

DOCUMENT D'INFORMATION PROFESSIONNELLE

Le pharmacien d'officine acteur de la Réduction des Risques et des Dommages

dans le champ de l'addiction aux opioïdes

Ce document a été conçu pour aider les pharmaciens d'officine à mieux comprendre et s'approprier la démarche de réduction des risques et des dommages dans le champ de l'addiction aux opioïdes.

Il propose des témoignages d'usagers et de pharmaciens, une information de référence, des outils pratiques et une liste de contacts utiles.

Juillet 2023



Edito

Plusieurs associations ont fait état de difficultés parfois rencontrées en officine pour accéder au matériel d'injection stérile ou aux traitements de substitution aux opiacés (TSO)^{1,2}. En tant que Présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, je les ai assurées de tout mon soutien. Les patients dépendants aux opioïdes doivent pouvoir trouver en leur pharmacien un interlocuteur bienveillant et compétent, pour les accompagner dans la prise en charge de leur addiction.

Acteurs de santé publique de proximité, les pharmaciens d'officine sont en effet les premiers professionnels de santé – parfois les seuls – avec lesquels les usagers de drogues sont en contact. Ils sont les garants de l'accès aux médicaments et je tiens à rappeler que seul l'intérêt de la santé du patient peut justifier un refus de dispensation (article R.4235-61 du CSP). En outre, notre déontologie précise que nous devons faire preuve du même dévouement envers tous les patients qui ont recours à nos services (art. 4235-6 du CSP).

Dans le champ de l'addiction aux opioïdes, la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) a, depuis plus de trente ans, fait la preuve de son efficacité sur la prévalence et l'incidence des maladies infectieuses (VHC, VIH ...), des dommages somatiques et psychosociaux ainsi que sur la mortalité par surdoses. Nous nous devons de contribuer à cette démarche de santé publique, aux côtés de nos confrères hospitaliers et biologistes médicaux, des autres professionnels de santé, des différents acteurs des secteurs médico-social et associatif.

A cet effet, j'ai souhaité mobiliser notre Institution pour concevoir, en lien avec des représentants de la Profession (conseillers ordinaires, représentants syndicaux, étudiants), des associations d'usagers, et la MILDECA, un document à l'intention des pharmaciens, enrichi des expertises de chacun.

Ce document a pour ambition d'aider l'ensemble de nos confrères à mieux comprendre et à s'approprier cette démarche de RdRD, au moyen de témoignages d'usagers et de pharmaciens impliqués dans le domaine, d'informations de référence, de contacts utiles et d'outils pratiques. Il détaille les trois niveaux d'intervention du pharmacien d'officine en RdRD dans le champ de l'addiction aux opioïdes : mise à disposition de matériel d'injection stérile, dispensation des TSO et prévention des surdoses.

Je remercie vivement les conseillers ordinaires, l'équipe du Cespharm ainsi que les représentants des syndicats, institutions et associations pour leur contribution active à ces travaux.

Mes chères consœurs, mes chers confrères, je ne doute pas que cet outil vous montrera à quel point votre mobilisation est essentielle dans le champ de la RdRD et je sais pouvoir compter sur votre engagement en matière de santé publique.

Bonne lecture !

Carine Wolf-Thal,
Présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens

¹ Enquête Act-up Paris, « Guerre aux usager.e.s de drogues : 50 ans de trop ! », 2018-2019

² Enquêtes sur l'accessibilité des TSO, disponibles sur le site d'[ASUD](#)

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	4
PAROLES D'USAGERS.....	5
PAROLES DE PHARMACIENS.....	6
LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES, UNE DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE	7
CONNAITRE LES ACTEURS IMPLIQUES EN ADDICTOLOGIE	9
SECTEUR MEDICO-SOCIAL	9
SECTEUR LIBERAL	11
SECTEUR HOSPITALIER	11
SECTEUR ASSOCIATIF.....	11
S'IMPLIQUER DANS LA RDRD, UNE MISSION DU PHARMACIEN D'OFFICINE.....	12
LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTIONS, UN ENGAGEMENT DEONTOLOGIQUE.....	12
TROIS MODALITES D'INTERVENTION	14
Mettre à disposition du matériel d'injection stérile	14
Promouvoir et faciliter l'accès aux Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO).....	20
Prévenir les surdoses d'opioïdes	25
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	30
RELECTURE	30
ANNEXES 1 - RESEAU D'APPUI EN ADDICTOLOGIE (LOCAL).....	31
ANNEXES 2 - TABLEAU COMPARATIF DES MSO	32
RESSOURCES UTILES	35
BIBLIOGRAPHIE.....	38

GLOSSAIRE

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
BHD	Buprénorphine Haut Dosage
BZD	Benzodiazépines
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
CSP	Code de la Santé publique
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux
HAS	Haute Autorité de Santé
HSA	Halte Soins Addictions
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MSO	Médicament de substitution aux opiacés
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
PESP	Programme d'échange de seringues en pharmacie
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UDVI	Usagers de drogues par voie intraveineuse
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

MSO : Médicaments de substitution aux opiacés

TSO : Traitements de substitution aux opiacés ; ils comprennent les MSO et l'accompagnement psychologique et socioéducatif du patient

PAROLES D'USAGERS³

“ Un UD est un patient et surtout une personne comme une autre qui a besoin de son traitement et d'une aide médicale comme tout malade et doit pouvoir être conseillé et traité avec le même respect sans être jugé. ”

Blue Pearl

“ Le secret médical est difficile à maintenir dans vos petites officines. Parfois il y a un marquage au sol mais il n'est pas tout le temps suffisant, respecté. Dur de parler de ses consos devant des inconnus, peut être des voisins qui vont ruiner ta réputation. ”

Groovie

“ Apporter les mêmes conseils en fonction des demandes et sans jugement pour le patient ou l'UD ..Être traité de la même manière si c'est pour un bêta bloquant, un ADO ou du sub, de la métha, du skenan, du Valium ou simplement un Stéribox. ”

Sufenta

“ Maintenant, je suis retourné dans ladite pharmacie où j'étais bien accueilli, et tout se passe très bien. J'ai des échanges très constructifs avec mes pharmaciennes (au nombre de trois): elles me donnent leur point de vue de soignantes, je leur donne mon point de vue d'ex-usager, et je crois pouvoir dire que tout le monde y est gagnant. Pas un regard déplaisant, pas une réflexion, un grand sourire quand j'entre, et il est rare que j'y reste moins d'une demi-heure! C'est le jour et la nuit.. ”

Phoenix

³ Extraits du site Psychoactif (communauté dédiée à l'information, l'entraide, l'échange d'expériences et la construction de savoirs sur les drogues, dans une démarche de réduction des risques), consulté le 28 janvier 2022

PAROLES DE PHARMACIENS⁴

“ Il arrive que nos patients nous confient certaines choses qu'ils n'ont pas osé dire au médecin dans le cadre de la consultation. ”

“ Un nouveau patient qui arrive après un appel téléphonique d'un médecin qui vous l'adresse, c'est toujours une confiance envers la pharmacie réaffirmée et encourageante. C'est aussi le premier pas d'une prise en charge partagée entre le médecin et le pharmacien autour du patient. Enfin, c'est la perspective d'un meilleur travail d'équipe entre soignants. ”

“ Au fur et à mesure des délivrances hebdomadaires, on finit par bien les connaître ; c'est nous qu'ils côtoient le plus souvent. ”

“ J'ai réellement cru en la possibilité de la prise en charge des toxicomanes quand un jeune couple, tous deux anciens usagers de drogues, que j'avais suivi quelques mois auparavant est venu m'amener pour un conseil leur petite fille en m'annonçant leur mariage prochain et la concrétisation de leurs projets professionnels. Alors même si on assiste plus souvent à des rechutes, qui d'ailleurs font partie de leur trajectoire, ça vaut la peine d'essayer de se battre car on ne peut connaître le résultat d'avance ! ”

⁴ Témoignages recueillis auprès de pharmacies bourguignonnes en mai 2022

LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES, UNE DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE

La Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) est une **démarche de santé publique visant à limiter les risques liés à un usage de drogues, avec ou sans dépendance** (avec produits licites/illicites ou sans produit). A la fois porte d'entrée dans le soin et partie des soins, il s'agit d'une approche pragmatique et humaine qui - comme toute démarche éducative - nécessite une posture du professionnel de santé qui mettant de côté ses représentations, **s'adapte à l'usager**, à ses difficultés, ses ressources, ses besoins et son parcours.

L'objectif premier de la RdRD notamment appliquée à l'addiction aux opioïdes, n'est pas le sevrage ou l'abstinence mais la prévention des risques auxquels sont confrontés les consommateurs quelle que soit la voie d'administration (voie orale, injection, sniff, inhalation)

- Prévention de la transmission des maladies infectieuses (VIH, VHC, VHB...),
- Prévention et réduction des dommages somatiques et psychosociaux,
- Prévention de la mortalité par surdoses.

La RdRD s'inscrit dans un parcours de santé, où interviennent différents leviers, qui peut conduire au sevrage ou à l'abstinence.

Née en France à la fin des années 1980, en réponse aux forts taux de contaminations VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), la Réduction des Risques (RdR) **a fait la preuve de son efficacité** sur la diminution de la prévalence et l'incidence du VIH et du VHC ainsi que sur la diminution du nombre de décès par surdoses chez les UDVI^{5,6,7}.

Au-delà de la seule prévention des risques liés à l'injection, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 a entériné une politique publique de RdR et l'a étendue à l'ensemble des dommages (sanitaires, psychologiques, sociaux) et à l'ensemble des substances psychoactives (licites et illicites) définissant la RdRD (Réduction des Risques et des Dommages).

L'éventail des actions de RdRD est large et comprend notamment :

- Les messages de sensibilisation et de prévention des risques liés à la consommation de substances psychoactives,
- La sécurisation des consommations, la mise à disposition de matériel dont le matériel d'injection et sa récupération après utilisation,
- La dispensation des traitements de substitution aux opiacés (TSO) ainsi que celle de naloxone pour prévenir les surdoses mortelles.
- L'orientation des usagers vers les services sociaux et les services de soins généraux ou spécialisés pour la mise en œuvre d'un parcours de santé adapté à leur situation spécifique,
- L'amélioration de leur état de santé physique et psychique, leur insertion sociale, leur qualité de vie.

⁵ MOREL Alain, CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre, et al. L'Aide-mémoire de la Réduction des risques en addictologie. Paris, Editions Dunod, 2012,

⁶ Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France - Recommandation, HAS, mars 2017

⁷ [L'essentiel sur... la réduction des risques et des dommages](#), MILDECA, septembre 2020

LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES SELON LA HAS

Le terme de réduction des risques et des dommages désigne, de manière générale, l'ensemble « des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de drogues [...] par les personnes qui sont incapables ou qui n'ont pas la volonté de cesser de consommer⁸ ».

