

JOURNÉES RÉGIONALES EHPAD

**"Comment répondre aux
exigences du référentiel HAS
sur le circuit du médicament ?"**



Octobre 2023

Connectez-vous à wooclap



Comment participer ?



1 Allez sur wooclap.com

2 Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement
NCMUXR



1 Envoyez [@NCMUXR](#) au **06 44 60 96 62**

2 Vous pouvez participer

Après-midi

❖ **Pourquoi et comment optimiser la pharmacothérapie des résidents en EHPAD ? (14h-15h)**

Docteur Florence GUBIN Gériatre/Sandie FAUCK-BRUNET Médecin coordonnateur et Albane CHEREL pharmacien OMÉDIT Normandie

❖ **Mieux encadrer les rôles et responsabilités par l'élaboration de protocoles de délégation ou de coopération (15h-15h20)**

Geneviève DELACOURT ARS Normandie

❖ **Convention EHPAD Officine : place du pharmacien référent (15h20-16h)**

Sébastien LEDUNOIS président URPS pharmaciens/Mathieu PEUGNET, pharmacien d'officine Darnetal

❖ **Prise en charge des plaies chroniques, outils d'aide à la décision et téléconsultation (16h-16h30)**

Cyril MAGNAN pharmacien OMÉDIT Normandie, Domoplaie : Dr Carvalho/Mme Hyppolyte

❖ **Remerciements et clôture (16h30)**

Docteur Emmanuelle ODINET-RAULIN Médecin ARS Normandie

Votre style
est à jour
et votre
traitement ?



Ma vie évolue,
mon traitement
aussi !

Pour ma santé

Mon traitement
est régulièrement
réévalué

Avec les professionnels de santé



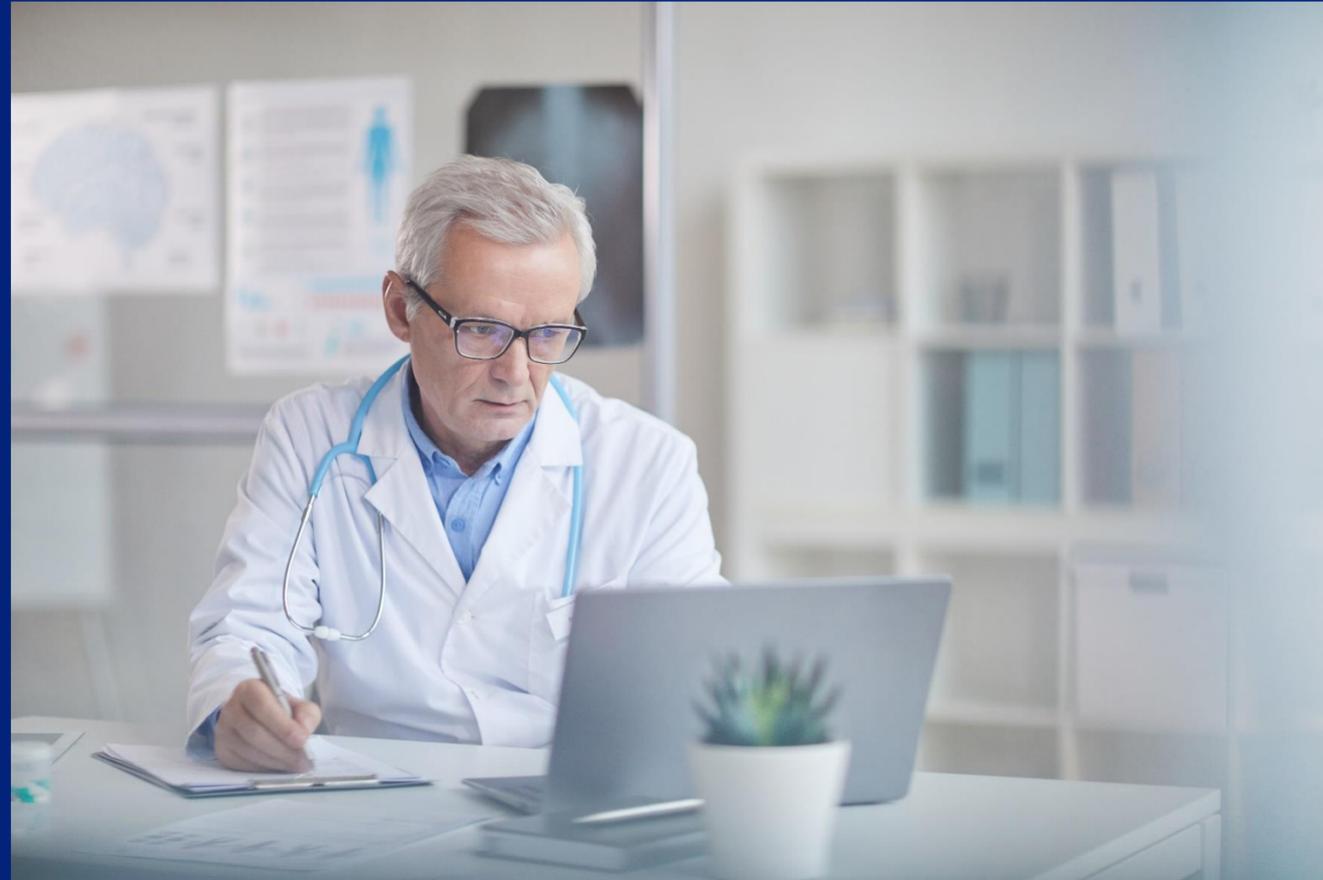
En savoir plus

Pourquoi et comment optimiser la pharmacothérapie des résidents en EHPAD ?

Quelle est votre organisation?

Question 13 : avez-vous mené une réflexion interprofessionnelle (médecin coordonnateur, médecins traitants, pharmacien, IDE, etc.) au sujet du risque de iatrogénie médicamenteuse des résidents ? *(Oui/Non/C'est prévu)*



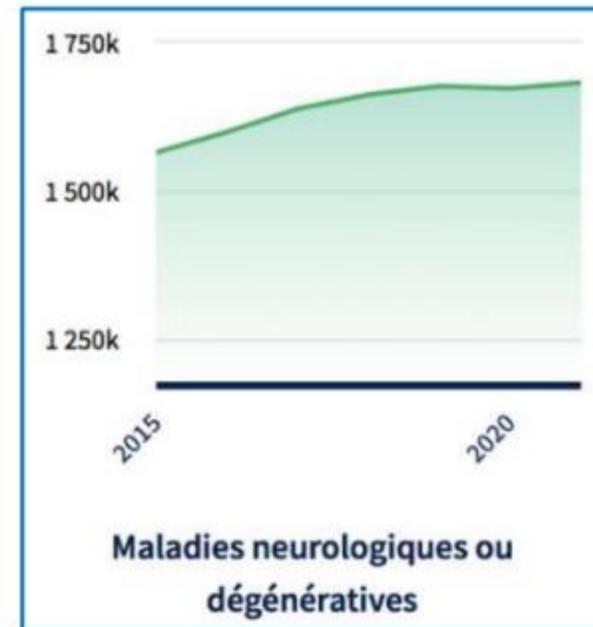
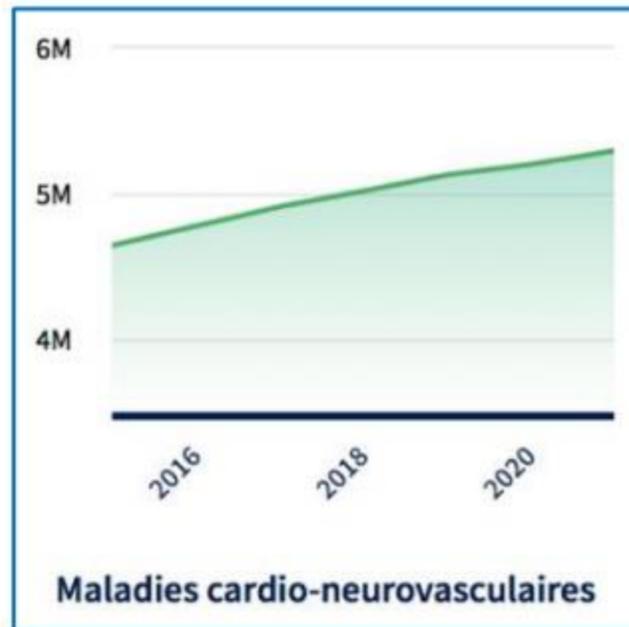
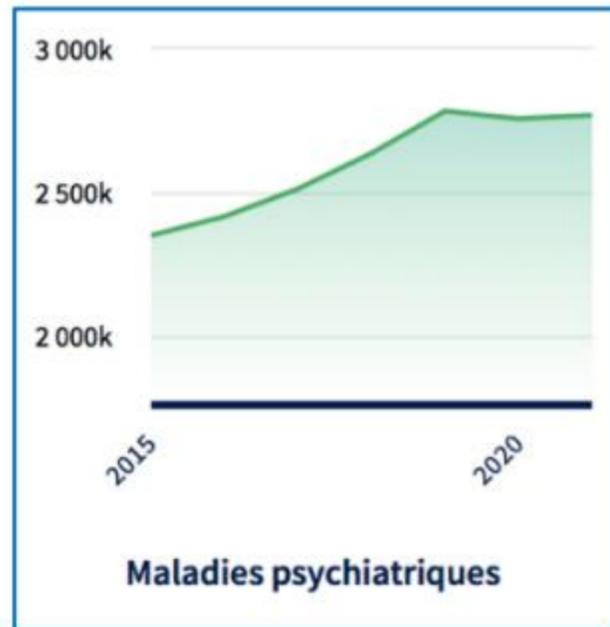
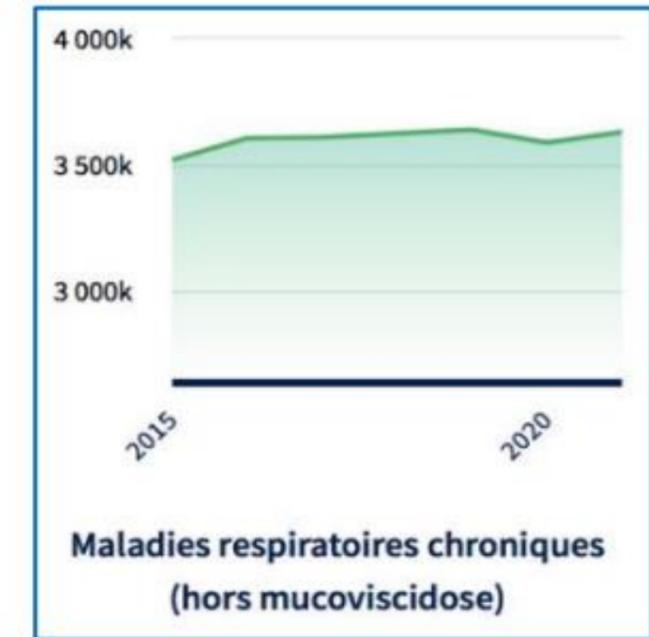
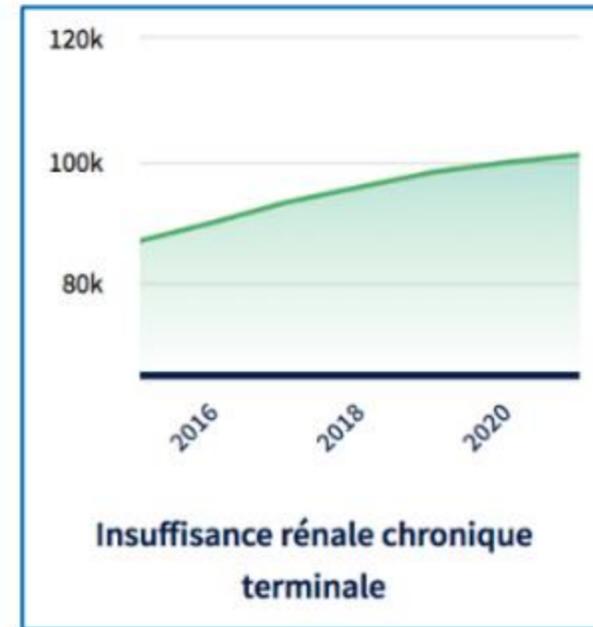
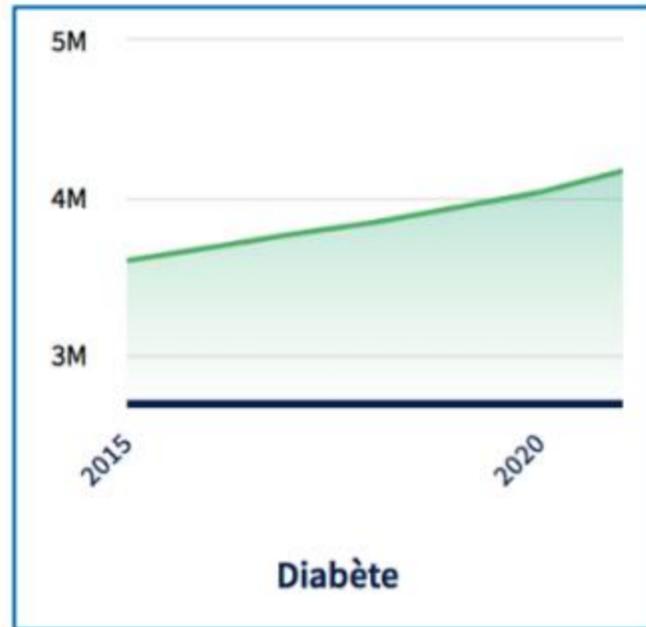
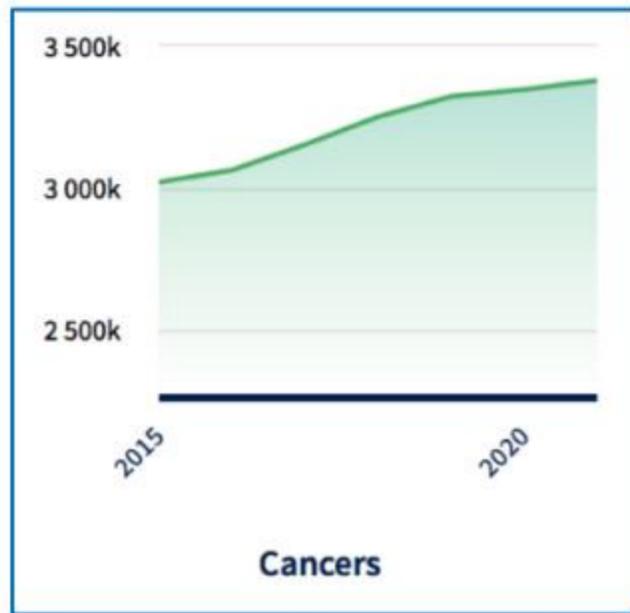


