

## RÉDUIRE LA MORTALITÉ PAR SURDOSE D'OPIOÏDE : FREINS ET LEVIERS DE LA DISTRIBUTION DE LA NALOXONE DANS LES ÉTABLISSEMENTS ACCOMPAGNANT LES USAGERS DE DROGUES

### RÉSUMÉ

Au printemps 2024, 262 professionnels intervenant auprès des usagers de drogues ont été interrogés sur leur activité de distribution et de prescription de naloxone, sur les freins et leviers de l'accès à cet antidote, et sur leurs propositions pour améliorer la situation.

### Résultats

Près de 8 répondants/10 travaillent dans une structure assurant la délivrance directe de naloxone. Parmi eux, 74% distribuent une forme intranasale et 56% une forme intramusculaire. Cependant, la grande majorité rapporte que leurs établissements distribuent moins de 4 antidotes par mois (74%).

Concernant la prescription, 57% des répondants déclarent travailler dans une structure dans laquelle la naloxone est prescrite. Dans ce cadre, 1 répondant sur 3 rapporte que la fréquence de prescription s'élève au plus à une fois par mois. Seuls 15% prescrivent plusieurs fois par semaine ou quotidiennement. La réelle délivrance suite à cette prescription est inconnue dans la majorité des cas. Certains rapportent avoir connaissance que l'ordonnance n'a pas permis l'accès à la naloxone (13%). Ainsi, seules 30% des prescriptions ont permis de manière certaine, l'accès à l'antidote.

Les usagers ont la possibilité d'en faire spécifiquement la demande dans moins de la moitié des structures et la naloxone est en accès libre dans 2,5% des cas.

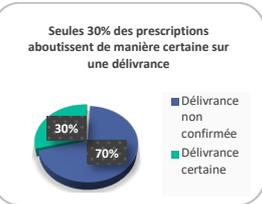
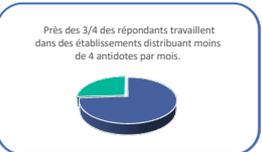
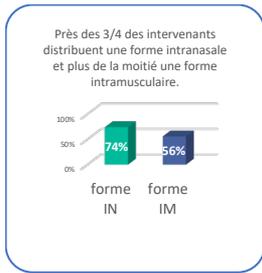
Les professionnels interrogés estiment pour la plupart que le nombre d'usagers dotés de naloxone est insuffisant et ce bien que la moitié des équipes communiquent avec des affiches, flyers, vidéos, ou même sur YouTube. Ce sentiment partagé par les professionnels est d'autant plus fort que 27% des intervenants savent qu'une partie des boîtes distribuées a été utilisée pour traiter des surdoses et que 11% déclarent que des usagers fréquentant leur établissement sont décédés d'une surdose d'opioïde dans l'année écoulée.

Les principaux freins à la distribution de naloxone rapportés sont : le cadre réglementaire – le prix – la stigmatisation et le regard social – le manque de formation – les pratiques professionnelles.

Les principaux leviers proposés sont : les outils d'information et la communication – les pratiques de systématisation de proposition et délivrance – la distribution immédiate et gratuite – la disponibilité au sein d'une structure des 2 formes, intramusculaire et intranasale.

Recommandations : Parce que la naloxone c'est l'affaire de tous, changeons les pratiques et optimisons les outils !

**Notre groupe de travail demande : (1) des dotations supplémentaires ; (2) une campagne de communication nationale, non ciblée sur les usagers de drogues ; (3) un allègement du cadre réglementaire ; (4) la gratuité et l'amélioration de l'accès en pharmacie ; (5) des formations pour changer les pratiques et des logiciels facilitant le rappel de prescription et délivrance.**



## 1- Préambule

En France, 4 000 personnes sont victimes de surdoses d'opioïdes, 2 800 sont hospitalisées et 400 en décèdent chaque année<sup>1</sup>. La réduction des décès liés aux surdoses dépend largement de l'accès et de la distribution du médicament antidote, la naloxone. Pourtant, les données de vente de la naloxone mettent en exergue une insuffisance notoire de la diffusion de ce médicament.

Pour mieux comprendre cette situation et proposer des solutions de remédiation, un groupe de réflexion constitué de professionnels des soins, de la réduction des risques et de la prévention en addictologie ainsi que de représentants des usagers, travaille sur l'analyse des freins et leviers de la distribution de naloxone.

Dans cette perspective, des questionnaires ont été adressés à diverses catégories de professionnels qui ont tous un rôle majeur dans l'accès à la naloxone : les médecins, les pharmaciens et les professionnels de la réduction des risques et de l'addictologie.

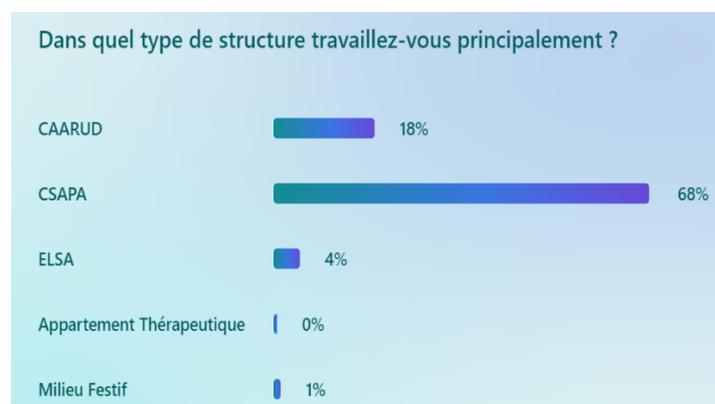
Ce document présente les résultats du questionnaire qui a été adressé aux professionnels de la réduction des risques pour usagers de drogues, intervenant dans les différents types d'établissement du champ.

## 2- Méthode

Un auto-questionnaire en ligne a été réalisé par le groupe de travail et diffusé auprès des professionnels par les associations « têtes de réseaux » et les fédérations, en utilisant différents canaux : mail, newsletters et réseaux sociaux. La période de diffusion couvre la période du 21 mai 2024 jusqu'au 21 juillet 2024.

