution nicotinique depuis 1999, qui a pu être conduite grâce à l'implication du Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop).

L'implication des pharmaciens d'officine dans les actions de santé publique concernant le domaine des addictions nécessite une réflexion prenant en compte ce rôle nouveau.

Les pharmaciens attachés à la prise en charge des différentes thérapeutiques médicamenteuses doivent jouer un rôle important dans la mise en place de réseaux addictologiques locaux avec les médecins de ville et le dispositif médico-social. Au sein même de ce dernier, ils ont dorénavant toute leur place en tant que pharmaciens travaillant dans les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Des crédits spécifiques ont été attribués à ce titre. Dans les CSAPA, ces pharmaciens sont garants de la sécurité et de la disponibilité des différents traitements destinés aux patients. Au-delà, ils forment et sensibilisent le personnel des CSAPA à la connaissance des différents produits et traitements.

La conférence du 25 novembre 2014 et la sortie du présent guide représentent une nouvelle étape dans ce grand objectif que représente l'implication des pharmaciens dans l'abord des patients présentant des problèmes d'addiction. Je souhaite souligner à quel point cette avancée est le fruit d'un travail collectif. Des pharmaciens d'officine, des représentants de CAARUD, des enseignants en pharmacie, des associations représentatives du secteur médico-social, en partenariat avec des représentants institutionnels de l'Etat, des agences sanitaires et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens ont élaboré en commun un programme ambitieux et mobilisateur.

La DGS, pour sa part, poursuivra son investissement dans la construction d'un programme d'ensemble à destination des pharmaciens dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives ainsi que de la stratégie nationale de santé. Dans ce cadre, je me félicite que le Cnop soit directement associé au groupe de travail de la DGS que j'ai installé en mai 2014 portant sur les traitements et la réduction des risques en addictologie. ■



SUSCITER, SUIVRE ET PRENDRE EN CHARGE les demandes d'arrêt de consommation chez les fumeurs

Introduction

► CONTEXTE

Actuellement, la France compte près de 16 millions de fumeurs et plus de la moitié des fumeurs réguliers (58 %) déclarent souhaiter arrêter, dont 30 % dans les 12 prochains mois (Tabac Info Service, 2014). Mais combien y parviennent ? Estimer le nombre d'arrêt annuel est difficile car plusieurs tentatives sont souvent nécessaires pour y parvenir. Cependant, le chiffre de 400 000 à 500 000 arrêts par an est avancé (Tabac Info Service, 2014). Augmenter ce nombre est un souhait régulièrement exprimé par les autorités sanitaires et différentes stratégies ont été proposées (Jacquat Et Touraine, 2014). Un des axes d'action, bien qu'encore insuffisamment développé dans les politiques de santé en France, vise à associer tous les professionnels de santé dans le sevrage tabagique. Reconnus par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009⁽²⁾ comme des acteurs de premiers recours, les pharmaciens d'officine se positionnent naturellement dans les actions ciblées sur la prévention et l'aide au sevrage tabagique (encadré 1).

Cette implication du pharmacien d'officine dans le sevrage tabagique n'est pas aussi nouvelle qu'il y paraît. Elle trouve son origine dans les évolutions réglementaires et professionnelles initiées dès 1998 par la Conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) relative à l'« Arrêt de la consommation du tabac » ; il est alors fait référence au rôle des pharmaciens dans l'accompagnement au sevrage tabagique. Dans ce texte, il est clairement indiqué que « les pharmaciens se doivent de souligner les risques importants de fumer, encourager l'abstention tabagique, conseiller et accompagner le fumeur qui cesse de fumer » (Anaes, 1998).

(2) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

En 1999, le « délistage » des substituts nicotiques, et donc la possibilité de vente sans prescription médicale, renforce le positionnement du pharmacien d'officine dans la lutte contre le tabac (Fanello & Durand, 1998 ; Hétier, 2000). Une nouvelle mission de santé publique lui est alors confiée. Au contact direct des sujets, il peut facilement – et directement – évoquer avec eux les méfaits du tabac, mais aussi les aides possibles pour l'arrêt (substituts nicotiques, autres traitements, orientation vers une prise en charge globale dans le cadre d'une consultation médicale de tabacologie, etc.).

En 2003, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps, désormais Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – Ansm) définit des stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac et parmi ses recommandations de bonnes pratiques, il est décrit que « les pharmaciens se doivent de sensibiliser, dépister, mettre en place et conduire le sevrage, accompagner et suivre les fumeurs ou les orienter vers un praticien » (Afssaps, 2003).

Par la suite, la loi de Santé Publique du 9 août 2004⁽³⁾ souligne l'engagement nécessaire de tous les professionnels de santé (et donc du pharmacien) dans la prévention des maladies, traumatismes et incapacités, en information et éducation à la santé de la population, ainsi que dans l'identification et la réduction de risques éventuels pour la santé. Evoquer ces missions sans faire référence au tabac est impensable, car ce dernier est un facteur de risque majeur de cancers et de nombreuses pathologies chroniques (cardiovasculaires, respiratoires).

Une dernière étape est franchie en 2009, avec la loi HPST, dont l'article L. 51251-1 fait référence au renforcement du rôle du pharmacien en santé publique, à sa participation à la coopération entre professionnels de santé, à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients. L'accompagnement au sevrage tabagique s'inscrit naturellement dans cette démarche.

Récemment, la Haute autorité de santé (HAS) a actualisé ses recommandations relatives à l'aide à l'arrêt du tabagisme, en vue d'obtenir l'abstinence totale de l'usage du tabac et le maintien de l'abstinence sur le long terme. Le rôle du pharmacien d'officine est décrit comme un rôle de conseil d'engagement dans une démarche de prise en charge structurée, « notamment par le biais d'un protocole de coopération entre professionnel de santé ». Ce positionnement est pertinent, mais il est conditionné par le développement des protocoles de coopération inter-professionnels, et en particulier dans le domaine de la prise en charge des fumeurs (HAS, 2013).

Le 25 septembre 2014, une dernière étape a été franchie avec la présentation par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Madame Marisol Touraine, du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT), qui vise à réduire significativement le nombre de fumeurs à court, moyen et long terme (soit 5, 10 et 20 ans) (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014). Pour atteindre cet objectif, une campagne d'informations choc est prévue, en direction du public et des professionnels de santé. Ainsi le Cnop a lancé la campagne « *Sevrage tabagique : les pharmaciens sont au rendez-vous !* » (Ordre national des pharmaciens, 2014a).

Cette évolution réglementaire peut sembler inovante en France, mais elle est en parfait accord avec les pratiques déjà en vigueur dans de nombreux autres pays, où le pharmacien est perçu comme un référent dans la prise en charge du fumeur.

(3) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

► L'ENGAGEMENT DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LES DEMANDES D'ARRÊT DE CONSOMMATION DU FUMEUR : ÉTAT DES LIEUX AU NIVEAU INTERNATIONAL

Au niveau international, le positionnement du pharmacien d'officine dans le sevrage tabagique est en adéquation avec son positionnement général dans les actions de santé publique. Une revue de la littérature montre que la majorité des études publiées émanent de pays anglo-saxons, connus pour leurs pratiques ambivalentes vis-à-vis du tabac. En effet, dans ces pays, les pharmacies, ou plus exactement les drugstores, peuvent être aussi bien des lieux de vente de tabac, que de substituts nicotiniques (Anderson, 2007 ; Smith *et al.*, 2012).

Au Canada et aux États-Unis, le sevrage tabagique est intégré dans les missions de santé publique confiées au pharmacien d'officine. Selon les états, la prise en charge des fumeurs peut se faire avec ou sans rémunération (Ashley *et al.*, 2006 ; Ashley *et al.*, 2007 ; Calis *et al.*, 2004 ; Hoch *et al.*, 2012). Les interventions pharmaceutiques sont d'autant plus efficaces qu'elles sont intégrées dans les pratiques régulières et effectuées par des pharmaciens spécifiquement formés (Brewster *et al.*, 2007 ; Dent *et al.*, 2009 ; Hutzinger, 2002 ; Patwardhan & Chewning, 2009 et 2012 ; Zillich *et al.*, 2013). Lors d'enquêtes visant à évaluer les pratiques pharmaceutiques, il est ressorti que l'engagement modéré du pharmacien dans le sevrage tabagique était parfois associé à une crainte de rupture de contact avec le patient, qui pouvait l'interpréter comme une intrusion dans un choix de vie personnel (Patwardhan & Chewning, 2010). Mais, le plus souvent l'engagement modéré est associé à un manque de temps, de formation adaptée et/ou par absence de demande (Hudmon *et al.*, 2006 ; Thananithisak *et al.*, 2008 ; Meshack *et al.*, 2009).

Généralement, le pharmacien d'officine est perçu par les fumeurs comme un interlocuteur compétent, pertinent, disponible et facilement accessible sans rendez-vous (Hoch *et al.*, 2012). Aux États-Unis, l'intervention du pharmacien est perçue par le fumeur comme une « chance » supplémentaire d'arriver au sevrage tabagique (Hudmon *et al.*, 2003). La compétence du pharmacien est soulignée et il est décrit comme un interlocuteur approprié pour répondre aux interrogations des fumeurs sur les interactions substituts nicotiniques et médicaments, ainsi que sur les risques liés à l'utilisation de ces produits (Patwardhan & Chewning, 2010).

Les effets de l'intervention pharmaceutiques sont renforcés si le pharmacien participe à un programme et/ou réseau de prise en charge pluri-professionnel (infirmiers, médecins, pharmaciens, etc.) (Prokhorov *et al.*, 2002 ; Hudmon *et al.*, 2003 ; Dent *et al.*, 2009). Le même constat est fait en Nouvelle-Zélande (McEven *et al.*, 2006). Dans ces pays, la pharmacie est aussi perçue comme le lieu le plus facile d'accès et le plus approprié pour initier un sevrage tabagique (Couchenour *et al.*, 2002). La participation du pharmacien à un réseau pluri-professionnel apparaît comme un gage de succès pour la prise en charge de demande d'arrêt de consommation du fumeur, mais ce mode de fonctionnement nécessite l'établissement de collaborations (parfois longues à établir et étroitement liées à la volonté des professionnels de santé impliqués) et des échanges constants et organisés (McEven *et al.*, 2006 ; Dent *et al.*, 2009). De plus, ces pratiques sont coûteuses (en temps, en personnel) et pas toujours rentables sur le long terme pour le pharmacien d'officine ; une reconnaissance financière de l'acte d'accompagnement de la demande d'arrêt tabagique est une condition indispensable au bon fonctionnement du dispositif et garantit sa pérennité (Bauld *et al.*, 2011).

► L'ENGAGEMENT DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LES DEMANDES D'ARRÊT DE CONSOMMATION DU FUMEUR : ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE

Depuis une vingtaine d'années, le pharmacien d'officine a pu s'engager dans l'accompagnement de demande d'arrêt du tabac. Bien que cette intervention ne soit pas développée de façon comparable dans toutes les officines françaises, une revue de la littérature a permis de souligner l'intérêt et les difficultés de cette démarche au quotidien, mais aussi le bénéfice pour le patient lors d'une mobilisation interprofessionnelle.

Dès 1998, le Comité français d'éducation pour la santé (Cfes) s'est intéressé à l'implication des pharmaciens dans la prévention, en particulier du tabagisme (Collin, 1999). L'enquête a montré que ceux-ci sont très favorables à la prévention, qu'ils estiment avoir un rôle important à jouer auprès de leurs patients, mais la majorité d'entre eux soulignent les difficultés pratiques à intervenir dans des domaines autres que celui des médicaments. Seuls 59 % des pharmaciens interrogés se sentent réellement impliqués dans la prévention du tabagisme, et 41 % estiment avoir un rôle limité à jouer. Selon eux, le frein le plus important à la mise en œuvre d'action de prévention est le manque de temps (47 % des répondants), puis la résistance des sujets (29 %) ; le manque de support de communication (10 %) et le manque de formation (3 %) sont évoqués moins fréquemment. D'après cette enquête, un pharmacien sur trois échange avec ses patients sur leur consommation de tabac, le plus souvent à l'occasion de la dispensation de médicaments. Moins d'un tiers des pharmaciens pensent que ce n'est pas leur rôle, mais plus de la moitié d'entre eux (57 %) reconnaissent qu'il n'est pas facile d'aborder ce thème. Les pratiques personnelles des pharmaciens (activités au sein de l'Ordre, de syndicats, d'associations, etc.) influent sur leurs attitudes préventives vis-à-vis de leur patientèle : si un engagement est déclaré, ils sont cinq fois plus nombreux à parler du tabac. Par ailleurs, les pharmaciens non-fumeurs évoquent plus souvent le tabac avec leurs clients que les pharmaciens fumeurs (41 % *versus* 26 %). Au terme de cette enquête, des partenariats se sont établis entre le Cfes, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop), afin de développer des stratégies de prévention dans lesquelles le pharmacien est un intervenant actif. Pour cela, des dossiers spécifiques (*Incitation et aide à l'arrêt du tabac : comment accompagner le fumeur ? – Conseils pratiques pour le pharmacien*) ont été élaborés et diffusés par le Cnop et le Cespharm (Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française).

Ce positionnement en prévention, et en particulier vis-à-vis du sevrage tabagique, est confirmé dans le *Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003* de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), par 77,4 % des pharmaciens interrogés. Neuf pharmaciens sur dix évoquent le tabac avec les personnes fréquentant leur officine (Buttet & Fournier, 2005).

En 2000 (Le Louarn & Gérard, 2002), une enquête transversale a été réalisée en Alsace afin d'évaluer la formation des pharmaciens au sevrage tabagique et leur rôle lors de la délivrance des substituts nicotiques. Sur les 82 officines incluses dans l'étude, 85 % proposent des aides au sevrage tabagique, mais seulement 37 % des équipes ont bénéficié d'une formation spécifique pour cela. Tous soulignent l'importance de l'officine comme espace de prévention. Dans les pharmacies effectuant une prévention active, la prise en charge du fumeur paraît adaptée et conforme aux recommandations de la profession et de l'Afssaps. Toutefois, les officinaux interrogés soulignent que les fumeurs se confient a priori plus au médecin qu'au pharmacien et nombre d'entre eux déplorent le manque de reconnaissance de leur implication dans la prévention et la lutte contre le tabagisme.

Une enquête réalisée à Nancy, a tenté de savoir si les pharmaciens d'officine s'étaient réellement engagés dans l'aide à l'arrêt du tabac et de quelles manières (Jacquierre, 2002). Ont-ils les moyens d'effectuer la prise en charge globale et se sentent-ils à l'aise pour le faire ? Ressentent-ils la confiance des clients en leur compétence ? Les pharmaciens interrogés se sentent engagés dans la lutte contre le tabac, et leurs principales interventions consistent à donner des informations et à être à l'écoute des patients, à savoir conseiller, à remettre des brochures d'informations, à promouvoir et à délivrer les substituts nicotiques en les mettant en évidence dans l'officine. Par contre, les pharmaciens soulignent la difficulté d'aborder le sujet « tabac », surtout si la demande ne vient pas du patient lui-même. Le dialogue est plus facile lors du conseil minimal parallèlement à la dispensation de médicaments pour des pathologies ou des situations physiologiques pour lesquelles le tabac est un facteur de risque reconnu (toux, asthme, bronchite, grossesse, etc.). Lors de la délivrance de substituts nicotiques, les pharmaciens jouent pleinement leur rôle de conseil, en précisant les conditions d'utilisation des produits, mais aussi en donnant des conseils diététiques et sur la gestion du désir de fumer. Il est observé que la demande de conseils est d'autant plus importante que les sujets ont déjà subi un échec à l'arrêt du tabac. La majorité des pharmaciens propose en première intention un traitement par substituts pour sept jours ; une éventuelle adaptation de posologie est ensuite effectuée. Les pharmaciens déclarent que si les conditions d'utilisation et les effets secondaires des produits délivrés sont bien expliqués lors de la première dispensation, peu de questions sont ensuite posées par les sujets ; ceux-ci préférant gérer seuls la suite de leur traitement. Les effets secondaires suscitant le plus de demandes sont : la mauvaise adhérence des timbres, les irritations cutanées, les insomnies, des maux de tête, une nervosité inhabituelle et des palpitations. Dans cette enquête, les pharmaciens soulignent également la réticence des fumeurs à parler de leur dépendance au tabac, surtout en l'absence d'espace de confidentialité dans l'officine. Si les pharmaciens déclarent se sentir à l'aise pour répondre aux questions qui leur sont posées, il est à noter que leurs connaissances tabacologiques proviennent le plus souvent de la formation dispensée par les laboratoires commercialisant les substituts nicotiques.

En 2003, le rôle de 260 pharmaciens du Limousin dans la lutte contre le tabac à la suite du délistage des substituts nicotiques et l'impact des réunions organisées dans le cadre d'un programme de formation (« Pharmacien et fumeur » mis en place en 2000/2001) ont été évalués (Touraine *et al.*, 2003). Il ressort de cette enquête une forte implication des pharmaciens dans la lutte contre le tabagisme. Parmi eux, les fumeurs sont peu nombreux (16 %), ce qui peut expliquer cette attitude. La région étudiée est à dominance rurale et les pharmaciens connaissent généralement bien les sujets fréquentant leurs officines, ce qui favorise le dialogue et l'implication personnelle. Les substituts nicotiques sont au centre des discussions entre pharmaciens et fumeurs. Afin d'améliorer leurs connaissances, la majorité des pharmaciens souhaite bénéficier d'une formation complémentaire sur le tabagisme.

En 2008, une enquête menée en Auvergne souligne l'impact de la formation en tabacologie des pharmaciens sur leurs pratiques de prise en charge des fumeurs (Pojer-Médeville, 2008). Parmi les pharmaciens ayant bénéficié d'une formation spécifique, il est à noter l'utilisation d'outils (utilisation régulière de brochures d'informations, voire parfois de CO-testeur et de PIKO-6) et de tests visant à évaluer la dépendance tabagique et la motivation d'arrêt (encadré 2) ; la dispensation de conseils adaptés, la conception programmée de l'aide et le recours à un carnet de suivi sont aussi très souvent mentionnés. La pratique systématique du conseil minimal, mais aussi la saisie informatique systématique dans le dossier du fumeur de son statut tabagique et du stade de la maturation de la décision d'arrêt, sont décrits comme des axes d'action pertinents pour améliorer la prise en charge des fumeurs à l'officine.

Une expérimentation est en cours dans les Pays de Loire pour évaluer l'intérêt du suivi tabacologique en officine (encadré 3).

Objectifs

Positionnée dans une approche de santé communautaire, l'intervention du pharmacien en tabacologie est actuellement reconnue comme efficace (Patwardhan *et al.*, 2014 ; Saba *et al.*, 2014) et elle doit donc être développée en France.

Dans ce contexte, l'intervention du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des fumeurs a pour objectif de **réduire le facteur de risque que représente le tabac pour de nombreuses pathologies chroniques et cancers, et aussi d'améliorer le taux d'abstinence des ex-fumeurs.**

Le pharmacien peut alors être aussi bien un acteur en **prévention primaire** (en initiant des interventions visant à éviter ou diminuer le nombre de nouveaux cas de pathologies dues au tabac), qu'un acteur en **prévention secondaire** (en initiant des actions visant à réduire l'aggravation et la durée d'évolution des pathologies en rapport avec le tabac).

Stratégie d'actions à l'officine face aux demandes d'arrêt de consommation du fumeur

► INTERVENTIONS EN PRÉVENTION PRIMAIRE ET EN PRÉVENTION SECONDAIRE

En prévention primaire, le pharmacien peut aider le fumeur à se positionner sur le facteur de risque « tabac ». Les niveaux d'intervention du pharmacien peuvent se répartir selon cinq niveaux d'implication en fonction de la réceptivité et le niveau de demande du fumeur. Il peut :

- sensibiliser le fumeur aux risques liés au tabac, mais surtout aux bienfaits pour la santé d'un arrêt de consommation ;
- aider le fumeur à se positionner quant à sa consommation tabagique, sa dépendance, et aussi sa motivation à l'arrêt, à l'aide d'outils de dépistage adaptés ;
- proposer de l'aide, que ce soit pour une réduction ou un arrêt tabagique, qui dans certains cas peut se mettre en place à l'officine ;
- accompagner un sevrage tabagique mis en place à l'officine dans certains cas, ou participer à un sevrage tabagique mis en place par d'autres professionnels de santé et/ou dans des structures spécialisées ;
- jouer un rôle de relais et orienter, en fonction de l'état physiopathologique du fumeur, vers des professionnels de santé et/ou vers des structures spécialisées (CSAPA ou service hospitalier).

En prévention secondaire, toujours avec empathie, le pharmacien d'officine peut aisément évoquer le sevrage tabagique lors de la délivrance de prescriptions pour des pathologies en rapport avec le tabac, que ce dernier soit facteur causal ou facteur aggravant. Et ces situations de dispensation sont nombreuses : prescription pour pathologies cardiovasculaires (hypertensives, ischémiques), pathologies respiratoires (broncho-pneumopathie chronique obstructive – BPCO, asthme), pathologies oto-rhyno-laryngologiques, diabète, hypercholestérolémie, ulcère gastroduodénal, troubles de l'érection, pathologies gingivales, etc. Chacune de ces actions doit se positionner dans une véritable stratégie mise en place à l'officine et connue de tous les membres de l'équipe officinale.

► CONTEXTE D'INTERVENTION

Le premier engagement du pharmacien dans la lutte contre le tabac peut passer par l'agencement de l'officine (vitrine, brochures d'information mises à disposition, présentoirs et expositions en linéaire des substituts nicotiques avec un affichage clair des prix, etc.). Ces éléments – simples, visibles par tous – peuvent être des signes d'appel pour le fumeur souhaitant un arrêt de sa consommation. Par ailleurs, le pharmacien d'officine peut à l'occasion d'une délivrance de produits d'hygiène (dentifrices, crèmes, cosmétiques, etc.), mais aussi de médicaments ou de conseils liés aux traitements, repérer les sujets présentant une pathologie dans laquelle le tabac est un facteur de risque ou un facteur aggravant (toux persistante, BPCO, maladies cardiovasculaires, lésions pré-cancéreuses, tâches sur les dents, etc.) et amorcer le dialogue. Il peut ainsi demander au sujet s'il fume (encadré 4) et lui expliquer les effets aggravants du tabac dans sa pathologie et surtout les bienfaits d'un arrêt. Le conseil minimal est alors fondamental.

Avec des mots simples, il peut expliquer au sujet les mécanismes de la dépendance tabagique, en évoquant le renforcement positif du comportement tabagique lié au plaisir et le renforcement négatif associé à l'état de manque que seul un apport suffisant en nicotine peut réduire. A la suite de ces explications, l'aide au sevrage tabagique apportée par les substituts nicotiques et leur mécanisme d'action peuvent être évoqués. Dans un second temps, il peut interroger le sujet sur sa motivation à arrêter de fumer et lui proposer de déterminer son niveau de dépendance à l'aide du test de Fagerström. Il doit surtout répondre aux questions que se pose souvent le sujet et le rassurer face aux idées fausses.

- « Il y a tellement longtemps que je fume ! Cela ne sert à rien d'arrêter maintenant ! »
- « J'ai peur de grossir ! »
- « Je manque de volonté. J'ai fait plusieurs tentatives et je rechute à chaque fois. »
- « Je ne risque rien : je ne fume que des cigarettes légères ».

Même si ces interventions sont ponctuelles, leurs répétitions peuvent contribuer à motiver progressivement le sujet pour un arrêt tabagique et l'inciter à entreprendre une véritable démarche vers l'arrêt du tabac.

► NIVEAUX ET OUTILS D'INTERVENTION

En fonction de la demande, ainsi que de l'état physiopathologique et du niveau d'engagement tabagique du demandeur, cinq niveaux d'intervention sont possibles pour le pharmacien d'officine.

→ NIVEAU 1 | Sensibilisation et identification du stade d'évolution du tabagisme

Pour aider efficacement un sujet souhaitant modifier sa consommation tabagique, le pharmacien doit adapter son intervention au stade de maturation dans lequel il se trouve. Pour cela, il peut s'appuyer sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente qui distingue :

• La phase de non-motivation ou de pré-intention

Le fumeur déclare qu'il souhaite arrêter de fumer mais n'envisage pas de changer son comportement dans les six mois à venir. Le pharmacien doit alors ouvrir le dialogue, en évoquant l'arrêt, mais sans insister ; il peut également susciter l'interrogation sur la consommation tabagique et le désir d'arrêter de fumer en évoquant les bénéfices de l'arrêt et les chances de réussite. Il peut remettre au demandeur des brochures d'informations généralistes sur le tabagisme et lui proposer d'en reparler ultérieurement ;

• La phase d'intention ou d'expectation

Le fumeur affirme avoir l'intention d'arrêter de fumer d'ici quelques mois. Le pharmacien se doit d'être encourageant, en le félicitant pour sa décision et en répondant aux questions qu'il se pose. Il peut aussi rechercher avec le fumeur les éventuels freins à l'arrêt et répondre à ses questions et à ses craintes. Il peut également lui remettre de la documentation sur le sevrage tabagique ;

• La phase de préparation

Le fumeur décidé aborde ouvertement la question du tabac et demande au pharmacien ce qui lui conviendrait le mieux pour arrêter de fumer. A ce stade, le pharmacien peut :

- lui présenter les différents moyens d'aide à l'arrêt du tabac et discuter avec lui de ceux qui lui semblent les plus appropriés compte tenu de sa dépendance et de son profil psychologique ;
- donner des conseils pratiques au fumeur à propos de son environnement (prévenir sa famille et ses amis, se débarrasser des cendriers et des cigarettes encore en sa possession, etc.), de ses habitudes de vie (repérer les facteurs déclenchant la prise de cigarette, adapter la consommation de café, etc.), de ses habitudes alimentaires (donner des conseils diététiques pour éviter la prise de poids, réduire la consommation de café, d'alcool, etc.) ;

• La phase de la décision et de l'action

A ce stade, le rôle du pharmacien consiste à :

- inviter le sujet qui débute un sevrage à repasser régulièrement à l'officine pour faire le point, à partir des fiches de suivi qu'il lui remet (encadré 5) ;
- en début de sevrage, faire attention aux risques de sous-dosage ou de surdosage en substituts nicotiques, pouvant induire des états d'irritation, de nervosité extrêmes, de pulsions, etc. ;
- repérer la survenue d'un état dépressif, et dans ce cas orienter le sujet vers un médecin ;
- encourager le sujet à chaque visite et faire valoir les bienfaits de l'arrêt du tabac (récupération de goût et d'odorat, réveil plus facile, teint de la peau, liberté, etc.) ;
- inciter le sujet à rester vigilant pendant une longue période après le sevrage pour éviter les rechutes et le prévenir qu'une rechute ne devra pas être considérée comme un échec, mais comme une étape vers l'arrêt final.

→ NIVEAU 2 | Dépistage et évaluation des risques

L'évaluation de la motivation d'arrêt du tabac et l'évaluation de la dépendance tabagique doivent être réalisées pour tout fumeur se présentant à l'officine.

Tout d'abord, les sujets doivent être questionnés sur leur consommation tabagique, ainsi que sur leur stade de maturité de changement. Ces données peuvent être renseignées régulièrement, par exemple dans le dossier pharmaceutique (DP). Ce dépistage individuel peut s'appuyer sur deux questions simples, mais toujours posées avec empathie : « Fumez-vous ? », « Avez-vous déjà pensé à arrêter de fumer ? ». Le type de réponse à cette dernière question permet de positionner le fumeur dans le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente :

- « *non* », « *non, j'aime ça* », « *non, c'est mon seul plaisir* » oriente vers un fumeur non motivé ; un message court sur les bénéfices pour sa santé de l'arrêt du tabac, la remise de brochures d'informations, et l'invitation à reprendre l'échange doivent alors guider le comportement du pharmacien ;
- « *il faudrait, mais...* », « *j'ai déjà essayé x fois mais...* » oriente vers un fumeur au stade de l'expectation ; le pharmacien se doit alors d'enchaîner sur un court entretien de motivation, la remise de brochures permettant de répondre à ses interrogations et à ses craintes, l'invitation à revenir pour obtenir des informations complémentaires et la proposition de réduction/arrêt avec une aide appropriée (par exemple, traitement par substituts nicotiques - TSN -) ;

- « *dès que possible, j'arrête* », « *j'ai déjà diminué le nombre* » oriente vers un fumeur en stade de préparation ; le pharmacien peut alors avoir recours à la même stratégie qu'au stade précédent ;
- « *oui, je suis prêt(e), quelles sont les solutions ?* » oriente vers un fumeur prêt à s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac ; le pharmacien se doit alors de répondre en proposant une aide adaptée (initiation du sevrage tabagique à l'officine et suivi, ou orientation vers un médecin ou une consultation de tabacologie en CSAPA ou à l'hôpital).

