

Bon usage du médicament & sujet âgé chuteur

Cas concrets & solutions éprouvées
Ville- hôpital

Mardi 9 juin 2026 21h



INTERVENANTS

ANIMATION



Maryne
THIERRY DURIOT
Pharmacienne
Dirigeante Pharmaconsulting



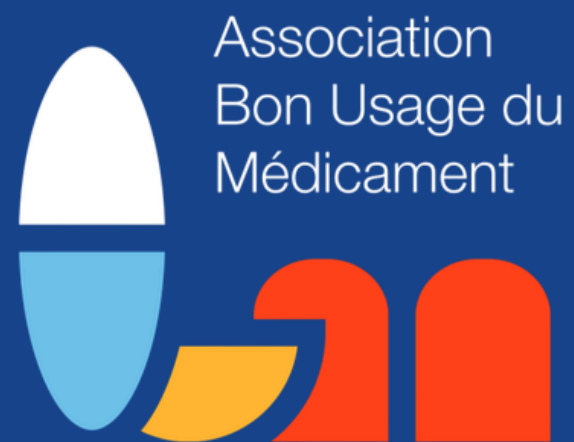
Dr Sandrine
SOURDET
Géiatre
Pôle des fragilités CHU Toulouse



Dr Cécile
MC CAMBRIDGE
Pharmacien hospitalier
CHU Toulouse



Dr Jean-Michel
DUCROCQ
Médecin Généraliste & Urgentiste
Pdt CPTS Nord-Aisne



Association
Bon Usage du
Médicament

Actualités

Sujet

chuteur



QUELQUES CHIFFRES

SANTE PUBLIQUE France MARS 2026

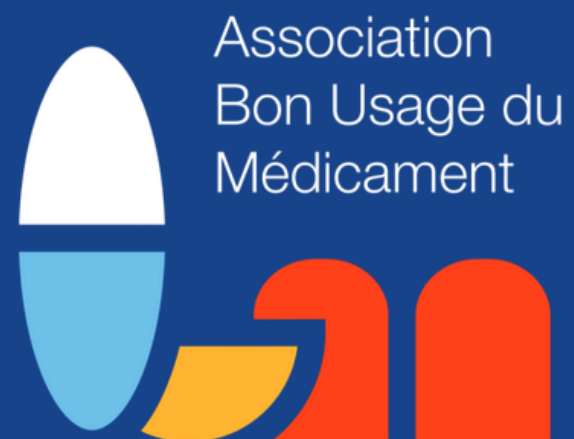
Hospitalisations et mortalité en lien avec une chute chez les personnes de 65 ans et plus en France Données 2015-2024

Hospitalisations en lien avec une chute

- 174824 chez les PA de 65 ans et plus en 2024: +20,5% / 2019
- 8,6 fois plus élevé chez les 85 ans et plus / 65-74 ans

Décès en lien avec une chute

- 20148 chez les PA de 65 ans et plus en 2024: +18% /2019
- 29 fois plus élevé chez les 85 ans et plus / 65-74 ans



Association
Bon Usage du
Médicament

Le patient gériatrique



Spécificités du patient gériatrique

C'est quoi un patient gériatrique ?



- ... un patient âgé
- ... souvent polypathologique
- ... et avec un ou plusieurs syndromes gériatriques

Un syndrome gériatrique c'est:

- Un syndrome très fréquent chez la personne âgée
- d'origine multifactorielle (*intrication entre vieillissement, certaines maladies chroniques, facteurs sociaux psychologiques, et des facteurs précipitants ou aggravants*)
- Pouvant mener à des complications graves (perte d'autonomie, hospitalisation, décès)
- Requérant une prise en charge gériatrique c'est-à-dire avec une approche globale du patient

Les principaux syndromes gériatriques

- Fragilité
- Dénutrition
- Confusion
- Chutes
- Incontinence urinaire
- Sarcopénie
- Dépression du sujet âgé
- Troubles psycho-comportementaux
- Escarres
- Déshydratation
- Déclin fonctionnel

