Polymédication, polydangers ?

Les enjeux pour les professionnels de la santé

Mireille Guillemette, inf.B.éd.

Dernière mise à jour 2020-12-09, PHOTOCOPIE INTERDITE

Mire

Formation Conseil inc.

Restez informés

Articles

Vous êtes ici : Accueil / Articles

NON CLASSÉ

MISE À JOUR DE LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE / ADMINISTRER UN PRN

Depuis février 2019, les Ordres professionnels ont précisé conjointement la responsabilité des infirmières auxiliaires dans l'administration d'un PRN. L'infirmière auxiliaire peut dorénavant administrer un médicament prescrit en ordonnance individuelle sans réévaluation par l'infirmière. Extrait de l'avis conjoint OIIQ OIIAQ, publié en février 2019 : « Toute ordonnance individuelle vise une seule personne ayant fait l'objet [...]

Rechercher

CATÉGORIES

- Démence (6)
- Deuil / relation aidante (5)
- Examen clinique (1)
- Non classé (1)
- Revue Santé Québec OIIAQ (2)
- Suivi clinique aîné (1)

Mire Formation Conseil inc.

@mireformation

Accueil

Services

Avis

Boutique

Changer la couverture

J'aime déjà · Déjà abonné(e) · Partager · ···

Accéder au groupe

Créer une publication · En direct · Événement · Offre

OBJECTIF GÉNÉRAL : Faire un usage optimal de la médication en identifiant clairement les dangers reliés à la polymédication

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES / Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :

- Reconnaitre les conséquences de la polymédication
- Analyser la validité d'une étude clinique portant sur la médication
- Distinguer tous les éléments faisant partie d'un consentement éclairé
- Démontrer la reconnaissance des critères d'un usage optimal de la médication
- Identifier les enjeux concernant la déprescription
- Identifier les enjeux éthiques reliés au refus de soins
- Développer une pratique sécuritaire basée sur des données probantes
- Sélectionner les outils facilitant une utilisation sécuritaire des médicaments

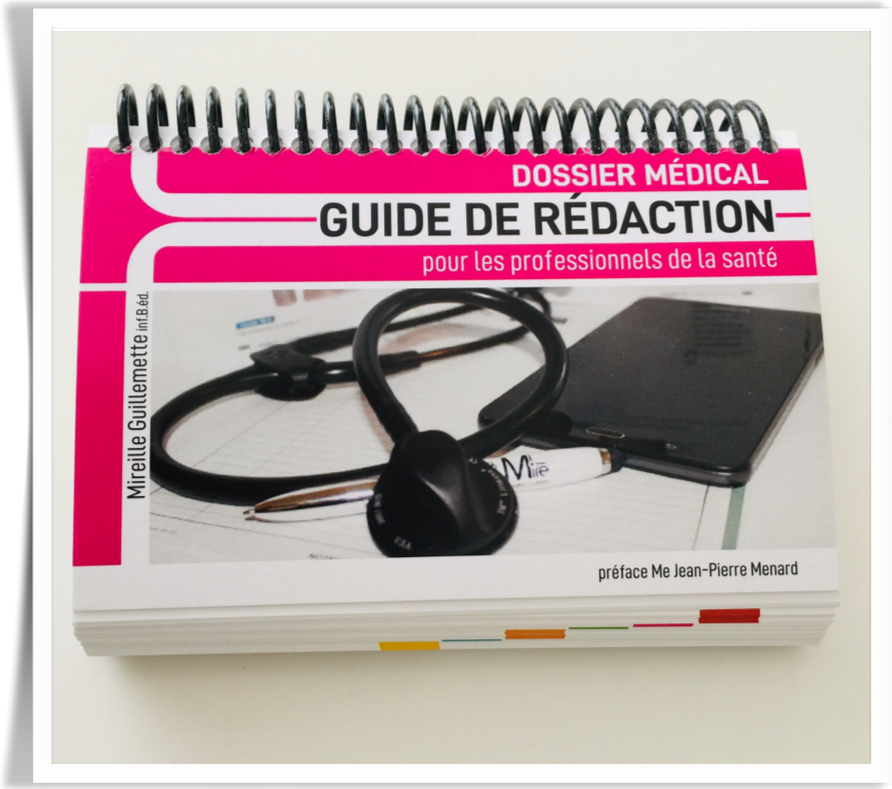
Contenu

- Qu’est-ce que la POLYMÉDICATION
- Études cliniques et industrie pharmaceutique
- À connaître pour éclairer 💡 le CONSENTEMENT
- Qu’est-ce qu’un USAGE OPTIMAL
- La cascade médicamenteuse
- DÉPRESCRIRE, est-ce mon rôle ?
- Le REFUS DE SOINS
- Administration SÉCURITAIRE

Déclaration de conflit d'intérêts

- Auteur : Dossier Médical, **GUIDE DE RÉDACTION** pour les professionnels de la santé, 2019 ISBN 978-2-9818651-0-6

- Auteur : Guide de rédaction des notes aux dossier, version électronique OIIAQ, 2019



Testez vos connaissances

1. Un médecin ne peut cesser une ordonnance prescrite par un spécialiste :

2. Les patients demandent toujours de plus en plus de médicaments et ne veulent pas cesser ceux qu'ils prennent déjà :

3. Déprescrire est très long et complexe :

4.En diminuant le nombre de médicaments, on diminue le nombre de chutes :

5. Il est encore recommandé d'utiliser le Haldol en prévention et traitement du Délirium :

6. Il est prouvé que le Docusate de sodium (Colace) est efficace pour prévenir la constipation :

7. Plusieurs personnes sont sous-médicamentées :

POLY = COMBIEN

Quelle est la définition de POLYMÉDICATION :

Conséquences Positives et négatives

- Augmentation des effets secondaires et interactions
- Plus de médicaments inappropriés
- Les médicaments appropriés sont sous-utilisés
- Hospitalisations
- Chutes (4 médicaments et + = risque)
- Incontinence
- Déficits cognitifs
- Mortalité
- Augmentation des coûts de santé

Notre réalité / notre société

85 %

DES BABY-BOOMERS ADMETTENT
NE PAS MANGER ASSEZ
DE LÉGUMES ET DE FRUITS

62 %

DISENT ÊTRE
OBÈSES OU EN SURPOIDS

PRESQUE
1 BABY-BOOMER
SUR 5
ADMET
FAIRE DE L'EXERCICE QU'UNE FOIS PAR SEMAINE OU MOINS

30 %

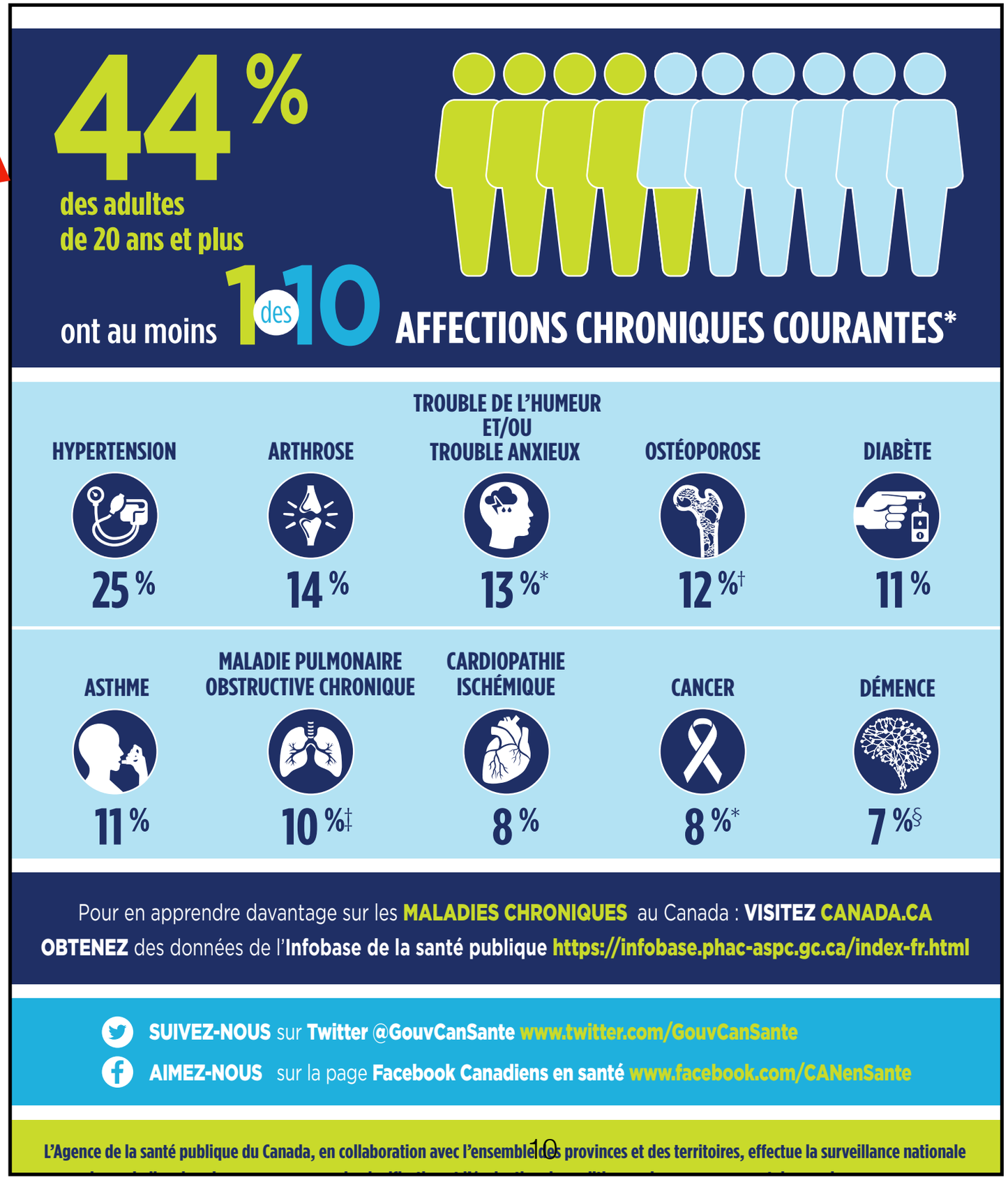
DISENT QU'ILS SONT
SOUVENT OU TOUJOURS STRESSÉS

