

CONGRÈS | DES UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION
NATIONAL 2023 ET DE PRISE EN CHARGE*

Alzheimer

Séances de
Formation
Continue



PARIS

Retrouvez nous sur facebook 
www.uspalz.com

Palais des Congrès d'Issy-les-Moulineaux

13 ET 14 DÉCEMBRE 2023

La révision d'ordonnances des résidents d'EHPAD présentant une maladie d'Alzheimer - Exemple du REIPO *Pr. Philippe CESTAC (Toulouse)*

ERASME

Équipe Référente d'Appui à la
Sécurisation et l'optimisation
de la prise en charge Médicamenteuse
en ESMS

Reipo
OCCITANIE

ars
Agence Régionale de Santé
Occitanie

Objectifs de l'expérimentation ERASME

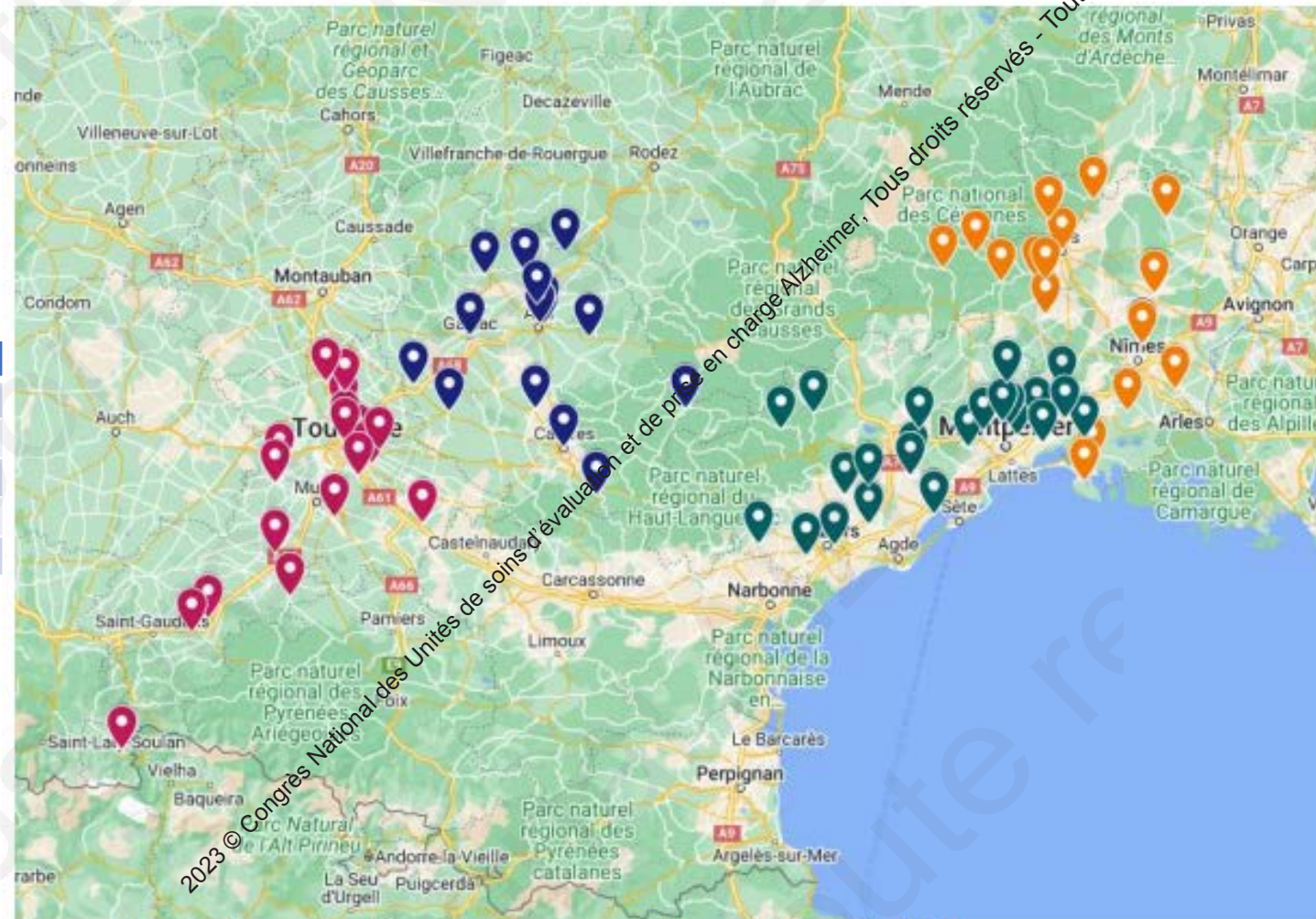
Sécuriser et **Améliorer** la prise en charge médicamenteuse et prévenir l'iatrogénie chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

Fédérer différentes structures d'Occitanie (REIPO, CRPV et OMEDIT) spécialisées dans le Bon Usage du Médicament (BUM) en synergie avec les Equipes Parcours Santé Personnes âgées (EPS PA)

Localisation des Etablissements accompagnés en Occitanie

Répartition des ESMS répondants au questionnaire des besoins par département et type d'ESMS

Département	EHPAD	FAM / MAS	Total
31	10	6	16
81	10	5	15
34	10	4	14
30	13	3	16
Total	43 (70%)	18 (30%)	61





Des actions sur les processus au sein de l'EHPAD – Gestion des Risques

ERASME

Équipe Référente d'Appui à la
Sécurisation et l'optimisation
de la prise en charge Médicamenteuse
en ESMS





Audit sur le circuit du médicament

40 structures ont exprimé un besoin



1- Prescription



Libre choix du résident pour son médecin et pharmacien



2- Dispensation



5- Administration



Procédure Qualité

6-Surveillance Réévaluation traitements



Bon patient

Bon médicament

Bonne dose

Bon moment

Bonne voie d'administration

A CHARGE DU PE 1 PRODUIT OU EL. DURABILITE

4- Préparation



3- Stockage, détention



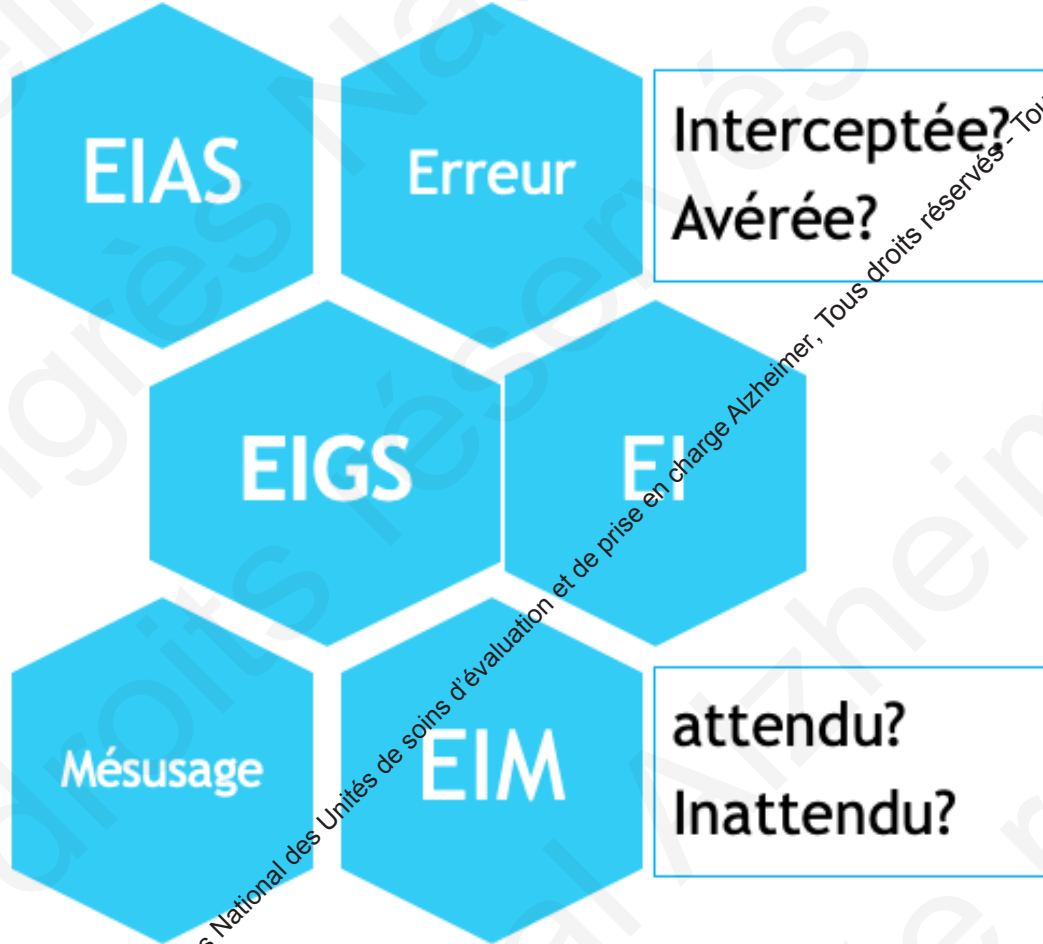
Pharmacovigilance





Formation aux circuits de déclaration

39 structures ont exprimé un besoin



2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est interdite



Des actions pluripro d'optimisation de la prise en charge thérapeutique

ERASME

Équipe Référente d'Appui à la
Sécurisation et l'optimisation
de la prise en charge Médicamenteuse
en ESMS





