



Harmoniser les messages auprès des personnes âgées

10 fiches pratiques
pour les professionnels de santé



En collaboration avec l'Université Paris-Diderot

Harmoniser les messages auprès des personnes âgées

Une personne âgée atteinte de plusieurs maladies chroniques rencontre, tout au long de son parcours de santé, différents professionnels de santé. Le discours de ces derniers peut varier face à certaines problématiques fréquentes, ce qui peut avoir des conséquences cliniques importantes (conseils alimentaires lors de la prise d'un antivitamine K ou recommandations nutritionnelles chez un insuffisant cardiaque dénutri par exemple).

Ainsi, il est primordial d'harmoniser les messages délivrés aux personnes âgées sur ces sujets pour :

- Donner à la personne âgée un sentiment de cohérence dans sa prise en charge et donc de confiance ;
- Éviter les accidents pouvant résulter d'une incompréhension ou de la mise en place d'actions contradictoires.

Ces fiches sont destinées à l'ensemble des professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice (ville, EHPAD ou établissements de santé).

Utilisées comme supports de formation et/ou aides mémoires, elles présentent de manière succincte dans le cas de situations fréquentes chez les personnes âgées polyopathologiques :

- Les idées reçues,
- Les objectifs de la prise en charge,
- Les messages clés,
- Les éléments de suivi (« et après ? »).

Ces fiches ont été réalisées par l'équipe OMAGE^{*} (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs) et validées par des experts gériatres^{**} du GéronD'IF (Gérontopole d'Île-de-France) et de la HAS (Haute Autorité de Santé).

***L'équipe OMAGE**

Hélène Archambault, directrice d'IFSI

Dr Dominique Bonnet-Zamponi, gériatre

Pascale Brechet Saint Gaudens, infirmière spécialisée en gériatrie et éducation thérapeutique

Gwenaëlle Fauchard, infirmière spécialisée en gériatrie et éducation thérapeutique

Pr Sylvie Legrain, gériatre

Emmanuelle Orru-Bravo, pharmacienne clinicienne

****Les experts ayant relu les fiches**

Monique Ferry / Olivier Hanon / Micheline Michel / Eric Pautas

SOMMAIRE

Fiches générales

- Pathologies en cascade et signes d'alerte
- Évènements intercurrents
- Polymédication

Fiches dénutrition

- Dénutrition exogène et/ou endogène
- Dénutrition et insuffisance cardiaque
- Dénutrition et surpoids ou obésité

Fiches médicaments

- Alimentation/phytothérapie et Antivitamine K (AVK)
- AVK et interactions médicamenteuses
- Anticoagulants oraux directs (AOD) ou nouveaux anticoagulants oraux (NACO)

Fiche Douleur

- Approche de la douleur chez les personnes âgées à domicile

PATHOLOGIES EN CASCADE ET SIGNES D'ALERTE

IDÉES REÇUES

« J'ai attrapé une pneumonie car j'ai pris froid en aérant trop longtemps ma chambre »

La patient attribue la dégradation de son état de santé à un événement extérieur sans voir la cascade de pathologies réellement en cause (chute dans les escaliers > confinement à domicile > dépression > dénutrition > pneumopathie)

« Je me sens plus fatigué que d'habitude (ou plus essoufflé, ou je marche moins bien..), c'est normal étant donné mon âge »

Le signe d'alerte n'est pas attribué à la décompensation d'une maladie ou à un accident iatrogénique, l'état de santé du patient risque de s'aggraver et ses traitements se déstabiliser

« Je vais moins bien, c'est ma maladie qui évolue »

Le rôle du facteur intercurrent n'est pas vu ce qui peut conduire à un certain défaitisme

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Permettre au patient
polypathologique



Repérer tout signe d'alerte et le signaler à la personne ressource adéquate pour agir tôt

MESSAGES CLÉS



Ne pas banaliser certains signes peu « bruyants » ou « banaux »



- une fatigue inhabituelle,
- un essoufflement inhabituel,
- une baisse de moral,
- une diminution de l'appétit,
- des difficultés à se mobiliser ou à se déplacer voire même une chute



Signaler ces symptômes, s'ils sont inhabituels

Des symptômes inhabituels (en type, en intensité et/ou en durée) peuvent témoigner d'une décompensation de maladie (s) et/ou de déséquilibre des traitements médicamenteux.



