

Questions Pr Fournier :

Règles de prescription / Rapport bénéfice risque / Référentiels Médecine fondée sur les preuves

- Il n'y a plus dans les diapositives la présence de l'exception de **la prescription par téléphone** pour le SAMU: l'item l'examen clinique est obligatoire avant toute prescription est-il faux à cause de cette exception ou est-il vrai ?

→ C'est la seule exception encadrée réglementairement

- Concernant le tableau des stupéfiants** de cette année (en orange) les étudiants ont remarqué des différences par rapport à l'année dernière (tableaux violets), concernant la délivrance de la buprénorphine et la durée de prescription de la morphine injectable. Pouvez-vous nous confirmer que les diapositives de cette sont la bonne version pour le concours ?

Différentes classes de stupéfiants et apparentés

Molécule	Liste	Indication	Voie	Durée prescription	Délivrance
Clonazépam (Rivotril®) PO	Liste I / Péd., Neuro	Anti comitial	Orale	12 semaines	30 jours
Buprénorphine (Subutex®)	Liste I	Antalgique	Orale	30 j (renouvelable 12 mois)	7j

Molécule	Liste	Indication	Voie	Durée prescription	Délivrance
Clonazépam (Rivotril®) PO	Liste I / Péd., Neuro	Anti comitial	Orale	12 semaines	30 jours
Buprénorphine (Temgésic®)	Liste I	Antalgique	Orale	30 j (renouvelable 12 mois)	30 j

Différentes classes de stupéfiants et apparentés

Molécule	Liste	Indication	Voie	Durée prescription	Délivrance
Fentanyl	Stupéfiant	Antalgique	Transdermique	28 j	14 j
Fentanyl	Stupéfiant	Antalgique	Transmuqueux	28 j	7 j
Méthadone	Stupéfiant	Sevrage	Orale	14 j	7 j
Morphine injectable	Stupéfiant	Antalgique	Injectable	7j	7 j

Méthadone	Stupéfiant	Sevrage	Orale	14 j	7 j
Morphine injectable	Stupéfiant	Antalgique	Injectable	14 j	7 j

→ Ce sont bien les tableaux oranges. La confusion vient du fait que la buprénorphine était initialement utilisée comme antalgique, et qu'elle n'est plus utilisée que pour le sevrage aux opiacés, avec 3 dosages.

- Au sujet de l'intervention des laboratoires pharmaceutiques dans la formation médicale continue (FMC) :** est-ce que les étudiants considèrent que cela n'existe pas en théorie puisque cela entraînerait un point de vue « biaisé » ou que cela existe puisqu'en pratique on ne peut pas les dissocier ?

→ Dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), les formations post universitaires doivent être indépendantes des industriels (laboratoires pharmaceutiques, mais aussi fabricants de matériels). Un certain nombre de formations restent organisées par l'industrie avec un cahier des charges devant garantir, en théorie, l'indépendance de la formation

4. **Au sujet de la décision thérapeutique personnalisée** : Nous avons posé un item au tutorat sur ce point et certains étudiants ont été déconcertés par rapport à leurs cours de SSH où ils apprennent qu'une décision doit être collégiale. Nous leur avons répondu qu'ici c'est un point important de votre cours mais que la décision thérapeutique du prescripteur est personnalisée par rapport au patient ! Effectivement une décision collégiale peut être prise dans le cadre de la prise en charge thérapeutique d'un patient mais ce serait une décision collégiale des médecins ou des prescripteurs et cette décision serait toujours personnalisée par rapport au patient. Confirmer vous cette réponse ?

5.

A) La décision thérapeutique individuelle est favorisée : sans précision supplémentaire cet item est-il bien juste ?