Formation à l'optimisation thérapeutique et au bilan de médication

17 structures ont exprimé un besoin



Processus d'identification des interventions pharmaceutiques							
Contexte : Sexe : F Age : 86		Domaines altérés : Physique Thymique Vision Cognitif Nutritionnel Audition		Objectifs thérapeutiques (si applicable): • TA : • HbA1c :			
A RELIER			Analyse pharmaceutique				
Antécédents et comorbidités	Médicaments prescrits en DCI Penser à identifier les Médicament(s) Potentiellement Inapproprié(s) chez le sujet âgé	Ecrasement cp / ouverture gélules Cochez si oui Cochez si possible selon liste de la SFPC		Entretien Tolérance ? Observance ? Constantes ?	Biologie Le suivi biologique de chaque médicament est-il optimal ?	Recommandations RCP, HAS, sociétés savantes	Interventions identifiées à prioriser



2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge de la Maladie d'Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est formellement interdite.

LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Le copilote est-il assis à l'arrière de l'avion?



Pharmacien / Aiguilleur du ciel?

Méthodologie

1. Identifier les **besoin de formation** à l'optimisation thérapeutique et au bilan de médication
2. **Transmission des données patients** (antécédents, biologie, observations médicale et soignante, traitement, vaccination) par l'établissement
3. **Visio avec le pharmacien d'officine pour le former au bilan partagé de médication** avec chimiothérapie notamment pour la partie psychiatrie,
 - Impliquer les médecins coordonnateurs
4. **RCP guidée** au sein de l'établissement + **formation sur la prise en charge médicamenteuse**
 - médecin traitant invité mais souvent absent... médecin coordonnateur présent s'il existe !
 - 2 dossiers environ 2 heures avec discussion des propositions d'optimisation thérapeutique
 - Animé par le pharmacien clinicien ERASME
5. **Transmission du plan pharmaceutique personnalisé + diapositives de rappels de formation** par le pharmacien clinicien ERASME

Principaux besoins de formation des ESMS

Benzodiazépines et apparentés

Antipsychotiques



Antalgiques

Classes médicamenteuses retrouvées dans le TOP 3 des 43 EHPAD

Antipsychotiques

Benzodiazépines et apparentés



Anti-épileptiques

Classes médicamenteuses retrouvées dans le TOP 3 des 18 FAM/MAS

Situations cliniques retrouvées dans le TOP 3 des 43 EHPAD

Prise en charge des troubles psycho-comportementaux associés aux démences	70% (n=30)
Prise en charge de la douleur et optimisation thérapeutique	42% (n=18)
Prévention des chutes	42% (n=18)

Situations cliniques retrouvées dans le TOP 3 des 18 FAM/MAS

Prise en charge de l'épilepsie	55% (n=10)
Prise en charge des troubles psycho-comportementaux	44% (n=8)
Prise en charge des troubles de la déglutition	39% (n=7)

Jeu des cascades iatrogènes



Cascade 1 :

- 3 cartes symptôme : **Hypertension artérielle ; Oedèmes ; Hypokaliémie**
- 3 cartes médicament : **Amlodipine (AMLOR®) ; Furosémide (LASIX®) ; Potassium (DIFFU-K®)**
- 3 cartes piège : **Hydrochlorothiazide (ESIDREX®) ; Hyperkaliémie ; Enalapril (RENITEC®)**

Cascade 2 :

- 3 cartes symptôme : **Agitation/Agressivité ; Epilepsie ; Toxidermie**
- 4 cartes médicament : **Loxapine (LOXAPA®) ; Lamotrigine (LAMICTAL®) ; Lévétiracétam (KEPPRA®) ; Risperidone (RISPERDAL®)**

Cascade 3 :

- 2 cartes symptôme : **Fibrillation auriculaire ; Dysthyroïdie**
- 6 cartes médicament : **Amiodarone (CORDARONE®) ; Levothyroxine (LEVOTHYROX®) ; Sotalol (SOTALEX®) ; Thiamazol (THYROZOL®) ; Propylthiouracile (PROPYLEX®)**

Département	Total
31	4
81	8
34	2
30	10
Total	24

Nombre de séance ludique sur les cascades iatrogènes

Fiches reflexes

Thèmes fiches réflexes :

1. Constipation
2. Tremblement
3. Chute
4. Dysphagie
5. Médicaments pro convulsivants
6. Bon usage de la prégabaline
7. Troubles compulsifs



Et si c'était le médicament? Les Tremblements



Contexte :

Un tremblement est un mouvement oscillatoire et rythmé d'une partie du corps caractérisé par une fréquence relativement constante et par une amplitude variable (à distinguer des mouvements anormaux).

Antécédents pathologiques du patient :

- Trouble psychiatrique
- Maladie de Parkinson
- Maladie Wilson
- Neuropathie périphérique
- Sclérose en plaque

Éléments récents :

- Hypothermie? Hyperthermie ?
- Hypoglycémie?
- Troubles de calcium?
- Sevrage alcoolique, café, thé ou médicamenteux

Et si c'était le médicament?

Déclaration? Question? Demande d'information?

CRPV Montpellier (30 et 34) : **04.67.33.67.56**

CRPV Toulouse (31 et 81) : **05.61.25.51.12**



Les différents types : de tremblements peuvent être classés selon:

1- Le moment de survenue:

- Tremblement d'action (liés à un mouvement intentionnel)
- Tremblement au repos (statiques ou posturaux)

2- La cause de survenue:

- Le tremblement essentiel ou primaire
- Le tremblement secondaire

Principaux médicaments pouvant générer ou aggraver des tremblements

(liste non exhaustive)

- les Neuroleptiques → troubles extrapyramidaux (tremblement, rigidité, mouvements anormaux). Pensez aux neuroleptiques classiques et aussi neuroleptiques cachés (dans certains somnifères (acéprométazine) ou anti-allergiques (alimémazine) ou antiémétiques (métoclopramide)
- Les médicaments qui agissent sur la sérotonine (IMAO; neuroleptiques récents dit de seconde génération, antidépresseurs, antimigraineux, certains antalgiques (tramadol))
- Les sympathomimétiques bêta-2 stimulants tels que le salbutamol
- Les inhibiteurs calciques (diltiazem, vérapamil, amlodipine)
- Divers: lithium, acide valproïque, hormones thyroïdiennes..

Important : L'association de plusieurs médicaments qui exposent à des tremblements majore ce risque. Les tremblements d'origines médicamenteuses sont généralement réversibles à l'arrêt du médicament ou à la diminution des doses.

Fiche produite par le CRPV antenne Montpellier dans le cadre du projet ERASME

Perkichute®



Antihypertenseurs,

Antidiabétiques,

Dépresseurs du système nerveux central,

Atropiniques,

.....

