



Mesdames, Messieurs,

La problématique des pharmaciens en difficulté, que ce soit par maladie, addiction, ou syndrome d'épuisement professionnel, nous impose un devoir de confraternité, mais aussi une prise de conscience de sa dimension de santé publique.

Des pharmaciens titulaires d'officine, en lien et avec le soutien du Conseil National de l'Ordre des pharmaciens, ont mis au point un dispositif d'assistance aux pharmaciens en difficulté via l'association ADOP (Aide et Dispositif d'Orientation aux Pharmaciens).

Le principe est basé sur une astreinte téléphonique d'un pharmacien adhérent de l'association qui répond à l'appel dans le but d'aider un confrère en difficulté en l'écouter et en l'orientant si besoin vers un Professionnel Ressource (avocat, comptable, psychologue,...) qui a signé le bulletin d'adhésion.

Il est nécessaire que nous puissions disposer d'un réseau régional de « Professionnels Ressources » qui pourrait assurer, à la demande de ce dispositif d'assistance, une prise en charge, dans les meilleurs délais du pharmacien en difficulté.

Nous vous précisons que nous prenons en charge financièrement la première rencontre entre notre confrère en difficulté et vous-même, à hauteur de 70 €.

Si vous souhaitez rejoindre l'association, nous vous remercions de bien vouloir remplir le bulletin d'adhésion ci-dessous. Pour tout complément d'information, vous pouvez vous rendre sur le site www.adop.help, ou contacter le secrétariat par mail à contact@adop.help ou par téléphone au 04 72 77 74 35 du mardi au vendredi de 9h à 17h30.

Croyez, Mesdames, Messieurs, à l'expression de mes meilleures salutations.

Hugues VIDELIER
Président de l'Association ADOP

BULLETIN D'ADHESION

A retourner au Secrétariat de l'association ADOP

Par mail : contact@adpop.help

Ou par Courrier : 13b place Jules Ferry - 69006 LYON

Prénom : **Nom :**

Je souhaite adhérer à l'association en tant que (profession) :

Spécialité :

Adresse professionnelle :

.....

Tél. : **Mail :**

- Je m'engage à recevoir le pharmacien en difficulté dans les 7 jours suivant son appel.
- Je m'engage à transmettre au secrétariat de l'association ADOP ma demande d'indemnité dans les 7 jours suivant le rendez-vous.

Fait le, à

SIGNATURE :