



# Prévention en maison médicale

Un projet en construction : une prévention globale pour les > 75 ans ?

Barvaux, le 19 octobre 2012.

# Constats récurrents

- La prévention est très utile pour la santé des gens : ceux-ci apprécient et sont implicitement demandeurs
- Choix positif du mouvement des maisons médicales : tant la prévention médicale que les approches communautaires de santé : efficacité prouvée (KCE, 2008)
- Pour les soignants, la prévention n'est pas sexy:
  - On n'en voit pas souvent les effets à court terme
  - Les patients sont peu explicitement demandeurs
  - Pas le temps
  - Autres raisonnements que les soins curatifs : plainte – réponse - résultat

# Obstacles pour les soignants

- Peu de temps
- Obligation de s'organiser, de planifier car
  - on travaille sur **les processus** et moins les résultats non-visibles et à long terme : ex. : vaccins grippe
  - Rigueur /aridité **scientifique** : effet radar
    - Consulter la littérature, réfléchir et préparer avant d'agir
  - **Pluridisciplinarité** plus efficace (et encore plus si *patients impliqués*)

# Cellule prévention automne 2010

- Pas le moral, démotivation
- La prévention demande de ramer parfois à contre-courant des soins curatifs familiaux : être pro-actif et négocier
- Pas que quand on y pense + encodage
- Intéresser tous les secteurs de l'équipe
  - Centres d'intérêt de chaque secteur
    - Ex. : Dominique : du plaisir !
- Chercher un projet nouveau pour 2012 : à préparer en 2011, à son aise

# Avril 2011

- Mise en commun des centres d'intérêt des secteurs :
  - Public cible : les patients âgés, à la demande des infirmières et des kinés
  - Travailler ensemble
- *DMG + pour les 45 – 65 ans : on ne prend pas cette année pour garder priorité choisie*



# Quelle prévention pour les patients âgés de plus de 75 ans ?

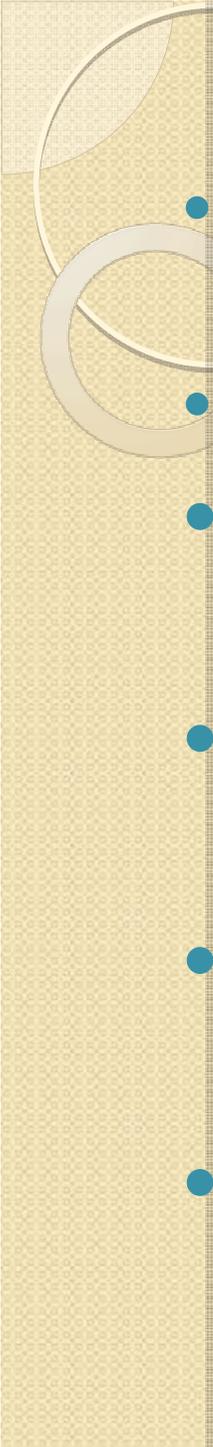
- Vaccin grippe déjà en place
- Moins de dépistages des cancers et maladies CV
- Les médecins demandent une approche globale des personnes âgées
- Recherche dans la littérature : grille SEGA validée, publiée par service de gériatrie de Mont-Godinne

# Âge moyen des 3.200 patients

- MM Barvaux :
  - **2010 : 40,3 ans**
  - **2011 : 40,9 ans**
- Wallonie 2008 : 40, 2 ans
- 54 MM en 2010 : 31,8 ans
- % des + de 65 ans :
  - MM Barvaux 2007 : 14,6 %
  - **MM Barvaux 2010 : 16, 7 %**
  - **MM Barvaux 2011 : 17,6 %**
  - 54 MM en 2010 : 7,6 %
- Commune de Durbuy 2010 :
  - Âge moyen : 40 ans
  - **% des + de 65 ans : 17, 49 %**
- Conclusion : notre patientèle vieillit, dépasse la moyenne de la Wallonie, loin devant toutes les autres MM, et coïncide avec la population de Durbuy.

# Grille SEGA : les patients âgés peuvent être très différents entre-eux

- Comment identifier les patients âgés fragiles ?
- Adaptation de la grille SEGA : 10 items
  - 1. Âge : 74 / 75 – 84 / > 85 ans
  - 2. Humeur : normale / tristesse – anxiété / dépression
  - 3. Nombre de médicaments 0-3/ 4-5 / >6
  - 4. Nombre de maladies chroniques : 0 / 1-3 / > 3
  - 5. Perception subjective de sa santé : meilleure / = / mauvaise

- 
- 6. Nombre de chutes depuis 6 mois : 0 / 1 / 2 et +
  - 7. Poids - nutrition : stable / - 3 kg / davantage
  - 8. Autonomie – mobilité : indépendant / aide partielle / dépendant
  - 9. Mémoire – orientation : normale / peu altérée / (très) altérée
  - 10. Précarité sociale : absente / précaire / très précaire
  - Totaux sur 20

# Grille remplie en ligne par tous les soignants

Screening fragilités patients de plus de 75 ans juin 2012

Fichier Édition Affichage Insertion Format Données Outils Aide Toutes les modifications ont été enregistrées.

Commentaires Partager

grille SEGA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	grille SEGA			Nombre de contacts sur les 12 derniers mois en 2011	Statut mutualité	Age réel au	Age fragilité	Humeur	Nombre de médica
2				BIM 100 %					
3				121/121 131/131 141 / 141		74 ans = 0 point	normale = 0 point	0 - 3 médicaments = 0 poi	
4						75 - 84 = 1 point	anxiété, tristesse = 1 p	4 - 5 médicaments = 1 poi	
5				relever ceux qui se		> 85 = 2 points	dépression = 2 points	> 6 médicaments = 2 poin	
6				terminent par 1 = préférentiel					
7	ANGELLA	Pierre		4 131/131		81+1= 82	1	0	
8	ANTOINE	Renée		21 130/130		79	1	2	
9	ANTOINE	Robert		1 430/900		83	1	0	
10	ANTOINE	Hubert		12 130/130		86	2	0	
11	BERNARD	Marie-Josée		10 140/140		82	1	1	
12	BERNARD	Marylise		9 131/131		77	0	0	
13	BEYLKENS	Eva		14 141/141		82	1	2	
14	BOCLINVILLE	Juliette		7 130/130		78	1	0	
15	BONJEAN	Albert		15 <b>431/461</b>		85	2	0	
16	BOUDET	Jean		21 130/130		80	1	0	
17	BOUGARD	Georgette		16 130/130		76	1	0	
18	BOUHON	Jeanne		16 130/130		90	2	1	
19	BOURGEOIS	Marthe		7 431/461		80 stef			
20	BOVEROUX	Irène		10 131/131		86	2	2	
21	BUNGENEERS	Leon		10 131/131		82	1	0	
22	CAERDINAEL	Yvonne		22 141/141		85	2	0	
23	CAMUS	Odile		5 130/130		76	1	0	
24	CARCAN	André		11 130/130		79	1	0	
25	CHANTRAINE	Pierre		18 <b>131/131</b>		77	1	0	
26	CHARIOT	Gabrielle		11 430/460		76	1	0	
27	CHARIOT	Albert		4 131/131		89	2	0	

grille SEGA

# Résultats

- 15 patients sont mal connus :
  - Certains vont TB sans nous
  - Ariane en a contacté l'I ou l'autre
  - ... ?
- Sur 300 patients de > 75 ans, 60 ont un score entre 10 et 16 / 20
- Précarité sociale : peu : ( $16 / 300 = 5 \%$ ) :  
pq ?
  - Absence : 288
  - Précaires : 12
    - Très précaires : 4



# Que pourrons – nous proposer à ces 60 patients âgés fragiles ?

- ... et aux autres pour qu'ils ne le deviennent pas trop vite ?

