



**Pharmacien Inspecteur de Santé
Publique**

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **septembre 2010**

**L'implication du PHISP dans le
dispositif ambulatoire de prise en
charge des patients toxicomanes :
état des lieux et perspectives**

Catherine BONNARD

Remerciements

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont contribué à ce travail et plus particulièrement Chantal Gatignol, Elisabeth Pfletschinger, Marie-Pierre Sanchez et mon équipe en ARS Champagne-Ardenne. Je remercie également Catherine Perrot et Jacques Raimondeau pour les conseils qu'ils m'ont apporté.

Je remercie l'ensemble des pharmaciens inspecteurs de santé publique qui ont répondu au questionnaire, ainsi que les professionnels de santé qui m'ont accordé des entretiens.

Je remercie Marie-Elisabeth Cosson pour son soutien tout au long de cette année, sans oublier, Françoise Fahlun et Marie-Hélène Berry.

Je n'oublie pas non plus la promotion 2009-2010 : merci pour ces bons moments passés en équipe.

Enfin, je remercie ma famille qui m'a toujours soutenue dans l'effort.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	4
1.1 Historique	4
1.2 Les instances de régulation nationales et leur déclinaison régionale	5
1.2.1 La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie ...	5
1.2.2 Les services de l'Etat.....	5
1.2.3 Les principaux partenaires institutionnels	6
1.2.4 Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens et ses conseils centraux et régionaux.....	7
1.3 La prévention et la prise en charge des addictions : organisation générale du système de santé et réglementation.....	8
1.3.1 La prise en charge hospitalière.....	8
1.3.2 L'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives	8
1.4 La détention de produits de santé dans les CSAPA et officines de pharmacie : points communs et divergences	9
1.4.1 Les points communs.....	9
1.4.2 Les particularités liées aux CSAPA.....	10
1.4.3 L'Officine de Pharmacie.....	12
2 L'IMPLICATION DES PHARMACIENS INSPECTEURS DE SANTE PUBLIQUE DANS LE DISPOSITIF AMBULATOIRE	13
2.1 La démarche méthodologique	13
2.2 Etat des lieux des difficultés rencontrées dans les CSAPA	14
2.2.1 L'organisation des locaux et la détention des substances vénéneuses.....	14
2.2.2 L'approvisionnement en médicaments.....	15
2.2.3 L'absence de pharmaciens	15
2.2.4 Le refus d'accès aux soins et la liaison avec la ville.....	15
2.3 Etat des lieux des difficultés rencontrées dans les officines de pharmacie.....	15
2.3.1 Le comportement des usagers	16
2.3.2 Le non respect des textes par les professionnels	17
2.3.3 Une faible qualité de dispensation	18
2.4 Le Bilan des difficultés observées en CSAPA et en officine	19
2.5 L'implication des pharmaciens inspecteurs de santé publique dans le parcours de prise en charge du toxicomane.....	20
2.5.1 Les champs d'actions des PHISP	20

2.5.2	Les partenaires des PHISP :	22
2.5.3	Le bilan des actions conduites par les PHISP	23
2.6	Les atouts et les limites d'intervention des pharmaciens inspecteurs de santé publique dans la prévention et la prise en charge des usagers de drogues	24
2.6.1	Les atouts des pharmaciens inspecteurs de santé publique.....	24
2.6.2	Les limites des interventions et les difficultés rencontrées.....	25
3	LES PERSPECTIVES DANS LE CONTEXTE DE CREATION DES ARS	27
3.1	Les ARS : organisation, missions et moyens d'action.....	27
3.1.1	L'organisation des ARS.....	27
3.1.2	Les missions des ARS	27
3.1.3	Les moyens d'actions.....	28
3.1.4	La gestion des addictions au sein des ARS.....	29
3.2	Le positionnement des PHISP au sein des ARS et perspectives d'actions.....	30
3.2.1	La situation en ARS et les craintes des pharmaciens inspecteurs de santé publique	30
3.2.2	Les perspectives et propositions envisagées dans le contexte des ARS : l'exemple de l'ARS Champagne-Ardenne	31
	Conclusion	35
	Bibliographie	37
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ARS : Agence Régionale de Santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
BHD : Buprénorphine Haut Dosage
BZD : Benzodiazépines
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CEIP : Centres d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances
CASF : Code de l'action Sociale et des Familles
CSP : Code de la Santé Publique
CSS : Code de la Sécurité Sociale
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNSP : Commission Nationale des Stupéfiants et des Psychotropes
CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST : Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes
CROSM : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
HAS : Haute Autorité de Santé
IASS : Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
MSO : Médicaments de Substitution aux Opiacées
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de santé
PRSP : Plan Régionaux de Santé Publique
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SROSM : Schéma Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale
TSO : Traitements de Substitution aux Opiacées
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

En France, les addictions aux substances psychoactives ont des conséquences sanitaires et sociales non négligeables. Chaque année, elles sont responsables de plus de 100 000 décès évitables par accident et maladie. A l'origine de nombreux problèmes sociaux et comportementaux, elles génèrent précarité et souffrance ainsi qu'un coût social majeur. Ce dernier est environ de 3% du PIB pour le tabac, de 2,4 % pour l'alcool et de 0,18 % pour les stupéfiants (14). Actuellement, 150 000 à 180 000 personnes consomment régulièrement des opiacées dont l'héroïne qui appartient aux drogues les plus dures et les plus dangereuses pour la santé (48). Les addictions constituent donc un véritable enjeu de santé publique.

L'addiction peut être définie « *comme un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* » (14). Ce comportement peut aller de l'usage nocif jusqu'à la dépendance. Celle-ci peut être considérée comme un « *état psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre la drogue de façon continue ou périodique de façon à retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de sa privation* ». Cette définition a été proposée en 1969 par les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) pour remplacer les termes de « *toxicomanie* » ou d'« *assuétude* ». Ils ajoutent que cet « *état peut ou non s'accompagner de tolérance nécessitant l'augmentation des doses pour obtenir un même effet* », l'adaptation de l'organisme à une substance nécessitant une augmentation des doses pour obtenir un même effet. La dépendance physique (à laquelle est associée la dépendance psychique) constitue un « *état adaptatif caractérisé par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou que son action est contrecarrée par un antagoniste spécifique* » Ces troubles constituent le syndrome de sevrage (67).

L'actuel dispositif sanitaire de prise en charge et de soins des personnes présentant des conduites addictives tient, non seulement, compte des produits consommés mais également de la personne et de son environnement. A ce titre, il revêt une dimension médicale, psychologique et sociale. Il s'organise ainsi en trois principaux volets : le volet sanitaire hospitalier, le volet médico-social et la médecine de ville, articulés notamment par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et les schémas régionaux

médicaux sociaux d'addictologie (SROSM) (14) (21). Il couvre aujourd'hui les consommations de substances psychoactives et les addictions comportementales.

Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes intéressés à la place des pharmaciens dans le dispositif ambulatoire constitué du secteur médico-social avec les centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et de la médecine de ville.

Le rôle du pharmacien dans ce dispositif est particulièrement connu en officine de pharmacie dans le cadre de la dispensation des médicaments de substitution aux opiacées. Dans de nombreuses situations, il est le plus fréquemment au contact des usagers de drogues pour assurer la bonne délivrance du traitement de substitution, veiller à son bon usage, prévenir les associations thérapeutiques inadaptées et aider les patients par son conseil pharmaceutique (54). Cependant, ces usagers ne sont pas des malades comme les autres (55) et le pharmacien peine à appréhender leurs comportements ce qui peut, dans certaines situations, le conduire à ne pas appliquer la réglementation. Il faut également souligner que l'appât du gain en est une autre cause (48) (56).

En outre, les CSAPA ont une approche non seulement médicale mais contribuent également à assurer la prise en charge psychologique et sociale de cette population (15). Gérées bien souvent par des médecins, ces structures manquent cependant de pharmaciens. Cette problématique est ressortie des questionnaires envoyés aux IRP(Q)¹, de mes observations sur le terrain et des entretiens semi-directifs que j'ai menés. Ainsi, la gestion, l'approvisionnement, la détention et la dispensation des médicaments peut constituer un frein dans l'organisation de ces structures, pièces maîtresses du dispositif de soins en addictologie (57) (58).

La continuité du parcours de prise en charge du toxicomane passe non seulement par une bonne organisation de chacun de ces secteurs mais également par l'échange d'informations entre la médecine de ville et le médico-social, entre le médico-social et la médecine de ville ; enfin, entre le pharmacien et le médecin, sans oublier les liens entre la médecine de ville et l'hôpital que nous n'aborderons que très peu dans ce mémoire. Les échanges entre ces secteurs somme toute complémentaires, pourraient également contribuer à améliorer le repérage des usages nocifs et la prévention des addictions aux substances psychoactives, certains CSAPA ayant pour mission d'assumer ces fonctions (14).

Dès lors, nous notons un paradoxe entre, d'une part des structures formées à la prise en charge, le repérage et la prévention de la toxicomanie présentant parfois des lacunes pharmaceutiques, et d'autre part, des pharmaciens d'officine spécialistes de la gestion,

¹ les résultats du questionnaire sont représentés par la lettre (Q)

l'approvisionnement, la détention, la dispensation de médicaments, ne sachant pas appréhender cette population, voire peu sensibilisés au phénomène des addictions et n'appliquant pas, dans certains cas, la réglementation.

Il ressort de ces constats des besoins relatifs à des enjeux de santé publique et la nécessité de mieux réguler ce dispositif centré autour du médicament et du patient.

Les Pharmaciens inspecteurs de santé publique, dotés de compétences techniques, administratives et judiciaires, connaissent davantage cette thématique sous l'angle de leur mission première qu'est l'inspection. Cependant en fonction des régions, certains PHISP disposent de fonctions d'évaluation, de planification portées sur des enjeux généraux de santé publique nécessitant des contacts avec d'autres corps de métiers. Garants de la sécurité sanitaire, les PHISP ont également pour objectif de veiller à améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Ceci nous amène à nous interroger sur les modes d'intervention du PHISP dans l'organisation de ce dispositif. Quels sont les atouts et les limites de ses actions ?

Pour répondre à cette question, la démarche méthodologique retenue a constitué, dans un premier temps, à réaliser des recherches bibliographiques et à avoir une première approche au travers de la conduite d'entretiens auprès de PHISP impliqués dans cette thématique.

Dans un second temps, un questionnaire a été envoyé aux IRP (annexe 1). Il contenait des questions relatives aux sanctions, à la planification et l'accompagnement des professionnels de santé. Il nous a permis de cibler des points d'impact du pharmacien inspecteur. En parallèle et à l'issue du retour de ces questionnaires² 21 entretiens semi-directifs³ ont été réalisés.

Ainsi, le premier chapitre de ce mémoire portera sur l'organisation du système de santé dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des addictions. En second chapitre, nous dresserons un état des lieux du système ambulatoire de prise en charge des patients toxicomanes et l'implication du pharmacien inspecteur dans ce système. Enfin, nous présenterons les perspectives d'évolution du métier de pharmacien inspecteur de santé publique en ARS.

² Résultats des questionnaires : annexes 3 et 4

³ Liste des personnes interrogées en annexe 2

1 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Ce chapitre dresse un état des lieux des principaux partenaires impliqués dans la prévention et dans la prise en charge des addictions. L'organisation générale du système de santé est également présentée, ainsi que la réglementation relative à la détention des produits de santé détenus dans les CSAPA et les officines de pharmacie.

1.1 Historique

L'année 2009 a marqué le centième anniversaire de la première convention internationale de la lutte contre toute forme d'utilisation des stupéfiants non autorisée. Depuis, le droit international n'a cessé d'évoluer face à l'apparition de nouvelles drogues et des nouvelles pratiques addictives.

Dans les années 1970, la France elle-même dut faire face à une vague de toxicomanie sans précédent dans son histoire. Ce phénomène échappait pour partie au cadre législatif, et totalement aux repères médicaux, cliniques et institutionnels de l'époque. C'est dans ce contexte que la loi du 31 décembre 1970 définit un cadre répressif et de soins et que furent créés les premiers centres d'accueils aux toxicomanes prenant en charge une nouvelle pathologie, la toxicomanie (1) (59).

Aujourd'hui, le système sanitaire français découle d'une volonté générale des pouvoirs publics, en l'occurrence de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) et du Ministère de la santé, de prévenir et de prendre en charge les addictions dans leur globalité. Ainsi, est-il porté par :

- **la loi de santé publique du 9 août 2004** (2) ;
- le « **Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011** », élaboré par le Ministère chargé de la santé (45);
- le « **Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011** », élaboré par la MILDT, qui définit de grands axes d'orientation sanitaire parmi lesquels intervient le ministère de la santé, notamment dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des addictions (46).

