

2021-2022

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

**IMPLICATION DU PHARMACIEN
D'OFFICINE DANS LA PREVENTION
DES RISQUES INFECTIEUX :
Évaluation d'un programme
d'échange de seringues en
pharmacie dans le Maine et Loire**

MARSAN Pierre

Né le 8 juillet 1992 à ANGERS (49)

Sous la direction de Mme PECH Brigitte

Membres du jury

LARCHER Gérald	Président
PECH Brigitte	Directeur
LEPELLETIER Jocelyn	Membre
LAFFILHE Jean-Louis	Membre
LOISEAU Clémence	Membre
ROBIN Nicolas	Membre

Soutenue publiquement le :
30 novembre 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Pierre MARSAN
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **12 / 11 / 2021**

A handwritten signature in black ink that reads "Marsan". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke extending from the end of the "n" towards the right, and a diagonal stroke from the end of the "s" upwards and to the left.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE SANTE D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce
Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck		Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine

RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
POIROUX Laurent	Soins Infirmiers	Médecine

ATER

BOUCHENAKI Hichem	Physiologie	Pharmacie
MESSAOUDI kHALED	Immunologie	Pharmacie
MOUHAJIR Abdelmounaim	Biotechnologie	Pharmacie

PLP

CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
--------------	------------------	----------

AHU

IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

A ma directrice, **Mme Brigitte Pech**,

Maître de conférences en pharmacotechnie à l'université d'Angers

Merci d'avoir accepté de reprendre la direction de ma thèse et de m'avoir permis de la présenter malgré des délais courts. Je vous remercie également pour vos conseils et pour la confiance que vous m'avez accordée lors de mon changement de filière.

Au président du jury **M Gérald Larcher**,

Maître de conférences en biochimie générale et clinique

Merci d'avoir accepté, sans aucune hésitation, de présider ma soutenance. Son sujet est un peu éloigné de votre domaine de prédilection mais j'espère qu'il vous intéressera.

A mes deux co-directeurs, **M Jocelyn Lepelletier** et **M Jean-Louis Laffilhe**,

Pharmaciens d'officine,

Vous m'avez, chacun, aidé à « me relancer » dans mes études et à devenir le pharmacien d'officine que je suis aujourd'hui. Vous avez été présents à chaque instant, vous m'avez soutenu aussi bien sur le plan personnel que professionnel.

Je vous remercie sincèrement de m'avoir aidé à aller jusqu'au bout. Je suis extrêmement reconnaissant d'avoir pu réaliser ce travail avec vous. Je sais que cette page se tourne mais je compte bien pouvoir encore vous demander des conseils à l'avenir.

A Mme Clémence **LOISEAU**,

Pharmacien adjoint,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à la soutenance de ma thèse. Votre expérience de la prise en charge de la toxicomanie au Canada apportera un éclairage qui, je pense, rendra la discussion encore plus intéressante.

A M Nicolas **ROBIN**,

Membre du CAARUD ALiA « La Boutik »,

Merci d'avoir accepté de me suivre jusqu'au bout dans cette aventure. J'espère que cette thèse permettra de mettre en lumière la mission, si importante, que vous réalisez au sein du CAARUD.

A toute l'équipe d'**ALiA « La Boutik »** à Angers,

Je vous ai sollicités à plusieurs reprises pour cette thèse, merci pour votre patience et pour votre accueil. Bravo pour toutes vos missions et pour l'accompagnement apporté aux usagers. J'ai eu la chance de vous

voir à l'œuvre ; vous effectuez un travail difficile et tellement important qui vous confronte à des situations de détresse profonde.

Cette thèse m'a permis d'aller à la rencontre d'usagers et de prendre conscience de la précarité dans laquelle ils vivent.

A l'avenir, j'espère pouvoir collaborer avec vous en rejoignant le programme.

A mes parents,

Pour leur soutien sans faille durant toutes ces années. Un immense merci pour tout ce que vous me permettez d'accomplir.

A ma grande sœur,

Tu es une sœur en or ! Probablement une des personnes les plus gentilles que je connaisse. J'ai beaucoup de chance de t'avoir. Merci.

A ma nièce et filleule,

Louloutte tu es encore trop petite pour lire ces mots mais sache que ton arrivée a été un événement des plus merveilleux pour moi.

A tous mes amis que je considère, après toutes ses années comme ma famille ou comme j'aime l'appeler, le noyau dur. J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés ! C'est grâce à vous tous que j'en suis là aujourd'hui. Il y a énormément de choses que j'aimerais évoquer pour vous exprimer ma gratitude mais je pense que la thèse est déjà bien assez longue donc je me limiterai à une ou deux petites phrases chacun. Finies les paroles solennelles, ce qui suit va être un peu plus léger.

A **Alex**, un super coéquipier de course à pied qui me motive à toujours repousser mes limites (avec quand même l'impression que les limites sont un poil élevées. Mais ces limites, je sais que tu vas encore me demander de les repousser, et c'est fou mais j'ai hâte !

A **Loïc**, un ami au grand cœur, tu le sais mais merci d'avoir été là pour moi dans « ces moments ». Tu m'as même offert un poste dans ta pharmacie, mais qu'est-ce que je ferais sans toi (cette question n'attend aucune réponse !). Tu es comme un pilier pour moi.

A **Julien**, pour nos longues discussions à des heures avancées de la nuit qui je pense, nous ont permis d'avancer tous les deux. Je suis heureux de te voir heureux, dans la thèse on m'aurait dit que je répète trop de fois le même mot mais là ce sont les remerciements donc j'ai le droit !

A **Tim**, pour ta joie, tous les fous rires qu'on a eus et qu'on aura encore ensemble ! et ce rire ! Si seulement quelques mots sur une thèse pouvaient vous faire rester à Angers.

A **Max**, pour ta bienveillance, ta présence, ton écoute... On se porte mutuellement (au sens propre comme au figuré) c'est ce qui est bien dans cette expression. J'espère qu'on pourra se porter encore longtemps.

A **Flo**, pour tes chorées endiablées. Je me souviens d'un soir où je t'ai appelé en stress pour une présentation que je devais rendre le lendemain. Tu as accouru immédiatement pour m'aider. Après quelques heures et un petit macdo, on l'a bouclée. Une anecdote qui traduit parfaitement notre amitié.

A **Wayne**, une belle confiance que tu me donnes en me permettant de devenir le témoin de ton mariage. J'espère être à la hauteur. Je suis très heureux pour toi. Tu es un vrai bosseur (bien plus que nous tous) et tu mérites tellement

A **Édouard**, mon plus vieil ami du groupe. Si on m'avait dit il y a 15 ans sur les bancs du collège qu'on suivrait le même parcours, je n'y aurais pas cru. C'est incroyable cette histoire ! Tu pourras toujours compter sur moi si tu en as besoin.

Et maintenant au noyau « mou » qui se durcit d'année en année, que dis-je, de jours en jours !

A **Audrey, Clémence, Laure, Lucie, Morgane**, ne vous montez pas la tête pour l'ordre des prénoms (je vous connais, j'imagine déjà ce petit sourire Audrey) mais c'est simplement par ordre alphabétique ! Merci les filles, vous avez apporté de la mixité dans le groupe, on en avait bien besoin. On n'a pas encore atteint la parité mais j'y travaille.

Une chance de toutes vous connaître.

A **Sophie et Olivier**, Sophie j'aurais pu t'inclure avec les filles mais comme je voulais parler d'un sujet en particulier et qu'au final tu étais juste après dans l'ordre alphabétique... Je vous souhaite de trouver une belle maison dans la 5^{ème} ou même 6^{ème} couronne de Nantes. Là, vous pourrez compter sur moi pour le déménagement (et la crémaillère) !

A ma partenaire de thèse, on a mis un peu plus de temps que prévu à la passer cette thèse mais un an qu'est-ce que c'est dans une vie ? On sait tous les deux que notre report s'est joué le jour où l'on a appris que le gala était annulé. J'en connais qui vont râler mais quel intérêt de passer sa thèse si on ne peut pas fêter ça en dansant sur un vieux parquet avec un petit verre de bulles. Et bien sûr, une petite migraine le lendemain. En tout cas, Merci **Charlotte** !

A tous les copains de pharma que je n'ai pas cités mais qui se reconnaîtront dans ce petit paragraphe et à tous les amis RH et psychologues, j'ai eu le bonheur de vous rencontrer dans des années plutôt festives ! Merci pour toutes ces soirées inoubliables mais parfois pourtant oubliées !

A **Greg**, mon ami « normand » ! Comme quoi les relations à distance fonctionnent ! Toujours un plaisir de te retrouver même le temps d'un appel. J'adore ta franchise, ton honnêteté. Je suis très heureux de pouvoir te compter dans mes amis proches.

A **Roger**, « **pitou** » je me permets même un petit « **bibou** »,
Parfois en mode hibernation, tu reviens toujours, fidèle à toi-même, et au bon moment ! L'art du timing probablement (je ne pourrai malheureusement pas en dire autant pour la personne suivante).
Je pense qu'on peut dire que notre relation fonctionne plutôt bien après autant d'années (26 à l'heure où j'écris si je compte bien, dingue). Je suis très heureux de voir les beaux projets que vous avez avec Caro !

A **Barbeau**, je termine quasiment par toi et c'est un choix volontaire ! Aucun mot assez fort pour exprimer ce que je ressens. J'aurais très bien pu mettre « A mon frère » tellement notre relation est incroyable !

A **toi mon papi**, je sais que tu es très fier de moi ! J'aurais aimé fêter ça avec toi autour d'un verre de ton fameux Passoa, avec beaucoup de Cointreau et une goutte de jus d'orange (mais sans le cake, excuse-moi je ne te l'ai jamais dit mais j'ai toujours eu du mal avec ses morceaux de fruits confits). On se serait posés sur la terrasse du « petit cottage » et on aurait passé, comme à chaque fois, un super moment ! Promis, je le prendrai ce verre avec ma **mamie adorée**, toute la famille et tous mes amis. Je te dédie ma thèse. Tu restes à chaque instant (enfin presque) présent dans mes pensées, dans mon cœur !

TABLE DES MATIERES

<i>LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE SANTE D'ANGERS</i>	2
<i>REMERCIEMENTS.....</i>	6
<i>TABLE DES MATIERES.....</i>	10
<i>LISTE DES ABREVIATIONS</i>	13
<i>LISTE DES ANNEXES.....</i>	15
<i>LISTE DES FIGURES</i>	16
<i>LISTE DES TABLEAUX.....</i>	18
<i>INTRODUCTION</i>	19
<i>La voie injectable, une pratique de consommation à risque</i>	21
1. Le recours à la voie injectable	22
1.1. Place de la voie injectable selon la typologie d'usager	22
1.2. Place de la voie injectable selon le type de drogues consommées.....	25
2. Les risques liés à l'utilisation de la voie injectable.....	27
2.1. Les risques infectieux	27
2.1.1. Principaux risques viraux : VIH et le VHC (17) (18)	27
2.1.2. Les autres risques infectieux.....	32
2.2. Les modes de contamination et pratiques à risque des injecteurs.....	34
2.2.1. Le partage du matériel.....	35
2.2.2. L'injection réalisée par une tierce personne	36
2.2.3. La réutilisation de la seringue	36
2.3. Populations concernées par ces pratiques	36
2.3.1. Les points clés d'enseignement de ces études	37
2.3.2. Les leviers comportementaux de ces 3 études, utilisables pour la réduction des risques infectieux	39
2.3.3. Des divergences	40
2.3.4. Des axes d'amélioration	40
2.4. Les risques non infectieux.....	41
2.4.1. L'injection de médicament en usage détourné	41
2.4.2. Les injections répétées	43
<i>Les différents centres d'accompagnement et de prise en charge du patient toxicomane en Anjou.....</i>	44
3. Le RESAAD	44

4. L'Association Ligérienne d'Addictologie 49 (ALiA49)	45
4.1. Le pôle ambulatoire	45
4.1.1. ALiA 49 : le CSAPA.....	45
4.1.2. Le dispositif de Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)	46
4.1.3. Centre de Délivrance de Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)	46
4.1.4. Les Consultations Avancées (Baugé).....	46
4.2. Le pôle hébergement : CSAPA hébergement.....	46
4.2.1. Soin résidentiel collectif : Le Centre Thérapeutique résiduel (CTR).....	46
4.2.2. Soin résidentiel individuel : Les appartements thérapeutiques (AT).....	47
5. Le CAARUD ALIA49 « La Boutik »	47
5.1. Accueil collectif et individuel des usagers de drogues	48
5.2. Accompagnement dans l'accès aux soins :	48
5.2.1. Aide à l'hygiène et accès aux premiers soins.....	48
5.2.2. Incitation au dépistage des Infections transmissibles	48
5.2.3. Orientation vers le système de soins spécialisés.....	48
5.3. Accès aux droits, logement, insertion/réinsertion professionnelle	49
5.4. Mise à disposition et élimination de matériel de prévention des infections	49
5.5. Intervention de proximité à l'extérieur du Centre.....	50
5.5.1. Permettre une bonne intégration dans le quartier vis-à-vis du voisinage.....	50
5.5.2. Réduire le risque de nuisance lié à l'usage des drogues.....	51
5.6. Dispositif de veille en matière de drogues et de la toxicomanie et acteur de la recherche / prévention et de la formation sur l'évolution des pratiques.....	51
6. Le Comité des Acteurs en Addictologie du Maine-et-Loire (CAAD49).....	52
7. Le programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP)	56
7.1. Les kits de prévention des risques	56
7.1.1. Historique concernant l'accès aux seringues et le développement des kits d'injection	56
7.1.2. Le matériel présent dans les kits	58
7.1.3. Utilisation des kits et étapes de l'injection	62
7.2. Le Programme d'échange de seringues en pharmacie	65
<i>Enquête sur le fonctionnement d'un PESP : évaluation et extension du programme</i>	69
8. Objectif général	69
9. Déroulement de l'enquête.....	69
9.1. Enquête auprès des pharmacies partenaires : questionnaire d'évaluation du PESP	69
9.1.1. Objectifs :.....	69
9.1.2. Matériel et méthode :.....	70

9.1.3.	Synthèse et discussion des résultats.....	71
9.1.4.	Biais et limites.....	81
9.2.	Enquête auprès des officines non-partenaires : questionnaire d'extension du PESP.....	83
9.2.1.	Objectif(s) :	83
9.2.2.	Matériel et méthode :.....	83
9.2.3.	Synthèse et discussion des résultats.....	84
9.2.4.	Biais et limites.....	93
10.	Discussion générale	94
11.	Actions menées à la suite des résultats de l'enquête	104
11.1.	Fiche conseil transmises à toutes les pharmacies du département.....	104
11.2.	Prise de contact avec les pharmacies ayant laissé leurs coordonnées	104
CONCLUSION	105	
ANNEXES	107	
BIBLIOGRAPHIE.....	119	

LISTE DES ABREVIATIONS

AAD : **A**ntiviraux à **A**ction **D**irecte

AM : **A**ssurance **M**aladie

AMM : **A**utorisation de **M**ise sur le **M**arché

ANSM : **A**gence **N**ationale de **S**écurité du **M**édicament

BHD : **B**uprénorphine **H**aute **D**ose

CAARUD : **C**entre d'**A**ccueil et d'**A**ccompagnement à la **R**éduction des **R**isques des **U**sagers de **D**rogues

CEIP : **C**entre d'**E**valuation et d'**I**nformation sur la **P**harmacodépendance

CeGIDD : **C**entre **G**ratuit d'**I**nformation, de **D**épistage et de **D**iagnostic

CSAPA : **C**entre de **S**oins, d'**A**ccompagnement et de **P**révention en **A**ddictologie

CTR : **C**entre **T**hérapeutique **R**ésidentiel

DMDIV : **D**ispositif **M**édical de **D**iagnostic **In** **V**itro

DP : **D**ossier **P**harmaceutique

DSS : **D**istributive **S**yringe **S**haring soit le partage de seringues distribuées, terme anglais utilisé pour désigner le partage de seringues entre usagers de drogues injectables

EPPI : **E**au **P**our **P**réparation **I**ncutable

IVHEM : **I**nternational **V**iral **H**epatitis **E**limination **M**eeting, c'est un forum Mondial annuel dont le but est l'échange d'expériences concernant les progrès du diagnostic et de la thérapie de l'hépatite virale dans le but d'atteindre les objectifs d'éradication de 2030

JO : **J**ournal **O**fficiel

MSO : **M**édicament de **S**ubstitution aux **O**piacés

OFDT : **O**bservatoire **F**rançais des **D**rogues et des **T**oxicomanies

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

PES : **P**rogramme d'**E**change de **S**eringues, correspond à tous les services mis en place pour fournir gratuitement du matériel d'injection propre aux UDI (CAARUD, Totem, PESP)

PESP : **P**rogramme d'**E**change de **S**eringues en **P**harmacie

RdR : **R**éduction **d**es **R**isques

RTU : **R**ecommandation **T**emporaire **d**'**U**tilisation

SSP : **S**ervice **S**yringes **P**ograms, correspond à un service de distribution mais aussi de récupération du matériel nécessaire à l'injection de produit. Ce service à l'image de ce

qui est proposé dans les CAARUD et CSAPA, propose une prise en charge globale des toxicomanes.

SSRA : **S**ervice de **S**eins de suite et de **R**éadaptation en **A**ddictologie

TCP : **T**héorie du **C**omportement **P**lanifié

TROD : **T**est **R**apide d'**O**rientation et de **D**iagnostic

TSO : **T**raitemen**t** de **S**ubstitution aux **O**piacés

UDI : **U**sager de **D**rogues **I**njectables

VHC : **V**irus de l'**H**épatite **C**

VIH : **V**irus de l'**I**mmunodéficience **H**umaine

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Tableau présentant une catégorisation des usagers de drogues injectables (2019) (1)

Annexe 2 : Tableau présentant des cas d'infections chez des patients pratiquant l'injection (extrait de l'article : Complications infectieuses et mésusage de la buprénorphine à haute dosage (2))

Annexe 3 : Questions utilisées lors de l'entretien semi-dirigé avec le personnel du CAARUD

Annexe 4 : Questionnaire destiné aux usagers de drogues injectables afin d'obtenir leurs avis sur le Programme d'Echange de Seringues en Pharmacie (PESP)

Annexe 5 : Fiche conseil transmise à toutes les pharmacies du département du Maine-et-Loire via le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP)

Annexe 6 : Captures d'écran du site (3)

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : modes d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'enquête par les usagers des CAARUD (% des usagers récents de chaque substance) (2015) (12).....	25
Figure 2 : organigramme hiérarchique d'ALIA	55
Figure 3 : graphique représentant le CAARUD auquel est rattachée la pharmacie (en %)	71
Figure 4 : graphique représentant la fréquence des contacts entre les pharmacies partenaires et leur CAARUD de rattachement	72
Figure 5 : graphique représentant les moyens de communication préférés par les pharmacies (en %) .72	
Figure 6 : graphique représentant le lieu utilisé dans la pharmacie pour réaliser la distribution du/des kits (en %)	73
Figure 7 : graphique représentant le nombre de pharmacies qui limitent ou non la quantité de kits distribuée à chaque passage de l'usager	73
Figure 8 : graphique représentant les freins rencontrés lors de la distribution (en fonction du nombre de pharmacies)	74
Figure 9 : nombre de pharmacies (en %) ayant ressenti une augmentation du nombre de kits distribués depuis la mise en place du PESP	75
Figure 10 : graphique représentant le taux de pharmacies qui utilisent le temps de distribution pour transmettre des messages de prévention aux UDI.....	77
Figure 11 : nombre de pharmacies proposant systématiquement un collecteur de récupération du matériel utilisé lors de la distribution	77
Figure 12 : graphique représentant le pourcentage de pharmacies ayant constaté une augmentation du nombre de collecteurs rapportés depuis la mise en place du PESP	78
Figure 13 : graphique représentant le nombre de kits en stock en fonction du nombre de pharmacies au moment de la réponse	84
Figure 14 : graphique représentant la quantité de kits distribués (par intervalle) sur l'année 2019	85
Figure 15 : graphique représentant la quantité de kits délivrés en l'espace d'un mois	85
Figure 16 : graphique représentant le prix du Stéribox2 proposé dans les pharmacies non-partenaires	86
Figure 17 : graphique représentant le nombre de pharmacies connaissant ou non le contenu d'un kit Stéribox2®	86
Figure 18 : Graphique représentant le nombre de pharmacies qui savent comment utiliser le matériel inclus dans le Stéribox2®	87
Figure 19 : graphique représentant l'endroit dans la pharmacie où a lieu la vente	88
Figure 20 : Graphique représentant le nombre de pharmacies qui limitent ou non la quantité de kits vendue à chaque usager.....	88
Figure 21 : graphique représentant les freins/difficultés rencontrés par les pharmacies lors de la vente	89

Figure 22 : Graphique représentant la place des pharmacies dans la mise à disposition de ces kits (du point de vue des pharmaciens).....	90
Figure 23 : graphique représentant la connaissance ou non du programme par les pharmacies.....	91
Figure 24 : graphique représentant le pourcentage de pharmacies qui seraient prêtes à adhérer au programme	91

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Le VIH et VHC en quelques chiffres clés et les conséquences délétères sur la santé	28
Tableau 2 : Caractéristiques principales des TROD et autotests	31
Tableau 3 : Évolution du taux de partage du matériel chez les injecteurs dans le mois précédent l'enquête de 2008 à 2015 (en %) (12)	35
Tableau 4 : Quantité de kits distribués avec le PESP et le Totem (chiffres transmis par le CAARUD d'Angers)	50
Tableau 5 : Liste des différents acteurs, présents dans le département du Maine et Loire, susceptibles d'apporter un soutien dans la prise en charge des UDI.....	55
Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques des deux modèles de Sterifilt® élaborés par Apothicom .	58
Tableau 7 : Contenu d'un kit Stéribox2®/Kit+® et lieux de distribution/élimination	62
Tableau 8 : Tableau listant les arguments avancés par les pharmacies afin de justifier leur réponse à la question concernant l'adhésion au programme (cf. figure 22)	92
Tableau 9 : Principaux avantages et freins de ce service, identifiés à partir des questionnaires et proposition de solutions visant à étendre le programme.....	102

INTRODUCTION

La contribution aux soins de premiers recours dont font partie l'éducation à la santé, la prévention et le dépistage des maladies, est une mission primordiale du pharmacien d'officine. Elle est inscrite dans l'article L5125-1-1 du Code de la Santé Publique (4) (5).

Les officines par leur répartition démo-géographique (maillage territorial) et leur accessibilité sans rendez-vous sur de larges amplitudes horaires offrent un lieu de suivi et de prise en charge sans égal dans de nombreux domaines de la santé. C'est dans cette démarche de prévention que sont mis en place les programmes d'échange de seringues en pharmacie. Leur création est la réponse directe à la propagation du Virus de l'Immunodéficience Humaine dans les années 1990 en France. Leur développement devient indispensable à la suite de l'apparition du virus de l'hépatite C. La forte transmission de ces virus et leurs conséquences graves pour la santé, ont fait de l'extension de ces programmes une priorité (6).

Dans un premier temps, nous tenterons de comprendre pourquoi la population des usagers de drogues injectables est particulièrement exposée au risque de contamination virale. Nous avons par l'intermédiaire d'études réalisées à travers le monde, tenté d'établir un profil de ces personnes qui franchissent chaque jour le seuil des pharmacies. Les comprendre pour mieux les accompagner est le but principal de la première partie.

Proposer des solutions de distribution et de récupération du matériel d'injection, transmettre des messages clés et ciblés, dépister et orienter les usagers s'inscrivent parfaitement dans les missions du pharmacien d'officine et de leurs équipes. Cependant, cette démarche n'est réalisable qu'avec le soutien de structures spécialisées en addictologie. L'identification de ces établissements fait l'objet de la seconde partie de la thèse. En effet, une orientation de qualité n'est possible qu'avec une connaissance précise des lieux impliqués dans la prise en charge de la toxicomanie. Le partage des connaissances de chacun des professionnels en contact avec ces usagers est la seule manière de proposer des solutions adaptées efficaces. C'est donc par l'intermédiaire d'un travail pluridisciplinaire que ces programmes peuvent exister.

En proposant ce service, les pharmaciens participent à la fois à une démarche de santé individuelle dont le but est de protéger les usagers de drogues des risques liés à cette pratique mais également à une démarche de santé publique visant à limiter la propagation de ces infections. Proposer du matériel ainsi que les conseils associés nécessaires au bon usage de celui-ci permet de réduire les risques de transmission infectieuses au sein de cette population.

Ce travail permet d'obtenir une vision d'ensemble du fonctionnement du programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP) mis en place dans les pharmacies du Maine et Loire. Le but est de comprendre son fonctionnement, ses objectifs et d'identifier les effets pour les usagers. Pour cela, nous nous appuierons sur les résultats de plusieurs questionnaires réalisés auprès des pharmacies du département.

Pour conclure, nous parlerons de solutions qui pourraient être mises en place pour étendre la connaissance de ce service auprès des pharmacies du département de Maine-et-Loire.

La voie injectable, une pratique de consommation à risque

Pour comprendre le recours des usagers à la voie injectable, nous aborderons dans un premier temps le type de produits injectés : par quels mécanismes agissent-ils sur l'organisme ? Pourquoi sont-ils consommés ? Par qui ? Nous évoquerons ensuite les risques spécifiques liés à l'utilisation de cette voie d'administration.

Le terme « drogue » peut désigner plusieurs produits. Initialement, il était utilisé pour parler des médicaments vendus par les apothicaires dans le but de soigner des pathologies. Aujourd'hui, il est couramment employé pour parler des substances illicites. C'est pour cela que le terme « substances psychoactives » sera employé pour parler des produits consommés (licites et illicites) qui agissent sur le cerveau en modifiant certaines de ses fonctions. La transmission neuronale utilise des messagers chimiques appelés les neuromédiateurs. Il en existe une centaine dont les plus connus sont la dopamine, la sérotonine, la noradrénaline ou encore l'acétylcholine. Ils véhiculent l'information et peuvent la modifier et la réguler (stimulation, inhibition). Les substances psychoactives peuvent agir de différentes manières (6) :

- par similarité de structure avec certains neuromédiateurs naturels c'est le cas de la morphine qui prend la place des endorphines sur les récepteurs
- par augmentation de la concentration du neuromédiateur comme la cocaïne qui bloque la recapture de dopamine au niveau de la synapse empêchant son élimination
- par blocage des récepteurs naturels, cela empêche les neuromédiateurs naturels de venir s'y fixer. C'est le cas de l'alcool sur les récepteurs activés par le glutamate et la glycine.

Par ces divers mécanismes, les substances psychoactives modifient /régulent l'information véhiculée dans les neurones et provoquent des modifications de la perception (auditive, visuelle et/ou corporelle), des modifications physiques et/ou des modifications psychiques.

Les substances psychoactives sont consommées pour différentes raisons (récréatives, situation d'addictions...) et leurs effets sont liés à la nature et à la quantité de drogues administrées. Elles ont différentes origines : Certaines sont naturelles, c'est le cas du cannabis, d'autres sont semi-synthétiques, comme la cocaïne, qui provient de l'opium extrait du pavot puis modifié chimiquement et d'autres encore, plus récentes, sont entièrement synthétisées. Ces nouvelles drogues de synthèses se développent rapidement et échappent à la réglementation.

Le tabac et l'alcool sont licites. Leur usage ainsi que leur distribution sont strictement encadrés par l'Etat. D'autres substances psychoactives sont illicites (cocaïne, héroïne, ecstasy...). Leur possession ainsi que leur consommation exposent l'usager à des poursuites judiciaires.

Actuellement, en France, **environ 200 substances psychoactives** sont interdites et classées comme « **stupéfiant** » par un arrêté promulgué par le Ministère de la Santé (7). La liste est disponible sur le site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (8).

1. Le recours à la voie injectable

« *Globalement, la part des usagers pratiquant l'injection par rapport à l'ensemble des usagers a reculé au cours des vingt dernières années... Mais il ne s'agit pas d'un reflux numérique : cette diminution tient en fait à l'accroissement régulier du nombre d'usagers de substances illicites qui ne sont pas injecteurs* » (1).

Donc, le nombre d'usagers de drogues injectables (UDI) continue toujours d'augmenter mais sa proportion diminue chez les usagers de drogues (9). Il est donc essentiel de continuer à développer les missions de réduction des risques infectieux dans cette population.

Certains usagers réalisent **jusqu'à 10 injections par jour** (1).

1.1. Place de la voie injectable selon la typologie d'usager

Connaître le type de produit consommé est utile pour comprendre les besoins des usagers en matériel. Le matériel adapté ne sera pas le même selon la drogue qui est consommée. Par exemple, l'usager peut avoir besoin d'une cuillère plus volumineuse pour réaliser sa préparation. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous détaillerons le contenu des trousse de préventions disponibles (le « Stéribox2® » et « Le Kit+ ») dans la partie 5.2 : Le programme d'échange de seringues en pharmacie.

Le tableau ci-dessous présente une catégorisation des consommateurs de substances psychoactives en quatre groupes selon le profil de consommation. Il permet de mieux cerner le type de drogue consommée et la voie d'administration utilisée en fonction de la typologie des usagers.

Dans le tableau 1 (**Annexe 1**), les usagers sont catégorisés en quatre groupes distincts (1) :

1) Dépendants, très précarisés

Une majorité d'UDI fait partie de ce premier groupe composé d'usagers désocialisés « traditionnels », de jeunes en errance urbaine et de migrants en provenance d'Europe centrale et orientale. Le profil de ces groupes est rapidement détaillé ci-dessous (10):

- Les **usagers désocialisés dits « traditionnels »** sont majoritairement des personnes âgées de plus de 35 ans, certains avec des troubles psychiatriques. Les produits consommés sont multiples et liés aux faibles ressources dont ils disposent. Ceux qui ont recours à l'injection le font dans de mauvaises conditions d'hygiène et s'exposent donc à des problèmes sanitaires importants.

- Les **jeunes en errance** (11) sont dans une situation de détresse sanitaire et sociale grave. Ils ne sont plus rattachés à un foyer (familial ou institution).

Ils sont répartis en deux sous-groupes : les « jeunes alternatifs » qui ont recours aussi bien à des pratiques et produits issus de l'espace festif alternatif (stimulants de synthèse, cocaïne...), qu'à des pratiques retrouvées chez les usagers très précarisés (injection, le partage de matériel...).

Les « jeunes en errances urbaines » quant à eux, ont une vulnérabilité sociale marquée et une consommation forte de cannabis et d'alcool.

- Les **migrants en provenance d'Europe centrale et orientale** : cette population, composée en majorité d'hommes seuls parfois rejoints par des membres de leur famille, est de plus en plus présente dans certaines métropoles françaises. Ils ont généralement, débuté la consommation de drogues injectées (héroïne, amphétamines) dans leurs pays d'origine et se sont tournés, en arrivant en France, vers la consommation de médicaments (BHD, méthadone) par voie injectable. Leurs conditions de vie sont similaires aux usagers très précarisés avec en plus une situation irrégulière sur le territoire et une barrière de la langue.

2) Les usagers des espaces festifs alternatifs

Ce type d'usagers peut avoir recours à la voie injectable pour la consommation d'héroïne et des nouveaux produits de synthèse dont la vente sur internet a fait un bond ces dernières années. Par « alternatif », il faut comprendre des fêtes non officielles, en milieu privé mais pouvant rassembler un nombre important de personnes (par exemple les « rave party »). Aucun contrôle n'est réalisé à l'entrée ou durant la fête. Cela rend l'introduction du matériel d'injection et son utilisation plus faciles. La consommation par voie injectable dans ces espaces alternatifs est supérieure à celle des autres lieux festifs. A noter que dans ces soirées, l'héroïne est appelée « rabla », terme moins dissuasif pour certain public.

La population principale de ces espaces est surnommée « teuffeurs », ils sont en partie semi-insérés socialement, c'est-à-dire qu'ils ont un entourage familial et amical. Ils possèdent un logement mais sont souvent en difficulté au niveau professionnel. Cette difficulté est corrélée à l'âge de usagers. Les plus jeunes (entre 20 et 30 ans) ont une insertion tout à fait normale et profitent de ces soirées durant leur temps libre. Les plus âgés (30-45 ans) vivent au rythme de ces événements. Ils portent le nom de « travellers ». Depuis les années 2010, il y a une intensification de la participation de consommateurs très jeunes (parfois mineurs) dans ce type de fêtes alternatives dites à grande échelle ou « teknival ». L'attrait grandissant pour ces événements peut venir de la facilité d'obtention de certaines substances psychoactives et d'un désir de transgression. Mais ces jeunes ignorent les pratiques de précaution ce qui les rend très vulnérables sur le plan sanitaire (10).