Elle constitue une démarche de santé publique en faveur de la garantie des droits humains fondamentaux de respect de la personne humaine et de la dignité humaine en toutes circonstances, de protection des personnes en situation de vulnérabilité⁹ et d'accès au meilleur état de santé possible¹⁰.

Le mandat éthique qui lui est confié engage le devoir de bienveillance¹¹ pour les personnes en situation de vulnérabilité et répond aux valeurs de pragmatisme et d'humanisme, qui :

- hiérarchisent les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés aux addictions selon des critères explicites ;
- se fondent sur des preuves scientifiques et des techniques et outils d'intervention évalués ;
- permettent la mise en place de réponses adaptées et graduées pour chaque usager en fonction de sa demande¹² ;
- postulent la responsabilité des usagers de drogues et invoque leur capacité à modifier leurs pratiques à risque et à agir en faveur de leur propre santé¹³. Elle prend ainsi en compte et s'adapte à la trajectoire de l'usager de drogues et à ses conditions d'existence¹⁴.

Extrait de « La RdRD dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la RdR pour les usagers de drogues (CAARUD) », ANESM

⁸ Définition proposée par l'International Harm Reduction Association (IHRA).

⁹ Article L.1110-1 du Code de la santé publique : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

¹⁰ Préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1946): « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale ».

¹¹ HISRCH E. Le mandat éthique de l'intervention en réduction des risques. In: Fédération Addiction. Réseau français de réduction des risques (2013). Actes du cycle de séminaires L'accompagnement des consommations: constats, enjeux, et perspectives. Paris: Fédération Addiction, Réseau français de réduction des risques, mai 2016.

¹² MILDECA. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Paris: La Documentation française, 2014. / Reynaud, M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, synthèse remise à la MILDT. 2013, p.85.

¹³ JAUFFRET-ROUSTIDE M. Les drogues: approche sociologique, économique et politique. Paris: La Documentation française, 2004.

¹⁴ JAUFFRET-ROUSTIDE, M. Self Support For Drug Users In The Context Of Harm Reduction Policy: A Lay Expertise Defined By Drug User's Life Skills And Citizenship. Health Sociology Review: 2009, vol. 18-2, pp. 159-172.

CONNAITRE LES ACTEURS IMPLIQUES EN ADDICTOLOGIE

Le système de santé en addictologie est structuré autour des 3 secteurs : médico-social, de ville/libéral et hospitalier. En tant que professionnel de premier recours, **le pharmacien d'officine fait partie intégrante de ce système.**

La prise en charge pluridisciplinaire essentielle à toute maladie chronique, dont la maladie addictive, exige un partenariat et une articulation entre ces 3 secteurs afin d'accompagner et d'orienter les patients de manière optimale et complémentaire.

Aussi, le pharmacien d'officine exercera sa mission dans le champ de la RdRD en s'appuyant sur la collaboration de ses confrères pharmaciens :

- hospitaliers avec la conciliation médicamenteuse notamment à l'admission d'un usager/patient à l'hôpital mais aussi à la sortie avec transmission de la lettre de liaison hôpital-ville ;
- de CSAPA, fortement sensibilisés à la RdRD (celle-ci figurant parmi les missions des CSAPA), pour le lien qu'ils permettent souvent de créer ou renforcer avec la ville ;
- biologistes médicaux, auprès desquels le patient peut désormais accéder à un dépistage VIH sans prescription pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie (art. 77 de la LFSS 2022).

SECTEUR MEDICO-SOCIAL

CSAPA (CENTRE DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE)

Cible : usagers ayant un trouble de l'usage ou une addiction avec ou sans produit, et leur entourage

Missions :

- Accueil, information, évaluation médicale, psychologique et sociale, orientation
- Réduction des risques et des dommages (notamment mise à disposition et récupération de matériel) prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative
- Sevrage et son accompagnement
- Prescription +/- dispensation des TSO et suivi
- Dépistages (VIH, VHB/VHC)
- Accompagnement vers les services sanitaires ou sociaux
- Echanges possibles avec des patients experts (pairs)

Remarque : L'accueil des patients au sein des CSAPA se fait majoritairement en ambulatoire, mais ces centres peuvent également proposer des services de soins résidentiels (centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques...).

Exemple situationnel pour le pharmacien : patient présentant une situation complexe : comorbidités, polyconsommation, besoin d'un cadre plus étayé ou difficulté à tenir le cadre des soins en ville ...

CAARUD

(CENTRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES)

Cible : usagers de drogues engagés ou non dans la diminution de la consommation ou dans un processus d'abstinence, ou dans le soin, et exposés à des risques sanitaires et sociaux, notamment usagers très marginalisés

Missions :

- Accueil, information, conseils personnalisés
- Soutien dans l'accès aux soins, à l'hygiène, au logement et à l'emploi
- Réduction des risques et des dommages avec notamment la mise à disposition d'outils pour prévenir les infections (matériel d'injection, de sniff et d'inhalation, préservatifs ...) et de naloxone (antidote en cas de surdose aux opioïdes)
- Action dans l'aller vers (structure fixe et +/- mobile, maraudes)

Exemple situationnel pour le pharmacien d'officine : demande d'accompagnement plus précis dans la réduction des risques liée à la consommation (demande de matériel non disponible dans les Programmes d'Echange de Seringues en Pharmacie (PESP)), grande précarité, besoin d'aide sociale...

CJC (CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS) - RATTACHEE AUX CSAPA

Cible : jeunes consommateurs (mineurs ou majeurs) de moins de 25 ans et leur entourage, toutes addictions

Missions :

- Information, conseils, bilan des consommations et des risques associés
- Prise en charge brève pour aider à l'arrêt ou à la réduction des consommations
- Orientation vers un CSAPA ou une autre structure spécialisée si nécessaire

Exemple situationnel pour le pharmacien d'officine : demande d'aide, de conseils ou d'orientation d'un jeune, d'un parent ou d'un proche (seul ou accompagné du jeune).

HSA (HALTE SOINS ADDICTIONS)

ANCIENNEMENT APPELEE SCMR (SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE)

Cible : usagers qui consomment des drogues quel que soit le mode de consommation : injection, inhalation, etc.

Missions :

- Améliorer la santé publique et la tranquillité publique
- Apporter des conditions garantissant l'hygiène et la sécurité de l'injection et éviter les surdoses mortelles
- Permettre aux usagers les plus précarisés d'être en contact avec des professionnels soignants, des assistants sociaux ou des éducateurs et d'envisager une entrée dans le soin ou l'amélioration de sa situation sociale, en particulier l'accès à un hébergement.

SECTEUR LIBERAL

PROFESSIONNELS DE SANTE DE PROXIMITE

Pharmaciens, médecins généralistes et spécialistes, psychiatres, psychologues, infirmiers, sage-femmes, masseur-kinésithérapeutes, dentistes...

Réseaux de santé addictions, microstructures médicales en addictologie (équipe pluridisciplinaire, au sein du cabinet d'un médecin, composée de travailleurs sociaux et psychologues)...

Cible : tout usager

Missions : premier recours, accès aux soins, orientation et prise en charge incluant la RdRD.

Exemple situationnel pour le pharmacien d'officine : tout patient en ville - ou son entourage - ayant une demande de conseil, de RdRD ou de soins.

SECTEUR HOSPITALIER

SERVICES D'ADDICTOLOGIE

Cible : patients souffrant d'une addiction

Missions : évaluation et prise en charge adaptée/individualisée (sevrage simple ou complexe, complications, dépistage et traitement des comorbidités somatiques/psychiatriques, hospitalisation de jour...)

Les ELSA (Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie) interviennent également en milieu hospitalier, en appui des équipes soignantes, auprès de patients hospitalisés pour lesquels il ressort une problématique addictive.

Exemple situationnel pour le pharmacien d'officine : demande de sevrage ou d'accompagnement dans le maintien de la diminution ou l'arrêt des consommations (ateliers thérapeutiques etc), situations complexes avec comorbidités somatiques et/ou psychiatriques

SERVICES DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION EN ADDICTOLOGIE

Cible : patients souffrant d'une addiction et sevrés en relais d'une hospitalisation ou en accès direct

Missions : prévention et réduction des conséquences de l'addiction (psychologiques, cognitives, sociales ...) et réadaptation des patients (transition avant retour dans l'environnement habituel)

SECTEUR ASSOCIATIF

ASSOCIATIONS DE PATIENTS ET GROUPES D'ENTRAIDE (AIDES, ASUD, ACT UP, TECHNO+, FRANCE PATIENTS EXPERTS ADDICTIONS...)

Cible : usagers de drogues et leur entourage

Missions :

- Soutien, accompagnement et écoute
- Auto-support : entraide et conseils basés sur l'expérience de la consommation (pairs), la connaissance de l'addiction, des parcours et des structures de soins, groupes de parole...
- Respect de la réglementation dans le périmètre défini par la démocratie sanitaire, représentation auprès des autorités, collaboration avec les professionnels de santé.

ASSOCIATIONS DE RdRD (SAFE, MEDECINS DU MONDE...)

Cible : usagers de drogues et leur entourage

Missions : Gestion de l'accès aux seringues par mise à disposition de kits de prévention pour usagers de drogues, notamment par le biais d'un parc national d'automates de distribution RdRD et diffusion de matériels de RdRD à distance, interventions en milieu festif, médiation sociale.

S'IMPLIQUER DANS LA RDRD, UNE MISSION DU PHARMACIEN D'OFFICINE

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTIONS, UN ENGAGEMENT DEONTOLOGIQUE

Acteurs de santé de premier recours, les pharmaciens d'officine ont un rôle majeur dans l'accompagnement, la prise en charge et l'orientation des patients atteints de maladies chroniques dont l'addiction aux opioïdes fait partie.

Cette prise en charge intégrant la réduction des risques et des dommages fait partie de leurs obligations déontologiques. Ainsi, le Code de la Santé Publique (CSP) prévoit que « *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* ¹⁵ ».

Le pharmacien d'officine doit en outre faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à lui et est tenu au secret professionnel (art R.4235-5 et 6). L'accueil inconditionnel, le non-jugement et la confidentialité sont des piliers de toute prise en charge.

Garants de l'accès aux thérapeutiques médicamenteuses, les pharmaciens d'officine ne peuvent refuser de dispenser un traitement, TSO inclus.

Le refus de dispensation par le pharmacien ne peut s'envisager que « lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger »¹⁶, en cas de falsification ou de suspicion de trafic.