Quelques chiffres et
éléments de contexte

Une population de plus en plus fragile en EHPAD

Accroissement du nombre de personnes traitées pour une maladie chronique

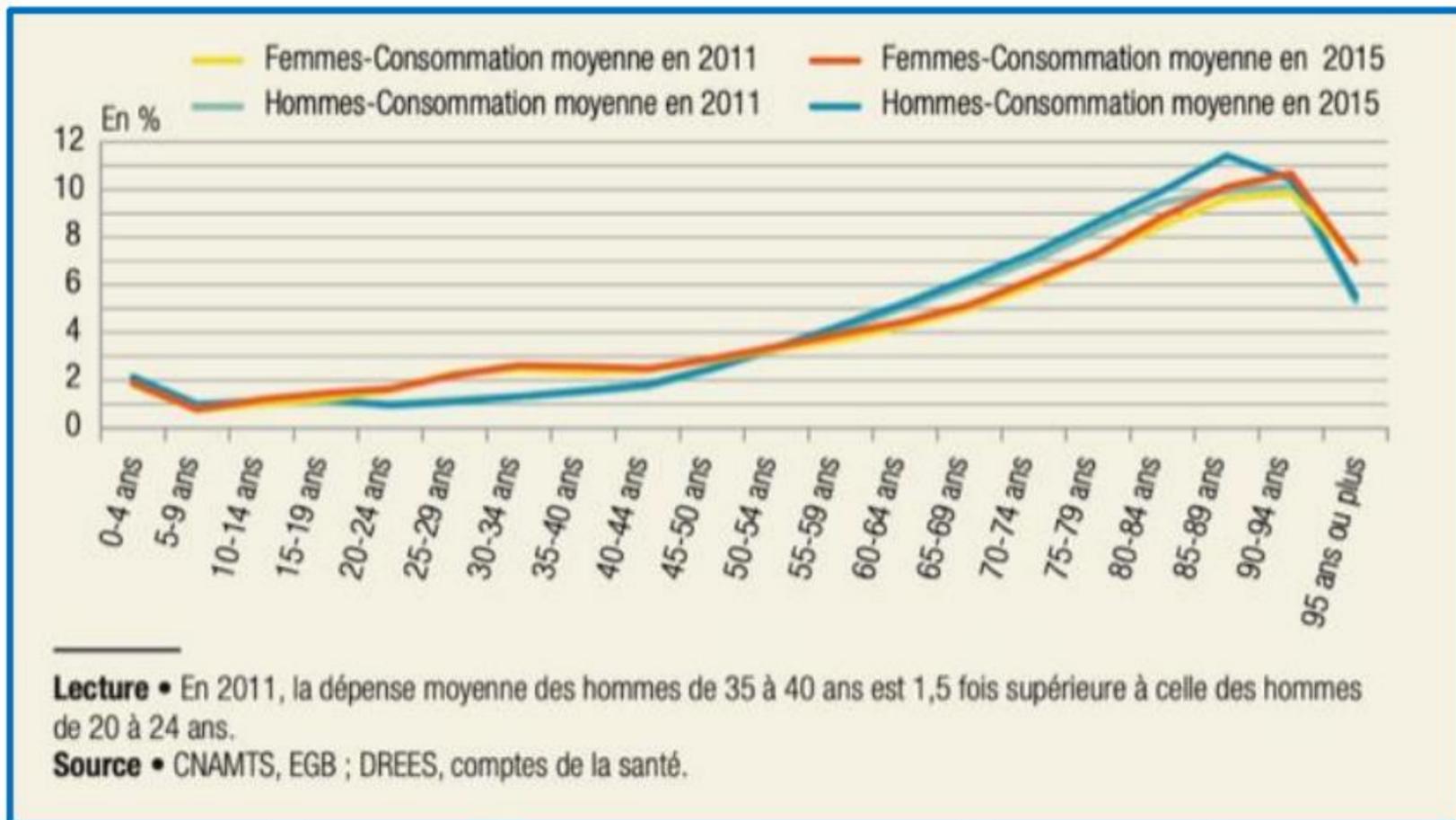
Vision simplifiée de l'évolution du nombre de patients au niveau national



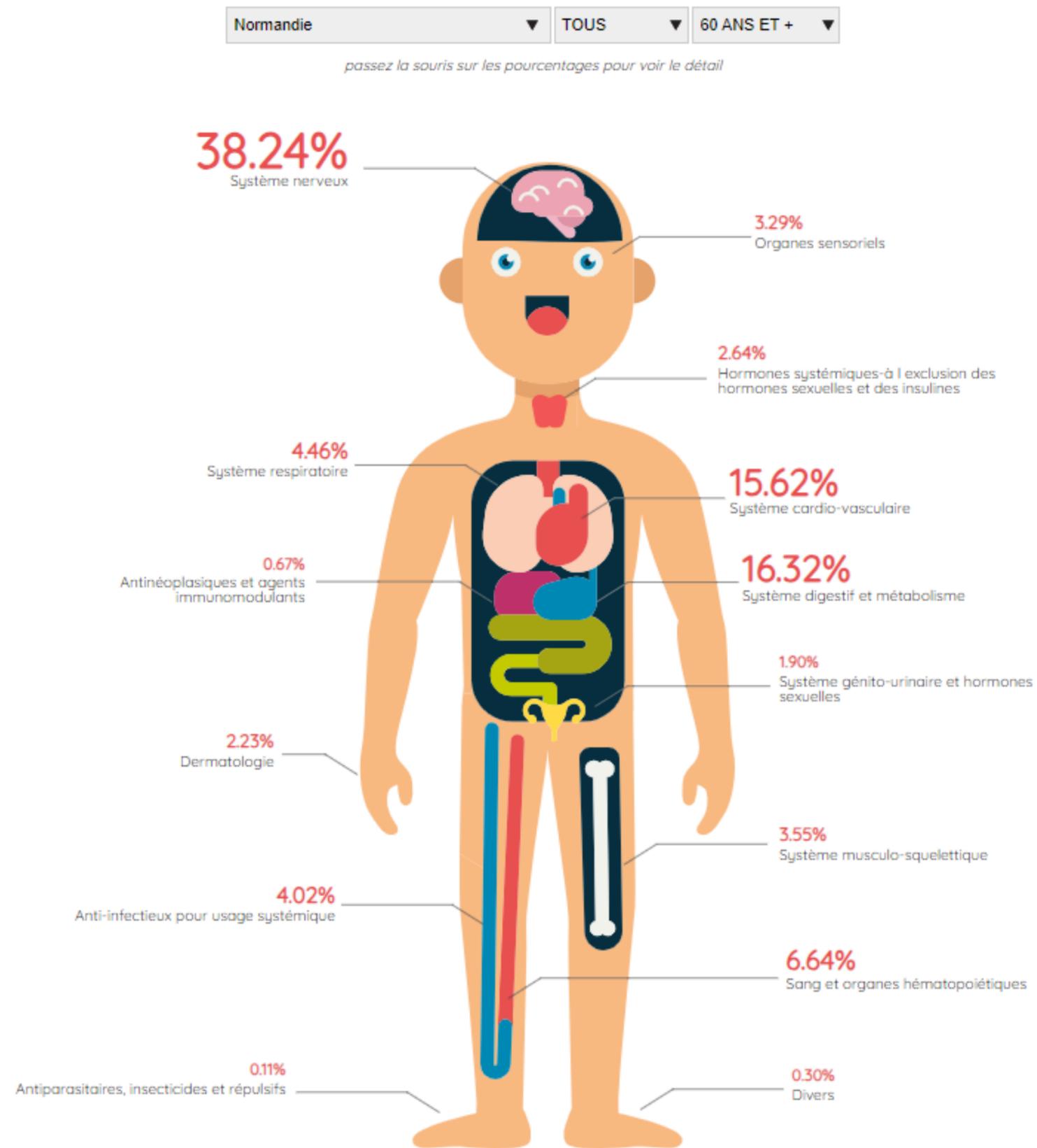
Source : CNAM.

En EHPAD : en 2022, 57 % des PA souffrent d'une maladie neurodégénérative (Rapport cour des compte février 2022)

Lien entre âge et dépense de produits de santé



Consommation moyenne par tranche d'âge et sexe, en 2011 et 2015

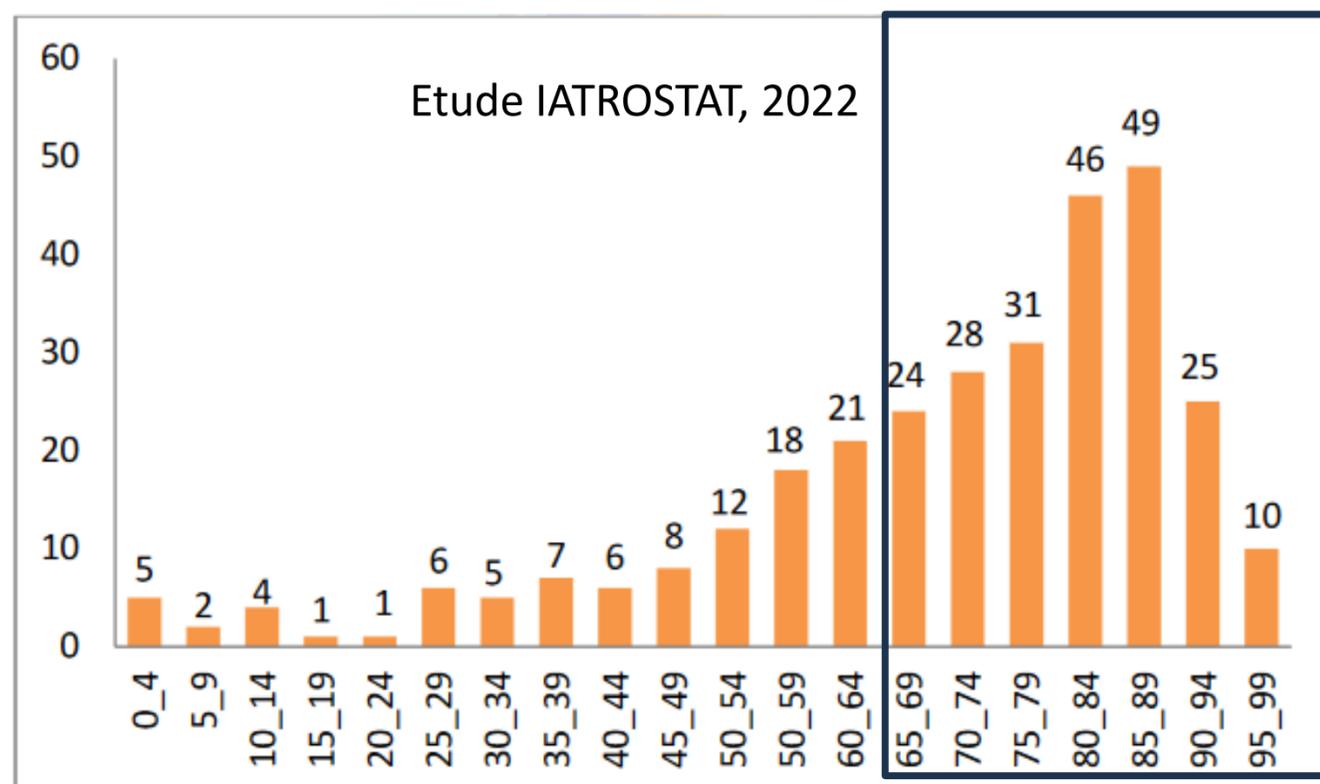




Polymédication

→ Iatrogénie médicamenteuse

→ Hospitalisation et EIAS



Iatrogénie médicamenteuse source d'hospitalisation chez l'adulte et l'enfant : incidence, caractérisation et évitabilité: **Etude IATROSTAT** (rapport d'étude 02/05/22)

Parmi les 3648 patients inclus entre avril et juillet 2018 : **309 étaient hospitalisés** en raison d'un **Evènement indésirable Médicamenteux (EIM)** soit **8,5%** (augmentation de la proportion avec l'âge, passant de 3,3% chez les enfants à **10,6% chez les ≥ 65 ans**)

PLAN ANTICHUTE **DES PERSONNES ÂGÉES**

Normandie



LA CHUTE, PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

En France, chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 130 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès.

1 personne sur 3 de + 65 ans chutera dans l'année

1 personne sur 2 de + 85 ans chutera dans l'année

QUI CHUTE À DOMICILE ?

2 profils-typés de chuteurs représentent 80 % des chutes

30 %
DES CHUTEURS SONT DES PERSONNES NON FRAGILES, AUTONOMES ET QUI CHUTENT SANS PRENDRE DE RISQUE PARTICULIER

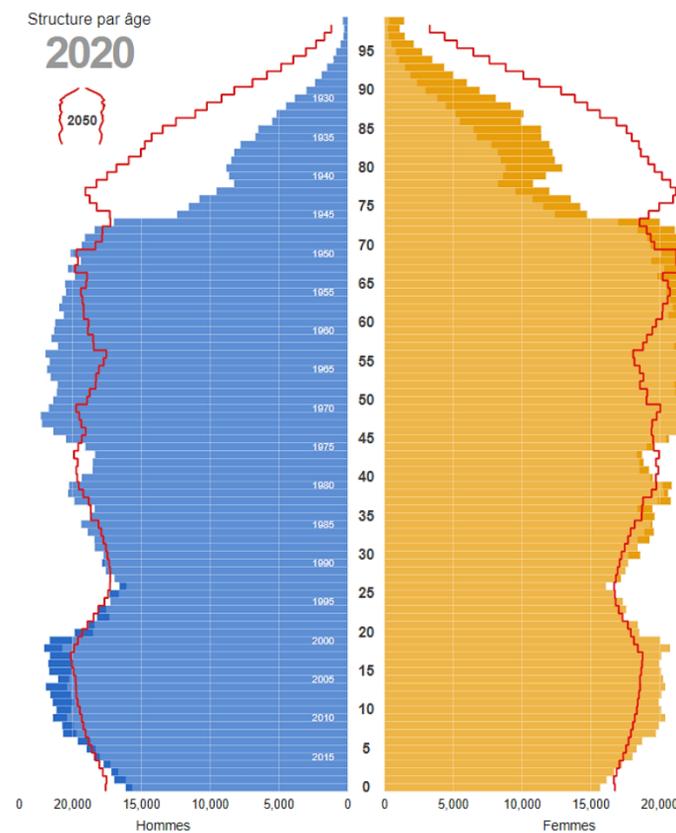
50 %
DES CHUTEURS SONT DES PERSONNES FRAGILES, NÉCESSITANT DE L'AIDE ET CHUTANT À LA MAISON LORS D'UNE ACTION À FAIBLE INTENSITÉ



Les chutes de personnes âgées évoquent régulièrement ces deux situations. Les repérer, c'est déjà pouvoir agir pour les prévenir.

