

Consommation de médicaments et droits fondamentaux: une meilleure articulation pour plus de bienveillance des adultes âgés



Colloque international 'Du développement humain à l'inclusion sociale:
quelles pratiques significatives?' (13-15 novembre 2014)
Meknès, 13 novembre 2014
Prof. Valérie Flohimont & Dr. Alex Peltier
UNamur - Centres Vulnérabilités et Sociétés
ANMC – Direction médicale



Plan

- Introduction
- Itinéraire de la maltraitance médicamenteuse
 - Quelques chiffres globaux de consommation médicamenteuse
 - Que fait le médecin prescripteur ?
 - En amont de la prescription
 - En aval de la prescription
 - Conclusion intermédiaire: un itinéraire plein d'embûches
- Le droit apporte-t-il de la santé à la médecine?
 - Prescription et bienveillance des personnes âgées
 - Droits du patient et bienveillance des personnes âgées
 - Capacité juridique et bienveillance des personnes âgées
- Conclusion: bienveillance et médicaments?
- Bibliographie



Préalable

- **Postulat:** les patients adhèrent et observent scrupuleusement le traitement prescrit
- **Pourquoi?**
 - Si non adhésion au traitement → risques d'effets négatifs ou non désirés dans le processus thérapeutique défini
- **Personne âgée:** = ou > 65 ans
- **Bon à savoir:**
 - Importance de l'implication personnelle du patient dans l'adhérence au traitement
 - Responsabilité (?) du patient dans le suivi thérapeutique

www.unamur.be



Source: <http://chantouvelavie.centerblog.net/voir-photo?u=http://chantouvelavie.c.h.pic.centerblog.net/o/71767ae4.png>



Quelques chiffres de consommation médicamenteuse



Quelques chiffres de consommation médicamenteuse

Zone géographique	Etat des données
Pays de l'OCDE	Croissance de la consommation pour certaines catégories de médicaments – lien avec le vieillissement de la population
Maroc	Absence de données disponibles???
Belgique	Top des médicaments délivrés en officine ambulatoire

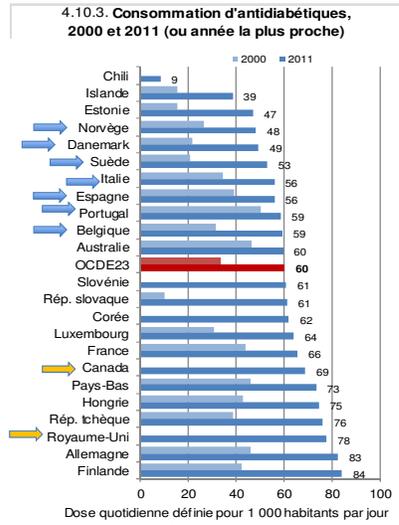
Personnes âgées (> 65 ans): particularités de consommation

Consommation moyenne DDD selon l'âge

Polymédication

Consommation antidiabétiques, 2000-2011

Source : OCDE PANORAMA DE LA SANTÉ 2013 : LES INDICATEURS DE L'OCDE,
© OCDE 2013, p. 103, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>



Prévalence obésité chez adultes, 2009

Source: OECD Obesity Update 2012
<http://www.oecd.org/health/health-systems/49716427.pdf>

Norvège	10,0
Italie	10,3
Suède	11,2
Danemark	13,4
Belgique	13,8
Portugal	15,4
Espagne	16,0
OCDE	16,9
Royaume-Uni	23,0
Canada	24,2

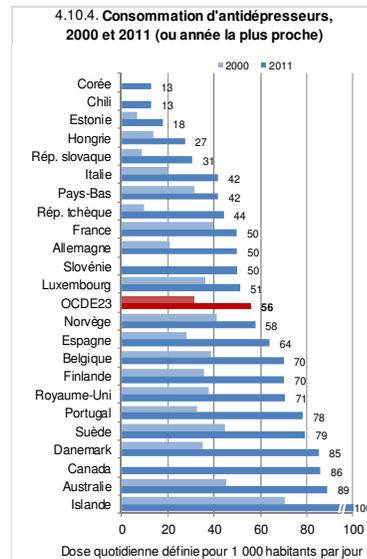
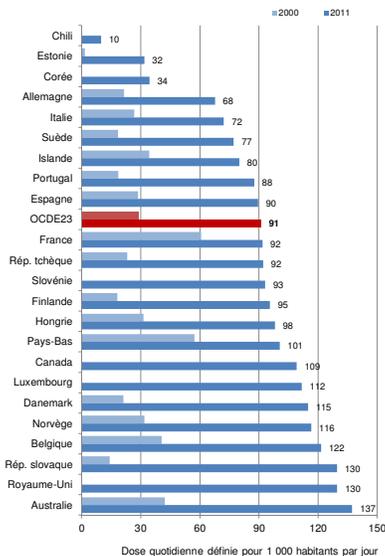
www.unamur.be

Consommation hypocholestérolémiants

2000-2011

Consommation antidépresseurs

Source : OCDE PANORAMA DE LA SANTÉ 2013 : LES INDICATEURS DE L'OCDE,
© OCDE 2013, page 103



www.unamur.be

Top 10 en Belgique: dépenses

- **Médicaments: 29 classes sur 157 engendrent 80% des dépenses AMI**

Source: Inami, Rapport Morse, 2013

Tableau 3 : évolution des dépenses nettes annuelles INAMI pour les médicaments – top 80% (officine ouverte au public)

