

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
28/05/91

Origine :
DGR
ENSM

MMES et MM les Directeurs
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Médecins Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins Conseils
Chefs de Service des échelons locaux

M. le Médecin Chef de la Réunion

Réf. :

DGR n° 2631/91 - ENSM n° 1427/91

Plan de classement :

45

Objet :

MODALITES DE LA MISE EN OEUVRE DE LA CAMPAGNE DE SENSIBILISATION AU BON USAGE
DU MEDICAMENT

La présente circulaire rappelle l'objectif, la stratégie et le dispositif général de la campagne de sensibilisation du bon usage du médicament ainsi que les conditions dans lesquelles les Caisses d'Assurance Maladie peuvent relayer la campagne et les conditions d'attribution des dotations destinées à des actions spécifiques.

Pièces jointes :

--	--

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DPEIS M. OCHSNER - ENSM M. RICATTE

Téléphone :

42.79.35.83 - 42.79.34.58

@

**Direction
de la Gestion du Risque**

MMES et MM les Directeurs

28/05/91

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Médecins Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins Conseils
Chefs de service des échelons locaux

M. le Médecin Chef de La Réunion

DGR n° 2631/91 - ENSM n° 1427/91

Objet : Modalités de mise en oeuvre de la campagne de
sensibilisation au bon usage du médicament.

La présente circulaire a pour objet d'exposer aux caisses et aux services médicaux l'objectif et la stratégie adoptée pour la réalisation de cette campagne ainsi que les modalités d'intervention des différents partenaires impliqués dans cette action aux plans national et local.

I. OBJECTIF ET STRATEGIE DE LA CAMPAGNE

1.1 Objectif général de l'action

La mise en oeuvre de cette campagne résulte de la volonté conjointe des pouvoirs publics et de la Caisse Nationale de créer une prise de conscience des Français face à l'importance de la consommation de médicaments, la banalisation inquiétante du produit et l'usage quelquefois irrationnel qui peut en être fait.

Il s'agit d'une première campagne de sensibilisation au bon usage du médicament. Elle se veut donc générale et s'adresse à tous les publics.

Elle consiste à démontrer au grand public que le médicament est un produit efficace, résultat d'une recherche de haut niveau, mais qu'il est potentiellement dangereux du fait même de cette efficacité ; il appartient donc au médecin de prescrire un traitement et d'en évaluer les effets. Par ailleurs, la campagne replace le médicament dans l'environnement thérapeutique, conseils, recommandations sur l'hygiène de vie, traitement ne se limitant pas toujours à la seule prescription de médicament.

Enfin le grand public doit être conscient que la qualité des soins prescrits dépend en partie de la qualité du dialogue établi par chacun avec son médecin et son pharmacien.

1.2 Les axes stratégiques de la campagne

En préalable à cette campagne, deux études ont été réalisées en 1990 afin de mieux situer l'image du médicament, et le comportement du public et des professionnels de santé à son égard. (cf. document en annexe 1).

L'objectif de ces études était d'analyser les freins et les motivations, de comprendre les enjeux entre malades et médecins, de voir enfin comment améliorer le dialogue entre soignants et soignés en vue d'une utilisation plus rationnelle du médicament.

D'après ces études, les français n'ont pas une perception claire du médicament. Le progrès médical, conjugué à l'évolution des conditions de vie, a favorisé une demande accrue de prise en charge médicale et de la surconsommation médicamenteuse.

Pour le grand public, le médicament est à la fois un remède miracle et un produit dangereux dont l'usage relève de la fascination et de la banalisation.

Cette perception du médicament entraîne des comportements irrationnels dont le public n'a pas conscience, le mauvais usage d'après lui ne peut être que le fait de l'autre.

Cette campagne doit donc contribuer à promouvoir une image plus juste du médicament ; produit différent des autres, il doit être utilisé à bon escient.

Par ailleurs, le grand public a une très forte attente par rapport au médecin. Il est mieux informé -ou se croit mieux informé- et a donc tendance à souhaiter un véritable "partenariat" avec le médecin. Pour autant, il ne remet pas en cause le savoir du médecin ; il attend de lui une écoute, une disponibilité. L'étude met également en évidence le rôle de conseil que le public attend du pharmacien : près de la moitié des français se font expliquer leur ordonnance par le pharmacien.

La campagne doit s'appuyer sur les relais que constituent les professions de santé en revalorisant leur rôle déterminant pour un bon usage du médicament.

II. LE DISPOSITIF GENERAL DE LA CAMPAGNE

2.1 Le comité de pilotage national

Pour la réalisation de leur action conjointe, le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et le Comité Français d'Education pour la Santé ont sélectionné l'Agence de communication HINTZY-HEYMANN qui a été chargée de proposer aux trois partenaires une stratégie de campagne et une création.

Pendant toute la préparation de la campagne, les trois partenaires et l'agence se sont constitués en comité de pilotage national composé de membres des cabinets ministériels des Affaires Sociales et de la Santé, des représentants du service médical, du Département Communication et de la Division Prévention de la Maladie de la Caisse Nationale, du CFES et de l'agence HINTZY.

Par ailleurs, en vue de préparer la déclinaison locale de la campagne, la Caisse Nationale a réuni un groupe de réflexion pluridisciplinaire associant des caisses régionales et primaires ainsi que des praticiens-conseils (médecins et pharmaciens) des échelons régionaux et locaux du service médical.

2.2 Le comité d'experts

Le comité de pilotage national a souhaité s'entourer de l'avis de spécialistes de pharmacologie et de pharmacovigilance.

Il a donc constitué un comité d'experts composé de médecins et de pharmaciens qui, sous la présidence du Professeur Jacques Dangoumeau ont examiné les différents documents de la campagne.

Ce comité d'experts, dont la composition figure en annexe 2, apporte la garantie scientifique indispensable à une campagne de cette importance.

Toute interrogation d'ordre médical générée par la mise en oeuvre d'actions locales peut lui être soumise. Le secrétariat du comité d'experts est assuré par le Docteur Jean-Yves Fatras du Comité Français d'Education pour la santé (Tél. 46.45.45.00).

Trois de ces experts (Mme Jouglard, M. Avouac et M. Leverage) ont fait une intervention lors de la convention nationale de lancement le 21 mars dernier. Ces exposés figurent en annexes 3,4 et 5.

2.3 La stratégie de la campagne

2.3.1 Rappel de l'objectif

L'objectif est de provoquer une prise de conscience du grand public sur le bon usage du médicament en le débanalisant et en réhabilitant le rôle actif qu'il joue sur le corps, en montrant que c'est son usage qui détermine ses effets positifs (l'efficacité) et négatifs (les risques) et en insistant sur le respect du traitement prescrit par le médecin, garantie de la maîtrise des effets du médicament.