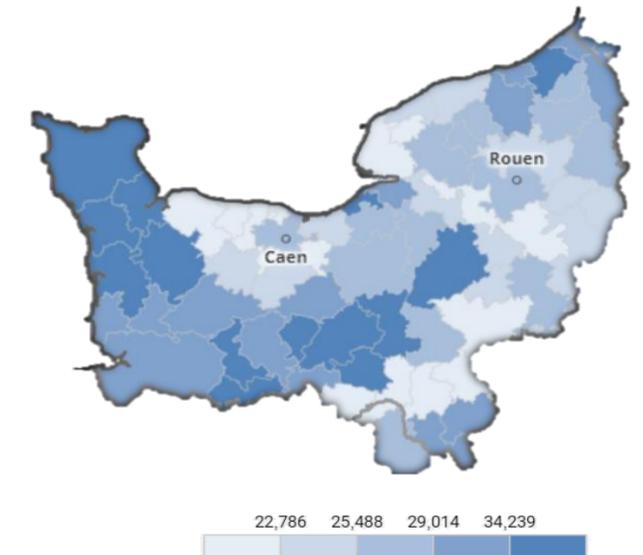
PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

Mission plan antichute des personnes âgées
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
chutesenlora@sga.social.gouv.fr

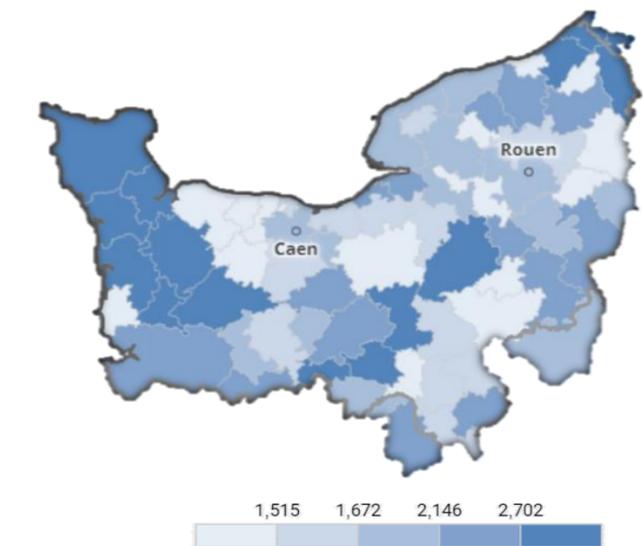


Evolution de la pyramide des âges en Normandie
Projections 2050

Taux de **chute** pour 1000 personnes âgées de 65 ans et +



Taux de **décès** pour chute pour 1000 personnes âgées de 65 ans et +



Lien entre chutes et médicaments



QU'EST-CE QUI FAIT CHUTER LES PERSONNES ÂGÉES ?

- 1 - L'INACTIVITÉ PHYSIQUE
- 2 - LA PEUR DE LA CHUTE
- 3 - LA DÉNUTRITION
- 4 - LA BAISSÉ DE LA VUE ET DE L'AUDITION
- 5 - LES RISQUES DU LOGEMENT

Chacun de ces 5 signes augmente le risque de chute chez les personnes âgées. Les connaître c'est déjà pouvoir agir pour les prévenir.

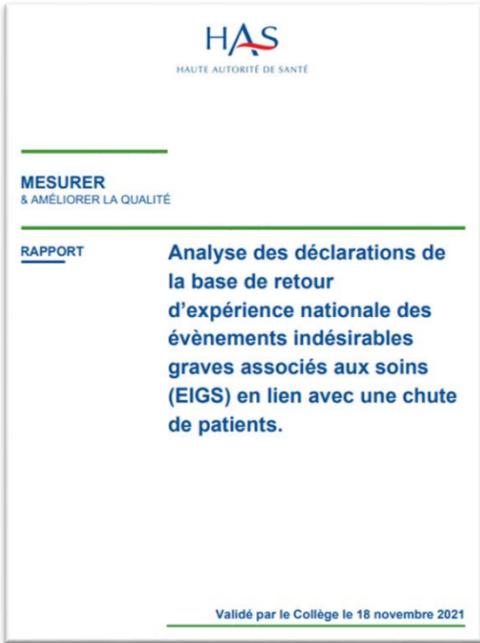
PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

Mission plan antichute des personnes âgées
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
chuteseniors@gg-social.gouv.fr

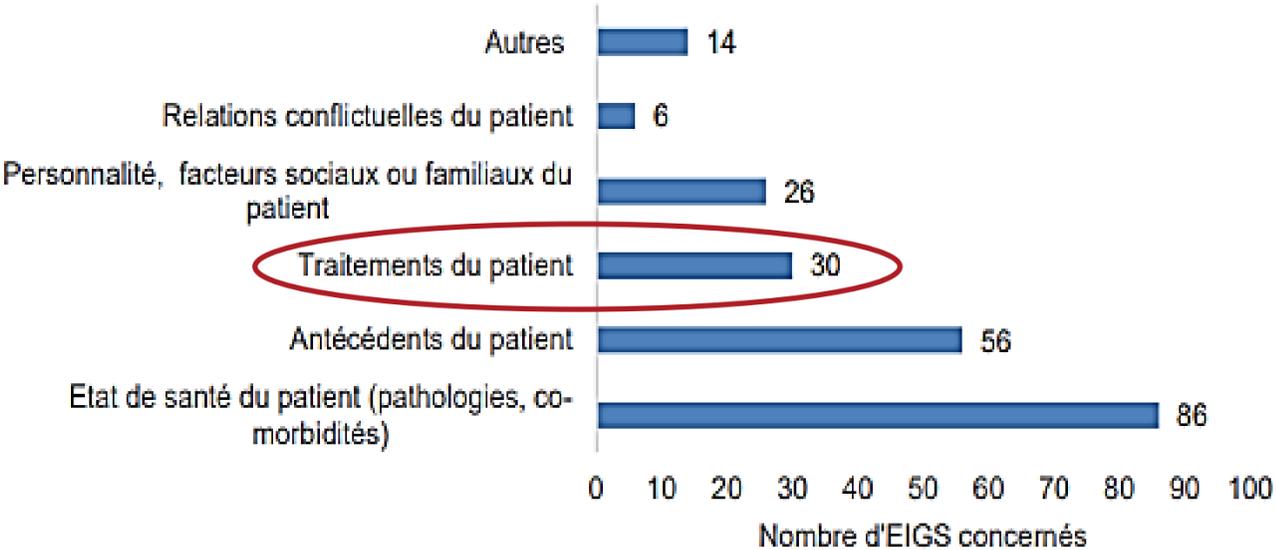
Diagnostics secondaires associés des personnes hospitalisées pour chute

	France	Normandie
Maladie Neuro-dégénérative	15%	15,3%
Problème de marche	6,5%	7,5%
Séjour Multi-chutes	36,6%	36,2%
Dénutrition	3%	2,3%

Source: PMSI 2021



D'après le rapport HAS 2021, les facteurs liés aux patients représentent 84 % des causes profondes d'EIGS en lien avec une chute (n=108) dont **près de 30% (30/108) concernent les traitements du patient**



Répartition des causes profondes liées aux patients (n= 108)

LE PLAN TRIENNAL ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

2022-2024

Le plan fixe comme objectif :

Réduire de 20 %
le nombre de chutes mortelles ou
entraînant une hospitalisation
des personnes de plus de 65 ans
sur 3 années

	SEJOURS HOSPITALIERS DUS A DES CHUTES	DECES DUS A DES CHUTES
FRANCE	- 27 284	- 2 049
NORMANDIE	- 1 659	- 105

**Nécessite de mobiliser les acteurs
autour d'un plan d'action régional**

**AXE 1
SAVOIR REPÉRER LES RISQUES
DE CHUTE ET ALERTER**

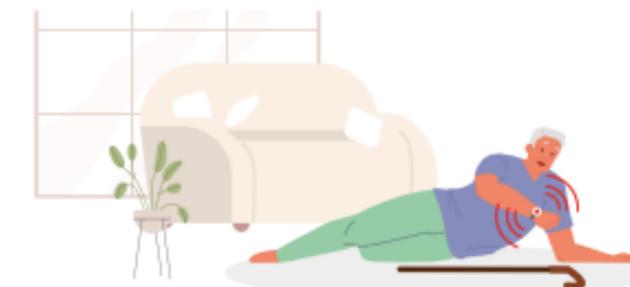
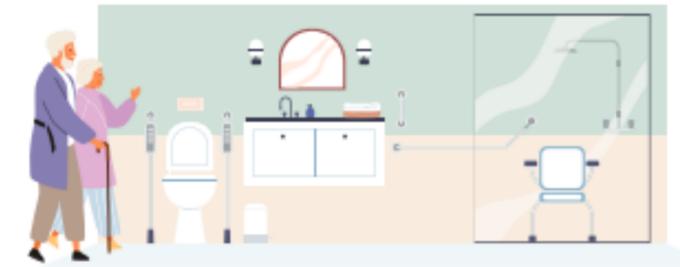
**AXE 2
AMÉNAGER SON LOGEMENT
ET SORTIR EN TOUTE SÉCURITÉ**

**AXE 3
DES AIDES TECHNIQUES
À LA MOBILITÉ FAITES POUR TOUS**

**AXE 4
L'ACTIVITÉ PHYSIQUE,
MEILLEURE ARME ANTICHUTE**

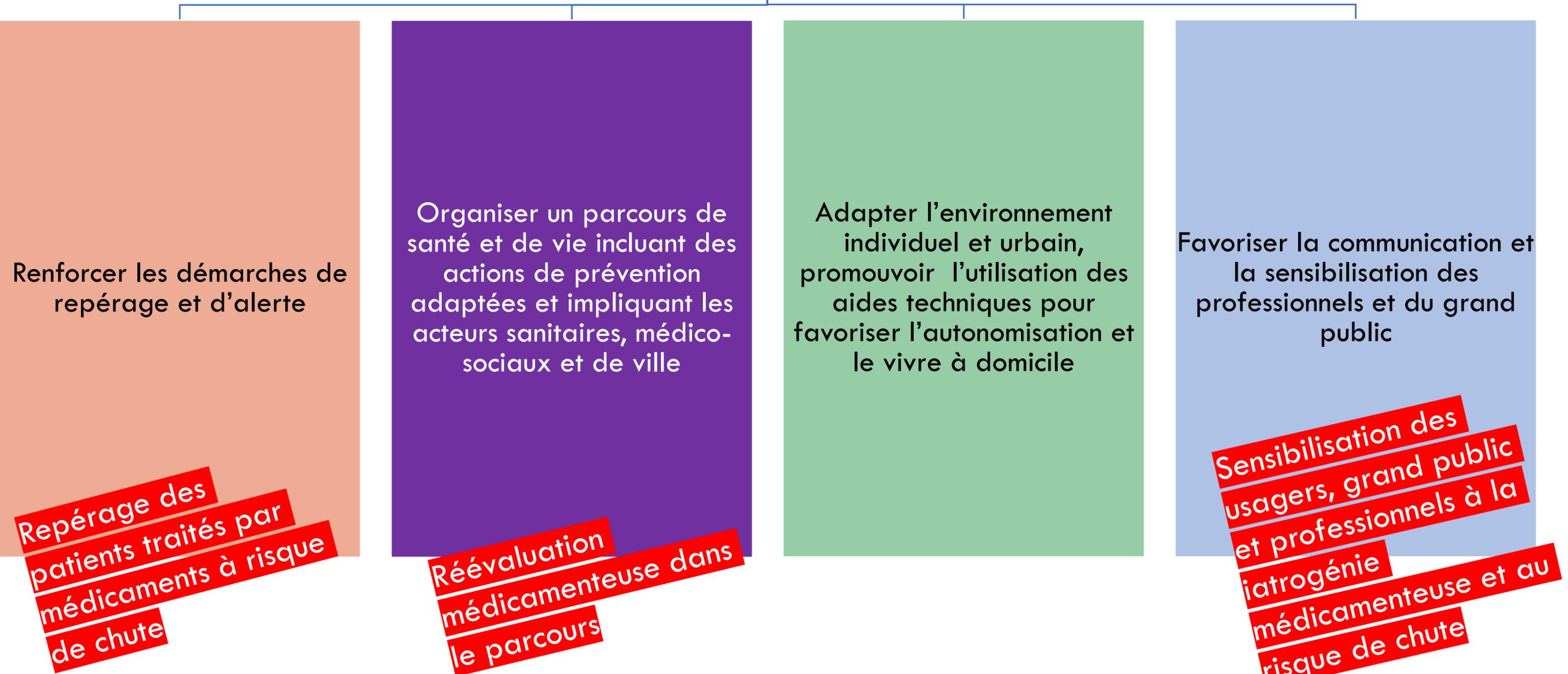
**AXE 5
LA TÉLÉASSISTANCE POUR TOUS**

**AXE TRANSVERSAL
INFORMER ET SENSIBILISER,
FORMER ET IMPLIQUER
LES ACTEURS AU PLUS PRÈS
DU TERRAIN**



LES OBJECTIFS ET BESOINS NORMANDS

-20% de chutes entraînant hospitalisations et décès



Enjeu en Normandie → Articuler les actions dans un parcours



Des outils
proposés par
l'OMÉDIT

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

- Boîte à outils [« Personne âgée : optimisation médicamenteuse »](#)

Formations Fiches à destination des patients Ressources pédagogiques

Formations interprofessionnelles

Nos outils

Actualisation du 25/10/22

L'OMÉDIT Normandie travaille en partenariat avec l'OMÉDIT Bretagne et l'OMÉDIT Hauts-de-France, sur la conception d'outils à destination des professionnels de santé, sur l'optimisation des thérapies médicamenteuses chez le sujet âgé.