3) Les usagers des espaces festifs conventionnels (ou commerciaux)

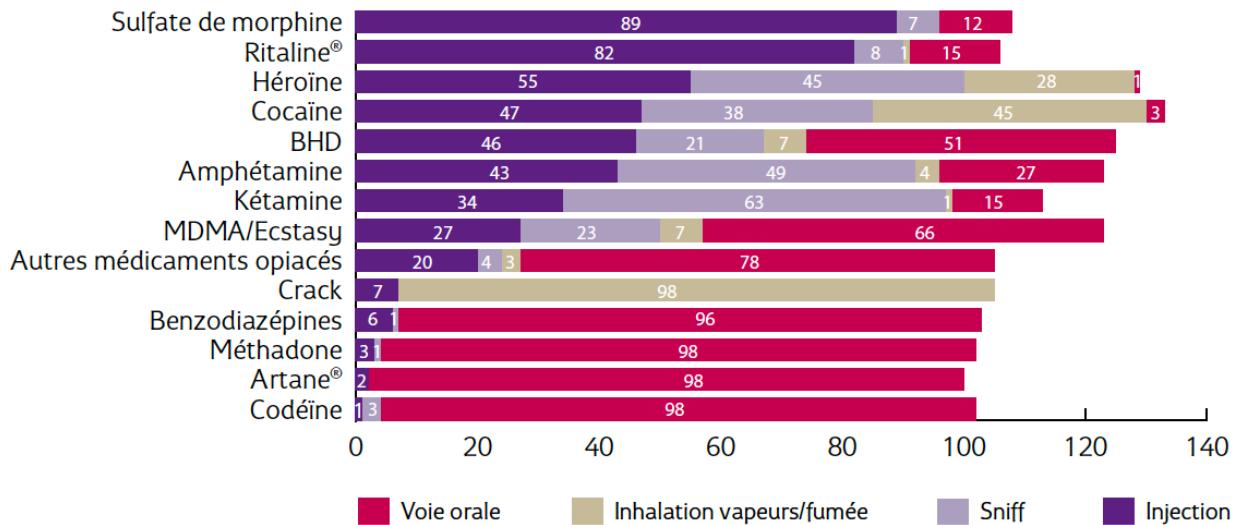
Ces espaces comprennent les clubs et les bars musicaux dans lesquels sont diffusées des musiques plus ou moins populaires voire plus spécifiques comme de l'électro. Les usagers fréquentant ces espaces sont surnommés, les « clubbers », ils sont plus âgés que les « teuffers » (rave-party) et disposent de revenus supérieurs. Ils se placent dans une culture moins réfractaire que les « teuffers ». Ces espaces conventionnels sont **beaucoup plus surveillés**, le recours à la voie injectable n'est pas privilégié. En effet, le matériel d'injection est **encombrant, piquant** donc dangereux et facilement **confisqué** lors des fouilles à l'entrée de ces structures.

4) Les usagers problématiques, « socialement » insérés ou semi-insérés

Cocaïne, héroïne, BHD, sulfate de morphine sont les drogues prises par voie injectable dans cette population. Les usagers sont dits « problématiques » car plus **difficiles à atteindre** par les établissements d'addictologie et les équipes de prévention. Certains sont professionnellement actifs avec un rythme de vie différent des usagers précarisés. Ils ne peuvent ou ne veulent pas venir dans les structures adaptées et ne fréquentent pas les endroits festifs dans lesquels des stands de prévention sont présents.

1.2. Place de la voie injectable selon le type de drogues consommées

L'étude réalisée par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) en 2015 montre une augmentation quasi générale de la consommation des substances psychoactives (1).



Source : ENA-CAARUD 2015 (OFDT)

Lecture : sur 100 usagers récents de sulfate de morphine, 89 l'ont injecté, 7 l'ont sniffé et 12 l'ont consommé par voie orale (total supérieur à 100 % en raison de l'utilisation de plusieurs modes par un même consommateur).

Figure 1 : modes d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'enquête par les usagers des CAARUD (% des usagers récents de chaque substance) (2015) (12)

La **figure 1** mentionne les voies d'administration par type de drogue consommée. Ces données ont été recueillies par les CAARUD, Centres d'Accueil et d'Accompagnement des Usagers de Drogues.

Ce graphique met en évidence une utilisation non conforme de médicaments fréquemment délivrés en officine, c'est à dire que leur utilisation diffère de celle inscrite dans l'autorisation de mise sur le marché. En effet, ces médicaments délivrés sous la forme de comprimés (Ritaline, Buprénorphine Haute Dose, méthadone...) sont en pratique injectés. Dans ce cas, nous parlons d'un usage détourné et/ou d'un mésusage de ces traitements.

Pour bien comprendre de quoi il s'agit, il est nécessaire de reprendre les définitions précises de ces pratiques

Le **mésusage** (13) : « Utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou à l'enregistrement ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques (article R. 5121-152 du CSP) », « Son registre s'étend du médicament à l'usage détourné en passant par une multitude de nuances, et concerne aussi bien des produits de santé prescrits que non prescrits, remboursés ou non remboursés ».

L'usage détourné (14) (13) : « l'usage détourné des médicaments est l'utilisation d'un médicament psychoactif à des fins d'automédication, de divertissement ou d'amélioration des performances »

Près des deux tiers des produits psychoactifs (9 parmi les 14 cités de la **figure 1**) sont des traitements médicamenteux appartenant au monopole pharmaceutique et dont l'accessibilité est restreinte au circuit du médicament. Cela pose question quant à leur obtention. Concernant ce dernier point, deux hypothèses sont posées :

- L'obtention de médicaments (d'origine ou contrefaits) via l'achat sur internet. Une opération internationale nommée PANGEA X (15) a été menée en 2017 avec pour objectif la lutte contre les réseaux de vente illicites de médicaments.

L'Agence de Sécurité Nationale du Médicament (ANSM) avait alors relayé un message de prévention à la population indiquant qu'en achetant des produits sur internet, les consommateurs s'exposent à des risques importants pour leur santé. Il est fondamental que ce message soit relayé aux consommateurs, et c'est aux pharmaciens, garants de la qualité de ces produits, d'insister sur ce point. L'arrivée de la sérialisation (16) ou traçabilité à la boîte est un outil qui a été pensé pour améliorer la sécurité de la chaîne d'approvisionnement du médicament. Chaque boîte d'une spécialité à prescription obligatoire est dotée d'un numéro unique de série. Cette identification empêche l'introduction de médicaments contrefaits durant l'approvisionnement.

- le **circuit de distribution classique**, en d'autres termes, la dispensation par les pharmacies à la suite d'une prescription médicale. Si les produits que nous délivrons se retrouvent vendus dans la rue, il en va de notre responsabilité de limiter à tout prix ce type de pratique. Nous avons aujourd'hui des outils informatiques qui nous permettent d'analyser et de contrôler (délai entre les renouvellements, cohérence avec les conditions de prescription...) nos actes. Pour cela, la consultation via la carte vitale du Dossier Pharmaceutique (DP) et de l'historique des patients est une ressource clé pour identifier les risques de mésusage voire de détournement d'usage. Nous devons également être vigilants au risque de falsification d'ordonnance. Le détournement d'usage est plus difficile à identifier, il peut être soupçonné lorsque par exemple, un patient traité par TSO vient acheter un kit Stéribox^{2®}.

Ces pratiques doivent être signalées aux **Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance** (CEIP aussi appelé centre d'Addictovigilance).

A retenir :

- Près de **2/3** des produits psychoactifs consommés appartiennent au **monopole pharmaceutique**
- Obtention : **marché noir** dans la rue (produits issus du circuit classique ou d'internet)
- **Mésusage** : médicament utilisé par voie injectable alors qu'il est développé pour la voie orale à des fins de divertissement (**détournement d'usage**)

2. Les risques liés à l'utilisation de la voie injectable

Le recours à cette voie d'administration expose les usagers à de nombreux risques pour leur santé.

Rappelons que cette voie est fréquemment utilisée par les professionnels de santé notamment les infirmières. Celles-ci sont formées à réaliser ce geste sur les patients, cela requiert les deux mains pour être effectué correctement et en toute sécurité.

Les usagers réalisent leurs injections eux-mêmes, pratique définie par le terme **auto-injection intraveineuse**. C'est une technique risquée difficile à réaliser, dont l'apprentissage est fait par des pairs, c'est-à-dire d'autres injecteurs avec de l'expérience pour la mise en œuvre de cette technique.

D'après les résultats de la 5^{ème} enquête nationale ENa-CAARUD (12) menée auprès des usagers fréquentant les CAARUD, l'âge moyen de la première injection est **22,3 ans**. Chez 70% des usagers fréquentant le CAARUD en 2015, la première injection a lieu **avant 25 ans**, période de la vie à haut risque de contamination virale où la personne teste des nouvelles expériences sans avoir toujours conscience des risques encourus. Un quart des usagers a réalisé sa première injection avant 18 ans.

Nous évoquerons, dans un premier temps, les risques infectieux auxquels s'exposent les usagers. L'infection est **la première cause de mortalité** (2) dans la population des UDI. Nous listerons ensuite les complications non infectieuses pouvant survenir avec cette voie d'administration.

2.1. Les risques infectieux

2.1.1. Principaux risques viraux : VIH et le VHC (17) (18)

Dans cette partie, nous ferons quelques rappels des éléments importants à prendre en compte pour mieux comprendre les origines du développement des trousseaux de prévention et pourquoi, malgré tous les efforts mis en place pour lutter contre leur propagation, ces virus sont toujours très présents dans la population des UDI.

a) Incidences de ces virus sur la population générale en quelques chiffres (19)

	VIH (20)	VHC (21)
Incidence mondiale	36,9 M (2017)	70 M de personnes
Incidence France	172 600 (fin 2016)	193 000 personnes
Mortalité mondiale	940 000 (en 2017) Plus de 35 M total depuis le début de l'épidémie	350 000 personnes chaque année (2017)
Conséquences sur la santé	- Perte des lymphocytes TCD4 = diminution de l'activité du système immunitaire (en 10 ans : passage au stade SIDA) - Patient très sensible aux infections et cancers !	- Complication hépatique (cirrhose et carcinome) - 1 ^{ère} cause de transplantation hépatique au monde

Tableau 1 : Le VIH et VHC en quelques chiffres clés et les conséquences délétères sur la santé

b) Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

D'origine africaine, le virus de l'immunodéficience humaine est apparu **dans les années 50** (VIH-1 avec le premier cas diagnostiqué datant de 1959). La première contamination a probablement été causée par la morsure ou la consommation de chimpanzé. La seconde souche du virus (VIH-2), découverte plus tardivement en 1986, a les mêmes origines. Le **VIH-1** est très répandu **sur toute la surface du globe**. Le **VIH-2** est moins pathogène et circule essentiellement **en Afrique de l'Ouest** (20).

Ces virus se multiplient en utilisant le matériel cellulaire de cellules immunitaires, les lymphocytes TCD4+. Une fois répliqué, le virus est re-largué dans l'organisme, ce qui entraîne la destruction des lymphocytes. Cela entraîne, au bout d'une dizaine d'années, une baisse de l'efficacité immunitaire de l'individu qui passe alors au stade Sida (syndrome de l'immunodéficience acquise). Ne possédant plus aucun moyen de lutter, il devient très sensible aux infections et cancers.

Actuellement, dans le monde, **36,9 millions** de personnes (**2017**) seraient positives au VIH et presque autant en seraient déjà décédées.

Il existe **3 stades** différents de la maladie, définis par le taux sanguin en lymphocyte TCD4 du malade :

- Le **stade précoce** durant lequel l'organisme arrive à se défendre contre des agressions extérieures
- Le **stade tardif**

- Le **stade avancé ou stade SIDA**, lorsque le risque de développement de maladie est très élevé. D'après les chiffres de l'INSERM (2016) (20), 27% des séropositifs sont diagnostiqués à ce stade avancé en France. C'est pourquoi, la notion de dépistage est fondamentale et doit être connue de toutes les personnes s'exposant à un risque de contamination. Celui-ci doit être réalisé aussi longtemps que l'usager s'exposera à ce risque.

Des Tests Rapides d'Orientation et Diagnostic (TROD) du VIH sont disponibles mais ne peuvent pas être réalisés par les pharmaciens (22). Ils permettent d'obtenir un résultat en 20 minutes et doivent être réalisés 3 mois après le rapport à risque ou la situation potentielle de contamination. L'usager doit se rendre dans une association telle qu'un CAARUD pour être testé (23).

Les pharmacies sont autorisées à vendre des autotests VIH (24). Ce sont des Dispositifs Médicaux de Diagnostic in Vitro (DMDIV) destinés à être utilisés par le grand public.

Aujourd'hui, le développement des traitements de type trithérapie permet aux malades de vivre tout à fait normalement. C'est une maladie qui tend à se chroniciser au même titre que le diabète. De plus, l'arrivée de génériques a permis de réduire de manière importante le coût de la prise en charge. Si l'observance est bonne, la charge virale (mesure permettant le suivi de l'efficacité du traitement) est indétectable, le risque personnel (développement d'infections) et collectif (transmission du virus) est très faible.

Afin de réduire l'incidence de ce virus dans la population, **un traitement prophylactique pré-exposition (PrEP)** a été développé. Dès janvier 2016, ce traitement obtient une RTU afin d'être prescrit aux personnes de plus de 15 ans (19). Depuis mars 2017, ce médicament a une autorisation de mise sur le marché (AMM) et peut être prescrit aux personnes à partir de 15 ans, non infectées au VIH (vérifié par test ELISA de 4^{ème} génération) qui sont exposées à des hauts risques de contracter le virus. Son nom commercial est Truvada®, composé de l'association de deux antirétroviraux (Emtricitabine et Ténofovir disoproxil), il a permis de réduire l'incidence du virus dans les populations à risque. C'est une avancée majeure mais qui comporte des limites car les populations telles que les UDI n'ont pas forcément connaissance de ce moyen de prévention.

Le **seul schéma posologique validé par l'AMM** correspond à la prise continue d'un comprimé par jour. Le traitement devient efficace au bout de 7 jours chez les hommes et 21 jours chez les femmes. Chaque comprimé doit être pris à heure fixe avec un repas pour améliorer l'absorption et réduire les effets indésirables digestifs.

Initialement, à **prescription initiale particulière** (25) (première consultation par un médecin expérimenté exerçant à l'hôpital ou dans un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)), la primo prescription de ce traitement est, depuis le 1^{er} juin 2021 (26), autorisée par les

médecins de ville. Cette modification a pour but de faciliter la prescription de cet outil de RdR infectieux considéré comme sous-exploité par la HAS (seulement 30 000 patients traités). Elle fait suite aux recommandations de la HAS (27), mises en ligne le 28 avril 2021.

Un **second schéma posologique** dit « à la demande » existe mais n'entre pas dans L'AMM. Ce schéma n'est pas adapté aux UDI, il est destiné à être pris avant des rapports sexuels à risque.

Il ne faut pas confondre la PrEP avec le **traitement post-exposition** qui est un traitement **d'urgence** nécessaire pour réduire le risque de contamination après un contact à risque avec le virus. Ce traitement est composé de trois antirétroviraux et doit être pris au maximum **48 heures** après le comportement à risque et pour une **durée d'un mois**. Ce délai de prise en charge montre l'importance d'interroger sur la date de la pratique à risque (injection, rapport sexuel...).

Ces innovations ont permis de **réduire l'incidence du virus** dans la population générale (PrEP et traitement post-exposition) et chez les UDI (traitement post-exposition). L'accès au dépistage ainsi que les thérapeutiques disponibles sont de **précieux outils dans la lutte contre ce virus**.

c) Le Virus de l'Hépatite C (VHC)(21)

De découverte plus récente (1989), le virus de l'hépatite C est très présent chez les UDI car sa **transmission** se fait essentiellement par **voie intraveineuse**. Depuis 30 ans, de nombreux travaux de recherches ont permis la création d'outils diagnostics et de traitements spécifiques et efficaces.

C'est un virus qui présente une **grande variabilité génétique**. Chaque jour, 10^{12} (1000 milliards) virions sont produits, les mutations qui interviennent lors de la réplication entraînent une modification des cibles visées par les anticorps et les traitements. Cette caractéristique lui confère la capacité de devenir rapidement résistant aux traitements mis en place ce qui provoque à terme un échappement thérapeutique. Le développement de traitements combinés avec des antiviraux à action directe (AAD) limite le risque de voir émerger des résistances.

Cette diversité génétique différencie ce virus de celui de l'hépatite B, ce qui rend difficile la mise au point d'un vaccin. En effet, les anticorps fabriqués par l'organisme après la vaccination deviennent rapidement inefficaces.

L'infection au VHC est une maladie **asymptomatique** qui, après **chronicisation**, conduit à des **complications graves** pour la santé. C'est sur la base de facteurs de risque qu'un dépistage doit être proposé. Parmi eux, la toxicomanie arrive en tête de ces facteurs.

Il existe aujourd’hui des TROD VHC qui permettent de connaître facilement le statut de la personne et ainsi orienter son dépistage. Ces tests peuvent être réalisés rapidement et sont **disponibles dans les CAARUD**. C'est un outil important, **peu coûteux** et très **accessible**. Un résultat positif doit conduire la personne à réaliser une sérologie VHC en laboratoire où sont recherchés les anticorps anti-VHC dans le sang. Le suivi du patient sera nécessaire après la cure afin d’analyser la réponse au traitement. Ces TROD ne sont **pas disponibles en officine**. Pour l’instant, le pharmacien n’est donc pas autorisé à les réaliser.

Aujourd’hui, cette infection virale est **la seule à pouvoir être guérie** via les AAD. Dans plus de 90% des cas, la combinaison de 2, voire 3, de ces nouvelles molécules permet une guérison complète de la maladie.

	Pharmacie	CAARUD
Disponibilité d’un test de diagnostic rapide (TROD)	NON	OUI Avantages : test gratuit , réalisable rapidement , et anonymement - réponse en 20 minutes (VIH)
Disponibilités des Autotests VIH, VHC	OUI	OUI

Tableau 2 : Caractéristiques principales des TROD et autotests

Depuis 2017, c'est la stratégie d'accès universel au traitement de l'hépatite C (28) qui est retenue, rendant accessible le traitement de l'hépatite C à toute personne diagnostiquée positive. Cette modification fait suite à la mise à disposition des nouvelles thérapeutiques (les AAD) depuis 2013 (28), plus efficaces (élimination du virus dans 95% en 12 à 16 semaines (28)) et beaucoup mieux tolérées.

L'objectif national est **l'éradication** complète du VHC **d'ici 2025**. Mais cet objectif se heurte à un obstacle important : la circulation du virus chez les UDI. Car, même si un patient a été guéri, il peut se contaminer de nouveau s'il est réexposé au virus. Cette caractéristique fait de la population des UDI un réservoir du virus.

Une campagne mondiale (29) visant à éradiquer le virus de l'hépatite B et C a été votée et validée par les états membres de l'Assemblée Mondiale de la Santé (organe décisionnel suprême de l'OMS qui décide de sa politique (30)) à l'unanimité en 2016 avec la résolution que ces virus aient disparu d'ici 2030. Dans son rapport, l'OMS parle de 320 millions de personnes atteintes par ces deux virus dans le monde en 2016 (31). Les derniers chiffres de l'INSERM (juillet 2019) montre une augmentation des personnes atteintes par le VHB (350 millions soit 100 millions de plus) (32) dans le monde mais un chiffre stable de personnes atteintes du VHC (70 millions) (21). Cela représente un nombre de

personnes atteintes par l'un de ces deux virus qui est supérieur aux malades atteints du VIH, de la tuberculose et du paludisme réunis. Ces chiffres montrent l'importance de mettre des actions pour lutter contre ces deux virus.

Les 7 et 8 décembre 2018 à Amsterdam lors de la 5ème International Viral Hepatitis Elimination Meeting (IVHEM) (29), un panel d'experts, de cliniciens, de virologues et de spécialistes de la santé publique s'est réuni pour discuter de l'avancée du projet et des défis à relever pour atteindre l'objectif. Le principal obstacle au bon déroulement de ce projet concerne le manque de financement. Cela, malgré des analyses qui estiment qu'il y aurait un retour sur investissement positif d'ici 2028. Si des moyens suffisants étaient alloués à ce projet, les économies réalisées, correspondant au coût de la prise en charge des malades, deviendraient supérieures aux moyens investis, en l'espace de dix ans.

Second obstacle identifié, les personnes touchées par ces infections appartiennent à des **minorités très vulnérables** qui ne peuvent plaider leur cause auprès des instances susceptibles de débloquer des fonds. Différentes approches de réalisation du projet ont été menées dans plusieurs pays avec des résultats encourageants. C'est ainsi qu'en **Géorgie**, le gouvernement a opté pour une **approche intégrée** consistant à proposer un dépistage du VHC et B en même temps que le VIH et la tuberculose. Cela a permis d'optimiser l'utilisation des plateformes de soins existantes et de réduire les coûts.

L'Islande, quant à elle, a lancé un programme national orienté sur la recherche de nouveaux cas. Pour cela, un laboratoire central desservant l'ensemble du territoire est chargé de signaler les nouveaux cas. Le projet a également mis l'accent sur le traitement des populations à risques (UDI et détenus).

Les facteurs clés pour atteindre l'objectif sont les suivants : favoriser **le lien avec les soins, rechercher les personnes vulnérables, sensibiliser la population aux risques infectieux, réduire la stigmatisation** des patients porteurs des virus, chercher des **solutions de financement, réduire les coûts du dépistage et des traitements**.

2.1.2. Les autres risques infectieux

La pratique de l'injection est une porte d'entrée à de nombreux micro-organismes, elles sont listées dans le tableau (**Annexe 2**) (2):

- *Staphylococcus aureus* MS (méthicillino-sensible) et MR (méthicillino-résistant)
- *Staphylocoques à CN* (coagulase négative), à CNMS à coagulase négative et méthycillino-sensible) et à CNMR (à coagulase négative méthycillino-résistant)
- *Enterococcus faecalis, avium*
- *Klebsiella pneumoniae*

- Streptococcus intermedius et constellatus
- Enterobacter aerogenes
- Fusobacterium nucleatum
- Eikenella corrodens
- Stenotrophomonas maltophilia
- Serratia marscescens
- Candida

Sur le plan clinique, ces infections se traduisent, le plus souvent, sur le plan clinique par la présence d'**abcès**, de **septicémies** (dissémination de l'infection dans le sang accompagnée d'une libération massive de médiateurs de l'inflammation aussi appelée « tempête cytokinique »), voire d'**endocardites** (infection généralement d'origine bactérienne qui se retrouve après dissémination dans le sang au niveau cardiaque et qui peut endommager les valves du cœur entraînant généralement une insuffisance tricuspidienne ou aortique) (2) (33).

Elles sont la plupart du temps soignées à l'aide une antibiothérapie adaptée mais il arrive que cela nécessite une intervention chirurgicale (pose d'une bioprothèse, remplacement de la valve aortique, drainage chirurgical, vitrectomie).

La préparation de l'injection par l'UDI n'est généralement pas la source de ces infections, les germes sont plus souvent retrouvés dans le liquide de dissolution (eau, salive ou jus de citron) ou au niveau de l'aiguille (utilisée plusieurs fois, échangée, humectée avec de la salive) (2).

« Lorsqu'ils n'utilisent pas le pouce pour la compression, les usagers utilisent le tampon d'alcool pré-injection qui n'est pas absorbant (Apothicom, 1995). La fonction de ce tampon alcoolisé est de nettoyer la peau avant l'injection. S'il ne l'utilise pas avant l'injection pour l'utiliser après, le détournant en quelque sorte de son indication, le toxicomane prend un risque supplémentaire : celui d'une staphylococcie profonde. » (34).

Cette citation illustre l'importance de la présence et de l'utilisation d'un **tampon sec** pour comprimer le point d'injection après utilisation de la seringue. Il est **absorbant** et évite de souiller son doigt avec du sang potentiellement contaminé. Il ne doit pas être confondu avec le tampon d'alcool dont la fonction est la désinfection, avant l'injection, de la peau à l'endroit de la piqûre. Ce dernier, éradique complètement les bactéries telles que **le Staphylococcus aureus**, naturellement retrouvées au niveau sur la peau.

Ceci montre donc l'importance de l'information apportée lors de la distribution du matériel.

Il faut garder à l'esprit qu'une désinfection préalable correctement réalisée et que l'utilisation de matériel stérile réduit le risque d'abcès, de septicémies, d'ostéomyélites, d'endocardites, de candidoses.

2.2. Les modes de contamination et pratiques à risque des injecteurs

La transmission de ces virus se fait via le sang contaminé et donc par l'intermédiaire du matériel souillé. Les UDI sont particulièrement exposés à ce risque de transmission. En effet, leurs pratiques d'injection à très haut risque de transmission font de ce groupe une population à haut risque.

Le matériel utilisé dans la préparation et l'administration de la drogue est dit « souillé » lorsqu'il a été utilisé par un patient avec un statut positif à l'un de ces virus, le matériel contient alors une quantité infime du virus mais néanmoins suffisante pour contaminer un autre usager. Les éléments suivants peuvent retenir une quantité de virus et devenir contaminants s'ils sont partagés :

- la **cuillère** (aussi appelée la « cup ») sert à la préparation et au partage équitable de la dose à chacun des injecteurs
- le **filtre** est utilisé pour retenir les particules présentes encore dans la dose avant son injection
- la **seringue**

Des trousse de prévention contenant tout le matériel nécessaire pour réaliser l'injection des conditions optimales d'asepsie sont généralement disponibles en pharmacie. S'il est utilisé correctement, ce kit constitue un rempart efficace à la transmission de ces virus et aux autres infections susceptibles de se développer. Il est donc capital de rappeler aux usagers l'importance d'une utilisation strictement **personnelle** et **unique** du matériel.

Récemment, les recherches de William Zule et de Robert Heimer ont permis de mettre en évidence un nouveau facteur de risque de transmission virale du VHC : **l'espace mort de la seringue**. Celui-ci correspond au **volume résiduel** présent dans la seringue lorsque le piston est complètement enfoncé. Une fois l'injection réalisée, du sang reste présent dans cet espace. En cause, les pratiques des usagers consistant dans un premier temps à vérifier que l'aiguille se trouve bien dans une veine (il tire sur le piston une fois l'aiguille dans la veine pour vérifier la présence de sang) et dans un second temps, à ponctionner un peu de sang qui sera ensuite réinjecté, afin d'extraire tout le produit de la seringue (cette technique est communément appelée « **la tirette** »). Le **volume de cet espace varie** d'un type de seringue à l'autre, plus celui-ci est faible, moins le virus est présent dans la seringue après l'injection et donc plus le risque de transmission est faible lors d'un partage. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise d'utiliser des seringues à espace mort faible, c'est-à-dire des **seringues serties** (35).

L'infectivité au VHC, c'est-à-dire la capacité d'une seringue à pouvoir transmettre le virus à une personne, est très différente entre les seringues serties et non serties. L'exemple de la seringue de 1 millilitre (mL) qui, à la suite de l'injection aura une infectivité de 47% pour la sertie contre 87% pour la non-sertie. Ce taux chute à 3% dès le lendemain et devient nul au troisième jour avec la seringue sertie. La seringue amovible (non sertie) n'a une infectivité nulle qu'à partir du 7^{ème} jour. Nous retrouvons la même tendance pour les seringues de 2 ml avec une infectivité plus élevée et un temps de négativité plus long, conséquence d'un espace mort plus important (36).

Malgré ces résultats, le message reste le même :

Aucun partage, aucune réutilisation, le matériel ne sert que pour une injection !

2.2.1. Le partage du matériel

D'après l'enquête Ena-CAARUD de 2015 (12), la fréquence du partage de matériel a augmenté entre 2012 et 2015. Cette croissance est statistiquement significative pour les seringues mais ne l'est pas pour le petit matériel d'injection (au moins un élément hors seringue). Ce sont les jeunes de moins de 25 ans (35%) et les femmes (34%) qui ont le plus souvent recours à cette pratique à risque.

	2008	2010	2012	2015	2012-2015
Nombre d'usagers interrogés	1 340	1 102	1 222	1 443	
Seringue	9	9	8	14	**
Au moins un élément hors seringue	23	23	22	24	ns
Eau de rinçage	10	8	7	10	**
Récipient/cuillère	18	16	15	19	**
Coton/filtre	14	13	12	15	*
Eau de préparation	17	14	15	19	**

* : différence statistiquement significative avec un risque $\alpha < 5\%$ / ** : différence statistiquement significative avec un risque $\alpha < 1\%$ / ns : différence statistiquement non significative.

Source : ENa-CAARUD 2008, 2010, 2012 et 2015 (OFDT)

Tableau 3 : Évolution du taux de partage du matériel chez les injecteurs dans le mois précédent l'enquête de 2008 à 2015 (en %) (12)

Par ailleurs, la 6^{ème} enquête Ena-CAARUD (28), réalisée en **2019** montre des chiffres qui tendent à se stabiliser tout en restant élevés. **28%** des usagers interrogés déclarent avoir partagé du matériel au cours du dernier mois avant l'enquête. Ce partage concerne en particulier l'eau pour préparation injectable (EPPI) et les cuillères servant à la préparation. Cette 6^{ème} enquête explique que ces résultats doivent être « *interprétés à la lumière de la difficulté, exprimée par 95% des usagers injecteurs, à se procurer la quantité de seringues ou d'aiguilles qui leur est nécessaire* » (28).

Cette pratique est directement liée à une trop faible distribution de matériel.

2.2.2. L'injection réalisée par une tierce personne

Cette pratique est à risque de transmission de germes car elle est à l'origine de mauvaises manipulations. Elle est utilisée par les injecteurs qui rencontrent des difficultés à réaliser l'auto-injection. Certains ne trouvent pas de veines, conséquence d'un réseau veineux très abimé, d'autres ont des tremblements. Ils font donc appel à une personne extérieure, un tiers, c'est-à-dire un autre usager. L'usager s'exposent à plusieurs risques :

- risque de partage de matériel accidentel ou non
- risque de contamination directe : si le tiers réalise l'injection dans de mauvaises conditions d'asepsie. Il va par exemple utiliser son propre pouce pour comprimer le point d'injection. En imaginant qu'il ait réalisé son injection juste avant, son pouce peut contenir des taches de sang contaminé (selon statut sérologique du tiers, statut très souvent inconnu).

Cette pratique est couramment utilisée, 35% des usagers interrogés dans l'enquête de l'OFDT (12) de 2015 indique avoir été aidés par un tiers pour réaliser l'injection.

2.2.3. La réutilisation de la seringue

Pratique courante, présente chez 70% des usagers fréquentant les CAARUD en 2015 et 65% en 2019. Celle-ci est justifiée chez 95% d'entre eux, par **la difficulté qu'ils ont à se procurer la quantité** de matériel suffisante pour réaliser leurs injections (12) (28).

A retenir :

- **Espace mort** de la seringue corrélé à l'**infectivité**
- Lavage des mains préalable = réduction du risque **d'infection cutanée**
- Usage strictement **personnel** et **unique** du matériel présent dans les kits

2.3. Populations concernées par ces pratiques

Afin de mieux cerner les caractéristiques des populations les plus à risques et de comprendre leurs pratiques, nous nous sommes intéressés à 3 études :

- "**Distributive syringe sharing and use of Syringe Services Programs (SSPs) Among Persons who inject drugs**" (**Adams et al. 2019**) (37).

L'objectif de cette étude était d'étudier les UDI qui partagent leur matériel (DSS dans la publication pour Distributive Syringe Service) afin de voir si la présence d'un PES (SSP pour Service Program Syringe qui correspond aux USA au service proposé par un CAARUD en France) avait un impact sur ce

comportement à risque. Au total, les résultats reposent sur l'analyse des réponses d'UDI vivant dans 20 villes américaines différentes. Le but est d'identifier les facteurs qui influent sur ce type de comportement.

- "***Syringe disposal among people who inject drugs before and after the implementation of a syringe services program***" (**Levine et al. 2019**) (38)

Cette étude a étudié l'impact de la présence d'un SSP (Syringe Services Programs terme utilisé aux États-Unis et correspondant au Programme d'Échange de Seringues en France) sur les pratiques d'élimination des seringues chez les UDI. L'étude a été réalisée à Miami en Floride, ville à l'origine du premier service de ce type aux États-Unis. Son but était de montrer que le fait de proposer des lieux d'élimination aux UDI réduisait le risque d'élimination publique.

- "***Comparison of injection drug users accessing syringes from pharmacies, syringe exchange programs, and other syringe sources to inform targeted HIV prevention and intervention strategies***" (**Rudolph et al. 2010**) (39)

L'objectif de cette étude était d'évaluer les preuves de l'efficacité d'un programme d'échange de seringues en pharmacie. Les auteurs ont utilisé les bases de données suivantes : Pubmed, Embase, Base of Sciences, CENTRAL, ainsi que les données de la revue Cochrane. Finalement, 14 études (8 études américaines, 3 australiennes, 1 Estonienne, 1 canadienne, 1 anglaise) sur les 1568 étudiées ont été retenues. Cela représente l'analyse des réponses de 7035 UDI.

2.3.1. **Les points clés d'enseignement de ces études**

- **Typologie et comportements des UDI :**

Elles font ressortir des **similitudes sur le profil des injecteurs** : majorité d'hommes (73%), âgés de plus de 30 ans, avec un niveau d'étude au secondaire, testés négatifs au VIH (50% de l'échantillon) mais socialement en difficulté et en situation de précarité (revenus inférieurs au seuil de pauvreté, sans-abri).

Elles mettent aussi à jour **des comportements et des éléments de la typologie des UDI les plus à risques à avoir recours au partage de seringues** :

Au Canada (Bertard et al. 2010) la pratique du partage représentait 26,7% des UDI au niveau national.

Les personnes **les plus à risques de partager leurs seringues** sont :

- les **jeunes** de 18 à 29 ans
- les populations blanches
- les personnes **itinérantes**
- celles ayant fait un **séjour en prison** (dans les 12 derniers mois précédent l'enquête)

- les personnes avec un **statut sérologique négatif au VIH**
- les personnes **s'injectant depuis plus de 6 ans**
- les usagers consommant principalement de **l'héroïne**
- les personnes ayant elles-mêmes déjà eu recours à une **seringue déjà utilisée** par quelqu'un d'autre
- les usagers qui **n'éliminent pas correctement** leurs seringues.

