

## MISE AU POINT

## Demande de méthadone ou de buprénorphine en urgence en médecine de ville ou à l'officine. Quelles solutions ?

Jessica Nakab<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Pharmacie du Moufia, 43 Rte du Moufia, Sainte-Clotilde 97490, La Réunion

\* Correspondance :Dr. Jessica NAKAB, Pharmacie du Moufia, 43 Rte du Moufia, Sainte-Clotilde 97490, La Réunion, [jess.nak27@gmail.com](mailto:jess.nak27@gmail.com)

En juillet 2024, l'Ordre National des Médecins et l'Ordre National des Pharmaciens ont co-rédigé des recommandations au sujet des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO). Elles rappellent la réglementation et les bonnes pratiques pour la prescription et la délivrance de ces derniers .

Comme pour toutes addictions, les patients souffrant d'addiction aux opiacés nécessitent une prise en charge médico-psycho-sociale .Leur parcours de soin fait appel à divers professionnels de santé, nécessitant une coordination interdisciplinaire entre chaque acteur, en fonction des besoins et des attentes du patient pour une prise en charge personnalisée. La prescription et la dispensation des MSO (Médicaments Substitutifs aux Opiacés) sont soumises à une réglementation stricte et encadrée : ordonnance sécurisée, mention obligatoire, médicaments à durée de prescription limitée...

Néanmoins, en pratique courante, il n'est pas rare que médecins et pharmaciens se retrouvent face à des situations d'urgence : un patient, connu ou inconnu de la patientèle, demandant un dépannage, une avance de MSO pour diverses raisons.

Nous allons voir comment nous pouvons répondre au mieux à ces demandes, même si une généralisation des pratiques semble difficile du fait de la nécessité d'une prise en charge unique dans le parcours de soin du patient sous MSO. Tout d'abord, l'instauration d'un TSO s'inscrit dans une démarche de Santé Publique de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD). Il est indiqué pour traiter la pharmacodépendance aux opioïdes, il substitue mais ne remplace pas la drogue.

Un des objectifs est de prévenir les risques auxquels peuvent être exposées les personnes présentant une dépendance aux opioïdes. Il s'agit souvent d'une porte d'accès aux soins où l'ensemble des acteurs a un rôle important à jouer.

Les médecins généralistes ainsi que les pharmaciens d'officine sont en première ligne dans la prise en charge de ces patients. 95% des prescriptions de MSO en ville sont réalisées par des généralistes (données du bilan 2023 de l'OFDT, chiffre de 2020). Ce sont des professionnels de santé de proximité, accueillant tous les usagers, qui doivent faciliter l'accès au traitement dans le respect des règles institutionnelles. Selon l'évaluation de la dépendance par le médecin, deux molécules sont disponibles : la méthadone et la buprénorphine (pouvant être prescrite à haute dose, on parle alors de buprénorphine à haut dosage, BHD). La BHD reste le MSO le plus utilisé (57% des ventes en 2022) mais la méthadone continue sa progression : elle représentait 38% des prescriptions de MSO en 2019, 43% en 2022.

D'un point de vue pharmacologique, il est important de noter que l'effet du TSO n'est pas immédiat. En l'absence de troubles psychiatriques sévères ou d'une grande précarité, la BHD est initiée, avec un effet substitutif qui intervient après 45 à 90 minutes. Une évaluation est réalisée dans les 24 à 48h après l'initiation, avec une phase de stabilisation entre 1 à 2 semaines.

Les paramètres pharmacocinétiques doivent également être pris en compte dans le choix de la prescription, pour tenir compte des variabilités individuelles. Ces molécules sont conçues pour avoir une action lente et progressive afin d'éviter l'effet euphorisant, l'effet "flush", caractéristique de l'héroïne recherchée par certains consommateurs, et les pics de concentration d'opioïdes dans le sang.

La méthadone a un délai d'action relativement long, de 2,5 à 4h avec une longue durée d'action pouvant aller jusqu'à plus de 24h. La buprénorphine a un délai d'action plus rapide (1h30 environ) avec une durée d'action de 24h (un peu moins que la méthadone).

Ces caractéristiques pharmacocinétiques nous permettent déjà de dégager un élément à prendre en compte face à une situation d'urgence : combien de temps faudra-t-il au patient pour qu'il soit pris en charge par son addictologue ? La temporalité est importante car la prise en charge d'urgence sera différente selon le jour de la semaine où le patient se présente au personnel médical de ville. Si c'est en semaine, le patient sera redirigé vers son médecin traitant pour une prise en charge la plus optimale possible. En revanche, un weekend, la situation peut paraître plus délicate. Le patient a plus de chance de se retrouver en situation précaire : le manque d'une dose pouvant provoquer à un syndrome de sevrage qui, s'il s'avère mal géré, peut mettre le patient en danger jusqu'à l'achat de principe actif sur le marché non conventionnel et insécure.

Les patients souffrant d'addiction (ici d'addiction aux opiacés) peuvent être victime de préjugés et de rejet, même au sein de la communauté médicale. Bien que déontologiquement discutable, il existe encore des pharmacies où le patient sous MSO est source de crainte voire de rejet.

Situation encore plus délicate lorsque le pharmacien refuse la délivrance, par manque de confiance ou par raison légale, cette situation peut mener à de la violence verbale voire physique. Tout ceci peut être source d'angoisse pour les équipes, ce qui conduit à la décision de refus de prise en charge de ces patients.

