

Pharmacie Hospitalière et gériatrie

Anne Laure Bétégnie –Dupré CH Annecy-Genevois
Gabrielle De Guio Fondation St Vincent de Paul Strasbourg
Mariannick Le Bot CHU de Brest
Louise Mallet Université Mc Gill Montréal
Programme DPC n° 36572325001

Strasbourg – 24 au 26 mai 2023

Conflits d'intérêts

- Pas de liens d'intérêt des intervenants pour cette présentation



**1ère partie : Conduire une revue de pertinence
des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé
Présentation de l'EPP 2023**

2ème partie : Cas cliniques

Strasbourg – 24 au 26 mai 2023

Programme DPC Intégré

- Une partie formation présentielle lors du congrès Hopipharm
- Une partie EPP en ligne Revue de pertinence selon méthodologie HAS
 - Pour chaque participant, au sein de son établissement, revue de dossiers de dix patients polyopathologiques de plus de 65 ans entrés récemment, selon une grille nationale préétablie, en lien avec le médecin gériatre.
 - Analyse des résultats, mise en place d'un programme d'action visant à corriger les non conformités mesurées : déploiement des outils, nouvelle revue de dix dossiers au moins 3 mois après la première étude.
- Ce DPC intégré vaut attestation de DPC pour le triennal 2023-2025
 - <https://www.agencedpc.fr/professionnel/>
 - Vous devez créer un compte en utilisant le bouton « Mon compte » de la page d'accueil.
 - Une fois votre compte créé, connectez-vous à votre compte et cliquez sur « Document de Traçabilité ».
 - Il vous appartiendra d'enregistrer vous-même cette action de DPC .



Accueil

Bienvenue sur l'espace dédié aux professionnels de santé

Cet espace a deux fonctionnalités :

1. Permettre aux professionnels de santé éligibles au financement de l'agence de s'inscrire aux actions de DPC et de prétendre à une prise en charge
2. Permettre à tous les professionnels quel que soit leur mode d'exercice d'accéder au document de traçabilité :
 - Chaque professionnel y retrace toutes les actions de DPC qu'il aura suivies en y joignant ses attestations de participation.
 - Il permet également de rendre compte tous les 3 ans du suivi de l'obligation auprès de l'autorité de contrôle (ordres, employeurs ou ARS).

Suis-je éligible à la prise en charge par l'Agence nationale du DPC du financement de mes actions de DPC ?

L'Agence nationale du DPC participe à la prise en charge des professionnels de santé libéraux conventionnés et salariés des centres de santé conventionnés en activité (biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens et sages-femmes).

Ne relèvent pas de sa prise en charge :

- Les professionnels en exercice libéral relevant de professions n'ayant pas signé de conventions avec l'assurance maladie ;
- Les professionnels salariés exerçant dans toute autre structure que les centres de santé conventionnés (établissements de santé ou médico-sociaux, agences sanitaires, services de l'Etat, officines, etc.).
- Les professionnels exerçant une activité de remplacement en libéral, le périmètre des conventions étant ouvert aux seuls professionnels installés en cabinet propre, de groupe ou société. Les remplaçants ne sont pas conventionnés car ils exercent dans le cadre de contrats de droit privé avec le remplacé ;
- Les professionnels de santé non conventionnés ;
- Les médecins en secteur 3 ;
- Les concepteurs d'actions de DPC et formateurs n'ayant pas à s'inscrire aux actions qu'ils conçoivent ou animent. Leur rémunération est assurée via les frais pédagogiques

Test de connaissances

- Connaissez-vous les 6 étapes de la revue de pertinence selon la méthode HAS ?
- Connaissez-vous les deux principaux outils d'évaluation des médicaments inappropriés en gériatrie ?
- Connaissez-vous deux échelles d'évaluation de la fragilité chez la personne âgée ?
- Pour le patient insuffisant cardiaque, connaissez-vous les quatre niveaux de la classification NYHA?
- Pour le patient en état de confusion aigue, connaissez vous les 4 critères du CAM Confusion Assessment Method ?

Conduire une revue de pertinence des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé

Strasbourg – 24 au 26 mai 2023

La prescription chez la personne âgée

- **Est complexe**
 - ✓ *la polymédication augmente de façon exponentielle les risques d'effets indésirables, certains pouvant être graves de conséquences*
 - ✓ *le type et la dose des médicaments doivent être adaptés aux changements physiologiques associés au vieillissement*
 - ✓ *Les médicaments et les priorités thérapeutiques doivent être revus au minimum sur une base annuelle.*
 - ✓ **HAS - Septembre 2014** : « *Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée?* »
- ✓ Nous sommes à la **limite l'evidence based medicine** (peu d'études significatives disponibles pour les plus de 85, 90 ans... mais ça s'améliore !)

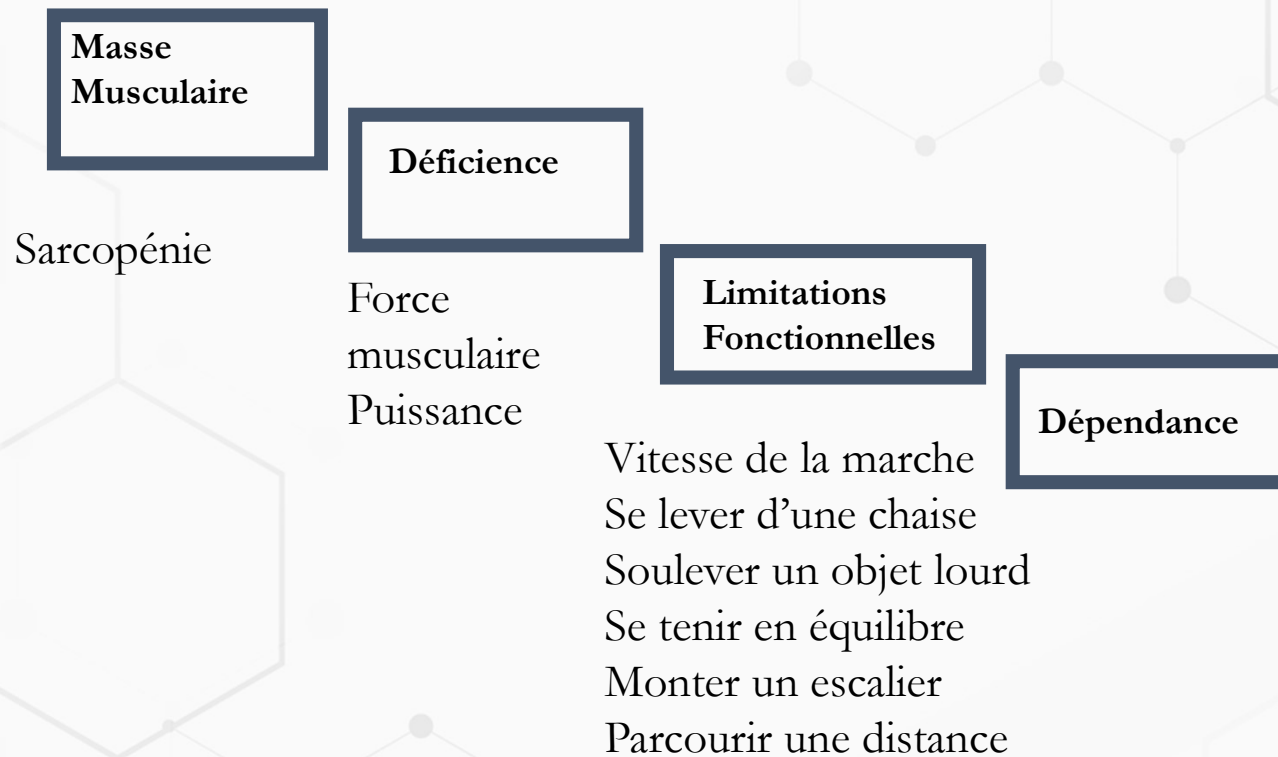
Étape 3. Revoir la prise en charge thérapeutique