2.3.2 L'établissement d'un consensus

Le niveau de consommation des médicaments, les risques entraînés par l'usage irrationnel qui en est fait, le fait que l'ensemble de la population est concerné indiquent qu'il s'agit d'une cause de santé publique autour de laquelle les trois partenaires souhaitent l'établissement d'un consensus.

Pour le grand public, le consensus s'établira sur des préoccupations de santé : la justification de la campagne est celle de la santé : aucun élément d'ordre économique ne doit intervenir dans le discours.

L'objectif de la campagne est un objectif de santé liant le respect du corps à l'usage rationnel du médicament.

Ce consensus implique un partenariat avec les médecins et les pharmaciens qui doivent être associés à la campagne ; en effet, la relation étroite entre l'usage du médicament et la relation patient/médecin et pharmacien est un garant du bon usage du médicament.

Cette campagne, qui débute par une phase de sensibilisation, s'inscrit dans la durée ; elle se poursuivra par une phase d'éducation.

2.3.3 Les cibles

- le grand public, consomme beaucoup de médicament. C'est en agissant sur son opinion que l'on pourra faire évoluer la relation que chacun entretient avec le médicament,
- les médecins : la primauté et l'exclusivité de leur rôle sont clairement affirmées dans le message ; ils doivent adhérer à la campagne, voire s'appuyer sur elle,
- les pharmaciens : ils doivent se sentir valorisés par l'image du médicament et par le rôle de conseil, de relais entre le prescripteur et le malade,
- tous les autres professionnels de santé doivent, dans leurs relations avec leurs patients, étayer et relayer le contenu de la campagne (en particulier les infirmiers qui sont impliqués dans l'utilisation de médicaments injectables).

III. LES MODALITES D'INTERVENTION

3.1 Les actions nationales

3.1.1 L'information du grand public

Afin de mieux marquer l'opinion publique, l'action publicitaire est concentrée sur le premier mois de la campagne et utilise la télévision sous la forme d'un spot de 30 secondes diffusé 200 fois entre le 6 et le 30 avril.

L'utilisation de ce média permet une forte répétition (en moyenne 11 fois) et la mémorisation du message "un médicament, ça ne se prend pas à la légère".

3.2.2 L'information et la participation des professionnels de santé

L'adhésion des professionnels de santé est essentielle pour soutenir et relayer le message de la campagne auprès du grand public.

Simultanément à la conférence de presse nationale et environ quinze jours avant le lancement de la campagne TV, tous les médecins et les pharmaciens (secteur libéral et hospitalier) ont reçu :

- une information personnalisée leur présentant l'enjeu, l'objectif, le message et les actions prévues de cette campagne et le rôle qu'ils peuvent y jouer.
- un dépliant d'information destiné au grand public ainsi qu'un présentoir qu'ils peuvent commander afin de les tenir à la disposition des patients dans les officines ou les salles d'attente des médecins.
- une affichette pour la salle d'attente des médecins libéraux ou hospitaliers et une affichette pour les officines. Elles sensibilisent par des conseils le patient à un usage rationnel du médicament et l'incitent au dialogue avec son médecin et son pharmacien.

Pour annoncer et expliquer le plan de communication de la campagne aux médecins et aux pharmaciens, un encart a été diffusé dans les principaux titres de la presse professionnelle médicale et pharmaceutique (350.000 exemplaires).

3.2 Les actions locales

Si les actions locales peuvent provoquer une prise de conscience, une communication de proximité est nécessaire pour modifier les attitudes et les comportements.

C'est pourquoi parmi les réseaux des trois partenaires de la campagne les caisses d'assurance maladie ont un rôle essentiel à jouer dans cette campagne.

A ce titre, un partenariat de l'ensemble des services concernés des caisses, notamment le service médical, l'éducation sanitaire, la gestion des risques, les relations avec les professions de santé, la communication, est indispensable.

3.2.1 Mise en place des comités de pilotage départementaux

Il appartient aux réseaux décentralisés des partenaires de la campagne de se réunir en comités de pilotage départementaux. Ce sont les CPAM qui mettent en place et coordonnent ces comités, chargés de la mise en oeuvre des actions locales et de la gestion et de l'élaboration du plan de diffusion des différentes éditions.

Au sein de ce comité de pilotage départemental, l'ensemble des partenaires de la campagne (DRASS, DDASS, CRAM, ou la CGSS, la ou les CPAM du département, CRES, CDES) peut s'adjoindre la collaboration de tous ceux qui sont susceptibles de jouer un rôle actif dans la campagne, en particulier le service médical de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (Echelon Régional et local).

A titre indicatif, on peut citer :

- les représentants des professions de santé : les ordres des médecins et des pharmaciens, les syndicats de médecins et de pharmaciens et les associations, la Formation Médicale Continue,
- les médecins de santé scolaire,
- les médecins de protection maternelle et infantile, de services d'hygiène municipaux,
- les hôpitaux et l'ensemble des établissements sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux,
- l'Inspection d'Académie et le Rectorat,
- les médecins du travail,
- les collectivités locales et les centres communaux d'action sociale,
- les associations de consommateurs,
- les clubs et associations du 3ème âge...

Une fois mises en place ces relations de partenariat, les comités de pilotage départementaux pourront élaborer le plan de diffusion des documents mis à leur disposition et préparer les actions locales.

3.2.2 Les outils de la campagne

Les caisses régionales, les caisses primaires et les caisses générales de sécurité sociale constituent le point de livraison principal des supports grand public de la campagne dans les régions et les départements.

Il est à noter que les DRASS, les DDASS, les CRES et les CDES ont été destinataires d'un certain nombre de documents ; ainsi les DRASS et les DDASS ont reçu 2000 dépliants et 200 affichettes et les CRES et les CDES 1000 dépliants et 100 affichettes.

La liste des différents outils mis à la disposition des caisses figure en pages 28 et 29 du guide de la campagne.

Par ailleurs, d'autres outils sont en cours de diffusion ou de réalisation :

- 1 diapositive du visuel de la campagne est dupliquée à votre intention et va vous être adressée dans les prochains jours.
- 1 jeu de 6 panneaux d'exposition reprenant des images et le texte du spot TV est en cours de réalisation. Chaque caisse en recevra un jeu dans le courant du mois du mai.
- certaines caisses ayant manifesté le souhait de disposer du bocal géant pour leurs manifestations, une étude de coût a été demandée au fabricant en vue d'une éventuelle fabrication de bocaux supplémentaires, le bocal existant étant trop fragile pour être transporté. Le coût est de 30.000 F HT pour la fabrication d'un bocal, de 23.000 F HT par pièce pour la fabrication de 5 bocaux, en conséquence, cette solution a été abandonnée.