80 %

PENSENT QUE LEUR DOCTEUR
ESTIME QU'ILS SONT
EN BONNE SANTÉ

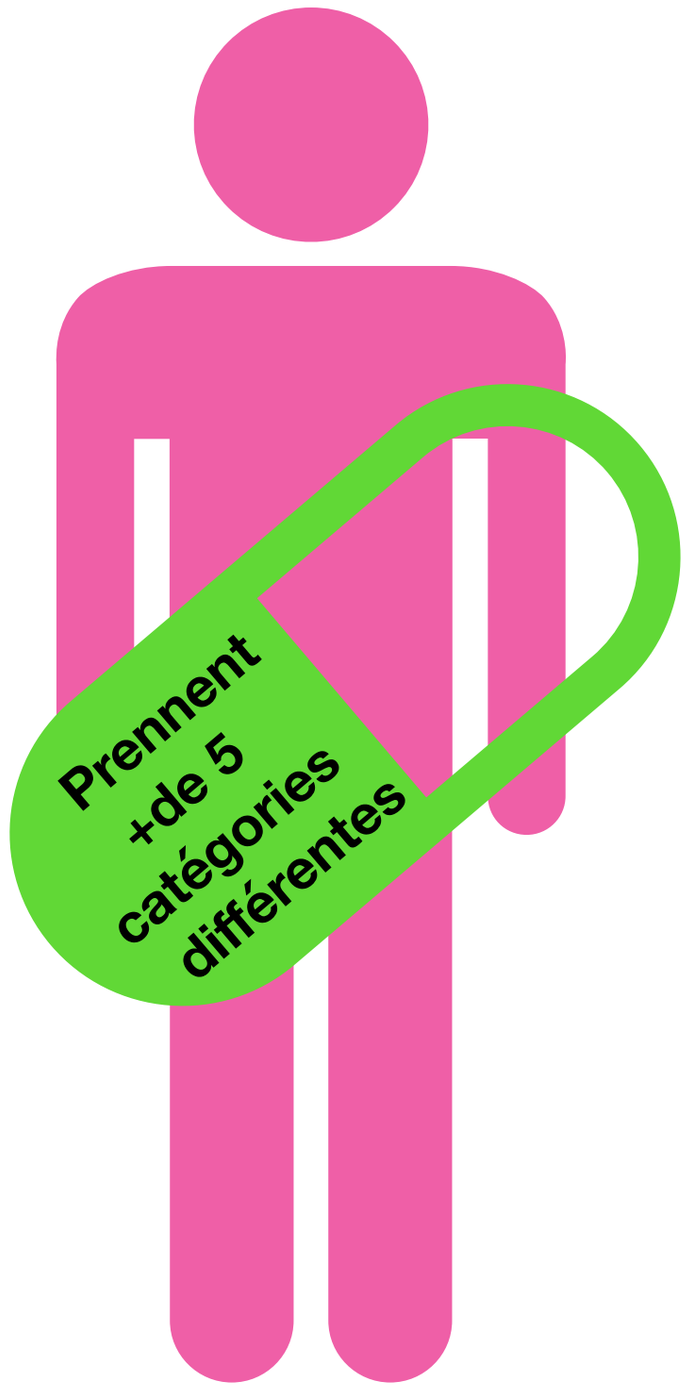
Fondation Coeur et AVC

Notre réalité / notre société

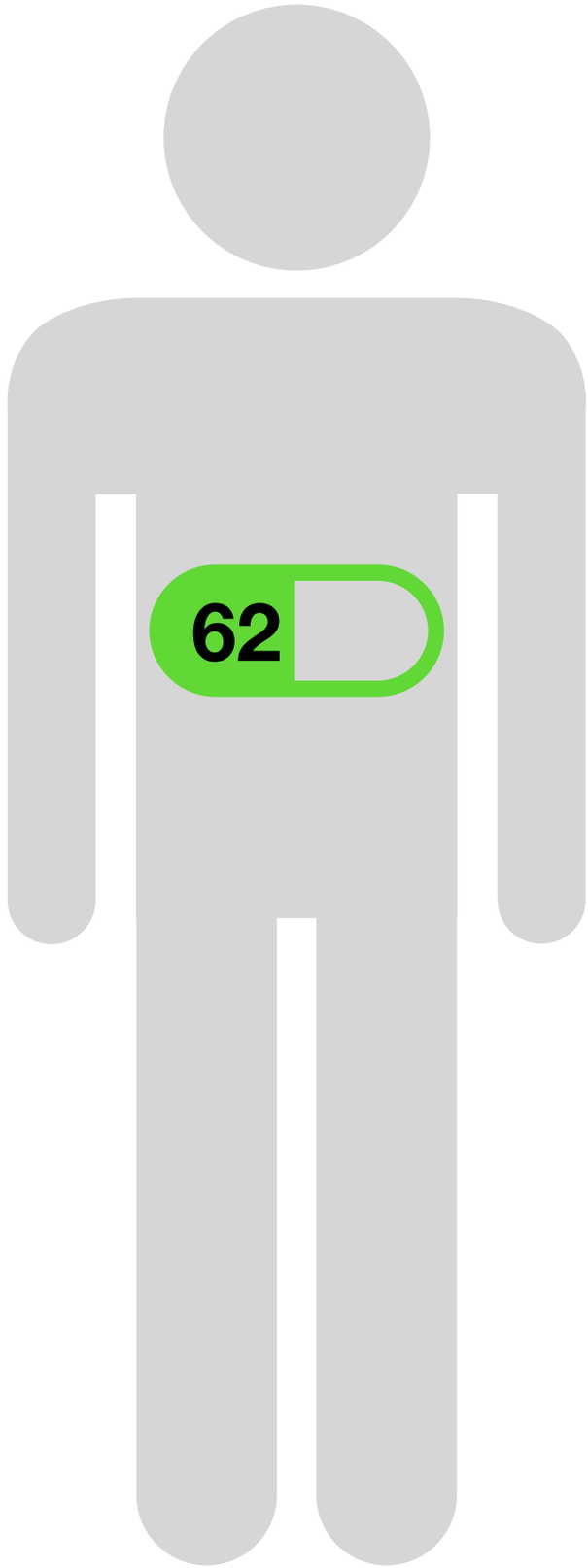


Nombre de médicaments déclarés

2/3 des 65+



Notre réalité / notre société



Une grande découverte : on peut guérir du Diabète de type 2

Quel est ce traitement *miracle ?*

Une grande découverte : on peut guérir certains cas d'HTA

Quel est ce traitement *miracle ?*

Une grande découverte : réduire le risque d'événement cardio-vasculaire de 24% à 38%

Quel est ce traitement *miracle ?*

Une grande découverte : on peut retarder ou stabiliser la maladie d’Alzheimer pour plusieurs mois et même des années

Quel est ce traitement *miracle ?*

Produit naturel efficace contre le cholestérol !

Parce que la niacine est un puissant anti-cholestérolémiant, les auteurs ont évalué la tolérance et l'efficacité de cette molécule, prise de manière quotidienne pendant 16 semaines, sous une forme de diffusion retardée, à une posologie de 1000 ou de 1500 mg.

Les patients enrôlés ont été divisés en 3 groupes : placebo (n=49) ;niacine 1000 mg (n=45) et niacine 1500 mg (n=52) sous forme retardée. La moitié des patients ont également reçu un traitement hypolipidémiant à base de statines. L'étude, contrôlée et en double aveugle, a duré 16 semaines.

Parmi les groupes niacine 1000 et 1500 mg, les taux de HDL-cholestérol ont augmenté respectivement en moyenne de 19% et de 24% (P<0,05), tandis que les triglycérides ont chuté de 13% à 28% (P<0,05).

De même, les niveaux d'hémoglobine glyquée ont diminué de l'ordre de 7% dans les deux groupes.

Résumé d'une publication

FAUX

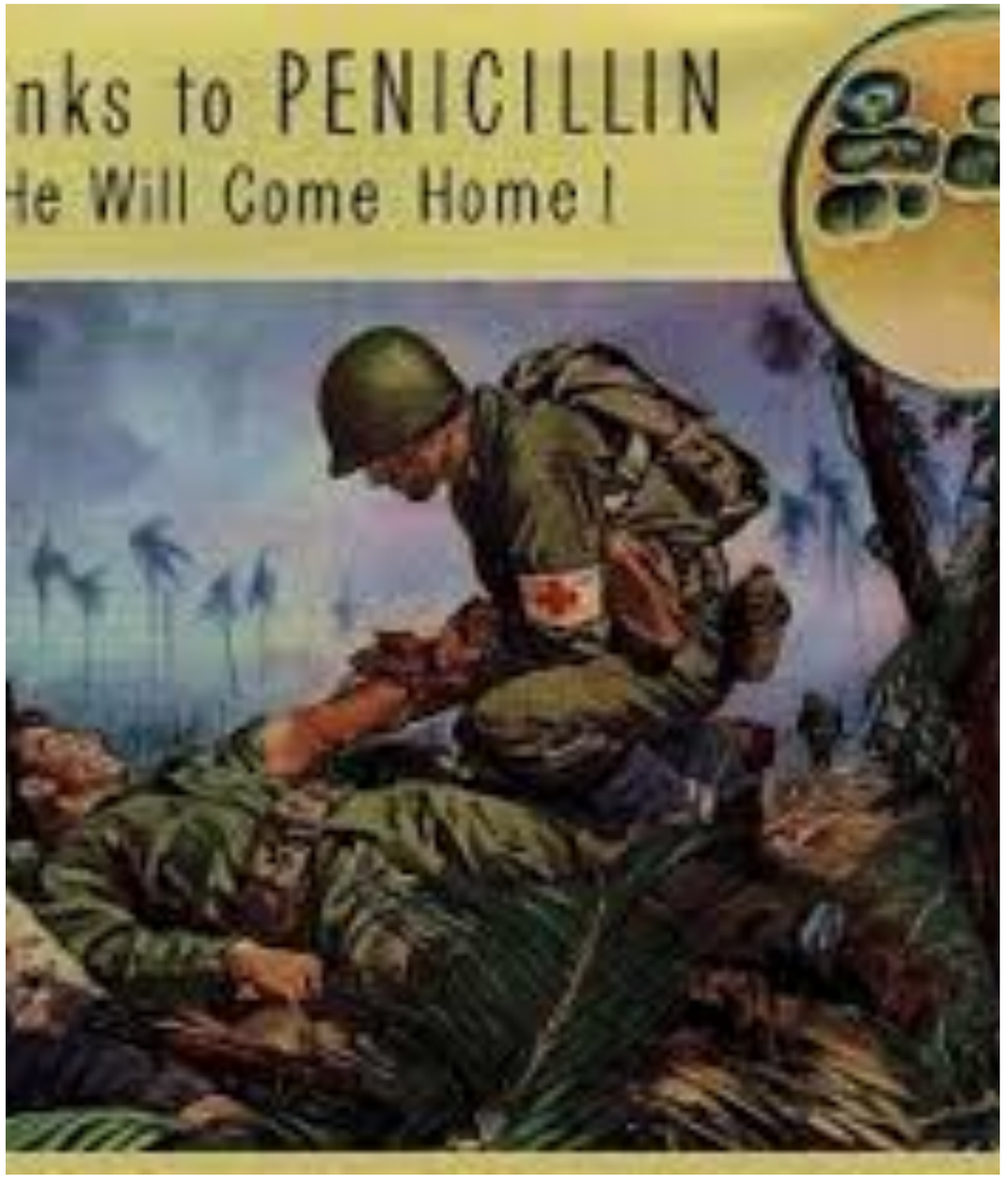
Cochrane publie en 2017 : la niacine n'a pas permis de réduire le nombre de décès, de crises cardiaques ou d'AVC

MAIS

Elle est associée à des effets secondaires…..

Des millions de personnes sauvées !

La Seconde Guerre mondiale 39-45



Déprescrire
11 médicaments sur la liste

1. Docusate de sodium (**Colace**)
2. **IPP** (Dexilant, Lozec, Nexium, Prevacid, Tecta)
3. **Statines** (Lipitor, Zocor, Crestor, Simvastatine, Lovastatine, Pravastatine,Atorvastatine) en prévention primaire
4. **Benzo**diazépines et hypnotiques
5. **Bêtabloquants** (Aténolol, Bisoprolol, Metoprolol, Nadolol) post infarctus
6. Les **pompes** pour traiter asthme et MPOC
7. **Antimuscariniques** (Ditropan, Detrol, Vesicare, Trosec) pour traiter l'incontinence
8. **Inhibiteurs de cholinestérase** (Mémentine, Reminyl, Exelon)
9. **Myorelaxant** (Robaxacet, Flexeril)
10. Compléments alimentaires : Vitamines, **Ca**lcium avec **vit.D**
11. Antibiotiques avant soins dentaires

Les 10 médicaments les plus consommés RAMQ 2020

(Personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments)

1. Synthroid
2. **D-Tabs**
3. Hydromorph Contin
4. Amlodipine
5. **Dexilant**
6. AAS
7. **Vit. D**
8. **Pms-hydromorphone**
9. Pantoprazole
10. Concerta

Étude de cas M.Bélanger

M.Bélanger est âgé de 63 ans. Il souffre de HTA, hypercholestérolémie (LDL 2,72), obésité abdominale (IMC 28, tour de taille 37 pouces).