Quelque soit le niveau d'intervention, le positionnement du fumeur, renseigné dans le dossier pharmaceutique, permet à l'équipe officinale d'adapter le dialogue et de réagir ultérieurement lors de délivrance de médicaments et/ou d'événements de vie (délivrance de contraceptif, de test de grossesse, à l'annonce d'une grossesse, de la naissance d'un enfant, avant une intervention chirurgicale programmée, etc.). Cette donnée permet aussi de gérer au mieux les interactions entre le tabac et les médicaments (théophylline, héparine, anti-ulcéreux, antalgiques, neuroleptiques, bêta-bloquants, flécaïnone, warfarine, benzodiazépines, etc.).

→ NIVEAU 3 | Proposition d'aide

La proposition d'aide du pharmacien doit être adaptée à la demande du fumeur. Elle peut aussi bien s'orienter vers une réduction de consommation en vue d'un arrêt temporaire (voyage, pré-anesthésie pour acte chirurgical, hospitalisation, etc.) que d'un arrêt définitif. Il convient alors d'expliquer simplement l'intérêt de la diminution des risques avec substitution, et en s'appuyant sur une autotitration du fumeur (par exemple, avec un CO-testeur).

→ NIVEAU 4 | Accompagnement de la demande d'arrêt de consommation

A l'officine, cet accompagnement doit se faire sur rendez-vous. L'entretien entre le pharmacien et le patient fumeur doit se dérouler dans l'espace de confidentialité ; il doit être effectué par une personne formée et motivée. L'entretien initial peut durer jusqu'à 30 minutes (le patient doit être prévenu lors de la prise de rendez-vous), afin d'évaluer précisément les niveaux de motivation et de dépendance. Dans ce contexte, il est recommandé d'avoir recours à des questionnaires validés pour évaluer (HAS, 2013 ; encadré 2) :

- la motivation (par exemple le test de Richmond),
- la dépendance (par exemple le test de Fagerström),
- le comportement tabagique (par exemple le test de Gilliard),
- l'auto-évaluation de la réussite (par exemple le test de De Maria-Grimaldi),
- les co-morbidités anxieuses et dépressives (par exemple le test HAD),
- et les co-addictions (par exemple les auto-questionnaires AUDIT pour l'usage problématique de l'alcool et CAST pour l'usage problématique de cannabis, dont le Respadd édite des versions spécifiquement prévues pour l'officine).

L'utilisation d'un CO-testeur peut aussi aider le fumeur à visualiser son niveau de dépendance. Des déterminations simples (prise de pression artérielle, pesée et détermination de l'indice de masse corporelle) doivent également être effectuées, pour mieux déterminer le profil de risque du fumeur.

Au terme de ces investigations, et en fonction du profil physiopathologique du fumeur, une prise en charge peut être proposée par le pharmacien, à l'officine, avec ou sans délivrance de substituts nicotiques. Des conseils hygiéno-diététiques et des brochures informatives adaptées peuvent accompagner le traitement. Le pharmacien doit alors expliquer le choix du traitement, le calendrier des rendez-vous et indiquer la date du prochain rendez-vous par écrit. De plus, la remise d'une fiche ou d'un carnet de suivi (encadré 5) vient renforcer le lien entre le pharmacien et le futur ex-fumeur.

→ NIVEAU 5 | Orientation vers un dispositif de prise en charge spécialisé

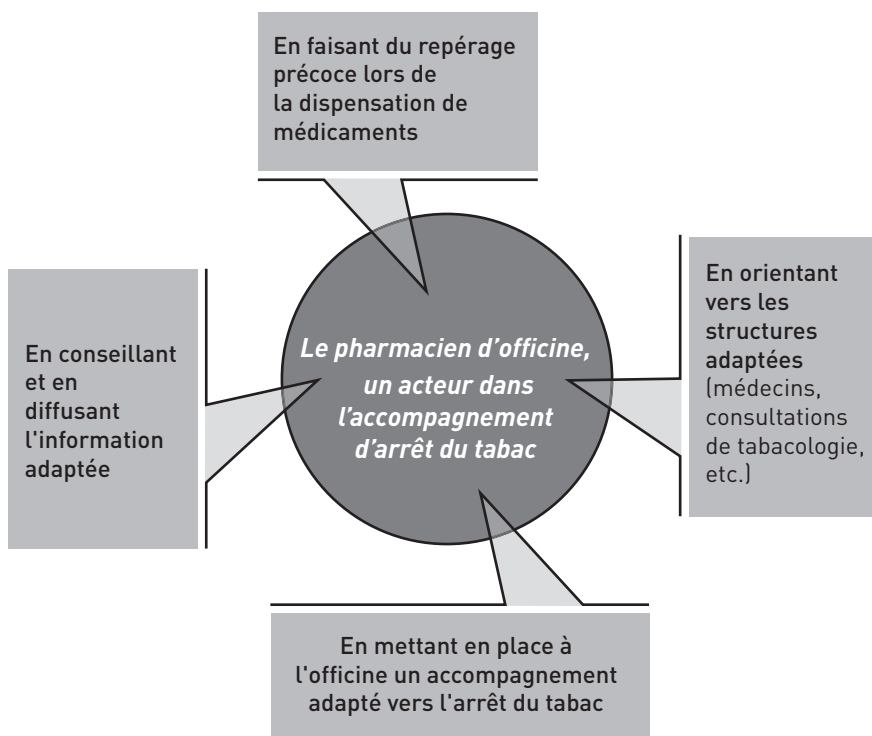
Le profil physiopathologique du fumeur peut nécessiter une prise en charge médicalisée. Dans ce cas, le pharmacien ne doit pas hésiter à orienter le fumeur demandeur d'aide à l'arrêt vers la structure la plus appropriée (médecin traitant, CSAPA ou service hospitalier). Si l'orientation est due à l'impossibilité évidente de prise en charge à l'officine (par exemple à cause de pathologies associées), le pharmacien peut quand même développer des actions de renforcement pour le patient, avec remise d'éléments écrits (documentation, adresses de consultation tabacologique et/ou lettre pour le médecin traitant). Le pharmacien peut transmettre (en accord avec le patient) les données recueillies lors de l'entretien initial au médecin référent et/ou au CSAPA ou à la consultation de tabacologie du secteur. Il s'intègre ainsi dans la chaîne des professionnels de santé prenant en charge le fumeur.

► TRAITEMENTS PROPOSÉS POUR UN ARRÊT DE CONSOMMATION DU TABAC

Un accompagnement psychologique (en face à face ou en groupe - *guidance/counselling* -) est nécessaire à toute prise en charge du fumeur. Des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et un entretien motivationnel peuvent aussi être initiés. Chez les fumeurs dépendants, la mise en place d'un traitement médicamenteux (par substituts nicotiques et/ou molécules spécifiques - varénicline et bupropion) est recommandée pour réduire l'envie de fumer, soulager les symptômes de sevrage, et prévenir les rechutes. Les substituts nicotiques sont préconisés en première intention de traitement. L'usage de varénicline ou de bupropion ne doit se faire qu'en dernière intention, avec prescription médicale et sous suivi médical strict. Le pharmacien n'est pas habilité à délivrer ces molécules dans le cadre d'un accompagnement vers l'arrêt du tabac initié à l'officine, mais lors de leur délivrance, il peut jouer un rôle majeur de renfort de l'observance de ces traitements. Des techniques non pharmacologiques, telles que l'acupuncture, l'hypnothérapie et l'activité physique, peuvent aussi être proposées en première intention et/ou en accompagnement des thérapies décrites précédemment. Récemment, la HAS a publié des recommandations quant aux contextes de mise en œuvre de ces différents traitements (HAS, 2013). Quelque soit le traitement adopté et bien que le rôle du pharmacien soit souvent centré sur les médicaments délivrés, il est nécessaire de renforcer les liens entre les pharmaciens et les consultations anti-tabac, afin de mettre en place de véritables réseaux de prise en charge des sujets désirant arrêter de fumer. Cette évolution des pratiques trouve toute sa place dans le développement des protocoles de coopération interprofessionnels définis récemment par la loi HPST.

Actuellement, les pharmaciens d'officine, comme tous les professionnels de santé, sont souvent interrogés par leurs clients fumeurs sur les bénéfices qu'ils peuvent retirer de la cigarette électronique pour arrêter de fumer. Leur mission de conseil peut être facilitée par le recours aux recommandations d'experts émises en 2014 et disponibles sur le site de l'Office français de prévention du tabagisme (Dautzenberg *et al.*, 2014 ; Oft, 2013).

► DOMAINES D'INTERVENTION DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'ACCOMPAGNEMENT VERS L'ARRÊT DU TABAC



► LES DIFFÉRENTS TESTS VALIDÉS QUI PEUVENT ÊTRE UTILISÉS

(d'après tabac-info-service.fr)

Pour vous aider dans votre pratique, il existe des questionnaires à proposer à vos patients. Ces tests validés et d'interprétation simple vous permettront d'évaluer en quelques questions leur dépendance au tabac mais aussi à l'alcool et au cannabis, de mieux connaître leurs habitudes de fumeur, de dépister d'éventuels troubles anxieux et dépressifs, ou encore d'évaluer leur motivation pour arrêter de fumer.

→ TEST DE FAGERSTRÖM : évaluation de la dépendance chimique

En 6 questions, il fournit un score compris entre 0 et 10 points. Suivant ce score, le niveau de dépendance est considéré comme nul, faible, modéré ou élevé. En cas de dépendance avérée, un traitement doit être proposé.

http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf

→ TEST QCT2 DE GILLIARD : évaluation des raisons qui poussent à fumer

Ce test, élaboré et validé en France, permet d'évaluer la dépendance comportementale de votre patient et les raisons qui le poussent le plus souvent à fumer.

http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q3_QCT2_de_Gilliard.pdf

→ TEST DE DE MARIA ET GRIMALDI : évaluation des chances de réussite

Il permet l'auto-évaluation des chances de réussir à arrêter de fumer.

<http://www.sante.public.lu/fr/rester-bonne-sante/110-tabac-dependances/test-motivation-Grimaldi.pdf>

→ TEST DE RICHMOND : évaluation de la motivation

Ce test permet d'évaluer la motivation.

http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q4_B_Richmond.pdf

→ QUESTIONNAIRE AUDIT : évaluation de la consommation d'alcool

Le questionnaire AUDIT ou *Alcohol Use Disorders Identification Test* est un questionnaire d'auto-évaluation de la consommation d'alcool.

Voir encadré 6 dans ce guide.

→ QUESTIONNAIRE CAST : évaluation de la consommation de cannabis

Le questionnaire CAST ou *Cannabis Abuse Screening Test* est un questionnaire d'auto-évaluation de la consommation de cannabis.

Voir encadré 18 dans ce guide.

→ TEST HAD : évaluation du niveau d'anxiété et de dépression

Le test HAD ou *Hospital Anxiety-Depression scale*, très utilisé en tabacologie, permet d'évaluer le degré d'anxiété et/ou de dépression du fumeur avant et pendant l'arrêt.

http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q7_Test_HAD.pdf

► EXPÉRIMENTATION D'UN SUIVI TABACOLOGIQUE EN OFFICINE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

ARS Pays de Loire – URPS – Université d'Angers – IREPS Pays de Loire

→ Contexte et historique du projet

Le tabagisme, responsable de 70 000 décès par an en France, est un enjeu majeur de santé publique. Ainsi le pharmacien d'officine, comme tous les autres professionnels de santé, est concerné par le sevrage tabagique.

Le 31 mai 2005, le thème de la journée mondiale sans tabac « Les professionnels de santé et le sevrage tabagique » a incité le groupement de pharmaciens Giropharm à s'impliquer dans le sevrage en développant des suivis tabacologiques en officine. Pour cela, un partenariat est conclu entre le groupement et le Réseau Hôpital Sans Tabac (désormais Respadd). Des formations réalisées par des tabacologues sont proposées aux officinaux dans différents CHU de France. Des outils sont mis à disposition des équipes officinales et les entretiens sont lancés. A partir de cette date, des dossiers patients sont réalisés à l'officine. Les données patients sont exploitées dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de DU de tabacologie (Loubrieu, 2010).

La comparaison entre les fumeurs en quête de sevrage se présentant à l'officine ou en unité de consultation en tabacologie (UCT) fait ressortir clairement que l'officine touche des fumeurs plus jeunes en premier ou second arrêt (15-34 ans : 42 % en officine, 22 % en UCT). Ceci confirme une fois de plus que l'officine a un rôle primordial à jouer en termes de prévention.

De ce constat, et suite à un rapprochement avec l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire, l'idée de construire un programme de suivi de sevrage tabagique en officine s'est imposée, avec d'autant plus de force que la moyenne des jeunes déclarant fumer dans cette région s'avère supérieure à la moyenne nationale.

→ Le projet d'expérimentation

L'expérimentation porte sur une quinzaine de pharmacies du Maine-et-Loire. Le projet est de mettre en place un programme de sevrage pluridisciplinaire coordonné par le pharmacien d'officine et ce dans le cadre des nouvelles missions accordées par la loi HPST du 21 juillet 2009.

Les entretiens se dérouleront à l'officine et en accord avec le médecin généraliste du patient.

L'objectif général du programme est de diminuer la prévalence du tabagisme dans la population des 18-30 ans dans le département du Maine-et-Loire.

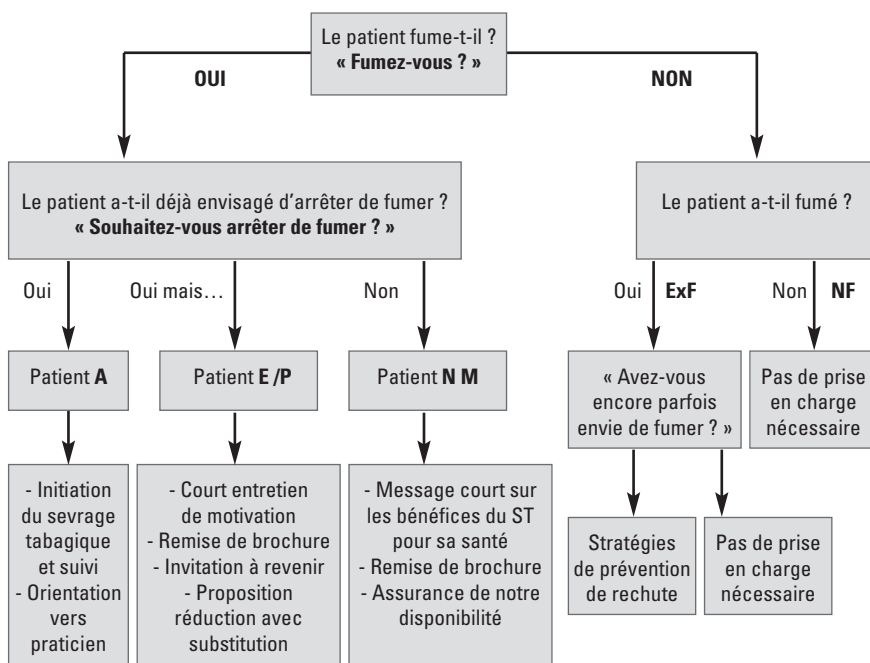
Pour la réalisation des entretiens trois conducteurs de séances ont été mis en place. Un pour « le premier rendez-vous », un pour « le ou les suivis » et un dernier pour les « entretiens motivationnels ». Pour récupérer les données du projet, pour réaliser des statistiques et assurer une démarche d'évaluation, les pharmaciens réalisant les entretiens de sevrage tabagique devront renseigner les différents indicateurs choisis sur le site cdt.net.

→ Partenaires

- L'Agence régionale de santé des Pays de la Loire.
- L'Union régionale des professionnels de santé des Pays de la Loire, qui participe au financement du projet et assure la coordination de l'ensemble des partenaires.
- L'Unité de consultation en tabacologie du CHU d'Angers, active dans l'élaboration du projet et du contenu pédagogique pour les officinaux.
- L'université d'Angers, qui assure un lien entre les officinaux et propose sa structure comme centre de formation.
- L'Instance régionale d'éducation et de prévention de la santé, qui assure la promotion du programme auprès de la population cible, fournit des supports (affiches, livrets, flyers) au moment des campagnes de prévention et assure un lien avec les personnels sanitaires scolaires.
- CDT.net ou Consultation de dépendance tabagique, un site internet avec dossier informatique.

► ARBRE DÉCISIONNEL DE L'ACCOMPAGNEMENT VERS LE SEVRAGE TABAGIQUE À L'OFFICINE

(Pojer-Médeville, 2008)



Légende

NM = Non Motivation – E = Expectation – P = Préparation – A = Action
F = Fumeur – NF = Non Fumeur – ExF = Ex-Fumeur


► FICHE DE SUIVI TABACOLOGIQUE DU CESPHEARM



Comment présenter la fiche de suivi aux « fumeurs » ?

- 1] Proposer la fiche de suivi à toute personne initiant un sevrage tabagique.
- 2] Lui donner quelques recommandations pour une utilisation optimale de cette fiche :
 - Remplie le soir, au coucher, elle permet de faire le bilan de la journée et constitue un guide pour le début du sevrage.
 - Conseils pour renseigner les différentes rubriques :
 - « **Pulsions à fumer** » : coter de 0 à 3 selon **l'intensité** des pulsions : il s'agit de l'appréciation générale de la journée (et non du nombre de pulsions).
 - 0 : pas de pulsion du tout
 - 1 : journée assez facile (pensée de la cigarette présente mais pulsions légères)
 - 2 : journée un peu difficile (pulsions moyennes)
 - 3 : journée très difficile (beaucoup de fortes pulsions)
 - *Remarque : il est normal d'avoir des pulsions en début de sevrage mais si le traitement est bien adapté, elles seront généralement modérées, assez facilement surmontables par des stratégies comportementales (boire un grand verre d'eau, se brosser les dents, respirer profondément, modifier certaines habitudes, etc.). En revanche, si les pulsions sont très intenses les premiers jours, difficiles à surmonter, il faudra revoir le traitement avec la personne en cours de sevrage et l'adapter à la hausse.*
 - « **irritabilité, accès de colère, agitation, nervosité, anxiété, tendance dépressive, difficulté de concentration, augmentation de l'appétit, constipation, troubles du sommeil, activités de rêve** » : coter de 0 à 3 selon :
 - 0 : comme d'habitude (ni plus, ni moins)
 - 1 : un peu plus que d'habitude
 - 2 : moyennement plus que d'habitude
 - 3 : beaucoup plus que d'habitude
 - **Café (nbre de tasses)** : indiquer le nombre de cafés pris dans la journée (compter le café du matin comme un seul café, même si cela correspond à plus d'une tasse).
 - **Alcool (nbre de verres)** : indiquer le nombre de verres d'alcool pris dans la journée (une bière de 25 cl = un verre de vin = un apéritif).
 - **Cigarettes fumées** : pour réussir le sevrage, l'arrêt du tabac doit être total. Ce sera, pour la personne, une grande satisfaction d'inscrire le chiffre « 0 » dans cette ligne. Mais s'il y a des « faux pas », il est important de les indiquer afin de les commenter lors de la prochaine rencontre à l'officine.
 - On peut aussi, en cas de formes orales de substituts nicotiques (seules ou en association), faire préciser le nombre de gommes, de comprimés sublinguaux ou de cartouches d'inhalateur.
- 3] Inciter la personne à revenir à l'officine **4 à 5 jours après la date de l'arrêt** avec sa fiche de suivi soigneusement remplie afin de faire un **premier bilan**.
En début de sevrage, la fiche sera commentée chaque semaine avec le pharmacien.

Nom :		Cachet du pharmacien																				
Date d'arrêt :/...../.....																						
Prénom :																						
0 = pas du tout																						
1 = léger																						
2 = moyen																						
3 = extrême																						
Critères	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	
Pulsion à fumer																						
Irritabilité																						
Accès de colère																						
Agitation nervosité																						
Anxiété																						
Tendance dépressive																						
Difficulté de concentration																						
Augmentation de l'appétit																						
Constipation																						
Troubles du sommeil																						
Activités de rêve																						
Nbre de cafés																						
Nbre de verres d'alcool																						
Nbre de cigarettes fumées																						
Nbre de gommes																						
Nbre de comprimés																						
Nbre de cartouches (inhalateur)																						
Dosage du timbre																						



REPÉRER LES RISQUES liés à la consommation d'alcool en pratiquant le repérage précoce et les interventions brèves (RPIB)

Introduction

► CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

En France, on estime que 15 % de la population adulte présente une consommation d'alcool excessive, soit nocive (comportant des dommages actuels), soit à risque, c'est-à-dire susceptible d'induire des pathologies ou des conséquences sociales si les modalités de consommation perdurent (Limosin, 2014). En chiffre, l'alcool concerne 41,2 millions de consommateurs dont 8,8 millions de consommateurs réguliers. Selon les critères du *Baromètre santé* de l'Inpes, 37 % des consommateurs sont considérés « à risque ponctuel » (28 %) ou « à risque chronique » (9 %). Le « risque chronique » concernerait plus particulièrement les jeunes (14 % parmi les 18-25 ans) et les plus de 45 ans (Ofdt, 2013a). Il y aurait par ailleurs en France environ 2 millions de personnes alcoolodépendantes et on estime que moins de 10 % des sujets présentant un usage nocif d'alcool accèdent à des soins spécialisés (Limosin, 2014). En 2010, 133 000 patients ont été vus en CSAPA et 147 000 séjours hospitaliers concernaient un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ; 48 000 sevrages ont été effectués en milieu hospitalier et 54 000 consultations de médecine générale concernaient une prise en charge alcool (Ofdt, 2013b).

► HISTORIQUE ET DÉVELOPPEMENT DU RPIB EN FRANCE

Compte tenu des dommages liés à l'alcool, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a réfléchi à partir de 1980 à un projet sur le repérage et la prise en charge des consommations à risque en service de santé de premier recours. Une de ses sources d'inspiration était le programme français de Centres d'hygiène alimentaire, mis en place à partir des années 1970-73 dans un objectif de prévention secondaire (et qui fut détourné par la suite pour le tourner vers les soins auprès des alcoolodépendants) (Michaud, 1995). Ce programme se déclinait en quatre phases : la phase I a abouti au développement du questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) ; la phase II était une étude d'efficacité des interventions brèves impliquant 10 pays ; la phase III portait sur les conditions nécessaires à la diffusion du Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB) ; la phase IV consistait dans le développement à grande échelle du RPIB (Michaud, 2001 ; Inserm, 2003). En France, dès 1998, Philippe Michaud et son équipe vont porter la phase IV au travers du programme « Boire moins, c'est mieux » (BMCM) porté par l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (Anpa, désormais Anpaa, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie). Le travail a permis l'adaptation au contexte français du RPIB et du questionnaire AUDIT, validé en français dès 2002 (Gache *et al.*, 2006). Ce dernier s'avérant difficile à utiliser en ambulatoire sans présence d'un accueil au cabinet du médecin généraliste (Milhet & Diaz-Gomez, 2006), l'équipe s'est attachée à développer et à valider un questionnaire plus simple, le questionnaire FACE (Formule pour apprécier la consommation en entretien) (Arfaoui *et al.*, 2004). L'utilisation de ces deux questionnaires sera promue dans le cadre du RPIB, les médecins généralistes français, belges et suisses se déclarant en majorité plus à l'aise avec le FACE qu'avec l'autoquestionnaire AUDIT, ce qui limitait leur activité de repérage avec ce dernier (Dewost *et al.*, 2006).

Depuis ces premiers développements, la diffusion du RPIB est encouragée par les autorités sanitaires. Malheureusement, même si des expériences ont eu lieu dès le tournant des années 2000 (Diaz-Gomez & Milhet, 2005 ; Milhet & Diaz-Gomez, 2006) notamment en Ile-de-France (dès 1998), en Aquitaine (2001), en Champagne-Ardenne (2002), en Bourgogne (2003) et en Bretagne (2004), même si les bilans du programme BMCM et de l'étude phase IV de l'OMS apportaient des orientations en faveur de stratégies efficaces de dissémination (Michaud *et al.*, 2006) aucune stratégie nationale réellement cohérente ne semble avoir été mise en place. La Mission interministérielle de lutttes contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) a rappelé dans son Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 la nécessité de diffuser des méthodes et des outils de repérage des pratiques à risque, des recommandations de bonnes pratiques cliniques spécifiquement orientées vers le repérage précoce et l'intervention brève et les entretiens motivationnels (Mildeca, 2013). Dans ce cadre, la DGS a saisi la HAS, qui a mis sur pied un nouveau groupe de travail sur le thème en 2014 (HAS, 2014). Aucune de ces actions ne cible spécifiquement les pharmaciens et c'est pour pallier ce manque que le Respadd, en collaboration avec l'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (Ippsa), a mis en place, à partir de 2010, des recherches-actions en direction des officinaux (Michaud & Lécallier, 2011 ; encadré 9) et futurs officinaux (encadré 8).

► PRINCIPE DU RPIB : RISQUE GRADUÉ ET RÉDUCTION DES CONSOMMATIONS

De manière assez partagée, en dehors des situations identifiées ou perçues comme relevant de l'alcoolodépendance (encore nommé « l'alcoolisme » dans le langage courant, qui fait la confusion entre dommages et dépendance), la consommation régulière d'alcool n'est pas appréhendée comme comportant des risques. Dans cette représentation, c'est l'existence ou non d'une dépendance qui est le critère de classification entre « consommateurs à problème » et « consommateurs sans problème ». De nombreux cliniciens participent eux-mêmes au maintien de ces représentations en se basant sur des seuils d'alerte fondés sur la dépendance physique ou sur l'absence de modification comportementale

malgré l'accumulation des dommages graves et en fondant leur approche thérapeutique sur le dogme de l'abstinence totale (Batel, 2011). Le programme de développement du RPIB de l'OMS s'appuie sur une approche radicalement différente des risques liés à l'alcool. Fondée sur les données issues de la littérature scientifique, l'idée de départ du programme est qu'il n'est pas nécessaire d'être dépendant pour présenter un usage à risque ou nocif de l'alcool. Celui-ci représente le troisième facteur de réduction de l'espérance de vie en bonne santé en Europe, il est donc nécessaire de développer une réponse sociale massive à cette donnée épidémiologique (Anderson *et al.*, 2008). Comme cela a été entériné dans la nouvelle classification proposée par le DSM-V où une seule dimension, avec un continuum de degré de sévérité, est retenue (Aubin *et al.*, 2013), il s'agit ici d'envisager les risques liés à l'alcool comme des risques progressifs et gradués. L'approche thérapeutique consistera donc non plus à viser l'abstinence (quoiqu'il soit légitime d'accepter qu'un patient s'en fixe l'objectif), mais à favoriser une baisse de la consommation dans la mesure où il a été montré que diminuer la consommation d'alcool, même de quelques verres, même chez les gros buveurs, diminuait significativement la morbi-mortalité liée à l'alcool (Roerecke *et al.*). L'objectif du RPIB s'inscrit donc dans une logique de « réduction des risques » (même si en France l'expression a longtemps été associée aux pratiques d'usage de drogues par voie intraveineuse). Il s'agit ici de repérer non seulement les personnes dépendantes, mais celles aussi qui ont une consommation dite « à risque », au-dessus des seuils des recommandations, puis de donner des conseils pour incliner un changement de comportement (Anderson *et al.*, 2008).

► EFFICACITÉ DU RPIB

La majorité des travaux de recherche met en évidence l'efficacité de l'intervention brève et son rôle déterminant dans la réduction de la consommation d'alcool, à court ou moyen terme, chez les buveurs qui dépassent les niveaux de risque définis par l'OMS (Diaz-Gomez & Milhet, 2005 ; Moyer *et al.*, 2002, Bertholet *et al.*, 2005 ; Kaner *et al.*, 2007).

Ciblant les sujets ayant une consommation excessive sans dépendance, le RPIB permet :

- une réduction significative de la consommation moyenne d'alcool ;
- une diminution de la proportion de consommateurs excessifs ;
- une diminution de la fréquence des absorptions aiguës massives ;
- une diminution de l'existence de problèmes somatiques liés à l'alcool.