¹⁵ [Article R4235-2 du Code de la Santé Publique](#)

¹⁶ [Article R4235-61 du Code de la Santé Publique](#)

TEXTES JURIDIQUES ET REGLEMENTAIRES ENCADRANT L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE ET LA RdRD

Code de déontologie des pharmaciens

Art R. 4235-2 du CSP : *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, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage.*

Art R. 4235-5 du CSP : *Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment.*

Art R. 4235-6 du CSP : *Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art.*

Art R. 4235-7 du CSP : *Tout pharmacien doit, quelle que soit sa fonction et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors le cas de force majeure.*

Art R. 4235-8 du CSP : *Les pharmaciens sont tenus de prêter leur concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé.*

Art R. 4235-48 du CSP : *Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;

3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.

Art R. 4235-61 du CSP : *Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance*

Textes juridiques encadrant la RdRD

Article L.3411-7 du CSP : *La définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'Etat.*

Article D.3121-33 du CSP et son annexe : *Définit le référentiel de RdRD dans son annexe 31-2 du présent code (objectifs, modalités d'intervention, diffusion de matériel de prévention, lieux d'intervention ...)*

Article L. 3411-8 du CSP :

I. La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

II. Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

« 5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées. [...]

TROIS MODALITES D'INTERVENTION

Intervenir et s'impliquer dans la RdRD, c'est, pour le pharmacien d'officine :

- Mettre à disposition du matériel d'injection stérile,
- Promouvoir et faciliter l'accès aux traitements de substitution aux opiacés,
- Prévenir les surdoses aux opiacés : repérage précoce et intervention brève (RPIB) et promotion de l'accès à la naloxone

Toute intervention en matière de RdRD liée aux addictions nécessite, comme pour tout autre patient, une attitude bienveillante, emprunte de non jugement, de respect du choix de la personne, d'écoute et de confidentialité.

METTRE A DISPOSITION DU MATERIEL D'INJECTION STERILE

Les professionnels de santé peuvent s'appuyer sur un dispositif spécialisé reposant sur un certain nombre d'acteurs généralistes ou spécialisés (CAARUD, CSAPA, microstructures, HSA...), qui mettent en œuvre différents types d'interventions (programmes d'échanges de seringues, RdRD à distance, analyse de produits, soutien et accompagnement) dans différents contextes (ville, milieu festif, milieu carcéral, etc.)

CONTEXTE ET ENJEUX

Développer l'accès au matériel d'injection stérile et ainsi réduire le risque de transmission virale (VIH, VHC, VHB) lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse est un enjeu de santé publique.

Il s'agit également de prévenir les infections bactériennes et fongiques ainsi que les effets loco-régionaux sous-cutanés liés à la qualité du réseau veineux et à la multiplication des injections. Les pharmaciens y sont pleinement associés en tant que réseau de proximité pour l'accessibilité au matériel d'injection, a fortiori dans les régions rurales sous-dotées en structures d'accueil pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI).

Enquête sur la disponibilité dans les officines parisiennes des kits d'injection (2018-2019)¹⁷

Seules 52 % des officines parisiennes sondées par l'association Act up-Paris disposent de trousse de prévention contenant du matériel stérile pour UDVI et les vendent au prix conseillé de 1 euro.

Malgré une baisse depuis 2004, les prévalences du VHC et du VIH restent élevées parmi les usagers. Estimées respectivement à 42,6 % et 7,1%¹⁸, elles sont en outre susceptibles d'être sous-évaluées en raison de la méconnaissance par les usagers de leur statut viral.

L'objectif de cette mise à disposition de matériel stérile est d'éviter le partage et la réutilisation du matériel d'injection pour diminuer les risques de transmission virale, ce qui implique de le fournir à l'usager en quantité suffisante et adaptée aux pratiques de ce dernier.

¹⁷ Enquête réalisée en 2018-2019 auprès de 360 pharmacies parisiennes

¹⁸ Observatoire Français des Drogues et des tendances addictives (OFDT), [Drogues et Addictions, Chiffres clés](#), 9ème édition, juin 2022

MATERIELS ET MODALITES DE MISE A DISPOSITION

Le matériel de RdRD permet aux usagers de limiter leurs prises de risques. C'est également, lors de sa remise, un moyen qui permet de faciliter le contact et le dialogue autour des usages et des risques encourus. Enfin, il permet à l'utilisateur de prendre une part active à la réduction des risques, pour lui-même, comme pour les autres. Pour ces raisons, sa distribution doit être renforcée, de manière à ce que les usagers en disposent en quantités suffisantes.

Le matériel de RdRD doit avoir fait la preuve de son efficacité comme de son acceptabilité.

Une [liste des matériels de prévention pour la réduction des risques](#) est disponible sur le site du ministère de la Santé et de la Prévention.

◆ Les trousse de prévention

Les trousse de prévention à destination des UDVI visent à la RdRD liés aux pratiques d'injection, et en particulier les risques infectieux (VIH, VHC, contaminations bactériennes, fongiques). Elles doivent donc offrir à l'utilisateur du matériel permettant de réduire les risques d'infections liés à toutes les étapes de l'injection et des notices explicatives quant à l'utilisation de ces matériels.

Il existe 2 types de trousse :

- Les trousse de prévention dites « pharmaceutiques », distribuées par le circuit officinal et vendues par les pharmaciens d'officine
- Les trousse de prévention dites « associatives », destinées à être distribuées gratuitement aux usagers par les CAARUD, les CSAPA ou autres acteurs de la RdRD, dont les pharmaciens participant à des programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP). En revanche, elles ne peuvent être simultanément vendues dans le circuit pharmaceutique

Le cahier des charges des trousse de prévention à destination des UDVI visant à la réduction des risques et des dommages liés aux pratiques d'injection a été publié par le ministère chargé de la Santé (annexe 1 de [l'arrêté du 22 décembre 2021](#)). Il a défini le contenu des trousse de prévention - pharmaceutiques et associatives - bénéficiant d'une aide de l'Etat, mises en circulation à compter d'octobre 2022 :

- Pour le modèle « 1ml » (2 injections) : 2 seringues de 1ml serties, 4 lingettes à la chlorhexidine alcoolique, 2 ampoules d'eau ppi, 2 tampons secs, 2 récipients de chauffe, 2 filtres à membrane, 2 filtres en coton et une notice d'utilisation.
- Pour le modèle « 2 ml » (1 injection) : 1 seringue 2,5 ml et 1 aiguille G25, 2 lingettes à la chlorhexidine alcoolique, 1 ampoule d'eau ppi, 1 tampon sec, 1 récipient de chauffe, 1 filtre à membrane, 1 filtre en coton et 1 notice d'utilisation.

Ces nouvelles trousse ont fait l'objet d'une notice de présentation [disponible sur le site du Ministère de la santé](#).

Les anciens modèles de trousse peuvent continuer à être distribués aux usagers jusqu'à leur date de péremption. Par ailleurs, d'autres trousse de prévention, répondant ou non au cahier des charges du Ministère et ne bénéficiant pas de l'aide de l'Etat, peuvent néanmoins être mises sur le marché.

Il est à noter que :

- Certains pharmaciens acceptent la pose d'un automate devant leur officine et fournissent aux usagers des jetons permettant la récupération de matériel d'injection dans les automates ainsi que le dépôt de matériel usagé.
- Les CAARUD, CSAPA et autres acteurs de la RdRD mettent à disposition des usagers d'autres matériels généralement en vrac. Ces matériels incluent des filtres à membrane, de diamètre des pores 10 µm (ex : Sterifilt®) et de diamètre des pores 0,22 µm (ex : toupie) - seuls efficaces contre les bactéries, champignons et particules -, des garrots, des unidoses d'acide ascorbique, des crèmes cicatrisantes, etc.
L'association ASUD propose, sur son site, un [manuel du shoot à moindre risque](#). Destiné à un public d'UDVI, ce manuel vise à leur donner des informations pour un usage à moindre risque. De même, le Fonds de recherche et de prévention « Savoir plus Risquer moins » propose un [guide de l'autoinjection](#) sur son site.
- Le matériel pour le sniff et l'inhalation (non stérile) est majoritairement disponible dans les CAARUD et non en officine.

◆ Programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP)

Les programmes d'échange de seringues en pharmacie ou PESP sont des programmes de mise à disposition gratuite de matériel d'injection stérile en pharmacie, avec (ou parfois sans) échange de matériel utilisé, via un partenariat entre un CAARUD et plusieurs pharmacies partenaires. **Grâce à la répartition harmonieuse de leur réseau sur le territoire, les pharmacies qui s'engagent dans un PESP contribuent à renforcer l'accès à la RdRD**, en l'absence de CAARUD ou d'associations à proximité ou, dans la plupart des cas, à compléter cet accès en partenariat avec eux. Elles proposent par ailleurs une offre de réduction des risques de proximité et de droit commun pour les usagers ne souhaitant plus ou pas encore se tourner vers les structures spécialisées.

Récupération du matériel d'injection usagé

Les seringues utilisées par les UDVI présentent les mêmes risques infectieux que les DASRI mais n'en sont pas, elles ne peuvent donc pas être récupérées et éliminées par cette même filière.

Dans le cadre du programme d'échange de seringues en pharmacies (PESP), le transport et l'élimination sont opérés sous la responsabilité de l'association support du programme.

L'équipe officinale volontaire participant à un PESP reçoit préalablement une information/formation de la part de l'association, ou du CAARUD support du programme, afin d'être sensibilisée à son intérêt, son organisation et ses modalités. La pharmacie participant à un PESP est alors identifiée auprès des associations et du réseau local de prise en charge des addictions comme un lieu de santé impliqué dans la RdRD. La coopération locale et interprofessionnelle est un élément clé pour le succès de ces programmes et l'aide apportée aux usagers.

EXTRAITS DE LA CHARTE DE LA REDUCTION DES RISQUES EN PHARMACIE D'OFFICINE DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME D'ECHANGE DE SERINGUES (RESPADD)

- **PERMETTRE** aux usagers de drogues l'accès gratuit au matériel stérile d'injection et aux matériels de réduction des risques liés aux autres modes de consommation selon les conditions fixées par le programme dans lequel ils s'inscrivent ;
- **GARANTIR** la confidentialité, si nécessaire l'anonymat, des usagers de drogues qui le souhaitent ;
- **PROMOUVOIR** le recours régulier, et fréquent, des usagers de drogues au dépistage des infections virales au VHC, VHB et au VIH et, dans le cas du VHB, inciter à la vaccination ;
- **RESPECTER** les usagers de drogues en se gardant de tout jugement et de toute discrimination, en reconnaissant leur autonomie, tout en conservant son libre arbitre pour évaluer les demandes des usagers et intervenir au mieux dans le respect de leur éthique professionnelle et des réglementations relatives à leurs professions respectives ;
- **COMBATTRE** les préjugés qui circulent sur les personnes qui consomment des produits psychoactifs licites ou illicites en rappelant que les produits ne sont pas l'unique cause de l'addiction, et que les individus ne doivent pas être réduits à leurs consommations et à leurs pratiques.

