



Le pharmacien, acteur de prévention de la transmission du SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse

Module III

Si vous avez des remarques à faire parvenir sur ces textes, merci de les
envoyer par email, courrier ou fax au coordinateur du projet :

Teresa Alves, FIP Communications Manager,
FIP, P.O.Box 84200 - 2508 AE The Hague The Netherlands.
Tel : +31.70.302 1987 Fax : +31.70.302 1999
Email : teresa@fip.org

PLAN

1) INTRODUCTION	5
2) LE CONTEXTE D'INTERVENTION	6
2.1) Voies de propagation du SIDA au sein de la population des usagers de drogues IV	6
2.2) Épidémiologie.....	6
2.3) Politiques de réduction des risques	7
3) SERVICES DÉVELOPPÉS PAR LES PHARMACIENS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION DU SIDA	9
3.1) La pharmacie, un lieu d'information et de conseil	9
3.2) Favoriser l'accès au matériel d'injection stérile	10
3.3) Contributions du pharmacien aux traitements de substitution aux opiacés	11
3.4) Orientation vers les centres de soins ou vers les services sociaux.....	12
4) CONDITIONS DE SUCCÈS	13
4.1) Coordination avec les autres institutions	13
4.2) Freins au développement de ces services.....	13
4.3) Evaluation des services offerts.....	14
4.4) Formation de l'équipe.....	14
5) CONCLUSION.....	16
6) LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	17
7) BIBLIOGRAPHIE	18

1) INTRODUCTION

Le SIDA est l'une des maladies les plus dévastatrices de notre temps. Depuis le début de l'épidémie, plus de 65 millions de personnes ont été infectées par le virus du SIDA. C'est aujourd'hui la principale cause de mortalité observée en Afrique sub-saharienne. Le VIH est devenu l'une des premières causes de mortalité dans le monde. Fin 2003, il a été estimé que 37,8 millions de personnes vivaient avec le VIH/SIDA dont 17 millions d'hommes, 17 millions de femmes et 3,8 millions d'enfants de moins de 15 ans [1].

Dans un grand nombre de pays, les usagers de drogues par voie intraveineuse (IV) sont particulièrement touchés par l'épidémie de SIDA.

Ce document a été conçu pour aider les pharmaciens à intervenir auprès de cette population particulièrement exposée afin de contribuer efficacement à la prévention de la propagation du VIH/SIDA.

2) LE CONTEXTE D'INTERVENTION

2.1) Voies de propagation du SIDA au sein de la population des usagers de drogues IV

Le virus VIH se transmet entre usagers de drogues lorsque le matériel d'injection ou de préparation de l'injection de la drogue a été précédemment ou conjointement utilisé par une personne séropositive. Ce mode de contamination par voie sanguine est particulièrement important pour le VIH, et les hépatites B et C. Plus la prévalence de ces infections est élevée, plus le risque de transmission à des sous-groupes spécifiques et à la population générale est grand.

La fréquence du partage des aiguilles/seringues (partage direct) a été rapportée dans plusieurs études. Elle est comprise entre 19% et 54% [2]. Ces taux diminuent considérablement avec la mise à disposition de matériel stérile et le développement d'interventions pédagogiques [3]. Le partage des autres éléments du matériel d'injection et le remplissage de la seringue à partir d'une seule solution utilisée à plusieurs (partage indirect) est aussi fréquent (environ 80%) dans certains contextes [4]. Le partage indirect est plus difficile à abandonner par les usagers car il correspond à des valeurs culturelles associées à l'usage de la drogue [5].

La transmission par voie sexuelle du VIH parmi les usagers de drogues par voie IV (« usagers de drogues » dans la suite du document) et leurs partenaires sexuels non toxicomanes est aussi déterminante pour la transmission à la population non toxicomane. L'augmentation de la propagation du VIH chez les femmes fait craindre une extension de l'épidémie chez les enfants, par transmission verticale. Enfin, les dons de sang ne sont pas encore contrôlés systématiquement dans certains pays.

L'âge de cette population est très jeune (une grande majorité a moins de trente ans ; beaucoup ont entre quinze et vingt ans). La plupart des usagers de drogues sont sexuellement actifs et ont un ou plusieurs partenaires sexuels qui ne s'administrent pas de drogue. Par ailleurs, la prostitution est souvent fréquente parmi les femmes toxicomanes [6]. La fréquence des relations homosexuelles est sans aucun doute sous-estimée, au regard du contexte culturel. L'utilisation de préservatifs par les usagers de drogues et leurs partenaires, est très insuffisante. Une étude multicentrique menée par l'OMS a montré que seulement 4 à 20% des usagers de drogues utilisaient des préservatifs avec leurs partenaires stables et 10 à 37% avec des partenaires occasionnels [2].

2.2) Épidémiologie

L'injection à risques a eu un impact important sur l'évolution de l'épidémie de SIDA, non seulement au sein de la population des usagers de drogues par voie intraveineuse, mais aussi parmi leurs partenaires sexuels et leurs enfants.

L'usage de la drogue par voie intraveineuse est devenu le mode de transmission prépondérant en Europe de l'Est (pays baltes, Russie et Ukraine) et en Asie Centrale (avec une importante poussée épidémique ces dernières années), ainsi que dans l'Est, le Sud et le Sud-Est asiatique, (Thaïlande, Viet-Nam, Indonésie, Inde, Chine, Népal, Bangladesh), le Pacifique, et les pays d'Europe du Sud. Ce mode de transmission a également eu un impact considérable sur l'évolution des épidémies observées en Afrique du Nord (Maroc, Tunisie, Libye), au Moyen Orient (Iran), en Amérique latine et en Amérique du Nord [1].

En Europe, depuis le début de l'épidémie et jusqu'en l'an 2000, quelques 250 000 adultes et adolescents infectés par le VIH/SIDA ont été diagnostiqués. Parmi eux, 44,6% sont des usagers de drogues, et 3,3% sont des hétérosexuels contaminés par voie sexuelle par un usager de drogue. Parmi les 9 387 cas de SIDA observés chez des enfants, 12,9% sont des enfants nés de mère toxicomane [8].

Aux Etats-Unis, la toxicomanie est directement ou indirectement à l'origine de plus d'un tiers des cas de SIDA rapportés (transmission mère/enfant ou transmission sexuelle par un usager de drogue à son partenaire) [7].

L'injection de drogues est aussi un facteur de risque bien connu de l'hépatite C et sa prévalence chez les usagers de drogues est comprise entre 40 et 90% [9,10]. La tuberculose est aussi très fréquente dans cette population. Elle constitue souvent la première manifestation du SIDA parmi les cas rapportés en Europe en 2000 [8].

Les données OMS relatives à l'épidémiologie du SIDA au sein de la population des usagers de drogues figurent aux adresses Internet suivantes :

http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/epiupdate2003_I_fr.pdf

http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/epiupdate2003_II_fr.pdf

2.3) Politiques de réduction des risques

Partant du constat que certains usagers de drogues ne sont pas toujours capables d'être sevrés, des stratégies ont été développées pour réduire la morbidité et la mortalité liée à la transmission sexuelle et intraveineuse du VIH parmi les usagers de drogues. Ces stratégies recouvrent toutes les interventions des acteurs du système de santé et des acteurs sociaux. Il s'agit de minimiser les effets négatifs liés à l'usage des drogues sur la santé publique. La réduction des risques consiste à promouvoir les pratiques sexuelles sans risque et les méthodes d'injection sûres. Ces politiques visent également à décourager l'usage illicite de drogues en général, et en particulier l'usage de drogues à injecter. Elles se caractérisent par plusieurs principes :

- a. accepter les pratiques d'usage de drogues avec le minimum de risque possible ;
- b. reconnaître les différents profils d'usagers de drogues en tenant compte de leurs besoins propres et en leur offrant plusieurs alternatives complémentaires ;
- c. reconnaître que la marginalisation et la stigmatisation sont souvent associées et constituent un mal supplémentaire.