Dans la continuité de la politique de réduction des risques, établie à la fin des années 1980 avec la mise en vente libre de seringues et l'accès aux traitements de substitution, pour réduire le nombre de décès par overdose et de contamination par le VIH, le plan gouvernemental insiste sur l'importance de soutenir les mesures de prévention et notamment de la transmission du virus de l'hépatite C. Cette volonté est corroborée par le **Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012** (47). Enfin, le plan

gouvernemental insiste sur la nécessité de réduire l'usage détourné des médicaments pour en protéger la valeur thérapeutique.

1.2 Les instances de régulation nationales et leur déclinaison régionale

1.2.1 La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

Placée sous l'autorité du Premier ministre, elle est chargée d'animer et de coordonner les actions intergouvernementales, en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, en allant à la rencontre des partenaires institutionnels et non institutionnels. Ainsi, travaille-t-elle notamment en collaboration avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), les caisses nationales et régionales d'assurance maladie, les conseils nationaux et régionaux de l'ordre des pharmaciens afin de mobiliser et sensibiliser les différents acteurs sur un même objectif. Elle prépare les délibérations du Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances, et veille à leur exécution. Elle dispose dans les départements d'un réseau de chefs de projets nommés au sein du corps préfectoral, dont certains recourent, le cas échéant, à l'expertise de centres de ressources régionaux. Elle assure le financement de l'**Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)** dont la fonction est l'observation des drogues, l'évaluation et la diffusion des données statistiques (22) (68).

La **MILDT coordonne actuellement des discussions**, en terme de **prévention** individuelle ciblée et de la prise en charges des patients, pour l'amélioration des compétences des professionnels. L'objectif est d'intensifier le repérage et l'intervention précoces qui devraient être un réflexe généralisé des professionnels, tels que les pharmaciens d'officine, grâce à la formation initiale et continue (60).

1.2.2 Les services de l'Etat

➤ **Le ministère chargé de la santé**

Le Ministre chargé de la Santé a créé par arrêté du 26 octobre 2006, la **Commission Addiction** (10). Elle a pour missions l'évaluation et l'amélioration des réponses aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans le champ des pratiques addictives. Elle succède à la Commission consultative des traitements de substitution, mise en place par l'arrêté du 7 mars 1994, peu après la mise sur le marché de la méthadone, arrivée à son terme en 2004 (11) (61)(69). Le Ministère chargé de la santé assure ainsi la **coordination et la concertation** avec d'autres instances telles que la MILDT, l'AFSSAPS, l'HAS, l'INPES, l'OFDT, l'ordre des pharmaciens et participe aux réunions européennes et internationales.

➤ **Le niveau régional**

Au niveau régional⁴, des **Commissions régionales addiction** ont été mises en place dans les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Elles constituent en région, une instance de concertation, un lieu d'échanges et d'information afin de permettre une meilleure articulation entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux, associatifs et la médecine de ville. Elles constituent le cadre de préparation du **schéma régional d'addictologie** auquel est lié le **schéma régional médico-social d'addictologie** (15) (21).

1.2.3 Les principaux partenaires institutionnels

➤ **L'Afssaps**

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire (AFSSAPS) est le siège de la **Commission Nationale des Stupéfiants et des Psychotropes** (CNSP). L'Agence assure la mise en œuvre du dispositif **d'évaluation de la pharmacodépendance**. Le directeur général transmet toute information utile à l'« Agence européenne du médicament », ainsi qu'à l'organe international de contrôle des stupéfiants des Nations Unies et à l'Organisation Mondiale de la Santé en application des conventions internationales sur les stupéfiants et psychotropes. Outre l'Afssaps et la CNSP, le système national d'évaluation de la pharmacodépendance comprend également les **Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP)**, réseau d'addictovigilance de l'Afssaps au niveau régional. Ils sont notamment chargés de recueillir les signalements de professionnels de santé, de CSAPA, d'établissements de santé, des centres régionaux de pharmacovigilance (23).

Face à l'élargissement de l'offre des Traitements de Substitution aux Opiacées (TSO) et afin d'en préserver la valeur thérapeutique, l'Afssaps a mis en place un Plan de Gestion des Risques en s'appuyant sur ses réseaux de pharmacodépendance et de pharmacovigilance (61).

➤ **L'Assurance Maladie**

La Caisse Nationale de l'Assurance maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a mis en place des mesures pour diminuer le mésusage et le détournement de certains médicaments. La loi du 13 août 2004 avait introduit, par son article 17, un amendement du Code de la Sécurité Sociale (CSS) avec l'insertion de l'article L162-4-2 du CSS qui

⁴ Les DDASS, DRASS, ARH, URCAM, GrSP, MRS et CRAM ont fusionnés depuis le 1^{er} avril dans le cadre de la création des Agences Régionales de Santé (ARS), établissements publics de l'Etat à caractère administratif

impose 2 obligations : la prise en charge des soins ou traitement susceptible de faire l'objet d'usage détourné est conditionnée par l'indication du nom du pharmacien choisi par le patient sur la prescription et l'examen conjoint par le médecin traitant et le médecin conseil (3) (61). Un protocole de soins entre médecin conseil - médecin traitant - patient est envisagé lors de mésusage de médicaments figurant sur une liste fixée par l'arrêté du 1^{er} avril 2008 signé par le Directeur Général de la Santé et de la Sécurité Sociale (12). Par ailleurs, un plan d'action nationale permet de détecter les bénéficiaires susceptibles de détournement de médicaments tels que la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et en l'occurrence les professionnels, pharmaciens, délivrant abusivement ces produits. Enfin, l'assurance maladie assure le financement des CSAPA et des réseaux de santé, notamment dans le cadre de l'Objectif National des dépenses d'assurance Maladie (ONDAM) (24) (62).

➤ **La Haute Autorité de Santé**

La Haute Autorité de Santé (HAS) est notamment chargée de l'évaluation des pratiques professionnelles et élabore des recommandations de bonnes pratiques. En collaboration avec l'Afssaps, elle a, en 2004, érigé des recommandations relatives aux traitements de substitution et à la réduction des mauvaises utilisations des MSO. Elle intervient également dans le cadre de la coopération entre professionnels de santé (25) (52) (53).

➤ **L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé**

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) agit dans un cadre de prévention, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique (26). En collaboration avec la MILDT, il mène des campagnes de prévention des addictions par le biais d'affiches.

1.2.4 Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens et ses conseils centraux et régionaux

Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens mène des actions préventives en lien avec le Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française (Cespharm). Il peut également agir dans le cadre de sanctions disciplinaires, notamment au niveau régional pour la section A (pharmaciens titulaires d'officine) (27).

L'ensemble de ces partenaires agit dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des addictions.

1.3 La prévention et la prise en charge des addictions : organisation générale du système de santé et réglementation

L'organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes ainsi que les dispositions pénales et les mesures d'accompagnement sont issues de dispositions législatives et réglementaires figurant au CSP (28).

Le plan de prise en charge 2007-2011 et la circulaire n°DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007, édictés par le Ministère chargé de la Santé, organisent le système de prise en charge des addictions autour de 3 grands axes, à savoir : le secteur hospitalier, le secteur médico-social et la médecine de ville (15) (45) (62).

1.3.1 La prise en charge hospitalière

Elle comprend 3 niveaux d'intervention selon la gravité des troubles. Tout d'abord, le niveau 1 intervient pour le repérage, le sevrage simple et la consultation des patients hospitalisés par le biais des équipes de liaison en addictologie. Puis, le niveau 2 assure une prise en charge spécialisée pour des patients présentant une comorbidité somatique et psychiatrique. Enfin, le niveau 3 ajoute au niveau 2 l'enseignement, la formation et la recherche (16).

1.3.2 L'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives

Il s'organise au travers des CSAPA et de la médecine de ville étroitement liée aux pharmacies d'officines.

➤ Les CSAPA

Ces structures sont nées de la réunion des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST), décloisonnement justifié notamment, par l'apparition des poly-addictions et la nécessité d'assurer une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins sur un territoire donné. Cette fusion administrative non obligatoire est soumise à une autorisation délivrée pour trois ans après consultation du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSM)(43). Les règles de financement des CSAPA ont été fixées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui prévoit leur financement par l'assurance maladie (ONDAM médico-social) (4), le décret du 14 mai 2007 (n°2007-877) précisant les missions des CSAPA (7), et celui du 24 janvier 2008 (n°2008-87) relatif au fonctionnement et financement de ces structures (8)(17). La responsabilité générale du fonctionnement du centre dépend d'un directeur ou d'un responsable (29) (57) (58).

Ces structures ont 4 missions obligatoires :

- l'accueil : leur accès doit être facile ; l'organisation des locaux doit permettre l'accueil des personnes handicapées ; l'anonymat⁵ des consommateurs de stupéfiants doit être assuré lorsqu'ils le demandent et l'espace doit être adapté pour permettre la confidentialité ;
- l'information : doit être faite dans le respect des règles déontologiques et de confidentialité ;
- l'évaluation et la prise en charge médicale, psychologie, sociale et éducative des patients ;
- l'orientation vers d'autres structures de prise en charge en addictologie notamment la médecine de ville et l'hôpital.

Il existe des missions facultatives. Certains centres peuvent participer à des actions de prévention, de formation et de recherche ou mettre en place des consultations de proximité pour le repérage précoce des usages nocifs (consultations jeunes consommateurs intégrées à la demande d'autorisation).

➤ **L'implication de la médecine de ville**

L'objectif du plan de prise en charge 2007-2011 était de créer de nouveaux réseaux de santé en addictologie afin, notamment, de faciliter le partage d'informations entre professionnels et améliorer la qualité de prise en charge et le suivi des patients. L'objectif était également de créer des réseaux de proximité en addictologie pour 200 000 habitants parallèlement à la mise en œuvre des schémas régionaux d'addictologie(45).

Ces structures ont un point commun : la détention de produits de santé.

1.4 La détention de produits de santé dans les CSAPA et officines de pharmacie : points communs et divergences

1.4.1 Les points communs

Ces structures détiennent toutes deux des substances vénéneuses mentionnées aux articles L.5132-1 et suiv. et R.5132-1 et suiv. du CSP et notamment les stupéfiants, psychotropes et substances inscrites sur les listes I et II (30).

Dans le cadre de la réduction des risques, elles dispensent et délivrent des médicaments de substitution aux opiacés dont les règles de prescription et de délivrance sont strictement définies. Ces médicaments sont prescrits dans le cadre d'un Traitement de

⁵ L'article L 3414-1 précise que les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou un établissement de santé [...] peuvent s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

Substitution aux Opiacées et d'un protocole thérapeutique (annexe 5). Les règles de droit commun relatives aux conditions de stockage et de gestions des substances vénéneuses et notamment des stupéfiants sont applicables à l'officine et au CSAPA : stockage dans un lieu sécurisé fermé à clef et accessible uniquement au personnel autorisé, stockage des stupéfiants dans un coffre fort (R.5132-80 du CSP), gestion d'un ordonnancier (R.5132-9 du CSP), gestion d'un registre comptable des entrées et sorties, conservation des copies d'ordonnance de stupéfiants pendant 3 ans, conservation des registres et enregistrements informatiques des stupéfiants pendant 10 ans (R.5132-36 du CSP).

Les articles R 5132-80 et R 5132-95 mentionnent que « *tout vol ou détournement de psychotropes et/ou de stupéfiants est signalé sans délai aux autorités de police, à l'Inspection Régionale de la Pharmacie et à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)* ». Pour les stupéfiants, les quantités volées ou détournées sont portées sur le registre des entrées et des sorties.

L'article R 5132-114, qui précise que le « *médecin ou pharmacien ayant constaté un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante médicament en fait la déclaration immédiate au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel le cas a été constaté* ». De même « *tout autre professionnel de santé ou toute autre personne dans le cadre de son exercice professionnel ayant eu connaissance d'un tel cas peut également en informer le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel le cas a été constaté* ».

Dans le cadre de la dispensation par un pharmacien, la déontologie pharmaceutique mentionnée aux articles R.4235-1 et suiv. s'applique, notamment l'article R 4235-2 du CSP (31) : « *Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie ...* ».

1.4.2 Les particularités liées aux CSAPA

- **Concernant la détention de médicaments**, l'article L.3422-5 du CSP précise que les CSAPA « *peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leur missions* ». Suite au décret du 19 juin 2009 (9), la circulaire N°DGS/MC2/2009/311 du 5 octobre 2009 prévoit que « *dans la mesure où les missions des CSAPA prévoient une prise en charge globale, les CSAPA peuvent désormais délivrer tous les médicaments concourant à cette prise en charge* » notamment les traitements de substitution aux opiacés, les psychotropes...(18). Par ailleurs, l'équipe médicale du CSAPA, sous la responsabilité du

médecin de la structure, peut gérer, pour le compte du patient, de façon exceptionnelle et à des fins de meilleure observance des traitements somatiques et psychiatriques, des médicaments qui lui ont été délivrés hors du centre.