Syndromes gériatriques et médicaments

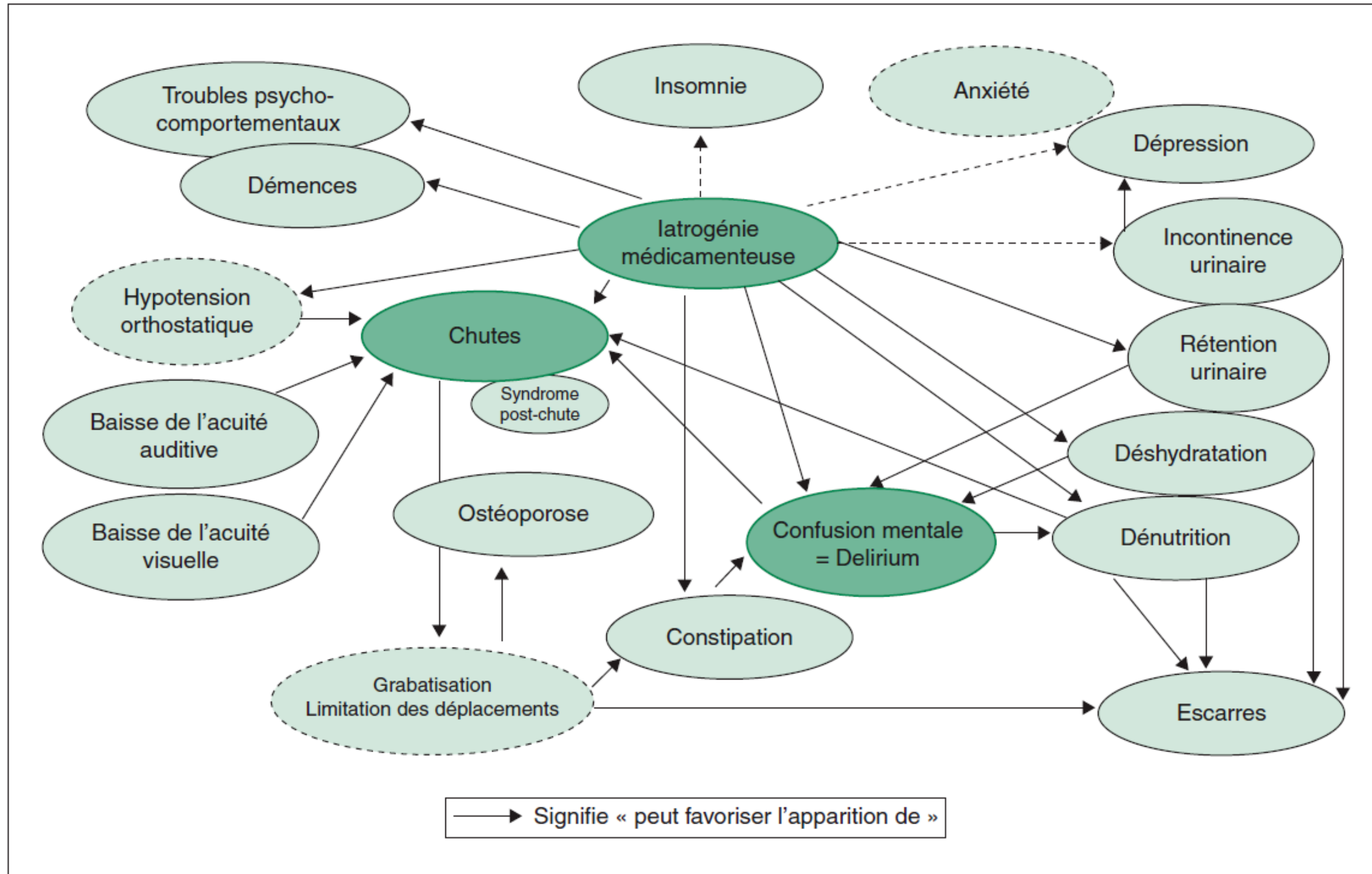


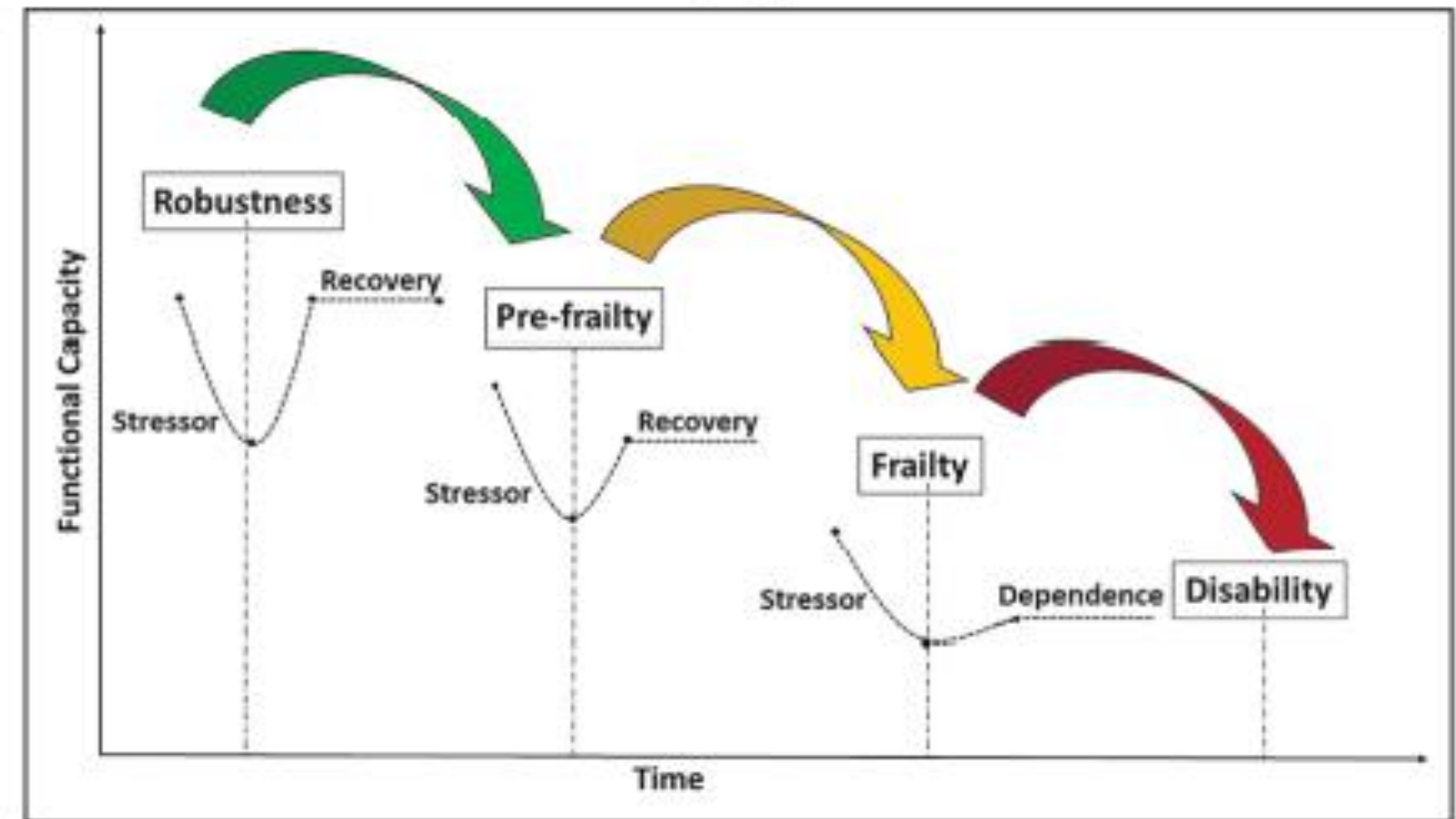
Figure 1. Intrication entre les syndromes gériatriques.