Mettre en place une surveillance simple et régulière pour alerter tôt

Cette surveillance peut concerner : des éléments d'observation clinique (oedème, essoufflement, périmètre de marche, le poids, la pression artérielle, etc... »

À noter : une perte de poids qu'elle qu'en soit la cause nécessite souvent un ajustement des traitements, notamment cardiovasculaire et hypoglycémiants

ET APRÈS ?



Régulièrement

Echanger avec le patient sur :
le savoir réagir face à sa vie réelle
ou à partir de cas simulés



Périodiquement

Analyser avec le patient le relevé
de ses auto-surveillances

ÉVÉNEMENTS INTERCURRENTS

IDÉES REÇUES

« Il faut que je boive beaucoup d'eau quand il fait chaud »

La perte de sel systématique dans la déshydratation n'est pas connue. Boire seulement de l'eau s'avère inefficace (pas de restauration de la volémie), voire dangereux (risque d'hyponatrémie). Pour prévenir ou corriger une déshydratation, il faut aussi apporter du sel. La déshydratation est la principale situation à risque d'iatrogénie

« J'ai de la fièvre et je crache jaune, je reprends l'Augmentin car il m'en reste dans ma pharmacie »

Le risque d'interaction avec une nouvelle maladie ou un nouveau médicament n'est pas perçu

« J'ai une gastro depuis quelques jours, cela va passer ... »

Le risque de décompensation chez la personne âgée qui a une réduction de la réserve fonctionnelle de un ou plusieurs de ses organes principaux (cœur, cerveau, rein, foie notamment) est méconnu.

OBJECTIFS

Repérer les évènements intercurrents pouvant déstabiliser ses maladies / ses traitements

Identifier les évènements prévisibles car survenant régulièrement dans sa vie

Connaître les évènements inopinés

Mettre en œuvre une stratégie préventive adaptée

Pour éviter les décompensations fonctionnelles et les accidents iatrogènes



la déshydratation, très fréquente chez la personne âgée, est particulièrement dangereuse si la personne prend un diurétique. L'implication du médecin traitant est essentielle pour anticiper les ajustements du traitement diurétique ex suspension en cas de chaleur estivale chez un hypertendu

MESSAGES CLÉS



Identifier les événements intercurrents qui influencent son traitement :

- **Qui surviennent régulièrement dans sa vie ou de façon inopinée**
 - arrêt ou introduction d'un médicament (*ex : cure d'antibiotique, rupture de stock à la pharmacie*)
 - modification dans le suivi médical (*ex : départ à la retraite du médecin traitant, etc.*)
 - modification dans la gestion des traitements (*ex : vacances ou absence inopinée de la personne gérant les traitements*)
 - baisse de moral (*risque de problèmes d'observance*)
 - symptômes pouvant faire l'objet d'auto-médication (*ex : douleur, anxiété, insomnie...*)
- **Facteurs influençant son état d'hydratation (eau et sel)**
 - forte chaleur (*séjour régulier dans le Sud ou dans un pays chaud, anorexie, diarrhée, vomissements, fièvre,...*)
 - repas festif, conserves, plats traiteurs...
- **Les infections par la prise d'antibiotiques et/ou les variations de l'état d'hydratation**



Avoir une attitude préventive adaptée :

- **L'identification de ces événements permettra de réfléchir avec son médecin traitant et ses autres professionnels de santé sur les stratégies à mettre en œuvre.**

Exemples :

- Surveiller son poids (meilleur indicateur clinique de l'état d'hydratation)
- Majorer la surveillance habituelle des traitements : glycémies capillaires plus fréquentes chez un diabétique, surveillance de la tension artérielle chez un patient vasculaire, ionogramme sanguin régulier en cas de prise d'antihypertenseurs, majoration de la fréquence des INR pour un patient sous AVK...

ET APRÈS ?