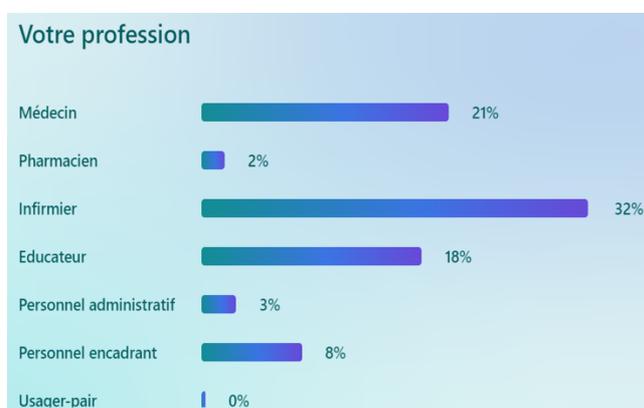
## 3- Les répondants

262 personnes ont répondu à ce questionnaire. Il s'agit en grande majorité (68%) de professionnels de CSAPA, puis dans une moindre mesure de professionnels de CAARUD (19%), d'ELSA (5%), les autres types d'établissements et associations constituant 8% des répondants.



<sup>1</sup> (1) Rapport ANSM. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. Février 2019 ; (2) Observatoire Français des Médicaments Antalgiques. Population générale 2015 (Source SNIIRAM) ; (3) Observatoire Français des drogues et des tendances addictives (OFDT). Décès directement liés aux drogues (DDL). 2019 ; (4) Enquête annuelle Décès Toxiques par Antalgiques. Résultats 2021 ; (5) OFDT RAIEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES EN FRANCE ; (6) Suivi national d'addictovigilance de la méthadone. Rapport d'expertise. Novembre 2019 ; (7) Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances (DRAMÉS). Principaux résultats de l'enquête. 2022

Concernant les professions des répondants, il s'agit majoritairement d'infirmiers (33%), de médecins (21%) et d'éducateurs (19%). Viennent ensuite les personnels administratifs et encadrants (12%). L'ensemble des autres catégories de professionnels représentent 15% des retours : il s'agit de pharmaciens, de psychologues, d'usagers pairs, d'animateurs, d'assistantes sociales et de chargés de prévention.



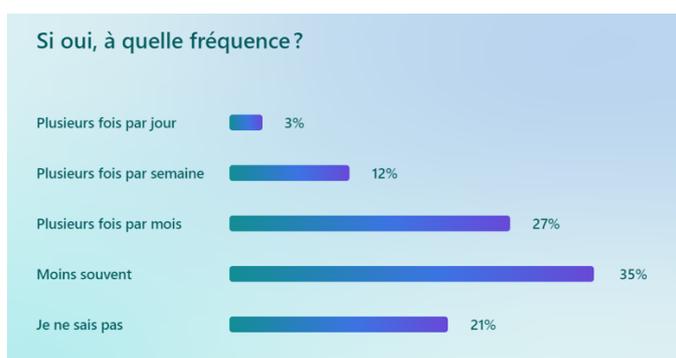
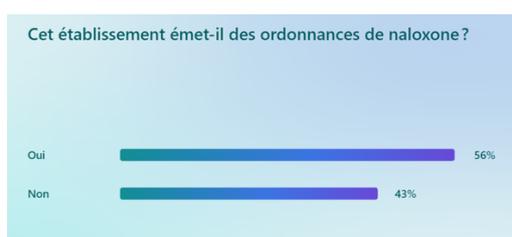
Les résultats qui vont suivre sont à lire et interpréter au regard de la typologie des répondants, en grande majorité des soignants de CSAPA.

#### 4- La distribution de naloxone

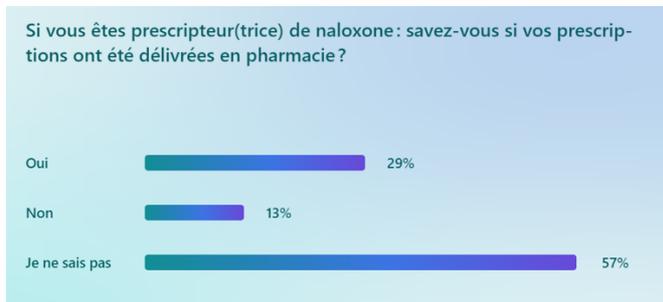
Les premiers résultats concernent la façon dont la naloxone est proposée et distribuée.

##### 4.1. La diffusion de naloxone par prescription

Les répondants travaillent en majorité (56%) dans des établissements où la naloxone est prescrite. Mais dans plus d'un tiers de ces établissements prescripteurs (35%), la naloxone est prescrite au plus une fois par mois. 27% prescrivent plusieurs fois par mois, et 15% prescrivent plusieurs fois par semaine ou quotidiennement. 21% ne connaissent pas la fréquence des prescriptions.



La majorité (57%) des professionnels d'établissements qui prescrivent ne savent pas si l'ordonnance a abouti à une délivrance en pharmacie. 13% savent que l'ordonnance n'a pas permis l'accès à la naloxone. Seules 30% des prescriptions ont permis de manière certaine l'accès à la naloxone.

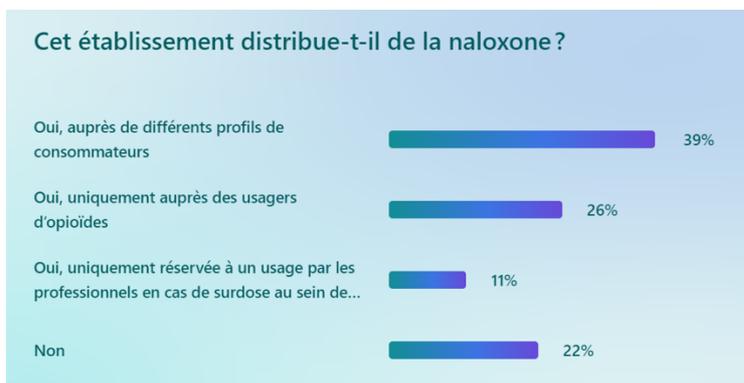


#### 4.2. La diffusion de naloxone par délivrance directe

77% des intervenants déclarent que leur structure assure la délivrance de naloxone directement aux usagers et/ou patients et 23% mentionnent que leurs établissements ou associations n'en délivrent pas.