Un syndrome fréquent : la fragilité

► **Définition de la SFGG:** « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible »

► **C'est fréquent ?**

- Au-delà de 50 ans: 17% fragiles , 45 % pré-fragiles
- 80-89 ans: 1/3 fragiles et ½ sont pré-fragiles
- 90 ans et +: plus de la ½ sont fragiles
- ++ chez les femmes



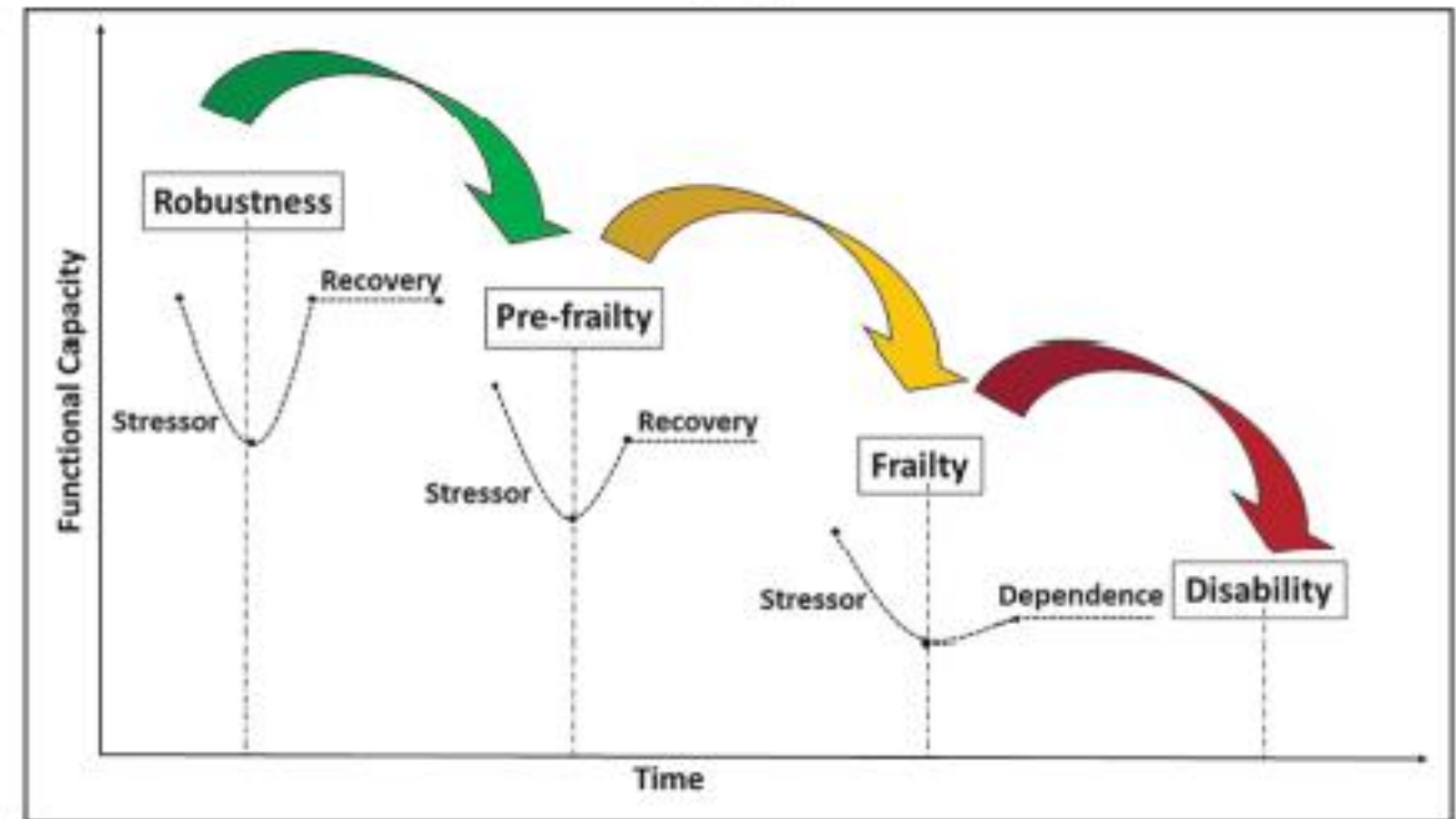
► **C'est grave ?**

- Risque x2 à 3 : chutes, dépendance, hospitalisations, institutionnalisation et décès.
- Et les médicaments ?
→ ↗ Polymédication, PMI, risque d'EIM