Toutefois, un autre produit peut être proposé aux Caisses intéressées : il s'agit d'une silhouette en contreplaqué représentant le personnage avec le bocal de médicaments. Cette silhouette mesure 2,20 m de haut fixée sur un socle comportant la signature de la campagne "un médicament, ça ne se prend pas à la légère" (descriptif en annexe 6), le coût de ce produit est de 8.600 F TTC pour une pièce fabriquée ou de 7.850 F TTC prix unitaire pour 5 pièces fabriquées.

(contacter M. DESCAMPS au CFES : 46.45.45.00 pour tout renseignement complémentaire sur ce produit).

- enfin la bande son du spot TV a été dupliquée. Elle est disponible sur demande au CFES.

3.2.3 Les actions spécifiques

Pour 1991, le FNPEIS dispose de crédits destinés à financer des actions spécifiques de caisses concernant le bon usage du médicament (les dispositions financières de la campagne sont exposées au chapitre IV).

Les caisses peuvent donc adresser à la Division Prévention de la Maladie les projets de terrain qu'elles comptent mettre en oeuvre en 1991, au moyen de la fiche signalétique jointe en annexe VII. Ces projets seront examinés par un comité regroupant, outre la division Prévention de la Maladie et de l'Education pour la Santé, l'ENSM, le Département Gestion des Risques et le département Communication.

Les projets d'actions de terrain devront répondre aux critères suivants :

- un partenariat interne de tous les services concernés par le problème du médicament (service médical, Gestion des Risques, Education pour la Santé, Relations avec les professions de Santé),
- un partenariat technique et si possible financier avec les autres partenaires de la campagne,
- un accord du comité de pilotage départemental sur l'action,
- l'association à l'action des professionnels de santé qui constituent les relais légitimes et incontournables sur un tel sujet,
- la motivation du choix de la démarche,
- la reprise de l'accroche "un médicament, ça ne se prend pas à la légère", de la signature "Mieux se soigner ça s'apprend" et dans la mesure du possible des visuels de la campagne afin de bénéficier de l'impact de la campagne nationale.

La date limite de réponse est fixée au 15 juin 1991.

IV. LES DISPOSITIONS FINANCIERES DE LA CAMPAGNE

4.1 La campagne nationale

Un crédit de 20 MF a été prévu pour la réalisation de la 1ère vague de la campagne.

Toutes les dépenses liées à la réalisation de la campagne nationale seront prises en compte dans cette enveloppe ; elles comprennent notamment la réalisation d'études, les frais afférents à la préparation de la campagne de communication (réalisation du spot TV, achats d'espace, honoraires d'agence...) ainsi que la réalisation des supports destinés aux caisses pour leurs actions locales et l'évaluation de la campagne.

Une seconde phase de campagne est prévue pour le dernier semestre.

12 MF ont été inscrits à cet effet dans le FNPEIS.

4.2 Les actions locales

10 MF sont prévus pour le financement des actions locales. Chaque caisse recevra prochainement une dotation forfaitaire de 20.000 F destinée à couvrir les frais courants afférents à la déclinaison de la campagne.

Les 7 MF restants seront consacrés au financement d'actions spécifiques répondant aux critères figurant au paragraphe 3.2.3.

Les Caisses intéressées devront adresser à la CNAM une description de leur projet au moyen de la fiche signalétique donnée en annexe VII.

SOFRES

PRINCIPAUX AXES DEGAGES

SEMA - GROUP

SOFRES - 16, rue Barbès - 92129 Montrouge Cedex - Tél. (1) 40.92.40.92 - Télex : Semetra 200 60 11 - Télécopie (1) 42.51.91.16

I . LES THEMES BON-MAUVAIS USAGE NE SONT PAS MOBILISATEURS

A. LE MAUVAIS USAGE EST RARE

- Le grand public déclare faire un bon usage du médicament
- Les médecins évoquent peu de mauvais usages :
 - . non observance (durée-dose)
 - . réutilisation inadaptée (qui génère diagnostic)
- Les pharmaciens évoquent surtout la sous-consommation et les erreurs

Le mauvais usage :

- toujours justifié par les patients,
- peu de conséquences graves pour les médecins

B. IL EST NECESSAIRE DE "REDEFINIR" LE BON USAGE**Pour les professionnels de santé**

C'est prendre un médicament :

- dans une indication adaptée
- juste "au bon moment"
- à une dose "adaptée"
- pendant une durée "adaptée"

Pour le grand public

C'est respecter la prescription médicale

- la dose prescrite
- la durée prescrite

REDEFINIR LE BON USAGE EN TERMES DE CIRCONSTANCES D'UTILISATION
--

II. LA SANTE EST UN SUJET INTERESSANT ET IMPLIQUANT

EN REVANCHE, LA NOTION D'ECONOMIE DE SANTE EST MAL PERCUE PAR TOUS LES ACTEURS

- déresponsabilisation
- culpabilisation

**Mettre en avant les bénéfices individuels
pour la santé du patient et non les bénéfices
collectifs (économie - coûts)**

III. AIDER LE MEDECIN A REGULER L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE

- LE MEDICAMENT EST PLUS PERFORMANT ET PLUS ACCESSIBLE :

- . plus efficace
- . adapté à un champs d'indications qui s'élargit "chaque jour"
- . médiatisé
- . plus diversifié
- . pratiquement gratuit.

- LE SEUL REGULATEUR : C'EST LA PRESCRIPTION MEDICALE

Il faut une ordonnance pour :

- . obtenir les "médicaments" chez le pharmacien
- . se faire rembourser

- MAIS LE MEDECIN SE SENT AFFAIBLI ET NE RESISTE PAS A L'EVOLUTION CROISSANTE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

* Le patient est un client

- . il est informé, il se sent "partenaire", il réclame des médicaments au médecin,
- . le médecin se sent réduit au rôle de prescripteur.

* Le dialogue médecin-patient diminue aux regrets de chacun

- . la prescription se substitue au dialogue,
- . les durées de consultations diminuent.

EN RESUME

- Redéfinir le bon usage à partir de la notion de spécificité du médicament :
un médicament adapté.....au diagnostic
- Mettre en avant les bienfaits de cette sélection pour la santé de l'individu (efficacité et tolérance).
- En recommandant l'expertise du médecin et l'importance de son diagnostic pour sélectionner la meilleure thérapeutique.

- Prendre en compte le notion de système
- . Nécessité d'une action forte globale fédératrice relayée par des actions individualisées soutenant la relation médecin-malade.
- . "Créer" la cohérence dans les actions environnantes :
 - . des pouvoirs publics,
 - . de l'industrie pharmaceutique,
 - . des journalistes...