Le programme de formation

Un programme composé à terme de 14 thématiques de formation

Généralités

- Thématique 1 : enjeux et concepts en lien avec la pharmacothérapie des personnes âgées (*finalisée*)
- Thématique 2 : méthodologie d'optimisation de la pharmacothérapie des personnes âgées (*finalisée*)

Optimisation de la pharmacothérapie, chez le sujet âgé de...

- Thématique 3 : optimisation de la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle (*finalisée*)
- Thématique 4 : optimisation de la prise en charge médicamenteuse par inhibiteurs de la pompe à protons (*finalisée*)
- Thématique 5 : optimisation de la prise en charge médicamenteuse par statines (*finalisée*)
- Thématique 6 : optimisation de la prise en charge médicamenteuse de la dépression (*finalisation septembre 2022*)
- Thématique 7 : optimisation de la prise en charge médicamenteuse de l'ostéoporose (*finalisation septembre 2022*)

- Formations présentielles
- Webinaires :
 - IPP (replay de la session du 281122 disponible)
 - Optimisation de la PECM de l'HTA (replay de la session du 080323 disponible)
 - « Maîtriser le suivi des patients sous anticoagulants – 1^{er} module : les AVK et l'intérêt de la télésurveillance » ([replay de la session du 310523 disponible](#))
 - « Généralités sur la douleur et spécificités de prise en charge chez le sujet âgé » ([replay de la session du 080623 disponible](#))
- Appuis directs (sur demande)

Une collaboration

omedit
BRETAGNE

OMÉDIT
Hauts-de-France

omedit
Normandie

next >

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

- Ressources pédagogiques disponibles sur [eLearnes](#)

The screenshot shows the OMEDIT Normandie eLearning platform. At the top, there is a search bar with the text "Rechercher des cours" and a "Valider" button. Below the search bar, there is a "Gestion des cours" button. The main content area is titled "Optimisation de la pharmacothérapie du Sujet âgé" and displays four course modules as cards:

- Modules 1-2: Enjeux, concepts, outils et méthode ...
- Module 3: Optimisation de la pharmacothérapie ...
- Module 4: IPP
- Module 5: statines

- **Inscription gratuite** via le site de l'OMÉDIT
- Supports disponibles:
 - Outils
 - Méthodologie
 - HTA
 - IPP
 - Statines
- Webinaires : HTA et IPP

Une collaboration

omedit
BRETAGNE

OMÉDIT
Hauts-de-France

omedit
Normandie

next >

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

- Boîte à outils « [Anticoagulants](#) »



GUIDE DE BON USAGE DES ANTICOAGULANTS

Version de septembre 2022

Fibrillation atriale TRAITEMENTS PER OS - indications et posologies

	Warfarine COUMADINE®	* Fluindione PREVISCAN®	Acénocoumarol SINTROM® MINISINTROM®	Apixaban ELIQUIS®	Rivaroxaban XARELTO®	Dabigatran PRADAXA®
CARDIOPATHIES EMBOLIQUES : PRÉVENTION DES COMPLICATIONS THROMBOEMBOLIQUES EN RAPPORT AVEC CERTAINS TROUBLES DU RYTHME AURICULAIRE, CERTAINES VALVULOPATHIES MITRALES, LES PROTHÈSES VALVULAIRES						
Posologie	Initiale : 5 mg/jour	Initiale : 20 mg/jour	Initiale : 4 mg/jour	NA	NA	NA
Durée de traitement	- Troubles du rythme supra-ventriculaire : long cours - Valvulopathies mitrales : long cours - Prothèses valvulaires mécaniques : long cours - Prothèses valvulaires biologiques : 3 mois			/	/	/
PRÉVENTION DE L'AVC ET DE L'ES CHEZ LES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE FANV ET PRÉSENTANT UN OU PLUSIEURS FACTEUR(S) DE RISQUE (ANTÉCÉDENT D'AVC OU D'AIT, ÂGE ≥ 75 ANS, HTA, DIABÈTE, INSUFFISANCE CARDIAQUE SYMPTOMATIQUE (CLASSE NYHA ≥ II))						
Posologie (NB : adaptations posologiques en cas d'insuffisance rénale disponibles à la rubrique population spécifique)	NA	NA	NA	5 mg toutes les 12 heures	20 mg/jour en 1 prise	150* mg toutes les 12 heures * Si ATCD de gastrite, œsophagite, ou RGO : évaluer la nécessité d'une réduction de dose à 110 mg toutes les 12 heures
Durée de traitement	/			Au long cours	Au long cours	Au long cours

* Indications thérapeutiques en **renouvellement** d'un traitement équilibré par fluindione

AVC : accident vasculaire cérébral, ES : embolie systémique, FANV : fibrillation atriale non valvulaire;
AIT : Accident ischémique transitoire

Une collaboration

omedit
BRETAGNE

OMéDIT
Hauts-de-France

omedit
Normandie

next >



Les syndromes gériatriques

Quiz

Quiz 6 : Les syndromes gériatriques. Sélectionnez les réponses vraies

- Leur fréquence augmente avec l'âge
- Ils sont très rarement à l'origine d'une perte d'autonomie
- Il n'existe aucune corrélation entre les syndromes gériatriques
- Leur prise en charge est multifactorielle et pluridisciplinaire
- Les chutes, les troubles mictionnels, le syndrome confusionnel aigu, la démence et troubles du comportement, les insomnies et les déficits sensoriels sont des exemples de syndromes gériatriques



Quiz

Quiz 6 : Les syndromes gériatriques. Sélectionnez les réponses vraies

- Leur fréquence augmente avec l'âge
- Ils sont très rarement à l'origine d'une perte d'autonomie
- Il n'existe aucune corrélation entre les syndromes gériatriques
- Leur prise en charge est multifactorielle et pluridisciplinaire
- Les chutes, les troubles mictionnels, le syndrome confusionnel aigu, la démence et troubles du comportement, les insomnies et les déficits sensoriels sont des exemples de syndromes gériatriques



Les syndromes gériatriques

- **Le syndrome gériatrique**
 - **Situation de santé définie par 4 critères**
 1. Sa **fréquence** augmente fortement avec l'âge (et/ou observée seulement chez des sujets âgés)
 2. Elle résulte de **facteurs multiples** et divers, dont - des facteurs favorisants (chroniques), incluant les effets du vieillissement - des facteurs précipitants (aigus ou intermittents)
 3. Elle a pour **conséquences fréquentes** un risque de perte d'indépendance fonctionnelle et/ou d'entrée en institution
 4. Sa **prise en charge est multifactorielle** (intervention multicomposante) et requiert une approche globale et holistique du patient

Syndromes gériatriques	Hazard	GRS	GPP
Confusion mentale	+	+	+
Chutes	+	+	+
Escarres	+	+	+
Incontinence	+	+	+
Fragilité	+		+
Troubles du sommeil	+	+	
Malaises - syncopes	+	+	
Dénutrition protéino-énergétique		+	+
Démence - Tr. du comportement		+	+
Maltraitance	+		+
Troubles de la régulation thermique	+		
Ostéoporose		+	
Troubles visuels et auditifs		+	
Perte d'autonomie			+
Déshydratation- coup de chaleur			+
Dépression du sujet âgé			+
Sd post-chute, Diogène, Charles Bonnet			+

Hazard's Geriatric medicine and gerontology (2003 ; 2009)
American Geriatric Society: Geriatric Review Syllabus (GRS) (2001, 2003, 2009)
Gérontologie pour le praticien (2003) / Gériatrie pour le praticien (2009)
Citées dans : Joël Belmin. Les syndromes gériatriques : au cœur du métier de gériatre (2011)

Les syndromes gériatriques

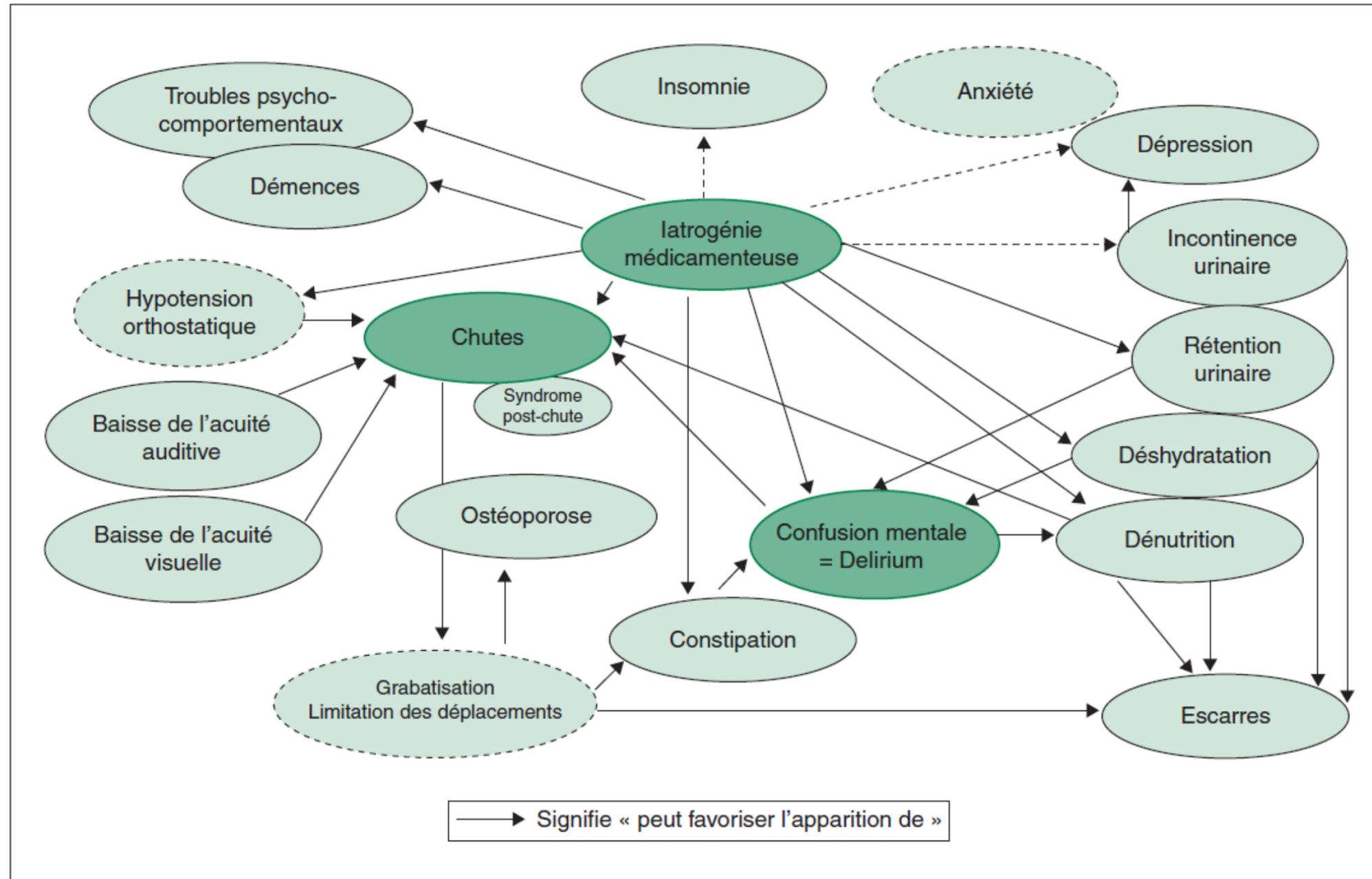


Figure 1. Intrication entre les syndromes gériatriques.

Face à un syndrome gériatrique : avoir le réflexe « iatrogénique »

Les syndromes gériatriques

Tableau 3. Inventaire de propositions d'interventions pharmaceutiques par syndromes gériatrique sur le modèle de Start et de Stopp [55, 56].

	Stopp	Start
Chutes répétées [60-62]	<p>Diminuer le nombre de médicaments notamment les psychotropes.</p> <p>Adapter les thérapeutiques antihypertensives afin d'éviter les hypotensions orthostatiques Objectifs tensionnels des PA (+ de 80 ans sans co-morbidité) : PAS \leq 150 mmHg)</p> <p>Adapter la thérapeutique antidiabétique afin d'éviter les hypoglycémies ; attention aux médicaments masquant les signes neurovégétatifs d'hypoglycémie (bêtabloquants)</p> <p>Réévaluer les médicaments ayant des effets indésirables de type hypotension orthostatique, confusion, effets anticholinergiques, vertiges Ex : tramadol</p> <p>Adapter les traitements anti-parkinsoniens en intégrant le risque d'hypotension orthostatique</p>	<p>Prévenir et traiter l'ostéoporose ainsi que la dénutrition</p> <p>Respecter les doses d'instauration progressive notamment pour les antihypertenseurs et les antidiabétiques</p> <p>Proposer le Switch tamsulosine/ alfuzosine car moindre fréquence des vertiges et pas de rétention urinaire [61]</p> <p>Corriger les troubles visuels</p>

Les syndromes gériatriques

Troubles mictionnels
[20-28, 63-65]

Supprimer le ou les médicaments inducteurs

Anticholinergiques : rétention urinaire, constipation, confusion, hypotension. . .

Idéalement, il conviendrait d'évaluer la charge cholinergique qualitativement et quantitativement de l'ensemble des médicaments prescrits. Toutefois, elle est difficile à réaliser en routine. Ainsi, la conduite à tenir est de cibler les interventions sur les médicaments les plus anticholinergiques en tenant compte de la dose administrée : hydroxyzine, phénothiazines, atropine, oxybutynine et proposer des alternatives selon les recommandations de Laroche [65]

Opiacés : rétention urinaire, constipation, confusion

Antihypertenseurs :

inhibiteurs calciques : rétention urinaire

IEC : toux qui aggrave l'IU,

diurétiques : augmentation de la diurèse,

alpha-bloquants : réduction de la pression urétrale

Sympathomimétiques : rétention urinaire par contraction

des muscles lisses y compris les sphincters urinaires

Lithium : polyurie liée au diabète insipide

Gabapentine : rétention urinaire

Traiter l'infection urinaire symptomatique : l'existence de la bactériurie asymptomatique chez le sujet âgé peut compliquer la prise en charge

Anticholinergiques

Le paradoxe est qu'ils ont *une indication : hyperactivité vésicale neurogène responsable d'incontinence par urgence mictionnelle* après échec d'un traitement comportemental et/ou une rééducation.