Un syndrome fréquent : la fragilité

► **Définition de la SFGG:** « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un **marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs**, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. **L'âge est un déterminant majeur** de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus **potentiellement réversible** »

► **Syndrome potentiellement réversible** avec des interventions ciblées et adaptées



Repérage de la fragilité en ambulatoire

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

Grille HAS

Principaux domaines de la Capacité Intrinsèque	Tests	Évaluation complète si une case cochée	
Trouble cognitif	1. Apprentissage de 3 mots : cigare, fleur, porte	<input type="radio"/>	Ne sait pas ou faux
	2. Orientation temporo-spatiale	<input type="radio"/>	Ne fait pas Le rappel
	3. Rappel des 3 mots		
Limitation de la mobilité	Lever de chaise : se lever 5 fois d'une chaise sans l'aide des bras. La personne s'est-elle levée 5 fois en 14 s ?	<input type="radio"/>	Non
Malnutrition	- Perte de poids : Avez-vous perdu au moins 3kg au cours de 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	Oui
	- Perte d'appétit : Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="radio"/>	Oui
Troubles visuels	Avez-vous des difficultés pour voir de loin ou de près ? Avez-vous une pathologie oculaire connue ? Etes-vous actuellement traité pour diabète ou hypertension artérielle ?	<input type="radio"/>	Oui
Troubles auditifs	Test de chuchotement Audiométrie : résultat 35 Db ou moins Test d'audition des chiffres dans le bruit	<input type="radio"/>	Echec
Symptômes de dépression	Au cours des deux dernières semaines :	<input type="radio"/>	Oui
	Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir? Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir de faire les choses?	<input type="radio"/>	Oui

Programme ICOPE (Integrated care for Older People) de l'OMS.

Hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance

- Créé en 2011 suite à une lettre de mission de la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie
- En collaboration avec le département universitaire de médecine générale
- Sur une unité d'évaluation dédiée avec une équipe pluriprofessionnelle et formée à l'évaluation gériatrique

OBJECTIF PRINCIPAL : prévenir la dépendance

Moyens :

- ✓ Repérage, évaluation, et prise en charge des SA fragiles dans le cadre d'une évaluation pluriprofessionnelle
- ✓ Elaboration d'un plan personnalisé de prévention de la dépendance
- ✓ Poursuite de la recherche axée sur la prévention (dénutrition, sarcopénie, perte d'autonomie, déclin cognitif ...)

Pôle des fragilités - CHU Toulouse

Bilan de fragilité

Equipe

- Médecins
- IDE
- AS
- Orthoptiste
- Pharmacien
- Diététicienne
- Neuropsychologue
- Professeur APA

EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE

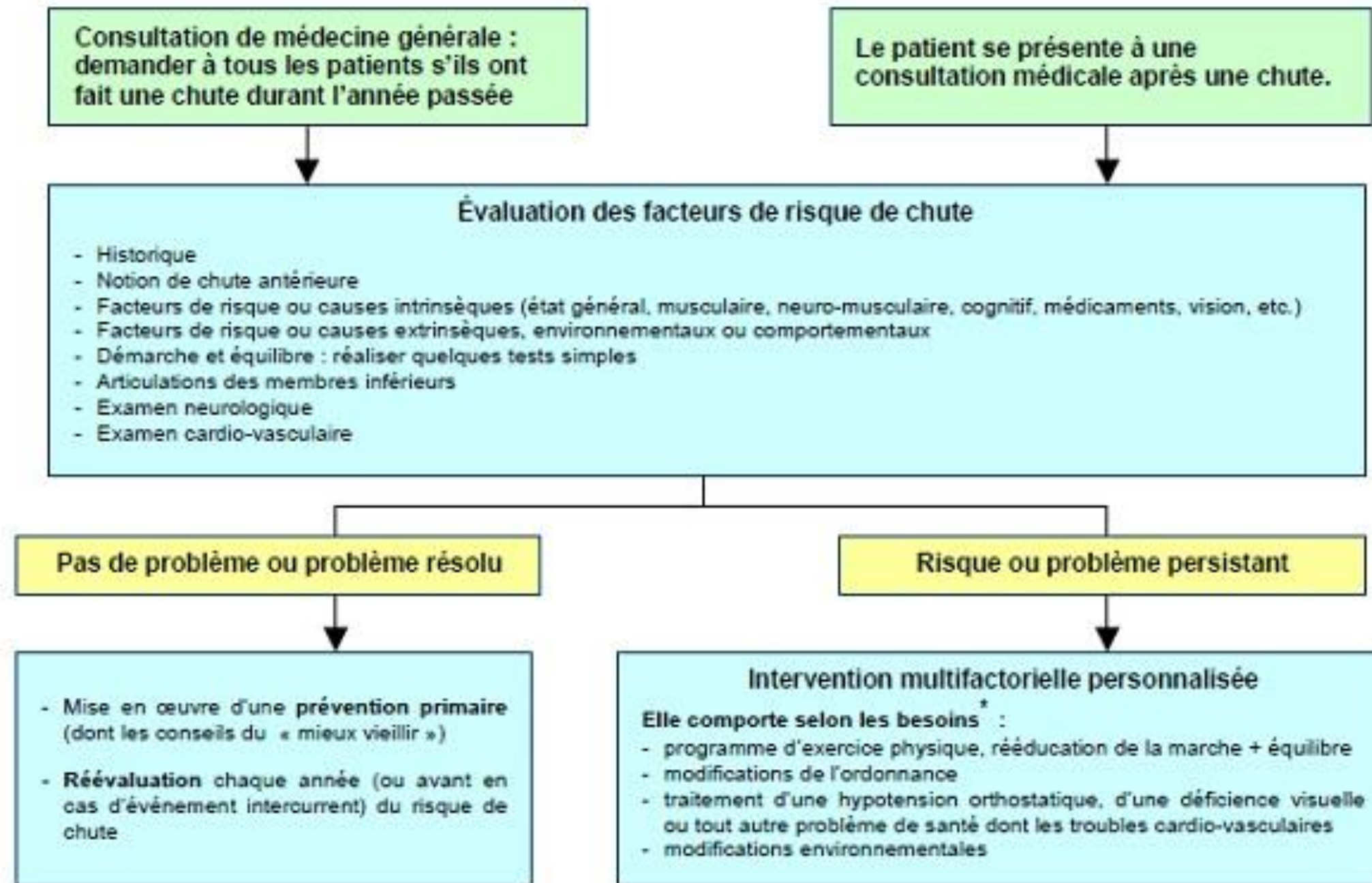
Sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Mode de vie, lieu de vie, statut marital, entourage familial • Aides à domicile • Activités sociales, loisirs, activité physique • Qualité de vie, événements de vie stressants
Médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbidités, allergies • Vaccinations, habitus (alcool, tabac) • Traitements en cours • Sommeil
Cognitive	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogatoire patient / famille • Tests cognitifs: MMSE, MIS et MIS-D • Bilan neuropsychologique
Nutritionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Poids, perte de poids, IMC • MNA • Evaluation bucco-dentaire: OHAT • Enquête alimentaire quantitative et qualitative • Organisation et préparation des repas
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • ADL, IADL
Fonction physique	<ul style="list-style-type: none"> • Critères de Fried, SPPB • Niveau d'activité physique
Sensorielle	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation orthoptique • Score HHIES, audiométrie
Humeur	<ul style="list-style-type: none"> • Score GDS, Hamilton

