**PRÉ-ÉVALUATION DE LA CMP – pharmaciens**

**« Utilisation rationnelle des benzodiazépines grâce à**

**une collaboration multidisciplinaire »**

***Date :***

***Région :***

* **Depuis combien de temps êtes-vous pharmacien(ne) en exercice ?**
* 1 à 10 ans
* 10 à 20 ans
* 20 à 30 ans
* > 30 ans
* Je suis pharmacien(ne) stagiaire
* Je ne suis pas un(e) pharmacien(ne) en exercice
* **Parmi les affirmations suivantes, laquelle/lesquelles s'applique(nt) le mieux à vous ?**

***Indiquez toutes les affirmations qui s'appliquent à vous.***

1. Je n'ai pas l'intention d'informer les patients (verbalement, via une brochure…) au sujet des effets néfastes des benzodiazépines (BZD).
2. J'ai déjà tenté par le passé d'informer les patients au sujet des effets néfastes d'une utilisation (prolongée) de BZD.
3. J'ai l'intention d'informer les patients, dans les semaines à venir (dans un délai d'1 mois), au sujet des effets néfastes des BZD.
4. J'ai l'intention d'informer les patients, à plus long terme (> 1 mois), au sujet des effets néfastes des BZD.
5. J'ai l'intention d'informer les patients qui viennent se procurer des BZD au sujet des effets néfastes des somnifères mais je ne sais pas comment.
6. J'essaie actuellement d'informer les patients au sujet des effets néfastes des BZD mais je n'y parviens pas.
7. J'informe actuellement les patients au sujet des effets néfastes des BZD et j'y parviens.
8. J'informe les patients au sujet des effets néfastes des BZD depuis des années déjà.

* **Dans quelle mesure souscrivez-vous, en tant que pharmacien(ne), aux points de vue suivants relatifs aux troubles du sommeil ?**

***Choisissez à chaque fois un chiffre indiquant dans quelle mesure vous êtes d'accord.***

*1 : pas du tout d’accord*  
*2 : plutôt pas d’accord*  
*3 : neutre, sans opinion*  
*4 : plutôt d’accord*  
*5 : tout à fait d’accord*

1. Les avantages des BZD l'emportent sur les inconvénients.

*1 2 3 4 5*

1. En tant que pharmacien(ne), il est difficile de *motiver* un patient souffrant de troubles du sommeil à recourir à une prise en charge non médicamenteuse.

*1 2 3 4 5*

1. Je n'ai *pas le temps* de prendre en charge les troubles du sommeil de manière non médicamenteuse.

*1 2 3 4 5*

1. La prise en charge non médicamenteuse des troubles du sommeil est la *tâche d'autres professionnels de la santé*.

*1 2 3 4 5*

1. Je dispose de *l'expertise nécessaire* pour proposer un traitement non médicamenteux contre les troubles du sommeil.

*1 2 3 4 5*

1. Une prise en charge non médicamenteuse des troubles du sommeil doit *être soutenue par des médicaments*.

*1 2 3 4 5*

* **Dans quelle mesure utilisez-vous, en tant que pharmacien(ne), les méthodes suivantes ?**

***Choisissez à chaque fois un chiffre indiquant dans quelle mesure vous appliquez ladite méthode.***

*1 : jamais*

*2 : rarement*

*3 : parfois*

*4 : souvent*

*5 : toujours*

1. Lorsqu'un patient demande un médicament en vente libre pour des troubles du sommeil, je donne d'abord des conseils non médicamenteux (psychoéducation relative au sommeil, conseils quant à l'hygiène de sommeil).

*1 2 3 4 5*

1. Lorsqu'un patient demande un médicament en vente libre pour des troubles du sommeil, je l'oriente vers le médecin généraliste.

*1 2 3 4 5*

1. Lors de la première délivrance de BZD, j'informe le patient des effets néfastes d'une utilisation prolongée.

*1 2 3 4 5*

1. Lors de la première délivrance de BZD, j'inscris la date d'arrêt sur l'emballage.

*1 2 3 4 5*

1. J'informe de manière répétée les patients ayant recours à une utilisation chronique de BZD au sujet des effets néfastes de ceux-ci.

*1 2 3 4 5*

1. J'informe les patients ayant recours à une utilisation chronique de BZD au sujet des effets néfastes de ceux-ci et je leur remets une brochure d'éducation à emporter.

*1 2 3 4 5*

1. J'élabore avec le patient un protocole de sevrage pour sevrer ce dernier des BZD et j'en informe le médecin généraliste.\*

*1 2 3 4 5*

1. J'envoie une lettre encourageant l'arrêt aux patients qui ont recours à une utilisation prolongée de BZD afin d'attirer leur attention sur les effets néfastes et je leur conseille d'arrêter.

*1 2 3 4 5*

* **À quoi ressemble actuellement votre collaboration (médecin généraliste-pharmacien) en ce qui concerne les patients souffrant de troubles du sommeil ?**

***Choisissez à chaque fois un chiffre indiquant dans quelle mesure vous expérimentez ou appliquez ce qui est mentionné.***

*1 : jamais*

*2 : rarement*

*3 : parfois*

*4 : souvent*

*5 : toujours*

* 1. J'oriente les patients souffrant de troubles du sommeil (de longue durée) vers le médecin généraliste.

*1 2 3 4 5*

* 1. Lorsqu'un patient souhaite se sevrer de BZD, je l'oriente vers le médecin généraliste.

*1 2 3 4 5*

* 1. Le médecin généraliste inscrit le STS (*start to stop*) sur l'ordonnance lorsqu'un patient entame un sevrage de BZD.

*1 2 3 4 5*

* 1. Lorsqu'un patient entame un sevrage de BZD, le médecin généraliste prend contact avec moi et des accords sont conclus pour bien accompagner le patient\*.

*1 2 3 4 5*

* 1. Lorsqu'un patient entame un sevrage de BZD, j'élabore un protocole de sevrage en collaboration avec le médecin généraliste de ce patient.

*1 2 3 4 5*

* 1. J'élabore un protocole de sevrage (BZD) avec le patient et j'en informe le médecin généraliste.\*

*1 2 3 4 5*

*\*sous réserve du consentement du patient*

**Nous vous remercions vivement d'avoir complété cette pré-évaluation !**

Nous vous souhaitons une passionnante concertation !