Parmi les établissements qui délivrent de la naloxone :

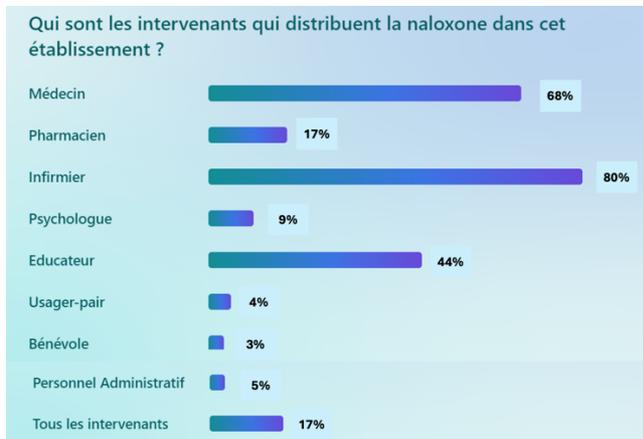
- Dans 15% des cas la naloxone est réservée à un usage par les professionnels en cas de surdose au sein de l'établissement ou au contact d'une équipe de rue. Il ne s'agit donc pas de délivrance directe aux usagers de drogues / patients.
- Dans 34% des cas, la naloxone est proposée et délivrée uniquement aux usagers d'opioïdes.
- Enfin, dans 51% des cas, la naloxone est proposée et délivrée à divers profils de consommateurs, prenant en considération des contextes de consommation ou les produits consommés par les partenaires de consommation etc.



Les répondants au questionnaire sont en grande partie (80%) des personnes investies dans la distribution de la naloxone.



Cela s'explique par le profil des répondants à l'enquête, majoritairement des soignants et des éducateurs, alors qu'ils déclarent que dans leurs structures, ce sont précisément ces professions qui sont amenées à distribuer la naloxone. En effet, nous observons que dans 16% des structures, tous les intervenants ont la capacité de distribuer la naloxone mais dans tous les autres, seules certaines catégories de professionnels ont la charge de la distribution, notamment les infirmiers dans 80% des établissements, les médecins dans 68%, les éducateurs dans 47%, les pharmaciens dans 17%.



### 4.3. La proposition de naloxone

#### Modalités de distribution

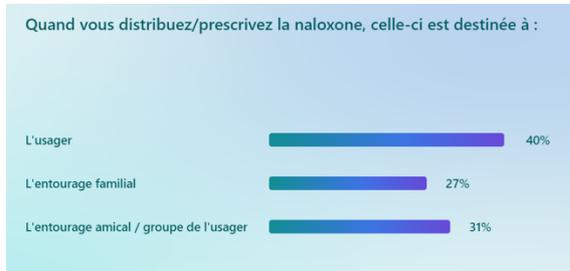
Les modalités de proposition de la naloxone sont très variables d'une structure à l'autre. Dans la plupart des établissements, ces modalités sont multiples. Parmi les 202 intervenants qui distribuent directement la naloxone : 85% la proposent au cours d'entretiens individuels, 70% au moment de la distribution de matériels de consommation à moindres risques, 59% au cours de consultation médicale, 41% au moment de la délivrance des traitements de substitution aux opiacés. La moitié des équipes communiquent avec des affiches, flyers, vidéos, sur YouTube, et 17% au cours de journées de sensibilisation. Les usagers ont la possibilité d'en faire spécifiquement la demande dans moins de la moitié des structures ; enfin elle est en accès libre dans 2,5% des cas.

Certaines équipes la distribuent de manière systématique lors du premier accueil. Enfin d'autres indiquent distribuer lors de leurs visites en milieu carcéral, lors d'événements festifs, ou à l'occasion de consultations TROD / fibroscan.



### Cible de la diffusion

La quasi-totalité des intervenants (98%) ciblent directement l'utilisateur lorsqu'ils distribuent la naloxone ; mais 66% ciblent aussi l'entourage familial des consommateurs d'opioïdes et 75% l'entourage amical et les partenaires de consommation des usagers d'opioïdes."



### Formes proposées et/ou prescrites

74% des intervenants distribuent une forme intranasale de naloxone et 56% une forme intramusculaire de naloxone.

| Types de naloxone distribuées         | Nb |
|---------------------------------------|----|
| Forme intramusculaire seule           | 53 |
| Forme intranasale seule               | 60 |
| Formes intranasale et intramusculaire | 89 |

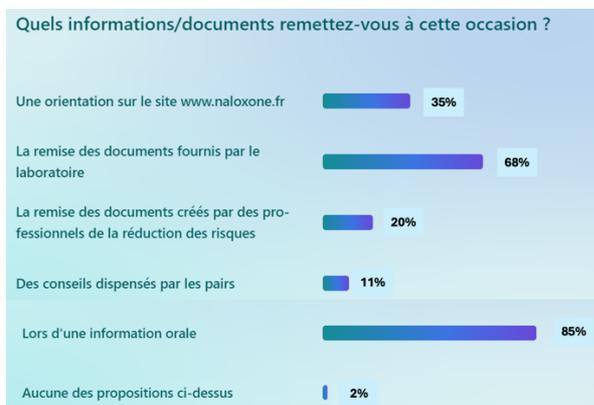


### 4.4. Accompagnement et suivi de la distribution de naloxone

#### Messages de prévention et documentation transmis

La grande majorité des professionnels (85%) accompagnent la distribution de naloxone de messages oraux. Dans 64% des cas, le médicament est accompagné des supports produits par les laboratoires et dans 20% des cas par des supports créés par les équipes de RDR ou d'addictologie. En outre 35% orientent les usagers vers le site [www.naloxone.fr](http://www.naloxone.fr).

5 intervenants indiquent qu'aucune information n'est remise lors de la mise à disposition de la naloxone, il s'agit des endroits où la naloxone est en accès libre.



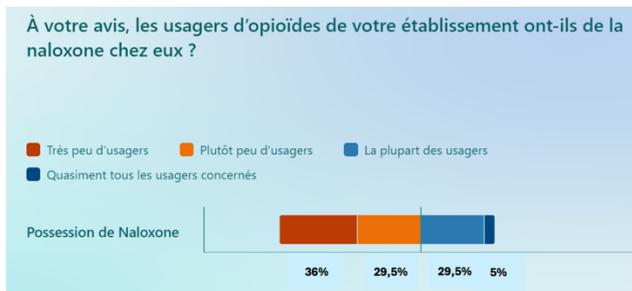
### Quantités distribuées

Seuls 98 répondants sur 202 (49%) ont su quantifier le nombre de doses de naloxone distribuées sur leur lieu d'exercice. Dans la majorité des cas (56%), leur structure distribue entre 10 et 49 antidotes sur l'année. Dans 18% des cas, elle en distribue moins de 10 par an, et dans 15% des cas entre 50 et 100 par an. Seules 10% des intervenants sont dans des structures distribuant plus de 100 boîtes de naloxone par an.