GRAND PUBLIC

Grand public

Base = 1036

SIGNALETIQUES

TOTAL	HOMMES	FEMMES
1036	497	539

15/24 ANS	25/34 ANS	35/49 ANS	50/64 ANS	65 ET PLUS
207	207	228	217	176

AGRICULTEURS	ARTISANS	CADRES SUPERIEURS	PROFESSIONS INTERMEDIAIRES	EMPLOYES	OUVRIERS	INACTIFS
62	83	83	135	104	290	280

RURAL	2000 à 20.000 habitants	20.000 à 100.000 habitants	PLUS DE 100.000 habitants	AGGLOMERATION PARISIENNE		
280	166	135	290	166		

REGION PARISIENNE	NORD	EST	BASSIN PARISIEN	OUEST	SUD-OUEST	SUD-EST	MEDITERRANEE
197	73	93	176	135	114	124	124

LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

SIGNALETIQUES

AGE	- DE 35 ANS	35 - 50 ANS	+ DE 50 ANS
	33 %	50 %	17 %
TAILLE DE L'OFFICE	1/2 SALARIES	3 - 5 SALARIES	6 SALARIES ET +
	18 %	57 %	25 %
AGGLOMERATION	< 100 000 habitants	100 000 Habitants et plus	AGGLOMERATION PARISIENNES
	49 %	34 %	17 %

Base 100 % = 104 Pharmaciens

SIGNALETIQUES

Base 100 % = 257 MEDECINS INTERROGES	%
<u>SEXE</u>	
Homme.....	85
Femme.....	15
<u>AGE DE L'INTERVIEWE</u>	
Moins de 35 ans.....	31
35 à 49 ans.....	50
50 ans et plus.....	19
<u>REGION</u>	
Région Parisienne.....	20
Nord + Nord-Est.....	18
Centre + Centre-Est.....	19
Sud-Est + Sud-Ouest.....	28
Ouest.....	15
<u>CATEGORIE D'AGGLOMERATION</u>	
Moins de 5000 habitants.....	28
5000 à 100 000 habitants.....	26
Plus de 100 000 habitants.....	28
Agglomération Parisiennes.....	18
<u>TAILLE DE LA CLIENTELE PAR SEMAINE</u>	
40 à 80 patients.....	39
81 à 120 patients.....	43
Plus de 120 patients.....	18

COMPOSITION DU GROUPE D'EXPERTS

Le groupe d'experts a été constitué sous la présidence du Professeur Jacques Dangoumau.

Professeur Jacques DANGOUMAU	Professeur d'Université Pharmacologue Directeur général du Laboratoire National de la Santé
Docteur Bernard AVOUAC	Praticien hospitalier Rhumatologue Président de la Commission de la Transparence
Monsieur Jean-Claude GHISLAIN	Pharmacien des hôpitaux Centre hospitalier François Quesneau de Mantes-la-Jolie
Professeur Jacqueline JOUGLARD	Chef de service du Centre Anti Poisons Marseille
Professeur Marcel LEGRAIN	Professeur honoraire
Professeur Roger LEVERGE	Professeur d'Université Chef de service Pharmacie CHU de Rennes

ANNEXE III

INTERVENTION

Pr Assoc. Jacqueline JOUGLARD
Chef de Service du Centre Anti-Poisons
et du Centre de Pharmacovigilance de Marseille

Ouverture de la Campagne
"LE BON USAGE DU MEDICAMENT"

Le MERIDIEN - Porte Maillot

Paris le 21 mars 1991

OBJECTIF DE L'INTERVENTION

La banalisation de l'usage du médicament conduit à une trop grande consommation (aspect quantitatif) mais aussi à de Mauvaises utilisations (aspect qualitatif).

L'intervention orale dont les textes des diapositives (textes encadrés) vont suivre a pour objet de donner quelques aspects des conséquences sur la santé de ces mauvaises utilisations, expérience tirée du Centre Anti-Poisons de Marseille.

LA PLACE DU MEDICAMENT

DANS L'ACTIVITE DU CENTRE

ANTI-POISONS DE MARSEILLE

ACTIVITE TOTALE depuis Information (1973)

Collecte de 330.877 cas d'intoxication
dont 178.877 avec MEDICAMENT

Soit # 55 %

Plus de la moitié des cas d'intoxication collectés au Centre Anti-Poisons de Marseille sont dues aux médicaments.

Quelles sont les circonstances de ces intoxications ?

. CIRCONSTANCES IMPLIQUANT LES MEDICAMENTS

effectif = 166.753 cas

* Accidentelles 36 %

I - ERREURS THERAPEUTIQUES.... 8836

. Acc. thérapeutiques..... 8719

. Accidents (enfants + +)..... 44632

* Volontaires 62 %

II - DEVIATION D'USAGE..... 4427

. Tentatives de suicide et suicides 99979

. Crimes..... 160

Voici les différentes circonstances des intoxications par les médicaments.

Deux aspects vont être décrits :

I - L'erreur thérapeutique

II - La déviation d'usage

I - LES ERREURS THERAPEUTIQUES

Définitions (OMS)

. L'ERREUR THERAPEUTIQUE

est un évènement fortuit survenant à un moment quelconque dans le circuit qui va de la fabrication à la prescription et à l'administration des médicaments

= MAUVAISE UTILISATION

. L'ACCIDENT THERAPEUTIQUE

est une réaction survenant dans des conditions normales d'utilisation (Pharmacovigilance).

QUELQUES CHIFFRES

Centre Anti-Poisons de Marseille

(# 4,5 millions d'habitants)

ERREURS THERAPEUTIQUES

3 intoxications par jour

soit # 1000 cas/an

ENQUETE 1989

<u>QUI SONT LES VICTIMES ?</u>			
	%	FEMININ	MASCULIN
Nourrissons 0 à 35 mois	25	42 %	58 %
Enfants 3 à 15 ans	22	50 %	50 %
Ado + Adu 16 à 59 ans	35	66 %	33 %
> 60 ans	18	58 %	42 %

Les tranches d'âge les plus concernées sont celles des deux extrêmes de la vie et tout particulièrement l'enfant de 0 à < 3 ans qui à lui seul est la victime du 1/4 de toutes les erreurs thérapeutiques.

QUI SONT LES ACTEURS ?

parfois multiples = erreurs "en cascade" !

LE PUBLIC

90 %

LES PROFESSIONS DE SANTE

10 %

La victime
elle-même.....55 %

La famille.....35 %
(93 % enfants)

. Médecin prescripteur
. Pharmacien

. Personnel hospitalier
. Aux. médicaux libéraux
(# 2,5 % chacun)

CIRCONSTANCES DES ERREURS THERAPEUTIQUES

* Erreurs portant sur le mode d'emploi = 43,5 %

- . Erreur de posologie.....15 %
- . Augmentation volontaire des
posologies (pour les effets !).....13 %
- . Erreur de voie d'administration.....12 %
- . Autres erreurs.....3,5 %

* Erreurs de malades = 1,5 %

* Erreurs portant sur le produit = 55 %

- . Médicaments périmés.....5 %
- . Confusion due à sa présentation.....34 %
- . Confusion indépendante de sa présentation.....16 %

Nous allons dans les diapositives suivantes développer les deux dernières erreurs.

