

Réduction de la iatrogénie médicamenteuse en lien avec les chutes

Albane CHEREL, pharmacien PH, OMÉDIT Normandie

Journée des EHPAD de Normandie – lundi 3 juin 2024



Médicaments pourvoyeurs de chutes chez les sujets âgés

Therapeutic Advances in Drug Safety

[Ther Adv Drug Saf](#). 2013 Aug; 4(4): 147–154.

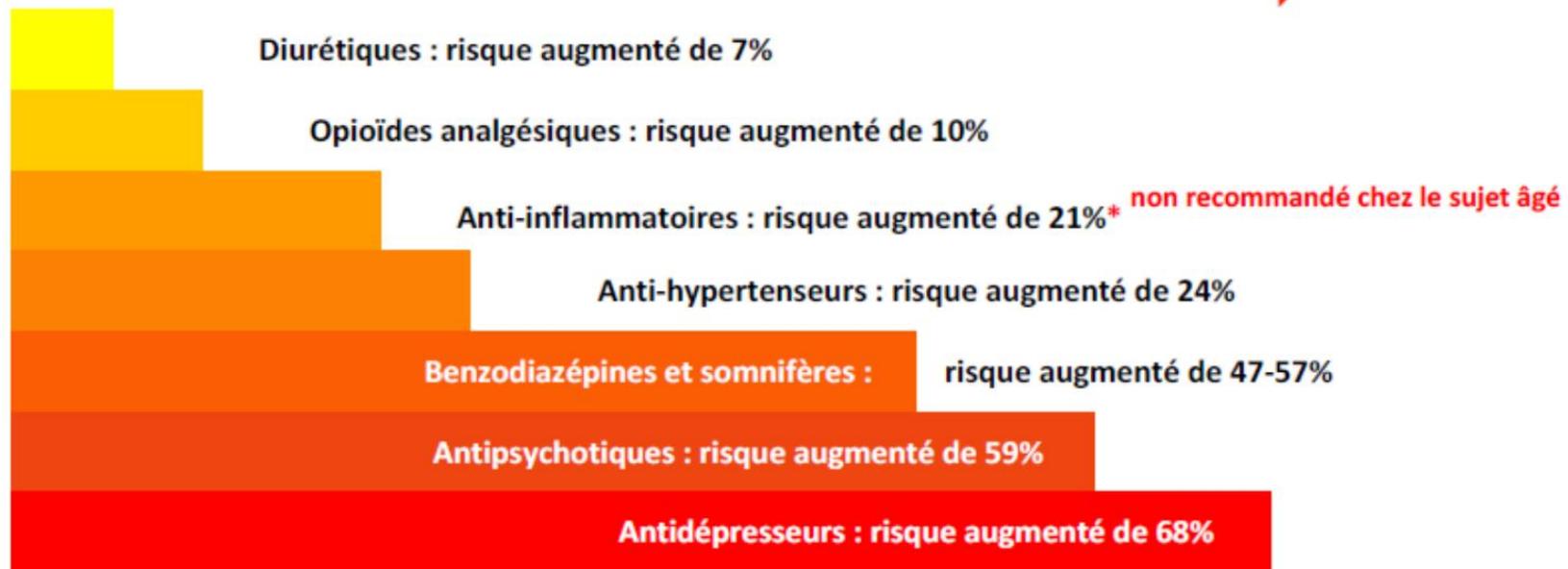
doi: [10.1177/2042098613486829](https://doi.org/10.1177/2042098613486829)

Drug-related falls in older patients: implicated drugs, consequences, and possible prevention strategies:

[Marlies R. de Jong](#),¹ [Maarten Van der Elst](#), and [Klaas A. Hartholt](#)

[Author information](#) [Copyright and License information](#) [PMC Disclaimer](#)

Quels médicaments augmentent le risque de chutes?



Sources: de Jong *et al.* 2013

Médicaments pourvoyeurs de chutes chez les sujets âgés

Analyse de la base de données de la FDA (Food and Drug Administration)

34 840 chutes avec 1898 médicaments

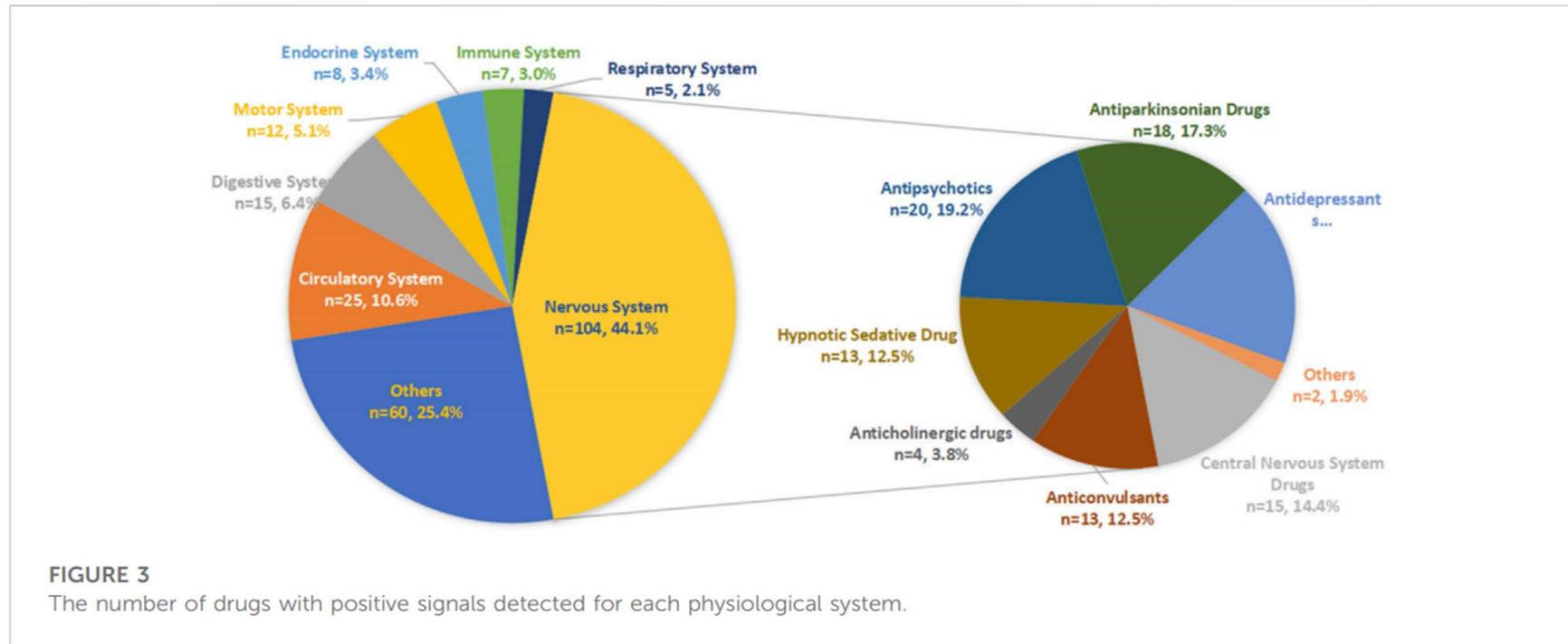


FIGURE 3

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 pourvoyeurs de chutes chez les sujets âgés

Andersen et al. *BMC Geriatrics* (2020) 20:121
https://doi.org/10.1186/s12877-020-01532-9

BMC Geriatrics

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Prevalence of medication-related falls in 200 consecutive elderly patients with hip fractures: a cross-sectional study

Charlotte Uggerhøj Andersen^{1,2,3*}, Pernille Overgaard Lassen⁴, Hussain Qassim Usman⁴, Nadja Albertsen⁴, Lars Peter Nielsen^{1,3} and Stig Andersen^{2,4}



Prévalence des chutes liées aux médicaments chez 200 patients âgés avec une fracture du col du fémur

- **Etude transversale** chez **200 patients ≥ 65 ans** admis pour une **fracture du col du fémur**
- **Evaluation** de la **prévalence des chutes liées aux médicaments** et évaluation du **rôle des FRID** (fall-risk increasing drugs Frits) et des **MPI** (Médicaments Potentiellement Inappropriés) chez les **patients âgés hospitalisés** pour une **fracture du col du fémur**
- Identification des **MPI** via l'outil **STOPP v2** + évaluation des indications, CI et interactions
- **87,5% des patients avec FRID** (n = 175)
 - **Contribution** du médicament dans la **chute** pour **41% des patients** (n = 82)
 - **Psychotropes** seuls ou en combinaison avec **antihypertenseur** et/ou **diurétique**
 - Les 82 patients avec une suspicion de chute liée à un médicament étaient traités par plus de médicaments FRID et MPI que les autres patients. 74 patients (90%) avaient au moins 1 médicament FRID qui était un MPI

