



MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ,  
*en charge de la prévention*

P O L Y N E S I E   F R A N Ç A I S E

N° **00 0580** / MSP / ARASS-mo

AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION  
SANITAIRE ET SOCIALE

*Piha 'Ohipa no te Matutura'a 'o te Ea  
'e te Turuuta'a*

*La Directrice,*

Affaire suivie par :  
*BPC / Vanessa Le Gal*

Papeete, le

**07 AVR. 2022**

à

**Monsieur le Président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de la Polynésie française**  
**Madame la Présidente du Syndicat des Pharmaciens des Iles et de Tahiti**  
**Madame la Présidente du Syndicat des Pharmaciens de la Polynésie française**  
**Mesdames et messieurs les pharmaciens**

**Objet** : Destruction des stupéfiants

**Réf.** : - Délibération n° 78-137 du 18 août 1978 modifiée portant réglementation de l'importation, l'exportation, l'achat, la vente, la détention et l'emploi des substances vénéneuses en Polynésie française  
- Loi du pays n° 2006-21 du 28 novembre 2006 modifiant la délibération n° 2001-81 APF du 5 juillet 2001 portant réglementation de l'élimination des déchets des activités de soins

**P. J.** : - Procédure de dénaturation de produits stupéfiants avec pharmacien témoin  
- PV de dénaturation de médicaments et substances classés comme stupéfiants

Mesdames, Messieurs,

Veillez trouver ci-joint, pour information, la procédure actuelle de dénaturation des produits stupéfiants avec pharmacien témoin mise en place par l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale afin de procéder à leur destruction en accord avec la réglementation en vigueur.

Veillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes sentiments distingués.



Pour le Ministre et par délégation

*[Signature]*  
Hani TERIIPAIA OTT

000280

07 AVR. 2022



Destinataires in fine :

Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de Polynésie française.

Syndicat des Pharmaciens de Polynésie française.

Syndicat des Pharmaciens des Iles et de Tahiti.

Tahitipharm

Cerpol

Medipac

Toutes les PUI

Toutes les pharmacies d'officine

Tous les PSAD







MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ,  
*en charge de la prévention*

P O L Y N E S I E   F R A N Ç A I S E

N° 000580 / MSP / ARASS-mo

AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION  
SANITAIRE ET SOCIALE

*Piha 'Ohipa no te Matutura'a 'o te Ea  
'e te Turuuta'a*

*La Directrice,*

*Affaire suivie par :  
BPC / Vanessa Le Gal*

Papeete, le

07 AVR. 2022

à

**Monsieur le Président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de la Polynésie française**  
**Madame la Présidente du Syndicat des Pharmaciens des Iles et de Tahiti**  
**Madame la Présidente du Syndicat des Pharmaciens de la Polynésie française**  
**Mesdames et messieurs les pharmaciens**

**Objet** : Destruction des stupéfiants

**Réf.** : - Délibération n° 78-137 du 18 août 1978 modifiée portant réglementation de l'importation, l'exportation, l'achat, la vente, la détention et l'emploi des substances vénéneuses en Polynésie française  
- Loi du pays n° 2006-21 du 28 novembre 2006 modifiant la délibération n° 2001-81 APF du 5 juillet 2001 portant réglementation de l'élimination des déchets des activités de soins

**P. J.** : - Procédure de dénaturation de produits stupéfiants avec pharmacien témoin  
- PV de dénaturation de médicaments et substances classés comme stupéfiants

Mesdames, Messieurs,

Veillez trouver ci-joint, pour information, la procédure actuelle de dénaturation des produits stupéfiants avec pharmacien témoin mise en place par l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale afin de procéder à leur destruction en accord avec la réglementation en vigueur.

Veillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes sentiments distingués.

Copies :

MSP 1

Pour le Ministre et par délégation  
Agence  
de Régulation  
de l'Action  
Sanitaire et  
Sociale  
Hani TERIPAIA OTT  
TAHITI

082000

SSUS JVA 50

Destinataires in fine :

Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de Polynésie française.

Syndicat des Pharmaciens de Polynésie française.

Syndicat des Pharmaciens des Iles et de Tahiti.

Tahitipharm

Cerpol

Medipac

Toutes les PUI

Toutes les pharmacies d'officine

Tous les PSAD







## PROCEDURE DE DÉNATURATION DE PRODUITS STUPÉFIANTS avec pharmacien témoin (en structure pharmaceutique et en structure délivrant à domicile des gaz à usage médical)

Crée le 05/10/21

### 1. PROGRAMMATION D'UNE OPERATION DE DENATURATION :

➤ Auteur de la demande :

- le pharmacien titulaire d'une officine
- le pharmacien gérant d'une pharmacie à usage intérieur,
- le pharmacien responsable d'un établissement pharmaceutique,
- le pharmacien responsable d'une structure délivrant à domicile des gaz à usage médical.