| Quantité de naloxone diffusée par an | Nb structures | %   |
|--------------------------------------|---------------|-----|
| Moins de 10                          | 18            | 18% |
| Entre 10 et 49                       | 55            | 56% |
| Entre 50 et 100                      | 15            | 15% |
| Entre 101 et 150                     | 6             | 6%  |
| Entre 151 et 250                     | 2             | 2%  |
| Plus de 250                          | 2             | 2%  |

Au regard des quantités distribuées, les répondants sont plutôt critiques sur le niveau de dotation en naloxone des usagers consommateurs d'opioïdes de leur structure. Ainsi, 65% estiment que peu d'usagers voire très peu d'usagers d'opioïdes sont dotés de naloxone :

| Niveau de dotation en naloxone | Nb structures | %     |
|--------------------------------|---------------|-------|
| Quasiment tous les usagers     | 13            | 5%    |
| La plupart des usagers         | 78            | 29,5% |
| Plutôt peu d'usagers           | 77            | 29,5% |
| Très peu d'usagers             | 94            | 36%   |

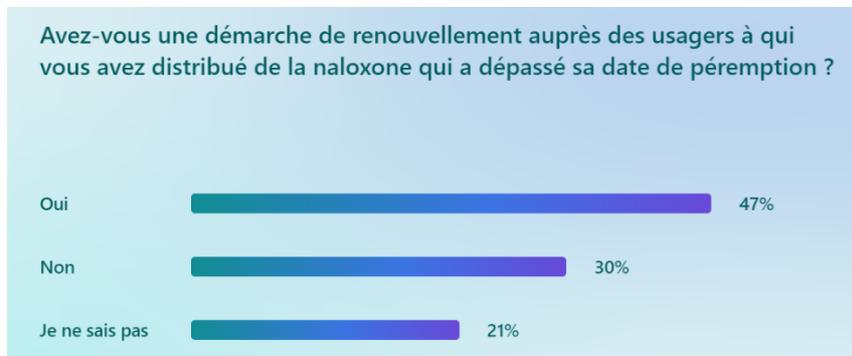


### Suivi de l'utilisation et renouvellement de la naloxone

60% des répondants ne savent pas si la naloxone distribuée a servi aux bénéficiaires ou non. 27% des intervenants savent qu'une partie des boîtes distribuées a été utilisée pour traiter des surdoses et 12% indiquent que les boîtes n'ont jamais été utilisées.

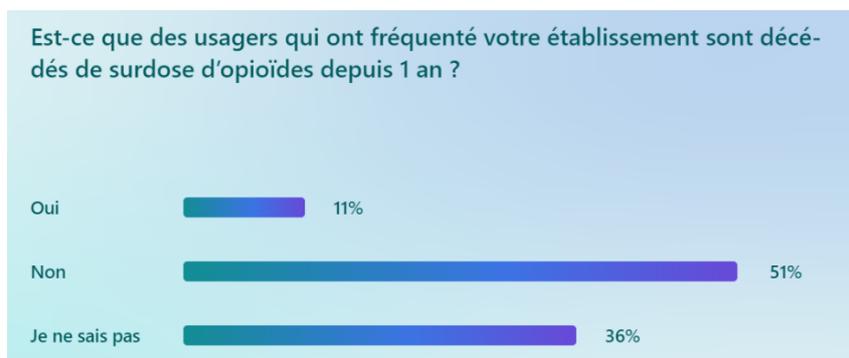


Outre le suivi des renouvellements à effectuer après utilisation, se pose la question du renouvellement en cas de péremption des boîtes. Dans 47% des cas, les répondants ont une démarche de renouvellement des boîtes périmées ; les autres n'en ont pas ou ne savent pas si une procédure de traçabilité et de remplacement existe dans leur structure.

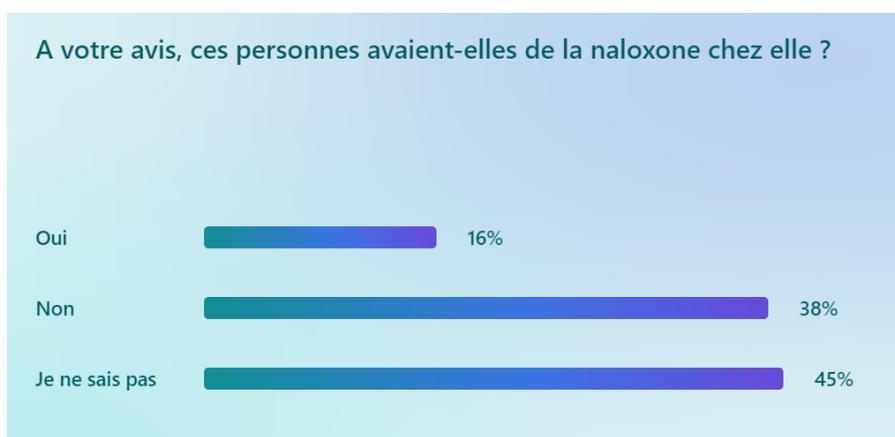


## 5. Décès par surdose au sein de la file active

11% des répondants déclarent que des usagers fréquentant leur établissement sont décédés d'une surdose d'opioïde dans l'année écoulée. 51% indiquent qu'il n'y a pas eu de décès par surdose d'opioïde au sein de leur file active et 36% ne savent pas.