Régulièrement

Échanger avec le patient sur :

le savoir réagir face à des événements intercurrents survenus dans leur vie réelle ou à partir de cas simulés

POLYMÉDICATION

IDÉES REÇUES

*« Je ne dois pas prendre trop de médicaments.
C'est mauvais pour la santé »*

Le risque est de sous-estimer les conséquences d'oublis intentionnels. La polypathologie conduit souvent à une polymédication légitime

« Mon médecin m'a prescrit des médicaments pour 3 mois, je n'ai pas de raison d'aller le voir avant »

Le risque est que le patient poursuive indument un traitement qu'il tolère mal

*« Mon traitement me convient bien.
Il ne faut pas y toucher »*

L'importance de pouvoir optimiser un traitement (ex : introduction d'un bêta bloquant en cas d'insuffisance cardiaque, arrêt d'un IPP) ou de pouvoir l'ajuster (ex : en cas d'événement intercurrent ou d'un nouveau problème de santé) n'est pas perçue

« Si un jour mon médecin m'a prescrit des médicaments et qu'il m'en reste, je peux en reprendre si besoin »

Le risque d'une automédication non éclairée n'est pas perçue. Un médicament prescrit un jour n'est pas forcément adapté à un autre moment (changement de l'état de santé, traitements associés,..)

OBJECTIF

Permettre au patient polymédicamenté :

- de gérer au mieux ses traitements au quotidien,
- d'anticiper les situations à risque de déstabilisation de ses maladies et de ses traitements



Bien comprendre son traitement

- **Connaitre l'indication de chaque médicament** (ex digoxine pour mon coeur)
- **Connaitre les conséquences des oublis pour les principaux médicaments** (médicaments cardiovasculaires, épileptiques, hypoglycémifiants,...). **Les oublis intentionnels sont les plus fréquents.**
- **Comprendre qu'un traitement peut être modifié si besoin :**
 - Certains médicaments peuvent être moins bien supportés au fil des années.
 - Apparition de nouvelles maladies ou symptômes qui nécessitent d'être traités
 - Mise à disposition de nouveaux médicaments, grâce à la recherche



Bien gérer son traitement

- **Mettre en place des stratégies pour éviter les oublis non intentionnels, les ruptures de traitement et les doutes sur les prises. Les stratégies sont propres à chacun car elles dépendent des personnes, de leurs capacités et habitudes de vie.**
- **Lors de toute prescription, signaler :**
 - L'ensemble des médicaments pris, en incluant les gouttes, les pommades, les patchs, etc (y compris en automédication)
 - Les symptômes pouvant être liés à des médicaments : problèmes de transit, manque d'appétit, douleurs, problèmes de sommeil, etc
 - Les difficultés au quotidien : avaler certains médicaments, couper les comprimés, compter les gouttes, ouvrir les emballages, oublier une prise...
- **Savoir repérer les situations à risque de déstabilisation de son traitement** (cf fiche spécifique) **et savoir s'adapter**

ET APRÈS ?



Régulièrement

Échanger avec le patient sur :

- les stratégies mises en place pour mieux gérer ses traitements
- sa connaissance des situations à risque de déstabilisation de son traitement et la conduite à tenir (cf fiche spécifique).

DÉNUTRITION (exogène et/endogène)

IDÉES REÇUES

*« Quand on est vieux,
et a fortiori si on est malade,
on bouge moins et donc
on a moins besoin de manger »*

- La personne sous-estime ses besoins protéino-caloriques nutritionnels ce qui favorise l'apparition ou l'aggravation d'une dénutrition.
- Les besoins énergétiques et protéiques nécessaires lors d'une maladie chronique stabilisée (insuffisances cardiaque et rénale, cancer...) sont sous-estimés

*« Le dîner doit être léger,
ce qui permet
de bien dormir. »*

Les dépenses
énergétiques et
protéiques pendant
le sommeil
sont méconnues

*« Je suis fatigué, c'est normal
vu mon âge/mes maladies »*

La dénutrition contribue
à la fatigue des patients.
Elle doit être prise en compte
pour ajuster le projet
thérapeutique

OBJECTIF

Chez le patient dénutri

Permettre à la personne de reconstituer ses réserves et sa masse musculaire
en concertation avec le médecin traitant,
les aides à domicile et/ou les aidants
familiaux, les kinésithérapeutes

