



Formation

"traitements basés sur la substitution" (TBS) du 5 novembre 2015

Atelier no 4:

"Marché noir des médicaments: que doit faire le praticien et comment le faire"

Déroulement de l'atelier

1. Introduction

2. Discussion au moyen de deux vignettes

3. Conclusion

Déroulement de l'atelier

1. Introduction

2. Discussion au moyen de deux vignettes

3. Conclusion

1. Introduction

- Dr Ridha AMRANI, spécialiste addiction
- Dr Robert HAEMMIG, président SSAM
- Dr André KUNZ, spécialiste addiction
- Dr Philippe MAYE, généraliste
- Dr Claude UEHLINGER, psychiatre



MERCI

... pour leurs contributions
ayant permis la préparation de l'atelier

1. Introduction



**Médicaments stupéfiants ou psychotropes
vendus sur le marché noir:
d'où viennent-ils?**

***... au moins
en partie obtenus***

**... au moyen d'ordonnances
médicales (y compris de
complaisance),**

**... ou de fausses ordonnances
médicales (vols d'ordonnances,
copies, ...),**

**... ou d'ordonnances médicales
falsifiées,**

**... ou de remises injustifiées par des
pharmaciens.**

1. Introduction

Le trafic des stupéfiants et des substances psychotropes constitue une infraction pénale au sens de la LStup (*article 19, alinéa 1, lettre c*)



Les professionnels de la santé doivent contribuer à l'utilisation raisonnées des médicaments, et par conséquent ne pas être complices de trafics.

1. Introduction

Stupéfiants. LF

812.121

Section 2 Thérapie et réinsertion

Art. 3^{d22} Prise en charge et traitement

¹ Les cantons pourvoient à la prise en charge des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou psychosocial ou des mesures d'assistance en raison de troubles liés à l'addiction.

² Ces traitements ont pour objectif la prise en charge thérapeutique et l'intégration sociale des personnes présentant des troubles liés à l'addiction, l'amélioration de leur santé physique et psychique ainsi que la création des conditions permettant l'abstinence.

1. Introduction

Art. 3e Traitement au moyen de stupéfiants

¹ La prescription, la remise et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes sont soumises au régime de l'autorisation. Celle-ci est octroyée par les cantons.

**... pas seulement
la méthadone ou la buprénorphine !!!**

1. Introduction

Ordonnance cantonale du 9 mars 2010 sur les produits thérapeutiques (OPTh)

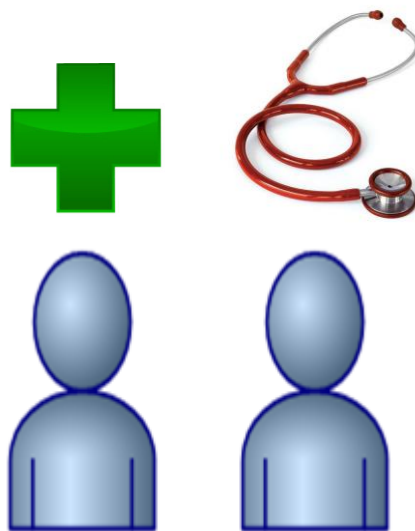
CHAPITRE 3

Prescription et remise des médicaments

Art. 7 Devoir de diligence

Qui prescrit ou dispense des médicaments est soumis à un devoir de diligence et doit contribuer à leur usage rationnel.

1. Introduction



***"Marché noir des médicaments:
que doit faire le praticien
et comment le faire"***

Dr Ridha AMRANI

1. Introduction

Le TBS implique ...