- **Concernant l'approvisionnement en médicament et leur détention, contrôle, gestion et dispensation dans ces centres** deux situations peuvent être distinguées en fonction de la nature juridique du CSAPA.

Les CSAPA gérés par un établissement de santé avec pharmacie à usage intérieur (PUI) ou membre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ayant mis en commun une PUI, sont approvisionnés par une PUI conformément aux articles R.5126-3 (32) et L.6133-1 du CSP (33). La détention, le contrôle, gestion et la dispensation sont assurés par le pharmacien de la PUI. Dans ce cas l'arrêté du 31 mars 1999 qui concerne le circuit du médicament à l'hôpital s'applique (13)⁵.

Dans les autres cas pour les CSAPA gérés par un établissement de santé sans PUI, une association ou un groupement de coopération social ou médico-social, le 6° de l'article L.5124-45 du CSP prévoit que l'approvisionnement s'effectue auprès de fabricants, distributeurs, dépositaires ou grossistes répartiteurs (34). Dans ce contexte les règles de droit commun s'appliquent comme en officine et les règles de livraison sont les mêmes. L'article D.3411-9 prévoit que la détention, le contrôle, la gestion et la dispensation de ces médicaments sont assurés soit par un pharmacien inscrit au tableau de la section E ou H de l'Ordre National des Pharmaciens, soit, à défaut, par un médecin intervenant dans le centre nommément désigné, autorisé par le Directeur Général de l'ARS.

Dans les deux cas, sont habilités à dispenser les médicaments (substances vénéneuses dont stupéfiants) : le pharmacien, l'infirmière « qui peut aider à la prise de médicaments, présentés sous forme non injectable »(35) et le médecin. Il faut noter que le médecin doit établir sa prescription de stupéfiants sur une ordonnance répondant aux spécifications techniques fixées, après avis du directeur Général de l'AFSSAPS, par arrêté du ministre chargé de la santé (36).

Dans tous les cas, concernant les conditions de stockage, une particularité des CSAPA figurant à l'article D.3411-10 précise que « *les médicaments sont détenus dans un lieu auquel n'ont pas librement accès les personnes étrangères à l'organisme et conservés dans des conditions prévues par l'autorisation de mise sur le marché, sous la responsabilité du pharmacien ou du médecin autorisé par le Directeur Général de l'ARS. Un état annuel des entrées et sorties des médicaments est adressé au pharmacien de*

⁵ Cet arrêté est en cours de modification

l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence parmi les agents mentionnés aux articles L.1421-1 et L.1435-7 » (37). Comme indiqué précédemment, les règles de droit commun de détention et de stockage s'appliquent à ces centres.

Bien souvent, les professionnels travaillant dans ces centres facilitent la prise en charge médicale, sociale et éducative mais ne sont pas spécialistes du médicament. Ce sont généralement des médecins, des psychiatres, des infirmiers, des travailleurs sociaux. Les modes de gestion et d'approvisionnement sont différents en fonction des CSAPA car ils sont ou non approvisionnés par une PUI.

1.4.3 L'Officine de Pharmacie

L'officine n'est pas un lieu spécialisé dans la gestion des addictions et de la toxicomanie. Comme évoqué précédemment, tout pharmacien doit contribuer à la lutte contre la toxicomanie. En officine comme en PUI, le pharmacien doit participer à la protection de la santé notamment au travers de l'acte de dispensation mentionné à l'article L.4235-48 du CSP et défini par l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation des doses à administrer, la mise à disposition des informations nécessaires au bon usage du médicament et la participation au soutien apporté au patient.

Les pharmaciens sont compétents dans le domaine pharmaceutique mais des carences⁶ existent dans le cadre de la prise en charge psychologique et éducative.

La Circulaire du 31 mars 1995 (20) relative aux traitements de substitution de la toxicomanie pour les toxicomanes dépendants aux opiacées, évoque la mise en place de Comités départementaux réunissant, notamment, des médecins ville, des représentants des pharmaciens, des représentants de centre de soins aux toxicomanes, des médecins hospitaliers, des psychiatres, des pharmaciens inspecteurs régionaux, des médecins inspecteurs. Ces comités avaient pour objet de créer des liens entre ces différents acteurs dans le cadre de la prise en charge des toxicomanes. Cette circulaire évoque également les réseaux ville-hôpital, des formations pour les professionnels ainsi que des informations sur le sujet et une indemnisation des médecins libéraux et des pharmaciens d'officine, dans le cadre de la prise en charge des patients ex-toxicomanes. Elle avait pour objectif une bonne organisation de ce dispositif de santé. Qu'en est-il aujourd'hui ? Nous allons nous intéresser à l'organisation médico-sociale et en ville, notamment, dans les CSAPA et les officines de Pharmacie.

⁶ Ce point sera abordé dans le chapitre 2

2 L'IMPLICATION DES PHARMACIENS INSPECTEURS DE SANTE PUBLIQUE DANS LE DISPOSITIF AMBULATOIRE

2.1 La démarche méthodologique

Dans un premier temps, parallèlement à une étude bibliographique, trois PHISP impliqués dans cette thématique ont été questionnés. Ils m'ont permis ainsi de dégager certaines tendances nécessaires à la réalisation d'un questionnaire aux IRP. Ce dernier a été envoyé par mèl le 8 mars aux 26 IRP. Une première relance a été effectuée par mèl le 22 mars, puis une seconde le 8 avril 2010 ainsi que des relances téléphoniques par la suite. La thématique des addictions faisant appel à plusieurs domaines d'intervention des PHISP, les questions ont porté sur leur fréquence d'intervention dans ces différents domaines, ainsi que les corps de métier et structures avec lesquelles les PHISP sont amenés à collaborer. Des questions relatives à la coopération entre professionnels de santé et à l'éducation thérapeutique du patient en officine ont également été posées ainsi que les outils à développer dans ce contexte. Un bilan concernant les points forts et les points faibles dans le parcours de prise en charge du toxicomane a également été demandé ainsi que les actions qui pourraient être conduites par les PHISP.

L'analyse des questionnaires aux IRP (annexe 1) et des 21 entretiens menés auprès de PHISP et de professionnels de santé impliqués dans cette thématique (annexe 2), nous ont permis de cibler les difficultés pharmaceutiques rencontrées dans le dispositif ambulatoire de prévention et de prise en charge des addictions.

Les réponses des IRP ont été assez satisfaisantes compte tenu de la situation régionale de création des ARS. Parmi les 22 régions et les 3 DOM/TOM interrogés, 14 ont répondu, sachant qu'en Ile-de-France deux PHISP ont participé au questionnaire.

Ainsi, à l'issue du recueil de ces données (Annexes 3 et 4) et des entretiens semi directifs (annexe 2), nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux difficultés liées à une carence pharmaceutique dans les CSAPA ainsi qu'à la mauvaise appréhension des sujets à risques en officine. Cette méthodologie nous a permis de mieux comprendre les modes et les limites d'interventions des PHISP.

Cette thématique étant très vaste, nous avons écarté de notre analyse les réponses relatives au domaine pénitentiaire et aux hôpitaux. Concernant les entretiens avec les professionnels de santé, certains étaient réticents à répondre en raison de l'image d'inspecteur et de répression. Certains entretiens téléphoniques n'ont pas pu être réalisés avec des PHISP en raison du manque de temps lié à la mise en place des ARS. Enfin, un membre de la DGS impliqué dans cette thématique n'a pu me recevoir par manque de disponibilité. Nous allons aborder à présent l'état des lieux des difficultés rencontrées dans les CSAPA

2.2 Etat des lieux des difficultés rencontrées dans les CSAPA

Des problématiques communes aux CSAPA hospitaliers et associatifs sont ressorties de mes enquêtes.

2.2.1 L'organisation des locaux et la détention des substances vénéneuses

L'organisation des locaux n'est bien souvent pas adaptée à l'approvisionnement, à la détention et à la dispensation de stupéfiants, plus généralement, de spécialités inscrites sur la liste des substances vénéneuses. Ainsi, lors d'un entretien réalisé sur le terrain avec un infirmier, nous avons pu constater que la dispensation par une infirmière de méthadone aux patients était effectuée dans une pièce à laquelle je pouvais facilement accéder. Une porte était ouverte et donnait accès à une autre pièce dans laquelle une armoire, ouverte également, laissait voir l'intégralité du stock de méthadone. Elle était facilement accessible au public ce qui est contraire à l'article D.3411-10 du CSP ainsi qu'à l'article R.5132-80 du CSP qui mentionne que « *les substances classées comme stupéfiants sont détenues dans des armoires et des locaux fermés à clé munis d'un système d'alerte ou de sécurité renforcé contre toute tentative d'effraction* ». Les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière ajoutent que le système d'alerte doit être relié à un poste de sécurité. Une information récente, reçue par mèl, provenant d'une IRP mentionne que « *compte tenu des quantités parfois très importantes qui peuvent être détenues dans les CSAPA (plusieurs dizaines de cartons de méthadone) et du fait que les personnes qui les fréquentent connaissent bien ces lieux, il [...] apparaît indispensable de renforcer les conditions de sécurité pour le stockage des stupéfiants dans ces centres.* ». Il faut noter également, qu'il n'y avait pas de zone dédiée à la réception des médicaments lors de leur livraison. Un entretien réalisé avec le directeur d'un CSAPA associatif en région parisienne a soulevé le même problème, les livreurs empruntant un chemin identique à celui des patients. Ces observations posent un double problème concernant, d'une part la sécurisation des produits de santé, en l'occurrence des substances vénéneuses détenues par les CSAPA, d'autre part un problème de confidentialité dans le cadre de la dispensation des médicaments aux patients.

Selon des informations transmises par des PHISP (mèl), la détention d'autres médicaments que la méthadone dans ces centres, telles que les Benzodiazépines, accentue le risque de « *dérapiage* » d'où la nécessité de sécuriser au maximum la gestion de ces substances.

2.2.2 L'approvisionnement en médicaments

En milieu hospitalier, l'approvisionnement par la PUI pose des problèmes de sécurisation du transport. Celle-ci est mieux assurée pour les CSAPA associatifs approvisionnés notamment par les grossistes (Q). Certaines structures associatives s'approvisionnent auprès de PUI par méconnaissance des textes ou par manque de pharmaciens (Q). Il est en effet beaucoup plus aisé pour eux de faire appel aux établissements hospitaliers dotés de pharmaciens pour la gestion des médicaments. Ceci est contraire à l'article R.5124-45 du CSP relatif à l'approvisionnement des CSAPA en médicaments.

2.2.3 L'absence de pharmaciens

Les informations collectées au travers des questionnaires et les entretiens conduits auprès de responsables de CSAPA et d'un pharmacien hospitalier (PH), ont mis l'accent sur le manque de pharmacien dans ces structures. Les directeurs des CSAPA associatifs interrogés et les médecins (Q) se plaignent de la lourdeur administrative liée à la gestion, au suivi des entrées et des sorties des médicaments. Ils soulignent également un manque de connaissance dans ce domaine. Un directeur évoque la présence d'un pharmacien 1 journée par semaine. Cependant selon les PHISP interrogés, cette présence est encore insuffisante compte-tenu du nombre de patients dans ces centres (jusqu'à 400 par semaine à Paris). De plus, un pharmacien hospitalier déplore de « *ne pas être présent lors de la réception des médicaments par le CSAPA par manque de temps* ».

2.2.4 Le refus d'accès aux soins et la liaison avec la ville

Les files actives sont, dans certains CSAPA, très importantes comme indiqué précédemment. De ce fait, l'accès aux soins et aux traitements est parfois refusé (Q). Un entretien mené auprès d'un élève directeur d'hôpital, ayant visité un CSAPA hospitalier, confirme cette situation. Ce refus n'est pas accompagné d'une réorientation vers la ville. Il existe également des refus de soins en ville. Lors d'un entretien avec l'infirmier d'un CSAPA, celui-ci a souligné qu'il arrive que des pharmaciens d'officine refusent également de dispenser et de délivrer de la méthadone. Ceci tend à rompre la continuité des soins et, l'articulation entre la ville et les CSAPA est perfectible (50).