[PESP - Chiffres clés 2022](#)

- 94 PESP
- 2 300 pharmacies impliquées

[Annuaire des PESP, RESPADD 2022](#)

Ces programmes permettent aussi d'améliorer la sécurité et la salubrité publiques par la récupération du matériel usagé et sa non-dissémination dans les espaces publics. La récupération de matériel usagé est limitée aux seuls PESP. Ils contribuent en outre à renforcer les liens entre les usagers et l'équipe officinale, en nouant une nouvelle relation fondée sur le non jugement et la confiance.

◆ Posture du pharmacien

Le pharmacien est souvent l'un des premiers professionnels de santé en contact avec les usagers : véritable porte d'entrée dans le soin, il les accueille inconditionnellement comme tout autre patient, sans jugement, ni prérequis de sevrage ou de réduction de consommation. Une posture bienveillante est primordiale afin de créer des liens de confiance et de favoriser les échanges avec l'utilisateur.

Lors de la remise de matériel d'injection stérile, le pharmacien assure le respect de la confidentialité et se présente comme un professionnel de santé accessible et disponible pour toute question.

Le postulat de la RdRD est de s'adapter, non de s'imposer : un usager peut choisir de s'en tenir à un bonjour et à un merci/au revoir. Une fois la relation de confiance nouée, le pharmacien pourra, si la personne en fait la demande, mettre à disposition de celle-ci différentes ressources : information sur les produits et les pratiques ([brochures](#)), écoute, information et orientation, afin que la personne accueillie puisse s'engager vers une meilleure gestion de ses propres risques puis vers le soin.

Dans le cadre d'un PESP, l'acte de collecte de matériel se réalise dans un lieu d'accueil qui favorise la confidentialité, les échanges et la confiance et ne peut donc se faire au comptoir.

Dans le cadre de la dispensation d'une trousse de prévention, le pharmacien qui participe par ailleurs à un PESP pourra rappeler à l'utilisateur qu'il peut avoir recours à ce dispositif.

Acte de collecte et d'échange de seringues

- Accueillir le patient avec bienveillance et sans jugement
- S'assurer que l'échange de matériel puisse s'effectuer en toute confidentialité et recevoir l'utilisateur dans un lieu le permettant, sans accès aux médicaments
- Laisser l'utilisateur mettre lui-même ses seringues (et uniquement les seringues) dans le conteneur
- Faire préciser à l'utilisateur le nombre de kits dont il a besoin, lui rappelant que l'objectif est d'en avoir suffisamment pour ne plus partager ou réutiliser le matériel
- Lui remettre les kits dans un sac (les usagers peuvent apporter leurs seringues utilisées dans leur propre sac)
- Une fois le lien de confiance créé, en cas de demande ou d'interrogation de l'utilisateur et en fonction de sa réceptivité, il est possible d'échanger sur ses pratiques et de fournir des conseils pour limiter les risques liés à l'injection de drogue par voie IV, brochures, coordonnées de structures spécialisées locales (cf. fiche annexe 1) ...
- Raccompagner l'utilisateur

Le pharmacien se trouve parfois embarrassé quand un patient vient chercher son TSO et en même temps du matériel d'injection, ce qui peut suggérer un mésusage du médicament par une utilisation de tout ou partie de ce dernier par injection. Dans ce cas, il est souhaitable d'échanger avec le patient sur cette demande et l'utilisation de ce matériel d'injection, d'y accéder dans le cadre de la RdRD. S'il s'agit d'une injection de médicament, rappeler les risques liés à l'injection de formes galéniques non prévues à cet effet. De nombreuses études ont établi, en effet, que cette approche combinée était efficace pour réduire les risques de contamination, le temps que le patient soit à même d'arrêter le mésusage de son traitement.

EN PRATIQUE POUR LE PHARMACIEN

- Avoir au moins une trousse de prévention dans l'officine
- Réserver un accueil bienveillant aux usagers se présentant pour une demande de trousse ou pour un échange de seringue (PESP)
- Pouvoir informer sur les lieux et coordonnées des acteurs locaux de RdRD (ex : CAARUD)

Pour aller plus loin :

- Il est possible d'être intégré au système de RdRD local en participant à un PESP.
- Des formations (initiales/continues) existent pour renforcer ses connaissances et compétences sur la RdRD (formations en réduction des risques et entretien motivationnel, par exemple). Différentes formations en addictologie – notamment sur la prise en charge à l'officine des patients dépendants aux opiacés – sont éligibles au DPC (liste consultable sur le site de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu).

PROMOUVOIR ET FACILITER L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO)

Promouvoir et faciliter l'accès aux TSO présuppose, pour le pharmacien, d'être à l'aise avec leurs objectifs, leur efficacité et leurs modalités de dispensation.

CONTEXTE ET ENJEUX

Dispensés à 180 000 patients par an dont 90 % en ville, les Médicaments de Substitution aux opiacés (MSO) sont indiqués dans le « *traitement substitutif de la dépendance aux opiacés dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique* ». Parmi ces prescriptions, 65 % concernent la buprénorphine haut dosage (BHD) dont 5 % en association avec la naloxone et 35 % la méthadone.¹⁹

Les TSO permettent une prise en charge psycho médicale, mais également sociale des personnes dépendantes aux opiacés, en facilitant la réinsertion professionnelle, familiale et sociale et en réduisant les contacts avec les marchés illicites.

Il est essentiel que le pharmacien d'officine ait bien en tête l'objectif général des traitements de substitution à savoir une diminution des dommages liés à la dépendance aux opiacés et une facilitation de l'accès aux soins psychologiques et somatiques. Le TSO est en soi un facteur de réduction des risques et des dommages. Les TSO font partie des traitements de référence recommandés par l'OMS dans la lutte contre le VIH et la prévention des surdoses.

Depuis leur mise sur le marché il y a près de trente ans, les TSO ont permis de réduire considérablement la mortalité, la morbidité et les dommages sociaux. Les difficultés d'accès aux TSO peuvent être à l'origine d'interruptions brutales de consommation et favoriser l'apparition de symptômes de sevrage. Plus leur accès est facilité et précoce, plus on agit sur la prévention et la réduction des risques avant même l'arrivée des dommages.

La dispensation des TSO par le pharmacien d'officine s'inscrit dans la prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients dépendants aux opioïdes et leur accès large participe pleinement à la RdRD en addictologie.

Enquêtes sur la délivrance de TSO en officine (2018-2019)²⁰

Alors que l'accessibilité des traitements conditionne les objectifs de RdRD et l'entrée dans une dynamique de soins, l'association ASUD a alerté sur les difficultés d'accès :

- **71 % des officines parisiennes sondées par ASUD refusent de dispenser les TSO.**

Principales raisons évoquées : crainte pour la sécurité, saturation (trop de patients sous TSO), chronophage (procédure complexe), pratique (officine trop petite, pas de coffre pour les stupéfiants), argument moral

- **A l'inverse, 68 % des pharmacies nantaises interrogées par l'association acceptent de les dispenser.**

¹⁹ Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives, *Drogues, Chiffres clés*, 8^{ème} édition, juin 2019

²⁰ [Enquête](#) auprès de 115 pharmacies parisiennes (20/07/18 - 25/08/2018) et auprès de 109 pharmacies nantaises (février - avril 2019)

MEDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES (MSO)

Sont à ce jour à la disposition des pharmaciens d'officine²¹ :

- Méthadone AP-HP® (méthadone chlorhydrate) sirop en récipient unidose 60 mg/15 ml ; 40 mg/ 15 ml ; 20 mg/15 ml ; 10 mg/7,50 ml ; 5 mg/3,75 ml et gélules 40 mg ; 20 mg ; 10 mg ; 5 mg ; 1 mg
- Buprénorphine® comprimés sublinguaux 0,4 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg
- Subutex® comprimés sublinguaux 0,4 mg ; 2 mg ; 8 mg
- Suboxone® (buprénorphine/naloxone) comprimés sublinguaux 2/0,5 mg ; 8/2 mg
- Orobupré® comprimés oraux (voie transmuqueuse) 2 mg ; 8 mg

Un tableau synthétisant les principales caractéristiques des MSO (indications, CI, EI, aspects législatifs...) est disponible en annexe 2 p 32-34.

Points clés sur les MSO

- Instauration = situation unique et à risque
- Première prise de MSO à partir des 1^{ers} symptômes de manque
- Action du MSO sur le craving (tout d'abord sur la souffrance du manque)
- Prise quotidienne sublinguale pour la buprénorphine (sauf pour l'Orobupré® dont la prise est transmuqueuse), orale pour la méthadone
- Posologie : phase d'instauration puis augmentation de posologie jusqu'au seuil qui permet de supprimer le manque puis augmentation à nouveau jusqu'au seuil qui permet de contrôler le craving. Phase de stabilisation avec posologie évolutive en fonction des avancées + /- difficiles
- Cinétique : durée d'action de plus de 24 h permettant de concentrer son énergie sur la vie et non plus sur l'addiction
- Interactions avec d'autres MSO, d'autres produits ou d'autres médicaments. Attention à l'association avec l'héroïne, l'alcool ou les BZD
- Evoquer les éventuels effets indésirables
- Rangement précautionneux par le patient (prévention d'éventuelles intoxications involontaires de l'entourage)

Utilisation du sulfate de morphine comme MSO

La [circulaire Girard](#) (1996) autorise la poursuite des traitements utilisant le sulfate de morphine dans le cadre de traitement de substitution ainsi que sa prescription « à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la méthadone et à la buprénorphine aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose ».

La décision doit alors être soumise à l'avis du médecin conseil de la Sécurité sociale, et les ordonnances sécurisées doivent porter systématiquement la mention « concertation avec le médecin conseil ».

Un Comité Scientifique Temporaire a été créé par l'ANSM en avril 2021 avec pour objectif la sécurisation de l'utilisation de la morphine chez les usagers d'opioïdes dans le cadre de leur dépendance.

²¹ Est également disponible : Buvidal, solution injectable de buprénorphine à libération prolongée (voie SC lente) : 8, 16, 24, 32, 64, 96, 128 et 160 mg – médicament réservé à l'usage professionnel, soumis à prescription hospitalière et réservé aux médecins exerçant en CSAPA pour une administration hospitalière ou en CSAPA.

PRISE EN CHARGE A L'OFFICINE DU PATIENT TRAITÉ PAR TSO

◆ Cadre de soins et alliance thérapeutique pharmacien-patient

Pour être efficace, un TSO doit s'inscrire dans une prise en charge globale et une alliance thérapeutique entre le patient et le pharmacien. Dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire, ce dernier définit un cadre de soin en accord avec le médecin avec lequel il prend contact immédiatement et autant que nécessaire avec l'accord du patient. De même, il est souhaitable, lors d'une première prescription de TSO, que le médecin, généraliste ou addictologue, prenne contact avec le pharmacien. Ce cadre de soin, parfois contraignant (prises à l'officine, respect de nouvelles règles, apprendre à refaire confiance, changement de vie, etc) permet paradoxalement de rendre la liberté au patient face à cette maladie chronique avec perte de liberté et de contrôle...