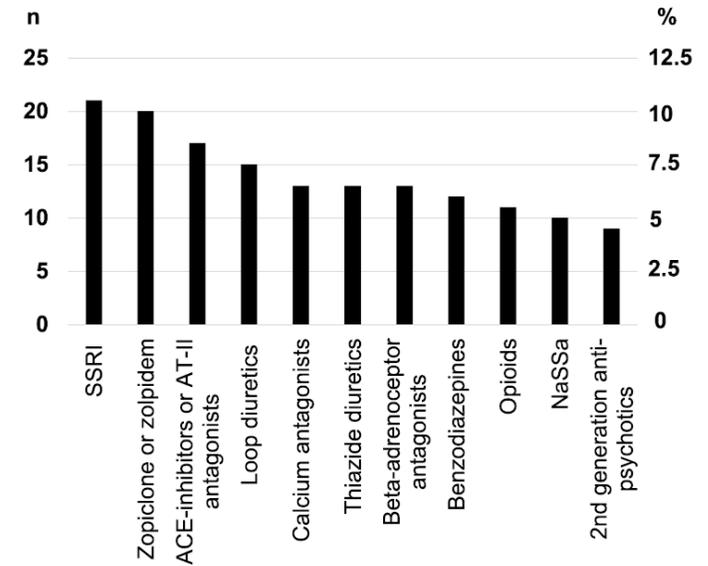


Fig. 2 Medications most commonly suspected of contributing to falls. Figure 2. Drug classes most frequently suspected to contribute to the fall in patients with a suspected medication-related fall (group 5, Fig. 1). Left axis shows the crude number of patients in which the drug contribute. Right axis shows the percentage. Abbreviations: SSRI: selective serotonin reuptake inhibitors, ACE: angiotensin-II converting enzyme, AT-II: angiotensin-II receptor, NaSSa: Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants

Listes de médicaments potentiellement inappropriés



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.

Consensus d'experts français (2021)
Processus de révision d'ordonnance
104 critères

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

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

Les psychotropes



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-Centenas J, Beaucart JB, Charenton-Blaugnot
Castelné B, Gaudier S, Gauthier R, Gros V, Grau M, Moize P, Polzer
Tannou T, Laroche ML. REview of potentially inappropriate
Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria
11. doi: 10.1007/s00228-021-03145-6. Epub ahead of print. PM



NEURO-PSYCHIATRIE		
D-7	Utilisation concomitante de 2 et plus psychotropes de la même classe pharmacologique (≥ 2 benzodiazépines, ≥ 2 antidépresseurs, ≥ 2 antipsychotiques)	<p>Potentialisation des effets indésirables (troubles cognitifs, syndrome confusionnel, troubles de la vigilance, chutes) sans augmentation de l'efficacité</p> <p>Ne pas associer ; vérifier l'observance.</p> <p>Réévaluation globale du traitement psychotrope et planification de l'arrêt des traitements dupliqués en prévention d'un syndrome de sevrage.</p>

Abréviations : AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens ; IEC, inhibiteurs de l'enzyme de conversion ; ARA II, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II ; MAPA, mesure ambulatoire de la pression artérielle.

Les antidépresseurs et le risque de chute

Table 1 Prevalence of fall-related side effects of antidepressants

	Orthostatic hypotension	Imbalance and/or dizziness	Extrapyramidal symptoms	Sedation	Delirium or confusional state	Visual impairment	Hyponatremia
<i>SSRIs</i>							
Citalopram	No data	+++	No data	++++	+++	No data	+
Escitalopram	No data	+++	No data	++	++	++	+
Paroxetine	++	+++	++	+++	++	+++	+
Fluvoxamine	++	+++	++	No data	++	No data	+
Fluoxetine	++	+++	No data	+++	No data	+++	+
Sertraline	No data	++++	+++	++++	+	+++	+
<i>SNRIs</i>							
Venlafaxine	++	++++	No data	++++	+	+++	+
Duloxetine	++	+++	+	++++	+	+++	+
<i>TCA</i> s							
Amitriptyline	++++	++++	No data	++++	+++	++++	+++
Nortriptyline	+++	++++	No data	No data	+	++++	No data
Clomipramine	+++	++++	No data	++++	+++	++++	No data
Doxepin	+++	+++	+++	++	++	++	+
Maprotiline	+++	++++	No data	+++	+	+++	+
Dosulepin	+++	+++	++	+++	++	++	No data
<i>Other</i>							
Mirtazapine	+++	+++	No data	++++	+++	No data	+
Bupropion	+	+++	+	No data	++	+++	No data
Trazodone	+++	++++	No data	+++	+++	+++	No data
Agomelatine	No data	+++	No data	+++	++	++	No data
Vortioxetine	No data	+++	No data	No data	No data	+	+
Mianserin	+++	No data	+	++++	No data	No data	+

Van Poelgeest, E.P. et al. Depression, antidepressants and fall risk : therapeutic dilemmas – a clinical review. *J.Affect. European Geriatric Medicine* 12:585-596 (2021)

Facteurs de risque de chutes liés aux antidépresseurs :

- L'Hypotension orthostatique
- La sédation/diminution de l'attention
- L'hyponatrémie (les premières semaines de traitement)
- Les troubles moteurs : tremblements/syndromes parkinsoniens
- Les effets anticholinergiques
- La toxicité cardiaque
- Les risques de fracture
- Les interactions médicamenteuses

Médicaments existants

Classe d'antidépresseurs	Antidépresseurs
Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)	Citalopram (SEROPRAM®), Escitalopram (SEROPLEX®), Fluoxétine (PROZAC®), Fluvoxamine (FLOXYFRAL®), Paroxétine (DEROXAT®), <u>Sertraline (ZOLOFT®)</u>
Autre ISRS	Vortioxétine (BRINTELLIX®)
Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et sérotonine (IRSNA)	<u>Venlafaxine (EFFEXOR®)</u> , Duloxétine (CYMBALTA®), Milnacipran (IXEL®)
Antidépresseurs imipraminiques ou tricycliques (ATC)	Clomipramine (ANAFRANIL®), Amoxapine (DEFANYL®), Amitriptyline (LAROXYL®), Maprotiline (LUDIOMIL®), Dosulépine (PROTHIADEN®), Doxépine (QUITAXON®), Trimipramine (SURMONTIL®), Imipramine (TOFRANIL®)
Inhibiteurs de la Monoamine oxydase (IMAO)	IMAO-A : Moclobémide (MOCLAMINE®) IMAO non-sélectifs (ATU nominatives) : Phénelzine (Nardelzine), Tranylcypromine
Alpha-2 présynaptiques	Mirtazapine (NORSET®) et Miansérine (ATHYMIL®)
Autres	Tianeptine (STABLON®) Agomélatine (VALDOXAN®) Eskétamine (SPRAVATO®)

MPI

Les antidépresseurs : quelles molécules privilégier chez le sujet âgé ?