Nombre de séances ludiques sur la prévention des chutes en EHPAD

Département	Total
31	3
81	4
34	2
30	8
Total	17



Actes financés
pour les
pharmaciens
d'officine

BILAN DE MEDICATION EN EHPAD

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est interdite

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est interdite

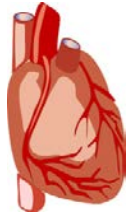


Cas Clinique

Mme C, 98 ans

DFG = 35 mL/min/1,73m²

DFG déindexé = 34,6 ml/min

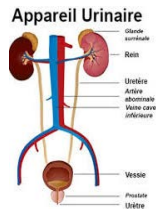


Pathologies cardiovasculaires

Fibrillation auriculaire
Insuffisance cardiaque
Hypertension artérielle
Hypertriglycéridémie

Pathologies rénales

Insuffisance rénale chronique
modérée
Troubles phosphocalciques



Pathologie neuropsychiatrique

Troubles cognitifs
Dépression



Pathologie endocrinienne

Hypothyroïdie



Autres

Anémie macrocytaire
normochrome
Constipation
Fracture du col du fémur avec
PTH 2019
Insuffisance veineuse



Institutionnalisée en EHPAD

Domaines altérés (IGOPE)

Physique : pathologies osseuses

Cognitif : syndrome démentiel

Thymique : troubles du comportement,
état anxieux

Nutritionnel

- Poids : 63 kg
- IMC : 24 kg/m²

Vision

Audition

Statut vaccinal

Grippe à jour

COVID-19 à jour

Pneumocoque à jour (06/23)

15

Ordonnance

▶ Clopidogrel 75 mg	0-1-0-0
▶ Candesartan 8mg	1-0-0-0
▶ Furosémide 40mg	1-0-0-0
▶ Calcium 500mg	2-0-0-0
▶ Alfacalcidol 1µg	1-0-0-0
▶ ZymaD® (Cholécalciférol) 80 000 UI	1 amp/mois
▶ Acide folique 5mg	0-1-1-0
▶ Tardyferon® (Sulfate ferreux) 80mg	1-0-0-0
▶ Vitamine B12	1 amp lundi et jeudi
▶ Paroxétine 20mg	1-0-0-0
▶ Levothyrox® (Lévothyroxine) 50µg	1-0-0-0
▶ Troxérutine 3,5g	1-0-0-0
▶ Paracétamol 500mg	2-2-2-0
▶ Melaxose	Si besoin
▶ Microfibre	Si besoin

Bilan biologique (07/2023)

NFS

Hémoglobine	11,8 g/dL	11,7 à 16	Triglycérides	<u>7,52</u> g/	4,16 à 6,72
VGM	<u>100</u> fL	83 à 97	LDL	1,05 g/L	
CCMH	<u>31,3</u> g/dL	32 à 36	HDL	0,72 g/L	> 0,5

Biochimie

CRP	<u>11,8</u> mg/L	3,8 à 10	Fer	10,6 µmol/L	5,8 à 34,5
Sodium	141 mmol/L	150 à 400	Transferrine	<u>1,6</u> g/L	2,0 à 3,6
Potassium	3,9 mmol/L		CTF	<u>40</u> µmol/L	50 à 90
			CSTf	27%	15 à 35%
Créatinine	<u>112</u> µmol/L		Ferritine	<u>411</u> µg/L	15 à 150
DFG (CKD-épi)	<u>35</u> mL/min/1,73m ²	136 à 145	TSH	1,87 µUI/mL	0,27 à 9
Acide urique	<u>600</u> µmol/L	3,4 à 4,5	Folates	<u>4,9</u> nmol/L	< 12,7
Vit D totale	<u>19</u> ng/mL	45 à 84			
		90 à 140			
		143 à 340			
		30 à 60			

Méthodologie d'analyse : Etapes d'un bilan de médication

1

Informations
générales et
mise en
contexte

PROCESSUS D'IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES

Contexte : Sexe : Age :		Domaine(s) altéré(s) (ICOPE) : <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Cognitif <input type="checkbox"/> Thymique <input type="checkbox"/> Nutritionnel <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Audition Fragile ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Objectifs thérapeutiques (si applicable): - TA : - HbA1c : - LDL-c :	
A RELIER		Analyse pharmaceutique*			
Antécédents et comorbidités	Médicaments prescrits en DCI <i>Penser à identifier les Médicament(s) Potentiellement Inapproprié(s)</i>	Entretien <i>Tolérance ? Observance ? Constantes ?</i>	Biologie <i>Le suivi biologique de chaque médicament est-il optimal ?</i>	Recommandations <i>RCP, HAS, sociétés savantes</i>	Interventions identifiées à prioriser

4

Identification
des IP

2

Overuse
Misuse
Underuse

- Regrouper les pathologies par organe.
- Relier les médicaments à chaque antécédent ou comorbidité connue.

3

- Les données issues de l'entretien apportent-elles des éléments ?
- Les données de biologie nécessitent-elles d'adapter des ttt ?
- Le traitement prescrit est-il en accord avec les recommandations ?

Fibrillation auriculaire

Pathologies cardiovasculaires



Fibrillation auriculaire

Insuffisance cardiaque
Hypertension artérielle
Hypertriglycéridémie

Clopidogrel 75 mg

0-1-0-0

Candesartan 8mg

1-0-0-0

Furosémide 40mg

1-0-0-0

Calcium 500mg

2-0-0-0

Alfacalcidol 1µg

1-0-0-0

ZymaD® (Cholécalciférol) 80 000 UI

1 amp/mois

Acide folique 5mg

0-1-1-0

Tardyferon® (Sulfate ferreux) 80mg

1-0-0-0

Vitamine B12

1 amp lundi et jeudi

Paroxétine 20mg

1-0-0-0

Levothyrox® (Lévothyroxine) 50µg

1-0-0-0

Troxérutine 3,5g

1-0-0-0

Paracétamol 500mg

2-2-2-0

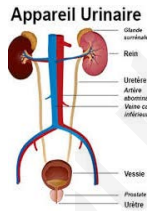
Melaxose

Si besoin

Microfibre

Si besoin

Pathologies rénales



Insuffisance rénale chronique modérée
Troubles phosphocalciques

Pathologie neuropsychiatrique



Troubles cognitifs
Dépression

Pathologie endocrinienne



Hypothyroïdie

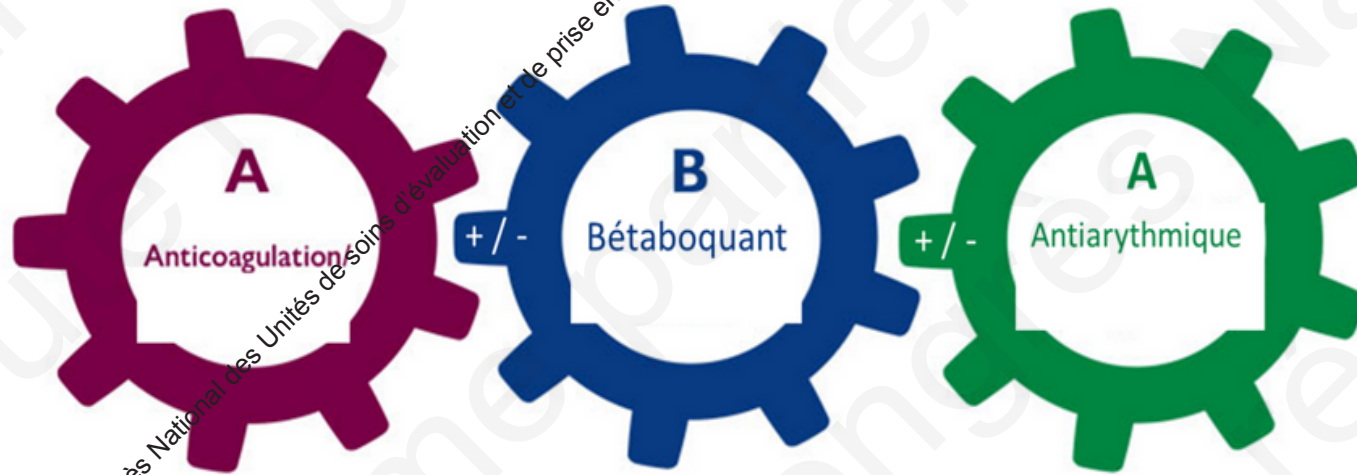
Autres

Anémie macrocytaire normochrome
Constipation
Fracture du col du fémur avec PTH (2019)
Insuffisance veineuse



2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est interdite.

Fibrillation auriculaire



Contrôle de la **fréquence cardiaque**

Bêta-bloquants ++
DILTIAZEM, VERAPAMIL
Digitaliques
Antiarythmiques si échec ou CI
autres thérapeutiques
Ablation du nœud AV + PM

Contrôle du **rythme cardiaque**

Antiarythmiques
Ablation par radiofréquence

Médicaments :

Clopidogrel 75mg 0-1-0-0 ?