Il est très actif et il a modifié plusieurs habitudes de vie depuis 1 an.

Il prend du Lipitor depuis 7 ans. Il se plaint de douleurs importantes aux jambes. Il a entendu dire que ce médicament était dangereux et il vous demande votre avis.

- Que lui répondez-vous?

Enjeu # 1

- Comprendre les résultats d’une étude clinique
- Demeurer prudent et objectif face à l’industrie

Lire entre les lignes

NNT et NNH

1. NNT Number needed to treat (NST en français)
2. NNH Number needed to harm (NNN en français)
3. ARR Absolute risk reduction
4. RRR Relative risk reduction

Lire entre les lignes
Exemple fictif présenté par C.Sirois

NNT			
	AVC	Pas d'AVC	Calcul du risque
Médicament	15	185	15/200-0,075
Placebo	28	172	25/200=0.14

NNH			
	Saignement	Pas de saignement	Calcul du risque
Médicament	61	169	61/200= 0.305
Placebo	2	198	2/200= 0.01

NNT : Il faut traiter 15 personnes pendant 3 ans pour éviter 1 AVC

(0,075 donc 7.5%- 0.14 donc 14% = 0,065 DONC 6.5%)

1/ risque absolu donc 1/0,065 = 15,3 . NNT = 15,3

NNH : À chaque 3 personnes que l'on traite pendant 3 ans il y a 1 saignement de plus

(0,0305 (30.5%) - 0,01 (1%) = 0.295 donc 29,5%)

1/risque absolu donc 1/0,295 = 3,39 NNH = 3,39

Un exemple
Statines en prévention primaire

- NST calculé pour le risque cardiovasculaire de faible à modéré est de 117 sur 5 ans

- NST calculé pour le risque cardiovasculaire élevé est de 46 sur 5 ans

Nombre d’ordonnances au Canada en 2020 : 3 881 000

Données américaines, 10 Années Risque

Infarctus + angine / insuffisance coronarienne + insuffisance cardiaque + accident vasculaire cérébral (AVC) + claudication intermittente

Données britanniques, 10 Années Risque

Infarctus + AVC

Données américaines, 10 Années Risque

Décès par maladie coronarienne + infarctus non mortel + AVC mortel/non mortel

Données de la Nouvelle-Zélande, 5 Années Risque

Crises cardiaques + angine de poitrine + insuffisance cardiaque + AVC / AIT + maladie vasculaire

http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html

Âge

50 années

Sexe Homme ✔ Femme

Fumeur Oui ✔ Non

Le risque de maladie cardiovasculaire revient au risque de base 5-10 ans après avoir arrêté de fumer.

Diabète Oui ✔ Non

Pression artérielle systolique

110 mmHg

Entrez la pression artérielle actuelle quel que soit le tra ent

Une pression artérielle de 1

S'applique uniquement si l systolique est supérieure à mmHg

Cholestérol total

3 mmol/L

♀50 ans, bonnes habitudes de vie

Bénéfice relatif : 30%

Souvent le bénéfice réel pour le patient n'est pas associé avec l'effet sur un paramètre biologique ou physiopathologique de substitution (TA ou cholestérol, par exemple) . À l'heure actuelle, vous ne pouvez sélectionner qu'une intervention à la fois.

Activité physique

Diète méditerranéenne vs à faible teneur en gras

Effets délétères des interventions

Pas d'effets délétères

Suppléments de vitamines / oméga-3

Traitement pour la TA (autre que aténolol/doxasosine)

Statines d'intensité faible ou modérée

Statines à haute intensité

Fibrates Niacine

Ézétimibe Metformine

Sulfonylurées Insulines

Glitazones GLP-1

DPP-4s Meglitinides

Durée de la période de risque

10 années

	98,4%	**Pas d'évènement**
	1,1%	**Total avec un événement**
	0,5%	**Nombre de personnes bénéficiant d'un traitement**
NNT	**208**	**Nombre de personnes à traiter**
	1,1%	**Événements calculés selon le risque de base seulement**
	0,0%	**Événements supplémentaires "causés" par les facteurs de risque**

Comme pour toutes les calculatrices de

Années Risque

Infarctus + angine / insuffisance coronarienne + insuffisance cardiaque + accident vasculaire cérébral (AVC) + claudication intermittente

britanniques, 10 Années Risque

Infarctus + AVC

Décès par maladie coronarienne + infarctus non mortel + AVC mortel/non mortel

Années Risque

Crises cardiaques + angine de poitrine + insuffisance cardiaque + AVC / AIT + maladie vasculaire périphérique

http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html

Âge

65

années

Sexe ✔ Homme | Femme

Fumeur Oui | ✔ Non

Le risque de maladie cardiovasculaire revient au risque de base 5-10 ans après avoir arrêté de fumer.

Diabète Oui | ✔ Non

Pression artérielle systolique

125

mmHg

⇕ 65 ans AVEC Statines

le risque de base

Traité pour hypertension artérie

Cliquez sur OUI si vous prenez des médicaments ✔ Oui | Non

Cholestérol total

Bénéfice relatif : 25%

Souvent le bénéfice réel pour le patient n'est pas associé avec l'effet sur un paramètre biologique ou physiopathologique de substitution (TA ou cholestérol, par exemple) . À l'heure actuelle, vous ne pouvez sélectionner qu'une intervention à la fois.

- Activité physique
- Diète méditerranéenne vs à faible teneur en gras
- Suppléments de vitamines / oméga-3
- Traitement pour la TA (autre que aténolol/doxasosine)
- **Statines d'intensité faible ou modérée**

Effets délétères des interventions

- Douleurs musculaires et raideur NNH 10-20 (similaire à un placebo dans la majorité des études)
- Augmentation des enzymes hépatiques (3X la normale) NNH 250

Durée de la période de risque

10 années

	90,9%	**Pas d'évènement**
	6,8%	**Total avec un événement**
	2,3%	**Nombre de personnes bénéficiant d'un traitement**
NNT	**44**	**Nombre de personnes à traiter**
	6,2%	**Événements calculés selon le risque de base**

absolus de maladies cardiovasculaires

Framingham
Données américaines, 10 Années Risque
Infarctus + angine / insuffisance coronarienne + insuffisance cardiaque + accident vasculaire cérébral (AVC) + claudication intermitte

QRISK®2-2014
Données britanniques, 10 Années Risque
Infarctus + AVC

ACC/AHA ASCVD
Données américaines, 10 Années Risque
Décès par maladie coronarienne + infarctus non mortel + AVC mortel/non mortel

PREDICT
Données de la Nouvelle-Zélande, 5 Années Risque
Crises cardiaques + angine de poitrine + insuffisance cardiaque + AVC / AIT + maladie vasculaire

http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html

Âge
65 années

Sexe ✔ Homme | Femme

Fumeur Oui | ✔ Non
Le risque de maladie cardiovasculaire revient au risque de base 5-10 ans après avoir arrêté de fumer.

Diabète Oui | ✔ Non

Pression artérielle systolique
125 mmHg
Entrez la pression artérielle

Cliquez sur OUI si vous prenez des médicaments ✔ Oui | Non

Cholestérol total
3 mmol/L
La valeur du cholestérol doit être

Bénéfice relatif : 25%

Souvent le bénéfice réel pour le patient n'est pas associé avec l'effet sur un paramètre biologique ou physiopathologique de substitution (TA ou cholestérol, par exemple) . À l'heure actuelle, vous ne pouvez sélectionner qu'une intervention à la fois.

Activité physique

Effets délétères des interventions

Risque potentiel de blessures liées aux activités

Bénéfices additionnels

- Moins de dépression
- Amélioration de la qualité du sommeil
- Amélioration fonctionnelle et de la douleur liée à l'arthrose

Diète méditerranéenne vs à faible teneur en gras

Suppléments de vitamines / oméga-3

Traitement pour la TA (autre que aténolol/doxasosine)

Statines d'intensité faible ou modérée

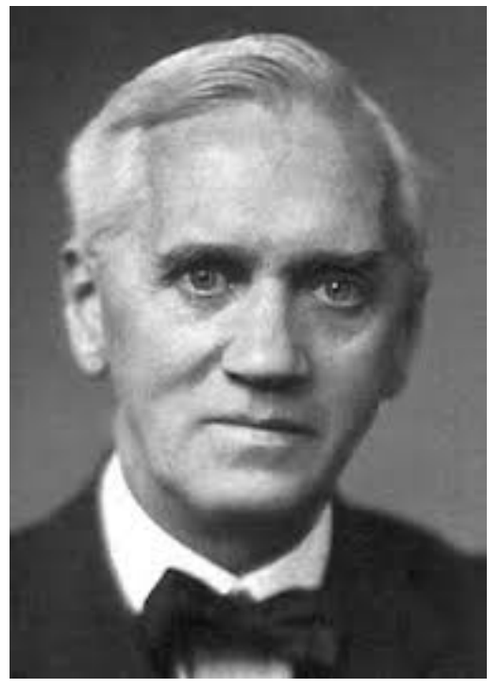
Durée de la période de risque

10 années

	90,9%	**Pas d'évènement**
	6,8%	**Total avec un événement**
	2,3%	**Nombre de personnes bénéficiant d'un traitement**
NNT	**44**	**Nombre de personnes à traiter**
	6,2%	**Événements calculés selon le risque de base seulement**
	0,6%	**Événements supplémentaires "causés" par les facteurs de risque**

♀ 65 ans **SANS** Statines

Prudence et objectivité



La plupart d’entre nous

- N’avons pas une formation scientifique
- N’avons jamais appris à interpréter des études cliniques

Les études cliniques

Influences

- Est-ce que la publicité influence votre jugement professionnel ?

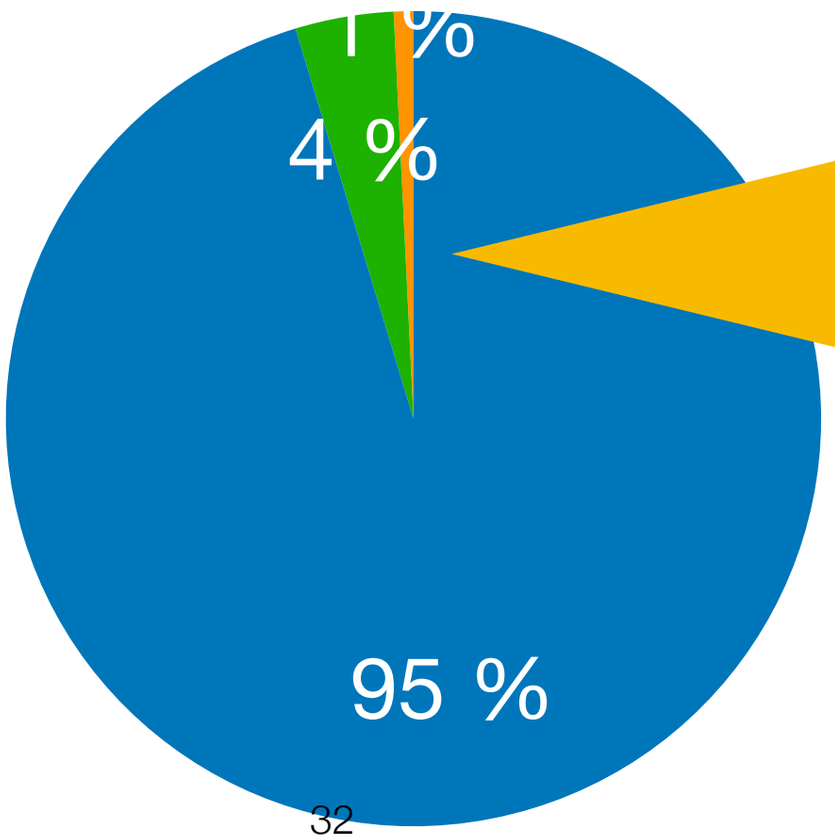
- Avez-vous déjà reçu ou distribué des échantillons de produits (soin des plaies, médicament, produits de nettoyage de la peau, etc.) ?

https://www.fcass-cfhi.ca

Interpréter les résultats
Exemple avec le Docusate Sodium (Colace)

367 études cliniques

3 / 367 études cliniques non financées par les pharmaceutiques



De ce nombre :
5 études répondent aux critères d'inclusion
SOIT
2 examens systématiques,
1 étude contrôlée randomisée et
2 études non randomisées

Interpréter les résultats
Exemple avec le Docusate Sodique (Colace)

- Il y a peu de données probantes

- En comparaison avec un placebo, le docusate sodique n’augmente pas la fréquence des selles

- En comparaison avec un placebo, le docusate sodique n’augmente pas le ramollissement des selles

- Le docusate sodique n'améliore pas les difficultés d'évacuation des selles chez les patients prenant des opioïdes

Source : 2019 L’Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

Enjeu # 2

- Consentement éclairé
- Effets indésirables
- Vieillissement et médicaments
- Effets thérapeutiques
- Interventions non-pharmacologiques
- Adhésion de la personne au traitement proposé

Étude de cas M.Bélanger…la suite

Suite au rendez-vous en GMF, M.Bélanger a rencontré son cardiologue et lui a exposé ses craintes face au Lipitor, ainsi que les possibles effets secondaires dont il était atteint.