DIAPO
3 bouteilles identiques
photographiées du côté
opposé à l'étiquette.

Devinette : Parmi ces 3 bouteilles, 2 contiennent un médicament par ingestion - Un seul est destiné exclusivement à l'usage externe.

Lequel ?

CONFUSION INDEPENDANTE DE LA PRESENTATION DU MEDICAMENT

PUBLIC = 87,5 %

- . Déconditionnement.....36 %
- . Préparation à l'avance.....15 %
- . Rangés côte à côte.....12 %
- . Mode d'emploi non lu.....5 %
- . Mauvaise vue.....6 %
- . Baisse de la vigilance.....9 %
- . Mauvaise compréhension.....4,5 %

AUTOMEDICATION

1 fois sur 4

PHARMACIENS = 7,5 %

- . Difficultés de lecture de l'ordonnance

Ex. = ESPERAL au lieu d'EFICAL

Thyroxine " Thiodérazine

MEDECIN = 5 %

- . Très rares erreurs arrêtées par le Pharmacien qui appelle le centre anti-poison

EVOLUTION

1 fois sur 3 = conséquences médicales

16 %.....hospitalisation

1,5 %.....complications

< 1 %.....séquelles

Décès exceptionnel :

1 cas sur 737 erreurs
chez un malade grave.

PREVENTION DES ERREURS THERAPEUTIQUES

- LE FABRICANT
- LE PERSONNEL HOSPITALIER
Médecins, Infirmiers - Pharmaciens
- LE MEDECIN TRAITANT
- LE PHARMACIEN D'OFFICINE
- LE PUBLIC

Cette diapositive est suivie de 3 diapositives illustrant les situations suivantes :

- 1 - Un médecin rédigeant à la main une ordonnance
(Nécessité d'écrire lisiblement)
- 2 - Un pharmacien en train d'expliquer le bon usage des médicaments à sa patiente
- 3 - Une mère en train de donner une cuillère à café d'un médicament à son enfant.
(Il y a une grande différence pour un enfant entre une cuillère à café et une cuillère à soupe !)

I - L'ERREUR THERAPEUTIQUE

II - LA DEVIATION D'USAGE

La déviation d'usage n'est pas seulement la toxicomanie qui ne représente que la moitié des cas d'intoxication dans cette circonstance.

II - LA DEVIATION D'USAGE

1 cas / jour

1 - POUR

- . Améliorer ses capacités intellectuelles et sa communication...
- . Renforcer sa forme physique, sa sexualité, développer ses muscles...
- . Lutter contre des stress générateurs d'angoisse et d'insomnie

Médicaments "BEQUILLE"
risque de pharmacodépendance

des stress ? ou de la résistance aux stress ?
--

- . Automédication parents --> enfant

Ex. : Méd. anti-stress avant les contrôles scolaires !

- . DEVIATION en toxicomanie...

2 - CONTRE

. La Médecine "douce"

- . doit être douce,
- . après un diagnostic médical soigneux,
- . ne doit pas faire perdre une chance de traitement efficace !

. Certains a priori à la mode

Tout ce qui est naturel est bon !

Ex. Crises d'épilepsie après petites doses répétées de certaines huiles essentielles végétales.

CONFERENCE ETHIQUE ET PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE**B. AVOUAC*****INTRODUCTION**

Quelle signification donner au terme éthique si l'on considère la prescription médicamenteuse ? De façon restrictive, ce terme désigne le médicament prescrit par opposition au médicament d'auto-médication. Dans ce cas, "prescription" et "éthique" sont deux termes redondants dans la mesure où par définition le médicament éthique est prescrit. Un autre sens au mot éthique est également donné par le dictionnaire littéraire : c'est "l'honnêteté" et la "vertu", qualificatifs qui conviennent à la prescription médicamenteuse, qui certes doit être honnête, mais vertueuse ?

La prescription éthique est en fait celle qui donne au malade un maximum d'informations en lui garantissant qu'il est soigné en fonction des connaissances scientifiques reconnues les plus récentes, en tenant compte du bénéfice que l'on veut obtenir et du risque.

En 1991 la prescription médicamenteuse doit allier la rigueur de la pharmacologie clinique à l'art de prescrire. La thérapeutique médicamenteuse est actuellement bien différente de ce qu'elle était il y a une vingtaine d'années. Au principe "primum non nocere" s'est substitué la recherche d'une efficacité utile et l'évaluation du risque médicamenteux pour guider le choix thérapeutique.

* Praticien Hospitalier, Médecin des Hôpitaux, Rhumatologue Hôpital Henri MONDOR
Président de la Commission de la Transparence - Ministère de la Santé.

Pendant des années beaucoup de médicaments ont été très utilisés car peu toxiques, ils correspondaient à de très larges usages. On assiste maintenant à une véritable révolution thérapeutique avec mise à disposition de médicaments de plus en plus efficaces, souvent pour une utilisation restreinte avec des risques accrus.

LE CADRE REGLEMENTAIRE DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE

La commission d'AMM permet la commercialisation des médicaments après s'être assurée de leur efficacité, de leur sécurité d'emploi et de leur qualité pharmaceutique. Elle précise les indications thérapeutiques et les modalités de prescription ; elle situe le rapport bénéfice/risque par comparaison aux produits de références.

La Commission de la Transparence évalue l'intérêt thérapeutique et l'amélioration du service médical rendu par le nouveau médicament afin de l'inscrire sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux et de fixer le taux de remboursement. L'avis de la Commission constitue un des éléments de la fixation du prix des médicaments. La Transparence assure également le suivi de la prescription après commercialisation en vue du maintien de l'inscription sur la liste des médicaments remboursables.

Sont alors pris en compte :

- le respect des indications thérapeutiques
- le respect de la posologie et de la durée du traitement lorsque celle-ci est bien définie
- le respect des volumes de vente en fonction des données épidémiologiques qui ont permis de déterminer la population cible.

Il est souhaitable qu'à cette occasion une réévaluation de l'efficacité soit effectuée, fondée sur une appréciation de l'utilité du médicament telle qu'on pourrait la mesurer après plusieurs années de commercialisation. Cette nouvelle évaluation de l'ASMR pourrait être également un élément intervenant dans le processus de régulation des prix.

De toute façon quelque soit le système de fixation des prix du médicament, il est nécessaire que la prescription et la consommation médicamenteuse obéissent à des règles précises. La liberté de prescription ne justifie pas une utilisation anarchique du médicament qui en dehors de ses conséquences économiques peut avoir de nombreux effets pervers sur la santé.

Il est plus que jamais nécessaire que les médecins et pharmaciens, définissent un code de bonne conduite en matière de prescription et de délivrance des médicaments tandis qu'une campagne sur le bon usage du médicament est mise en place, destinée, aux professionnels de santé et aux grand public.