	Dénomination	Croissance 2010-2011	Croissance 2011-2012	Nettes INAMI 2012
	Total	2,1%	moins 2,9%	2.691,9
L04A	IMMUNOSUPPRESSANTS	9,1%	6,2%	236,3
C10A	LIPID MODIFYING AGENTS, PLAIN	3,1%	moins 13,1%	222,3
N06A	ANTIDEPRESSANTS	1,0%	moins 1,6%	133,8
R03A	ADRENERGICS, INHALANTS	1,4%	2,1%	115,3
N05A	ANTIPSYCHOTICS	8,9%	moins 11,9%	109,0
A02B	DRUGS FOR PEPTIC ULCER AND GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GORD)	moins 1,5%	moins 8,4%	105,4
J05A	DIRECT ACTING ANTIVIRALS	12,9%	16,1%	104,3
B01A	ANTITHROMBOTIC AGENTS	moins 5,2%	6,5%	101,3

www.unamur.be

Top 10 en Belgique :consommateurs

Evolution du nombre de patients traités, en officine

Source: Inami, Rapport Morse, 2013

Tableau 4 : évolution du nombre de patients (uniques) traités en officines ouvertes au public (en 000) par classe ATC3

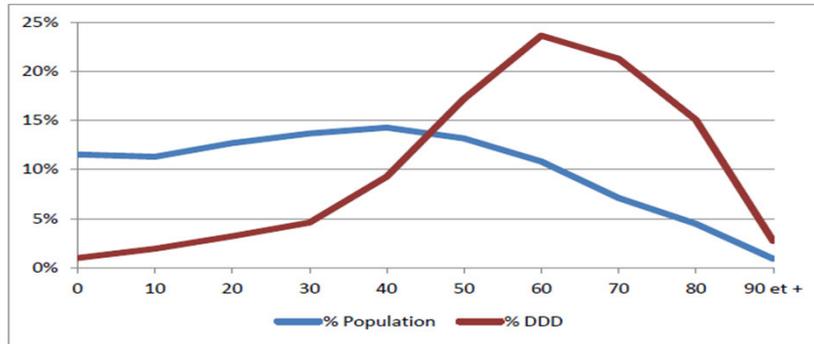
	Dénomination	croissance 2010-2011	croissance 2011-2012	Patients 2012 (x 1000)
	Total	1,2%	0,5%	8.514,0
L04A	IMMUNOSUPPRESSANTS	7,1%	6,5%	85,1
C10A	LIPID MODIFYING AGENTS, PLAIN	3,4%	3,5%	1.550,5
N06A	ANTIDEPRESSANTS	1,5%	0,0%	1.169,4
R03A	ADRENERGICS, INHALANTS	7,3%	4,5%	1.104,4
N05A	ANTIPSYCHOTICS	0,6%	moins 0,9%	369,0
A02B	DRUGS FOR PEPTIC ULCER AND GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GORD)	6,6%	4,4%	1.884,3
J05A	DIRECT ACTING ANTIVIRALS	6,1%	9,2%	21,1

www.unamur.be

Particularités des patients âgés

- Etude Solidararis juin 2013

Figure 1 : Evolution de la consommation de DDD³ (en % du total) en fonction de l'âge, 2011