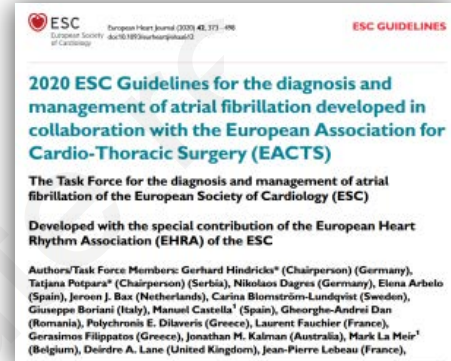
Entretien

Pas de saignement

FC : 77 bpm

Biologie

Hb : 11,8 g/dL

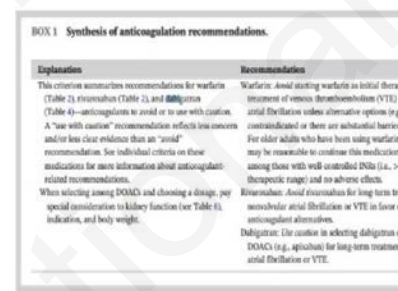


[2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery](#)

Fibrillation auriculaire

Critères de Beers

Molécules	Observations	Recommandations
Warfarine COUMADINE ® AVK	<p>Par rapport aux AOD et dans le traitement de la TEV ou FA non valvulaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Risque d'hémorragie majorée, en particulier <i>hémorragie intracrânienne</i> Efficacité similaire ou inférieure <p>Les AOD sont à privilégier dans ces pathologies</p>	<p>Dans le traitement de la TEV ou FA non valvulaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Éviter l'instauration de Warfarine comme traitement de premier choix sauf CI des AOD Pour les personnes âgées qui utilisent la Warfarine, il peut être raisonnable de continuer ce médicament si : <ul style="list-style-type: none"> - L'INR est bien contrôlé (> 70 % de temps dans l'objectif thérapeutique) - Ne présentent pas d'effets indésirables
Rivaroxaban XARELTO® AOD	<p>Dans le traitement à long terme de la TEV ou FA non valvulaire : risque plus élevé d'hémorragie majeure et des saignements gastro-intestinaux chez les personnes âgées que les autres AOD (en particulier l'Apixaban)</p> <p>Peut être judicieux lors qu'une administration unique semble nécessaire pour faciliter l'observance thérapeutique.</p>	<p>Éviter le Rivaroxaban pour le traitement de la TEV ou FA non valvulaire en faveur d'un traitement anticoagulant alternatif plus sûr (ex. Apixaban)</p>
Dabigatran PRADAXA® AOD	<p>Dans le traitement à long terme de TEV ou FA non valvulaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Risque accru d'hémorragie gastro-intestinale par rapport à la Warfarine chez les personnes âgées (essais cliniques) Saignements gastro-intestinaux et hémorragie majeure par rapport à l'Apixaban (études observationnelles et méta-analyses) 	<p>Soyez prudents lorsque vous choisissez le Dabigatran plutôt que d'autres AOD (ex. Apixaban) pour le traitement à long terme de la TEV ou FA non valvulaire</p>



Médicaments :

Clopidogrel 75mg 0-1-0-0 ?

Entretien

Pas de saignement
FC : 77 bpm

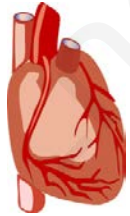
Biologie

Hb : 11,8 g/dL

IP
Réévaluer l'absence d'anticoagulation au long cours : risque thromboembolique

Hypertension artérielle

Pathologies cardiovasculaires



Fibrillation auriculaire
 Insuffisance cardiaque
Hypertension artérielle
 Hypertriglycéridémie

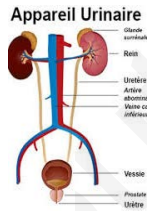
Clopidogrel 75 mg

0-1-0-0

Candesartan 8mg

1-0-0-0

Pathologies rénales



Insuffisance rénale chronique modérée
 Troubles phosphocalciques

Furosémide 40mg

1-0-0-0

Calcium 500mg

2-0-0-0

Alfacalcidol 1µg

1-0-0-0

ZymaD® (Cholécalciférol) 80 000 UI

1 amp/mois

Acide folique 5mg

0-1-1-0

Pathologie neuropsychiatrique



Troubles cognitifs
 Dépression

Tardyferon® (Sulfate ferreux) 80mg

1-0-0-0

Vitamine B12

1 amp lundi et jeudi

Pathologie endocrinienne



Hypothyroïdie

Paroxétine 20mg

1-0-0-0

Levothyrox® (Lévothyroxine) 50µg

1-0-0-0

Autres

Anémie macrocytaire normochrome
 Constipation
 Fracture du col du fémur avec PTH (2019)
 Insuffisance veineuse



Troxérutine 3,5g

1-0-0-0

Paracétamol 500mg

2-2-2-0

Melaxose

Si besoin

Microfibre

Si besoin

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est interdite.

Hypertension artérielle

Résumé sur les objectifs tensionnels : Recos ESC 2018



	Avant 65 ans		65 à 80 ans		> 80 ans					
	Robuste		Fragile ou dépendant		Robuste		Fragile ou dépendant			
Quand initier le traitement? TAS (mmHg)	140 à 159 malgré les mesures HD		140 à 159 malgré les mesures HD		≥ 160		140 à 159 malgré les mesures HD		≥ 160	
Objectif : TAS (mmHg)	120 à 129		130 à 139		140 à 149		130 à 139 Si bien toléré		140 à 149	
TAD (mmHg)	< 80		< 80		< 80		< 80		< 80	

Grade II : recommandations à considérer ; preuves en faveur d'une efficacité

Grade I : recommandations fortes basées sur des essais cliniques randomisés

Comorbidités	Choix préférentiel
Patient diabétique à partir du stade microalbuminurie ou insuffisance rénale	IEC ou ARA2
Patient avec une insuffisance rénale ou une protéinurie	IEC ou ARA2
Patient insuffisant cardiaque	IEC (sinon ARA2), bêtabloquants avant l'AMM dans cette indication, diurétiques
Patient coronarien	IEC, bêtabloquants
Patient post-AVC	Diurétiques thiazidiques, IEC (sinon ARA2), et inhibiteurs calciques

Médicaments :
Candesartan 8mg 1-0-0-0

Biologie

Na⁺ : 141 mmol/L

K⁺ : 3,9 mmol/L

TA : 125/61 mmHg

FC : 77 bpm

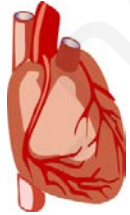
Test hypotension orthostatique négatif en 09/2023

Effet néphroprotecteur des IEC/ARAII chez cette patiente hypertendue avec une insuffisance rénale chronique

Fiche Mémo
Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte
Septembre 2016

Insuffisance cardiaque

Pathologies cardiovasculaires



Fibrillation auriculaire
 Insuffisance cardiaque
 Hypertension artérielle
 Hypertriglycéridémie

Clopidogrel 75 mg

0-1-0-0

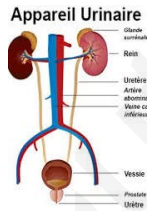
Candesartan 8mg

1-0-0-0

Furosémide 40mg

1-0-0-0

Pathologies rénales



Insuffisance rénale chronique modérée
 Troubles phosphocalciques

Calcium 500mg

2-0-0-0

Alfacalcidol 1µg

1-0-0-0

ZymaD® (Cholécalciférol) 80 000 UI

1 amp/mois

Acide folique 5mg

0-1-1-0

Pathologie neuropsychiatrique



Troubles cognitifs
 Dépression

Tardyferon® (Sulfate ferreux) 80mg

1-0-0-0

Vitamine B12

1 amp lundi et jeudi

Pathologie endocrinienne



Hypothyroïdie

Paroxétine 20mg

1-0-0-0

Levothyrox® (Lévothyroxine) 50µg

1-0-0-0

Autres

Anémie macrocytaire normochrome
 Constipation
 Fracture du col du fémur avec PTH (2019)
 Insuffisance veineuse



Troxérutine 3,5g

1-0-0-0

Paracétamol 500mg

2-2-2-0

Melaxose

Si besoin

Micr fibre

Si besoin

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To...
 Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To...
 Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To...
 Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To...