- **1^{ère} intention :**
 - **Sertraline**
 - **Autres ISRS** (pas en première intention) : escitalopram et citalopram = risque d'allongement du QTc
 - **IRSN** : duloxétine, venlafaxine
 - **Mirtazapine**
- **Sur avis spécialiste :**
 - *Vortioxétine*
 - *Moclobémide (IMAO A)*
 - *Normothymique si dépression récurrente*

Posologie de départ et intervalle d'augmentation : demi-dose par rapport au sujet jeune

Modalités de prise et formes galéniques

Antidépresseur	Formes galéniques disponibles	Modalités d'administration	Modalités de préparation (écrasement comprimé/ouverture gélule)
Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)			
Sertraline (Zoloft®)	<ul style="list-style-type: none"> Gél (25 mg et 50 mg) 	<ul style="list-style-type: none"> Avec de la nourriture afin d'en maximiser l'absorption 1 fois/jr le matin 	
Citalopram (Seropram®)	<ul style="list-style-type: none"> Comprimé 20 mg Solution buvable 40 mg/ml fl.12 ml (décalage posologique) 	<ul style="list-style-type: none"> Avec un grand verre d'eau, pendant ou en dehors des repas en position assise ou debout. 	
Escitalopram (Seroplex®)	<ul style="list-style-type: none"> Comprimé 5mg ; 10 mg ; 20 mg Solution buvable 20 mg/ml (décalage posologique) 	<ul style="list-style-type: none"> Chaque jour, à heure régulière, avec un grand verre d'eau, de préférence le matin, pendant ou en dehors des repas, en position assise ou debout. Le flacon de solution buvable doit être bien agité. Les gouttes doivent être mélangées à de l'eau. 	
Venlafaxine	<ul style="list-style-type: none"> Comprimé 50 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Administrer à heure fixe, de préférence le matin, au cours d'un repas 	
Venlafaxine	<ul style="list-style-type: none"> Comprimé LP 150 mg et 225 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Administrer à heure fixe, de préférence le matin, au cours d'un repas 	
Venlafaxine (EFFEXOR)	<ul style="list-style-type: none"> Gélule LP 37,5 mg ; 75 mg et 150 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Administrer à heure fixe, de préférence le matin, au cours d'un repas 	
Mirtazapine (NORSET)	<ul style="list-style-type: none"> Comprimé 15 mg 	<ul style="list-style-type: none"> A prendre de préférence le soir 	



Liste à télécharger [ici](#)



Liste à télécharger [ici](#)

Effets indésirables, précautions et suivi

Effets indésirables	Précautions et suivi
Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) : effets de classe	
Troubles gastro-intestinaux (nausées, diarrhées, vomissements, etc.)	Prise associée à de la nourriture
Tremblements	Diminution de dose ou substitution par une autre molécule (selon sévérité, réponse au traitement et historique de la pathologie)
Troubles du sommeil	Privilégier la prise du traitement le matin
Xérostomie	hydratation et substituts salivaires
Hyponatrémie	Suivi de la natrémie chez les patients à risque, à l'initiation du traitement
Risque de saignements	Prudence en particulier lors traitement concomitant par anticoagulants, AINS ou antiplaquettaires
Céphalées, vertiges, troubles du sommeil	S'atténuent généralement lors de la poursuite du traitement

Mais aussi : dysfonction sexuelle, gain/perte de poids, syndrome sérotoninergique, dyskinésies, chutes...

Paroxétine (DEROXAT)

- **Propriétés anticholinergiques importantes**
- Sédation
- Inhibiteur du CYP 2D6

Sertraline (ZOLOFT)

- Inhibiteur modéré du CYP 2D6

Citalopram (SEROPRAM) et Escitalopram (SEROPLEX)

- Risque élevé de torsades de pointe : ECG à J0 + J7 puis ECG à M1-M6 puis tous les ans

Effets indésirables, précautions et suivi

Effets indésirables	Précautions et suivi
Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline : effets de classe	
Les mêmes que les ISRS	
Effet noradrénergique → augmentation de la pression artérielle (PA) dose dépendante et de la fréquence cardiaque	Surveiller systématiquement la PA chez tous les patients, notamment en cas d'HTA préexistante ou à posologie supérieure à 200 mg/jr
Hypotension orthostatique	Se lever en 2 temps quand on s'est couché : s'asseoir au bord du lit, agiter les jambes, puis se lever doucement

Venlafaxine (EFFEXOR)

- Risque modéré de torsade de pointe
- Chez les patients hypertendus : surveillance +++ de la pression artérielle
- Faible inhibiteur du CYP 2D6

Duloxétine (CYMBALTA)

- Chez les patients hypertendus : surveillance +++ de la pression artérielle
- Risque d'élévation des enzymes hépatiques : surveillance du BH à l'instauration puis régulièrement
- Inhibiteur modéré du CYP2D6

Antidépresseurs Potentiellement Inappropriés

Antidépresseur	Effets indésirables/interactions médicamenteuses	Précautions et suivi
Antidépresseurs tricycliques (ATC) :	<ul style="list-style-type: none"> • Effets anticholinergiques majeurs : xérostomie, constipation, rétention urinaire, troubles visuels, troubles cognitifs, dérèglement thermorégulation, exacerbation de glaucome, risque d'aggravation des troubles de conduction cardiaque • Accentuation des troubles cognitifs • Confusion • Effets indésirables cardiovasculaires : hypotension orthostatique, tachycardie, risque d'allongement du QTc • Très sédatifs • Hyponatrémies (très rares) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indiqués dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ risque grave d'arythmie cardiaque ▪ infarctus du myocarde récent • Surveillance de tension artérielle recommandée en cas de pathologie cardio-vasculaire : <ul style="list-style-type: none"> ▪ avant de prescrire un ATC ▪ puis après la mise en place du traitement (risque d'hypotension orthostatique)
Fluoxétine (Prozac®)	<ul style="list-style-type: none"> • Effets de classe des ISRS • Inhibition importante du CYP 2D6 → potentiel important d'interactions médicamenteuses avec d'autres médicaments. • Risque modéré de torsade de pointe • Hyponatrémie • Troubles digestifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes précautions que pour les autres ISRS
Paroxétine (Deroxat®)	<ul style="list-style-type: none"> • Effets de classe des ISRS • Puissant inhibiteur du CYP 2D6 → potentiel important d'interactions médicamenteuses avec d'autres médicaments. • Importantes propriétés anticholinergiques • Davantage de sédation • Risque modéré de torsade de pointe • Hyponatrémie • Troubles digestifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes précautions que pour les autres ISRS

TAKE-HOME message

- Les **antidépresseurs** ne sont **pas recommandés** pour traiter (selon CIM-10 ou DSM-5) :
 - Les symptômes insuffisants pour remplir les critères d'un épisode dépressif caractérisé
 - Les symptômes d'intensité **sévère** mais d'une durée **inférieure à 2 semaines**
 - Les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité **légère**
- Consigne : *start low, go slow and keep going*
 - Introduire à **petites doses**
 - **Augmenter progressivement** les doses en **réévaluant à chaque palier** le bénéfice/risque
 - **Jusqu'à la dose cible** reconnue comme **efficace** contre la dépression
 - Privilégier la monothérapie
- **Durée de traitement :**
 - Poursuite du traitement Antidépresseur à la même posologie pendant minimum 6 mois après une amélioration clinique significative constatée.
 - S'il s'agit d'un second épisode la durée du traitement antidépresseur serait plus longue (minimum 1 an)
- **Circonstances justifiant l'arrêt d'un traitement :**
 - La survenue de chutes
 - L'apparition d'effets indésirables intolérables
 - Dans les 2 mois suivant l'arrêt d'un traitement efficace
 - Une mauvaise adhésion médicamenteuse
 - L'absence de bénéfice clinique après 2 semaines de traitement à dose efficace
- **Décroissance progressive**
- **L'association benzodiazépine – antidépresseur n'est pas systématique**

Webinaire sur la dépression

SAVE THE DATE

Optimisation de la pharmacothérapie de la dépression chez la personne âgée

Parcours de formation - optimisation des prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées

Spécificités de la prise en charge médicamenteuse de l'état dépressif caractérisé chez la personne âgée



Une coopération

omedit
Normandie

OMeDiT
Normandie-France

CR3PA
Centre Régional de Recherche et d'Expertise en Psychiatrie de la Personne âgée

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
Hospices civils de Lille

CHU
LILLE

EPSMCAEN
Etablissement Public de Santé de Caen

Inscription en ligne à compter du 6 Mai 2024 - GRATUIT

Inscription via notre site internet :

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



Les antipsychotiques : quelles molécules choisir ?

- **Eviter les molécules ayant un effet anticholinergique** : neuroleptiques phénothiazines (Cyamémazine TERCIAN®, Chlorpromazine LARGACTIL, Lévomépromazine NOZINAN, etc.)



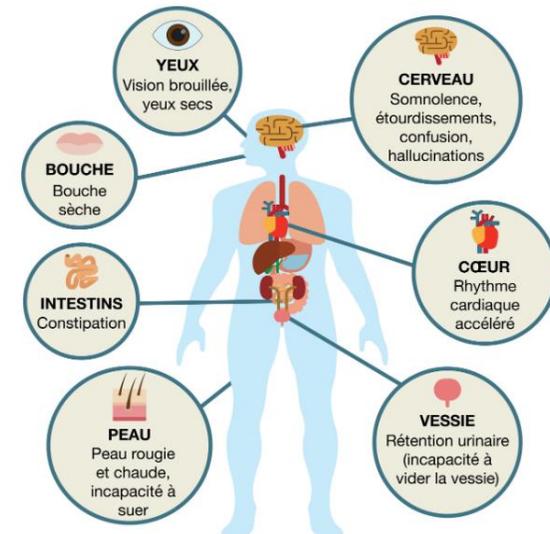
REMEDI[e]S

RÉvue 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, Vainet-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.