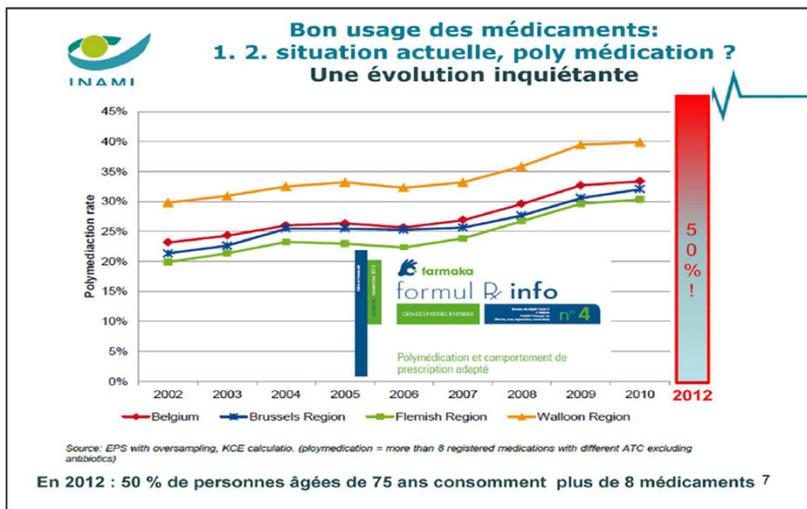
Source : UNMS



www.unamur.be

Particularités des patients âgés

- Polymédication

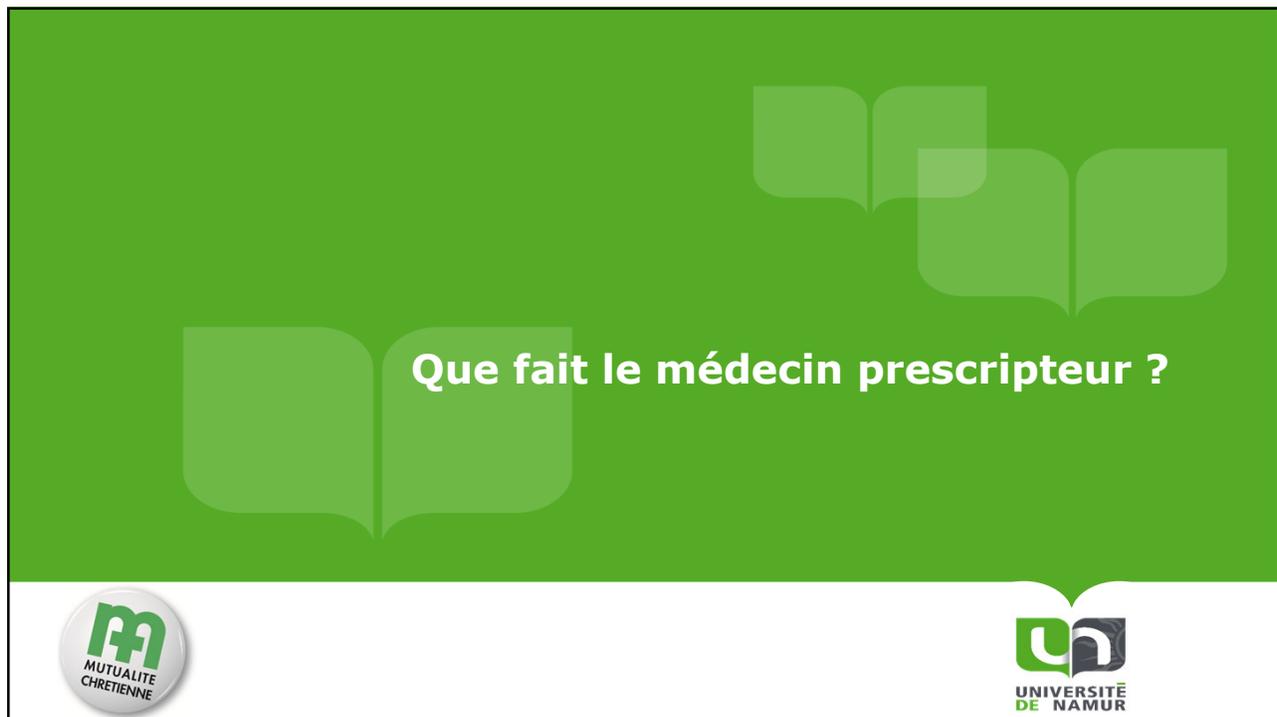


Risque d'apparition d'événements négatifs liés à la médication:

- 13 % si 2 médicaments
- 58 % si 5 médicaments
- 82 % si 7 ou plus médicaments

Source: In "Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people (Review) 5 Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd." (22,438 patients, âge moyen 76,4, 12 études)

www.unamur.be



La prescription

Préalable :

Médecin



information correcte sur le POURQUOI et le COMMENT du traitement

MAIS QUESTION:

La prescription est-elle appropriée?

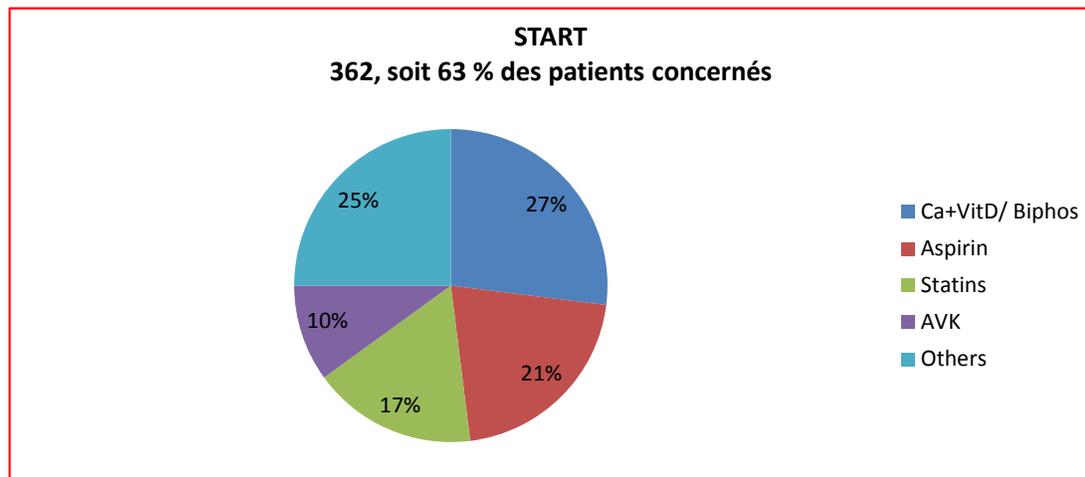
Prescription appropriée

*Une prescription qui permet un traitement **aussi efficace** et aussi **sûr** que possible, tout en minimisant les **coûts pour le patient**, et en respectant **son choix***

Prescription inappropriée

"Medications or medication classes that should generally be avoided in persons 65 years or older because they are either ineffective or they pose unnecessarily high risk for older persons and a safer alternative is available" (Beers 1991)

Prescriptions inappropriées et admissions à l'hôpital liées



www.unamur.be

“Ce n’est pas un art de peu d’importance que de prescrire correctement des médicaments, mais c’est un art d’une bien plus grande difficulté de savoir quand les arrêter ou ne pas les prescrire”

Philippe Pinel (1745-1826)



www.unamur.be

Déprescrire ?

Benzodiazépines

Bénéfices... Effet rapide ↗ durée totale sommeil ½h à 1h par nuit	... limités <ul style="list-style-type: none"> ↳ tps endormissement de 5 min (PSG) à 15 min (AR) ↳ Pas efficace au-delà d'1 à 2 semaines ↳ Pas de données sur fonctionnement diurne
Risques <ul style="list-style-type: none"> ↳ à court terme: effet résiduel, céphalées, vertiges, chutes, réactions paradoxales chez sujet âgé, ... ↳ à long terme: cognition ↳ Interactions : alcool, toute autre substance inhibant le système nerveux central ↳ Tolérance – Dépendance – Sevrage Changement structure sommeil <ul style="list-style-type: none"> ↳ sommeil léger, ↳ sommeil profond et paradoxal 	