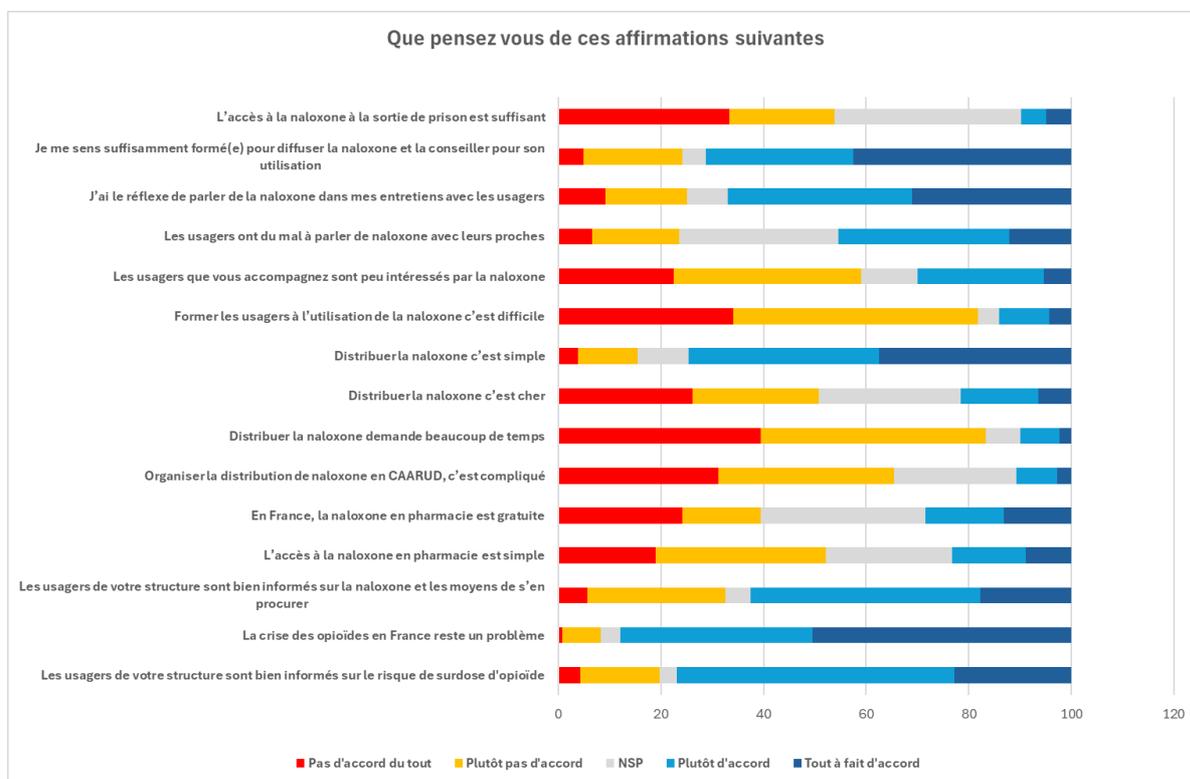
Concernant les usagers décédés, 16% avaient reçu auparavant de la naloxone. Pour les autres, soit les répondants pensent qu'ils n'en avaient pas (38%) soit ne savent pas s'ils en possédaient (45%).



## 6. Conscientisation de la problématique des surdoses et de la distribution de l'antidote

Une série d'affirmations ont été posées aux professionnels. Les résultats mettent en évidence :

- 1) La conscientisation que la crise des surdoses en France reste un problème
- 2) Un regard plutôt positif sur le niveau d'information des usagers sur les surdoses et sur la naloxone
- 3) Un sentiment de simplicité pour organiser la distribution de la naloxone et la distribuer dans les établissements de réduction des risques, une activité qui demanderait peu de temps avec une formation simple à dispenser
- 4) Des professionnels qui se sentent suffisamment formés et qui ont le réflexe de proposer la naloxone
- 5) ... mais qui pour la moitié d'entre eux soulignent les difficultés à parler de naloxone avec les proches, l'insuffisance de l'accès en sortie de prison, et sont plus mitigés sur l'accès en pharmacie.



## 7- Identification des freins et leviers de l'accès à la naloxone

### 7.1. Les freins

6 freins majeurs sont mis en exergue : le cadre réglementaire – la forme du médicament – le prix – la stigmatisation et le regard social – le manque de formation – les pratiques professionnelles.

### **a. Les freins liés au cadre réglementaire**

Les professionnels citent d'abord et à nombreuses reprises la lourdeur de la prescription : « les règles de prescription autour de la forme nasale sont une obstruction à la diffusion en CAARUD » ; « la nécessité d'une ordonnance en pharmacie met un frein » ; « l'ordonnance obligatoire » ; « la nécessité d'avoir une ordonnance » ; « avoir des ordonnances nominatives ». La forme intranasale est très demandée et les professionnels sont en attente d'une spécialité intranasale disponible en pharmacie sans ordonnance. De plus, bien que l'étude ait été menée au printemps 2024, certains CAARUD ne semblent pas informés de l'existence d'une spécialité de naloxone intranasale sans prescription qu'ils pourraient distribuer.

Certains professionnels dénoncent l'absence d'un cadre réglementaire permettant et obligeant les CSAPA à distribuer l'antidote : « un cadre permettant et obligeant le CSAPA d'être le centre de diffusion de la naloxone, auprès des partenaires de santé, médico-sociaux et d'urgence » ; « impossible d'avoir de la naloxone dans notre CSAPA malgré les demandes incessantes ; nous sommes donc obligés de prescrire leur ordonnance »

Les répondants considèrent le cadre méconnu : « méconnaissance de la législation », « législation mouvante », complexe et lourd : « l'approvisionnement est difficile notamment quand il s'agit d'une structure sans pharmacie », « l'obligation de convention avec le CSAPA », « le cadre réglementaire, car on est dans un flou juridique pour acheter, conserver, distribuer » ; « l'ARS a demandé à ce que le Prenoxad soit désormais sous clé car il s'agit d'un médicament, cette demande n'est pas cohérente avec le fait que le Prenoxad est un outil de RDR qui doit être à disposition » ; « des messages paradoxaux : on nous demande de diffuser large mais certaines ARS obligent à ouvrir une PUI pour les CSAPA et demandent la délivrance par des professionnels de santé ».

Le contexte hospitalier peut s'avérer problématique : « La complexité d'être rattaché à une pharmacie d'hôpital. Nous n'avons pas accès à la naloxone autre qu'en injection à préparer dans le chariot d'urgence. »

Enfin, concernant la prison, si certains en distribuent, d'autres ont des difficultés « on nous dit qu'on n'a pas le droit d'introduire la naloxone dans les murs ».

### **b. La forme du médicament**

Les professionnels sont gênés quand ils ne peuvent pas disposer des deux formes de naloxone, intramusculaire et intranasale. La forme injectable est critiquée : « Un frein est sa forme injectable » ; « la forme injectable peut dissuader certains usagers » ; « le mode d'administration intramusculaire est mal conçu : risque d'AES à la manipulation, risque de contamination car réutilisation de l'aiguille pour plusieurs injections, pas d'aiguille sécurisée contrairement aux stylos à insuline ou à adrénaline » ; « certaines personnes ne sont pas à l'aise avec les aiguilles comme le Prenoxad, où il faut quand même dévisser le capuchon, visser l'aiguille... en cas d'OD certaines personnes de l'entourage peuvent perdre leurs moyens », « utilisation intramusculaire complexe », « la forme injectable n'est pas pratique », « le manque de graduation en cas d'accident chez un enfant ».

Plusieurs équipes mettent également en cause les ruptures d'approvisionnement et des dates de péremption courtes : « temps de vie de la naloxone », « périmé assez rapidement », « des dates de péremption pas toujours longues ».

### ***c. Les freins liés au prix et aux questions financières***

Près de 20% des répondants évoquent directement la question du prix ou du manque de financement comme frein à la distribution de naloxone ; certains déplorent par ailleurs l'absence de stock ou l'insuffisance du stock dans leur établissement sans expliciter que c'est pour une raison financière. Pour certains professionnels, la question financière est le cœur du problème : « Le frein c'est le coût : le reste ne pose aucun problème ».

Les commentaires sur les questions financières sont lapidaires. Les freins ? « Les budgets » ; « les moyens » ; « des financements pour en avoir » ; « le coût pour les structures » ; « pour bien la diffuser, encore faudrait-il l'avoir en dotation ».

Le circuit pharmaceutique payant est régulièrement cité : « la non-gratuité en pharmacie » ; « le prix du produit sans ordonnance ».

Le prix du médicament n'est pas compris. Les freins ? « Le prix de la naloxone en spray nasal » ; « le prix des kits : 30 euros pour un médicament générique non injectable dans un bout de plastique » ; « que ce soit en intramusculaire ou en nasal, le produit reste cher et les petites structures n'ont pas les moyens de s'en procurer ». Le prix plus élevé des spécialités intranasales est problématique : « Nous distribuons du prenoxad plutôt que du nyxoïd car le coût est trop important. Pourtant sa facilité d'utilisation permettrait une meilleure diffusion ».

### ***d. Les freins liés à la stigmatisation et au regard social***

Près de 20% des répondants évoquent les difficultés liées au tabou autour de la consommation des drogues, au regard social jugeant, à la stigmatisation et à la prohibition. Elles constituent un frein à la demande : « le tabou qu'il y a autour de la consommation d'opioïdes » ; « naloxone = consommation d'où le frein des usagers eux-mêmes qui disent je ne consomme plus » ; « refus de l'utilisateur car risques si interpellation par les forces de l'ordre avec la naloxone en sa possession » ; « posture prohibitionniste du gouvernement ».

Ces difficultés constituent aussi un frein à l'offre : « pharmacie réfractaire », « beaucoup de réticences de la part des pharmacies », « stigmatisation des usagers d'opioïdes de la part des pharmaciens et des médecins généralistes ». C'est lié également à une fausse croyance autour du produit, en donnant la naloxone « on va inciter l'utilisateur à consommer ».

La naloxone a donc mauvaise presse : « c'est une vision encore trop associée aux usagers de drogues », « stigmatisation de cet antidote qui renvoie à l'usage de substances / drogues », « le produit est assimilé à la mort ».

### ***e. Les freins liés au manque de formation et d'information des usagers et du grand public***

Près d'un tiers des professionnels soulignent le manque d'information des usagers, des patients et du grand public sur les surdoses et la naloxone : « méconnaissance du grand public », « méconnaissance des personnes qui pourraient en être utilisatrices », « manque de communication hors du circuit addictologie », « la formation et l'information sont insuffisantes », « il manque de l'info tout public », « manque d'information », « le manque de connaissance sur la naloxone, l'absence d'affichage et de campagne de prévention grand public », « le manque d'information aux personnes consommatrices et leur entourage ». « Il manque une formation simple autour de la pratique, un petit manuel expliquant

les risques et conséquences ». « Ce qui gêne la distribution est la mauvaise diffusion de l'information et la réticence des pouvoirs publics à proposer cette prévention ». « C'est peu médiatisé ». Cette situation entraîne un manque de sensibilisation globale de la population, qui empêche les gestes réflexes : « il n'y a pas de conscience collective ». « Il n'y a pas de volonté politique ».

De plus, même les personnes intéressées ont des difficultés pour se procurer la naloxone : « il est difficile de savoir où s'en procurer facilement et gratuitement ».

### ***f. Les freins liés aux pratiques professionnelles***

Près d'un quart des répondants sont critiques quant aux pratiques professionnelles dans les lieux d'accueil des usagers, principalement pour une question de moyens : ils considèrent qu'ils manquent de ressources matérielles (« pas de stock », « nous n'en avons pas car nous n'avons pas de coffre », « pas de logiciel adapté ») et humaines (« manque de temps », « on a mille choses à faire », « manque de temps parfois lors des entretiens individuels ») et ressentent un déficit de formation (notamment des « nouveaux professionnels », en raison du « turn over », ; « nous n'avons qu'une mini formation par un de nos médecins sur la naloxone donc je ne suis pas assez formée pour distribuer ») qui génère « le manque d'automatisme » des professionnels de santé.

Ce manque de ressources engendre des difficultés opérationnelles qui se reflètent dans une vision négative de la posture de certains professionnels, qui montrent « trop peu d'intérêt et de motivation » et freinent l'accès à la naloxone en raison « des stéréotypes des consommateurs aux yeux des professionnels du soin » et « des préjugés sur les consommateurs d'opioïdes ». Certains répondants se plaignent de « la réticence de professionnels de santé (médecins) vis-à-vis d'une distribution des kits par des professionnels non médicaux (infirmiers, éducateurs...) » et « du manque de connaissance et de compréhension de la démarche de RDR », de « la difficulté pour le corps médical de déléguer aux autres professionnels » et parfois « il faut l'accord médical pour la diffuser ». D'autres soulignent que les non-soignants sont réticents à distribuer car ils ne se sentent « pas compétents », « pas suffisamment formés » et se déchargent d'autant plus volontiers de cette tâche quand il y a un professionnel de santé sur place.

La sensibilisation des professionnels apparaît insuffisante : « certains corps de métier comme les psychologues y sont malheureusement peu sensibilisés », « il manque des temps clairs pour que l'ensemble des professionnels puisse se sentir à l'aise dans la distribution et l'explication de l'utilisation de la naloxone », « une faible familiarité avec la naloxone ».

Plusieurs soulignent le manque de « volonté politique » de leur établissement ou direction, et l'absence d'organisation adaptée pour mettre à disposition la naloxone : parmi les freins, « le fait que ce soit l'utilisateur qui la demande et non nous qui la proposons », « pas de disponibilité du produit dans nos structures », l'absence « d'aval de notre CSAPA ».