MESSAGES CLÉS

S'inquiéter devant une perte d'appétit

Manger avec plaisir

- **Enrichir d'abord les aliments que le patient mange** avec beurre, huile, fromage râpé, poudre de lait, œufs, jambon...
- **Augmenter ses prises alimentaires** (les 3 repas + une collation le matin, au goûter et le soir) en fractionnant ses apports au cours de la journée pour augmenter la quantité totale d'aliments, sans en augmenter le volume. Une majorité des personnes en début de re-nutrition ne peuvent faire des repas complets (du fait d'une anorexie).
- **Instituer une collation plaisir le soir**



au coucher



évite un jeûne nocturne \geq 12h

- **Un complément nutritionnel ne remplace pas un repas**
- **Stimuler son appétit** : faire un peu d'exercice avant le repas, éviter de boire pendant le repas, prendre les médicaments en fin de repas
- **Protéger ses dents** : nettoyer chaque jour ses dents et ses prothèses dentaires

Avoir une activité physique adaptée



Sortir et marcher si possible au moins une fois par jour



Bouger au quotidien (courses, ménage etc.) **et/ou réaliser régulièrement des exercices physiques adaptés**, si besoin avec l'aide d'un professionnel

ET APRÈS ?

1 fois par semaine

Échanger avec le patient sur :

- son appétit
- la mise en œuvre d'une alimentation enrichie (repas, collations, aliments plaisir, etc) et les difficultés rencontrées
- les modifications dans les capacités à se lever et se déplacer

Régulièrement

Surveiller le poids

 (toujours dans les mêmes conditions) et le consigner pour analyse avec un professionnel

- Une mesure chez le pharmacien est possible si le malade est autonome
- S'il est impossible de surveiller le poids : mesurer, avec un mètre de couturière, la circonférence du mollet (CM) à l'endroit le plus large, pour suivre la masse musculaire

Relecture de la fiche par le Dr Monique Ferry

DÉNUTRITION ET INSUFFISANCE CARDIAQUE

IDÉES REÇUES

« J'ai pris du poids, c'est donc que je vais mieux »

Le signe d'alerte de l'insuffisance cardiaque n'est pas repéré

« J'ai des œdèmes, c'est donc que j'ai trop d'eau »

La personne va se restreindre en eau sans faire attention aux apports sodés

« Si je ne fais pas un régime sans sel strict, c'est mauvais pour mon cœur et donc pour ma santé »

Un régime sans sel strict est anorexigène

OBJECTIF

Chez le patient dénutri et insuffisant cardiaque

Permettre à la personne de reconstituer ses réserves en énergie et sa masse musculaire tout en respectant le régime peu sodé, en concertation avec le médecin traitant, le cardiologue, l'infirmière à domicile, l'aide à domicile et/ou les aidants familiaux

MESSAGES CLÉS



Les apports en eau et en sel

- Les limiter évite la prise de poids et les œdèmes. L'insuffisance cardiaque entraîne une rétention d'eau et de sel dans le corps. «**C'est le sel qui retient l'eau**»
- **Ne pas s'imposer un régime sans sel strict qui coupe l'appétit (sauf exception)**
- **Ne pas hésiter à parler au médecin si un repas exceptionnel est envisagé pour ajuster temporairement la dose de Lasilix® et profiter du repas en sécurité**
- **Se peser régulièrement, analyser ses variations de poids en sachant différencier bon et mauvais poids**

Devant une prise de poids



Bon poids témoignant d'un gain en masse musculaire : je me sens bien, je me lève et me déplace plus facilement, je gagne en autonomie



Mauvais poids témoignant d'une rétention d'eau et de sel : je me sens mal, je prends du poids rapidement (plus de 2kg/semaine), je me sens fatigué(e), j'ai les jambes gonflées

Devant une perte de poids



Perte de poids témoignant d'une amélioration de l'insuffisance cardiaque : je me sens bien, moins essoufflé(e), mes jambes sont moins gonflées, j'urine plus, je perds du poids rapidement et gagne en autonomie



Perte de poids témoignant de l'aggravation de la dénutrition : je suis plus fatigué(e), je me déplace moins bien, j'ai moins de force et plus de mal à me lever, je perds des muscles



Mise en pratique

Saler modérément à la cuisson, ne pas resaler les aliments à table. Préférer les épices et aromates pour relever les plats (ail, oignon, ciboulette, persil, thym, muscade, citron...)