- la **nécessité d'accompagnement** par d'autres mesures parmi lesquelles la relation, le sevrage (si souhaité), un partenariat social - éducatif - médical et psychologique,
- d'**éviter la vision délinquentielle** des troubles addictifs,
- d'**instaurer un climat de confiance** - vigilance avec nos malades,
- des **conditions de délivrances particulières** des médicaments,
- et surtout de **s'armer de patience** et de **garder en permanence à l'esprit le bon sens.**

Dans la pratique quotidienne, il arrive que

- des attitudes
- des propos incohérents
- une observation clinique
- une dénonciation

éveillent chez le médecin ou chez les collaboratrices un **soupçon de détournement de médicaments.**

Il peut s'agir

- de la manière dont le patient les consomme (*voie injectable et non pas orale, consommation irrégulière, ...*)
- de rendre "service" à un tiers
- d'un objectif mercantile

Prix actuel courant sur le marché noir








Médicaments	Prix (Fr)
gélule de méthadone à 100 mg	40.00
comprimé de Subutex [®] à 8 mg	20.00
comprimé de Dormicum [®] 15 mg	7.00 et 10.00*
comprimé de Ritaline [®] 20 mg	5.00
comprimé de Rivotril [®] 2 mg	2.00

* = selon l'approvisionnement du marché

Voir processus complet sur feuilles annexées

Traitements basés sur la substitution (TBS) - Conduite à tenir en cas de détournement avéré des médicaments prescrits et remis à un patient ou une patiente

603_151105_PP_TBS_Processus_Conduite à tenir en cas de détournement avéré des médicaments

Nr.	Etapes	Remarques
0.	 <div data-bbox="633 615 848 776" style="border: 1px solid gray; padding: 5px; display: inline-block;"> Patient avec traitement substitution suivi médicalement </div> 	Un patient ayant des problèmes d'addiction est traité médicalement par un médecin, qui lui prescrit des médicaments de substitution et des anxiolytiques dont il peut emporter une certaine partie à son domicile.
1.	 <div data-bbox="649 801 828 979" style="border: 2px solid orange; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block; text-align: center;"> Soupçon ou preuve </div> 	Le médecin a un fort soupçon ou une preuve de détournement des médicaments qu'il a prescrit à un patient ou une patiente qui a en fait l'acquisition
2.		<p style="text-align: center;">Entretien avec la personne concernée (examen clinique) + screening et quantification du médicament prescrit (examen biologique)</p>



1. Introduction

2. Discussion au moyen de deux vignettes

3. Conclusion

Cas clinique no 1

- Madame Détour Angela, 37 ans, ancienne héroïnomane, plusieurs hospitalisations en psychiatrie pour sevrage, en ttt de substitution depuis 10 ans a changé plusieurs fois de médecin. Suivie au Centre psychosomatique depuis 2 ans, actuellement sous **8 mg de Subutex® /jour - 2 cpr de Dormicum® 15 mg/jour**. (Précision : la patiente est venue avec 4 cpr de Dormicum® 15 mg prescrits par son médecin généraliste, l'objectif étant de la sevrer complètement de ce médicament.)
- Elle est divorcée, mère d'une fille de 15 ans qui habite au foyer, elle se rend 1 week-end par mois chez sa mère (notre patiente) qui vit seule dans un deux pièces. La patiente a peu de contacts avec ses parents vivants, elle leur rend visite une fois par année, lors des fêtes de Noël.
- Au bénéficiaire de l'aide sociale depuis 13 ans. Une décision AI est en cours, la demande a été motivée par une importante altération des capacités cognitives et une instabilité de l'humeur; un diagnostic de trouble bipolaire a été évoqué.
- Mise à part un BPCO en lien avec un tabagisme chronique et sévère, la patiente n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers.
- Jusque-là, tout se passe relativement bien, jusqu'au jour où la patiente demande à voir le médecin, elle a un œdème douloureux de la main droite sans notion de traumatisme. Elle ne dort pas bien depuis une semaine.
- L'examen clinique montre, outre des sites d'injection au dos de la main droite, un gros bras, un état fébrile à 39 C, un pouls à 130/min. et une TA à 145/90.

... œdème douloureux de la main droite sans notion de traumatisme, avec des sites d'injection au dos de cette main, un gros bras, un état fébrile à 39 C, un pouls à 130/min. et une TA à 145/90.



A quel diagnostic pensez-vous?

... et que faites-vous?



