



Le petit journal qui fait «le joint» entre les médecins et les pharmaciens du réseau TSR 87

Sommaire :

- Le haut seuil avenir du réseau -p1
- Stupéfiants et assimilés : prescription et délivrance -p3

Annexe 1- Mentions obligatoires et recommandées pour l'ordonnance du médecin

Annexe 2- tableau réglementation des médicaments assimilés aux stupéfiants

Rédacteur en chef :
MOREAU D.

Comité de rédaction :

ARTHUS M.
BONNEL A.
BOYE S.
CHANTEGROS L.
CHEVALIER C.
COLLIN F.
COGNARD P.
DURENGUE L.
GALINAT D.
NGUYEN A.
ROUYER V.
VILLEGER P.

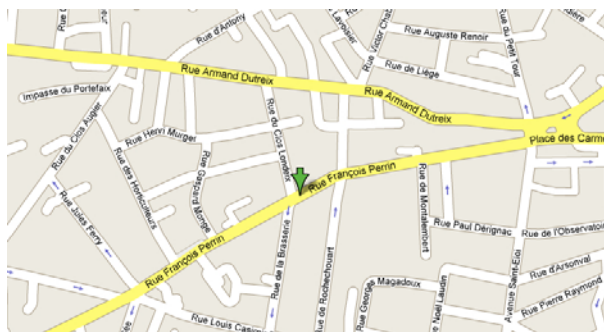
Secrétaire:
BUISSON M.

FERIAL M.L marraine du
petit journal

LOMBERTIE E.R. parrain
du petit journal

CHANGEMENT D'ADRESSE :

De nouveaux locaux pour le centre BOBILLOT!
80 rue François PERRIN à Limoges
Téléphone: 05 55 34 43 77
Fax: 05 55 77 30 28



Une nouvelle trésorière à TSR 87:

Président

Pierre COGNARD
Pharmacien

Secrétaire

Dr Catherine CHEVALIER
Médecin hospitalier

Trésorière

Dr Danielle GALINAT
Médecin généraliste

Le rédacteur en chef du joint présente des rectifications:

⇒ Joint n°28 de juin 2006 p2 dans l'article
« MODALITES DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE DU TRAITEMENT PAR LE CHLORYDRATE DE METHADONE »

Les interactions médicamenteuses de la méthadone sont :

contre-indication stricte : agoniste-antagoniste morphinique. Il s'agit de buprénorphine, pentazocine, nalbuphine. Il y a diminution de l'effet antalgique par blocage compétitif des récepteurs, avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage.

Pour mémoire un petit rappel :

La méthadone est un agoniste des récepteurs opiacés qui agit principalement sur les récepteurs μ . Le Subutex est un agoniste-antagoniste morphinique et se fixe au niveau des récepteurs cérébraux μ et K.

La naltrexone est un antagoniste des opiacés. Le dextropoxyphène est un antalgique périphérique opioïde ; contre-indication absolue avec les agoniste-antagoniste morphinique : buprénorphine (SUBUTEX), pentazocine, nalbuphine

⇒ Joint hors série de septembre 2006 spécial
« charte du réseau »
Thèses effectuées avec **TSR/IRST10**

LE HAUT SEUIL AVENIR DU RESEAU

L'avènement du virus du sida a contribué à la responsabilisation des usagers de drogues par voie intraveineuse. Ceci a été légalement possible à travers la politique de prévention et de diminution des risques de transmission du virus du sida et par la mise à disposition des soignants des médicaments et traitements de substitution.

Sont apparues deux notions de prise en charge : celle de « bas seuil » et celle de « haut seuil ».

Suite de l'article p2 ⇒

LE HAUT SEUIL AVENIR DU RESEAU - Suite de la p1

La politique de diminution et prévention des risques en matière de transmission du virus du sida correspond à du bas seuil (accès à l'échange de seringues, bus méthadone, slipping, boutiques...). Le haut seuil implique une triple démarche : du soin médical, une prise en charge psychologique et sociale. L'utilisateur devient un « patient ». On cherche à faire entrer l'utilisateur dans le soin. Or nous sommes des soignants....

En Haute-Vienne, l'exigence du haut seuil portée à bout de bras par le C.H. ESQUIROL, s'est très tôt manifestée dans la création du réseau Ville-Hôpital (1996). L'Hôpital a exigé le haut seuil, les patients ont été les premiers à devoir s'y résoudre... mais force est de constater que le bas seuil permet un accès plus " large " aux médicaments, mais quid du traitement ?