# Fragilités des PA

# fragilité

- Fragilité personnes âgées : état transitionnel entre état de robustesse et le déclin fonctionnel
- A la différence du vieillissement, état réversible

# 3 stades

- Pré fragile : réserves sont suffisantes ( cliniquement silencieux)
- Fragilité : récupération lente, incomplète
- Complication fragilité : grand syndromes gériatriques: chute, déclin fonctionnel, perte AVJ, polymédication, hospi, mortalité

# Évaluation fragilité PA

- Age
- État nutritionnel ( maigreur, perte de poids, biologie)
- Perception santé
- Performance physique ( temps marche, se lever...)
- Déficits neurosensoriels ( vue, audition)
- Maladie et Médications, hospitalisation
- Troubles de l'humeur
- Niveau socio économique
- Environnement inadapté
- Facteurs bio : albumine basse, marqueur inflam, modification fact coag, métabolisme gluc)

# Prévention fragilité

- Évaluation complète et globale
- Rééducation, adaptation

Ça marche !!!!!: exercice phys, nutrition, anticipation évènement stressants, médicaments...

# Actions préventives utiles

- Alimentation adéquate ( AF?, repas domicile?..)
- Exercice physique ( fragilité modérée)
- Prévention affections ( vaccination grippe, pneumo, tétanos)
- Surveillance capacité intellectuelles
- Anticipation évènements stressants ( nutrition, exercice phys)
- Corriger troubles sensorielles ( vue, ouïe)
- Soigner anxiété dépression
- Prévention chute ( milieu de vie? Télé vigilance?) et ostéoporose
- Polymédication? ( grille start and stopp)
- Isolement social

# START AND STOPP

## STOPP- START

**Tableau 1.** STOPP (Screening Tool of Older People's Potentially Inappropriate Prescriptions)

Les prescriptions suivantes sont potentiellement inappropriées chez les sujets âgés de 65 ans ou plus.

### A. Système cardiovasculaire

1. un traitement prolongé par digoxine à une dose > 125 µg/jour en présence d'une insuffisance rénale\* (augmentation du risque de toxicité)
2. un diurétique de l'anse pour le traitement des œdèmes des membres inférieurs associés à l'insuffisance veineuse c.-à-d. absence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque, de décompensation d'une cirrhose hépatique ou d'un syndrome néphrotique (absence d'efficacité démontrée, préférer une contention veineuse).
3. un diurétique de l'anse en traitement de première intention d'une hypertension essentielle (alternatives plus efficaces et moins délétères disponibles).
4. un diurétique thiazidique chez un patient atteint de goutte (risque de crise de goutte).
5. un β-bloquant non cardio-sélectif chez un sujet avec une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) (risque de bronchospasme).
6. β-bloquant et vérapamil en association (risque augmenté de bloc de conduction).
7. diltiazem ou vérapamil en présence d'une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV (risque de majorer l'insuffisance cardiaque).
8. un anticalcique sur terrain de constipation chronique (risque de majorer la constipation).
9. aspirine et anti-vitamines K (AVK) en association sans protection digestive par antagoniste des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) (excepté la cimétidine en raison du risque d'interaction avec les AVK) ou inhibiteurs de la pompe à protons (risque élevé de saignement gastro-intestinal).
10. dipyridamole, en monothérapie, en prévention secondaire des événements cardiovasculaires (efficacité non démontrée).
11. aspirine en présence d'une maladie ulcéreuse gastro-œsophagiale et en l'absence d'une protection digestive par anti-H2 ou inhibiteurs de la pompe à protons (risque de saignement gastro-intestinal).
12. aspirine à une dose > 150mg/jour (augmentation du risque de saignement sans augmentation démontrée de l'efficacité).
13. aspirine ou clopidogrel en l'absence d'une athérosclérose documentée par un événement clinique ou par imagerie, notamment au niveau coronaire, cérébro-vasculaire ou des artères des membres inférieurs (pas d'indication).
14. aspirine ou clopidogrel en traitement de vertiges non clairement attribuables à une origine cérébro-vasculaire (pas d'indication).
15. anti-vitamines K, pour une durée > 6 mois, en traitement, d'un premier épisode non compliqué, de thrombose veineuse profonde (pas de bénéfice démontré).
16. anti-vitamines K, pour une durée > 12 mois, en traitement, d'un premier épisode, non compliqué, d'embolie pulmonaire (pas de bénéfice démontré).
17. aspirine, clopidogrel, dipyridamole ou anti-vitamines K en présence d'une maladie hémorragique (haut risque hémorragique).

\* Clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft et Gault estimée <50ml/min.

### B. Psychotropes et système nerveux central

1. Antidépresseurs tricycliques (TCA) en présence d'un syndrome démentiel (risque de majoration la dysfonction cognitive).
2. TCA en présence d'un glaucome (favorise l'exacerbation du glaucome).
3. TCA en présence de troubles de la conduction cardiaque (risque d'aggravation des troubles conductifs).
4. TCA en présence d'une constipation chronique (risque de majorer la constipation).
5. TCA en association avec des opiacés ou des anticalciques (risque de constipation sévère).
6. TCA en présence d'une obstruction prostatique ou d'une histoire de rétention urinaire (risque de rétention urinaire).
7. utilisation prolongée (i.e. > 1 mois) de benzodiazépines de longue demi-vie d'action : chlordiazépoxyde, fluzépam, nitrazépam, chlorazépate SOIT de benzodiazépines avec métabolite(s) actifs de demi-vie prolongée : diazépam (risque de sédation prolongée, confusion, trouble de l'équilibre, chutes).
8. prescription prolongée (i.e. > 1 mois) d'un neuroleptique comme traitement hypnotique (risque de confusion, hypotension, risque de syndrome extrapyramidal, chutes).
9. prescription prolongée (i.e. > 1 mois) d'un neuroleptique chez un sujet avec un syndrome parkinsonien (favorise l'aggravation des symptômes extrapyramidaux).
10. phénothiazines chez des sujets épileptiques (peut diminuer le seuil épileptogène).
11. anti-cholinergiques en traitement des symptômes extrapyramidaux induit par les antipsychotiques (risque de syndrome cholinergique).
12. inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) en présence d'une hyponatrémie (hyponatrémie non-iatrogène < 130 mmol/l, persistante sur au moins 2 mois).
13. prescription prolongée (> 1 semaine) d'anti-histaminiques de première génération : diphenhydramine, chlorphéniramine, cyclizine, prométhazine (effets sédatif et anti-cholinergique).

### C. Système gastro-intestinal

1. diphénoxylate, lopéramide ou phosphate de codéine en traitement de diarrhées d'étiologie inconnue (risque de retard diagnostique, d'aggraver une diarrhée paradoxale, développer un mégacolon toxique dans le cas d'une pathologie inflammatoire, retarder la guérison d'une gastroentérite).
2. diphénoxylate, lopéramide ou phosphate de codéine phosphate en traitement de gastro-entérique d'origines infectieuses sévères (risque d'aggravation ou de propagation de l'infectieuse).
3. prochlorpérazine ou métoclopramide en présence d'un syndrome parkinsonien (risque d'aggravation du parkinsonisme).
4. inhibiteur de la pompe à protons (IPP) en traitement d'une pathologie ulcéreuse à la dose maximale pour une durée > 8 semaines (arrêt précoce ou réduction progressive de la dose en traitement préventif ou de fond d'une maladie ulcéreuse ou d'un reflux gastro-œsophagien indiqué).
5. antispasmodique anti cholinergique en cas de constipation chronique (risque d'aggravation de la constipation).

### D. Système respiratoire

1. Théophylline en monothérapie dans la BPCO (alternatives plus sûres et plus efficaces disponibles; risques d'effets indésirables majorés en raison d'un index thérapeutique étroit).
2. Corticoïdes systémiques à la place d'une forme inhalée en traitement de fond d'une BPCO modérée-sévère (exposition non obligatoire aux effets systémiques des corticostéroïdes).
3. bromure d'ipratropium en présence d'un glaucome (peut exacerber le glaucome).