Les stratégies de réduction des risques considèrent l'usager de drogue comme une personne capable d'une part, de choisir entre plusieurs options pour réduire les risques associés à l'usage des drogues, et d'autre part, d'assumer des choix qui peuvent évoluer dans le temps. Elles impliquent une hiérarchisation de décisions, selon lesquelles le choix de la prévention de transmission du VIH doit prédominer ; en effet, certains usagers de drogues ne sont pas prêts ou ne peuvent pas arrêter la prise de drogues malgré l'objectif de prévention. Cette hiérarchisation donne un cadre utile lorsque que l'on conçoit un programme de prévention du SIDA. Les choix proposés aux toxicomanes sont les suivants :

- initier si possible un traitement de substitution,
- évoluer de l'administration par injection à une administration sans injection,
- réduire la fréquence de prise de drogue,
- utiliser un matériel d'injection stérile pour chaque injection,

lorsque le matériel stérile n'est pas disponible, ne pas partager de seringues ni d'autres matériels (filtres, récipients et eau),
réduire la fréquence du partage et du nombre de partenaires associés au partage.

Pour être efficaces, c'est à dire réduire la transmission du SIDA par les usagers de drogues, ces stratégies de réduction des risques doivent prévoir [11] :

- des programmes de formation et notamment par les ex-usagers ;
- la promotion de l'usage de matériel stérile à chaque injection ;
- la mise à disposition accrue du matériel et l'évolution de la réglementation pouvant limiter l'accès au matériel d'injection stérile ;
- l'augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité aux soins ;
- l'augmentation de l'accès aux soins primaires en particulier à travers des services adaptés aux toxicomanes ;
- des actions de recherche en collaboration avec la communauté concernée.

Dans de nombreux pays, les usagers de drogues sont conscients que le partage direct des seringues voire le partage du matériel d'injection augmente le risque de transmission du VIH et des autres infections transmises par le sang comme l'hépatite C. Cependant, la réutilisation et le partage de seringues ou d'aiguilles ainsi que des autres matériels, peuvent être dus principalement à un manque de disponibilité du matériel stérile d'injection ou du fait de sanctions judiciaires en cas de possession de matériel d'injection.

Depuis le début des années 1980, de nombreux pays ont adopté des mesures augmentant la mise à disposition de matériel stérile (aiguilles et seringues).

3) SERVICES DÉVELOPPÉS PAR LES PHARMACIENS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION DU SIDA

De nombreuses occasions sont offertes au pharmacien dans sa pratique courante pour intervenir auprès des toxicomanes et contribuer à prévenir la transmission du SIDA dans cette population. La pharmacie est en effet un lieu privilégié d'information et de conseil. C'est aussi le lieu où les usagers de drogues peuvent acheter leur matériel stérile d'injection et être sensibilisés aux pratiques d'injection limitant au maximum les risques. Enfin, certains toxicomanes qui en sont demandeurs pourront être orientés pour une prise en charge de leur dépendance.

3.1) La pharmacie, un lieu d'information et de conseil

Parmi les différents services qui peuvent être offerts en pharmacie figurent les conseils très spécifiques pour réduire les risques liés à l'usage des drogues ainsi que ceux sur les comportements sexuels qui contribuent à prévenir la transmission du SIDA et des autres infections transmises par voie sanguine ou sexuelle. Il est important que le pharmacien puisse identifier les opportunités lui permettant de communiquer sur ces sujets. Le pharmacien peut également fournir des supports d'information écrits que les patients peuvent emporter à leur domicile.

Conseils visant à sécuriser les pratiques d'injections

Les principaux messages dispensés par les pharmaciens, visant à la réduction des risques parmi les usagers de drogues sont les suivants :

Les seringues et aiguilles

- Ne jamais partager le matériel d'injection (aiguilles, seringues, cuillère, filtre, coton). Le VIH peut se transmettre lors du partage du matériel d'injection. Le virus de l'hépatite C se transmet quant à lui lors du partage des filtres, du matériel chauffé ou de l'eau et plus généralement en raison d'un manque d'hygiène en général.
- Utiliser toujours une nouvelle seringue et une aiguille neuve à chaque injection. En plus du risque infectieux, les aiguilles usagées sont émoussées et peuvent provoquer une altération de la veine.
- Utiliser des équipements d'injection stériles qui présentent des aiguilles les plus fines possibles.
- N'utiliser que des seringues dispensées dans des lieux sûrs (par exemple, les pharmacies).
- Le mélange de la poudre doit se faire avec de l'eau propre. Il faut toujours filtrer la solution avant de l'injecter.
- Ne jamais réutiliser une seringue, une aiguille ou du matériel sale.