<p>B/R-8</p>	<p>Antipsychotiques phénothiaziniques</p> <p>Chlorpromazine Cyamémazine Flupenthixol Fluphénazine Lévomépromazine Pipotiazine Pimozide Prochlorpérazine Propériciazine Zuclopendixol</p>	<p>Effets anticholinergiques avec majoration du risque de cardiotoxicité (allongement de l'intervalle QT), de troubles de la marche avec risque de chutes et traumatismes crâniens, d'accidents vasculaires cérébraux et de décès.</p>	<p>Privilégier des antipsychotiques sans ou avec faibles propriétés anticholinergiques (par exemple : rispéridone, olanzapine, tiapride en fonction de l'indication)</p>
---------------------	--	--	--



Les antipsychotiques : quelles molécules choisir ?

- Eviter les antipsychotiques de 1^{ère} génération



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, Valinet-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.

<p>CC-10</p>	<p>Neuroleptiques conventionnels</p> <p>Amisulpride Chlorpromazine Cyamémazine Dropéridol Flupenthixol Fluphénazine Lévomépromazine Loxapine Palipéridone Penfluridol Perphénazine Pimozide</p> <p>Neuroleptiques atypiques</p> <p>Aripiprazole Clozapine</p>	<p>Pipampérone Pipotiazine Prochlorpérazine Propériciazine Quétiapine Sulpiride Tiapride Zuclopthixol</p> <p>Risque d'aggravation des troubles cognitifs et/confusionnels.</p> <p>Sédation, troubles de la marche avec risque de chutes et traumatismes crâniens.</p> <p>Augmentation du risque d'accidents vasculaires cérébraux et risque de décès.</p>	<p>Non recommandé pour les troubles du comportement dans les troubles neurocognitifs majeurs.</p> <p>Privilégier en première intention un traitement non pharmacologique : approche comportementale et/ou thérapie cognitivo-comportementale (relaxation, contact social, etc.).</p> <p>Si traitement pharmacologique nécessaire pour la prise en charge des troubles du comportement (échec des alternatives non médicamenteuses et préjudice pour le sujet et son entourage) et après avis spécialisé :</p> <p>En première intention : antidépresseurs (par exemple : IRS) à faibles doses et progressivement croissantes ; seconde intention : rispéridone et olanzapine recommandées pour une durée la plus courte possible à faibles doses et progressivement croissantes avec réévaluation régulière du rapport bénéfice/risque.</p>
--------------	---	---	--

Les benzodiazépines : quelles molécules choisir ?



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, Ganther 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.

NEURO-PSYCHIATRIE		
B/R-35	Benzodiazépines anxiolytiques à longue demi-vie (> 20h) Bromazépam Chlordiazépoxide/Clidinium Clobazam Clorazépate Diazépam Loflazépate Nordazépam Prazépam	<p>Risque majoré d'effets indésirables car allongement de la demi-vie par diminution du métabolisme avec l'âge.</p> <p>Effets indésirables sur le système nerveux central (syndrome confusionnel, troubles cognitifs, troubles psychomoteurs, troubles du comportement et altération du rythme nyctéméral).</p> <p>Risque de chutes et de fractures, perte d'indépendance fonctionnelle.</p> <p>Risque de dépendance physique et psychique en cas d'utilisation prolongée.</p>
		<p>Privilégier alternatives non pharmacologiques (approches comportementales et/ou thérapie cognitivo-comportementale).</p> <p>En cas de nécessité d'une approche pharmacologique (échec des alternatives non pharmacologiques), privilégier :</p> <p>pour une anxiété chronique (évoluant depuis au moins 6 mois) : un traitement de fond par antidépresseurs (IRS, IRSNA) ;</p> <p>pour des épisodes anxieux aigus : les benzodiazépines à demi-vie courte ou intermédiaire parmi les molécules suivantes à visée anxiolytique (demi-vie par ordre croissant) : clotiazépam, oxazépam, lorazépam, alprazolam. Se reporter aux critères DO-4 et DU-1 pour la dose et la durée de traitement.</p>

B/R-36	Benzodiazépines hypnotiques à longue demi-vie (> 20h) Nitrazépam	Cf. critère B/R-35.	<p>Privilégier alternatives non pharmacologiques (approches comportementales (règles d'hygiène de sommeil) et/ou thérapie cognitivo-comportementale).</p> <p>En cas de nécessité d'une approche pharmacologique, privilégier :</p> <p>en première intention la mélatonine ;</p> <p>en deuxième intention les benzodiazépines ou molécules apparentées à demi-vie courte ou intermédiaire parmi les molécules suivantes à visée hypnotique (demi-vie par ordre croissant) : zolpidem, zopiclone, loprazolam, lormétazépam, estazolam. Se reporter aux critères DO-4 et DU-2 pour la dose et la durée de traitement</p>
---------------	---	---------------------	---

Les benzodiazépines : quelles molécules choisir ?



REMEDI[e]S

REvue des prescriptions MEDicamentuses
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.

DO-4	<p>Benzodiazépines et molécule apparentées à demi-vie courte ou intermédiaire supérieure à la demi-dose proposée chez l'adulte jeune</p> <p>Lorazépam > 3 mg/jour, oxazépam > 30 mg/jour, alprazolam > 2 mg/jour, clotiazépam > 5 mg/jour, loprazolam > 0,5 mg/jour, lormétazépam > 0,5 mg/jour, zolpidem > 5mg/jour, zopiclone > 3,75 mg/jour, estazolam > 1 mg/jour</p>	<p>Pas de preuve d'efficacité supérieure si dose identique à la demi-dose proposée chez les sujets jeunes et majoration des effets indésirables (syndrome confusionnel, troubles cognitifs, troubles psychomoteurs, troubles du comportement et altération du rythme nyctéméral).</p> <p>Risque de chutes et de fractures, perte d'indépendance fonctionnelle.</p> <p>Risque de dépendance physique et psychique en cas d'utilisation prolongée.</p>	<p>Privilégier des alternatives non pharmacologiques : approches comportementales et/ou thérapie cognitivo-comportementale.</p> <p>En cas de nécessité d'une approche pharmacologique, privilégier :</p> <p>pour une anxiété chronique (évaluant depuis au moins 6 mois) : un traitement de fond par antidépresseurs (IRS, IRSNA) ;</p> <p>pour des troubles du sommeil : la mélatonine.</p> <p>Si traitement par benzodiazépines nécessaire (échec d'autres alternatives) : benzodiazépines ou molécules apparentées à demi-vie courte ou intermédiaire [cf. alternatives des critères DU-1 et DU-2] à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune et respecter les durées de prescription recommandées [cf. critères DU-1 et DU-2].</p>
-------------	--	--	--

BZD = risque d'aggravation des troubles cognitifs et/ou apparition d'un syndrome confusionnel, risque de chutes

BZD anxiolytiques : prescription limitée à 12 semaines

BZD hypnotiques : prescription limitée à 4 semaines

Les antihypertenseurs : comment limiter le risque de chute?



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.

	DUPLICATION PAR SYSTEME	RATIONNEL	RECOMMANDATIONS
	CARDIOLOGIE		
D-1	Utilisation concomitante de 2 et plus diurétiques dans l'hypertension artérielle	Majoration du risque d'insuffisance rénale fonctionnelle et de troubles hydro-électrolytiques graves (dysnatrémies, dyskaliémies).	Ne pas associer ; vérifier l'observance.
D-2	Utilisation concomitante de 2 et plus inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (≥ 2 IEC, ≥ 2 ARA II, IEC/ARA II)	Risque d'insuffisance rénale et d'hyperkaliémie, d'hypotension et de syncopes, sans effet bénéfique prouvé sur la réduction de la mortalité cardio-vasculaire.	Ne pas associer ; vérifier l'observance. La monothérapie est la règle (soit un IEC, soit un ARAII en fonction du terrain clinique du patient).
D-3	Utilisation concomitante de 4 et plus antihypertenseurs	Risque de troubles hydro-électrolytiques et d'insuffisance rénale fonctionnelle. Majoration du risque d'hypotension orthostatique et de chutes.	Ne pas associer ; vérifier l'observance. Contrôler la tension artérielle sur le nyctémère (par exemple : MAPA), évaluer l'absence d'existence d'une cause secondaire d'hypertension artérielle (par exemple : syndrome d'apnée obstructive du sommeil) et réévaluer l'application des conseils hygiéno-diététiques. Proposer une monothérapie à dose optimisée ou à majorer sans dépasser 3 antihypertenseurs maximum [cf. critère O-2].

