

Guide de concertation entre pharmaciens et médecins généralistes



ABUS ET DÉPENDANCE



COLOPHON

Titre : Guide de concertation entre pharmaciens et médecins généralistes- Abus et dépendance

1^{ère} version : novembre 2013

2^{ème} version : mai 2015

3^{ème} version : Janvier 2018

Auteurs :

Phn. Laure Geslin, Union des Pharmaciens de Bruxelles (UPB-AVB)

Aline Godart, Réseau Multidisciplinaire Local Bruxelles (RML-B)

Dorien Pepermans et Ulrike Dragon, Huis voor Gezondheid

Réviseurs :

Francoise Bottriaux - Phn. Paul Coolen - Dr. Lawrence Cuvelier - Phn. Luc Defrance - Phn. Pascale Hardy - Dr. Vincent Janssens - Phn. Marcel Libert - Dr. Charles Lietaer - Dr. Véronique Morelle - Phn. Arnaud Nicolas - Dr. Michel Vanhalewyn - Dr. Els Van Hooste - Dr. Rita Vanobberghen - Phn. Etienne Wallon

Contact:

laure.geslin@upb-avb.be – www.upb-avb.be

agodart.rml@famgb.be – www.rmlb.be

dorien@huisvoorgezondheid.be - www.huisvoorgezondheid.be

Wilt u de handleiding in het Nederlands ontvangen?

Deze handleiding voor een kwalitatief overleg tussen apotheker en huisarts is beschikbaar in het Nederlands en in het Frans. Indien u graag ook de Nederlandse versie ontvangt, kunt u deze bestellen door te mailen naar:

- laure.geslin@upb-avb.be (voor apothekers)
- dorien@huisvoorgezondheid.be (voor huisartsen)

Une initiative de



MOT D'INTRODUCTION

La collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens est essentielle pour assurer des soins de qualité et continus. Pour faciliter celle-ci, la concertation entre professionnels exerçant dans un même quartier constitue une action incontournable.

En effet, la concertation vise une prise en charge efficace en promouvant :

- une collaboration renforcée entre médecins généralistes et pharmaciens,
- les bonnes pratiques médico-pharmaceutiques,
- la qualité des prescriptions,
- l'usage correct / efficace et sécurisé des médicaments.

Dans ce cadre, l'Union des Pharmaciens de Bruxelles, le Réseau Multidisciplinaire Local de Bruxelles et Huis voor Gezondheid, met à votre disposition des kits thématiques de concertation ayant pour objectif d'encourager et de faciliter cette collaboration.

Chaque kit se compose

- d'une note informative reprenant la méthodologie proposée ainsi que les possibilités mises à votre disposition pour l'organisation pratique des rencontres,
- d'un manuel contenant des pistes concrètes pour animer des concertations structurées et pour faciliter la formalisation d'éventuels accords. Chaque thématique est organisée de la même façon avec une brève explication, des suggestions de questions pour vous guider lors des concertations, des éléments de la législation ainsi que les références utiles,
- d'une présentation (ppt[©]) basée sur le manuel et pouvant servir de support à l'animation une concertation locale,
- d'une méthode d'évaluation.

Liste des thèmes actuellement disponibles :

- Disponibilité/communication et la prescription (Accords généraux, Prescriptions sous DCI et substitution, E-prescriptions)
- Abus et dépendance
- Préparations magistrales
- Trajets de soins
- Rôle de garde

DISPONIBILITÉ ET COMMUNICATION

INTRODUCTION

Dans sa pratique quotidienne, il est parfois important de pouvoir joindre directement le pharmacien/le médecin du patient. Etablir des accords en la matière favorise des contacts aisés et limite les désagréments éventuels.

SUGGESTION DE QUESTIONS

- Quand et où peut-on se contacter ?
- Quel est le moyen de communication privilégié (p.ex. téléphone fixe/ GSM, e-mail, fax, SMS, eHealthbox...) ?
- Qu'en est-il des questions urgentes en dehors des heures habituelles, comme pendant la garde (p.ex. numéro privé, GSM) ?
- Comment se passe actuellement la collaboration ?

COORDONNÉES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Numéro INAMI :

Tél. cabinet :

Fax :

Gsm :

Tél. aide urgente :

E-mail :

Est conventionné : ☐ Oui ☐ Partiellement ☐ Non

Moment privilégié pour me joindre :

Travaille avec un (d')autre(s) médecin(s) généraliste(s) :

.....

.....

.....

Numéro de téléphone général :

E-mail général :

Horaires des consultations	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
Matinée
Après-midi

COORDONNÉES DU PHARMACIEN

Nom et prénom :

Numéro APB :

Nom de l'officine :

Adresse :

.....