2.3 Etat des lieux des difficultés rencontrées dans les officines de pharmacie

Dans son ouvrage *L'accueil du toxicomane à l'officine*, l'objectif de Jean Lamarche est de « *pallier le manque de formation des officinaux, qui n'ont qu'une connaissance théorique de la toxicomanie, mais aussi d'améliorer l'accueil du toxicomane : le simplifier et l'humaniser* » (51). Contrairement aux CSAPA qui ont notamment des fonctions

médicales, psychologiques et sociales, le pharmacien d'officine dispose des connaissances pharmaceutiques mais, présente certaines carences face au comportement des usagers. Nous allons expliciter celles-ci dans la suite de ce mémoire.

2.3.1 Le comportement des usagers

Une enquête épidémiologique en France et aux Etats Unis a été conduite auprès d'un échantillon diversifié de 28 personnes en traitement. Elle a permis de dégager 4 profils illustrant le rapport des usagers aux produits de substitution. Ainsi, la substitution par le Subutex® peut-elle être perçue comme « *une ressource pour s'en sortir* » (un médicament), « *un traitement de maintenance et de confort* » (soutien chimique), « *une drogue* » (effet similaire aux drogues), ou « *un produit diabolique* » (substance devenue instrument de persécution) (55). Cette enquête souligne que « *la recherche d'une banalisation du traitement de substitution par son intégration au régime de la médecine de ville ne suffit pas à faire exister la substitution comme un traitement comme un autre* ». Cette étude évoque le poids persistant de l'image péjorative du toxicomane comme un obstacle, même dans les cas les plus favorables, à l'adoption d'un rôle de personne traitée. Le traitement de substitution est une véritable modalité de carrière de toxicomanie alternant traitement, rémission et rechute menant au mésusage de Subutex® (22) et, les incitant au vol et à la falsification d'ordonnance afin de se faire dispenser des stupéfiants (Skénan® LP 100 et 200 mg) et d'autres spécialités listées, bien souvent de la famille des benzodiazépines (Rivotril®, Rohypnol® ...) (Q).

En 2009, le rapport de l'Académie nationale de pharmacie mentionne que « *le détournement des comprimés de BHD pour un usage injectable ou « sniffé » est aujourd'hui non résolu. Le rapport « Bon usage » publié par l'Afssaps en 2004, n'a pas eu d'impact positif* ». En 2007, la brigade des stupéfiants a saisi 20 000 comprimés de BHD. Le trafic est également dénoncé par différentes caisses d'assurance maladie. Globalement, 25 % des dispensations ont été effectuées dans les années 2005-2006 au profit de 5 % des malades. Le trafic est réalisé vers les réseaux français et étrangers (48). De nouvelles spécialités telles que Suboxone® et 2 spécialités génériques du Subutex® ont été mises sur le marché afin de diminuer le potentiel d'abus (54). Il faut cependant noter la réticence des usagers à prendre ces nouvelles spécialités dont l'effet médicamenteux serait à leur sens différent (Q).

2.3.2 Le non respect des textes par les professionnels

➤ **Les faits :**

Si les dérives d'usage sont en partie liées au comportement des toxicomanes et plus généralement du patient, elles sont également liées aux professionnels de santé à savoir les médecins et les pharmaciens. La responsabilité du pharmacien est importante dans le cadre de la dispensation des traitements de substitution. Il est chargé de veiller au bon usage des traitements et à leur bonne observance. Cependant, certaines dérives sont observées. Ainsi, les réponses des IRP ont montré que les difficultés relevées par les PHISP dans ce domaine sont beaucoup plus fréquentes en officine qu'à l'hôpital ou en CSAPA. Sur une échelle de 0 à 10, la fréquence est de 6 contre 4 et 4,5. Elles mènent dans certains cas à des sanctions disciplinaires et pénales.

Citons cette affaire parue dans le Journal La Voix Du Nord en mars 2010, évoquant un « trafic de drogues » dans lequel étaient impliqués un médecin généraliste et un pharmacien d'officine (70). Le médecin établissait des ordonnances de complaisance, prescrivant ainsi Subutex®, méthadone, benzodiazépines en association et ne respectant pas les règles de prescription. Le pharmacien dispensait les médicaments malgré les chevauchements et interactions qui figuraient sur les ordonnances, enfreignant ainsi les règles déontologiques mentionnées au CSP. Ces derniers sont poursuivis « *pour trafic de stupéfiants par ordonnance de complaisance, faux et usage de faux, escroquerie à la CPAM, et infractions au code de la santé publique* ». D'autres affaires, jugées récemment en instance disciplinaire par la section des assurances sociales du CNOP, font état de délivrances irrégulières de Subutex® associées ou non à des médicaments psychotropes (Rohypnol®) au vu d'ordonnances irrégulières et non sécurisées, de chevauchement sans accord avec le prescripteur, d'absence de fractionnement du traitement et de délivrance à des posologies nettement supérieures à celles de l'Autorisation de Mise sur le Marché. Des interactions médicamenteuses avec contre-indication absolue sont également relevées (56). Les jugements portent sur des défauts de contrôle des ordonnances litigieuses, l'exposition des patients à de réels dangers pour la Santé Publique et un manquement à l'obligation de lutter contre la toxicomanie. Les réponses des IRP et un rapport d'inspection consulté lors de mon stage en ARS Champagne-Ardenne, corroborent ces déviations et montrent également qu'en l'absence d'analyse lors de la dispensation, les pharmaciens honorent des prescriptions initiales de méthadone élaborées par des médecins généralistes, ou sur lesquelles ne figure pas le nom du pharmacien...voire refusent la délivrance à ce « *type de population* » (Q).

➤ **Les causes :**

Les principales causes de déviations en officine de pharmacie sont les suivantes (Q)(48)(51) :

- La peur du toxicomane et le sentiment d'insécurité face à des patients violents ou menaçants et menant à une dispensation trop rapide ; ainsi, un pharmacien faisant l'objet de sanctions disciplinaires souligne que « *la clientèle à laquelle s'adresse les produits en cause est particulièrement difficile et susceptible d'exercer des pressions, notamment physiques sur le pharmacien* », ce dernier ne sachant pas à qui s'adresser pour résoudre ce problème ;
- Les problèmes de communication entre pharmaciens et médecins (Q) (18) ;
- L'appât du gain, avec notamment la fraude à la sécurité sociale ;
- Peu de formations sont dispensées aux étudiants en pharmacie et en médecine ainsi qu'aux professionnels.

Un entretien réalisé auprès d'un président d'association, pharmacien d'officine à Paris, fait état d' « *une situation inquiétante* » face à la gestion de cette population en officine. Il déplore les déviations de certains confrères. Un retour régulier aux règles élémentaires régies par le code de la santé publique et une meilleure qualité de dispensation sont nécessaires dans le cadre de l'observance des traitements et afin d'éviter les dérives.

2.3.3 Une faible qualité de dispensation

Le cadre de prescription et de dispensation des traitements de substitution est totalement déterminant (51). Le pharmacien d'officine joue un rôle important dans la prise en charge des usagers de drogues. Comme évoqué précédemment, il doit assurer la bonne délivrance du traitement de substitution, veiller à son bon usage, prévenir les associations thérapeutiques inadaptées et aider l'utilisateur de drogues par son conseil. Dans leurs recommandations professionnelles pour « *réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacées* », l'HAS et l'Afssaps insistent sur le rôle majeur et spécifique du pharmacien en indiquant que « *le succès du traitement nécessite l'établissement d'une « relation de confiance patient-médecin-pharmacien* » (53). Cependant, la conclusion d'une étude dénommée *Observatoire pharmacoépidémiologique national de la délivrance et du bon usage de la buprénorphine haut dosage en pharmacie de ville* (54), mentionne que « *les conditions de prescription et de délivrance de la BHD sont encore perfectibles de même que les comportements des usagers de drogue qui en bénéficient. Le pharmacien, qui est l'acteur de santé le plus souvent en contact des utilisateurs de médicaments de substitution aux opiacées, peut y contribuer tant en relayant les recommandations sur le bon usage qu'en renforçant les*

liens avec les médecins prescripteurs ». Des relations avec les travailleurs sociaux pourraient notamment contribuer à optimiser cet accompagnement (54). Il faut cependant noter qu'afin d'être crédible et se faire respecter du patient, le pharmacien doit dispenser les traitements avec rigueur et fermeté (51). Cela lui permettra finalement d'entrer dans une démarche d'éducation thérapeutique avec le patient afin d'aider ce dernier à gérer son traitement au quotidien et « à grandir, à se dépasser »(63) (64) (65). Il faut noter, par ailleurs, que ces patients sont souvent confrontés à d'autres pathologies telles que le VIH ou l'hépatite C, qui les ont d'ailleurs menés aux traitements de substitution. Notons que le contexte spécifique de la prise en charge de ces 2 pathologies est un des facteurs ayant mené au concept d'éducation thérapeutique (65).

L'article 38 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) définit les missions des pharmaciens d'officine et indique notamment qu'ils «*peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients définies aux articles L.1161-1 à L.1161-5*» du CSP (5) (38). Le dossier pharmaceutique est un outil pouvant accompagner le pharmacien dans cette démarche. Celle-ci peut également contribuer, dans un cadre de prévention des addictions, à éviter le mésusage ou le détournement de stupéfiants ou de psychotropes prescrits et délivrés pour d'autres pathologies nécessitant leur usage. Comme évoqué en première partie, la MILDT met actuellement en place, en officine, des outils d'aide au repérage des conduites à risque.

L'article 51 de cette même loi mentionne également que les pharmaciens participent à la coopération entre professionnels de santé. Cette coopération intervient dans le cadre du traitement du patient et au travers des réseaux de santé. Cependant, selon un pharmacien membre de l'association Sida Info service, les pharmaciens sont souvent oubliés dans ces réseaux dont les membres sont essentiellement médicaux (médecins, psychiatres). Une bonne coopération permet une bonne organisation et permettra de remédier au problème d'articulation ville-CSAPA et CSAPA-hopital (50) (Q).

2.4 Le Bilan des difficultés observées en CSAPA et en officine

Les difficultés observées sont différentes en fonction des structures. Les constats relevés dans les CSAPA, et concernant notamment l'organisation des locaux et la détention des stupéfiants, sont davantage liés à un manque de culture pharmaceutique et à un manque de pharmacien. Dans les officines de pharmacie, les écarts observés sont notamment liés à une mauvaise appréhension des usagers dans le cadre de la réduction des risques mais également de la prévention. Des problèmes de collaboration médecin-pharmacien sont relevés en ville. Dans un cas, les CSAPA, il convient d'inculquer la réglementation pharmaceutique, alors que dans un autre cas, les officines de pharmacie, il convient de rappeler les textes et éventuellement de leur rappeler qu'il existe des structures de soins

tels que les CSAPA. Dans tous les cas, il s'agit notamment de sécuriser l'approvisionnement, la gestion, la détention, la délivrance de substances vénéneuses et d'assurer une meilleure dispensation. L'objectif est d'apporter à l'usager de la santé la meilleure qualité de prise en charge. Nous allons nous intéresser à présent au mode d'intervention des PHISP dans ce domaine.

2.5 L'implication des pharmaciens inspecteurs de santé publique dans le parcours de prise en charge du toxicomane.

L'analyse des questionnaires aux IRP nous a permis de relever les champs d'interventions des PHISP et de déterminer les principaux partenaires avec lesquels ils travaillent.

2.5.1 Les champs d'actions des PHISP

Le mode d'intervention des PHISP dans le cadre de la toxicomanie et des addictions concerne davantage l'inspection et l'action répressive, que l'accompagnement des professionnels de santé et la planification. Ainsi, sur une échelle de 0 à 10 leur degré d'implication est le suivant (Q) :

- Inspection (action répressive) : 5
- Accompagnement des professionnels de santé : 3
- Planification : 2,5

➤ **L'inspection et les actions répressives concernent principalement les officines de pharmacie :**

Des suites disciplinaires et pénales ont été engagées à l'issue d'inspections de routine en officine ou suite à des signalements. Sur l'ensemble des IRP ayant répondu, 7 n'étaient pas concernées soit parce qu'aucune inspection n'a mené à ces suites, soit, dans d'autres situations, car les IRP sont intervenus dans d'autres circonstances que l'inspection. En effet, les PHISP disposent de prérogatives de police judiciaire et sont habilités à rechercher et à constater des infractions aux lois et règlements dans le cadre de leurs compétences, en l'occurrence dans le cadre d'infractions à la réglementation des substances vénéneuses. Dans le cadre de leur compétence technique, le Procureur de la république peut demander l'avis des PHISP en tant qu'experts auprès du TGI, en l'occurrence dans les affaires d'escroquerie à la sécurité sociale comme observé en Ile-de-France où la majorité des suites ont été initiées à l'encontre d'officinaux par les praticiens conseils de la sécurité sociale (fausses ordonnances, trafic de Rivotril®). Les PHISP sont également sollicités pour accompagner les douanes ou la police judiciaire à la

demande du Parquet comme en Lorraine. Finalement, les PHISP sont impliqués dans très peu d'affaires mais le temps qui leur est consacré est loin d'être négligeable (plusieurs mois) ce qui est une possible explication du score obtenu pour l'ensemble des IRP.