INTERVENTION

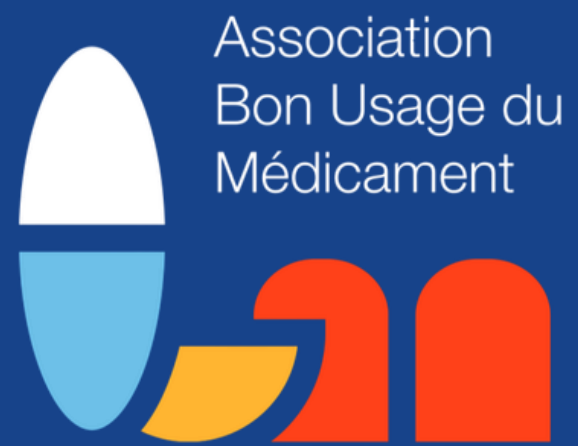
Sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'aides à domicile: AM, IDE, APA, portage des repas, téléassistance • Conseil aidant familial
Médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Conciliation médicamenteuse systématique • Consultation spécialisée ou examen si besoin, reprise d'un suivi
Cognitive	<p>Selon le statut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ateliers mémoires • Explorations complémentaires • Suivi spécialisé, protocole de recherche
Nutritionnelle	<p>Selon le statut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Education à la santé • Enrichissement calorique, protidique • Compléments nutritionnels oraux • Consultation nutritionniste
Autonomie	Aides professionnelles ou techniques
Fonction physique	<p>Selon performances au SPPB, le degré de motivation, les moyens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Education à la santé / conseils • Activité physique à domicile • Activité physique de groupe • Kinésithérapie
Sensorielle	Consultation initiale et/ou suivi ophtalmologique et/ou ORL
Humeur	Suivi psychologique, psychiatrique, traitement

Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée

Figure 1. Arbre décisionnel pour la prévention des chutes chez la personne âgée



* Le rythme et les modalités du suivi de cette intervention sont à définir au cas par cas.



Association
Bon Usage du
Médicament

Cas

clinique



Patient âgé de 88 ans

27/10/2025

Admis aux urgences
pour **chute**.
Diagnostic de
pneumopathie.

26/01/2026

Admis aux urgences
pour **chute**.
Diagnostic de
pneumopathie grippale.

27/01/2026

Transfert au PUG

30/01/2026

Retour à domicile

03/02/2026

RCP IATROPREV



Expérimentation nationale dans le cadre du dispositif article 51 visant à optimiser et sécuriser le traitement médicamenteux de la personne âgée fragile.

4 régions
Hauts de France
Bretagne
Pays de Loire
Occitanie

Motif d'hospitalisation

Admis aux urgences le 26/01 pour
chute à domicile.

Chute de sa chaise après avoir basculé
en arrière, station au sol d'environ 1h.