► LES PHARMACIENS ET L'ALCOOL, ÉTAT DES LIEUX

Les pharmaciens disposent de nombreux atouts pour intervenir dans l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient. En raison de leur grande accessibilité au public et de la disponibilité des professionnels qui y travaillent, les pharmacies sont un lieu où les actions de prévention en direction du public peuvent être menées de manière efficace. Le pharmacien peut en effet repérer de manière précoce une conduite addictive, écouter un usager, un parent ou ami, conseiller et, le cas échéant, orienter vers une structure généraliste ou spécialisée. De nombreuses occasions se présentent dans la pratique officinale pour aborder la question de l'alcool. Malgré cette situation privilégiée, il persiste des freins liés aux conditions d'exercice et aux représentations de ces professionnels de santé de premiers recours. Ainsi, lors de l'étude de Pouyet-Poulet en 2002, 82 % des pharmaciens interrogés déclaraient avoir été confrontés à des problèmes de consommation excessive d'alcool. Pourtant, comme la plupart des professionnels de santé, les pharmaciens ressentaient une réticence à aborder le sujet alcool au comptoir (Pouyet-Poulet *et al.*, 2002). En 2003, il n'était que 3,8 % à parler spontanément d'alcool à leurs clients, et 44,2 % déclaraient même ne jamais avoir l'occasion d'en parler. Pour ceux qui en parlent, c'est pour la grande majorité (86 %) à l'occasion de la délivrance de médicaments (Perrin & Gautier, 2005).

Objectifs

L'intervention brève est un entretien bref (une dizaine de minutes dans les versions développées en France par le programme BMCM) qui s'adresse aux patients non dépendants ou présentant un faible niveau de dépendance. Même s'il ne s'agit pas d'un entretien motivationnel, il doit être délivré dans un esprit motivationnel, guidé mais non directif, et non-jugeant (Lécallier Et Michaud, 2006 ; Miller Et Rollnick, 2013).

Son but est de diminuer les risques attachés à la consommation excessive d'alcool, celui d'un passage au stade d'alcoolodépendance mais surtout celui plus probable de l'émergence d'un trouble secondaire à la consommation d'alcool, ou de son aggravation.

Le RPIB vise donc

- en premier lieu à **faire revenir la consommation d'alcool au niveau ou en dessous des seuils de risque** popularisés par l'Inpes, soit :
 - pas plus de 21 verres par semaine pour les hommes, pas plus de 14 verres par semaine pour les femmes ;
 - pas plus de 4 verres par occasion ;
- en deuxième lieu à **faire disparaître les éventuels dommages qui pourraient être des conséquences de la consommation d'alcool**, par exemple une hypertension artérielle, des troubles du sommeil, un état anxieux ou dépressif, un surpoids, une anomalie biologique concernant le bilan hépatique, les triglycérides, l'acide urique, etc. Le caractère non spécifique de ces troubles et leur fréquence élevée font qu'il n'est pas certain qu'ils soient dus à une consommation excessive d'alcool. Seule leur amélioration ou leur disparition à mesure que la réduction de la consommation d'alcool se réalise permet d'affirmer le lien causal de l'alcool.
- enfin, pour les pharmaciens, la notion d'interférence avec la consommation d'alcool est une donnée d'une fréquence d'autant plus élevée que le médicament prescrit est potentiellement un traitement symptomatique d'un trouble justement lié à la consommation d'alcool. Par exemple un traitement hypnotique venant compenser le trouble du sommeil secondaire à la consommation, ou un antidépresseur, ou un anxiolytique, etc. ; l'intervention brève peut alors **viser à réduire le risque lié à l'association du médicament et de l'alcool**. Cette donnée est notamment essentielle dans les polymédications des personnes âgées, qui ne sont pas nécessairement abstinentes parce qu'elles sont âgées (Michaud Et Lécallier 2003 ; Lécallier Et Michaud, 2005 ; Fink Et Lécallier, 2009).

Méthode de l'intervention

Du fait de la possibilité de favoriser une autoévaluation du risque par la présentation devant le comptoir de questionnaires, le questionnaire AUDIT est plus souvent préféré par les pharmaciens d'officine ayant participé aux formations expérimentales Respadd-Ippsa (encadrés 8 et 9). Toutefois l'utilisation du questionnaire FACE dans un espace de confidentialité est tout à fait envisageable.

► PRÉSENTATION DES QUESTIONNAIRES

Le questionnaire AUDIT⁽⁴⁾ comporte 10 questions. Il permet de distinguer trois niveaux de risque ouvrant sur trois voies d'intervention :

- le faible risque qui permet un discours de prévention primaire ;
- la consommation excessive, champ de l'intervention brève ;
- l'alcoolodépendance, champ de l'intervention alcoologique spécialisée.

L'AUDIT est simple à coter. Chaque question offre un choix de réponses et chaque réponse est cotée de 0 à 4. Le score final est obtenu en additionnant les résultats de chaque réponse.

Un score de 6 ou plus chez les femmes, de 7 ou plus chez les hommes, suggère qu'une consommation à risque peut exister et qu'il est souhaitable de pousser un peu plus loin la discussion sur la consommation d'alcool dans une visée de réduction du risque : une intervention brève se justifie. Un score supérieur à 12 doit faire évoquer une dépendance.

Lorsqu'on utilise le FACE, le score est obtenu selon la même méthode, en faisant l'addition des scores des 5 questions (total de 0 à 20), et les trois niveaux de risque sont séparés par les seuils de 4 et 5 pour la consommation à risque et de 8 pour la dépendance.

► MENER UNE INTERVENTION BRÈVE

Nous présentons ici l'intervention brève telle qu'elle a été développée par l'Ippsa (Ippsa, 2011).

- *Première étape : le questionnaire de repérage*
Proposez de remplir l'AUDIT (ou recevoir ce questionnaire des mains du patient qui l'a rempli spontanément).

- *Deuxième étape : restituer le score*

Si le score est inférieur au seuil de 6 (femmes) ou 7 (hommes), le patient est dans un faible niveau de risque. Le pharmacien peut valoriser ce comportement de santé. En rappelant les seuils de risque, la définition du verre standard et les situations dans lesquelles l'abstinence peut être un bon choix, on peut lui faire bénéficier d'une rapide information préventive. **L'intervention peut s'arrêter là.**

Si le score est compris entre les seuils ci-dessus et 12 (inclus), c'est que le patient est un consommateur à risque⁽⁵⁾, la restitution constitue le premier point de l'intervention brève. Il s'agit de fournir au patient l'information attachée au résultat de son questionnaire et de faire suivre cette information d'une question très ouverte l'invitant à réagir : « Qu'en pensez-vous ? ». Le test sert à ouvrir le dialogue. **Suivent alors les autres points de l'intervention brève.**

(4) Une version du questionnaire AUDIT conçu pour les officinaux est disponible à la commande au Respadd (encadré 6).

(5) Si votre patient est dépendant, il s'agit de le conseiller et de l'orienter sur les solutions les plus adéquates (voir Ippsa, 2011).

- *Troisième étape : délivrer une intervention brève avec les consommateurs à risque*
- > Le patient est un consommateur à risque. Alors l'intervention brève qui compte huit points commence avec la restitution du résultat (point 1). Cette intervention dure 5 à 10 minutes.
- > Expliquez dans un langage clair ce qu'on entend par risque alcool (point 2) en faisant appel à des facteurs de risque familiers pour les patients. On peut par exemple dire : « *Les études scientifiques montrent que la consommation d'alcool, au-delà de deux verres par jour pour les femmes et de trois verres pour les hommes en moyenne, a des effets négatifs sur la santé comme lorsqu'on a trop de tension ou un cholestérol élevé.* »
- > Rappelez ce qu'on entend par verre standard (point 3) en s'appuyant sur un visuel, une affiche ou sur le questionnaire.
- > Faites le lien entre la consommation d'alcool et les difficultés du patient ou les constats cliniques s'il y en a. Cette information délivrée sur un mode non-jugeant peut augmenter la motivation au changement du patient. On peut utilement commencer par demander au patient ce qu'il connaît des liens potentiels entre alcool et problèmes de santé.
- > Posez une question ouverte pour rechercher l'intérêt au changement du point de vue du patient (point 4) : « *A votre avis, quels bénéfices pourriez-vous tirer d'une réduction de votre consommation d'alcool ?* ». Les arguments en faveur du changement qui peuvent émerger alors ont une valeur de conviction bien plus forte que tous les arguments d'expert proposés par le soignant.
- > Proposez des objectifs (point 5), tout en laissant le choix au patient et en valorisant son autonomie. Cela permet d'évaluer le niveau de disposition au changement. On peut dire par exemple : « *Je vous propose que nous réfléchissions ensemble pour que vous rameniez votre consommation d'alcool en dessous des seuils de risque, afin de protéger votre santé et d'obtenir les bénéfices que vous venez d'évoquer. Qu'en pensez-vous ?* ». La réponse du patient va influencer votre manière de terminer l'intervention.
- > Si le patient n'est pas prêt à s'engager dans le changement. Ne vous découragez pas. Réaffirmez votre disponibilité pour en reparler lors d'une prochaine rencontre (point 7). Encouragez-le à continuer à s'informer, et, pour cela, remettez-lui un livret d'information (point 8) (par exemple le livret de l'Inpes *Pour faire le point*).
- > Si le patient est prêt à s'engager dans le changement. Vous pouvez l'aider à fixer un objectif et exposez des méthodes utilisables (point 6). Accordez-vous sur un plan réaliste, donnez la possibilité de réévaluer lors d'une prochaine rencontre (point 7) et remettez-lui un livret d'information (point 8) (par exemple le livret de l'Inpes *Pour réduire sa consommation*).

► SE FORMER AU RPIB

À l'heure actuelle, il n'existe pas de formations au RPIB spécifiquement dédiées aux pharmaciens d'officine. Les pharmaciens intéressés à se former à cette pratique pourront :

- utiliser l'outil d'auto-formation *Boire moins, c'est mieux* édité par l'Ippsa qui, bien que destiné aux médecins généralistes, est tout à fait utilisable par un officinal (encadré 7);
- contacter l'Ippsa ou le Respadd.

Une évaluation des formations expérimentales est en cours et fera l'objet d'une thèse d'exercice, qui servira de base à une publication. De la même façon que les médecins du travail, les sages-femmes, les infirmières scolaires ont été intégrés petit à petit dans la démarche de RPIB, les pharmaciens, qui sont une pièce essentielle du dispositif de premier recours et ont vocation à mener des actions d'éducation thérapeutique pourront trouver dans cette activité une façon de renforcer leur capacité d'aider les nombreux patients pour lesquels il n'est nul besoin d'être spécialiste d'addictologie : le bon sens relationnel et l'empathie sont les éléments essentiels d'une intervention brève réussie.

► LE QUESTIONNAIRE AUDIT « PHARMACIEN »
DU RESPADD

Repérage
des risques liés à la
CONSOMMATION
D'ALCOOL
en pharmacie
d'officine

↓ ↓

Questionnaire
AUDIT, niveaux
de risque et
recommandations

En 10 QUESTIONS vous pouvez évaluer par vous-même le RISQUE lié à votre consommation d'ALCOOL

→ LE QUESTIONNAIRE AUDIT CRÉÉ PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ POUR TOUS LES ADULTES DE PLUS DE 18 ANS (cochez une réponse par ligne)

SCORE DE LA LIGNE

Dans cette colonne, les réponses valent :

→ 0 → 1 → 2 → 3 → 4

1] À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

jamais 1 fois par mois 2 à 4 fois 2 à 3 fois 4 fois ou plus

ou moins par mois par semaine par semaine

2] Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

un ou deux trois ou quatre cinq ou six sept à neuf dix ou plus

3] Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour

par mois par mois par semaine ou presque

4] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour

par mois par mois par semaine ou presque

5] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour

par mois par mois par semaine ou presque

6] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour

par mois par mois par semaine ou presque

Un verre standard
ou une **unité d'alcool**
correspond à



SCORE DE LA LIGNE

Dans cette colonne, les réponses valent :

→ 0 → 1 → 2 → 3 → 4

7] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour
par mois par mois par semaine ou presque

8] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour
par mois par mois par semaine ou presque

9] Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

non oui mais pas dans oui au cours des
les douze derniers mois douze derniers mois

10] Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

non oui mais pas dans oui au cours des
les douze derniers mois douze derniers mois

→ **CALCULEZ VOTRE NIVEAU DE RISQUE**
en additionnant les scores
de chaque ligne →

Date : / /

→ Votre PHARMACIEN vous aide à faire le point sur votre CONSOMMATION d'ALCOOL

VOS RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE AUDIT

→ De 0 à 5 pour une femme ou de 0 à 6 pour un homme

Votre consommation d'alcool ne devrait pas provoquer de risque pour votre santé. N'hésitez pas à demander conseil à votre pharmacien ou à votre médecin si votre situation change : prise d'un traitement, maladie chronique, grossesse...

→ De 6 à 12 pour une femme ou de 7 à 12 pour un homme

Votre consommation d'alcool comporte vraisemblablement des risques pour votre santé, même si actuellement vous ne souffrez de rien. Lisez attentivement les recommandations ci-dessous et n'hésitez pas à demander conseil au professionnel de votre choix : votre pharmacien, votre médecin traitant ou votre médecin du travail.

→ Au-delà de 12

Il est possible que vous soyez dépendant de l'alcool. Cette dépendance peut être psychologique si vous ressentez un besoin de consommer malgré les inconvénients de cette consommation et/ou physique si la diminution ou l'arrêt de votre consommation entraîne des signes de "manque". N'hésitez pas à faire appel à un professionnel de santé : médecin généraliste ou spécialiste. Demandez conseil et adresses à votre pharmacien ou consultez les sites Internet ci-dessous.

→ RECOMMANDATIONS

Pour éviter les risques à court ou à long terme associés à la consommation d'alcool,

il est recommandé de SE DONNER LES LIMITES SUIVANTES :

- Pour un homme : ne pas dépasser 21 verres (ou unités d'alcool) par semaine (ou 3 verres par jour en moyenne)
- Pour une femme : ne pas dépasser 14 verres (ou unités d'alcool) par semaine (ou 2 verres par jour en moyenne)
- Ne pas dépasser 4 verres (ou unités d'alcool) en une seule occasion
- Garder au moins une journée sans alcool par semaine

Dans certaines situations, il est recommandé de NE PAS CONSOMMER DU TOUT D'ALCOOL :

- Grossesse ou projet de grossesse à court terme
- Allaitement
- Conduite de véhicules ou de machines
- Antécédent d'alcoolodépendance personnel ou chez ses parents
- Certaines maladies ou traitements

→ POUR EN SAVOIR PLUS

www.alcoolinfoservice.fr

Conseils, évaluations, programmes personnalisés.

www.drogues-info-service.fr

Adresses de structures spécialisées près de chez vous.

→ Document disponible gratuitement auprès du Respadd, du Cespharm ou de l'ippsa
www.respadd.org - www.cespharm.fr - www.ippsa.fr

© Respadd 2012 - Bernard Arbai Graphisme

► L'OUTIL « BOIRE MOINS, C'EST MIEUX »
DE L'IPPSA



► RECHERCHE-ACTION « FORMATION DES ÉTUDIANTS DE 6^e ANNÉE DE PHARMACIE AU RPIB » 2013-2014

Respadd, en collaboration avec l'Ippsa

Financement Direction générale de la santé

En partenariat avec l'Université d'Angers, l'Université Paris-Sud et l'Université de Picardie Jules Verne d'Amiens

Le Respadd est engagé, depuis 2010 dans des actions à destination de pharmaciens d'officine : campagne d'affichage, réalisation des pages « addiction » d'un forum internet, coordination de la rédaction d'un guide d'aide à la mise en place d'un programme d'échange de matériel d'injection en pharmacie et organisation d'une conférence sur ce thème, organisation de sessions de formation au RPIB des officinaux (Michaud & Lécallier, 2011) et édition d'un questionnaire AUDIT dédié aux équipes officinales (encadré 6).

C'est dans la continuité de ces actions, qu'en 2013, le Respadd, en partenariat avec l'Ippsa, a monté une recherche-action visant à évaluer l'intérêt d'une formation au RPIB des étudiants en 6^e de pharmacie de la filière « officine ». Ce projet a reçu le soutien de la Direction générale de la santé.

Le projet a débuté en 2013 et est coordonné par le Respadd, les sessions de formation ont été assurées par l'Ippsa. L'analyse et l'exploitation des résultats sont assurées par Jean-Baptiste Deballon (étudiant en 6^e année de pharmacie) dont le projet constitue en tant que tel l'objet de la thèse d'exercice et seront valorisées par son mémoire de thèse à l'automne 2014 et par des articles scientifiques par la suite.

Repérer précocement, c'est la condition pour intervenir avant l'apparition de dommages. En France, le programme « Boire moins, c'est mieux » a développé, entre 1998 et 2006, en lien avec l'OMS, les formes du repérage précoce et des interventions brèves (RPIB) dans un esprit motivationnel. Sa diffusion auprès des consommateurs excessifs d'alcool fait ainsi partie des enjeux de santé publique à développer. Elle requiert des professionnels de santé de premier recours, non spécialistes, qui se sentent légitimes et la diffusion d'outils efficaces et acceptables tant pour ces intervenants que pour les patients. Or le RPIB alcool est une méthode facile à mettre en œuvre et efficace. Par ailleurs, les pharmaciens d'officine bénéficient de la confiance de leurs patients.

→ Objectifs

• Objectif principal

L'objectif principal de cette recherche-action est de montrer l'intérêt d'une formation des étudiants de pharmacie de la filière « officine », avant leur stage pratique en pharmacie d'officine. Il s'agit ici d'évaluer l'impact de la formation au RPIB sur leur pratique professionnelle et sur leurs connaissances et représentations relatives à l'alcool et de voir les conditions de pérennisation de la formation au RPIB dans le cursus des étudiants de pharmacie.

• Objectifs secondaires

Cette formation permet de redéfinir les bases en addictologie et alcoologie souvent absentes de la formation initiale et indispensables pour tout acteur de santé. Par ailleurs, les stratégies motivationnelles offrent les bases de la pratique générale de l'éducation thérapeutique, applicables à toutes les pathologies chroniques présentes chez les patients les plus réguliers des officines ou lors d'action de prévention (tabac, nutrition, activité physique, etc.).

→ Méthodologie

- Proposition aux étudiants des trois universités pilotes (avant le stage officinal).
- Sélection de 20 participants par université (avant le stage officinal).
- 3 groupes, 3 dates, même équipe de formateurs (avant le stage officinal).
- Questionnaires anonymes (avant et après le stage officinal).
- Retour à distance sur la pratique.

► RECHERCHE-ACTION « FORMATION DES OFFICINAUX AU RPIB » 2011

Article publié dans *la Lettre du Respadd*, n° 9, décembre 2011.

Quatre premières expériences de formation des pharmaciens d'officine au repérage précoce du mésusage d'alcool et aux interventions brèves

Philippe Michaud, Dorothée Lécallier – Addictologues, Ippsa

Le Respadd a reçu un financement pour expérimenter une stratégie de mobilisation des pharmaciens d'officine sur le risque alcool. L'objectif est de les aider à conseiller de façon efficace « leurs » patients qui présentent une consommation dangereuse d'alcool.

Les fondements de cette action sont évidents : (1) la consommation excessive d'alcool est le troisième facteur de morbidité-mortalité des Français, et concerne de nombreuses personnes non-dépendantes ; (2) la pharmacie est, avec le cabinet du médecin généraliste (MG), le lieu de santé le plus fréquenté ; (3) la prescription d'un ou plusieurs médicaments est le motif le plus fréquent pour rencontrer le pharmacien, qui a le devoir d'évoquer les interférences possibles et a donc, au moins théoriquement, la légitimité pour vérifier que la consommation d'alcool ne constitue pas un risque au moment de la délivrance. Enfin il faut ajouter que les nouvelles définitions du rôle du pharmacien renforcent son rôle d'éducation pour la santé et lui demandent d'aménager dans son officine un espace de confidentialité pour jouer pleinement son rôle de conseil.

Le Respadd a donc passé une convention avec l'Ippsa (Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie) afin d'intégrer dans les formations prévues auprès des pharmaciens la dimension d'intervention précoce qui pourrait faciliter la faisabilité et l'efficacité de leurs actions auprès des patients pour lesquels l'alcool est un danger pour la santé.

Les objectifs opérationnels découlaient naturellement des constats ci-dessus et des principes généraux des formations cherchant les changements de pratique professionnelle : très au-delà des savoirs, il s'agissait de donner à vivre des actions de repérage (avec les questionnaires validés que sont l'AUDIT et le FACE) et des interventions brèves (IB) de conseil délivrées sur un mode motivationnel, afin de créer le savoir-faire et de renforcer tout à la fois les sentiments de faisabilité, de légitimité, d'efficacité et d'importance concernant l'intervention en officine sur le risque alcool.

Pour cela, la formation intègre quelques brèves données épidémiologiques centrées non sur l'« alcoolisme » mais sur l'alcool comme déterminant de santé ; sur la capacité à changer des personnes non dépendantes (au sens du DSM) ; sur l'efficacité des interventions menées sur un mode motivationnel. Le défi est, comme toujours,

de faire sentir dans un temps court (une journée) que chacun est en mesure, techniquement, de réaliser un repérage et une intervention brève (IB). Les mises en situation permettent habituellement de renforcer à la fois les savoir-faire (et la confiance qui va avec) et les convictions qu'il est important de ne plus laisser de côté l'alcool dans sa pratique.

Cinq formations sont prévues et quatre ont eu lieu à ce jour, entre juin et novembre 2011. Les deux formateurs de l'Ipssa ont animé quatre groupes de pharmaciens, à Nancy, Niort, Clermont-Ferrand et Montpellier, avec une assistance moyenne de 12 personnes (de 6 à 26). Le recrutement des participants s'est fait par les réseaux locaux du Respadd, de l'Ordre des pharmaciens, de la faculté de pharmacie... Comme dans toutes les professions de soin, les attentes exprimées (autour de la difficile prise en charge des dépendants, qui seraient « dans le déni ») s'accompagnaient d'un fort sentiment d'incapacité.

Le groupe, quelle que fût sa taille, s'est rapidement constitué autour du désir de trouver des solutions pratiques et les jeux de rôle ont été bien accueillis. Le premier était réalisé en binôme autour des questionnaires FACE et AUDIT, suivi d'une modélisation d'une IB par les formateurs, qui permettait aux participants de repérer les composantes relationnelles et les contenus types d'une IB. Les participants ont eu ensuite, suivant le temps restant, la possibilité de faire leurs expériences en binômes ou en petits groupes. Il est à noter qu'à Clermont-Ferrand le cadre de la pharmacie pédagogique de la faculté permettait aux participants de se mettre en condition au comptoir, et que cela leur donnait immédiatement une aisance qui n'était pas acquise dans les mises en situation où ils étaient assis.

Le contenu de la formation intéresse et répond à une vraie difficulté des pharmaciens à aborder dans l'officine un sujet dont ils se doutent qu'il devrait l'être souvent, mais qui, étant du registre de l'intime, a besoin d'un niveau de confidentialité rarement présent – et de confiance dans sa légitimité à intervenir.

Les outils de repérage sont appréciés, surtout l'AUDIT de par son caractère d'auto-questionnaire qui dispense de l'effort de trouver un motif au questionnement : on s'imagine pouvoir le laisser disponible sur un présentoir, et on en parle à l'initiative du patient/client. Les pharmaciens se débrouillent aussi bien que les médecins et les infirmières pour « trouver les mots » d'une intervention brève.

Le questionnement encore non résolu, de leur point de vue, porte sur la légitimité à parler d'alcool. Certes les interactions alcool-médicaments pourraient justifier qu'on en parle abondamment, mais quand on ne l'a pas fait jusqu'à présent, pourquoi commencer ? La crainte est d'offusquer le client qui se sentirait « ciblé ».

En conclusion des formations, il a souvent été dit qu'il y a besoin d'une impulsion nationale et/ou départementale pour espérer l'extension du repérage précoce intervention brève (RPIB) dans les officines. Cette impulsion pourrait provenir du Respadd, à condition que celui-ci s'associe à l'Ordre des pharmaciens, tant au niveau national qu'au niveau de proximité.

Un premier pas pourrait être l'édition d'un « AUDIT pharmacie » : l'AUDIT resterait naturellement inchangé, mais sa présentation comporterait des explications sur la démarche et les modalités pour obtenir une réponse sur le score et le sens du score, par exemple : « pour connaître la signification de vos réponses pour déterminer un niveau de risque, vous pouvez vous adresser à votre médecin généraliste ou à votre pharmacien ». D'ailleurs, plusieurs participants ont fait savoir qu'ils trouveraient intéressant que les formations s'adressent à la fois aux pharmaciens et aux MG. Les premières formations devraient donc aboutir à un document aux logos du Respadd et de l'Ippsa, mais aussi et surtout de l'Ordre des pharmaciens et du ministère de la Santé, en collaboration si possible avec des facultés de pharmacie.

Si l'initiative doit avoir donc une suite, il convient d'envisager de créer un pool de formateurs dans les régions mobilisées, par exemple un binôme constitué d'un pharmacien motivé et du responsable régional du Respadd ; l'Ippsa pourrait alors partager avec le Respadd la responsabilité de former des formateurs.

En conclusion qualitative de ces formations, il nous a semblé que si l'objectif qui préside à l'initiative est d'opérer des changements effectifs dans la santé publique, pour ne pas reproduire les difficultés rencontrées dans la mobilisation des MG, il est absolument indispensable qu'existe et soit repéré un engagement fort en ce sens, avec une implication conjointe du ministère de la Santé et des organisations professionnelles des pharmaciens.

On peut penser que la formation initiale pourrait intégrer, dans les facultés conscientes de l'importance du thème, une journée de formation au repérage précoce et aux IB alcool, d'autant plus qu'elles ouvrent le champ des conseils comportementaux dans leur ensemble et que tout jeune pharmacien sera quotidiennement confronté à la nécessité de conseiller efficacement, pas seulement dans le domaine des comportements de consommation.



DISPENSER ET SUIVRE des traitements de substitution aux opiacés

Introduction

En 2011, en France, 170 000 personnes bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Pour 150 000 d'entre elles, le médicament de substitution aux opiacés (MSO) est délivré en officine. Tandis que 70 % des personnes bénéficiant de la substitution sont traitées par buprénorphine haut dosage (BHD)⁽⁶⁾, 30 % sont traitées par méthadone (Brisacier & Collin, 2013) ; une petite partie de ces personnes est traitée par sulfates de morphine (Cadet-Tairou & Gandilhon, 2014). Les traitements par BHD peuvent être primo-prescrits par tous les médecins dont les médecins généralistes. La primo-prescription de méthadone est réservée aux médecins des centres spécialisés ou des établissements de santé, mais son extension à la ville est actuellement programmée suite à une étude favorable.

► HISTORIQUE

L'histoire contemporaine des TSO est intimement liée à celle plus large des produits dérivés de l'opium et aux réflexions pharmacologiques sur les traitements de la douleur. Les vertus antalgiques de l'opium sont en effet connues depuis longtemps en Occident et celui-ci est utilisé dans des préparations pharmaceutiques telles que la thériaque ou le laudanum. A partir du début du 19^e siècle, à la faveur des progrès de la chimie, on a pu en extraire les principes actifs. Les alcaloïdes de l'opium ont alors été découverts. La morphine est ainsi découverte en 1804 et devient dès le milieu du siècle l'antalgique de référence et ce d'autant plus que la douleur, longtemps ignorée par la médecine, devient une préoccupation importante. L'héroïne est découverte en 1898, toujours dans une perspective thérapeutique et pharmacologique. Du fait de ses propriétés antalgiques et antitussives, elle est utilisée dans le traitement de la tuberculose. La iatrogénie et les détournements de la morphine ayant été repérés dès 1875, l'héroïne sera ensuite utilisée dans le traitement des « morphinomanies », ce qui en fait, même si le cadre conceptuel n'est pas encore formulé, le premier médicament de substitution aux opiacés. On découvrira

(6) Commercialisée seule sous le nom de Subutex[®] ou de ses génériques, ou en association avec la naloxone sous le nom de Suboxone[®].

dès 1905, qu'il fait lui-même l'objet d'un usage détourné notamment par injection. Cet usage d'héroïne à des fins non thérapeutiques ne cessera de se développer, particulièrement à partir des années 1960, en parallèle au développement des contre-cultures protestataires (Gibier, 1999).