Cette exigence a pu contrarier une vision « rapide » de mise en place de soins que permettait la mise à disposition des médicaments de substitution. Un vent d'espoir a permis de

mettre en équation : traitement de substitution = médicament de substitution ! Cette équation était d'autant plus accessible que l'espoir était au rendez-vous pour beaucoup, car le succès fut immédiat. (Cf la courbe de décroissance des ventes de NEOCODION® et la courbe d'augmentation du SUBUTEX®, ou le nombre de mort par « overdose », divisée par dix en dix ans...).

Or, la mise en œuvre de nouvelles réalisations "bas seuil" ne semble pas nécessaire aujourd'hui en Haute-Vienne, à la différence d'autres régions (PARIS, région Paca...) mais cette situation n'est pas partagée par tous en ville d'autant que les réalisations " haut seuil " ne se mettent pas en place rapidement, et que le haut seuil nécessite l'implication de la ville autant que de l'hôpital. Les actions des participants de l'un ou l'autre concept, voyant dans chaque tentative d'action de l'autre, l'éloignement de la réalisation de ses propres actions... et ceci d'autant que les financements ne sont pas extensibles... Chacun percevant alors l'autre comme étant

« un grain de sable » risquant de paralyser la mécanique. Alors que faire ? Comment avancer ?

Notre première exigence est d'affirmer que **nous voulons travailler ensemble**.

Dès lors la notion de « réseau de santé » semble un outil pour parvenir à concilier le développement d'un modèle de « haut seuil » et **permettre à tous de participer**. Le réseau peut nous permettre de parvenir à la réalisation du haut seuil, il en est de même pour **l'organisation nécessaire** ; car si on ne peut prétendre faire l'unanimité, il est obligatoire pour la réussite de l'idée de haut seuil de vouloir la participation de tous : ville et hôpital.

L'avenir du « haut seuil » est dans l'idée même de réseau de santé, qui doit nous permettre de construire ensemble un socle de réflexion, de pratiques, une volonté commune. **Tout ceci est inscrit dans la charte** : c'est le patient qui est au centre du dispositif, la **disponibilité du soignant vis-à-vis du patient addict**, lui permet d'être une personne responsable et auto-

*L'avenir du
« haut seuil »
est dans
l'idée même
de réseau de
santé*

nome.

La mission première du réseau est de permettre la réflexion et la discussion des approches différentes sur le soin, n'attendons pas les générations futures de soignants pour leur laisser le chantier du «**décloisonnement**», ouvrons les débats, confrontons nos réflexions, précisons nos points de vue !

Le réseau est à la fois la **volonté** de cette exigence mais aussi l'exigence de travailler ensemble. **Le réseau est médiateur**, c'est-à-

dire : non pas objet médian de conflit, mais outil de résolution des conflits. Il nous faut dire notre histoire, voir la transcrire, tous acteurs confondus ; **il nous faut nous réunir dans cette nouvelle trajectoire, créer nos outils.**

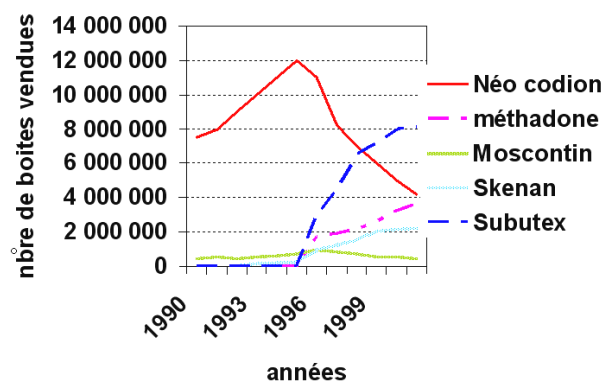
Aujourd'hui, faire le constat de dire que la demande de haut seuil de l'hôpital, n'as pas été entendue par les acteurs de la ville en Haute-Vienne, quelles qu'en soient les causes, c'est nous voulons le croire un point impor-

tant pour mettre en œuvre la Loi du 4 Mars 2002 : bâtir un réseau sur l'exigence d'un haut seuil qui intégrerait le médico, le psycho et le social.

Pierre COGNARD

Pharmacien

Président de TSR 87.



STUPEFIANTS ET ASSIMILES

SUBUTEX
STUPE-
FIANT ?
PAS STUPE-
FIANT ?

ET NON.....

Le Subutex n'est pas un stupéfiant mais un médicament classé en liste 1.

Vous pouvez vérifier sur le VIDAL.

Cependant il y a une réglementation spécifique.

ET LA METHADONE ?
STUPEFIANT ? PAS
STUPEFIANT ?

C'est plus simple, en général tous les médecins et les pharmaciens le savent : OUI.