Prodromes: vertiges et palpitations

TC sans PC

Mr H, 88 ans

- Vit à domicile avec sa femme
- Marche avec une canne
- Dépendant
- Troubles cognitifs

Aides à domicile

- Passage infirmier tous les soirs pour glycémies et pilulier
- Aide-ménagère 2 fois par semaine
- Kiné 1 fois par semaine
- Téléalarme
- Bénéficiaire de l'APA

Evaluation gériatrique

- ADL : 3/6
- IADL : 1/6
- MMSE : 13/30

Contexte

- Asthénie depuis une semaine avec fièvre, toux et expectorations, ainsi qu'une limitation de la marche (habituellement autonome à domicile avec sa canne)
- Contage de sa femme qui a la grippe

Transfert au post urgences gériatriques pour suite de la prise en charge

- Hypertherme à 39.4 °C
- Hypertendu à 170/60 mmHg, avec des marbrures aux genoux résolutive par la suite.
- Bradycarde à 52 batt/min
- Sur le plan neurologique, absence de déficit sensitivo moteur.
- Sur le plan cardiologique, pas de signes d'insuffisance cardiaque.
- Sur le plan respiratoire, crépitants bibasaux + dyspnée NYHA III, saturation 97% en air ambiant.
- Sur le plan digestif, abdomen sensible à la palpation, souple et dépressible, sans selle depuis 48h.

- Radiographie thoracique: syndrome interstitiel bi basal, avec un foyer en lobe inférieur droit.
- TDM cérébral: Absence de saignement intracranien.
- Test d'hypotension orthostatique positif.
- Sur le plan biologique,
 - CRP à 67 mg/l
 - PCR grippe A positive,
 - insuffisance rénale aiguë sur insuffisance rénale chronique (DFG à 47 ml/min).

- Taille 180 cm – Poids 75 kg
- IMC = 23 kg/m²

Antécédents

- Diabète type 2
- Amputation P2 sur pied diabétique
- Cardiomyopathie ischémique stentée en 12/2024
- Cardiopathie hypertrophique post hypertensive
- Pacemaker

- AOMI
- Ischémie critique du membre inférieur avec angioplastie fémorale et tibiale (04/2025)
- Sténose carotidienne gauche 80%
- Dyslipidémie
- Troubles cognitifs

Statut vaccinal: grippe en octobre 2025

Traitements

habituels

Angioplastie fémorale et tibiale < 1 an
Cardiopathie ischémique stentée

HTA, Diabète
Cardiopathie ischémique stentée

Insuffisance cardiaque

Diabète

SPCD - Maladie neurocognitive

Prévention du risque de chute et de
fracture

cerfa
n° 14465*01

Ordonnance bizonne

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur <i>(nom, profession et identité)</i>	Identification de la structure <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AIC, FINESS ou SIRET)</i>
--	---

Identification du patient <i>(nom de famille (de naissance) ou de son d'usage (surnom) et / ou lieu (à compléter par le prescripteur) n° d'inscription (à compléter par l'assuré)</i>

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

- ACIDE ACETYLSALYCIQUE 75 mg : 1 sachet à midi
- TICAGRELOR 90 mg cp : 1 cp matin et soir jusqu'en 06/2026
- ATORVASTATINE 40 mg/ EZETIMIBE 10 mg : 1 cp le soir
- PANTOPRAZOLE 20 mg cp: 1 le matin
- RAMIPRIL 2.5mg : 1 le matin
- AMLODIPINE 5 mg : 1 gélule le matin
- BISOPROLOL 1.25 mg : 1 cp par jour
- FUROSEMIDE 40 mg : 1 le matin
- ABASAGLAR 100 UI/mL: 12 UI le soir
- MIRTAZAPINE 15 mg cp: 3 le soir
- ALPRAZOLAM 0,25 mg cp: 1 matin, midi et soir
- ZOPICLONE 3,75 mg cp: 1 au coucher

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

- LACTULOSE: 3 sachets le matin
- EDUCTYL: 1 suppo si absence de selle après 72h
- PARACETAMOL 1G cp: 1 si besoin, jusqu'à 3 par jour
- UVEDOSE 50 000 UI ampoule buvable: 1 par mois

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

S 3321b

Facteurs prédisposant la chute

- Âge > 80 ans
- Antécédent de chutes dans les 6 derniers mois
- Polymédication
- Psychotropes, diurétiques, antihypertenseurs
- Trouble de la marche, de l'équilibre
- Hypotension orthostatique
- Déformations des pieds
- Troubles de la sensibilité des pieds
- Syndrome dépressif
- Déclin cognitif

 12 facteurs de risque

Facteur précipitant la chute

➔ Infection pulmonaire

Risques iatrogènes secondaires à la chute

Risque hémorragique

Risque de rhabdomyolyse

cerfa
n° 14465*01

Ordonnance bizonne
Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur (nom, profession et identité)	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AIC, FINESS ou SIRET)
---	--

Identification du patient (nom de famille (de naissance) suivi de son d'usage (surnom) et / ou les 2 compléter par le prescripteur) n° d'inscription (à compléter par l'assistant)
--

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

- ACIDE ACETYLSALYCILIQUE 75 mg : 1 sachet à midi
- TICAGRELOR 90 mg cp : 1 cp matin et soir jusqu'en 06/2026
- ATORVASTATINE 40 mg/ EZETIMIBE 10 mg : 1 cp le soir
- PANTOPRAZOLE 20 mg cp: 1 le matin
- RAMIPRIL 2.5mg : 1 le matin
- AMLODIPINE 5 mg : 1 gélule le matin
- BISOPROLOL 1.25 mg : 1 cp par jour
- FUROSEMIDE 40 mg : 1 le matin
- ABASAGLAR 100 UI/mL: 12 UI le soir
- MIRTAZAPINE 15 mg cp: 3 le soir
- ALPRAZOLAM 0,25 mg cp: 1 matin, midi et soir
- ZOPICLONE 3,75 mg cp: 1 au coucher