Les industriels du médicament pourraient contribuer à une bonne information sur l'utilisation du médicament en réformant la visite médicale dans la mesure où le bon usage et la maîtrise des volumes permettraient de reconsidérer les rapports coût/utilisé des médicaments.

LES CARACTERISTIQUES DE LA PRESCRIPTION EN FRANCE

La consommation de médicaments est plus élevée en France que dans les autres pays d'Europe. Les Français consomment en quantité 2 fois plus que les Allemands et 3 fois plus que les Américains.

A cet égard, l'exemple des tranquillisants est frappant : 50 % des consommateurs de tranquillisants et/ou hypnotiques ont une consommation quotidienne pendant au moins 1 mois et 30 % une consommation chronique.

C'est en France que la progression des ventes de médicaments est la plus forte.

De nombreux facteurs sont à l'origine de la consommation importante de médicaments en Europe.

- Les facteurs historiques tiennent à la nature de la prescription médicamenteuse dans le passé, avec un recours large aux substances chimiques bien tolérées et aux indications étendues ; l'efficacité n'était pas alors à la qualité première.

Ce type de médicament a joué un rôle important dans la relation malade et l'on a privilégié en quelque sorte une certaine forme d'utilité au détriment de l'efficacité.

C'était l'époque où les propriétés pharmacologiques justifiaient une utilisation thérapeutique pas toujours bien évaluée. La qualité essentielle était la bonne tolérance.

- Les facteurs socio-économiques qui ont favorisé la consommation médicamenteuse associent :
 - . l'utilisation des médicaments non seulement pour le traitement de la maladie mais pour rester en bonne santé et pour combattre le "mal être".
 - . le système de protection sociale permettant un large remboursement de ces médicaments.
 - . La démographie médicale avec accroissement du nombre de prescripteurs a constitué un facteur important.
- La pression publicitaire des laboratoires pharmaceutiques a tenté de compenser le prix bas du médicament en favorisant la sur-consommation (réseau de ventes multiples).

Un autre effet pervers du niveau de prix relativement bas en France a été la course à la pseudo-innovation afin de relasser sans cesse la consommation médicamenteuse sur des arguments souvent fallacieux avec multiplication des formes galéniques, des dosages, des conditionnements, etc.

En dehors de cet aspect quantitatif on peut également s'interroger sur la qualité de la prescription qui pourrait être améliorée :

- en diminuant les prescriptions hors AMM et les prescriptions qui comportent plusieurs principes actifs sans tenir compte des interactions médicamenteuses.
- en évitant la banalisation du médicament : utilisation d'AINS comme antalgique, d'antibiotiques pour une fièvre, d'un inhibiteur de la synthèse de l'acide urique, pour une hyperuricémie limite asymptomatique, etc...

Il est donc indispensable de favoriser la prise de conscience de la nécessité d'utiliser, d'une manière plus rationnelle, les médicaments.

Le médicament est un produit efficace potentiellement dangereux qui, mal utilisé, peut avoir des effets pervers sur la santé.

Promouvoir un usage plus rationnel du médicament nécessite :

- une campagne auprès des médecins afin de favoriser une prescription, la plus éthique possible,
- une campagne d'information destinée aux pharmaciens quant à leur rôle dans la délivrance des médicaments,
- une campagne auprès du patient sur deux idées simples : le médicament n'est pas un produit banal, il ne doit jamais être pris à la légère.

LES PRINCIPES ETHIQUES DE LA PRESCRIPTION

Les règles de l'éthique s'appliquent intégralement à la prescription médicamenteuse qui doit concilier :

- la liberté par l'information et le consentement
- la sécurité par une juste évaluation du rapport bénéfice/risque
- l'équité par le libre accès aux soins.

Assurer la protection du malade, c'est le faire bénéficier de tous les acquis scientifiques pour obtenir une efficacité maximale sans risque inutile.

Le choix d'un traitement médicamenteux nécessite qu'un diagnostic précis ait été établi, que le but thérapeutique soit clairement défini et que l'on tienne compte du terrain, c'est-à-dire du patient. Le médecin doit faire bénéficier son malade de toutes les acquisitions scientifiques y compris les plus récentes : l'ignorance n'est pas éthique.

Le prescripteur ne doit pas faire preuve de pessimisme excessif ou susciter de faux espoirs.

Le malade ne doit pas être exposé à un risque hors de proportion avec le bénéfice attendu.

L'information du patient quant à la survenue possible d'effets indésirables est nécessaire. Les effets indésirables graves ou inattendus doivent être signalés à la Pharmacovigilance.

Enfin l'éthique collective voudrait que le médicament ne soit prescrit que dans le cadre des indications accordées par la Commission d'AMM. Cependant l'intérêt individuel d'un malade peut justifier l'emploi d'un médicament hors AMM : c'est le principe de la liberté de prescription qui engage la responsabilité du prescripteur mais la prescription systématique hors AMM, sans protocole précis, ne permet pas de faire bénéficier la collectivité des informations recueillies et cet usage n'est pas éthique.

LE BON USAGE DES MEDICAMENTS

Le bon usage du médicament est avant tout une nécessité de santé publique, il permet également de maîtriser les dépenses de santé.

Les médicaments issus de la recherche pharmaceutique actuelle sont de plus en plus performants et efficaces. Leur intérêt thérapeutique est souvent évident dans certaines situations particulières, tandis que leurs avantages sont moins bien établis en cas de large prescription. Le risque thérapeutique est souvent élevé. L'accroissement de la puissance et de la spécificité des médicaments actuels multiplie les risques liés à leur mauvais usage.

Une des caractéristiques de la prescription actuelle est la nécessité d'évaluer l'intérêt thérapeutique dans certaines indications ciblées et pour des sous-populations de malades limitées. L'intérêt thérapeutique d'un nouveau médicament peut ne concerner que son utilisation dans un cadre précis intéressant un nombre réduit de patients.

Malheureusement, selon le principe "qui peut le plus peut le moins" les nouvelles molécules sont galvaudées et font l'objet d'un large usage dans de nombreuses indications.

Dans ces indications l'efficacité est certaine mais sans avantage par rapport aux traitements existants.

On assiste actuellement à la multiplication des procédures garantissant la prescription ciblée des nouveaux médicaments qui constituent une avancée thérapeutique majeure dans les indications restreintes alors que leur large prescription n'offre pas les mêmes avantages ni en terme de bénéfice thérapeutique, ni en terme économique.

Il s'agit de la réserve "aux collectivités" qui peut être le fait de la Commission d'AMM s'il existe un problème de santé publique ou de la Commission de la Transparence si le bon usage du médicament le nécessite. Il s'agit de l'inscription sur la liste des médicaments remboursables d'un nombre limite d'indications avec a priori contrôle des caisses par un processus d'entente préalable ou contrôle sélectif a posteriori. Il s'agit de la mise en place de circuits de distribution particuliers gérés par des spécialistes experts dans le domaine pathologique considéré.