B/R-15	Antihypertenseurs d'action centrale Clonidine Méthyldopa Moxonidine Rilménidine	Risque majoré d'hypotension orthostatique, bradycardie, syncope et chutes. Risque de sédation, syndrome dépressif et constipation.	Non recommandé en première intention dans le traitement de l'hypertension artérielle. Privilégier les autres classes d'antihypertenseurs sauf alpha-1 bloquants [cf. critère B/R-16] et inhibiteurs calciques à libération immédiate [cf. critère B/R-17].
B/R-16	Antihypertenseurs d'action périphérique (alpha-1 bloquants) Doxazosine Prazosine Urapidil	Risque majoré d'hypotension orthostatique et de chutes, vertiges, troubles du sommeil et incontinence urinaire.	Non recommandé en première intention dans le traitement de l'hypertension artérielle. Privilégier les autres classes d'antihypertenseurs sauf les antihypertenseurs d'action centrale [cf. critère B/R-15] et inhibiteurs calciques à libération immédiate [cf. critère B/R-17].

Les antihypertenseurs : comment limiter le risque de chute?



REMEDI[e]S

REvue des prescriptions MEDicamenteuses
potentiellement inapproprié[e]s chez les Seniors

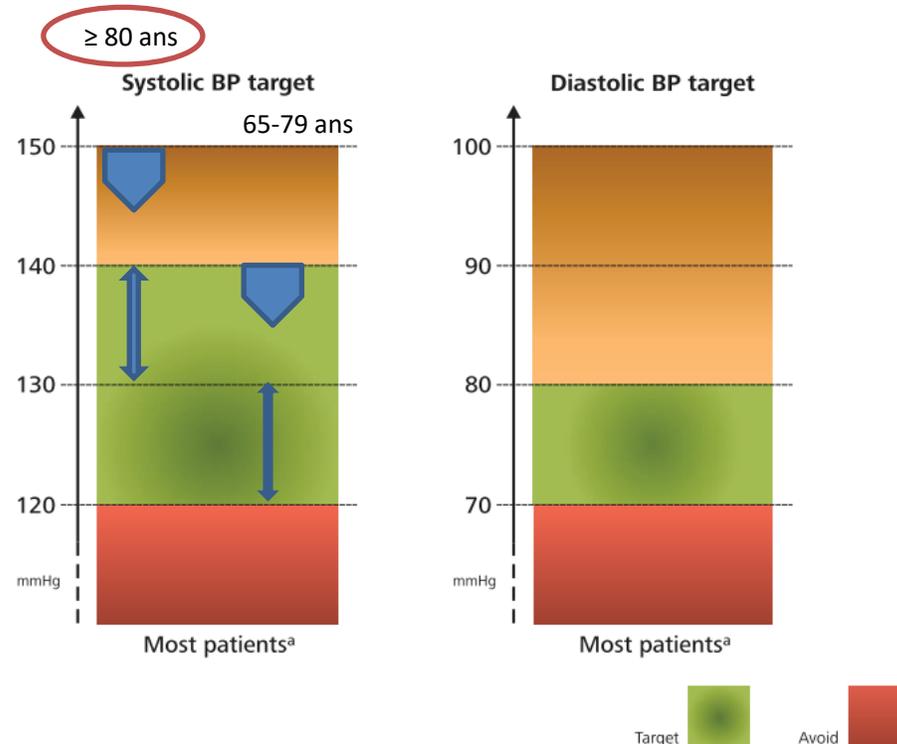
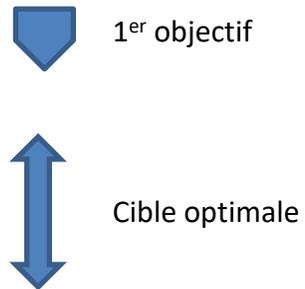
REMEDI[e]S (REview of potentially inappropriate
MEDication pr[e]scribing in Seniors)

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.

B/R-17	Inhibiteurs calciques à libération immédiate Nicardipine	Risque majoré d'hypotension orthostatique et de tachycardie réflexe avec les formes à libération immédiate. Majoration du risque de complications cardiovasculaires (ischémie myocardique).	Privilégier la forme à libération prolongée de nicardipine ou d'autres inhibiteurs calciques (nifédipine, amlodipine, lercanidipine) ou d'autres classes d'antihypertenseurs (IEC, ARA II, diurétique thiazidique ou de l'anse, bêta-bloquants) sauf antihypertenseurs d'action centrale et alpha-1 bloquants [cf. critères B/R-15 et B/R-16].
---------------	---	---	--

Objectifs tensionnels cibles chez la personne âgée

- Recommandations **européennes** ESH (2023) : [ici](#)
- 1^{er} objectif : PA < 140/80 mmHg pour la plupart des patients
- Si bonne tolérance des traitements: viser une 120 mmHg < PAS < 130 mmHg chez les **patients ≤ 79 ans**
- Chez les **patients ≥ 80 ans ou fragiles**: 1^{er} objectif = PAS < 150 mmHg. Si bonne tolérance, envisager PAS : 130-139 mmHg



^a in the general adult hypertensive population

Quelle cible tensionnelle en EHPAD ?

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 Mai Rosalyn Fraser, MSc,¹ Julie Allen, BSc,¹ Gary A F MBChB,¹ Sue Jowett, PhD,³ Shahela Kodabuckus PhD,¹ Rupert A. Payne, MRCGP,³ Marney William the OPTIMISE Investigators

Author information Article notes Copyright

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

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](#)

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.

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](#)

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

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](#)

En pratique, comment procéder ?

- 1- **Sensibilisation des équipes** à la iatrogénie et à la réévaluation médicamenteuse
- 2- **Sensibilisation des résidents, aidants/familles** à la iatrogénie/réévaluation médicamenteuse
- 3- **Identifier un référent** « iatrogénie médicamenteuse » formé : IDE, IDEC, IPA, médecin coordonnateur, pharmacien
- 4- Avoir un **temps exclusivement dédié** à cette activité : exemple : 1 à 2/jours/mois
- 5- **Cibler les résidents et les classes pharmacologiques**
 - Les classes les plus inductrices de chutes : antidépresseurs, BZD, neuroleptiques, antihypertenseurs, diurétiques, antalgiques
 - Exemple:
 - année n : cibler les résidents traités par psychotrope
 - année n+1 : cibler les résidents traités par antihypertenseur
 - Année n + 2 : cibler les antalgiques
 - ...
- 6- Mettre en œuvre un **suivi d'indicateurs** (exemple: profils de l'Assurance Maladie)

Sensibiliser les professionnels et les résidents/aidants

Kit de sensibilisation à télécharger gratuitement : [Kit de sensibilisation \(omedit-normandie.fr\)](http://Kit de sensibilisation (omedit-normandie.fr))

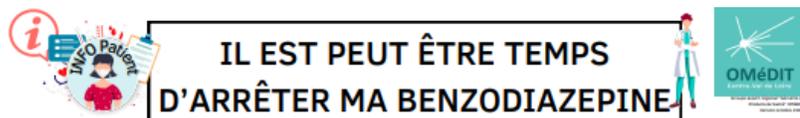


Vidéos à destination des professionnels de santé

Vidéos à destination du grand public



Sensibiliser les résidents/aidants



IL EST PEUT ÊTRE TEMPS D'ARRÊTER MA BENZODIAZÉPINE

Indiquées dans L'INSOMNIE, LE STRESS ou L'ANXIÉTÉ, les benzodiazépines sont une famille de médicaments pouvant être prescrits temporairement = calmants, tranquillisants.*



Mon traitement

Quel est le nom du médicament ?