La cardiologue a diminué la prescription de Lipitor à 20mg 2 fois par semaine. Il lui a prescrit un nouveau médicament : Ezetrol 10mg DIE.

M.Bélanger n’a plus confiance en son médecin et vous contacte pour avoir votre avis : devrait-il ou non débuter cette médication. Son résultat de LDL est passé de 2,75 à 1,9 en 1 an.

- Que lui répondez-vous?

Documentation

8.8 ENSEIGNEMENT

On a déjà relevé au chapitre 3 que l'enseignement fait partie des 7 éléments de la qualité d'une note. Ce rôle est fondamental. L'enseignement est de première importance pour aider le patient à prendre en main sa santé. La note rend compte non seulement de l'évolution de l'état de santé du patient mais aussi de sa collaboration à chacune des étapes du processus clinique. L'enseignement auprès de la personne devient essentiel dans la note d'évolution.

Les enseignements effectués directement ou par simple remise de documentation au patient ou encore par voie téléphonique, électronique ou autre, doivent être inscrits au dossier.

La note d'évolution doit mentionner :

- Le sujet
- La méthode d'enseignement
- La compréhension et la réponse du client

Les notes d'évolution doivent inclure les soins effectués, l'enseignement et le support psychologique

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-10-03	10h30 Enseignement portant sur la reconnaissance des signes d'hyper et d'hypoglycémie. Aide mémoire visuel remis. .....
	Nomme les principaux signes et symptômes. Connaît la conduite à tenir si un problème glycémique survient.
	..... *Carole Watters inf.*

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-06	9h Dit vouloir cesser son « médicament contre le cholestérol car a lu que ce n'était pas bon, que les compagnies veulent juste s'enrichir ». Enseignement fait concernant les dangers de cesser le médicament sans avis médical. Information écrite remise sur les facteurs de risque cardio-vasculaire. Dit bien comprendre l'information, mais désire « faire le test de cesser ses médicaments jusqu'à la prochaine prise de sang de contrôle » Prise de sang de contrôle prévue dans 2 mois. *Marylie Beaupré CEP1*

Consentement libre et éclairé

On ne peut soumettre à des soins, des examens, des prélèvements, ou à une intervention, une personne qui n’a pas d’abord donné son CONSENTEMENT.

Libre : obtenu sans menace ou pression

Éclairé : donné en pleine connaissance de cause

Consentement

6 éléments essentiels de l'information pour obtenir le consentement

1. le soin proposé
2. les autres solutions possibles
3. les avantages prévus
4. les risques
5. les effets secondaires
6. les conséquences prévues en cas de refus

Consentement éclairé

La personne doit savoir :

1. Pourquoi elle prend le médicament

2. Les bénéfices ET les effets secondaires de ce médicament

3. Combien de temps doit-elle le prendre

4. Comment l’arrêter

5. La fréquence du suivi médical

Effets indésirables

- Effets indésirables
- Interaction médicamenteuse
- Cascade médicamenteuse

Augmentation du risque de chutes

Associer :

Médicament	Augmente le risque de chutes de	Réponse
Antiépileptiques	36 %	
Polypharmacie	42 %	
Diurétiques	75 %	
Antidépresseurs	54 %	
Benzodiazépines	57 %	
Opioïdes	55 %	
Antipsychotiques	60 %	

Plus de bien que de tort ?

Un exemple avec les inhibiteurs de la Cholinesterase

- Risques élevés / bénéfices faibles
- Plusieurs effets secondaires : augmente le risque de chutes, agitation, incontinence, somnolence, céphalées, problèmes G.I.
- Amélioration du score NNT=42
- Aucune évidence de l'amélioration de l'autonomie et des capacités fonctionnelles

Plus de bien que de tort ?
Un exemple avec les IPP

- Efficacité à court terme (max. 8 semaines)

- Risques importants à long terme

Vieillissement et médicaments

Vieillissement normal

1. Fonctions cognitives

2. Fonction cardiaque

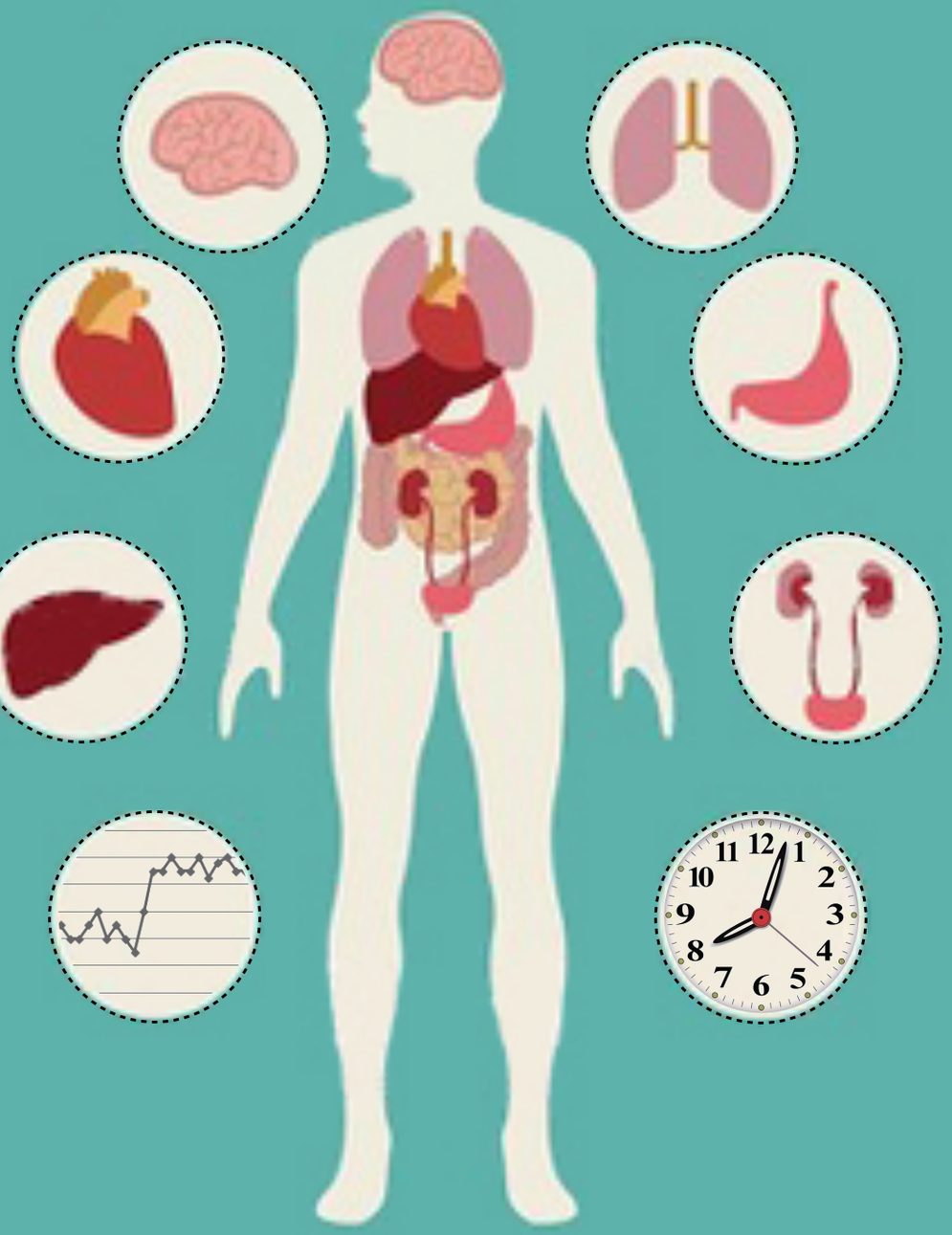
Changements structurels, vaisseaux sanguins, diminution de la capacité cardiaque

3. Foie

Traite et filtre 40% moins de sang

4. Température basale

Diminution



5. Fonction respiratoire

Diminution de la capacité pulmonaire et de l'efficacité de la toux

6. Système digestif et abdomen

Transit ralenti, estomac moins résistant, digestion difficile d'un repas riche en lipides, presbyphagie

7. Système urinaire

Fonction rénale diminue de 50% à partir de 85 ans

8. Sommeil

Éveils plus fréquents, allongement de la période d'endormissement

Fragilité accrue

Climat, risque d'infection, risque de déshydratation

Effets thérapeutiques

Efficacité du produit

- Répond-il aux objectifs thérapeutiques visés ?

- Quelle est l’espérance de vie ? La personne bénéficiera-t-elle de ces effets thérapeutiques ?

Les alternatives

- Interventions non pharmacologiques

La personne au coeur des soins

Adhésion au traitement

- la perception et les croyances du patient face à sa médication, ses problèmes de santé

Enjeu # 3

- S’assurer d’un usage optimal
- Optimiser les bienfaits
- Diminuer les risques
- La cascade médicamenteuse

Données probantes concernant les benzo

(Ex. Ativan, Mogadon, Serax, Restoril, Dalmane)

- Efficacité 21 à 30 jours
- 30 jours et plus = pas plus d'efficacité qu'un placebo
- Indication ANXIÉTÉ : risque important de diminution de tolérance aux stress de la vie
- Indication INSOMNIE : usage de plus de 3 mois, le sommeil profond est grandement diminué. Donc, sommeil moins réparateur.
- Risque important de dépendance si prise continue, plus de 30 jours
- Augmente les déficits cognitifs

Données probantes concernant le Haldol

- Chaque mg d'Haldol augmente le risque de délirium dans les 24 prochaines heures.