Éviter les conserves, les condiments salés (cornichons, olives, moutarde, ...) **et les produits industriels cuisinés, très riches en sel**

Privilégier les surgelés nature, les préparations « maison », qui permettent d'ajuster au mieux les apports en sel

Éviter les formes effervescentes de médicaments qui contiennent du sel (ex : paracétamol effervescent). Si cette forme est nécessaire, en parler avec le médecin traitant

Enrichir les repas avec des aliments peu salés : beurre, huile, crème fraîche, lait, œufs ...

Si une eau minérale gazeuse est incontournable (choix du patient ou troubles de déglutition), **privilégier les moins salées** (Salvetat, Perrier fines bulles)

ET APRÈS ?



1 fois par semaine

Surveiller le poids une fois par semaine
Consigner, analyser les variations et alerter le médecin traitant si variation de poids rapide (≥ 2 kgs/semaine)



Régulièrement

Explorer ce que le patient a compris des liens entre sa maladie cardiaque et les apports en eau et en sel

Echanger régulièrement sur sa mise en œuvre d'une alimentation adaptée et son suivi du traitement par Lasilix® (observance, effets secondaires, gestion des oublis)

Relecture de la fiche par le Dr Monique Ferry

DÉNUTRITION ET SURPOIDS OU OBÉSITÉ

IDÉES REÇUES

« On ne fait pas d'activité physique, si on ne fait pas de sport »

Toute augmentation de l'activité physique même minime est bénéfique pour la santé

« Quand on est gros, on doit obligatoirement perdre du poids pour aller mieux »

Un régime strict chez une personne âgée obèse risque de créer ou d'aggraver une dénutrition protéino-énergétique (DPE) et est donc délétère pour sa santé

« On ne peut pas être dénutri si on est gros »

La dénutrition des personnes de poids normal ou élevé est sous-estimée

« Si on est gros, c'est que l'on mange trop »

La personne en surpoids culpabilise de l'être, les professionnels de santé peuvent contribuer à ce sentiment

OBJECTIFS

Chez le patient en surpoids et dénutri

Améliorer son estime de soi et sa qualité de vie

Augmenter sa masse musculaire

Favoriser une diminution de sa masse grasse

en concertation avec les autres professionnels de santé et l'entourage

Chez le patient obèse ou en surpoids sans comorbidité ni trouble de la mobilité

Éviter une perte de poids non nécessaire

Chez le patient ayant une co-morbidité liée à son surpoids* ou ayant un trouble de la mobilité**

Obtenir une perte de poids minimum et lente sur prescription médicale, avec un suivi rapproché

*(diabète, maladies cardio-vasculaires, syndrome respiratoire restrictif)

** (douleurs, arthrose...)

MESSAGES CLÉS

Améliorer son alimentation tout en gardant du plaisir

- **Augmenter sa masse musculaire :**
par une alimentation riche en protéines et pas trop calorique et adaptée à ses goûts

viandes (grillées ou rôties), poissons (papillote, vapeur ou au court bouillon), blancs d'œufs, produits laitiers allégés en matière grasse.

- **LIMITER LA CONSOMMATION D'ALCOOL**, qui apporte beaucoup de calories « vides » et ne peut entrer dans le métabolisme actif

1 calorie alcool = **2** calories sucre aliment

- **EVITER LE GRIGNOTAGE ENTRE LES REPAS**

Adoptez un rythme régulier de

3 repas/jours + **1** goûter

avoir une activité physique quotidienne adaptée à ses capacités et à ses envies

- **Dans l'idéal, pratiquer la marche**



- **Choisir des activités de la vie quotidienne** (courses, ménage...) et/ou réaliser régulièrement un minimum d'exercices physiques adaptés



ET APRÈS ?