Les personnes séropositives au VIH font plus attention au matériel pour eux-mêmes et pour les autres du fait d'une sensibilisation par le système de soins.

Les jeunes sont plus à risques car ils ne fréquentent pas autant les centres d'accueil et d'information spécialisés. Même constat pour les sans-abris et les usagers ayant eu à faire à la police car ils craignent d'être ainsi étiquetés comme personne toxicomane.

- **Certains déterminants psychosociaux motivent à utiliser du matériel neuf :**

L'étude américaine (Adams et al. 2019) fait ressortir que les personnes ayant un statut sérologique positif au VIH font « plus attention » au matériel qu'elles utilisent pour les injections et privilégient « le neuf ». L'adhésion au système de soins leur a permis d'être sensibilisées aux risques infectieux qu'elles encourent mais également auxquels elles exposent les autres en cas de partage.

L'étude réalisée au Canada (Bertard et al. 2010) met en exergue que les personnes utilisant une seringue neuve à chaque injection sont celles qui :

- considèrent que cela les protège du VIH
- considèrent que leur partenaire/leurs proches approuvent cette conduite
- se sentent capables (en lien avec leur confiance en soi) de s'organiser pour ne jamais manquer de seringues neuves, c'est une perception de la facilité/difficulté d'exécuter un comportement.

L'étude réalisée au Canada s'appuie sur la **théorie du comportement planifié** (TCP). Elle a pour objectif de prédire une intention et permet d'identifier les facteurs qui jouent un rôle déterminant sur un comportement, en l'occurrence : Quels sont les facteurs qui font qu'une personne utilisera toujours une seringue neuve ? ».

Elle a permis d'identifier des facteurs directs et indirects qui influent sur le choix d'utiliser une nouvelle seringue chez **les UDI obtenant leurs seringues d'une source alternative** (autre que PES/PESP et pharmacies) donc non sensibilisés aux risques, directement par des professionnels.

- **Impacts constatés des SSP ou équivalents et pharmacies :**

- L'étude américaine (Levine et al. 2019) s'intéresse aussi à l'impact des SSP sur la gestion du matériel : Une ville sans SSP a **8 fois plus de seringues non correctement éliminées** qu'une ville avec plusieurs SSP.

Autre constat : la présence d'un SSP permet de récupérer à la fois les seringues des UDI se fournissant dans ce lieu mais aussi celles des UDI non connus du SSP.

- Il existe un **parallèle entre source d'obtention des seringues et pratique de partage :**

L'approvisionnement dans un centre spécialisé (SSP) ou dans une pharmacie diminue de façon significative les pratiques d'échanges de seringues. La source d'obtention du matériel joue donc un rôle primordial sur son utilisation et son élimination du fait d'une sensibilisation aux risques de contamination et infectieux encourus.

- La moitié des usagers qui se fournissent dans les SSP canadiens, récupèrent aussi du matériel pour d'autres personnes.

2.3.2. Les leviers comportementaux de ces 3 études, utilisables pour la réduction des risques infectieux

Il ressort donc que les **leviers comportementaux** sont de plusieurs ordres :

- **Un niveau d'information adapté** sur les risques infectieux, les pratiques à respecter et dangereuses pour l'UDI lui-même ou pour les personnes qu'il injecterait.

- **Un accès facilité (gratuit) à du matériel neuf** auprès de structures adaptées (accueil, écoute, sensibilisation, soins...) telles que les SSP (ou équivalent) et pharmacie. La possibilité d'y récupérer du matériel pour un proche montre aussi des effets positifs sur les pratiques d'injection et sur la gestion du matériel.

- **Des critères d'ordre psychologique** sont déterminants : pour qu'une personne se sente capable de gérer ses besoins, ces derniers doivent être identifiés et quantifiés pour une période donnée. Une planification réaliste peut ensuite être réalisée. Pour cela, la personne doit repérer les causes à l'origine d'une évolution de ses besoins. Elles sont propres à chaque individu, nous pouvons citer l'exemple d'une rentrée d'argent régulière à une date donnée dans le mois.

Être en capacité de gérer ses besoins (anticiper l'achat et/ou l'obtention de matériel neuf) par exemple et ceux des autres est directement lié à la confiance que l'on se porte à soi-même et implique un niveau minimum d'estime de soi.

2.3.3. Des divergences

Une étude (Quinn et al.,2014) (40) menée dans la ville de Los Angeles, a démontré que la fréquentation et l'utilisation d'un SSP au cours des 30 derniers jours étaient associées à une diminution du risque de mauvaise élimination des seringues, à la différence de l'**obtention de seringues dans une pharmacie au cours des 6 derniers mois qui était corrélée à un risque accru de mauvaise élimination** ; conclusion qui diffère donc de l'étude réalisée avec les données d'usagers vivant dans les 20 villes Américaines.

Ce résultat pose question :

- Y aurait-il plus de difficultés à rapporter le matériel usagé dans une pharmacie que dans un centre spécialisé ? Dans ce cas, pourquoi ? : Serait-ce lié aux caractéristiques du lieu (public présent ? manque d'anonymat ? crainte de la stigmatisation ? ...)
- Le niveau d'information donné à l'UDI serait-il insuffisant ou inadapté ?

En effet, si l'on fait un parallèle avec les PESP mis en place en France, l'on pourrait percevoir cela comme un frein à l'extension de ce service en pharmacie. Il peut sembler logique que le fait de proposer une meilleure accessibilité à ce type de matériel entraîne une augmentation de la distribution des seringues et donc par extrapolation, l'on peut faire l'hypothèse d'un risque accru de retrouver davantage de seringues sur la voie publique. La question de l'élimination du matériel demeure primordiale.

2.3.4. Des axes d'amélioration

- Élaborer des **accessoires de gestion du matériel**, un boîtier qui reprendrait le concept du pilulier pour les médicaments dans lequel l'usager mettrait son matériel. Il serait muni d'un indicateur visible (un trait rouge par exemple) indiquant à la personne qu'elle arrive dans la réserve de son stock afin qu'elle pense à aller se réapprovisionner. L'idée proposée dans l'étude canadienne (41) est intéressante et pourrait être expérimentée.
- « **Miser** » sur les pairs, souvent plus âgés et mieux sensibilisés car fréquentant majoritairement des centres spécialisés. Leur rôle est primordial dans l'acceptation d'un nouveau comportement. Ils constituent un **vecteur d'information** à ne pas négliger. Leur proposer des interventions éducatives comportant des supports visuels et simples pourrait permettre d'atteindre d'autres populations qui ne côtoient pas les SSP/pharmacies.

Les sujets de sensibilisation sont nombreux et peuvent être diversifiés. L'étude américaine (Adams et al. 2019) pointe notamment le risque d'infection cutanée auquel les usagers apparaissent très réceptifs.

- **L'élimination du matériel d'injection est un sujet central à prendre en compte.** Nous constatons que ces études abordent le sujet de la récupération des seringues sans parler de l'élimination du « petit matériel ». Le terme « petit matériel » est utilisé pour parler de l'ensemble du matériel, autre que la seringue, nécessaire pour réaliser l'injection. Celui-ci a également un contact avec le sang de l'usager et possède donc une infectivité. Même s'il n'est pas piquant comme l'aiguille, il peut y avoir transmission virale par partage de la cuillère, revente du filtre...

Un point sur l'élimination sera fait dans la partie 7.2 afin de comprendre comment et où ce matériel peut être rapporté.

- La mise à disposition de lieux d'information et de soin, de distribution de matériel et de professionnels formés doit être accompagnée par une prise en compte des déterminants psychosociaux déclencheurs des comportements des UDI liés à l'injection.

2.4. Les risques non infectieux

2.4.1. L'injection de médicament en usage détourné

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie, de nombreux UDI s'injectent des médicaments appartenant au monopole pharmaceutique et détournés de leur indication.

En 2017, « *162 500 patients ont bénéficié d'un remboursement de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) délivré en ville* » (42). Le MSO le plus prescrit est la **BHD seule** (non associée à de la Naloxone) à **61%** soit 99 500 patients traités. Parmi les usagers de drogues injectables reçus dans les CAARUD en 2015, 46% s'injectaient de la BHD.

Cet analogue morphinique supprime le syndrome de manque. Or ce médicament a été développé pour une administration sublinguale, certains de ses excipients ne sont pas adaptés à la voie injectable. Dans la pratique courante, les usagers broient le comprimé, le dissolvent avec du jus de citron ou de l'eau tiède, puis filtre la solution obtenue avec un coton ou un filtre à cigarette. Les recherches ont mis en évidence des complications secondaires à ce type de pratique : des **complications de type vasculaire** (43) :

- des abcès
- des thromboses veineuses
- des endocardites infectieuses (2)
- des phlegmons

- des nécroses cutanées (ou livédos nécrotiques, mécanismes lésionnels provoqués par l'amidon de maïs utilisé comme excipients du comprimé)
- des cellulites
- des ulcères
- de thromboses veineuses profondes et superficielles au point d'injection qui évoluent en œdèmes chroniques des extrémités
- des nodules sous cutanés
- le « syndrome des grosses mains » aussi appelé « **syndrome de Popeye** » ou « gants de boxe ». Il a été défini par Abeles après l'examen de détenus d'un centre pénitentiaire de New-York. Ces personnes présentaient des œdèmes mous et bilatéraux sur le dos de la main. C'est un syndrome relativement peu connu et qui ne décline pas à l'arrêt des injections. Les œdèmes deviennent persistants après plusieurs mois d'injections, conséquence d'une modification tissulaire et notamment d'un durcissement de la peau. Ce signe peut être aisément identifié au comptoir, ce qui peut nous permettre d'avertir l'usager sur les risques d'une telle pratique (43).

Il est important de faire comprendre aux UDI que ces effets indésirables sont **irréversibles** et qu'il faut les stopper avant d'avoir des complications graves.

Ces complications sont dues à certains excipients utilisés dans la fabrication des comprimés orodispersibles qui sont insolubles dans le sang, c'est le cas du talc, de l'amidon de maïs et de la cellulose microcristalline. Ces particules risquent de boucher les petites veines et former des **micro-emboles**. Cela peut également entraîner des complications au niveau **local, pulmonaire, cardiaque**. Les petits embolies formés par **cristallisation** de l'excipient du comprimé, vont obstruer les capillaires pulmonaires, augmentant alors la tension à l'intérieur du poumon et se traduisant par le développement d'une **insuffisance cardiaque**.

Certaines techniques permettent de réduire ce risque : le **filtre en coton** stérile présent dans le Stéricup® lui-même disponible dans le kit+/Stéribox2® permet de retenir une partie de ces particules. Conseiller une **double filtration** entraîne une réduction encore plus importante du nombre des particules injectées. L'inconvénient est qu'il retient également du produit, frein important dans l'acceptation par les UDI.

Une solution a été développée par le laboratoire Apothicom®, la Maxicup® (44), cuillère de plus grande taille pouvant contenir un volume de solvant plus important ce qui améliore la dilution et permet d'obtenir une préparation plus soluble et plus homogène. Actuellement, ce matériel n'est pas présent dans les kits, l'UDI peut s'en procurer dans les CAARUD.

2.4.2. Les injections répétées

La répétition des injections risque, à terme, de fragiliser le réseau veineux de l'usager. Il y a un risque d'obstruer /écorcher les veines qui, rendra l'acte de plus en plus difficile et douloureux. Des études menées sur l'usure de l'aiguille prouvent que celle-ci n'est pas faite pour être utilisée plusieurs fois (45).

La dégradation du réseau veineux rend difficile l'identification de la veine, l'usager doit alors demander l'aide d'une personne tierce dites « injecteur » pour réaliser l'injection. L'intervention d'une seconde personne induit une augmentation du risque de contamination si les règles d'hygiène et d'asepsie ne sont pas respectées.

Les différents centres d'accompagnement et de prise en charge du patient toxicomane en Anjou

Il existe plusieurs établissements présents à Angers ayant des compétences dans le domaine de l'addictologie. Nous listerons le rôle et les missions de chacun d'entre eux afin d'être en mesure d'orienter un usager qui en fait la demande ou si cela nous semble pertinent, lors de la vente/la distribution de kits d'injection ou lors de toute autre demande.

Dans cette partie, nous aborderons uniquement les établissements étant en mesure d'apporter une aide à nos patients cibles, les UDI.

3. Le RESAAD

Les différents acteurs de la prise en charge du toxicomane constituent un réseau : le RESAAD 49 (46) (Réseau des Acteurs en Addictologie du Maine et Loire). Le siège social de cette association est basé au 243 rue Jean-Jaurès à Trélazé (49800), peut être contacté par courriel : resaad49@orange.fr ou par téléphone : 02.41.42.90.07.

Ce réseau regroupe :

- **des professionnels de santé du secteur libéral (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers et du secteur hospitalier).**

L'orientation vers le secteur hospitalier peut être envisagée selon le niveau de prise en charge nécessaire à la personne. Elle se fera vers un hôpital de jour évitant au patient les contraintes d'une hospitalisation complète, ou encore vers des unités spécialisées dans ce domaine afin de réaliser un sevrage sur une courte période, enfin vers un service de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) pour prendre le relais dans la prise en charge via des séjours de 4 semaines à 3 mois. Ce service intervient pour gérer les conséquences liées à l'arrêt de la consommation.

- **des associations représentatives des usagers**
- **des institutions**
- **des membres à titre individuel**
- **des acteurs de prévention, d'éducation pour la santé et de la réduction des risques**
- **des acteurs du médico-social**

Il « a pour mission de favoriser l'accès aux soins et à la prévention dans un contexte d'interdisciplinarité des prises en charge ».

Ses missions sont les suivantes :

- **l'information et l'orientation** des partenaires

- le développement de **partenariats** par la connaissance mutuelle des acteurs
- l'amélioration des pratiques de **coopération**
- la mise en place **d'actions, de formation, d'activité de recherche, d'expérimentation et d'innovation**

- Les actions proposées pour favoriser le lien entre les acteurs se composent de journées partenariales, de formations, de soirées thématiques, de création d'outils de communication, de réunions débats, d'échanges d'expérience...

L'association Ligérienne d'Addictologie 49 (ALiA49), qui a établi son siège social à Angers, fait partie des partenaires de ce réseau. Elle intervient sur tout le département du Maine et Loire dans le domaine des addictions avec ou sans substance (47).

4. L'Association Ligérienne d'Addictologie 49 (ALiA49)

Déclarée le 4 juin 2009 à la préfecture, cette association à but non lucratif est le résultat du regroupement de 3 associations. Elle intervient dans le secteur médico-social par l'intermédiaire de Centre de Soins, d'Accompagnement et de prévention en Addictologie (CSAPA), et de Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de drogues (CAARUD) : les « Boutik ». Ces centres agissent sur cinq sites du département : Angers, Beaupréau, Cholet, Saumur et Segré. L'association est dirigée par un directeur qui gère un pôle ambulatoire comprenant les établissements suivants : CAARUD et CSAPA ambulatoire ainsi qu'un pôle Hébergement (CSAPA hébergement) comprenant les appartements thérapeutiques d'Angers et de Cholet ainsi que le Centre Thérapeutique Résidentiel de Haute Brin à Beaupréau. Elle est également le support des services de prévention et formation.

4.1. Le pôle ambulatoire

4.1.1. ALiA 49 : le CSAPA

Le CSAPA d'ALiA est un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

Il possède des locaux à Angers, Cholet et Saumur.

A Angers, ces locaux se situent **8 rue Landemaure à Angers** (49100). L'accueil se fait du lundi au vendredi (9h00 à 13h00 et 14h00 à 17h00) et permet à toute personne qui le souhaite, de recevoir de l'information, pour elle-même ou pour un proche, sur la thématique des addictions au sens large (consommation de produits et conduites addictives).

Ses missions concernent l'accompagnement (médical, psychologique, social, éducatif) et le soin des personnes.

4.1.2. Le dispositif de Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)

Cette consultation est destinée aux personnes même mineures **de moins de 25 ans, leur entourage**, mais également **les professionnels en contact avec des jeunes** (enseignants, éducateurs...). Elle propose un moment d'échange, d'écoute sur le sujet de l'addiction chez les jeunes. C'est un lieu ressource permettant d'échanger sur les sujets tels que les consommations, la prévention précoce, la réduction des risques. Ces consultations peuvent évaluer les consommations et orienter vers une prise en charge classique au sein du CSAPA si cela s'avère nécessaire.

Ces consultations se font exclusivement sur prise de rendez-vous téléphonique et peuvent se dérouler dans différents lieux (locaux du CSAPA Angers/Cholet/Saumur, Maison des Adolescents à Angers, Beaupréau, Montreuil Bellay, les établissements scolaires) (48).

4.1.3. Centre de Délivrance de Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)

Ce centre est situé dans les locaux d'Alia Angers au **8 rue Landemaure**. L'équipe est composée de médecins, d'infirmier(e)s et de travailleurs sociaux. Ils reçoivent les patients de manière gratuite et anonyme les lundis, mercredis, jeudis et vendredis de 8h30 à 13h00 et les mardis de 13h00 à 16h00. Ces consultations sont accessibles en visite directe ou après prise de rendez-vous téléphonique (02.41.47.47.37). Elles permettent de proposer aux usagers, dépendants aux opiacés, des traitements de substitution dans le but de les sevrer de ces drogues. Néanmoins, le traitement n'est qu'un des éléments dans la prise en charge de l'addiction, le centre est donc en mesure de proposer également une aide médicale, psychologique et sociale.

Pour les sites de Cholet et Saumur, les consultations sont disponibles sur rendez-vous (49).

4.1.4. Les Consultations Avancées (Baugé)

Le centre de consultations avancées se situe au pôle santé **8, bd maréchal Foch, à Baugé (49150)**. Il est ouvert un jeudi sur 2 à partir de 10h00 et propose aux usagers vivant à Baugé et ses alentours de recevoir une prise en charge similaire aux usagers vivant à Angers.

4.2. Le pôle hébergement : CSAPA hébergement

Ce pôle hébergement se compose d'un centre thérapeutique résiduel situé à Beaupréau et de 6 appartements thérapeutiques (4 à Angers et 2 à Beaupréau).

4.2.1. Soin résidentiel collectif : Le Centre Thérapeutique résiduel (CTR)

Ce centre accueille des personnes majeures et célibataires qui ont fait le choix d'entreprendre un sevrage d'un ou plusieurs comportements addictifs. Cette aide consiste à créer une rupture avec leur milieu habituel. Les séjours sont limités à une durée maximale d'un an.

Les patients vont pouvoir s'habituer de nouveau à vivre en collectivité en participant à des ateliers thérapeutiques, sportifs, loisirs. Ils réalisent les tâches quotidiennes. Ils respectent des règles du centre.

Un soutien est également apporté à ceux qui souhaitent renouer avec leur famille.

Une équipe pluridisciplinaire est présente pour leur apporter tout le soutien nécessaire et s'appuie pour cela sur trois dimensions : éducative, médicale et psychologique (50).

4.2.2. Soin résidentiel individuel : Les appartements thérapeutiques (AT)

Ces appartements proposent aux résidents sortants du CTR d'avoir une période de transition avant le retour à une vie en complète autonomie.

A la différence du centre, ces appartements peuvent être mis à la disposition de famille (couple avec ou sans enfant).

Un suivi similaire tridimensionnel leur est proposé par une partie de l'équipe du CTR et du CSAPA de Cholet (CSAPA de Cholet uniquement) (51).

5. Le CAARUD ALIA49 « La Boutik »

Le CAARUD propose trois lieux d'accueil : Saumur, Cholet et Angers. Ce dernier est situé au 23 rue Marceau, entre le château d'Angers et la gare, et est ouvert 4 jours par semaine (les lundis, mardis, jeudis et vendredi de 14h00 à 17h00). Il accueille les usagers qui le souhaitent, dans un cadre sûr et agréable. Il propose également des rencontres personnalisées sur rendez-vous.

Pour qui ?

Ce centre accueille toutes personnes ayant une addiction avec ou sans produit. Elles présentent des profils et peuvent être à des stades très différents dans la démarche de soin. Elles se rencontrent, échangent entre elles et avec le personnel. Ces interactions avec d'autres usagers, peuvent motiver certains à se lancer dans une démarche de prise en charge. Ils peuvent également partager sur les pratiques d'injections et les risques (52).

Le fonctionnement

Ce type de structure est financé par **l'Assurance Maladie** et gérée par l'association ALIA49.

L'équipe est composée de 2 infirmières et de 2 Assistants Sociaux.

Ses Missions

Les missions du CAARUD sont définies dans un décret (53) publié au JO du 22 décembre 2005.

Cet établissement « a pour objectif de **prévenir** ou de **réduire**, en s'adaptant aux besoins locaux, **les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants** y compris dans leur association avec d'autres substances psychoactives (alcool, médicaments...) et, ainsi, vise à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs » (54).

5.1. Accueil collectif et individuel des usagers de drogues

L'accueil est un rôle majeur de cet établissement. Il doit être sécurisant afin d'offrir un moment de repos aux usagers. Un espace bar permet de créer un lieu convivial où chacun peut discuter avec le personnel du CAARUD et d'autres usagers.

L'espace assure un accueil adapté à la vulnérabilité des personnes.

5.2. Accompagnement dans l'accès aux soins :

5.2.1. Aide à l'hygiène et accès aux premiers soins

Ce lieu, susceptible d'accueillir des personnes vivant dans une grande précarité, propose un accès aux soins de premiers niveaux et l'éducation sanitaire. Une salle de bain avec douche, lavabo, machine à laver ainsi que sèche-linge, est mise à disposition des visiteurs. L'objectif est qu'ils puissent, en passant un moment dans ce lieu, prendre du temps pour eux et repartir avec des affaires propres. Le personnel peut également réaliser des soins simples avant une éventuelle orientation vers une structure de soins adaptée.

5.2.2. Incitation au dépistage des Infections transmissibles

Cet endroit est également un lieu propice pour aborder les messages de prévention et de dépistage. De nombreuses affiches d'informations sur des sujets tels que l'injection, l'inhalation, le sniff ou même l'overdose sont exposées dans les locaux et des flyers sont mis à la disposition des visiteurs. Ce lieu accueille une population extrêmement exposée aux risques de transmission infectieuse, c'est pour cela qu'une salle, équipée d'un fauteuil de soin dans les locaux, permet de réaliser avec l'aide d'un(e) infirmier(e), des tests de diagnostic rapide (VIH et VHC). Leur réalisation est très simple, les résultats sont obtenus en 20 minutes, leurs coûts sont faibles.

5.2.3. Orientation vers le système de soins spécialisés

L'usager de drogues est susceptible d'être en contact durant sa vie avec différentes structures de soins qu'il nous est utile de connaître pour délivrer un conseil adapté de qualité.

Le CAARUD peut orienter les usagers vers des structures de soins spécialisés :

- Le **CeGIDD 49**, Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (55)
- Le **CSAPA**
- La **PMI** (Protection Maternelle et Infantile) : Service départemental en charge de la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Situé **79 avenue pasteur à Angers** et ouvert **du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et 13h30 à 17h30** (56).

5.3. Accès aux droits, logement, insertion/réinsertion professionnelle

Le personnel est également présent pour accompagner l'usager dans toutes ses démarches vis-à-vis des administrations gérant la protection sociale. Il pourra, par exemple, se faire aider pour son affiliation à l'assurance maladie, son renouvellement de carte d'identité, sa demande de logement, une candidature pour un poste... Des démarches qui peuvent paraître compliquées pour des personnes en grande précarité mais qui sont indispensables pour retrouver leur place dans la société.

5.4. Mise à disposition et élimination de matériel de prévention des infections

L'usager peut obtenir du matériel neuf. L'objectif est simple, répondre le plus possible au besoin afin de réduire le risque de partage de matériel et par conséquence la transmission de maladies infectieuses (VIH/VHC). Il peut choisir le matériel dont il a besoin pour sa pratique. Les quantités sont adaptées à la fréquence de leurs visites au CAARUD. Autre avantage : l'usager a un **choix très large de matériel** (seringues, filtres, solution hydro-alcoolique en dose, crème cicatrisante en dosette) permettant de répondre à des besoins plus spécifiques. Cette mise à disposition, totalement anonyme et gratuite, est notifiée sur des tableaux. Seul un surnom, qu'ils doivent renseigner à chaque visite, leur est demandé afin de pouvoir réaliser un suivi de la fréquentation du centre.

Les seringues rapportées sont stockées dans des conteneurs DASRI qui sont collectés par la société Médicup®.

Des **collecteurs de différentes tailles**, adaptés aux habitudes de chaque usager, leur sont proposés pour stocker leur matériel avant de le rapporter. Les petits formats permettent aux usagers vivant dans la rue de stocker discrètement leur matériel. Les plus grandes tailles, plus encombrantes, permettent un retour plus occasionnel du matériel, plus pratique pour les injecteurs ayant un lieu de vie. Ils sont ensuite directement placés dans des containers de plus grandes tailles, cela limite le risque d'accident d'exposition au sang pour le personnel.

La distribution des kits et du matériel est réalisée dans l'espace commun du CAARUD. Des livraisons sont également assurées par une maraude (camionnette) pour approvisionner les usagers qui ne sont pas en mesure de se déplacer.

Le CAARUD gère également le TOTEM présent au CHU d'Angers. Cet automate permet le dépôt des seringues usagées. En rapportant une seringue utilisée, les usagers obtiennent un jeton. Ce jeton permet d'obtenir un nouveau kit. Cet automate échange donc une seringue usagée par deux seringues neuves.

Les chiffres, transmis par le CAARUD, concernant la distribution et la récupération de seringues sont les suivants :

	Kits distribués PESP	Kits délivrés au TOTEM	Kits récupérés (estimation réalisée après pesée des containers)
2019	Non communiqué	2424	3792
2020	2304 soit 4608 seringues	3726 soit 7452 seringues	2984,33 seringues sur 12060 seringues distribués : 24,7% des seringues récupérées par le TOTEM

Tableau 4 : Quantité de kits distribués avec le PESP et le Totem (chiffres transmis par le CAARUD d'Angers)

D'après le tableau 6, la quantité de seringues délivrée en 2020 par le TOTEM augmente par rapport à 2019 et reste supérieure à la quantité délivrée via le PESP. En analysant le nombre de seringues récupérées par cet automate, on peut en déduire que 24,7% des seringues distribuées par le biais du TOTEM et des pharmacie partenaires sont éliminées correctement. Cela ne signifie pas que les autres seringues sont mal éliminées mais aucune donnée ne permet d'obtenir le taux exact de seringues correctement éliminées. Ces données ne permettent pas non plus de savoir ce que devient le petit matériel. Il semble important de travailler sur cette partie du PES.

Le CAARUD étend cette mission en proposant aux pharmacies d'officine de participer à un programme d'échange de seringues. Le principe de ce dernier sera détaillé dans la sous-partie 7. Le programme d'échanges de seringues.

5.5. Intervention de proximité à l'extérieur du Centre

5.5.1. Permettre une bonne intégration dans le quartier vis-à-vis du voisinage

L'installation de ce type de structure peut être source d'inquiétude pour le voisinage ; en effet cela crée une affluence d'usagers dans un même lieu. Les équipes de ces établissements vont à la rencontre des habitants du quartier afin de leur expliquer le rôle de la structure et de les rassurer quant à son fonctionnement et ses objectifs.

Des règles strictes sont imposées aux usagers et des sanctions sont appliquées en cas de non-respect. Une personne qui consomme, qui essaye de dealer, ou tout simplement qui a un comportement inadapté pourra se voir refuser l'accès aux locaux.

Le personnel de la « La Boutik » est garant de la propreté des alentours, et veille à ce qu'il n'y ait pas de matériel laissé sur la voie publique.

Dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles (57), l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) recommande au personnel du CAARUD de réaliser une démarche de médiation afin d'avoir une reconnaissance vis-à-vis des professionnels du secteur médico-social et des institutions notamment les forces de l'ordre. Cela permet notamment d'avoir un accord tacite permettant d'éviter les interventions aux alentours du CAARUD. Les consommateurs qui le fréquentent ne peuvent pas y être interpellés pour possession de produits illégaux. C'est un point important pour les usagers fragiles, vivant dans la rue, qui sont obligés de garder leurs drogues sur eux.

5.5.2. Réduire le risque de nuisance lié à l'usage des drogues

Ce système permet de **rassembler** ces personnes dans un lieu unique et adapté. L'ouverture d'un dialogue et l'établissement d'un climat de confiance est alors possible avec les usagers.

C'est un établissement créé pour répondre à leurs besoins les plus urgents. Cette attention qui leur est portée renforce le sentiment de confiance et de quiétude qu'ils ressentent une fois dans les locaux. Le personnel du CAARUD est garant de la propreté des alentours, il n'y a donc aucune inquiétude à avoir pour le voisinage.

5.6. Dispositif de veille en matière de drogues et de la toxicomanie et acteur de la recherche / prévention et de la formation sur l'évolution des pratiques

Ce lien établi avec les usagers permet **d'obtenir des renseignements** sur les différentes pratiques d'injection ainsi que sur les produits consommés. Ces informations sont par la suite analysées afin de vérifier la bonne adéquation entre les produits consommés et le matériel mis à disposition, et permettent d'orienter les moyens de prévention proposés (par exemple, le choix des thèmes abordés lors des formations).

Deux autres CAARUD sont ouverts pour répondre à la demande des usagers vivants dans les secteurs de Saumur et Cholet :

- **A Saumur** (49400) : 150 rue des Prés, ouvert les mardis de 14h30 à 17h00.
- **A Cholet** (49300) : 4 rue Marteaux, ouvert les vendredis de 14h00 à 16h00.

6. Le Comité des Acteurs en Addictologie du Maine-et-Loire (CAAD49)

Rassemblant tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des addictions, ce comité a pour but d'informer les usagers sur les structures existantes et de les orienter vers celle(s) qui seront les plus compétentes pour les accompagner et les faire adhérer à une prise en charge adaptée. Il accompagne l'usager tout au long de son parcours de soin, de son entrée jusqu'à son retour à une vie sociale normale. Ce comité se définit comme un soutien, pour les professionnels et bénévoles des différentes structures, dans la **gestion des situations complexes**. Il a une **vision globale des ressources** nécessaires au bon déroulement de la prise en charge des addictions et est en mesure d'estimer les besoins et actions à mettre en œuvre pour que tout se déroule correctement. Il gère la partie organisationnelle et logistique du parcours de santé (58).

Nous avons élaboré un tableau qui liste l'ensemble des structures présentes dans le Maine et Loire. Il a pour objectif d'orienter rapidement un usager vers la structure la plus adaptée à sa demande. Il synthétise le rôle et les missions des structures ainsi que les informations pratiques permettant de prendre contact avec elles.

	Statut	Rôles et missions	Coordinnées et horaires
RESAAD49 Réseaux des acteurs en addictologie du Maine et Loire	Association	Réseaux regroupant tous les acteurs intervenant en addictologie dans le département du Maine et Loire Objectifs : Favoriser l'accès aux soins et à la prévention dans un contexte d'interdisciplinarité des prises en charge -orienter les partenaires -favoriser l'extension du réseau -favoriser la coopération entre professionnels -actions de recherche, innovation et formation	Siège social : 243 rue Jean-Jaurés, 49800 Trélazé  resaad49@orange.fr  02.41.42.90.07
CAAD49	Comité	Objectifs : Favoriser l'accès au soin - informer les usagers de l'offre disponible en addictologie	8 rue Landemaure, 49100 Angers  02.41.47.01.67

		<ul style="list-style-type: none"> - informer les professionnels et bénévoles - recensement des besoins et appui logistique dans le parcours de soin 	<p>Il est possible de contacter le CAAD49 en utilisant le lien suivant : www.caad49.fr/contactez-nous/</p>
ALIA49 Association Ligérienne d'addictologie 49	Association à but non lucratif	<p>Elle intervient dans le secteur médico-social par l'intermédiaire de différents centres ayant chacun des rôles définis (CSAPA, CAARUD).</p> <p>Elle gère le RESAAD dans lequel elle est également partenaire.</p>	<p>Siège social : 8 rue Landemaure, 49100 Angers</p> <p> 02.41.47.01.67</p>
Le CSAPA Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	Établissement Géré par ALIA	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmission d'information sur la thématique des addictions au sens large (avec ou sans produit) - Accompagnement des usagers sur un plan médical, psychologique, social et éducatif - Mise en place et suivi des soins des usagers <p>Pour assurer une prise en charge globale et un suivi optimal des patients, il dispose d'un pôle ambulatoire et d'un pôle hébergement</p>	<p>Lieu : 8 rue Landemaure, 49100 Angers</p> <p>Accessibilité : du lundi au vendredi De 9h00-13h00 et 14h00-17h00 (répondeur les mardis matin)</p> <p> 02.41.47.47.37</p> <p> angers@alia49.fr</p> <p>Fax : 02.41.47.44.00</p>
Les autres CSAPA du département du Maine et Loire		<p>- Beaupréau (49600) : 10 rue du Sous-Préfet Barré. Géré par ALIA Cholet. Accessible uniquement sur rendez-vous les 2^{ème} et 4^{ème} mercredi du mois</p> <p>- Cholet (49300) : 4 rue des Marteaux. Géré par ALIA Cholet. Accessible les lundis  et vendredis de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00, idem les mercredis et jeudis mais à partir de 9h30 et les mardis matin de 9h00 à 12h00.</p> <p> 02.41.65.32.61 (ALIA Cholet)</p> <p>Fax 02.41.71.26.49</p> <p>- Saumur (49400) : 150 rue des Prés. Accessible les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 8h30 à 13h00 et de 13h30 à 18h30 (mardis et jeudis jusqu'à 18h00 et vendredis jusqu'à 17h30).</p> <p> 02.41.38.15.15</p> <p>saumur@alia49.fr</p>	

		Fax 02.41.38.15.00	
Le dispositif de CJC Consultations jeunes consommateurs	Dispositif Géré par le CSAPA	<p>Public cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les jeunes de moins de 25 ans ainsi que leurs familles - les professionnels en contact avec des jeunes <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire un point sur les consommations - Répondre aux questions des jeunes et éventuellement aux inquiétudes des familles - Former et prévenir sur les risques liés aux différentes pratiques 	<p>Lieux : différents sites possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - locaux du CSAPA  d'Angers (cf. ci-dessus), Cholet ou Saumur - Maison des adolescents : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angers ▪ Beaupréau ▪ Montreuil Bellay <p>Accessibilité : Sur rendez-vous via le standard 02.41.47.47.37</p>
Le Centre de délivrance des TSO (traitements de substitution aux opiacés)	Dispositif Géré par le CSAPA	<p>Public cible : Usagers dépendants aux opiacés souhaitant réaliser un sevrage</p> <p>Objectifs : Mise à disposition des traitements de substitution aux opiacés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultations de médecins - Délivrance des traitements - Suivi de l'observance par des infirmières/ers 	<p>Accessibilité : Sur rendez-vous les lundis, mercredis, jeudis et vendredis de 8h30 à 13h00 ainsi que les mardis de 13h00 à 16h00</p> <p> 02.41.47.47.37 (standard) 02.41.57.59.25 (directe)</p>
Les CA Consultations avancées	Dispositif Géré par le CSAPA	<p>Objectifs : Proposer les services similaires du CSAPA aux usagers vivant aux alentours de Baugé</p>	<p>Lieux : Pôle santé 8, Bd Maréchal Foch, 49150 Baugé</p> <p>Accessibilité : 1 jeudi sur 2 à partir de 10h00</p> <p>Sur rendez-vous via le standard d'ALIA</p> <p> 02.41.47.47.37</p>
Le CAARUD « La Boutik » Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des	Etablissement Géré par ALIA 49	<p>Public cible : Tout usager ayant des addictions à un produit</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil des usagers 	<p>Lieu : 23 rue Marceau, 49000 Angers</p> <p> 02.41.93.63.17  laboutik@alia49.fr</p> <p>Accessibilité :</p>

usagers de drogues		<ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition des locaux pour l'hygiène (douche, wc, lave/sèche-linge) - Distribution d'une quantité adaptée de matériels nécessaires à l'administration la plus sûre possible de drogue - Transmission d'informations (de prévention des risques...) - Soutien aux usagers dans leurs tâches administratives 	<ul style="list-style-type: none"> -Accueil collectif : lundi, mardi, jeudi, vendredi (14h00-17h00) -Accueil individuel : sur rendez-vous
Les autres CAARUD du département du Maine et Loire	<p>-Cholet (49300) : 6 rue des marteaux : accueil individuel et collectif les vendredis de 14h00 à 16h00.  02.41.65.32.61</p> <p>-Saumur (49400) : mêmes coordonnées que le CSAPA Saumur. Accueil collectif les mardis et vendredis de 14h00 à 16h30 et accueil individuel sur rendez-vous.</p>		

Tableau 5 : Liste des différents acteurs, présents dans le département du Maine et Loire, susceptibles d'apporter un soutien dans la prise en charge des UDI

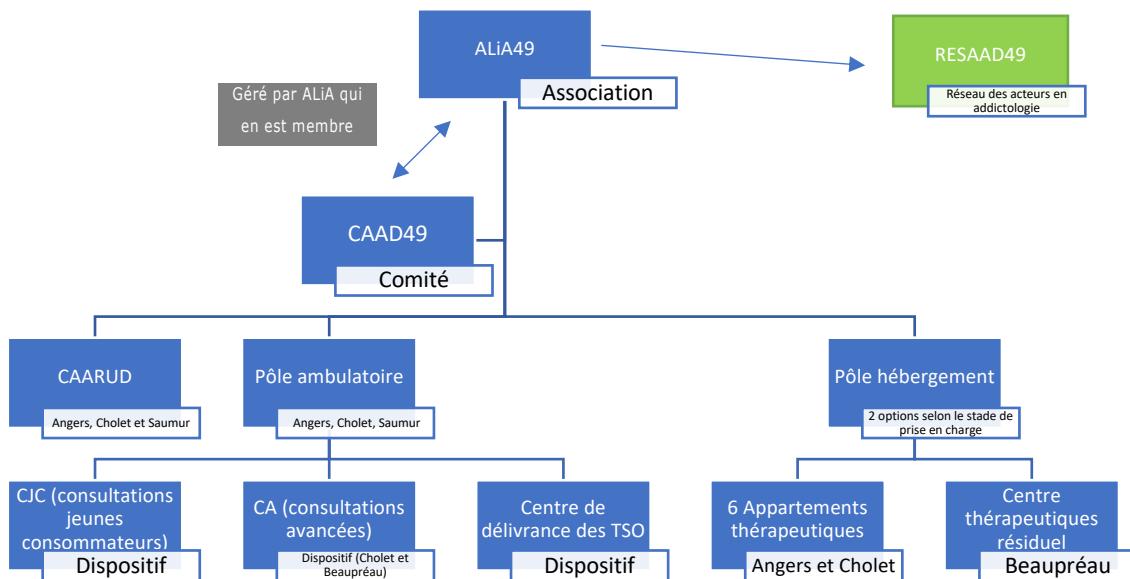


Figure 2 : organigramme hiérarchique d'ALiA

Cet organigramme permet de mieux comprendre les liens établis entre les acteur présentés ci-dessus.

7. Le programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP)

7.1. Les kits de prévention des risques

7.1.1. Historique concernant l'accès aux seringues et le développement des kits d'injection

Pour parler des programmes d'échange de seringues en pharmacie, il est nécessaire de retracer l'histoire de la mise à disposition des seringues avec les **dates notables** qui ont marqué le développement des kits (59).

En 1972, afin de lutter contre l'usage des drogues, Monsieur Chaban-Delmas, premier ministre, signe un décret interdisant la vente libre des seringues en pharmacie.

À la suite de cette interdiction, les usagers auront tendance à réutiliser les seringues et les aiguilles des vaccins ou des insulines pour injecter les drogues.

Dès 1987, la vente de seringues en officine redevient libre après une évaluation lancée par le ministre de la Santé, Mme Barzach. Cependant, les pharmaciens ne sont pas formés à la distribution de ce matériel.

C'est dans un contexte de fort développement du nombre **de contamination par le VIH** que le Docteur Imbert, exerçant au centre de santé municipal d'Ivry, décide de proposer à la vingtaine d'usagers participant à la consultation d'addictologie, de se faire dépister pour le VIH. Le test se révèle positif pour la moitié d'entre eux. Ce constat lui fait prendre conscience de l'urgence de développer des moyens de réduction des risques. **En 1992**, le Docteur Imbert crée avec l'aide d'autres professionnels de santé et des usagers, l'association à but non lucratif, Apothicom®. Ils développent ensemble un kit contenant du matériel d'injection stérile adapté aux besoins de ces utilisateurs. Ils le nomment « Stéribox® ».

Au départ, il est disponible dans une vingtaine de pharmacies d'Ivry. Face à une très forte demande, s'ensuit la production de 200 000 kits distribués via le réseau ville-hôpital dans la région Ile-de-France. Vendus au même prix que deux seringues seules (soit 5 Francs), le succès est très rapide. Les usagers viennent des villes voisines pour s'en procurer, et sa distribution est étendue à tout le département. En **1994**, le ministère de la santé décide **d'étendre ce programme au niveau national**. La marque Apothicom® est à cette occasion cédée à l'État pour assurer la pérennité du programme. En contrepartie, l'État promet de respecter le cahier des charges et de maintenir le prix de vente initial. Cette même année, les premiers automates sont installés. Leur mécanisme permet aux usagers d'obtenir une trousse de soins en échange d'une seringue usagée.

En 1995, des associations sont autorisées à distribuer **gratuitement** des trousse de prévention (le Kit, prédecesseur du Kit+ financé par la Direction Générale de la Santé)

En **1996**, pour des raisons économiques, l'État procède à un **changement du type de seringue**. Cette nouvelle seringue d'origine italienne est très mal acceptée par les usagers en raison de difficultés multiples :

- veine difficile à percer, conséquence d'un biseau non trilobé
- le piston est mal lubrifié, ce qui provoque des à-coups et un risque de perdre du produit

Cela se traduit par **une très forte diminution de la vente des kits** nécessitant l'intervention du Docteur Imbert qui, en assignant l'État Français avec le soutien des usagers, peut récupérer la marque Apothicom **en 1997**. L'ancienne seringue est remise dans le kit.

En **1999**, après de nombreux travaux de recherche et de tests auprès des usagers, les Stericup® sont mises sur le marché. C'est un kit dans lequel est retrouvé un contenant stérile (la cuillère ou cup) utilisé pour la préparation de la substance psychoactive qui peut être réalisée proprement. Sa composition lui permet d'être chauffée (avec un briquet par exemple). Le Stericup® contient également un filtre et un tampon sec. Ce Stericup® est ajouté dans les trousse de prévention qui deviennent par la même occasion, le Stéribox2® et le Kit+®.

Depuis 2002, le kit Stéribox2® est vendu 1 euro (prix conseillé) avec une aide de l'État de 39 centimes par boite, apportée aux laboratoires fabricants.

Remarques :

D'autres innovations ont été mises au point par l'association Apothicom® :

- Le **Sterifilt basic®** développé en **1997**, il retient **cinq fois moins** de produits que le filtre coton ou cellulose, il est composé d'une membrane qui se bouche une fois la filtration effectuée. Ces deux avantages visent à limiter le risque de réutilisation voire de vente du filtre (vente car contenait encore du produit en quantité suffisante pour une nouvelle dose). La quantité de seringues présente dans les kits est passée à 2 après publication des résultats d'une étude réalisée à Amsterdam.

- Le **Sterifilt fast®** est un nouveau produit commercialisé depuis **2020** (mais accessible uniquement aux structures formées à son utilisation) (60). Son développement est lié à la forte augmentation des injections de médicaments destinés normalement à la voie orale (61).

Remarque : Ces deux filtres ne sont pas présents dans les kits mais les usagers peuvent en obtenir en s'adressant aux CAARUD.

	Caractéristiques (62)	Différences (63)	Avantages (63)
Sterifilt Basic® (DM avec marquage CE)	Filtre stérile à usage unique qui s'adapte à quasiment toutes les seringues à aiguille sertie (seringues retrouvées dans les kits notamment) - Élimination de la quasi-totalité des particules insolubles = réduction risques de complications - Aiguille protégée = préserver le capital veineux et limiter le risque de douleurs au point d'injection - 5 fois moins de particules actives retenues qu'un filtre coton et une membrane qui s'obstrue après l'utilisation = risque de réutilisation et partage/revente du filtre réduit = risque de contamination virale diminué - Emballage adapté pour une utilisation en condition aseptique	-Diamètre : 10 mm soit une surface de filtration de 0,77 cm ²	Comme son nom l'indique, la filtration est plus rapide avec le « Fast ». Il a été développé pour l'injection de médicaments initialement prévus pour la voir orale Ex : élimination des excipients du Subutex® en 11 secondes contre 1 minute et 3 secondes pour le Sterifilt Basic®.
Sterifilt Fast® (DM avec marquage CE)		-Diamètre : 15 mm soit une surface de filtration de 1,74 cm ² - membrane protégée par une grille en aluminium	

Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques des deux modèles de Sterifilt® élaborés par Apothicom

7.1.2. Le matériel présent dans les kits

Il existe deux kits disponibles pour les usagers (modalités d'obtention différentes) : le Steribox2® et le Kit+®. Ces kits, aussi appelés « trousse de prévention », contiennent exactement le même matériel, seule la présentation du produit change. Ces kits permettent aux usagers de réaliser **deux injections** dans des conditions optimales d'asepsie. De manière plus détaillée, le matériel présent dans les kits se compose de (64) :

- **2 seringues à insuline Becton Dickinson® (réf : BD U-100 INSULIN. 1ml)** : Ces seringues sont serties (aiguille non interchangeable) avec un espace mort faible, modèle préconisé par l'OMS. C'est la seringue préférée des injecteurs(36). Comme son nom

l'indique, elle était à l'origine conçue pour l'injection sous cutanée de l'insuline chez les patients diabétiques, elle s'est avérée très efficace pour la voie injectable. Elle a un biseau (extrémité de l'aiguille) qui si l'il n'est utilisé qu'une seule fois, limite l'usure de la paroi de la veine. Enfin, le piston est correctement lubrifié ce qui évite les à-coups lors de l'injection. Cela permet de réaliser cette étape de manière lente ce qui réduit la douleur et le risque de d'injecter du produit à côté de la veine.

L'inconvénient du kit est qu'il propose qu'un seul type de seringue. Même si celle-ci est utilisée et acceptée par une majorité des usagers, certains sont obligés de venir au CAARUD qui est le seul à proposer un large choix de matériel. Le type de matériel utilisé dépend du type de produit injecté. La viscosité du produit, le volume à injecter, le capital veineux de l'usager sont des caractéristiques à prendre en compte dans le choix du matériel. L'usager pourra avoir besoin de seringues non serties avec aiguilles détachables (l'espace mort est plus élevé et donc le risque de contamination virale plus important en cas de partage de la seringue), du matériel qui n'est pas présent dans les kits.

- **2 Stericup®** : Ces cuillères ou « cup » sont des récipients métalliques utilisés pour préparer le produit à administrer. Elles servent à diluer, mélanger, chauffer la substance psychoactive.
- **2 filtres coton** : ils permettent la filtration de la préparation réalisée dans la cupule. Ils s'ajoutent directement au niveau de l'aiguille et évitent ainsi la présence de particules appelées les « poussières » dans la solution. Ces particules, comme évoqué dans la partie des risques non infectieux, sont dangereuses pour l'usager. Ces filtres sont beaucoup plus efficaces que les filtres à cigarettes utilisés par certains, mais pas autant que Sterifilt Fast® (ou filtre toupie conçu par Apothicom®).
- **2 tampons d'alcool à 70% v/v** : Ils permettent d'assurer une asepsie au niveau du site d'injection. Ces tampons éliminent la présence de « poussières » (36) correspondant à des endotoxines présentes sur les bactéries de la peau, au niveau du site d'injection. Ils ne sont pas absorbants et ne peuvent donc être utilisés à la place du tampon sec ! Ils doivent répondre à 2 critères d'efficacité validés par des normes (65) qualité permettant de certifier leur efficacité nécessaire à une injection à moindre risque :

- Bactéricide régi par la norme EN 1040. Cette propriété permet de réduire le risque d'abcès en éliminant toutes les bactéries présentes à la surface de la peau.
- Fongicide régi par la norme EN 1275

Remarque : Ces deux normes ne sont pas annotées sur l'emballage des tampons d'alcool fournis dans le kit+. L'alcool présent sur ce tampon a également une propriété virucide.

Afin de favoriser l'utilisation de ce tampon d'alcool, le Docteur Imbert cite dans son article quelques arguments facilement utilisables encore aujourd'hui : « *L'alcool pique, d'accord, mais c'est pour ça qu'il est efficace sur les bactéries* », « *Quand une rougeur apparaît là où vous vous êtes piqués, appliquer une compresse d'alcool, ça peut éviter l'abcès* ». Il explique également que l'alcool a une propriété vasodilatatrice. En l'appliquant sur la zone d'injection, les veines sont gonflées et plus visibles ce qui facilite l'injection (36).

- **2 tampons secs post injection** : ces tampons sont utilisés pour comprimer le point d'injection. Ils sont absorbants, ce qui évite de souiller son pouce avec du sang contaminé.
- **2 ampoules en plastique d'eau pour préparation injectable (EPPI)** : d'un volume de 5 ml, elles sont utilisées pour reconstituer la préparation de drogues
- **Un préservatif** : pour réduire le risque de transmission de maladies sexuelles notamment le VIH.
- **Un mode d'emploi** : celui-ci est directement imprimé sur l'emballage carton du kit.

Les deux kits possèdent chacun leur propre emballage. Leur contenu est identique mais les modalités d'obtention diffèrent. Ces différences sont présentées dans le tableau ci-dessous :

	Stéribox2® (Pharmacies)	Le Kit+® (PESP)
Présentation		
Photos		
Dimensions	Largeur : 7cm Longueur : 10 cm Hauteur : 3 cm	
Matériels		
2 seringues serties à Insuline	✓	✓
2 Stéricups® = 2 cups, 2 filtres coton, 2 tampons sec (1cm x 1cm) <i>Remarque : ancienne version dans les kits = utilisation de l'embout du piston de la seringue comme manche à la cuillère</i>	✓	✓
2 tampons alcool 70°	✓	✓
1 préservatif	✓	✓
Lieux de distribution/vente		
Pharmacies non adhérentes d'un PESP	✓	Payant (Format carton)
Pharmacies partenaires (PESP)		✓ Gratuit (Format carton)

CAARUD Alia « La Boutik »		 Gratuit (Format souple)
Le Totem (automate devant le CHU d'Angers)		 Gratuit (Format étanche)
Lieux d'élimination		
CAARUD (selon horaires d'ouverture)		
Totem (échange : 1 seringue à la fois)		
Pharmacies (DASTRI vs DASRI du CAARUD) :		
<ul style="list-style-type: none"> • Service DASTRI (service présent dans toutes les pharmacies) 	NON	
<ul style="list-style-type: none"> • Service DASRI (mis en place dans les pharmacies partenaires du PESP = container spécifiques récupéré par le CAARUD) 		

Tableau 7 : Contenu d'un kit Stéribox2®/Kit+® et lieux de distribution/élimination

7.1.3. Utilisation des kits et étapes de l'injection

Ces étapes sont présentées dans une vidéo pédagogique réalisée par Apothicom®. « L'injection à moindre risque » (66) est un outil pratique qu'il est bon de connaître et éventuellement de visualiser car il permet de répondre à certaines questions de l'usager. Cette vidéo dure 17 minutes et 10 secondes, c'est le temps estimé pour réaliser une injection dans des conditions optimales d'asepsie. Les étapes sont listées ci-dessous et pour chacune d'elle, nous avons précisé les comportements à risque pour l'UDI. Elle est disponible à l'adresse suivante :

<https://www.youtube.com/watch?v=eUdRk14rOAI> (66).

Légende :

A ne pas faire	Méthode correcte	Étape critique de risque de transmission virale

1) **Préparation du lieu d'injection** : nettoyage du lieu destiné à la préparation de l'injection car un plan de travail souillé est un facteur favorisant des infections.

2) **Nettoyage des mains** avec de l'eau et du savon

3) **Préparation de la substance psychoactive** : attention, achetée dans la rue, elle peut contenir des micro-organismes, de même que le contact avec les mains ou la bouche lors de l'ouverture du sachet de drogue peut la contaminer. Il est nécessaire de placer la poudre sur un champ, une feuille de papier neuve, par exemple, fera l'affaire. Cette poudre peut être de granulométrie variable or l'injection de grosses particules peut boucher le circuit veineux et entraîner des complications irréversibles et graves.

Écrasement de la poudre : la feuille papier peut être repliée. Un objet, par exemple, un briquet permettra de faire pression sur la feuille à la manière d'un rouleau à pâtisserie sans qu'il n'y ait de contact direct avec le produit !

4) **Préparation de la solution** : l'ouverture de l'emballage du Stéricup® est réalisée de manière à n'avoir aucun contact entre les doigts et l'intérieur de la cuillère ! L'usager va alors placer sa fine poudre dans la cuillère. Une seringue neuve permettra ensuite de prélever de l'EPPI à partir de l'ampoule en plastique afin d'ajouter ce solvant dans la cuillère. Toutes les drogues sont solubles dans l'eau.

Remarque : Une solution trouble indique la présence d'impuretés !

Le mélange de la préparation ne doit pas être fait avec l'aiguille de la seringue, cela risque de la détériorer (= biseau tordu). Une aiguille abimée entraîne une douleur au point d'injection et un risque de détériorer les veines.

Utilisation du bout du piston de la seringue pour réaliser le mélange poudre/solvant

- 5) **Filtration du produit** : Généralement réalisée avec un coton ou un filtre à cigarette, cette étape permet d'absorber la solution dans la seringue et de limiter les impuretés présentes.



La réutilisation du même coton ou d'un filtre à cigarettes entraîne l'apparition de « poussières ». Ce sont des particules non solubles ou micro-organismes morts qui sont présents sur les coton/filtres conservés et réutilisés. Ils sont responsables d'abcès et autres complications.



Utiliser le filtre coton fourni avec le kit et non un simple coton ou filtre à cigarettes

- 6) **Élimination des bulles d'aire de la seringue** : mettre la seringue aiguille vers le haut, tapoter sur le réservoir et faire une pression sur le piston.



- 7) **Préparation du site d'injection** : L'utilisation du garrot n'est nécessaire que si les veines ne sont pas identifiables, ce qui est généralement le cas lorsque le réseau veineux est abimé ! Un nettoyage du site avec un tampon alcoolisé à 70% /v doit être réalisé. Un nettoyage avec de l'eau et du savon est possible si l'usager n'a pas de tampon alcoolisé !



Dommages veineux si répétition du lieu d'injection, utilisation répétée d'une seringue, mauvais sens du biseau, aiguille trop large, injection de produits irritants (lors de mésusage de la méthadone/BHD, injection de cocaïne/amphétamine), méthodes de la « tirette » répétée (technique abordée à la page 24).



- Changement du site d'injection à chaque fois !
- Privilégier les bras comme site d'injection !
- Une nouvelle aiguille/seringue pour chaque nouvelle injection !



- 8) **Injection** : Pour réaliser correctement l'injection, les pratiques suivantes sont préconisées :
- Injection dans le sens du retour veineux
 - Aiguille tournée vers le cœur
 - Angle veine/aiguille le plus faible possible
 - Une fois inséré, tirer sur le piston pour vérifier que l'aiguille est dans la veine (du sang noir apparaît dans le réservoir)
 - Injection lente (réduit le risque de lésions veineuses et d'overdose)



Remarque : Si un garrot est utilisé, il doit être retiré dès que l'aiguille est dans la veine (soit juste après la « tirette »)



- 9) **Retrait de l'aiguille et compression** du point d'injection : étape nécessaire pour stopper le saignement !



Un retrait trop rapide risque de boucher la veine !

Ne pas comprimer le point d'injection avec le doigt ! Facteur à haut risque de transmission de l'hépatite C.



Utilisation du tampon sec absorbant : il stoppe le saignement et absorbe le sang résiduel évitant ainsi de souiller les doigts de l'UDI avec du sang potentiellement contaminé (selon statut sérologique de l'usager). La présence de sang sur les doigts est un facteur de risque de transmission virale par manu-portage.



- 1) **Destruction et élimination du matériel** : Replacer le bouchon de l'aiguille puis écraser la seringue sur une table pour séparer le bouchon contenant l'aiguille du reste. Cela évite une réutilisation / partage de la seringue et limite le risque d'accident d'exposition au sang !
Placer la seringue ainsi que le matériel souillé par du sang dans un container à DASRI adapté.

7.2. Le Programme d'échange de seringues en pharmacie

Un PESP ou programme d'échange de seringues en pharmacie est un service proposé et géré par un CAARUD. Les pharmacies qui adhèrent au programme signent une convention avec la structure. Cette convention est renouvelée chaque année. L'adhésion est réalisée sur la base du volontariat.

Le programme a plusieurs objectifs principaux :

- la mise à disposition des kits de préventions appelé « Kit+ » aux usagers. Ils sont distribués gratuitement aux usagers qui en font la demande sans limitation de nombre. Leur contenu ainsi leurs bonnes pratiques d'utilisation ont été détaillés ci-dessus (7.1.2 ; 7.1.3).
- la récupération du matériel usagé : pour cela, le CAARUD met à disposition un container à DASRI ainsi que des collecteurs de taille adaptée aux matériels présents dans le kit. Ces collecteurs seront distribués directement au comptoir en même temps que les kits. Une fois plein, l'usager peut le rapporter dans une pharmacie partenaire. Ce collecteur doit être correctement fermé par l'usager afin de protéger les personnes de l'équipe officinale d'un risque d'accident d'exposition au sang.
- la formation des équipes officinales : une formation des équipes est proposée avant la mise en place du service afin que chacun ait connaissance du matériel présent dans le kit, de la manière de l'utiliser. Une visite est également proposée dans les locaux du CAARUD pour présenter son rôle et ses missions.
- l'orientation vers la structure de soins adaptée et l'incitation au dépistage des infections (VIH et VHC notamment)

Afin de bien comprendre les modalités de ce programme, nous avons réalisé un entretien avec l'équipe du CAARUD. Cet entretien a pour but d'appréhender les moyens matériels et humains nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de ce programme. Cet entretien semi-dirigé a été effectué dans les locaux du CAARUD. Pour cela, des questions personnalisées ont été posées au personnel présent (**Annexe 3**). Lors de l'entretien, 2 infirmiers et 1 assistante sociale ont répondu à nos questions. Le CAARUD proposent un large panel de matériel nécessaire pour limiter les risques de contamination infectieuse. Ce partenariat est donc le prolongement d'un service proposé dans cette structure.

Les objectifs du partenariat :

Le partenariat vise à **accroître la disponibilité** des kits en utilisant le réseau officinal qui possède un très bon **maillage territorial**. En France, l'installation des pharmacies est réglementée en fonction du nombre d'habitants ce qui assure une bonne répartition territoriale. De plus, la pharmacie est le premier acteur de santé identifié par la population ce qui va permettre d'atteindre une proportion plus grande d'usagers. Il va également favoriser le **travail interprofessionnel**, en créant un lien privilégié entre les équipes du CAARUD et les membres de la pharmacie.

Liens avec les pharmacies partenaires :

Au lancement du service, le CAARUD contacte chaque semaine la pharmacie afin de s'assurer que tout se déroule correctement. Avec le temps, les contacts (téléphonique, courriel, physiques) sont adaptés aux besoins de la pharmacie. Le CAARUD reste néanmoins disponible pour répondre à un besoin en matériel ou à une question sur une situation complexe.

La visite des locaux du CAARUD ainsi qu'une formation sont réalisées afin que toutes les équipes officinales aient connaissance du rôle de la structure et de l'intérêt de mettre en place le programme à l'officine. Cette visite est l'occasion de parler des missions du CAARUD, de connaître le matériel de prévention proposé (kit+ et autres) et, tout simplement, de faire connaissance avant de travailler ensemble.

L'équipe du CAARUD réalise les livraisons de matériel. La quantité apportée dépend des besoins de la pharmacie ; par exemple pour l'année 2019, le CAARUD a réalisé 11 passages dans sa première pharmacie partenaire. Le suivi des quantités est effectué par le CAARUD.

Les évolutions du programme envisagées par le CAARUD :

Le CAARUD espère progresser : **la récupération du matériel**. La bonne élimination du matériel est synonyme de réduction de risques pour la population générale. C'est ainsi que **depuis la fin de l'année 2020**, le CAARUD installe des bacs de 60L pour y stocker les DASRI générés par les usagers de drogues injectables. La récupération de ces bacs est réalisée par l'équipe du CAARUD. Cela permet d'être en **accord avec la loi** et de **comptabiliser** de manière plus précise, le taux de seringues collectées.

Une fois récupérés par le CAARUD, les containers sont placés dans une salle adaptée pour être gérés par la société Medicup® qui s'occupe de leur élimination. Le CAARUD propose également des collecteurs. Ce sont les petits volumes qui sont les plus demandés car ils sont plus discrets à stocker et à transporter.

Focus sur les conditions de récupération des kits en officine :

Que dit la loi concernant l'élimination de ce type de DASRI ?

D'après **l'article 1335-1 du CSP (8)**, un DASRI correspond à :

« Les déchets d'activités de soins sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.

Parmi ces déchets, sont soumis aux dispositions de la présente section ceux qui :

1° Soit présentent un risque infectieux, du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants ;

2° Soit, même en l'absence de risque infectieux, relèvent de l'une des catégories suivantes :

a) Matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ;

b) Produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption

c) Déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.

Sont assimilés aux déchets d'activités de soins, pour l'application des dispositions de la présente section, les déchets issus des activités d'enseignement, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire, ainsi que ceux issus des activités de thanatopraxie, des activités de chirurgie esthétique, des activités de tatouage par effraction cutanée et des essais cliniques ou non cliniques conduits sur les produits cosmétiques et les produits de tatouage, lorsqu'ils présentent les caractéristiques mentionnées aux 1° ou 2° du présent article. »

Les pharmacies ne sont pas autorisées à récupérer les DASRI générés par les UDI. Cela pose une réelle question sur le devenir de ce matériel. Augmenter l'offre aux usagers si en contrepartie, on constate une augmentation du matériel jeté de manière non conforme (rue, poubelles des déchets ménagers...), n'est pas cohérent !

Une étude avait été réalisée aux États-Unis pour étudier l'impact positif de la présence d'un PES sur les seringues.

Depuis décembre 2020, le CAARUD « La Boutik » tente de répondre à cette problématique en mettant à disposition, dans les pharmacies partenaires, des bacs de 60L pour collecter le matériel. Les usagers peuvent rapporter le matériel, qui est ensuite récupéré par le CAARUD pour être éliminé via la société MEDICUP qui prend en charge ce type de déchets.

Pour conclure le résumé de cet entretien, nous souhaitons évoquer la problématique de l'extension du programme. Le CAARUD souhaite que le plus grand nombre possible de pharmacies y adhère. Plus le nombre de pharmacies est important, plus l'accessibilité au matériel est aisée et donc plus le risque de transmission infectieuse est faible. D'après le CAARUD un des obstacles majeurs est **la peur ressentie par les pharmaciens** en rejoignant ce type de programme (ces peurs seront évoquées lors de l'analyse des réponses obtenues avec l'enquête).

L'enquête que nous vous présentons ensuite a pour but d'identifier ces peurs, de voir si elles sont fondées et de proposer des solutions pour les dissiper.

Enquête sur le fonctionnement d'un PESP : évaluation et extension du programme

8. Objectif général

Notre objectif est d'étudier le mode de fonctionnement d'un programme existant d'un programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP) dans le but de faciliter son extension à d'autres officines du Maine et Loire.

9. Déroulement de l'enquête

Cette enquête comporte deux questionnaires :

- 1) Questionnaire d'évaluation du PESP : réalisé auprès des officines partenaires d'un PESP
- 2) Questionnaire d'extension du PESP : réalisé auprès des pharmacies non-partenaires d'un PESP

Le premier questionnaire a pour objectif d'obtenir une vision claire et la plus globale possible du PESP. Il interroge les pharmacies partenaires d'un PESP géré par Alia49 sur le déroulement du programme, les moyens (matériels et humains) nécessaires. Un second questionnaire questionne toutes les pharmacies non-partenaires du département du Maine et Loire afin d'étudier les pratiques de vente des Steribox2®.

Nous mettrons en perspective les réponses de chacun d'entre eux afin d'identifier les éléments qui faciliteraient ou freineraient l'extension de ce programme. A partir de cela, des actions seront proposées pour résoudre les éventuels points limitants que nous aurons identifiés.

Nous espérons ainsi pouvoir répondre aux craintes éventuelles évoquées par les pharmacies non-partenaires en s'appuyant sur l'expérience des pharmacies proposant ce programme.

9.1. Enquête auprès des pharmacies partenaires : questionnaire d'évaluation du PESP

9.1.1. Objectifs :

Le premier questionnaire vise à recueillir le point de vue des pharmacies participant à un PESP dans le Maine et Loire. Son objectif est d'évaluer l'impact de la mise en place d'un PESP pour la pharmacie. Nous avons souhaité identifier les problèmes rencontrés lors des distributions des Kits+ afin de pouvoir proposer des solutions pour les régler et ainsi supprimer d'éventuels facteurs qui seraient source de réticences pour les pharmacies non-partenaires.

La démarche :

- Faire un point rapide sur l'impact de la mise en place du programme dans les pharmacies interrogées.
- Étudier les liens établis avec les usagers et les réductions de risques permis par ce programme.
- Aborder les points à améliorer, les éventuelles difficultés rencontrées.
- Confronter ces réponses obtenues avec les réticences éventuelles de certaines pharmacies à se lancer dans ce type de programme.

9.1.2. Matériel et méthode :

La liste des pharmacies partenaires d'un PESP dans le département nous a été transmise par le CAARUD ALIA « La Boutik » d'Angers.

Au total, au moment du déploiement de ce questionnaire, le Maine et Loire comptait 14 pharmacies partenaires du PESP géré par ALIA49. Elles sont réparties en 3 secteurs géographiques correspondant au CAARUD de rattachement (le CAARUD ALIA « La Boutik » à Angers, le CAARUD ALIA à Cholet, le CAARUD ALIA à Saumur) :

1) Le secteur Angevin avec :

- 5 pharmacies à Angers dans les quartiers de : Monplaisir, la Roseraie, la Doutre, Belle-Beille et Montesquieu
- Une pharmacie à Chalonnes sur Loire et à Beaufort en Vallée : ces deux pharmacies n'ont pas participé au questionnaire car la convention venait tout juste d'être signée.

2) Le secteur Choletais avec : une pharmacie à Cholet, Chemillé, Saint Crespin sur Moine et Saint Germain sur Moine

3) Le secteur Saumurois avec une pharmacie à Saumur, à Doué-la-Fontaine et deux à Baugé

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire Google Forms®. Il a été réalisé en deux temps : un contact téléphonique avec chaque officine partenaire pendant lequel nous leur avons expliqué l'objectif de la thèse et leur avons demandé s'ils étaient prêts à y participer en répondant à un questionnaire.

Toutes les pharmacies contactées ont accepté de participer au questionnaire. Parmi ces 12 pharmacies :
- la majorité (9 pharmacies) a souhaité pouvoir y répondre directement via un Google Forms®
- une pharmacie (Baugé) nous a, lors d'un rendez-vous programmé, répondu par téléphone
- une pharmacie (Angers) a répondu lors d'un rendez-vous physique. Cela nous a permis d'avoir les retours de chacun des membres de l'équipe (1 titulaire, 1 pharmacien adjoint, 3 préparatrices). Cette

pharmacie est la première à avoir signé la convention (fin 2018) avec le CAARUD d'Angers, elle a un recul plus important que les autres pharmacies. Les réponses de ces 5 personnes ont été synthétisées et ajoutées au Google Forms®.

Pour les autres officines, nous avons choisi d'interroger le pharmacien titulaire car il est à l'origine de l'adhésion au programme.

Le mail contenant le lien permettant d'accéder au Google Forms® a été envoyé le 12 avril 2021, 3 pharmacies ont alors répondu au questionnaire. Une première relance a été faite le 19 avril puis une seconde le 27 avril, elles n'ont pas permis d'obtenir de réponse supplémentaire.

Une pharmacie n'a pas pu être contactée, nous avons tenté de les joindre 3 fois par téléphone sans résultat. Nous leur avons laissé un message directement sur leur site internet, là encore sans obtenir de retour.

Nombre de réponses attendues : 11

Nombre de réponses obtenues : 5

- 3 pharmacies présentes dans le secteur Angevin (pharmacie Allonneau à Monplaisir, pharmacie de l'esplanade à La Roseraie, pharmacie Patton à Belle-Beille)
- 2 pharmacie du secteur Saumurois (pharmacie Bossard et pharmacie Du grand marché à Baugé)

9.1.3. Synthèse et discussion des résultats

A quel CAARUD êtes-vous rattaché ?

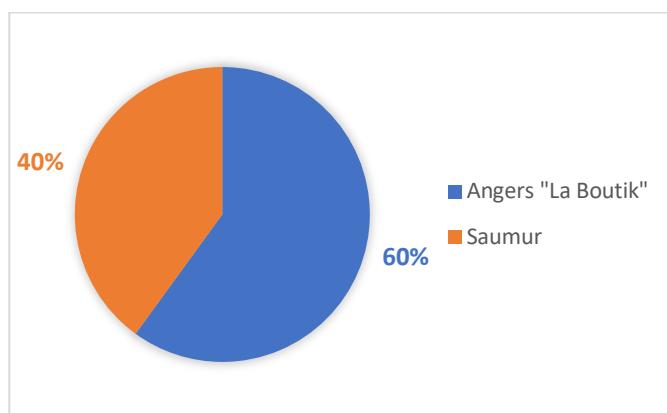


Figure 3 : graphique représentant le CAARUD auquel est rattachée la pharmacie (en %)

Nous avons recueilli les réponses de 5 pharmacies différentes : 3 sont rattachées au CAARUD « La Boutik » à Angers, les 2 autres sont partenaires du PESP géré par le CAARUD de Saumur.

Parmi notre échantillon de pharmacies partenaires, une majorité est rattachée au CAARUD « La Boutik » situé à Angers. Cette différence de rattachement peut entraîner des modifications quant à l'organisation du programme.

Aucune des pharmacies du Secteur Choletais n'a participé au questionnaire.

Quelle est la fréquence de vos contacts avec le CAARUD ?

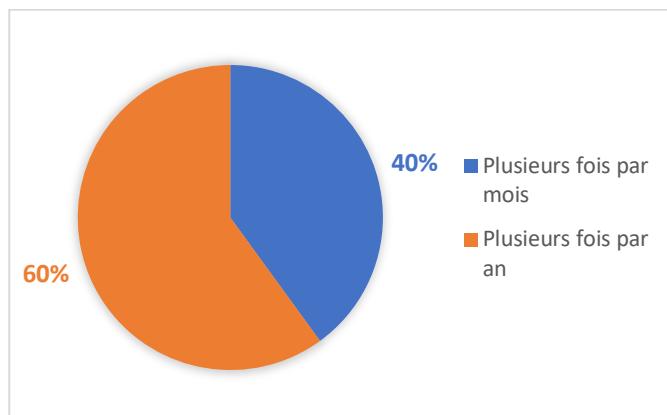


Figure 4 : graphique représentant la fréquence des contacts entre les pharmacies partenaires et leur CAARUD de rattachement

Les pharmacies sont en contact avec leur CAARUD de rattachement de plusieurs **fois par mois à plusieurs fois par an**.

La fréquence des contacts dépend des besoins en matériel et de la date d'adhésion au programme. Lors du lancement du programme, les prises de contacts sont plus régulières, cela permet de faire des points sur le bon déroulement. Une fois que tout est correctement organisé, les contacts se raréfient et sont dus essentiellement à des demandes de matériel. Ce graphique met en évidence que la partie logistique du programme n'est pas chronophage pour la pharmacie.

Par quel(s) moyen(s) de communication ? (Réponse à choix multiples)

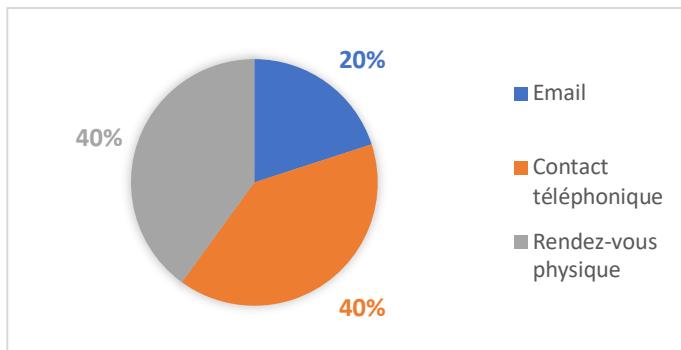


Figure 5 : graphique représentant les moyens de communication préférés par les pharmacies (en %)

Tous les moyens de communications sont utilisés. Les appels téléphoniques (40% des pharmacies) et les rendez-vous physiques (40%) sont les moyens privilégiés. Les pharmacies appellent le CAARUD afin d'organiser la livraison des kits. 1 pharmacie (20%) préfère les emails.

Où se déroule la délivrance ?

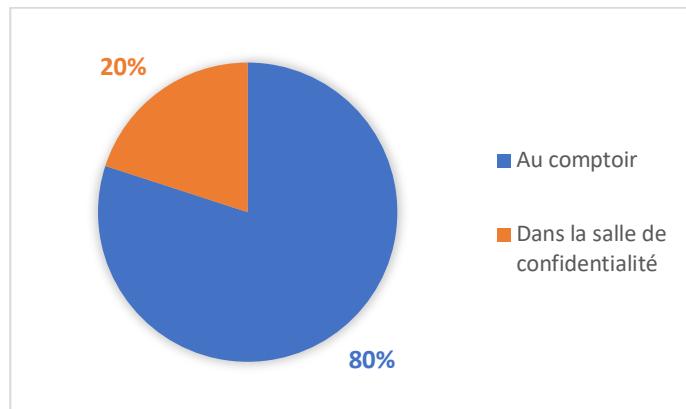


Figure 6 : graphique représentant le lieu utilisé dans la pharmacie pour réaliser la distribution du/des kits (en %)

Nous constatons que **80% des pharmacies** (soit 4 pharmacies) réalisent la distribution des kits au **comptoir** contre **20%** (soit 1 pharmacie) qui utilise sa salle de confidentialité.

Le comptoir est un lieu est privilégié car il permet une distribution rapide et discrète. L'agencement de ces postes doit respecter Les Bonnes Pratiques de dispensation à l'officine (partie 6. Locaux) (67) afin d'assurer une distribution « *dans des conditions de confidentialité permettant la tenue d'une conversation à l'abris des tiers* » (4). Même si les comptoirs sont correctement disposés, il n'est pas facile d'aborder certains sujets quand il y a du monde dans la pharmacie, il est important de pouvoir proposer aux usagers d'échanger dans un lieu où ils se sentiront en confiance : l'espace de confidentialité.

Cet anonymat est très recherché par les usagers qui ne souhaitent pas être stigmatisés par les patients fréquentant la pharmacie.

Limitez-vous la quantité de kits distribués par délivrance ?

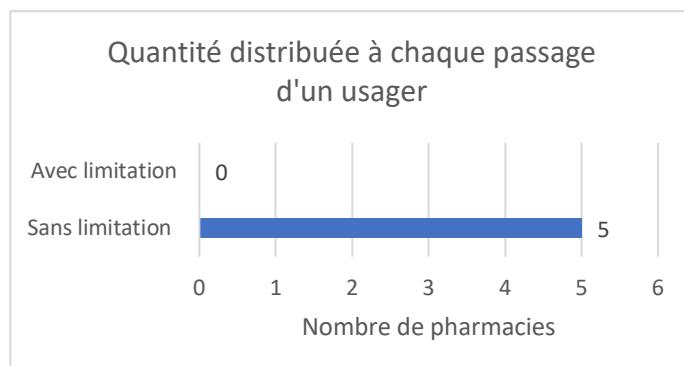


Figure 7 : graphique représentant le nombre de pharmacies qui limitent ou non la quantité de kits distribuée à chaque passage de l'usager

Les pharmacies ne limitent pas la quantité des kits. C'est le principe du PESP. L'objectif est que l'usager puissent obtenir suffisamment de matériel pour réaliser chacune de ses injections dans les meilleures conditions.

Une pharmacie a été obligée de limiter la quantité pour un seul usager. C'est un cas à part, qui n'a donc pas pris en compte dans les résultats. L'usager en question demandait une quantité très importante de kits qui, après discussion avec le CAARUD, dépassait ses besoins. L'hypothèse avancée par cette demande excessive est la revente ou redistribution de matériel à d'autres usagers. Pour gérer cette situation, le pharmacien, en accord avec le CAARUD, a limité la quantité à 10 kits par passage. Cette restriction n'ayant pas suffi à gérer la situation, il a été décidé que l'usager ne pourrait se fournir qu'au CAARUD directement. Cela permet à l'équipe du CAARUD de suivre les quantités distribuées et de les adapter aux besoins de l'usager.

Une autre pharmacie a précisé que même si aucune limite n'était appliquée, la demande la plus importante s'élevait à 6 kits par distribution.

Les freins rencontrés qui ont pu faire obstacle au bon déroulement du programme sont présentés dans le graphique suivant :

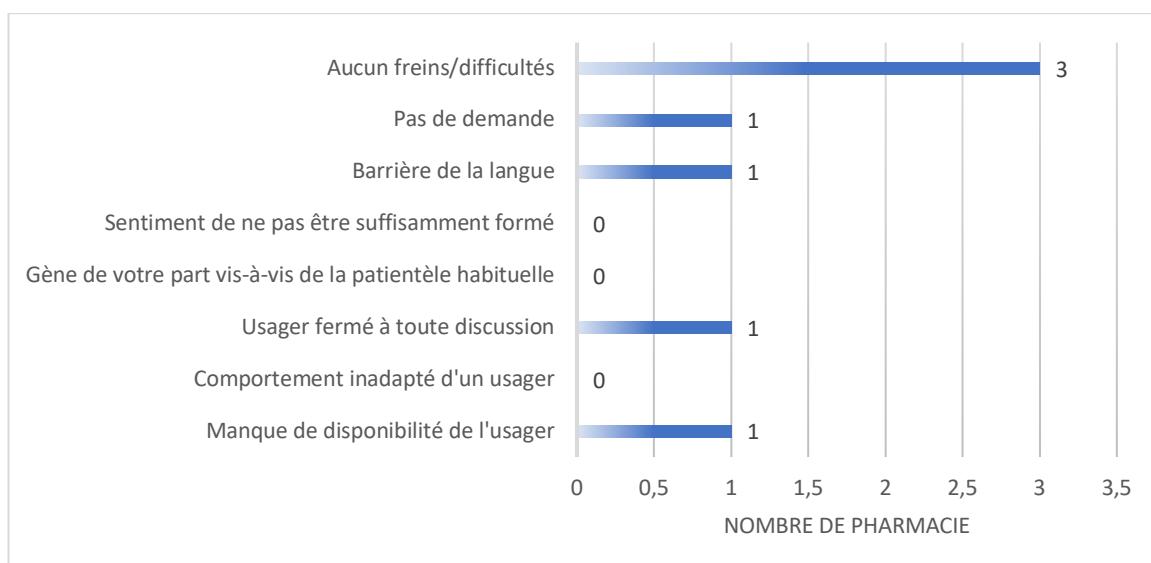


Figure 8 : graphique représentant les freins rencontrés lors de la distribution (en fonction du nombre de pharmacies)

Pour cette question qui était à choix multiples, la majorité des pharmacies (3 sur 5) a répondu ne pas avoir été confrontée à des difficultés au cours de la distribution.

Les 2 autres évoquent des freins liés à la barrière de la langue, à des usagers fermés à toute discussion et qui manquent de disponibilité pour dialoguer.

Les pharmacies partenaires d'un PESP ayant répondu au questionnaire n'ont pas évoqué de réelles difficultés. Certains freins, rencontrés par les équipes, font obstacle à l'objectif principal de ce service : la réduction des risques infectieux. En effet il semble compliqué d'ouvrir un dialogue avec l'usager du

fait d'une **barrière de la langue** (évoqué dans le profil des usagers, de plus en plus de migrants des pays de l'Est viennent en officine se fournir en kits). Le comportement des usagers n'est pas non plus propice au dialogue : ils semblent la plupart du temps, **fermés à toute discussion**, ils sont pressés et ne veulent pas s'attarder. C'est probablement pour cela qu'ils choisissent de venir se fournir en pharmacie de ville. A la différence du CAARUD où l'usager est identifié par un surnom, l'officine propose un anonymat complet. Il est plus cohérent de qualifier ces réponses de **freins à la discussion** et à la possibilité de délivrer des messages de prévention plutôt que de parler de difficultés. Il est important de noter, qu'aucun comportement inadapté de l'usager n'a été mentionné que ce soit vis-à-vis des autres patients comme du personnel de la pharmacie.

Une personne a répondu qu'il n'y avait pas de demande, c'est effectivement un obstacle à ce service. Deux questions peuvent être posées :

- La pharmacie partenaire est-elle dans une zone où il y a un réel besoin du programme ? Et si oui, ne serait-il pas nécessaire de favoriser la communication autour de ce dernier afin d'améliorer sa visibilité ?

Nous avons ensuite interrogé les pharmacies sur les conséquences de la mise en place du programme. Nous souhaitions savoir si le nombre de kits distribués avait augmenté. Cette caractéristique est subjective et se base uniquement sur la perception des répondants (nous verrons pourquoi dans les réponses concernant l'organisation logistique du programme).

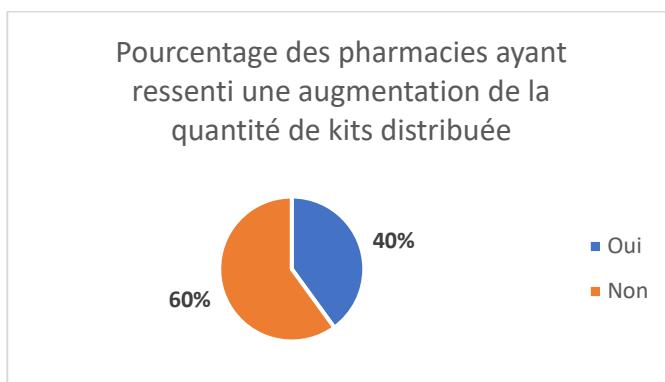


Figure 9 : nombre de pharmacies (en %) ayant ressenti une augmentation du nombre de kits distribués depuis la mise en place du PESP

Pour 3 pharmacies, l'adhésion au programme n'a pas entraîné d'augmentation des quantités de kits délivrés, à la différence des 2 autres qui notent une progression. Toutes les pharmacies n'ont pas rejoint le programme au même moment. Il est logique qu'une augmentation soit ressentie lors du lancement du programme. Par la suite, ce sont les mêmes personnes qui viennent se fournir en kits et leurs besoins ne changent pas drastiquement. Cela peut expliquer les réponses obtenues. Afin de confirmer cette hypothèse, il aurait été judicieux de comparer ces réponses en fonction de la date de déploiement en place du programme dans chaque pharmacie.

La première pharmacie à avoir rejoint le programme dans le secteur angevin (géré par le CAARUD d'Angers) en fin d'année 2018 a, depuis, reprécisé sa réponse. Son expérience montre que la distribution a dans un premier temps augmenté, logiquement dûe au fait qu'elle était alors la seule à proposer ce service dans cette zone. L'équipe note ensuite un faible recul du volume de kits distribué. Cette constatation intervient en même temps que l'accroissement des pharmacies partenaires. Nous pouvons en conclure que certains usagers ont probablement décidé de se fournir dans une autre pharmacie partenaire, pharmacie plus proche de leur lieu de résidence. C'est un point important sur lequel nous reviendrons lorsque nous évoquerons l'intérêt de l'extension du programme.

Nous nous sommes ensuite intéressés à l'évolution du nombre d'usagers venant chercher des kits. Il est resté stable.

Le questionnaire s'est ensuite logiquement intéressé à la file active des patients sous TSO (patients pris en charge par la pharmacie pour la délivrance de ses traitements).

Toutes les pharmacies ont également répondu que le service n'entraînait pas d'augmentation du nombre de patient sous TSO dans leur patientèle.

Le déploiement du programme n'a eu aucune répercussion sur le nombre de patients sous TSO pris en charge par les pharmacies. Nous aurions pu penser que ce nombre allait augmenter car une partie des usagers sont traités par ces produits.

Il est possible que les usagers ne souhaitent pas se fournir en kits dans la pharmacie qui leur délivre leur traitement. Il y a peut-être une peur que le pharmacien les questionne sur un éventuel mésusage de leur traitement, que cela soit signalé au prescripteur et ait des conséquences sur la délivrance du traitement lui-même. Un usager sous TSO qui se fournit en kits peut être perçu comme un échec du traitement.

La figure suivante représente le taux de pharmacies qui utilisent ce temps pour transmettre des messages de prévention aux usagers.

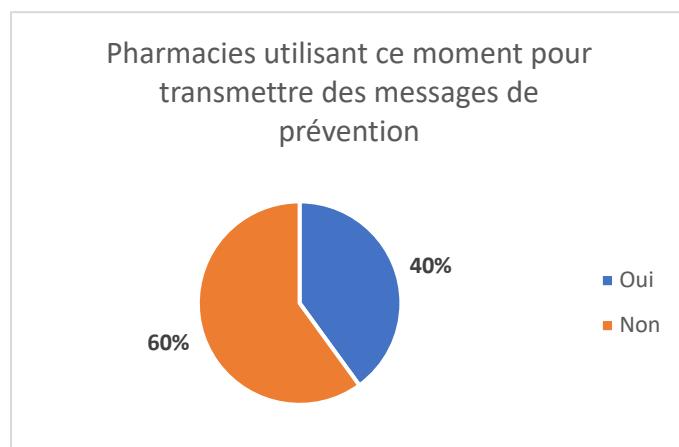


Figure 10 : graphique représentant le taux de pharmacies qui utilisent le temps de distribution pour transmettre des messages de prévention aux UDI

Moins de la moitié des répondants utilise ce temps d'échange pour tenter de faire passer des messages d'information et/ou de prévention.

Les sujets abordés sont les suivants :

- le fonctionnement du **CAARUD**
- des informations au sujet du **Totem**
- l'**orientation** médicale
- le **bon usage** du matériel
- la distribution de leaflets (= **flyers**)

Les pharmacies ayant répondu NON à cette question, expliquent que l'état d'esprit des usagers venant se fournir en kits, ne permettait pas de dialoguer avec eux (points déjà mis en évidence avec la question des freins et difficultés rencontrées).

La récupération du matériel utilisé :

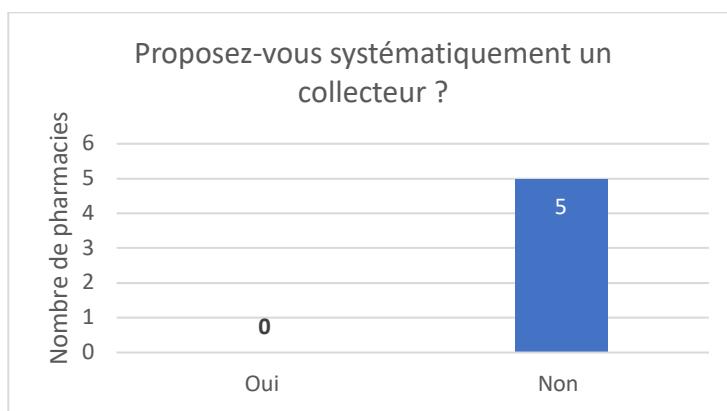


Figure 11 : nombre de pharmacies proposant systématiquement un collecteur de récupération du matériel utilisé lors de la distribution

Toutes les pharmacies ont répondu qu'elle ne proposait pas le collecteur à chaque fois.

Cette constatation doit être analysée et replacée dans son contexte.

A cette période (avant janvier 2020), aucune solution n'était proposée aux pharmacies pour gérer ce type de déchet. C'était donc aux pharmaciens de choisir comment les éliminer.

Or l'élimination était d'autant plus importante que certaines pharmacies avaient constaté une augmentation du nombre de collecteurs rapportés, conséquence directe et attendue par la mise en place du PESP.

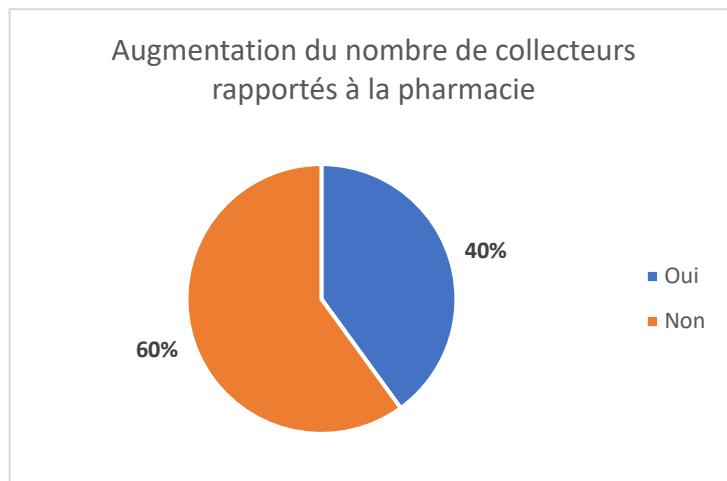


Figure 12 : graphique représentant le pourcentage de pharmacies ayant constaté une augmentation du nombre de collecteurs rapportés depuis la mise en place du PESP

La majorité des pharmacies (**60%** soit 3 pharmacies) n'a pas constaté d'augmentation du nombre de collecteurs rapportés. Néanmoins, comme vu avec la figure 9, aucune pharmacie ne le propose systématiquement.

Ce résultat ne signifie pas que le matériel soit mal éliminé mais plutôt que les usagers ne semblent pas au courant de la possibilité de le rapporter dans les pharmacies partenaires du PESP.

Il est également possible que les usagers, en déposant leurs collecteurs à la pharmacie, craignent d'être catalogués comme toxicomanes. Il serait facile de les rassurer en leur expliquant que d'autres patients de la pharmacie rapportent également ce type de boîtes.

La gestion des déchets rapportés par les usagers :

Les citations ci-dessous sont des verbatim extraits des réponses à la question, « Comment gérez-vous les collecteurs rapportés ? »

- « Avec les DASRI, mais essai de leur faire déposer au CAARUD car collecte pas assez fréquente donc les cartons s'accumulent »
- « DASRI de la pharmacie » (2 pharmacies)

Les pharmacies avaient fait le choix de déposer le matériel souillé dans le container à DASRI de leur pharmacie.

- « Container spécifique à DASRI fourni par le CAARUD qui gère sa récupération » (uniquement depuis janvier 2020)

A présent, les collecteurs à DASRI sont fournis par le CAARUD aux pharmacies partenaires afin qu'ils puissent être proposés en même temps que de la distribution des kits. Ils permettent aux usagers d'y jeter leurs matériels d'injection. Ils sont déclinés en différents volumes afin de s'adapter aux besoins de l'usager et à ses conditions de vie. Ils peuvent ensuite être rapportés dans les pharmacies du programme ou au CAARUD lui-même.

Les motivations qui ont poussé les pharmacies à participer au programme (Verbatim extraits des réponses du questionnaire) :

- « Résorber un problème de santé publique. Rôle en tant qu'acteur de santé. Expérience antérieure du titulaire qui était élu d'une Ville proposant un service similaire. Prise de conscience du manque d'acceptabilité, de la stigmatisation vécue par les usagers. Pharmacie = lieu neutre = facilite la distribution. Considérer l'humain avant tout. Offrir à ces gens un contact avec des professionnels de santé. Offre de service pour le quartier non chronophage. »
- « Rendre service »
- « Sensibilité déjà présente, résultat d'expériences antérieures, mission importante »

Les mots clés que nous pouvons extraire de ces réponses sont les suivants :

- le rôle du pharmacien et de son équipe en tant qu'**acteur de santé** avec de nombreuses casquettes dont celle d'acteur dans la prévention des risques infectieux chez les UDI.

Le pharmacien et son équipe ont une place idéalement située dans le système de soins pour réaliser la mission proposée par le PESP.

- une **sensibilité** déjà présente de par des expériences professionnelles antérieures.

Certains répondants expliquent qu'ils connaissaient déjà les enjeux de ce type de programme, l'adhésion après prise de contact par le CAARUD en a été grandement facilitée.

- **manque d'acceptabilité, stigmatisation** de ces personnes : Proposer ce **service** dans un lieu comme une pharmacie, lieu connu de tous et très fréquenté est un premier pas dans leur **réintégration sociale**. Ils se sentent aidés et cela **réduit le sentiment d'isolement** qu'ils peuvent ressentir à cause de leur pathologie.

- **l'humain** avant tout, il ne faut pas réduire la personne à sa maladie. Ce n'est pas un toxicomane mais une personne avec des problèmes d'addiction.

- **offrir** à ces personnes **une occasion de dialoguer** avec un professionnel de santé : Le terme « offrir » semble adéquate car ce service est entièrement basé sur le volontariat du/des titulaires.

Les craintes ressenties avant la mise en place du service

(Verbatim extrait du questionnaire) :

- « Vis-à-vis de l'équipe mais rien à signaler, bien accepté »
- « La crainte de ne pas avoir assez de temps car cette action s'ajoute aux nombreuses nouvelles missions en officine »
- « Crainte de ne pas les aider en les laissant dans leur situation de toxicomane »

Ces craintes sont justifiées, l'acceptation de toute l'équipe est primordiale pour que le service soit efficace. Il était nécessaire de donner des explications claires aux membres de l'équipe, c'est pour cela que le CAARUD propose de réaliser une présentation du programme et une visite de ses locaux lors de l'adhésion. Concernant le temps consacré pour ce service, les réponses obtenues dans les premières questions ne mettent pas en évidence de caractère chronophage de ce service. Il est évident que la difficulté à dialoguer avec les usagers réduit le temps passé lors de la distribution du kit.

La crainte de ne pas aider ces malades est compréhensive, il semble paradoxal de mettre à disposition du matériel d'injection aux toxicomanes. Ce qu'il faut bien avoir en tête, c'est l'objectif du programme : Notre rôle n'est pas d'aider ces personnes à arrêter de consommer, si nous ne leur fournissons pas de matériel stérile, ils iront en chercher par d'autres moyens. En contrôlant le matériel qu'ils utilisent, nous contrôlons le risque de transmission infectieuse.

Des idées d'amélioration/évolution à apporter au programme :

Cette dernière question du questionnaire a été posée aux pharmacies afin d'identifier des pistes sur lesquelles travailler pour optimiser l'efficacité du programme.

Nous avons pu lire parmi les réponses certains termes que nous avons choisi de développer :

- « Un suivi des usagers »
- « Un entretien similaire à celui réalisé pour les AVK » pour améliorer leurs connaissances des bonnes pratiques d'utilisation du kit et messages de prévention de l'usager.

Ces deux premières réponses proposent une idée commune, les **entretiens thérapeutiques** pour les UDI. A l'image de ce qui existe avec les entretiens de suivi des patients asthmatiques ou traités par des AVK, nous pouvons facilement adapter cela aux UDI. Le déroulement serait par exemple le suivant :

- dans un premier temps, un entretien pour **analyser les thèmes à cibler** afin de préparer une séance adaptée aux **besoins** et **capacités de compréhension** de la personne.

- dans un second temps, un moment permettant de **vérifier les compétences acquises** par l'usager. Les objectifs principaux sont les suivants : le bon usage du matériel, l'importance du dépistage Il est très facile d'imaginer et créer des séances types sur la thématique de la toxicomanie, mais y faire adhérer les usagers semblent extrêmement ardu.

- « Mettre en avant l'image que la pharmacie offre un service de soin »

Ce service est encore relativement peu connu des usagers. Une communication est réalisée par le CAARUD mais cela ne touche qu'une faible proportion des UDI. Certains le connaissent grâce au bouche à oreille.

Cependant, il arrive que des usagers aillent acheter leurs kits dans une pharmacie située à proximité d'un PESP.

Un référencement des lieux permettant l'obtention de matériel d'injection est disponible à l'adresse suivante :

<https://www.psychoactif.org/annuaire-reduction-des-risques/ville-49000-Angers.html#listing> (3).

Il permet d'obtenir toutes les adresses utiles pour les UDI. La recherche s'effectue en utilisant le code postal et donne accès à de nombreuses informations (**Annexe 6**) :

- l'adresse, les horaires d'ouverture et les coordonnées du CAARUD
- la localisation du Totem et des indications permettant de le trouver rapidement
- la liste de toutes les pharmacies partenaires du PESP géré par ALIA49

Depuis le déploiement du PESP en 2018, de nombreuses pharmacies ont rejoint le programme. D'après l'annexe 6, 19 pharmacies font maintenant parties du PESP (1 nouvelle dans le secteur angevin, 3 autres dans le secteur saumurois)

Les informations contenues sur ce site sont mises à jour par les utilisateurs, il faut être prudent quant à la fiabilité du contenu.

9.1.4. Biais et limites

- Un faible taux de réponse (5/12 soit 41,7% de réponses) malgré un premier contact téléphonique et plusieurs relances par courriel. 7 pharmacies n'ont pas transmis leurs réponses.
- Aucune pharmacie rattachée au secteur Choletais n'a participé au questionnaire. Le CAARUD de Cholet n'est pas représenté or son organisation matérielle et humaine n'est pas forcément identique au deux autres CAARUD. Les retours de ces pharmacies auraient pu apporter un point de vue supplémentaire qu'il aurait été intéressant d'ajouter à la discussion.

- Pour quatre pharmacies sur les cinq, les réponses ne proviennent que d'une seule et même personne de l'équipe (le titulaire). Il est possible qu'en ayant recueilli les réponses de chaque membre de l'équipe, nous aurions eu des retours différents.

Dans une pharmacie, les usagers sont reçus de la même manière que tout autre patient. Il n'y a pas de personne attitrée à la distribution des kits et c'est cela qui permet un anonymat pour l'usager. Néanmoins, le point de vue du titulaire sur certaines réponses n'est peut-être pas le même que son équipe.

Ce biais est démontré par l'analyse des réponses de la 5^{ème} pharmacie. Réalisé sur le site même de l'officine, le questionnaire a été proposé à chaque membre de l'équipe présent ce jour-là (1 titulaire, 1 pharmacien adjoint, 3 préparatrices). Le choix de recueillir les réponses de toute l'équipe vient :

- de l'expérience qu'a cette pharmacie du PESP. C'est la 1^{ère} pharmacie à avoir rejoint le PESP mis en place par le CAARUD d'Angers : elle a donc un recul plus important.
- de la facilité de mise en œuvre : l'entretien s'est déroulé en présentiel, il était très facile d'interroger tous les membres de l'équipe. Cela a également permis d'avoir des réponses plus détaillées.

Les divergences concernent les questions portant sur les freins rencontrés lors de la distribution, la délivrance de conseils associés, la mise à disposition de collecteurs, l'augmentation de la quantité des collecteurs récupérés. Les réponses à ces questions sont personnes dépendantes. Par exemple, une personne explique oublier de proposer systématiquement un collecteur, une autre explique qu'elle identifie les usagers qui ont besoin du collecteur. Concernant l'augmentation des collecteurs rapportés, c'est la même chose, c'est une perception directement dépendante de la personne de l'équipe qui prend en charge l'usager.

- un CAARUD de rattachement différent selon la localité de la pharmacie : le principe du programme est identique, mais il est géré par une équipe différente ce qui peut engendrer des différences sur le plan organisationnel.

Cela a permis de croiser les expériences de chacune des officines implantées dans des zones qui diffèrent sur le plan sociogéographique. La gestion des CAARUD est en revanche assurée par la même association qu'est ALiA49.

9.2. Enquête auprès des officines non-partenaires : questionnaire d'extension du PESP

9.2.1. Objectif(s) :

A destination de toutes les pharmacies du département du Maine et Loire non-partenaires d'un PESP, l'objectif principal est de réaliser un état des lieux des pratiques de vente des Stéribox^{2®}. Nous faisons ici mention de vente et non de distribution car cette trousse de prévention est destinée à la commercialisation et non au PESP. Elles sont commandées chez les grossistes-répartiteurs de la même manière que tout autre produit. Une fois livrées, elles sont réceptionnées et intégrées au stock de l'officine.

Le prix de vente, la quantité délivrée, les éventuels problèmes rencontrés avec les usagers/avec les patients de la pharmacie, la connaissance du programme, sont les points importants à identifier, afin de faciliter le déploiement du PESP. Ces éléments ont été évalués à l'aide de ce second questionnaire intitulé : questionnaire d'extension du PESP.

9.2.2. Matériel et méthode :

Ce questionnaire comporte 13 questions réparties en 3 parties : le **kit** (stock, contenu, utilisation), le **déroulement de la vente** (lieux, prix, difficultés rencontrées) et la **connaissance du PESP** (fonctionnement, objectifs, intérêt et adhésion).

Le temps nécessaire pour compléter ce questionnaire était estimé à maximum **5 minutes**, durée qui a été indiquée dans le mail l'accompagnant.

Certaines questions nécessitaient d'avoir accès au logiciel de la pharmacie (quantité de kits délivrée dans le mois, dans l'année, délivrance TSO).

Concernant la diffusion de ce questionnaire, nous nous sommes tournés vers l'utilisation de **Google Forms**[®], outils permettant aux destinataires de répondre à des questions « choix simples / multiples » et à des questions ouvertes. Un lien a ensuite été généré et envoyé par mail à toutes les pharmacies du Maine et Loire via le Syndicat 49 des pharmaciens. Les réponses ont été recueillies durant 7 jours. A la fin de ces 7 jours, nous avons renvoyé le questionnaire en élargissant la cible. Pour cela, nous avons fait appel au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens des Pays de la Loire (CROP) afin d'atteindre un nombre plus important de pharmacies. Il a été convenu avec la secrétaire du CROP Pays de la Loire de limiter la transmission aux pharmacies du département du Maine-et-Loire, zone géographique ciblée par notre enquête.

Caractéristiques du questionnaire :

- Une seule réponse par pharmacie demandée
- Seules les pharmacies non-partenaires ont été appelées à participer. Cet élément a été contrôlé lors de l'analyse des réponses à l'aide de la question du prix du kit. Comme vu précédemment, les kits du programme sont délivrés gratuitement alors que les kits stéribox2 ont un prix de vente conseillé de 1€
- Pour une question d'accessibilité et de praticité, les réponses ont été recueillies directement en ligne
- Nombre de pharmacies visées : **237** (68) (nombre de pharmacies présentes dans le département)
- Nombre de réponses : **47**

Soit un taux de réponses de **19,83%** donc près d'une pharmacie sur 5.

9.2.3. Synthèse et discussion des résultats

Partie 1 : La vente des Stéribox2

La première partie du questionnaire s'intéresse aux **kits**.

Nous souhaitions savoir quelle est la disponibilité de ces kits dans les pharmacies du département.

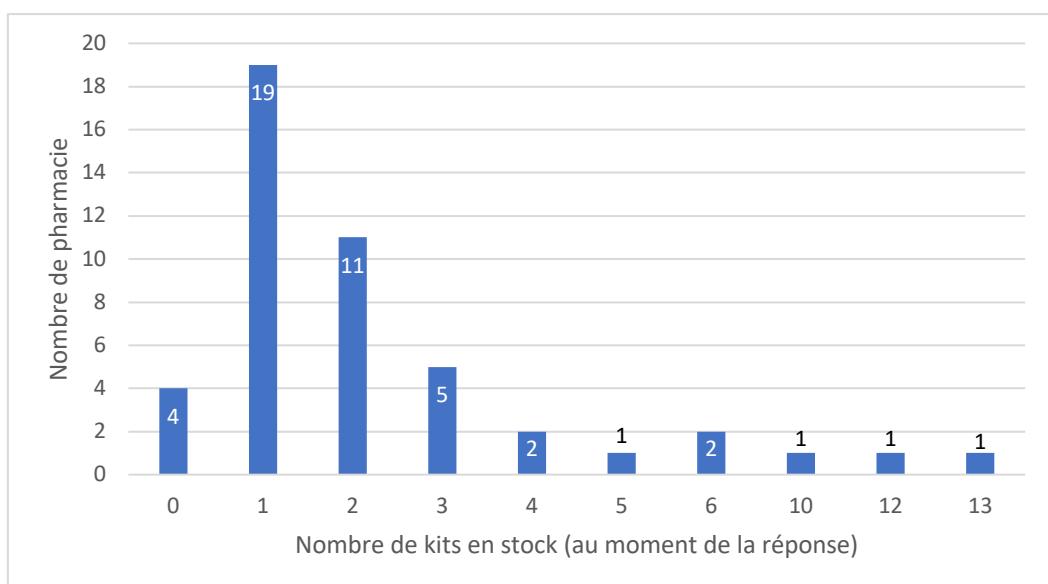


Figure 13: graphique représentant le nombre de kits en stock en fonction du nombre de pharmacies au moment de la réponse

Le nombre de kits possédés dans les pharmacies oscille entre 0 et 13 kits avec une majorité des pharmacies (**40,4%**) qui n'en possède qu'un seul. Seules, 4 pharmacies ont répondu qu'elles n'en avaient aucun en stock (**8,5%**), elles le justifient par **une absence de demande**.

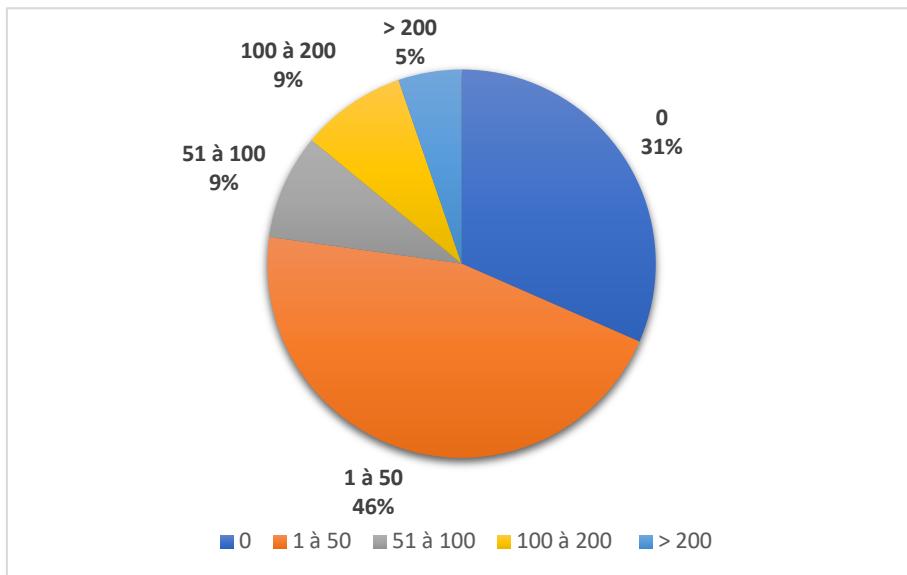


Figure 14 : graphique représentant la quantité de kits distribués (par intervalle) sur l'année 2019

Sur une année, nous constatons une grande variation du nombre de kits vendus dans les pharmacies. Il varie de 0 (8 pharmacies) à 574 kits vendus (1 pharmacie).

Nous constatons que **4 pharmacies** sur les 8 qui n'en vendent aucun dans l'année, ont fait le choix d'en avoir quand même en stock. Cela permet de répondre à une demande exceptionnelle d'un usager de passage par exemple. Le coût ainsi que les dimensions du Stéribox2® permettent d'en avoir toujours au moins un dans le stock. Il semble compliqué de proposer à un usager de lui commander le kit, de lui mettre de côté (cela nécessite de prendre ses coordonnées) et de lui demander de repasser plus tard.

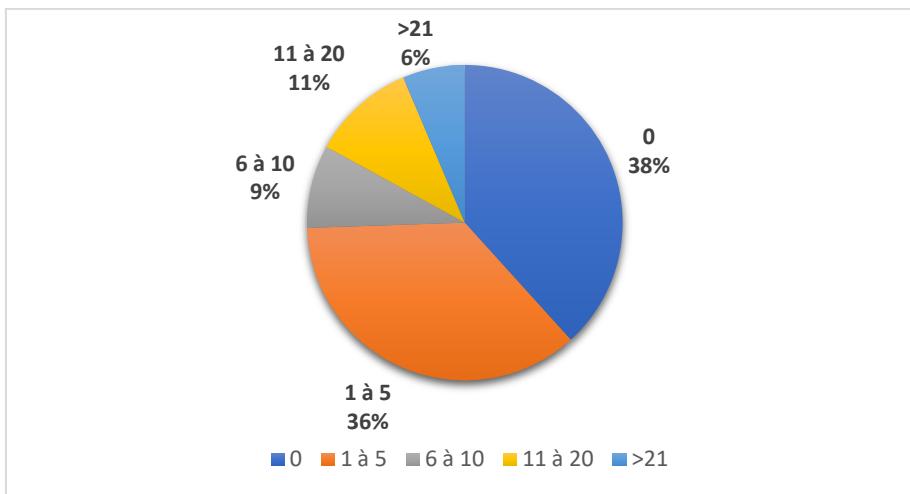


Figure 15 : graphique représentant la quantité de kits délivrés en l'espace d'un mois

- Durant le mois de décembre 2019, 38% des pharmacies n'ont pas distribué de kit.

- Le maximum de kits distribués en 1 mois par une pharmacie est de 33.

En résumé, un tiers n'en vendent pas, un tiers en vendent au moins un et un tiers en vendent entre 6 et 33 par mois.

Le prix du kit

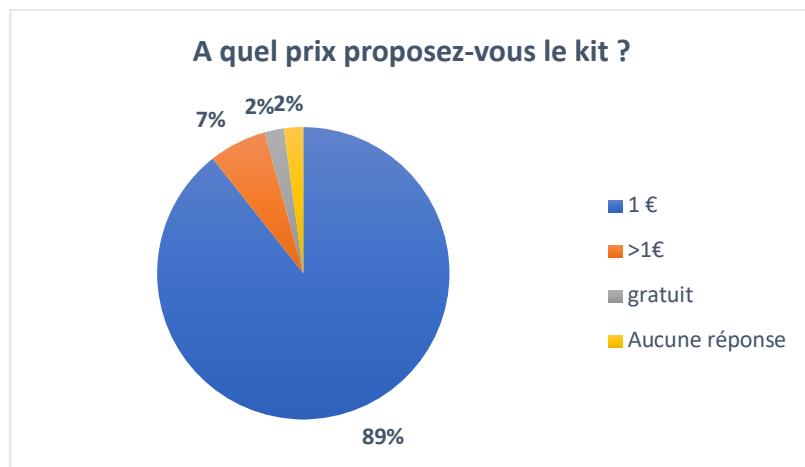


Figure 16 : graphique représentant le prix du Stéribox2 proposé dans les pharmacies non-partenaires

- 89% (soit 42 pharmacies) des pharmacies propose le kit au **prix de vente conseillé** de 1€
- 7 % (soit 3 pharmacies) le vendent à un prix supérieur
- 2% (soit 1 pharmacie) le propose gratuitement sans être partenaire d'un PESP
- 2% (1) n'ont pas répondu à cette question

7% des répondants ont choisi de vendre le kit à plus de 1€, c'est-à-dire au-dessus du prix maximum conseillé (mention inscrite sur la boite). Nous ne leur avons pas demandé de justifier ce choix mais nos hypothèses sont les suivantes :

- 1) une manière de dissuader les usagers de venir dans leur pharmacie
- 2) une marge par boîte insuffisante comparée au service fourni

Une pharmacie le propose gratuitement sans être rattachée à un PESP donc elle perd de l'argent. Le programme qu'elle ne connaissait sûrement pas serait parfaitement adapté à celle-ci.

Connaissez-vous son contenu ?

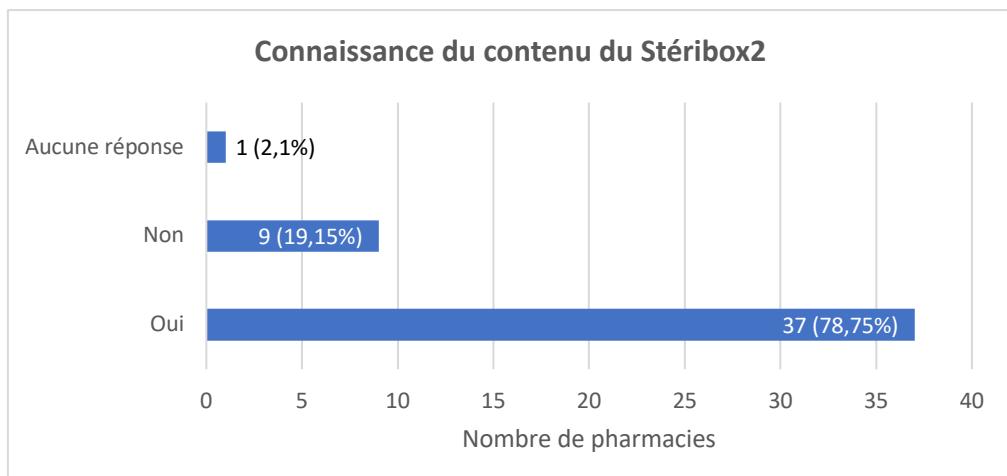


Figure 17 : graphique représentant le nombre de pharmacies connaissant ou non le contenu d'un kit Stéribox2®

- 78,75% (37 pharmacies) ont répondu qu'ils connaissaient son contenu contrairement à 19,15% (9 pharmacies)

- 1 pharmacie n'a pas répondu à cette question

Les pharmacies ont à priori une bonne connaissance du contenu du kit mais est-ce le cas pour tous les membres de l'équipe ?

La connaissance de l'utilisation du matériel contenu dans le Stéribox2®

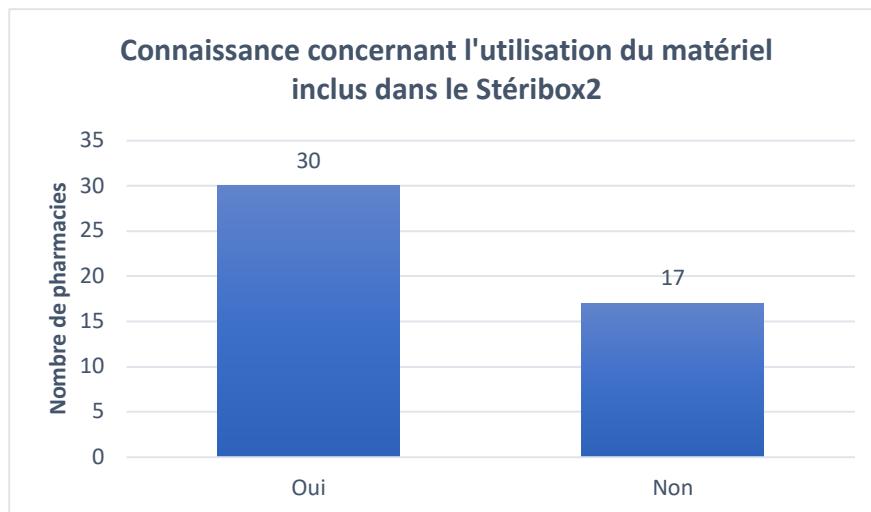


Figure 18 : Graphique représentant le nombre de pharmacies qui savent comment utiliser le matériel inclus dans le Stéribox2®

Nous constatons une bonne connaissance de l'utilisation du matériel contenu dans cette trousse de prévention avec **63,8%** qui ont répondu Oui à cette question contre 36,2%. Cela signifie que **15%** savent ce qu'il y a dans le kit mais ne saurait pas expliquer à un usager comment l'utiliser.

Là encore, aucune vérification n'a été effectuée.

Remarque : cela ne signifie pas que toute l'équipe connaît ou ne connaît pas le contenu.

Partie 2 : Déroulement de la vente

Nous avons commencé par interroger les pharmacies sur l'endroit dans l'officine où se déroulait généralement la vente du/des Stéribox2®.

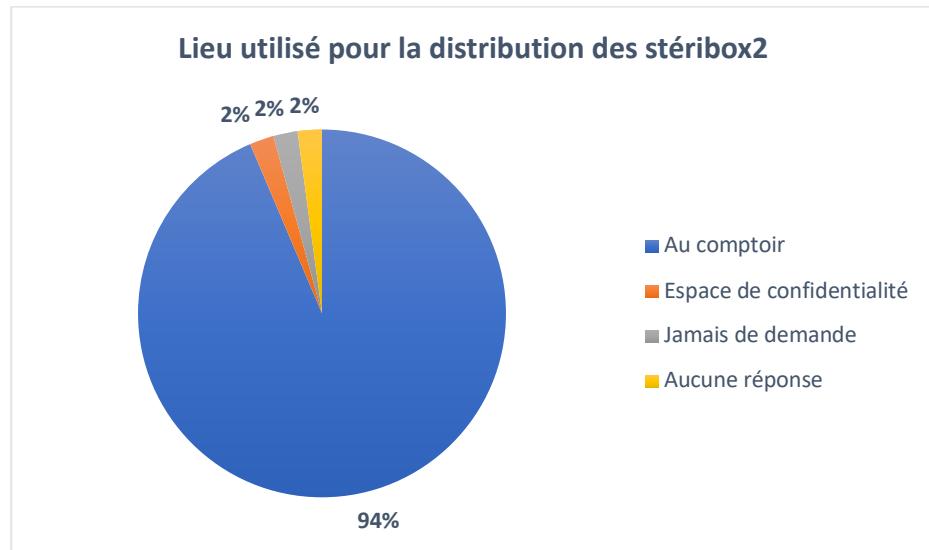


Figure 19 : graphique représentant l'endroit dans la pharmacie où a lieu la vente

Pour **94%** (44 pharmacies), la vente se déroule au comptoir

- 2% (1 pharmacie) utilise la salle de confidentialité
- 2% (1 pharmacie) a répondu « jamais de demande »
- 2% (1 pharmacie) n'a pas répondu

La vente est réalisée de la même manière que tout autre produit de la pharmacie. Les comptoirs sont censés être disposés de telle manière qu'ils puissent offrir une confidentialité aux usagers.

Limitation de la quantité délivrée à chaque demande

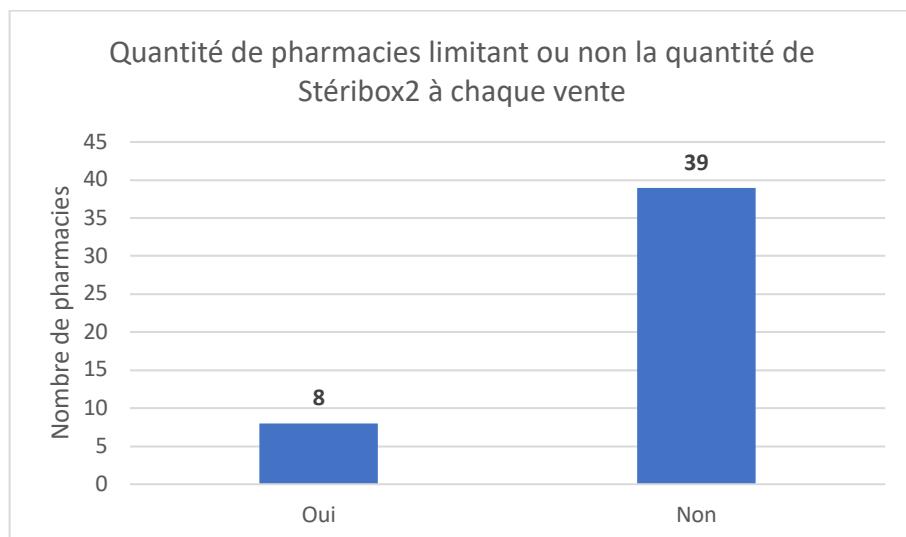


Figure 20 : Graphique représentant le nombre de pharmacies qui limitent ou non la quantité de kits vendue à chaque usager

La très grande majorité des pharmacies (**83%** soit 39 pharmacies) ne limitent pas la quantité de Stéribox2 vendue. Les **17% (soit 8 pharmacies)** qui font le choix de limiter cette quantité expliquent qu'ils préfèrent imposer une limite afin de ne pas être dans l'incapacité de répondre au besoin d'éventuels autres usagers.

Comme nous l'avons vu précédemment, la majorité des pharmacie (35 sur 47 soit **74,5%**) possèdent entre 1 et 3 kits dans leur stock, ce qui signifie que sans vouloir appliquer de limite, ils ont un stock trop faible pour assurer une demande plus importante.

Freins/difficultés rencontrés

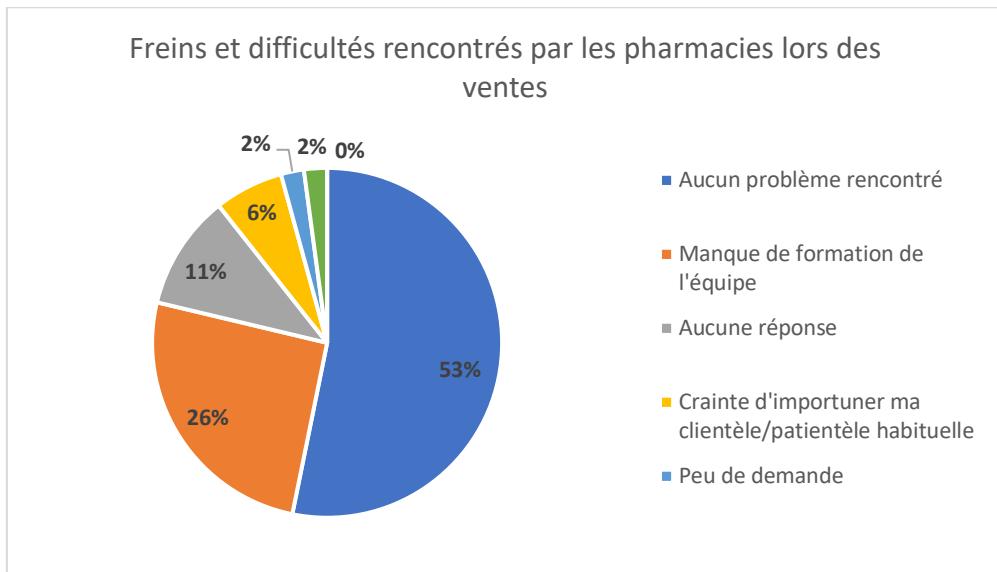


Figure 21 : graphique représentant les freins/difficultés rencontrés par les pharmacies lors de la vente

La majorité des pharmacies (**53%** des réponses soit 25 pharmacies) répondent ne pas avoir eu de problèmes lors de la vente.

Environ **36%** ont répondu avoir ressenti des freins au bon déroulement de la vente. Les freins sont les suivants :

- **26%** (soit 12 pharmacies) ne se sentent pas suffisamment formés pour réaliser cette vente dans les meilleures conditions.
- **6%** (soit 3 pharmacies) craignent que cela puisse importuner la clientèle habituelle.
- **2%** (soit 1 pharmacie) ne se sent pas à l'aise avec cette clientèle.
- **2%** (soit 1 pharmacie) a répondu avoir très peu de demande.

Bien que 3 pharmacies aient répondu avoir craint que cela puisse importuner les autres personnes fréquentant la pharmacie, aucune n'a répondu avoir eu de retours négatifs qui auraient mis en évidence un mécontentement de la clientèle/patientèle habituelle.

11% n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Remarque : réponse à choix simple, les pharmacies ne pouvaient sélectionner qu'un seul item.

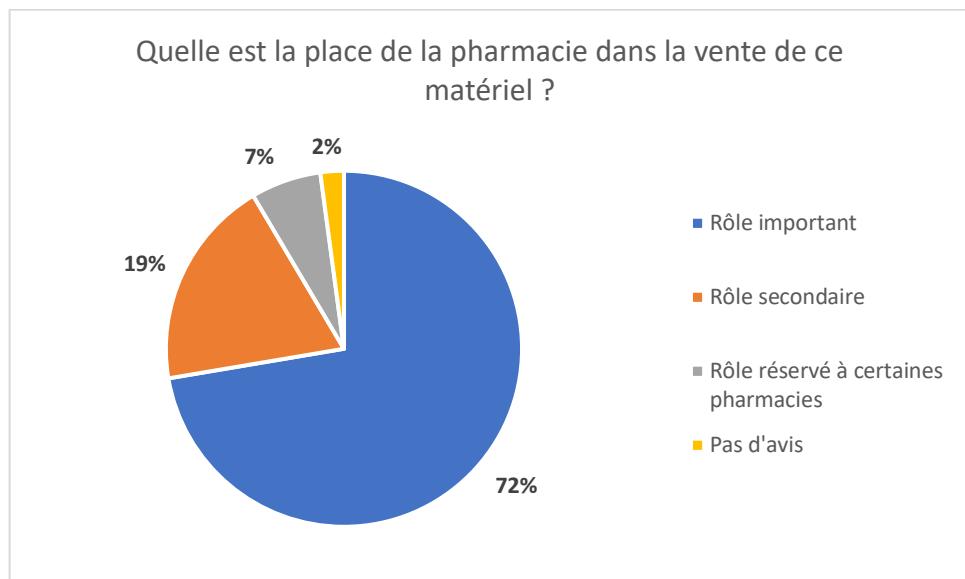


Figure 22 : Graphique représentant la place des pharmacies dans la mise à disposition de ces kits (du point de vue des pharmaciens)

Pour **72,3 %** (soit 34 pharmacies) des répondants, l'officine joue un rôle important dans la réduction des risques infectieux par l'intermédiaire de la vente de ce matériel.

19,1% (soit 9 pharmacies) estiment que la pharmacie n'a qu'un rôle secondaire avec cette action.

6,4% (soit 3 pharmacies) considèrent que ce rôle doit être réservé à certaines officines.

Enfin 2,1% (soit **1 pharmacie**) n'a pas souhaité donner son avis sur cette question.

Il est rassurant de noter que la majorité des pharmacies ont conscience de l'impact qu'a la vente de ce matériel dans la réduction des risques infectieux.

Partie 3 : Le Programme d'Échange de Seringues en Pharmacie (PESP)

Cette dernière partie du questionnaire avait pour but d'évaluer la connaissance qu'avaient les pharmacies de ce programme. Pour cela, nous avons choisi d'expliquer en quelques mots en quoi il consistait avant de poser les questions.

Résumé :

Le programme d'échange de seringues en pharmacie, mis en place et géré par les CAARUD ALIA49, permet de proposer une distribution gratuite de kits appelés "Le Kit+". Ce sont des kits aux "Stéribox2®" et sont distribués anonymement aux usagers qui en font la demande.

Pour commencer, nous avons choisi d'interroger les pharmacies sur la connaissance de ce programme.

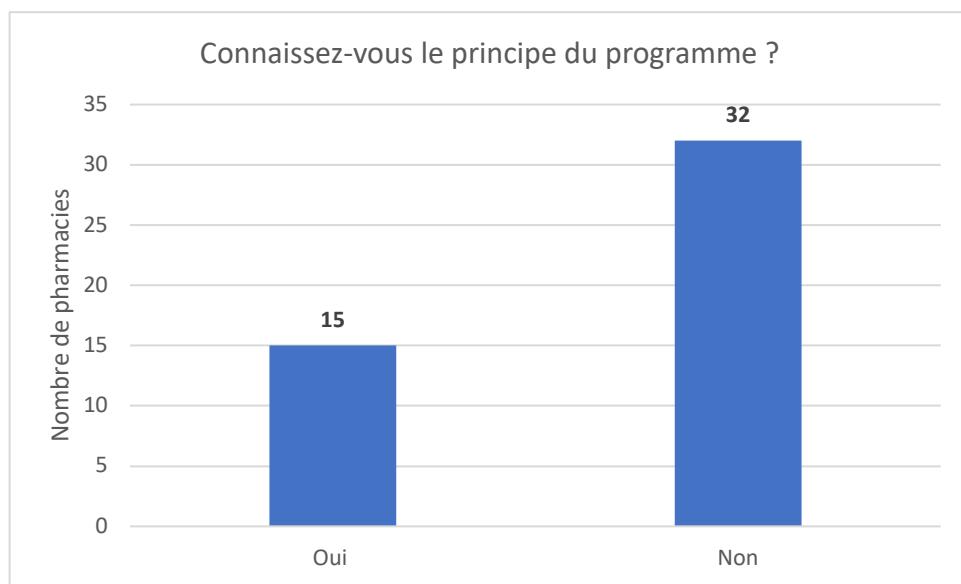


Figure 23 : graphique représentant la connaissance ou non du programme par les pharmacies

La majorité des pharmacies (**68,1%** soit 32 pharmacies) ne connaissent pas le principe d'un PESP contre **31,9%** (15 pharmacies) qui le connaissent.

C'est un élément important qui sera détaillé dans la conclusion de cette enquête.

Parmi toutes ces pharmacies, il nous a semblé intéressant de savoir combien seraient prêtes à adhérer au programme.

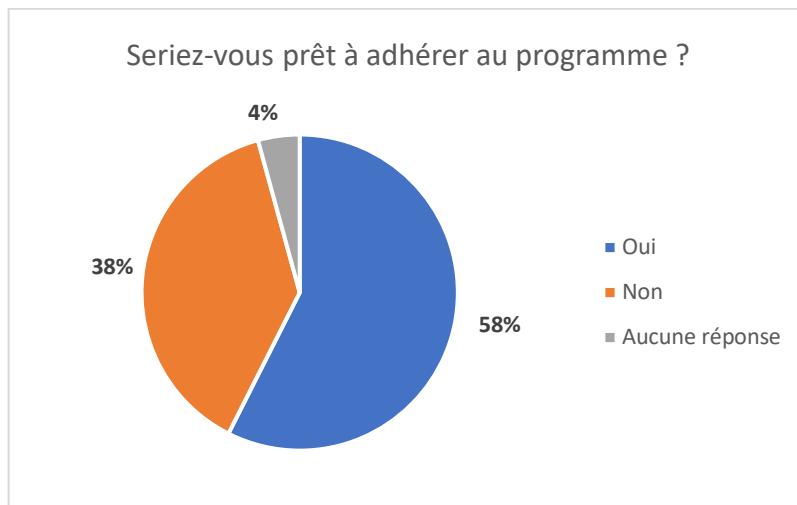


Figure 24 : graphique représentant le pourcentage de pharmacies qui seraient prêtes à adhérer au programme

58% (soit 27 pharmacies) sont intéressées par ce programme et seraient prêtes à y adhérer contre **38%** (soit 18 pharmacies).

4% (soit 2 pharmacies) n'ont pas souhaité répondre à cette question.

C'est un résultat très encourageant, près de 60% des pharmacies accepteraient de rejoindre le programme en ayant seulement eu, un rapide résumé de son principe et de ses objectifs.

Nous leurs avons ensuite demandé d'argumenter leur réponse. Ces réponses ont été retranscrites, telles qu'elles nous ont été données, dans le tableau ci-dessous :

Arguments des répondants	
Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> - Rôle en tant que professionnel de santé - Rôle de prévention - Proximité - Ouverture/facilité d'accès - Limiter les risques infectieux - Mission de santé publique/protéger la santé de tous - Aide apportée aux usagers - Occasion de présenter les aides pour arrêter - Créer un parcours sécurisé/distribution sûre des seringues pour les patients - Gratuité du matériel - Réaliser un suivi - Pour former les équipes et améliorer l'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Déjà beaucoup de choses faites sans valeur économique ajoutée - Trop loin d'Angers - A cause des freins déjà évoqués - Peur de ne pas savoir gérer - Masse de travail déjà énorme - La pharmacie n'est pas la mieux placée pour effectuer ce genre de tâche - Pas la patientèle cible/ très faible demande - Gestion DASRI+ 1€/kit = suffisant - Centre ALIA à proximité - Structure ALIA plus adaptée - Pas de demande et « pente glissante » - Acceptation de toute l'équipe nécessaire, ce qui n'est pas le cas

Tableau 8 : Tableau listant les arguments avancés par les pharmacies afin de justifier leur réponse à la question concernant l'adhésion au programme (cf. figure 22)

Pour résumer, les pharmacies en faveur du programme le justifient en expliquant que c'est leur **rôle** en tant que **professionnel de santé** de **proximité** d'aider cette population en leur proposant **gratuitement** du matériel. Cela permet de **prévenir** les **risques infectieux** chez les UDI mais également dans la population générale. C'est une mission de **santé publique** qui peut être parfaitement réalisée par les pharmacies de ville. Elles offrent, par leur répartition en maillage sur tout le territoire et leur large **amplitude horaire**, un **lieu très facile d'accès**.

Certains voient cette mission comme un moyen d'aider les toxicomanes à arrêter, ou limiter leur consommation, objectif qui n'est pas directement recherché mais traduisons cela par une opportunité qui leur est offerte de **discuter** de leur condition avec un professionnel voire de les orienter vers d'autres professionnels spécialisés.

D'autres y voient une opportunité de réaliser un suivi de ces personnes et pour cela de **former leurs équipes à ce type de prise en charge**.

Une personne a répondu que cela permettrait de **créer un parcours sécurisé** de la distribution des seringues. Concernant la distribution, elle n'est pas différente d'une vente de Stéribox2®, mais nous

l'avons vu dans les études sur l'élimination des seringues, il y a une corrélation entre le fait de venir se fournir dans les PESP et la bonne élimination des seringues.

La gratuité est un élément primordial, cela facilite l'accès au matériel et permet aux UDI de s'approvisionner en quantité suffisante pour répondre à leurs besoins.