Insomnie sujet âgé – Aides non-médicamenteuses

Information du patient	Hygiène du sommeil	Contrôle du stimulus
4 premières heures Personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> • moins d'heures • moins profondément • réveils plus fréquents • réveil plus tôt 	Se lever à la même heure Eviter de rester éveillé au lit pendant de longues périodes N'utiliser le lit que pour dormir ou faire l'amour Eviter sieste en journée ou limiter durée ↳ alcool, caféine, hypnotiques Eviter repas lourd avant coucher Chambre: température, ventilation, obscurcissement Eviter activités stressantes les heures avant le coucher Légère activité en soirée permise Activité physique diurne recommandée	Se coucher dès somnolence Si éveillé après 10-20 minutes → autre pièce : activité utile, délassante ou ennuyeuse (y réfléchir à l'avance) qui ne requiert que peu de concentration Ne retourner au lit que si somnolence Répéter si besoin Persévérer pendant 3 semaines

farmaka Declercq 2006, SPF 2006, Holbrook 2000, Buscemi 2005, Milder 1984, Kripke 1990, Kales 1991, Roehrs 1992, Schneider-Helmert 1988, Banker 2004

farmaka

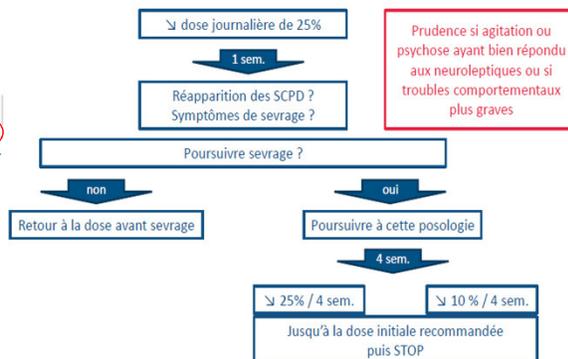
Declercq 2006

Déprescrire ?

Neuroleptiques – SCPD

R/ uniquement si danger – Dose la plus faible – Eviter usage > 3 mois
<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité limitée, à court terme (<12 sem) • Sécurité <ul style="list-style-type: none"> ↳ mortalité, ↗ AVC – Régression cognitive, tr extrapyramidaux, chute et fracture, thrombose veineuse, pneumonie, anticholinergiques, épilepsie, ↗ QT, diabète de type 2, métaboliques, ... • Arrêt possible <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Pour éviter un décès : Number needed to stop = 4/1an </div> • Alternatives non-médicamenteuses
R/ si inefficacité des mesures non-médicamenteuses R/ si danger pour le patient et pour son entourage
Arrêt prioritaire si personne âgée et démence vasculaire ou atteinte CV

Neuroleptiques - Sevrage



farmaka

Loneragon 2002, Ballard 2009, Ballard 2010, Declercq 2013, CBIP 2004, Vigen 2011, Triff **farmaka**

Declercq 2013, SIGN 2012

Des alternatives ?

ETNA3: Alzheimer - étude française sur 3 thérapies non médicamenteuses (université de Bordeaux, prof. H. Amieva)

Objectif principal

Evaluer l'efficacité à long terme de:

- La stimulation cognitive
- La thérapie par reminiscence
- Le programme de prise en charge individuelle

Population étudiée

- 40 centres hospitaliers
- 4 groupes de patients
- Durant 2 ans

Question de recherche

Ces thérapies permettent-elles de retarder chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer l'entrée dans la phase modérément sévère à sévère de la maladie?

Exemples

Stimulation cognitive:
exercices de mémoire ou
d'attention

Conclusions

Attendues pour fin 2014

www.unamur.be

En amont de la prescription ?



Les recommandations de bonne pratique

- EBM – RBP chez les personnes âgées polypathologiques ?

« Les guides de bonne pratique de la littérature médicale n'offrent qu'une aide très relative dans cette situation. En effet, ces guides ignorent en général cette complexité et ne ciblent qu'une seule pathologie prise isolément. Ainsi, C. Boyd et coll. ont montré que si l'on appliquait à une patiente souffrant de plusieurs maladies chroniques chaque guide de bonne pratique concernant ses pathologies, on serait amené à lui prescrire un nombre déraisonnable de médicaments et à lui faire des recommandations totalement contradictoires concernant ses habitudes de vie »

Prof. C. Büla (Université Lausanne)

www.unamur.be

Les recommandations de bonne pratique

- EBM – RBP chez les personnes âgées polypathologiques ?

- **Implications pratiques**

- ❖ **Approche** du patient âgé polymorbide: pas «par pathologie» car ~~≠~~ adulte plus jeune présentant une maladie unique
- ❖ **Préférences du patient** en termes de prise en charge: à intégrer dans la définition des objectifs de soins
- ❖ **Objectifs de prise en charge** chez les personnes âgées: plutôt centrés sur le **maintien de l'indépendance fonctionnelle et de l'autonomie** plutôt que sur la prévention d'événements liés à une pathologie
- ❖ Evaluation de **l'espérance de vie restante**: étape très importante dans la définition des options de prise en charge
- ❖ **Plan de traitement et la médication** : à **réévaluer** régulièrement, en fonction des bénéfices à attendre et des risques d'effets indésirables, notamment sur l'état fonctionnel

- **Applications sur le terrain ?**

www.unamur.be

Laboratoires pharmaceutiques

Aricept
donepezil HCl tablet
5 mg, 10 mg and 23 mg

Important Safety Information | Prescribing and Patient Info | HCP | A A A

ARICEPT 5, 10 and 23 mg | Alzheimer's stages | Talk to the doctor about ARICEPT 23 mg | Support & resources

"I want to give to the man who gave me so much love"

Ask the doctor about giving your loved one ARICEPT 23 mg. Learn more about ARICEPT 23 mg for moderate to severe Alzheimer's disease. ➔

ARICEPT 23 mg vs. ARICEPT 10 mg
See how ARICEPT 23 mg compared to ARICEPT 10 mg ➔

Talk to the doctor
Get help preparing for your loved one's doctor's visit. ➔

www.unamur.be

En aval de la prescription

MUTUALITE CHRETIENNE

UNIVERSITE DE NAMUR

Eléments importants



- **Pharmacien**

- la bonne exécution de la prescription
- la bonne information du patient
- le respect des compétences
- l'enregistrement et la mise à disposition de toutes les données du schéma de médication

- **Retour d'informations sur les effets indésirables et les accidents rencontrés**

- Belgique: fiches jaunes (banque de données de l'agence fédérale des médicaments et des produits de santé)



www.unamur.be

**Conclusion intermédiaire:
un itinéraire plein d'embûches**





Le droit apporte-t-il de la santé à la médecine?




