

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| Action nouvelle A expérimenter puis pérenniser | | Nature de l'action : Conseil - Délivrance - Prise en charge-orientation | | Priorité de mise en œuvre : Année 2014 | |
| Public visé par l'action : Les pharmaciens installés sur l'île de La Réunion | Nombre de bénéficiaires : Toutes les officines volontaires | Durée : Année 2014 et 2015 | Fréquence : Expérimentation au quotidien | Territoire couvert : La Réunion | Financeurs URPS-ARS OI - autres |

NOTE d'OPPORTUNITE / CONSTATS DE DEPART

Pharmacien d'officine régulièrement confronté aux conséquences du tabagisme à l'officine mais peu sollicité pour un rôle de conseil et de soutien dans un processus de sevrage, pourtant :

Atouts :

- Pharmacien = connaît parfaitement les traitements de substitution nicotinique ;
- Pharmacie = passage obligé pour l'achat de substitut nicotinique, bénéficie d'une situation privilégiée pour faire passer des messages d'éducation pour la santé, auprès des familles qui viennent à l'officine demander conseil ou chercher des traitements médicamenteux ;
- Pharmacien = présent au quotidien, réponse aux besoins individuels d'accompagnement des fumeurs, accès grand public, localisation, plage horaire d'ouverture, professionnels qualifiés, disponibles et de proximité ;
- Compétences professionnelles pour proposer un accompagnement et un suivi en officine voire orientation le cas échéant (comorbidité santé mentale, addiction multiples...) ;
- Pharmacien = Prise en charge multiple et adaptée à la demande du patient. Pour traiter les effets collatéraux liés à l'arrêt du tabac, il s'aide de thérapies adjuvantes : nutrition, homéopathie, phytothérapie, aromathérapie, thérapies cognitivo-comportementales et promotion de l'activité physique ;
- Pharmacien = collaborateur-partenaire du médecin généraliste.

Freins :

- Patient peu habitué à ce type de prestations dans l'officine, vient pour acheter des substituts, se faire conseiller sur le moment mais ne va pas demander un suivi ou un accompagnement ;
- le prix des substituts (même s'ils reviennent moins cher qu'un paquet de cigarette, 16 euros par semaine en moyenne pour 7 patch 14 mg) et parfois un manque de confiance envers l'efficacité les produits quant à leur dépendance ;
- l'expérimentation du protocole doit être attractive pour les pharmaciens qui vont y destinés du temps ; nécessite le soutien de l'ARS OI.



CONTEXTE POLITIQUE PUBLIQUE

Nationale :

Pour les pharmaciens : Loi Hôpital Patients Santé Territoires Juillet 2009

« Le pharmacien d'officine doit contribuer aux soins de premier recours, participer à la coopération entre professionnels de santé, à la mission de service public de la permanence des soins, concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisée par les autorités de santé, à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients. »

Code déontologique :

- R 4235 2 CSP : lutte contre la toxicomanie
- R 4235 8 CSP : protection de la santé
- R 4235 10 CSP : Favoriser la santé publique

Pour le réseau d'addictologie : Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Axe : Prévention et Communication

Axe stratégique : 1.2 Accompagner et prendre en charge

Objectif : 1.2.1.2 Conforter les compétences des professionnels de santé

Action : S'appuyer notamment sur les réseaux d'addictologie existants pour faciliter des parcours de soins coordonnés et une organisation lisible sur les territoires, en cohérence avec les orientations développées dans le cadre de la stratégie nationale de santé

Effet attendu : Amélioration de la qualité et la coordination de la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive par les acteurs de premier recours

Régionale : Plan Régional de Santé Réunion / Mayotte (2012-2016)

Pour les pharmaciens :

Orientation n°3 – Promouvoir des comportements favorables à la santé de la population

Axe 2 • Prévenir les conduites addictives

Objectifs généraux : faire connaître à la population les facteurs de risque et les principales pathologies liées à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites

Mesure 2.2 : Renforcer le repérage précoce

Mesure 2.1 : informer la population sur les risques et pathologies

L'incidence du cancer est en constante augmentation en partie en raison du vieillissement de la population, mais l'importance des pathologies dues à l'alcool et du tabagisme aggravera la situation dans les années à venir

Pour le réseau d'addictologie :

Objectif opérationnel n°22 : favoriser l'accès à des soins coordonnés et de qualité en matière d'addiction au travers d'un réseau régional d'addictologie. - Schéma d'Organisation Médico-Sociale (SROMS)

Orientation n°3 : Améliorer la coordination des parcours de soins / Diffuser des protocoles ou des recommandations de bonnes pratiques aux professionnels de santé) / Mettre en œuvre, le cas échéant, des référentiels ou des protocoles de prise en charge (CPOM ARS / SAOME)



DONNEES SANITAIRES LOCALES

(issues du Tableau de bord des addictions, 2013, ORS Réunion)

Ventes de tabac :

- Les ventes de tabac à La Réunion ont baissé de 2% par rapport à 2011.

Ce recul est moins important qu'en métropole où les ventes de tabac ont aussi reculé en 2012 (recul de 3,4% par rapport à 2011) : il s'agit de la plus forte baisse des ventes de tabac et de cigarettes depuis 2005.

- Les ventes de cigarettes sont en recul en 2012 (soit -3%) mais moins important qu'en France métropolitaine où elles ont baissé de 4,9%.

