



. Que faire des produits stupéfiants illicites à l'hôpital ?

Que faire en présence de malades détenant des produits stupéfiants illicites (cocaïne, héroïne, ecstasy, cannabis, etc.) ou des médicaments stupéfiants détenus illégalement (c'est-à-dire sans ordonnance justificative) au sein d'un établissement de santé ?

Jusqu'à il y a peu, en l'absence de recommandations officielles, ces produits étaient souvent confiés aux pharmacies à usage intérieur où ils étaient stockés, ce qui mettait le pharmacien dans une situation délicate à double titre. D'une part, les pharmaciens pouvaient être mis en cause pour détention illicite de produits stupéfiants ; d'autre part, ces produits n'étaient pas intégrés en comptabilité (registre des entrées et sorties des médicaments stupéfiants, géré par la pharmacie).

Le 13 avril 2011, le Ministère de la santé a diffusé les premières recommandations définissant la conduite à adopter par les personnels des établissements de santé en présence de stupéfiants illicites dans un hôpital¹. La présence de ces produits étant interdite, le personnel doit les remettre au directeur de l'établissement. Ces produits seront ensuite remis à la police ou la gendarmerie sans que l'identité du patient qui les détenait ne soit révélée. Un inventaire des produits devra être dressé et signé par le directeur, précisant notamment la date de remise et la quantité de produit. Ces produits ne doivent en aucun cas être stockés dans les pharmacies à usage intérieur, leur détention étant illicite.

Si le tableau clinique évoque la consommation de substance non identifiée, il est important d'en prélever un échantillon pour analyse (à adresser au laboratoire de pharmacologie et toxicologie, Hôpital Pellegrin), pour une meilleure prise en charge du malade.

Hélène Géniaux

1. *Instruction du 13 avril 2011* http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2011/04/cir_32904.pdf

. Recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé

Le site Internet de la Haute Autorité de Santé publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles¹. Un bilan de celles qui concernent la prévention ou la prise en charge de problèmes liés à la pharmacodépendance ou à l'abus à des substances psycho-actives, alcoolisme et tabagisme exceptés, fait en juin 2011, a permis d'en trouver onze en rapport avec des maladies ou des médicaments fréquents en médecine ambulatoire :

- trois sont ciblées sur les patients dépendants aux opiacés :
 - modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants aux opiacés
 - réduire les mauvaises utilisations de médicaments de substitution des opiacés,
 - stratégie thérapeutique pour les personnes dépendantes aux opiacés
- une concerne la prise en charge des consommateurs de cocaïne précisant qu'à l'heure actuelle aucun médicament n'est indiqué
- sept concernent des problèmes assez courants en médecine générale, non spécifiques de malades étiquetés « toxicomanes » :
 - prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire
 - céphalées chroniques quotidiennes : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge
 - prise en charge de l'adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale
 - affections psychiatriques de longue durée: troubles anxieux graves
 - modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé
 - abus, dépendance et polyconsommation
 - trouble dépressif récurrent ou persistant de l'adulte.

Marie Baumevielle

1. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233

. Galénique et détournement de médicaments

De nombreux médicaments peuvent être détournés du fait d'une forme galénique attractive. Ainsi, certaines spécialités destinées à la voie orale sont parfois utilisées par voie injectable (benzodiazépines, buprénorphine haut dosage), ce qui peut entraîner l'apparition de troubles infectieux locaux ou systémiques (notamment du fait de la présence d'excipients tels que talc, stéarate de magnésium, silice, etc.). D'autres médicaments peuvent également être détournés de leur utilisation à des fins de soumission chimique du fait de leur propriétés pharmacodynamiques, pharmacocinétiques ou galéniques : ainsi un médicament sédatif, désinhibiteur et amnésiant (comme une benzodiazépine, classe de médicaments les plus fréquemment suspects dans différentes enquêtes menées sur la soumission chimique¹) aura d'autant plus de risque d'être détourné qu'il a une résorption et une action rapide, une

demi-vie courte ainsi qu'un temps de délitement court, une absence de résidu ou de couleur ainsi qu'un goût non perceptible ou dissimulable. Enfin, une forme galénique peut également être « attractive » pour des enfants, comme par exemple le comprimé avec applicateur buccal (sucette) de fentanyl.