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

- LACTULOSE: 3 sachets le matin
- EDUCTYL: 1 suppo si absence de selle après 72h
- PARACETAMOL 1G cp: 1 si besoin, jusqu'à 3 par jour
- UVEDOSE 50 000 UI ampoule buvable: 1 par mois

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

S 3321b

Modifications thérapeutiques

▶ Arrêt

- Zopiclone : Tentative de sevrage pour limiter les psychotropes. Effet sédatif obtenu avec 45 mg de Mirtazapine. Absence de problématique comportementale durant les nuits de l'hospitalisation.
- Ezétimibe : Patient âgé de 88 ans, avec troubles cognitifs sévères et hyperpolymédiqué
- Bisoprolol : bradycardie
- Amlodipine : Associé à une majoration de la posologie de Ramipril pour limiter la polymédication

▶ Ajout

- Augmentin 1G x 3 pendant 5 jours : pneumopathie virale surinfectée
- Enoxaparine 4000 UI par jour en prévention thrombo-embolique
- Vitamine C : carence plasmatique à 7,48 mg/L
- Acide folique 5mg : carence plasmatique à 4,53µg/L

► **Modification de posologie**

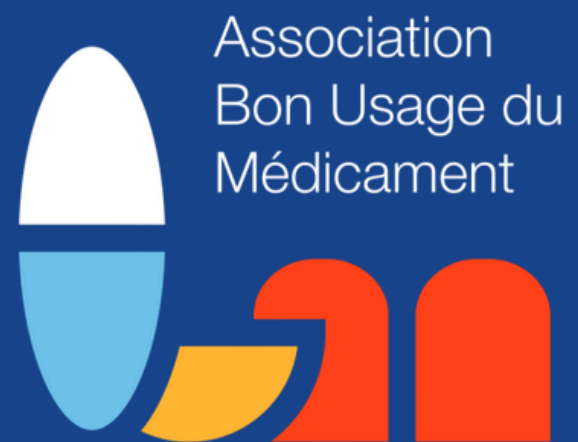
- Ramipril : majoré à 5mg en parallèle de l'arrêt de l'Amlodipine
- Furosemide diminué à 20 mg devant l'absence de signes congestifs cardiaques. Objectif de le stopper.
- Abasaglar diminué à 8UI le soir (glycémies < 1,5 g/L et HbA1c à 6,5% - objectif 8 à 9% chez les patients dépendants)
- Alprazolam diminué progressivement

Conclusion

➔ La chute est la conséquence de plusieurs mécanismes associés à différents facteurs de risque.

La présence de facteurs de risque non maîtrisés peut avoir une incidence grave pour la personne âgée.

Un des leviers pour limiter le risque de chute et ses conséquences est l'optimisation thérapeutique de l'ordonnance.



Actions Territoriales



- *Bilan Partagé de Médication*
- *L'Observance Thérapeutique*
- *Le Jeu de la iatrogénie*



Bilan Partagé de Médication

Le bilan partagé de médication est un accompagnement pharmaceutique destiné aux patients âgés polymédiqués pour optimiser l'usage de leurs traitements et prévenir les risques liés aux médicaments.

Le Bilan Partagé de Médication (BPM) est un dispositif mis en place par l'Assurance Maladie pour les patients chroniques, principalement âgés de plus de 65 ans, prenant au moins cinq médicaments ou principes actifs prescrits depuis au moins six mois .

Depuis le 1er janvier 2026, il peut également être prescrit par le médecin traitant pour les patients de plus de 80 ans ayant au moins 10 lignes de traitement .

L'objectif est de prévenir les risques iatrogéniques, améliorer l'adhésion aux traitements et optimiser la prise des médicaments.

Objectifs du BPM

- Vérifier l'observance et le bon usage des médicaments.
- Identifier les interactions, redondances et effets indésirables.
- Répondre aux questions du patient et améliorer sa compréhension de son traitement.
- Optimiser la coordination entre le pharmacien, le médecin et l'équipe de soins

Bilan de Médication

Étapes du BPM

Adhésion du patient : le patient est informé et donne son accord pour participer.

Recueil d'informations : le pharmacien collecte les données cliniques, les traitements et les habitudes de vie. Le patient doit apporter tous ses médicaments, avec ou sans prescription .

Analyse pharmaceutique : étude de la cohérence thérapeutique, interactions, posologies et effets indésirables.

Entretien conseil : échange avec le patient pour corriger les erreurs, adapter les prises et renforcer l'observance.
Interventions pharmaceutiques : le pharmacien peut proposer des recommandations au médecin traitant ou aux prescripteurs si nécessaire.

Exemple d'actions sur le territoire de la CPTS Nord-Aisne

Le Bilan Partagé de Médication revisité

- Sélection de dossiers par les pharmaciens
- RCP avec le pharmacien
- Consultation médicale avec le patient et adaptation thérapeutique



Exemple d'actions sur le territoire de la CPTS Nord-Aisne

L'observance Thérapeutique



7 JOURS SANS ERREUR

Ai-je bien pris mon traitement aujourd'hui ?



En fin de semaine, pensez à prendre en photo votre tableau pour en discuter avec votre pharmacien ou votre médecin.