☐ Est titulaire de l'officine ☐ Est propriétaire de l'officine

Tél. :

Tél. aide urgente :

E-mail :

Fax :

Moment privilégié pour me joindre :

Autres collaborateurs de l'officine :

• Nom :

Fonction :

• Nom :

Fonction :

• Nom :

Fonction :

• Nom :

Fonction :

Heures d'ouverture	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
Matinée
Après-midi

This image shows a full page of a document template designed for handwritten notes or essays. It features approximately 28 evenly spaced, thin grey horizontal lines across the entire width of the page. The margins are consistent on all sides, providing ample space for writing. There are no other markings, text, or graphics present on the page.

INTRODUCTION

Une bonne collaboration entre médecin généraliste et pharmacien est indispensable dans le cadre de l'accompagnement des patients ayant des comportements addictifs. La prise en charge de la dépendance et de l'abus ne sera efficace que si les dispensateurs collaborent et qu'ils travaillent en étroite concertation.

SUGGESTION DE QUESTIONS

- Quels accords pouvons-nous conclure pour détecter et aborder l'abus et la dépendance ?
- Quelles informations donnons-nous lors d'une première prescription pour des benzodiazépines ?
- Comment pouvons-nous collaborer pour réduire l'usage abusif des benzodiazépines d'un patient (p.ex. communication, suivi du patient, préparations magistrales, Préparation de Médication Individuelle (PMI), schéma de médication...) ?
- En tant que pharmacien, je soupçonne que le patient consulte différents médecins afin d'obtenir plusieurs ordonnances d'un même médicament ("shopping médicamenteux"), que puis-je faire ?
- Quelle est notre position face au traitement de substitution (p.ex. la méthadone...) ? Quelles difficultés rencontrons-nous et comment pouvons-nous les éviter ?
- Comment procéder lors de la prescription et la délivrance de la méthadone ? Quels accords pouvons-nous conclure à ce sujet (p.ex. : le patient n'est pas venu prendre sa dose, mentions sur la prescription...) ?

LÉGISLATION ET CONTEXTE

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DU PHARMACIEN ?

Le Code de Déontologie Pharmaceutique prévoit que le pharmacien doit, en cas d'automédication, s'opposer à toute surconsommation supposée ou confirmée. Il doit, dans ce contexte, avertir le patient des risques et dangers éventuels, et lui conseiller de consulter un médecin généraliste. S'il y a des indications qui démontrent une surconsommation des médicaments prescrits, le pharmacien doit prendre toutes les initiatives nécessaires dans l'intérêt du patient et de la santé publique.

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

Le Code de Déontologie Médicale définit que le médecin s'engage à prévenir toute forme d'addiction. Il avise le patient, notamment, sur l'usage abusif ou incorrect de substances qui peuvent mener à une assuétude, ainsi que sur les risques liés à un usage à long terme de ces substances.

USAGE INDÉSIRABLE DES BENZODIAZÉPINES : PRÉVENTION ET INTERVENTION

Nous reprenons ci-dessous quelques conseils, basés sur les recommandations de bonnes pratiques en cas d'assuétude aux médicaments, publiées par la SSMG en 2009, le manuel d'aide aux pharmaciens : anxiété, stress et troubles du sommeil, publié par le SPF Santé Publique (publié en 2005 et revu en 2017), le GheOp³S-tool (Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening-tool) de l'UGent (publié en 2014), le NHG-standaard slaapproblemen en slaapmiddelen (publié en 2014) et les recommandations de l'"Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik".

> **Prévention**

La prévention de l'usage chronique de benzodiazépines est une tâche importante, commune au pharmacien et au médecin :

- Une **bonne information** (par le médecin généraliste et par le pharmacien) est primordiale en matière de prévention de l'usage chronique non souhaité des benzodiazépines. Dialoguer avec le patient en insistant sur les risques d'assuétude et/ou les symptômes de sevrage est conseillé par de nombreux experts, bien que l'efficacité de cette mesure ne soit que rarement évaluée.

- Le **médecin généraliste** peut réduire les risques d'un usage chronique inadéquat par la prescription de petites quantités pour de courtes périodes.
- Le **pharmacien** peut offrir son soutien lors des délivrances réitérées en ayant une attention particulière pour la compliance au traitement, les effets secondaires, les abus... et en signalant le début d'un usage chronique.

> **Intervention**


Une collaboration étroite entre médecin généraliste et pharmacien peut s'avérer utile pour détecter systématiquement et traiter les usagers chroniques de benzodiazépines.