### E. Appareil musculo-squelettique

1. anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en présence d'une maladie ulcéreuse ou d'un saignement gastro-intestinal, sans l'association d'un anti-H2, d'un IPP ou de misoprostol (risque de récurrence d'un ulcère).
2. AINS avec une hypertension artérielle modérée-sévère (modérée : 160/100mmHg - 179/109mmHg; sévère : ≥180/110mmHg) (risque d'exacerbation de l'hypertension).
3. AINS en présence d'une insuffisance cardiaque (risque d'aggravation de l'insuffisance cardiaque).
4. prescription prolongée (> 3 mois) d'un AINS en traitement antalgique de douleurs arthrosiques modérées (préférer un antalgique simple).
5. AVK et AINS en association (risque de saignement gastro-intestinal).
6. AINS en présence d'une insuffisance rénale chronique\* (risque d'aggravation de la fonction rénale).
7. Corticoïdes au long cours (>3 mois) en monothérapie d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'une arthrose (risque élevé d'effets systémiques des corticostéroïdes).
8. AINS au long cours ou colchicine pour traitement de fond d'une maladie goutteuse en l'absence de contre indication à l'allopurinol (allopurinol molécule de premier choix de la prévention de la goutte).

\* clairance de la créatinine selon Cockcroft et Gault estimée à 20-50ml/min.

### F. Appareil urogénital

1. antimuscarinique en traitement de l'hyperactivité vésicale en présence d'un syndrome démentiel (risque de confusion, d'agitation).
2. antimuscarinique en traitement de l'hyperactivité vésicale en présence d'un glaucome chronique (risque de poussée aiguë du glaucome).
3. antimuscarinique en traitement de l'hyperactivité vésicale en présence d'une constipation chronique (risque d'aggravation de la constipation).
4. antimuscarinique en traitement de l'hyperactivité vésicale en présence d'une obstruction prostatique (risque de rétention urinaire).
5. α-bloquant chez les hommes incontinents i.e. au moins un épisode d'incontinence quotidien (risque d'augmenter la fréquence et/ou d'aggraver l'incontinence).
6. α-bloquant en présence d'une sonde urinaire au long cours i.e. plus de 2 mois (pas d'indication).

### G. Système endocrinien

1. Glibenclamide ou chlorpropamide en traitement d'un diabète de type 2 (risque d'hypoglycémie prolongée).
2. β-bloquant chez des sujets diabétiques présentant des hypoglycémies fréquentes (≥ 1 épisode/mois) (risque de masquer les signes d'hypoglycémie).
3. Supplémentation œstrogénique en présence d'un cancer du sein ou d'une maladie thrombo-embolique veineuse (augmente le risque de récurrence).
4. Supplémentation œstrogénique sans progestatif chez des femmes non hystérectomisées (risque de cancer de l'endomètre).

...suite

**Tableau 1.** Suite...

Les prescriptions suivantes sont potentiellement inappropriées chez les sujets âgés de 65 ans ou plus.

**H. Médicaments associés à un risque accru de chute (≥ 1 chute dans les 3 derniers mois)**

1. benzodiazépines (effet sédatif, réduction des perceptions sensorielles et favoriser les troubles de l'équilibre).
2. Neuroleptiques (apraxie à la marche et syndrome parkinsonien).
3. antihistaminique de première génération (effet sédatif, réduction des perceptions sensorielles).
4. Vasodilatateurs connus pour provoquer des hypotensions chez des sujets avec une hypotension orthostatique c.à.d. perte > 20mmHg de la pression artérielle systolique dans les 3 minutes suivant le passage de la position couchée à la station debout (risque de syncope, chutes).
5. Opiacés au long cours chez des sujets faisant des chutes répétées (risque de somnolence, d'hypotension orthostatique, de sensations vertigineuses).

**I. Traitements antalgiques**

1. Opiacés au long cours c.à.d. morphine ou fentanyl en première intention dans les douleurs légères à modérées (échelle OMS non respectée).

2. Opiacés pour une durée > 2 semaines en cas de constipation chroniques sans association avec un traitement laxatif (risqué de constipation sévère).
3. Opiacés au long cours chez des patients déments en dehors d'une indication palliative ou la prise en charge de douleurs modérées à sévères (risque d'aggravation de la détérioration cognitive).