Diagnostique:

Il s'agit probablement d'une phlébite, elle est adressée aux urgences du HFR .

Le gros bras et la main œdématiée sont connu sous le nom du syndrome de Popeye ou main en gant de boxe.

En fait, cela représente une **complication locorégionale pathognomonique de l'injection intraveineuse de comprimés de Subutex[®]**. Les composés insolubles contenus dans le Subutex[®] (povidone k30, stéarate de magnésium et amidon de maïs) sont à l'origine de l'embolisation artério-veineuse et lymphatique.

Une semaine plus tard, la patiente rentre chez elle avec un diagnostic de thrombophlébite sans embolie pulmonaire, un traitement antibiotique et anticoagulant.

Lors de son passage suivant en vue d'obtenir les médicaments de son traitement de substitution, le médecin fait le point sur cet évènement avec la patiente: elle avoue que depuis peu de temps, elle fait un peu n'importe quoi avec le Subutex[®] en se l'injectant. Elle ajoute qu'elle est en conflit avec tout le monde à cause de sa fille (ses parents, le SEJ, sa fille et même l'aide sociale).



Que faites-vous?

Selon la procédure mise en place :

- passage quotidien et prise à vue du Subutex[®]
- entretien hebdomadaire à visée psycho éducative
- dosage sanguin du midazolam (Dormicum[®])

.... mais nouvelle découverte!

Votre référence

Dossier n°

15-00525123

Prélèvement du

19.10.15 12:10

Edition du

21.10.15

Rapport complet

MEDICAMENTS

Sédatifs/Hypnotiques

°Midazolam (Dormicum®)

***0.10**

µmol/l

(0.30 - 1.00)

°1-OH-Midazolam

***0.10**

µmol/l

(0.20 - 0.73)

Fin de rapport

Les analyses sont réalisées sur le sang sauf mention d'une autre source.



**Qu'en pensez-vous
et
comment réagiriez-vous?**

- Il s'agit d'un cas de **double détournement**. Le premier concerne le **mode de prise du Subutex[®] en IVD alors qu'il est prescrit par voie orale**, le deuxième concerne la **non compliance du ttt de midazolam**.
- **La patiente a reconnu enfin avoir vendu ses comprimés de Dormicum[®]** depuis deux semaines pour des raisons financières.
- **Le Dormicum[®] a été stoppé avec effet immédiat et le cadre mis en place ci-dessus est maintenu pour six mois.**

Cas clinique no 2

- Monsieur Melchior Exemple, 41 ans, ancien polytoxicomane en traitement de substitution depuis 15 ans. Il a commencé sa consommation de drogues à l'âge de 16 ans (héroïne, LSD, cannabis et Ritaline®). Il est suivi au Centre psychosomatique depuis 4 ans et bénéficie actuellement de 140 mg de méthadone en gélules par jour, de 2 cpr de Valium® 10 mg par jour et d'un cpr d'Entumine® 40 mg au coucher. Passage deux fois par semaine pour la dispense du ttt de substitution.
- Le patient souffre d'une hépatite C depuis 2005, suivi par le Dr Chuard qui conclut à une hépatite stable non évolutive, pas de ttt particulier.
- Le patient a été placé au foyer à l'âge de 12 ans, il n'a plus de contact avec ses parents. Il est l'aîné d'une fratrie de 2 enfants et déclare avoir de bons contacts avec son frère qui habite au Canada.
- Le patient habite seul dans un studio, il est au bénéfice de l'aide sociale depuis 15 ans, il est employé à titre occupationnel à 50% aux ateliers du Tremplin. Il a rompu avec sa copine depuis 1 mois et a repris une consommation régulière de cannabis, histoire de se détendre et supporter cette rupture selon ses dires.
- L'assistante du médecin constate lors de la dispense du ttt que Monsieur Melchior tremble des mains, que contrairement à son habitude et à son tempérament calme, il est quelque peu agité et qu'il est tout en sueur. Elle lui propose de voir le médecin car elle ne le trouve pas bien.
- L'examen clinique révèle un état d'alerte neurovégétatif : transpiration, rhinorrhée, mydriase, crampes chez un patient conscient, cohérent et bien orienté. Le pouls est à 120 /min. la TA 130/85.