Le patient doit pouvoir identifier le pharmacien ainsi que son équipe comme des professionnels à qui il peut tout dire, capables de tout entendre, sans jugement, avec respect du secret professionnel (le pharmacien peut être en contact avec l'entourage du patient, si ce dernier l'autorise). Il s'agit, pour le patient, de reconnaître la pharmacie comme un lieu de respect réciproque où sa souffrance est entendue quelle que soit son expression, un lieu où on reconnaît ses ressources et ses difficultés, où sont offerts une aide et un accompagnement guidés par un souci de réduction des risques en cohérence avec sa demande et ses attentes.

Comme pour toute pathologie chronique, le pharmacien, professionnel de santé allie l'attitude de rigueur qui le caractérise à la souplesse et la bienveillance d'un suivi chronique et adapte ses interventions au moment de vie où en est le patient. Cette alliance thérapeutique contribue à autonomiser et rendre le patient acteur de son parcours et de sa santé.

◆ Dispensation des TSO et conseils associés

La législation des stupéfiants et l'éventuel statut particulier (ordonnance de délégation et surveillance pendant le traitement pour la méthadone) qui accompagnent les TSO viennent ajouter aux devoirs de « gardien des poisons » et de vigilance du pharmacien, la sécurité et la qualité de cette dispensation.

Il est important que le patient se sente accompagné dans son choix d'instauration d'un TSO, moment essentiel du parcours de tout traitement chronique.

Dans le cadre du bon usage du médicament, le pharmacien délivre toutes les informations nécessaires à savoir son mode d'action, ici sur le « craving » (envie irrépressible de consommer), sa durée d'action, plus longue, en comparaison de l'action de la drogue illicite, comme l'héroïne) son mode de prise (sublinguale pour la buprénorphine ou orale pour la méthadone), sa fréquence de prise (quotidienne, parfois biquotidienne) selon les patients.

Une autre information importante à expliciter au patient est celle sur la posologie, individuelle qui augmentera progressivement jusqu'à la dose qui lui permettra d'être serein, avec le moins de « craving » possible, la disparition de la souffrance du manque et un esprit libéré des pensées « produits ». La posologie n'est pas au prorata de la gravité de la maladie : forte posologie ne signifie pas forcément forte dépendance. Elle pourra se modifier au fur et à mesure du temps, pour s'adapter, par exemple, aux moments plus difficiles.

Le pharmacien échangera avec le patient sur :

- Ses consommations (TSO, produits psychoactifs ou autres traitements) en insistant sur la nécessité d'être attentif aux interactions et aux effets indésirables. Il le mettra notamment en garde sur l'association avec de grandes quantités d'alcool ou de benzodiazépines (BZD).
- La nécessité d'un rangement précautionneux : les TSO peuvent s'avérer dangereux pour l'entourage notamment pour les enfants (intoxication volontaire ou involontaire).

Cas particulier de la première dispensation de TSO à l'officine :

Un contact téléphonique médecin-pharmacien en présence du patient est fortement recommandé lors de la première dispensation de TSO au cours duquel sont évoqués :

- Le secret partagé expliqué au patient,
- Le contexte de prise en charge : grossesse, sortie de prison, situation sociale, historique des consommations...
- Les souhaits du patient : gestion du manque, préparation au sevrage, demande de passage en ville...),
- L'objectif de l'ordonnance : initialisation de buprénorphine, essai posologique...
- Les informations pratiques : horaires de la pharmacie, début de traitement, date de passage à la pharmacie ...
- Les modalités de communication pharmacien/médecin : par téléphone ou mail, choix de la fréquence

Lors de la venue du patient, la prise du TSO à l'officine est essentielle lors d'une initialisation ou d'une reprise de traitement. Cela permet d'éviter à nouveau la perte de contrôle (connue avec le produit), de fixer le cadre thérapeutique, d'assurer le bon usage du médicament et de réaliser une bonne prise en charge basée sur une relation d'aide et de décourager le trafic.

◆ Suivi des patients traités par TSO

Comme pour toute pathologie chronique, la prise en charge du patient sous TSO s'effectue sur le long terme avec une phase d'initiation, de stabilisation et éventuellement d'arrêt. Le TSO prend très vite tout son rôle de traitement « de fond », il va, petit à petit, permettre une socialisation professionnelle, familiale, sportive, culturelle, personnelle... entrecoupée aussi de périodes plus difficiles.

Il s'agit pour le patient d'un changement majeur vers une amélioration de la qualité de vie : reconstruire, vivre mieux, recréer des liens, se refaire confiance, comprendre la problématique addictive et vivre les réponses trouvées.

Le pharmacien, dans une proximité humaine, connaît et suit la stabilisation du patient (entourage familial et affectif, carrière professionnelle, projets personnels...) et s'attachera à garder le lien avec son patient pour éviter toute rupture thérapeutique.

Comme dans tout suivi chronique, il est essentiel d'échanger avec le patient :

- sur l'importance d'un suivi médical (prévention et traitement des comorbidités somatiques, psychiatriques, bucco-dentaires, gynécologiques...), en insistant notamment sur le dépistage itératif et la prise en charge des affections virales (VIH, VHC, VHB). A ce titre, il est intéressant de faire connaître au patient la possibilité d'avoir accès en laboratoire de biologie médicale et sans prescription à un dépistage du VIH pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie (art. 77 de la LFSS 2022),
- sur l'utilité d'un suivi psychologique et social associé,
- sur la façon dont le patient vit son traitement,
- sur le « craving » qui peut persister et est un risque majeur de reconsommation (reconsommation qui est la règle et non l'exception dans l'addiction)
- sur une éventuelle reconsommation (voire rechute) : elle n'est pas à considérer comme un échec dans le parcours de l'usager. Elle peut être la conséquence d'une difficulté momentanée ou plus durable. Il est important de ne pas mettre fin à un traitement du fait d'un épisode de reconsommation.
- sur son vécu du cadre thérapeutique,
- sur son entourage : sa représentation et son vécu de la maladie,
- sur la durée du traitement pour laquelle la diminution et l'arrêt ne sont pas la règle, sur ses interrogations à propos de la maladie addictive et de la dépendance (y compris au médicament), sur le médicament lui-même et son arrêt, sur ses prises de risque, ses doutes et difficultés mais aussi ses projets, ses réussites.

Outil de suivi du patient traité par TSO à l'officine

Si le patient est d'accord, il peut être utile de tenir une fiche de suivi qui recense :

- Des **informations pratiques** : nom, prénom, téléphone, coordonnées des accompagnants, éducateur spécialisé, assistante sociale, tutelle, parent ...
- Des **informations concernant l'ordonnance** : coordonnées du médecin, date de la prescription, posologie, durée, dates de début et de fin de traitement, mode de délivrance et de prise, dates de prise à l'officine, éventuelle autorisation du patient de délivrance à un tiers (enregistrement des nom et prénom du tiers et demande d'une pièce d'identité si inconnu) ...
- Des **annotations de l'équipe officinale** : évolutions du patient, augmentations ou baisses de posologie, les pertes ou surconsommations, les prises de produits, éléments de vie, ressources, difficultés, projets...

Cet outil, qui permet d'avoir une traçabilité de la prise en charge du patient, est présentée au patient dès sa réalisation ou en cas de demande mais aussi afin de lui permettre de visualiser son évolution et son parcours. Associer le patient à son suivi et le rendre acteur de son traitement favorise le bon usage du médicament et l'adhésion du patient. Il est également utile pour fluidifier la communication avec le reste de l'équipe.

Information au patient sur l'utilisation de cette fiche : cette fiche est présentée et explicitée au patient dès sa création, le secret partagé lui est expliqué, son accord recueilli, le patient y a accès dès qu'il en fait la demande.

Il convient de respecter la réglementation du RGPD sur les données personnelles. La tenue de ces fiches de suivi doit notamment être mentionnée dans le registre des traitements de données de l'officine.

EN PRATIQUE POUR LE PHARMACIEN

- Le pharmacien ne peut refuser la dispensation de TSO. Le refus de dispensation d'un médicament n'est possible que si l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger (Art. R 4235-61 CSP) ou en cas de falsification ou de suspicion de trafic.
- Il convient de se comporter de la même façon qu'avec tout patient chronique. Les usagers et patients traités par TSO ne doivent pas être considérés différemment des autres patients (Art. R 4235-6 CSP).

Il est conseillé de :

- Prévoir systématiquement un échange avec le prescripteur en présence du patient en amont de la 1ère dispensation (à l'initiative du médecin ou du pharmacien)
- Mettre en place et promouvoir un entretien d'initiation, de prise à l'officine ou de dispensation fractionnée ou de suivi
- Connaître et se mettre localement en relation avec les CSAPA ou services d'addictologie afin de pouvoir disposer d'un soutien de leur part à tout moment.

PREVENIR LES SURDOSES D'OPIOÏDES

CONTEXTE ET ENJEUX

En 2019, 503 décès par surdoses d'opioïdes ont été recensés, dont la moitié était due à la consommation de substances illicites et la moitié à la prise de médicaments dont les TSO²². Ce chiffre, qui tend à augmenter depuis 2004, serait en outre sous-estimé d'environ 30 % selon l'OFDT.

Pourtant, un antidote spécifique aux surdoses d'opioïdes existe depuis plus de 40 ans et présente une grande sécurité d'emploi : la naloxone. Sensibiliser les patients à risque et leur entourage à son utilisation et à son intérêt est essentiel, d'autant plus que dans 70 % des cas de surdoses, un proche ou un témoin est présent et en capacité d'agir²³.

Les pharmaciens d'officine comptent parmi les acteurs de la RdRD permettant un accès large et facilité à la naloxone et ainsi, la réduction de la mortalité par surdoses d'opioïdes, qu'il s'agisse d'une utilisation médicamenteuse (médicaments antalgiques) ou d'une consommation de drogues illicites.