Les benzodiazépines ont un nom usuel de molécule se terminant par -zépam/-zolam, en cas de doute, j'interroge mon prescripteur ou mon pharmacien sur mes traitements

- Pour quelle raison ?
 - Pour dormir
 - Pour calmer mon anxiété
 - Autre raison :
 - Je ne sais pas
- Depuis combien de temps ?
 - Moins de 4 semaines
 - Entre 4 et 12 semaines
 - Plus de 12 semaines
 - Je ne sais pas

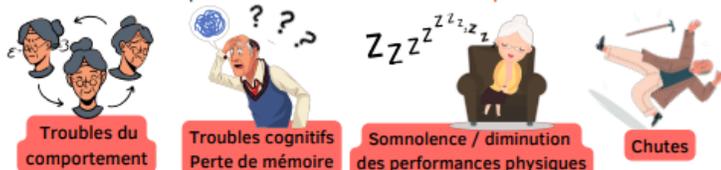
Règles de prescription

Dans l'insomnie comme dans l'anxiété, les benzodiazépines ne sont **PAS indiquées au long cours**. Leur prescription doit être limitée dans le temps, selon l'indication :

- Traitement Hypnotique (somnifère) : prescription limitée à **4 semaines**
- Traitement Anxiolytique : prescription limitée à **12 semaines**

Effets Indésirables

La durée de prescription est limitée car la **prise au long cours** d'une (ou plusieurs) benzodiazépines peut s'accompagner d'effets indésirables avec notamment un risque de **DÉPENDANCE et de conséquences sévères**** :



** surtout avec l'avancée en âge. Après 65 ans les risques liés aux médicaments sont plus importants (vieillesse physiologique, polyopathie, plusieurs traitements associés...)

Comment arrêter



- Si je souhaite arrêter ou diminuer mon traitement, j'en parle à mon médecin, afin de définir la stratégie à suivre.
- L'arrêt devra se faire petit à petit, par **diminution progressive** des doses (sur 4 à 10 semaines généralement). Cela permettra d'éviter la sensation de manque et les **symptômes transitoires** qui peuvent se manifester à l'arrêt : troubles digestifs, insomnies, tremblements, sudation, confusion, anxiété.
- Plusieurs outils, alternatives et accompagnements pourront m'être proposés

Prévention des troubles du sommeil

En cas de troubles du sommeil, des changements d'habitude peuvent améliorer votre endormissement :

- ✗ J'évite de faire des **siestes**
- ✗ J'évite la **caféine** et les **boissons énergisantes** dans l'après-midi
- ✗ J'évite l'**exercice physique soutenu**, la **nicotine**, l'**alcool**, les **écrans** et les **repas copieux** 2h avant le coucher
- ✓ Je ne **vais au lit QUE** lorsque j'ai sommeil
- ✓ Si je ne dors pas 20-30 minutes après être allé me coucher, je **lis (livre, article, BD...)** et j'évite les écrans
- ✓ Je peux essayer des alternatives : la **phytothérapie** par exemple (mon médecin et mon pharmacien sauront me conseiller)

Il est peut être temps d'arrêter ma benzodiazépine

Avec le soutien de :



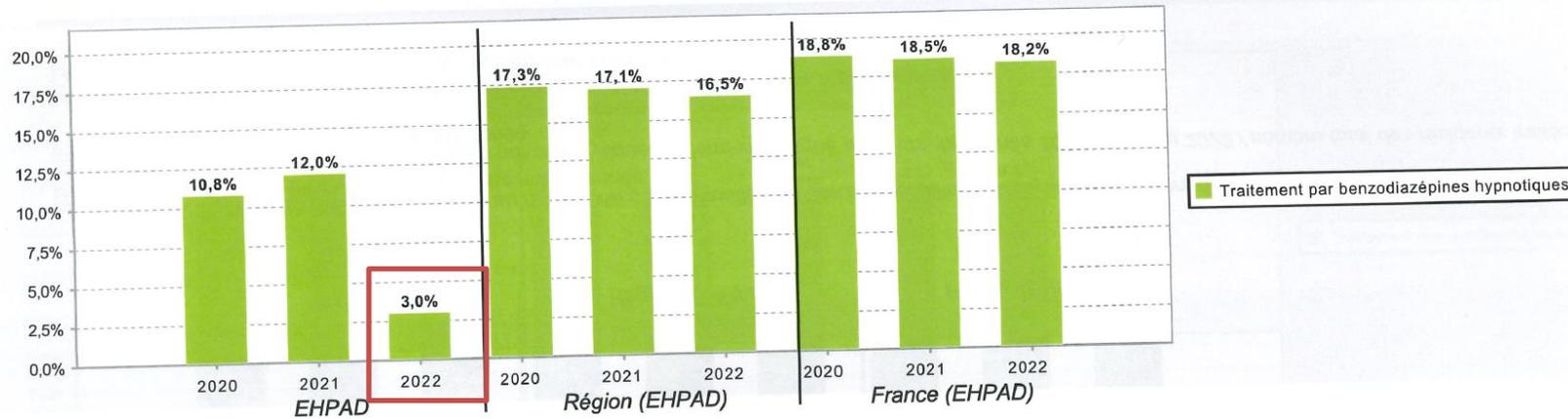
Exemples de modèles organisationnels

1. Référents IDE « médicaments »

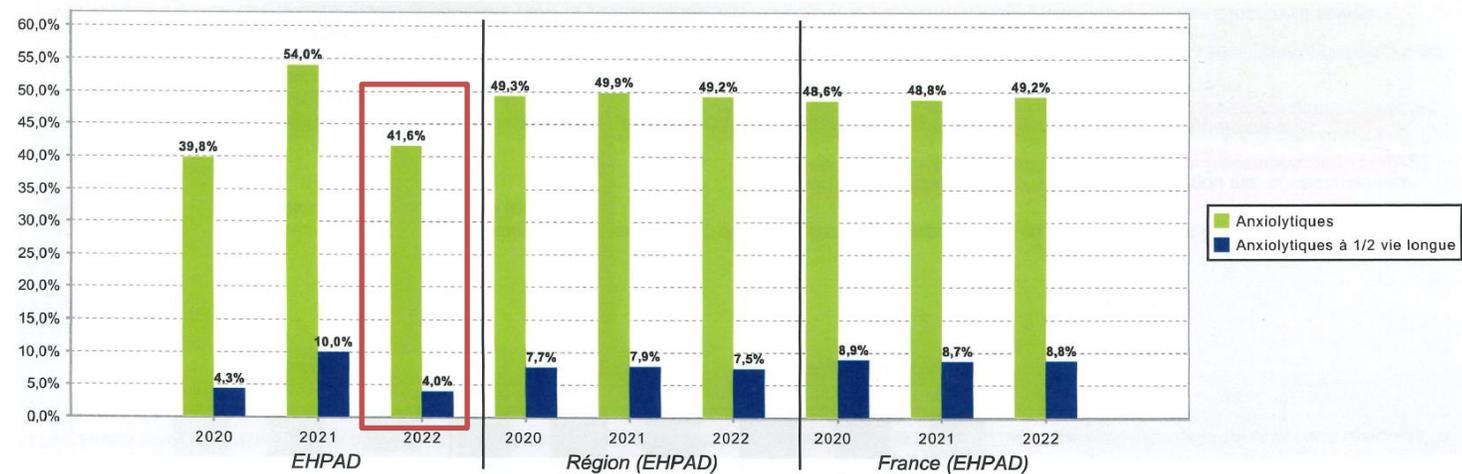
- Référentes « médicaments » mises en place en 2022 : IDE formées
- 1 à 2 journées dédiées exclusivement à cette activité par mois
- Revue des prescriptions de psychotropes (BZD, neuroleptiques, antidépresseurs) par les IDE
- Retours aux médecins traitants et médecin coordonnateur : propositions de réévaluation (association des recommandations/ des alternatives)
- Suivi par le médecin coordonnateur des indicateurs :
 - Suivi avant/après : diminution du nombre de résidents traités par psychotropes en 1 an
 - Profils polymédication et iatrogénie médicamenteuse de l'Assurance Maladie