Les injections

- Privilégier d'autres voies d'administration que la voie injectable.
- Ne pas s'injecter de comprimés car ils contiennent des substances insolubles qui augmentent les risques d'embolies.
- Se laver les mains et désinfecter la peau correctement avant et après chaque injection.
- Changer régulièrement de site d'injection.
- Le sens de l'injection doit être identique au sens du flux sanguin.
- Éviter les injections dans des zones infectées.

- Ne pas injecter dans les membres enflés ni dans les veines qui semblent dilatées.
- Éviter le cou, l'aîne, la poitrine, les pieds, le pénis et les veines des mains.
- Après utilisation, placer l'aiguille dans la seringue puis la seringue dans un container pour éviter tout risque de piqûre (les canettes de boissons peuvent être utilisées, les écraser sur le dessus pour éviter que le matériel introduit ne sorte dans les ordures ménagères).
- Les overdoses dépendent de la tolérance individuelle, de la pureté de la substance, de l'utilisation associée d'autres substances, et de l'état de santé de l'utilisateur. Les overdoses peuvent être limitées en évitant de s'injecter de l'héroïne après avoir utilisé une autre drogue ou en évitant de s'injecter de l'héroïne à forte dose après une période d'abstinence.

Les rapports sexuels

Utiliser correctement un préservatif en cas de rapports sexuels pour prévenir toute transmission du VIH par voie sexuelle.

- Veiller à n'utiliser que des lubrifiants aqueux. Les lubrifiants gras peuvent altérer le préservatif et le rendre poreux au VIH.
- Se faire vacciner contre les hépatites A et B.

Orientation vers le dépistage

Des recommandations peuvent être données à l'officine par le pharmacien pour inciter les usagers ayant eu des pratiques à risque à consulter un médecin en vue d'un dépistage des infections susceptibles d'être transmises par voie sexuelle ou sanguine (SIDA, les hépatites B et C, les autres maladies sexuellement transmissibles), la tuberculose.

La relation établie au sein de la pharmacie, entre les patients et les pharmaciens doit être fondée sur la confiance. Pour faciliter l'établissement de cette relation, le pharmacien doit être à l'écoute, éviter des attitudes et des comportements coercitifs ainsi que l'expression de jugements. Il doit systématiquement assurer confidentialité et anonymat.

3.2) Favoriser l'accès au matériel d'injection stérile

L'un des objectifs des interventions en faveur de la réduction des risques est d'augmenter l'accessibilité des seringues stériles aux usagers de drogues. Les pharmaciens peuvent fournir ce matériel stérile de différentes manières :

- Participation à des programmes structurés d'échange de seringues avec fourniture gratuite de kits en l'échange du matériel usagé.
- Fourniture de supports d'informations sur la réduction des risques, sur les traitements et sur les structures spécialisées pour la prise en charge des toxicomanes.
- Vente de seringues ou de kits associant différents matériels (sans prescription médicale et parfois à prix réduit).
- Distribution gratuite de seringues avec ou sans collecte du matériel usagé (des collecteurs de matériel usagé peuvent être placés à l'extérieur de la pharmacie).

Les objectifs des programmes d'échange de seringues sont non seulement de faciliter l'accès au matériel d'injection stérile afin de limiter le partage ou la réutilisation de ce matériel mais aussi d'éviter que le matériel usagé soit disséminé dans les ordures ménagères compte tenu des risques encourus. Ils permettent, en outre, de responsabiliser les usagers de drogues.

Dans certains pays, comme l'Angleterre, la France et l'Espagne, des programmes d'échange de seringues font l'objet d'une promotion à l'aide d'un logo composé de deux flèches disposées en sens inverse. Ce logo est facilement reconnaissable par les usagers de drogues.