➤ **L'accompagnement des professionnels de santé :**

Dans le cadre de leurs fonctions, les PHISP jouent un rôle d'interface entre les structures administratives et les professionnels de santé. Ce positionnement leur permet de rester au contact des préoccupations et des attentes de ces derniers. Il peut être réalisé au travers d'inspections de routine suivies de simples rappels à la réglementation ou par des enquêtes. Ainsi, la région Champagne-Ardenne réalise-t-elle en coopération avec le service statistique des questionnaires annuels adressés aux pharmaciens d'officine afin d'évaluer la politique de substitution et les problèmes rencontrés. Des brochures sont également un bon moyen de communiquer tel qu'observé en Champagne-Ardenne, en Bourgogne et en Aquitaine. Y figurent un rappel de la réglementation et de l'AMM et, dans certains cas, la conduite à tenir en cas de mésusage. Ces brochures sont non seulement adressées aux pharmaciens mais également aux médecins de ville afin, d'une part, de les orienter dans leurs prescriptions et délivrances, et d'autre part d'améliorer la coopération entre médecins et pharmaciens. Ils communiquent également au travers de revues telles que Pharma Flash Ouest sur le rôle du pharmacien d'officine dans la pharmacodépendance.

Ils répondent aux attentes des professionnels et donnent des avis notamment dans le cadre de l'organisation des locaux dans les CSAPA et pour la présence de pharmaciens. Ils proposent également aux CSAPA des fiches d'aide à la dispensation des médicaments en raison de l'absence de pharmaciens. Enfin, ils sont associés à l'enseignement et donnent des cours en faculté sur le rôle de l'officinal dans la Pharmacodépendance comme en Pays de Loire. Finalement, le temps consacré à cet accompagnement se calcule en heures « environ 50 heures » au maximum selon un PHISP particulièrement investi dans cette thématique.

➤ **La planification :**

Les PHISP sont beaucoup moins impliqués dans la planification. Avant la création des ARS, ils participaient à des réunions avec d'autres professionnels de santé publique dans les ex-DDASS, comme en Ile-de-France. Ils étaient également membres de la commission régionale des addictions, tels qu'en Pays de Loire où avaient lieu 3 à 5 réunions par an, ou au comité régional des traitements de substitution comme en Champagne-Ardenne. En Bretagne, ils interviennent dans l'aide à la rédaction des SROS dans le cadre du volet réglementaire lié à la dispensation des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO).

La région Aquitaine est particulièrement impliquée dans la mise en place de ces schémas et notamment dans le cadre du schéma régional médico-social d'addictologie (SROSM). Elaboré en articulation avec le volet « Conduites addictives » inscrit dans le SROS 2006-2011, l'objectif de ce dernier est de « *mieux organiser l'accès de tous à une gamme de services en addictologie lisible et de qualité dans chaque territoire de la Région. Pour y répondre il propose une organisation graduée des soins, une mission de structure pivot aux CSAPA sur chaque territoire de recours et des antennes de proximité au niveau des territoires intermédiaires...Le principe [...] de continuité, d'articulation ville/hôpital, de prévention et d'évaluation accompagnent également la mise en place de ce schéma avec le schéma sanitaire et le programme régional de prévention des conduites addictives* ». La commission régionale addiction d'Aquitaine a retenu 6 groupes de travail chargés d'échanger sur les thématiques suivantes : prévention ; articulation sanitaire, médico-sociale et ville ; publics spécifiques ; formations ; indicateurs de suivi et évaluation du schéma ; communication et annuaire des acteurs. Finalement, peu de PHISP en région se consacrent totalement à cette thématique.

2.5.2 Les partenaires des PHISP :

Les principaux collaborateurs des PHISP sont résumés dans le tableau figurant annexe 3. Les tendances qui se dégagent montrent une cohérence avec les champs d'actions des PHISP. Ils collaborent davantage avec les officiers de police judiciaire et le conseil de l'ordre des pharmaciens dans un cadre répressif et sanctionnel. De même, ils ont davantage de contacts avec les praticiens conseils de l'assurance maladie dans le cadre d'escroquerie à la sécurité sociale en officine comme observé en Ile de France. En Midi-Pyrénées, des « *actions répressives menées en 2005, ont conduit à un travail étroit avec l'assurance maladie et les instances ordinales pour assurer un suivi des personnes sous traitement de substitution aux opiacées (contrôle des prescriptions multi-médecins, dispensations multi-pharmaciens)* ». Il faut noter cependant que la difficulté du partage d'informations entre les PHISP et l'assurance maladie tend à freiner cette collaboration dans ce contexte répressif.

Les contacts avec l'Afssaps ont lieu pour des demandes d'informations relatives aux produits et aux modalités de traitements notamment afin d'accompagner les professionnels. Les échanges d'informations avec les CEIP permettent notamment d'anticiper la délivrance de médicaments à partir d'ordonnances falsifiées. En collaboration avec l'ordre, des messages peuvent ainsi être adressés soit par l'ordre lui-même, soit par l'intermédiaire des grossistes afin d'accroître la vigilance des pharmaciens d'officine comme en Aquitaine. En Pays de Loire, un article du périodique Pharma Flash Ouest élaboré par l'IRP en collaboration avec un CEIP, informe les pharmaciens d'officine sur la pharmacodépendance et les modalités de déclaration aux CEIP.

Enfin, 63 % des IRP enquêtées ont des contacts avec les MISP dont 28 % occasionnels lors de réunions (annexes 3). Bien souvent, il s'agit plus de contacts que d'une réelle collaboration, les PHISP étant, dans certaines régions, considérés comme des « *prestataires de service* ». Cependant, dans une région, un MISP interrogé déplore le peu de participation des PHISP aux réunions, notamment dans le cadre des autorisations de CSAPA (les visites de conformités effectuées par les MISP et les IASS) ainsi que l'absence de participation aux enquêtes réalisées auprès des officinaux sur cette thématique.

Les PHISP ont occasionnellement des contacts avec d'autres partenaires tels que les grossistes répartiteurs pour leurs chiffres de vente aux officines dans le cadre du repérage comme en Pays de Loire, les centres régionaux de pharmacovigilance tel qu'en Champagne-Ardenne, ou la MILDT en Bretagne et en Champagne Ardenne. L'Aquitaine travaille en collaboration avec l'INPES, le CESPARM et les réseaux de santé.

2.5.3 Le bilan des actions conduites par les PHISP

Le mode d'intervention des PHISP à ce sujet est davantage porté sur les officines dans un contexte de répression et de sanctions. Il faut noter que, sur une échelle de 0 à 10, la fréquence des problèmes rencontrés est de 6 pour les officines, alors qu'elle est de 4 pour les CSAPA. Les PHISP collaborent ainsi davantage avec le Parquet et le Conseil de l'ordre des pharmaciens, dans le cadre d'écarts à la réglementation. Ils interviennent secondairement sur un mode d'accompagnement, surtout en ville auprès des pharmaciens d'officine et dans une moindre mesure dans les CSAPA.

Ils interviennent moins fréquemment en planification. Leur implication dans les SROSM est très faible, le secteur médico-social n'étant pas très bien connu des PHISP. Peu de régions sont en effet impliquées dans les SROSM. Enfin, 11/14 IRP pensent que les PHISP ont un rôle à jouer dans la coopération entre professionnels de santé et 6/14 IRP pensent qu'ils ont un impact sur l'éducation thérapeutique, notamment par le rappel des textes et de l'AMM (annexe 4). Ils disposent également de nombreux atouts propices à ces actions.

2.6 Les atouts et les limites d'intervention des pharmaciens inspecteurs de santé publique dans la prévention et la prise en charge des usagers de drogues

Les constats établis précédemment nous ont permis de définir les atouts et les limites d'intervention des PHISP.

2.6.1 Les atouts des pharmaciens inspecteurs de santé publique

Les PHISP disposent de nombreux atouts et notamment :

- d'une triple expertise technique, juridique et administrative ;
- d'une grande adaptabilité ;
- d'une grande réactivité.

Par le biais de l'inspection et du contrôle, les PHISP connaissent l'ensemble des acteurs de terrain et des pratiques professionnelles. Ils disposent de compétences très larges sur l'ensemble de la chaîne pharmaceutique. Ils sont les seuls à appréhender de façon transversale le circuit du médicament et des produits de santé dans leur globalité.

Leurs connaissances réglementaires des produits et des professionnels leur permettent d'informer ces derniers, et d'exercer leurs prérogatives de police judiciaire en cas de déviance et de trafic.

Ils connaissent également un grand nombre d'acteurs de santé publique institutionnels, et non institutionnels, impliqués dans la toxicomanie. Ils ont montré au travers de leurs réponses aux questionnaires qu'ils savent travailler en pluridisciplinarité.

Ces atouts leur permettent ainsi d'agir dans des domaines très variés tels que les vigilances, la prévention, le repérage des pratiques à risque et la prise en charge des usagers de drogues. Grâce à leurs compétences, ils peuvent agir sur la coopération entre professionnels de santé et avoir un impact sur l'éducation thérapeutique du patient, notamment par le rappel des textes.

Les PHISP peuvent ainsi agir en tout point du parcours de prise en charge dans le dispositif ambulatoire et mettre en œuvre les politiques de sécurité sanitaire et de santé publique se rapportant à la prévention et à la prise en charge de la toxicomanie voire plus généralement des addictions. Il faut noter à cet égard la présence d'un PHISP à la MILDT.

Leur objectif final est notamment d'apporter à l'utilisateur un égal accès à des soins de qualité et de veiller en particulier au travers de l'inspection, de l'accompagnement des professionnels et de la planification au bon usage des médicaments. Ils sont des acteurs incontournables pour la mise en œuvre de la politique de santé publique relative aux addictions. Cependant, certaines limites ont été relevées dans le cadre des actions des PHISP.

2.6.2 Les limites des interventions et les difficultés rencontrées

Parmi les PHISP des IRP ayant répondu, 9/14 n'ont pas reçu de formation sur le thème des addictions et de la toxicomanie. Certains PHISP ont reçu une formation à titre personnel. Les PHISP ne disposent pas d'une vision globale de la problématique et ont besoin d'acquiescer une « *culture [...] en addictologie* ». Il en découle un manque de connaissances

- dans le secteur médico-social et notamment du fonctionnement des CSAPA ;
- dans le domaine de la planification : les SROS addictologie et les SROSM.

Avant la création des ARS, le thème des addictions n'était pas une priorité dans certaines IRP, ce thème étant davantage connu dans un cadre répressif que dans un cadre préventif, de planification et d'accompagnement.

Le faible effectif et le manque de temps sont évoqués. Les PHISP doivent alors prioriser leurs actions et privilégier l'inspection, leur cœur de métier, et l'urgence telle que des signalements ou dans un contexte administratif, des autorisations d'ouverture... Il faut noter que 9/14 IRP ont répondu que les PHISP n'ont jamais participé à la formation de professionnels sur ce sujet. Certains prennent sur leur temps personnel.

Le manque de moyens corrélé au manque de temps est également une difficulté rencontrée. Ainsi, l'exploitation des données détenues par les grossistes permettrait de repérer, par exemple, certaines ventes anormales. Néanmoins, les PHISP n'ont pas les moyens matériels d'exploiter ces données. De même, le manque de lien avec l'assurance maladie et l'impossibilité d'accéder aux systèmes d'informations constituent également un frein dans les actions des PHISP dans le cadre du repérage des délivrances anormales de médicaments.

Enfin, le manque de reconnaissance des PHISP constitue également un frein dans la gestion de cette thématique. Ils sont mis en concurrence avec les autres acteurs de santé publique tels que les MISP et les IASS souvent référents dans cette thématique ce qui peut nuire à la collaboration. Pourtant, ils ont des fonctions différentes dans le cadre de la

planification. Les MISP et les IASS agissent dans un cadre économique et démographique et de soin mais ne connaissent pas bien le domaine pharmaceutique. Un MISP interrogé reconnaît un manque de collaboration et reconnaît cette complémentarité. Pour lui, le PHISP dispose d'atouts dont ne disposent pas les médecins : *«une bonne connaissance des produits de santé, un regard particulier sur la gestion du circuit du médicament, un regard de qualitatif»*.

Certains PHISP ne sont pas conviés à des réunions dans lesquelles ils pourraient apporter leur expérience et recevoir des informations à ce sujet notamment sur les CSAPA. Lors d'inspections, la culture différente des autres acteurs pose parfois des problèmes dans la rédaction des rapports.