Prescription et bientraitance des personnes âgées?

- **Maltraitance – définition OMS**

La maltraitance des personnes âgées consiste:

- en un acte unique ou répété,
- ou en l'absence d'intervention appropriée,

dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance,

qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime.

Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre

- les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales;
- les violences matérielles et financières;
- l'abandon;
- la négligence;
- l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect.

Dont l'abus ou l'absence de traitement médicamenteux!



www.unamur.be

Prescription et bientraitance des personnes âgées?

- **Maltraitance – Conseil de l'Europe (1992)**

- **Définition OMS**

- **Classification européenne:**

violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitement sédatif ou neuroleptique, défaut de soins de rééducation, non-prise en compte de la douleur



Question:

Qu'en est-il si on regarde les statistiques médicales en matière de médicaments au travers du prisme juridique de la maltraitance?

www.unamur.be

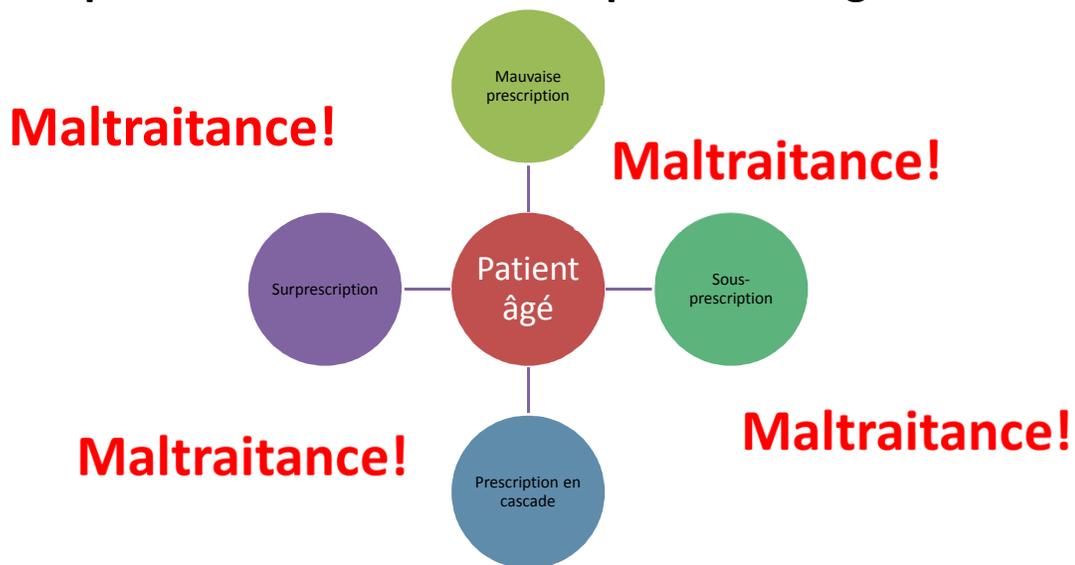
Prescription et bientraitance des personnes âgées?

- **Statistiques médicales et concept juridique de maltraitance?**

Concept juridique de maltraitance	Statistiques médicales - exemples
Abus de traitement médicamenteux	Inami: 50% des >75 ans consomment > 8 médicaments (2012) Or, risques d'effets négatifs = 82% si 7 médicaments ou plus!
Absence de traitement médicamenteux	Etude St. Luc – Start/Stop: corrélation absence de traitement c/ l'ostéoporose – admissions non programmées (± 27%)
Non-information sur le traitement	<i>Infra</i>
Abus de traitement sédatif ou neuroleptique	2012: ± 10 millions DDD antipsychotiques consommées par > 70 ans (Inami-Pharmanet, 7/2013)
Défaut de rééducation	Or, possibilité de diminution de la consommation de médicaments par rééducation à la santé, hygiène de vie, etc. Ex. Alzheimer (étude Etna) Ex. Troubles du sommeil
Non-prise en compte de la douleur	<i>Infra</i>

www.unamur.be

Prescription et bientraitance des personnes âgées?



www.unamur.be

Droits du patient et bientraitance des personnes âgées?

Droits	France	Belgique
Prestations de qualité	oui	oui
Libre choix du prestataire de soins	oui	oui
Informations sur l'état de santé	oui	oui
Consentement libre/refus	oui	oui
Dossier (tenu à jour + consultation directe)	oui	oui
Vie privée	oui	oui
Médiation de plaintes		oui
Lutte contre/soulagement de la douleur	oui	oui

- Belgique: loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient
 - France: loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

www.unamur.be

Droits du patient et bientraitance des personnes âgées?



- Définition maltraitance OMS
- Classification européenne

www.unamur.be

Droits du patient et bientraitance des personnes âgées?

• Information sur le traitement

- Risques liés au traitement
- Bénéfices attendus du traitement
- Liens et interactions avec d'autres traitements
- Liens et interactions avec 'hygiène de vie'
- Règles à respecter (fréquence, dose, conservation, modalités d'utilisation...)
- Conséquences financières
- Alternatives au traitement médicamenteux
- ...

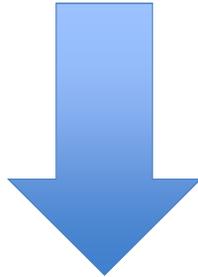
**Droit de refuser
le traitement et
l'information sur
le traitement**



www.unamur.be

Droits du patient et bientraitance des personnes âgées?

Information sur le traitement



Prise en compte de la capacité de la personne âgée

www.unamur.be

Capacité juridique et bientraitance des personnes âgées?