A titre d'exemple, les matériels les plus souvent proposés dans ces programmes sont :

- gamme de seringues et aiguilles
- eau stérile
- coton
- acide ascorbique (beaucoup plus rarement de l'acide citrique)
- cupule pour le chauffage du produit
- filtres stériles
- containers pour les aiguilles
- eau de Javel, eau chlorée
- naloxone
- préservatifs féminins et masculins
- lubrifiants aqueux
- spermicides
- brochures d'information et de prévention.

Certains programmes d'échange de seringues en pharmacie prévoient des kits contenant une ou deux seringues, du coton, de l'eau stérile, et un ou deux préservatifs. D'autres fournissent ce même matériel en plus grande quantité (10 à 20 seringues) ou permettent à la personne de composer elle-même le kit.

Les cupules pour le chauffage et les filtres stériles ont été introduits en France pour prévenir la transmission de l'hépatite C.

Dans les pays où l'héroïne est achetée dans la rue et sous forme d'hydrochlorure de diamorphine, il n'est pas nécessaire d'utiliser un acide pour rendre la drogue soluble et prête pour l'injection. Dans d'autres pays (principalement en Europe de l'Ouest) seule la forme basique est disponible. Cette forme est insoluble dans l'eau. Il est donc nécessaire de la rendre soluble d'une part, par l'adjonction d'un acide et d'autre part, en la chauffant. Les acides les plus faciles à obtenir sont l'acide citrique et l'acide ascorbique. D'autres acides peuvent être cependant utilisés. Il est important que le pharmacien vérifie que l'acide utilisé, mais aussi sa quantité, sont adaptés.

Les programmes qui ont des règles restrictives, limitent l'accès des usagers de drogues au matériel stérile. D'un point de vue de santé publique, il est recommandé de faciliter cet accès même lorsque le matériel usagé n'est pas rapporté. Il est également recommandé d'informer et de conseiller des usagers pour qu'ils utilisent des containers adaptés pour leur matériel usagé.

Les pharmacies qui collectent des seringues usagées utilisent des containers dans lesquels l'utilisateur de drogue place lui-même son matériel. De cette manière, l'équipe officinale ne manipule pas le matériel. En cas de blessures, un protocole écrit doit être prévu.

3.3) Contributions du pharmacien aux traitements de substitution aux opiacés

En favorisant l'accès des usagers de drogues aux traitements de substitution aux opiacés, les pharmaciens contribuent à diminuer la population de toxicomanes présentant des pratiques à risque. La pharmacie est un espace qui ne doit pas être stigmatisant pour les usagers de drogues. C'est un endroit neutre, intégré dans la communauté et proche de leur lieu de vie. C'est là que les usagers de drogues peuvent trouver des informations sur des programmes de soins et de prise en charge.

Des traitements à base de méthadone ou de buprénorphine permettent au patient de ne plus recourir à l'usage de drogue illicite et de ne plus pratiquer d'injections. Ils permettent une stabilisation du patient. La mise en œuvre de tels traitements nécessite une collaboration étroite entre le médecin prescripteur et le pharmacien.

Dans certains pays, les pharmaciens préparent les médicaments sous forme de solutions orales ou de comprimés. Ils les dispensent de manière journalière. Habituellement ils établissent un planning de dispensation et d'assistance du patient. Lorsque les patients sont stabilisés, les doses peuvent être emportées à domicile pour les week-ends ou bien pour de plus longues périodes. Les médicaments prescrits peuvent être administrés, dans la pharmacie, dans un espace de confidentialité sous la supervision du pharmacien ou d'un membre de son équipe. En outre, l'équipe officinale peut discuter avec le patient, l'écouter et lui donner des conseils et des messages sur la réduction des risques. Elle peut également l'encourager à changer de comportements.

Tous les usagers de drogues ne peuvent pas bénéficier des traitements de substitution disponibles en pharmacie. Certains ont des comportements qui nécessitent une prise en charge particulière par d'autres professionnels de santé.

