F-PCL-35

PATIENTS ÂGÉS CHUTEURS EN MCO : QUELLE COLLABORATION PHARMACIEN/GÉRIATRE POUR AMÉLIORER LE SUIVI DES PATIENTS ?

M Détroit[1], A Amsallem[1], H Clerson[2], J Berthou[1], T Tannou[2,a], S Limat[1,b]
[1]Pôle pharmaceutique, [2]Gériatrie, CHU Besançon, 25000 France
[a]Equipe « Ethique et progrès Médical », INSERM, CIC 1431, EA 481 Neurosciences, UBFC
[b]Université Bourgogne Franche-Comté, INSERM, EFS BFC, UMR 1098

CHRU Besançon
centre hospitalier régional universitaire
mdetroit@chu-besancon.fr

INTRODUCTION

Un tiers des plus de 65 ans chute au moins une fois chaque année[1]. La chute résulte de la combinaison de facteurs de risque médicaux et médicamenteux. Les services accueillants les sujets âgés sont : la cardiologie (hospitalisation conventionnelle et soins intensifs), la chirurgie orthopédique et traumatologique, les urgences médicales et la gériatrie d'après les données du Département d'Information Médicale. L'accompagnement des patients âgés chuteurs (PAC) et l'amélioration de leur prise en charge nécessite une coordination de la gestion des facteurs de risques de chute (FDRC). Un système de déclaration de la chute est mis en place dans l'établissement et permet l'identification des patients chuteurs.

OBJECTIFS : Evaluer la faisabilité d'une revue de médication chez le PAC et identifier les modalités de sollicitation de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) pour les patients les plus à risque.

MÉTHODE

Etude prospective monocentrique réalisée du 25 Janvier au 25 avril 2019.

1- INCLUSION
Tous les patients âgés de ≥ 65 ans dont la chute a été déclarée

2 - EXCLUSION DE L'ANALYSE
Patients admis en réanimation, en fin de vie ou décédés avant fin d'hospitalisation

3 - SYNTHESE DES FDRC
∑ Facteurs prédisposants + précipitants[2]
+ examens paracliniques
+ conséquences de la chute

4 - ANALYSE PHARMACEUTIQUE (AP)
Sur les prescriptions des 24h précédent la chute
Identification des médicaments à risque de chute (MARC) et interventions pharmaceutiques potentielles

RÉSULTATS

78 chutes déclarées
62 chutes patients ≥ 65 ans
56 chutes analysées

QUELS PATIENTS ?
- Age moyen = 81 ± 8 ans
- Sex ratio H/F = 1,4

QUELS SERVICES DÉCLARENT ?
- ¼ des chutes déclarées par le service de gériatrie
- 75% des chutes déclarées par les services de médecine
- 25% des chutes déclarées par les services de chirurgie

Tableau 1 : Répartition des services déclarant les chutes

Services déclarants	n	%
Gériatrie	14	25
Neurochirurgie	8	14
Soins palliatifs	6	11
Diabétologie	4	7
Autres	24	43

QUELS FDRC ?
Prédisposants :
- Polymédication (n ≥ 5) : 88%
- Troubles de la marche : 70%
- Diminution de la force musculaire : 70%
- Déclin cognitif : 63%
- Age ≥ 80 : 61%

Précipitants :
- Anémie : 64%
- Facteurs métaboliques : 30%
- Facteurs cardiovasculaires : 23%

Score médian = 10
Demande d'avis de l'EMOG

Score moyen = 9,7

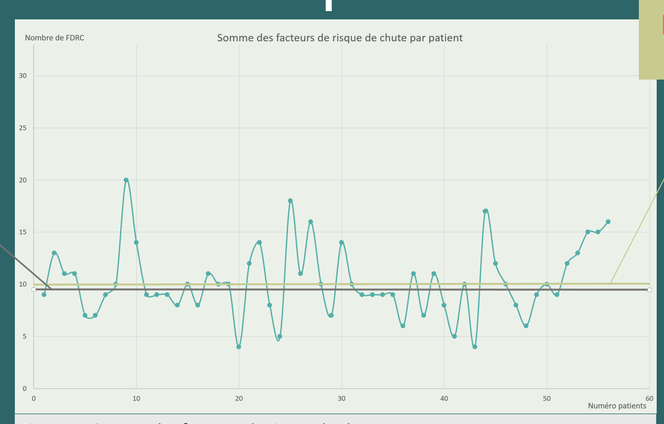

Figure 1 : Somme des facteurs de risque de chute par patients

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS A RISQUE DE CHUTE RETROUVÉS ?
Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance :

Tableau 2 : Nombre et fréquence de prescription de médicaments à risque de chute

MARC	n	%
Médicament du système nerveux central	82	68
Antidépresseurs	26	46
Benzodiazépines	23	41
Dont BZD à ½ vie longue	8	14
Neuroleptiques	12	21
Hypnotiques	6	11
Médicaments du système cardiovasculaire	38	48
Inhibiteurs calciques	15	27
Diurétiques	9	16
Alpha-bloquants	3	5

IP majoritaire
→ Molécule non adaptée au Sujet Agé

Exemples :
- *Antalgiques de palier II*
- *Benzodiazépine ½ vie longue*
- *Sulfonylurées/Glinides*

QUELLES INTERVENTIONS ?
Référentiels utilisés : SFGG, HAS, critères STOPP/START.v2, liste de Laroche …

27 prescriptions / 56 = 48%

Tableau 3 : Problèmes rencontrés cotés selon critères SFPC

Problèmes rencontrés	n
Non-conformités aux consensus	19
Absence de prophylaxie ou prémédication	3
Redondance pharmacologique	2
Plan de prise non optimal	2
Même principe actif prescrit plusieurs fois	1

Tableau 4 : Interventions cotées selon critères SFPC

Interventions	n
Substitution/Echange	19
Ajout	3
Arrêt	3
Optimisation des modalités d'administration	2

DISCUSSION & CONCLUSION

Limites : les moyens humains étant limités, un ciblage des patients les plus à risque se révèle nécessaire.

La répartition des déclarations de chute recueillis sur les trois mois de l'étude ne correspond pas à la répartition des sujets âgés au sein de l'établissement. Les services non sensibilisés à l'approche du SA auraient tendance à sous déclarer la chute.
88% des patients sont polymédiqués, et 50% auraient pu bénéficier d'une optimisation thérapeutique.
Ceci met en évidence le besoin accru de communication : la chute est un processus complexe et multifactoriel, nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.
⟶ Nécessité d'une collaboration pharmacien/gériatre afin de repérer la fragilité et la polypathologie pour prévenir les chutes et leurs conséquences.

Création d'une filière d'évaluation et de suivi spécifique, à distance de l'hospitalisation et en ambulatoire

22ème édition des Journées Franco-Suisses de Pharmacie Hospitalière – 5 & 6 Décembre 2019 - Lausanne

[1] Prévention de la chute : un enjeu de taille dans la stratégie visant à prévenir les fractures chez le sujet âgé, A. Trombetti, 2009
[2]HAS, Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées – recommandations, 2009