Engagements internationaux



- ❖ Convention européenne des droits de l'homme
- ❖ Charte sociale européenne révisée – 3 mai 1996
- ❖ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne – 7 décembre 2000
- ❖ Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées – 13 décembre 2006
- ❖ Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne
- ❖ // Recommandations de l'Assemblée parlementaire et du Comité des ministres du Conseil de l'Europe

www.unamur.be

Capacité juridique et bientraitance des personnes âgées?

Engagements internationaux

- Convention européenne des droits de l'homme



Traitements à effets secondaires importants = traitements inhumains?

Article 3 : Interdiction de la torture

« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou **traitements inhumains ou dégradants** »

www.unamur.be

Capacité juridique et bientraitance des personnes âgées

Engagements internationaux

- Charte sociale européenne révisée – 3 mai 1996

« En vue d'assurer l'exercice effectif du **droit des personnes âgées** à une protection sociale, les Parties s'engagent (...)

- à permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société, **moyennant:**

a des **ressources suffisantes** pour leur permettre de mener une **existence décente**

(...)

- à permettre aux personnes âgées de choisir librement leur mode de vie (...) **moyennant:**

(...)

b les **soins de santé** et les services que nécessiterait leur état;

(...)

www.unamur.be

Capacité juridique et bientraitance des personnes âgées

Engagements internationaux

- Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées – 13 décembre 2006

→ concerne aussi les personnes âgées!

Article 3 : « principes généraux »

« Les principes de la présente Convention sont :

- a) Le respect de la **dignité** intrinsèque, de l'**autonomie individuelle**, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'**indépendance** des personnes;
- (...)
- c) La **participation** et l'intégration pleines et effectives à la société;
- (...)

Capacité juridique et bientraitance des personnes âgées

Engagements internationaux

- Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées – 13 décembre 2006

Mesures relatives à la capacité juridique: **garanties**

- Respect des droits, des volontés et des préférences de la personne
- Mesures proportionnées
- Période la plus brève possible
- Contrôle périodique

Article 12: reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité

Capacité juridique et bientraitance des personnes âgées

Engagements internationaux

- Recommandation R(99)4 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe sur les principes juridiques concernant la protection juridique des majeurs incapables
 - Protection des personnes majeures
 - Altération ou insuffisance des facultés personnelles
 - Incapables de prendre/comprendre/exprimer/mettre en œuvre des décisions (biens-personnes) de façon autonome
 - Incapables de protéger leurs intérêts
 - Incapacité due à un handicap mental, une maladie ou un motif similaire

www.unamur.be

Capacité juridique et bientraitance des personnes âgées

Engagements internationaux

- Recommandation R(99)4 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe sur les principes juridiques concernant la protection juridique des majeurs incapables

Principes directeurs:

- Respect des droits de l'homme
- Souplesse dans la réponse juridique
- **Préservation maximale de la capacité**
- Nécessité et subsidiarité
- Proportionnalité
- Caractère efficace et équitable de la procédure
- **Prééminence du bien-être et des intérêts de la personne concernée**
- **Respect des souhaits et des sentiments de la personne concernée**
- Consultation des proches ayant un intérêt particulier au bien-être de l'intéressé
- Relativité de la publicité

www.unamur.be

Capacité juridique et bientraitance des personnes âgées

Engagements internationaux

➤ **Idées communes** aux différents textes:

- Droit à l'autodétermination
- Droit au respect de la vie privée
- Droit de mener une existence décente et indépendante
- Participation, inclusion
- ...

La capacité = le principe

L'incapacité = l'exception

=> s'adapter à l'autonomie du patient

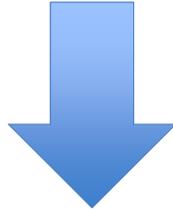
www.unamur.be

**Conclusion:
bientraitance et médicaments?**



Conclusion: bientraitance et médicaments

- Rôle important du personnel de soins: médecin, pharmacien...
- Rôle important de firmes pharmaceutiques (études, marketing)
- Rôle important des instances de contrôle (agences nationales, agence européenne...)



Concrètement:

- Ecouter le patient
- Oser dire
- Oser (dé)prescrire
- Oser les alternatives
- Coordonner

Questions non traitées ici:

- Responsabilité du prestataire
- Volet pénal
- Coordination et vie privée
- Expérimentations médicales
- Rôle de l'entourage

www.unamur.be

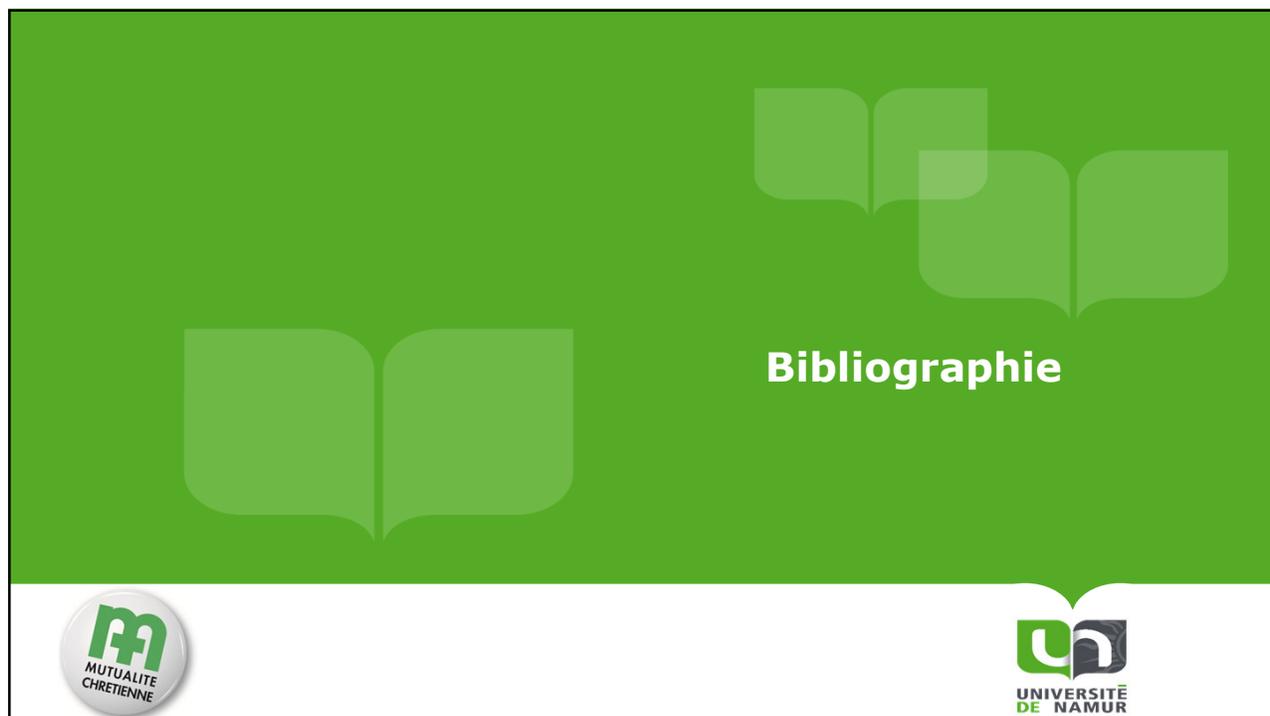


Merci pour votre attention



valerie.flohimont@unamur.be
alex.peltier@mc.be





Bibliographie succincte

- Agence européenne des médicaments, Pradaxa, EPAR-samenvatting voor het publiek, consulté le 18 avril 2013, http://www.ema.europa.eu/docs/nl_NL/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000829/WC500041060.pdf
- Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, <http://www.fagg-afmps.be>.
- Anthierens S., Interventions minimales efficaces pour diminuer l'usage chronique de benzodiazépines ?, [Minerva online, 28 juin 2012.](#), sur la base de l'étude de Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P., "Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis", in Br J Gen Pract 2011;61:e573-8.
- Boyd CM, Darer J, Boulton C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases implications for pay for performance, JAMA 2005;294:716-24.
- Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, <http://www.cbip.be/>
- Dalleur O, Boland B, Losseau C, Henrard S, Wouters D, Speybroeck N, et al, Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study. *Drugs & Aging*, 2014;31(4):291-8.
- Eikelboom JW, Wallentin L, Connolly SJ, et al. Risk of bleeding with 2 doses of dabigatran compared with warfarin in older and younger patients with atrial fibrillation: an analysis of the Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulant Therapy (RE-LY) trial. *Circulation*. 2011;123(21): 2363-2372.

Bibliographie succincte

- Graham DJ, Reichman ME, Wernecke M et coll. Cardiovascular, Bleeding, and Mortality Risks in Elderly Medicare Patients Treated with Dabigatran or Warfarin for Non-Valvular Atrial Fibrillation. *Circulation* 114.012061, publié en ligne le 30 octobre 2014, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012061
- Hernandez I, Biak SH, Piñera A, Zhang Y. Risk of bleeding with dabigatran in atrial fibrillation. *JAMA Intern Med*, publié en ligne le 3 novembre 2014.
- Inami, Prévention et traitement de thromboembolies veineuses, Réunion de consensus, 21 novembre 2013, Bruxelles, Auditorium Lippens (Bibliothèque Royale), Revue systématique de la littérature scientifique: document de synthèse, http://www.inami.fgov.be/drug/fr/statistics-scientific-information/consensus/2013-11-21/pdf/etude_litterature_synthese.pdf
- Inami, rapport Morse, 2013, <http://www.inami.fgov.be/drug/fr/statistics-scientific-information/report/pdf/morse201301.pdf>
- Kroes Michel, Garcia-Stewart Sjøkvist, Allen Felicity, Eyssen Marijke, Paulus Dominique, Démence : quelles interventions non pharmacologiques, KCE, KCE Reports 160B Type *Good Clinical Practice (GCP)*, <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/d%C3%A9mence-queelles-interventions-non-pharmacologiques>
- OCDE, Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Rapport OCDE (2013), Éditions OCDE, pg 103 http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013_health_glance-2013-fr
- OCDE, Statistiques de l'OCDE. Obesity Update 2012 <http://www.oecd.org/health/health-systems/49716427.pdf>
- Onder, G. et al, Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study, *JGerontol A Biol Sci Med Sci* doi:10.1093/gerona/glr233

www.unamur.be

Bibliographie succincte

- Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, Hughes C., Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people, *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Oct 7;10:CD008165. [Epub ahead of print]
- Redberg RF. The Importance of Postapproval Data for Dabigatran. *JAMA Intern Med*, publié en ligne le 3 novembre 2014.
- Riat, F., Rochat, S., Monod, S., Büla, C. et Renard, D., Principes d'évaluation et de prise en charge des patients âgés polymorbides : guide à l'intention des cliniciens, *Rev Med Suisse*, 2012;8:2109-2114, <http://rms.medhyg.ch/numero-361-page-2109.htm#rb1>
- Southworth MR, Reichman ME, Unger EF. Dabigatran and postmarketing reports of bleeding. *N Engl J Med*. 2013;368(14):1272-1274.
- UNMS, Etude sur la consommation de médicaments remboursés, *Solidaris*, 2013.
- US Food and Drug Administration, Safety review of post-market reports of serious bleeding events with the anticoagulant Pradaxa (dabigatran etexilate mesylate), consulté le 6 février 2012, www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm282724.htm#hcp
- X, "S'abstenir de prescrire", *Formul R info*, Farmaka, septembre 2014, http://www.farmaka.be/fr/formulRinfo/2014_09_formulRinfo.pdf.
- X, Arrêt progressif de l'usage à long terme de benzodiazépines : un suivi individuel régulier est-il nécessaire ?, *Minerva Online*, 15 octobre 2014, sur la base de l'analyse de Vicens C, Bejarano F, Sempere E, et al., "Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care", in *Br J Psychiatry* 2014; 204:471-9.