- Les ventes des autres produits du tabac (majoritairement tabac à rouler) renouent avec une tendance à la hausse en 2012 sur l'île : soit une nouvelle hausse de 20% entre 2011 et 2012 (plus importante qu'en métropole +6% en 2012).

REMARQUE METHODOLOGIQUE : Ne sont pas comptabilisés les ventes de produits issus de la contrebande ou des achats en duty free et hors département.

Chez les jeunes :

Consommation préoccupante chez les jeunes : expérimentation fréquente (sans différence entre les sexes), usages quotidien précoce et pratiques quotidiennes paraissant stagner chez les jeunes de 17-18 ans.

Mortalité liée au tabagisme :

► Près de 580 décès annuels liés au tabac, des hommes dans 2 décès sur 3 (67%).

Les décès par cardiopathies ischémiques sont les plus fréquents (55%), devant les décès par cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons (32%) et les décès par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (13%).

Ces décès liés au tabagisme représentent, de manière stable, 14% de l'ensemble des décès sur l'île.

Le tabac représente la 1ère cause de décès par cancer : 18% des décès par cancer sont localisés au niveau du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon sur la période 2008-2010.

► Un tiers des décès liés au tabagisme survient avant l'âge de 65 ans : dans 9 cas sur 10, les décès prématurés liés au tabac concernent des hommes.

► Sur la période 2008-2010, le taux standardisé régional de mortalité liée au tabagisme est supérieur au taux observé en métropole.

Le différentiel Réunion/métropole est aggravé chez les femmes : +26% vs +15% chez les hommes.

► Le taux standardisé de mortalité directement liée au tabagisme est stable à La Réunion sur la période 2008-2010 (quel que soit le sexe) alors qu'il poursuit sa baisse en métropole. Néanmoins cette évolution globale masque des variations selon la pathologie.

Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac en 2012

Sur l'année 2012, on compte plus de 4 500 « patients traités » pour leur tabagisme contre près de 4 200 en 2011. Les ventes de traitements pour l'arrêt du tabac enregistrent donc une hausse de 8% en 2012 à La Réunion.

► Augmentation des ventes uniquement grâce aux substituts nicotiques, sous formes orales ou transdermiques (+12%). Diminution continue des ventes des 2 médicaments (chamfix et zyban) (-26% entre 2011 et 2012 pour le chamfix qui ne représente plus que 6% des traitements, et -43% pour les ventes de zyban).

► Les formes orales : traitements les plus vendus en métropole comme sur l'île où 70% des ventes à la Réunion correspondent à ce type de traitement.

► Evolution similaire en métropole

En 2010, le Conseil Général a délivré 2 628 boîtes de patch à la demande des structures hospitalières ou médico-sociales. Le nombre est quasi-stable par rapport à 2009 (-1%). Les principaux destinataires sont les CCAA (60% des boîtes délivrées en 2010).



REMARQUE : Les indicateurs locaux sur les ventes de traitement pour l'arrêt du tabac sont basés sur les données de vente des grossistes vers les pharmacies et non sur les ventes en pharmacies. Par conséquent, il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats. Il peut notamment avoir une sous-estimation des ventes réelles car certaines pharmacies s'approvisionnent directement avec les laboratoires, sans passer par les grossistes répartiteurs.

Hospitalisation :

Le coût d'une cure hospitalière de 2 semaines représente un coût 600€/jours, soit environ 10000€.

Système de prise en charge partielle mis en place par l'Assurance Maladie

Un système de prise en charge partielle (à hauteur de 50€ par an) des traitements pour l'arrêt du tabac a été mis en place par l'Assurance Maladie en février 2007. Depuis le 1er septembre 2011, le montant concernant les femmes enceintes a été triplé pour atteindre 150€.

En 2012, le nombre de forfaits pris en charge par la CGSS de La Réunion continue de régresser : 285 personnes ont bénéficié de ce dispositif sur l'année, contre un millier lors de l'année de lancement en 2007.

VISION / FINALITE

Elargissement de l'offre de soin : par le biais du PPRSP, un plus grand nombre de patient souhaitant arrêter de fumer bénéficieront d'un accompagnement personnalisé dans leur processus de sevrage par leur pharmacien d'officine

OBJECTIFS GENERAUX

Améliorer la réussite du sevrage tabacologique par un accompagnement personnalisé du pharmacien
Produire, expérimenter et généraliser un protocole de soins de Premier Recours (PPSPR) : « Le sevrage tabagique en officine »

OBJECTIFS OPERATIONNELS et CALENDRIER

- Obtenir le soutien de l'ARS OI sur la démarche : septembre 2014
- Constituer un groupe de travail de pharmaciens volontaires intéressés pour travailler sur la production et expérimentation du PPSPR : septembre 2014
- Ecrire le PPSPR : octobre / novembre 2014
- Recueillir l'avis du Conseil scientifique de SAOME sur la fiabilité scientifique de la production : novembre 2014
- Expérimenter ledit protocole en officine et l'évaluer : 1^{er} semestre 2015
- Présenter les conclusions de l'expérimentation à l'ARS OI : mi 2015
- Etablir un plan de généralisation / diffusion du protocole : 2^e semestre 2015
- Doter les pharmaciens des outils et formation idoines : 2^e semestre 2015
- Communiquer sur le service proposé : 2^e semestre 2015
- Travailler sur des aspects réglementaires et financiers allant dans le sens d'un accès facilité aux Traitements de substitution nicotiques dans le cadre du protocole : 2^e semestre 2015

