

NOM		PRENOM		sexe		âge		date		N°	
-----	--	--------	--	------	--	-----	--	------	--	----	--

Médecin Traitant, prescripteur principal en ambulatoire		ELEMENTS DU DOSSIER (1)			
		Présents ou complétés	A noter à une prochaine CS	non applicable au patient	cotation
1	Liste des pathologies (antécédents significatifs et pathologies actuelles)				A
2	Liste des pathologies à traiter				B
3	Révision annuelle des pathologies à traiter (faite avec le malade)				B
4	Eventuel refus du patient à être traité				B
5	Liste complète des médicaments prescrits (par les différents prescripteurs)				A
6	Avec les posologies				B
7	Appréciation de l'automédication du patient (oui ou non, si oui médicaments notés)				C
8	Révision annuelle du traitement médicamenteux (faite avec le malade)				B
9	Personne gérant le traitement au quotidien (le malade ou une tierce personne)				B
10	Appréciation sur l'observance du patient (adhésion au traitement médicamenteux)				C

Cotation des critères : (A) essentiel (B) souhaitable (C) optionnel

Argumentaire

Critères 1 2 3 4

Le sujet âgé présente souvent de nombreuses pathologies, qui, cependant, ne doivent pas toujours être toutes traitées. La décision de traitement se prend sur l'espérance de vie (les comorbidités), l'autonomie, la qualité de vie et le souhait du patient. A l'inverse certaines pathologies sont insuffisamment traitées chez le sujet âgé. Enfin, l'évolution de l'état de santé du sujet âgé nécessite une réévaluation au minimum annuelle des pathologies à traiter.

Critères 5 6 7

La polymédication expose le sujet âgé à un risque iatrogénique accru. Il est donc essentiel de connaître l'ensemble des traitements, quel que soit le prescripteur, ainsi que les médicaments pris en automédication.

Pour dépister l'automédication : « Que faites vous en cas de constipation? de douleur? de troubles du sommeil ? d'anxiété ? »

Critère 8

En un an les pathologies et les objectifs thérapeutiques évoluent. Le traitement doit donc être revu dans sa globalité au moins une fois par an, avec le malade.

Critères 9 10

L'adhésion thérapeutique est essentielle à l'efficacité tout comme à la prévention des effets secondaires. Le grand âge peut amener un tiers à s'occuper du traitement. Ce tiers doit être identifié. Il est essentiel d'évaluer l'observance du traitement en interrogeant le patient et/ou son aidant.

Pour dépister le risque de défaut d'observance (mauvaise adhésion au traitement) :

« La plupart des gens ont des difficultés à prendre tous leurs médicaments comme leur médecin le leur a prescrit. Avez-vous parfois des difficultés à prendre certains de vos médicaments? Lesquels? A quelle fréquence? »

Haynes, R.B., Taylor, D.L., & Sackett, D.L., (Eds.). (1979). Compliance in health care. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

«Quand cela vous est arrivé, quelles en étaient les raisons?»

Principaux facteurs de risque : troubles mnésiques, dépression, polymédication, présence d'effets secondaires ou indésirables.

NOM	PRENOM	sexe	âge	date	N°
Médecin Traitant, prescripteur principal en ambulatoire		ELEMENTS DU DOSSIER (2)			
		Présents ou complétés	A noter à une prochaine CS	non applicable au patient	cotation
11	Clairance de la créatinine au moins une fois par an				A
12	Poids au moins une fois par an				A
13	Recherche de chutes au moins une fois par an				C
14	Pour tout nouveau médicament, critères d'efficacité avec délai de réévaluation				B
15	Pour tout nouveau médicament introduit depuis moins d'un an, suivi de l'efficacité				A
16	Pour tout nouveau médicament, critères de tolérance avec rythme surveillance				B
17	Pour tout nouveau médicament introduit depuis moins d'un an, suivi de la tolérance				A
18	Pour les médicaments à risque iatrogénique, information faite au patient et éventuelle documentation remise				C
19	Coordonnées du pharmacien habituel du patient				B
20	Date de naissance du patient				A

Cotation des critères : (A) essentiel (B) souhaitable (C) optionnel

Argumentaire

Critère 11

Le sujet âgé est souvent un insuffisant rénal qui s'ignore. De nombreux médicaments sont à élimination rénale (ex : fluoroquinolones, amoxicilline+acide clavulanique, digoxine, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, etc...) ou ont un métabolite actif éliminé par le rein (ex : morphine). Il est capital, d'évaluer la fonction rénale, avant de prescrire, et systématiquement 1 fois par an.

Clairance de la créatinine = $140 - \text{âge (ans)} \times \text{poids (kg)}$ [x 1,25 chez l'homme] / créatininémie ($\mu\text{mol/l}$)
chez la femme
la formule proposée est celle estimée à partir de celle de Cockcroft, plus simple à mémoriser

Critère 12

Une perte de poids insidieuse est souvent observée chez le sujet âgé au fil des années. La dénutrition majeure le risque de chute (par sarcopénie) et de surdosage médicamenteux, notamment pour les médicaments nécessitant une stricte adaptation de leur posologie au poids (ex : héparines de bas poids moléculaire), ou les médicaments à métabolisation hépatique (ex : anti vitamine K). Le suivi du poids permet donc de lutter contre la iatrogénie évitable.

Critère 13

De nombreux médicaments peuvent favoriser la survenue de chutes chez le sujet âgé par divers mécanismes : hypotension artérielle (orthostatique), sédation, troubles neurosensoriels, myorelaxation, troubles métaboliques, syncopes. Les médicaments les plus incriminés sont : les antihypertenseurs dont les diurétiques, les alpha bloquants, les psychotropes, les antiarythmiques, les fluoroquinolones, d'où l'importance de rechercher les épisodes de chutes. De plus, les chutes répétées sont une contre indication à la prescription d' anti vitamine K.

Critères 14 15

Il est essentiel de s'assurer de l'efficacité d'un traitement pour ne pas le poursuivre de façon indue. Ainsi toute instauration de médicament nécessite une consultation de suivi pour évaluer son efficacité. (ex : traitement antihypertenseur débuté : suivi de l'efficacité défini par objectifs tensionnels + date de la prochaine CS ; TA notée lors de la CS de contrôle faite dans les délais prévus ; ajustement si nécessaire)

Critères 16 17

La tolérance des médicaments est mal évaluée lors des essais cliniques car peu de sujets âgés sont inclus, d'où la nécessité d'une vigilance accrue. Des modalités précises de surveillance clinique et/ou paraclinique doivent être mises en place (ex : traitement antihypertenseur débuté : suivi de la tolérance défini par la recherche de chutes, vertiges ; notés présents ou absents lors de la CS de contrôle faite dans les délais prévus ; ajustement si nécessaire)

Critère 18 19

Le sujet âgé et/ou son aidant sont souvent insuffisamment éduqués, notamment lors de la prise de médicaments à risque iatrogénique (AVK, sulfamides hypoglycémisants, diurétiques, psychotropes, AINS, etc...). La compréhension de cette information est améliorée par l'implication et la collaboration du médecin traitant et du pharmacien (généralement unique) du sujet âgé.