JOUR	✓ PRIS CORRECTEMENT	🕒 OUBLI / RETARD	HEURE		COMMENT JE ME SUIS SENTI(E)		
			Prévue	Réelle	😊	😐	😞
LUNDI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ : __	__ : __	😊	😐	😞
MARDI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ : __	__ : __	😊	😐	😞
MERCREDI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ : __	__ : __	😊	😐	😞
JEUDI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ : __	__ : __	😊	😐	😞
VENDREDI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ : __	__ : __	😊	😐	😞
SAMEDI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ : __	__ : __	😊	😐	😞
DIMANCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ : __	__ : __	😊	😐	😞



CONSEILS :

- Prenez votre traitement chaque jour, à l'heure prescrite.
- Ne doublez jamais une prise en cas d'oubli.
- En cas de doute ou d'effet indésirable, demandez conseil à un professionnel de santé.



Votre traitement est important : vous n'êtes pas seul, parlez-en !

Exemple d'actions sur le territoire de la CPTS Nord-Aisne

L'observance Thérapeutique



Aidez-nous à améliorer le kit « 7 jours sans erreur ».

Votre avis compte !



Votre avis nous aide à améliorer :

- la qualité des actions proposées
- les échanges entre professionnels
- la prévention et la sécurité des soins

Merci pour votre participation !

Ensemble, agissons pour le bon usage des médicaments et la sécurité des patients.

FICHE DE PRÉVENTION

Bien utiliser ses médicaments au quotidien



LES ERREURS LES PLUS FRÉQUENTES

-  **Oublier une prise**
→ Peut diminuer l'efficacité du traitement
-  **Prendre une double dose**
→ Peut être dangereux pour votre santé
-  **Ne pas respecter les horaires**
→ Peut perturber l'action du médicament
-  **Modifier son traitement seul(e)**
→ Risque d'effets indésirables ou d'inefficacité
-  **Prendre des médicaments sans avis**
→ Risque d'interactions entre médicaments

LES BONS RÉFLEXES À ADOPTER

-  **Prenez votre traitement tous les jours**
-  **Respectez les horaires de prise**
-  **Utilisez un pilulier si besoin**
-  **Notez vos prises (tableau, carnet...)**
-  **Lisez votre ordonnance attentivement**

EN CAS D'OUBLI

-  **Ne doublez jamais la dose !**
-  **Demandez conseil à votre pharmacien ou à votre médecin**

EN CAS DE DOUTE OU DE PROBLÈME

Effet indésirable
Question sur votre traitement
Difficulté à prendre vos médicaments



Parlez-en à un professionnel de santé

VOUS N'ÊTES PAS SEUL(E)

 **Votre pharmacien et votre médecin sont là pour vous accompagner**

RAPPEL IMPORTANT

 « Ai-je bien pris mon traitement aujourd'hui ? » 

N'hésitez pas à en parler à votre pharmacien ou à votre médecin
Votre traitement est important : vous n'êtes pas seul(e), parlez-en !



Exemple d'actions sur le territoire de la CPTS Nord-Aisne

L'observance Thérapeutique

SEMAINE DU BON USAGE DES MÉDICAMENTS

Jeu pédagogique interprofessionnel

Un temps d'échange et de partage pour améliorer ensemble la **sécurité** et la **qualité** des soins.

AVANT LE JEU
Scannez le QR code pour répondre au questionnaire de départ.

1 minute seulement !

APRÈS LE JEU
Scannez le QR code pour évaluer votre satisfaction et l'intérêt du jeu.

Votre avis nous aide à améliorer :

- la qualité des actions proposées
- les échanges entre professionnels
- la prévention et la sécurité des soins

Merci pour votre participation !

Ensemble, agissons pour le bon usage des médicaments et la sécurité des patients.

Situation
Patient ayant des troubles visuels et des difficultés à gérer son traitement.

Question
Quelles aides proposer ?

Réponse

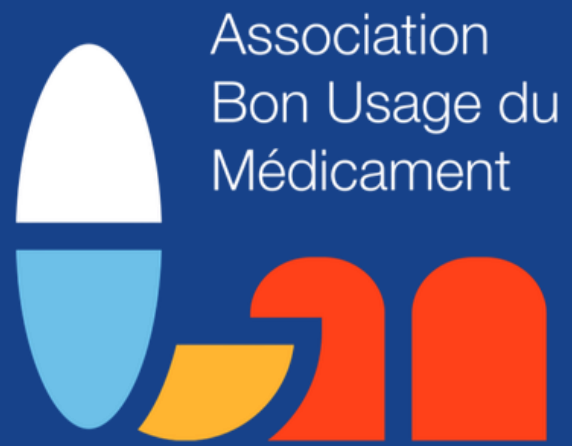
- Étiquettes lisibles
- Pilulier
- Aide d'un proche
- Rappels sonores

Situation
Patient hypertendu consultant pour céphalées et vertiges.

Question
Quelle démarche adopter ?

Réponse

- Évaluer la tension
- Vérifier l'observance
- Rechercher les facteurs déclenchants
- Adapter la prise en charge



Association
Bon Usage du
Médicament

CONTACT

ANIMATION



Maryne
THIERRY DURIOT
Pharmacienne
Dirigeante Pharmaconsulting

contact@bonusagedumedicament.com



Dr Sandrine
SOURDET
Gériatre
Pôle des fragilités CHU Toulouse

sourdet.s@chu-toulouse.fr



Dr Cécile
MC CAMBRIDGE
Pharmacien hospitalier
CHU Toulouse

mccambridge.c@chu-toulouse.fr



Dr Jean-Michel
DUCROCQ
Médecin Généraliste & Urgentiste
Pdt CPTS Nord-Aisne

cpts.nord.aisne@gmail.com