ANTIDOTE AUX SURDOSES D'OPIOÏDES

La naloxone est disponible sous des formes « prêtes à l'emploi », destinées à une utilisation par tous. Deux spécialités sont ainsi indiquées dans le traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes, connus ou suspectés, se manifestant par une dépression respiratoire et/ou du système nerveux central et dans l'attente des secours :

- Nyxoïd®, forme nasale,
- Prenoxad®, forme injectable intramusculaire

²² [Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances Principaux résultats enquête DRAMES 2019](#), CEIP-A de Grenoble et ANSM

²³ [Nalscue versus Prenoxad](#), centre d'addictovigilance de paris, mai 2019

	Prenoxad® 0,91 mg/ml Seringue préremplie 2ml +2 aiguilles	Nyxoid® 1,8 mg Solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose
Molécule	Chlorhydrate de naloxone anhydre	Chlorhydrate dihydraté de naloxone
Mode d'action	Antagoniste pur et spécifique des récepteurs aux opioïdes	Antagoniste pur et spécifique des récepteurs aux opioïdes
Indication	« Traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes, caractérisés ou suspectés, se manifestant par une dépression respiratoire et/ou une dépression du système nerveux central, dans l'attente d'une prise en charge par une structure médicalisée »	« Traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes, connu ou suspecté, se manifestant par une dépression respiratoire et/ou du système nerveux central, à la fois dans un environnement non médical et un environnement de soins. »
Voie d'administration	Intramusculaire	Voie nasale
Posologie	<u>Adulte</u> : dose initiale = 0,4 ml. A renouveler si besoin 2 à 3 minutes après la précédente dose (la seringue préremplie contient 5 doses graduées).	<u>Adulte et adolescents âgés de 14 ans et plus</u> : unidose de 1,8 mg, administrée dans une narine (équivalent à un pulvérisateur nasal). A renouveler si besoin 2 à 3 minutes après la première dose.
Prescription	Non soumis à une prescription médicale, remboursé à 65 % sur prescription médicale	Soumis à prescription médicale obligatoire Remboursé à 65 %
Délai et durée d'action	Délai d'action : quelques secondes à quelques minutes Durée d'action : limitée, 20 min à 2h environ	Délai d'action : quelques secondes à quelques minutes Durée d'action : limitée, 20 min à 2h environ
Circuit de distribution	Officines via les grossistes-répartiteurs, établissements de santé et structures médico-sociales	Officines via les grossistes-répartiteurs, établissements de santé et structures médico-sociales

REPERAGE ET PRISE EN CHARGE A L'OFFICINE DES PERSONNES A RISQUE DE SURDOSES

A l'instar du repérage précoce et intervention brève (RPIB), approche d'une dizaine de minutes qui a fait ses preuves en alcoologie, le pharmacien d'officine peut identifier les situations ou les patients à risque de surdose. Il peut ainsi guider ces derniers vers une éducation personnalisée à la prévention et gestion de ce risque par l'apport de connaissances et de compétences : facteurs de risques de surdose, signes évocateurs, conduite à tenir et formation de l'entourage.

Pour aider le pharmacien d'officine dans sa mission auprès des patients sur le bon usage des médicaments antalgiques opioïdes et le repérage des premiers signes de mésusage ou de dépendance, le RESPADD met à sa disposition le guide "[Médicaments antalgiques opioïdes : ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire](#)", élaboré en partenariat avec l'Observatoire français des médicaments antalgiques. Une échelle de dépistage d'un comportement de mésusage d'antalgiques opioïdes en cours de traitement, [l'échelle POMI \(Prescription Opioid Misuse Index\)](#) est également disponible.

Le ministère en charge de la Santé rappelle que toute personne à risque devrait pouvoir disposer d'un kit de naloxone et recevoir dans le même temps les informations clés sur la conduite à tenir en cas de suspicion de surdose aux opioïdes.

Il serait souhaitable que la prescription de TSO soit accompagnée d'une prescription de naloxone tout du moins à son initiation et renouvelée au cours du suivi. Aussi, lors du contact avec le prescripteur, le pharmacien peut le lui proposer.

◆ **Personnes et situations à risque de surdose**



Les populations potentiellement à risque de surdose constituent les cibles prioritaires des programmes de délivrance de la naloxone « à emporter » :

- Les usagers ayant une perte de tolérance aux opioïdes liée à un arrêt ou une période de plus faible consommation : personnes sortant de prison, d'un sevrage, de centre de soins résidentiel,
- les usagers avec des antécédents récents de surdose, sortie d'hospitalisation pour surdose d'opioïdes,
- les patients traités par TSO en particulier la méthadone lors de l'initiation du traitement ou dans le mois suivant l'arrêt, ou lors d'une reprise de traitement,
- les patients traités par des médicaments opioïdes antalgiques, lors de l'initiation notamment, ou en cas de mésusage du traitement (augmentation non contrôlée des doses pour soulager une douleur mal prise en charge, recherche d'effets psychotropes) ou ayant développé une dépendance,
- les usagers d'opioïdes pour des effets psychoactifs,
- les usagers d'opioïdes en « auto substitution » pour soulager une opio-dépendance,
- les personnes présentant des polyconsommations avec d'autres produits dépresseurs respiratoires : médicaments (ex : benzodiazépines) ou autres substances psychoactives (ex : alcool),
- les personnes ou usagers fréquentant des usagers à risque et pouvant ainsi être témoins d'une surdose.

◆ Conseils associés lors de la dispensation de naloxone

- Sensibiliser le patient et son entourage au repérage des situations et personnes à risque et aux signes évocateurs de surdoses d'opioïdes.
Qu'ils soient utilisés pour un usage médicamenteux ou de manière illicite, les opioïdes peuvent être à l'origine de surdoses. Celles-ci sont caractérisées par une triade de symptômes : contraction des pupilles, inconscience, dépression respiratoire, et peuvent entraîner un coma voire le décès.
- Informer le patient et son entourage sur la conduite à tenir en cas de suspicion de surdose aux opioïdes.
- Face à une suspicion de surdoses aux opioïdes, il convient de :
 - D'abord prévenir les structures d'urgences (appeler le 15 ou le 112),
 - Ensuite allonger le patient sur le dos,
 - Administrer la naloxone et noter l'heure d'administration (à renouveler une fois si besoin)
 - Faire le bilan cardio-respiratoire du patient,
 - Installer le patient en position latérale de sécurité ou effectuer les autres gestes de premier secours appropriés,
 - Surveiller le patient, rester auprès de lui et attendre l'arrivée des secours.

La naloxone n'a aucun effet chez une personne n'ayant pas consommé d'opioïdes. Il n'y a donc pas de risque à l'administrer en cas de doute sur la ou les substances consommées par la personne suspectée de faire une surdose. Par ailleurs, l'administration de naloxone par un tiers, non professionnel de santé, est validée par l'AMM et les recommandations de la HAS sur le « [bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses](#) ».

- Informer le patient et son entourage de l'importance d'une prise en charge et surveillance hospitalière après une surdose aux opioïdes. La naloxone ayant une demi-vie d'élimination courte, les symptômes d'un surdosage aux opioïdes peuvent réapparaître après une première amélioration des symptômes expliquant que la première mesure est de contacter les structures d'urgence en cas de suspicion de surdose.



- Faire connaître au patient et à son entourage les ressources disponibles pour s'informer sur le bon usage de la naloxone. A cet effet, une formation en ligne est proposée aux usagers de drogues, à leur famille et leurs proches, et à ceux qui les accompagnent (professionnels de CAARUD) pour savoir comment réagir face aux surdoses d'opioïdes, disponible sur www.naloxone.fr
- Rappeler au patient et à son entourage, qu'une fois utilisé, tout kit de naloxone doit être renouvelé

EN PRATIQUE POUR LE PHARMACIEN

- Avoir une boîte de naloxone dans l'officine
- Penser au risque potentiel de surdose lors de toute dispensation d'opioïdes à une population à risque ou lors de situations à risque
- Avoir le réflexe « iatrogénie » face à tout signe évocateur de surdose
- Echanger lors de contacts avec le prescripteur sur la coprescription de naloxone et du MSO



Une prise en charge par l'Assurance Maladie de la naloxone sur prescription pharmaceutique serait pertinente pour en faciliter l'accès (à l'instar du dispositif mis en place pour la contraception d'urgence).

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail était animé par Karine PANSIOT-MESTRIC, membre du bureau Conseil National de l'Ordre national des pharmaciens (ONP) et référente addictions pour l'ONP.

Le groupe de travail était constitué de membres de :

Ordre national des pharmaciens

- Section A (titulaires d'officine) : Bruno MALEINE, René PAULUS, Cécile BUI-BOUCHER
- Section D (pharmaciens adjoints d'officine) : Aurélien FROMOND
- Section E (pharmaciens d'Outre-mer) : Brigitte BERTHELOT – LEBLANC, Jean-Claude SCHALBER
- Section G (biologistes médicaux) : Bernard POGGI, Adrien RIHAOUI
- Section H (pharmaciens hospitaliers) : Patrick RAMBOURG, Jean-François PAGLIANO
- Cespharm : Pascal CASOURANG, Fabienne BLANCHET, Pierre-Antoine DRUBAY, Albane HANRIOT
- DEP (Direction de l'Exercice Professionnel) : Demanthi SALAGAMA

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) : Ruth GOZLAN

Associations d'usagers

- AIDES : Margot ANDRIANTSEHENO
- ASUD : Fabrice OLIVET, Camille BLANC

Syndicats de pharmaciens d'officine

- USPO : Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, Guillaume RACLE
- FSPF : Sophie SERGENT

Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France (ANEPF) : Numan BAHROUN, Chloé MROZ, Antoine LEROYER, Valentin LEGRAND, Marion BOUILLLOT-AUBIN

RELECTURE

Nous remercions pour leur relecture et leurs remarques constructives : **la Fédération Addiction, la Fédération française d'addictologie, Médecins du Monde, Psychoactif, le RESPADD, SAFE, SOS Addictions et le bureau Prévention des addictions de la DGS.**

ANNEXES 1 - Réseau d'appui en addictologie (local)

La connaissance et la collaboration avec les partenaires locaux spécialisés en addictologie permet d'améliorer la qualité de l'accompagnement et du suivi du patient usager de drogues. En tant que professionnel de premier recours, le pharmacien doit donc connaître le réseau local d'appui en addictologie afin de conseiller et orienter de manière optimale le patient pour une prise en charge spécialisée (médicale, psychologique, sociale).