Finalement, ce manque de collaboration couplé au manque de temps entraîne une méconnaissance du système de prise en charge dans le secteur médico-social et un manque d'intervention des PHISP en planification dans ce domaine. Actuellement, les pharmaciens inspecteurs s'interrogent sur la gestion des médicaments dans les CSAPA. Les IASS et MISP ayant participé aux visites de conformité de ces structures constituent des sources d'information concernant leur organisation dans le cadre des soins ce qui pourrait permettre aux PHISP de gagner du temps et d'apporter une complémentarité technique que les autres corps de métiers n'ont pas.

Ce manque de reconnaissance se fait également ressentir auprès de l'Ordre des Pharmaciens dans le cadre de la formation des pharmaciens d'officine sur ce sujet. Les PHISP sont souvent oubliés. Pourtant, les compétences des PHISP, garants de la sécurité sanitaire, sont propices à ces formations. Cependant, le manque de temps a été évoqué précédemment.

La totalité des régions interrogées pense que l'intervention des pharmaciens inspecteurs de santé publique ne se limite pas uniquement à l'inspection, à la planification, à l'information des professionnels, mais concerne bel et bien l'ensemble de ces domaines. Cependant, dans le contexte de création des ARS, l'ensemble des PHISP en région manquait de visibilité quant à leurs futures missions et à leur positionnement au sein des celles-ci.

3 LES PERSPECTIVES DANS LE CONTEXTE DE CREATION DES ARS

Ce dernier chapitre traite des perspectives et de propositions envisageables dans le contexte des ARS.

3.1 Les ARS : organisation, missions et moyens d'action

Les ARS constituent la clé de voûte de la nouvelle organisation prévue par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et Relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, publiée au Journal officiel n° 0167 du 22 juillet 2009 (5). Etablissement public d'Etat à caractère administratif doté d'une autonomie administrative et financière, elles ont été mises en place le 1^{er} avril 2010. Placées sous la tutelle des Ministères chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, elles sont chargées d'améliorer la santé de la population et d'accroître l'efficacité du système de santé. L'organisation et le fonctionnement des ARS sont définis aux articles L.1432-1 et suiv. et R.1432-1 et suiv du CSP (39). L'ancrage territorial des politiques de santé est renforcé pour mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, pour améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et lutter contre les inégalités de santé.

3.1.1 L'organisation des ARS

L'organisation des Agences est définie aux articles L.1432-1 à L1432-4 du CSP. L'ARS favorise un fonctionnement équilibré, transparent et démocratique. Les responsabilités sont réparties entre le **Directeur Général** doté d'importants moyens d'actions, des **instances de concertation**, le Conseil de surveillance et la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, et les **instances de coordination** dont le Comité de coordination, les commissions, les délégations. Le champ d'intervention de l'ARS est large. Les organigrammes varient d'une région à l'autre. Ils sont cependant organisés en fonction de 2 grandes missions que sont le pilotage de la santé publique et la régulation de l'offre de santé, dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

3.1.2 Les missions des ARS

➤ Le pilotage de la santé publique :

Elles sont chargées d'organiser la veille et la sécurité sanitaires ainsi que l'observation de la santé. Elles définissent le financement et évaluent les actions de prévention et de

promotion de la santé. Enfin, elles contribuent à la gestion des crises sanitaires en liaison avec le préfet.

➤ **La régulation de l'offre de santé, dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social :**

Les ARS sont chargées de réguler, orienter et organiser l'offre de services en santé. Elles autorisent la création des établissements et services de soins ainsi que des établissements médico-sociaux. Elles contrôlent leur fonctionnement. Egalement, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'Assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et d'autonomie, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région. Enfin, elles sont chargées d'évaluer et de promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé.

3.1.3 Les moyens d'actions

Afin d'assurer leurs différentes missions, les ARS disposent notamment des moyens d'actions suivants :

➤ **Le projet régional de santé. :**

Il renforce la planification et la programmation des actions et comprend 3 volets :

- Le plan stratégique régional de santé, qui fixe dans le cadre des politiques nationales les objectifs et les priorités de santé pour la région ;
- Les schémas régionaux sectoriels, qui déterminent les mesures conformes aux objectifs du plan dans l'ensemble des domaines d'action de l'ARS : la prévention, les soins, l'accompagnement et les prises en charge médico-sociales ;
- Les programmes, qui précisent les modalités opérationnelles et articulent en pratique les mesures prévues par les schémas régionaux sectoriels.

➤ **La contractualisation avec les établissements et avec les professionnels**

Il s'agit de l'outil d'action privilégié notamment pour développer la prévention dans les établissements, faciliter le parcours de soins. Cet outil concerne particulièrement les contrats locaux de santé, le programme régional de gestion du risque, les contrats d'amélioration des pratiques avec les professionnels de santé et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. L'article L.1435-3 mentionne en effet que l'ARS « *conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L.6114-1. Elle peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.313-11* », notamment dans le cadre de la réalisation des objectifs retenus par le SROSM, « *des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec*

les réseaux de santé, les pôles de santé et les maisons de santé ». L'ARS peut proposer des contrats-types mentionnés à l'article L.1435-4.

➤ **L'appel à projets :**

Il se généralise et devient le nouveau régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux. Il permet, en partant des besoins de santé et médico-sociaux, de définir une stratégie et de promouvoir les projets qui répondent le mieux à ces besoins, dans le cadre d'une procédure qui garantit plus d'objectivité et de transparence.

➤ **L'accès aux données de santé :**

L'article L.1435-6 du CSP (40) mentionne que l'ARS « a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ainsi que les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cet accès est assuré dans les conditions assurant l'anonymat des personnes bénéficiant de prestations de soins ou de prise en charge et d'accompagnement médico-sociaux conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » (6).

➤ **L'inspection :**

Conformément à l'article L.1435-7 du CSP (41), le directeur général de l'Agence désigne le personnel compétent techniquement et juridiquement dans le cadre des inspections.

3.1.4 La gestion des addictions au sein des ARS

Au cours de mon stage en ARS Champagne Ardennes, où je suis préaffectée, un membre de l'équipe de Direction, récemment interrogé, mentionne que des discussions sur des SROS ambulatoires, dans le cadre des soins de premiers recours vont être mises en place dans les semaines qui viennent. Dans un discours prononcé au Sénat le 12 mai 2009, la Ministre de la Santé mentionnait qu'afin de mieux répondre aux besoins de la population « il s'agit de définir un schéma d'aménagement de l'offre de soins de premier recours sur l'ensemble du territoire [...] Schéma ambulatoire qui viendra compléter les schémas hospitaliers, de prévention et médico-social » (71). Le SROS ambulatoire pourrait être appliqué à la prévention et à la prise en charge de la toxicomanie. Cependant, la création des ARS a entraîné la dissolution des anciens référents

thématiques. De nouveaux référents doivent être nommés dans certaines régions si ce n'est pas fait.

Ainsi, au regard de l'organisation, des missions et des moyens d'actions des ARS, au regard de la mise en œuvre de certaines actions, nous allons tenter de dégager des perspectives d'actions des PHISP.

3.2 Le positionnement des PHISP au sein des ARS et perspectives d'actions

3.2.1 La situation en ARS et les craintes des pharmaciens inspecteurs de santé publique

La mise en place des ARS a entraîné une dissolution des IRP. Les PHISP ont été dispersés dans diverses directions et notamment les directions ou unités veille et sécurité sanitaire, volontairement ou involontairement. Certains sont restés groupés au sein d'une même entité. Des inquiétudes existent actuellement quant au devenir de leur métier en région. L'inspection ne semble plus être une priorité. Par ailleurs, la conférence des Pharmaciens Inspecteurs Régionaux a été dissoute. Cependant le réseau PEPS persiste. Il permet, notamment, de mettre en commun des thématiques et les bases réglementaires s'y rapportant.

Avec la nouvelle réforme, les PHISP craignent de perdre leur triple expertise juridique technique et administrative. Or, ils en ont besoin dans le parcours de prise en charge du toxicomane. Confrontés parfois à une hiérarchie directe de formation différente, ils doivent justifier leurs pratiques professionnelles, notamment pour appliquer leurs prérogatives de police judiciaire.

Cependant, la création des ARS pourrait être l'occasion d'élargir le champ de leurs missions en région. Le thème des addictions et de la toxicomanie pourrait constituer une opportunité dans ce sens. L'organisation, les missions et les moyens d'action des ARS peuvent constituer des opportunités pour les PHISP.

3.2.2 Les perspectives et propositions envisagées dans le contexte des ARS : l'exemple de l'ARS Champagne-Ardenne

a. Les SROS : les actions à moyen et long terme

Afin de légitimer leurs compétences au sein des ARS, une perspective consiste à insister davantage sur **la planification et à travailler par thématique**. Ainsi, la thématique toxicomanie et addictions est-elle propice à la valorisation des compétences des PHISP, puisqu'ils peuvent, dans le cadre de la mise en œuvre d'actions à cet égard, faire notamment valoir leurs compétences techniques, juridiques et administratives. Davantage de participation aux groupes de travail de la commission régionale addiction leur permettrait, de rencontrer les acteurs de santé publique impliqués et concernés par les addictions et ainsi de mutualiser les connaissances et les moyens de mise en œuvre des **SROSM**, des **futurs SROS ambulatoires** en liaison avec le **SROS addictologie**.

L'intervention des PHISP dans le système ambulatoire de prise en charge du toxicomane est indispensable dans le contexte de mise place des ARS et de territorialisation du système de santé, avec une volonté importante de créer des liens entre la ville, le secteur médico-social et l'hôpital. La détention des médicaments est étroitement liée au parcours de soins du patient toxicomane. Une bonne organisation aux travers des SROSM, des futurs SROS ambulatoires et des SROS permettra d'éviter les dérives liées notamment au trafic et au mésusage, comme observé en officine, et d'accompagner au mieux les patients dans le soin. Ainsi, des perspectives à moyens et long terme peuvent-elles être envisagées.

- Des perspectives à moyen terme :

L'élaboration du SROSM en Aquitaine a permis, grâce à la réalisation d'un état des lieux, de « *relever les faiblesses, les dysfonctionnements et insuffisances de couverture constatés à partir d'études, d'entretiens et de rencontres avec les différents acteurs et d'en déduire des pistes d'actions thématiques* ». La présence des PHISP est indispensable dans la réalisation de ces schémas et dans le cadre des dysfonctionnements relatifs à la gestion des médicaments.

Ainsi, dans le cadre du fonctionnement des CSAPA sur mon lieu de préaffectation, le travail en équipe notamment avec un IASS, sera par exemple l'occasion, en l'absence de pharmacien, d'insister sur la réalisation de fiches d'aide à la dispensation des médicaments stupéfiants et psychotropes dans les CSAPA voire de contribuer à l'élaboration de bonnes pratiques ou des recommandations pour le dispositif ambulatoire de prévention et de prise en charge, ville-CSAPA. Ces bonnes pratiques exposeraient les données législatives et réglementaires relatives à la gestion des médicaments,

l'organisation des locaux et la conduite à tenir en cas d'abus, de mésusage. Ce travail pourrait débuter dès mon affectation au mois d'octobre.

Par ailleurs, d'ici 2012, dans le cadre de la vaccination contre l'hépatite B préconisée dans les CSAPA par le plan national 2009-2012 de **lutte contre les hépatites B et C**, il serait nécessaire de dresser un état des lieux pour évaluer l'état de santé de la population fréquentant ces structures et de s'assurer que ces dernières peuvent conserver les vaccins dans de bonnes conditions, afin d'éviter une rupture de la **chaîne du froid**, au travers d'inspections ou de questionnaires, en lien avec les services statistiques.

- Des perspectives à long terme :

Les PHISP pourraient également s'impliquer dans les **SROS ambulatoires en liaison avec l'ordre des pharmaciens**. Le rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie intitulé « *Bilan des politiques publiques en matière de substitution aux opiacées* » évoque la possibilité d'un « *quota limitant le nombre de malades suivis par praticien, médecin ou pharmacien* » (48). Cette perspective est à approfondir, à proposer à ma hiérarchie et à discuter avec l'Ordre. J'ai réalisé récemment une première approche avec le Conseil régional de l'ordre de Champagne-Ardenne à ce sujet. Ces schémas sont également l'occasion d'accompagner davantage les pharmaciens d'officine dans le cadre de la toxicomanie et d'améliorer la coopération avec les médecins libéraux notamment au travers de réseaux. Cela nécessiterait de travailler en collaboration avec le IASS chargé de l'allocation des ressources et de la contractualisation à l'ARS.