C'est dans ce contexte que, dans les années 1960, des chercheurs américains expérimentent la méthadone auprès d'une population de musiciens de jazz, héroïnomanes et « rechuteurs » chroniques. Les premières publications rapportent une nette amélioration de l'état de santé des patients, une réduction significative de la consommation d'opiacés illicites et une amélioration de la situation psycho-sociale. Les bases et les principes de la substitution moderne sont posés et, dans les deux décennies suivantes, se développent aux États-Unis, en Australie, en Europe (Grande-Bretagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, etc.), des programmes de « maintien » à la méthadone (Gibier, 1999).

En France, l'expérimentation commence dès 1972 dans deux hôpitaux parisiens (Saint-Anne et Fernand-Widal) qui ouvrent des places dédiées (une vingtaine par établissement). Ces deux programmes restent confidentiels et l'idée même de substitution est combattue, non seulement par les pouvoirs administratifs et politiques pour qui la méthadone reste avant tout une drogue mais aussi par une très grande partie du milieu spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes. S'appuyant essentiellement sur des modes d'intervention psychologiques et sociaux, ce milieu professionnel dénonce l'idée d'un « contrôle pharmacologique » des toxicomanes par la méthadone. Les deux programmes méthadone ne sont pas abandonnés mais aucune place supplémentaire n'est créée (Augé-Caumon *et al.*, 2002 ; Coppel, 2004).

Dès la fin des années 1970, la substitution est pratiquée sans encadrement par les usagers comme en témoigne la très forte hausse des ventes de médicaments codéinés (en particulier le Néocodion[®]). La vente libre de ce type de médicaments (qui est une exception en Europe) a ainsi constitué une « soupape » non-officielle (Augé-Caumon *et al.*, 2002).

L'épidémie de sida qui se développe à partir du début des années 80 et qui touche massivement les usagers de drogues par voie intraveineuse va permettre de relancer le débat sur la substitution et de renouveler les pratiques. Les associations de lutte contre le sida exercent une pression dans ce sens sur les pouvoirs publics. Dès la fin des années 80, des médecins de ville et hospitaliers et des pharmaciens tentent de répondre aux demandes des usagers en utilisant de la buprénorphine (Temgésic[®]) ou des sulfates de morphine (Moscontin[®], Skénan[®]) voire du dextromoramide (Palfium[®]). Ces événements modifient le champ de la prise en charge, qui se médicalise avec l'entrée des médecins de ville et hospitaliers. Les mentalités évoluent comme l'illustre l'autorisation de la vente libre des seringues décidée par les pouvoirs publics en 1987. Le concept de réduction des risques fait son chemin parmi les professionnels.

Entérinant les pratiques de terrain qui s'appuient sur le Temgésic[®], buprénorphine faiblement dosée, l'état demande au laboratoire qui exploite cette spécialité, de développer une formule plus fortement dosée. C'est ainsi qu'en 1996 est mis sur le marché le Subutex[®], buprénorphine haut dosage (BHD). Accessible de manière très souple grâce à la prescription possible en ville par les médecins généralistes, ce nouveau médicament, qui n'est pas classé comme stupéfiant⁽⁷⁾, va connaître un succès rapide et important, il sera aussi la cause d'un certain nombre de problèmes : prescriptions multiples, détournements, disponibilité sur le marché parallèle, etc. En 2004, pour pallier ces difficultés, l'Assurance Maladie met en œuvre un plan destiné à améliorer la qualité de prise en charge des patients sous traitement de substitution et à contrôler les consommateurs suspects d'abus ou de détournement. La DGS installe de son côté un groupe de travail pour réfléchir aux moyens de réduire les mauvaises utilisations de MSO qui publie ses recommandations en 2004 (Afssaps, Anaes, 2004).

(7) De par ses caractéristiques pharmacologiques agonistes-antagonistes aux opiacés, qui font que le produit, dans ces conditions normales d'utilisation, n'est que faiblement à risque d'overdose.

Concernant la méthadone, les développements seront beaucoup plus lents et modestes. A partir de 1990, les pouvoirs publics soutiennent la mise en place de nouveaux programmes en plus des deux existants mais l'initiation du traitement ne peut se faire à l'époque que dans les centres spécialisés (CSST, actuels CSAPA). Ceux-ci définissent souvent des critères d'accès très exigeants au traitement qu'on a pu définir à l'époque comme un accès à « haut seuil d'exigence ». Contrairement à la BHD, la méthadone est classée comme stupéfiant⁽⁸⁾. Au début des années 2000, les pouvoirs publics, conscients du déséquilibre dans l'accès et la diffusion des deux médicaments, prennent deux mesures :

- 1) la création d'une mission d'experts chargés d'évaluer les raisons de ce déséquilibre. C'est la « Mission Kouchner » qui rendra ses conclusions au printemps 2002 (Augé-Caumon *et al.*, 2002) ;
- 2) l'élargissement de la primo-prescription de méthadone aux praticiens exerçant en établissements de santé et en milieu carcéral dans la suite de l'avis de la mission d'experts.

La Fédération française d'addictologie (FFA), organise, en juin 2004, avec le concours de l'Anaes, une Conférence nationale de Consensus sur la place des traitements de substitution dans les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés dont les conclusions, rendues en septembre 2004, constituent encore le cadre actuel de la pratique des TSO (Fédération française d'addictologie, 2004).

► ÉTAT DES LIEUX

Aujourd'hui, la France a un modèle de traitement de substitution aux opiacés articulé sur plusieurs composantes :

- un accès large à la buprénorphine haut dosage, qui peut être prescrite par tout médecin et dispensée par les pharmaciens d'officine qui ont acquis, au fil du temps, une pratique professionnelle dans la délivrance des MSO et la mise en œuvre des TSO ;
- un accès à la méthadone, qui s'est peu à peu assoupli, le plus souvent en seconde intention, après échec de la BHD ou dans des indications particulières. Le traitement est alors initié par des équipes spécialisées (CSAPA et services d'addictologie), dont le nombre et la répartition géographique se sont améliorés (Fédération Addiction, 2010) ;
- le développement des pratiques de relais des patients, du milieu spécialisé vers la médecine de ville, permettent une fluidité dans le parcours de soin des usagers en particulier pour ceux traités par méthadone.

A l'heure actuelle, il existe quatre médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement de la dépendance aux opiacés :

- la méthadone sous forme sirop ;
- la méthadone sous forme de gélules ;
- la buprénorphine haut dosage, sous sa forme princeps Subutex® ou sous forme générique, sous forme de comprimés sublinguaux ;
- la Suboxone®, qui associe BHD et naloxone, sous forme de comprimés sublinguaux.

L'utilisation, hors AMM, de sulfate de morphine en traitement de substitution (Skénan®, Moscontin®) est tolérée dans certaines conditions (voir infra).

(8) De par ses caractéristiques pharmacologiques agonistes aux opiacés, qui augmentent le risque d'overdose.

► TERMINOLOGIE

Si dans l'usage courant les acronymes TSO (Traitement de substitution des opiacés) et MSO (Médicament de substitution des opiacés) sont parfois utilisés de manière indifférenciée, la rigueur voudrait qu'on les distingue. Comme l'a rappelé la conférence de consensus de 2004 : « Les TSO ne se limitent pas à la prescription de MSO, mais comportent des notions de prise en charge et d'alliance thérapeutique avec le patient. Les TSO constituent une pratique, les MSO ne sont que des moyens. » (Fédération française d'addictologie, 2004).

Objectifs des TSO pour le pharmacien

► OBJECTIFS GÉNÉRAUX DES TSO

Les objectifs des TSO sont de plusieurs ordres et dépendent surtout de la demande exprimée par le patient (Asud, 2007) et du moment où ils interviennent dans sa trajectoire d'usage. Certains objectifs répondent à des exigences de courts termes, voire d'urgence, d'autres s'inscrivent dans des perspectives de moyens ou de longs termes (Fédération française d'addictologie, 2004). Ils doivent donc être définis avec chaque patient (Inserm, 2010) et faire l'objet d'un projet de soin individualisé. Ce projet, évolutif, peut donc être tout aussi bien centré sur des objectifs de réduction des risques que sur un objectif d'abstinence.

Au niveau individuel, les TSO visent à améliorer la santé et la qualité de vie des patients en permettant de :

→ SUR LE PLAN SANITAIRE :

- répondre, dans l'urgence, aux situations de manque, à la douleur et à la détresse morale qui y sont associées ;
- permettre une meilleure gestion personnelle des consommations d'opiacés ou d'autres substances psychoactives ;
- permettre une baisse de la consommation d'opiacés illicites, voire son arrêt, et faire diminuer, ou faire disparaître, le recours à l'injection ;
- faciliter ou améliorer l'accès aux soins, et ainsi prévenir la survenue des problèmes sanitaires, favoriser le dépistage et la prise en charge des comorbidités somatiques (affections virales – VIH, VHC, VHB, abcès, dégradation du capital veineux, etc.) et psychiatriques, améliorer l'observance des éventuels autres traitements et favoriser l'inscription dans un processus d'accompagnement thérapeutique au long cours ;
- aider l'utilisateur, si c'est son souhait, à parvenir à l'abstinence totale, y compris de MSO.

→ SUR LE PLAN SOCIAL :

- permettre la décentration par rapport au produit ;
- limiter les contacts avec les marchés illicites et le trafic, prévenir les actes délictueux et leurs conséquences en termes judiciaires (interpellations, incarcérations, etc.) ;
- favoriser l'insertion sociale ou son maintien, en facilitant l'accès aux droits, aux ressources, à l'emploi, au logement, en soutenant les relations familiales.

Au niveau collectif et en termes de santé publique, on attend des TSO une diminution de la mortalité, de la morbidité et des dommages sociaux par :

- une réduction des surdoses et des décès associés ;
- une diminution du recours aux services d'accueil des urgences ;
- une diminution des infections virales par le VIH, le VHC et le VHB et des décès associés ;
- une amélioration de la prise en charge des comorbidités psychiatriques ;
- une amélioration de la situation sociale et de l'insertion ;
- plus globalement, une diminution du « coût social » des drogues (trafic, incarcérations, marché parallèle, délinquance, etc.).

► OBJECTIFS SPÉCIFIQUES LIÉS À LA DISPENSATION EN OFFICINE

L'intérêt du contexte officinal repose sur la proximité, les nombreux contacts des pharmaciens avec la population. La répartition homogène des pharmacies sur le territoire fait du pharmacien le professionnel de premier recours le plus directement accessible. Il reçoit par ailleurs sans rendez-vous et le travail en équipe permet une disponibilité importante, sans stigmatisation et en toute confidentialité. Son implication dans les actions de réduction des risques est par ailleurs de faible coût puisqu'elle n'est pas rémunérée.

Dans la perspective des objectifs généraux des TSO et à partir de ses compétences spécifiques, l'objectif principal pour le pharmacien d'officine, sera de veiller à la qualité de la dispensation pour :

- **favoriser le bon usage du médicament et ainsi garantir la qualité de la thérapeutique**, la sécurité du patient, de son entourage, lutter, par l'information du patient, contre les mésusages et le trafic ;
- **participer à l'inscription ou au maintien du patient dans un processus thérapeutique** et à la pérennité de la prise en charge par l'instauration d'un lien de confiance, d'un accueil et d'une écoute de qualité.

Quelles pratiques pour les TSO ?

► CONDITIONS PRÉALABLES À L'INSTAURATION DES TRAITEMENTS ET À LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

→ Relation d'aide, cadre thérapeutique

La prescription à elle seule ne suffit pas. La condition première du soin en addictologie est d'**instaurer une alliance thérapeutique entre le patient, le médecin et le pharmacien, ainsi que les autres intervenants**. Cette recherche d'alliance garantit une relation d'aide efficace. Pour cela, plusieurs qualités sont nécessaires :

- **l'empathie** : elle implique de comprendre le point de vue de l'autre sans adhérer ou juger ni ses émotions ni son point de vue ;
- **l'écoute** : l'écoute n'est pas ici une qualité naturelle mais une compétence qui s'acquiert. Il ne s'agit pas de « lire entre les lignes » et d'entendre ce qui n'a pas encore été clairement énoncé. La première demande s'énonce souvent dans une forme défensive destinée à masquer la difficulté et l'incertitude du choix. Il faut pouvoir restituer au sujet ses ressources et ses capacités de choix, l'assister pour choisir une conduite plus appropriée à la solution pour laquelle il a opté ;
- **la confiance** : la confiance est la qualité la plus difficile à conserver dans la relation avec les patients. Elle repose :
 - sur la reconnaissance de l'autre comme sujet en capacité d'évoluer et d'être responsable ;
 - sur sa propre crédibilité en tant que soignant dans son rôle de protecteur pour son patient. Ce rôle ne peut s'exercer que si le soignant est capable de surmonter ses réactions « contre-transférentielles » (sentiment d'être manipulé, d'être mis en échec, etc.) ;
- **l'adaptabilité individuelle et la souplesse**, dans un souci de cohérence de l'offre de soins avec le niveau d'attente du sujet et d'inscription dans la durée.

La formation a pour vocation de faciliter le travail du soignant afin de pouvoir faire face à la difficulté de cet accompagnement. Plusieurs outils théoriques et techniques peuvent être utiles : le modèle trans-théorique du changement de Prochaska et Di Clemente, l'entretien motivationnel, les TCC, modèle de prévention de la rechute, l'analyse et l'échange sur la pratique.

→ Prise en charge globale et travail en réseau

Pour trouver sa pleine efficacité, le **traitement de substitution doit être intégré dans une prise en charge globale** associant à la thérapeutique de substitution :

- 1] une **évaluation et un suivi socio-psychologique** (conditions d'hébergement, revenus, droits sociaux, statut psychologique) ;
- 2] des **dépistages réguliers et fréquents et une prise en charge des affections virales (VHC, VHB, VIH) ;**
- 3] un **suivi de santé global** (buccodentaire, psychiatrique, gynécologique et contraceptif pour les femmes, etc.).

Cela nécessite une **collaboration transdisciplinaire** (pharmaciens, médecins généralistes, infirmiers, assistantes sociales, psychologues, structures spécialisées). Ainsi, l'**inscription dans une pratique de réseau de santé est ainsi fortement recommandée**. Les réseaux ont pour mission d'améliorer l'accès au soin et la coordination du parcours de soin des patients et d'apporter un appui individualisé aux professionnels de santé de premier recours que sont les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine (cf. chapitre 5).

→ Secret professionnel

Il doit être formellement réaffirmé au patient. Il est éventuellement partagé avec d'autres professionnels dans l'intérêt du patient et avec son accord, même dans le cadre d'un travail au sein d'un réseau.

→ Notion de refus de délivrance

Le pharmacien ne peut s'opposer en aucun cas à la délivrance d'un MSO. Le 2^e article du code de déontologie (article R. 4235-2 du CSP) est en effet très clair sur la question de la lutte contre la « toxicomanie » : « Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage. ». Par ailleurs, comme le stipule l'article R. 4235-6 du CSP « le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art ».

Une demande de TSO ne relève donc pas d'un type de situation qui autorise le refus de délivrance, tel que défini par l'article R. 4235-61 du CSP : « Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance. »

Si la notion de refus de délivrance n'est pas applicable, la mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés nécessite un accord entre les trois parties prenantes (le patient, le médecin et le pharmacien) afin de créer l'alliance thérapeutique garantissant une relation d'aide efficiente.

→ Prise à l'officine, espace de confidentialité

Pour délivrer et suivre les TSO dans de bonnes conditions, l'officine doit disposer d'un espace de confidentialité, tel que défini par l'article 8 de la Convention Nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie : « Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité ». Pour éviter la stigmatisation et dans la mesure où il peut être utilisé pour exercer d'autres missions (premiers soins, orthopédie, entretien pharmaceutique, etc.) cet espace et sa signalétique devront être pensé de telle sorte que sa fréquentation ne permette pas la distinction de tel ou tel patient. L'espace peut se concrétiser de différentes manières et pourra, par exemple, prendre la forme d'un lieu semi-ouvert, aménagé avec une table, une console ou un bureau et des chaises, isolé phoniquement et accessible au patient et au pharmacien sans accès aux médicaments.

▶ INSTAURATION DES TRAITEMENTS

Le médecin doit obligatoirement indiquer le nom du pharmacien sur l'ordonnance et, dans cette logique, la bonne pratique voudrait, même si cela ne constitue pas une obligation réglementaire, qu'il le contacte avant toute prescription. Des contacts fréquents entre le médecin et le pharmacien seront particulièrement nécessaires en début de traitement et jusqu'à obtention de la posologie d'entretien, en cas de chevauchement, d'augmentation de la posologie ou de changement dans le traitement, de même qu'en période de déstabilisation éventuelle du traitement.

→ Préparation de l'instauration

Le contact médecin-pharmacien est recommandé, en présence du patient. Il faut :

- 1] se faire présenter le patient par le médecin (contexte, femme enceinte, âge, consommation, etc.) ;
- 2] connaître les demandes du patient (gestion du manque, préparation au sevrage, etc.) ;

- 3] connaître les objectifs de cette première ordonnance (essai posologique, prise en charge, etc.) ;
- 4] définir le mode de communication avec le médecin (téléphone, mail, rendez-vous téléphonique, etc.) ;
- 5] définir le mode de délivrance

Lorsque la prise à l'officine est obligatoire les objectifs sont :

- a] fixer un cadre thérapeutique (alliance, écoute, « tout se dire », confiance, résonance) ;
 - b] favoriser le bon usage du médicament et sécuriser l'instauration du médicament, en limitant le risque (particulièrement élevé durant cette période) de surdose pour le patient ou d'intoxication grave de l'entourage, notamment dans le cas de la méthadone ;
 - c] sortir de la perte de contrôle ;
 - d] décourager le trafic.
- 6] définir la date d'instauration (plutôt en début de semaine afin de parvenir à l'équilibre avant la fermeture en fin de semaine).

→ Dossier de suivi du patient

Il faut réaliser une fiche de suivi du patient :

- rangée avec les médicaments restant à donner et la copie de la dernière ordonnance délivrée ;
- comportant nom, prénom, téléphone, nom et prénom du prescripteur, date de la prescription, dates de début et fin de traitement, mode de délivrance et de prise, dates de prise à l'officine soulignées, dates de délivrance, commentaire, etc.

Chaque commentaire doit être daté et signé et la fiche sera montrée au patient dès sa réalisation. En début de traitement, il est préférable de réserver le suivi d'un patient à une voire deux personnes de l'officine. Une analyse de toutes les fiches des patients de l'officine peut être réalisée périodiquement avec tous les pharmaciens dispensateurs de l'officine.

→ Thèmes à aborder lors de la prise à l'officine

- **le médicament** :
 - rappeler qu'il faut débuter le traitement au moins 4 à 24 h après la dernière prise d'opiacés (selon MSO) ou dès les premiers signes de manque ;
 - la prise quotidienne et la durée d'action ;
 - sensibiliser sur le respect de la voie d'administration ;
 - informer sur les interactions méthadone – BHD, MSO – alcool, benzodiazépines (BZD) et sur les mésusages des MSO ;
 - évoquer les conditions de stockage au domicile (risque d'intoxication de l'entourage) ; rappeler les éventuels effets indésirables ;
- **la confiance** : fixer le cadre du traitement. Le patient doit faire confiance aux pharmaciens qui sont là pour l'aider à se soigner. C'est lui qui fait l'effort de soins. Il doit arriver à se confier aux pharmaciens. Ceux-ci ne le jugent pas et, par l'instauration d'un cadre de soins, ils permettent au patient d'évoluer vers sa guérison ou sa stabilisation ;
- **la temporalité**. Les objectifs du TSO sont évolutifs et sont à ajuster au fur et à mesure des soins. L'initialisation permet de supprimer le manque, l'envie d'héroïne et l'intégration dans le système de soins. Rappeler que le TSO est un traitement de fond qui apportera socialisation professionnelle, familiale, culturelle, sportive, personnelle mais qui sera entrecoupé de périodes plus douloureuses ;
- **les pratiques de consommation** : le pharmacien doit connaître les pratiques addictives de son patient (sniff, injection, consommation individuelle ou collective, prise d'alcool ou d'autres produits, fréquences, pratiques à risques). Le pharmacien s'assurera que le patient a bien réalisé les bilans biologiques et sérologiques prescrits par le médecin ;
- **l'environnement social, professionnel et familial** : il est nécessaire de connaître et de suivre la stabilisation du patient (entourage familial, carrière professionnelle, projets personnels, etc.).

► MSO

Un MSO idéal doit agir sur le craving, être sans toxicité propre, avoir une demi-vie longue, entraîner un faible phénomène de tolérance, avoir peu d'effets euphoriques, provoquer le moins possible de surdosage, être sûr d'emploi, provoquer peu d'effets secondaires, être non détectable au niveau urinaire en cas de test d'opiacés.

→ BHD

CADRE

La prescription initiale peut être faite par tout médecin. La BHD est inscrite sur la Liste I mais est assimilée à un stupéfiant dont elle suit les règles de prescription et de délivrance. La prescription se fait en toute lettre sur ordonnance sécurisée. Le nom de la pharmacie est obligatoire sur l'ordonnance⁽⁹⁾. La durée de prescription peut aller jusqu'à 28 jours maximum. La délivrance est fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention « délivrance en une fois » sur l'ordonnance, auquel cas une délivrance de 28 jours est possible. Le chevauchement de l'ordonnance est possible en respectant la réglementation (mention sur l'ordonnance) et en informant le pharmacien. Le délai de présentation de l'ordonnance est de trois mois mais le plus efficace est de prescrire en dates de traitement. Les soins en réseau sont indispensables : collaboration entre le pharmacien, le médecin et les autres professionnels du domaine psychosocial.

PHARMACOLOGIE

La buprénorphine est un agoniste/antagoniste (ou agoniste partiel) qui se fixe aux récepteurs opioïdes cérébraux μ et κ (kappa). Son activité dans le traitement de substitution aux opiacés est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs opioïdes μ qui, sur une période prolongée, peut réduire au minimum le besoin en drogues chez les patients dépendants aux opiacés. La BHD présente un faible risque d'overdose. Seule la voie sublinguale est efficace.

INDICATION

La BHD est un traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés qui doit s'intégrer dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique.

POSOLOGIE

Prise unique quotidienne (effet pharmacologique > 24 h). A adapter à chaque patient.
Posologie moyenne : 8 à 12 mg.
Posologie maximale : 16 mg/jour.
La forme 0,4 mg est utilisée lors de l'arrêt du traitement. Prise sublinguale stricte.

DÉLIVRANCE CONTRÔLÉE QUOTIDIENNE

La prise à l'officine est recommandée en début de traitement et ensuite lorsque nécessaire : mésusage, problème de gestion du traitement (surconsommation, suspicion de trafic), difficulté à la prise unique, insécurité quant au maintien du traitement à domicile.

EFFETS SECONDAIRES

Hypersudation, nausées, constipation, céphalées.
Risque de surdosage létal très faible (effet agoniste partiel) sauf si associé aux benzodiazépines en mésusage (prise hors cadre thérapeutique).

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Association avec les agonistes purs en particulier la méthadone contre indiquée : risque de syndrome de sevrage sévère ; attention aux inducteurs et inhibiteurs enzymatiques (antifongiques azolés, anti-protéases, carbamazépine, phénytoïne et rifampicine).

(9) Arrêté du 1^{er} avril 2008 relatif à la liste des soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L. 162-4-2 du code de la Sécurité sociale.

→ Suboxone

CADRE

∴ Idem que pour la BHD

PHARMACOLOGIE

∴ La buprénorphine est un agoniste/antagoniste (ou agoniste partiel) qui se fixe aux récepteurs opioïdes cérébraux μ et κ (kappa). Son activité dans le traitement de substitution aux opiacés est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs opioïdes μ qui, sur une période prolongée, peut réduire au minimum le besoin en drogues chez les patients toxicomanes. La naloxone est un antagoniste des récepteurs opioïdes μ . Lorsque la naloxone est administrée par voie orale ou sublinguale, aux posologies habituelles, elle n'expose qu'à peu ou pas d'effets pharmacologiques en raison de son métabolisme presque complet lors du premier passage hépatique. En cas d'utilisation par voie intraveineuse, la présence de naloxone dans Suboxone provoque des effets antagonistes opioïdes marqués ainsi qu'un syndrome de sevrage aux opioïdes, dissuadant donc de toute utilisation abusive du produit par voie intraveineuse.

INDICATION

∴ Traitement substitutif de la pharmacodépendance aux opioïdes dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique. La naloxone est un composant destiné à empêcher le mauvais usage du produit par voie intraveineuse. Le traitement est réservé aux adultes et aux adolescents âgés de plus de 15 ans qui ont accepté d'être traités pour leur dépendance.

POSOLOGIE

∴ Prise unique quotidienne (effet pharmacologique > 24 h). A adapter à chaque patient. Posologie maximale : 24 mg/jour. De même que pour la buprénorphine, la prise à l'officine est recommandée en instauration et si besoin au cours de la prise en charge.

→ Méthadone (Authier *et al.*, 2011)

CADRE

∴ La prescription initiale de la méthadone ne peut se faire que par des médecins exerçant en CSAPA ou les médecins hospitaliers à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consultation en milieu pénitentiaire. Le relais peut être fait auprès de tout médecin après stabilisation du patient avec ordonnance de délégation du primo-prescripteur.

∴ Le passage de la méthadone sirop à la méthadone gélule se fait après un an de méthadone sirop et la stabilisation addictologique du patient. Le cadre de prescription de la méthadone gélule est ainsi légèrement différent puisque la prescription initiale de méthadone gélule est réservée aux médecins exerçant en CSAPA et à ceux exerçant en services d'addictologie des établissements de santé. Le relais est ensuite possible vers le médecin habituel.

∴ La méthadone est inscrite sur la liste des stupéfiants. La prescription est faite sur ordonnance sécurisée. Le nom de la pharmacie est obligatoire sur l'ordonnance⁽¹⁰⁾. La durée de prescription maximale est de 14 jours pour la forme sirop et de 28 jours pour la forme gélule. La délivrance est fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention « délivrance en une fois » sur l'ordonnance, auquel cas une délivrance de 14 ou 28 jours est possible. Le chevauchement de deux ordonnances est interdit sauf mention expresse du prescripteur sur l'ordonnance. Il est préférable que le pharmacien en soit informé. Le délai de présentation de l'ordonnance est de trois jours. Le plus efficace pour le trio patient-médecin-pharmacien est d'indiquer les dates de traitement.

(10) Arrêté du 1^{er} avril 2008 relatif à la liste des soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L. 162-4-2 du code de la Sécurité sociale.

PHARMACOLOGIE

La méthadone est un agoniste pur des récepteurs μ . Comme la morphine ou l'héroïne, la méthadone possède toutes les propriétés pharmacologiques d'un agoniste opiacé. Elle exerce un effet sédatif, analgésique et antitussif par action sur le cerveau, atténue les réflexes émétiques (mais, comme les autres opiacés, elle est initialement émétisante chez les sujets non accoutumés) et provoque un ralentissement du rythme respiratoire et parfois un myosis. Elle présente également un risque d'overdose. Le médicament se prend par voie orale stricte. Les spécialités pharmaceutiques commercialisées se présentent sous forme de sirop très visqueux, ou de gélules contenant un excipient se transformant en gel au contact de l'eau, limitant ainsi leur injectabilité.

INDICATION

La méthadone sirop est un traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.

La méthadone sous forme de gélules est un traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique, en relais de la forme sirop chez des patients traités par la forme sirop depuis au moins un an et stabilisés, notamment au plan médical et des conduites addictives (Afssaps, 2008).