**J. Prescription conjointe de deux médicaments d'une même classe thérapeutique**

Toute prescription en double doit être évitée c.à.d. 2 opiacés, AINS, ISRS, diurétiques de l'anse, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (la dose maximale de la monothérapie doit être évaluée avant de considérer une association). Ceci exclut les prescriptions de 2 molécules d'une même classe pouvant avoir un intérêt thérapeutique c.à.d. 2  $\beta_2$ -mimétiques inhalés (longue et courte durée d'action) dans l'asthme ou la BPCO, 2 opiacés (longue et courte durée d'action) afin d'optimiser le contrôle antalgique.

**Tableau 2.** START (Screening Tool to Alert doctors to Right i.e. Appropriate, Indicated Treatments)

Les traitements suivants devraient être considérés chez les sujets âgés de 65 ans ou plus dans les conditions suivantes et en l'absence de contre-indications.

**A. Système cardio-vasculaire**

1. anti-vitamine K (AVK) dans la fibrillation auriculaire permanente.
2. aspirine en présence d'une fibrillation auriculaire persistante et de contre indication aux AVK.
3. aspirine ou clopidogrel en cas d'athérosclérose documentée par un événement clinique ou par imagerie, notamment au niveau coronaire, cérébrovasculaire ou des artères des membres inférieurs chez un sujet en rythme sinusal.
4. traitement antihypertenseur en présence d'une élévation permanente de la pression artérielle systolique > 160 mmHg.
5. statine en présence d'une coronaropathie, d'une atteinte cérébro-vasculaire et/ou d'une artériopathie périphérique documentée chez un sujet indépendant pour la réalisation des activités de base de la vie quotidienne et une espérance de vie > 5 ans.
6. inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) en présence d'une insuffisance cardiaque.
7. IEC en post-infarctus du myocarde.
8.  $\beta$ -bloquant en présence d'un angor stable.

**B. Appareil respiratoire**

1.  $\beta_2$ -mimétiques ou agents anti-cholinergiques inhalés dans l'asthme ou les BPCO légères à modérées.
2. corticostéroïde inhalé dans l'asthme ou la BPCO modérée à sévère, quand le VEMS < 50 % du prédit.
3. oxygénothérapie de longue durée en présence d'une insuffisance respiratoire chronique documentée de type 1 ( $pO_2$  < 60 mmHg,  $pCO_2$  < 45 mmHg) ou de type 2 ( $pO_2$  < 60 mmHg,  $pCO_2$  > 45 mmHg).

**C. Système nerveux central**

1. L-DOPA dans la maladie de Parkinson avec retentissement fonctionnel et dépendance.
2. traitement antidépresseur en présence d'un syndrome dépressif caractérisé (DSM-IV) modéré à sévère évoluant depuis au moins 3 mois.

**D. Appareil gastro-intestinal**

1. inhibiteur de la pompe à protons en présence d'un reflux gastro-œsophagien sévère ou une sténose peptique nécessitant une dilatation.
2. supplémentation en fibres en présence d'une diverticulose colique avec constipation.

**E. Appareil musculo-squelettique**

1. traitements antirhumatismaux biologiques (DMARD) en présence d'une polyarthrite rhumatoïde modérée à sévère évoluant depuis plus de 12 semaines.
2. bisphosphonates chez un sujet sous corticothérapie orale au long cours.
3. bisphosphonates ou ranélate de strontium et supplémentation en vitamine D et calcium en présence d'une ostéoporose connue (signes radiologique d'ostéoporose, antécédent de fracture de fragilité ou apparition d'une hypercyphose dorsale).

**F. Système endocrinien**

1. metformine en présence d'un diabète de type 2 avec ou sans syndrome métabolique (en l'absence d'insuffisance rénale\*).
2. IEC ou sartans en présence d'une néphropathie diabétique c.à.d. protéinurie manifeste ou micro-albuminurie (> 30mg/24h) +/- insuffisance rénale\*.
3. antiagrégant plaquettaire en présence d'un diabète associé à au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire majeur (hypertension, hypercholestérolémie, tabagisme).
4. statine en présence d'un diabète associé à au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire majeur.