Rappel pour les médecins et les pharmaciens :

PAS DE PRIMO-PRESCRIPTION EN VILLE de METHADONE.

Mais la prescription et la dispensation des STUPEFIANTS ce n'est simple ni pour le médecin ni pour le pharmacien.

Article R5132-30 : « Il est interdit de prescrire des médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants pour un traitement d'une durée supérieure à vingt-huit jours. Cette durée peut être réduite à quatorze jours ou à sept jours pour certains mé-

dicaments désignés, après avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé. La délivrance fractionnée d'un médicament classé comme stupéfiant ou soumis à la réglementation des stupéfiants peut être décidée, après avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé. L'arrêté mentionne la durée de traitement correspondant à chaque fraction. Toutefois, le prescripteur peut, pour des raisons particulières tenant à la situation du patient, exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention "délivrance en une seule fois". »

Dr Dominique MOREAU

**« le Subutex
n'est pas un
stupéfiant mais
un médicament
classé en liste**

1 »



Introduction

« Bonjour Docteur, c'est la pharmacie, je vous appelle au sujet de l'ordonnance de Monsieur X... qui est sous traitement SUBUTEX, vous n'avez pas écrit la posologie en toutes lettres, est ce que vous pouvez me refaire l'ordonnance s'il vous plait... »

Cet exemple d'entretien téléphonique médecin/pharmacien est un exemple parmi tant d'autres sur l'aspect très réglementaire de l'ordonnance qu'exigent les pharmaciens.

La loi est très stricte sur les règles de pres-

cription, de délivrance et d'approvisionnement des médicaments et encore plus sur les stupéfiants. Le pharmacien comme le médecin encourrent des risques importants (pénal et déontologique).

Les règles qui suivent proviennent du code de la santé publique et du code pénal. Il n'y a pas ici référence au code de la sécurité sociale (et donc au remboursement des médicaments). La réglementation des substances vénéneuses a été nécessaire à la suite de célèbres affaires d'empoisonnement

criminel. Le régime actuel des substances vénéneuses est issu d'une législation apparue au XIX^{ème} siècle.

La réglementation actuelle des substances vénéneuses s'appuie sur des travaux réalisés essentiellement sous l'égide de l'organisation mondiale de la santé.

La France applique en ce qui concerne les stupéfiants des textes conformes aux conventions internationales. Et elle applique la convention de Vienne sur les substances psychotropes (convention signée le 21 février 1971).



Les substances vénéneuses

Les notions de liste I, liste II, stupéfiants, ... vous semblent un peu flou, voici quelques définitions du code de la santé publique.

Une **substance vénéneuse** est une substance dont l'administration peut engendrer des **effets nocifs**. Ces effets peuvent être utilisés à des **fins criminelles** mais également être source d'accident à l'occasion de leur utilisation à des **fins théra-**

peutiques.

C'est pourquoi il est nécessaire de réserver ces substances vénéneuses à la **prescription médicale**, afin d'en garantir un emploi judicieux.

Elles ne peuvent être délivrées sans ordonnance.

Les pharmaciens sont **autorisés** à effectuer la première délivrance de médicaments substances vénéneuses que sur présentation d'une **ordonnance datant de moins de trois mois**.

L'article L. 5132-1 du code de la santé publique indique : Sont comprises comme substances vénéneuses :

- 1° Les substances dangereuses classées selon les catégories définies à l'article L. 5132-2*
- 2° Les substances stupéfiantes
- 3° Les substances psychotropes
- 4° Les substances inscrites sur la liste I et la liste II définies à l'article L. 5132-6*.

On entend par « substances » les élé-

* Articles disponibles sur le site www.legifrance.gouv.fr

ments chimiques et leurs composés comme ils se présentent à l'état naturel ou tels qu'ils sont produits par l'industrie, contenant éventuellement tout additif nécessaire à leur mise sur le marché. On entend par « préparations » les mélanges ou solutions composés de deux substances ou plus.

La liste I comprend les substances ou préparations, médicaments et produits pré-

sentant les **risques les plus élevés** pour la santé.

La délivrance de ces médicaments ou substances **ne peut être renouvelée que sur indication écrite du prescripteur** précisant le nombre de renouvellements ou la durée du traitement.

La liste II comprend les substances ou préparations et les médicaments et produits présentant des **risques moins élevés** pour la

santé. La délivrance de ces médicaments ou substances **peut être renouvelée** lorsque le prescripteur ne l'a pas expressément interdit.

Vous avez compris que la définition des substances vénéneuses n'est pas simple et qu'elle englobe un grand nombre de substances... dont **Les substances stupéfiantes** ; sujet qui nous intéresse et que nous allons développer.