Qu'en pensez-vous?

**Quel est votre
diagnostic?**

Que faites vous?

- Nous sommes de toute évidence en face d'un **tableau de sevrage aiguë aux opiacés**.
- La longue durée de vie de la méthadone produit en cas d'arrêt brutal un syndrome de sevrage moins intense et d'apparition retardée (après une à deux semaines environ) contrairement au sevrage aigu de l'héroïne.
- Le patient est mis au repos avec une perfusion de Tranxilium® 50 mg, une ampoule d'Atarax® de 100 mg et d'une ampoule de Viseralgine® de 100 mg. Durant la perfusion, le médecin conseille au patient de l'informer sur ce qui s'est réellement passé afin d'évaluer l'indication d'une hospitalisation au HFR. Le patient avoue de suite que depuis 10 jours il vend quotidiennement sa méthadone. **Le trafic est motivé par un besoin urgent d'argent** car, dit-il, il a fait l'objet d'une dénonciation à la justice suite à un contrôle de police qui a retrouvé plusieurs sachets de cannabis sur lui. **Une dose de méthadone de 80 mg lui est administrée.**
- Le patient reste en surveillance jusqu'au soir. Son état clinique s'est nettement amélioré après 4 heures, les constantes cardiorespiratoires sont dans les normes et il rentre à domicile.



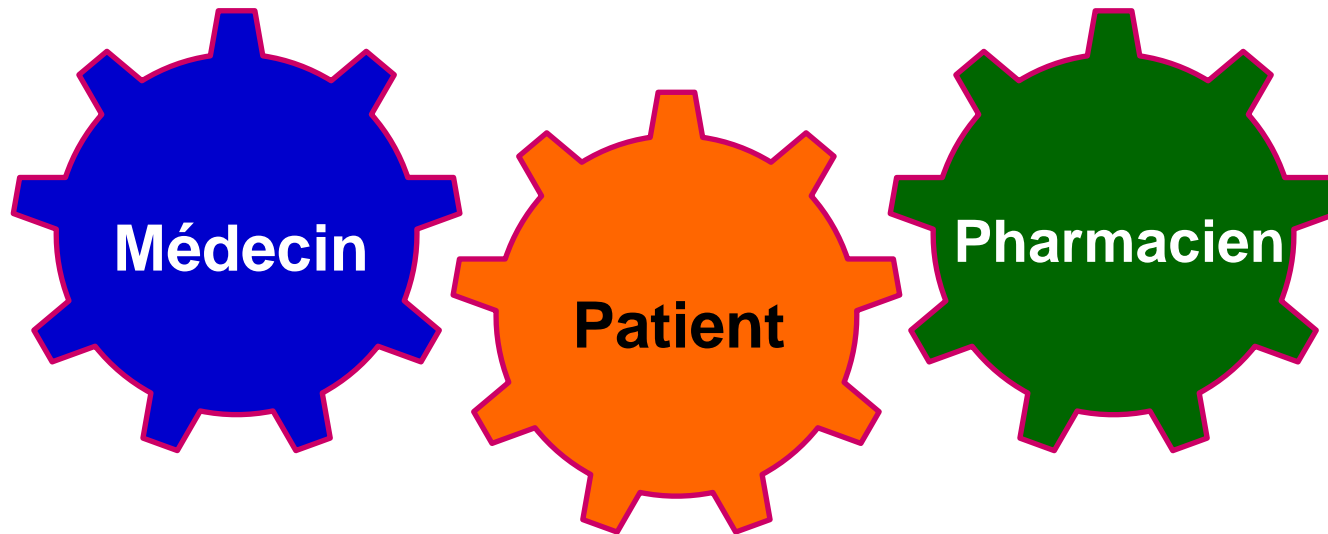
**Comment
réagir?**

- **Vérification:** la plainte et l'amende sont confirmées.