3.4) Orientation vers les centres de soins ou vers les services sociaux

Comme mentionné ci-dessus, les pharmaciens sont les premiers, et parfois les seuls professionnels de santé, qu'un usager de drogues peut contacter facilement. L'usager de drogues peut, grâce à ce premier contact, bénéficier d'une orientation en vue d'une prise en charge dans le cadre d'un traitement, ou de conseils relatifs au VIH et son dépistage et enfin de conseils pour bénéficier d'une prise en charge des pathologies fréquemment associées telles que les hépatites, la tuberculose et les infections transmises par voie sexuelle.

Le pharmacien peut également fournir les coordonnées des services sociaux spécialisés ou celles des consultations de psychiatrie.

Il est donc important que le pharmacien soit lui-même bien informé des ressources disponibles pour la prise en charge des toxicomanes.

L'orientation d'un patient vers des services sociaux ne se limite pas à fournir une adresse. Il est nécessaire que les différents professionnels de santé constituent un réseau de prise en charge.

4) CONDITIONS DE SUCCÈS

4.1) Coordination avec les autres institutions

Les programmes de prévention du SIDA mis en place pour les usagers de drogues dans les pharmacies doivent être intégrés dans une politique générale de santé publique menée pour lutter contre l'épidémie de SIDA.

Les organisations professionnelles pharmaceutiques peuvent participer utilement à la mise en place de ces stratégies à l'échelon national.

Les pharmacies, qui souhaitent fournir des services de prévention du SIDA pour les usagers de drogues forment en général un groupe identifié par les organisations pharmaceutiques professionnelles. Ces dernières fournissent le plus souvent des protocoles et des recommandations relatives à la distribution de matériel stérile et à la collecte de matériels usagés. Elles publient également des brochures et du matériel d'information écrit destiné à être remis aux clients par les pharmaciens.

4.2) Freins au développement de ces services

La participation active des pharmaciens aux programmes de prévention dirigés vers les usagers de drogues a fait émerger de nouvelles difficultés. La première est liée aux effets potentiellement négatifs de la présence d'usagers de drogues dans la pharmacie sur les résultats commerciaux de la pharmacie en raison du rejet de cette population par la clientèle. La crainte de comportements violents constitue une autre difficulté.

Une étude menée sur 380 pharmaciens engagés dans un programme d'échange de seringues dans le sud de l'Angleterre a montré une fréquence relativement importante de vol à l'étalage ainsi que des problèmes plus sérieux de violence. A la question posée relative aux effets des programmes d'échange de seringues sur la clientèle, près de deux tiers des répondants pensent que la clientèle n'est pas consciente de l'existence de ces services.

Des réactions négatives émanant des commerces situés à proximité peuvent également freiner le développement de ces actions.

Des freins de nature réglementaire peuvent également rendre difficile le développement de ces activités par les pharmaciens. Dans certains pays, tels que les Etats-Unis, la loi réprime la possession la distribution et la vente de matériel d'injection ainsi que la possession de traitements de substitution pour les usagers de drogues.

En France, la suppression de ces barrières réglementaires dans les années 1990 a permis une augmentation de l'utilisation du matériel stérile d'injection et une diminution du taux de partage du matériel [12]. En Angleterre, des recommandations déontologiques de la Royale Pharmaceutical Society ont empêché les pharmaciens de vendre des seringues jusqu'à la fin des années 1980.

4.3) Evaluation des services offerts

L'évaluation des services proposés est souvent difficile à mettre en œuvre dans le contexte de la pharmacie. Cette évaluation est cependant le seul moyen de savoir si les objectifs ont été atteints ou non. Elle permet également d'identifier de nouveaux besoins ainsi que les nouvelles tendances.

Les principaux indicateurs utilisés sont les suivants :

- Le nombre d'utilisateurs différents
- Leur profil socio-démographique et comportemental

Dans le cadre des programmes d'échange de seringues :

- La quantité en unité de matériels d'injection stérile distribués
- Le taux de retour de seringues usagées
- Le taux de renvoi vers des services de soins ou des services sociaux
- La nature des informations demandées
- La nature des drogues utilisées, les lieux d'administration, la fréquence des injections

Dans le cadre de traitements de substitution :