Les substances stupéfiantes

I. Règles de prescription des stupéfiants et assimilés

1. Durée de prescription

Une prescription de médicaments stupéfiants **ne peut être faite pour une durée de traitement supérieure à 28 jours**. Pour certains médicaments désignés par arrêtés, cette durée peut être réduite à 14 jours ou 7 jours.

2. Chevauchement d'ordonnance

Une nouvelle ordonnance comportant une prescription de stupéfiants **ne peut être établie** par le médecin **pendant la pé-**

riode déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, **sauf si le prescripteur en décide autrement par une mention expresse portée sur l'ordonnance.**

(art. R. 5132-30 du CSP)

Exemple : « en complément de l'ordonnance du ... » ou « en connaissance de l'ordonnance du... ».

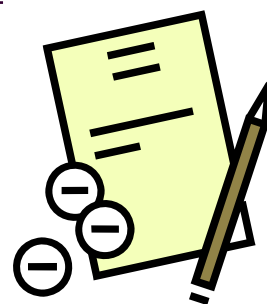
3. Mentions obligatoires et recommandées pour l'ordonnance du médecin

Cf Annexe 1

4. Prescription et informatrice

En ce qui concerne l'ordonnance sécurisée, **en tant que support de prescription : elle ne peut pas être imprimée sur ordinateur**. En effet, elle doit répondre à des spécifications techniques précisées comme annexe 1.

En ce qui concerne la **prescription des stupéfiants elle-même**, il ne ressort pas des articles (R. 5132-3, R. 5132-4 et R. 5132-29 du code de la santé publique) que la rédaction de l'ordonnance doit être manuscrite. Cepen-



dant, la rédaction manuscrite semble de nature à limiter les possibilités de falsifications de prescription par informatique notamment. Le pharmacien d'officine connaissant souvent le prescripteur, détectera dans ce cas plus facilement une falsification.



II. la délivrance des stupéfiants

1. Fractionnement

La délivrance de certains médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants doit être fractionnée. La durée de traitement correspondant à chaque fraction est définie par arrêté. Le prescripteur peut, pour des raisons particulières tenant à la situation du patient, exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention « délivrance en une seule fois ». (art. R. 5132-30 du CSP)

L'ordonnance ne peut être exécutée dans sa totalité ou pour totalité de la fraction du traitement que si elle est présentée dans les 24 heures suivant sa date d'établissement ou sui-

vant la fin de la fraction précédente. Si elle est présentée au-delà de ce délai, elle ne peut être exécutée que pour la durée de la prescription ou de la fraction de traitement restant à courir. (art. R. 5132-33 du CSP)

Le pharmacien est tenu de déconditionner la spécialité pour ne délivrer que le nombre exact d'unités thérapeutiques prescrites.

2. Ordonnancier informatique en officine

L'ordonnancier est un registre dont le but est le suivi du médicament. Chaque médicament délivré contenant une substance vénéneuse y est inscrit avec un numéro propre et les

coordonnées du patient. Une question récurrente des pharmaciens : « est ce que l'ordonnancier informatique est suffisant pour enregistrer les médicaments stupéfiants ? »

L'article R. 5132-34 prévoit notamment : "Sans préjudice de l'article R. 5132-9, l'exécution des ordonnances ou des commandes comportant des médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants fait l'objet d'une transcription sur un registre spécifique ou d'un enregistrement permettant une édition spécifique".

Ainsi, l'ordonnancier informatique peut être accepté si le logiciel

« Est-ce que l'ordonnancier informatique est suffisant pour enregistrer les médicaments stupéfiants ? »

permet une édition spécifique et une expression en unité thérapeutique.

De plus, l'article R. 5132-10 exige en particulier que "les registres, les enregistrements ainsi que les éditions de ces enregistrements par périodes maximales d'un mois sont **conservées** pendant une **durée de dix**

ans et sont tenus à la disposition des autorités de contrôle pendant la durée prescrite."

3. Mentions réglementaires à reporter sur l'ordonnance lors de la délivrance (Article 5132-13)

Pour chaque délivrance d'un médicament stupéfiant ou assimilé, le pharmacien doit reporter sur l'ordonnance :

- . le cachet du pharmacien
 - . le numéro d'enregistrement à l'ordonnancier
 - . quantité délivrée en toute lettre
 - . date d'exécution
- De plus, le pharmacien doit reporter sur le conditionnement :
- . le numéro d'ordonnancier
 - . le cachet du pharmacien



Tous les articles sont disponibles sur le site www.legifrance.gouv.fr

III. Cas des médicaments assimilés aux stupéfiants

Pour éviter les abus, 4 médicaments (SUBUTEX, ROHYPNOL, TRANXENE et

TEMGESIC), bien qu'inscrit sur la liste 1, nécessitent une réglementation similaire aux

stupéfiants. Vous trouverez une synthèse pratique de ces médicaments en annexe 2.

