

*Les Étapes de la Prescription**



*quelle que soit la situation, "à froid", lors de la révision du traitement, ou "à chaud", devant un nouveau symptôme

Le Réflexe iatrogénique

Devant tout nouveau symptôme, avoir le réflexe iatrogénique, c'est se poser la question :
« Un Accident iatrogénique est-il possible ? »

Chronologie de survenue compatible ? Signe clinique évocateur? (chute, anorexie, confusion) Événement intercurrent favorisant? (fièvre, déshydratation)

non

Diagnostic Précis
Établi ?

- Indication à traiter ?
- Alternative non médicamenteuse?

oui

Accident iatrogénique Isolé
ou
Favorisé par une Pathologie Aiguë? ⁽¹⁾

- Arrêt, avec substitution ou non ?
- Ajustement ?
- Déclaration à la Pharmacovigilance ⁽²⁾ ?

Définir le Suivi et Rédiger l' Ordonnance

⁽¹⁾ Ex : diurétiques au long cours bien supportés, mais, si fièvre et déshydratation, survenue d'une insuffisance rénale aiguë

⁽²⁾ si accidents graves ou inattendus

Les 2 modes de Révision du Traitement

consultation spécifique

Analyse des Pathologies en Cours

- **PATIENT** : Pathologies? Environnement? Risques ?
 - histoire médicale et médicamenteuse
 - autonomie, environnement, espérance de vie
 - qualité de vie, préférences du malade
 - risque iatrogénique, risque de défaut d'observance
- **BENEFICES/ RISQUES** pathologie par pathologie?
- **EN PRIORITE**, quelles pathologies traiter?
 - existe t'il alors des alternatives non médicamenteuses?
 - quelles sont alors les posologies optimales ?

revue de l'ordonnance

Analyse des Médicaments en Cours

- **INDICATION** : chaque médicament est-il toujours bien indiqué? (pathologie présente, service médical rendu)
- **CONTRE INDICATION** : chaque médicament est-il non contre-indiqué? (comorbidités, interactions)
- **POSOLOGIE**: chaque médicament est-il à posologie optimale?
- **GALENIQUE** : chaque médicament présente t-il une galénique et un packaging adaptés ?
- **AUTOMEDICATION?**

**Liste Hiérarchisée des
Pathologies à Traiter**

? **Correspondance** ?

**Liste des Médicaments
à Prescrire**

Les Objectifs Thérapeutiques

Plus qu'à tout autre âge, ils diffèrent d'un sujet âgé à l'autre, et dépendent de l'espérance de vie, de la qualité de vie, et des préférences du patient.

Aujourd'hui, un octogénaire en bonne santé a une espérance de vie supérieure à 10 ans.

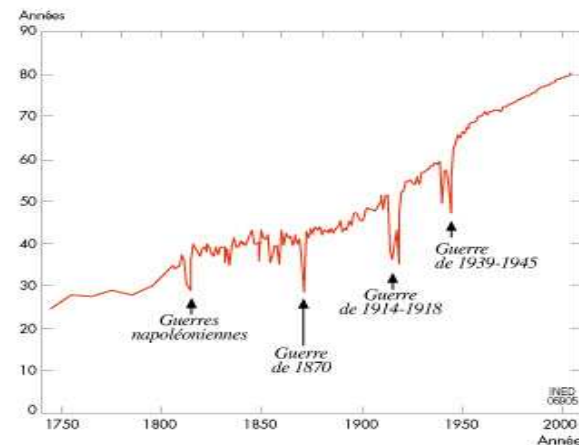
En effet, l'espérance de vie moyenne après 60 ans a beaucoup augmenté depuis 1960. En 2002, l'espérance de vie moyenne d'un homme de 85 ans est de 5,3 ans et celle d'une femme 6,5 ans (données Insee). Mais l'espérance de vie dépend beaucoup des co-morbidités.