Des professionnels mettent en exergue la difficulté à trouver les ressorts pour motiver les usagers et leur faire accepter la naloxone, pour de nombreuses raisons : « une culture de l'évitement », « la peur de faire plus de mal que de bien », « la peur du médicament », mais aussi l'idée reçue que les surdoses ne concernent que les injecteurs (« les junkies », « OD=injecteurs only »), de la minoration des risques (« sous-évaluation de la prise de risque », « surconfiance des usagers »).

Les pratiques en médecine et pharmacie de ville ont également une image négative : « le manque de disponibilité en pharmacie : de nombreuses pharmacies ne l'ont pas en stock et doivent le commander » ; « le manque de connaissance de l'existence de ces kits par les médecins de ville, certaines pharmacies et les pompiers » ; « la méconnaissance des médecins de ville qui prescrivent des antidouleurs à base de morphine » ; « les médecins ne parlent pas des OD liées aux opioïdes, les pharmacies ne disposent pas de naloxone, uniquement sur commande. Les professionnels exerçant

en pharmacie ne délivrent pas de messages concernant le risque d'OD et sur l'antidote », « la méconnaissance en officine de la naloxone », « la formation des collègues sur le sujet afin de pouvoir transmettre aux usagers qui en ont besoin de même sorte que le matériel RDRD » ; « le fait que certaines pharmacies ne veulent pas en donner malgré une prescription ».

Les répondants soulignent que « la naloxone n'est pas rentrée dans la conscience collective. Les pompiers, police devraient en avoir en leur possession ».

## 7.2. Les leviers

Le retour d'expérience des équipes qui distribuent la naloxone permet de mettre en évidence 4 leviers principaux : l'information et la communication – les pratiques de systématisation de proposition et délivrance – La distribution immédiate et gratuite – la disponibilité concomitante des formes IM et IN.

### ***a. L'information et la communication***

La quasi-totalité des répondants souligne la pertinence d'informer et échanger pour mieux diffuser la naloxone. Cette information passe par « la multiplication des modes de communication », elle peut être réalisée par des outils mis à disposition (affiches, flyers, vidéos dont des vidéos adaptées au public non francophone...) ou par un échange interpersonnel au cours d'entretiens individuels (« face à face »), ou de groupes (« j'ai remarqué que les moments les plus propices pour parler de naloxone sont les temps en petits groupes, 5 personnes ») de consultations, de sessions de sensibilisation.

Certaines équipes organisent « des ateliers premiers secours », « des temps dédiés aux OD par exemple le 31 août », « des semaines sur le thème des OD et de la naloxone ». Elles permettent de présenter « les retours d'expérience d'usagers ». Certains organisent des campagnes de communication spécifiques à la suite du décès par surdose d'usagers / patients de leur structure.

Plusieurs équipes disposent d'un « kit de présentation » ou « kit de démonstration » laissé en évidence et qui permet de facilement montrer l'utilisation du dispositif, et « un échantillon est laissé sur le bureau d'entretien » ou « un kit factice » ou « un produit d'essai qui asperge du sérum phy dans le nez pour montrer ». Cela permet « la manipulation par le patient » / « la manipulation du produit » qui facilite l'appropriation. L'objectif est de « faciliter la parole ».

Pour faciliter l'assimilation de la naloxone comme outil de réduction des risques, certaines équipes laissent la naloxone « dans la salle du matériel RDR », « sur la table RDRD » ... bien que cette pratique ne soit pas possible partout en raison des consignes données par certaines ARS.

Le contenu du discours de présentation et de motivation peut être basé « sur le retour d'expérience d'OD chez des proches ou expériences personnelles », des « témoignages de pairs », mais aussi sur une information relative « aux risques chez les naïfs, enfants, proches ».

### ***b- La systématisation de la prescription ou de la délivrance***

La proposition systématique est plébiscitée par plus de 15% des intervenants : le levier c'est « qu'elle soit systématiquement proposée aux personnes qui fréquentent les lieux de consommation » ; « c'est informer systématiquement les usagers qui prennent des opiacés » ; « c'est systématiser la distribution au moment des TSO » ; « c'est la prescription systématique à l'induction des TSO », « la prescription systématique », « systématiser une prescription de naloxone à la sortie d'hospitalisation », « la systématisation pour tout patient consommateur d'opioïdes y compris prescription de Tramadol ». Pour certaines associations c'est « la proposition la plus systématique possible à l'entrée dans la structure », « à chaque don de matériel ».

Cela s'accompagne souvent d'un « protocole de repérage, de diffusion et d'appropriation en équipe », qui demande de « la pratique régulière et l'actualisation de l'information en équipe ». Avec « des tableaux de tenue des usagers sous TSO pour vérifier la prescription / distribution de naloxone ». Pour que cela fonctionne de manière optimale, « il faut que tous les corps de métier de la structure soient formés et autorisés à distribuer », « faire un protocole dans l'établissement pour impliquer tous les professionnels ».

### ***c- Disposer des formes intramusculaire et intranasale***

Disposer de la forme intranasale est un levier majeur : « l'accès au spray nasal est très important ». « L'accession à la forme spray est plus simple », « la forme nasale plus qu'intramusculaire malgré qu'elle ne soit pas remboursée », « le spray nasal est vraiment un plus ». « C'est plus simple depuis qu'on utilise Ventizolve qui ne nécessite pas forcément d'ordonnance, pour qu'en tant qu'IDE nous puissions le distribuer ».

### ***d- La distribution gratuite et immédiate***

Le 4<sup>ème</sup> levier mis en exergue est la possibilité de distribuer gratuitement la naloxone, immédiatement quand la demande émerge : « la distribution directe de la naloxone », « le libre accès », « ne pas faire d'ordonnance », « la mise à disposition à l'initiation des MSO ». En résumé, « ce qui facilite le mieux c'est la distribution sur place gratuite avec une démonstration » ou encore « ce qui nous aide le plus, c'est d'avoir un stock de nyxoïd et prenoxad à disposition que nous donnons au pied levé, c'est vraiment facile ».

## **8- Les propositions des acteurs pour améliorer l'accès à la naloxone**

### 8.1. La bonne distribution de naloxone n'est possible que si on en a les moyens !

Tous les acteurs qui distribuent de la naloxone doivent être dotés en fonction des besoins de leur file active pour ne pas avoir à limiter la distribution de naloxone, ou à la différer par un jeu de prescription ou de réorientation vers d'autres structures.