- **Informier et motiver le patient** : D'après des études, le sevrage aux benzodiazépines semble être une question multidisciplinaire au cœur de laquelle la place du patient ne doit pas être négligée. Il est donc important d'avant tout informer le patient sur les conséquences ainsi que sur les effets secondaires d'un usage chronique de benzodiazépines et de le motiver à ce qu'il arrête lui-même, tout en sachant qu'il sera aidé par son médecin généraliste et son pharmacien.
- **Envoi d'un courrier** : L'envoi d'un courrier par le médecin généraliste (conseil d'arrêt et proposition de consultation) aux consommateurs de benzodiazépines de longue durée, permet de réduire de manière efficace le nombre de doses journalières prescrites et le nombre de patients prenant des benzodiazépines. La collaboration avec un pharmacien pour, par exemple, la sélection des usagers chroniques, prend ici tout son sens.
- **Réduction graduelle des doses** : Une réduction graduelle des doses est préférable à un arrêt brutal du traitement. Un sevrage progressif en dix semaines est conseillé, en réduisant graduellement les doses de 10 à 20% par semaine (schéma d'Ashton) ou éventuellement toutes les deux semaines. La vitesse de diminution des doses est donc assez flexible et doit être déterminée avec le patient, en fonction de besoins propres. Les doses nécessaires ne sont pas toujours disponibles en spécialité mais peuvent être préparées en magistrales. La réduction progressive du dosage peut être favorisée par l'établissement d'un schéma de médication. Dans certains cas, la Préparation de Médication Individuelle (PMI) peut s'avérer nécessaire. Dans ce processus, une bonne collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien revêt également toute son importance.

- **Passage au diazépam** : Il n'existe pas de preuve concernant la nécessité de changer de type de benzodiazépine (courte versus longue demi-vie) avant la réduction graduelle du dosage. En théorie, il semblerait pourtant qu'il y ait certains avantages à le faire. Le diazépam provoquerait, grâce à sa longue demi-vie, moins de symptômes de sevrage que les médicaments à action rapide. Cependant, un des inconvénients est que cette longue demi-vie pourrait entraîner une somnolence diurne. La conduite d'un véhicule est d'ailleurs déconseillée et sa prise peut également avoir des effets néfastes sur le travail. On évitera surtout cette transition chez les patients âgés en raison de la longue durée d'élimination du diazépam et de ses métabolites actifs.

Passez au diazépam en vous basant sur le tableau d'équivalence ci-dessous.

Diminuez progressivement la dose de 10 à 20 % chaque semaine ou toutes les deux semaines.



Diazepam	10 mg
Alprazolam	0,5 - 1 mg
Bromazepam	4,5 - 9 mg
Brotizolam	0,25 - 0,5 mg
Clobazam	10 - 30 mg
Clonazepam	1 - 4 mg
Clorazepaat	10 - 30 mg
Clotiazepam	5 - 10 mg
Cloxazolam	1 - 2 mg
Ethylloflazepaat	1 - 3 mg
Flunitrazepam	0,5 - 2 mg
Flurazepam	15 - 60 mg
Ketazolam	15 - 75 mg
Loprazolam	0,5 - 2 mg
Lorazepam	2 - 8 mg
Lormetazepam	1 - 2 mg
Midazolam	7,5 - 15 mg
Nitrazepam	5 - 10 mg
Nordazepam	2,5 - 10 mg
Oxazepam	15 - 100 mg
Prazepam	30 - 60 mg
Triazolam	0,25 - 0,5 mg
Zolpidem	20 mg
Zopiclon	15 mg

Tableau d'équivalence
du Centre Belge
d'Information
Pharmacothérapeutique
(CBIP)

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE PEUT-IL PRESCRIRE DE LA MÉTHADONE ?

Oui, un médecin généraliste peut prescrire de la méthadone. Cependant, un médecin généraliste qui prescrit simultanément des traitements de substitution à plus de deux patients doit :

- Avoir suivi une formation spécifique pour le traitement de patients toxicomanes ou posséder une expertise ad hoc avant 2006 (date d'entrée en vigueur de l'AR).
- Etre enregistré auprès d'un centre d'accueil reconnu, d'un réseau de prise en charge des toxicomanes ou d'un centre spécialisé reconnu. Un pharmacien ne doit pas et ne sait pas contrôler cet enregistrement.
- Pouvoir fournir la preuve qu'il suit une formation continue, lit des articles scientifiques en rapport avec cette matière et participe aux activités d'un centre d'accueil, d'un réseau de prise en charge des toxicomanes ou d'un centre spécialisé.

LA MÉTHADONE DOIT-ELLE ÊTRE PRISE QUOTIDIENNEMENT À L'OFFICINE ?

Oui, la méthadone doit être quotidiennement prise en officine, sauf indication contraire sur la prescription.

Si le médecin généraliste ne mentionne pas d'instruction précise sur la prescription concernant la délivrance du produit de substitution, le pharmacien a l'obligation de le délivrer personnellement au patient, quotidiennement et sous forme de doses unitaires. Le patient doit consommer le médicament sur place.