- les doses journalières moyennes
- la durée pendant laquelle le patient est traité
- le nombre d'abandons de thérapie
- les abandons forcés ou volontaires et leurs raisons (exemple : Exclusion pour cause d'analyses d'urines positives aux opiacés ou autres drogues illicites)
- la connaissance du médicament administré et l'évolution des doses dans le temps
- la limitation des doses
- les effets indésirables
- les autres traitements associés, la prise d'alcool
- l'état de santé et les aspects sociaux (travail, entourage, famille,...)
- l'absentéisme (doses journalières abandonnées)
- les incidents survenus

Ces indicateurs doivent être renseignés chaque jour pour chaque patient identifié avec :

- un code d'identification (ex : un numéro personnel, ses initiales ou son surnom)
- son âge
- son sexe
- son orientation éventuelle vers un service de soins ou des services sociaux

La standardisation des indicateurs standards pourrait permettre des comparaisons entre les pays. Le projet européen PESESUD 2 a développé un logiciel pour faciliter la saisie de données standardisées [13].

4.4) Formation de l'équipe

Les pharmaciens qui souhaitent mener des actions de prévention du SIDA pour les usagers de drogues doivent disposer d'une information adéquate sur la toxicomanie et sur l'état de santé de ces populations. Les principaux domaines qui doivent être abordés dans le cadre de formations sont les suivants :

- épidémiologie du SIDA, de l'hépatite C et de la toxicomanie ;
- politique de réduction des risques ;
- rôle des services sociaux et des services de soins ;
- connaissances relatives au détournement de l'usage des médicaments : type de médicaments concernés, voies d'administration, mode de préparation des mélanges, fréquences d'utilisation, overdose, comportements à risque (partage du matériel...), hygiène, habitudes, modalités de désinfection du matériel d'injection, comportements sexuels à risques, comportements préventifs ;
- informations relatives au SIDA, aux hépatites B et C, aux infections sexuellement transmissibles, aux mesures de prévention, conseil pour le dépistage, modalités de traitement ;
- cadre réglementaire d'intervention (classification des médicaments, conditions de stockage, modalités de prescription, d'étiquetage, de destruction, d'enregistrement,...) ;
- compétence en communication pour établir une relation de confiance avec les usagers de drogues ;
- gestion de la confidentialité et de l'anonymat des clients ;
- pratiques professionnelles limitant les risques, désinfection, blessures, hygiène, gestion du matériel usagé et résolution des conflits et des difficultés avec les clients ;
- aspects pratiques dans la mise en oeuvre de services de prévention pour les usagers de drogues.

5) CONCLUSION

Les pharmaciens ont un rôle majeur à jouer dans la prévention de la transmission du VIH au sein de la population des usagers de drogues. Professionnels de santé situés en première ligne, les pharmaciens sont fréquemment l'unique et régulier contact « santé » de cette population.

Les atouts du pharmacien sont la proximité et l'accessibilité favorisée par une importante amplitude horaire d'ouverture des officines et souvent une bonne couverture géographique.

La pharmacie est un lieu privilégié pour dispenser informations et conseils sur les pratiques d'injection, sur les comportements sexuels, sur les infections transmises par voie sanguine, sur les dépistages possibles et sur les traitements disponibles. De plus, le pharmacien peut procurer aux personnes toxicomanes le matériel d'injection stérile nécessaire et participer à leur prise en charge dans le cadre de traitements de substitution aux opiacés. Il peut orienter ces patients vers les services adéquats.

Il existe souvent des freins à la participation des pharmaciens dans les programmes de prévention du VIH au sein de cette population spécifique. Ces obstacles peuvent être surmontés si les autorités publiques et les organisations professionnelles apportent leur soutien à ces actions et les accompagnent d'un programme de formation.

Dans le contexte actuel de l'épidémie du VIH/SIDA, il est important d'encourager la participation des professionnels de santé aux programmes de prise en charge des personnes toxicomanes, en privilégiant les actions en réseau. La pluridisciplinarité est indispensable, car la complexité des fragilités sociales, éducatives, psychologiques, physiques, est très importante et requiert l'alliance coordonnée des médecins, pharmaciens, proches, soignants, associations et médiateurs.