Les difficultés rencontrées par la mise en place de ces différents dispositifs sont variables :

- 1) La réserve hospitalière pose le problème de la rétrocession des médicaments aux patients ambulatoires (cas récent de l'AZT)
- 2) Gestion des mécanismes d'entente préalable par les caisses d'assurance maladie
- 3) Multiplication des circuits de distribution (érythropoïtine, ciclosporine, interferon, hormone de croissance, THA, etc...)

Le médicament permet d'améliorer la santé et la qualité de vie. C'est son utilisation abusive ou parfois inadéquate qui présente des dangers de santé publique et qui compromet l'équilibre du budget social. L'usage rationnel du médicament est une nécessité éthique et économique.

En ce qui concerne les médicaments vendus en officine un des moyens d'information des médecins est constitué par les fiches de transparence.

Elles sont élaborées par des groupes d'experts qui travaillent au sein de la Commission de la Transparence. Elles sont approuvées par la Commission et éditées par le Comité Français d'Education pour la santé.

Les fiches "classes thérapeutiques" situent chaque médicament par rapport aux autres principes actifs en fonction de leurs indications. Elles hiérarchisent les critères de choix et définissent les modalités de prescription. Les fiches "maladies" exposent les différentes stratégies thérapeutiques utilisables au cours de certaines affections.

Les fiches de transparence représentent également une actualisation des connaissances sur le médicament, elles constituent une évaluation de l'intérêt thérapeutique des médicaments après leur commercialisation.

CONCLUSION

Un certain nombre de mesures pourraient rendre la prescription plus éthique et contribuer au bon usage du médicament :

- . augmentation de l'enseignement de la pharmacologie clinique et de la thérapeutique,
- . développement de la formation médicale continue notamment en matière de thérapeutique,
- . facilitation du dialogue entre le malade et son médecin
- . l'information des médecins en matière de thérapeutique :
 - par une diffusion plus large des fiches de transparence,
 - par une aide aux revues de formation indépendante
- . contrôle des informations publicitaires
- . limitation des dépenses promotionnelles
- . campagne d'information sur le bon usage du médicament auprès des médecins, des pharmaciens et du public.

Ouverture de la Campagne
Le MERIDIEN - Porte Maillot

Pr R. LEVERGE

CHU - RENNES

Paris - le 21 mars 1991

LE "BON USAGE DU MEDICAMENT"

L'USAGE RATIONNEL DU MEDICAMENT

- exemple à l'étranger :

New Engl. J. of Medecine - 1991, 324, 6 (377-84)

30.000 Patients admis Hôpitaux
3,7 % Pathologie latrogène
dont 19 % liés Médicament

Quelles causes ?

Quel compromis pour ?

- . Sécurité thérapeutique
- . Efficacité thérapeutique
- . Confort thérapeutique

Problème : Maîtrise de la variabilité thérapeutique

EFFETS IATROGENES ET MEDICAMENTS

Effets INDESIRABLES et/ou TOXIQUES

- soit : . Statistiquement inévitables

. Potentiellement évitables si comportement
rationel de Prescription et de Surveillance

Association abusive et/ou non surveillée de plus de
médicaments ----> Interactions non ou difficilement
maîtrisables.

ex : Base de données "Interactions Médicaments"

(1200 Spécialistes

(300.000 Signes Interactions significatives

Associant au hasard 2 spécialités	20 % Interactions
3 spécialités	50 % Interactions
4 spécialités	70 % Interactions

Quelques exemples FRANCAIS

Hôpital Universitaire Suivi statistique des ordonnances
nominatives

1986 : sur 3715 ordonnances (Médecine et Chirurgie)

----> 11,3 % Interactions de nature variée

dont :

- 1,5 % Interactions "Dangereuses"
- 10 % de potentialisation forte (+ + +) d'1 des Médicaments
- 20 % de potentialisation (+) ou inhibition
- 3 % de effets indésirables potentiels
- 2 % d'interactions "éventuelles"
- 25 % de Synergie Potentialisatrice (souhaitée ou non)
- 2 % idem avec même principe actif
- 21,5 % interactions mineures ou bénéfiques et "protocoles"

Autre exemple

1989

Hôpital Universitaire
(six mois d'étude statistique)

Sur : 35.074 ordonnances nominatives
(Tri informatique sur base de données interactions)

21,3 % des ordonnances contiennent > 1 I.A.M.
. dont beaucoup (11,3 %) sont liées au choix
thérapeutique et rationnelle

10 % sont notifiées pour la potentialité d'IAM
à surveiller ou à éviter

4 % des ordonnances sont modifiées :
- changement de Médicament
-simplification du contenu

Les Difficultés ?

IAM : a priori des évènements Pharmacologiques Potentiels, mais le degré de "certitude" statistique est variable et parfois suffisant pour modifier la Prescription.

Problème d'appréciation

- . la Fréquence relevée
- . Documentation Scientifique qui le prouve

- exemple pratique :

- . Association d'Anti-épileptiques :
 - . Phénobarbital (Ph)
 - . Phénytoïne (DPH)
 - . Carbamazépine (CPZ)
 - . Valproate (VPA)

En Pédiatrie association fréquente de 2 à 4 médicaments

Etude sur dossiers :

- 2160 dosages Plasmatiques d'AE
- 387 polythérapies d'AE
- effets des interactions réciproques

ex : Association de PA Anti-Epileptiques

Principe :

Evaluer l'effet d'1 principe actif sur 1 second principe actif et réciproquement par le biais de la variation des taux plasmatiques selon leur niveau par référence à la "fourchette thérapeutique habituelle".

N : fourchette thérapeutique

> N : > " (de toxicité)
< N : < " (activité)

1) DPH + VPA :	Tx DPH	N = 5,25 % > N = 26,35 % < N = 68,40 %
	Tx VPA	N = 47,35 % > N = 0 % < N = 52,65 %
2) DPH + CBZ :	Tx CPZ	N = 25 % > N = 21,4 % < N = 53,6 %
	Tx CBZ	N = 64,3 % > N = 7,10 % < N = 28,6 %

IAM des Anti-Epileptiques (suite)

3) CBZ + VPA :	Tx CBZ	N = 81,25 % > N = 8,35 % < N = 10,40 %
	Tx VPA	N = 56,25 % > N = 10,40 % < N = 33,35 %
4) VPA + Ph :	Tx Ph	N = 57,65 % > N = 28,2 % < N = 14,1 %
	Tx VPA	N = 49,5 % > N = 7 % < N = 43,5 %
5) DPH + Ph	Tx DPH	N = 15 % < N = 30 % < N = 55 %
	Tx Ph	N = 50 % > N = 30 % < N = 20 %

QUELS COMPORTEMENTS FACE A UNE INTERACTION POTENTIELLE ?