POSOLOGIE

La posologie, en une prise par jour (1/2 vie = 12-36 h), est à adapter individuellement. Les posologies de départ ne doivent pas excéder 20 à 40 mg par jour (risque de surdosage) en une prise. Il existe des patients métaboliseurs rapides, l'aspect clinique pouvant être étayé par un dosage de la méthadone plasmatique résiduelle, nécessitant des posologies élevées voire un fractionnement des posologies. La posologie adéquate est spécifique à chaque patient et son adaptation doit être guidée par la clinique relatée par le patient. Les facteurs qui sont à prendre en compte pour trouver la posologie adéquate sont :

- les autres traitements (CYT P 450) : 1) inducteurs : antirétroviraux et antituberculeux ; 2) inhibiteurs : cimétidine et fluvoxamine ;
- les facteurs génétiques : CYT P 450 (Récepteurs μ , D2) ;
- le poids des patients (IMC) : volume de distribution (VD), masse grasse ;
- les comorbidités psychiatriques : prises d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, de neuroleptiques (posologie plus élevée) ;
- la séropositivité au VHC (30 mg de plus) ;
- la consommation d'alcool : la consommation d'alcool majore l'effet sédatif de la méthadone ;
- le niveau de tolérance qui dépend de l'âge d'entrée dans les consommations, de la durée de l'exposition, des opiacés consommés, de la voie d'administration. Il peut y avoir des variations extrêmement importantes selon les individus.

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES

Lors de la phase d'instauration :

- Somnolence après prise du traitement. Elle est souvent due à une dose excessive, à la prise d'autres dépresseurs du système nerveux central (alcool, benzodiazépines). Dans ce cas : réévaluer et si besoin réduire la dose et conseiller la réduction de l'usage d'autres médicaments (notamment benzodiazépines) ;
- « Craving » pour l'héroïne. La dose est certainement insuffisante, il faut réévaluer et si besoin, augmenter la dose ;
- Troubles du sommeil. Il faut réévaluer la dose qui est certainement insuffisante, les horaires de prise et de sommeil, identifier la prise de stimulants, revoir l'hygiène globale de vie et de sommeil ;
- Hypersudation : La transpiration excessive est un phénomène commun à tous les opiacés (traitements de substitution ou héroïne). Il faut conseiller au patient la pratique d'une activité physique modérée (marche, course à pied...) qui aide à éliminer par voie naturelle l'excès d'eau. Conseiller au patient

d'avoir une alimentation équilibrée limitant les substances responsables d'hypersudation (alcool, café, etc.), de porter des vêtements légers en fibres naturelles (coton, lin...), de boire suffisamment d'eau pour éviter la déshydratation ;

- Nausées ;
- Constipation. Commune également à tous les opiacés. Il faut conseiller de revoir le régime qui peut être inadapté, donner des conseils de régime riche en fibres, conseiller l'hydratation et l'exercice physique ;
- Prise de poids. Elle peut être due à la rétention d'eau, à l'augmentation de l'appétit, à la diminution de l'activité. Il faut évaluer et conseiller de changer les habitudes alimentaires (intégrer des fibres, un rythme régulier de repas, limiter les sodas, l'alcool et les aliments gras), conseiller l'exercice prudemment. La prise de poids est parfois attribuée au sucre contenu dans le sirop de méthadone (un flacon de sirop à 60 mg de méthadone contient 9 g de saccharose, ce qui équivaut à 2 morceaux de sucre), cependant, comme pour l'ensemble de la population, les causes principales de la prise de poids sont liées au mode de vie et, en particulier, à l'alimentation et à la sédentarité ;
- Baisse de libido : rechercher une dose trop élevée, des problèmes psychologiques ou sociaux, faire le bilan des antécédents et des difficultés actuelles, conseiller une prise en charge.

Dans la phase d'entretien, on retrouve l'hypersudation, la constipation et les nausées.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Le sirop de méthadone contient de l'éthanol (14 mg/ml) et du saccharose (0,6 mg/ml).

Risque d'allongement de l'espace QT et de torsades de pointe, attention à toute association avec d'autres médicaments allongeant le QT.

Interactions avec les inducteurs enzymatiques (diminution des concentrations plasmatiques de méthadone), avec les autres morphiniques, barbituriques et benzodiazépines (risque majoré de dépression respiratoire, avec les autres sédatifs, altération de la vigilance), avec l'alcool, avec le naltrexone et le nalméfène.

→ Sulfate de morphine

Dans les premiers temps de la substitution et dans l'urgence de l'épidémie de sida, l'absence de médicament spécifique a conduit certains praticiens à prescrire de la morphine à libération prolongée (ayant un effet à long terme) pour répondre à une demande de la part des usagers. Lors de la mise sur le marché de la BHD et de la méthadone, la Direction générale de la santé a diffusé le 27 juin 1996 une note d'information dite « circulaire Girard » énonçant les conditions de poursuite des traitements aux sulfates de morphine : « à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptations des traitements à la Méthadone et au Subutex[®] aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose, la prescription de médicaments utilisant le sulfate de morphine à des seules fins de substitution, peut être poursuivie après concertation entre le médecin traitant et le médecin conseil, conformément aux dispositions de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. L'ordonnance extraite du carnet à souches devra porter la mention manuscrite "concertation avec le médecin conseil" ».

Il est conseillé au pharmacien de s'assurer auprès du médecin que la prescription répond bien à une situation spécifique et, dans le cas contraire, de discuter avec lui de la possibilité de revenir à un MSO disposant d'une AMM.

► SITUATIONS SPÉCIFIQUES

→ Arrêt du TSO et passage d'une molécule à l'autre

Le maintien de la substitution, et non son arrêt, est un objectif prioritaire. Il n'y a pas de danger particulier à prendre un médicament opiacé pendant longtemps, dès lors que l'on en a besoin. La demande d'arrêt du TSO ne peut donc, en dehors de circonstances exceptionnelles, venir que du patient lui-même.

Il n'y a pas de durée optimale pour un TSO. Il faut soutenir le patient dans son projet d'arrêter un TSO, et en suggérer les modalités les plus efficaces et les moins douloureuses possibles. Il faut aussi aider le patient à en interroger les motivations, pour qu'elles ne soient pas dues aux seules influences externes (des proches pouvant « pousser » prématurément à cet arrêt). L'expérience montre la possibilité d'arrêts lentement dégressifs. Les modalités de diminution sont gérées avec le médecin, en fonction des symptômes décrits par le patient. Il est illusoire de fixer une durée a priori au processus de diminution en vue de l'arrêt d'un TSO. Aucun critère fiable ne permet de prédire le succès ou l'échec d'une tentative d'arrêt d'un TSO. Il existe cependant des contextes plus favorables que d'autres à l'arrêt (bonne insertion, arrêt de longue date de toutes substances non prescrites, etc.). Il n'existe aucun protocole spécifique validé.

Si la demande d'arrêt est brutale et que le sujet veut interrompre rapidement un traitement :

- pour la BHD, l'arrêt brutal génère un syndrome de manque plus ou moins sévère. Le sevrage sera réalisé en milieu hospitalier ou non, avec un traitement symptomatique (antihypertenseurs centraux, benzodiazépines, hypnotiques) ;
- pour la méthadone, aucun auteur n'envisage de sevrage rapide pour des posologies fortes. Le sevrage est conduit en milieu hospitalier, avec un traitement symptomatique : antihypertenseurs centraux, alphabloquants, voire autres opiacés (BHD ou dyhydrocodéine), BZD et hypnotiques.

Si la demande d'arrêt du traitement se situe dans un contexte plus favorable :

- sevrage progressif de BHD : en ambulatoire, diminution progressive des doses, par exemple de 1 mg à 2 mg à chaque fois, par paliers de 2 à 7 jours, ou/puis prises 1 jour sur 2 ;
- sevrage progressif de méthadone : très lentement, par paliers de 5 à 10 mg, d'autant plus lentement que la dose est plus faible, à la demande du patient, puis 1 jour sur 2, voire 1 jour sur 3, puis arrêt.

Si une dernière modalité d'arrêt est le changement de molécule :

- il est recommandé de diminuer progressivement la posologie du médicament que l'on souhaite arrêter avant de changer de molécule ;
- le passage de la méthadone à la BHD requiert une réduction de la dose au moins jusqu'à 30 mg et un intervalle libre d'au moins 24-48 h entre la dernière prise de méthadone et la première prise de BHD et l'apparition des signes de sevrage. Il est recommandé d'orienter le patient vers un addictologue ;
- le passage de la BHD vers la méthadone requiert lui aussi un intervalle libre, d'une durée d'au moins 12 h ou l'apparition des premiers signes de sevrage. Il convient de contacter un CSAPA ou un service d'addictologie qui seuls pourront primo-prescrire la méthadone.

Lors de l'arrêt, il est possible que le patient rencontre des difficultés d'endormissement ou un sentiment de tristesse qui peuvent durer plusieurs mois. D'autres signes sont possibles, comme des douleurs ou une « agitation ». Des envies de consommer peuvent ressurgir. Dans tous les cas, le patient doit garder un contact avec son médecin, l'équipe soignante et son pharmacien et évoquer ses difficultés ou craintes. Il doit surveiller ses consommations d'alcool et de médicaments (anxiolytiques, somnifères). L'arrêt du TSO ne doit pas être compensé par d'autres consommations abusives. Le traitement peut être à tout moment repris, sans que cela soit pour autant ressenti comme un échec, il était peut-être trop tôt pour arrêter. Dans ce cas, il faut redémarrer avec une faible dose s'il s'agit de méthadone (risque d'overdose si

dose supérieure à 30-40 mg) et il est primordial de prévenir le patient de se méfier des consommations festives d'opiacés. En effet, une fois que celui-ci est devenu abstinent, une « rechute » présente un risque accru de mortalité par overdose (liée à une perte de la tolérance aux opiacés).

→ TSO et comorbidités psychiatriques

Les pathologies psychiatriques sont fréquentes en cas de conduites addictives. Chaque sujet doit pouvoir bénéficier d'une évaluation psychiatrique lors de sa prise en charge pour traitement de substitution.

• Troubles de l'humeur et états dépressifs

Les états dépressifs sont plus fréquents parmi les usagers d'opiacés qu'en population générale.

Il faut distinguer :

- 1] les troubles de l'humeur induits par les opiacés. Ils disparaissent lors du sevrage ou dans le mois suivant la mise sous MSO. Ils ne répondent pas aux antidépresseurs dont la prescription est inutile, voire dangereuse ;
- 2] les états dépressifs majeurs qui revêtent une sémiologie particulière. Ils doivent être considérés comme des dépressions résistantes. L'appétence pour les substances psycho-actives est réactivée avec des risques de rechute ou d'évolution vers un autre trouble addictif. Les passages à l'acte suicidaire sont possibles. Il faut adapter les doses de MSO et d'antidépresseurs, tenir compte des risques d'hépatotoxicité des antidépresseurs tricycliques et des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, et des interactions médicamenteuses en cas d'association à la méthadone ;
- 3] les troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Les risques suicidaires sont importants. Le traitement est essentiellement anxiolytique, en évitant les BZD. Dans certains cas, les neuroleptiques sédatifs récents, après avis psychiatrique, peuvent constituer un traitement de choix.

• Anxiété et troubles anxieux

Les troubles anxieux favorisent le recours aux opiacés. Ils doivent être repérés et précisément identifiés afin de bénéficier d'un traitement médicamenteux et psychothérapeutique adapté.

• Schizophrénie et troubles psychotiques

Les conduites addictives sont fréquentes chez les schizophrènes. Dans le cas des opiacés les TSO, en réduisant l'appétence vis-à-vis de ceux-ci, apaisent le sujet, mais favorisent l'émergence de troubles psychotiques, préalablement masqués par la prise d'héroïne. Par ailleurs, la consommation d'opiacés aggrave l'évolution de la schizophrénie. Les neuroleptiques, en améliorant la symptomatologie schizophrénique, facilitent l'abandon des opiacés illicites. Le traitement TSO favorise globalement la prise en charge de la psychose : l'alliance thérapeutique instaurée s'étend à l'adhésion et à l'efficacité des traitements neuroleptiques. Le consensus s'établit autour de la nécessité d'associer méthadone et neuroleptiques. Les posologies des neuroleptiques sont habituellement majorées. Les thymorégulateurs sont indiqués en cas de trouble de l'humeur associé. La carbamazépine est à éviter car elle réduit la demi-vie et l'efficacité de la méthadone. Certains neuroleptiques peuvent entraîner des torsades de pointe. Le lithium est de manière difficile. Les relations entre les dispositifs de santé mentale et de prise en charge de la dépendance doivent être encouragées. Le travail en réseau trouve toute sa raison d'être dans la prise en charge de ces patients qui rencontrent des problématiques complexes (cf. chapitre 5 ; Fédération Addiction, 2010).

→ TSO et grossesse (Whittaker, 2013)

La dépendance aux opiacés est à l'origine de grossesses à risque. Les conséquences périnatales peuvent être particulièrement graves : prématurité, souffrance fœtale, mort in utero, syndrome de sevrage néonatal (SSNN), mort subite du nourrisson, troubles de la relation mère-enfant.

La prescription d'un MSO apparaît comme une excellente indication chez une femme dépendante des opiacés, au mieux avant une grossesse désirée ou dès le premier trimestre voire au 2^e trimestre.

L'initialisation d'un MSO en fin de grossesse est en revanche discutée. Si la future parturiente suit déjà un TSO, il n'y a aucune raison de l'interrompre et le sevrage est totalement déconseillé du fait des risques de rechutes ou de souffrances pour le fœtus. Lorsqu'ils surviennent, les effets périnataux de la méthadone et de la BHD sont identiques. Il n'y a donc aucune raison objective de préférer l'une ou l'autre des molécules ou de modifier un TSO lors de la découverte d'une grossesse.

La grossesse constitue clairement un moment privilégié pour la mise en place ou le renforcement d'un soutien pluridisciplinaire qui améliore le pronostic périnatal et la qualité de vie. Le TSO n'est qu'un élément de cette prise en charge, le TSO doit donc s'intégrer dans une prise en charge périnatale et médico-psychosociale et en réseau. Une prise en charge globale diminue significativement la fréquence des complications périnatales, particulièrement de la prématurité, et favorise l'établissement d'un lien parents-enfant plus solide (cf. chapitre 5 ; Fédération Addiction, 2010).

Le TSO ne prévient pas le risque de SSNN et il n'y a pas de corrélation entre posologie du MSO en fin de grossesse et intensité du SSNN. Les femmes sous TSO doivent être bien équilibrées en fin de grossesse et dans la période du post-partum, quitte à augmenter la posologie et passer à deux prises par jour. Une posologie insuffisante du traitement de substitution favorise la consommation d'autres produits psychotropes, et tout particulièrement d'alcool et de tabac. De plus, les modifications physiologiques de la grossesse et la modification de la pharmacocinétique de la méthadone en fin de grossesse peuvent nécessiter une augmentation transitoire de posologie, en s'aidant si nécessaire des résultats de dosages plasmatiques.

Le faible passage des TSO dans le lait maternel ne contre-indique pas l'allaitement.

Si la patiente n'est pas prise en charge par une structure spécialisée, il est conseillé au pharmacien de l'orienter vers une structure locale.

→ TSO et douleurs (Mialou *et al.*, 2010)

Il y a une prévalence plus importante des phénomènes douloureux chez les patients sous traitement substitutifs aux opiacés par rapport à la population générale qui peut s'expliquer, d'une part, par le processus d'hyperalgie induite par les opiacés et, d'autre part, par une sensibilité accrue à la douleur.

Des stratégies thérapeutiques à visée antalgique peuvent être mises en œuvre pour ces patients :

- **première étape** : décrire la douleur et son contexte avec comme prérequis de croire le patient, description de la douleur, élimination d'un syndrome de manque aux opiacés, recherche d'une étiologie à traiter, évaluation psychologique, identification des co-addictions actives et d'un mésusage de MSO ou d'antalgiques, recherche de contre-indications ;
- **deuxième étape** : stratégies pharmacologiques selon l'intensité de la douleur, si la douleur est aiguë (moins de 3 mois) ou chronique (plus de 3 mois à 6 mois) et selon le score EVA ;
- **règles complémentaires** : éviter les opioïdes faibles, ne pas prescrire d'agonistes partiels, ni de formes injectables, penser aux co-analgésiques, possibilité d'hospitalisation de courte durée pour équilibrer un traitement, penser aux approches non pharmacologiques, un seul prescripteur – un seul pharmacien, augmenter la fréquence des consultations.

Les réseaux addictions ont également pour mission d'apporter leur soutien aux médecins et pharmaciens dans les situations particulières de gestion des phénomènes douloureux de leurs patients traités par MSO.

→ TSO et garde à vue (ARS Bourgogne, 2012)

POUR LA BHD. Le médecin prescripteur peut être le médecin désigné par l'officier de police judiciaire (OPJ) ou tout autre médecin. La prescription se fait en toutes lettres sur ordonnance répondant aux spécifications fixées par l'arrêté du 31 mars 1999 (ordonnance sécurisée), indiquant le nom de la pharmacie dispensatrice (arrêté du 1^{er} avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L. 162-4-2 du Code de la Sécurité sociale). L'OPJ doit présenter au pharmacien sa carte d'identité, ainsi que celle du patient en garde à vue, afin que des médicaments puissent lui être délivrés (article R. 5132-35 Code de la santé publique).

POUR LA MÉTHADONE. La primo-prescription de méthadone lors d'une garde à vue n'est pas possible. Aussi le pharmacien doit, lors d'une garde à vue comme dans toute situation, s'assurer de la légalité de l'ordonnance et du respect du cadre légal (primo-prescription). Le médecin désigné lors de la garde à vue n'a en théorie pas le droit de prescrire de la méthadone, puisqu'il n'est pas le médecin relais du patient. Pour que cela soit possible, il faut que :

- 1] la primo-prescription de méthadone du patient lui soit présentée afin de prendre connaissance du nom du primo-prescripteur ;
- 2] le primo-prescripteur contacté puisse rédiger une ordonnance de délégation à l'attention du médecin désigné lors de la garde à vue, afin de lui passer le relais de la prescription de méthadone. En pratique cela est très difficilement réalisable. Le médecin désigné lors de la garde à vue peut alors contacter le médecin coordonnateur du CSAPA local ou bien un médecin du réseau addictions local pour avoir des conseils, et éventuellement prescrire de la BHD à la place de la méthadone, notamment si le patient présente des signes de manque.

Les indications de ces deux médicaments (buprénorphine et méthadone) ne doivent pas empêcher une évaluation clinique et la prudence quant aux interactions médicamenteuses, en particulier chez les patients en polyconsommations.

La pharmacie est réquisitionnée par l'OPJ pour délivrer les médicaments nécessaires au patient pendant sa garde à vue (procès-verbal de réquisition judiciaire du médecin et du pharmacien). Le fait de refuser de répondre à une réquisition émanant d'une autorité de police judiciaire agissant dans l'exercice de ses fonctions est puni d'une amende de 150 € (contraventions de 2^e classe) (article R. 642-1 du Code Pénal).

Dans le cadre d'une garde à vue, l'acte de dispensation des médicaments est difficile à réaliser. En effet, l'OPJ est dans ce cas un commissionnaire et le pharmacien reste soumis au secret professionnel. L'OPJ peut prendre connaissance du plan de prise, et des explications sur le traitement peuvent être rédigées à l'intention du patient. L'OPJ doit fournir l'adresse du patient au pharmacien. Le pharmacien privilégiera la délivrance de médicaments génériques comme pour tous les assurés.

Pour la prise en charge des frais, plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- si le patient détient sa carte vitale (ou une attestation de droits à la Sécurité sociale) et sa carte de mutuelle à jour au moment où lui est notifiée sa garde à vue, l'OPJ peut les présenter au pharmacien pour qu'il effectue dans ce cas une facturation selon la procédure classique (tiers payant) ;
- si le patient n'a pas sa carte vitale sur lui, l'OPJ peut apporter l'argent du patient, seulement si cet argent n'est pas placé sous main de justice (non nécessaire à la manifestation de la vérité) et uniquement après accord du gardé à vue. Tout ce qui est saisi au début de la garde à vue doit

être légalement restitué à la personne à sa sortie, si bien que l'OPJ doit inscrire sur le procès-verbal d'inventaire le montant de la prise d'argent et le faire signer par le gardé à vue ;

- sans attestation ni paiement, la pharmacie fait alors l'avance des frais, leur paiement est alors prévu par le décret n° 2009-1026 du 25 août 2009 : « En application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, les frais pharmaceutiques et de soins infirmiers nécessaires aux personnes placées en garde à vue peuvent être pris en charge par l'aide médicale de l'Etat, grâce à la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS). » Le pharmacien doit envoyer le plus tôt possible à la DDCS du département concerné : facture, copie de l'ordonnance, procès-verbal de réquisition judiciaire réalisé par l'OPJ et RIB. Le délai entre la délivrance des médicaments et le paiement effectif de la pharmacie peut être long (parfois plusieurs mois), les factures étant souvent regroupées au niveau départemental par la DDCS, laquelle doit solliciter une délégation de crédits sur le budget de l'AME, auprès de la DGCS en joignant la copie des justificatifs de la pharmacie.

→ TSO et usage détourné

Pour rappel, les conséquences des mauvaises utilisations des MSO sont à l'origine :

- 1] de décès par overdose ou poly-intoxication, et de manière plus générale d'une augmentation des risques (surdosages, dépression respiratoire, etc.) liés à l'association des MSO avec des substances psycho-actives ou des médicaments psychotropes ;
- 2] de complications liées à l'injection du médicament :
 - a) générales : contamination par le VIH, le VHC, le VHB, etc. ;
 - b) locorégionales : abcès, lymphoedème majeur de l'avant-bras, ulcérations nécrotiques, cellulite, thrombose veineuse avec risque d'embolies septiques, etc. ;
- 3] d'échec du traitement de substitution.

Il est ainsi recommandé au pharmacien d'officine :

- de **vérifier l'existence d'une primo-prescription** nominative émise par le CSAPA ou l'établissement de santé dans le cas d'une prescription par un médecin de ville (et d'en garder une copie) ;
- de **réitérer les informations concernant le MSO prescrit**, en particulier la voie spécifique d'administration (sublinguale pour la buprénorphine et orale pour la méthadone) et la prise unique journalière. La dangerosité des MSO, en particulier de la méthadone, pour les personnes non dépendantes aux opiacés (notamment les enfants) et la nécessité d'un stockage sécurisé doivent être rappelées ;
- de **délivrer le MSO, quel qu'il soit, de façon contrôlée**, selon l'ordonnance du prescripteur, en particulier en début de traitement ou lors de difficultés ultérieures, y compris parfois les traitements associés ;
- de **délivrer le nombre exact de comprimés de buprénorphine prescrits**, si nécessaire après déconditionnement, comme le permet la réglementation, de délivrer le dosage le plus adapté permettant d'avoir le minimum de comprimés et de références, en évitant les demi-comprimés ;
- d'**avoir des contacts réguliers avec le médecin prescripteur** afin d'échanger sur l'évolution du patient ;
- de **prévenir le médecin prescripteur en cas de constatation de falsifications ou de vols d'ordonnances**, de rythmes de dispensation trop ou pas suffisamment rapprochés ou de l'existence de multiples prescripteurs ;
- de **faire une copie des ordonnances falsifiées et de les adresser au Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) correspondant**.

→ TSO et voyage

La législation internationale autorise l'importation de médicaments. Ceci vaut pour le séjour et pour le transit.

L'ordonnance est le principal document attestant que le voyageur a l'autorisation légale de détenir tel ou tel médicament pour son usage personnel. L'ordonnance pourra être rédigée dans la langue du pays de destination, ou, à défaut, en anglais.

De plus, d'autres documents peuvent être nécessaires selon les pays de destination.

Pour aller dans les pays appartenant à l'Espace Schengen, il faut se procurer une attestation de transport du médicament concerné auprès de l'Agence régionale de santé du lieu où le médecin prescripteur est enregistré. Elle est valable 30 jours, et doit être présentée aux autorités de contrôle compétentes.

En dehors de l'Espace de Schengen, il est nécessaire de se renseigner au cas par cas dans les ambassades des pays traversés ou visités. Certains autorisent l'importation temporaire de méthadone pour usage personnel, d'autres pas. Une attestation de transport peut également être demandée auprès de l'Equipe Stupéfiants et Psychotropes de l'Ansm pour des durées de traitements supérieures à la durée maximale de prescription.

L'obtention de ces différents documents pouvant prendre du temps, le patient devra anticiper autant que possible son départ.

POUR PLUS D'INFORMATIONS, CONSULTER :

→ le site de l'Ansm : www.ansm.sante.fr

→ le site Meddispar : www.meddispar.fr

► OBSERVATION DES SIGNES CLINIQUES ET CONSEIL

Connaissance des signes de surdosage :


- somnolence
- articulation difficile (bredouillage)
- démarche, équilibre instables
- ralentissement psychomoteur
- état stuporeux puis coma, hypoxie, décès = urgence médicale

Connaissance des signes de sous-dosage :

- **psychiques** : craving, anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, syndrome dépressif
- **physiques** : agitation, lombalgies, hyperalgésie, piloérection, bâillements, rhinorrhée, diarrhée, mydriase, tachycardie, hypotension

Pour tout incident :

- irrégularités dans les prises
- effets secondaires avec retentissement important
- vomissements
- surconsommation
- polyconsommations



COMPTE-RENDU DE
CES OBSERVATIONS
AU MÉDECIN




CONTACTER
LE MÉDECIN

► LES ANALYSES URINAIRES

Les examens urinaires sont obligatoires lors de l'initialisation de la méthadone pour vérifier la réalité de la consommation récente d'opiacés et l'absence de prise de méthadone. Ils seront justifiés lors du premier mois de traitement, puis effectués au cas par cas par la suite.

Les examens biologiques, dont les analyses urinaires, sont des indicateurs médicaux inscrits dans un traitement, au service de la relation thérapeutique avec le patient.

- Ils permettent de vérifier le respect du traitement et mesurer son efficacité sur la prise d'opiacés ou d'autres stupéfiants.
- Les examens urinaires ne doivent pas constituer des moyens de contrôle du comportement du patient ni se substituer à la parole échangée avec lui.
- Aucune mesure punitive, en particulier l'exclusion, ne peut être justifiée par des analyses urinaires positives. Cela doit être clairement établi dans le protocole de soin.



PARTICIPER à un programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP)

Introduction

Malgré l'offre de matériel d'injection actuelle, la fréquence de réutilisation et de partage des seringues et du petit matériel reste vraisemblablement très importante. Ainsi, alors que l'on estime qu'entre 60 et 100 millions d'injections sont réalisées par an (Imbert Et Bonnet, 2005), le nombre de seringues distribuées est de 13,8 millions. On estime par ailleurs qu'il y a 81 000 injecteurs actifs de drogues en France (Costes *et al.*, 2009). Par ailleurs, le tassement du nombre de seringues vendues ou distribuées auquel on assiste peut être interprété comme un signe de recrudescence des partages et des réutilisations (Inserm, 2010). Enfin, l'injection de stimulants qui conduit à des injections plus nombreuses et plus fréquentes est une pratique qui se développe (Guichard *et al.*, 2013). Autant d'éléments qui plaident en faveur d'une amélioration qualitative et quantitative de l'offre existante : c'est l'objectif premier des programmes d'échanges de seringues en pharmacie (PESP). Toutefois, l'intérêt des PESP ne se réduit pas à la délivrance de matériel.

► HISTORIQUE

La distribution gratuite de matériel d'injection en officine existe depuis près de vingt ans en France et c'est une pratique qui se développe. Historiquement pourtant, les programmes d'échange de seringues (PES) n'avaient pas spécifiquement vocation à impliquer les pharmacies mais visaient justement à s'adresser aux personnes vulnérables qui avaient des difficultés à utiliser le réseau des officines (Emmanueli *et al.*, 1999). La rencontre des PES et des pharmaciens s'est donc faite progressivement.

L'histoire contemporaine de l'accès au matériel d'injection débute le 13 mars 1972 par la publication d'un décret qui, dans la continuité de la loi du 31 décembre 1970 ⁽¹¹⁾, vise à réglementer « le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections en vue de la lutte contre l'extension de la toxicomanie » ⁽¹²⁾. La vente de seringues est dès lors interdite sans ordonnance médicale. Cette disposition légale, qui rend l'accès au matériel d'injection particulièrement difficile pour les usagers, va s'avérer particulièrement néfaste avec le développement de l'épidémie de sida à partir du début des années 1980. Face à l'urgence sanitaire et sous la pression des associations, le décret est suspendu, puis définitivement abrogé par les décrets du 13 mai 1987, du 24 août 1988 et du 11 août 1989. Les seringues sont de nouveau accessibles à la vente libre. En 1991, le Centre municipal de santé d'Ivry commence à réfléchir avec des pharmaciens pour que soient associés aux seringues vendues des messages de prévention sur le VIH. Ce premier outil, le « képa », sera progressivement enrichi et donnera naissance au premier Stéribox[®], qui sera développé par l'association Apothicom. Sa diffusion s'appuie dans un premier temps sur un certain nombre d'associations locales qui assurent l'approvisionnement des pharmacies proches (Charansonnet, 2008). Après ses premières expérimentations, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville décide, en 1994, d'étendre la vente de Stéribox[®] à toutes les officines, en concédant une licence d'exploitation à Apothicom. Le Stéribox[®] est dès lors totalement intégré au circuit du médicament. Le lien entre associatifs et pharmaciens qui était au cœur des premières expérimentations disparaît (Charansonnet, 2008).