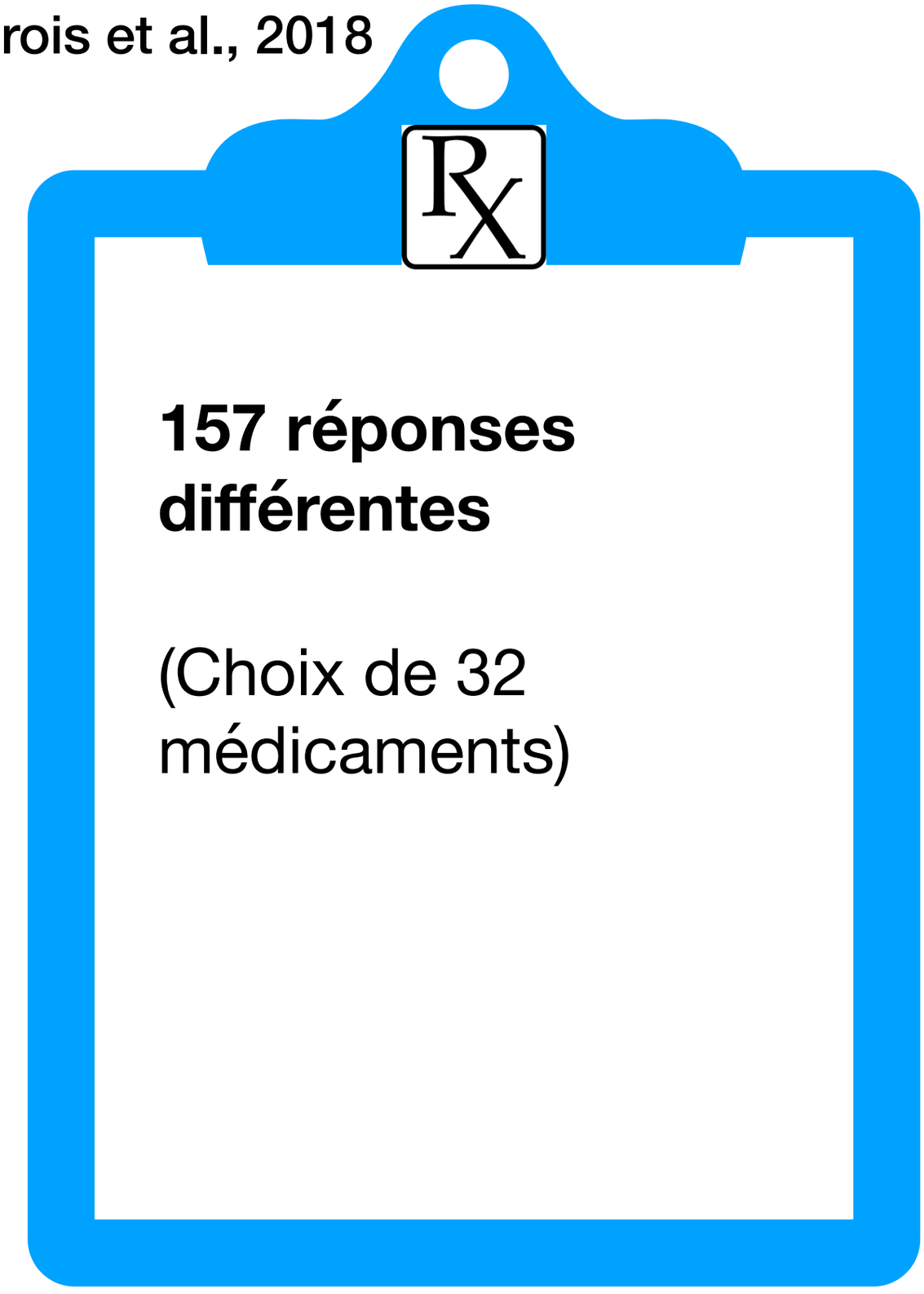
- Administration à une personne de 65+ aux soins intensifs augmente de 5% la probabilité qu'il développe un délirium

- Probabilité augmentée de 548% pour un patient intubé.

Usage optimal

Recherche Caroline Sirois et al., 2018

- 162 répondants (pharmaciens et gériatres du Québec)
- Sujets : personnes de 65 à 75 ans , MPOC + diabète + insuffisance cardiaque



Usage optimal

- Optimiser les bienfaits
- Diminuer les risques
- Utiliser les interventions non pharmacologiques
- Tenir compte de l'état de santé du patient

Optimiser les bienfaits

- Les interventions complémentaires, planification au PTI et application

Diminuer les risques

Source : P.Voyer, Examen clinique de l'aîné, ERPI 2017

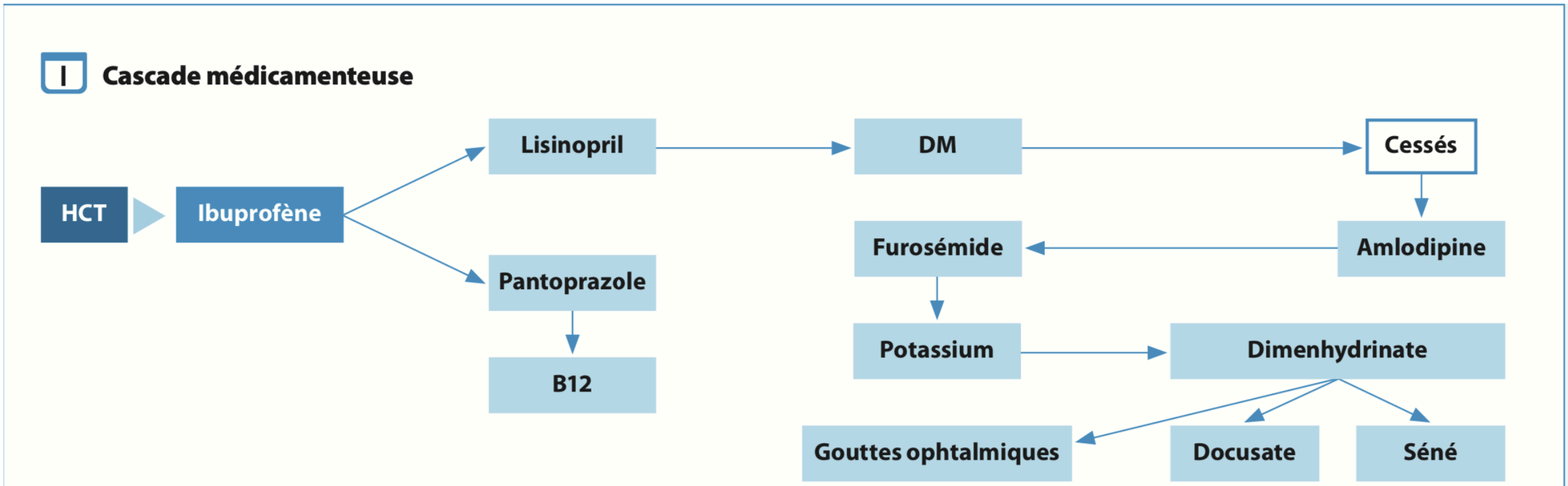
- Individualiser et simplifier le régime médicamenteux
- Administrer de façon sécuritaire (les 7 bons)
- Effectuer la surveillance clinique
  - Effet thérapeutique présent
  - Effets indésirables
  - Changements de l'état de santé
  - En informer le médecin et inscrire toutes ces données au dossier
- Contribuer à la révision du profil pharmacologique

Tenir compte de l'état de santé du patient

- Sa condition
- Son âge
- Présence de plusieurs maladies chroniques
- Ses croyances

La cascade médicamenteuse

Un exemple : Une personne prend du Advil (AINS) pour traiter ses douleurs arthritiques et se retrouve avec 11 médicaments



Dans cet exemple, la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien par une personne hypertendue traitée par de l'hydrochrolothiazide (HCT) a provoqué une hausse de la tension artérielle et de l'inconfort gastrique. Un agent antihypertenseur et un cytoprotecteur ont été ajoutés à l'arsenal thérapeutique, mais ils ont eux-mêmes provoqué des effets indésirables qui ont été traités par des agents pharmacologiques.

DM : dextrométhorphane; B12 : vitamine B12

Sirois,C. Québec Pharmacie 2014

II Cascades médicamenteuses fréquentes[29]

Médicament		Effet indésirable		Traitement instauré
Ibuprofène	→	Hypertension	→	Traitement antihypertenseur
Métoclopramide	→	Parkinsonisme	→	Lévodopa/Carbidopa
Amlodipine	→	Œdème	→	Furosémide
Gabapentine	→	Œdème	→	Furosémide
Ciprofloxacine	→	Délirium	→	Antipsychotique
Lithium	→	Tremblements	→	Propranolol
Bupropion	→	Insomnie	→	Trazodone
Donépézil	→	Incontinence urinaire	→	Oxybutynine
Bêtabloquant	→	Dépression	→	Antidépresseur
Amitriptyline	→	Cognition diminuée	→	Donépézil
Opiacés	→	Constipation	→	Séné
Séné	→	Diarrhée	→	Lopéramide
IECA	→	Toux	→	Dextrométhorphane
IPP	→	Diminution vitamine B12	→	Supplément de vitamine B12
Furosémide	→	Hypokaliémie	→	Supplément de potassium

Étude de cas Jean-Nicolas

Jean-Nicolas se présente au GMF. Il se sent « down »et demande une prescription d'antidépresseurs. Il a de la difficulté à dormir et se sent fatigué, démotivé.

- Votre intervention :

Questions toujours axées sur le malaise dominant	Notez ici les réponses du client
Provoquer : Qu'est-ce qui provoque, entraîne, aggrave, augmente? **Pallier :** Qu'est-ce qui soulage, améliore, diminue le malaise?	
Qualité :Décrivez-moi votre malaise ? Que ressentez-vous? **Quantité :**Quelle est l'intensité, échelle 0 à 10 ? Est-ce que votre malaise diminue ou augmente depuis 48h? **Quel est l'impact de ce malaise sur vos activités :** Comment ce malaise affecte-t-il vos AVQ,AVD, est-ce que vous avez dû cesser ou reporter certaines activités depuis que ce malaise a débuté?	
Région : Quelle est la région, endroit où se manifeste votre malaise? **Irradiation:** Votre malaise s'étend-il à d'autres endroits?	
Signes et symptômes associés: Avez-vous ressenti d'autres malaises ou des sensations inhabituelles en plus de votre malaise dominant? Avez-vous observé d'autres signes ou changements en plus de votre malaise dominant?	
Temps et intermittence: Depuis quand ce malaise est-il présent? Votre malaise est-il constant ou intermittent ? S'il est intermittent, combien de temps dure-t-il, combien de fois par jour se manifeste-t-il? À quel moment apparaît-il?	
U: Quelle est la cause selon vous ? À quoi associez-vous ce malaise?	

Enjeu # 4

- Déprescrire
- Est-ce mon rôle ?
- Comment, quand, pour qui ?