Il s'agit de la première expérience de détournement avouée.

- **Mesures prises selon la procédure habituelle:**
 - Passage tous les jours et prise à vue de la méthadone pendant 3 mois.
 - Entretiens avec le médecin une fois par semaine.

**3ème situation, en réserve pour le cas où le temps
à disposition permet de la mettre en discussion**



Compliance / collaboration médecin, pharmacien

- **Un patient se rend à la pharmacie pour y chercher les médicaments de substitution prescrits par son médecin traitant. Le médecin a récemment augmenté la posologie, le patient s'étant plaint que la dose prescrite était insuffisante.**
- **Le pharmacien remet les médicaments prescrits au patient, la quantité permettant 7 jours de traitement.**
- **Il observe qu'en sortant, le patient est attendu par des "amis". Ce groupe de personnes s'éloigne de la pharmacie et commence une activité particulière qui est clairement identifiée comme du deal.**

Comment doit réagir le pharmacien?



Dr. Robert Hämmig, Président de la SSAM

Ich finde ganz klar, dass der Apotheker im vorliegenden Fall den Arzt informieren muss. Arzt und Apotheker müssen zusammenarbeiten. Ich sehe dabei kein Datenschutzproblem, da es sich um eine ärztlich indizierte Behandlung handelt, also das Ganze unter dem Arztgeheimnis läuft. Erwärte ich, dass Arzt und Apotheker aushandeln, wie die Behandlung besser einzurichten ist.

Je pense très clairement que le pharmacien doit informer le médecin dans ce cas. Médecins et pharmaciens doivent travailler ensemble. Je vois pas de problème de protection des données, car il est un traitement médicalement indiqué qui est placé sous le régime du secret médical entre professionnels de la santé. Il est légitime que médecins et pharmaciens veillent au déroulement optimal du traitement.

Déroulement de l'atelier

1. Introduction

2. Discussion au moyen de deux vignettes

3. Conclusion

3. Conclusion

**Sept messages
à emporter pour
prévenir
le marché noir
des médicaments
et le cas échéant pour
réagir lors
de telles situations**



3. Conclusion

1^{er} message

Contrat thérapeutique:

Acte important qui n'a pas qu'une valeur formelle. Fixe le but et le cadre du traitement, ainsi que les conditions à observer par le patient ou la patiente.



3. Conclusion

2^{ème} message

Coordination entre les professionnels de la santé:

indispensable, notamment si un patient se rend chez plusieurs médecins.



3. Conclusion

3^{ème} message

Systeme du dossier pharmaceutique partage:

outil qui permet le cas échéant de vérifier
si le patient effectue du
tourisme médical ou/et pharmaceutique.



3. Conclusion

4^{ème} message

En cas d'abus avéré:

- 1. essayer de comprendre la raison;**
- 2. refixer un cadre propre à éviter la répétition d'abus,** notamment en **augmentant la fréquence des prises de médicaments sous contrôle visuel.**

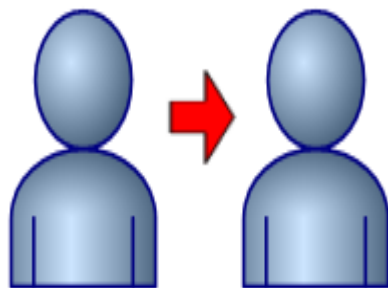


3. Conclusion

5^{ème} message



Détection d'abus par les pharmaciens:



les signaler discrètement au médecin qui assume la supervision du traitement (*il n'y a pas de violation du secret professionnel*).

3. Conclusion

6^{ème} message



Patient ou patiente particulièrement peu compliant:

Prise en charge soutenue, à assumer
plutôt par les structures spécialisées dis-
posant d'une infrastructure adéquate.

3. Conclusion

7ème message

Patient ou patiente "ingérable"

Exclusion du traitement, le cas échéant dénonciation des infractions au Ministère public

(notamment agression du personnel soignant, deals répétés)

avec solution thérapeutique alternative
(changement d'institution par exemple)