Insuffisance cardiaque

Nouvelles recommandations pour l'IC (ESC 2021)

=> Essais DAPA-HF puis EMPEROR-Reduced publiés en 2021

	FEVG altérée « systolique »	FEVG Intermédiaire « modérément altérée »	FEVG préservée « diastolique »
Etiologies	IDM, myocardite, cardiomyopathie dilatée etc...		amylose cardiaque, rétrécissement aortique, cardiomyopathie hypertrophique HTA, diabète, obésité
Nouveaux seuils FEVG	<40 %	41-49%	> 50%
Ttt de l'étiologie et des FRCV associés + RHD + Ttt de fond ininterrompu	<p>Première ligne associant les 4 classes disponibles pour réduire la mortalité :</p> <p>BB, IEC ou ARNI (Sacubutril/valsartan), ARM, ISGLT 2 (Dapaglifozine, Empaglifozine à 10mg/j)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Titration progressive - Pas de séquences à privilégier - Recherche HTOS +++, correction des autres ttt AHT en évitant de toucher au ttt de fond 		<p>Etudes EMPEROR-Pooled DELIVER, DAPA HF suggèrent un bénéfice homogène et significatif des ISGLT 2 (Empaglifozine, Dapaglifozine) chez tous les patients quelque soit la FEVG</p>
Ttt en phase de décompensation	Diurétique de l'anse si signes congestifs		
Cas particuliers	<p>Si FA : + Anticoagulation et Digoxine</p> <p>Si FC < 70 bpm : + Ivabradine</p>		



[Meta-analyse DAPA-HF-DELIVER](#)

Insuffisance cardiaque

FEVG préservée « diastolique »

amylose cardiaque,
rétrécissement aortique,
cardiomyopathie hypertrophique
HTA, diabète, obésité

> 50%

Etudes EMPEROR-Pooled,
DELIVER, DAPA HF
suggèrent un bénéfice
homogène et significatif des
ISGLT 2 (Empaglifozine,
Dapaglifozine) chez tous les
patients quelque soit la
FEVG

Furosémide_: uniquement pour les **signes congestifs en
phase de décompensation**

Médicaments

Candesartan 8mg 1-0-0-0
Furosémide 40mg 1-0-0-0

Entretien

Pas de signes EPOF retrouvé

Biologie

NT-proBNP (2021) : 295 ng/L
Ferritinémie : 411µg
K+ : 3,9mM

- Introduire un iSGLT2 (IC + IRC)
- Réévaluer le furosemide en absence de signe congestif

Dépression

Pathologies cardiovasculaires



Fibrillation auriculaire
Insuffisance cardiaque
Hypertension artérielle
Hypertriglycéridémie

Clopidogrel 75 mg

0-1-0-0

Candesartan 8mg

1-0-0-0

Furosémide 40mg

1-0-0-0

Calcium 500mg

2-0-0-0

Alfacalcidol 1µg

1-0-0-0

ZymaD® (Cholécalciférol) 80 000 UI

1 amp/mois

Acide folique 5mg

0-1-1-0

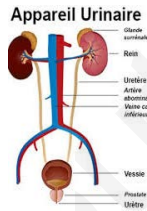
Tardyferon® (Sulfate ferreux) 80mg

1-0-0-0

Vitamine B12

1 amp lundi et jeudi

Pathologies rénales



Insuffisance rénale chronique modérée
Troubles phosphocalciques

Paroxétine 20mg

1-0-0-0

Levothyrox® (Lévothyroxine) 50µg

1-0-0-0

Troxérutine 3,5g

1-0-0-0

Paracétamol 500mg

2-2-2-0

Melaxose

Si besoin

Microflore

Si besoin

Pathologie neuropsychiatrique



Troubles cognitifs
Dépression

Pathologie endocrinienne



Hypothyroïdie

Autres

Anémie macrocytaire normochrome
Constipation
Fracture du col du fémur avec PTH (2019)
Insuffisance veineuse



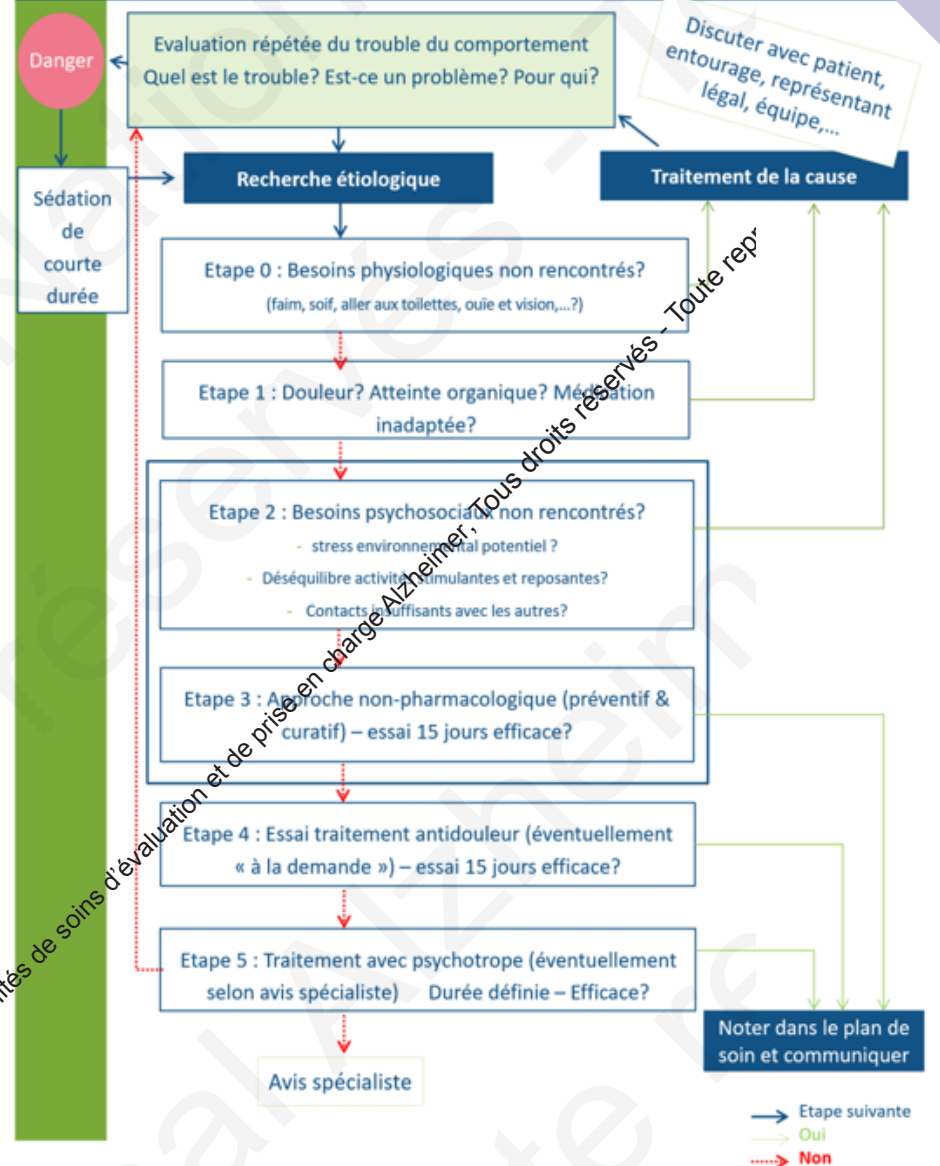
Dépression

Syndrome psycho-comportementaux associés à la démence

Traitement de la dépression:

- Favoriser les interventions psychosociales
- Faible niveau de preuve de l'efficacité des antidépresseurs : privilégier les ISRS et IRSNa (début à demi-posologie, augmentation progressive)
- Contre-indication des tricycliques

LES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DANS LA DÉMENCE – PLAN PAR ÉTAPES



Dépression

Syndrome psycho-comportementaux associés à la démence

Médicaments

Paroxétine 20mg 1-0-0-0

Entretien

Episodes de confusions récents, patiente facilement irritable

Médicament	Recommandation chez PA	Posologie	Modalités d'administration	Commentaires
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)				
Sertraline ZOLOFT Gélules 25 – 50 mg	1 ^{ère} intention Si hallucinations et délires Troubles anxieux ESPT Moins IM	Idem adulte 50 à 200 mg/j Pas d'adaptation IH ou IR Attention HypoNa Css 7j	1 prise/j matin ou soir lors du repas	Arrêt progressif Le moins torsadogène A privilégier si tbles cardios Possibilité d'ouvrir gélule
Escitalopram SEROPLEX Cp 5 – 10 - 15 – 20 mg	Possible mais torsadogène SPCD pour agitation/agressivité hallucinations et délires	Adaptée PA (1/2 dose) 5 à 10 mg/j Adaptation IH Css 7j	1 prise/j	Arrêt progressif ECG à faire à T ₀ et 5 T _{1/2} 1 escitalopram 10mg = 1 citalopram 20mg Ecrasable
Citalopram SEROPRAM Cp 20 mg sec – Sol buv	Possible mais torsadogène SPCD pour agitation/agressivité Si hallucinations et délires	Adaptée PA (1/2 dose) 10 à 20 mg/j Adaptation IH Css 7j		Accélération du déclin cognitif
Paroxétine DEROXAT Cp 20 mg sec -Sol buv	Possible Troubles anxieux ESPT IM +++ (inhibiteur fort 2D6 / modéré du 1A2) Liste PIM	Adaptée PA 20 - 40 mg/j Prudence si IR sévère	1 prise/j matin au petit déjeuner	Arrêt très progressif (+ grande prévalence de sevrage) Psychostimulant Surveillance Na +++ Syndromes extrapyramidaux



Stop paroxetine

- Day 1: Decrease dose to 50%
- Day 8: Stop



Start sertraline

- Day 1: Start with 50% of the target dose
- Day 8: Increase dose to 100% of the target dose
- Day 9 and after: Gradually increase dose as necessary

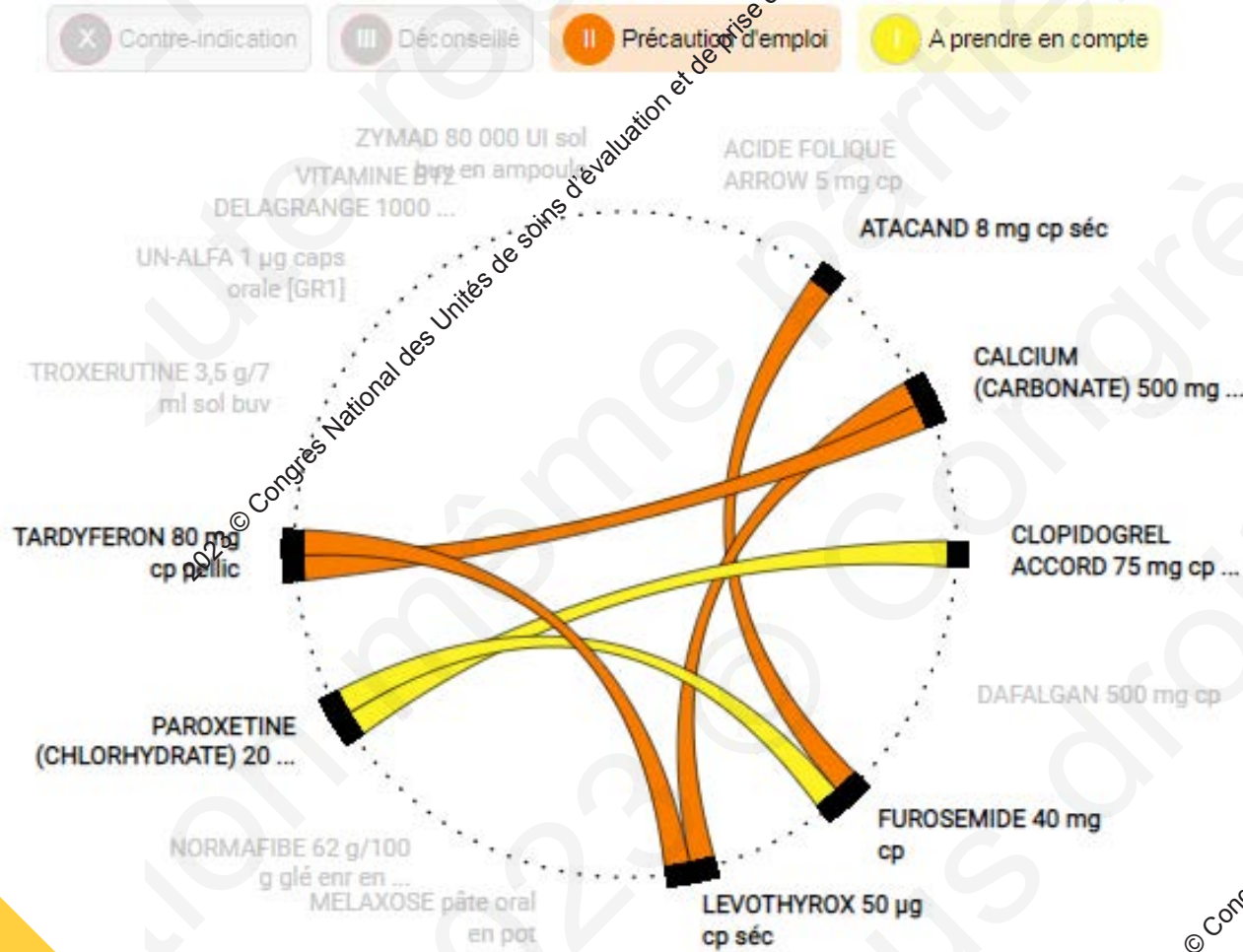
[Psychiatrie net - Switch](#)

• Remplacer la Paroxétine par de la Sertraline

• ! Suivi de la natrémie à J7

Analyse des interactions

Vidal - Module Thériaque



II ATACAND 8 mg cp séc + FUROSEMIDE 40 mg cp

Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II avec Diurétiques hypokaliémiants

Risque: Risque d'hypotension artérielle brutale et/ou d'insuffisance rénale aiguë lors de l'instauration ou de l'augmentation de la posologie d'un traitement par un antagoniste de l'angiotensine II en cas de déplétion hydrosodée préexistante.

Conduite à tenir: Dans l'hypertension artérielle, lorsqu'un traitement diurétique préalable a pu entraîner une déplétion hydrosodée, il faut : - soit arrêter le diurétique avant de débiter le traitement par l'antagoniste de l'angiotensine II, et introduire un diurétique hypokaliémiant si nécessaire ultérieurement ; - soit administrer des doses initiales réduites d'antagoniste de l'angiotensine II et augmenter progressivement la posologie. Dans tous les cas : surveiller la fonction rénale (créatininémie) dans les premières semaines du traitement par l'antagoniste de l'angiotensine II.

II CALCIUM (carbonate) 500 mg pdre p susp buv sach + TARDYFERON 80 mg cp pellic

Calcium (voie orale) avec Fer (sels de) (voie orale)

Risque: Diminution de l'absorption digestive des sels de fer.

Conduite à tenir: Prendre le fer à distance des repas et en l'absence de calcium.

II LEVOTHYROX 50 µg cp séc + CALCIUM (carbonate) 500 mg pdre p susp buv sach

Hormones thyroïdiennes (voie orale) avec Calcium (voie orale)

Risque: Diminution de l'absorption digestive des hormones thyroïdiennes.

Conduite à tenir: Prendre les sels de calcium à distance des hormones thyroïdiennes (plus de 2 heures, si possible).

II LEVOTHYROX 50 µg cp séc + TARDYFERON 80 mg cp pellic

Hormones thyroïdiennes (voie orale) avec Fer (sels de) (voie orale)

Risque: Diminution de l'absorption digestive des hormones thyroïdiennes.

Conduite à tenir: Prendre les hormones thyroïdiennes à distance du fer (plus de 2 heures, si possible).

I PAROXÉTINE (chlorhydrate) 20 mg cp + CLOPIDOGREL ACCORD 75 mg cp pellic

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine avec Antiagrégants plaquettaires

Risque: Augmentation du risque hémorragique.

I PAROXÉTINE (chlorhydrate) 20 mg cp + FUROSEMIDE 40 mg cp

Hyponatrémiants avec Hyponatrémiants

Risque: Majoration du risque d'hyponatrémie.

Calcul de la charge atropinique

Calcul de la charge atropinique (OMEDIT Pays de la Loire)

Médicaments (DCI)	Score CIA	Classe thérapeutique	Score ACB	Classe thérapeutique
Furosémide	1	Diurétique	1	Diurétique
Paroxétine	2	Antidépresseur	3	Antidépresseur

Charge anticholinergique totale de la prescription
selon CIA

3

[Besoin d'une alternative ?](#)

Imprégnation anticholinergique considérée élevée si score ≥ 5 .

Charge anticholinergique totale de la prescription
selon ACB

4

[Besoin d'une alternative ?](#)

Impact cognitif global considéré significatif si score ≥ 4 .

Les médicaments avec un fort potentiel anticholinergique (score = 3) sont à éviter chez la personne âgée, ils font partie des médicaments potentiellement inappropriés.
Pour rechercher une alternative à potentiel anticholinergique moindre dans la même classe thérapeutique, se rendre dans l'onglet "Recherche d'alternative".