Ex: les objectifs glycémiques chez un sujet diabétique sont très liés à son espérance de vie. Si celle-ci est limitée du fait d'une coronaropathie sévère, le principal risque sera l'hypoglycémie et les objectifs de contrôle glycémique devront être réduits. A l'inverse la découverte d'un diabète chez un sujet de plus de 80 ans, en bonne santé, conduira à obtenir un équilibre glycémique assez strict, en accord avec le patient, pour éviter la survenue d'une rétinopathie ou d'une néphropathie.

Le maintien de l'autonomie peut aussi guider les objectifs thérapeutiques.

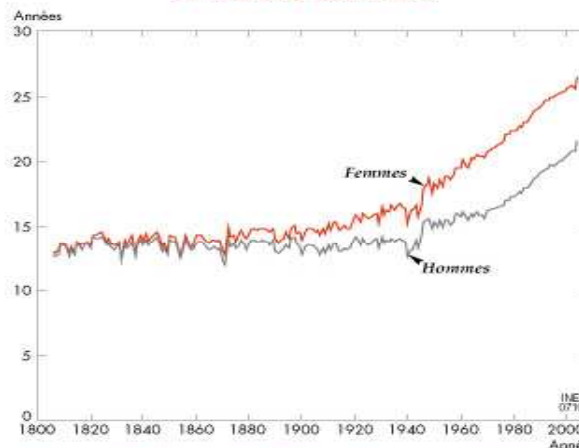
Ex: le retentissement sur l'autonomie fonctionnelle d'une maladie de Parkinson pourra inciter le prescripteur à instaurer un traitement par L Dopa au stade précoce de la maladie, afin que le patient ne limite pas ses déplacements et qu'il ne se confine pas au domicile.

Figure 1 - Évolution de l'espérance de vie à la naissance en France de 1740 à 2004



Sources : Blayo [4] ; Vallin et Meslé [3] ; Richet-Mastain et al. [1].

Figure 3 - Évolution de l'espérance de vie à 60 ans en France de 1806 à 2004



Sources : Vallin et Meslé [3] ; Richet-Mastain et al. [1].

Figures extraites de: Populations et Sociétés, n°41 0, mars 2005

[1] Lucile Richet-Mastain - « Bilan démographique 2004 : nette diminution des décès », Insee-Première, n°1 004, février 2005, et Bulletin mensuel de statistique, n°2-2005, Insee, p. 139-154 [3] Jacques Vallin et France Meslé - Tables de mortalité françaises pour les XIX^e et XX^e siècles et projections pour le XX^e siècle, Données statistiques, numéro 4-2001, Ined, nov. 2001, 101 p. (www.ined.fr) [4] Yves Blayo - La mortalité en France de 1740 à 1829, Population, numéro spécial, nov. 1975, p. 123-142

Le Suivi de la Prescription

1

Avant la Rédaction de l'Ordonnance, Quelles Modalités de Suivi? ⁽¹⁾

- Suivi de l'Efficacité ⁽²⁾ : Objectifs cliniques? Quand réévaluer?
- Suivi de la Tolérance ⁽³⁾ : Critère(s) Clinique(s) Paraclinique(s)?

2

Rédiger l'ordonnance
conforme* , personnalisée, avec schéma thérapeutique simplifié ⁽¹⁾
(*posologie, galénique, horaires, durée, DCI)

3

Réévaluer et Ajuster

Quelles Informations Transmettre?

- au Patient ou Aidant

Explications

Documents personnalisés

- au Médecin Traitant

Courrier du spécialiste

Courrier du praticien du service

⁽¹⁾ sont disponibles des recommandations de l'Afssaps, en terme d'instauration, d'adaptation, de suivi ou d'arrêt de traitement des classes thérapeutiques suivantes: médicaments du système cardio-vasculaire, anticoagulants, psychotropes, AINS, antidiabétiques, anti-infectieux (antibiotiques), statines, médicaments utilisés dans la démence. Référence : "Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé", (www.afssaps.sante.fr)

⁽²⁾ ex: transit après mise sous laxatifs, antidépresseur et humeur à 6 se et 6 mois, poids sous diurétiques

⁽³⁾ ex: clairance de la créatinine annuelle, hypotension orthostatique et Parkinson