Chez les patients à risque, une **revue des maladies et des médicaments** doit être effectuée à l'initiative du médecin. Elle doit être répétée en cas d'alerte, de changements thérapeutiques ou de transition hôpital- domicile. Cette analyse suit les étapes suivantes et fait référence au programme Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.¹

« Lorsqu'un patient âgé se présente avec un changement au niveau cognitif ou fonctionnel, jusqu'à preuve du contraire, il faut considérer qu'il s'agit d'un problème associé au médicament. »

Jerry Gurwitz, M.D., Jerry Avorn, M.D.

Processus d'entrée dans la dépendance



LA FRAGILITÉ de la personne âgée

- PERTE DE POIDS INVOLONTAIRE, PATIENT EN DESSOUS DU POIDS IDEAL , PATIENT DE PETIT POIDS
- DIMINUTION DE LA VITESSE DE LA MARCHE
- FAIBLESSE
- ÉPUISEMENT
- ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉDUITE

Figure 1. Échelle de la fragilité clinique

Échelle de la fragilité clinique*



1 Très en forme – Des personnes robustes, actives et motivées. Ces personnes font habituellement de l'activité physique régulière. Elles comptent parmi les personnes les plus en forme pour leur âge.



2 En forme – Ces personnes n'ont pas de symptômes actifs de maladie, mais sont moins en forme que celles de la catégorie 1. Elles font souvent de l'activité physique ou sont très actives occasionnellement, p. ex. selon la saison.



3 Se débrouillent bien – Des personnes dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne sont pas régulièrement actives au-delà d'une promenade de routine.



4 Vulnérables – Elles ne dépendent pas d'autrui pour de l'aide au quotidien, mais leurs symptômes limitent leurs activités. Elles se plaignent souvent d'être au ralenti ou fatiguées durant la journée.



5 Légèrement fragiles – Ces personnes manifestent un ralentissement plus évident et ont besoin d'aide dans les AIVQ plus complexes (finances, transport, gros travaux ménagers, médicaments). Habituellement, une fragilité légère empêche progressivement de faire des courses ou de sortir seules, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragiles – Ces personnes ont besoin d'aide dans toutes les activités extérieures et pour tenir maison. À l'intérieur, elles ont souvent des problèmes avec les escaliers, ont besoin d'aide pour le bain et peuvent avoir besoin d'une assistance minimale (encouragement, présence) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragiles – Dépendance complète pour les soins personnels, que ce soit pour des causes physiques ou cognitives. Malgré tout, elles semblent stables et leur risque de mourir ne semble pas très élevé (dans les 6 prochains mois environ).



8 Très sévèrement fragiles – Dépendance complète, à l'approche de la fin de vie. Habituellement, elles ne se remettraient pas même d'une maladie bénigne.



9 En phase terminale – À l'approche de la fin de vie. Cette catégorie s'applique aux personnes dont l'espérance de vie est < 6 mois, qui ne sont pas autrement d'une fragilité évidente.

Scores de la fragilité chez les personnes souffrant de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, sans avoir oublié l'événement lui-même, la répétition de la même question ou histoire, et le retranchement social.

Dans la démence modérée, la mémoire à court terme est très altérée, même si les personnes se rappellent apparemment bien d'événements de leur passé. Elles peuvent s'occuper de leurs soins personnels sans y être incitées.

Dans la démence sévère, elles ne peuvent pas s'occuper de leurs soins personnels sans aide.

* Étude canadienne sur la santé et le vieillissement, révisée en 2008
6. K. Rockwood et coll. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

© 2007-2009. Version 1.2. Tous droits réservés.
Geriatric Medicine Research, Dalhousie University,
Halifax, Canada. Autorisation de reproduire à des fins
de recherche et d'éducation exclusivement.



Echelle de Rockwood

1-3: Patient indépendant

4-5: Vulnérable

6-8: Fragile

9: Fin de vie

AIVQ - activité instrumentale de la vie quotidienne
Reproduit avec la permission de Rockwood®.

Moorhouse P, Rockwood K.
J R Coll Physicians Edinb
2012;42:333-340.

rasbourg 2023

Grille SEGA-A

adaptation de la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire de l'Évaluation du profil Gériatrique à l'Admission).
 SCHOEVAERDTS Didier, BIETTLOT Serge, MALHOMME Brigitte, REZETTE Céline, GILLET Jean-Bernard, VANPEE Dominique, CORNETTE Pascale, SWINE Christian, La Revue de Gériatrie : 2004, vol.29, n°3, pp.169-178

Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Contenance (urinaire et / ou fécale)	Contenance	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
			TOTAL : / 26

INTERPRETATION		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile



QUE SIGNIFIE CLINIQUEMENT LE FAIT D'ÊTRE FRAGILE?

- Deux fois plus susceptibles de DECEDER
- Deux fois plus de chance D'AVOIR DES DIFFICULTÉS DANS LES
 - AVQ (activités de la vie quotidienne),
 - S'habiller
 - Manger
 - Se déplacer
 - Aller aux toilettes
 - Effectuer ses soins personnels
 - AIVD (activités instrumentales de la vie domestique)
 - Faire les courses
 - Faire l'entretien ménager
 - Gérer son argent
 - Préparer les repas
 - Assurer son transport
 - Prendre ses médicaments
 - Utiliser le téléphone
- Risque élevé: DIMINUTION DE LA MOBILITÉ, CHUTES ET HOSPITALISATIONS

Polypharmacie: causes possibles

- Plusieurs maladies chroniques
- **Attentes du patient** et prescription médicale.
- **Plusieurs prescripteurs** et plusieurs pharmacies
- **Accumulation** de médicaments
- Prend pour acquis que lorsqu'un **médicament est prescrit**, il ne doit jamais être cessé



Polypharmacie: causes possibles

- **Pas de révision des médicaments** sur une base régulière
- Demande des renouvellements automatiques
- Instructions incertaines, complexes ou incomplètes
- **Fragmentation des soins**
- Effets indésirables traités comme une **nouvelle maladie** (cascade médicamenteuse)