Je pense que ce sont des arguments que l'on peut retrouver dans des cabinets de consultation de médecine générale. Si on ajoute le caractère urgent de la demande, la situation se complique davantage.

Un autre problème revient lors d'échanges avec les équipes officinales : certains praticiens ne respectent pas les règles spécifiques de prescription des MSO. Une prescription non conforme emmène à un refus de délivrance qui peut exacerber des tensions déjà existantes.

Cet argumentaire souligne à mon sens un manque de connaissances de la pathologie addictive et de sa prise en charge de la part de beaucoup de professionnels de santé. Il serait intéressant de réaliser un état des lieux des connaissances des praticiens pouvant être impliqués dans ces parcours de soins pour ensuite réaliser des petites formations sur le sujet en rappelant les règles de bonnes pratiques de prescription et de délivrance.

Lorsqu'ils entrent dans un parcours de soins, la majorité des patients sont suivis par un seul médecin et récupèrent leur traitement dans une seule et même pharmacie. Or, la santé numérique, en constante évolution, offre de nouvelles perspectives pour fluidifier ces parcours et personnaliser les soins. Créé par la loi du 30 janvier 2007, le Dossier Pharmaceutique (DP) est un outil permettant d'améliorer la sécurité des patients. Ce dispositif de santé numérique renforce le rôle du pharmacien en lui permettant d'accéder à l'historique des médicaments délivrés. Initialement il couvrait les 4 derniers mois, depuis cette année, les 12 derniers mois sont visibles.

Ce dossier permet de limiter les interactions médicamenteuses, mais aussi de constater une surconsommation évoquant un mésusage ou un éventuel nomadisme médical et/ou pharmaceutique. Cela permet à l'officine de jouer un rôle plus actif dans le suivi du patient et la coordination des soins.

La pharmacovigilance vise à surveiller, évaluer, prévenir et gérer les risques liés à l'utilisation des médicaments. C'est un peu le "garde-fou" concernant la sécurité d'emploi du médicament. Elle devient particulièrement importante lorsqu'elle s'applique aux TSO. Ces molécules aux effets importants, prescrits à une population particulière nécessitent une surveillance accrue pour veiller à leur bonne utilisation, particulièrement l'absence de mésusage. Grâce au DP, nous pouvons aisément vérifier l'historique de délivrance.

Il est nécessaire de rappeler à l'ensemble des équipes officinales, l'importance de la consultation de cette historique qui permet en un coup d'œil de vérifier l'absence de nomadisme, de surconsommation pouvant être synonyme de mésusage, d'usage détourné ou de prise en charge insuffisante.

Il faut savoir que les médecins n'ont pas accès direct à cet historique. La consultation du DMP (Dossier Médical Partagé) pour eux est chronophage et ils ne peuvent avoir les mêmes informations aussi synthétiques que sur les Logiciels de Gestion d'Officine par simple lecture de la carte vitale.

Il pourrait être intéressant d'étudier la possibilité de création d'une banque de données sécurisées, consultable facilement par tout professionnel de santé, ou d'explorer les pistes d'amélioration du DMP afin de faciliter son utilisation pour la consultation d'historique médicamenteux.

Ces outils numériques peuvent être utilisés pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Le téléphone reste quand même l'outil le plus utilisé.

Un patient, connu de l'officine, se présente quelques jours avant son rendez-vous chez son médecin pour son renouvellement. Dans cette situation, le patient est conscient qu'il est en tort. Il est nécessaire d'analyser le cas à travers plusieurs questions avec celui-ci (en tenant compte de la possibilité de mensonge) afin de prendre la décision la plus juste. Dans l'idéal, le pharmacien arrive à joindre le médecin, et la décision est prise à deux de délivrer ou non. Si des symptômes de manque sont présents, en officine, au cabinet médical ou aux urgences, il convient de les traiter.

Un lien de confiance, même informel, entre les différents praticiens est indispensable, ainsi qu'entre praticiens et patients. Bien que difficilement généralisable, la prise en charge des dispensations urgentes de TSO mérite à minima la rédaction de bonnes pratiques si ce n'est de protocoles simplifiés correctement identifiés, tant pour le patient que pour les professionnels qui exercent dans ce sens.

Lors d'échanges avec des confrères, notamment exerçant dans des grandes villes, ceux-ci préféreraient que ces patients soient suivis uniquement dans des centres spécialisés avec leur traitement directement délivrés sur site. Ceci est une option difficilement envisageable pour les zones rurales. Des partenariats avec les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) peuvent être envisagés.

Bien loin des représentations sociétales péjoratives, ces patients chroniques préfèrent être traités comme tous, avec leur médecin addictologue, leur médecin traitant et leur pharmacie. Dans le cas où la délivrance d'une dose de dépannage est la meilleure issue thérapeutique pour le patient, il est important de communiquer et de ne pas être seul dans la prise de décision.

Pourquoi ne pas réfléchir à un service de télé-médecine d'urgence en addictologie, qui permettrait une consultation rapide, avec éventuellement la possibilité de prescription et de délivrance de quelques doses d'urgences en attendant la consultation avec le médecin habituel. Plusieurs pistes sont à approfondir, afin de donner un cadre plus légal à ces situations difficiles pour les professionnels de santé formés à ces prises en charge.

Une communication fluide entre professionnels de santé est essentielle et importante, ainsi qu'une formation et une sensibilisation à la pathologie addictive.

Je terminerai avec l'image donnée par un confrère : "le pharmacien est le gardien des drogues". Il doit donc s'assurer que le bon médicament est donné à la bonne personne au bon moment.