Fiche personnalisable à afficher à l'officine

Structure ²⁴	Coordonnées	Jours et horaires d'ouverture
CAARUD le plus proche		
CSAPA le plus proche		
CJC la plus proche		
Hôpital le plus proche ayant un service d'addictologie		
Associations d'usagers et groupes d'entraide		
Réseau addictions		
Structure d'aide sociale et d'aide au logement		
RdR à distance local		

²⁴ Pour trouver les structures les plus proches, consulter [le site de drogues info service](#), rubrique adresses utiles

ANNEXES 2 - Tableau comparatif des MSO²⁵ (1/3)

	Méthadone chlorhydrate	Buprénorphine SUBUTEX® et génériques BUPRENORPHINE®	Buprénorphine OROBUPRE®	Buprénorphine / naloxone SUBOXONE®
Forme galénique, voie d'administration	Sirop et gélule, voie orale Dosage : 5, 10, 20, 40, 60mg (sirop) ; 1, 5, 10, 20, 40 mg (gélule)	Cp, voie sublinguale Dosage : 0.4, 1, 2, 4, 6, 8 mg	Lyophilisat oral, voie transmuqueuse Dosage : 2 mg, 8 mg	Cp, voie sublinguale Dosage : 2mg/0.5mg, 8mg/2mg
Indication	Traitement substitutif de la dépendance majeure aux opiacés dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique chez l'adulte et l'adolescent de plus de 15 ans			
Posologie	<u>Dose initiale (sirop)</u> : 20 à 30 mg/j au moins 10 heures après la dernière prise d'opiacé. <u>Dose d'entretien</u> : 60 et 100 mg/j en moyenne en France (posologie individuelle) Relais possible de la forme sirop à gélule après 1 an et stabilisation sur le plan des conduites addictives	<u>Dose initiale</u> : 2 mg à 4mg/jour en une prise ; au moins 6 heures après la dernière prise d'opiacé <u>Posologie maximum</u> : 24 mg/j	<u>Dose initiale</u> : 1 lyophilisat oral de 2mg au moins 6 heures après la dernière prise d'opiacé <u>Posologie maximum</u> : 18 mg/j	<u>Dose initiale</u> : 2 cps de 2mg/0,5 au moins 6 heures après la dernière prise d'opiacé <u>Posologie maximum</u> : 24 mg/j
Modes d'action	Agoniste complet des récepteurs aux opioïdes	Agoniste partiel des récepteurs μ et antagoniste des récepteurs opiacés κ		Mécanisme d'action de la BHD associé à la naloxone qui inhibe la BHD en cas de détournement/administration par une autre voie qu'orale
Cinétique (début d'action, durée d'action ...)	<u>½ vie</u> : longue (25 h) <u>Durée d'action</u> : longue (24-36 h) <u>Cmax (concentration maximale observée)</u> : 2,5- 4 h	<u>½ vie</u> : courte, 2-5 h <u>Durée d'action</u> : longue (>24 h) <u>Cmax</u> : 1h30	<u>½ vie</u> : courte, 2-5 h <u>Durée d'action</u> : longue (>24 h) <u>Cmax</u> : 1h10	Buprénorphine <u>½ vie</u> : courte, 2-5 h <u>Durée d'action</u> : longue (>24 h) <u>Cmax</u> : 1h30 Naloxone : Concentrations plasmatiques faibles après administration par voie sublinguale <u>½ vie</u> : 1-2 h
Principales contre-indications	- Age < 15 ans - Insuffisance respiratoire sévère - Patient souffrant d'un iléus paralytique constitué	- Age < 15 ans - Insuffisance respiratoire sévère - Insuffisance hépatique sévère - Intoxication alcoolique aiguë ou <i>delirium tremens</i>		

²⁵ Sources : RCP des médicaments concernés, consultés sur le [répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM](#), le 31 janvier 2022

ANNEXES 2 - Tableau comparatif des MSO (2/3)

	Méthadone chlorhydrate	Buprénorphine Subutex® et génériques Buprenorphine®	Buprénorphine Orobupre®	Buprénorphine / naloxone Suboxone®
Associations contre-indiquées	<p><u>Morphiniques agonistes-antagonistes</u> (nalbuphine, buprénorphine) : diminution de l'effet de la méthadone par blocage compétitif des récepteurs.</p> <p><u>Morphiniques antagonistes partiels</u> (naltrexone, nalméfène) : risque d'apparition d'un syndrome de sevrage.</p> <p><u>Citalopram, escitalopram, dompéridone, hydroxyzine, pipéraquline</u> : risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointe.</p> <p><u>Millepertuis</u> : diminution des concentrations de méthadone avec risque de syndrome de sevrage.</p> <p><u>Oxybate de sodium</u> : risque majoré de dépression respiratoire</p> <p><u>Alcool</u> : en chronique l'alcool est inducteur enzymatique, en aigu l'alcool est inhibiteur enzymatique</p>	<p><u>Méthadone</u> : risque d'apparition d'un syndrome de sevrage.</p> <p><u>Analgésiques morphiniques de palier III</u> : risque de diminution de l'effet antalgique du morphinique et d'apparition d'un syndrome de sevrage.</p> <p><u>Antagonistes opioïdes</u> (naltrexone, nalméfène) : blocage des effets de la buprénorphine</p> <p><u>Alcool</u> : augmentation de l'effet sédatif de la buprénorphine</p>		<p><u>Alcool</u> : augmentation de l'effet sédatif de la buprénorphine</p> <p><u>Sédatifs (BZD et apparentés), dépresseurs SNC, dérivés opioïdes (méthadone, antalgique, antitussif)</u> : majoration de la dépression du SNC</p> <p><u>MAO, ISRS, IRSN, antidépresseurs tricycliques</u> : risque de syndrome sérotoninergique</p> <p><u>Antagonistes opioïdes</u> (naltrexone, nalméfène) : blocage des effets de la buprénorphine</p>
Effets indésirables	<p><u>Mise en place du traitement</u> : euphorie, vertiges, somnolence, nausées, vomissements, dysurie, constipation, sédation, œdèmes, hypersudation</p> <p><u>Phase d'entretien</u> : nausées, hypersudation, constipation, augmentation du poids, baisse de libido</p>	Constipation, insomnie, céphalée, nausées, douleurs abdominales, hyperhidrose		
Surdosage	<p>Risque de dépression respiratoire consécutive à une dépression du système nerveux central, pouvant conduire à un arrêt respiratoire et à la mort</p> <p>Antidote : naloxone</p>			

ANNEXES 2 - Tableau comparatif des MSO (3/3)

	Méthadone chlorhydrate	Buprénorphine Subutex® et génériques Buprenorphine®	Buprénorphine Orobupre®	Buprénorphine / naloxone Suboxone®
Réglementation	<p><u>Statut</u> : stupéfiant</p> <p><u>Prescription</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordonnance sécurisée (certaines mentions en toutes lettres²⁶) - Prescription initiale réservée aux médecins exerçant dans les CSAPA ou services hospitaliers (services d'addictologie pour la méthadone gélule) - Au moment du relais avec le médecin de ville : l'ordonnance du prescripteur initial devra mentionner le nom du médecin traitant choisi (ordonnance de délégation) - Durée maximale de prescription : 14 jours pour la forme sirop, 28 jours pour la forme gélule - Chevauchement interdit sauf mention expresse indiquant le chevauchement - Mention du nom du pharmacien chargé de la délivrance portée sur l'ordonnance - <u>Délivrance</u> : - Délai de carence : présentation de l'ordonnance dans les 3 jours suivant sa date d'établissement - Déconditionnement : oui au regard du délai de présentation de l'ordonnance, de la posologie et de la durée du traitement - Fraction de 7 jours sauf mention expresse « délivrance en une seule fois » portée sur l'ordonnance <p><u>Pour en savoir plus</u> :</p> <p>Meddispar – méthadone sirop</p> <p>Meddispar – méthadone gélule</p>	<p><u>Statut</u> : Liste I, assimilé stupéfiant</p> <p><u>Prescription</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ordonnance sécurisée (certaines mentions en toutes lettres¹⁸) - prescription par tout médecin - Durée maximale de prescription : 28 jours - chevauchement interdit sauf mention expresse indiquant le chevauchement - Mention du nom du pharmacien chargé de la délivrance portée sur l'ordonnance <p><u>Délivrance</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de délai de carence ; présentation de l'ordonnance dans les 3 mois suivant sa date d'établissement - Déconditionnement : non - Fraction de 7 jours sauf mention « délivrance en une seule fois » portée sur l'ordonnance par le prescripteur <p><u>Pour en savoir plus</u> :</p> <p>Meddispar – buprénorphine</p> <p>Meddispar – Subutex</p> <p>Meddispar – Suboxone</p>		
En pratique	Délivrance adaptée : pour une prise en charge personnalisée, le médecin peut prévoir une délivrance quotidienne ou périodique, adaptée à la situation.			



Dans la perspective d'une réflexion sur l'évolution de la réglementation des stupéfiants, il serait pertinent d'envisager une prescription et une délivrance en dates de traitement du type "le traitement commence le et finit le" pour s'adapter à toutes les situations de vie, concilier les contraintes réglementaires et l'objectif de retour à la vie normale des patients. Une évolution des textes en ce sens serait souhaitable.

²⁶ Doivent figurer en toutes lettres sur l'ordonnance : nombre d'unités thérapeutiques par prise, nombre de prise et dosage (R 5132-29 du code de la santé publique)

Ressources utiles

■ **Act Up- Paris** : www.actupparis.org

Association ayant pour but notamment d'informer sur le VIH, de mobiliser sur la prévention, la santé sexuelle, l'aide sociale.

■ **Addict'aide** : www.addictaide.fr

Site internet mettant à disposition du public et du milieu professionnel des informations utiles pour comprendre l'addiction, évaluer et orienter.

■ **AIDES** : www.aides.org

Association de lutte contre le sida et les hépatites qui agit avec et auprès des populations les plus vulnérables au VIH/sida et aux hépatites pour réduire les nouvelles contaminations et accompagner les personnes vers le soin et dans la défense de leurs droits.

■ **Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)** : ansm.sante.fr

L'ANSM est l'acteur public qui permet, au nom de l'État, l'accès aux produits de santé en France et qui assure leur sécurité tout au long de leur cycle de vie. Au cœur du système de santé, l'ANSM agit au service des patients et de leur sécurité, aux côtés des professionnels de santé et en concertation avec leurs représentants respectifs.

Des outils sont régulièrement élaborés pour sensibiliser et alerter les patients et les professionnels de santé sur le bon usage et les risques associés à l'utilisation de médicaments ou produits. Exemple récent pour la méthadone (rubrique « Documents de référence > Mesures Additionnelles de Réduction du Risque (MARR) > [Méthadone](#))

■ **ASUD** : www.asud.org

Groupe d'autosupport des usagers de drogues : association ayant un rôle de représentation des usagers, de leurs intérêts et de leur citoyenneté ; d'information des familles, des professionnels du soin et des élus locaux.

- Publication du manuel des droits des usagers de traitements de substitution opioïdes (TSO) et du [manuel du shoot à moindre risque](#)

- Organisation des États Généraux des Usagers des Substances licites ou illicites (EGUS)

■ **Drogues-info-services** : www.drogues-info-service.fr

Service national d'aide à distance en matière de drogues et dépendances

Disponible 7J/7 de 8H à 2H

Appel anonyme et gratuit

0 800 23 13 13

Propose un [annuaire](#) des structures d'aides.

■ **Fédération Addiction** : www.federationaddiction.fr

La Fédération Addiction a pour but de constituer un réseau au service des professionnels accompagnant les usagers dans une approche médico-psycho-sociale et transdisciplinaire des addictions.