En parallèle, et avant même l'organisation d'une offre de matériel en pharmacie, des associations décident de distribuer, à l'encontre de la législation en vigueur, des seringues aux injecteurs. C'est le cas de l'association Aides dès 1985. En 1989, Médecins du monde (MDM) met en place trois programmes expérimentaux d'échange de seringues, avec le soutien de la Direction générale de la santé (Apothicom *et al.*, 2001 ; Inserm, 2010). Bien que l'expérience de MDM ait été suivie par d'autres, ce n'est qu'en 1995, par le décret du 7 mars, que les associations sont officiellement autorisées à organiser des programmes d'échange de seringues. Le principal outil distribué sera progressivement le Kit + dont le contenu est identique à celui du Stéribox[®].

Ainsi, en un peu moins d'une décennie (1987-1995), l'offre de matériel d'injection est organisée de manière duale :

- 1) une offre payante proposée par les pharmacies, potentiellement abondante et bien répartie sur le territoire compte tenu du nombre d'officines mais plus difficilement accessible pour les usagers les plus précaires ;
- 2) une offre gratuite proposée par les associations, moins bien implantée, notamment en périphérie des villes et dans les territoires ruraux (Grall, 2011) mais plus facile d'accès pour les usagers précaires habitants en ville. En 2008, sur les 13,8 millions de seringues écoulées, près de 70 % étaient vendues en pharmacies et le reste était distribué par le dispositif de RDR (Inserm, 2010).

A peine le cadre légal et administratif de ce système « dual » avait-il été fixé par le décret de mars 1995, que les acteurs de terrain ont commencé à réfléchir à l'intégration des officines dans les programmes d'échange de seringues avec l'idée, de combiner les avantages de la « proximité » offerte par le réseau d'officines et de la « gratuité » offerte par les PES. En effet, les PES s'étaient prioritairement développés dans les centres urbains de plus de 100 000 habitants (Emmanuelli, 2000). Par ailleurs, la libéralisation de la vente des seringues n'avait donné lieu à aucun accompagnement des pharmaciens (Inserm, 2010) et ils étaient encore un nombre non négligeable à être réticents à rendre vraiment accessible le matériel d'injection en ne le proposant tout simplement pas à la vente ou en le proposant de manière restrictive

(11) Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

(12) Décret n° 72-200 du 13 mars 1972.

par exemple en le vendant plus cher que le prix conseillé ou en acceptant seulement les achats en quantité, etc. (Crips, 1994) ⁽¹³⁾. C'est donc pour rendre plus accessible le matériel que les PESP se sont développés, et ce d'abord dans les territoires ruraux où les difficultés d'approvisionnement étaient plus saillantes. C'est ainsi par exemple que dès 1993, les acteurs institutionnels et de terrain du département des Deux-Sèvres entament une réflexion commune sur la mise en place d'un PES impliquant des officines qui démarrera en 1995 (Gregory, 2001 ; Penicaud, 2010). Il en est de même du PESP du Pays de Gex (au nord du département de l'Ain) qui débute en mars 1994 (Barbier, 2001 ; Medina & Fontaine, 2011).

► ÉTAT DES LIEUX

Depuis ces premières expériences, ce type de dispositif innovant s'est développé. L'adhésion des pharmaciens s'est améliorée. En 2003, 30 % des pharmaciens déclaraient accepter l'idée de participer à un PESP et un peu plus de 6 % étaient déjà engagés dans un tel programme. Près de 57 % d'entre eux déclaraient en revanche ne pas souhaiter participer à ce type de programme (Pin, 2005). Une enquête sur les PESP, réalisée en 2009 par l'association SAFE, avait dénombré 26 programmes de ce type. Sur les 23 structures porteuses ayant répondu à l'enquête, 7 développaient le programme à l'échelle d'un département, 14 à l'échelle intercommunale et trois à l'échelle d'une grande agglomération (Safe, 2009). Le recensement effectué par le Respadd en 2014 a permis de repérer 49 PESP.

► BASES SCIENTIFIQUES EN FAVEUR DE CE TYPE DE DISPOSITIF

Le développement des PESP s'appuie aussi sur le résultat d'études scientifiques qui en ont montré l'intérêt en termes de santé publique. Plusieurs études menées en Europe (Matheson *et al.*, 2002 ; Sheridan *et al.*, 2000 ; Bonnet, 2006) concluent ainsi que ce type de dispositif permettait d'augmenter de manière importante la quantité de matériel d'injection délivré sans pour autant augmenter la file active des officines concernées, d'améliorer les relations entre les usagers et les pharmaciens, de faciliter l'accès aux soins des usagers. Concernant les transmissions virales, l'évaluation de l'efficacité de ce type de programme avec les standards les plus hauts n'est pas aisée, comme le note l'expertise collective sur la réduction des risques menée par l'Inserm en 2010, dont un chapitre est une revue de la littérature sur les PES. Dans leur conclusion, les experts considèrent toutefois que les preuves sont suffisantes pour recommander l'implantation et l'extension des PES partout où cela est possible et pertinent, et relèvent par ailleurs l'impact positif probable de la combinaison des PES et des TSO sur l'incidence du VHC (Inserm, 2010).

► L'ÉLARGISSEMENT PROGRESSIF DE L'OFFRE

La terminologie « Programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP) » s'inscrit dans l'histoire du dispositif et correspond à l'intitulé qui figure dans la rubrique dédiée des rapports d'activité standardisé des CAARUD (dits rapports Asa-CAARUD). Elle ne rend toutefois pas totalement compte des pratiques effectives ayant cours au sein des programmes qui, depuis leur création, ont associé à la distribution des seringues et des kits +, la distribution d'autres outils ou matériels. De nombreux programmes distribuent ainsi en parallèle ou en même temps que les seringues, non seulement des flyers comportant des informations ou des messages relatifs à la réduction des risques, mais aussi d'autres matériels comme des « roule-ta-paille » pour les usagers de cocaïne en sniff. Par ailleurs, les évolutions des pratiques de consommation amènent les programmes, notamment les plus anciens, à réfléchir à une adaptation et à une individualisation plus grande des matériels distribués. La réflexion sur l'élargissement de l'offre concerne enfin la distribution de pipes à crack dans les officines des territoires concernés par ce type de consommation.

(13) Même si le chiffre cache de grosses disparités territoriales, la situation s'est nettement améliorée depuis puisqu'en 2003, 94 % d'entre eux déclaraient délivrer des seringues ou des Stéribox® (Pin, 2005).

Objectifs

► OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal d'un PESP est d'améliorer l'accessibilité au matériel stérile d'injection sur un territoire donné en s'appuyant sur un réseau d'officines dans le but de faire baisser les taux de réutilisation et de partage de ce matériel afin, plus particulièrement, de limiter et de faire baisser la transmission du virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse.

► OBJECTIFS SECONDAIRES

Un PESP peut répondre, suivant la situation du territoire où il est mis en place, à des objectifs plus spécifiques relatifs à :

→ l'accès aux soins :

- Proposer une offre de réduction des risques de proximité et favoriser le recours aux soins et l'orientation vers le dispositif spécialisé des usagers éloignés des autres dispositifs :
 - soit parce qu'ils sont géographiquement éloignés, en milieu rural par exemple ;
 - soit parce qu'ils méconnaissent les dispositifs existants ou parce qu'ils ne se reconnaissent pas dans l'image et le public des structures spécialisées associées à la « toxicomanie » (jeunes usagers, nouveaux injecteurs plus insérés – *slameurs* par exemple -) ;
- A l'inverse, permettre aux usagers des structures spécialisées qui souhaitent s'en éloigner (par exemple les plus anciens qui se sont « reconstruits » et/ou sont en « sortie de toxicomanie ») de retourner dans le « système commun » de l'offre de ville en ayant l'assurance d'avoir une équipe formée et sans craindre l'opprobre.

→ la relation de soin au sein de la pharmacie

- Améliorer les relations entre l'équipe officinale et les usagers en nouant une nouvelle relation fondée sur le don et non plus sur l'achat ;
- Faire baisser la violence et l'insécurité en créant un lien de confiance.

→ l'offre de santé et le service rendu aux patients

- Réduire les inégalités territoriales, homogénéiser l'offre de santé ;
- Favoriser et améliorer les collaborations locales en réduction des risques et en addictologie ;
- Favoriser l'accès aux traitements de substitution aux opiacés et leur délivrance sur l'ensemble du territoire ;
- Favoriser la diffusion, à l'ensemble du territoire, de messages de réduction des risques concernant les produits, leurs modes de consommation et l'utilisation du matériel ;
- Favoriser la promotion, à l'ensemble du territoire, des dépistages des pathologies virales (VHC, VHB, VIH).

→ la sécurité publique et, plus globalement,

- Eviter, en s'appuyant sur un réseau diffus de pharmacies, les concentrations d'usagers ;
- Favoriser la récupération du matériel et éviter sa dissémination dans les espaces publics.

Des objectifs supplémentaires peuvent être visés selon les problématiques locales et territoriales.

Méthode

► PRÉALABLE

Du point de vue réglementaire, un PESP repose sur les mêmes bases que les programmes d'échange « classiques » institués par le décret du 7 mars 1995 permettant aux associations de distribuer du matériel d'injection. De fait, le pharmacien participe à un programme d'échange de seringues « décentralisé » et le **programme ne peut pas être porté administrativement par l'officine elle-même**. Comme tout programme d'échange, le PESP est donc nécessairement porté par une structure de statut associatif et/ou médico-sociale, le plus souvent un CAARUD, plus rarement par un CSAPA ou un réseau ville-hôpital.

Pour participer en tant que pharmacien à un PESP, il faut donc en premier lieu se rapprocher du CAARUD ou du CSAPA le plus proche. Si celui-ci a déjà développé le dispositif, il pourra intégrer l'officine volontaire. Si tel n'est pas le cas, le pharmacien pourra participer au montage du projet.

► DÉVELOPPER UN PESP

Il n'y a pas de méthode unique pour développer un PESP. Les acteurs s'engageant dans un nouveau projet devront collectivement décider de la démarche et des différentes étapes de réalisation du projet afin que celles-ci répondent au mieux à leurs attentes, leurs pratiques et leurs disponibilités, aux spécificités sanitaires, géographiques, politiques, etc. de leur territoire. Les retours d'expériences et les réflexions des acteurs engagés dans ce type de programme (Gregory, 2001 ; Penicaud, 2010 ; Respadd, 2011) permettent toutefois de dégager les étapes essentielles à la réussite du projet à court, moyen et long termes.

1) Initier le projet

- Avant toute chose, il est nécessaire de repérer, au niveau de l'agglomération, du canton ou du département, les acteurs institutionnels, associatifs, représentants d'usagers, soignants, médecins, pharmaciens, etc. potentiellement intéressés par le projet, que l'on pourra réunir à l'occasion d'une première réunion. Outre les personnes, institutions, services ou réseaux déjà identifiés sur le **champ des addictions** auxquels on pensera assez spontanément, il peut être utile et fructueux, suivant les problématiques locales, d'élargir ce repérage aux personnes ou structures impliquées dans des **champs sanitaires connexes** (tels celui des hépatites et du VIH), dans l'**aide et l'hébergement d'urgence** (CHU, CHRS), dans les questions de **sécurité publique** et de **politique de la ville** : autant d'acteurs qui de par leurs activités sont susceptibles d'avoir à prendre en charge les mêmes personnes. Il est également possible de contacter dès cette étape, afin de les impliquer très en amont dans le projet, les personnes, sociétés ou régies impliquées dans la chaîne du médicament et des déchets sanitaires (pharmaciens grossistes, collecteurs de déchets). Enfin, **prendre attache auprès d'une équipe de recherche** en santé publique, épidémiologie ou sciences sociales de la santé ou de l'**observatoire régional de santé** permettra d'une part de nourrir la réflexion sur le projet à partir de données ou d'études, et d'autre part d'envisager dès le début les modalités et les indicateurs d'évaluation ;
- Avant, en parallèle ou après ses premiers repérages, il sera bon de **constituer** d'une part un **groupe de travail** d'ampleur raisonnable qui assurera les tâches opérationnelles et d'autre part un **comité de pilotage** plus large, qui validera l'orientation générale du projet et ses différentes étapes. Si cela est possible, il est nécessaire d'**identifier**, de **désigner** et de **rémunérer**, dès cette étape, un **coordinateur de projet** (chargé-e de mission du CAARUD ou du CSAPA, à défaut un agent de l'ARS) qui veillera à sa « mise en musique » ;
- Groupe de travail et comité de pilotage auront pour tâche première de **fixer les étapes et le calendrier du projet**.

2) Travail préparatoire et état des lieux

- Au-delà des connaissances de terrain de chacun des acteurs, il peut être utile, de **renseigner la situation locale** sur le plan sanitaire, sur les besoins exprimés par les usagers, sur l'état de l'offre locale de matériel d'injection, sur les problématiques de police urbaine, etc. Sans obligatoirement lancer des enquêtes *ad hoc* sur tous ces thèmes, réunir les études, rapports et diagnostics locaux permettra d'**affiner les objectifs secondaires du programme**. Par ailleurs ces données seront les bienvenues au moment de convaincre les partenaires et financeurs de l'utilité du programme ;
- **Prendre connaissances des autres expériences régionales ou nationales** de ce type ⁽¹⁴⁾, en lisant les quelques publications existantes sur le thème ou en invitant une personne déjà impliquée dans un PESP, permettra de profiter de ces retours de terrain pour **mieux identifier les freins et les leviers à l'implantation et anticiper les risques d'échec** ;
- La rencontre entre les équipes des structures porteuses coordinatrices et les pharmaciens ne relevant pas de l'activité habituelle des salariés de ces structures, il faut penser à **former les équipes médico-sociales à cette nouvelle tâche partenariale**, par exemple en organisant une rencontre avec une équipe déjà investie sur ce type de programme et en planifiant des visites d'officines inter-équipes.

3) Principes et fonctionnement du programme

- Le groupe de travail et le comité de pilotage doivent **s'entendre sur les grands principes du programme** : âge minimal des usagers concernés, don illimité ou échange strict des seringues, modalités d'accompagnement de l'utilisateur, etc. ;
- Ils doivent discuter précisément et **décider du fonctionnement concret du programme, notamment sur les aspects logistiques** : type de matériel distribué, modalités d'approvisionnement et de récupération du matériel, fréquence des visites à l'officine, modalités de suivi des files actives, modalités de conventionnement avec les officines, etc.

4) Constituer le réseau de pharmaciens et former les équipes officinales

- La première étape est de **repérer les pharmaciens susceptibles de s'engager dans la démarche**. Selon les objectifs que l'on se fixe, ce repérage peut se faire de manière progressive, par « boule de neige », ou plus systématiquement, en menant une petite enquête auprès de toutes les officines installées sur le territoire visé par l'action. Les pharmacies qui ont déjà une activité significative de vente de matériel d'injection, qui reçoivent des usagers réguliers ou qui sont engagées dans des réseaux VIH ou VHC seront *a priori* plus facilement d'accord pour s'engager dans ce type de programme ;
- Ce repérage pourra être conclu par l'organisation d'une **réunion d'information à destination des pharmaciens** ;
- L'engagement des officines dans un PESP est, encore aujourd'hui, un engagement volontaire et bénévole. **Il faut donc que le titulaire et son équipe soient convaincus du bien-fondé de la démarche et adhèrent au concept de réduction des risques**. S'il est utile de rappeler que la démarche vise à combattre l'épidémie d'hépatite C, la relative invisibilité sociale de cette infection et la méconnaissance de sa fréquence parmi les usagers rendent souvent l'argument insuffisant.

(14) L'*Annuaire 2015 des Programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP)* est disponible, sur demande, auprès du Respadd : contact@respadd.org

Plusieurs autres arguments peuvent être alors utilisés pour emporter l'adhésion du pharmacien :

- 1] la fréquence de réutilisation du matériel et le coût que constitue son achat pour les usagers ;
 - 2] la récupération du matériel et la lutte contre son abandon dans les espaces publics ;
 - 3] l'instauration d'un autre rapport avec les usagers qui fréquentent l'officine ;
 - 4] la valorisation des bénéfices du programme pour la collectivité, etc.
- L'engagement des officines peut-être acté par la signature par les différentes parties d'une Charte de la réduction des risques en pharmacie (encadré 12) ;
 - Dans un deuxième temps, il faut prévoir de **former les pharmaciens et leurs équipes** aux problématiques de la réduction des risques et au fonctionnement du programme lui-même, aux protocoles mis en place pour la délivrance et la récupération du matériel, à la gestion des déchets, etc.

5) Budgétisation et financements

- Le budget doit être le plus exhaustif possible et ne pas négliger les temps de travail des personnels. Il couvrira : le coût du matériel, les frais de récupération et de destruction des piquants/coupants, les frais de déplacement, le coût de la formation des équipes médico-sociales et officinales, les coûts de pilotage (temps de secrétariat et de coordination), les dépenses en communication (affiches, plaquettes), etc. ;
- **Les modalités de financements des PESP ne sont fixées par aucune réglementation et en conséquence chaque projet devra trouver la solution la plus adéquate et faire évoluer le montage si besoin. Si l'ARS est *a priori* le financeur « naturel », il ne faut négliger aucune piste complémentaire : fonds de la Mildeca en région, fonds de la politique de la ville, mairie, conseil général, association ou fondation.**

6) Communication

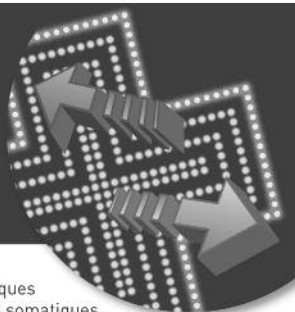
- La communication sur et autour du programme est une dimension qu'il ne faut pas négliger, notamment pour favoriser son succès auprès des usagers : on pourra réfléchir à des **stickers** pour identifier les pharmacies (encadré 13), à la forme et au contenu de **plaquettes**, à des **affiches** à apposer dans les structures spécialisées ;
- Communiquer dans la presse locale et plus globalement faire sa publicité seront des moyens utiles pour favoriser l'acceptation locale du programme.

7) Évaluation

- Dès le début du programme, il faut prévoir les modalités de son évaluation et les indicateurs pertinents. Le nombre d'usagers touchés, le nombre de pharmacies participantes, ainsi que le nombre de seringues distribuées sont des données intéressantes mais il ne faudra pas pour autant éluder les aspects plus qualitatifs relatifs au processus lui-même, aux relations entre partenaires, entre usagers et pharmaciens, etc. (Respadd, 2011).

► CHARTE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN PHARMACIE

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



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

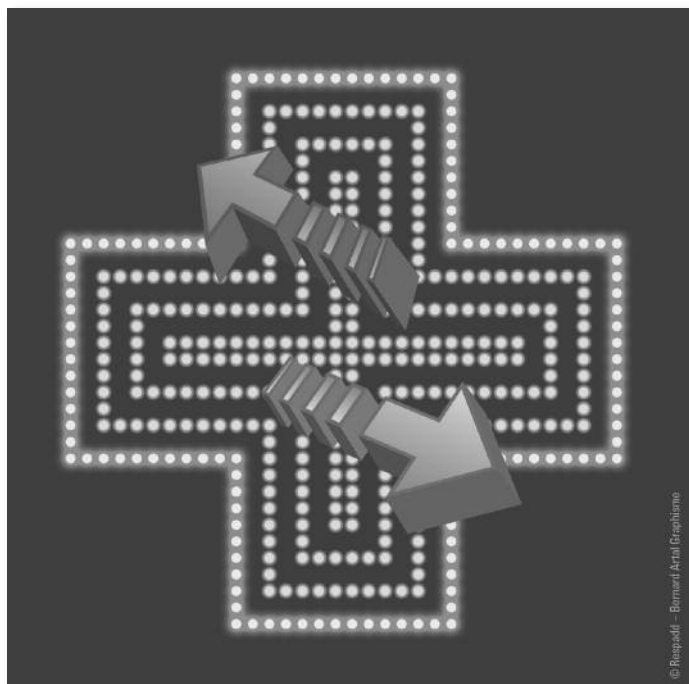
Ils s'engagent donc :

- 1 à PERMETTRE aux usagers de drogues l'accès gratuit au matériel stérile d'injection et aux matériels de réduction des risques liés aux autres modes de consommation selon les conditions fixées par le programme dans lequel ils s'inscrivent ;
 - 2 à FAIRE CONNAÎTRE l'existence du programme d'échange de seringues en pharmacie auquel ils participent auprès des usagers de drogues qui fréquentent leurs officines et leurs structures ;
 - 3 à GARANTIR la confidentialité, si nécessaire l'anonymat, des usagers de drogues qui le souhaitent ;
 - 4 à ORIENTER, RENSEIGNER et INFORMER les usagers de drogues : de manière individualisée en répondant aux demandes exprimées ou en les devant s'ils jugent que la situation le justifie et/ou de manière collective en relayant et diffusant les messages de réduction des risques, les conseils et les guides élaborés à leur destination par les associations et les institutions ;
 - 5 à PROMOUVOIR le recours régulier et fréquent des usagers de drogues au dépistage des infections virales au VHC, au VHB et au VIH et, dans le cas du VHB, à INCITER à la vaccination ;
- et aussi,*
- 6 à RESPONSABILISER les usagers de drogues en leur donnant les moyens de s'approprier les outils et les méthodes permettant de réduire les risques pour eux et pour leur entourage, en expliquant notamment les principales règles à suivre pour la récupération du matériel d'injection et en valorisant leurs compétences et les bonnes pratiques qu'ils mettent déjà en œuvre ;
 - 7 à RESPECTER les usagers de drogues en se gardant de tout jugement et de toute discrimination, en reconnaissant leur autonomie, tout en conservant leur libre arbitre pour évaluer les demandes des usagers et intervenir au mieux dans le respect de leurs éthiques professionnelles et des réglementations relatives à leurs professions respectives ;
 - 8 à COMBATTRE les préjugés qui circulent sur les personnes qui consomment des produits psychoactifs licites ou illicites en rappelant que les produits ne sont pas l'unique cause de l'addiction, et que les individus ne doivent pas être réduits à leurs consommations et à leurs pratiques ;
 - 9 à ASSURER la bonne gestion des matériels d'injection stérile, en respectant les règles de qualité, d'approvisionnement, de stockage et de récupération qui ont été fixées par le programme et les textes réglementaires, en signalant tout dysfonctionnement, en faisant évoluer si nécessaire les procédures ;
 - 10 à PARTICIPER à l'amélioration collective du programme afin que celui-ci s'adapte aux nouvelles réalités et offre une prestation de qualité en collaborant aux évaluations internes et externes, en proposant des pistes d'amélioration, en se formant et en veillant à la formation de leurs équipes.

RESPONSABLE DE L'OFFICINE

RESPONSABLE DE LA STRUCTURE MÉDICO-SOCIALE

► PROPOSITION DE STICKER POUR LES PHARMACIES PARTICIPANT À UN PESP



► USAGERS INJECTEURS & DASRI

Les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) produisent des déchets qui ne sont pas considérés, au sens strict, comme des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI). Néanmoins, parce que ces déchets présentent des risques infectieux et qu'il s'agit de matériaux coupants ou piquants comparables à ceux des DASRI, ils devraient pouvoir être traités comme tels. La législation concernant les DASRI et assimilés est inscrite dans le Code de la Santé Publique [articles R. 1335-1 à R. 1335-8].

→ Conditionnement

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

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

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

→ Entreposage

Les règles relatives à l'entreposage des DASRI (une fois emballés) sont explicitées dans l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif à l'entreposage. Cet arrêté définit un certain nombre de règles en fonction des quantités de DASRI produites sur un même site :

Durée maximale entre production et élimination des déchets :

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

Entreposage :

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


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

→ Transport et élimination

Le transport des DASRI est soumis aux dispositions de l'arrêté du 29 mai 2009 relatif au transport des matières dangereuses (dit « arrêté TMD »). L'élimination est encadrée par l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières. L'enlèvement des DASRI est réalisé par un prestataire de service spécialisé. Une convention doit être établie entre le prestataire et le point de collecte. Le prestataire doit être en règle avec l'arrêté TMD, avoir contractualisé avec une société de traitement conforme à la réglementation et effectuer une traçabilité des DASRI à l'aide de bordereaux de suivi.

→ Textes législatifs et réglementaires

- Code de la Santé Publique, DASRI :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=37C7188064884AD25C122AFF71FAF6C4.tpdjo12v_3?idSectionTA=LEGISCTA0000022963923&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140312
- Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des DASRI :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000416613>
- Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000213467>
- Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000762043>
- Arrêté du 29 mai 2009 relatif aux transports de marchandises dangereuses (« TMD ») :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020796240&fastPos=1&fastReqId=1014390938&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>



ARTICULER SA PRATIQUE avec le dispositif de prise en charge des addictions

Introduction

Le métier de pharmacien implique de travailler avec de nombreux professionnels (ville, hôpital, institutions, associations, etc.) et sur des thématiques de santé globale⁽¹⁵⁾. Ceci est d'autant plus vrai sur la thématique des addictions (Fédération Addiction, 2013). Pour améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients, le pharmacien est amené à collaborer avec les secteurs sanitaire et médico-social. La **notion d'interface** a ainsi un sens très large et correspond aux interactions entre le pharmacien d'officine et les autres professionnels du parcours de soin. Elle peut prendre la forme de collaborations ou d'échanges formalisés (protocoles de soins, réunions de concertation pluridisciplinaire, intervisions, etc.), d'expérimentations (réseau de santé, actions territoriales ou régionales, etc.) ou de collaborations informelles (souvent au sein d'un groupe de professionnels qui se connaissent, formés ensemble et sur un territoire donné).

► PHARMACIEN D'OFFICINE ET INTERFACE DANS LES TEXTES DE LOIS, LES RÉGLEMENTATIONS ET LES RECOMMANDATIONS DE PORTÉE GÉNÉRALE

Actuellement, la place et les compétences du pharmacien d'officine en lien avec les secteurs médico-social et sanitaire sont peu connues ou reconnues. Le pharmacien est peu présent dans les textes et les protocoles officiels dans lesquels il apparaît généralement sous l'intitulé « *autres professionnels de santé* » sans que soient précisées ou mises en avant les spécificités de sa formation, de son métier et ses compétences. Il apparaît ainsi important de faire le point sur la place du pharmacien d'officine au sein de cette interface et de valoriser ses compétences auprès des autres professions.

(15) L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

L'Académie de pharmacie, dans son rapport de 2013 sur les bonnes pratiques de dispensation du médicament par le pharmacien d'officine, insiste sur la qualité des pratiques et des relations inter-professionnelles :

- 1) avec les praticiens hospitaliers dans le cadre de la délivrance des traitements de pointe ou innovants qui devrait amener le pharmacien d'officine à participer à des réunions de concertations et à des réseaux de soins, à contribuer à l'élaboration de protocoles personnalisés ;
- 2) avec tous les autres professionnels de santé aux devants desquels il lui est conseillé d'aller se présenter dès son installation, avec qui il devrait participer à des réunions d'échanges pluridisciplinaires et vers qui il doit orienter les patients en cas de nécessité (Académie nationale de pharmacie, 2013).

Sur les relations avec l'hôpital, le rapport Rioli ainsi que le *Référentiel de pharmacie d'officine* insistent sur l'importance de ces relations aux moments les plus critiques que sont l'entrée et la sortie de l'hôpital. Pour l'entrée, il est conseillé de sensibiliser les patients à l'importance d'avertir le pharmacien d'une hospitalisation programmée et de transmettre l'historique de traitement au pharmacien hospitalier. Pour la sortie, il est conseillé de vérifier la bonne compréhension du traitement prescrit à l'hôpital par le patient et la compatibilité de celui-ci avec les autres traitements (Rioli, 2009 ; Société française de pharmacie clinique, 2013).