Rôle des professionnels de la santé

Tous les professionnels de la santé :

« L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice du membre d'un ordre, dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. » article 39.4 du *Code des professions*

Rôle de l’infirmière

Infirmière : « L’exercice infirmier consiste à **évaluer l’état de santé**, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l’être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu’à fournir les soins palliatifs. »

« **En ce qui concerne la pharmacothérapie, le rôle de l’infirmière ne se limite pas à l’administration ou à l’ajustement d’un médicament**. En effet, l’évaluation de l’état de santé du client, la décision d’administrer ou non un médicament, la vérification des interactions médicamenteuses, la surveillance clinique pré et postadministration (effets secondaires ou indésirables, efficacité du médicament, etc.), l’enseignement et le suivi infirmier sont toutes des activités importantes liées au traitement pharmacologique dont l’infirmière est responsable. » J.Létourneau, syndic.OIIQ

Rôle de l’infirmière auxiliaire

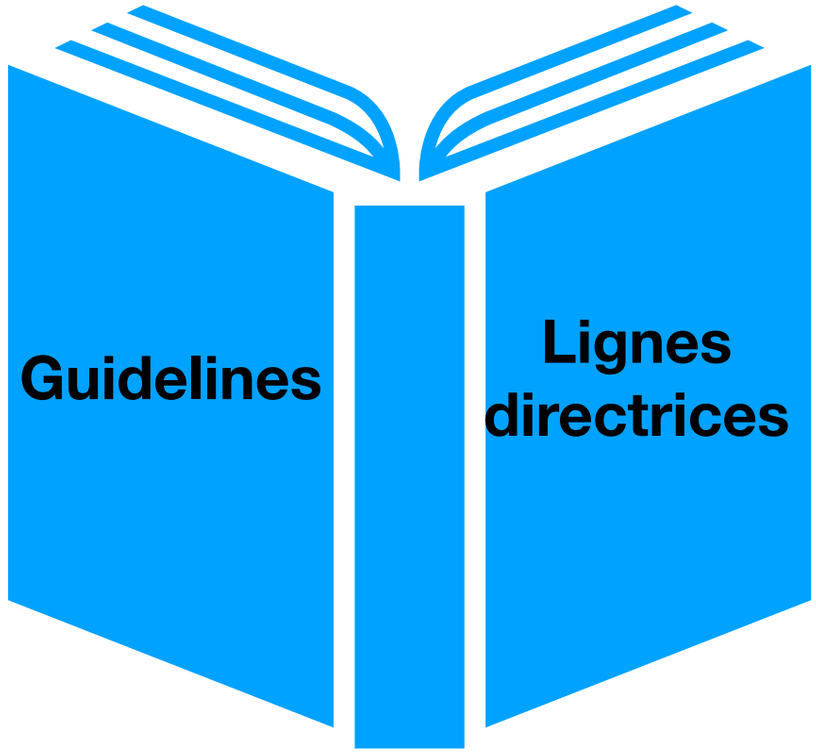
Profil des compétences OIIAQ :

« Contribution à l'évaluation de l'état de santé de la personne:

l’infirmière auxiliaire utilise son jugement clinique pour recueillir des données, observer les manifestations cliniques, objectives et subjectives, et relier ses observations à l’état de la personne et aux pathologies. Elle analyse ainsi l’information afin de contribuer, avec les autres membres de l’équipe interdisciplinaire, à évaluer l’état de santé de la personne et à réaliser le plan de soins. Dans l’ensemble de la démarche de soins, l’infirmière auxiliaire détermine les actions qui relèvent de sa responsabilité. »

Multimorbidité

- HTA
- MPOC
- Diabète de type 2
- Ostéoporose



Déprescrire est trop complexe, on manque de personnel !

Étude de Cara Tannebaum, Mtl, 2104

- Patients de 65 à 95 ans
- Qui consommaient plus de 5 médicaments dont 1 benzodiazepine depuis plus de 3 mois
- Intervention : **un dépliant** leur a été remis
- Résultat : 27 % ont cessé le Benzo à 6 mois

Déprescrire sert à sauver des $$

- Revue Cochrane sur le retrait des antipsychotiques, 2015

- Pas de différence de comportement entre ceux qui ont cessé et ceux qui en prennent toujours

- Bénéfices : augmentation de la fluidité verbale et diminution potentielle de la mortalité

Déprescrire sert à sauver des $$

- Étude de Kruger et al., 2015 sur les statines
- Cesser les statines dans la dernière année de vie
- Pas de différence de mortalité à 60 jours
- Amélioration de la qualité de vie des patients

Déprescrire

- Réaliste et réalisable
- Des impacts positifs chez le patient
- Augmente sa qualité de vie
- Diminue le nombre de chutes, etc.

Déprescrire

- Réduire le nombre de médicaments inappropriés
- Cesser les médicaments sans indication
- Cesser les médicaments qui ont un faible impact
- Cesser ceux qui risquent de causer plus de tort que de bénéfices (selon les listes Beers / Laroche / Rancourt)
- Cesser les médicaments qui n'ont plus de bénéfices préventifs.
- Cesser 1 médicament à la fois.
- Réduire graduellement les doses.

Déprescrire
On manque de temps pour ça !

RAPPEL

Un dépliant de 8 pages remis

RÉSULTAT

Près du 1/3 des patients ont cessé un benzo

Enjeu # 5

- Les médicaments dissimulés
- Le refus de soins
- Refus et personnes inaptes
- Les maladies en phase terminale

Médicaments dissimulés

- Consentement (de la personne ou d'un proche)
- Informer la personne de ce qu'on lui donne
- Savoir gérer un refus de soins

Refus de soins

Le refus de consentir aux soins est un droit reconnu dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) .

Le patient peut exercer CE DROIT par une simple signature dans la section prévue du formulaire de consentement, ou verbalement.

Documenter dans la note d'évolution :

- les Informations fournies au patient sur le soin et
- les conséquences possibles du refus
- la compréhension du patient sur les informations et l'enseignement fournis

Refus de soins et personnes inaptes

L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE D'UNE PERSONNE EST UN **DROIT FONDAMENTAL**

- Qu'est-ce qu'un refus de soins ?
- Qu'est-ce qu'un cas de force majeure ?

Administration sécuritaire

- Ordonnance téléphonique
- PRN
- Surveillance clinique
- Médicaments jugés à haut risque

Évènements déclarés

Rapport MSSS pour 2017-2018 au Québec

184 473 CHUTES déclarées (décès dans 62,47% des cas)

et

136 441 ERREURS DE MÉDICATION (décès dans 2,14% des cas)

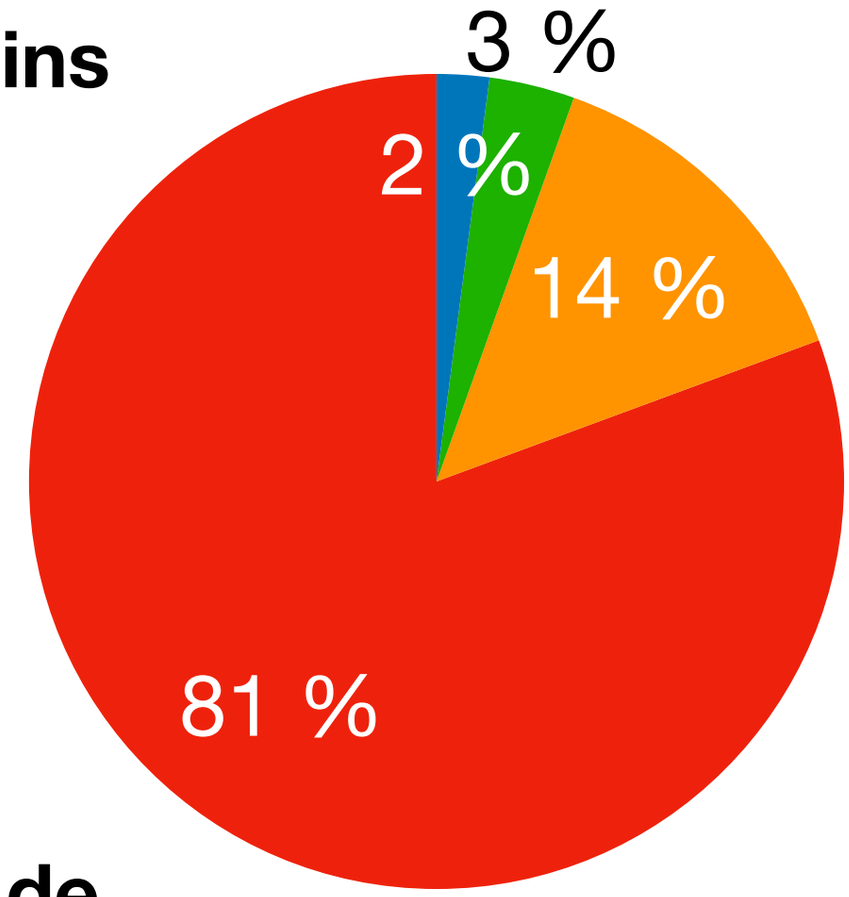
Types d’erreurs reliés à la médication

81 % des évènements : sur l’unité de soins

Administration du médicament :

- Omission
- Mauvaise dose / débit
- Mauvaise voie d’administration

Vérification de l’identité, de l’horaire ou de la dose



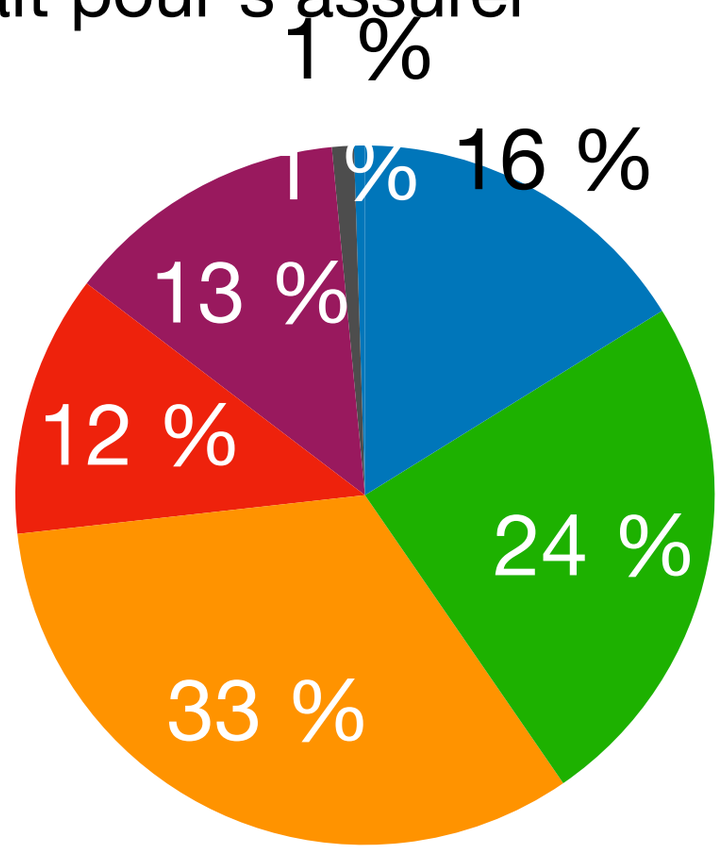
MSSS, DGPEQ, système SISSS

2017-2018

Évènements déclarés

Rapport de l'OPQ en 2016

- 16 % des cas gravité nulle(accident) ou a été évité (incident)
- 24% médicament pris ou omis , n'a pas présenté de risque pour le patient
- 32,5% médicament pris ou omis, un suivi a été fait pour s'assurer qu'il n'y aurait pas de conséquences
- 12% le patient a dû être traité par un médecin
- 13 % le patient a été hospitalisé
- 0,5% dommage permanent
- 1% décès



Les erreurs
La confusion au niveau des noms

acide 6-[[amino(4-hydroxyphényl)-acétyl]-amino]-3,3-diméthyl-7-oxo-4-thio-1-azabicyclo[3.2.0] heptane-2-carboxylique

amoxicilline

Amoxil®, Novamoxin® et Apo®-amoxi

Que signifie

SR	
XL	
DM	
DH	
E	
LA	
SA	

1. Surgam SR 300 et Surgam 300 - Est-ce la même chose ?

2. Transderm N et Transderm V - Est-ce la même chose ?

3. 222 et 222AF - Est-ce la même chose ?