■ **Fédération Française d'Addictologie** : www.addictologie.org

La Fédération Française d'Addictologie réunit la plupart des associations professionnelles intervenant dans les champs des addictions (alcoologie, tabacologie, interventions en toxicomanie).

■ **Haute Autorité de Santé** : www.has-sante.fr

Autorité publique indépendante à caractère scientifique, la Haute Autorité de santé (HAS) vise à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des personnes. Elle travaille aux côtés des pouvoirs publics dont elle éclaire la décision, avec les professionnels pour optimiser leurs pratiques et organisations, et au bénéfice des usagers dont elle renforce la capacité à faire leurs choix.

Elle a notamment établi des recommandations sur le « Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses » publié en mars 2022.

■ **Intervenir addictions** : intervenir-addictions.fr

Portail internet, élaboré par des professionnels des addictions, visant à aider les professionnels de santé de premier recours dans leur prise en charge.

■ **MAAD Digital** : www.maad-digital.fr/

Média d'information scientifique sur les addictions.

■ **Médecins du Monde** : www.medecinsdumonde.org

Médecins du Monde - France est une organisation de solidarité internationale qui promeut l'accès à la santé des populations marginalisées à travers le monde. Depuis les années 1980, MdM – FR intervient auprès des personnes usagères de drogues au travers d'une approche de réduction des risques, consistant à diminuer les conséquences néfastes pouvant découler de l'usage de drogues des personnes qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas mettre fin à leur consommation. Elle s'efforce de transformer les représentations à l'égard des personnes consommatrices de drogues et de sensibiliser l'opinion publique sur la nécessité d'appréhender la question de l'usage de drogues dans une dynamique de réduction des risques.

[Brochure « Brisons les idées reçues sur les drogues et les consommateurs »](#)

■ **Ministère de la Santé et de la Prévention** : solidarites-sante.gouv.fr

Le ministère de la Santé et de la Prévention prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines de la solidarité, de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de santé. Fiches mémo naloxone à l'attention des [professionnels](#) et du [public](#).

[Arrêté du 22 décembre 2021 fixant les modalités d'attribution de l'aide au responsable de la mise sur le marché des trousse de prévention, le prix maximum de mise sur le marché et le cahier des charges des trousse](#)
[Liste des matériels de prévention pour les services de réduction des risques](#)

■ **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)** : www.drogues.gouv.fr

Placée auprès du Premier ministre, la MILDECA anime et coordonne l'action du gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Elle élabore à ce titre le plan gouvernemental et veille à sa mise en œuvre.

Dossier « L'essentiel sur... la réduction des risques et des dommages » (Rubrique « Actualités » > Dossiers)

■ **Naloxone.fr** : naloxone.fr

Ce site a été conçu dans une dynamique inter-associative par des médecins, des pharmaciens, des acteurs de la réduction des risques (RDR) et une monitrice nationale de 1ers secours. Cette formation en ligne ainsi que les contenus pédagogiques (vidéos, mémo et quizz) ont été conçus et réalisés par l'association SAFE (voir ci-dessous).

■ **OFDT** : www.ofdt.fr

L'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) est un groupement d'intérêt public qui a pour objet d'apporter un éclairage sur le phénomène des usages de drogues, licites et illicites, et des conduites addictives.

■ **PsychoActif** : www.psychoactif.org

PsychoActif est une communauté dédiée à l'information, l'entraide, l'échange d'expérience et la construction de savoirs sur les drogues, dans une démarche de réduction des risques.

■ **Réseau de prévention des addictions Respadd** : www.respadd.org

Le RESPADD est une association à but non lucratif qui fédère plus de 600 établissements de santé (hôpitaux, cliniques, EHPAD, établissements médico-sociaux, etc.) engagés dans la prévention et la prise en charge des pratiques addictives.

Mise à disposition d'outils pratiques de tous les professionnels de santé dont les pharmaciens (Rubrique « Thématiques » > Pharmaciens et addictions).

Le RESPADD propose un [annuaire des PESP](#).

■ **RVH-synergie.org** : www.rvh-synergie.org

Site d'informations sur la prise en charge des addictions, à l'origine de la revue le Flyer, revue d'information scientifique et pratique sur les traitements de substitution et en particulier sur la méthadone.

■ **SAFE** : www.safe.asso.fr / www.rdr-a-distance.info

SAFE est une association de RdR à distance qui travaille au développement de nouveaux outils de réduction des risques, en prenant en compte l'évolution des pratiques des usagers, les données scientifiques et les progrès industriels.

SAFE coordonne le dispositif national de réduction des risques à distance qui accompagne par téléphone et par mail les usagers de drogues, et assure l'envoi postal de matériel.

■ **SOS Addictions** : sos-addictions.org

SOS Addictions est une association à but non lucratif dont l'objectif est de mobiliser l'opinion publique et d'informer les acteurs de la société civile, les médias et les responsables politiques sur toutes formes d'addiction comportementale : alcool, drogues, médicaments, jeux, sexe...

SOS Addictions organise un e-congrès annuel sur les addictions pour les professionnels de santé de premier recours.

Bibliographie

- [L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations : rapport au Ministre de la santé](#)
Auteur(s) : [Marie-Josée Auge-Caumon](#) - [Jean-François Bloch-Lainé](#) - [William Lowenstein](#) - Alain Morel, 2002
- [Faire le tour des addictions en promotion de la santé ... en 180 minutes \(ou presque\)](#), IREPS Bourgogne – Franche-Comté, dossier réalisé par Marion DEFAUT, octobre 2018
- [Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions : paradigmes et déterminants explorés par les sciences sociales](#), OFDT, E.Abgrall, M.Milhet, décembre 2019
- [Liste des matériels de prévention pour les services de réduction des risques](#), ministère des Solidarités et de la Santé, 2020
- [La réduction des risques et des dommages liées aux conduites addictives, rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audit de la Fédération Française d'Addictologie](#), 7 et 8 avril 2016
- Dossier « Prise en charge des patients dépendants aux opiacés », Actualités pharmaceutiques, octobre 2017
- [Recommandations ordinales CNOM – CNOP, prescription et dispensation des médicaments de substitution aux opiacés](#), octobre 2017
- [Site du ministère de la Santé, La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues](#), consulté le 03/04/2020
- [Réduire les risques : éthique, posture et pratiques](#), Fédération addiction, avril 2017
- [Diffusion de la Naloxone en France, analyse et recommandations](#), Hôpital Marmottan, septembre 2019
- [Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine](#), Respadd, 2014
- [Contribution à la mise en place d'un programme d'échanges de seringues en pharmacie](#), Respadd, décembre 2011
- [Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogue par voie intraveineuse](#), INPES, juillet 2009
- « Dépendance aux opiacés », cahier de formation du Moniteur des Pharmacies, 30 septembre 2017
- Fiche professionnelle, « rappels de prescription et délivrance, médicaments de substitution aux opiacés », Addict'Lim, mai 2013
- [Surdosage et overdose d'opioïdes : point sur l'offre thérapeutique de la naloxone en France](#) -point d'information, ANSM, 2 septembre 2019
- [Nalscue versus Prenoxad](#), centre d'addictovigilance de Paris, mai 2019
- [Pratique des TSO en officine](#), Journée Respadd pharmaciens et addictions, Karine Pansiot, 25 novembre 2014
- [Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes, feuille de route 2019-2022](#), ministère des Solidarités et de la Santé
- « Pharmaciens et addictions, mode d'emploi » – brochure proposée par ASUD
- « Accepter de fournir des traitements de substitution aux opiacés, sociologie des pharmacies Nantaises », mémoire de Steven Gambara, Master 1 Sciences Sociales et Criminologie, 2018-2019
- « Les pharmacies parisiennes et la délivrance des TSO », Observatoire des Droits des Usagers, octobre 2018
- « La délivrance de TSO en pharmacies d'officine dans la ville de Nantes en 2019 », Observatoire des Droits des Usagers
- [La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues \(CAARUD\), recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM](#)

- [La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les CSAPA](#), recommandation de bonne pratique, HAS, septembre 2019
- [« Abus, usage « récréatif », addiction, dopage... la lutte contre le mésusage du médicament »](#), les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens, mai 2015
- [Le dispositif de soins en addictologie « Repérer, prendre en charge, orienter : des ressources pour les professionnels de premier recours »](#), MILDECA, septembre 2019
- [Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques](#), ANSM, février 2019
- [Les programmes d'échange de seringues, la réduction des risques et les pharmaciens](#), thèse de pharmacie de Clément Penicaud, octobre 2017
- [Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022](#), MILDECA, janvier 2019
- [Faire accepter les lieux de réduction des risques – un enjeu quotidien](#), G. Le Naour, C. Hamant, N. Chamard-Coquaz, mai 2014
- « La réduction des risques et des dommages dans les addictions », Dr Magnin, mai 2017
- [« Opiacés – des médicaments sous surveillance »](#), Revue pharma n°166, septembre 2019
- [« Evolution de l'implication du pharmacien d'officine dans la prévention des dommages liés à l'usage de drogues et la dispensation des traitements de substitution »](#), N. Bonnet, P. Beauverie, M. Gaudoneix Taïeb, N. Poisson, E. Imbert, G. Fournier, avril 2001
- [Le Flyer N°54](#), février 2014
- [« Réduction des risques selon les produits »](#), [Le Flyer N°57](#), novembre 2014
- [Journée Nationale de l'échange de seringues en pharmacies](#), actes de la journée, 26 mars 2001
- [La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes](#), Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec, juin 2009
- [« Loi de Santé et RdR : Renforcer la Réduction des Risques \(RdR\) liés à la consommation de substances psychoactives »](#), plaidoyer inter-associatif, mars 2015
- [« Kits naloxone, antidote des overdoses aux opiacés »](#) - fiche patient, Le Flyer
- [Place du pharmacien d'officine dans le dispositif de réduction des risques liés à l'usage de drogues](#), thèse de pharmacie de Kevin Condé, juin 2013
- [L'essentiel sur ... la réduction des risques et des dommages : une politique entre humanisme, sciences et pragmatisme](#), MILDECA, 29/09/2020
- [La réduction des risques](#), CRIPS Ile de France, consulté le 6 janvier 2023
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, [Drogues, Chiffres clé](#), 8^{ème} édition, juin 2019
- RCP des produits évoqués dans le document : méthadone, Subutex[®], Suboxone[®], Nalscue[®], Prenoxad[®] – consultés le 6/12/2020
- [Prévention des surdoses : la naloxone sous forme de spray nasal est désormais disponible](#), Fédération Addiction, 24/01/2022
- Nyxoïd, [avis de la HAS](#) du 06/03/2020
- [L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie en 22 notions](#), Alain Morel, Pierre Chappard et Jean-Pierre Couteron, Dunod, Paris, 2012