La loi HPST de 2009, a créé le « pharmacien correspondant ». Comme l'indique le décret du 5 avril 2011 relatif aux missions du pharmacien d'officine correspondant, ce pharmacien est désigné par le patient en accord avec son médecin traitant dans le cadre d'un protocole de soin. C'est dans ce cadre qu'il peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets. Le pharmacien correspondant devient ainsi un acteur-clé dans la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques (Société française de pharmacie clinique, 2013). Ces dispositions témoignent d'une reconnaissance des compétences du pharmacien par le législateur. Malgré son intérêt, notamment dans le cadre du suivi des problématiques addictives, le dispositif est toutefois lourd à mettre en place puisque chaque protocole doit obtenir l'accord de l'ARS. De fait, il semble que le dispositif soit encore peu développé (Inspection générale des affaires sociales, 2011).

La même loi HPST a par ailleurs donné aux professionnels la possibilité de créer des **Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)** ⁽¹⁶⁾. Les SISA peuvent regrouper des professionnels de santé et notamment des pharmaciens dans le but de répondre spécifiquement à un exercice pluridisciplinaire et de proposer des facturations d'actes à la sécurité sociale. Les professionnels souhaitant s'y impliquer doivent soumettre un protocole de coopération à leur ARS. Ce nouveau mode d'exercice pluridisciplinaire permet au pharmacien d'être intégré dans des protocoles locaux élaborés dans le cadre des maisons de santé ou des centres ou pôles de santé. Les SISA permettent de formaliser l'existence de la coopération au niveau d'un territoire, et de répondre aux questions économiques liées à ces nouvelles activités partagées. L'addiction, dans sa chronicité et son approche pluridisciplinaire est légitime à apparaître dans ses projets de soins.

Les relations interprofessionnelles sont enfin au cœur de la démarche des **réseaux de santé**, tels que définis par la circulaire DHOS/03/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 et dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge globale des patients en favorisant le décroisement entre les différents secteurs (ville, médico-social, sanitaire) et les différents professionnels. Les pharmaciens y ont toute leur place.

(16) Une Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) est une société civile créée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

► PHARMACIEN D'OFFICINE ET INTERFACE DANS LES TEXTES DE LOIS, LES RÉGLEMENTATIONS ET LES RECOMMANDATIONS RELEVANT DU CHAMP ADDICTOLOGIQUE

L'organisation actuelle de la prise en charge des addictions et l'articulation entre les différents dispositifs est fixée par la circulaire DGS/6B/DHOS/02 n° 2007-203 du 16 mai 2007 qui vise à « préciser les rôles et articulations de chaque volet du dispositif de prise en charge et de soins aux personnes ayant une conduite addictive ». La circulaire définit les trois « volets » de la prise en charge : le volet médico-social – CSAPA et CAARUD ; le volet sanitaire – les hôpitaux essentiellement ; la ville – médecins, mais aussi pharmaciens et dentistes. En ce qui concerne les pharmaciens d'officine la circulaire n'est pas très détaillée mais mentionne leur rôle dans la réduction des risques via la distribution de matériel d'injection stérile et dans la prise en charge du tabagisme via la vente des substituts nicotiniques. Viser une bonne interface consiste dans une bonne articulation entre les trois volets et c'est pourquoi, à cette structuration en trois niveaux, s'ajoutent les réseaux de santé qui ont une vocation transversale. Même si la circulaire ne précise pas exactement comment le pharmacien doit articuler sa pratique au sein du dispositif, il est clair que celle-ci doit être pensée en relation avec chacun des secteurs sanitaire, médico-social et de la ville.

Au-delà du cadre général posé par la circulaire de 2007, les collaborations et partenariats professionnels sont précisés pour des prises en charge spécifiques. Il en est ainsi dans le cadre des **traitements de substitution aux opiacés**, notamment la buprénorphine haut dosage, et pour lesquels la relation médecin-pharmacien est le binôme de base du protocole de prise en charge. La nécessité de contact entre ces deux professionnels est inscrite dans le protocole et les recommandations (Fédération française d'addictologie, 2004 ; Afssaps, 2011 ; cf. chapitre 3). Au niveau du tabac, les recommandations de l'HAS sur la prise en charge du tabac (HAS, 2013), place le pharmacien comme acteur au sein d'un protocole de coopération entre professionnels de santé dans l'évaluation, l'orientation et le suivi.

Enfin, la circulaire DGS/MC2 n°2009-311 du 5 octobre 2009 relative à la gestion du circuit du médicament dans les CSAPA stipule que si celui-ci ne s'approvisionne pas auprès d'une pharmacie à usage intérieur, il doit embaucher un pharmacien inscrit au tableau des sections D, E ou H de l'ordre national des pharmaciens. Le pharmacien peut ainsi être intégré au fonctionnement et à l'équipe d'un ou plusieurs CSAPA (encadré 16). Dans la mesure où ces postes sont très rarement à plein temps, ils constituent une opportunité tout à fait intéressante pour les pharmaciens-adjoints. Cette « double casquette » étant à même de favoriser et d'améliorer les liens entre les secteurs de la ville et du médico-social.

► LA MILDECA ET LES PHARMACIENS

Dans son plan gouvernemental 2008-2011, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt, désormais Mildeca) avait souhaité améliorer les compétences des professionnels dans le domaine de la prévention individuelle ciblée et de la prise en charge. En effet, en plus des professionnels spécialisés des secteurs libéraux et publics et des médecins généralistes, un grand nombre d'autres acteurs de santé publique parmi lesquels les dentistes, les infirmiers et les pharmaciens qui bénéficient de très peu de formations dédiées, sont à même d'être mobilisés sur le repérage précoce de consommations à risque, le conseil et l'éventuelle orientation des patients.

A ce titre, une formation des référents addiction nommés au sein des Conseils régionaux de l'Ordre des pharmaciens (Crop) avait été organisée les 12 et 13 janvier 2010. Cette formation avait été confiée au Respadd.

A l'issue de cette formation, les référents des Cnop avaient pour charge d'organiser la diffusion des informations sur place auprès de toutes les pharmacies de leur région. Afin d'aider à cette diffusion, la Mildt avait rendu accessibles certains éléments de cette formation.

En 2014, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (Cnop) a signé une convention de collaboration avec la Mildeca. Une coopération inédite qui s'inscrit en marge du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. L'objectif : définir les conditions générales de collaboration dans les domaines touchant à la réduction des dommages, les formations, les actions de santé publique, les bonnes pratiques, la prise en charge des patients. La convention signée entre le Cnop et la Mildeca est axée autour de mesures visant, entre autres, à améliorer la qualité de la prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO). Sur ces questions de santé publique, la Mildeca souhaite travailler en concertation avec les pharmaciens qu'ils soient officinaux, industriels, biologistes et hospitaliers, tous concernés plus ou moins directement dans leur pratique professionnelle.

La collaboration avec la Mildeca permet de mieux informer les pharmaciens qui se sentent parfois isolés face à des situations difficiles à gérer, d'agir face aux conduites addictives, d'améliorer la prise en charge de patients sous traitement de substitution et de connaître les médicaments détournés de leur usage.

► ÉTAT DES LIEUX DE LA COLLABORATION DU PHARMACIEN AU SEIN DU DISPOSITIF ADDICTOLOGIQUE

Il est difficile de faire un état des lieux précis des coopérations entre le pharmacien et les secteurs sanitaire et médico-social et de la ville car il n'existe pas de données nationales centralisées et récentes. En 2003, seuls 5,8 % des pharmaciens déclaraient participer à un réseau (Pin, 2005). Malgré les lacunes dans les données, il paraît néanmoins possible d'affirmer que des pharmaciens s'impliquent en France dans des coopérations mais elles sont souvent non homogènes sur les territoires et dépendent beaucoup de la motivation des pharmaciens. Par ailleurs, même si le pharmacien a toujours travaillé de manière informelle avec les professionnels de son territoire, le contenu des échanges interprofessionnels, notamment en ville, se limite souvent aux médicaments et à l'ordonnance. Le pharmacien est très rarement impliqué dans les projets et les objectifs thérapeutiques du patient. Les coopérations interprofessionnelles formalisées sont récentes (SISA, pharmacien correspondant, réseaux de santé) et demeurent encore rares (Inspection générale des affaires sociales, 2011), et il n'existe pas de données sur la participation des pharmaciens d'officine aux réseaux de santé addictologie qui existent sur le territoire national.

► LES COMPÉTENCES ET LES ATOUTS DU PHARMACIEN ET DE L'OFFICINE DANS LE CADRE DE L'INTERFACE OFFICINE, MÉDICO-SOCIAL, SANITAIRE

Le pharmacien et son officine disposent d'atouts importants pour prendre part à l'interface entre les différents secteurs dans le cadre de la prise en charge des addictions.

→ Proximité, confiance, fidélité, lien social

Le premier atout de l'officine c'est son **accessibilité géographique**. Avec près de 22 000 pharmacies d'officine en France et une moyenne d'une pharmacie pour 2850 habitants (Ordre national des pharmaciens, 2014b), le maillage du territoire national (urbain, péri-urbain et rural) est complet et plutôt homogène.

Il permet d'assurer un service de garde et d'urgence 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 et ainsi d'assurer la permanence des soins. Le maillage officinal en milieu rural permet un accès aux soins et un maintien des personnes à domicile.

Second atout de l'officine, la **fidélité de sa clientèle/patientèle**. Le pharmacien a majoritairement une clientèle régulière, ce qui lui permet de bien connaître son cadre de vie et également ses habitudes. Il est ainsi un partenaire privilégié pour les autres professionnels de santé notamment avec le médecin pour le suivi du traitement. C'est aussi un professionnel qui bénéficie de la **confiance du public**. Parmi l'ensemble des professionnels de santé, les pharmaciens disposent d'un capital de confiance élevé, puisque 92 % des Français déclarent leur accorder leur confiance, 94 % des sondés les estiment disponibles et à l'écoute, et 89 % apprécient leurs conseils (Viavoice, 2013).

Il est par ailleurs dans les missions du pharmacien de **contribuer aux soins de premier recours** (information, éducation, conseils, prévention, orientation, suivi, dépistage) tels qu'ils sont définis par la loi à l'article L. 1411-11 du code de la santé publique.

La pharmacie est donc un espace incontournable du système de santé mais également un lieu de **lien social**. Tout d'abord, le pharmacien connaît bien la plupart de ses patients et possède des informations personnelles, familiales ou professionnelles susceptibles, si le patient donne son accord, d'être partagées avec d'autres professionnels. Ensuite, en lien avec les personnes dépendantes ou marginalisées, le pharmacien d'officine constitue souvent un premier recours et peut orienter vers les autres professionnels de santé ou les diverses structures d'accueil dédiées aux personnes dépendantes ou marginalisées.

→ Neutralité et confidentialité

Pour accomplir ces diverses missions, le pharmacien met en œuvre, outre des conditions d'exercice très réglementées et notamment le respect du secret professionnel, des conditions d'aménagement de ses locaux permettant discrétion et confidentialité (article R. 5125-9 du CSP) que requièrent le dialogue et le recueil d'informations personnelles liées à la pathologie et nécessaires à la prise en charge et à la réussite du traitement.

→ Professionnel du médicament

Le pharmacien, de par sa formation, est le spécialiste du médicament et il est en mesure d'utiliser ses compétences pharmaceutiques pour, entre autres :

- analyser les ordonnances médicales ;
- éventuellement, préparer les doses à administrer ;
- proposer les médicaments génériques ;
- dialoguer avec le prescripteur pour un changement de médicament possible ;
- délivrer les informations et les conseils nécessaires au bon usage des médicaments ;
- délivrer les informations et les conseils nécessaires vis-à-vis de la pathologie ;
- identifier et prévenir les interactions médicamenteuses ;
- aider à l'interprétation des dosages plasmatiques des médicaments et des analyses biologiques ;
- écouter, évaluer et orienter si besoin ;
- prévenir la surconsommation des médicaments par une surveillance attentive du dossier patient notamment en ce qui concerne la multiplicité des ordonnances.

Objectifs

► OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal d'une plus grande articulation de l'action du pharmacien d'officine avec le reste du dispositif d'addictologie est **d'améliorer et optimiser le repérage et la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive.**

► OBJECTIFS SECONDAIRES

Améliorer l'interface entre le pharmacien et les autres acteurs du dispositif peut par ailleurs permettre d'atteindre un certain nombre d'objectifs secondaires :

- **mieux faire connaître le pharmacien et ses compétences spécifiques auprès des secteurs médicosocial et sanitaire** comme un interlocuteur à part entière de la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives ;
- **améliorer l'identification du pharmacien par les usagers** comme un interlocuteur possible et compétent sur les questions d'addictions ;
- **augmenter la participation des pharmaciens aux différents dispositifs et réseaux spécialisés.**

Méthode

Au-delà des liens non formalisés tissés au quotidien avec les autres acteurs du soin, le pharmacien d'officine peut initier (ou s'impliquer dans) des actions d'ampleurs différentes, conduites avec des partenaires institutionnels et financiers tels que les ARS, les ordres professionnels, les syndicats professionnels, les URPS, les structures spécialisées en addictologie, les réseaux de santé, les organismes de formation, les associations du champ de l'addictologie, etc.

► PARTICIPER OU ORGANISER DES RENCONTRES PLURIDISCIPLINAIRES SUR LA THÉMATIQUE DES ADDICTIONS

Il s'agit de mettre en place des rencontres pluridisciplinaires qui permettraient de mieux connaître les compétences et les problématiques de chaque professionnel du parcours. Ces rencontres peuvent prendre la forme de formation, de réunion de concertation pluridisciplinaire, d'intervision, etc.

► S'IMPLIQUER DANS LES RÉSEAUX EN ADDICTOLOGIE

Être membre d'un réseau en addictologie permet de bénéficier d'un soutien dans sa pratique et dans la prise en charge des patients (encadré 15).

► S'IMPLIQUER DANS LES PROJETS DES MAISONS DE SANTÉ ET PÔLES DE SANTÉ

Les compétences du pharmacien sont tout à fait utiles dans les projets de soins des maisons de santé et des pôles de santé.

► PARTAGER SON TEMPS DE TRAVAIL ENTRE OFFICINE ET CSAPA (PHARMACIEN ADJOINT)

La circulaire DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB n° 2013-339 du 6 septembre 2013 a valorisé la sécurisation du circuit du médicament en CSAPA, notamment par la mise en place de vacations de 0,2 ETP (Equivalent Temps Plein) de pharmacien. Les postes de pharmacien en CSAPA sont ouverts aux sections D, E ou H (encadré 16). Être salarié d'un CSAPA et d'une officine est une situation idéale pour favoriser les liens entre la ville et le médico-social. Le pharmacien d'officine a toutes les compétences pour cette fonction et apporte sa connaissance du terrain. Il peut ainsi être un interlocuteur privilégié pour ses confrères de son territoire. Outre la délivrance des médicaments, le pharmacien apportera ses connaissances sur la sécurisation du circuit du médicament (encadré 17) ou en pharmacie clinique : iatrogénie, interactions médicamenteuses, adaptations posologiques, etc. D'autre part, il pourra être intégré dans des projets de recherches ou des enquêtes.

► PROTOCOLISER SES COLLABORATIONS AVEC LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Proposer des protocoles de prise en charge médecin-pharmacien. Ce protocole peut prendre la forme d'une feuille contenant les points nécessaires à aborder avec le patient. Ces points seront répartis entre le médecin et le pharmacien.

► ETRE PHARMACIEN D'OFFICINE ET S'IMPLIQUER DANS UN RÉSEAU : L'EXEMPLE D'ADDICTLIM



AddictLim est le réseau régional ville-hôpital en addictologie du Limousin.

Il est composé de toutes les professions impliquées dans la prise en charge des addictions. Le réseau travaille en partenariat avec les acteurs locaux impliqués dans le repérage et la prise en charge des addictions (structures spécialisées en addictologie, associations de professionnels, associations d'usagers, institution professionnelle et administration régionale). Le pharmacien d'officine a été, avec le médecin généraliste, le socle de base de la création du réseau en 1996. Le réseau est un outil, reflet du désir de collaboration de professionnels. En 2004, Le réseau a souhaité créer un poste de coordonnateur basé sur la collaboration d'un médecin généraliste et d'un pharmacien d'officine.

AddictLim propose aux pharmaciens d'officine :

- un interlocuteur spécifique par le biais de son pharmacien coordonnateur ;
- un support d'expérimentation : récupération de seringue, Stérifilt[®], RPIB alcool, ... ;
- des documents sur mesure correspondant à des problématiques remontées du terrain : flyers codéine, affiche de prévention, en partenariat avec les acteurs locaux (hôpital, ARS, CPAM, CAARUD, CSAPA, etc.) ;
- un lien interprofessionnel : AddictLim favorise les interactions et le lien entre professionnels et notamment le lien médecin/pharmacien (parcours de santé, médiation, etc.) ;
- un lieu de formation pluridisciplinaire avec les professionnels de son territoire : ces rencontres en petit groupe et sur un territoire limité (quartier, ville, etc.) permettent à des professionnels d'échanger et de mieux connaître les difficultés et les compétences des autres professions.

VOIR LE SITE :

→ www.addictlim.fr

► ETRE PHARMACIEN EN CSAPA : L'EXEMPLE D'ADDICTOCENTRE



AddictoCentre, groupement régional de coopération sociale et médico-sociale (GRCSMS), regroupe quatre associations œuvrant en région Centre en particulier dans le champ de l'addictologie : l'ACEP CAET à Bourges, l'APLEAT à Orléans, le CICAT à Chartres et VRS à Blois⁽¹⁷⁾.

AddictoCentre a notamment vocation à favoriser la mutualisation des compétences, et c'est dans ce contexte qu'un pharmacien a été recruté pour les quatre CSAPA du groupement. L'activité du pharmacien est répartie sur les 4 établissements, soit un jour de présence hebdomadaire dans chacun des CSAPA.

Le recrutement s'est inscrit dans le cadre des mesures nouvelles⁽¹⁸⁾ émises en 2013 concernant les structures d'addictologie destinées à la sécurisation du circuit du médicament dans les CSAPA. Les CSAPA ne s'approvisionnant pas auprès d'une pharmacie à usage intérieur doivent en effet intégrer un pharmacien au sein de leur équipe⁽¹⁹⁾. Le pharmacien y apporte ses compétences pour la conformité du circuit du médicament et l'amélioration continue des pratiques concernant les traitements de substitution (TSO). Il assure la détention, le contrôle, la gestion et la dispensation des médicaments. Au sein d'AddictoCentre, le pharmacien s'est d'abord consacré à un état des lieux des pratiques concernant le circuit du médicament dans les différentes structures. Sur cette base, en concertation avec l'équipe, certaines pratiques ont été réorganisées afin d'optimiser le circuit. Il est ensuite prévu de mener une réflexion collective sur les pratiques par le biais de rencontres de travail communes aux équipes médicales d'AddictoCentre. S'en suivront des actions à mettre en place dans chaque CSAPA, accompagnées *in situ* par le pharmacien. De plus, à terme, ces rencontres annuelles pourront être l'occasion d'échanger sur différents thèmes, réflexions ou innovations en lien avec le circuit du médicament.

Outre la sécurisation du médicament, des activités en lien avec les missions et les orientations du CSAPA peuvent être du ressort du pharmacien. Il peut notamment participer aux missions de réduction de risques relevant des établissements auxquels il est rattaché. Au travers de l'action mutualisée du GRCSMS, les équipes d'AddictoCentre se sont initiées à l'utilisation de l'outil d'analyse de drogues par chromatographie sur couche mince (CCM) dans le cadre d'actions de réduction des risques en milieu festif (Printemps de Bourges). La composition des drogues étant une préoccupation récurrente des usagers, et constituant un des déterminants de la réduction des risques

(17) ACEP-CAET : Association des clubs et équipes de prévention – Centre d'accueil et d'écoute des toxicomanes ; APLEAT : Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies ; CICAT : Centre d'information et de consultation en alcoologie et toxicomanie ; VRS : Vers un réseau de soin.

(18) Circulaire interministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB n° 2013-339 du 6 septembre 2013 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2013

(19) Circulaire n° DGS/MC2 n° 2009-311 du 5 octobre 2009 relative aux médicaments dans les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

liés à l'usage de substances psychoactives, l'objectif du GRCSMS est de généraliser l'accessibilité de la CCM tout au long de l'année pour chacun de ses membres. Ce projet est réalisable grâce au transfert de compétences et à la formation du pharmacien en partenariat avec la mission XBT de Médecins du Monde. AddictoCentre va ainsi intégrer la CCM dans la palette des outils de réduction des risques, et proposer l'analyse des drogues aux personnes accueillies tout au long de l'année. Cet outil participe entre autre à la formation continue des professionnels, et le pharmacien, de par ses compétences pharmacologiques, peut être le relais d'informations sur les substances psychoactives, médicamenteuses ou non.

Par le biais des données recueillies auprès des équipes des CSAPA et/ou des CAARUD, le pharmacien participe également au dispositif de veille sanitaire et de pharmacovigilance. Il peut prendre part au recueil d'informations épidémiologiques, via les outils de recueil de données informatiques utilisés en CSAPA. Dans un autre domaine, les missions contribuant et favorisant le développement de la qualité peuvent également être mises en œuvre par le pharmacien.

Les collaborations et partenariats professionnels, notamment dans le cadre des traitements de substitution aux opiacés, améliorent la prise en charge globale des usagers de drogue. Le pharmacien peut participer au décloisonnement entre les différents secteurs et encourager la coopération entre professionnels dans l'évaluation, l'orientation et le suivi des personnes accueillies. L'articulation peut également s'illustrer dans le cadre d'accompagnement à la mise en place de programme d'échange de seringues, de repérage précoce et intervention brève (RPIB) en officine, ou de formation auprès de confrères.

L'intégration d'un pharmacien au sein des CSAPA, de par ses compétences liées au médicament ou en déoulant, participe à l'amélioration continue des pratiques au sein des CSAPA. L'intégration au sein des équipes est indispensable à la compréhension des pratiques internes et des enjeux institutionnels. La mutualisation du poste apporte une vision transversale, permet un échange de pratiques régulier, et le développement d'actions en régions.

► OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES AU CIRCUIT DU MÉDICAMENT DANS LES CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

Dans la mesure où les missions des CSAPA prévoient une prise en charge globale, ils peuvent désormais délivrer tous les médicaments concourant à cette prise en charge à savoir : les traitements de substitution aux opiacés, les substituts nicotiques, les psychotropes, etc.

Par ailleurs, l'équipe médicale du CSAPA, sous la responsabilité du médecin de la structure, peut gérer, pour le compte du patient, de façon exceptionnelle et à des fins de meilleure observance des traitements somatiques et psychiatriques, des médicaments qui lui ont été délivrés hors du centre (circulaire DGS/MC2 n° 2009-311 du 5 octobre 2009).

Lorsque le CSAPA ne s'approvisionne pas auprès d'une pharmacie à usage intérieur, la détention, le contrôle, la gestion et la dispensation de ces médicaments sont alors assurés par un pharmacien inscrit au tableau de la section D, H ou E de l'Ordre National des Pharmaciens ou, à défaut, par un médecin intervenant dans le centre, nommément désigné et autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé (article D. 3411-9 du CSP).

Les dispositions réglementaires en vigueur relatives à l'approvisionnement, la détention, le contrôle, la gestion et la dispensation des médicaments en CSAPA sont les suivantes :

→ Approvisionnement, livraison et détention

www.meddispar.fr

L'approvisionnement en médicament est effectué auprès de fabricants, distributeurs, dépositaires ou grossistes répartiteurs, sur commande écrite du pharmacien ou du médecin responsable (article R. 5124-45 alinéa 6 du CSP).

En ce qui concerne la livraison des médicaments au CSAPA, elle se fera aux heures d'ouverture du CSAPA et les médicaments seront remis en mains propres à une personne habilitée à les recevoir. Lorsque des livraisons sont envisagées en dehors des heures d'ouverture, le CSAPA est équipé d'un dispositif permettant l'isolement des médicaments et autres produits livrés tel qu'un sas de livraison.

→ Conditions de stockage

Concernant les conditions de stockage, l'article D. 3411-10 précise que « les médicaments sont détenus dans un lieu auquel n'ont pas librement accès les personnes étrangères à l'organisme et conservés dans des conditions prévues par l'autorisation de mise sur le marché, sous la responsabilité du pharmacien ou du médecin autorisé par le préfet ». Les médicaments doivent donc être stockés dans un lieu fermé à clef et accessible uniquement au personnel autorisé.

Par ailleurs, les dispositions réglementaires propres aux stupéfiants s'appliquent (notamment, en raison de l'emploi de méthadone). Ainsi, l'article R. 5132-80 du CSP précise que « Les substances classées comme stupéfiants ne doivent pas être directement accessibles au public. Elles sont détenues dans des armoires ou locaux ne contenant rien d'autre, fermés à clef et munis d'un système d'alerte ou de sécurité renforcé contre toute tentative d'effraction ».

Enfin, les médicaments gardés pour le compte des patients devront être stockés dans les mêmes conditions de sécurité mais de manière individualisée (circulaire DGS/MC2 n° 2009-311 du 5 octobre 2009).

→ Dispensation et gestion

Le pharmacien et le médecin sont habilités à dispenser les médicaments. Les infirmiers peuvent aider à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable, vérifier leur prise, surveiller leurs effets et participer à l'éducation du patient (article R. 4311-5 alinéa 4 du CSP).

■ Transcriptions et enregistrements

L'article R. 5132-9 précise que les personnes habilitées à exécuter les ordonnances comportant les médicaments (substances vénéneuses et stupéfiants) les transcrivent aussitôt à la suite, à l'encre sans blanc ni surcharge, sur un registre ou les enregistrent immédiatement par tout système approprié ne permettant aucune modification des données qu'il contient après validation de leur enregistrement. Les transcriptions ou enregistrements comportent pour chaque médicament délivré un numéro d'ordre différent et mentionnent notamment (article R. 5132-10 du CSP) :

- le nom et l'adresse du prescripteur ou de l'auteur de la commande ;
- le nom et l'adresse du malade sous réserve des dispositions de l'article L. 3414-1 du CSP (l'article L. 3414-1 du CSP précise que les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou un établissement de santé [...] peuvent s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission ; cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants) ;
- la date de délivrance ;
- la dénomination du médicament ;
- les quantités délivrées.

Ces registres ou enregistrements informatisés sont conservés pendant une durée de 10 ans et sont tenus à la disposition des autorités de contrôle pendant la durée prescrite. Ces enregistrements doivent pouvoir être édités sur papier et être classés par patient, par médicament et par ordre chronologique. Ils sont mis à disposition des autorités de contrôle à leur demande (article R. 5132-10 du CSP).

■ **Un état annuel** des entrées et sorties des médicaments est adressé au pharmacien inspecteur régional de santé publique (article D. 3411-10 du CSP).

■ Concernant le **régime particulier des stupéfiants** :

- Ordonnances sécurisées : l'article R. 5132-5 du CSP précise que la prescription de médicaments classés comme stupéfiants est rédigée sur une ordonnance répondant à des spécifications techniques fixées, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- L'auteur d'une ordonnance comportant une prescription de médicament classé comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants indique en toutes lettres le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises et le dosage s'il s'agit de spécialités ;
- De plus, une copie de toute ordonnance comportant la prescription d'un ou plusieurs médicaments classés comme stupéfiants est conservée pendant 3 ans par le pharmacien ou le médecin autorisé. Pour les spécialités pharmaceutiques, les quantités délivrées sont formulées en unités de prise. Ces copies sont présentées à toute réquisition aux autorités de contrôle (article R. 3132-35).

■ **Registre comptable des entrées et des sorties** (article R. 5132-36 du CSP) :

Toute entrée et toute sortie de substances et médicaments classés comme stupéfiants sont inscrites sur un registre ou enregistrées par un système informatique spécifique répondant aux conditions suivantes :

- aucune modification des données ne doit être possible après validation de leur enregistrement ;
- une édition immédiate des mentions prévues doit pouvoir être effectuée à la demande de toute autorité de contrôle ;
- chaque page éditée doit comporter le nom et l'adresse de l'établissement.

L'inscription ou enregistrement des entrées et des sorties se fait à chaque opération en précisant la date à laquelle il est établi.