Conséquences d'une polypharmacie

- Risque de chutes, confusion, delirium
- Diminution de la capacité physique et fonctionnelle
- Hospitalisation et décès
- Augmentation des coûts de santé

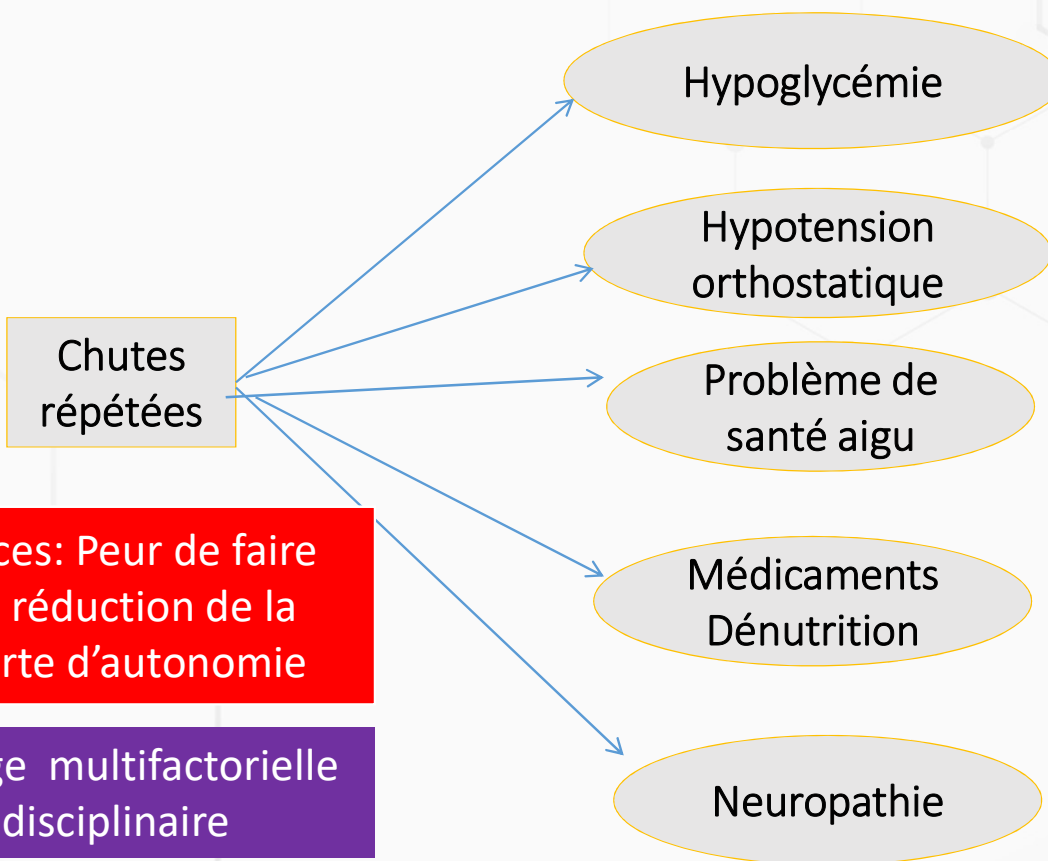
QUAND FAIRE UNE REVUE DES MEDICAMENTS

- TRANSITION DES SOINS:
 - PASSAGE AUX URGENCES, HOSPITALISATION, TRANSFERTS
- PRÉSENCE DE SYNDROMES GÉRIATRIQUES
- PRÉSENCE D'UN EFFET INDÉSIRABLE
- Patient **en bonne santé**: 1 fois par année ou selon changement dans la condition clinique
- Patient **vulnérable**: 2 fois par année ou selon changement dans la condition clinique
- Patient **fragile**: 3 fois par année ou selon changement dans statut clinique ou changement dans la condition clinique

Syndrome gériatrique

- **Apparaît** dans la littérature médicale dans les années 80
- **Sa fréquence** augmente avec l'âge et seulement observé chez les personnes âgées
- Résulte de **facteurs multiples**
- **Conséquences fréquentes:** risque de perte d'indépendance fonctionnelle et/ou d'entrée en institution
- **Prise en charge multifactorielle** et approche globale du patient
- **Faire le lien** entre la prise des médicaments et les syndromes gériatriques: souvent une cause d'hospitalisation

Chute : Syndrome gériatrique



Conséquences: Peur de faire une chute, réduction de la marche, perte d'autonomie

Prise en charge multifactorielle
Souvent multidisciplinaire

Espérance de vie

- Possible d'estimer si l'espérance de vie sera plus longue ou plus courte que la moyenne:
 - Nombre / sévérité des comorbidités et déficits fonctionnels : meilleurs prédicteurs que l'âge
- Espérance de vie SOUS la moyenne:
 - Insuffisance cardiaque (Class III, IV), insuffisance rénale avancée, BPCO sévère (sous oxygène), démence avancée (MMSE \leq 10), dépendance dans les AVQ
- Espérance de vie AU-DESSUS de la moyenne:
 - Pas de comorbidités ni de déficits fonctionnels
- Calculateurs d'espérance (Lee et Schoenberg): <https://eprognosis.ucsf.edu/leeschonberg-result.php?language=French>

Espérance de vie en fonction de l'âge

Âge	Femmes (années)	Hommes (années)
60 ans	27,9	24,8
65 ans	23,2	20,2
70 ans	18,8	16
75 ans	14,6	12,3
80 ans	10,9	9,1
90 ans	5,4	4,7
100 ans	2,6	2,4

Calculer le risque

Total des points **d'indice Lee:**

Total des points **d'indice Schonberg:**

1. Quel âge a votre patient (années) ?
2. Quel est le sexe de votre patient?
Femme Homme
3. Quel est l'IMC (kg/m²) de votre patient?
4. Qu'est-ce qui décrit le mieux l'état de santé de votre patient en général?
5. Votre patient souffre-t-il d'une maladie pulmonaire chronique, telle que la BPCO (emphysème et/ou bronchite chronique) ?
Oui Non
6. Votre patient a-t-il déjà eu un cancer (en dehors des cancers cutanés mineurs)?
Oui Non
7. Votre patient souffre-t-il d'insuffisance cardiaque ?
Oui Non
8. Votre patient a-t-il un diabète ou une glycémie élevée?
Oui Non
9. Qu'est-ce qui décrit le mieux la consommation de cigarettes de votre patient?
10. Votre patient a-t-il de la difficulté à marcher 400 mètres (plusieurs pâtés de maisons) sans l'aide d'autres personnes ou d'un équipement spécial?
Oui Non
11. Combien de fois votre patient a-t-il été hospitalisé au cours de la dernière année?
12. En raison d'un problème physique, mental ou émotionnel, votre patient a-t-il besoin de l'aide d'autres personnes pour faire face à des besoins courants tels que les tâches ménagères quotidiennes, les activités professionnelles nécessaires, les achats ou les déplacements à d'autres fins?
Oui Non
13. En raison d'un problème de santé ou de mémoire, votre patient a-t-il des difficultés à gérer de l'argent - par exemple, payer ses factures et faire le suivi de ses dépenses?
Oui Non
14. En raison d'un problème de santé ou de mémoire, votre patient a-t-il de la difficulté à se laver ou à se doucher?
Oui Non
15. En raison d'un problème de santé, votre patient a-t-il de la difficulté à pousser ou à tirer de gros objets, comme un fauteuil?
Oui Non