Les liens entre ces deux schémas pourraient permettre également de pallier le manque de pharmaciens dans les CSAPA en organisant la présence de pharmaciens dans ces structures en complément des fiches d'aide à la dispensation, ceci en lien avec les SROS. Ce travail pourrait être débuté début octobre et mis en œuvre en avril prochain. Il dépendra des autres obligations de service.

Ces schémas couplés à un mode de régulation et un système et de surveillance utilisant les moyens de l'ARS, notamment l'accès aux données des organismes d'assurance maladie, pourrait permettre au PHISP de cibler des lieux d'inspection et des thématiques comme par exemple la dispensation abusive de Subutex®. Une démarche de gestion des risques pourrait être appliquée dans ce contexte. Toutefois, l'accès aux systèmes de surveillance par l'ARS est récent. Nous n'avons pas pour l'instant de réelle visibilité.

b. Des perspectives à court terme

Dans quelques semaines un IASS me propose de réaliser une « *visite-rencontre* » dans un CSAPA afin de prendre contact avec les professionnels et d'évaluer les besoins de ces derniers.

Dès mon affectation au mois d'octobre, le service statistique me propose d'effectuer le retour d'expérience d'une enquête réalisée auprès de pharmaciens d'officine. Elle portait sur les problèmes rencontrés en officine dans le contexte de la toxicomanie, le nombre de délivrance de MSO en 2008. Nous relancerons ensuite une enquête au mois de janvier. J'ai proposé d'élargir le champ d'évaluation aux points suivants : « La connaissance des CSAPA » et « La collaboration officine-CSAPA ». Une discussion avec un membre du conseil régional de l'ordre des pharmaciens de Champagne-Ardenne et la participation à une réunion organisée par l'Ordre sous l'impulsion de la MILDT, m'ont confirmé que les officinaux ne connaissent pas bien le système médico-social dont les CSAPA. En cas de mésusage et de nomadisme, ils ne réorientent pas spontanément les patients vers les centres et ne font pas appel aux PHISP pour les conseiller. Ils font, en revanche, appel à la caisse d'assurance maladie la plus proche mais n'ont pas de retour.

c. La formation des professionnels : les freins aux perspectives

Les atouts des pharmaciens inspecteurs notamment leur expérience de terrain, leur triple expertise technique, administrative et juridique leur permettrait de donner des cours en faculté de pharmacie, sur le sujet de la toxicomanie et des addictions dans le cadre de la réglementation des produits et des pratiques professionnelles, du mésusage, du détournement des substances vénéneuses, de l'organisation du système de vigilance sanitaire. Cependant, l'Ordre des Pharmaciens tient à conserver cette légitimité de formation. Afin de légitimer cette action, les PHISP pourraient porter leur travail par exemple au travers de publications.

d. Le PHISP : référent thématique

Afin d'accroître cette légitimité et de porter leur travail, les PHISP doivent se positionner dans la mesure du possible en tant que **référents thématiques**, si ceux-ci n'existent pas déjà dans l'ARS, et **publier** davantage. Les addictions sont un bon moyen de porter le métier et de le représenter à l'échelle nationale et internationale.

Conclusion

La toxicomanie et, plus généralement les addictions, restent plus que jamais un sujet d'actualité à l'échelle internationale, européenne et nationale. Ainsi, un colloque international s'est-il tenu dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne sur le thème : « *Comment mieux traiter les addictions aux drogues ? Nouveaux défis scientifiques et cliniques pour l'Europe* » (33). Par ailleurs, le plan d'actions drogue de l'Union européenne (2009-2012) place notamment l'accent sur la qualité des interventions dans le domaine de la prévention, des traitements, de la réduction des dommages, dans le cadre d'actions visant à élaborer et à échanger des guides de bonnes pratiques et des normes de qualité (49). En France, un schéma d'organisation de prise en charge de l'addiction ainsi qu'un guide de bonnes pratiques en milieu carcéral, sont en cours d'élaboration sous l'égide du ministère chargé de la santé et de la MILDT (60).

Le travail conduit dans le présent mémoire a permis d'envisager les domaines d'intervention des PHISP dans le dispositif ambulatoire. Ce dernier, représenté notamment par les CSAPA et la pharmacie d'officine en ville, reste perfectible. Garants de la sécurité sanitaire, impliqués dans la conception et la mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau régional, les PHISP sont sans conteste des acteurs incontournables de ce système centré sur le patient, le soin et le « médicament ».

La méthodologie retenue comporte néanmoins des limites. Pour des raisons de temps et un nombre de pages limitées, ce travail s'est porté sur les champs d'action en ville et en CSAPA. Des domaines restent à explorer. Tout d'abord, il serait intéressant de dresser une cartographie des modes d'intervention des PHISP pour l'ensemble des régions, ainsi qu'une cartographie de l'ensemble des structures et des acteurs concernés. En cohérence avec les volontés nationales, européennes et internationales, cette étude pourrait être élargie au milieu carcéral, au domaine hospitalier, aux liens entre la ville et l'hôpital ainsi qu'aux liens CSAPA associatifs-hôpital. Les soins de premiers recours, les réseaux de santé constituent également des pistes d'actions. La bonne gestion des produits de santé passe par une bonne organisation du système et une cohérence d'action entre les acteurs de santé. Le rapport Démographie des Professions de santé issu de la commission dont le professeur Yvon Berlan, Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), assurait la présidence, mentionne que « *l'univers des professions de santé demeurerait sans conteste un monde cloisonné où les acteurs d'une spécialité, d'une discipline ne connaissent que peu de chose des autres intervenants. Il devrait pourtant exister davantage de liens entre les différents métiers* » (66). Le PHISP peut largement y contribuer grâce à ses connaissances des produits de santé et des pratiques, en lien avec les autres acteurs de santé et de santé publique.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

➤ Lois

1. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses
2. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
3. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
4. Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007
5. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
6. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

➤ Décrets

7. Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 précisant les missions des CSAPA
8. Décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et financement des CSAPA
9. Décret n°2009-743 du 19 juin 2009 relatif aux médicaments dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

➤ Arrêtés

10. Arrêté du 26 octobre 2006 relatif à la création et à la composition de la « commission addictions»
11. • Arrêté du 7 mars 1994 relatif à la création et à la composition de la commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie.
12. Arrêté du 1er avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale
13. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique

➤ **Circulaires**

14. CIRCULAIRE N°DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie : accès aux soins pour tous, y compris pour les groupes de population spécifiques, proximité dans le cadre des territoires de santé et des bassins de vie. Intégrer de nouvelles notions telles que le repérage précoce, le conseil minimum et les interventions brèves, mettre en place un système de suivi et d'évaluation du fonctionnement du dispositif.

15. CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas médico-sociaux régionaux d'addictologie.

16. CIRCULAIRE N°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière des soins en addictologie.

17. CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGAS/SD5C/DGS/DSS/2009/198 du 06 juillet 2009 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2009 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), Lits Halte Soins Santé (LHSS), Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD), Communautés Thérapeutiques (CT), Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

18. CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2009/311 du 5 octobre 2009 relative aux médicaments dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

19. CIRCULAIRE N°DGS/DHOS/2002/79 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacées

20. CIRCULAIRE DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution de la toxicomanie pour les toxicomanes dépendants aux opiacées : détermination du cadre de mise en œuvre des traitements de substitution.

21. CIRCULAIRE N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

➤ **Articles du Code de la Santé publique :**

22. R.3411-13 sur la MILDT

23. R.5132-97 et suiv. sur la pharmacodépendance

24. L.6321-1 sur les réseaux de santé

25. L.1414-3-3 et suiv. sur la Haute Autorité de Santé

26. L.1417-1 et suiv. et R.1417-1 et suiv. sur l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

27. L.4231-2 et suiv. et D4233-1 et suiv. sur l'ordre des pharmaciens

28. L.3411-1 et suiv. et D.3411-1 et suiv. sur la lutte contre la toxicomanie
29. D.3411-1 à D. 3411-10 sur les CSAPA
30. L.5132-1 et suiv. et R.5132-1 et suiv. sur les substances et préparations vénéneuses
31. R.4235-1 et suiv. sur la déontologie pharmaceutique
32. R.5126-3 sur l'approvisionnement d'un CSAPA par une PUI
33. L.6133-1 sur les groupements de coopération sanitaire
34. L.5124-45 sur l'approvisionnement des CSAPA sans PUI
35. L.4311-45 alinéa 4 sur l'aide à la prise des médicaments par les infirmières
36. R.5132-5 sur les prescription des médicaments ou produits classés comme stupéfiants
37. L.1421-1 et L1435-7 sur l'inspection et le contrôle
38. L1161-1 à L1161-5 sur l'éducation thérapeutique et les actions d'accompagnement des patients
39. L.1432-1 et suiv et R. 1432-1 et suiv sur l'organisation et le fonctionnement des ARS
40. L1435-6 sur l'accès aux données de santé
41. L.1435-7 sur l'inspection

➤ **Article du Code de la Sécurité Sociale :**

42. L162-4-2 la prise en charge des soins ou traitement susceptible de faire l'objet d'usage détourné

➤ **Article du Code de l'action sociale et des familles**

43. L.313-1 et suiv. sur l'autorisation des CSAPA
44. L.312-5 sur le schéma régional relatif aux CSAPA

Plans de santé publique :

45. Plan de prise en charge et de prévention des addiction 2007-2011
46. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011
47. Plan national de lutte contre les hépatites B et C

Rapport

48. ACADEMIE NATIONALE DE PHARMACIE, 2009, « Bilan des politiques publiques en matière de substitution aux opiacées », janvier 2009

49. OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES, 2009, « *Rapport annuel 2009 : état du phénomène de la drogue en Europe* »
<http://www.emcdda.europa.eu>

Mémoire

50. SARR A., septembre 2009, « Méthodologie de mise en œuvre des CSAPA dans les territoires de la ville de Paris : quels enjeux ? », EHESP

Ouvrage

51. LAMARCHE J., décembre 2001, « L'accueil du toxicomane à l'officine », éditions MASSON

52. ANAES et FFA, 2004, Stratégie thérapeutique pour les personnes dépendantes aux opiacées : place des traitements de substitution, *texte de recommandations version longue*, Imprimerie Moderne de l'Est

53. ANAES et AFSSAPS, 2004, Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacées, *texte des recommandations*, Imprimerie Moderne de l'Est

Articles et revues

54. F A ALLAERT, janvier – février-mars 2009, « Observatoire pharmacoépidémiologique national de la délivrance et du bon usage de la buprénorphine haut dosage en pharmacie de ville », *Journal de pharmacie clinique*, n° 28 (1), 5-12

55. GUICHARD A. ; LERT F. ; BRODEUR J.M. ; RICHARD L. décembre 2006, « Rapports des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec », *Sciences sociales et santé*, n°24 (4), 5-42

56. LES NOUVELLES PHARMACEUTIQUES, décembre 2009, « Affaires disciplinaires », *Bulletin de l'ordre n°405*, p 405-406.

57. TSA Hebdo, 11 juillet 2008, « Addictologie : les CSAPA au cœur de l'offre médico-sociale », n°1170, 13 –17

58. TSA Hebdo, 18 juillet 2008 Addictologie : les CSAPA au cœur de l'offre médico-sociale, n°1171, 13 –17

59. Revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique, mars 1998, La prise en charge diversifiée, *actualité et dossier en santé publique*, 32-37

60. Haut Conseil de la Santé Publique, mars 2010, « Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 », *actualité et dossier en santé publique*, n°70, 4-7

61. GATIGNOL C., février 2009, « Les traitements de substitution aux opiacés en France », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, n°67, 360-36462.