L'inscription ou enregistrement des entrées comporte la désignation et la quantité de stupéfiants reçus et pour les spécialités pharmaceutiques, leur désignation et les quantités reçues en unités de prise.

L'inscription des sorties comporte pour les spécialités pharmaceutiques, leur désignation et les quantités délivrées en unités de prise.

Une balance mensuelle des entrées et sorties est portée au registre ou éditée. Ces inscriptions sont faites à l'encre, sans blanc, ni surcharge.

Chaque année, il est procédé à l'inventaire du stock par décomptes. Les différences constatées entre la balance et l'inventaire sont soumises au contrôle du pharmacien inspecteur de santé publique. Les mentions des écarts constatés sont, le cas échéant, inscrites sur celui-ci. Cet inventaire est porté sur le registre à l'encre, sans blanc ni rature ou surcharge, ou par voie d'enregistrement électronique. Les données doivent figurer sur un support garantissant leur pérennité et leur intégrité. Leur duplication est obligatoire sur deux supports distincts, le premier servant à la consultation habituelle, le second étant gardé en réserve. Les données archivées doivent pouvoir être accessibles, consultées et exploitées pendant la durée de leur conservation.

Le registre, les enregistrements informatiques et les éditions de ces enregistrements par période maximale d'un mois sont conservés dix ans à compter de leur dernière mention, pour être présentés à toute réquisition des autorités de contrôle.

Par ailleurs, les articles R. 5132-80 et R. 5132-95 mentionnent que tout vol ou détournement de psychotropes et/ou de stupéfiants est signalé sans délai aux autorités de police, à l'Inspection régionale de la pharmacie et à l'Ansm. Pour les stupéfiants, les quantités volées ou détournées sont portées sur le registre des entrées et des sorties.

Enfin, l'article R. 5132-114, qui précise que le médecin ou pharmacien ayant constaté un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante ou médicament doit en faire la déclaration immédiate au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel le cas a été constaté.

De même tout autre professionnel de santé ou toute autre personne dans le cadre de son exercice professionnel ayant eu connaissance d'un tel cas peut également en informer le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel le cas a été constaté.

► LE QUESTIONNAIRE CAST « PHARMACIEN » DU RESPADD

Votre pharmacien vous aide à évaluer votre consommation de cannabis

→ CAST (Cannabis Abuse Screening Test)






→ POUR ÉVALUER VOTRE CONSOMMATION DE CANNABIS, vous pouvez répondre au questionnaire ci-dessous.

→ **IMPORTANT** L'association du cannabis avec d'autres drogues augmente la possibilité que votre consommation ait des conséquences graves pour vous ou pour votre entourage.

- 1 Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? oui non
- 2 Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ? oui non
- 3 Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ? oui non
- 4 Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? oui non
- 5 Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ? oui non
- 6 Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ? oui non

→ **DEUX RÉPONSES POSITIVES AU TEST** doivent vous amener à vous interroger sérieusement sur les conséquences de votre consommation.
TROIS RÉPONSES POSITIVES OU PLUS devraient vous amener à vous faire aider.

POUR EN SAVOIR PLUS
www.drogues-info-service.fr
Adresses de structures spécialisées près de chez vous
Écoute cannabis 0 980 980 940

Document disponible gratuitement auprès du Respadd et du Cespharm
www.respadd.org – www.cespharm.fr

© Respadd 2014
Bernard Anjal Graphisme

► LE QUESTIONNAIRE ADOSPA « PHARMACIEN » DU RESPADD

Votre pharmacien vous aide à repérer précocement un usage nocif de substances psychoactives

→ Questionnaire ADOSPA

DESTINÉ À L'ADOLESCENT ET AU JEUNE ADULTE

→ POUR ÉVALUER VOTRE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, vous pouvez répondre au questionnaire ci-dessous.

- 1 Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (Auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
- 2 Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous Détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
- 3 Avez-vous Oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
- 4 Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes Seul(e) ?
- 5 Avez-vous déjà eu des Problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
- 6 Vos Amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

→ DEUX RÉPONSES AFFIRMATIVES OU PLUS indiquent un usage nocif de substances psychoactives, c'est-à-dire un mode de consommation qui entraîne des méfaits sur le plan physique, psychologique ou social.

POUR EN SAVOIR PLUS
www.drogues-info-service.fr
 Adresses de structures spécialisées près de chez vous
 Drogues info service 0 800 23 13 13



Document disponible gratuitement auprès du Respadd et du Cespharm
www.respadd.org – www.cespharm.fr

Liens utiles

- Académie nationale de pharmacie
<http://acadpharm.org>
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
<http://ansm.sante.fr>
- Association française des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
<http://www.centres-pharmacodependance.net>
- Centre national hospitalier d'information sur le médicament
<http://www.cnhim.org>
- Cespharm
<http://www.cespharm.fr>
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<http://www.inpes.sante.fr>
- Meddispar
<http://www.meddispar.fr>
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
<http://www.sante.gouv.fr>
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
<http://www.drogues.gouv.fr>
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies
<http://www.ofdt.fr>
- Ordre national des pharmaciens
<http://www.ordre.pharmacien.fr>
- Pharmavigilance
<http://www.pharmavigilance.fr>
- Société française de pharmacie clinique
<http://www.sfpc.eu/fr>

Bibliographie

Académie nationale de pharmacie, 2013, *Bonnes pratiques de dispensation du médicament par le pharmacien d'officine*, Paris, Académie nationale de pharmacie.

Afssaps, 2003, *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac*, Saint-Denis, Afssaps.

Afssaps, 2008, *Plan de gestion de risques des spécificités pharmaceutiques Méthadone AP-HP® Gélule Bouchara-Recordati*, Saint-Denis, Afssaps.

Afssaps, 2011, *Mise au point : Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés*, Saint-Denis, Afssaps.

Afssaps, Anaes, 2004, *Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés*, Saint-Denis, Afssaps.

Anaes, 1998, *Conférence de Consensus. Arrêt de la consommation de tabac*, Paris, Anaes.

Anderson P., Gual A. & Colom J., 2008, *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*, Saint-Denis, Inpes.

Anderson S., 2007, "Community pharmacists and tobacco in Great Britain: from selling cigarettes to smoking cessation services", *Addiction*, vol. 102, n° 5, pp. 704-712.

Apothicom, Ascode, Croix verte - Ruban rouge & Ruptures (dir.), 2001, *Journée nationale de l'échange de seringue en pharmacies. Actes de la journée du 26 mars 2001*, dactylographié, 56 p.

Arfaoui S., Dewost A.V., Demortlere G., Abesdris J., Abramovici F. & Michaud P., 2004, « Repérage précoce du risque alcool : savoir faire "FACE" », *Revue du praticien de médecine générale*, vol.18, n°641, pp. 201-205.

ARS Bourgogne, 2012, *Délivrance de médicaments (dont méthadone) pour un patient en garde à vue*, Dijon, ARS Bourgogne. [en ligne : <http://www.ars.bourgogne.sante.fr/Delivrance-de-medicaments-pour.158201.0.html>]

Ashley M.J., Brewster J.M. & Victor J.C., 2006, "Pharmacists' smoking cessation practices: relationship to their knowledge and skills, attitudes, and perceptions of roles", *Journal of American Pharmacists Association*, vol.46, n° 6, pp. 729-737.

Ashley M.J., Victor J.C. & Brewster J., 2007, "Pharmacists' attitudes, role perceptions and interventions regarding smoking cessation: findings from four Canadian provinces", *Chronic Disease in Canada*, vol. 28, n° 1-2, pp. 20-28.

Asud, 2007, *Manuel des droits des usagers de Traitements de Substitution aux Opiacés*, Paris, Asud.

Aubin H.-J., Auriacombe M., Reynaud M. & Rigaud A., 2013, « Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 35, n° 4, pp. 309-315.

Augé-Caumon M.-J., Bloch-Lainé J.-F., Lowenstein W. & Morel A., 2002, *L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations*, Paris, Ministère de la Santé.

Authier N., Bonnet N., Pfau G., Robinet S., Sarram S. & Fournier G., 2011, « Prescription et dispensation de la méthadone (sirop et gélules) : questions – réponses », *Le Flyer*, n° 45, pp. 17-26.

Barbier D., 2001, « Le programme d'échange de seringues en officines du Pays de Gex » in Apothicom, Ascode, Croix verte - Ruban rouge & Ruptures (dir.), 2001, *Journée nationale de l'échange de seringues en pharmacies. Actes de la journée du 26 mars 2001*, p. 33.

- Batel P., 2011, « L'alcool au seuil de la réduction des risques », *Swaps*, n° 62, pp. 2-5.
- Bauld L., Boyd K.A., Briggs A.H., Chesterman J., Ferguson J., Judge K. & Hiscock R., 2011, "One-year outcomes and a cost-effectiveness analysis for smokers accessing group-based and pharmacy-led cessation services", *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 13, n° 2, pp. 135-145.
- Bertholet N., Daeppen J.-B., Wietlisbach V., Fleming M. & Burnand B., 2005, "Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis", *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, n° 9, pp. 986-995.
- Bonnet N., 2006, « Intérêt d'un programme d'échange de seringues en pharmacie d'officine pour les usagers de drogues par voie intraveineuse », *La Presse Médicale*, vol. 35, pp. 1-7.
- Brewster J.M., Victor J.C. & Ashley M.J., 2007, "Views of Ontarians about health professionals' smoking cessation advice", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 98, n° 5, pp. 395-399.
- Brisacier A.-C. & Collin C., 2013, *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse des données de remboursement concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2011*, Saint-Denis, Ofdt.
- Buttet P. & Fournier C., 2005, « Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? » in Gautier A. (dir.), *Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003*, Saint-Denis, Inpes, pp. 65-82.
- Cadet-Tairou A. & Gandilhon M., 2014, *L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France, Tendances récentes 2012-2013, Note TREND 2014-9*, Saint-Denis, Ofdt.
- Calis K.A., Hutchison L.C., Elliott M.E., Ives T.J., Zillich A.J., Poirier T., Townsend K.A., Woodall B., Feldman S. & Raebel M.A., 2004, "American College of Clinical Pharmacy. Healthy People 2010: challenges, opportunities, and a call to action for America's pharmacists", *Pharmacotherapy*, vol. 24, n° 9, pp. 1241-1294.
- Charansonnet M.-C., 2008, *Les politiques de réduction des risques en toxicomanie à l'épreuve du VHC. Exemple de quinze ans d'évolution du Stéribox® en France*, mémoire de master de santé publique, Cnam, 65 p.
- Collin J.-F., 1999, *Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99*, Vanves, Cfes.
- Coppel A., 2004, « Dans quel contexte historique et institutionnel ont été mis en place les traitements de substitution en France et comment notre pays se situe-t-il par rapport aux pays comparables ? », *Alcoolologie et addictologie*, vol. 26, suppl. au n° 4, pp. 17-26.
- Costes J.-M., Cadet-Tairou A., Thirion X., Bello P.-Y. & Palle C., 2009, *Prévalence de l'usage problématique de drogues en France. Estimations 2006*, Saint-Denis, Ofdt.
- Couchenour R.L., Carson D.S. & Segal A.R., 2002, "Patients views of pharmacists as providers of smoking cessation services", *Journal of American Pharmacists Association*, vol. 42, n° 3, pp. 510-512.
- Crips, 1994, *La Lettre du CRIPS*, n° 30, « Le rôle du pharmacien dans la prévention de l'infection par le VIH ».
- Dautzenberg B., Adler M., Garelik D., Loubrieu J.F., Peiffer G., Perriot J., Rouquet R.M., Schmitt A., Underner M. & Urban T., 2014, *Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique ? Avis d'expert*, Paris, Ofdt.
- [en ligne : <http://www.ofta-asso.fr/docatel/Avis%20experts%20e-cigarette%20300414VF.pdf>]
- Dent L.A., Harris K.J. & Noonan C.W., 2009, "Randomized trial assessing the effectiveness of a pharmacist-delivered program for smoking cessation", *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 43, n° 2, pp. 194-201.
- Dewost A.V., Dor B., Orban T., Rieder A., Gache P. & Michaud P., 2006, « Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale (France, Belgique, Suisse). Étude REPEX », *Revue du praticien Médecine générale*, n° 724-725, pp. 321-326.
- Diaz-Gomez C. & Milhet M., 2005, *RPIB : stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes*, Saint-Denis, Ofdt.

- Emmanuel J., 2000, *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS : description, analyse et mise en perspective des données de ventes officielles de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999*. Tome 1, Saint-Maurice, Invs.
- Emmanuel J., Lert F. & Valenciano M., 1999, *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*, Saint-Denis, Ofdt.
- Fanello S. & Durand C., 1998, « Les pharmaciens d'officine et la prévention du tabagisme », *Le Concours Médical*, vol. 120, n° 38, pp. 2694-2699.
- Fédération Addiction, 2010, TSO. *Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA*, Paris, Fédération Addiction.
- Fédération Addiction, 2013, *Acta. Cahiers thématiques de la Fédération Addiction*, n° 12, « Parcours de soin : l'usager au cœur du dispositif ».
- Fédération française d'addictologie, 2004, *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution*, Paris, Anaes.
- Fink A. & Lécallier D., 2009, « Un questionnaire de repérage du risque alcool adapté au senior », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 31, n° 3, pp. 225-234
- Gache P., Michaud P., Landry U., Accietto C., Arfoui S., Bernstein M & Daepfen J.-B., 2005, "The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: Reliability and validity of a French version", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 29, n° 11, pp. 2001-2007.
- Gibier L., 1999, *Prises en charge des usagers de drogues*, Paris, Doin.
- Grall J.-Y., 2011, « Etendre les ressources locales pour la réduction des risques » in Respadd, *Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie*, Paris, Respadd, pp. 12-13.
- Gregory P., 2001, « Le programme d'échange de seringues en officines dans le département des Deux-Sèvres » in Apothicom, Ascode, Croix verte – Ruban rouge & Ruptures (dir.), *Journée nationale de l'échange de seringues en pharmacie. Actes de la journée du 26 mars 2001*, pp. 29-31.
- Guichard A., Guignard R., Michels D., Beck F., Arwidson P., Lert F. & Roy E., 2013, "Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimInject, a cross sectional analysis", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 133, n° 1, pp. 254-261.
- HAS, 2013, *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*, Saint-Denis, HAS.
- HAS, 2014, *Note de cadrage. Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours*, Saint-Denis, HAS.
- Hétier M., 2000, « Sevrage tabagique : un délistage réussi », *Le quotidien du pharmacien*, n° 1932, pp. 2-3.
- Hoch M.A., Hudmon K.S., Lee L., Cupp R., Aragon L., Tyree R.A. & Corelli R.L., 2012, "Pharmacists' perceptions of participation in a community pharmacy-based nicotine replacement therapy distribution program", *Journal of Community Health*, vol. 37, n° 4, pp. 848-854.
- Hudmon K.S., Hemberger K.K., Corelli R.L., Kroon L.A. & Prokhorov A.V., 2003, "The pharmacist's role in smoking cessation counseling: perceptions of users of nonprescription nicotine replacement therapy", *Journal of American Pharmacists Association*, vol. 43, n° 5, pp. 573-582.
- Hudmon K.S., Prokhorov A.V. & Corelli R.L., 2006, "Tobacco cessation counseling: pharmacists' opinions and practices", *Patient Education and Counselling*, vol. 61, n° 1, pp. 152-160.
- Huntzinger P.E., 2002, "SMOKED: a pharmacist-monitored tobacco cessation program", *Journal of Military Medicine*, vol. 167, n° 12, pp. 1001-1005.
- Imbert E. & Bonnet N., 2005, « Le VHC n'est pas le VIH », *Courrier des addictions*, vol. 7, n° 2, p. 61.

- Inserm, 2003, *Expertise collective. Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*, Paris, Inserm.
- Inserm, 2010, *Expertise collective. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Paris, Inserm.
- Inspection générale des affaires sociales, 2011, *Pharmaciens d'officine : rémunération, missions, réseau*, Paris, Inspection générale des affaires sociales.
- Ippsa, 2011, *Boire moins, c'est mieux. Repérer le risque alcool et adapter son intervention* (livret et DVD interactif de formation), Paris, Ippsa.
- Jacquat D & Touraine J.L., 2014, *Rapport d'information, déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information (n° 764) du 28 février 2013 sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme*, Paris, Assemblée Nationale.
- Jacquierre O., 2002, *Les rôles du pharmacien d'officine dans l'aide à l'arrêt du tabac*, thèse de doctorat en pharmacie, Université de Nancy, 129 p.
- Kaner E.F.S., Dickinson H.O., Beyer F.R., Campbell F., Schlesinger C., Heather N., Saunders J.B., Burnand B. & Pienaar E.D., 2007, "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 18, n° 2, CD004148.
- Le Louarn A. & Gérard S., 2002, « L'aide au sevrage tabagique assurée par les pharmaciens d'Alsace », *Santé Publique*, vol. 14, n° 2, pp. 121-134.
- Lécallier D. & Michaud P., 2005, « L'alcool : y penser à tous les âges de la vie... », *Revue du praticien Médecine générale*, n° 688-689, p. 413.
- Lécallier D. & Michaud P., 2006, « Entretien motivationnel : comment parler d'alcool ? », *Revue du praticien Médecine générale*, n° 744-745, pp. 1 046-1 047.
- Limosin F., 2014, « Mésusages d'alcool : les signaux d'alarme de l'épidémiologie », *Encéphale*, vol. 40, n° 2, pp. 129-133.
- Loubrieu V., 2010, *Moyens et atouts des pharmacies Giropharm dans le sevrage tabagique et en lien avec la loi HPST ? Evolution à apporter ?*, mémoire de DIU de tabacologie, Université d'Angers.
- Matheson C., Bond C.M. & Pitcairn J., 2002, "Community pharmacy services for drug misusers in Scotland: what difference does 5 years make ?", *Addiction*, vol. 97, pp. 1 405-1 411.
- McEwen A., West R. & McRobbie H., 2006, "Effectiveness of specialist group treatment for smoking cessation vs one-to-one treatment in primary care", *Addictive Behaviors*, vol. 31, n° 9, pp. 1 650-1 660.
- Medina P. & Fontaine D., 2011, *Etude sur l'échange de seringues dans l'Ain*, Lyon, Ors-Rhône-Alpes.
- Meshack A., Moultry A.M., Hu S. & McAlister A.L., 2009, "Smoking cessation counseling practices of Texas pharmacists", *Journal of Community Health*, vol.34, n° 3, pp. 231-238.
- Mialou M., Kauffmann J., Richard B., Llorca P.M., Courty P. & Authier N., 2010, « Stratégies antalgiques et médicaments de substitution aux opiacés », *Le courrier des Addictions*, n° 2.
- Michaud P. & Lécallier D., 2003, « Risque alcool chez les plus âgés. Difficultés liées au repérage », *Gérontologie et société*, vol. 2, n° 105, pp. 89-99.
- Michaud P. & Lécallier D., 2011, « Quatre premières expériences de formation des pharmaciens d'officine au repérage précoce du mésusage d'alcool et interventions brèves », *La Lettre du Respadd*, n° 9, pp. 4-5.
- Michaud P., 1995, « Les CHAA, état des lieux », *Revue du Praticien Médecine générale*, n° 285, pp. 11-17.
- Michaud P., 2001, « Boire moins, c'est mieux », *Alcool ou santé*, n° 239, pp. 1-16.
- Michaud P., Dewost A.V., Fouilland P., Arfaoui S. & Fauvel G., 2006, "Phase IV Study in France" in Heather N. (ed.), *WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: Report on phase IV collaborative: Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care*, Genève, OMS, pp. 131-144.

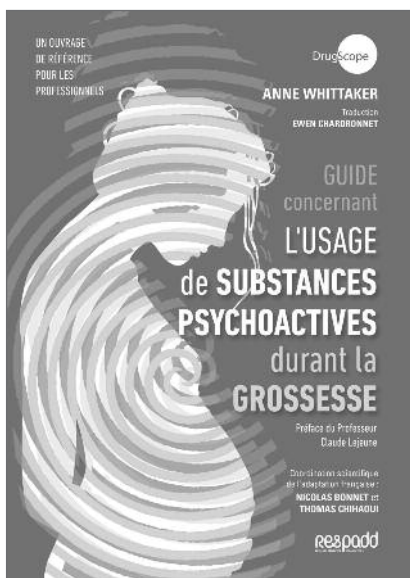
- Mildeca, 2013, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*, Paris, Mildeca.
- Milhet M & Diaz-Gomez C, 2006, « Alcoolisations excessives et médecine de ville. La promotion du Repérage précoce et de l'intervention brève », *Tendances*, n° 47.
- Miller W.R. & Rollnick S., 2013, *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*, Paris, Dunod-InterEditions (deuxième édition).
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014, *Communiqué de presse. Programme national de réduction du tabagisme*, 25 septembre
[en ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf]
- Morel A., Couteron J.-P. & Fouilland P., 2014, *L'Aide-mémoire de l'addictologie*, Paris, Dunod (deuxième édition).
- Moyer A., Finney J.W., Swearingen C.E. & Vergun P., 2002, "Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations", *Addiction Abingdon England*, vol. 97, n° 3, pp. 279-292.
- Ofdt 2013a, *Alcool. La consommation d'alcool en France*.
[en ligne : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/consol.html#aff_rech]
- Ofdt, 2013b, *Alcool. Conséquences*.
[en ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/consequ.html>]
- Oft, 2013, *Rapport et avis d'experts sur la e-cigarette*, Paris, Oft
[en ligne : http://www.ofta-asso.fr/docatell/Rapport_e-cigarette_VF_1.pdf]
- Ordre national des pharmaciens, 2014a, *Communiqué de presse de la campagne « Sevrage tabagique : les pharmaciens sont au rendez-vous ! »*, 25 septembre.
[en ligne : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communique-de-presse/Sevrage-tabagique-les-pharmaciens-sont-au-rendez-vous>]
- Ordre national des pharmaciens, 2014b, *Pharmaciens. Panorama au 1^{er} janvier 2014*, Paris, Ordre national des pharmaciens.
- Patwardhan P.D. & Chewning B.A., 2009, "Ask, advise and refer: hypothesis generation to promote a brief tobacco-cessation intervention in community pharmacies", *International Journal of Pharmacy Practice*, vol. 17, n° 4, pp. 221-229.
- Patwardhan P.D. & Chewning B.A., 2010, "Tobacco users' perceptions of a brief tobacco cessation intervention in community pharmacies", *Journal of American Pharmacists Association*, vol. 50, n° 5, pp. 568-574.
- Patwardhan P.D. & Chewning B.A., 2012, "Effectiveness of intervention to implement tobacco cessation counseling in community chain pharmacies", *Journal of American Pharmacists Association*, vol. 52, n° 4, pp. 507-514.
- Patwardhan P.D., Amin M.E. & Chewning B.A., 2014, "Intervention research to enhance community pharmacists' cognitive services: a systematic review", *Research in Social and Administrative Pharmacy*, vol. 10, n° 3, pp. 475-493.
- Penicaud B., 2010, « Les PES en officines », intervention lors de la journée « RDR et hépatite C : les expériences qui marchent » organisée par l'AFR le 18 mai 2010
[en ligne : http://www.dailymotion.com/video/xen6ez_hepatite-c-les-seringues-en-pharmac_news]
- Perrin H. & Gautier A., 2005, « Tabac et alcool. Quelle implication des professionnels ? » in Gautier A. (dir.), *Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003*, Saint-Denis, Inpes, pp. 141-161.
- Pin S., 2005, « Drogues. La prise en charge des patients toxicomanes » in Gautier A. (dir.), *Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003*, Saint-Denis, Inpes, pp. 165-189.

- Pojer-Médeville M.-J., 2008, *Rôle des pharmaciens dans la prise en charge du fumeur et impact de la formation sur leur exercice au quotidien*, mémoire de Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique, Université d'Auvergne, 107 p.
- Pouyet-Poulet E., Sauvant M.-P., Pépin D. & Planche R., 2002, « Le pharmacien d'officine face au problème des buveurs excessifs », *Santé Publique*, vol. 13, pp. 237-248.
- Prokhorov A.V., Wetter D.W., Padgett D., de M.C., Le T. & Kitzman H., 2002, "Spit tobacco prevention and cessation counseling: statewide survey of health-care professionals and educators", *Substance Use Misuse*, vol. 37, n° 2, pp. 171-197.
- Respadd, 2011, *Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie*, Paris, Respadd.
[Disponible gratuitement sur simple demande à contact@respadd.org]
- Rioli M. (dir.), 2009, *Le pharmacien d'officine dans le parcours de soin*, Paris, Ministère de la Santé.
- Roerecke M., Gual A. & Rehm J., 2013, "Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analyses", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 74, n° 12.
- Saba M., Diep J., Saini B. & Dhippayom T., 2014, "Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy", *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, vol. 39, n° 3, pp. 240-247.
- Safe, 2009, *Résultats de l'enquête nationale 2009 sur les dons de matériels d'injection en pharmacies*, Paris, Safe.
- Sheridan J., Lovell S., Turnbull P., Parsons J., Stimson G. & Strang J., 2000, "Pharmacy-based needle exchange (PBNX) schemes in south east England : a survey of service providers", *Addiction*, vol. 95, pp. 1 551-1 560.
- Smith D.M., Hyland A.J., Rivard C., Bednarczyk E.M., Brody P.M. & Marshall J.R., 2012, "Tobacco sales in pharmacies: a survey of attitudes, knowledge and beliefs of pharmacists employed in student experiential and other worksites in Western New York", *BMC Research Notes*, vol. 5, n° 413.
- Société française de pharmacie clinique, 2013, *Référentiel de pharmacie d'officine*, Paris, Société française de pharmacie clinique.
- Tabac Info Service, 2014, *Chiffres du tabac*.
[en ligne : <http://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>]
- Thananithisak C., Nimpitakpong P. & Chaiyakunapruk N., 2008, "Activities and perceptions of pharmacists providing tobacco control services in community pharmacy in Thailand", *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 10, n° 5, pp. 921-925.
- Touraine F., Phan Van Ho C., Vincent F., Antonini M.T. & Bonnaud F., 2003, « Le rôle des pharmaciens dans la lutte contre le tabagisme – Résultats d'une enquête descriptive », *Actualités pharmaceutiques*, n° 415, pp. 9-11.
- Viavoice, 2013, *Baromètres de confiance à l'égard des professionnels de santé*, Paris, Viavoice.
- Whittaker A., 2013, *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*, Paris, Respadd.
- Zillich A.J., Corelli R.L., Zbikowski S.M., Magnusson L.B., Fenlon C.M., Prokhorov A.V., de Moor C. & Hudmon K.S., 2013, "A randomized trial evaluating 2 approaches for promoting pharmacy-based referrals to the tobacco quitline: methods and baseline findings", *Research in Social and Administrative Pharmacy*, vol. 9, n° 1, pp. 27-36.

Les autres guides publiés par le Respadd



2011 *Contributions à la mise en place d'un programme d'échange de seringues en pharmacie*



2013 *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*



RESPADD

Réseau des Etablissements de Santé
pour la Prévention des Addictions

96, rue Didot – 75014 Paris

Tél. : 01 40 44 50 26 - Fax : 01 40 44 50 46

contact@respadd.org

Organisme de formation n°117 537 160 75

Siret n°414 419 275 00030

Avec le *Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine*, le Respadd propose un outil pratique destiné aux pharmaciens d'officine qui souhaitent s'investir dans la prévention et la prise en charge des conduites addictives.

Au travers de cinq chapitres, le guide aborde une variété de thématiques importantes du champ addictologique. De la prévention du tabagisme à l'implication dans le suivi des traitements de substitution, du repérage des consommations problématiques d'alcool à la participation à un programme

d'échange de seringues, l'ouvrage offre un panorama des principaux domaines dans lesquels s'investir.

Fruit du travail de réflexion d'un groupe de professionnels et d'experts réunis par le Respadd, ce guide propose des actions concrètes compatibles avec l'activité quotidienne de l'officine et présente certains des outils disponibles pour accompagner la mise en place de ces actions.

Diffusé gratuitement, le *Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine* s'adresse d'abord aux pharmaciens. Il aura également toute légitimité à être utilisé par les enseignants chargés de la formation des futurs officinaux et pourra plus largement servir à tous les professionnels du champ de l'addictologie qui sont engagés dans un travail partenarial avec les pharmacies de leur territoire.

www.respadd.org

L'élaboration de ce guide
a reçu le soutien financier de
la Direction générale de la santé

