

La lettre du réseau

N° 14— Septembre 2008

Les services de RÉNAPSUD

destinés à soutenir et renforcer
le suivi et la coordination des
soins

au 05.56.31.14.62

• Le Service d'Accompagnement

Une éducatrice spécialisée propose un soutien technique aux professionnels, et un accompagnement des patients dans leurs démarches administratives, de soins, d'orientation...

Contactez : Fabienne MICHEL

• Le Soutien Psychologique

Cet accompagnement gratuit a pour objectif d'aménager un espace de réflexion personnelle et de parole permettant l'évocation des conflits internes ou externes, de la souffrance psychique liée à l'usage de substances.

Contactez : Elise R OCHET

• Le Groupe d'Intervention

Échanges de pratiques autour de thèmes et cas cliniques avec pour objectif d'apporter un soutien technique aux professionnels sur des situations qui leur posent problème. Réunions animées par des spécialistes de l'addiction.

Contactez : Julie COLLOMBAT
ou Martine MONDUGUET

• Les Soirées de Formation

La prochaine soirée aura lieu le
mardi 4 novembre sur le thème
de la santé communautaire.

Contactez : Julie COLLOMBAT
ou Martine MONDUGUET

« La Réduction Des Risques : où en est-on ? »

Qu'est-ce que la RDR ?

Depuis une vingtaine d'années, s'est développée en France une politique de santé dite de « réduction des risques » (RDR). L'objectif est de prévenir la survenue de problèmes sanitaires et sociaux découlant de l'usage de drogues, notamment les infections virales liées à la pratique d'injection. Initialement, ce terme recouvre les actions mises en œuvre en direction des usagers qui ne peuvent renoncer à prendre de la drogue par voie injectable. Ces interventions contribuent principalement à l'amélioration de l'accès aux seringues stériles par le biais des programmes d'échange de seringues (PES) et la mise sur le marché de trousses de prévention vendues en pharmacie (Stéribox® à 1 euro).

Plus indirectement, elles concourent à l'abandon de la toxicomanie, ou tout du moins de l'usage par voie veineuse, notamment en facilitant l'accès aux traitements de substitution. Elles consistent également à favoriser l'association d'usagers de drogues, à les orienter vers des structures de prise en charge, et à les informer des risques liés à l'usage. Les objectifs opérationnels sont : le non partage et la non réutilisation du matériel d'injection ; la récupération des seringues usagées ; l'utilisation de matériel stérile, à usage personnel, et si possible unique ; la désinfection en cas de réutilisation ; l'accès aux soins et aux droits sociaux...

Qui intervient en RDR ?

La mise en œuvre de la politique de réduction des risques repose avant tout sur la mobilisation d'intervenants plus ou moins spécifiques.

Contribuent à la RDR (dans son sens premier) :

- les structures dites de premières lignes (C.A.A.R.U.D., dont bus et travail de rue) qui instaurent ou renouent un lien avec les usagers

de drogues plus ou moins marginalisés : accueil, échanges, petits soins infirmiers... ;

- le réseau des officines pharmaceutiques qui joue un rôle majeur dans l'accessibilité au matériel d'injection stérile (Stéribox®) et dans la délivrance des traitements de substitution ;
- mais aussi, les distributeurs automatiques qui garantissent un accès rapide, anonyme, gratuit et permanent à des seringues stériles.

D'autres intervenants ont également toute leur importance dans ce domaine :

- les médecins de ville qui peuvent dépister et/ou suivre les pathologies infectieuses (VIH, VHC), et initier des traitements par buprénorphine ou prendre le relais pour la Méthadone® ;
- les centres de soins spécialisés (C.S.S.T, futur C.S.A.P.A) qui proposent un cadre de prise en charge polyvalent (bilan, suivi médico-psychosocial, sevrage, aide à la réinsertion, prévention des conduites à risques,...) et initient des traitements de substitution (notamment Méthadone®).

Des nouveautés en matière de RDR ?

La prévention et l'éducation autour de l'injection sont des enjeux primordiaux de santé publique. En juin dernier, le Ministère de la Santé présentait des stratégies nouvelles en matière de RDR :

- La prévention du passage à l'injection par le repérage et l'information du public concerné ;
- L'éducation aux risques liés à l'injection par l'expérimentation de séances en individuel ou en groupe au sein de C.A.A.R.U.D.

Rappelons enfin que tout professionnel, quel qu'il soit, peut faire de la RDR. Et qu'en dehors des usagers injecteurs, prendre en compte l'ensemble des consommations pour des patients en démarche de soin, des jeunes en milieu festif, des travailleurs en milieu professionnel, etc., c'est déjà réduire les risques.