1 fois par semaine

Échanger avec le patient :

- sur la mise en oeuvre des modifications de son alimentation et de son activité physique
- sur son ressenti
- sur les difficultés rencontrées
- sur les ajustements à mettre en place pour soutenir sa motivation

Au cas par cas

En fonction des objectifs et de l'impact sur la motivation du patient, surveiller:

- le tour de taille
- le poids, ou, si impossible, la circonférence du mollet (= suivi de la masse musculaire)
- l'albuminémie, sur prescription médicale

Relecture de la fiche par le Dr Monique Ferry

ALIMENTATION / PHYTOTHÉRAPIE ET ANTIVITAMINE K (AVK)

IDÉES REÇUES

« Avec les AVK, certains aliments
sont strictement interdits,
comme les crudités »

Ceci peut conduire à des restrictions
alimentaires injustifiées, et à des
carences, en vitamines et en fibres

« Les médicaments à base
de plantes (phytothérapie)
sont sans danger »

Les risques iatrogènes
liés aux plantes médicinales
sont méconnus

OBJECTIFS

Chez le patient sous AVK

①

Avoir une alimentation variée
sans régime restrictif

②

Connaitre les risques du millepertuis et de
la canneberge («cranberrie»)

MESSAGES CLÉS

Au quotidien :

- **AUCUN ALIMENT N'EST INTERDIT**
- Avoir une **consommation limitée et régulière d'alcool** est possible

au maximum :

2  verres de vin / jour **OU** **2**  apéritifs / semaine → **des consommations plus importantes sont dangereuses, a fortiori si elle sont irrégulières.**

- Il faut **éviter de contrôler son INR** le lendemain d'un **repas** inhabituellement riche en **légumes à feuilles vertes** (choux, épinards, laitue, brocolis...) **ou très gras**
- **LA PRISE DE MILLEPERTUIS EST INTERDITE** 

Echanger avec son médecin pour renforcer le suivi des INR :

En cas de :

- **Changement brutal dans l'alimentation** (sortie d'hôpital, jeûne, manque d'appétit, voyage...)
- **Prise de canneberge** (ou cranberry)
- **Variations dans la prise de compléments nutritionnels (teneur en vitamine K variable d'un complément à l'autre)**

ET APRÈS ?

Régulièrement

Échanger avec le patient sur :

- les éventuelles restrictions alimentaires indues,
- la consommation d'alcool
- le recours éventuel aux plantes

En cas de modification

Vérifier que la personne informe bien son médecin traitant du changement dans la prise de ses compléments nutritionnels

Relecture de la fiche par le Pr O.Hanon et le Pr E.Pautas

AVK ET INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

IDÉES REÇUES

« *Un médicament pris ponctuellement avec mon AVK n'a aucun effet sur mon INR* »

La plupart des médicaments interagissant avec les AVK sont utilisés pour des traitements ponctuels ; les risques de variations de l'INR sont au moins aussi importants qu'avec des traitements pris au long cours

« *Arrêter un médicament n'a pas d'influence sur mon INR* »

Les risques de l'arrêt d'un médicament associé sur l'équilibre de l'INR sont mal connus

Le patient se rationne, à tort, en antalgiques

« *Les médicaments administrés par voie locale (crème ou pommade, gel buccal, ovule vaginal...) ne peuvent pas interagir avec mon AVK* »

Les risques liés à une interaction avec un traitement local sont mal connus, mais ne peuvent être considérés comme nuls le risque de déséquilibre de l'INR a notamment été montré avec les antifongique azolés en application dermique

« *Le paracétamol interagit avec mon AVK, du coup j'en prends peu* »

OBJECTIF

Chez le patient sous AVK



Sécuriser l'ensemble du traitement médicamenteux.

MESSAGES CLÉS



S'organiser :

- Surveiller son INR de façon rapprochée si on prend un nouveau traitement (48/72h après introduction) ou si l'on arrête un médicament (dans la semaine qui suit).
- Effectuer ses contrôles d'INR non urgents en début de semaine et en matinée pour être sûr d'avoir accès à un médecin pour pouvoir ajuster la dose si nécessaire.
- Compléter régulièrement son carnet de suivi AVK et y inscrire les résultats des INR



Aspirine et anti-inflammatoires sont interdits en auto-médication.