Exemples de modèles organisationnels

1.1 Part de vos résidents sous traitement de benzodiazépines hypnotiques sur les années 2020, 2021 et 2022

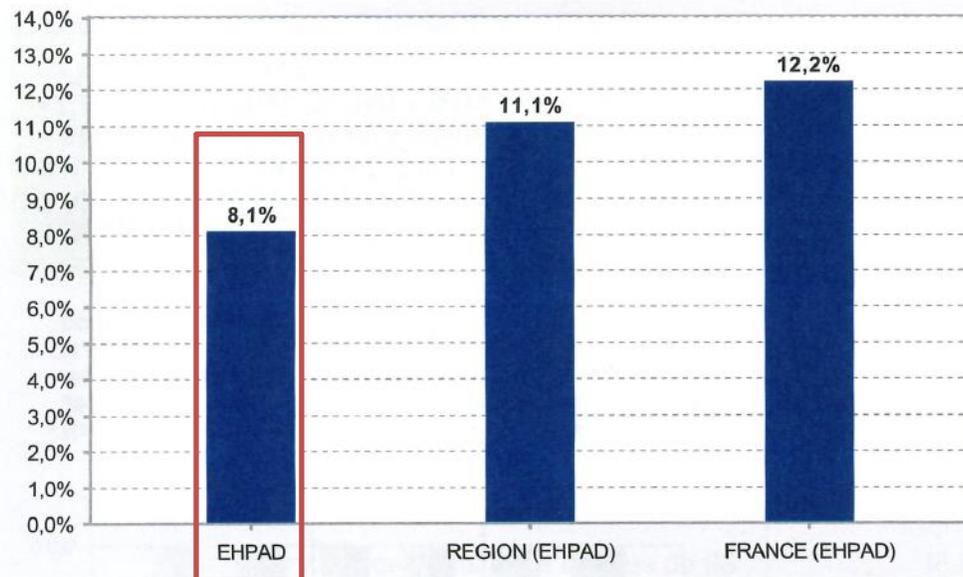


1.2 Part de vos résidents sous traitement de benzodiazépines anxiolytiques sur les années 2020, 2021 et 2022



Exemples de modèles organisationnels

Part de vos résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents en 2022



Attention :

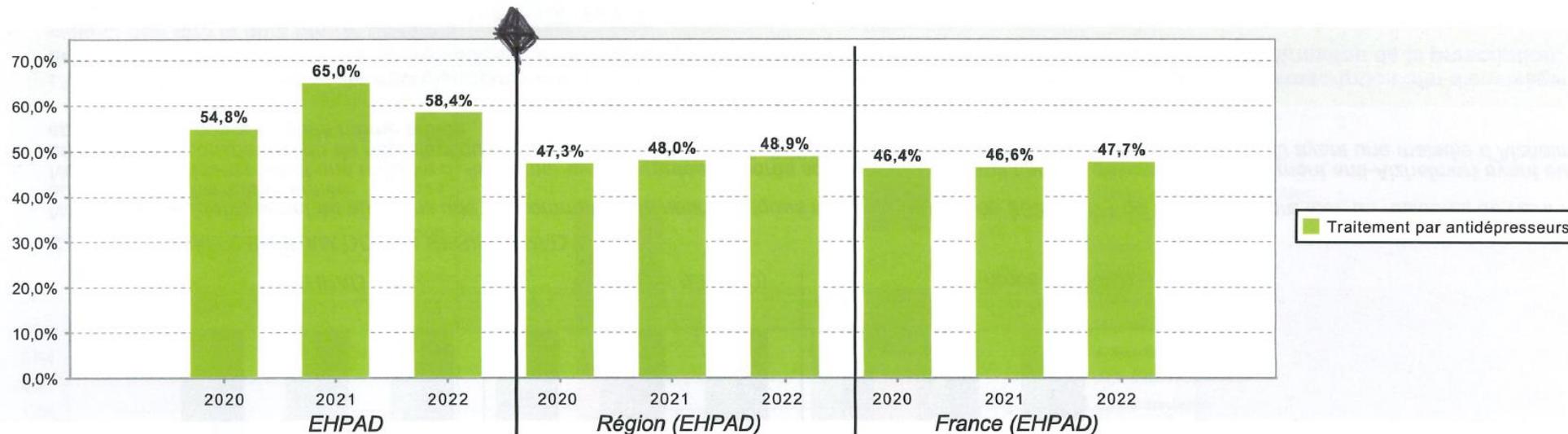
Deux messages de nature différente sont portés par l'Assurance Maladie sur les consommations de psychotropes :

- Réévaluation de la prescription en ce qui concerne les benzodiazépines et les neuroleptiques : prévention de la iatrogénie médicamenteuse.
- Amélioration de la prise en charge de la dépression (recommandations HAS) avec éventuel allongement de la durée de prescription des antidépresseurs.

Exemples de modèles organisationnels

2. AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION

Part de vos résidents pris en charge pour un syndrome dépressif sur les années 2020, 2021 et 2022



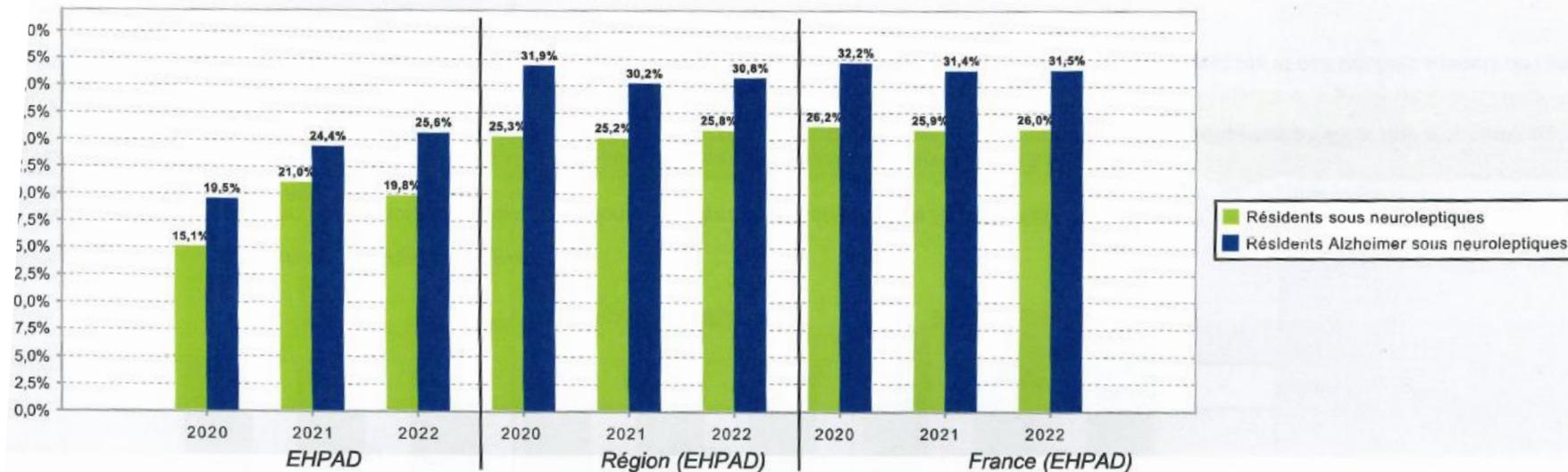
Sources : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

Nombre de résidents ayant eu au moins une consommation d'antidépresseurs au cours de l'année 2020, 2021 ou 2022 / nombre total de résidents de l'EHPAD au cours de cette même année

**Le traitement d'attaque doit être d'au moins 6 semaines, le traitement d'entretien d'au moins 12 mois.
La question de l'intérêt d'une phase de maintenance est de première importance chez la personne âgée tant la dépression à cet âge s'accompagne d'un taux élevé de récurrences et se complique de handicaps fonctionnels et de suicides.**

Exemples de modèles organisationnels

3. Part des patients « Alzheimer » ou maladie apparentée traités par neuroleptiques en regard de la part totale de vos résidents traités par neuroleptiques sur les années 2020, 2021 et 2022



Sources : CNAMTS SNIIRAM/DCIR et RESIDEHPAD

Nombre de résidents ayant eu au moins une consommation de neuroleptiques au cours de l'année 2020, 2021 ou 2022 / nombre total de résidents de l'EHPAD au cours de cette même année

Nombre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée (repérés soit par l'ALD 15, soit par une délivrance de traitement anti-Alzheimer) ayant eu au moins une consommation de neuroleptiques au cours de l'année 2020, 2021 ou 2022 / nombre total de résidents de l'EHPAD ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée au cours de cette même année

L'analyse de la prescription de neuroleptiques doit en premier lieu conduire à réévaluer l'état clinique à l'origine de la prescription afin d'envisager une diminution ou un arrêt des neuroleptiques et la mise en place d'alternatives non médicamenteuses. En cas de confirmation de la prescription, celle-ci doit être la plus courte possible.