Gagner la confiance de ces patients, hommes et femmes, souvent très jeunes, est un défi à relever et une condition indispensable vers un chemin d'accès aux soins et à la réintégration dans le groupe social et familial. Cette mobilisation est une urgence vitale pour l'avenir. Non seulement de millions de personnes sont infectées par le VIH/SIDA de par le monde, mais en plus des centaines de millions d'autres sont menacées par la transmission irresponsable de ce virus mortel.

6) LISTE DES ABRÉVIATIONS

FIP : Fédération Internationales Pharmaceutique

IV : intra-veineuse

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PESESUD : programmes d'échange de seringues dans les pays du sud de l'Europe

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise humaine

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

7) BIBLIOGRAPHIE

1. Programme commun des Nations Unies et de l'Organisation Mondiale de la Santé sur le VIH/SIDA. 2004 : Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 4ème rapport mondial. Juin 2004. url : http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_fr/UNAIDSGlobalReport2004_fr.pdf
2. Malliori M et al. L'injection de drogues et l'infection par le VIH : découvertes majeures de l'Étude Multi - Ville. Dans Stimson GV, Des Jarlais D, et Ball A (eds). L'injection de drogues et l'infection par le VIH : Dimensions Globales et Réponses Locales. UCL Press, Londres, 1998.
3. De Jarlais et al. Prévention des épidémies de VIH 1 parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. Dans Stimson GV, Des Jarlais D, et Ball A (eds) : Dimensions Globales et Réponses Locales. UCL Press, Londres, 1998.
4. Almeda J, Casabona J, Casado MJ, Esteve A, Folch C, Muntada E, Pérez K, Romaguera A. Système intégré de surveillance du VIH/SIDA de Catalogne (SIVES). Document technique, n° 14. Conseil Général de Catalogne, Département de la santé et de la sécurité sociale. Barcelone 2002.
5. McKeganey N et al. Le contexte social autour du comportement à risques des usagers de drogues par voie IV. Dans Stimson GV, Des Jarlais D, et Balle A (eds). L'injection de drogues et l'infection par le VIH : Dimensions Globales et Réponses Locales. UCL Press, Londres, 1998.
6. Rhodes T. et al. L'injection de drogues et la sécurité sexuelle : comparaisons croisées entre différentes nations parmi les usagers par voie IV de cocaïne et de drogues opiacées. Dans Stimson GV, Des Jarlais D, et Ball A (eds). L'injection de drogues et l'infection par le VIH : Dimensions Globales et Réponses Locales. UCL Press, Londres, 1998.
7. Centres pour le Contrôle des Maladies. Rapport de surveillance du VIH/SIDA. 2002 : Vol. 13. N° 1.
8. Centre européen pour le suivi épidémiologique du SIDA. Surveillance du VIH/AIDS en Europe. Le rapport de mi-année 2001. Rapportez n° 65.
9. Centre européen de suivi des drogues et de la toxicomanie (EMCDDA) (2001), Rapport de l'année 2001 sur l'état du problème des drogues dans l'Union européenne. Publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2001.
10. Lurie P et DeCarlo P. Est-ce que l'échange d'aiguilles fonctionne ? Centre de ressources du JAMA sur le VIH/SIDA. url: <http://www.ama-assn.org/special/hiv/preventn/prevent3.htm>
11. L'Organisation Mondiale de la Santé. Stratégies pour la prévention du VIH. Compte rendu n°12 url : http://www.who.int/HIV_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-12/index.html

12. Lurie P, Jones TS et Foley J. Une seringue stérile à chaque injection réalisée par un usager de drogues : combien d'injections sont opérées annuellement, et comment peuvent contribuer les pharmaciens à la distribution de seringues ? J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 1998;18 Suppl 1 : S45-51.
13. Rodés A, Moncada A, Cagliero S, Ribeiro da Silva H, Patruno F, Muñoz M et al. Le développement de programmes d'échange de seringues dans les pays du sud de l'Europe (projet PESESUD). Programas Echange Seringues Europa Sud (PESESUD) : rapport final remis par la Commission des Communautés Européennes, juin 2000. La Direction Générale V sur l'emploi de la Commission européenne. IRaSA, éditeur. Contrat No. : SOC 98 200427 05F02. 2000. BADALONA, CEESCAT.