Objectifs du traitement

- Normes de pratique et lignes directrices : souvent non applicables à la situation particulière du patient âgé
- Prise de décision partagée entre médecin, patient, famille
- Quand cesser, débiter, continuer
- Approche individualisée
- Curative vs palliative

Temps pour le bénéfice du traitement

- Bisphosphonates, prévention de fracture dans l'ostéoporose: **1-2 ans**
- Antihypertenseur, prévention de l'AVC, évènement CV, décès : **1-2 ans**
- Suivi intensif de la glycémie (vs suivi plus "léger"), prévention de complications macrovasculaires : **5-10 ans**
- ISRS, symptômes dépressifs : **semaines**
- Diurétique, surcharge hydrique : **heures - jours**

La revue de pertinence

Revue de pertinence des soins

Novembre 2017

La revue de pertinence des soins est une **méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques.**

DÉFINITION

La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, la mise en route ou la poursuite des soins. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsque aucun critère n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons pouvant expliquer la réalisation du soin.

- En lien avec la définition de la pertinence rappelée ci-dessous, la HAS retient que l'analyse de la pertinence d'un soin comporte potentiellement plusieurs dimensions :
 - la probabilité pour le soin d'aboutir aux résultats attendus ;
 - la prise en compte des préférences des patients ;
 - la disponibilité des ressources de santé et la capacité à réaliser le soin selon les standards de qualité ;
 - la prise en compte du contexte social, culturel ;
 - la balance entre les bénéfices et les risques.

La notion de pertinence des soins

Un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé (exemple : augmentation de l'espérance de vie, soulage-

Revue de pertinence selon la HAS

synpro

- La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients.
- Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés.

✓ *Fiche HAS DPC Revue de pertinence des soins Novembre 2017*

Revue de pertinence selon la HAS

synpreTT

On distingue deux grandes catégories de situations de « non-pertinence » :

- un soin inutile ou overuse (utilisation en excès), qui peut entraîner une perte de chance par le délai occasionné dans le parcours de soins du patient
- l'absence de soin ou underuse (sous-utilisation), qui peut entraîner un retard au diagnostic ou au traitement d'une pathologie.

La certification des établissements

synpreTT

- Chaque établissement doit mettre en œuvre une démarche de gestion des risques ayant pour but **d'assurer la sécurité des patients , en particulier diminuer le risque de survenue d'effets indésirables.**
 - ✓ *Evaluation des pratiques professionnelles*
- L'établissement adresse un compte qualité à la HAS tous les deux ans
 - ✓ *Le management de la prise en charge médicamenteuse du patient est une des thématiques du compte qualité*
 - ✓ *La politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse inclut la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé*

Le DPC des professionnels

synpreTT

- **La certification favorise le lien avec le DPC des professionnels de santé**
 - ✓ *et avec la reconnaissance de démarches d'équipes comme facteurs clé de succès.*
- **Les professionnels de santé doivent organiser un programme triennal pour leur DPC**
 - ✓ *Formation présentielle + Evaluation des pratiques*
- **Les EPP figurent dans les plans d'action du compte qualité de l'établissement**
 - ✓ *Transmission des démarches EPP rattachées aux thématiques retenues dans le cadre du compte qualité*

La Certification des Professionnels de santé

synpreTT

- **Obligatoire à partir de 2023 pour toutes les professions de santé à l'Ordre**
- **Pharmaciens thésés 2023 : avant fin 2028**
- **Pharmaciens diplômés avant 2023 : avant fin 2031**
- **Référentiels en cours d'élaboration par les Conseils Nationaux Professionnels, 4 blocs de compétences à valider tous les 6 ans**

Méthode

- **Etablir la grille**
 - ✓ *A partir de référentiels*
 - **Recueillir les données**
 - ✓ *En présence du médecin gériatre ou coordonnateur*
- **Choix des services**
 - ✓ *Accueillant personnes âgées durée de séjour suffisante*
 - **Médecine gériatrique, SSR , SLD, Ehpad**
- **Inclusion**
 - ✓ *Patients 65 ans polypathologiques*
 - ✓ *Tous patients plus de 75 ans*
- **Echantillon**
 - ✓ *Dans le cadre de l'EPP 10 dossiers /praticien est satisfaisant*
 - ✓ *Risque élevé*

Méthode : patients à risque

- **Ex Grille Québec services hospitaliers gériatrie**
 - Prise de 8 médicaments ou plus
 - Antécédents d'effets secondaires médicamenteux
 - Présence de 4 morbidités ou plus
 - Maladie hépatique ou rénale
 - Insuffisance cardiaque
 - Prise de médicaments à haut risque / sujet âgé
 - Ex : anticoagulant, hypoglycémiant, psychotrope, digoxine, nitrés et vasodilatateur, AINS
 - Trouble cognitif ou psychologique
- **Ex PMSA HAS**
 - ✓ *au moins 2 maladies chroniques évolutives ou une insuffisance d'organe*
 - Cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique
 - ✓ *au moins 10 prises quotidiennes de médicaments incluant automédication*
 - ou 5 médicaments dont un diurétique ou un anticoagulant ou 2 psychotropes
 - ✓ *difficultés à gérer ses médicaments ou ses maladies*
 - ✓ *antécédent d'effet indésirable lié au médicament*
 - ✓ *accès aux soins limité*
 - Isolement ou déni du patient, problèmes médico-économiques

Méthode

synpreTT

- Identifier les objectifs thérapeutiques
 - ✓ *Considérer*
 - Espérance de vie
 - Niveau fonctionnel
 - Qualité de vie
 - Priorités du patient, du proche aidant et de la famille, ses croyances et ses attentes
 - Observance
 - ✓ *Objectifs thérapeutiques*
 - Prévention primaire et secondaire de maladies ?
 - Prolongement de la vie ?
 - Amélioration de la capacité fonctionnelle ?
 - Soulagement des symptômes ?

Méthode

synpreTT

- Préciser les indications pour chaque médicament.
 - ✓ Vérifier que chaque médicament est associé à un diagnostic précis.
 - ✓ Vérifier que le médicament prescrit pour l'indication correspond aux recommandations actuelles.
 - ✓ Comparer la liste des diagnostics du patient et la liste des médicaments, rechercher
 - **Overuse** : les médicaments non indiqués (= excès de traitement)
 - **Misuse** : les prescriptions inappropriées (B/R défavorable, non respect des posologies...)
 - **Underuse** : diagnostics non traités

Méthode

- **Évaluer la balance bénéfices/risques**
 - ✓ *Classer les médicaments selon leur utilité.*
 - ✓ *Éviter de prescrire des médicaments dont le niveau d'efficacité n'est pas clairement démontré.*
 - ✓ *Rechercher les médicaments ayant le moins d'effets indésirables et d'interactions.*
 - ✓ *Choisir les médicaments à demi-vie courte.*
 - ✓ *Choisir la forme galénique la mieux adaptée au handicap du patient.*

Méthode

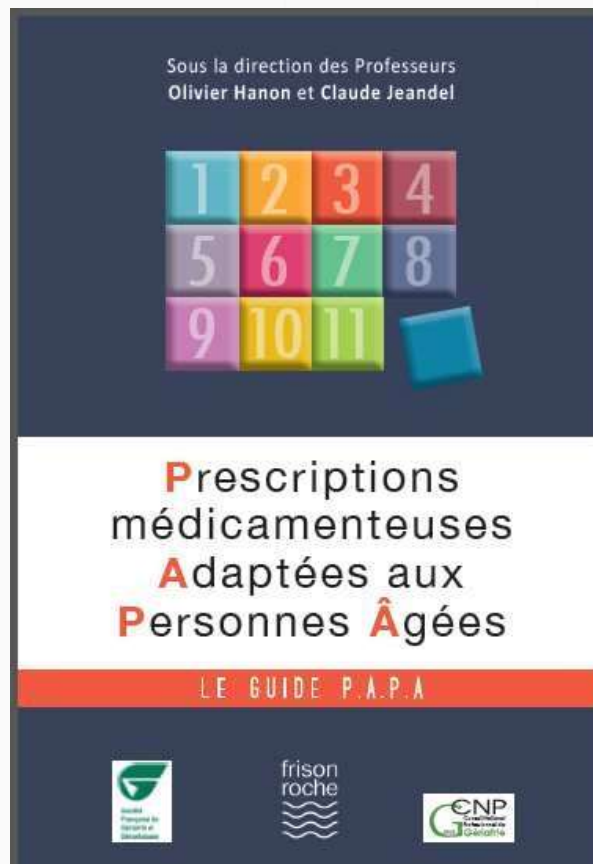
synpreTT

- Assurer un suivi.
 - ✓ *Établir des priorités thérapeutiques et les réévaluer de façon annuelle pour éviter le cumul des prescriptions.*
 - ✓ *Réévaluer si changement de la condition, de l'espérance de vie et des objectifs thérapeutiques du patient.*
 - ✓ *Faire preuve de vigilance lors des phases de transition (conciliation médicamenteuse).*
 - ✓ *Identifier les médicaments pour lesquels une modification de la posologie, une substitution ou une cessation est requise.*

3

Quels outils?

Guide SFGG



Principes d'évaluation de la pharmacothérapie

Syndrome gériatrique	Chute, delirium, hypotension orthostatique, perte de poids, incontinence urinaire, etc Questions à poser au patient
Poids/Taille	Données obligatoires
Alcool, Drogues, Tabac, Cannabis	À évaluer
Modification des paramètres pharmacocinétiques	ADME Demi-vie des médicaments en gériatrie Liaisons à l'albumine Clairance de la créatinine
Cascade médicamenteuse	Médicament- effets indésirables- médicament
Critères de Beers/STOPP-START	Consulter la liste et savoir reconnaître les plus importants
Charge anticholinergique	Critères Beers
Interaction médicamenteuse	Comprendre les interactions médicamenteuses via les cytochromes

Critères de Beers



« Un médicament est considéré comme potentiellement inapproprié lorsqu'il présente un mauvais rapport bénéfice/risque et/ou une efficacité discutable quand il est prescrit chez la personne âgée, alors même qu'il existe des thérapeutiques plus sûres »

Liste établie aux US par un panel de 13 experts (gériatres, pharmaciens, IDE cliniciennes) selon un consensus basé sur la méthode Delphi (méthode qualitative de détermination d'un référentiel) avec

- 3 forces de recommandations
 - Forte/Faible/Insuffisante
- 3 niveaux d'évidence
 - Elevé/Modéré/Bas

Les critères de Beers ont été publiés en **1991**, puis revus en 1997, 2003, 2012, 2015, 2019, **2023**

Dernière mise à jour

- *American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;1-30.*

Critères de Beers



5 catégories

1. Médicaments considérés comme potentiellement inappropriés (tableau 2) ;
2. Médicaments potentiellement inappropriés chez les patients atteints de certaines maladies ou de certains syndromes (tableau 3) Interactions médicament-maladie ou médicament-syndrome susceptibles d'exacerber la maladie ou le syndrome.
3. Médicaments à utiliser avec précaution (tableau 4)
4. Interactions médicamenteuses potentiellement importantes sur le plan clinique qui doivent être évitées chez les personnes âgées (tableau 5)
5. Médicaments dont la posologie doit être ajustée en fonction de la fonction rénale (tableau 6).

- *American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;1–30.*

Critères de Beers



Exemple des nouvelles Recommandations sur l'anticoagulation MAJ 2023

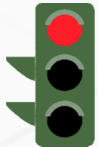
- Warfarine : éviter d'instaurer la warfarine comme traitement initial de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) ou de la fibrillation auriculaire non valvulaire, à moins que d'autres options (par exemple, les AOD) soient contre-indiquées ou qu'il existe des obstacles importants à leur utilisation.
- Pour les adultes plus âgés qui utilisent la warfarine depuis longtemps, il peut être raisonnable de continuer à prendre ce médicament, en particulier chez ceux qui ont des INR bien contrôlés (c.-à-d. >70% de temps dans la fourchette thérapeutique) et qui n'ont pas d'effets indésirables.
- Rivaroxaban : Éviter le rivaroxaban pour le traitement à long terme de la fibrillation auriculaire non valvulaire ou de la TEV en faveur d'alternatives anticoagulantes plus sûres.
- Dabigatran : Il convient d'être prudent dans le choix du dabigatran par rapport à d'autres AOD (par exemple, l'apixaban) pour le traitement à long terme de la fibrillation auriculaire non valvulaire ou de la TEV.

Critères de Beers



Diffusion de la notion des Médicaments Potentiellement Inadaptés «MPI» auprès des prescripteurs.

Mais la classification



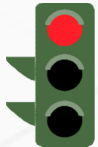
- complexifie l'usage de l'outil
- prolonge le temps requis pour identifier les Médicaments inappropriés
- contient de nombreux médicaments peu utilisés en pratique courante en France.
- Outil peu adapté au contexte des soins palliatifs

Critères de Beers



Diffusion de la notion des Médicaments Potentiellement Inadaptés «MPI» auprès des prescripteurs.