Exemples de modèles organisationnels

2. Staff collégial de révision d'ordonnance

- Suivi de médicaments à risque (AVK, anti-agrégants plaquettaires, BZD, neuroleptiques, antihypertenseurs, IPP) par le médecin coordinateur et les soignants en collaboration avec le pharmacien
- Formation équipe soignante sur risques, surveillance, règles de prescription
- **Accompagnement des médecins traitants par le médecin coordinateur en proposant staff collégial de révisions ordonnances avec outils disponibles rémedies , stopp and Start. Participation du pharmacien**
- Révision prescriptions molécule par molécule avec vérification diagnostic, indications, contre-indications, tolérance, interactions, ajustement des doses , sécurité
- Suivi annuel des indicateurs : accident sous AVK , évaluations quantitatives de la prescription de neuroleptiques , benzodiazépines, IPP

Exemples de modèles organisationnels

3. Coordination par une IPA

- Critères d'inclusion :
 - les nouveaux résidents
 - les patients ayant une problématique dans le suivi de leurs maladies (diabète, insuffisance cardiaque...)
- Réunion de **bilan iatrogénique 1 fois/mois** : l'IPA sélectionne les dossiers selon les critères d'inclusion
- Acteurs : médecins généralistes, médecin coordonnateur, pharmacien référent, IPA
- Partage d'une fiche bilan d'iatrogénie dans le DUI

Le rôle des IPA : exemple dans l'HTA

Effectiveness of a non-physician community health-care provider-led intensive blood pressure intervention versus usual care on cardiovascular disease (CRHCP): an open-label, blinded-endpoint, cluster-randomised trial

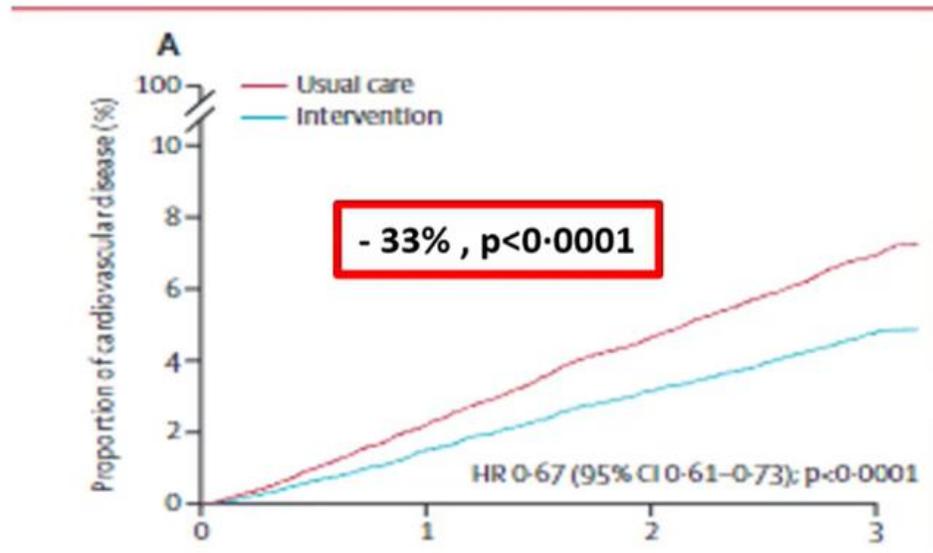
Jiang He¹, Nanxiang Ouyang², Xiaofan Guo², Guozhe Sun², Zhao Li², Jianjun Mu³, Dao Wen Wang⁴, Lixia Qiao², Liying Xing⁵, Guocheng Ren⁶, Chunxia Zhao⁴, Ruihai Yang⁷, Zuyi Yuan³, Chang Wang², Chuning Shi², Songyue Liu², Wei Miao², Guangxiao Li⁸, Chung-Shiuan Chen⁹, Yingxian Sun¹⁰; CRHCP Study Group

33 995 patients avec une HTA non traités (ou > 130/80 traités)

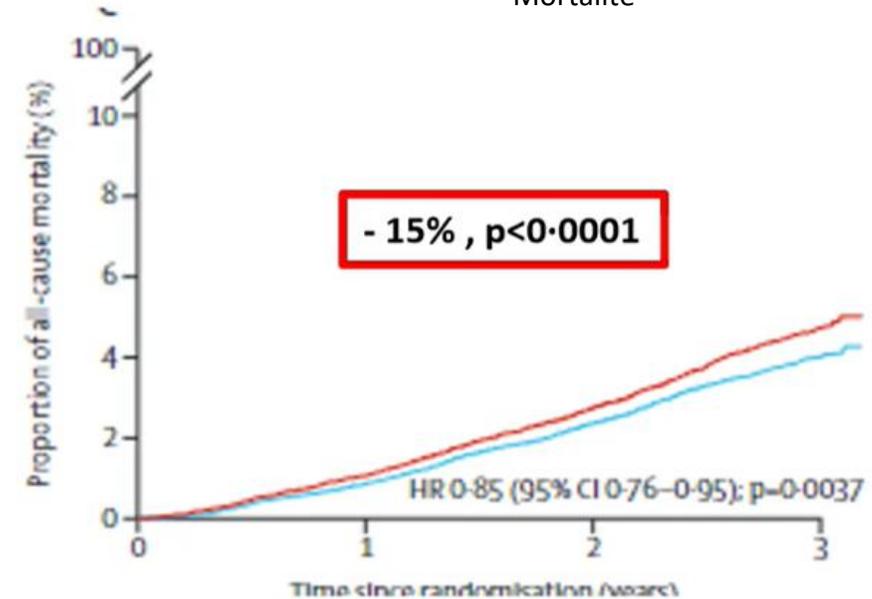
Intervention : IPA initient et adaptent les traitements antihypertenseurs (formation + protocole)

L'intervention d'IPA est efficace, en réduisant les maladies cardiovasculaires et la mortalité

Maladies cardiovasculaires



Mortalité



Lancet 2023; 401: 928–38

Exemples de modèles organisationnels



4°) OPTIMEDOC EHPAD : un exemple d'implication du pharmacien d'officine



Optimisation des prescriptions médicamenteuses auprès des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur

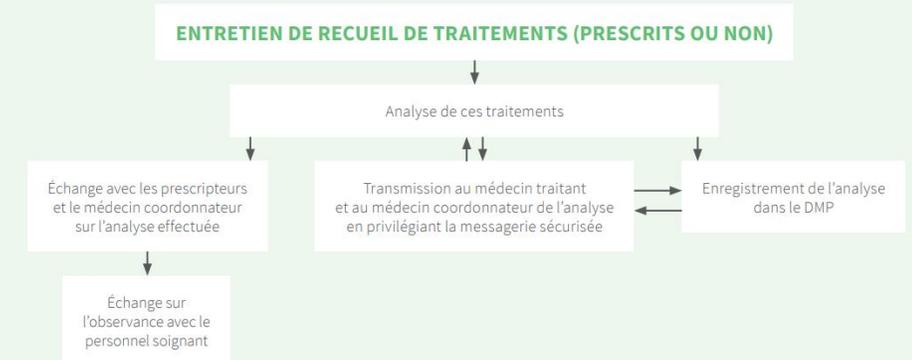


- Valorisation des équipes qui ont engagé ou souhaitent s'engager sur une **organisation pluriprofessionnelle et interdisciplinaire visant à améliorer la prise en charge médicamenteuse des résidents et à réduire la iatrogénie**
- Temps de pharmacien référent dédié à l'amélioration du circuit du médicament et à l'optimisation médicamenteuse
- Réalisation de **Bilans Partagés de Médication** par le pharmacien d'officine avec envoi au médecin traitant et au médecin coordonnateur puis réévaluation de la prescription si nécessaire
- Logiciel **bimédoc®** : coordination des soins pharmaceutiques 
- **Indicateurs de suivi** : organisationnels et de résultats (diminution du recours aux MPI : % de résidents avec une BZD à demi-vie longue, % de résidents sous neuroleptiques, etc.)
- 5 EHPAD engagés depuis octobre 2023. Extension du modèle au cours de l'été
- Appel à candidatures pour inclusion de 7 nouveaux EHPAD fin juin



LES MODALITÉS DE CET ACCOMPAGNEMENT

Ce bilan partagé est un accompagnement structuré autour des professionnels qui entourent le patient au sein de l'établissement, qui se déroule en plusieurs étapes :



Exemples de modèles organisationnels

5°) OPTIMEDOC « établissement de santé »

Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée

