Accord entre le patient, le médecin et le pharmacien pour le démarrage d’un programme de sevrage pour un usage chronique aux benzodiazépines ou produits apparentés (Z-drug)

[À remettre par le patient à la pharmacie]

**Cet accord a pour buts :**

* D’informer le patient sur un programme de sevrage qui a comme objectif d’arrêter l’utilisation chronique d‘une benzodiazépine ou d’un produit apparenté (Z-drug) ; qui est utilisé pour induire le sommeil via une prise par jour.
* De fixer des accords entre le patient et les prestataires de soins énumérés ci-dessous.
* D’indiquer clairement au patient que le non-respect de l’accord entrainera l’arrêt du remboursement du programme.

**Cet accord est conclu entre :**

**Le patient**

Prénom et nom de famille : ……………………………………………………………

Numéro NISS : ………………………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………..

Adresse E-Mail : ……………………………………………………………………………..

Tél. : ……………………………………………………………………………………………….

**Le médecin traitant**

Prénom et nom de famille : ……………………………………………………………

Numéro INAMI : ………………………………………………………………...............

Adresse : ………………………………………………………………………………………..

Adresse E-mail : ……………………………………………………………………………..

Tel. : ……………………………………………………………………………………………….

**Le pharmacien**

Prénom et nom de famille : ……………………………………………………………

Numéro INAMI : …………………………………………………………………………….

Adresse de la pharmacie : ………………………………………………………………

Adresse E-mail : ……………………………………………………………………………..

Tel. : ……………………………………………………………………………………………….

**Le médecin traitant :**

* Il/elle déclare avoir eu le …………… (*date*) un entretien avec le patient concernant son utilisation prolongée ( d’au minimum 3 mois) depuis environ ……. mois ou..…… années de …………………… (*nom de la spécialité ou du principe actif*) à un dosage journalier de …………… mg, qui ne dépasse pas 3 fois la dose journalière usuelle reprise dans le tableau en annexe de ce formulaire.
* Il/elle (*cocher une des 2 possibilités*)
	+ Ne souhaite pas
	+ Souhaite

faire basculer le patient de cette molécule vers le diazepam pour le programme de sevrage et il/elle utilise le facteur de conversion (repris dans la table en annexe du formulaire) pour calculer la dose de diazepam qui correspond au dosage journalier de la (des) molécule(s) consommée(s) par le patient.

Soit ….. mg de diazepam (avec un dose maximale journalière de 30 mg).
Il/elle a informé le patient du risque de somnolence diurne.

* Il/elle a parlé des effets négatifs d’une utilisation prolongée et des effets positifs d’un arrêt de prise ;
* Il/elle a informé son patient et discuté avec lui des mesures d’hygiène de vie et des alternatives non -médicamenteuses qui sont moins nocives et plus efficaces à long terme ;
* Sur base d’un entretien motivationnel et d’un dialogue constructif, il a été convenu avec le patient qu’une réduction graduelle de la dose journalière consommée est une option pour l’arrêt progressif de cette consommation, endéans maximum 360 jours;
* La diminution progressive de la dose se fait via une préparation magistrale en officine sur base d’une prescription de médicaments;

En concertation avec le/la patient(e), le programme de sevrage suivant a été choisi (*cocher 1 des 3 schémas*):

* + 5 paliers : 100% - 80% - 60% - 40% - 20% -
	+ 7 paliers : 100% - 80% - 60% - 40% - 30% -20% - 10%
	+ 10 paliers : 100% - 90% - 80% - 70% - 60% - 50% - 40% - 30% - 20% - 10%

et chaque palier prendra (*cocher 1 des 3 possibilités*)

* + 10 jours
	+ 20 jours
	+ 30 jours

Le patient a droit à maximum 2 périodes de stabilisation de 30 jours.

Le/la patient(e) peut demander au médecin et/ou au pharmacien de modifier la durée d’un palier durant toute la durée du programme. Le pharmacien et le médecin se tiendront informé mutuellement.