Mais la classification

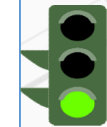
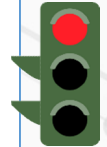


- complexifie l'usage de l'outil
- prolonge le temps requis pour identifier les Médicaments inappropriés
- contient de nombreux médicaments peu utilisés en pratique courante en France.
- Outil peu adapté au contexte des soins palliatifs

Stopp and Start V2

- **STOPP** : *Screening Tool of Older Person's Prescriptions*
- **START** : *Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment*
 - ✓ *Permet d'optimiser la prescription chez le sujet âgé et systématiser l'identification des prescriptions inappropriées*
 - *Minimiser les risques d'effets indésirables => Arrêt des médicaments avec bénéfice-risque défavorable*
 - **Sur-médication**
 - **Débuter un traitement avec bénéfice-risque favorable**
 - **Sous-médication**

*O'Mahony D. et al. Stopp/start criteria potentially inappropriate prescribing in older people version 2, Age ageing 2014
P.O. Lang , M. Dramé, B. Guignard, R. Mahmoudi , I. Payot , J. Latour , E. Schmitt , T. Pepersacki , N. Vogt-Ferrier, Y. Hassok , O. Dalleur, B. Boland nNPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie (2015) 15, 323—336*



Stopp and Start V2

- STOPP. V2 est passée de 65 à 84 critères ciblant 42 substances/classes médicamenteuses.
- Plusieurs médicaments fréquemment prescrits chez les personnes âgées appartiennent à plusieurs classes de la liste, ce qui rend la tâche du clinicien plus complexe :
 - α -bloquants, anticalciques, anticoagulants oraux directs, aspirine, antiinflammatoires non stéroïdiens, glucocorticoïdes, tricycliques, benzodiazépines, opiacés, médicaments anticholinergiques, entre autres.

Stopp and Start V2

- Une organisation des critères de STOPP par classe médicamenteuse et non plus par système physiologique pourrait être une approche plus cohérente.
- Dans la liste START.V2 sont apparus :
 - Système urogénital / S. ophtalmologique
 - Indication générique de vaccination : antigrippale/ anti- pneumococcique
 - Indications spécifiques pour
 - pics douloureux/goutte /glaucome/, hypertrophie prostatique obstructive/atrophie vaginale/ syndrome des jambes sans repos/ démence modérée à sévère.
- <http://stopstart.free.fr/>

Exemple de Critères STOPP Majoration chutes

Section	Critère STOPP	Critère STOPP2	Commentaire
Majoration risque chute	K1	Une benzodiazépine dans tous les cas	effet sédatif, trouble de proprioception et d'équilibre
Majoration risque chute	K2	Un neuroleptique dans tous les cas	effet sédatif, dyspraxie de la marche, symptômes extrapyramidaux
Majoration risque chute	K3	Un vasodilatateur (α 1-bloquant, inhibiteur calcique, dérivé nitré de longue durée d'action, inhibiteur de l'enzyme de conversion, antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II) en présence d'une hypotension orthostatique persistante (diminution récurrente de la pression artérielle systolique \geq 20 mmHg ou diastolique \geq 10 mmHg lors de la verticalisation)	risque de syncopes, de chutes
Majoration risque chute	K4	Un hypnotique Z (zopiclone, zolpidem)	risque de sédation, d'ataxie

Exemple de Critères STOPP Antalgie

Critère STOPP2

Un opiacé fort en première ligne d'une douleur légère (par voie orale ou transdermique ; morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, méthadone, tramadol, péthidine)

Un opiacé en traitement de fond (c.à.d. non à la demande) sans la prescription concomitante d'un traitement laxatif

Un opiacé de longue durée d'action en cas de pics douloureux, en l'absence d'un opiacé à action immédiate

Exemple de Critères STOPP Muscle et Squelette

Section	Critère STOPP	Critère STOPP2	Commentaire
Muscle-squelette	H1	Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodéal ou de saignement digestif, sans traitement gastro-protecteur par IPP ou anti-H2	risque de récurrence de l'ulcère peptique
Muscle-squelette	H2	Un AINS en présence d'une hypertension artérielle sévère ou d'une IC sévère	risque de majoration de l'hypertension ou risque de décompensation cardiaque
Muscle-squelette	H3	Un AINS au long cours (> 3 mois) en première ligne pour une douleur arthrosique	un analgésique comme le paracétamol est préférable et habituellement efficace pour contrôler les douleurs arthrosiques modérées
Muscle-squelette	H4	Une corticothérapie au long cours (> 3 mois) pour une polyarthrite rhumatoïde en monothérapie	risque d'effets secondaires de la corticothérapie
Muscle-squelette	H5	Une corticothérapie pour douleur d'arthrose, par voie orale ou locale (injections intra-articulaires admises)	risque d'effets secondaires systémiques de la corticothérapie
Muscle-squelette	H6	Un AINS ou la colchicine au long cours (> 3 mois) pour le traitement de fond d'une goutte, en l'absence d'un inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol ou fébuxostat) sauf si ce dernier est contre-indiqué	un inhibiteur de la xanthine-oxydase est le premier choix pour la prévention des crises de goutte
Muscle-squelette	H7	Un AINS en présence d'une maladie cardiovasculaire non contrôlée (angine de poitrine, HTA sévère)	risque accru d'infarctus du myocarde ou de thrombose cérébrale
Muscle-squelette	H8	Un AINS en présence d'une corticothérapie sans traitement préventif par inhibiteur de la pompe à protons	risque accru d'ulcère gastroduodéal
Muscle-squelette	H9	Un biphosphonate par voie orale en présence d'une atteinte actuelle ou récente du tractus digestif supérieur (dysphagie, oesophagite, gastrite, duodénite, ulcère peptique, ou saignement digestif haut)	risque de récurrence ou de majoration de l'atteinte digestive haute

Exemples de Critères START Antalgie

Critère START	Critère START	Commentaire
SH1	En présence de douleurs modérées à sévères , des agonistes opioïdes forts doivent être proposés lorsque le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les opiacés faibles sont inadaptés à la sévérité des douleurs ou ont été inefficaces	contrôle de la douleur permettant d'éviter anxiété, dépression, troubles du comportement, du sommeil et de la mobilité
SH2	Chez une personne recevant des opiacés de façon régulière , un traitement laxatif	prévention de la constipation induite par les opiacés

Exemples de Critères START Muscle et Squelette

Critère START	Critère START2	
SE1	En présence d'une polyarthrite rhumatoïde active et invalidante , un traitement de fond par un inducteur de rémission (méthotrexate, hydroxychloroquine, minocycline, leflunomide, tocilizumab, étanercept, adalimumab, anakinra, abatecept, infliximab, rituximab, certolizumab, golimumab)	ralentissement de l'évolution de la maladie
SE2	En cas de corticothérapie systémique au long cours (> 3 mois) , une supplémentation en vitamine D et calcium et un traitement par biphosphonates	prévention de l'ostéoporose cortico- induite
SE3	En présence d'une ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse : T-score < -2,5 DS) ou d'un antécédent de fracture de fragilité (spontanée ou par traumatisme à basse énergie), une supplémentation en vitamine D (cholécalférol 800—1000 UI/jour) et calcium (1—1,2 g/jour)	prévention de fractures osseuses
SE4	En présence d'une ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse : T-score < -2,5 DS) ou d'un antécédent de fracture de fragilité (spontanée ou par traumatisme à basse énergie), un traitement inhibiteur de la résorption osseuse ou anabolique osseux	prévention des fractures osseuses
SE5	En présence d'un confinement au domicile, de chutes ou d'une ostéopénie (densitométrie osseuse : -2,5 < T-score < -1,0 DS), une supplémentation en vitamine D (cholécalférol 800—1000 UI/jour)	prévention de l'ostéoporose
SE6	En présence de goutte clinique (crises, arthro-pathie, tophus) radiographique, un traitement de fond par un inhibiteur de la xanthine oxydase (allopurinol, fébuxostat)	prévention des crises de goutte
SE7	En cas de traitement par méthotrexate , une supplémentation en acide folique	prévention des effets indésirables gastro-intestinaux et hématologiques

Outil d'aide à la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé issu d'une démarche territoriale en Rhône Alpes (1)

Version 2019, V 2023 en cours



Cardiovasculaire

PAR CHANGE · 26 OCTOBRE 2017

STOP Antiagrégants plaquettaires

- Aspirine (Kardegic®) > 160mg/j pour une durée supérieure à 1 an	Risque saignement sans augmentation d'efficacité
- Association aspirine + clopidogrel ou association aspirine + ticagrélor > 1an en prévention secondaire des AVC (sf si SCA concomitant, stent coronarien < 12mois ou sténose carotidienne serrée symptomatique)	Pas de preuve de bénéfice, hors de ces 3 exceptions, par rapport à une monothérapie par clopidogrel



Outil d'aide à la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé issu d'une démarche territoriale en Rhône Alpes (1)



Athérosclérose (au niveau coronarien, cérébrovasculaire ou périphérique)

START Statines: Chez un patient de moins de 85ans, si espérance de vie > 5 ans et selon autonomie du patient

Réduction des événement ischémiques
Intérêt du traitement à évaluer selon le rapport bénéfice/risque (comobidités, autonomie du patient)

START Antiagrégants plaquettaires

Réduction des événement ischémiques

ACFA (permanente, paroxystique ou persistante)

START Anticoagulants

Risque cardioembolique élevé

Charge anticholinergique

- Principaux effets anticholinergiques centraux:
 - ✓ *sédation, altération cognitive, delirium, confusion aiguë*
 - ✓ *désorientation, hallucinations visuelles, agitation, irritabilité, agressivité*
- Principaux effets anticholinergiques périphériques:
 - ✓ *troubles de l'accommodation visuelle, mydriase*
 - ✓ *sécheresse buccale, sécheresse oculaire*
 - ✓ *tachycardie, nausées, constipation*
 - ✓ *dysurie, rétention vésicale*

Charge anticholinergique

En 2013, Duran et al. publie une revue de la littérature concernant les échelles permettant d'évaluer la charge anticholinergique des molécules.

Sept échelles sont présentées :

- l'ARS de Rudolph
- l'ADS de Carnahan
- l'ACB de Chew
- Liste de Marie-Laure Ancelin
- Échelle de Han 2008, basée sur des échelles déjà publiées et des avis d'experts, qui regroupe 60 molécules.
- Echelle de Ehrt 2010, basée sur celle de Chew et des avis d'experts.
- Echelle de Sittironnarit 2010, « Anticholinergic Loading Scale » trouve son origine dans les échelles d'Ancelin, d'Han, de Chew et de Rudolph, ainsi que des avis d'experts. Elle regroupe 49 molécules.

Charge anticholinergique

Liste non exhaustive de médicaments à activité anticholinergique élevée :

- amitriptyline, amoxapine, clomipramine, désimipramine, doxépine, imipramine, nortryptiline, paroxétine, hydroxyzine, prométhazine
- clozapine, lévomépromazine, bipéridène, trihexyphénidyle
- oxybutynine, solifénacine
- Ipratropium, scopolamine

Tableau des médicaments anticholinergiques dans critères de Beers 2023

Durán CE, Azermai M, Vander Stichele RH. Systematic review of anticholinergic risk scales in older adults.

Eur J Clin Pharmacol. 2013 Jul;69(7):1485–96.

Carnahan RM, Lund BC, Perry PJ, Pollock BG, Culp KR: The Anticholinergic Drug Scale as a measure of drug-related anticholinergic burden: associations with serum anticholinergic activity. Journal of clinical pharmacology 2006, 46(12):1481-1486

Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE: The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. Archives of internal medicine 2008, 168(5):508-513.

Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique : Mise au point d'un nouveau score et application en population psychiatrique. Jeanne BRIET Thèse pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie Université Dijon 21 mai 2015.

L'échelle d'imprégnation anticholinergique : vers l'élaboration d'une échelle adaptée aux prescriptions en milieu psychiatrique français Thérapie Vol 72 - N° 4 P. 427-437 - septembre 2017

Interactions médicamenteuses

Thésaurus national

Définition: guide pharmaco-thérapeutique d'aide à la prescription regroupant l'ensemble des interactions médicamenteuses identifiées par le groupe de travail de l'ANSM

Intérêt: apporte aux professionnels de santé une information de référence fiable et pragmatique

Mais de nombreuses interactions chez la personne âgée non encore intégrées ex AOD

D'où nécessité de suivi +++

Interactions médicamenteuses

<https://ansm.sante.fr/documents/referance/thesaurus-des-interactions-medicamenteuses-1>

MAJ 1fois/an , à surveiller/ logiciels prescription et dispensation

Dernière MAJ Octobre 2020

DABIGATRAN

Voir aussi : anticoagulants oraux

+ AMIODARONE

Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.	Précaution d'emploi Dans l'indication post-chirurgicale : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran si nécessaire, sans excéder 150 mg/j.
--	---

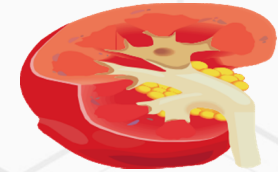
+ ANTICONVULSIVANTS INDUCTEURS ENZYMATIQUES

Diminution des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique.	Association DECONSEILLEE
---	---------------------------------

+ CICLOSPORINE

Augmentation de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.	CONTRE-INDICATION
--	--------------------------

Adaptation à la clairance rénale



Définition: listes de médicaments à adapter à la fonction rénale.

Intérêt: limitation de la iatrogénie par adaptation de la posologie aux capacités d'élimination du patient.

Référence: site GPR (ICAR), lien calculateur GPR, liste d'Épernay enrichie

Site GPR



Exemple metformine

DFG ml/min	Dose journalière totale maximale (à répartir en 2 à 3 prises quotidiennes)	Autres éléments à prendre en compte
60-89	3 000 mg	Une diminution de la dose peut être envisagée selon la détérioration de la fonction rénale.
45-59	2 000 mg	Les facteurs susceptibles d'augmenter le risque d'une acidose lactique doivent être passés en revue avant d'envisager l'instauration de la metformine.
30-44	1 000 mg	La dose d'initiation ne peut dépasser la moitié de la dose maximale.
< 30	-	La metformine est contre-indiquée.