Efficacité non établie après 75 ans

Quelle molécule ? Le trospium chloride semble mieux toléré que l'oxybutynine ou le toltérodine en raison de son faible passage hémato-encéphalique

Antagoniste alpha-adrénergique

Indication : hypertonie urétrale chez l'homme souffrant d'adénome prostatique

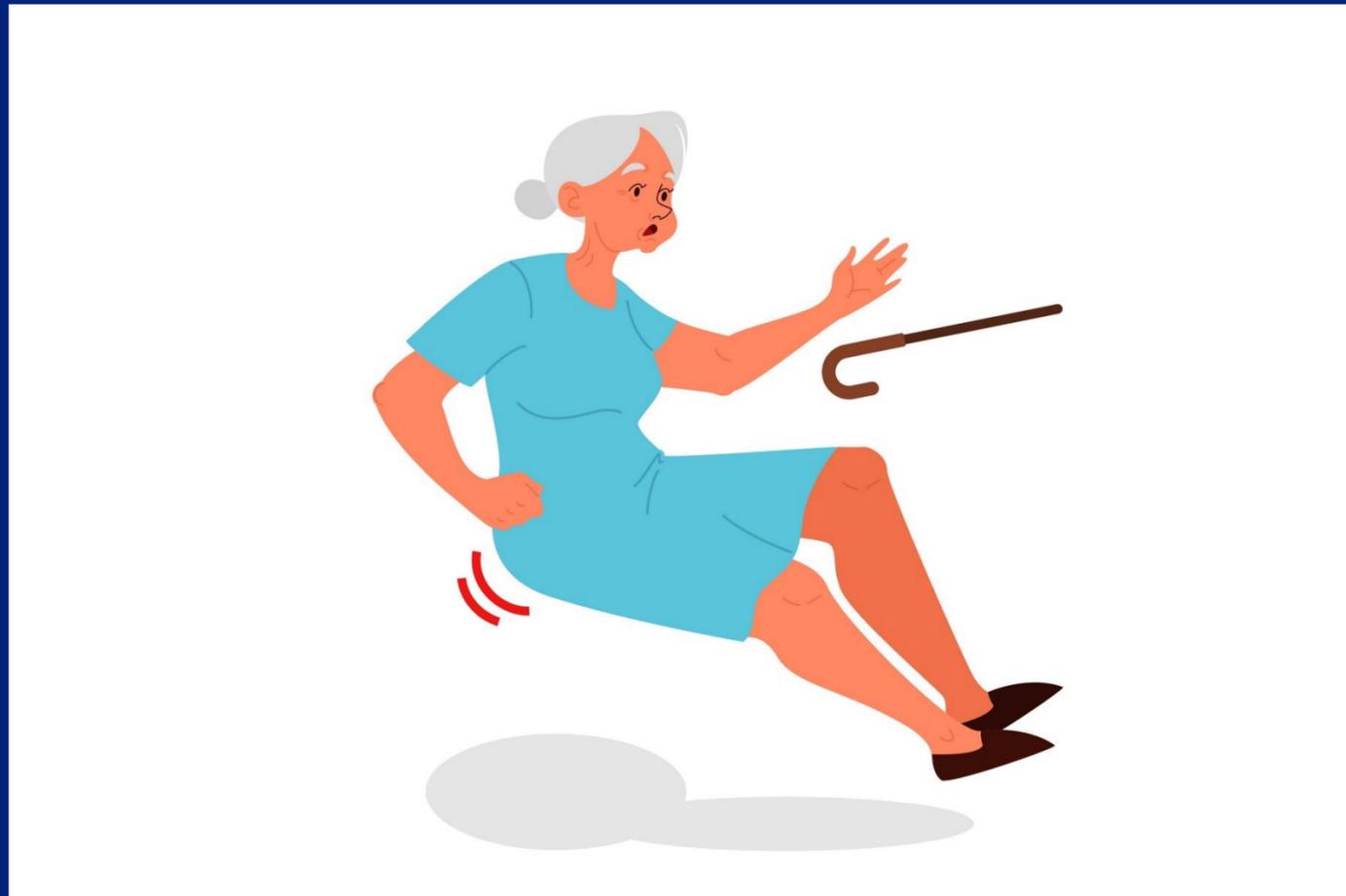
Autres molécules

Célestrogènes locaux : en cas d'atrophie vaginale

Hormones antidiurétiques : traitement historique qui n'a pas prouvé son efficacité

Les syndromes gériatriques

Syndrome confusionnel aigu [29-31, 35, 65]	Éliminer un facteur prédisposant iatrogénique = arrêt ou adaptation de dose ou sevrage progressif Médicaments anticholinergiques : cf. troubles mictionnels Psychotropes (benzodiazépine, antidépresseurs) Antiparkinsoniens dopaminergiques Antiépileptiques Inhibiteurs de la pompe à protons Fluoroquinolones Digoxine, β -bloquant, amiodarone Opiacées Corticoïdes à forte dose Collyres mydriatiques	Prévenir : Utiliser le protocole HELP : détecter et prendre en charge les facteurs de risque (<i>altération, cognitive, déshydratation, hypoacousie, immobilisation, diminution de l'acuité visuelle, troubles du sommeil</i>) Réévaluer la durée des sondages urinaires et des perfusions (pour ne pas entraver les déplacements des patients) Traiter pharmacologiquement : <i>Quand ?</i> syndromes comportementaux sévères ou émotionnels ou mettant en danger le patient ou autrui, ou empêchant les traitements et les examens <i>Comment ?</i> courte durée 24-48h, formes orales dispersibles ou buvables <i>Quoi ?</i> Si anxiété : benzodiazépine à $\frac{1}{2}$ vie courte et délai action courte à $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{2}$ dose habituelle Si trouble productif (hallucinations, délire) : neuroleptique à $\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$ dose habituelle sur la période la plus courte possible
Démence [32, 33, 66]	Envisager l'arrêt de l'anticholinestérasique <i>s'il est associé à la mémantine</i> <i>ou si bradycardie</i> <i>ou si pathologie respiratoire récurrente</i>	Traiter par <i>Anticholinestérasique</i> pour les formes légères à modérément sévères <i>mémantine</i> dans les formes sévères (MMSE < 10) <i>rivastigmine</i> si maladie de Parkinson, démence à Corps de Lewy



Réflexe
iatrogénique et
cascade
médicamenteuse

Quiz

Quiz 7 : Sélectionnez les réponses vraies

- Les antiparkinsoniens font partie des médicaments à risque de chute
- Les anticholinergiques (Cyamémazine TERCIAN[®], Chlorpromazine LARGACTIL[®], Clomipramine ANAFRANIL[®], etc.) font partie des médicaments à risque de chute
- Les antihypertenseurs ne font pas partie des médicaments à risque de chute
- L'introduction successive des médicaments suivants amlodipine → furosémide ou hydrochlorothiazide peut être un exemple de cascade médicamenteuse



Quiz

Quiz 7 : Sélectionnez les réponses vraies

- Les antiparkinsoniens font partie des médicaments à risque de chute
- Les anticholinergiques (Cyamémazine TERCIAN[®], Chlorpromazine LARGACTIL[®], Clomipramine ANAFRANIL[®], etc.) font partie des médicaments à risque de chute
- Les antihypertenseurs ne font pas partie des médicaments à risque de chute
- L'introduction successive des médicaments suivants amlodipine → œdèmes des membres → furosémide ou hydrochlorothiazide, peut être un exemple de cascade médicamenteuse



Iatrogénie médicamenteuses et sujets âgés

Sujets âgés :

- présentent naturellement des facteurs de risque de chute liés à l'âge (baisse de l'acuité visuelle et perte d'audition, dénutrition, faiblesse musculaire...)
- modifications des paramètres pharmacocinétiques du sujet âgé (variation de l'absorption, distribution, métabolisation, élimination)
- auxquels vient s'ajouter la polymédication

Polymédication = facteur de risque supplémentaire car :

- effet cumulatif des effets indésirables des médicaments
- risque plus élevé d'interactions médicamenteuses



NB : Il est estimé que les chutes touchent chaque année plus d'1/3 patients >65 ans et 1/2 patients >80 ans [1]

Il est estimé que les chutes sont à l'origine de 130 000 hospitalisations et sont responsables de plus de 10 000 décès chaque année [2]

(1) Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*. 1 mai 2013;75(1):51-61.

(2) Assurance maladie site internet consulté le 13/01/2023 : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/chutes-troubles-marche>

Médicaments inducteurs de chutes

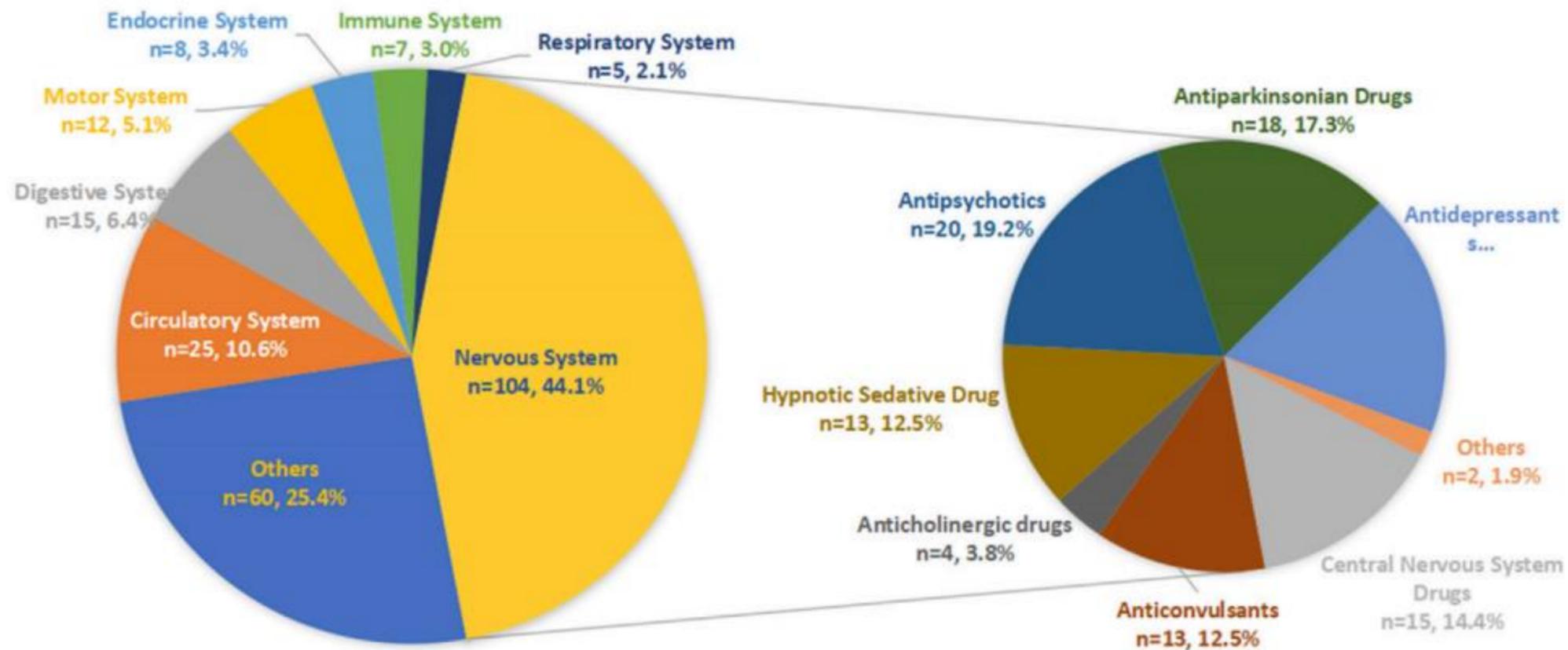


FIGURE 3

The number of drugs with positive signals detected for each physiological system.

« Autres » : antalgiques (n = 6 ; 2,5 %), antihistaminiques (n = 6 ; 2,5 %), compléments nutritionnels (n = 4 ; 2,1%), anticancéreux (n = 4 ; 2,1%)

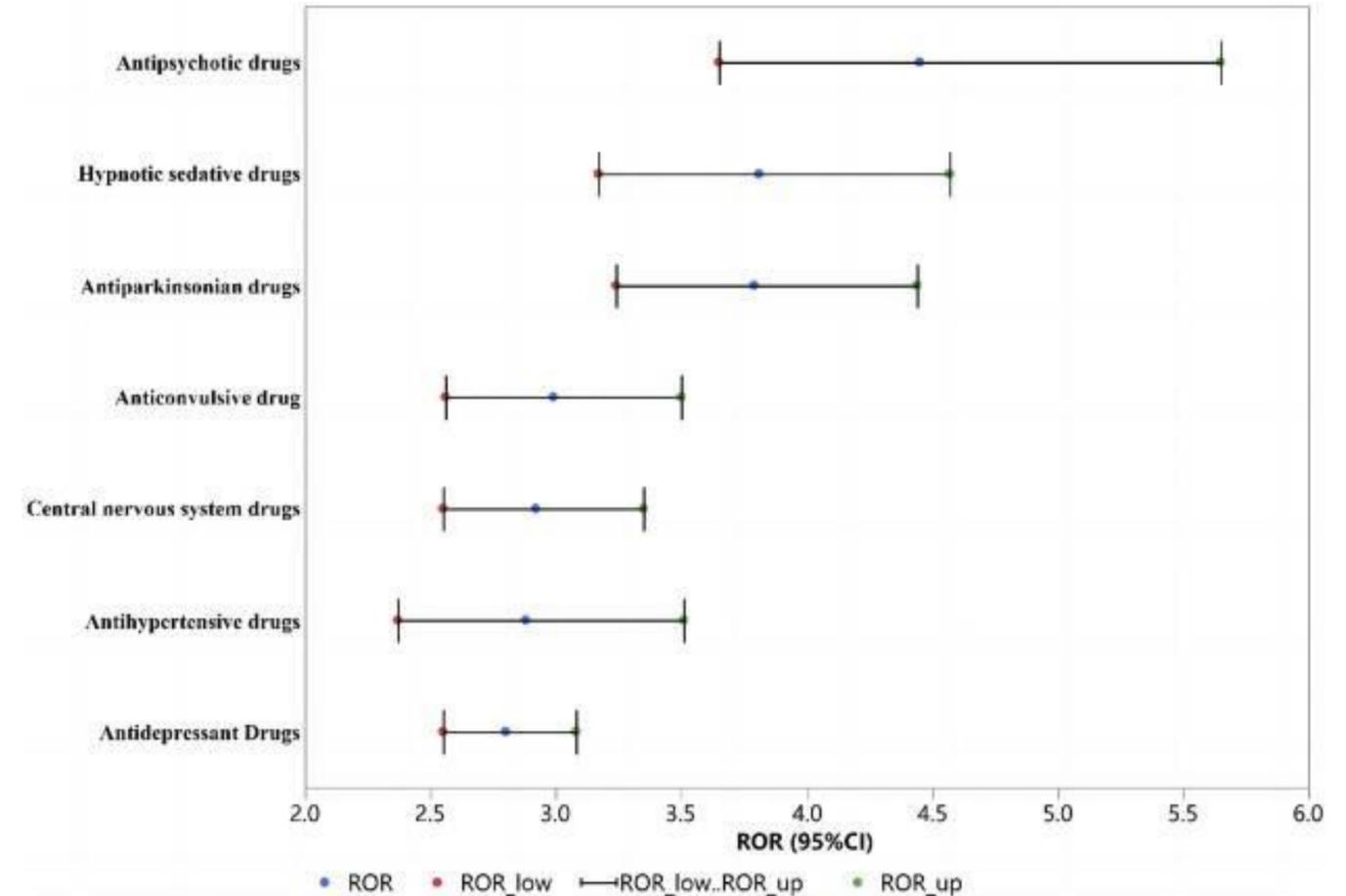
Médicaments à risque

Médicaments du système nerveux central

- Psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, benzodiazépines à ½ vie longue et hypnotiques)
- Antiparkinsoniens
- Anticholinergiques
- Antiépileptiques
- Anti-histaminiques



Sédation, sensations de vertige, baisses de performance cognitives et motrices, troubles de l'équilibre, syndrome extrapyramidal, troubles visuels, hypotension orthostatique



ROR for fall of each physiological system [2]

- (1) Roux B, Berthou-Contreras J, Beuscart JB, Charenton-Blavignac M, Doucet J et al. Review of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. Eur J Clin Pharmacol. 2021 Jun 11. doi: 10.1007/s00228-021-03145-6. Epub ahead of print. PMID: 34115158. ;
- (2) Zhou S, Jia B, Kong J, Zhang X, Lei L, Tao Z, et al. Drug-induced fall risk in older patients: A pharmacovigilance study of FDA adverse event reporting system database. Front Pharmacol. 2022;13:1044744.

Médicaments à risque



Antihypertenseurs et les vasodilatateurs (dérivés nitrés, alpha-bloquants, diurétiques...) entraînant :

- effet sédatif central
- hypotension orthostatique
- bradycardie, syncope



Antidiabétiques

- en raison de possibles hypoglycémies



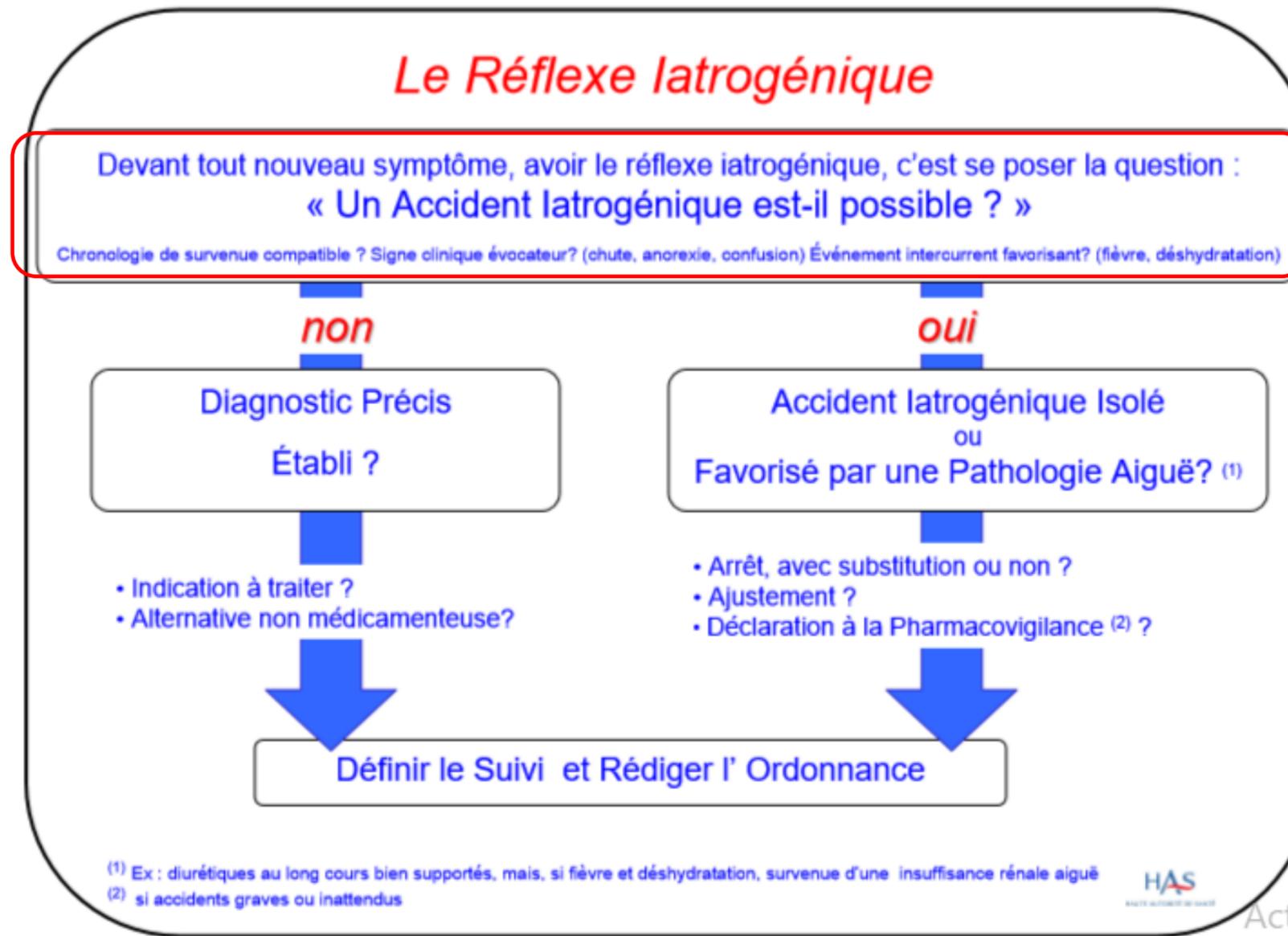
Antalgiques (opiacés et apparentés), en raison d'effets :

- sédatifs
- confusionnels
- hypoglycémiant (tramadol notamment [2])

(1) Roux B, Berthou-Contreras J, Beuscart JB, Charenton-Blavignac M, Doucet J et al. REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. Eur J Clin Pharmacol. 2021 Jun 11. doi: 10.1007/s00228-021-03145-6. Epub ahead of print. PMID: 34115158. ;

(2) Fournier JP, Azoulay L, Yin H, Montastruc JL, Suissa S. Tramadol Use and the Risk of Hospitalization for Hypoglycemia in Patients With Noncancer Pain. JAMA Intern Med. 1 févr 2015;175(2):186-93.

Le réflexe iatrogénique



Activ
Accéd.

Le réflexe iatrogénique

Repérer et éviter les cascades médicamenteuses

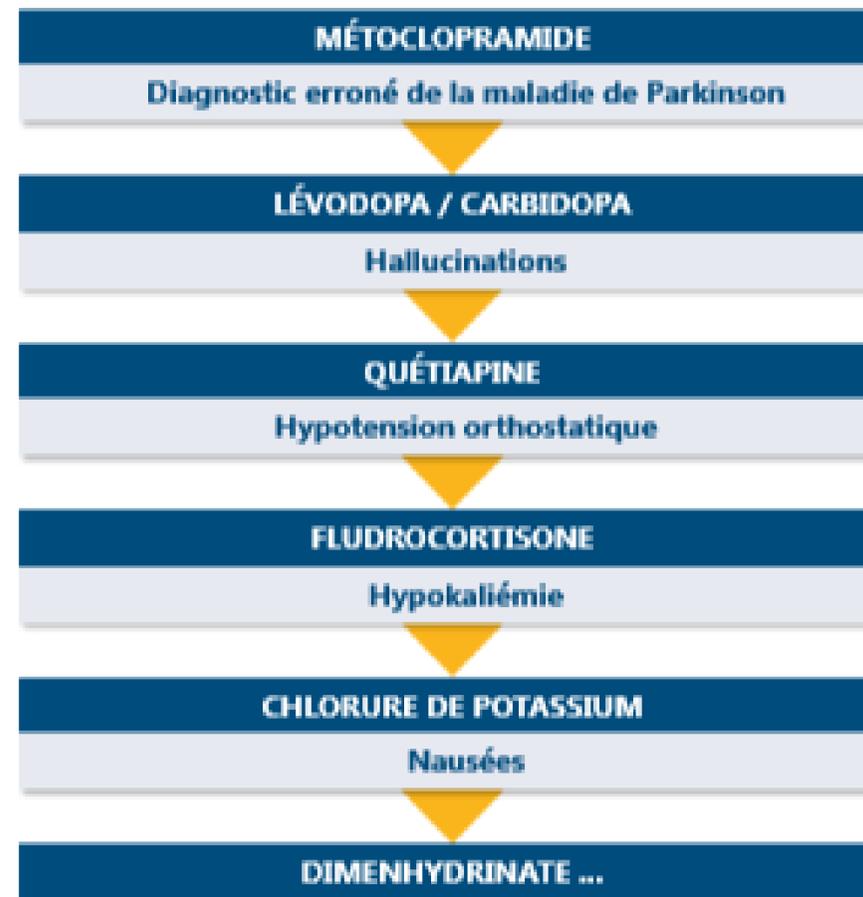
Prescription du médicament n°1
Effet indésirable interprété
comme
un nouveau problème médical

=> Prescription du
médicament n°2

Effet indésirable interprété
comme un nouveau problème
médical

=> Et la cascade continue

Exemples de cascades médicamenteuses



APES. Démarche de soins pharmaceutiques à l'admission d'une personne âgée en établissement de santé (2018). Accessible : [ici](#)

Médicament 1	Effets indésirables	Médicament 2
Alendronate	Trouble gastro-intestinal	Pantoprazole
Amlodipine	Œdème du pied	Furosémide ou hydrochlorothiazide
Anthypertenseur	Étourdissement	Bétahistine
Atorvastatine	Crampes musculaires	Quinine
Atorvastatine	Crampes musculaires	Prégabaline
Bupropion	Insomnie	Mirtazapine
Ciprofloxacine	Hallucinations	Risperidone
Citalopram	Nausées	Dompéridone
Digoxine	Nausées	Métoclopramide
Donépézil	Incontinence urinaire	Toltérodine
Donépézil	Nausées	Métoclopramide
Énalapril	Toux	Codéine
Gabapentine	Œdème du pied	Furosémide ou hydrochlorothiazide
Prégabaline	Œdème du pied	Furosémide ou hydrochlorothiazide

Mallet et al. La cascade médicamenteuse : comment la prévenir, la détecter et résoudre les problèmes qu'elle engendre. Pharmactuel (2016). Accessible : [ici](#)

Exemples de cascades médicamenteuses

- Citalopram (SEROPRAM) (antidépresseur de la classe des ISRS)
→ syndrome extrapyramidal → Levodopa/Benserazide (MODOPAR)

Mais aussi :

- Les antipsychotiques
- Les inhibiteurs calciques
- Les antidépresseurs et thymorégulateurs (Paroxétine, Imipramine, Fluoxétine ou Clomipramine)
- Les antiépileptiques



NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie
Volume 22, Issue 127, February 2022, Pages 25-34



Pratique diagnostique

Syndromes extrapyramidaux induits
par les médicaments

Drug-induced Parkinsonian disorders

[E. Maeker](#)  , [B. Maeker-Poquet](#)

Exemples de cascades médicamenteuses

- Urines malodorantes → traitement par fluoroquinolone (antibiotique) → confusion → Rispéridone (RISPERDAL) → rétention aiguë d'urine → confusion +++ → augmentation de la Rispéridone (RISPERDAL) → ...
- Nefopam (ACUPAN) (antalgique) → sédation → fausse-route → pneumopathie d'inhalation → décès ...



« Généralités sur la douleur et spécificités de prise en charge chez le sujet âgé » [replay de la session du 080623 disponible](#)

Focus sur les antihypertenseurs

al List > JAMA Network > PMC7251449



JAMA

View Article ▶

JAMA. 2020 May 26; 323(20): 2039–2051.

PMCID: PMC7251449

Published online 2020 May 26. doi: [10.1001/jama.2020.4871](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4871)

PMID: [32453368](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32453368/)

Effect of Antihypertensive Medication Reduction vs Usual Care on Short-term Blood Pressure Control in Patients With Hypertension Aged 80 Years and Older

The OPTIMISE Randomized Clinical Trial

James P. Sheppard, PhD,¹ Jenni Burt, PhD,² Mar Rosalyn Fraser, MSc,¹ Julie Allen, BSc,¹ Gary A.F. MBChB,¹ Sue Jowett, PhD,⁵ Shahela Kodabuckus PhD,¹ Rupert A. Payne, MRCGP,⁸ Marney William,¹ the OPTIMISE Investigators

Hypertension: la déprescription d'antihypertenseurs peut être possible chez certains patients plus âgés

PAR LU-ANN MURDOCH LE 3 JUIN 2020

[Courriel](#) [Imprimer](#) [Redimensionner](#) [Commenter](#)

▶ Author information ▶ Article notes ▶ Copyright

See commentary "Deprescribing Antihypertensive Less Doing No Harm?" in JAMA, volume 323 on

Une nouvelle étude chez des personnes de 80 ans et plus a examiné si les antihypertenseurs peuvent être réduits sans induire de changements significatifs dans le contrôle de la pression artérielle systolique (PAS) ou d'effets indésirables. Bien qu'il ait été démontré qu'un traitement antihypertenseur prévient les accidents vasculaires cérébraux et les maladies cardiovasculaires chez les patients âgés à haut risque, une baisse de la PAS et des prescriptions d'antihypertenseurs multiples peuvent être nocives chez certains patients plus âgés multimorbides qui prennent plusieurs médicaments.