62. VALADIER JEANNEL M., novembre 2009, « schéma régional médico-social d'addictologie », *les dossiers de la DRASS Aquitaine*, n°59

63. CERTAIN A., JACQUEMET S., juillet 2000, « Education thérapeutique du patient : rôle du pharmacien, *bulletin de l'ordre*, n°367, 269-275
64. BAUDRANT M., ROUPRET J., TROUT H., CERTAIN A., TISSOT E., ALLENET B., décembre 2008, « Réflexion sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient », *Journal de Pharmacie Clinique*, vol 27, n°4, 201-204
65. DREUX C., BLANCHET F., décembre 2009, « L'éducation thérapeutique des patients, une ardente obligation pour les pharmaciens », *bulletin de l'ordre*, n°405, 487-491
66. Haut Conseil de la Santé Publique, mars 2010, « Coopération entre professionnels de santé : 7 ans de réflexion », *actualité et dossier en santé publique*, n°70, 16-18

Sites Internet

67. Dépendance :
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/ofdt/qsn/cs/sommaire/Sommaire/contrib/2pdf/ofdt/qsn/cs/sommaire/Sommaire/contrib/depend.pdf>
68. Présentation de la MILDT
[http://www.drogue.gouv.fr/haut de page/qui-sommes-nous](http://www.drogue.gouv.fr/haut%20de%20page/qui-sommes-nous)
69. Commission addiction : Site du Ministère de la santé
<http://www.sante-sport.gouv.fr/commission-addictions.html>
70. Site du journal la Voix du Nord :
http://www.lavoixdunord.fr/locales/arras/actualite/secteur_arras/2010/03/03/article
71. Discussion au Sénat du projet de loi « HPST » - Discours de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, 12 mai 2009
<http://www.sante-sport.gouv.fr/discussion-au-senat-du-projet-de-loi-hpst-discours-de-madame-roselyne-bachelot-narquin>

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire aux IRP

Annexe 2 : Liste de personnes interrogées

Annexe 3 : Résultats chiffrés des questionnaires

Annexe 4 : Les partenaires des PHISP

Annexe 5 : Les principaux MSO

ANNEXE 1

La contribution des PhISP dans le parcours de prise en charge des toxicomanes : atouts et limites.

Pharmacien Inspecteur de Santé Publique stagiaire à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes (E.H.E.S.P.), je réalise un mémoire sur l'implication des PhISP dans le parcours de prise en charge des patients toxicomanes. Dans ce cadre, j'ai besoin d'informations relatives à votre expérience en région. Je vous serais reconnaissante de bien vouloir répondre à ce bref questionnaire.

Vous pourrez répondre aux questions en cochant la bonne réponse et en développant votre propos dans l'espace libre laissé à cet effet à côté ou après les questions.

La prise en charge des personnes toxicomanes dans votre région

1 – Avez-vous déjà abordé le thème de la toxicomanie et des addictions ?

oui

non

↳ Si oui, dans quel contexte ?

En fonction de votre implication pour chaque contexte, merci de hiérarchiser les réponses de 0 à 10 (0 = implication nulle – 10 = implication très forte) et de préciser, le cas échéant, les actions entreprises.

Contexte	Implication (de 0 à 10)	Actions entreprises (Merci d'indiquer si aucune action n'a été entreprise)
Inspection (actions répressives telles que procédures disciplinaires, pénales ...)		
Planification (SROS addictologie)		

Accompagnement des professionnels de santé, notamment en officine dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient ou de la coopération entre professionnels de santé ¹		
Autre (Merci de préciser) : _____		

2 – A quelle fréquence les structures suivantes sont-elles concernées ? (Dans la colonne fréquence, merci de hiérarchiser les réponses de 0 à 10 à savoir : 0 = jamais concernées et 10 = très concernées). Quelles sont les problématiques rencontrées ? Merci d'indiquer le nombre d'officines recensées dans votre région et de mentionner, si possible, le nombre de CSAPA et d'hôpitaux dotés de services de consultation d'addictologie et /ou de services d'addictologie.

Structures	Nombre	Fréquence (de 0 à 10)	Problématiques rencontrées
Hôpitaux			
CSAPA (centre de soins, d'accompagnement, et de prévention en addictologie)			
Officines			
Autre (Merci de préciser) : _____			

3 – Etes-vous amenés à collaborer avec : Apportez une réponse « oui » ou « non »

☞ Si oui, merci de préciser le contexte.

Corps de métier / Structures	Réponse	Contexte
Les médecins inspecteurs de santé publique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Les médecins de l'éducation nationale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

¹ Notamment coopération en ville entre pharmacien d'officine et médecin / entre pharmacien d'officine et pharmacien (ou médecins) travaillant en PUI et en CSAPA.

6 – Dans le parcours de prise en charge des toxicomanes, pensez-vous que le PHISP ait un rôle important à jouer :

➤ **Dans le cadre de la coopération entre les professionnels de santé ?**

oui

non

↪ *Merci de préciser votre réponse :*

➤ **Dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient en officine ?**

oui

non

↪ *Merci de préciser votre réponse :*

7 – En cas de réponse positive en 6, selon vous quels outils pourraient être développés et mis en œuvre afin de faire évoluer ces deux types d'actions ?

8 – Dans le cadre de ce thème, avez-vous déjà participé à la formation de pharmaciens ?

oui

non

↪ *Si oui, merci de préciser votre réponse :*

9 – Avez-vous reçu une formation à ce sujet ?

oui

non

10 - Aujourd'hui, quel bilan faites-vous du parcours de prise en charge des toxicomanes sur votre région ?

Points forts	Points faibles

11 – Pour conclure : Compte tenu de votre expérience, quelles devraient être les actions conduites par le PHISP pour une meilleure intervention dans le parcours de prise en charge des personnes toxicomanes ? Citer 5 pistes d’actions. (Merci de les classer de la plus importante à la moins importante)

Classement	Pistes d’actions (préciser)
①	
②	
③	
④	
⑤	

12- Comment vous positionnez-vous dans les ARS dans le cadre de cette thématique ?

13 - Qu’attendez-vous des ARS à ce sujet ?

14 – Avez-vous d’autres commentaires et remarques à ajouter ?

Pour mieux vous connaître

✓ **Merci de préciser vos coordonnées :**

- Adresse professionnelle	
- Mail	
- Téléphone	

✓ Accepteriez-vous de répondre à **quelques questions supplémentaires** concernant le parcours de prise en charge des toxicomanes - au cours d'un entretien réalisé sur votre lieu professionnel ou par téléphone ?

oui

non

⇒ Si NON, quelle personne me conseillez-vous de rencontrer ?

Contacteur :

Je vous remercie pour votre participation.

ANNEXE 2

Liste des personnes et structures interrogées par entretien semi-directif sur place ou téléphonique

- MILDT (2 pharmaciens inspecteurs de santé publique)
- IRP/ARS Aquitaine
- IRP/ ARS Champagne Ardenne
- IRP/ARS Nord Pas de Calais
- IRP/ARS Midi-Pyrénées
- 1 Médecin inspecteur de santé publique ARS Nord Pas de Calais
- 1 Médecin inspecteur de santé publique ARS Ile de France
- 1 Inspecteur des affaires sanitaires et sociales ARS Champagne-Ardennes
- Présidente de la section A de l'ordre des Pharmaciens en Lorraine
- Membre de la section A de l'ordre des Pharmaciens en Champagne Ardenne (réfèrent addiction).
- Pharmacien conseil du service-médicale de l'assurance maladie région centre
- Président de l'association Croix Verte et Ruban Rouge (pharmacien d'officine)
- Pharmacien Hospitalier membre du comité scientifique de l'association Sida Info Service
- CSAPA interrogés :
 - o 2 CSAPA à gestion hospitalière avec pharmacie à usage intérieur dont parmi les personnes interrogées :
 - 1 infirmier
 - 1 pharmacien hospitalier
 - 1 préparateur hospitalier
 - o 2 CSAPA a gestion associative : directeurs interrogés
- 1 Membre de la Direction Générale Champagne Ardenne et 1 Membre de la Direction Santé Publique
- 1 élève Directeur d'Hôpital de l'EHESP

ANNEXE 3

Recueil des données : les partenaires des PHISP

Principaux Collaborateurs	Taux d'IRP collaborant avec le professionnel ou entité, parmi les IRP ayant répondu	contexte	remarques
Police ou gendarmerie	11/14 IRP : 78 %	répression	
Ordre des Pharmaciens	10/14 IRP : 71 %	disciplinaire	Champagne Ardennes : information sur les actions entreprises par les PHISP lors de réunions et diffusion d'informations aux officinaux par le biais du CROP
Assurance maladie	9/14 IRP : 64 %	La plupart des régions : contexte répressif (trafic) 2 régions : contexte de réunion / planification : comités régionaux de suivi des traitements de substitution (obtention de chiffres annuels, commission régionale addiction (SROS))	
Afssaps	6/13 IRP : 53 % 1 IRP : non répondu	Demande d'informations telles que modalités à observer pour les voyageurs sous traitement opiacés (exemple de la Bretagne)	
CEIP	6/14 IRP : 42 %	Parmi les 50 %, 33% échangent des informations sur les cas signalés d'ordonnances falsifiées. Information aux officinaux	
MISP	5/14 IRP : 35% 4/14 IRP : 28% Total : 63 %	SROS addictologie, prévention, inspections UCSA établissement de santé Occasionnellement (réunions, commissions régionales addictions, comité TSO)	MISP interrogé : peu de participation des PHISP aux réunions notamment dans le cadre des autorisations de CSAPA (visites de conformités effectuées par MISP et IASS) et pas de participation aux enquêtes réalisées auprès des officinaux sur cette thématique.

ANNEXE 4

Recueil des données

Réponses aux questions	Oui	Non
Question 4 : L'intervention des PHISP se limite à un seul critère : l'inspection ou la planification ou l'accompagnement	0/14 IRP	14/14 IRP
Question 6 : Les PHISP ont un rôle à jouer dans la coopération entre professionnels	11/14 IRP	3/14 IRP
Question 6 : Les PHISP ont un rôle à jouer dans le cadre de l'éducation thérapeutique	6/14 IRP	8/14 IRP
Questions 8 : Les PHISP ont participé à la formation de pharmaciens	5/14 IRP	9/14 IRP
Question 9 : Les PHISP ont reçu une formation sur le sujet	5/14 IRP	9/14 IRP

ANNEXE 5

Les Principaux Médicaments de Substitution aux Opiacées

	Buprénorphine	Méthadone Sirop	Méthadone gélules
Dosages disponibles	Subutex® : 0,4 mg – 2 mg – 8 mg Génériques : 0,4 – 1 – 2- 4 – 6 – 8 mg	Flacons unidoses : 5 – 10- 20 –40- 60 mg	Gélules : 1-5-10-20-40 mg
Conditionnement	Boîte de 7 comprimés	Boites unitaires	Boîtes de 7 gélules
Liste	Liste I assimilé stupéfiant	Stupéfiant	Stupéfiant
Indications	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacées, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacées, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacées, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique, en relais de la forme sirop chez des patients traités par la forme sirop depuis au moins 1 an et stabilisés, notamment au plan médical et des conduites addictives
Modalités de prescription	- Par tout médecin - En toutes lettres sur une ordonnance sécurisée non renouvelable : durée de 28 jours maximum - indique le nom de la pharmacie de	Primo-prescription : - médecin exerçant en CSST ou CSAPA , ou exerçant en établissement de santé ou pénitentiaire ¹	Primo-prescription : - prescription initiale semestrielle réservée aux CSST ou CSAPA - En toutes lettres sur une ordonnance sécurisée

¹ Circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002 (19)

	Buprénorphine	Méthadone Sirop	Méthadone gélules
	<p>délivrance choisi en accord avec le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - délivrance tous les 7 jours sauf indication « délivrance en 1 fois » ou un autre rythme de fractionnement 	<ul style="list-style-type: none"> - En toutes lettres sur une ordonnance sécurisée La primo-prescription n'a pas de durée de validité <p>Relais de la prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le prescripteur initial rédige une ordonnance sécurisée mentionnant le nom du médecin traitant qui prendra le relais, choisi en accord avec le patient. - Le médecin traitant indique le nom de l'officine de pharmacie, choisi en accord avec le patient. - Pour une durée maximale de 14 jours <p>La prescription pourra, en cas de nécessité, préciser que la dispensation par le pharmacien se fera quotidiennement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pour une durée maximale de 14 jours - mention sur l'ordonnance du nom du médecin traitant et du pharmacien, choisis par le patient La durée de validité de la primo-prescription est de 6 mois <p>Renouvellement de la prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablissement d'un protocole de soins entre le patient, le médecin traitant et le médecin conseil de l'Assurance maladie - consultation semestrielle en CSST, CSAPA ou service spécialisé pour renouvellement de la prescription initiale - Entre 2 renouvellements de la prescription initiale, renouvellement par le médecin traitant <p>En toutes lettres sur une ordonnance sécurisée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour une durée maximale de 14 jours
Délivrance	<ul style="list-style-type: none"> - Fractionnée par période de 7 jours sauf indication « délivrance en 1 fois » ou un autre rythme de fractionnement - au vu d'une ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours, portant le nom du pharmacien chargé d'effectuer la délivrance. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant la période d'initialisation, par la CSST ou le CSAPA - Fractionnée par période de 7 jours sauf mention « délivrance en 1 seule fois » du prescripteur, sur présentation de la primo-prescription et de la prescription du médecin relais. 	<ul style="list-style-type: none"> - En officine de pharmacie - Fractionnée par période de 7 jours sauf mention « délivrance en 1 seule fois » du prescripteur - Sur présentation de la primo-prescription et de la prescription de renouvellement lors du premier renouvellement.