Analyse des interventions pharmaceutiques

Processus d'identification des interventions pharmaceutiques

Contexte : Sexe : F Age : 98 ans DFG (CKD Epi) = 35mL/min/1,73m ² = 34,6ml/min (déindexé)	Domaines altérés : <input type="checkbox"/> Physique (pathologies osseuses) <input type="checkbox"/> Cognitif (syndrome démentiel) <input type="checkbox"/> Thymique (troubles du comportement, état anxieux) <input type="checkbox"/> Nutritionnel Poids : 63 kg en 10/2023 ; IMC : 24 kg/m ² <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Audition	Objectifs thérapeutiques (si applicable) : - TA : 150/159..... - HbA1c :	Vaccins : <input type="checkbox"/> Grippe : à prévoir en 2023 <input type="checkbox"/> Covid : ok (01/2023, infection en 10/2023) <input type="checkbox"/> DTP : ? <input type="checkbox"/> Hépatite B (stade 3B) ? <input type="checkbox"/> Pneumocoque : ok (schéma complet en 06/2023)		
A RELIER		Analyse pharmaceutique			
Antécédents et comorbidités	Médicaments prescrits en DCI <i>Penser à identifier les Médicament(s) Potentiellement Inapproprié(s) chez le sujet âgé</i>	Entretien <i>Tolérance ? Observance ? Constantes ?</i>	Biologie <i>Le suivi biologique de chaque médicament est-il optimal ?</i>	Recommandations <i>RCP, HAS, sociétés savantes</i>	Interventions identifiées à prioriser
Fibrillation auriculaire	Clopidogrel 75mg 0-1-0-0	Saignement ? <i>FC : 77 bpm</i>	<i>Hb : 11,8 g/dl</i>	Moyen mnémotechnique : ABA - Anticoagulant : AOD = pilier pour la prévention du risque TE (si pas d'insuffisance rénale) - Bêta bloquant si FC >110bpm - Anti arythmique si symptômes (attention seul Amiodarone possible si IC associée)	Réévaluer en lien avec le cardiologue l'absence d'anticoagulation au long cours qui expose la patiente à un risque thromboembolique. En l'absence de contre-indication possibilité d'introduire de l'Eliquis à 2,5*2

Synthèse

Synthèse Bilan de Médication – Mme X, 98ans, 63kg

Cher confrère,

Vous trouverez ci-dessous les éléments de synthèse du bilan de médication réalisé avec l'équipe soignante de votre patient

L'objectif du bilan de médication est de faire le point sur la gestion des médicaments au quotidien mais aussi d'évaluer l'adhésion, les effets indésirables éventuels et l'efficacité des médicaments. Le bilan prévoit également de corréler la prescription aux comorbidités et aux résultats d'analyses biologiques.

Traitement habituel :

Clopidogrel 75mg	0-1-0-0
Candesartan (Atacand® MTE) 8mg	1-0-0-0
Furosémide 40mg	1-0-0-0
Paroxétine 20mg	1-0-0-0
Rizépam 10mg	1 si besoin le matin
Levothyrox® 50µg	1-0-0-0
Calcium 500mg	2-0-0-0
Alfacalcidol 1µg	1-0-0-0
ZymaD® 80000 UI	1 ampoule/mois
Acide folique 5mg	0-1-1-0
Tardyferon® 80mg	1-0-0-0
Vit B12	1 ampoule le matin le lundi et jeudi
Troxérutine 3,5g	1-0-0-0
Paracétamol 500mg	2-2-2-0
Melaxose® pot	1 cuillère mesure le soir
Normafibre	2-0-0-0

Synthèse de l'entretien recueilli

1. Gestion du traitement :

Traitement géré par l'équipe soignante.
Pas d'écrasement des cp ou d'ouvertures des gélules.

2. Adhésion médicamenteuse :

Patiente conciliante qui ne s'oppose pas aux soins.

3. Allergies médicamenteuses

Non rapportés

4. Tolérance :

Des médicaments sont suspectés d'induire des effets indésirables ou de majorer les symptômes du patient :

- Constipation, pouvant être renforcée par le Tardyferon®
- Confusion, irritabilité, pouvant être induit par la Paroxétine

5. Automédication :

Aucun

Plan pharmaceutique personnalisé

Sur la base du dossier patient que vous nous avez fourni, ainsi que des éléments recueillis auprès de l'équipe soignante, nous vous laissons le soin de juger de l'opportunité des propositions suivantes et de leur mise en œuvre.

Médicaments concernés / point d'intérêt	Propositions	Arguments
<i>Sphère cardiovasculaire</i>		
Fibrillation auriculaire	En lien avec le cardiologue, proposition de remplacer le Clopidogrel par un AOD.	<p>Prise en charge FA = ABA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticoagulant : AOD, pour la prévention du risque thromboembolique. - Bêta-bloquant si FC > 110 bpm (et FC = 77bpm) - Anti arythmique si symptômes associés <p>Les antiagrégants plaquettaire ne sont pas indiqués en monothérapie dans le traitement de la FA. En l'absence de contre-indication, nous proposons d'introduire de l'Eliquis 5mg*2, pour prévenir le risque thromboembolique chez cette patiente.</p> <p>Rappels des critères d'adaptation de dose de l'Apixaban : 1/2 dose si critères parmi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créatinémie > 133µmol/L - Poids 60kg - Âge > 80ans <p>Si DFG < 30mL/min : demi-dose directement</p>
Insuffisance cardiaque Insuffisance rénale chronique modérée (stade 3B)	<p>⊙ Introduire un iSGLT2 chez cette patiente atteinte d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance rénale chronique</p> <p>⊙ En l'absence de signes congestifs, réévaluer le Furosémide</p>	<p>Dans l'insuffisance cardiaque à FEVG conservée, bénéfice homogène et significatif des ISGLT2 (gliflozines) chez tous les patients à FEVG < 60% (Etude EMPEROR-Pooled)</p> <p>Double bénéfice : action cardiaque mais aussi néphroprotectrice chez cette patiente insuffisante rénale</p> <p>Le Furosémide n'est pas un traitement de fond de l'insuffisance cardiaque ou de l'HTA, indiqué en phase de décompensation de l'insuffisance cardiaque en présence de signes congestifs. Cette molécule majore déshydratation chez cette patiente âgée insuffisante rénale chronique</p>
Hypertriglycéridémie sévère	Prise de sang à jeun	<p>Chez cette patiente présentant une hypertriglycéridémie sévère (TG 7,52 > 5g/l), vérifier que la prise de sang soit bien effectuée à jeun.</p> <p>L'hypertriglycéridémie sévère entre un risque important de pancréatite aiguë.</p> <p>Mise en place de mesures hygiéno-diététiques.</p>

Synthèse

		<p>Pour les triglycérides</p> <p>Aliments à éviter :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les boissons peu ou très alcoolisées : même en petite quantité ; – les boissons sucrées (soda, sirop...) ; – il est possible d'opter pour des sodas light et des sirops sans sucre si vous en ressentez le besoin ; – le sucre de table et les produits sucrés sous leurs formes : miel, confiture, glace, biscuits, fruits secs, fruits confits, chocolat, produits laitiers, les céréales sucrées pour petit-déjeuner... <p>Malgré les mesures hygiéno-diététiques et la prise de sang à jeun, envisager une statine chez cette patiente à risque cardiovasculaire élevée (IRC modérée).</p>
<i>Sphère neuropsychiatrique</i>		
Symptômes psycho-comportementaux associés à la démence : dépression	Remplacer la Paroxétine par de la Sertraline Suivi de la natrémie à J7	<p>La Paroxétine n'est pas indiquée en 1^{ère} intention chez le sujet âgé : tolérance, EI cholinergiques, interactions (fort inhibiteur du 2D6 et modéré du 1A2)</p> <p>Chez cette patiente présentant des troubles cardiovasculaires, préférer la Sertraline en 1^{ère} intention (le moins torsadogène).</p> <p>Switch croisée (Psychiatrinet): Diminuer la Paroxétine à 10mg (J1 à J8) Introduire la Sertraline à 25mg (J1 à J8) Majorer la dose de Sertraline à 50mg (J9 et après) – Dose max 200mg</p>
<i>Sphère gastro-intestinale</i>		
Constipation	Remplacer le Melaxose par du Macrogol	<p>Privilégier les mesures non médicamenteuses (fibres, activité physique).</p> <p>Le Melaxose® est un laxatif lubrifiant inapproprié chez le sujet âgé (liste REMEDIES) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque d'inhalation et de pneumopathie lipéide chez les personnes âgées avec des troubles de la déglutition. - Aggravation d'une incontinence anale - Troubles de l'absorption digestive (réduction de l'absorption de vitamines liposolubles en cas d'utilisation prolongée) <p>Privilégier les laxatifs osmotiques (type macrogol). Le Forlax® ne contient pas de sodium pour cette patiente IC et IR.</p>
<i>Autres</i>		
Anémie macrocytaire normochrome	ⓐ Devant l'absence de carence martiale, arrêter le Tardyféron®	Cette patiente ne présente plus de carence martiale mais une hyperferritinémie. Le fer par voie orale peut diminuer l'absorption des hormones thyroïdiennes et peut augmenter la constipation de cette patiente

	ⓐ Suite à un dosage de la vit B12 et B9, réévaluer la supplémentation en acide folique et vit B12	
Insuffisance veineuse	Arrêt de la Troxérutine	<p>Il n'existe pas de médicament préventif de la maladie veineuse chronique. L'efficacité des veinotoniques est mal établie. On privilégiera :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} intention : règles hygiéno-diététiques (éviter la station debout, prise de poids rapide, sédentarité, chaleur) + dormir les jambes surélevées. - 2^{ème} intention : compression bas +/- bandes. <p>Il faut bien différencier les œdèmes d'origine cardiaque (prennent le godet) de ceux d'origine veineuse</p>
Troubles phosphocalciques chez IRC	<p>ⓐ Prévoir un bilan phosphocalcique complet (calcium, phosphore) tous les 6 mois a minima. En fonction de la clinique, un dosage de la PTH, des PAL, de la calciurie)</p> <p>ⓑ Proposer un protocole de recharge en vitamine D native (cholécalciférol) : 50000 UI/semaine pendant 8 semaines puis poursuivre à 50000UI/mois</p> <p>ⓒ Décaler la prise du calcium le midi pour éviter l'interaction avec la Levothyroxine</p>	<p>Comment maîtriser une hyperparathyroïdie secondaire ?</p> <p>Stade précoce IRC : hyperparathyroïdie avec calcémie, phosphate N +/- carence en vitamine D</p> <p>Stade avancé IRC : hypocalcémie, hyperphosphatémie, PTH augmenté, Vitamine D diminué puis hypercalcémie par échappement</p> <p>Stratégie thérapeutique – ordre chronologique</p> <p>ⓐ Traiter la carence en 25 OH Vitamine et refaire les réserves Par cholécalciférol 50 000 UI 50000UI/semaine pendant 8 semaines (Ici 19ng/ml 17/05/2023 (25 OH vitamine D <20ng) puis 50 000 UI tous les mois (Protocole de Souberbielle))</p> <p>ⓑ Corriger l'hyperphosphorémie Par chélateur de phosphore est indiqué suite à l'objectivation d'une hyperphosphorémie, privilégier un chélateur du phosphore non calcique (ex : Fosrenal®, Renvela®)</p> <p>ⓒ Corriger l'hypocalcémie et l'hyperphosphorémie Par sel de calcium (ici prescrit), à distance des repas = correction de l'hypocalcémie, en fin de repas = correction de l'hyperphosphorémie</p> <p>ⓓ Une fois le stock vitaminique rétabli : Par vitamine D active (Alfacalcidol)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traiter l'hyperparathyroïdisme persistant - Traiter l'hypocalcémie persistante malgré le sel de Ca

Synthèse

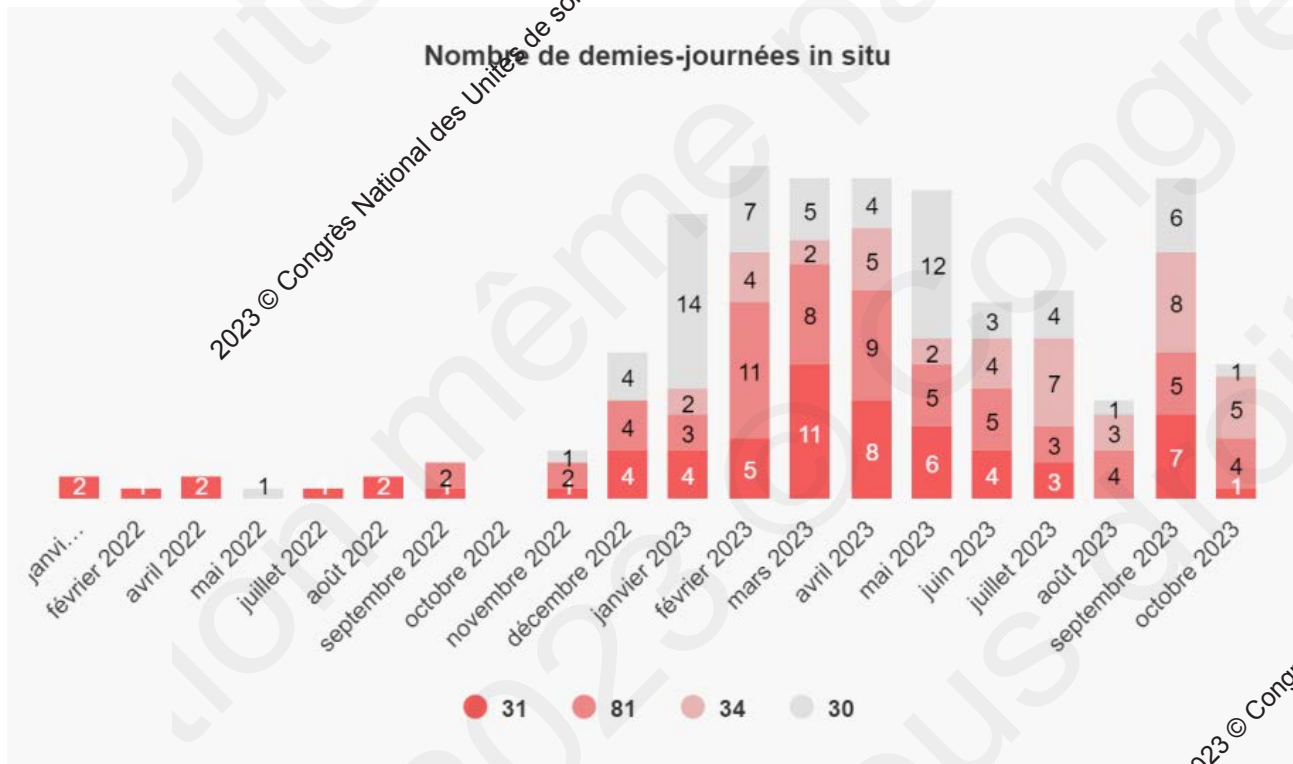
		Introduire Alfacalcidol en l'absence d'hyperphosphorémie. Suivi régulier d'une absence d'hypercalcémie et d'hyperphosphorémie iatrogène
Ostéoporose	Bilan DMO à prévoir ? Discuter l'introduction d'un traitement par Dénosumab (Prolia®) chez cette patiente IRC en l'absence d'hypocalcémie	- Evaluer les facteurs de risque (Age, mauvaise hygiène buccale, intervention dentaire invasive, comorbidités, tabagisme, cancer avec lésion osseuse, traitement antérieur par biphosphonate ou concomitant par chimiothérapie, antiangiogéniques, corticoïdes, radiothérapie de la tête et du cou) d' Ostéonécrose de la mâchoire avant le début du traitement. Un examen dentaire avec soins préventifs est recommandé. - corriger toute hypocalcémie préexistante avant le début du traitement, - supplémenter en calcium et vitamine D, - surveiller la calcémie : dans les 2 semaines suivant la 1ère injection, avant chaque injection, en cas de symptôme évocateur et plus fréquemment en présence de facteur de risque d'hypocalcémie.

Statut Vaccinal

- **Grippe** : ok, prévue en 2023 avec Vaxigrip
- **Covid** : ok (dernière infection en 10/2023)
- **DTP** : ?
- **Pneumocoque** : ok (schéma complet en 06/2023)
- **Hépatite B** recommandé chez les patients atteints d'insuffisance hépatique chronique modérée de stade 3B

Les indicateurs d'activité ERASME 2022 -2023

230 demies-journées in situ dans les ESMS
 (54 établissements)



FIR 2022 – 2023



CPOM 2024 – 2027

Merci de votre attention !

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est interdite

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est interdite