L'étude OPTIMISE (Optimizing Treatment for Mild Systolic Hypertension in the Elderly) était un essai randomisé, ouvert, de non-infériorité mené dans 69 centres de soins primaires en Angleterre. Tous les participants à l'étude étaient âgés de 80 ans et plus, avaient une PAS <150 mmHg et avaient reçu au moins deux médicaments antihypertenseurs au cours des 12 mois précédents. Les patients avaient été inscrits par leur médecin de famille si ce dernier estimait que certains de ses patients pourraient bénéficier d'une réduction des médicaments en raison d'un ou de plusieurs des éléments suivants : polypharmacie, comorbidité, non-observance thérapeutique, aversion pour les médicaments, ou faiblesse.

Etude PARTAGE

- En EHPAD
- Sujets de plus de 80 ans fragiles : surmortalité avec des PAS < 130 mmHg
- Surmortalité uniquement observée chez les sujets dont la PAS basse était liée à la prise de plus d'un médicament antihypertenseur
- Hypothèse : une réduction surveillée et progressive du traitement anti-HTA chez sujets institutionnalisés et fragiles , avec PAS < 130 mmHg → amélioration survie (augmentation PAS et diminution iatrogénie)

Les hypertendus de plus de 80 ans vivant en EHPAD : sont-ils sur-traités ?. A. Bénétos. NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie (2015) 15,89-93

Sheppard and *al.* Effect of Antihypertensive Medication Reduction vs Usual Care on Short-term Blood Pressure Control in Patients With Hypertension Aged 80 years and Older. JAMA (2020) : [ici](#)

Objectifs tensionnels cibles chez la personne âgée



- Recommandations **européennes** ESC/ESH (2018) : [ici](#)
 - **Pour tous les patients**, il est recommandé de viser une **PAD entre 70-79 mmHg**
 - **Pour les patients de 65 à 79 ans** en bon état général, il est recommandé de viser une **PAS entre 130-139 mmHg**
 - **Pour les patients de plus de 80 ans**, il est recommandé de viser une **PAS entre 130-139 mmHg si bien toléré**, et de **maintenir une PAS > 130 mmHg**

Objectifs tensionnels cibles chez la personne âgée

- Recommandations **françaises** HAS/SFHTA (2016) : [ici](#)
- **Pour les patients de 65 à 79 ans**, il est recommandé de viser une **PAS entre 130-139 mmHg et une PAD < 90 mmHg sans hypotension orthostatique**
- **A partir de 80 ans**, il est recommandé de viser une **PAS < 150 mmHg sans hypotension orthostatique**



L'hypotension orthostatique

- Définition

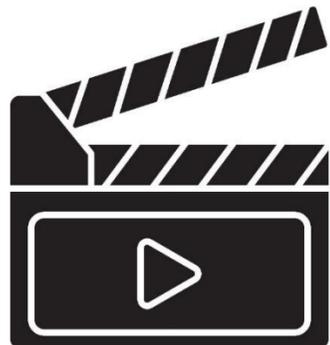
- « Diminution de la pression artérielle systolique d'au moins 20 mmHg et/ou de la PA diastolique d'au moins 10 mmHg, survenant dans les 3 minutes, suivant un passage en position debout. Elle peut être symptomatique ou non »

SFHTA . Consensus d'experts. HypoTA orthostatique (2014) : [ici](#)

- Points clés

- La **prévalence de l'HTO augmente avec l'âge**
- L'HTO est associée à un **risque de chute** (conséquences chez le sujet âgé : fracture, commotion cérébrale, hémorragie intracrânienne, hospitalisation, hébergement,...)

→ **A rechercher systématiquement**



[La fondation CARE - Test d'hypotension - YouTube](#)

Focus sur les antidiabétiques



Fiche mémo
Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2
Janvier 2013

Messages-clés

- L'objectif glycémique doit être individualisé en fonction du profil des patients et peut donc évoluer au cours du temps.
- Pour la plupart des patients diabétiques de type 2, une cible d'HbA1c inférieure ou égale à 7 % est recommandée. Le traitement médicamenteux doit être instauré ou réévalué si l'HbA1c est supérieure à 7 %.
- Le diabète est évolutif et le traitement doit être réévalué régulièrement dans toutes ses composantes : mesures hygiéno-diététiques, éducation thérapeutique et traitement médicamenteux.
- La mise en place de mesures hygiéno-diététiques efficaces est un préalable nécessaire au traitement médicamenteux du contrôle glycémique.
- La stratégie médicamenteuse repose sur l'écart par rapport à l'objectif d'HbA1c, l'efficacité attendue des traitements, leur tolérance, leur sécurité et leur coût.
- La metformine est le médicament de première intention en monothérapie.
- L'association metformine + sulfamide est la bithérapie à privilégier.
- L'insuline est le traitement de choix lorsque les traitements oraux et non insuliniques ne permettent pas d'atteindre l'objectif glycémique.
- L'instauration d'une insulinothérapie est l'objet d'une discussion avec le patient, et/ou son entourage, dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Elle doit être accompagnée et idéalement précédée d'une autosurveillance glycémique et doit faire l'objet d'un apprentissage.
- Les femmes en âge de procréer doivent être informées de l'intérêt d'un bon contrôle glycémique avant et durant la grossesse afin d'améliorer le pronostic obstétrical.
- L'autosurveillance glycémique n'est recommandée que si les résultats sont susceptibles d'entraîner une modification des mesures hygiéno-diététiques et/ou du traitement médicamenteux.
- La réalisation systématique de l'autosurveillance glycémique chez les patients sous antidiabétiques ne provoquant pas d'hypoglycémie n'est pas recommandée.
- Le recours à un endocrinologue est recommandé en cas de difficulté pour fixer l'objectif glycémique ou pour l'atteindre.

Fiche mémo - Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 | 1

- HbA1c (hémoglobine glyquée) : % d'Hb ayant fixé du sucre dans le sang. Reflet de la glycémie moyenne au cours des 3 derniers mois précédant le dosage

Personnes âgées	Dites « vigoureuses » dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l

Focus sur les antalgiques

Palier 1 + Palier 2 = OK

Palier 1 + palier 3 = OK

Palier 2 + palier 3 = KO

Palier 1 – Douleurs faibles à modérées :

Paracétamol

AINS

Néfopam (ACUPAN)

Palier 2 – Douleurs modérées (opioïdes faibles) :

Tramadol

Codéine

Palier 3 – Douleurs modérées à fortes (opioïdes forts) :

Morphine

Oxycodone

Hydromorphone

Fentanyl

Buprénorphine

Méthadone

Prévenir systématiquement la constipation :
hydratation, laxatifs

Privilégier **autant que possible la voie orale**

Respecter la règle : « start low et go slow »

Pharmacocinétique modifiée → plus d'effets indésirables

Néfopam (ACUPAN) : non recommandé (effets anticholinergiques)

En cas d'impossibilité d'utiliser la voie orale :

→ **PCA de morphine via HAD (procédures +++)**

→ **Fentanyl transdermique (DUROGESIC) :**

- Alternative pour les résidents ne pouvant avaler. Mais prudence
- Grandes fluctuations du passage transcutané chez le sujet âgé
- Grande liposolubilité → élimination plus lente chez le sujet âgé
- **30 mg morphine per os = 12,5 µg/h de fentanyl transdermique**
- **Mêmes effets indésirables que la morphine**

Formaliser les pratiques de switch entre les molécules et les formes galéniques



Focus sur les anticholinergiques

Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé : Les bons réflexes de prescription



V1, Septembre 2021

Introduction

Les médicaments ayant un effet anticholinergique sont utilisés pour traiter **diverses pathologies**, comme la dépression, certaines allergies, la maladie de Parkinson, des troubles du comportement ou encore des maladies broncho-pulmonaires.

Ces médicaments anticholinergiques (MAC) sont responsables de **nombreux effets indésirables** pouvant rendre difficile le **diagnostic d'une toxicité** liée à ces médicaments. Ils font également partie des **médicaments potentiellement inappropriés** chez le sujet âgé.

Charge anticholinergique d'une prescription ¹

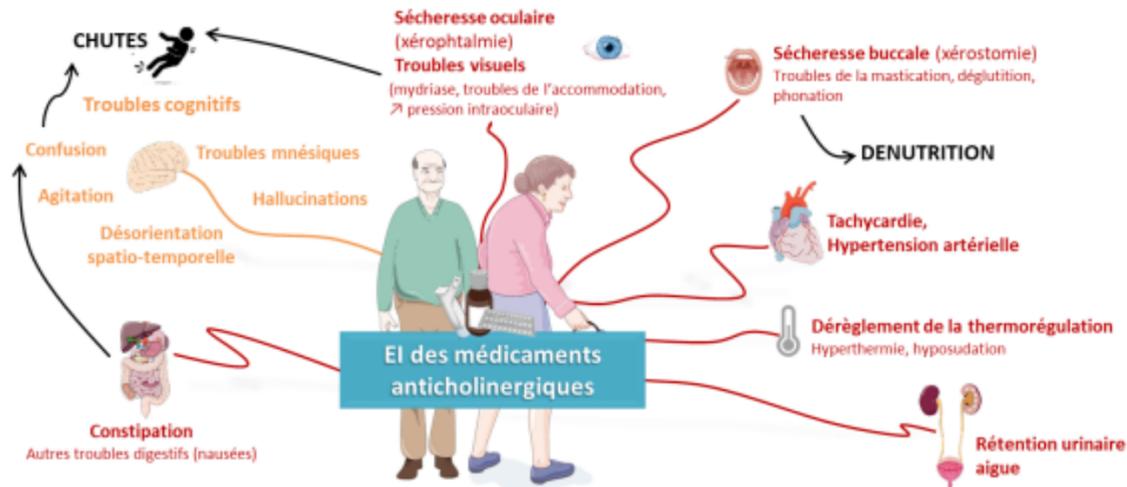
Cumul des effets de **plusieurs** molécules capables d'entraîner des effets anticholinergiques.

La capacité d'une molécule à exercer des effets anticholinergiques est fonction, de son affinité pour les récepteurs *muscariniques* et de son activité intrinsèque.

Effets indésirables anticholinergiques ^{2, 3, 4, 5}

2 types d'effets indésirables (EI) anticholinergiques :
Effets centraux et périphériques

Ces EI peuvent favoriser les principaux syndromes gériatriques.



Zoom sur les particularités cinétiques du sujet âgé

- ↗ passage de la barrière hématoencéphalique (BHE) des médicaments
 - ↘ métabolisme de la fonction hépatique
 - ↘ métabolisme de la fonction rénale
- Accumulation des médicaments
- Potentialisation des EI anticholinergiques

Règles de prescription en pratique ^{2, 3, 6, 7, 8, 9}

Prérequis

Evaluer le **rapport bénéfice/risque** pour chaque patient

Prendre en compte les fonctions cognitives

Prendre en compte les traitements déjà prescrits

Situations cliniques à risques

- Démence, déclin cognitif et/ou syndromes gériatriques
- Traitement des effets extrapyramidaux induits par les neuroleptiques
- Prostatisme symptomatique
- Polymédication

→ ↗ **risque de toxicité anticholinergique**

Médicaments à risques

- Psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques ...)
- MAC de score 3 sur les échelles d'évaluation (cf. annexe)
- Anticholinestérasiques (Alzheimer) : interaction médicamenteuse avec MAC → ↘ efficacité des anticholinestérasiques



Attention aussi aux traitements pris par d'autres voies (nasale, oculaire...) et à l'automédication

Quand mesurer la charge anticholinergique ?

- **Avant introduction d'un médicament anticholinergique**, notamment en cas d'association de plusieurs médicaments anticholinergiques
- **En cas d'apparition d'EI anticholinergiques** (confusion, rétention urinaire, constipation, xérostomie...)

Comment mesurer la charge anticholinergique d'une prescription ?

Calculer la charge anticholinergique en utilisant les échelles d'évaluation

Echelle ACB
EI anticholinergiques centraux
Impact cognitif considéré significatif si **score ≥ 4**

Echelle CIA
EI anticholinergiques périphériques
Imprégnation anticholinergique considérée élevée si **score > 5**

Que faire si la charge anticholinergique est trop élevée ?

- **Identifier les médicaments à fort potentiel anticholinergique (score = 3)**
→ Trouver une alternative sans ou avec un moindre potentiel anticholinergique (cf. Liste de Laroche⁹...)
- Si impossibilité de prescrire une alternative, privilégier :
→ La **dose efficace la plus faible** possible
→ La **durée la plus courte** possible
- **Traiter les EI dès leur apparition** pour éviter des complications

Sources :

1. Villalba-Moreno, A. 2016. « Systematic Review on the Use of Anticholinergic Scales in Poly-Pathological Patients ». Archives of Gerontology and Geriatrics 62 (janvier): 1-8.
2. Gégou, M. 2014. « Anticholinergiques oraux et inhalés chez le sujet âgé : leurs effets indésirables dépassent le strict périmètre de la pneumologie ». Info Respiration, n° 124: 31-34.
3. Briet, J. 2015. « Coefficient d'imprégnation Anticholinergique : Mise au point d'un nouveau score et application en population psychiatrique ». Thèse de Pharmacie, Université de Dijon, 90p.
4. Boustani, M. 2008. « Impact of anticholinergics on the aging brain: a review and practical application ». Aging Health 4 (3): 311-20.
5. Csajka, C. 2017. « Détecter et évaluer l'impact des médicaments anticholinergiques ». Revue Médical Suisse.
6. Mebarki, S. 2012. « Echelles d'évaluation de l'effet anticholinergique des médicaments ». Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 12(69): 131-38.
7. URPS Hauts-de-France, « Outils d'aide à l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse du patient âgé - Fiches de synthèse ».
8. OMEDIT Pays de la Loire, Qualité Santé 2020. « État des lieux sur l'utilisation des psychotropes chez la personne âgée en santé mentale ».
9. Laroche M-L. 2008. « Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française ». La revue de médecine interne 2/3

Evaluation de la charge anticholinergique

Annexe 3, 4, 6

Tableau 1 : Echelle du risque cognitif lié aux anticholinergiques (ACB) – Echelle de Boustani et al.

