



Rapport bénéfice/risque



📣 Chaque année **12 000 morts** par iatrogénie.

Dès la mise en place d'un traitement, il faut mettre en balance les chances de succès ou d'échec et les effets indésirables potentiels = **Balance B/R**.

A. Qui prend les risques ?

👤 Le patient

Il prend les mdc et aura les possibles effets secondaires (*risque avec sa santé*)

👤 Le prescripteur

Il risque d'avoir un procès à cause des effets secondaires des médicaments qu'il a prescrit (*risque avec la justice*)

👤 La collectivité

Elle prend en charge les effets secondaires (*risque avec l'argent*)

B. Les risques pour le patient

4 niveaux :

📌 Complications attendues, prévisibles

📌 Effet secondaires prévisibles

ex : hémorragies sous anticoagulants, peut être non grave (gencives lorsqu'on se lave les dents) ou dramatique (hématome intracérébraux)

📌 Effet secondaires imprévisibles (très mauvais)

ex : allergie à un ATB

📌 Interactions

Patients de + en + âgés qui sont poly pathologiques et donc poly médicamenteux

Risque d'inefficacité ou de potentialisation.

Ex : AINS et IEC, tout 2 néphrotoxiques, ne doivent jamais être associés → risque insuffisance rénale aigue.

C. Comment éviter les risques ?

Problème : On ne peut pas prévoir la réaction du patient → ne correspond peut être pas à la population des essais clinique → non extrapolable à 1 patient

++ Prescription = prise de risque ++

Le prescripteur doit réduire le risque au maximum grâce à une **décision thérapeutique personnalisée**.

Quels sont les objectifs ?

Etiologique	Symptomatique
Supprime la cause <i>Grippe : Tamiflu traite le virus</i>	Calme juste les symptômes <i>L'aspirine diminue les douleurs</i>

Curatif	Palliatif	Préventif
Pour guérir <i>Chirurgie pour un cancer du colon</i>	Pour l'accompagnement thérapeutique <i>Morphine pour un cancer du colon trop avancé</i>	On propose un médicament à un patient non malade Traite les facteurs de risques <i>HTA</i>

Attaque	Entretien
Venir à bout de la maladie <i>En cas d'AVC, l'Amiodarone arrête la fibrillation auriculaire</i>	<i>Evite la récurrence</i>

Si on ne peut pas guérir la maladie

Rémission	Limiter la progression
Limite les complications, la progression de la maladie <i>Chimio lors d'un cancer</i>	

Quels sont les éléments à intégrer ?

- ↳ La **volonté** du patient c'est lui qui va vivre avec donc c'est à lui de décider
- ↳ Les **traitements** en cours appeler le médecin traitant
- ↳ La **pathologie** traitée et son évolution
- ↳ La **nature** du traitement
- ↳ Le **mode de vie** du patient, ses conditions socio-économique
- ↳ **L'entourage** du patient
- ↳ **L'éthique**

Comment limiter les risques ?

- ↳ **Interrogatoire** du patient : lors de l'automédication, les patients pensent qu'ils sont inoffensifs et oublient de les mentionner. La nourriture peut aussi créer des interactions (pamplemousse)
- ↳ Consultations des **ordonnances**, dossier médical, médecins
- ↳ On doit tenir compte : âge, poids, fonction rénale et hépatique (pour l'élimination), état nutritionnel, état d'hydratation, hypotension orthostatique, autonomie, état socio-éco.
- ↳ On fait une **éducation thérapeutique** : on éduque le patient sur sa pathologie, ses objectifs de traitements, l'administration, la surveillance, et les effets secondaires.

++ La prescription est un contrat entre le patient et le prescripteur ++

D. Facteurs qui influencent le rapport B/R

- ☞ Durée du traitement : +long, + de risques
- ☞ Indication : précision
- ☞ Condition d'utilisation
- ☞ Temps depuis lequel le médicament est sur le marché : + c'est long, + c'est sur
- ☞ La population traitée



Règles d'or de la prescription

- ☞ Ne prescrire que si c'est nécessaire tu devras
- ☞ Prescrire le moins possible tu essayeras
- ☞ Des médicaments éprouvés en priorité tu prescriras
 - ☞ La posologie tu adapteras
- ☞ Au patient et à son entourage, l'ordonnance tu expliqueras
- ☞ La pertinence de ta prescription régulièrement tu ré-évalueras
 - ☞ Continuellement tu te formeras
- ☞ Ton esprit critique face aux pressions des marketing et des patients tu garderas

E. Un exemple :AVK VS NACO

- ☞ Les AVK étaient le **seul traitement** anti-coagulant avant les NACO, ils servent à éviter les AVC et les embolies mais causent des saignements et le décès de nombreux patients.
- ☞ Les NACO ont un index thérapeutique plus large, ne nécessitent pas de surveillance, il n'y a pas de variabilité inter-individuelle, provoquent **moins d'hémorragies** méningées que les AVK. Cependant en cas de surdosage on connaît la conduite à tenir et l'antidote pour les AVK mais pas pour les NACO.
- ☞ Ainsi, bien que les NACO aient un **rapport B/R plus favorable**, on prends **plus de risque** en les prescrivant.

F. Aspect juridique

Par rapport au patient :

Code **déontologie** : le médecin est libre de ses prescriptions dans les limites de la loi. Il doit prescrire de manière adaptée.

Par rapport à la collectivité :

Code de la **sécurité sociale** : On peut prescrire ce qu'on veut mais avec le plus petit coût possible sans affecter la qualité, la sécurité ou l'efficacité.

Par rapport à la responsabilité du prescripteur :

Si le médecin est agent du **service public** : responsabilité est celle de l'établissement, sauf si faute personnelle (ex : est soûl)

Si le médecin est **libéral** : une preuve de l'erreur doit être donnée : a-t-il eu raison de sortir des recommandations officielles ?

Le conseil de l'ordre peut reconnaître une faute de déontologie, même si le juge n'a pas reconnu de faute pénale.