➤ Désignation du pharmacien « témoin » des opérations :

Un pharmacien inscrit au tableau du Conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française après avis du conseil dudit ordre qui vérifie la capacité du pharmacien proposé à remplir ladite mission, notamment l'absence de toute situation de réciprocité ou de conflit d'intérêt.

➤ Information de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) :

- transmettre par mail envoyé à [secretariat@arass.gov.pf](mailto:secretariat@arass.gov.pf)
- mentionner la date de l'opération,
- mentionner le nom et la forme et la quantité des spécialités, des produits ou des substances à éliminer,
- joindre l'autorisation du Conseil de l'ordre des pharmaciens de Polynésie française concernant le pharmacien « témoin ».

### 2. DEMARCHES ADMINISTRATIVES APRES L'OPERATION :

- Remplir le PV et le faire co-signer par le pharmacien « témoin ».
- Joindre le PV au registre comptable des stupéfiants (à conserver 10 ans).
- Adresser une copie du PV à l'ARASS par mail ([secretariat@arass.gov.pf](mailto:secretariat@arass.gov.pf)).





## ***ANNEXE : PROCÉDE DE DENATURATION DES PRODUITS***

### **1. La dénaturation**

Elle consiste à rendre les produits concernés définitivement inutilisables à quelques fins que ce soit du fait de la modification physique opérée.

### **2. La nature des produits concernés**

Tout médicament et substance classés comme stupéfiants sous toute forme que ce soit :

- périmés ou altérés du stock de la pharmacie
- ou retournés par un patient ou un tiers (périmés ou non).

### **3. Les opérations de dénaturation**

#### **➤ Matériel à prévoir :**

- un récipient robuste de type mortier et un pilon,
- un récipient étanche en plastique de type bac alimentaire avec couvercle de dimension adaptée à la quantité de stupéfiants à dénaturer,
- de l'eau de javel,
- un paquet de plâtre à prise rapide et de l'eau, ou le cas échéant de la pâte à durcissement rapide,
- des équipements de protection individuelle (EPI) : gants, blouse, lunettes...

#### **➤ Opérateur :**

- le pharmacien auteur de la demande,
- ou un salarié de la structure, sous la responsabilité du demandeur,
- ou le pharmacien « témoin ».

#### **➤ Exécution :**

- Déconditionner les prises unitaires à détruire dans le mortier,
- Piler/dissoudre les prises orales sèches et ouvrir les ampoules, tout en se protégeant des projections de produit
- Transvaser le magma obtenu dans le récipient étanche en plastique,
- Découper les patchs dans ce récipient étanche,
- Dénaturer le tout avec de l'eau de javel,
- Ajouter la quantité de plâtre et d'eau (ou de pâte) nécessaires et mélanger,
- Attendre dix à quinze minutes de manière à obtenir un durcissement optimal (rajouter plâtre ou eau si nécessaire),
- Après durcissement refermer le récipient étanche.

### **4. Les modalités de destruction des produits**

- entreposer le récipient et son contenu à l'emplacement destiné au stockage des médicaments non utilisés (MNU).
- éliminer le récipient et son contenu conformément aux dispositions relatives à l'élimination des déchets d'activité (DAS).







## PV DE DENATURATION DE MEDICAMENTS ET SUBSTANCES CLASSES COMME STUPEFIANTS

*ATTENTION établir en double exemplaire : un exemplaire pour l'ARASS  
et l'autre à conserver pendant 10 ans par l'établissement*

**NOM et prénom du ou des pharmaciens responsables de l'établissement :**

**NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT :**

(Tampon de l'établissement)

|  |
|--|
|  |
|--|

| Désignation du médicament ou de la substance classée comme stupéfiant | Quantité en unité de Prise ou quantité en Poids | Numéro de lot** | Date de péremption** |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|----------------------|
|                                                                       |                                                 |                 |                      |
|                                                                       |                                                 |                 |                      |
|                                                                       |                                                 |                 |                      |
|                                                                       |                                                 |                 |                      |
|                                                                       |                                                 |                 |                      |
|                                                                       |                                                 |                 |                      |
|                                                                       |                                                 |                 |                      |
|                                                                       |                                                 |                 |                      |
|                                                                       |                                                 |                 |                      |
|                                                                       |                                                 |                 |                      |

*\*\*Utiliser une ligne par lot et/ou date de péremption différente*

Fait à :

Le :

**Pharmacien auteur de la demande**

Nom :  
Prénom :  
N° Ordre :  
N° ARASS :  
**Signature**

**Pharmacien « témoin »**

Nom :  
Prénom :  
N° Ordre :  
N° ARASS :  
**Signature**

**Page : .../....**