→ **EI centraux**

Score 1 (faible)		Score 2 (modéré)	Score 3 (fort)	
Alimemazine	Furosemide	Amantadine	Amitriptyline	Imipramine
Alprazolam	Haloperidol	<i>Belladonna</i>	Amoxapine	Meclozine
Alverine	Hydrocortisone	Carbamazepine	Atropine	Nortriptyline
Atenolol	Isosorbide	Cyproheptadine	Brompheniramine	Olanzapine
Bupropion	Loperamide	Loxapine	Chlorpheniramine	Oxybutynine
Captopril	Metoprolol	Levomepromazine	Chlorpromazine	Paroxetine
Chlorthalidone	Morphine	Oxcarbazepine	Clomipramine	Perphenazine
Cimetidine	Nifedipine	Pimozide	Clozapine	Prométhazine
Clorazepate	Prednisone		Dimenhydrinate	Quetiapine
Codeine	Prednisolone		Diphenhydramine	Scopolamine
Colchicine	Quinidine		Doxepine	Tolterodine
Diazepam	Ranitidine		Flavoxate	Trihexyphenidyle
Digoxine	Risperidone		Hydroxyzine	Trimipramine
Dipyridamole	Theophylline		<i>Hyoscyamus niger</i>	
Disopyramide	Trazodone			
Fentanyl	Triamterene			
Fluvoxamine	Warfarine			

Impact cognitif considéré significatif si score ≥ 4

Toutes les molécules de la liste initiale non commercialisées à ce jour sur le marché français ont été retirées de ce tableau.

Tableau 2 : Echelle du Coefficient d'imprégnation anticholinergique (CIA) – Echelle de Briet et al.

→ **EI périphériques**

Score 1 (faible)			Score 2 (modéré)	Score 3 (fort)	
Acide Valproïque	Diltiazem	Nifedipine	Amantadine	Amitriptyline	Hydroxyzine
Alimemazine	Divalproate de sodium	Nizatidine	Baclofene	Amoxapine	Imipramine
Alprazolam	Domperidone	Oxazepam	Carbamazepine	Atropine	Ipratropium
Alverine	Duloxetine	Oxycodone	Cetirizine	Biperidene	Maprotiline
Ampicilline	Entacapone	Phenelzine	Cimetidine	Brompheniramine	Meclozine
Atenolol	Famotidine	Piperacilline	Disopyramide	Chlorpheniramine	Mequitazine
Azathioprine	Fentanyl	Pipotiazine	Dosulepine	Chlorpromazine	Nortriptyline
Bromocriptine	Fluoxetine	Pramipexole	Doxylamine	Clomipramine	Oxybutynine
Bupropion	Fluvoxamine	Prednisone	Fexofenadine	Clozapine	Perphenazine
Captopril	Furosemide	Prednisolone	Levomepromazine	Cyamemazine	Prochlorperazine
Carbidopa	Gentamicine	Proprietaryazine	Loperamide	Cyproheptadine	Scopolamine
Cefoxitine	Haloperidol	Quinidine	Loratadine	Desloratadine	Solifenacine
Chlordiazepoxide	Hydrocortisone	Ranitidine	Loxapine	Dexchlorpheniramine	Tizanidine
Chlorthalidone	Isosorbide	Risperidone	Methadone	Dimenhydrinate	Tolterodine
Ciclosporine	Levodopa	Selegiline	Olanzapine	Diphenhydramine	Trihexyphenidyle
Citalopram	Lithium	Sertraline	Oxcarbazepine	Doxepine	Trimipramine
Clindamycine	Lorazepam	Temazepam	Paroxetine	Flavoxate	Tropatepine
Clonazepam	Methocarbamol	Theophylline	Pethidine	Fluphenazine	Trospium
Clorazepate	Methylprednisolone	Tramadol	Pimozide		
Codeine	Metoclopramide	Trazodone	Pseudoephedrine		
Colchicine	Metoprolol	Triamcinolone	Quetiapine		
Dexamethasone	Midazolam	Triamterene	Triprolidine		
Diazepam	Mirtazapine	Vancomycine			
Digoxine	Morphine	Warfarine			

Imprégnation anticholinergique considérée élevée si score > 5

Attention aux **anticholinergiques dits « cachés »** (ex : furosémide, captopril, warfarine, métoprolol...) Leur réel effet atropinique clinique n'est pas certain (études in vitro), mais il ne faut pas les oublier.

CALCULATEUR DE CHARGE ANTICHOLINERGIQUE D'UNE PRESCRIPTION (OMEDIT PAYS DE LA LOIRE, MAI 2022)



[Calculateur de charge anticholinergique d'une prescription \(OMEDIT Pays de la Loire, mai 2022\) - OMEDIT \(omedit-paysdelaloire.fr\)](https://omedit-paysdelaloire.fr)



Outils de réévaluation des prescriptions



BÉTABLOQUANTS	Modalités de préparation (écrasement comprimé / ouverture gélule)	Amertume	Modalités d'administration
ACÉBUTOLOL cp. 200 et 400 mg (SECTRAL)			
ACÉBUTOLOL LP cp. 500 mg (SECTRAL LP)			
ATÉNOLOL cp. sec. 50 et 100 mg (TENORMINE)			



Liste préférentielle en EHPAD – OMÉDIT : [EH PAD \(omedit-normandie.fr\)](http://ehpad(omedit-normandie.fr))

European Geriatric Medicine
<https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>

RESEARCH PAPER



STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3

Denis O'Mahony^{1,2} · Antonio Cherubini³ · Anna Renom Guiteras⁴ · Michael Denking⁵ · Jean-Baptiste Beuscart⁶ · Graziano Onder⁷ · Adalsteinn Gudmundsson⁸ · Alfonso J. Cruz-Jentoft⁹ · Wilma Knol¹⁰ · Gülistan Bahat¹¹ · Nathalie van der Velde¹² · Mirko Petrovic¹³ · Denis Curtin²

Received: 10 January 2023 / Accepted: 31 March 2023
 © The Author(s) 2023, corrected publication 2023



Liste STOPP/START: [EH PAD \(omedit-normandie.fr\)](http://ehpad(omedit-normandie.fr))

Consensus européens de médicaments potentiellement inappropriés chez les patients âgés
 Mise à jour en 2023

STOPPFrail (2017)

- Consensus d'experts européens
- Patient cible
 - **Tout patient âgé et fragile** ayant une espérance de vie limitée, peu importe son milieu de soins
- **4 critères utiles à l'arrêt d'un médicament**
 - Pathologie irréversible en phase terminale
 - Pronostic faible avec espérance de vie autour d'une année
 - Perte importante d'autonomie fonctionnelle ou trouble neurocognitif majeur
 - Priorité accordée au soulagement des symptômes plutôt qu'à la prévention de la progression de la maladie
- **Classification**
 - 27 Médicaments Potentiellement Inappropriés



Liste STOPPFrail: [EHPAD \(omedit-normandie.fr\)](http://omedit-normandie.fr)

Revue des prescriptions MEDicamenteuses potentiellement inapproprié[e]s chez les Seniors (2021)

- Consensus d'experts français
- Processus de révision d'ordonnance
- Patient cible
 - **Patient français de 75 ans et plus ou 65 ans et plus polypathologique**
- **Classification**
 - 104 critères



Liste REMEDI[e]S: [EHPAD \(omedit-normandie.fr\)](http://omedit-normandie.fr)



REMEDI[e]S

REvue des prescriptions MEDicamenteuses potentiellement inapproprié[e]s chez les Seniors
REMEDI[e]S (REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors)

Roux B, Berthou-Contreras J, Beuscart JB, Charenton-Blavignac M, Doucet J, Fournier JP, de la Gastine B, Gautier S, Gonthier R, Gras V, Grau M, Noize P, Polard E, Rudelle K, Valnet-Rabier MB, Tannou T, Laroche ML. *REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria.* Eur J Clin Pharmacol. 2021 Jun 11. doi: 10.1007/s00228-021-03145-6. Epub ahead of print. PMID: 34115158.



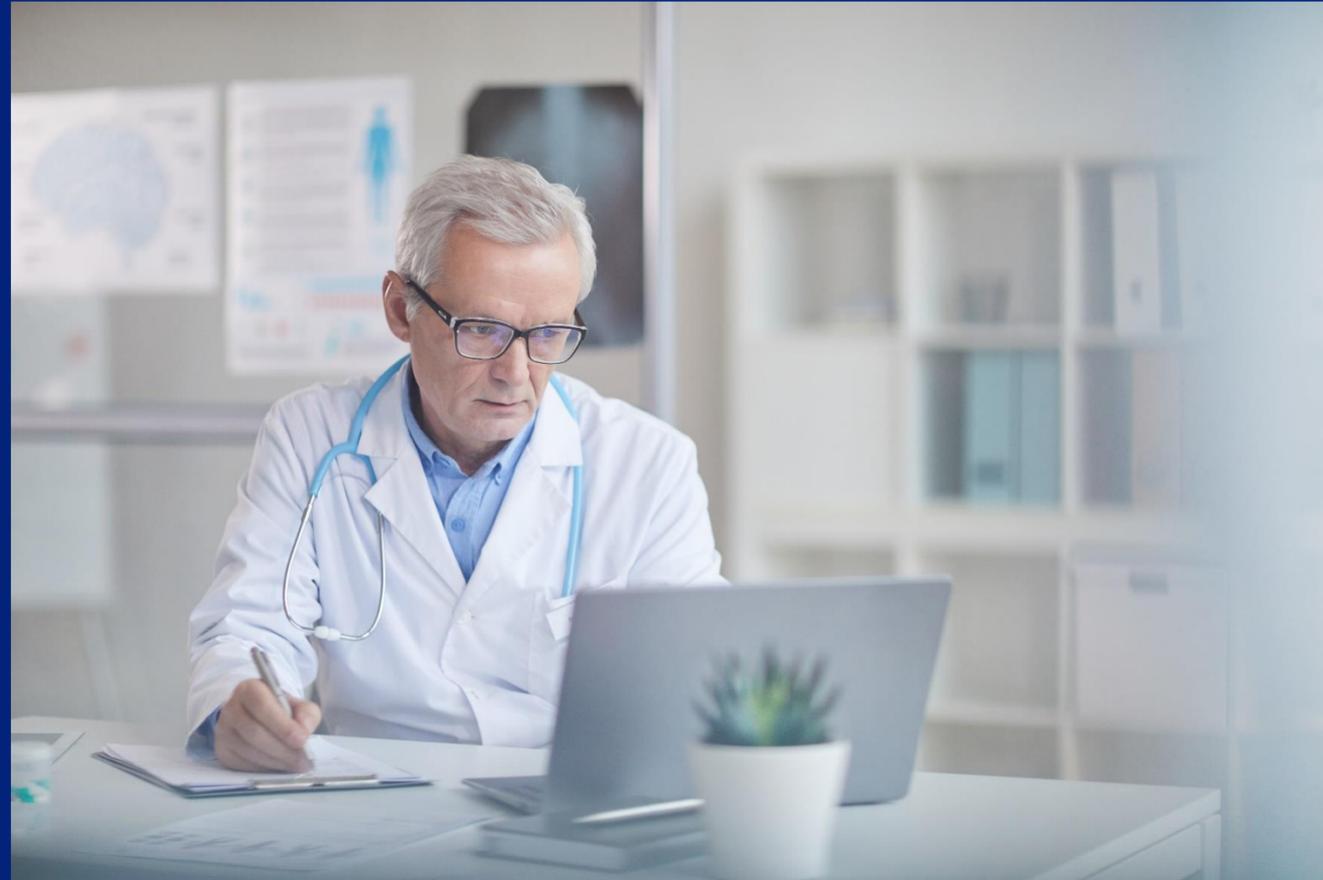
Kit de communication



Vidéos à destination du grand public



Vidéos à destination des professionnels de santé



Retour
d'expérience

MIEUX ENCADRER LES RÔLES ET
RESPONSABILITÉS PAR
L'ÉLABORATION DE PROTOCOLES DE
DÉLÉGATION OU DE COOPÉRATION

Geneviève DELACOURT

CONVENTION EHPAD OFFICINE

Place du pharmacien référentt

URPS Pharmaciens

PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES

Outil d'aide à la décision et téléconsultation

Arbre décisionnel interactif d'aide à la prise en charge des plaies chroniques

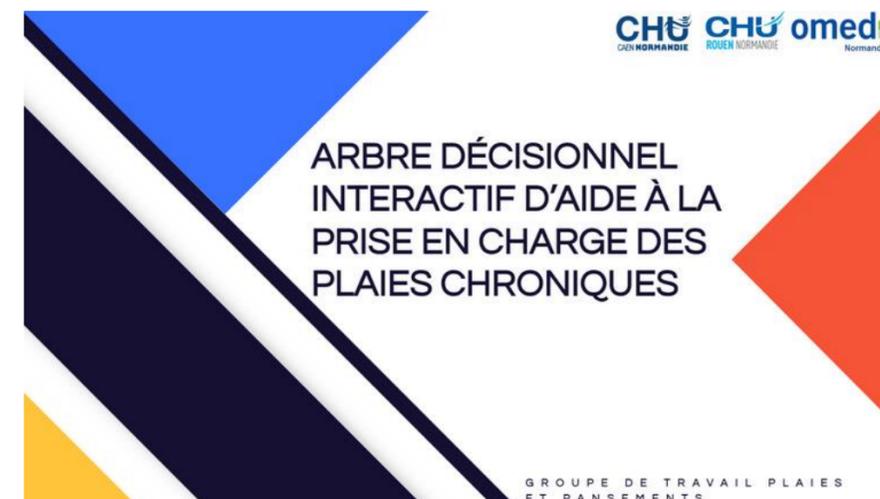
Le parcours de soins des patients porteurs de plaies chroniques fait intervenir de nombreux acteurs y compris des professionnels libéraux. Du fait de situations cliniques différentes (parfois repérées tardivement ou prises en charge incorrectement) et des nombreuses références de pansements, la prise en charge des plaies chroniques reste complexe et nécessite une coordination ville-hôpital.

Le groupe de travail plaies et pansements de l'OMÉDIT Normandie a souhaité construire un outil simple d'utilisation et interactif ciblé sur les ulcères de jambes, les escarres et les plaies du pied diabétique pour informer et aider les professionnels libéraux :

- en insistant sur le traitement étiologiques de ces plaies
- en orientant vers le bon type de pansement au bon moment
- en privilégiant les produits remboursés par l'assurance maladie
- en favorisant le recours à des structures spécialisées lorsque la situation est justifiée



Scannez le Qr Code



Cliquez sur le lien