→ La décision thérapeutique doit être personnalisée au patient. Ce n'est pas l'application irréfléchie de recommandations par exemple. Vous confondez avec ce qui se passe en oncologie, où la prise en charge, diagnostique (quelles investigations ?) et surtout thérapeutique (chirurgie ? radiothérapie ? chimiothérapie ?, et...) fait l'objet d'une concertation pluri-disciplinaire (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire – RCP – regroupant, selon le cas, par exemple : oncologue, chirurgien, radiothérapeute, chimiothérapeute,...) obligatoire. De telles réunions existent également dans d'autres domaines (infections osseuses par exemple). En dehors de ces cas, c'est bien une décision individuelle (le prescripteur dans le cadre du *colloque singulier*) et personnalisée qui est prise

6. **Concernant les chiffres liés à la iatrogénie** : est-il juste de dire que 10% des hospitalisations vont être concernées par la iatrogénie et que 3% des hospitalisations sont dues à un effet indésirable médicamenteux ?

→ Près de 20% des *admissions* aux urgences sont dues à des effets indésirables des médicaments. La proportion d'*hospitalisations* (hospitalisation et admission ne sont pas synonymes) est plus faible, et probablement sous-estimée. Elle est variable selon les tranches d'âge et concerne surtout les patients âgés. Elle est de l'ordre de 2 à 5%. La mortalité est de l'ordre de 2 à 12%

7. **Concernant les médicaments pour lesquels la substitution n'est pas recommandée comme les anti-comitiaux, les anti-arythmiques et les thyroxine-L à cause de leur intervalle thérapeutique étroit:**

Considère-t-on tout de même que les génériques sont bio équivalents aux princeps ? Y a-t-il perte du tiers payant comme pour tout refus de substitution ?

→ Les génériques sont bio-équivalents (variation d'AUC et $C_{max} < 5$ à 7%). Il y a perte du tiers payant quand le patient refuse la substitution. C'est plus ambigu quand le médecin refuse la substitution (v. cours). Pour un certain nombre de médicaments, l'Académie de Médecine a déconseillé la substitution en 2012, comme d'ailleurs plusieurs sociétés savantes : L thyroxine, anti épileptiques récents, anti coagulants, hypoglycémifiants, certains anti arythmiques, vancomycine et teicoplanine

8. **Au sujet des médecines non-prescriptives, voici la question d'un étudiant :**

Je voulais savoir pourquoi les PMI étaient dans la médecine non prescriptive alors que des mineurs y vont pour se faire prescrire des contraceptions, des ovules etc

Nous lui avons répondu que : La PMI propose des actions gratuites de prévention médicale, sociale et psychologique, en complémentarité avec le médecin traitant. De nombreux services sont ainsi offerts aux familles, femmes enceintes, enfants de moins de 6 ans et jeunes. Donc généralement, si tu es mineur et que vas au planning familial ou un truc du style, elles te donneront plutôt gratuitement des dispositifs contraceptifs, sans passer par une prescription. Est-ce correct ?

→ oui

9. **Concernant les EI à notifier au patient :** cette version est-elle correcte ? Les effets rarissimes mais ni graves ni fréquents doivent-ils être notifiés ?

→ Tous les EI graves doivent être notifiés au patient même s'ils sont rarissimes

→ Tous les EI fréquents sont également à notifier même s'ils sont bénins

→ Oui, mais le discours est à adapter à chaque cas

Les questions suivantes ont pour la plupart été traitées à la séance de révision, les étudiants nous demandent confirmation sur certains points puisqu'ils apparaissent dans plusieurs cours, nous vous joignons les diapositives si vous désirez les consulter !

10. **Au sujet du mésusage :** beaucoup de questions ont été posées par les étudiants. Le Pr Drici a fait un récapitulatif à la séance de révision

Confirmez-vous que les ATU/RTU et tout usage hors RCP mais validé par les autorités de santé n'est pas du mésusage ? Confirmez-vous que le mésusage concerne le patient et l'erreur médicamenteuse le professionnel de santé (cf diapos séance de révision) ?

→ Le Pr Drici a répondu à cette question, et nous disons la même chose

11. **Au sujet des complications :** Peut-on considérer qu'elles font parties des effets indésirables ? Peut-on dire que c'est différent des effets secondaires ?

→ Oui, les RCP mentionnent « effets indésirables »