Communiquer :

- Informer tout professionnel de santé de la prise d'un traitement AVK.
- Signaler à son médecin traitant l'ensemble des traitements que l'on prend, en incluant l'automédication ponctuelle et les difficultés éventuelles d'observance avec certains médicaments.
- Demander conseil systématiquement auprès d'un professionnel de santé en cas d'automédication.
- Alerter son médecin traitant et effectuer en urgence un INR devant des signes cliniques évoquant une thrombose ou une hémorragie.

ET APRÈS ?

Régulièrement

Analyser les INR et, en cas d'instabilité explorer avec le patient les facteurs susceptibles de les modifier

S'assurer que la personne connaît ses signes d'alerte d'hémorragie et de thrombose et, le cas échéant, la conduite à tenir

En cas de modification

S'assurer qu'un INR a été réalisé si introduction ou arrêt d'un médicament

Réaliser INR et demander un avis médical en urgence en cas de signes d'alerte d'hémorragie ou de thrombose : essoufflement, fatigue inhabituelle, sensation de malaise (notamment au lever, douleurs inhabituelles (notamment abdominales), confusion, signes neurologiques focaux, saignements...

Attention, un patient peut également saigner ou faire une thrombose avec un INR dans la zone cible

Relecture de la fiche par le Pr O.Hanon et le Pr E.Pautas

ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS (AOD) ou nouveaux anticoagulants oraux (NACO)

IDÉES REÇUES

« Je n'ai pas/plus de prise de sang à faire pour surveiller mon anticoagulant, c'est qu'il n'y pas de risque avec ce traitement »

Le message à faire passer est que l'absence de surveillance biologique ne veut pas dire absence de risque : les risques hémorragiques thrombotiques, pourtant proches de ceux des AVK, sont minimisés

« Je peux manger et boire ce que je veux, je n'ai pas à m'en soucier avec ce traitement »

Les risques de surdosage liés à une insuffisance rénale (par déshydratation notamment) sont méconnus

« Si j'oublie une prise, ce n'est pas grave »

Le risque de perte d'efficacité rapide en cas d'oubli est méconnu

OBJECTIF

Chez le patient traité par anticoagulant oral direct



sécuriser l'ensemble du traitement médicamenteux

MESSAGES CLÉS



S'organiser

- **Éviter au maximum les oublis (le patient n'est plus protégé en cas d'oubli)**

En cas d'oubli : s'il est constaté rapidement, prendre le médicament :

dans les **8h** si **1** prise/jour  **OU** dans les **4h** si **2** prise/jour 

Après ce délai, prendre la prise suivante à l'heure prévue, sans doubler la dose

Respecter les modalités d'administration pour deux AOD :

Pradaxa® : Ne pas enlever à l'avance la gélule du blister (dégradation) et ne pas ouvrir la gélule (surdosage).

Xarelto® : prise au cours du repas uniquement (meilleure biodisponibilité)

- **Surveiller la créatininémie : après tous les 3 mois et systématiquement :**

- en cas de situation à risque de déshydratation (baisse d'appétit, vomissements, fièvre, diarrhée, chaleur, etc.)
- en cas d'introduction de traitement diminuant la clairance de la créatinine (ex : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion)
- en cas de signes d'alerte d'hémorragie (même mineure)



La prise d'aspirine ou d'AINS est interdite sans avis médical préalable



Communiquer

- **Informez tout professionnel de santé de la prise de l'AOD** (y compris le laboratoire de biologie).
- Avoir sur soi une carte indiquant la prise d'AOD.
- Signaler à son médecin traitant et à son pharmacien l'ensemble des traitements pris, en incluant l'automédication et les difficultés éventuelles d'observance.
- **Signaler tout symptôme inhabituel** afin de détecter précocement un problème avec le traitement.

ET APRÈS ?