4. Novahistine DM et Novahistine DH - Est-ce la même chose ?

Les erreurs
L’aspect semblable

Diazepam (Valium) OU Lasix (Furosémide)

Les erreurs
L’aspect semblable

Tylenol Gelcaps OU Flurazepam 30

Les 7 B

1. Bon médicament

2. Bonne heure

3. Bonne dose

4. Bon patient

5. Bonne voie (et perméabilité si médicament injectable)

6. Bonne inscription

7. Bonne évaluation (ou contribution à l’évaluation)

Ordonnance téléphonique

1. Date et heure
2. Identification du médecin prescripteur et son numéro de pratique
3. Nom intégral du médicament (en lettres majuscules s'il s'agit d'un médicament d'alerte élevée)
4. Indication*
5. Posologie (quantité totale à administrer en une ou plusieurs fois) . Si PRN, la raison de son utilisation et l'intervalle minimal entre les doses ainsi que le nombre maximal de doses par jour.
6. Forme pharmaceutique (Exemple : comprimé ,sirop)
7. Concentration du produit (Exemple : mg/ml ou mg/co)
8. Dosage (Exemple : mg ou mcg)
9. Voie d'administration (éviter les abréviations)
10. Durée du traitement
11. Période de validité de l'ordonnance
12. Les interventions effectuées (par exemple fax envoyé à la pharmacie)

Il est interdit d'écrire : usage connu, tel que prescrit ou autre mention de ce genre

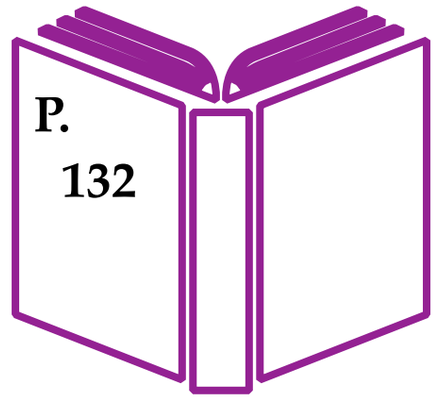
Ordonnance téléphonique
Situation 1

Vous recevez l'ordonnance téléphonique suivante :

Gravol 50 mg 1 co. PRN, si vomissement.

1- Comment inscrivez-vous et à quel endroit ?

2- Quels sont les éléments à considérer en rapport avec cette prescription ?



Ordonnance individuelle

Dans l'ordonnance individuelle, l'évaluation de l'état de la personne ayant été réalisée, l'infirmière auxiliaire peut administrer de **façon autonome** le médicament.

L'OIIQ et l'OIIAQ rappellent dans un avis conjoint publié en février 2019 que :

« L'infirmière auxiliaire demeure responsable des interventions qu'elle réalise dans le cadre de ses activités réservées. Lorsqu'elle administre un médicament, elle est tenue d'exercer cette activité avec compétence et habileté et, par conséquent, elle en assume l'entière responsabilité. »

Lors de l'administration d'un médicament PRN, il faut noter :

- L'évaluation de la condition physique de la personne symptomatique
- Identifier la ou les causes du malaise
- La présence de signes et symptômes associés
- Interventions effectuées (pharmacologiques ou autres)
- Les réactions, le résultat et le suivi effectué

Exemple de note

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-10-01	15h00 Rapporte : Céphalée niveau temporal 4/10. Céphalée connue. Demande Rx.
	15h15 Analgésique donné. Je conseille d'augmenter hydratation. Accepte. *Roxanne Dupuis CEP1*
	16h20 Se dit complètement soulagée. ..... *Jennyfer Boulianne inf. aux.*
Le détail de l'analgésique apparait sur la feuille d'enregistrement de la médication (FADM).	

PRN

- Nécessite d’abord une évaluation de l’état de santé physique et mental

- Après l’administration , la note au dossier devra contenir :

  - l’évaluation de la condition physique de la personne symptomatique (rôle de l’infirmière) / contribution à l’évaluation (par l’infirmière auxiliaire lorsque le symptôme est déjà connu)

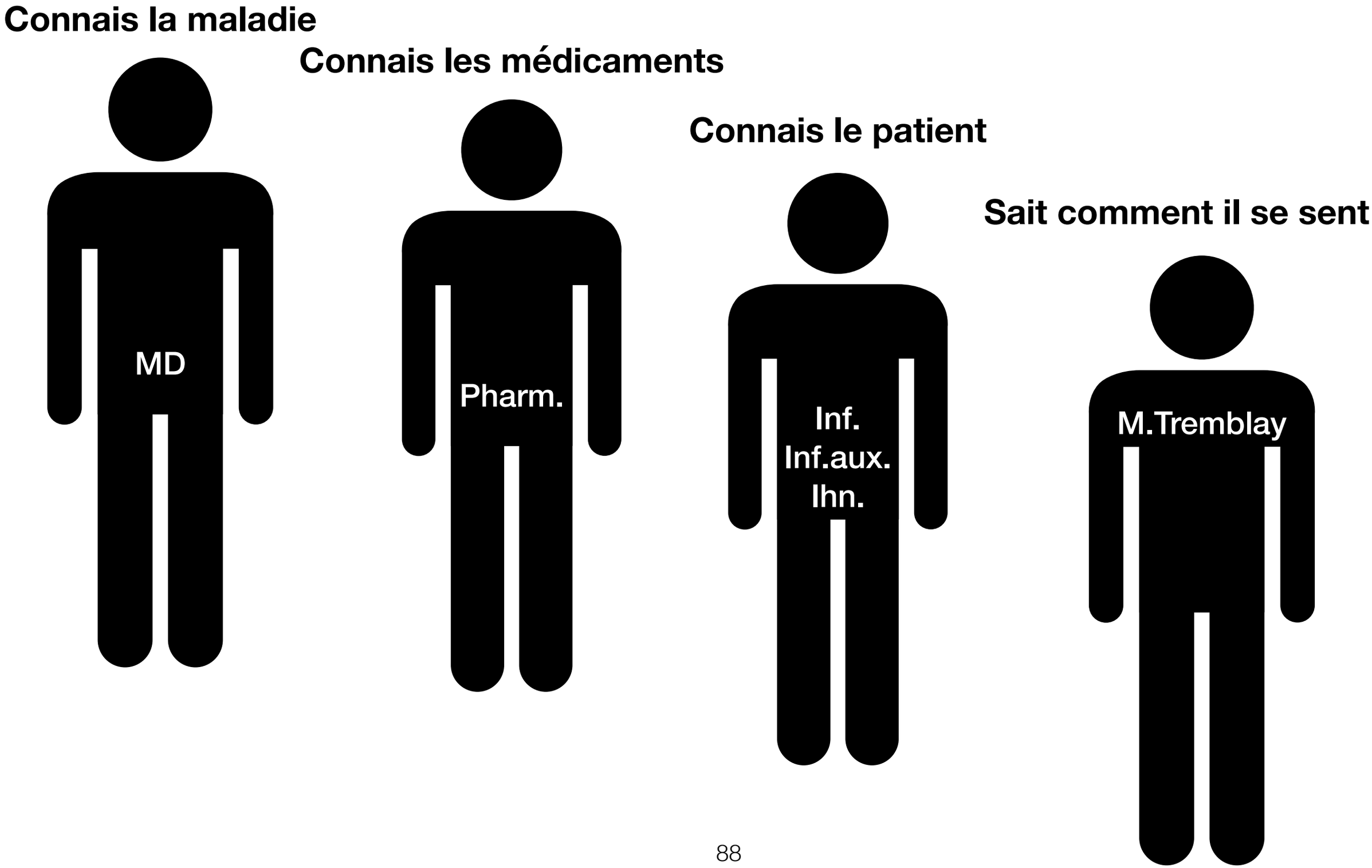
- identifier la ou les causes du malaise

- la présence de symptômes associés

- les interventions effectuées (pharmacologiques et non-pharmacologiques)

- le résultat des interventions

Surveillance clinique



Surveillance clinique des effets indésirables

- Fait partie du rôle de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire

- L'infirmière doit déterminer la fréquence à laquelle cette surveillance doit être réalisée

- On doit retrouver dans la note au dossier :

  - Efficacité du médicament
  - Interventions non pharmacologiques
  - Description des effets secondaires
  - Suivi

Surveillance clinique des effets indésirables Étude de cas Mme Demers

Prend Risperdal (un antipsychotique) depuis son admission au CHSLD.

1. Quelle est l’indication habituelle de ce médicament?

2. Quels sont les effets secondaires à surveiller?

3. Qu’est-ce qui doit être documenté dans la note?

Mme Demers
Exemple de note au dossier

2019-09-25	14h Prescription de Risperdal en cours. Présente des SCPD ne mettant pas en
	Danger les autres ou elle-même, soit errance et cris répétitifs. Référence écrite
	Envoyée à Dr.Caouette pour déprescrire en ciblant l'arrêt de cette médication.
	Information donnée à la famille. PTI ajusté concernant la surveillance des SCPD.
	SIGNATURE, TITRE

Cet exemple est basé sur l'outil d'aide à la décision pour la déprescription des **antipsychotiques** de l'INESSS.

Benzo PRN

Seulement si :

Troubles psychotiques sévères et non contrôlables autrement

+

Tout le reste a échoué

+

Urgence (danger pour lui-même ou pour autrui)

SCPD et Antipsychotiques

- Efficaces dans 20-33% des situations de SCPD
- Inefficaces dans 67-80%
- Lorsque efficaces, réduisent SCPD de 20à 30% seulement
- L’arrêt amène une amélioration des SCPD
- Plusieurs contre-indications (60 ans et plus sont plus à risque d’effets graves)
- Ont des effets secondaires parfois permanents (ex.dyskinésie tardive)
- 1 personne sur 100 décède
- La situation doit être grave

SCPD et Benzodiazépines

- Meilleure efficacité avec les antipsychotiques
- Peuvent être utilisés comme mesure temporaire (- de 30 jours)
- Effets secondaires importants
- La situation doit être grave, c’est une mesure temporaire

La déprescription de l'antipsychotique

- Bénéfices / risques
- Décision concertée et planifiée
- Implique l'équipe de soins et les proches
- Déprescrire ne veut pas dire qu'il a été mal prescrit
- Cesser les antipsychotiques **améliore le comportement** et diminue la morbidité
- Déprescrire n'est pas abandonner, mais au contraire répondre aux besoins

Surveillance clinique des effets indésirables Étude de cas M.Croteau

Âgé de 69 ans. Situation de SAD. Prends Prevacid (IPP) depuis 10 ans.

1. Quelle est l’indication habituelle de ce médicament :

2. Quels sont les effets secondaires à surveiller :

3. Qu’est-ce qui doit être documenté dans la note :

Surveillance clinique des effets indésirables Étude de cas Mme Lemaire

Situation CH. Admise en médecine pour détérioration de l’état général. Prends Serax (un Benzo) au coucher depuis la mort de son mari il y a 6 mois.

1. Quelle est l’indication habituelle de ce médicament ?

2. Quels sont les effets secondaires à surveiller ?

3. Qu’est-ce qui doit être documenté dans la note ?

Test québécois de dépistage de la dépendance aux benzodiazépines chez les aînés

Nous allons vous poser deux questions sur les effets de certains médicaments tels que l'Ativan, le Serax, le Valium, le Flurazepem, etc.

Questions	Oui	Non
1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous remarqué une diminution de l'effet de ce(s) médicament(s) (par exemple sur votre sommeil, anxiété ou tristesse)?	**1**	**0**
2. Avez-vous tenté d'arrêter de consommer ce(s) médicament(s)?	**1**	**0**
Total des points		**/2**

0 point : Suggère que l'aîné n'est pas à risque d'être dépendant de ce médicament.

1 point : Suggère que l'aîné est à risque d'être dépendant de ce médicament. Une réévaluation de son état à tous les trois mois devrait être envisagée.

2 points : Suggère fortement la dépendance aux benzodiazépines* et une consultation médicale est recommandée afin d'évaluer la pertinence d'entamer un sevrage de ce médicament.

* Dans un échantillon de 2 700 aînés (65 ans et plus) sélectionnés aléatoirement, ce test a permis de détecter les individus dépendants aux benzodiazépines avec une sensibilité de 97 % et une spécificité de 95 %. Ce test peut être utilisé sans permission, mais il est essentiel de mentionner la source :

Voyer, P., Roussel, M.E., Berbiche, D., Préville, M. (2010). Effectively detect

Surveillance clinique des effets indésirables Étude de cas Mme Turgeon

Situation SAD. Mme Turgeon, âgée de 86 ans, atteinte de TNCM de type Alzheimer. Vit avec sa fille. A perdu du poids, insomnie de plus en plus fréquente. Résultat du MoCA 16/30. Prends ARICEPT depuis 2 ans.