www.unamur.be

Bibliographie succincte

- X, Arrêt des antipsychotiques chez les personnes âgées atteintes de démence, Minerva Online, 15 mai 2014, sur la base de l'étude de Declercq T, Petrovic M, Azermai M, et al., « Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia », in Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 3.
- X, Anticoagulation orale : nouveaux médicaments, Minerva : Dossier thématique en ligne, mis à jour le 03 février 2013. www.minerva-ebm.be
- X, Déficits cognitifs légers : prescrire un inhibiteur des cholinestérases ?, AntiAlzheimer ACH, Minerva Online, 15 septembre 2013, sur la base de l'analyse de Russ TC, Morling JR., Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment, in Cochrane Database Syst Rev 2012, Issue 9.

www.unamur.be

Bibliographie succincte

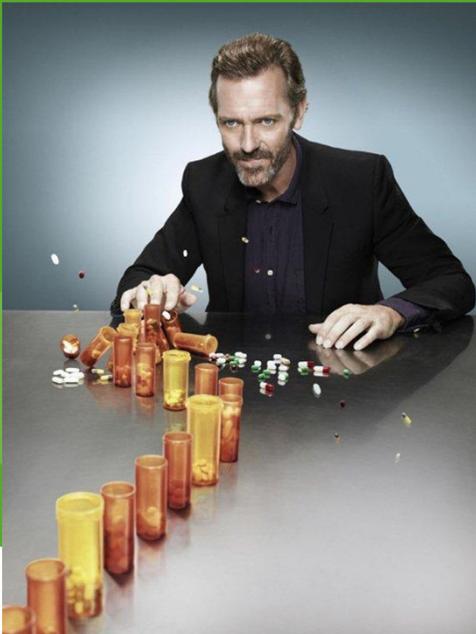
- Barrier, Ph., *Un point de vue philosophique sur l'ETP, Session Éducation thérapeutique : approche centrée sur le patient*, SFD 2014, mercredi 12 mars 2014.
- Barrier, Ph., « L'éducation thérapeutique, barrage contre la déshumanisation de la médecine », *Medscape France*, 27 mars 2014, www.medscape.fr.
- Conseil des Ministres européens, Recommandation CM/Rec (2009) 11 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les principes concernant les procurations permanentes et les directives anticipées ayant trait à l'incapacité (*adoptée par le Comité des Ministres le 9 décembre 2009, lors de la 1073e réunion des Délégués des Ministres*).
- Dandoy, N., Flohimont, V. et Reusens, F., *Le nouveau régime belge de l'incapacité des majeurs: analyse et perspectives*, collection Droit en mouvement/Recht in beweging, Brugge, La Chartre, 2014, 256 p.
- Defloor, S. et Nys, H., *Les droits des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées*, FRB, décembre 2008, 40 p.
- Delahaye, Th et Hachez, F., « La loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine », *JTT*, juin 2013, pp. 465-479
- De Rynck, P., Teller, M. et Reusens, F., *Les droits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées – Guide pratique*, FRB, novembre 2010, 47 p.
- Douraki, Th., « La protection internationale des malades mentaux contre les traitements abusifs », In *Mélanges en hommage à Louis-Edmond Pettiti*, Bruylant, 2008, pp. 309-322.
- Feuillet, B., « La protection du malade, personne vulnérable », *Annales de droit de Louvain*, 2013, vol. 73, n° 1.
- FHF (Fédération hospitalière de France), *Les droits du patient dans la loi du 4 mars 2002. Guide méthodologique*, 31 p.

www.unamur.be

Bibliographie succincte

- Flohimont, V. et Tasiaux, A., *Le secret professionnel et les centres de coordination*, Formation FASD, Namur, 6 octobre 2014.
- Flohimont, V., *Droits et protection des personnes vulnérables*, master en action de la santé et du social, UCLille, 2014.
- Genicot, G., « Les recommandations du comité consultatif de bioéthique relatives aux personnes vulnérables », *Gezond TN*, 2004, avril 2012, pp. 267-290.
- Hubaux, J.-M., « La contention : une atteinte au droit à l'autonomie et à l'intégrité du patient ? », *Ethica Clinica*, n° 34, juin 2004, pp. 43-45.
- Ministère de la Santé et des Solidarités, *Usagers vos droits. Charte de la personne hospitalisée*, www.sante.gouv.fr.
- OMS, *Maltraitance*, Source: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/>
- OMS, *Classification internationale du handicap, du fonctionnement et de la santé*, <http://www.who.int/fr/>
- Reusens, F., « Personnes âgées et seniors: transversalité ou spécificité », mini-colloque Narilis, 6 octobre 2012.
- Reusens, F., « Les incapables majeurs: état des lieux et perspectives », SISD Bruxelles, 4 octobre 2012.
- Reusens, F., *Vieillesse et avancée en âge: entre tempo personnel et cadences sociales*, UNamur, cours interdisciplinaire sur le vieillissement, 2010-2011.
- Spingard, S., *Les limites du droit du patient*, ASPH, 25 février 2008.
- X, *Droit des patients en France et en Belgique*, Observatoire franco-belge de la Santé, 6 octobre 2013, <http://www.ofbs.eu/droit-des-patients.html>.
- Zani, M., « La convention de l'O.N.U. relative aux droits des personnes handicapées », *R.I.D.C.*, 2008, pp. 550 à 556.

www.unamur.be



Docteur, êtes-vous un médecin « bien » traitant ?