Si les doses ne doivent pas être prises en officine et que plusieurs doses peuvent être délivrées simultanément, le médecin généraliste doit le spécifier expressément sur chaque prescription. Le médecin généraliste a l'obligation de noter dans le dossier médical, les différentes formes de délivrance et d'administration, ainsi que les motifs. Le pharmacien doit toujours délivrer la méthadone divisée en doses journalières. Le sirop de méthadone devra donc être remis dans des flacons séparés (avec bouchon de sûreté).

Le Formulaire Thérapeutique Magistral (FTM) estime qu'il n'est cependant pas conseillé de délivrer le traitement pour une période de plus d'une semaine. Le FTM précise également qu'afin de renforcer la compliance du patient et de réduire les risques de trafic, la prescription devrait se limiter à un traitement de 14 jours et la délivrance à 7 jours. La durée d'utilisation limitée du médicament est fixée à 10 jours, afin de tenir compte d'un

réapprovisionnement anticipé et/ou un éventuel oubli de prise de la dose journalière.

LE PHARMACIEN PEUT-IL REFUSER D'EXÉCUTER DES ORDONNANCES DE MÉTHADONE ?

Non. Sauf en cas de doute sur la sécurité de la thérapie présentée (dosages, interactions...) ou sur l'authenticité de la prescription, le pharmacien ne peut pas refuser d'exécuter l'ordonnance.

UNE ORDONNANCE POUR DE LA MÉTHADONE DOIT-ELLE ÊTRE MANUSCRITE ?

La méthadone est une substance qui répond à la définition de produit stupéfiant. Le pharmacien ne peut délivrer ces produits que sur prescription, écrite à la main, datée et signée par le médecin. Le dosage, le nombre d'unités, la posologie et si d'application, la durée du traitement doivent être écrit en toutes lettres.

La méthadone peut également être prescrite de manière électronique, et dans ce cas, la prescription ne doit, évidemment, pas être rédigée en toutes lettres ni écrite à la main.

SI LE MÉDECIN NE MENTIONNE PAS D'EXCIPIENT AFIN DE RENDRE LE PRODUIT DIFFICILEMENT INJECTABLE, LE PHARMACIEN DOIT-IL QUAND MÊME L'AJOUTER ?

Oui. Le pharmacien doit toujours ajouter l'excipient adéquat afin d'exclure autant que possible l'utilisation non autorisée du produit. Le pharmacien doit ajouter un excipient rendant l'injection difficile, tant pour les gélules de méthadone que pour les solutions aqueuses. Selon les cas, il peut s'agir de simple sirop, sirop de sorbitol ou tout autre agent de gonflement à base de gomme ou de dérivés de cellulose.

DOIT-ON ÉTABLIR UNE CONVENTION POUR CHAQUE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ?

Non, ce n'est pas obligatoire. La Commission Médicale conseille cependant d'établir, sur base volontaire, une convention entre le patient, le médecin généraliste et le pharmacien, fixant les modalités du traitement de substitution. Vous trouverez un exemple de convention dans les Directives APB "Traitement de substitution" sur www.apb.be.

SOURCES

- Code de Déontologie Pharmaceutique, Ordre des Pharmaciens
- Code de Déontologie Médicale, Ordre des Médecins
- SSMG – Recommandations de Bonne Pratique : assuétude aux médicaments, validée par CEBAM en janvier 2009
- SSMG – Recommandations de Bonne Pratique : insomnie, recommandation en première ligne de soins, validée par CEBAM en janvier 2005
- DOMUS MEDICA – Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering- Geneesmiddelenverslaving, validé par CEBAM en janvier 2009, publié dans Huisarts Nu, juin 2011 – revu en mars 2017
- DOMUS MEDICA – Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn, validé par CEBAM en janvier 2005, revu en décembre 2011
- Manuel d’aide aux pharmaciens : anxiété, stress et troubles du sommeil, publié par le SPF Santé Publique en 2005, revu en 2017
- GheOP³-tool (Ghent Older People’s Prescriptions Community Pharmacy Screening-tool) de l’Université de Gand, version 2014
- NHG-standaard slaapproblemen en slaapmiddelen, 2014
- Centre Belge d’Information Pharmacothérapeutique (CBIP)
- Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik – Oriëntatie stoppen met benzodiazepines, werkmateriaal voor een FTO bijeenkomst
- Directives APB “Accompagnement de patients sous traitement de substitution aux opiacés”
- AR 19.03.2004 réglementant le traitement de substitution, modifié par l’AR 06.10.2006
- AR du 06 septembre 2017 réglementant les produits stupéfiants et matières psychotropes.
- Circulaire de l’AFMPS n° 626 – juin 2016

NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]