Adaptation voie : capacité déglutition




- Définition: étudier la faisabilité du caractère « écrasable » du comprimé ou « ouvrable » de la gélule
- Intérêt: adapter la forme galénique aux capacités de déglutition du patient

Liste médicaments écrasables Omedit Normandie

<https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/liste-des-medicaments-ecrasables/liste-des-medicaments-ecrasables,3184,3511.html>

MAJ 2023

Spécialité+	Dénomination(s) commune(s) de base	Formes galéniques	Recommandations	Commentaires RCP	Alternative	Commentaires laboratoires		
						Paramètres de pharmacocinétique et de pharmacodynamie	stabilité	Recommandations de prise
Abilify 10 et 15mg	Aripiprazole	Comprimé orodispersible		Laisser fondre sous la langue ou dans un verre d'eau				Possibilité de le dissoudre dans l'eau et de boire la suspension.
Abilify 5mg, 10 et 15mg	Aripiprazole	Comprimé			Abilify 10 mg cp orodispersible	N'est ni GR, ni LP donc rien ne s'y oppose mais aucune donnée (12/11/12)		

Cascades médicamenteuses

Exemples de cascades médicamenteuses observées en pratique

Médicament 1

Alendronate
Amlodipine
Antihypertenseur
Atorvastatine
Atorvastatine
Bupropion
Ciprofloxacine
Citalopram
Digoxine
Donépézil
Donépézil
Énalapril
Gabapentine
Prégabaline

Effets indésirables

Trouble gastro-intestinal
OEdème du pied
Étourdissement
Crampes musculaires
Crampes musculaires
Insomnie
Hallucinations
Nausées
Nausées
Incontinence urinaire
Nausées
Toux
OEdème du pied
OEdème du pied

Médicament 2

Pantoprazole
Furosémide ou hydrochlorothiazide
Bétahistine
Quinine
Prégabaline
Mirtazapine
Rispéridone
Dompéridone
Métoclopramide
Toltérodine
Métoclopramide
Codéine
Furosémide ou hydrochlorothiazide
Furosémide ou hydrochlorothiazide

EPP 2023

Strasbourg – 24 au 26 mai 2023

EPP Gériatrie

Il s'agit de choisir, avec un médecin gériatre intéressé pour mener une revue de pertinence des prescriptions

- un service de votre établissement
- 10 patients polypathologiques, âgés de + 65 ans, avec une durée de séjour suffisante.

Les critères mesurés seront :

- pour chaque médicament relevé sur l'ordonnance, les formes, posologies, durées de traitement sont renseignées
- les posologies sont adaptées si nécessaire au degré d'insuffisance rénale
- les formes galéniques sont adaptées aux capacités de déglutition
- les interactions médicamenteuses niveau 1 et 2 sont repérées
- la charge anticholinergique est mesurée
- les médicaments sont appropriés au sens des critères Stopp and Start

Patient n°

Age :

Sexe : H F

Poids :

IMC si renseigné dans le dossier :

Capacité de déglutition : Oui Non NR

Fonction rénale (ml/min/1.73 m²):

Strasbourg – 24 au 26 mai 2023

Prescription Par médicament (Med 1 Med 2 Med 3 Med 4 Med 5 Med 6
.....)

DC / Forme galénique : FOS, sol buv , Inj , autres

Posologie dose journalière (en mg / UI)

Durée de traitement oui/non

Posologie adaptée à la fonction rénale (cf liste insu rénale) Oui/Non/NC

Médicament adapté aux capacités de déglutition du patient (cf liste Omedit /Oui/ Non

Interactions niveau CI Oui/Non / Si oui Indiquer les noms de médicaments associés en DC

Interactions niveau déconseillé Oui/ Non / Si oui Indiquer les noms de médicaments associés en DC

Liste Omedit
Normandie
2023

Thesaurus
Interactions
ANSM Oct
2020

Strasbourg – 24 au 26 mai 2023

Prescription Par médicament (Med 1 Med 2 Med 3 Med 4
Med 5 Med 6

Charge anticholinergique (0à 3)

Critères STOPP généralistes oui/non

Si oui A1 A2 A3

Critères STOPP par système oui/non

Si oui n° des critères B1 à B13/ C1 à C11/ D1 à D14/E1 à E6
/ F1

à F4 / G1 à G5/ H1 à H9/ I1 à I2/ J1 à J6 / K1 à K4/ L1 à L3

Calculateur
Charges
anticholinergiques

Tableur des
Critères STOPP
généralistes

Tableur des
Critères STOPP
par système

Strasbourg – 24 au 26 mai 2023

Sur l'ensemble de la prescription

Critères START (entourer les critères)

SA1, SA2, SA3, SA4, SA5, SA6, SA7, SA8

SC1, SC2, SC3, SC4, SC5, SC6

SD1,SD2

SB1, SB2, SB3

SE1, SE2, SE3, SE4, SE5, SE6, SE7

SG1, SG2, SG3

SF1, SH1, SH2, SI1, SI2

Score Total charge anticholinergique

Tableur des
critères START

Strasbourg – 24 au 26 mai 2023

EPP Gériatrie

Voici le calendrier pour l'EPP associée à la formation en atelier :

Analyse et saisie des 10 premiers patients à partir juin 2023

Dès réception, envoi par nos soins du 1er tableau de bord de résultats

Dès réception du tableau de bord et du tableur Excell de vos critères Stopp and Start, préparation puis envoi de votre part d'un ou plusieurs plans d'action.

Mise en place de ceux-ci dans votre établissement

Novembre 2023 : analyse et saisie des 10 nouveaux patients

envoi du tableau de bord n° 2 et du tableau comparatif avec % amélioration

Test de connaissances

- Connaissez-vous les 6 étapes de la revue de pertinence selon la méthode HAS ?
 - Choisir un thème pour lequel une amélioration des pratiques est attendue
 - Choisir les critères d'évaluation
 - Recueillir les données et mesurer
 - Analyser les résultats et rechercher les causes des écarts entre la pratique réelle et la pratique souhaitée
 - Mettre en place les actions d'amélioration
 - Réévaluer les pratiques
- Connaissez-vous les deux principaux outils d'évaluation des médicaments inappropriés en gériatrie
 - Critères de Beers
 - Critères Stopp and start

Test de connaissances

- Connaissez-vous deux échelles d'évaluation de la fragilité chez la personne âgée ?
 - Echelle de Rockwood
 - Echelle Sega
- Pour le patient insuffisant cardiaque, connaissez-vous les quatre niveaux de la classification NYHA?
 - NYHA 1 pas de symptôme
 - NYHA 2 fatigue, dyspnée pour effort important. Réduction modérée de l'activité physique
 - NYHA 3 symptômes à l'effort. Réduction marquée de l'activité physique
 - NYHA 4 Symptômes au repos. Diminution sévère de l'activité physique
- Pour le patient en état de confusion aiguë, connaissez vous les 4 critères du CAM
Confusion Assessment Method
 - Début soudain et fluctuation des symptômes
 - Inattention
 - Désorganisation de la pensée
 - Altération de l'état de conscience

Contact

Mariannick Le Bot

CHU de Brest

Mariannick.lebot@chu-brest.fr

hopipharm@hopipharm.fr