Références

- Emmanuelli J., Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS : de 1996 à 1999, (2 tomes), InVS, 2000.
- Communiqué de presse du 23 juin 2008, Présentation des mesures innovantes en matière de réduction des risques pour les usagers de drogues, <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actualite-presse>
- C.A.A.R.U.D.: Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue
- C.S.S.T. : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes qui deviennent des C.S.A.P.A.
- C.S.A.P.A. : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

Infos utiles

Trois journées consacrées à la RDR et à leurs usagers se tiennent à Paris : Le 15 octobre ont lieu les EGUS IV (Etats Généraux des Usagers de Substances), et les 16 et 17, les 2èmes rencontres nationales de la réduction des risques liés à l'usage de drogue. Plus de précisions sur les sites de :

- ASUD : Association d'Auto Support des Usagers de Drogues - <http://asud.org>
- AFR : Association Française pour la Réduction des Risques - <http://a-f-r.org>

La lettre est éditée en collaboration
avec le Réseau Addictions



La lettre est éditée grâce au soutien
de la Mairie de Bordeaux



Réseau de santé financé par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la
Coordination des Soins sur décision de la Mission Régionale de Santé
(URCAM et ARH)



RÉSEAU : La parole est à... la médecine de ville

Enquête Pharmacie 2008

Tous les deux ans, le réseau mène une enquête concernant la prise en charge en officine de ville des patients présentant une addiction aux opiacés. Celle-ci se fait auprès de l'ensemble des pharmacies de : Bordeaux, la CUB, et a été élargie cette année au territoire du Médoc et celui du Sud Gironde. 349 enquêtes ont été envoyées au cours du mois de juillet.

Nous tenions à remercier les 61 pharmaciens ayant participé, et relancer ceux n'ayant pas renvoyé l'enquête de pouvoir le faire d'ici fin octobre.



Zoom sur l'expérience d'un pharmacien membre du réseau

Pour illustrer la place de ce professionnel auprès des personnes ayant des addictions, nous avons rencontré une pharmacienne titulaire exerçant à Bordeaux. Membre de RÉNAPSUD depuis 2004, nous sommes allés l'interroger sur sa pratique en officine de ville.

Regard sur la pratique du pharmacien en officine de ville

• Origine et motivation

La pharmacienne a commencé son métier il y a 8 ans. En s'installant dans sa propre officine, elle a naturellement effectué les délivrances des traitements de substitution aux opiacés (TSO): « en tant que professionnel de santé, on doit traiter tout le monde sans discrimination ».

• Spécificité de la prise en charge des addictions

- Délivrance des traitements : La délivrance est le rôle premier du pharmacien, selon un protocole bien défini selon les traitements. Rappelons que le nom de la pharmacie doit apparaître sur l'ordonnance de TSO.

- Effort de confidentialité : Les traitements sont préparés à l'avance, et « au moment où on délivre au comptoir, on met discrètement dans une poche; on fait attention au niveau de la confidentialité ».

- Premier accueil primordial : La titulaire prend le temps d'accueillir elle-même les patients lors de leur 1^{ère} visite. Elle consacre ce moment pour discuter avec eux : « Je leur explique comment ça va se passer ».

- Rôle de motivation et de conseil : Face au problème d'addiction, les pharmaciens peuvent avoir un rôle de soutien; notamment en cas de rechute : « J'essaye d'être positive et de les motiver ».

• Spécificité du travail du pharmacien

- Cadrage du suivi : La titulaire insiste sur le fait que les patients doivent respecter les rythmes de délivrance. Dès le début du suivi, elle les prévient de toute impossibilité de « dépannage ».

- Proximité du suivi : Un pharmacien voit souvent les personnes, par la fréquence des délivrances. Le suivi est au plus près de la réalité : « Je les croise dans le quartier, je vois s'ils n'ont pas bonne mine... »

- Disponibilité et confiance : L'accent est mis sur « l'accueil, l'écoute : discuter régulièrement et toujours être là quand ça ne va pas. C'est vraiment de l'accompagnement : on est présents, attentifs ».

- Binôme avec le médecin : Le contact avec le généraliste est important. Souvent, le pharmacien l'appelle lorsqu'il y a un problème, si la situation du patient se dégrade, ou s'il y a un doute sur l'ordonnance.

- Non-jugement : « Au niveau de l'accueil, tout le monde est reçu de la même façon. On n'est pas là pour juger les gens; surtout qu'ils sont en attente de professionnels sympathiques ».

• Difficultés dans la prise en charge des addictions en ville

- Difficultés rencontrées : « Sur 4 ans de pratique ici, j'ai rarement des cas difficiles », il s'agissait de cas de nomadisme médical. « Je pense que c'est le lot de tout le monde. Mais, on ne doit pas céder car sinon c'est justement la porte ouverte à ce type de demandes ».

- Pratiques de certains libéraux : Le pharmacien peut se trouver en difficulté en cas de chevauchement ou de mauvaises ordonnances : « Tous les médecins ne sont pas formés en addictologie ou ne font pas partie d'un réseau. C'est le même problème pour les pharmaciens ».

- Double-étiquette des pharmaciens : « On a quand même une profession à mi-chemin entre la profession de santé et le commerçant. Et le problème, c'est qu'il y a ceux qui veulent bien délivrer les TSO et ceux qui refusent de le faire ».

- Lien patient-prescripteur : « Ce qui est important, c'est que celui qui prescrit soit facile d'accès et assez arrangeant dans les horaires. Le problème ensuite, c'est de trouver un médecin avec qui ça va coller ».

Regard sur le réseau de santé addictions

• Intérêt pour une prise en charge globale et adaptée

- Coordination autour du patient : « L'intérêt du réseau, c'est de faire en sorte de coordonner tout le monde et qu'il y ait toute sorte de professionnels qui raisonnent et agissent dans l'intérêt de la personne ».

- Personnaliser le suivi : « Le but est de trouver la meilleure stratégie et que le réseau recherche l'intervenant qui va répondre au besoin » : pour un patient stable, « on peut se limiter au médecin et pharmacien en ville » ; pour un patient « qui n'a pas de travail, qui s'ennuie, etc. : il y aura besoin d'un travailleur social en plus ».

• Attentes vis-à-vis du réseau pour améliorer le dispositif

- Améliorer les pratiques : « Le patient peut se retrouver face à des professionnels qui ne vont pas savoir quoi faire, voire le refuser ». Et parmi les pharmaciens « qui "veulent bien faire", tous ne réalisent pas, ou pas assez, ce que veut dire "bien faire" ».

- Impliquer les professionnels : « Il y a parfois des situations d'urgence, et l'on ne peut pas attendre que le pharmacien se décide. Il faut impliquer plus de pharmaciens dans le réseau, leur expliquer... ».

Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire *

Le réseau des CEIPs (Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance) propose à des **médecins généralistes** de participer au programme OPEMA*. Il s'agit d'une enquête multicentrique et nationale auprès de 200 généralistes, soutenue par l'AFSSAPS et l'OFDT, et financée par la MILDT. Elle vise à améliorer les connaissances et le suivi des patients usagers de drogues illégales ou de médicaments détournés de leur usage thérapeutique ou sous TSO, rencontrés en médecine de ville. L'enquête débutera en novembre 2008.

Les généralistes devront recueillir des informations anonymes dans un questionnaire en ligne sur le site : www.opema.org. Le temps moyen de saisie est estimé à 3 minutes (validé par une enquête de faisabilité). L'inclusion concerne tout patient vu en consultation pour un motif +/- lié à un abus ou une dépendance à un ou des produits psychotropes. Le nombre d'inclusions est de **3 questionnaires en moyenne par médecin**. Une indemnisation pourra être envisagée: de 20 euros par questionnaire correctement rempli.

Si vous êtes intéressé, nous vous invitons à contacter : Dr F. Haramburu, responsable du CEIP de Bordeaux, au 05 57 57 15 61

La lettre du réseau est une publication trimestrielle de RÉNAPSUD.

Le Conseil d'Administration :

Jacques DUBERNET médecin généraliste-addictologue, Président—Marc AURIACOMBE professeur de psychiatrie et d'addictologie, Trésorier—Benoît FLEURY médecin hépato-gastro-entérologue-alcoologue, Vice Président—Yves DESTRIAU médecin généraliste-addictologue, Vice Président—Frédéric LEAL médecin généraliste, Vice Président—Mélina FATSEAS, médecin psychiatre-addictologue, Secrétaire—Françoise ODINOT médecin généraliste, Olivier BONIS pharmacien, Brigitte AUBERT médecin psychiatre-addictologue, Jean Pierre DAULOUDE médecin psychiatre, Abel MIGNARD pharmacien, Brigitte REILLER médecin généraliste addictologue, Christophe SIMONNET pharmacien, Michèle VIOLET pharmacienne, Chantal COURBIN infirmière alcoologue, Anne PASSEVANT bénévole Croix bleue, Arkaitz AGUERRETXE-COLINA attaché de recherches scientifiques, Patrice ACHIROU infirmier, Claude BERTRAND infirmière chargée de projets en santé.

L'équipe du réseau :

Julie COLLOMBAT, coordinatrice—Martine MONDUGUET, secrétaire — Elise ROCHET, psychologue — Fabienne MICHEL, travailleur social