\* Clairance de la créatinine estimée selon la formule de Cockcroft et Gault < 50ml/min.

# Exemple d'évaluation

- P.j. 88 ans
- Vit avec son mari à domicile + chien
- Pas d'enfant, pas d'aide à domicile
- Ancienne secrétaire

# Antécédents et traitement

- APP, cataracte, chirurgie incontinence urinaire
- HTA, pace en 1997 BAV haut degré, maladie Alzheimer (03/2012), chute 08/2012 arthrose lombaire, hypercholestérolémie
- Traitement : sotalol, simvastatine, dafalgan, aricept

# évaluation:

- Alimentation adéquate ( AF?, repas domicile?..) : **perte de poids ?**  
**Nutrition à évaluer ( bio 06/2012 ? )**
- Exercice physique ( fragilité modérée) : **déconditionnement probable, a évaluer.**
- Prévention affections: ( vaccination grippe, pneumo, tétanos)  
**grippe prescrit. tétanos pneumo?**
- Surveillance capacité intellectuelles: **oui**
- Anticipation évènements stressants: **RAS** ( nutrition, exercice phys)
- Corriger troubles sensorielles ( vue, ouïe): **à évaluer ?**
- Soigner anxiété dépression **RAS**
- Prévention chute ( milieu de vie? Télé vigilance?) et ostéoporose:  
**a réévaluer**
- Polymédication? grille start and stopp : **Stop statine Start : bisphosphonate ca++ et vit D ( tassement sur la RX 2012)**
- Isolement social: **à évaluer**

# D.A.

- 88 ans
- Vit avec son mari
- 2 fils mais un de ses fils est décédé il y a 2 ans
- Antcdt : décès fils, dépression ( deuil difficile+++)
- Traitement : sipralexa, asaflo, lormetazepam

# D.A.

- Alimentation adéquate **semble autonome**, jamais pesé (maigre), **pas d'évaluation nutritionnelle sur bio 2012**
- Exercice physique **RAS**
- Prévention affections : **grippe et tétanos OK**, **pneumo ?**
- Surveillance capacité intellectuelles: **pas signe défaillance**
- Anticipation évènements stressants: **RAS**( nutrition, exercice phys)
- Corriger troubles sensorielles: **vue, ouïe?**
- Soigner anxiété dépression: **traitement introduit depuis peu par jean**
- Prévention chute ( milieu de vie? Télé vigilance?) et ostéoporose ?
- Polymédication? grille start and stop: **STOP aspirine, BZD?**  
**START : sipraléxa** , **ca++ vit D biphosphonate?**
- Isolement social ?

# B. R.

- 72 ans
- Père Oblat, originaire de Velaine
- Antcdt : diabète II, FA retour rythme, glaucome, TURP, pathologie psychiatrique ( trait psychotique, anxiété +++), chute
- Traitement : asa, amiodarone, ramipril, isoten 2.5, glucophage, simvastatine, travatan, azarga, simvastatine, risperdal

# B. R.

- Alimentation adéquate ( AF?, repas domicile?..) a évaluer poids ?
- Exercice physique: en cours de revalidation effet +
- Prévention affections :vaccination grippe ok, pneumo, tétanos?
- Surveillance capacité intellectuelles non
- Anticipation évènements stressants ( nutrition, exercice phys)
- Corriger troubles sensorielles: vue, ouïe?
- Soigner anxiété dépression Stop rispéridone, à réévaluer
- Prévention chute ( milieu de vie? Télé vigilance?)
- Polymédication? ( grille start and stop) RAS
- Isolement social

# Décisions du 19-10-2012

- Lors de cas patients, présenter 2 ou 3 cas de la liste précédente des 60 patients « fragiles » début 2012 et voir ce que l'on peut faire au cas par cas
- Apprendre ainsi plein de choses utiles à avoir à l'œil pour la santé de tous nos aînés : doser l'albumine, vérifier les vaccins, revoir les médicaments, etc...
- ... suivant la chek-list proposée par Oli.
- Formation start – stopp pour médecins