Les structures demandent « des moyens alloués clairement », « l'adaptation de la dotation globale » et de manière pérenne, pas seulement avec des crédits non reconductibles.

Tous les types de structures sont concernés par ces demandes, CSAPA, CAARUD, ELSA, le milieu carcéral, les acteurs du festif, les acteurs de la RDRD non médico-sociaux.

### 8.2. Une communication nationale et grand public est indispensable.

Les professionnels préconisent une campagne de communication de l'État, qui montre un engagement de santé publique : « diffusion massive de l'information sur son utilité et sur le peu de risque », « des actions de santé publique visant l'information des familles et entourage des usagers sur la nécessité d'avoir de la naloxone en cas d'overdose, et la formation pour reconnaître les signes d'une OD ». Ils indiquent que cette campagne ne doit pas être centrée sur les usagers de drogues pour réduire la stigmatisation, ne pas associer naloxone et drogue.

La communication doit ensuite se décliner au niveau des structures et de leurs partenaires, et pour cela les professionnels demandent des outils gratuits : « plus de communication auprès de nos pharmacies dans le programme d'échange de seringues », « des affiches, flyers, modes d'emploi à commander gratuitement », « des vidéos supports », des kits de démonstration...

### 8.3. Le cadre réglementaire est à assouplir et à expliciter.

Une communication précise sur le cadre réglementaire doit être adressée à l'ensemble des acteurs du champ en détaillant notamment les processus obligatoires pour l'achat, la conservation, la distribution.

Les mesures d'adaptation les plus utiles sont :

- La mise en vente en pharmacie d'une forme intranasale sans prescription.
- L'assouplissement des règles d'achat, stockage, distribution de la naloxone pour les équipes de réduction des risques ne disposant pas de médecin ou de pharmacien : une délégation du circuit du médicament aux IDE concernant la naloxone (mais aussi l'eau PPI et les tampons alcoolisés soumis à AMM) pourrait être une idée à travailler.
- L'établissement de règles claires (achat, stockage, distribution, conservation dans les chambres) pour les établissements assurant l'hébergement des usagers de drogues.
- L'établissement de règles claires pour le milieu pénitentiaire.
- La possibilité de présenter la naloxone dans les locaux au même titre que des outils de réduction des risques (ce qui revient à ne pas stocker toutes les boîtes dans une armoire sécurisée).
- L'assouplissement pour les équipes rattachées à une pharmacie hospitalière.

En outre, les professionnels demandent une « Loi du bon samaritain » permettant de protéger celui qui détient de la naloxone et l'administre, quand bien même il serait usager de drogue (pas d'interpellation ni poursuite judiciaire).

### 8.4. Les modalités de distribution en pharmacie de ville sont à adapter.

Les mesures les plus importantes sont :

- la détention en stock d'au moins 1 naloxone dans chaque pharmacie
- la formation des pharmaciens
- la gratuité de la naloxone ou a minima une prise en charge à 100% quand elle est prescrite

### 8.5. La naloxone est l'affaire de tous, changeons les pratiques et optimisons les outils !

Nombre de répondants soulignent que la distribution de naloxone est « personne dépendante » et qu'il est indispensable d'œuvrer pour que la proposition et la distribution de naloxone « entre petit à petit dans la pratique de tous ».

- Pour cela, plusieurs propositions concrètes émergent : la proposition et la distribution de naloxone devraient être systématisées à des moments clés (entrée dans le dispositif, distribution de matériels, distribution de MSO).
- Elles devraient pouvoir être assurées par tous les professionnels intervenant auprès des patients / usagers, pas seulement par les soignants.
- Il est efficace de disposer d'un stock de naloxone à distribuer immédiatement sans avoir recours à la prescription ou la réorientation.
- Des formations doivent être dispensées pour que les professionnels se sentent à l'aide, légitimes, sécurisés dans leurs pratiques et acquièrent le réflexe naloxone, des automatismes.
- Des protocoles sont à mettre en œuvre pour faciliter la systématisation.
- Pour les équipes qui n'en disposent pas encore, adapter les logiciels pour qu'ils alertent sur la péremption de naloxone, facilitent les renouvellements.

*Cette enquête a été réalisée par un groupe de réflexion constitué de professionnels des soins, de la réduction des risques et de la prévention en addictologie, ainsi que des représentants des usagers, avec le soutien logistique du laboratoire CEVIDRA.*

*Les membres du groupe n'ont perçu aucune rémunération et n'ont aucun lien d'intérêt avec ce laboratoire.*

*Auteurs : Dr Anne BATISSE<sup>1</sup> – Dr Anne COUTAUX<sup>2</sup> – Dr Alice DESCHENAU<sup>3</sup> – Catherine DUPLESSY<sup>4</sup> – Dr Fabienne EDET<sup>5</sup> – Dr Françoise ETCHEBAR<sup>6</sup> – Patrick FAVREL<sup>7</sup> – Marine GAUBERT<sup>8</sup> – Sacha HERZOG<sup>9</sup> – Grégory LANGE<sup>10</sup> — Miguel VELASQUEZ<sup>11</sup>*

*Support logistique : François LONTRADE<sup>12</sup> – Jacques PORRO<sup>13</sup>*

**D'autres travaux viennent compléter cette étude,  
en particulier des questionnaires réalisés auprès des médecins et pharmaciens.**

**Tous ces mesures et d'autres complémentaires seront détaillées  
dans un livre blanc, à paraître à l'automne.**

---

<sup>1</sup> CEIP-A, Paris

<sup>2</sup> Hôpital Saint-Joseph, Paris

<sup>3</sup> Fédération Française d'Addictologie, CS addictologie Paul Guiraud et CSAPA liberté, Villejuif

<sup>4</sup> Association SAFE, Paris

<sup>5</sup> Pharmacienne aux CSAPA OPPELIA 69 et OPPELIA 26, pharmacienne d'officine

<sup>6</sup> Médecin généraliste et addictologue, membre de la fédération addictions

<sup>7</sup> Association SAFE, Paris

<sup>8</sup> Fédération Addictions, Paris

<sup>9</sup> Fédération Addictions, Paris

<sup>10</sup> Association ASUD et CSAPA Addiction France 27

<sup>11</sup> Association ASUD, PARIS

<sup>12</sup> Laboratoire CEVIDRA

<sup>13</sup> Laboratoire CEVIDRA