- . Classement hiérarchisé
- . Evaluation Nature du Mécanisme IAM

- Hiérarchie classique IAM

- . Association illogique (biais intél. et Scientifique)
- . Association contre-indiquée (médicolégal ?)
- . Association dangereuse (Pb !)
- . Association à surveiller (=vigilance clinique)
- . Association à visée thérapeutique et bénéfique (ss. réserve des effets indésirables)

- Nature du mécanisme : explications utiles à la décision et à la vigilance clinique

IAM Pharmacodyn :

- Potentialisation des effets (Tox.)
- Annulation des effets (thérap.)

IAM Pharmacocinétique :

- Résorption
- Métabolisme (induct/inhibition)
- Excrétion Rén. et Bil.
- Distribution (fix. Protéique)

Solution : Bases de données évaluées explicatives et évolutives

(cf. THERIAQUE du CNIMH p. 10)

DOSSIER

CENTRE NATIONAL D'INFORMATION
SUR LE MEDICAMENT HOSPITALIER

Publication bimestrielle
1990, XI, 4

Evaluation thérapeutique

Editorial

Etude comparative

Thériaque : Questions - Réponses

Le Point sur

Fiche Gériatrie

Critères de choix

SOMMAIRE

ANTI-ARYTHMIQUES

Stylos injecteurs d'insuline

Anti-hypertenseurs

Fluoroquinolones
à visée systémique

CENTRE NATIONAL D'INFORMATION
SUR LE MEDICAMENT HOSPITALIER

Directeur de la publication :

A. MANGEOT

7, rue du Fer à Moulin

75005 PARIS

Téléphone : (1) 43.36.47.00

Télécopie : (1) 43.37.95.97

SN 0223.5242

LES ANTI-ARYTHMIQUES DANS THERIAQUE

QUELQUES EXEMPLES

* Banque de données schématique, numéro d'accès direct 36 24 01 04

NOMENCLATURE

Parmi les 62 spécialités antiarythmiques répertoriées dans THERIAQUE, 10 existent sous forme de présentation unitaire médicamenteuse (PUM) :

exemple :

CORDARONE 150 MG/3 ML SOL INJ, 20 MG/2 SOL INJ
BREVIBLOC 2,5 G/10 ML SOL INJ IV etc

Les précautions d'emploi concernent L'INSUFFISANCE RENALE, LE SUJET AGE, LA GROSSESSE, L'INSUFFISANCE HEPATO CELLULAIRE SEVERE, L'HYPOTENSION

Dans le cas de l'INSUFFISANCE RENALE, THERIAQUE précise :

Commentaire :

Adapter la posologie

INTERACTIONS

Quels sont les principes actifs qui, associés à l'amiodarone, présentent un risque majoré de torsades de pointes potentiellement létales ?

BEPRIDIL CHLORHYDRATE, QUINIDINES, SOTALOL, LIDOFLAZINE, VINCAMINE

Texte :

En fonction de la clairance à la créatinine : entre 20 et 40 ml/mn 3mg/kg/jour et entre 10 et 20 ml/mn 2,5 mg/kg/jour

POSOLOGIES

Quelle est la posologie usuelle de MEXITIL 200 MG GELULE chez l'adulte ?

INCOMPATIBILITES

Dans quel vecteur peut-on administrer le XYLOCARD en perfusion ?

Le chlorhydrate de lidocaïne est stable 14 jours à 25 ° C, après dilution dans un soluté de chlorure de sodium 0,9 %. Les tests ont été réalisés dans des contenants en verre ou en PVC;

Ref. : Stokes TF, Summer ED, and Needbam TE.

QUELLE QUE SOIT L'UTILISATION :

Dose maximale : 1 gélule/prise

Fréquence maximum :1/j

Commentaire :

A prendre avec un verre d'eau

Réservé à l'adulte

A avaler sans croquer ni sucer

Traitement de relais

CONTRE-INDICATIONS

Pour quels terrains la CIBENZOLINE présente-t-elle des contre-indications et/ou précautions d'emploi ?

Les contre-indications concernent LES TROUBLES DU RYTHME ET/OU DE LA CONDUCTION, L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DECOMPENSEE, LES HYPERSENSIBILITES, LA PORPHYRIE HEPATIQUE

Texte :

La gélule sera prise 30 à 60 min avant l'arrêt de la perfusion, puis passer au traitement d'entretien.

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Action Bon Usage du Médicament : Fiche Signalétique

Département	Population concernée	Axes de l'appel d'offres choisis

I. Identification du projet

Intitulé du projet

.....

.....

.....

.....

Nom et coordonnées du responsable de projet

.....

.....

.....

Autres services de la caisse impliqués dans le projet

.....

.....

.....

Participation du service médical (Médecin Conseil, Pharmacien Conseil)

.....

.....

.....

.....

II. Identification de la population

.....
.....
.....
.....
.....

III. Définition des objectifs

Objectif général

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Objectifs intermédiaires

.....
.....
.....
.....
.....

IV Réalisation de l'action

Nature de l'action

.....
.....
.....
.....
.....

Modalités du déroulement de l'action

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Moyens (matériels et humains) et supports utilisés

.....
.....
.....
.....
.....

Justification du choix des moyens utilisés

.....
.....
.....
.....
.....

Lieu(x) de l'action

.....
.....
.....
.....
.....

Calendrier pour la durée totale de l'action, à détailler par phase

.....
.....
.....
.....
.....

Partenaires et conseillers techniques extérieurs

DRASS et DDASS

.....
.....

CRES et CDES

.....
.....

Autres

.....
.....
.....
.....
.....

V. Evaluation

Moyens de suivi du projet

.....
.....
.....
.....
.....

Méthodes d'évaluation des résultats

(si les acteurs du projet s'inscrivent dans un travail de ce type)

.....
.....
.....
.....
.....

VI. Budget

Budget global

.....
.....
.....
.....
.....

Budget pour chaque phase (à détailler par moyen d'action)

.....
.....
.....
.....
.....

Coparticipation financière demandée aux autres partenaires (origine et montant)

.....
.....
.....
.....
.....

Coparticipation financière acquise (origine et montant)

.....
.....
.....
.....
.....

Participation financière demandée à la Caisse Nationale pour 1991

.....
.....
.....
.....
.....

A titre indicatif, prévisions de dépenses et de demandes de participation financière de la Caisse Nationale pour les prochains exercices

. 1992

.....
.....
.....
.....
.....

. 1993

.....
.....
.....
.....
.....

. 1994

.....
.....
.....
.....
.....

. pour mémoire, participation demandée à la Caisse Nationale au titre des exercices précédents

.....
.....
.....
.....
.....