1. Quelle est l’indication habituelle de ce médicament ?

2. Quels sont les effets secondaires à surveiller ?

3. Qu’est-ce qui doit être documenté dans la note ?

Surveillance

Nouveau symptôme ou événement clinique indésirable

TOUJOURS SUSPECTER LE MÉDICAMENT

Quoi surveiller / PTI

- Liste des médicaments réguliers et PRN

- Déterminer les effets secondaires à surveiller (2 mentaux et 2 physiques)

Quoi surveiller
Un exemple

Liste des médicaments	Principaux effets secondaires
Prinivil	Céphalées , étourdissements
Effexor	Nausées, céphalées
Gucophage	Anorexie, nausées
Entrophen	Brûlures, douleurs gastriques
Lovastatine	Céphalées, Symptômes gastro-intestinaux, douleurs musculaires
Ativan	Étourdissements, somnolence
Nexium	Céphalées, douleurs abdominales
Cal-D	Constipation
Senokot	crampes, diarrhées
Colace	Crampes, diarrhées
Tylenol 500mg	Nausees

Médicaments jugés à haut risque

La liste des médicaments jugés à haut risque est longue.

Parmi les plus souvent administrés les hypoglycémiants, l’héparine, l’insuline, la morphine et les médicaments utilisés en pédiatrie.

Ces médicaments doivent être soumis à plus de vigilance dans la préparation et l’administration , entre autres la

DOUBLE VÉRIFICATION INDÉPENDANTE

Administration sécuritaire
Des outils cliniques

- Pour la personne de 65+
- Critères de BEERS
- STOPP/START
- Algorithmes de déprescription
- Réseau Canadien pour la déprescription
- Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP)

STOPP-START

Substance ou médicament...

Pathologies

Cardio

- [ ] ACFA
- [ ] AOMI
- [ ] Antécédents d'AIT ou d'AVC
- [ ] HTA persistante
- [ ] Insuffisance cardiaque diastolique
- [ ] Insuffisance cardiaque systolique
- [ ] Insuffisance coronarienne (angor ou antécédents de stent ou d'IDM)

Neuro

- [ ] Anxiété sévère persistante
- [ ] ce
- [ ] e d'Alzheimer
- [ ] Maladie de Parkinson
- [ ] Maladie à corps de Lewy

Critères de Beers

Dernière publication 2019

- Liste des médicaments à proscrire chez toute personne âgée
- Liste des médicaments à éviter
- Ceux à utiliser avec précaution
- Ceux à éviter si fonction rénale altérée

Table 2. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults[a]

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Anticholinergics[b]				
First-generation antihistamines Brompheniramine Carbinoxamine Chlorpheniramine Clemastine Cyproheptadine Dexbrompheniramine Dexchlorpheniramine Dimenhydrinate Diphenhydramine (oral) Doxylamine Hydroxyzine Meclizine Promethazine Pyrilamine Triprolidine	Highly anticholinergic; clearance reduced with advanced age, and tolerance develops when used as hypnotic; risk of confusion, dry mouth, constipation, and other anticholinergic effects or toxicity Use of diphenhydramine in situations such as acute treatment of severe allergic reaction may be appropriate.	Avoid	Moderate	Strong
Antiparkinsonian agents Benztropine (oral) Trihexyphenidyl	Not recommended for prevention or treatment of extrapyramidal symptoms with antipsychotics; more effective agents available for treatment of Parkinson disease	Avoid	Moderate	Strong
Antispasmodics Atropine (excludes ophthalmic) Belladonna alkaloids Clidinium-chlordiazepoxide Dicyclomine Homatropine (excludes opthalmic) Hyoscyamine Methscopolamine Propantheline Scopolamine	Highly anticholinergic, uncertain effectiveness	Avoid	Moderate	Strong
Antithrombotics				
Dipyridamole, oral short acting (does not apply to the extended-release combination with aspirin)	May cause orthostatic hypotension; more effective alternatives available; IV form acceptable for use in cardiac stress testing	Avoid	Moderate	Strong
Anti-infective				
Nitrofurantoin	Potential for pulmonary toxicity, hepatoxicity, and peripheral neuropathy, especially with long-term use; safer alternatives available	Avoid in individuals with creatinine clearance <30 mL/min or for long-term suppression	Low	Strong
Cardiovascular				
Peripheral alpha-1 blockers for treatment of hypertension Doxazosin Prazosin Terazosin	High risk of orthostatic hypotension and associated harms, especially in older adults; not recommended as routine treatment for hypertension; alternative agents have superior risk/benefit profile	Avoid use as an antihypertensive	Moderate	Strong

(Continued)

Août 2018

deprescribing.org | Algorithme de déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Pourquoi le patient prend-il un IPP?

En cas de doute, vérifier ses antécédents : endoscopie, hospitalisation due à un ulcère hémorragique, usage chronique d'AINS dans le passé, brûlures d'estomac, dyspepsie.

L'indication demeure inconnue?

- Œsophagite légère à modérée ou
- RGO traité x 4-8 sem. (œsophagite guérie, symptômes contrôlés)

- Ulcère gastroduodénal traité x 2-12 sem. (dû à AINS; *H. pylori*)
- Symptômes GI supérieurs sans endoscopie ; asymptomatique pour 3 jours consécutifs
- Prophylaxie pour ulcère de stress en USI pour suivre après admission
- Infection *H. pylori* sans complications x 2 sem. et asymptomatique

- Œsophage de Barrett
- Utilisation chronique d'AINS avec risque d'hémorragie
- Œsophagite sévère
- Antécédents d'ulcère GI avec saignements

Recommander la déprescription

Forte Recommandation (revue systématique et approche GRADE)

Diminuer la dose (Données probantes indiquant que le risque de réapparition des symptômes n'est pas accru comparativement au maintien de fortes doses), ou

Arrêter et utiliser au besoin (Utilisation quotidienne jusqu'à la disparition des symptômes) (10 % des patients peuvent présenter une réapparition des symptômes)

Arrêter l'IPP

Poursuivre traitement avec IPP

ou consulter un gastroentérologue si la déprescription est envisagée

Suivi après 4 et 12 semaines

Si verbal :
- brûlures d'estomac
- dyspepsie

Si non verbal :
- perte d'appétit
- perte de poids

These brochures empower people to take charge of their medications.

Did you know that over 25% of community-dwelling people who read the brochure on sedative-hypnotics stopped their medications with the help of their family doctor?

- Antipsychotic medication
- First-generation antihistamines
- Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)
- Opioids for chronic non-cancer pain
- Proton Pump Inhibitors
- Sedative-hypnotic medication
- Sulfonylurea diabetes medication (glyburide)

Étude de cas Mme Caux

Mme Caux est âgée de 75 ans. Situation de SAD. Prends Prevacid (un IPP) depuis 10 ans.

1.Quelle est l’indication habituelle de ce médicament :

2.Quels sont les effets secondaires à surveiller :

3.Qu’est-ce qui doit être documenté dans la note :

M.Croteau
Exemple de note au dossier

2020-09-25	14h00 Prescription de prévacid en cours. Dx UGI en 2009. Dit ne présenter aucun
	symptômes depuis plusieurs mois. Informations données. Dr.Moore avisé.
	Recommande de cesser immédiatement ce médicament. Prescription
	cessée. Informé de nous aviser si apparition de symptômes gastriques.
	Marianne Boisvenu inf.

Cet exemple est basé sur l'outil *Usage optimal à long terme des inhibiteurs de la pompe à protons,* INESSS.

Étude de cas Mme Lemaire

Mme Lemaire vit seule. Elle prends du Serax (un antipsychotique) au coucher depuis la mort de son mari il y a 6 mois. Elle a été mariée pendant 62 ans. Pendant les semaines qui on suivi le décès, il lui arrivait souvent de l’entendre et de sentir son odeur et sa présence.

1. Quelle est l’indication habituelle de ce médicament ?

2. Quels sont les effets secondaires à surveiller :

3. Qu’est-ce qui doit être documenté dans la note :

Mme Lemaire
Exemple de note au dossier

2020-09-25	10h30 Prend Serax au coucher depuis 6 mois, au décès de son mari. Résultat
	du test de dépendance aux Benzo 2/2 soit forte dépendance, Enseignement
	fait sur avantages, risques, méthodes de remplacement. Recommandation de
	visite médicale. Dit qu'elle va prendre un rendez-vous avec son médecin dès
	demain. ———————— Béatrice Jean-Pierre inf.aux.

Cet exemple illustre la situation d'une personne vue en soins à domicile et utilisant du Serax pour insomnie depuis quelques mois.

Étude de cas Mme Turgeon

Mme Turgeon est âgée de 86 ans. Atteinte de TNCM de type Alzheimer. Elle vit avec sa fille. A perdu du poids et fait de l’insomnie de plus en plus fréquemment.

Résultat au MEEMS 10/30 . Prends ARICEPT depuis 2 ans.

1. Quelle est l’indication habituelle de ce médicament :

2. Quels sont les effets secondaires à surveiller :

3. Qu’est-ce qui doit être documenté dans la note :

Mme Turgeon
Exemple de note au dossier

2020-09-25	13h30 Présente des symptômes pouvant être reliés à la prise d'Aricept : insomnie, fatigue,
	périodes d'agitation, chute. Fille Gisèle informée des données concernant les
	risques et les effets thérapeutiques de cette médication.
	Demande à ce que le médicament soit cessé. Dr. Busque avisée par téléphone.
	Dit qu'elle va réviser la médication à la prochaine visite prévue dans 3 jours.
	14h00 ———————————————— *Amélie Dupuis-Boulianne, CEPIA*

Surveillance

Nouveau symptôme ou évènement clinique indésirable

=

effet indésirable d’un médicament

jusqu’à preuve du contraire

Quoi surveiller

- Liste des médicaments réguliers et PRN
- Déterminer les effets secondaires à surveiller (2 mentaux et 2 physiques)

Étude de cas M.Forget

M.Forget est âgé de 56 ans. Consomme 5-6 cafés par jour. Mange au resto 3-4 fois/semaine. Activité physique : marche en forêt 2-3 heures par semaine.

- DX: HTA, hyperlipémie, trouble anxieux et insomnie depuis un an (perte d'emploi et du fonds de pension). Ulcère G.I. (2015). Douleurs musculaires depuis 6 mois. Ressens plus de problèmes de concentration et de mémoire depuis environ 6 mois.

- RX: Atorvastatine 40mg DIE, Imovane 3,75mg HS, Ativan 1mg PRN si anxiété, Pantoloc DIE, Advil 400mg q 6h PRN, Oméga 3, Cerveau-Plus, Multivitamines, Nexium 24 DIE

Identifiez les médicaments devenus inadéquats:

Votre enseignement devrait comprendre :

Les outils cliniques pouvant être utilisés :

Questionnaire final

1. Nommez les facteurs augmentant les risques qu'une personne soit exposée à la polypharmacie :

2. Vrai ou faux. Si une personne de 65+ présente un changement dans son état général, il faut penser en premier lieu à un problème relié à la médication :

3. Vrai ou faux. J'ai un rôle important dans l'utilisation optimale de la médication ?

4. Vrai ou faux. Certains médicaments peuvent être cessés sans sevrage ?

5. Vrai ou faux. On devrait cesser immédiatement tous les médicaments devenus inadéquats pour un patient ?

- Conclusion
- Que retenez-vous ? 3 Mots
- Test final
- Évaluation de la satisfaction
- Certificats

Merci et au plaisir de vous revoir !

Formation Conseil inc.

www.mireformations.com