IV. Sanctions

Le médecin, le pharmacien et leurs remplaçants ont leurs propres responsabilités pénales, civiles et professionnelles.

L'article pénal du **code de la santé publique**, sanctionnant les **infractions à la réglementation sur les substances vénéneuses** (et notamment les stupéfiants) est l'article L. 5432-1 du code de la santé publique (**deux ans d'emprisonnement et 3750 € d'amende**).

Par ailleurs, l'article

222-34 du **code pénal** dispose : "Le fait de diriger ou d'organiser un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants est puni de la **réclusion criminelle à perpétuité** et de **7 500 000 euros d'amende**. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté

sont applicables à l'infraction prévue par le présent article."

André NGUYEN
Pharmacien
Animateur du RSVHA*

Article validé par monsieur CHEVALIER inspecteur de la pharmacie.

Références

1. J-M de Forges et Collectif, *code de la santé publique*, Paris, édition 2006.
2. www.legifrance.gouv.fr

* Réseau de santé ville hôpital en addictologie

TSR 87

24 rue de la mauvendièrre
87 000 Limoges

Téléphone/fax : 05 55 05 99 00

Email : tsr.87@wanadoo.fr



6 rue Ventenat 87000 Limoges
☎ 05 55 33 61 07 ☎ 05 55 33 61 08



cirdd-limousin@orange.fr
<http://www.cirdd-du-limousin.com>

AGENDA*

- Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT)
« **Insertion / désinsertion des toxicomanes** »

Du 1^{er} au 2 février 2007 à Orléans

- Groupe International du Réveillé en Psychanalyse (GIREP)
« **Addictions et dépendances** »

Le 5 mars 2007 à Paris

- Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie
« **Alcool et adolescence** »

Le 9 mars 2007 à Paris

- Institut de Recherches et d'Enseignement sur les Maladies Addictives (IREMA)
« **La personne alcoolique : rencontre, accompagnement, soin.** »

Du 13 au 16 mars 2007
Et du 22 au 27 mai 2007 à Paris

- Institut de Recherches et d'Enseignement sur les Maladies Addictives (IREMA)
« **Toxicomanies / polytoxicomanies. Réduction des risques, prévention, soin.** »

Du 20 au 23 mars 2007
Et du 29 mai au 1^{er} juin 2007 à Paris

* Pour plus de renseignements, s'adresser au CIRDD du Limousin

NOUVELLES ACQUISITIONS*

Ouvrages

📖 **A consommer avec modération**

M. CRAPLET – Odile Jacob - 2005

📖 **Comment arrêter de fumer ?**

HJ Aubin, P. Dupont, G. Lagrue – Odile Jacob - 2003

📖 **La fume. Smoking**

R. MOLIMARD – Sides édition - 2004

📖 **Le tabac en 200 questions**

B. LE MAITRE – Éditions De Vecchi – 2003

📖 **Rapport annuel 2006. État du phénomène de la drogue en Europe**

Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies - 2004

📖 **Tabacologie et sevrage tabagique**

J. PERRIOT – Éditions John Libbey Eurotext - 2003

📖 **Toxicomanies**

P. ANGEL, D. RICHARD, M. VALLEUR, E. CHAGNARD – Masson - 2005

* Les ouvrages peuvent être empruntés gratuitement. S'adresser au CIRDD du Limousin

Revues

📖 **Addictions**

n°14 – juin 2006, n°15 septembre 2006

📖 **Alcoologie et Addictologie**

Tome 28 n°2 – juin 2006, Tome 28 n°3 – septembre 2006

📖 **Le courrier des addictions**

Volume 8 n°2 – 2^{ème} trimestre 2006, Volume 8 n°3 – 3^{ème} trimestre 2006

📖 **Psychotropes**

Vol 12 n° 2 – 2^{ème} trimestre 2006

📖 **Réseaux Hépatites**

n°39 – juin 2006, n°40 – septembre 2006

📖 **SWAPS**

n° 43 – 2^{ème} trimestre 2006, n°44 – 3^{ème} trimestre 2006

📖 **THS La Revue des Addictions**

n° 28 – 1^{er} trimestre 2006, n°29 – 3^{ème} trimestre 2006

* Les revues peuvent être consultées gratuitement.

Articles du CIRDD Limousin rédigés par :

● Karine BONNAT ● Salomé BONNEAU ● Agnès TALLET ● Nassim ZAIMEN