Les pharmacies qui ne sont pas convaincues par ce programme expliquent que c'est une énième mission qui s'ajoute à celles déjà proposées par les autorités ; à la différence que ce programme ne génère aucune rémunération. Il faut également souligner l'élément suivant, le questionnaire a été lancé au début de la pandémie de Covid-19. Période très chargée, pendant laquelle, les pharmacies ont été fortement sollicitées (solutions hydro-alcooliques, masques, renouvellements exceptionnels de traitements, tests antigéniques, puis vaccination).

D'autres estiment que la vente de Stéribox[®] à 1 euro est une action suffisante pour les pharmacies et que le programme devrait uniquement être proposé par les structures spécialisées comme les CAARUD. Néanmoins, comme évoqué ci-dessus, elles n'offrent pas les mêmes conditions d'accessibilité. Ce sont des structures spécialisées mais qui risquent de stigmatiser l'usager. Il est plus facile de se rendre anonymement dans une pharmacie plutôt que dans un CAARUD.

Enfin, une personne a répondu qu'il n'y avait pas de demande et que la participation à ce programme était « une pente glissante » : Une expression que l'on pourrait interpréter comme un risque de favoriser la consommation des drogues injectables. Toutes les études prouvent le contraire.

Enfin, nous avons proposé à ceux qui le souhaitaient, de laisser leurs coordonnées afin de recevoir des informations plus détaillées concernant le programme.

Parmi les 47 pharmacies qui ont répondu à ce questionnaire, **8 ont laissé leurs coordonnées** (mail et/ou numéro de téléphone) ce qui représente un taux de **17%** de pharmacie que nous pouvons voir comme des éventuels futurs partenaires du programme.

9.2.4. Biais et limites

Nous avons listé les différents biais et limites qui ont pu influencer les résultats de notre questionnaire. Voici ceux que nous avons identifiés :

- **Un faible taux de réponses** malgré un second envoi et l'utilisation de deux flux de communication différents (le syndicat FSPF dans un premier temps, puis l'Ordre Régional des Pharmaciens des Pays de la Loire dans un second temps). Les résultats reposent sur un échantillon de **47 pharmacies** du département soit **19,83%** des officines du Maine et Loire. Un nombre faible qui pose question sur la représentativité des résultats.

- Nous avons fait le choix d'un **questionnaire entièrement anonyme** afin d'obtenir un plus grand nombre de réponses. L'identification des pharmacies par leur localisation et leur chiffre d'affaires a, au départ, été envisagée mais elle nous a semblé être un frein à la fois à la quantité de réponses mais également à la fidélité de ces dernières. Nous ne pouvons donc pas caractériser notre échantillon. Aucun moyen de savoir si ce dernier est représentatif de la population des pharmacies du Maine et Loire.

Il aurait été intéressant de savoir dans quels lieux les Stéribox2® sont vendus en plus grand nombre car cela nous aurait informés sur les pharmacies à privilégier pour le déploiement du programme.

- Certaines réponses, notamment celles qui s'intéressent à la connaissance du contenu du Stéribox2 et à son utilisation, n'ont **pas pu être vérifiées**. Il aurait été intéressant de contrôler ces informations en ajoutant quelques questions afin de s'assurer de la fidélité des réponses. Le questionnaire aurait été sensiblement rallongé, avec le risque de voir le nombre de répondants diminuer.

- Au départ l'échantillon contenait 48 pharmacies. Cependant, après analyse de ses réponses, une des pharmacies s'est avérée être partenaire d'un PESP. Ses réponses ont donc été supprimées.

10. Discussion générale

Dans cette partie finale de l'enquête, nous reprendrons les points clés qui ressortent des réponses de ces deux questionnaires afin de tenter d'analyser les différents arguments et éléments rapportés par les pharmacies non-partenaires et ainsi les comparer aux expériences vécues par les pharmacies du programme. L'objectif est, dans un premier temps, de réaliser une synthèse des caractéristiques du programme et des ressources qu'il nécessite pour être mené à bien. Puis, dans un second temps, de comparer ces éléments avec les données recueillies des pharmacies non-partenaires. Pour cela, nous utiliserons également les constatations extraites des études évoquées dans la partie 1 de ce travail. Cette partie nous a permis de dresser un profil des usagers, et ainsi de mieux les comprendre pour mieux répondre à leurs besoins. Au départ, nous avions préparé un questionnaire pour les usagers. L'objectif était d'avoir le point de vue de chacun des protagonistes du programme. Ce questionnaire est visible en **Annexe 4**. Il devait être déployé dans les pharmacies partenaires et directement au CAARUD. Il aurait pu nous apporter des données chiffrées concernant la fréquence de passage des usagers dans les pharmacies partenaires, de leurs besoins en matériel, de leurs comportements à risques, des avantages qu'il y a à pouvoir se fournir en matériel dans les pharmacies, des améliorations qu'ils auraient souhaitées y voir apporter.

Malheureusement, la loi a rendu très compliquée l'utilisation de ce type de données. Nous avons abandonné ce questionnaire, pourtant entièrement anonyme.

N'ayant pas pu obtenir ces réponses, toutes les remarques concernant les usagers sont extrapolées à partir des éléments que nous avons mis en évidence dans la partie 1 en étudiant le profil des UDI.

Nous évoquerons ensuite les points qui pourraient être retravaillés afin de faciliter l'extension du programme.

Enfin, nous parlerons de solutions hypothétiques aux problèmes identifiés.

Les points sur lesquels nous souhaitons axer cette discussion, sont les suivants :

1) **Une mission de santé publique** :

Le PESP est un service qui propose du matériel pour protéger les usagers et qui propose également une solution pour éliminer ce matériel. Des collecteurs sont livrés aux pharmacies partenaires en même temps que les kits. Ils sont adaptés aux UDI car facilement dissimulables et de taille permettant d'y mettre les seringues entières. Le CAARUD laisse également un container destiné à éliminer les collecteurs.

Ces boîtes, semblables à celles proposées aux patients diabétiques, évitent que le matériel soit retrouvé à des endroits inappropriés tels que les poubelles publiques, la rue... ce qui entraînerait un risque de contamination infectieuse accidentelle pour la population. Elles sont également indispensables pour protéger les équipes qui gèrent leur élimination (équipes officinales et personnel du CAARUD).

Cette solution n'est pour l'instant proposée qu'aux pharmacies partenaires.

Les autres pharmacies sont en droit de refuser de collecter le matériel car légalement il ne doit pas être jeté dans le même container à DASRI que celui utilisé pour jeter le matériel des patients.

2) **Mais une énième mission** qui s'ajoute aux nombreuses déjà réalisées en officines :

Cette remarque est pertinente, l'officine étant présente à tous les niveaux de la prise en charge des patients (du début avec un rôle de prévention et d'orientation puis de son suivi lors de la délivrance des traitements, avec également un rôle de la prévention). Les pharmacies sont au cœur du système de soins, leurs missions se multiplient depuis plusieurs années. Il était donc nécessaire de questionner les équipes sur le temps pris par ce service.

Les réponses montrent que ce service n'est pas chronophage. L'approvisionnement en kits est réalisé après échanges, téléphonique ou courriel. Ces échanges ont lieu de plusieurs fois par mois à seulement quelques fois par an selon les besoins de la pharmacie.

Concernant la gestion, les kits distribués ne rentrent pas dans le stock de la pharmacie, c'est les CAARUD de rattachement qui s'occupent de comptabiliser les quantités délivrées. Du côté des officines,

il n'y a qu'une **simple distribution** à effectuer avec, quand cela est possible, des conseils appropriés à une bonne utilisation du matériel.

Deux points à souligner :

- La distribution en PESP se déroule sans **aucun enregistrement informatique**, elle est donc **rapide**. Aucune étape de réception de commande n'est nécessaire, à la différence des pharmacies non-partenaires qui commandent les boîtes par petite quantité à leur grossiste-répartiteur.
- Les conseils associés peuvent paraître difficiles à aborder (c'est le cas pour 3 pharmacies sur 5) et très souvent les équipes peuvent se sentir démunies face à une demande. Pour remédier à cela, lors de l'adhésion à un PESP, l'équipe du CAARUD propose de former les équipes au sujet du matériel distribué et de la manière de réagir à certaines situations complexes. Les pharmacies partenaires peuvent également faire des points réguliers avec le CAARUD afin de partager leurs expériences et évoquer/discuter de la manière de résoudre les éventuels problèmes rencontrés avec les usagers. Lorsque cela est possible, les équipes transmettent des informations concernant le fonctionnement du CAARUD et du Totem, le bon usage du kit. La transmission peut être réalisée avec l'aide de flyers et dans certains cas l'équipe officinale est parvenue à orienter l'usager vers une structure ou un professionnel.

La distribution/vente des kits est similaire dans toutes les pharmacies (PESP et non PESP). Elle se déroule majoritairement **au comptoir**. Il n'y a pas de file d'attente particulière. Les usagers sont reçus de la même manière que toute autre personne qui se rend à la pharmacie.

Elle est réalisée **rapidement, discrètement** car la confidentialité reste un élément qui favorise la confiance portée par les usagers. Il n'y a pas de changement à réaliser dans sa pharmacie pour participer au programme.

Deux points qui diffèrent :

- le **stock de kits disponible** qui est plus important dans les pharmacies PESP. Il prend plus de place mais cet élément n'a pas été relevé par les pharmacies

Cette quantité disponible permet de ne pas fixer de limitation aux usagers. Même si la majorité des pharmacies non PESP répondent ne pas en imposer non plus, nous avons vu que dans les faits leur stock était trop faible pour répondre à une demande « illimitée ».

- la **gratuité** des kits

Ces deux éléments ont une importance que nous avions prévue d'analyser avec le questionnaire des usagers (**Annexe 4**). Il aurait permis de connaître en quoi le programme est adapté aux UDI. La

gratuité peut-elle être corrélée à une bonne utilisation du matériel (moins de partage et réutilisation) ? Quels sont leurs besoins ?

Le programme permet de répondre aux besoins des usagers afin que **chacune de leurs injections soit réalisée dans des conditions optimales**. Comme nous l'avions évoqué précédemment, le nombre d'injections moyen est de **5 à 6 par jour**. Un kit contient le matériel nécessaire pour en réaliser 2, il n'est donc pas étonnant de voir des usagers **demander 5 voire 10 kits à la fois**.

Concernant les quantités délivrées, le premier questionnaire ne met pas en évidence d'augmentation des quantités. Point qui devrait rassurer les pharmacies non-partenaires : Proposer le programme à la pharmacie ne va pas engendrer d'affluence d'UDI.

3) Une mission majeure qui ne génère aucun bénéfice :

Les pharmacies non PESP considèrent **à plus de 70%** que ce programme est un **service indispensable** à la réduction des risques infectieux chez les UDI et que les pharmacies ont un **rôle majeur à jouer** dans cette stratégie de prévention.

Cependant, la participation au programme n'apporte **aucune rémunération** à la pharmacie. Son adhésion repose sur le volontariat. C'est un élément important à souligner car il n'est **pas en cohérence** avec le type de structure qui le propose. La pharmacie est une entreprise commerciale de biens et libérale de services qui doit dégager de la marge pour pouvoir fonctionner.

La gratuité de ce service est une bonne chose pour les UDI qui sont souvent dans des situations très précaires. En revanche, pour les pharmacies qui doivent déjà réaliser de nombreuses nouvelles missions (vaccination, éducation thérapeutique, bilan partagé de médication...), elle peut représenter un frein, même si les pharmaciens ne font quasiment aucune marge sur ce kit. Est-il normal que ce service considéré comme essentiel ne soit pas rémunéré ?

La **marge réelle** dégagée par la vente d'un kit est la suivante :

- prix d'achat hors taxe : 0,78€
- prix de vente recommandé : 1€
- TVA 5,5% = 0,05€

Soit une marge de **0,165€** ce qui représente un taux de marge de **17,46%**. Ce taux est très loin derrière celui dégagé avec les autres produits et services proposés.

Par exemple, la pharmacie qui vend le plus de Stéribox2® parmi notre échantillon (soit environ 500 à l'année), dégage une marge nette de **82,50€**. Un chiffre **extrêmement faible** ramené à la marge

annuelle d'une officine. Néanmoins, cela ne doit pas pour autant signifier que le service doit être réalisé gratuitement. La gratuité est une caractéristique qui ne valorise pas le travail du pharmacien !

La valorisation de cette mission ne devrait pas être dépendante de la quantité de boites distribuée, elle devrait fonctionner sur **un système d'honoraire de dispensation** qui rémunérerait l'action de prévention.

Il est important que l'état s'investisse par d'autres moyens qu'une « simple » aide donnée au fabricant des kits pour leur permettre de diminuer son prix de vente. Le rôle majeur de cette mission doit être démontré par le déblocage de nouvelles aides de l'Etat.

4) Des raisons multiples d'adhérer à ce programme :

L'adhésion à ce service est décidée par le titulaire de la pharmacie. Pour que cela fonctionne, toute l'équipe doit être impliquée dans la mise en place du programme. Les motivations de cette participation sont avant tout de rendre service à une population précaire. Cela permet d'offrir à ces personnes un contact avec un professionnel de santé.

5) Malgré tout, des craintes présentes à l'esprit des pharmaciens :

Les arguments évoqués par les pharmacies qui ne souhaitent pas adhérer au PESP sont **légitimes** mais **opposables** aux réponses obtenues avec les pharmacies partenaires comme nous le verrons par la suite.

- Un service **chronophage** qui s'ajoute aux nombreuses nouvelles missions que doit réaliser le pharmacien : La gestion logistique des kits est simplifiée et plus rapide pour les pharmacies partenaires.

- une **augmentation de la quantité de DASRI** et la crainte de ne pas savoir comment les gérer :

Ce problème est désormais解决, le CAARUD met à disposition de chaque pharmacie partenaire, un container de récupération permettant de trier les DASRI issues de soins découlant de l'injection de drogues. Il n'y aura donc aucun impact financier.

- Se **sentir démuni** face à certaines situations : l'équipe du CAARUD forme les équipes officinales et est **facilement joignable** en cas d'interrogation. Le CAARUD profite du moment de la livraison de matériel pour faire des points réguliers. Le rôle de la pharmacie n'est pas de trouver la solution à tous les problèmes posés par les patients mais plutôt de savoir comment et vers qui les orienter afin qu'ils aient la meilleure prise en charge possible. C'est exactement la même chose avec les UDI.

- Une **augmentation la file active des usagers** venant pour les kits : effectivement, cela peut générer une augmentation des usagers. Cependant, cette augmentation est dépendante du nombre de pharmacies proposant ce service. La première pharmacie du PESP à Angers a constaté une légère diminution des quantités distribuées depuis l'extension du programme à plusieurs nouvelles pharmacies.

6) Un service qui ne perturbe pas le fonctionnement normal de la pharmacie :

Dans la pratique, **une absence de difficultés** ressentie par les pharmacies partenaires, ils évoquent en revanche des **freins** qui minimisent l'efficacité attendue de ce service. En effet, il semble compliqué d'ouvrir un dialogue avec l'usager du fait d'une **barrière de la langue**, les usagers semblent **fermés à toute discussion**, ils sont **pressés** et ne veulent pas s'attarder. C'est probablement pour cela qu'ils choisissent de venir se fournir en pharmacie de ville. A la différence du CAARUD où l'usager est identifié par un surnom, l'officine propose **un anonymat complet**. Il est important de noter, **qu'aucun comportement inadapté de l'usager** n'a été mentionné.

Un service qui n'engendre **pas d'augmentation du nombre de patients sous TSO** pris en charge par la pharmacie (file active) :

Ces patients sont généralement considérés comme plus difficiles à gérer par les pharmacies car ce sont des traitements de sevrage à des produits à très forte dépendance, dépendance également retrouvée avec le traitement lui-même ; cela peut créer des situations complexes et tendues dans les pharmacies. Cette non-répercussion sur la file active peut être la conséquence de profils variés d'UDI :

- Des UDI qui n'en sont pas au stade du soin mais seulement dans une démarche de prévention. Ils n'ont pas de traitement et notre rôle peut être d'essayer de les diriger vers une première consultation.
- Les UDI qui ont un TSO se le procurent éventuellement dans une pharmacie différente de celle qui leur distribue des kits. Ils ne souhaitent pas montrer aux pharmaciens l'échec thérapeutique de leur traitement. Cette association pourrait évoquer un mésusage du traitement.

D'autres pensent que les pharmaciens ne sont pas les mieux placés pour prendre en charge ces usagers. Or la pharmacie est un lieu **facilement accessible**, sans rendez-vous avec des **plages horaires bien plus importantes** que, celles proposées par les équipes des CAARUD. L'objectif de ce programme n'est en aucun cas de remplacer le travail d'un CAARUD qui, comme nous l'avons vu, a de nombreuses missions, mais c'est d'être une extension à un service proposé par ce centre pour la distribution des kits et des conseils associés. Le pharmacien d'officine est identifié comme **un professionnel de santé de premier recours** (un professionnel très facilement accessible) jouant un **rôle d'écoute**,

d'accompagnement et d'orientation. Les pharmaciens sont désormais très présents dans la prise en charge des patients et travaillent en collaboration avec les autres professionnels.

7) Un service paradoxal à première vue :

Certains voient ce service comme une aide apportée aux UDI pour « se piquer ». Il faut plutôt le considérer comme une aide pour ne pas se contaminer et ne pas contaminer. L'interdiction de vente libre de seringues en pharmacie a prouvé que cela n'empêche pas les injecteurs de consommer.

Paradoxe auxquel les pharmaciens et leurs équipes doivent faire face dans la distribution du matériel d'injection : il peut être problématique pour certains de proposer du matériel tout en sachant qu'il peut permettre d'injecter des médicaments également délivrés par l'officine. C'est un point qui a été soulevé par une personne de l'équipe de la pharmacie partenaire d'Angers. Il faut avoir en tête que ce n'est pas en arrêtant de proposer du matériel, que nous supprimerons cette pratique. Cela a été vu en 1977 lorsque la vente libre de seringues a été interdite. Il faut lutter contre la propagation des virus et autres risques infectieux en proposant le meilleur matériel possible.

Certains prescripteurs font le choix de modifier le traitement afin de rendre son injection impossible : c'est le cas des patients sous Subutex® qui passent au Suboxone®. Ces deux médicaments contiennent de la Buprénorphine (= TSO) indiqué dans le sevrage, la différence concerne le Suboxone® dans lequel, il y a un ajout de Naloxone. Cette molécule antagonise les récepteurs aux opiacés. L'injection de ce dernier entraîne une inefficacité de la Buprénorphine et donc un syndrome de sevrage pour l'usager. C'est un élément fortement dissuasif.

La Méthadone est, quant à elle, uniquement initiée sous forme de sirops par un prescripteur spécialisé. Ce n'est qu'une fois le patient stabilisé à un certain dosage que le prescripteur peut faire le choix de la passer sous la forme de comprimé, plus pratique en termes de taille de boîte et de facilité d'administration mais à risque de mésusage.

Les pharmacies partenaires ont également ressenti certaines craintes avant d'intégrer le programme :

- la mauvaise acceptation au niveau de l'équipe
- de ne pas avoir le temps nécessaire pour réaliser cette distribution dans les meilleures conditions car les nouvelles missions du pharmacien sont nombreuses et déjà très chronophages
- de ne pas aider les UDI à sortir de leur situation et de favoriser leur consommation

8) L'intérêt d'étendre ce programme à un plus grand nombre d'officines et les conséquences d'une part, pour le patient toxicomane et d'autre part, pour les pharmacies déjà partenaires :

L'extension du programme permet de faciliter l'accès au matériel aux usagers (point de distribution plus proche, amplitude horaire plus grande et gratuité du matériel). Cela augmente les

points de distribution mais également les points d'élimination. Or, comme le rapporte l'OFDT dans son évaluation des kits EXPER' (kit très semblable aux kits+) : « *La proximité géographique des lieux de délivrance est en effet un facteur d'acceptabilité des outils de réduction des risques* » (69).

Cette facilité d'obtention est corrélée à une diminution du partage et de la réutilisation du matériel ce qui réduit le risque de contamination infectieuse.

Certaines pharmacies ne se sentent **pas concernées** par ce programme car elles n'ont pas de demande mais il faut avoir à l'esprit que cette population est très discrète et difficilement atteignable (analyse du profil des UDI réalisée dans la première partie).

Si le programme est mis en place uniquement dans les pharmacies avec une forte demande alors les usagers pourront obtenir des quantités selon leur besoin mais cela n'améliorera pas l'accessibilité au lieu d'approvisionnement et élimination.

Cette extension est freinée par **la faible connaissance de ce type de programme** au niveau des pharmacies et probablement des usagers. Lorsque nous interrogeons les pharmacies sur l'envie d'adhérer au programme, **plus de 60%** d'entre eux répondent OUI.

Enfin, nous avons choisi de terminer le questionnaire en interrogeant les pharmacies sur les améliorations utiles qui pourraient être apportées au programme. Plusieurs d'entre elles évoquent le besoin d'améliorer le suivi de ces personnes en proposant par exemple, un entretien similaire à celui réalisé pour les anti-vitamines K. Cela permettrait d'améliorer les connaissances des UDI sur les bonnes pratiques et les risques encourus lorsqu'elles ne sont pas suivies.

Avantages de ce service pour les usagers	Freins à son extension (Questionnaire d'extension du PESP)	Propositions/Arguments (Questionnaire d'évaluation du PESP)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gratuité du service ▪ Accessibilité : Horaires d'ouverture et répartition des officines, 22 000 pharmacies réparties sur tout le territoire (bon maillage) ▪ Ouverture d'un dialogue, instauration d'une relation de confiance : messages concernant la prévention des risques ▪ Salle de confidentialité : discréetion / anonymat ▪ Patients non stigmatisés/non jugés : même prise en charge que tout autre patient de l'officine 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvaise connaissance du programme ▪ Peur d'une augmentation de la liste active ▪ Crainte de cette population perçue comme difficile à gérer ▪ Craintes vis-à-vis de la patientèle habituelle (faire fuir la patientèle) ▪ Manque d'intérêt financier ▪ Contradiction : proposer du matériel pour permettre l'injection de drogues alors même que nous délivrons les traitements de substitutions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion d'une information (Flyers) ▪ Ce n'est pas le cas ▪ Résultats du questionnaire 2 prouvent le contraire ▪ Idem aucun problème rencontré ▪ Mise en place d'un honoraire de dispensation ▪ Interdire la vente/distribution du matériel ne réduit pas la pratique. Au contraire il y aurait un risque important qu'ils le réutilisent ou qu'ils le partagent avec des tiers

Tableau 9 : Principaux avantages et freins de ce service, identifiés à partir des questionnaires et proposition de solutions visant à étendre le programme

Pour conclure cette discussion, nous avons réfléchi à des **évolutions hypothétiques du programme** qui favoriseraient l'action de prévention, revaloriseraient le travail des pharmacies et simplifieraient les moyens mis en œuvre. Ces idées sont développées ci-dessous :

La mise en place d'un honoraire de dispensation :

Un système d'honoraire de dispensation semble adapté pour revaloriser l'action du pharmacien dans cette mission de réduction des risques infectieux. Cela permettrait de voir le kit comme un outil de

santé et non comme un simple produit commercial. L'honoraire serait justifié par la délivrance de conseils associés.

Les pharmacies non-partenaires, actuellement rémunérées sur la base de la marge réalisée à chaque boîte de Stéribox² vendue, gagnerait du temps sur la gestion des stocks (pas de réception de commande). En adhérant au programme, la livraison des kits serait entièrement gérée par les CAARUD et non plus en partie par les grossistes-répartiteurs. La gestion logistique du matériel par une seule et même structure permettrait d'avoir une meilleure vision de la distribution et de l'élimination du matériel.

Ce changement semble nécessaire à la fois pour modifier la mentalité des pharmaciens dans ce domaine de la toxicomanie mais aussi pour favoriser l'extension de ce programme. Les officines sont facilement accessibles (sans rendez-vous avec de larges amplitudes d'ouverture), ce qui en fait des relais indispensables aux CAARUD pour la distribution du matériel.

Ce n'est qu'une hypothèse avancée dont la faisabilité n'a pas été étudiée.

Le développement d'un nouveau kit de prévention :

Comme nous l'avons vu précédemment, certains éléments du kit actuel ont été améliorés. Il existe un Stérifilt[®] développé par le laboratoire Apothicom[®] avec une filtration de qualité très supérieure au filtre coton actuellement présent.

Ce nouveau kit pourrait intégrer la nouvelle cuillère qui possède déjà un manche. L'ajout de ce dernier évite une manipulation pendant la préparation de la dose, cela réduit le risque infectieux. Elle est disponible en plusieurs couleurs afin d'améliorer son identification lors des injections en groupe. Nous avons également noté l'importance de la propreté du site de préparation de la dose, pour faciliter cette étape, un champ pourrait donc être ajouté au kit.

La distribution de nouveaux matériaux :

Les kits distribués ne sont qu'un élément parmi tant d'autres qui composent l'arsenal disponible pour lutter contre la propagation des infections. Ces kits sont adaptés à une majorité des usagers mais certains ne peuvent pas l'utiliser et sont obligés de se débrouiller eux-mêmes pour obtenir du matériel adapté. Proposer plusieurs types de seringues (de différents volumes, serties et non serties), des cuillères de volumes adaptés, et les différents filtres existants éviterait que l'usager s'expose à des comportements à risque.

11. Actions menées à la suite des résultats de l'enquête

11.1. Fiche conseil transmises à toutes les pharmacies du département

Une fiche conseil (**Annexe 5**), contenant les informations les plus importantes à connaître pour favoriser la réduction des risques infectieux, a été élaborée puis envoyée à toutes les pharmacies du département.

Contenu de la fiche :

- Intérêt de cet outil de prévention
- Contenu d'un kit et rôle de chaque élément dans cette pratique
- Établissement d'addictologie et lieux à connaître pour gagner de l'aisance au comptoir et pour améliorer notre conseil d'orientation
- Les pratiques les plus à risques de contamination virale
- Le PESP

Notre objectif est de créer un outil d'aide destiné aux équipes officinales.

11.2. Prise de contact avec les pharmacies ayant laissé leurs coordonnées

La thèse a permis d'obtenir les coordonnées de 8 pharmacies du département intéressées par ce programme.

S'ils sont d'accords, leurs coordonnées seront envoyées au CAARUD afin que ce dernier puisse prendre directement contact et parler du programme en détails.

CONCLUSION

Toutes les mesures prises pour prévenir les risques infectieux chez les UDI sont primordiales. L'existence de ce kit est un outil très efficace dans cette lutte. Il doit être mis en avant et distribué à tous les usagers avec des conseils clairs d'utilisation.

Ce travail nous a permis de dresser le profil des usagers qui, chaque jour, franchissent le seuil des pharmacies pour venir s'approvisionner en kits de prévention. Mieux les connaître pour mieux les comprendre et donc mieux les conseiller, c'était le but de la première partie.

Des usagers sont souvent en situation de grande précarité et le simple fait de rentrer dans une pharmacie est un défi. Nous devons dans un premier temps les écouter avec bienveillance afin d'établir un lien avec eux, pour ensuite pouvoir les conseiller/les orienter.

La majorité des pharmaciens ont conscience du rôle qu'ils ont à jouer dans cette politique de santé publique. Cette mission de prévention demande encore de l'investissement mais elle met une nouvelle fois en avant la capacité des pharmacies à s'adapter afin de répondre à des besoins multiples. Elle transmet une image du pharmacien comme professionnel de santé relais, en lien avec d'autres professionnels.

Comme pour tout nouveau programme, l'adhésion se heurte à des réticences. Ces dernières sont basées sur des *a priori* facilement identifiables et réfutables.

Le manque de valeur ajoutée évoqué par certains d'entre eux semble tout à fait justifié. Comment demander aux équipes de participer à un programme « essentiel » si aucune contrepartie financière n'est proposée ? Actuellement, la marge dégagée induite par la vente des Stéribox2® est très faible. Ce système n'est pas cohérent avec ce que l'on demande aux pharmaciens de réaliser. La création d'un honoraire de dispensation à l'acte serait beaucoup plus adapté pour valoriser le travail de conseil et d'orientation demandé aux pharmacies.

Ce programme développé et soutenu par les équipes du CAARUD a déjà, au travers de nombreuses études françaises et internationales, prouvé son efficacité. Il semble néanmoins qu'il y ait des modifications nécessaires à y apporter afin de favoriser la réduction des risques. Les axes majeurs sur lesquels il est important de travailler aujourd'hui sont les suivants : l'extension du programme afin d'améliorer la disponibilité des kits et de les rendre gratuits dans toutes les pharmacies, la modification de son contenu afin d'avoir le matériel le plus récent disponible, le développement de services favorisant la récupération des kits et enfin la mise en place de solutions simples et facilement accessibles aux professionnels afin de leur permettre de se former sur ce sujet. Pour ce dernier point, le développement d'une formation courte en e-learning semblerait parfaitement correspondre aux besoins.

La mise à disposition seule du matériel d'injection n'a pas d'intérêt si les usagers ne sont pas formés aux bonnes pratiques d'utilisation. Les pharmacies ont conscience du rôle de support qu'elles peuvent apporter aux CAARUD mais pour étendre cette coopération, il est indispensable que des moyens soient débloqués pour ce programme.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau extrait du document de l'OFDT « Drogues et addictions : données essentielles » édition 2019, p.39 (1). Il présente les principaux modes d'absorption des substances selon les profils d'usagers (2019).

Produits	Usagers dépendants très précarisés ¹	Usagers des espaces festifs alternatifs ¹	Usagers des espaces festifs conventionnels ¹	Usagers problématiques insérés ou semi insérés ¹
Cannabis	Fumé (C) en joint, moins fréquent : pipe à eau (bang) Développement des usages en vaporiseurs ou en cigarette électronique, parfois VO			
Cocaïne	Surtout IV ou fumée ² (SC)	Surtout sniffée, de + en + fumée ² (SC)	Surtout snif, de + en + fumée ² (SC), IV possible	
Ecstasy (MDMA comprimés)	VO, mais aussi IV	Plutôt VO, parfois snif	VO, émergence snif	VO
MDMA poudre	VO ³ , mais aussi IV	VO ³ , snif, fumée ⁴ (SC)	Plutôt VO ³ , parfois snif	Plutôt VO
Amphétamine	Snif, IV par les plus précaires	Plutôt snif, aussi VO ³ ou fumée ⁴ (SC)	Snif, parfois VO ³	Snif
Héroïne	Plutôt IV, de + en + fumée (SC)	Fumée, parfois IV	Snif	Snif, IV possible
BHD UNC	IV ou snif mais aussi fumée ⁴ (SC) ou VO			Sublinguale, snif ou IV
Méthadone UNC	VO (Sirop injecté à la marge)			VO
Sulfate de morphine UNC	IV, snif possible			Plutôt VO mais aussi IV
Benzodiazépines	VO, moins souvent IV	VO		VO
GHB/GBL			VO	
Nouveaux produits de synthèse	VO, snif, IV, fumés, selon molécule	VO, snif, IV, fumés, selon molécule	VO, snif, IV, fumés, selon molécule, plug ⁵	
Kétamine		Snif, plus rarement IM, IV marginal	Snif	Snif, plus rarement IV, plug ⁵
LSD			VO	
Plantes/ champignons hallucinogènes		VO		VO

VO Voie orale IV Injection intraveineuse IM Injection intramusculaire C combustion

SC sans combustion = inhalation UNC usage non conforme ■ peu consommé par ce profil

¹ Voir catégories d'usagers dans le chapitre « Profils d'usage et d'usagers de drogues », p. 34

² La cocaïne est préalablement transformée sous sa forme base (crack, free base) pour être fumée sans perte d'effet (voir chapitre « Cocaïne, crack, free base », p. 124).