Régulièrement

Échanger avec le patient sur :

- Les modalités de prise et les difficultés rencontrées, l'automédication du patient
- S'assurer du suivi biologique (créatininémie, voire bilan hépatique) si perturbé initialement

Explorer le savoir réagir du patient en simulant des situations à problèmes (anorexie, oubli d'un comprimé, apparition d'une douleur, épisode de gastro-entérite, etc.) ou face à des signes d'alerte d'hémorragie ou de thrombose.

Relecture de la fiche par le Pr O.Hanon et le Pr E.Pautas

APPROCHE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE À DOMICILE

IDÉES REÇUES

« *C'est normal d'avoir mal quand on est vieux* »

La douleur est banalisée et sous traitée

« *J'ai peur de devenir dépendant si je prends trop d'antidouleur* »

La personne minimise sa douleur

« *Quand la douleur disparaît, je ne sais plus où j'en suis* »

La personne se rationne en antalgiques, alors qu'il vaut mieux prévenir que guérir en prenant des antalgiques de façon régulière

« *Avoir mal c'est embêtant mais c'est pas bien grave* »

Les répercussions de la douleur, insidieuses et en cascade, sont sous-estimées : apparition ou accélération d'une perte d'autonomie, repli sur soi, anxiété, dépression, anorexie, dénutrition, troubles du sommeil, confusion mentale...

« *J'ai peur que mon antidouleur devienne inefficace si je le prends longtemps* »

La personne se rationne en antalgiques

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Chez le patient douloureux

Considérer la douleur comme un symptôme prioritaire

La repérer, l'évaluer, suivre son évolution sous traitement

MESSAGES CLÉS



Exprimer sa douleur



Même si elle paraît de faible intensité ou « normale » du fait de l'âge du patient



Se fixer des objectifs de maintien des activités



grâce au traitement antalgique



Être « expert de sa douleur »



Consigner la nature, la localisation, les horaires et l'intensité de la douleur

Attention: les paresthésies, les dysesthésies ..etc doivent être considérées comme des douleurs (= douleurs neuropathiques)

Noter les gestes et situations qui la déclenchent ou l'aggravent

ET APRÈS ?

Régulièrement

Échanger avec le patient sur:

- sa douleur et la surveiller à l'aide des éléments consignés

Périodiquement

Analyser avec le patient son évolution sous traitement :

Ajuster si besoin les traitements médicamenteux et les mesures non-médicamenteuses

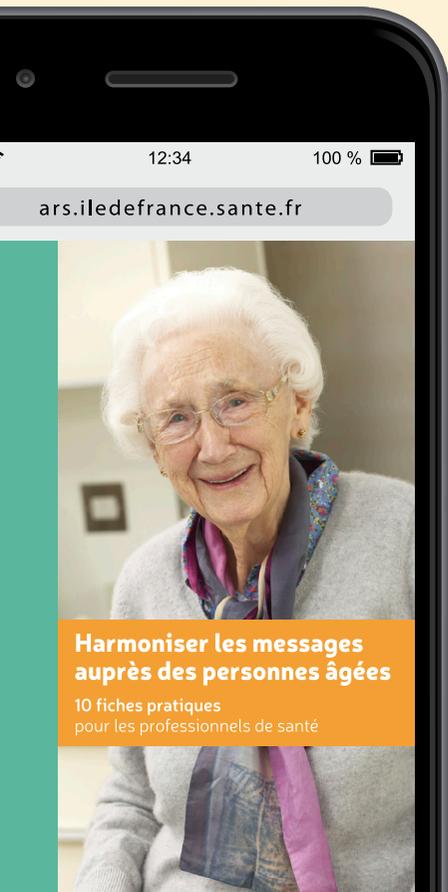
NB : La fiche « suivi patient » de la mallette MOBQUAL peut être utilisée pour consigner et suivre l'intensité de la douleur via une échelle d'autoévaluation : Echelle Numérique Simple (ENS) et Evaluation Verbale Simple (EVS)

Relecture de la fiche par le Dr Micheline Michel

Professionnels de santé

Harmoniser les messages auprès des personnes âgées

Consulter les 10 fiches depuis votre smartphone



Scannez le code
ou saisissez
l'URL ci-dessous*



goo.gl/wL9QPP



*Selon votre mobile, vous pourrez ensuite ajouter un raccourci sur votre écran d'accueil