* Il/elle fait une **prescription de médicaments pour chaque palier** du programme de sevrage  (de diminution ou de stabilisation de dose).
	+ avec au maximum 2 prescriptions par consultation pour 2 paliers consécutifs de diminution de la dose.
	+ avec au maximum 1 prescription par consultation pour un palier de stabilisation de dose, qui sera ensuite suivie d’une consultation pour la prescription d’au minimum 1 palier de diminution de dose.
* Il/elle accompagne et suit le patient tout au long de son programme.

**Le pharmacien :**

* Il/elle a calculé que la consommation moyenne journalière au cours des 3 derniers mois de la molécule . est de …. mg;
* Il/elle confirme que le patient a bien donné son consentement éclairé eHealth ;
* Il/elle fait la préparation magistrale des gélules contenant le médicament ………………. (*nom de la spécialité ou du principe actif),* en commençant pour une première période avec le dosage habituel (100%), càd …………. mg/gélule ;
* Il/elle vérifie dans le dossier pharmaceutique partagé, avant chaque délivrance de la préparation magistrale, que le patient n’a pas eu une délivrance d‘une benzodiazépine ou d’un produit apparenté (Z-drug) autre que celle/celui prescrit(e) pour le programme de sevrage par le médecin traitant, initiateur du programme de sevrage,
* Il/elle délivre la préparation magistrale du palier de diminution de dose ou de stabilisation au plu tôt 3 jours ouvrables avant la date de fin du palier de dose précédent,

Il pourra être dérogé à cette condition si le patient ou le pharmacien doit s’absenter durant une période de temps qui ne permettra pas au pharmacien de pouvoir respecter la condition de délivrance de la préparation magistrale mentionnée ci-dessus.

* Il/elle accompagne et motive le patient tout au long du programme.

**Le patient/La patiente :**

* Il/elle retirera toujours ses préparations dans la même pharmacie, à savoir chez le pharmacien qui a cosigné le présent accord ;
* Il/elle consultera régulièrement son médecin traitant afin de suivre l'évolution du programme et d'obtenir la/les prescription(s) nécessaire(s) pour la poursuite du programme ;
* Il/elle sait qu’il/elle peut avoir, si nécessaire, 2 paliers de stabilisation (période au cours de laquelle il reçoit une dose par gélule identique à celle du palier précédent) tout au long du programme.

Au maximum un palier de stabilisation de dose sera prescrit par consultation par le médecin initiateur du programme et ce pour une durée maximale de 30 jours.

Après la délivrance d’un palier de stabilisation de dose, le/la patient(e) devra obligatoirement se rendre à nouveau chez son médecin traitant pour recevoir une nouvelle prescription pour continuer le programme avec un nouveau palier de diminution de dose.

* Il/elle sait que le coût de de la spécialité ou du principe actif prescrit pour ce programme de sevrage est à sa charge.
* Tout au long du programme de sevrage, il/elle ne prendra le médicament en question que sous la forme de la préparation magistrale ; et il/elle s’engage à ne pas consommer ni se faire prescrire une benzodiazépine ou une molécule apparentée (Z-drug) autre que celle utilisée pour le programme de sevrage.
* Tout au long du programme de sevrage, il/elle informera tout médecin consulté de ce programme, afin d'éviter l’initiation de traitement avec un médicament similaire ;
* En vue d'un traitement et suivi adéquat, il/elle est d’accord que ses données de santé soient partagées entre les prestataires de soins avec lesquels il entretient une relation thérapeutique. Par conséquent, le médecin traitant et le pharmacien traitent, échangent et partagent les données de santé du patient ;
* Le patient se rend compte et accepte que, s'il ne respecte pas ou révoque l'un de ces accords, le remboursement du programme sera terminé ;
* Le pharmacien informera également le médecin si les informations du dossier pharmaceutique partagé du patient montrent que d'autres pharmaciens ont délivré une/des benzodiazépine(s) ou une/des molécule(s) apparentée(s) (Z-drug). Le pharmacien sera alors tenu d’arrêter le remboursement du programme.

Cet accord est rédigé en autant d'exemplaires qu'il y a de parties et chaque partie reconnaît en avoir reçu un.

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDECIN**  | **PATIENT** |
| Cachet Dr | Nom |
| Signature Dr | Signature |
| Date | Date |

|  |
| --- |
| **PHARMACIEN** |
| Cachet de laPharmacie |
| Signature |
| Date |