³ En parachute (ou bombe), c'est-à-dire emballée dans un morceau de papier qui est avalé

⁴ Méthode de la chasse au dragon

⁵ Voie anale

Source : TREND, OFDT

Annexe 2 : Tableau présentant des cas d'infections chez des patients pratiquant l'injection (extrait de l'article : Complications infectieuses et mésusage de la buprénorphine à haut dosage (2))

Observations de 21 patients toxicomanes substitués par la BHD et se l'injectant, hospitalisés pour infection évolutive

	Âge / sexe	Motif hospitalisation	Histoire de la toxicomanie	Diagnostic	Bactériologie	Thérapeutique
A	26 / F	AEG fébrile	injections héroïne injection BHD (p)	EI tricuspidienne état de choc tamponnade	SAMS (HC)	bioprothèse ATB : 6 semaines
B	31 / F	asthénie fébrile et douleurs thoraciques	cocaïnomane injections héroïne injection BHD (p)	EI tricuspidienne	SAMS (HC) <i>Enterococcus faecalis</i> (HC)	ATB : 6 semaines
C	28 / M	AEG fébrile	cocaïnomane injection BHD(c)	EI tricuspidienne	SAMS (HC) <i>Enterococcus avium</i> (valve)	bioprothèse ATB : 6 semaines
D	25 / M	fièvre	injection BHD(c)	EI tricuspidienne	SAMS (HC)	bioprothèse ATB
E	31 / M	fièvre	injection héroïne injection BHD (p)	EI tricuspidienne	SAMS (HC)	ATB : 8 semaines
F	31 / F	asthénie fébrile et toux	injections BHD(c)	EI tricuspidienne	SAMS (HC)	ATB : 6 semaines
G	25 / F	confusion fébrile	injection héroïne injection BHD(c)	EI aortique	SAMS (HC)	Valve mécanique ATB : 8 semaines
H	22 / M	fièvre	polytoxicomane injection BHD(c)	EI tricuspidienne	SAMS (HC)	bioprothèse ATB : 6 semaines
I	30 / F	fièvre toux	injection héroïne injection BHD (p)	EI tricuspidienne	SAMS (HC)	bioprothèse ATB : 6 semaines
J	21 / F	infection cutanée	polytoxicomanie injection BHD (p)	abcès cuisse	SCN MS*	ATB
K	34 / F	infection cutanée	injection BHD(c)	abcès multiples bras et avant-bras	SAMS* <i>Klebsiella pneumoniae</i> *	ATB
L	28 / M	fièvre	injection héroïne injection BHD (p)	abcès bras	SAMS* SCN MS*	ATB
M	36 / M	fièvre	injection héroïne injection BHD (p)	abcès membres supérieurs lymphangite	<i>Streptococcus intermedius</i> * <i>Fusobacterium nucleatum</i> *	ATB
N	33 / M	infection cutanée	injection héroïne injections BHD (p)	abcès membres supérieurs et inférieurs	<i>Enterobacter aerogenes</i> *	ATB
O	33 / M	infection cutanée	injection BHD(c)	abcès cuisse et pied	SCN MS* SAMR* <i>S.constellatus</i> * <i>Enterocoque</i> * <i>Eikenella corrodens</i> *	ATB
P	39 / M	infection cutanée VIH +	injection BHD(c)	abcès pli du coude lymphangite	SAMS* patient colonisé à SAMR	ATB
Q	28 / M	infection cutanée VIH +	injection de BHD(c)	abcès face interne de jambe	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> * SCN*	drainage chirurgical
R	37 / M	névralgie cervico-brachiale	injection héroïne injection BHD (p)	spondylodiscite CS-C6	non documenté	ATB
S	39 / M	douleur lombaire, fièvre	injection héroïne injection BHD (p)	sacroiléite septicémie	<i>Serratia marscescens</i> *	ATB
T	23 / M	syndrome méningé	injection BHD(c)	méningite arthrite articulaire postérieure abcès du psoas	SAMS (LCR)	drainage chirurgical ATB
U	25 / M	baisse d'acuité visuelle	injection BHD(c)	rétinite candidosique	antigénémie <i>Candida</i> positive	ATB vitrectomie

HC hémocultures *prélèvements locaux, LCR (liquide céphalorachidien), AEG (altération de l'état général), ATB (antibiothérapie), SAMS (Staphylococcus aureus méthicillino-sensible), SAMR (S. aureus méthicillino-résistant), SCN (S. à coagulase négative), SCNMMS (S. à coagulase négative méthicillino-sensible), SCNMNR (S. à coagulase négative méthicillino-résistant), BHD (buprénorphine à haut dosage), (p) possible, (c) certaine.

Annexe 3 : Questions utilisées lors de l'entretien semi-dirigé avec le personnel du CAARUD :

1. Quel est le but de ce partenariat ?
2. Comment se passe-t-il ?
3. Quel lien avez-vous avec les pharmacies partenaires ?
4. Quels sont les freins rencontrés dans le développement de ce programme
5. Quelles seraient les évolutions intéressantes pour ce PESP ?
6. Comment se déroule la distribution des kits ?
7. Proposez-vous systématiquement le collecteur DASRI :
8. Que faites-vous du matériel usagé ? Vous arrive-t-il de donner des conseils de prévention des risques ? Lesquels ?

Annexe 4 : Questionnaire destiné aux usagers de drogues injectables afin d'obtenir leurs avis sur le programme d'échange de seringues en pharmacie



Questionnaires destinés aux usagers qui se présentent dans une des deux pharmacies du programme pour récupérer un/des kit(s) :

Objectif : Analyser les avis des usagers concernant le Programme d'échange de seringues. Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'une thèse de pharmacie. Il a comme objectif de recueillir vos connaissances et vos avis concernant le programme d'échange de seringues mis en place par ALIA « La Boutik ». Il permettra d'évaluer l'impact que ce service a pour ainsi que ses avantages/inconvénients que vous y trouver. Enfin, nous étudierons les améliorations à y apporter afin

Informations personnelles : (questionnaire **anonyme**, initiales nécessaire pour faciliter le **classement des données**).

- Initiales :
- Age :
- Sexe : Homme Femme

Le kit+ :

- 1) Utilisez-vous des kits de prévention des risques (kit+) ?
 Oui Non (Si non, merci de **passer directement à la question 7**)
- 2) Quel lieu choisissez-vous de préférence pour récupérer des « Kit+ » ?
 La pharmacie La Boutik Un automate (Totem)
- 3) Connaissez-vous l'automate installé au niveau du CHU permettant l'échange de seringues usagées contre des neuves ? Oui Non
- 4) A quelle fréquence venez-vous à la pharmacie récupérer des kits ?
 Plusieurs fois /semaine 1 fois/semaine 2 à 3 fois/mois 1 fois/mois
 < 1 fois/mois
- 5) Vous arrive-t-il de venir récupérer des kits pour d'autres usagers ?
 Oui Non
- 6) Combien en demandez-vous ?
 1 plus :
- 7) Êtes-vous satisfait du contenu du kit ? Oui Non
 a. Si non, pourquoi ?
- 8) Que faites-vous des seringues utilisées ? (cocher une ou plusieurs réponses)
 Collecteurs jaunes
 ALIA « La Boutik »
 Automate du CHU
 Poubelles classiques



Centre d'Accueil et d'Accompagnement
à la Réduction des risques
pour Usagers de Drogues (CAARUD)



Association Ligérienne
d'Addictologie

Autre :

- 9) Avez-vous déjà réutilisé une de vos seringues ? Oui Non
- a. Si oui, pourquoi ? Limiter les visites aux lieux de récupération
 Difficulté d'accès aux lieux de distribution (localisation/horaires d'ouverture)
 Dans l'urgence
 Autre :
- b. Connaissez-vous les risques auxquels vous êtes exposés ? Oui Non

- 10) Avez-vous déjà partagé (prêté/emprunté) une seringue avec un autre usager ?
 Oui Non
- a. Avec qui ? Ami(s)
 Personne(s) de confiance
 Personne(s) de la famille
 Inconnu(s)

- 11) Avez-vous déjà partagé du matériel de préparation avec un autre usager ?
 Oui Non

- 12) Connaissez-vous les risques liés au partage ? Oui Non

Le programme d'échange de seringues en officine :

- 13) Par quel moyen avez-vous été informé de celui-ci ?
 « La Boutik » Un ami Un professionnel de santé
 Autre :
- 14) En quoi la pharmacie est-elle selon vous adaptée à la distribution de ces kits ? (cocher une ou plusieurs réponses)
 Horaires d'ouverture
 Facilité d'accès (réseau officinal étendu)
 Lieu agréable
 Conseils/ accompagnement associés
- 15) En quoi, n'est-elle pour vous pas adaptée ?
 Horaires d'ouverture
 Manque de confidentialité (via délivrance au comptoir)
 Gène vis-à-vis des autres patients
 Manque de Conseils/ accompagnement associés
- 16) Quelle distance parcourrez-vous pour aller à la pharmacie ?
 < 1km 1 – 5 km > 5km



17) Êtes-vous satisfait de ce service ? Oui Non

a. Si oui, en quoi ?

.....
.....

b. Si non, pouvez-vous expliquer ce qui vous dérange en quelques mots :

.....

Extension de ce service :

18) Souhaiteriez-vous que d'autres pharmacies mettent en place ce partenariat ?

Oui Non

a. Si oui, dans quel lieu ?

1) à Angers :

- Quartier Centre-ville - La Fayette-Eblé
- Quartier Saint Serge – Ney- Chalouère
- Quartier Belle-Beille
- Quartier Lac de maine
- Quartier Monplaisir
- Quartier Roseraie - Orgemont
- Quartier Justice- Madeleine - Saint Léonard
- Quartier Doutre - Saint Jacques-Nazareth
- Deux Croix – Banchais
- Quartier Hauts de Saint-Aubin
- Autre

2) Autres localités :

Merci d'avoir participer à ce questionnaire !

Annexe : Tableau des refus :

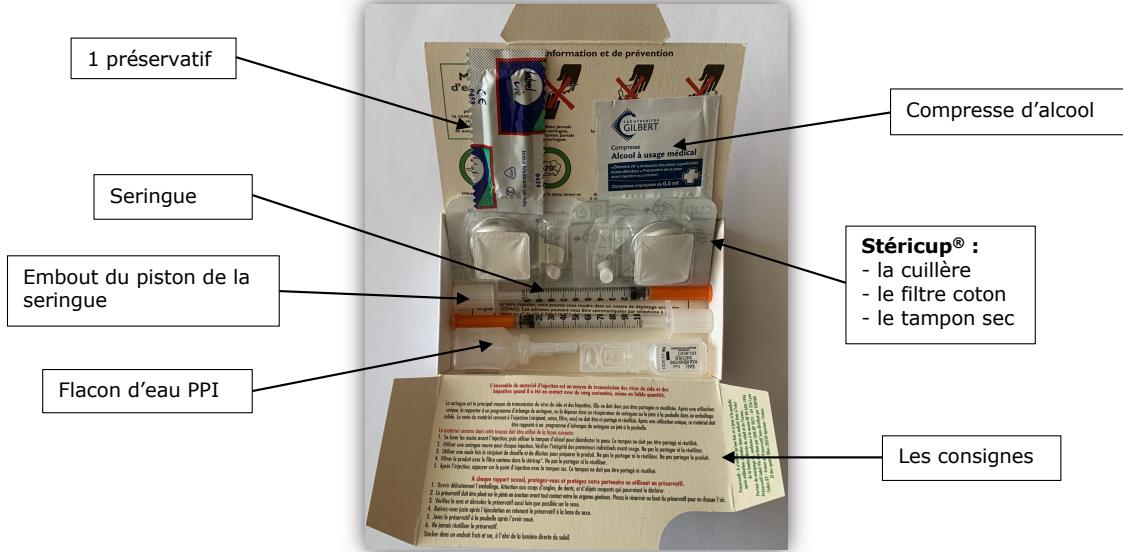
Nombre de refus	Manque de temps	Manque d'intérêt	Inquiétude	Vient pour quelqu'un d'autre
1				
2				
3				
4				
5				
...				

Annexe 5 : Fiche conseil réalisée et transmise à toutes les pharmacies du département via le CROP

Fiche conseil

Aide à la distribution des Stéribox2®

Que contient le kit ?



Remarque : Tout le matériel (sauf le préservatif) est en double afin de pouvoir réaliser 2 injections !

Comment s'utilise-t-il ?

1) Lavage des mains : l'usager doit avoir sur lui de la **solution/gel hydro alcoolique** afin de se frictionner les mains.

2) Préparation du produit : ajout du produit + **eau PPI** dans la **cuillère** puis chauffage avec un briquet jusqu'à obtention d'une solution homogène

Remarque :

- L'embout situé sur le piston de la seringue sert de manche pour la cuillère.

- Plus de 15 secondes de chauffe peut inactiver le VIH

3) Préparation de la zone d'injection : une fois que l'UDI a trouvé une veine, il va nettoyer la zone à l'aide du **tampon alcool** (à ne pas confondre avec le tampon sec).

Remarque : Méthode de l'escargot = on part du centre et on tourne vers l'extérieur !

4) Remplissage de la seringue : retrait de l'embout de **l'aiguille**, ajout du **filtre coton** sur l'aiguille puis aspiration de la préparation contenue dans la cuillère en penchant l'aiguille afin de ne pas toucher le fond de la cuillère, tirer le piston.

5) Injection du produit : retirer les bulles d'air en mettant la seringue aiguille vers le haut, tapoter sur le réservoir et faire une pression sur le **piston**. Piquer dans la veine en veillant à introduire l'**extrémité du biseau** en premier (réduction de la douleur). Puis sans à coup, pousser sur le piston.

6) Blocage du saignement : à l'aide du **tampon sec**, maintenir une pression sur le point d'injection afin de coaguler et absorber le sang.

Après l'injection : Élimination du matériel : Stocker tout le matériel dans un collecteur à DASRI adapté puis le rapporter dans un des lieux d'élimination

Remarque : Tout ce qui contient du sang, même en quantité très faible, est probablement contaminant.

Toutes ces étapes sont expliquées dans une courte vidéo accessible à l'adresse suivante :

<https://www.youtube.com/watch?v=eUdRk14rOAI>

Quels sont les lieux d'élimination ?

- Les **pharmacies partenaires** d'un PESP (société DASRI spécifique)
- Le **CAARUD Alia La Boutik** à Angers : 23 rue Marceau, 49100 Angers
- Le **TOTEM**, distributeur et récupérateur des seringues souillées, accessible 24/24h et 7/7j

Situé sur le parking du CHU d'Angers (Larrey) coté maternité

Conseils importants

- **Ne jamais partager son matériel** avec un autre usager car cela entraîne un risque important de contamination virale (même le petit matériel = filtre coton, tampon sec)
- **Ne jamais réaliser l'injection dans un lieu sale** = risque infectieux important
- **Ne jamais réutiliser le matériel** = risque infectieux (œdème notamment) et détérioration du réseau veineux
- **Réaliser l'injection seul** car l'aide d'un autre usager entraîne un risque de transmission virale (hépatite C et VIH +++)
- Tout le matériel doit être **éliminé correctement** !

Un Kit = 2 injections !

Le matériel est à **usage unique** !

Vers quelles structures orienter l'usager ?

Centres	Rôles	Coordonnées
CAARUD ALIA La Boutik (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour les Usagers de Drogues)	<ul style="list-style-type: none">- Lieux d'écouteHygiène et soins de premières nécessités (douche, lave/sèche-linge, sanitaires)- Distribution et récupération matériel d'injection et collecteurs- Réalisation de TROD- Orientation vers système de soins adapté- Aide accès droits/logement/réinsertion professionnel- Dispositif de veille en matière de drogues	23 rue marceau, Angers 02.41.93.63.17 Ouverture ; lundi, mardi, jeudi et vendredi de 14h00 à 17h00 laboutik@alia49.fr
CSAPA ALIA 49 (Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)	<ul style="list-style-type: none">- Prise en charge médicale, psychologique et social- Centre de délivrance de traitements TSO- Consultations jeunes consommateurs	8 rue Landemaure, Angers 02.41.47.47.37 Ouverture : Lundi-vendredi (9h00-13h00 et 14h00-17h00)
CeGIDD 49 (Centre de dépistage anonyme et gratuit)	<ul style="list-style-type: none">- Information- Dépistage VIH et VHC- Diagnostic	Rue des capucins (CHU d'Angers) 02.41.35.32.24
SSRA (Soins de suite et de réadaptation en addictologie)	<ul style="list-style-type: none">- Orientation des usagers vers la structure de soins la plus adaptée à leurs besoins	93 Bd Germaine Tillion, Angers (hospitalisation à temps partiel) 02.53.61.70.00

Le programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP)

Le PESP permet de distribuer **gratuitement** des kits de prévention (identiques aux Stéribox[®]) **sans limitation** de quantité.

En rejoignant ce programme, vous permettez de réduire le risque infectieux dans la population des usagers de drogues injectables et indirectement vous œuvrez pour la santé de la population générale par la bonne élimination des déchets à risque de contamination !

Toutes les pharmacies du département peuvent y adhérer, il vous suffit de contacter le CAARUD le plus proche de votre pharmacie :

- **Secteur Angevin** : 02.41.93.63.17
- **Secteur Saumurois** : 02.41.38.15.15
- **Secteur Choletais** : 02.41.65.32.61

Annexe 6 : Captures d'écran du site www.psychoactif.org (3)

Où trouver seringues et matériel de réduction des risques en France ?

[Faire un don](#)

Rentrer le code postal de votre ville : [Valider](#)

Où trouver le dispositif de RDR le plus proche de chez vous

Ou cliquer sur un des départements de la carte ci-dessous :

Les dispositifs de RDR dans les grandes villes	
Agen	Lorient
Aix-en-Provence	Lyon
Ajaccio	Marseille
Antibes	Metz
Amiens	Montargis
Angers	Montauban
Argenteuil	Montpellier
Aubervilliers	Montreuil
Aulnay-sous-Bois	Mulhouse
Auxerre	Nancy
Bastia	Nanterre
Beauvais	Nantes
Besançon	Nice
Béziers	Nîmes
Bordeaux	Niort
Brest	Orléans
Boulogne-Billancourt	Paris
Caen	Pau
Calais	Périgueux
Cannes	Perpignan
Carcassonne	Quimper
Cergy	Reims
Chambéry	Rennes
Champigny-sur-Marne	Roubaix
Charleville-Mézières	Rouen
Chaumont	Toulouse
Clermont-Ferrand	Saint-Brieux
Colmar	Saint-Denis
Créteil	Saint-Etienne
Dijon	Saint-Nazaire
Dunkerque	Saint-Paul
Evry	Strasbourg
Grenoble	Toulon
Juvigny-sur-Orge	Tourcoing
La Rochelle	Tours
La Roche-sur-Yon	Troyes
Laval	Valence
Le Havre	Valenciennes
Le Mans	Vannes
Lille	Vesoul
Limoges	Vitry-sur-Seine
Lons-le-Saunier	

Psychoactif en partenariat avec Safe
Un annuaire des structures de réduction des risques

Les dispositifs de réduction des risques dans la ville de Angers (49000)

AUTOMATE-DISTRIBOX

Distributeur-Echangeur

Parking CHU face côté maternité

49000 Angers

📞 Pour le totem appeler le 02.41.93.63.17 (Alia boutik qui gère l'entretien le lundi et jeudi)

📍 Itinéraire

Mise à jour : 2021-06-03

Commentaires :

- lovetemptation** : Précision:
Parking extérieur au CHU, ne pas rentrer à l'intérieur de l'hôpital.
En gros sur le parking extérieur, tout à gauche de l'entrée principale.
PS: forcez un peu dessus, il a tendance à avaler les seringues sans donner de jeton si on ne tire pas à fond)
(2011-03-18)

[Ecrire un commentaire](#)

CAARUD

La Boutik

23 rue Marceau

49000 ANGERS

📞 02 41 93 63 17

✉ laboutik [AT] alia49 [.] fr

🌐 Site Internet

facebook

📍 Itinéraire

Mise à jour : 2021-06-03

Commentaires :

- Pierre** : Horaires
lundi, mardi, jeudi, vendredi accueil collectif de 14h-17h
Rendez-vous possible le lundi, jeudi et vendredi
accueil collectif public actif (salarié, étudiant, ...) jeudi
18h-19h30
(2021-06-03 20:16:35)

[Ecrire un commentaire](#)

PROGRAMME éCHANGE DE SERINGUES EN PHARMACIE

Programme d'échange de seringues du 49

Programme géré par le Caarud Alia
49000 Angers

Mise à jour : 2021-06-03

Commentaires :

Pierre : Pharmacies participantes

ANGERS

Pharmacie Allonneau

Pharmacie de l'Esplanade

Pharmacie Bichon

Pharmacie Patton

Pharmacie Montesquieu

La grande Pharmacie - Espace Anjou

BEAUFORT EN VALLEE

Pharmacie Serrault

CHALONNES SUR LOIRE

Pharmacie Piffeteau

CHOLET

Pharmacie Murier

CHEMILLE

Pharmacie Nicolleau-Dilé

ST GERMAIN SUR MOINE

Pharmacie Soulard

BAUGE

Pharmacie du Grand Marché,

Pharmacie Bossard

DOUE LA FONTAINE

Pharmacie du centre

SAUMUR

Pharmacie de la Gare

MONTREUIL BELLAY

Pharmacie Aubreton

MARTIGNE BRIAND

Pharmacie du Layon

NOYANT

Pharmacie Bouclé

(2021-06-03 20:28:57)

[Ecrire un commentaire](#)

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire français des drogues et toxicomanies. *Drogues et addictions, données essentielles* Édition 2019. Paris. **2019**.
2. Cazorla C, Grenier de Cardenal D, Schuhmacher H, Thomas L, Wack A, May T, et al. *Complications infectieuses et mésusage de la buprénorphine à haut dosage*. Presse Médicale. **Juin 2005** ; vol. 34; n°10; p.719-724.
3. PsychoActif. *Ou trouver des seringues et du matériel de réduction des risques dans la ville de Angers (49000)* [Internet]. Disponible sur : <https://www.psychoactif.org/annuaire-reduction-des-risques/ville-49000-Angers.html#listing> [consulté le 7 octobre 2021]
4. Légifrance. *Article R5125-9 - Code de la santé publique*. [Internet]; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037269707/. [consulté le 24 octobre 2021]
5. Cespharm. *Rôle du pharmacien*. **2019** [Internet]; Disponible sur : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien> [consulté le 19 octobre 2019].
6. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Drogues et conduites addictives*. **2014**; Saint-Denis : INPES éditions.
7. Légifrance. *Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants*.
8. Légifrance. *Article R1335-1 - Code de la santé publique* [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033481358/ [consulté le 6 décembre 2020].
9. Janssen E. *Estimating the number of people who inject drugs: a proposal to provide figures nationwide and its application to France*. J Public Health. **Juin 2018** ; vol. 40; n°2 :p.180-188.
10. Cadet-Taïrou A, Janssen E, Guilbaud F. *Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019*. Tendances. **Décembre 2020** ; n°142; 4p.
11. Brisacier A-C, Brissot A, Cadet-Taïrou A. *Drogues et addictions, données essentielles* [Internet]. Saint-Denis: OFDT; **2019**. 199 p. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>
12. Lemernier-Jeannet A, Cadet-Taïrou A, Gautier S. *Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015*. Tendances. **Octobre 2017**; n°120; 6p.
13. Ordre national des pharmaciens. *Abus, usage « récréatif », addiction, dopage...La lutte contre le mésusage du médicament*. Les cahiers de l'ordre national des pharmaciens. **Mai 2015**; n°7 ; 29p.
14. Observatoire européens des drogues et toxicomanes. *Lutter contre l'usage détourné des médicaments* [Internet]. Disponible sur : http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/addressing-misuse-medicines_fr [consulté le 7 mars 2020].
15. Agence nationale de sécurité du médicament. *Résultats français de l'opération PANGEA X contre les réseaux de vente illicite de médicaments et de produits de santé* [Internet]. [cité le 8 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Resultats-francais-de-l-operation-PANGEA-X-contre-les-reseaux-de-vente-illicite-de-medicaments-et-de-produits-de-sante-Communique>
16. Omedit e-santé Bretagne. *Sérialisation des médicaments* [Internet]. Disponible sur : <https://www.omeditbretagne.fr/serialisation-des-medicaments/> [consulté le 15 mars 2021]
17. Gozlan J. *Les nouveaux traitements de l'hépatite C*. Revue francophone des laboratoires. **Décembre 2016** ; vol. 2016; n°487; p.65-73.

18. Le Guillou-Guillemette H, Aپaire-Marchais V. *Virus de l'hépatite C, aspects virologiques*. Actualités pharmaceutiques. **Janvier 2019** ; vol. 58; n°582; p.23-26.
19. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Sida et VIH* [Internet]. **2018**. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sida-et-vih> [consulté le 9 octobre 2020]
20. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Sida et VIH* [Internet]. **2018** [cité le 21 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sida-et-vih>
21. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Hépatite C* [Internet]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hepatite> [consulté le 25 janvier 2021]
22. Ordre national des pharmaciens. *Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et d'évaluation autorisés à l'officine* [Internet]. **2020**. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Les-fiches-professionnelles/Toutes-les-fiches/Les-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-TROD-et-d-evaluation-autorises-a-l-officine> [consulté le 27 avril 2021]
23. Santé public France. Sexosafe. *Dépistage : Autotest et Trod (test rapide), une alternative avec résultats rapides* [Internet]. Disponible sur : <https://www.sexosafe.fr/Articles-anciens/Autotest-et-TROD-des-resultats-rapides> [consulté le 27 avril 2021]
24. Ordre national des pharmaciens. *Les « autotests » en officine (cas des DMDIV destinés à être utilisés par le public)* [Internet]. **2017**. Disponible sur : [http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Les-fiches-professionnelles/Toutes-les-fiches/Les-autotests-en-officine-cas-des-DMDIV-destines-a-etre-utilises-par-le-public/\(language\)/fre-FR](http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Les-fiches-professionnelles/Toutes-les-fiches/Les-autotests-en-officine-cas-des-DMDIV-destines-a-etre-utilises-par-le-public/(language)/fre-FR) [consulté le 27 avril 2021].
25. Cespharm, Aides. *La prophylaxie pré-exposition au VIH : accompagner sa dispensation en officine* [Internet]. **2019**. Disponible sur : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/PrEP-Accompagner-sa-dispensation-brochure> [consulté 22 octobre 2021].
26. VIDAL. *VIH : la primoprescription de la PrEP autorisée en ville à compter du 1er juin 2021* [Internet]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/27189-vih-la-primo-prescription-de-la-prep-autorisee-en-ville-a-compter-du-1er-juin-2021.html> [consulté le 2 novembre 2021].
27. Haute autorité de santé. *Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire*. **Avril 2021** ; 17p.
28. Lermenier-Jeannet A, Cadet-Taїrou A, Gautier S. *Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019*. **Décembre 2020** ; 142p.
29. Popping S, Bade D, Boucher C, van der Valk M, El-Sayed M, Sigourour O, et al. *The global campaign to eliminate HBV and HCV infection: International Viral Hepatitis Elimination Meeting and core indicators for development towards the 2030 elimination goals*. J Virus Erad. **Janvier 2019** ; vol. 5; n°1; p. 60-66.
30. Organisation mondiale de la santé. *Assemblée mondiale de la Santé* [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/governance/world-health-assembly> [consulté le 4 novembre 2021]
31. Organisation mondiale de la santé. *World Health Organization. Global hepatitis report 2017* [Internet]. **2017**. 83 p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255016> [consulté le 5 November 2021].
32. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Hépatite B* [Internet]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hepatite-b> [consulté le 25 janv 2021].
33. Institut Pasteur. *Sepsis / septicémie* [Internet]. **2015**. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/sepsis-septicemie> [consulté le 19 octobre 2020]
34. Imbert E. *L'hépatite C : une épidémie à contrôler*. **1998** ; (123) : p. 8-12.

35. Apothicom. *Seringues et transmission virale : Le rôle de l'espace mort* [Internet]. Disponible sur : https://apothicom.oxatis.com/Files/100633/Brochure_Seringue_et_Transmission_Virale.pdf [consulté le 30 mars 2020].
36. Imbert E, Keijzer L. *Type de seringue et risque VHC : enfin des résultats expérimentaux.* SWAPS. **2016**; n°6.
37. Adams M, An Q, Broz D, Burnett J, Wejnert C, Paz-Bailey G, et al. Distributive Syringe Sharing and Use of Syringe Services Programs (SSPs) Among Persons Who Inject Drugs. AIDS Behav. **Décembre 2019** ; 23 (12) : p. 3306-3314.
38. Levine H. *Syringe disposal among people who inject drugs before and after the implementation of a syringe services program.* Drug Alcohol Depend. **2019** ; 5p.
39. Rudolph AE, Crawford ND, Ompad DC, Benjamin EO, Stern RJ, Fuller CM. *Comparison of injection drug users accessing syringes from pharmacies, syringe exchange programs, and other syringe sources to inform targeted HIV prevention and intervention strategies.* J Am Pharm Assoc JAPhA. **Avril 2010** ; vol. 50; n°2; p.140-147.
40. Quinn B, Chu D, Wenger L, Bluthenthal RN, Kral AH. *Syringe disposal among people who inject drugs in Los Angeles: the role of sterile syringe source.* Int J Drug Policy. **Septembre 2014** ; vol. 25; n°5; p.905-910.
41. Bertard M-C, Gagné C, Mercure S-A, Gagnon M, Godin G, Côté F. *Déterminants psychosociaux d'utilisateurs de drogues d'utiliser une seringue neuve.* Revue d'Épidémiologie Santé Publique. **1 juin 2010** ; vol.58; n°3; p.197-205.
42. Brisacier A-C. *L'objectif du tableau de bord annuel « Traitements de substitution aux opioïdes » réalisé par l'OFDT est de rassembler sur ce sujet les chiffres les plus récents émanant de différentes sources et de les présenter de manière synthétique.* : 19p.
43. Békaert J, Podevin G. *Psychopathologie des mésusages du Subutex® : le syndrome de Popeye.* L'Encéphale. **Juin 2015** ; vol. 41; n°3; p.229-237.
44. Apothicom. Actualités [Internet]. **2020**. Disponible sur : <https://apothicom.oxatis.com/PBHotNews.asp?PBMInit=1> [consulté le 19 octobre 2020]
45. Apothicom. Seringue à insuline BD Micro Fine+ [Internet]. Disponible sur : <http://www.apothicom.org/nevershare-1ml-etudes-fr.htm> [consulté le 27 avril 2021].
46. RESAAD49. *Charte et statuts - RESAAD49* [Internet]. Disponible sur : <http://resaad49.eklablog.fr/charte-et-statuts-c547606> [consulté le 20 janvier 2021].
47. Association ligérienne d'addictologie. *Synthèse du projet d'établissement CSAPA et CAARUD (2019-2023).* **Mars 2019**; [Internet]; Disponible sur : <https://alia49.fr/wp-content/uploads/2019/04/Synth%C3%A8se-Projet-d%C3%A9tablissement-ALiA-2019-2023.pdf>
48. Association ligérienne d'addictologie. *Consultations Jeunes Consommateurs* [Internet]. Disponible sur : <https://alia49.fr/soin-accompagnement/consultation-jeunes-consommateurs-25-ans/> [consulté le 9 mars 2021].
49. Association ligérienne d'addictologie. *Traitements de substitution* [Internet]. Disponible sur : <https://alia49.fr/soin-accompagnement/traitement-de-substitution/> [consulté le 9 mars 2021].
50. Association ligérienne d'addictologie. *Hébergements* [Internet]. Disponible sur : <https://alia49.fr/hebergements/> [consulté le 8 mars 2021].
51. Association ligérienne d'addictologie. *Appartements thérapeutiques Beaupréau* [Internet]. Disponible sur : <https://alia49.fr/hebergements/appartements-therapeutiques-beaupreau/> [consulté le 9 mars 2021]

52. Intervenir-addiction [Internet]. *Le portail des acteurs de santé*. Disponible sur : <https://intervenir-addictions.fr/orienter-vers-qui-orienter/caarud/> [consulté le 7 mars 2020].
53. Borloo J-L. *Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement*. **2005** ; 2p.
54. *Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie*. Bulletin officiel santé. **2 Janvier 2006**; n°2006-01; 10p.
55. CHU-Angers. *CeGIDD* [Internet]. Disponible sur : <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/cegidd-75909.kjsp?RH=1435581521421> [consulté le 8 mars 2020].
56. Département de Maine-et-Loire. Conseils et suivi de la santé de la mère et de l'enfant [Internet]. maine-et-loire. Disponible sur : <http://www.maine-et-loire.fr/aides-et-services/enfance-et-famille/sante-mere-enfant> [consulté 9 mars 2020].
57. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : la réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)*. **Octobre 2017**; [Internet]; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations_caarud_web.pdf [consulté le 20 mai 2021].
58. Comité des acteurs en addictologie du Maine-et-Loire. *Missions du CAAD49*; [Internet]; Disponible sur : <https://caad49.fr/> [consulté le 9 mars 2020]
59. Réseau synergie ville-hôpital. *Petite histoire de la distribution et de l'échange de seringues en France* [Internet]; **2003**. Disponible sur : <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/reduction-des-risques/114-petite-histoire-de-la-distribution-et-de-lechange-de-seringues-en-france.html> [consulté le 25 janvier 2021].
60. BLOG APOTHICOM. *Où et comment se procurer le Sterifilt FAST?*; [Internet]; Disponible sur : <http://sterifilt-apothicom.org/fr/2020/05/26/se-procurer-sterifilt/> [consulté le 12 avril 2021].
61. Apothicom. *Sterifilt Filtration Grande Vitesse, présentation*; [Internet]; Disponible sur : <http://www.apothicom.org/sterifilt-FAST.htm> [consulté le 19 octobre 2020].
62. Apothicom. *Sterifilt Filtration Grande Vitesse, présentation* [Internet]. [cité le 12 avr 2021]. Disponible sur : <http://www.apothicom.org/sterifilt-FAST.htm>
63. BLOG APOTHICOM. *Sterifilt BASIC et Sterifilt FAST : le jeu des différences*; [Internet]; Disponible sur : <http://sterifilt-apothicom.org/fr/2020/04/30/jeu-des-differences/> [consulté le 12 avril 2021].
64. Apothicom. *Steribox, présentation*; [Internet]; Disponible sur : <http://www.apothicom.org/steribox-presentation.htm> [consulté le 19 octobre 2019]
65. Apothicom. Éviter les abcès. **Mai 2018**; [Internet];. Disponible sur : <http://www.apothicom.org/Files/100633/2018-05-eviter-les-abces.pdf> [consulté le 17 octobre 2020]
66. Apothicom. *L'injection à moindre risque*. **2014**; [Internet]; Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=eUdRk14rOAI> [consulté le 2 novembre 2021].
67. Ordre national des pharmaciens. *Bonnes pratiques de Dispensation des médicaments, dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières*. **Juillet 2021**; [Internet]; Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/307371/1558583/version/3/file/Bonnes-pratiques-dispensation.pdf> [consulté le 24 octobre 2021]

68. Ordre national des pharmaciens. *Nombre d'officines - Les pharmaciens*. **2021**; [Internet]; Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines#> [consulté le 13 avril 2021].
69. Observatoire français des drogues et toxicomanies, Milhet M. *Évaluation de l'acceptabilité des kits EXPER' chez les usagers de drogues*. **2016**.