Des améliorations galéniques peuvent diminuer ou éviter le détournement de médicaments. Par exemple, en 1998, la galénique du flunitrazépam avait été modifiée avec une diminution de la solubilité, une efflorescence blanche en surface, l'ajout d'un colorant bleu et d'un pelliculage. Lors de l'évaluation avant l'AMM du risque d'abus et de dépendance d'une nouvelle forme galénique (une benzodiazépine avec une forme effervescente, par exemple), le risque de soumission chimique est depuis plusieurs années systématiquement évalué en France.

Un groupe de travail Recommandations galéniques et prévention du détournement des médicaments a été mis en place à l'Afssaps afin de faire des recommandations permettant de standardiser l'évaluation des médicaments pour lesquels une sécurisation est souhaitée (risque de soumission chimique, mais également de prise accidentelle chez l'enfant ou de détournement de la voie d'administration).
Amélie Daveluy

1. La Lettre d'Addictovigilance n°5

. L'association buprénorphine-naloxone arrive en France

Cette association (Suboxone®), a été récemment commercialisée sous la forme de comprimé sublingual et est indiquée dans le traitement substitutif de la pharmacodépendance aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique. L'ajout de naloxone est destiné à diminuer le mauvais usage de buprénorphine par voie intraveineuse. En effet, la naloxone est un antagoniste opiacé qui, administré par voie orale ou sublinguale, a peu d'effet pharmacologique en raison d'une faible absorption par ces voies d'administration et d'une courte durée d'action¹. Administrée par voie intraveineuse chez une personne dépendante aux opiacés, elle va en revanche, être à l'origine d'un syndrome de sevrage.

Ce médicament répond aux attentes de la Conférence de Consensus de juin 2004², qui proposait "que soient recherchées des procédures galéniques empêchant l'injection de comprimés ou gélules (gélifiants, antagoniste...)". C'est dans cette idée que la méthadone gélule avait été commercialisée (avec un gélifiant dans les excipients, limitant l'injection intraveineuse). Il ne s'agit évidemment pas d'une panacée, mais d'une spécialité de plus disponible pour le traitement de substitution. AD

1. Chiang CN et al. *Drug Alcohol Depend* 2003 ;70 : S39-S47 ; 2. HAS. *Conférence de consensus : stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, juin 2004*

. Clonazépam : prescription restreinte aux neurologues et aux pédiatres : mesure reportée au 15 mars 2012

Comme nous le disions dans la Lettre précédente, la prescription du clonazépam ne pourra être débutée que par un neurologue ou un pédiatre. Cette mesure, initialement prévue début janvier 2012, a été reportée au 15 mars 2012, afin de permettre aux prescripteurs de disposer de suffisamment de temps pour entreprendre et obtenir l'arrêt complet du clonazépam. L'Afssaps a publié une mise au point¹ précisant les modalités d'arrêt du clonazépam. AD

1. Afssaps. *Clonazépam (RIVOTRIL®) per os utilisé hors AMM (notamment dans la douleur, les troubles anxieux et du sommeil). Pourquoi et comment arrêter, décembre 2011.*

. Classement de la phentermine

La phentermine ou α,α -diméthylphénylamine est un anorexigène amphétaminique, dérivé de la phényléthylamine, dont la structure est très proche de l'amphétamine. Elle a été commercialisée en France comme anorexigène entre 1962 et 1988. La phentermine injectable était déjà classée sur la liste des stupéfiants, la phentermine orale était classée comme psychotrope. En raison du potentiel d'abus, de dépendance et de détournement de cette substance, de son profil amphétaminique, la phentermine (toutes présentations) est désormais inscrite sur la liste des stupéfiants¹. AD

1. *Journal Officiel* du 21 février 2012

. Théodrénaline + caféine sur liste I

Jusqu'ici inscrite sur liste II, l'association théodrénaline-caféine (Praxinor®) est désormais inscrite sur la liste I, en raison de cas de détournement (ainsi que d'effets indésirables cardiovasculaires, dus aux propriétés sympathomimétiques bêta). L'indication est l'hypotension orthostatique ; le SMR a été jugé insuffisant et cette spécialité n'est plus remboursée depuis plusieurs mois.
Françoise Haramburu

Centre d'addictovigilance - Département de pharmacologie - Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux - 33076
Bordeaux cedex

La lettre d'Addictovigilance est disponible sur :
www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr