



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les recommandations de l'évaluation multidisciplinaire de la chute  
du CHU de Lille sont-elles conformes aux recommandations de  
déprescription de l'outil européen STOPFALL ? Etude rétrospective  
monocentrique**

Présentée et soutenue publiquement le 06 octobre 2023 à 14h30  
au (Pôle Recherche ou Pôle Formation)  
**par Eva DARGENT**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Yaohua CHEN**

**Madame le Docteur Clémentine THERME**

**Monsieur le Docteur Alexandre BERTELOOT**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises  
dans les  
thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## Liste des abréviations

**HDJ** : hôpital de jour

**STOPFALL** : Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk

**ADL** : activities of daily living

**IADL** : instrumental activities of daily living

**MOCA** : Montréal Cognitive Assessment

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**HBP** : hypertrophie bénigne de prostate

**HTA** : hypertension artérielle

**BZD** : benzodiazépines

**ATD** : antidépresseurs

**ATP** : antipsychotiques

**AB HBP** : alpha bloquant dans cadre de l'hypertrophie bénigne de prostate

**AB HTA** : alpha bloquant dans cadre de l'hypertension artérielle

**ATE** : antiépileptique

**OP** : opioïdes

**HTA C** : antihypertenseurs centraux

**DIU** : diurétiques

**HIS SED** : anti histaminiques sédatifs

**VASOD** : vasodilatateurs dans les pathologies cardiaques

**INC** : thérapeutiques de l'incontinence urinaire

**ANTICHOL** : médicaments anticholinergiques

# Table des matières

|      |  |    |
|------|--|----|
| I.   | <b>INTRODUCTION</b> .....  | 1  |
| II.  | <b>METHODE</b> .....   | 3  |
|      | 1. Population.....   | 3  |
|      | 2. Critères d'inclusion/exclusion.....   | 3  |
|      | 3. Objectif principal .....  | 3  |
|      | 4. STOPFALL (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults<br>with high fall risk) ..... | 3  |
|      | 5. Recueil rétrospectif .....  | 9  |
|      | 6. Analyse statistique.....  | 11 |
| III. | <b>RESULTATS</b> .....   | 12 |
|      | 1. Caractéristiques des patients .....   | 12 |
|      | 2. Résultats principaux .....  | 14 |
| IV.  | <b>DISCUSSION</b> .....  | 19 |
|      | 1. Rappel et discussion des principaux résultats .....   | 19 |
|      | 2. Comparaison à la littérature.....   | 22 |
|      | 3. Limites de l'étude.....   | 23 |
|      | 4. Forces de l'étude .....   | 23 |
| V.   | <b>CONCLUSION</b> .....  | 24 |

# **I. INTRODUCTION**

La chute est la première cause de mortalité accidentelle chez les personnes âgées (près de 10 000 décès par an en France, 40 000 par an en Europe). (1,2) Un tiers des personnes âgées tombe au moins une fois par an (3) et 20% d'entre elles avec des conséquences graves (fractures, traumatisme crânien). (4) (5)

Les chutes engendrent un coût de santé important (1,6) (1% des dépenses de santé dans les pays développés). Elles peuvent donner suite à une entrée en institution avec un impact individuel et socio-économique majeur. (7)

Avec le vieillissement de la population, le nombre de chutes et les conséquences qu'elles impliquent augmentent de même que la prévalence de la fragilité (dont la chute est un marqueur) (8,9), de la polypathologie et de la polymédication. (4)

La polymédication fait partie des facteurs modifiables favorisant les chutes. Les recommandations de prise en soin des patients chuteurs ou à risque de chute préconisent l'identification des médicaments associés à un risque de chute augmenté, les FRIDs (fall-risk-increasing drugs) (10) pour permettre la révision de l'ordonnance et si possible la déprescription. Parmi ces médicaments à risque, on retrouve différentes classes thérapeutiques comme les médicaments à visée cardiovasculaire (11), les psychotropes (antipsychotiques, antidépresseurs, benzodiazépines) (12) ou encore les opioïdes et les antiépileptiques (13) Déprescrire les FRIDs peut, dans le cadre d'une prise en charge multifactorielle, contribuer à diminuer le risque de chute. (14)

Le risque iatrogène médicamenteux est également un problème de santé publique dans la population âgée. Une étude de 2019 parue dans *Drugs and Ageing* (4) présente la chute non seulement comme un syndrome gériatrique mais aussi comme un effet indésirable des thérapeutiques. Il y est rapporté le chiffre de 8,6 millions d'hospitalisations par an en Europe non prévues liées à la survenue d'effets indésirables dont 70% concernent les sujets de plus de 65 ans prenant 5 médicaments ou plus (correspondant à la définition de la polymédication). (15)

En 2018 a été créé dans l'interrégion Nord-Ouest un réseau d'investigation appelé PREMOb (1) pour « prévenir la perte de mobilité et les chutes chez les personnes âgées ». Son objectif est le développement de la recherche clinique sur ce thème. A

son initiative, a été créée une cohorte multicentrique nationale afin de mesurer l'incidence de la première hospitalisation non programmée à 1 an de la prise en charge du chuteur en Hôpital de Jour chute et l'ensemble des facteurs favorisants et protecteurs.

Nous avons donc utilisé les données d'une partie de cette cohorte (100 premiers patients inclus dans le centre de Lille) afin de répondre à la question suivante : les recommandations de déprescription faites à l'issue de l'hôpital de jour (HDJ) d'évaluation multidisciplinaire de la chute sont-elles conformes aux recommandations de bonne prescription chez la personne âgée ? Plusieurs outils de bon usage des médicaments chez le sujet âgé existent. (16–18) Nous avons choisi un outil récent, né d'un consensus d'expert de 2020, STOPFALL (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk) qui est un outil d'aide à la déprescription chez le sujet âgé chuteur (19)

## **II. METHODE**

### **1. Population**

L'étude porte sur un échantillon de 100 patients de la cohorte prospective multicentrique PREMOB. Cette étude inclut 13 centres dont celui du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille. Nous nous intéresserons uniquement dans le cadre de ma thèse aux cent premiers patients inclus dans le centre de Lille.

### **2. Critères d'inclusion/exclusion**

Pour cette étude, ont été retenus les hommes et les femmes de 65 ans et plus, pris en charge en HDJ chute à l'hôpital gériatrique les Bateliers du CHU de Lille. Les patients devaient exprimer leur non opposition ou à défaut leur personne de confiance/tuteur/curateur. Ils devaient également être affiliés à un régime de protection sociale d'assurance maladie.

Les critères de non inclusion regroupaient l'opposition à participer à l'étude, une non indication de la prise en charge en HDJ chute ou le refus du patient.

Le critère d'exclusion était uniquement le refus de participer, exprimé au cours de l'étude.

### **3. Objectif principal**

L'objectif de l'étude était de confronter les propositions de déprescription à l'issue de l'évaluation en HDJ chute et les préconisations de l'outil d'aide à la déprescription STOP FALL.

### **4. STOPFALL (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk)**

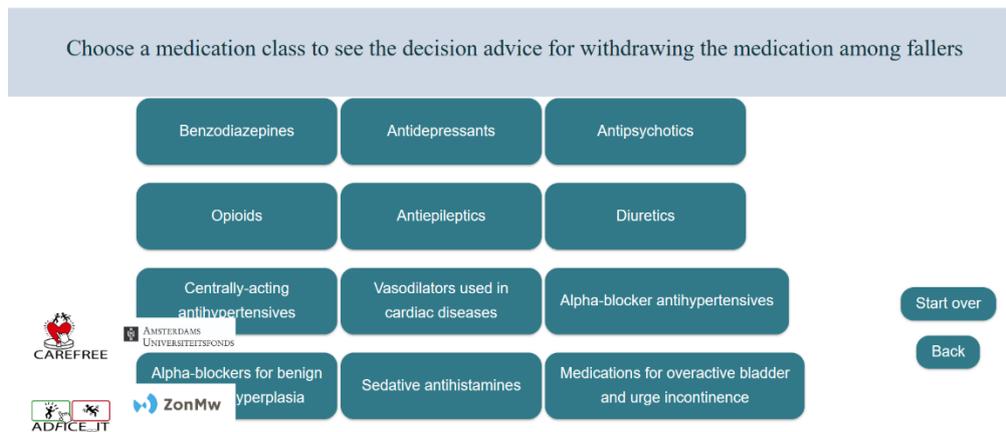
STOPFALL est né d'un consensus d'experts qui a réussi à isoler 14 classes de thérapeutiques pour lesquelles la majorité des experts était d'accord pour considérer leur déprescription et les modalités de déprescription dans le cadre de la prévention de la chute.

Quatorze classes médicamenteuses ont été répertoriées et présentées dans un tableau composé de 3 colonnes, l'une expliquant dans quels cas était envisagée la déprescription, selon quelles modalités et avec éventuellement quel suivi ultérieur (annexe 1).

- Diurétiques : acétazolamide et substances osmotiques (mannitol), thiazidiques (indapamide), diurétiques de l'anse (furo, burinex, eurelix), amiloride et anti aldostérone.
  - o Les diurétiques de l'anse sont plus à risque de chute
- Opioides : poudre d'opium, morphiniques et dérivés
- Antiépileptiques
- Antidépresseurs
- Alphabloquants dans cadre de l'hypertrophie bénigne de prostate.
  - o Les alphabloquants non sélectifs (doxazosine, prazosine, terazosine) sont plus à risque de chute que les alpha bloquants sélectifs (alfuzosine, tamsulosine, silodosine). Ces derniers sont donc à privilégier.
- Alphabloquants dans cadre l'hypertension artérielle (HTA) : l'uradipil et la prazosine
- Anti hypertenseurs centraux : clonidine, méthyldopa, moxonidine, rilménidine
- Benzodiazépines : est conseillé de privilégier les benzodiazépines à demi vie courte chez le sujet âgé (lormétazepam, zolpidem, zopiclone, seresta, temesta)
- Antipsychotiques : privilégier les antipsychotiques à faible pouvoir anticholinergique
- Antihistaminiques sédatifs : la prométhazine, l'alimémazine, la dexchlorphéniramine, la bromphéniramine, la buclizine, la carbinoxamine et la doxylamine
- Vasodilatateurs utilisés dans les pathologies cardiaques
- Médicaments indiqués dans les cas d'incontinence ou de vessie hyperactive :
- Anticholinergiques : Nefopam, Anti émétiques, Antiparkinsoniens (bipéridène, trihécifénidyle, tropatépine)

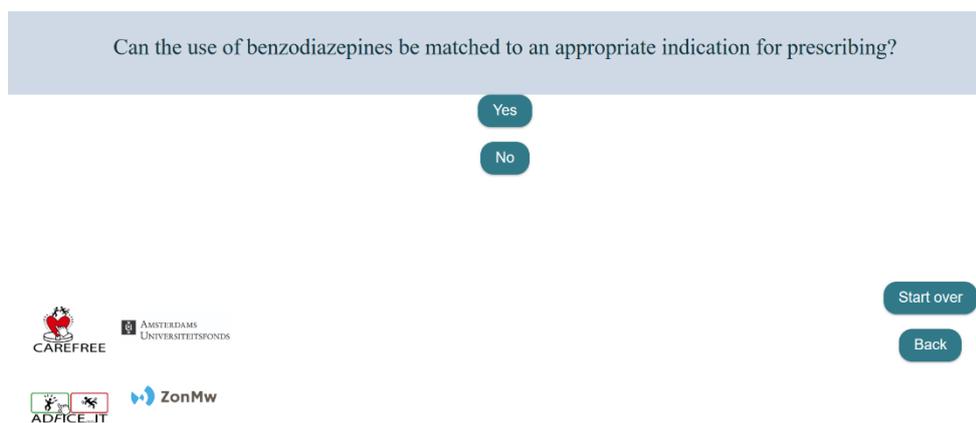
Une version numérique de l'outil a été développée et est accessible gratuitement. Pour chaque médicament du patient, l'application pose trois questions successives (3 étapes) :

- Le médicament appartient-il à l'une des 14 classes concernées par une proposition de déprescription (figure 1) ?



**Figure 1** : capture d'écran de l'outil en ligne correspondant à la première question

- Y-a-t-il une indication (figure 2) ?

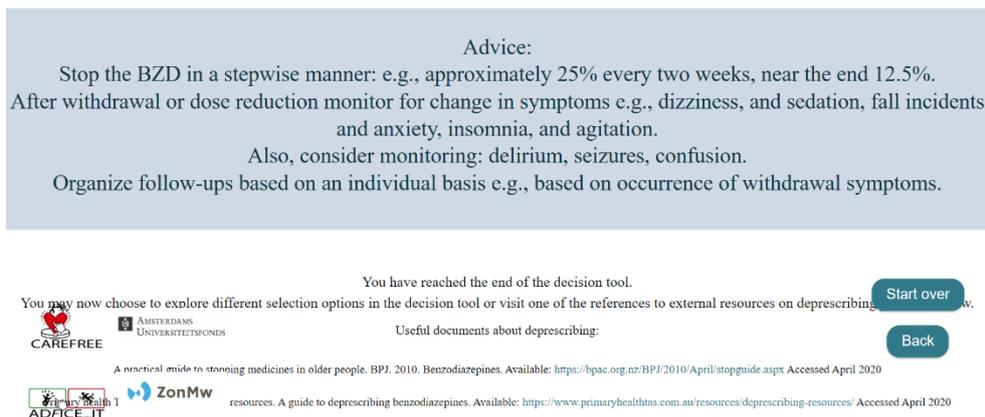


**Figure 2** : capture d'écran de l'outil en ligne correspondant à la deuxième question

Pour cette étape, nous avons considéré comme ayant une indication toute prescription pour laquelle nous pouvions rattacher une pathologie retrouvée dans le courrier d'Hôpital de jour (dans les antécédents ou le texte)..

Dans le cas contraire, nous avons retenu qu'il n'y avait pas d'indication et que l'on pouvait envisager la déprescription.

- Si la déprescription est envisagée, y-a-t-il une alternative plus sûre ou peut-on réduire la dose ?



**Figure 3** : capture d'écran de l'outil en ligne correspondant à la troisième question

L'outil STOPFALL propose pour chaque classe les modalités de déprescription (figure 3). En revanche, il ne propose pas les alternatives possibles et ne répond pas à la question pourtant explicitement posée « Is there a safer alternative or could dose reduction (or change in dosing time and interval) be possible? »

Afin de définir les alternatives thérapeutiques possibles, nous avons fait appel à d'autres ressources :

- Outil REMEDIES (REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors) (20)
- OMéDIT Normandie (21) : observatoire des médicaments et dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques, structure régionale d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique indépendante, placée auprès de l'agence régionale de santé.
- Guide PAPA (Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées) et guide papa en cardiogériatrie (22)

Le résultat de nos recherches a permis de compléter le tableau suivant des alternatives possibles en cas de déprescription (tableau 1). Ces données nous ont servi à répondre à la question « Y-a-t-il une alternative plus sûre ? », mais ne nous ont pas servi à juger la qualité des alternatives proposées à l'issue de l'évaluation de l'HDJ par les médecins qui avaient pris en soin le patient.

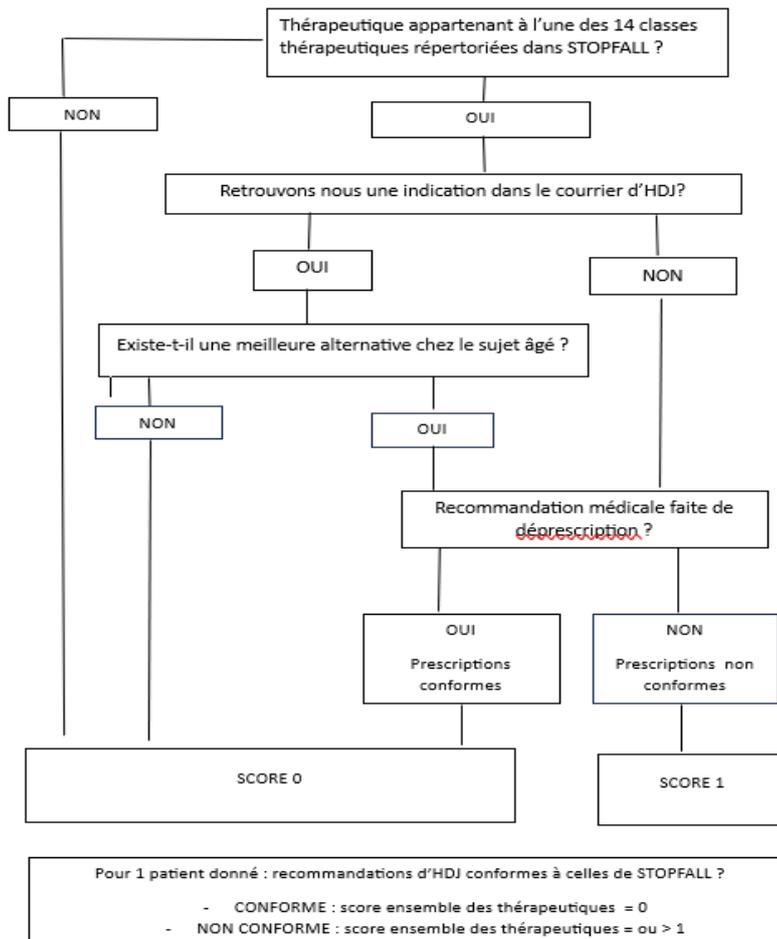
| INDICATION  | TRAITEMENT RECOMMANDEE CHEZ LA PERSONNE AGE   |
|---|---|
| <u>Incontinence urinaire</u><br>(hyperactivité vésicale)<br><i>Source guide PAPA</i>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recommandation anticholinergique ne passant pas ou peu la barrière hémato encéphalique : chlorure de trospium, solifénacine, fésotérotide, toltérodine</li> <li>- Réévaluation à 4 semaines si efficacité</li> </ul>   |
| <u>Incontinence urinaire par Hypertrophie Bénigne de Prostate (HBP)</u><br><i>Source guide PAPA</i> | Dans cadre HBP 2 classes thérapeutiques envisageables :<br>alphabloquant et inhibiteur de 5 alpha réductase <ul style="list-style-type: none"> <li>- En 1ère intention recommandation alphabloquant sélectif tamsulosine/silodosine, moins pourvoyeur d'hypotension orthostatique</li> <li>- En 2ème intention inhibiteur de la 5 alpha réductase</li> </ul>  |
| <u>Syndrome anxio dépressif</u><br><i>Source REMEDIES</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Privilégier Inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS) ou Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNA) en 1ère intention – miansérine ou mirtazapine en 2nd intention</li> <li>- Pour la composante anxieuse, en cas d'anxiété chronique (&gt; 6 mois), proposer introduction d'un traitement antidépresseur plutôt que des benzodiazépines (BZD) au long cours</li> <li>- Dans le cadre de prescription de BZD &gt; 12 semaines, déterminer une date d'arrêt et proposer décroissance progressive</li> </ul> |
| <u>Angor stable</u><br><i>Source REMEDIES</i><br><i>Guide Papa en cardio gériatrie</i>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- En 1ère intention : béta bloquant ou inhibiteur calcique</li> <li>- En 2nd intention : dérivés nitrés à libération prolongée</li> </ul>  |
| <u>Troubles du sommeil</u><br><i>Source REMEDIES</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- En 1ère intention, alternatives non pharmacologiques (approches comportementales et/ou thérapie cognitivo-comportementale)</li> <li>- En cas d'approche pharmacologique : mélatonine en 1ère intention, en 2ème intention BZD ou apparentés (zolpidem, zopiclone, lormetazepam)</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>** Zopiclone ½ vie plus longue que Zolpidem, en faisant un traitement plus approprié pour les réveils nocturnes que pour les troubles de l'endormissement (pour lesquels on privilégiera le Zolpidem)</p> <p>En cas de prescription &gt; 4 semaines, déterminer une date d'arrêt et proposer une décroissance progressive</p> <p>Dans cette thèse, sont considérés comme traitement pour troubles du sommeil toute molécule de la famille des benzodiazépines ou apparentés benzodiazépines prescrite uniquement le soir et sans indication autre retrouvée</p> |
| <p><u>Insuffisance cardiaque</u><br/>Source guide Papa en Cardiogériatrie</p>        | <p>Diurétique de l'anse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- signes congestifs</li> <li>- au long cours souvent nécessaire dans insuffisance cardiaque à Fraction d'Ejection Ventriculaire Gauche (FEVG) altérée</li> </ul> <p>Diurétique thiazidique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en tant que traitement anti hypertenseur dans les insuffisances cardiaques à FEVG préservée</li> </ul>  |
| <p><u>Hypertension artérielle (HTA)</u><br/>Source guide Papa en Cardiogériatrie</p> | <p>Diurétiques thiazidiques à privilégier avec comorbidités suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HTA systolique</li> <li>- Post Accident vasculaire cérébral (AVC)</li> <li>- Insuffisance cardiaque à FEVG préservée</li> </ul> <p>Diurétiques de l'anse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance cardiaque à FEVG altérée</li> </ul>  |
| <p><u>Pathologies impliquant des antipsychotiques</u></p>                            | <p>Privilégier antipsychotiques sans ou avec faibles propriétés anticholinergiques : rispéridone, olanzapine, tiapride</p>   |
| <p><u>Douleur neuropathique</u><br/>Source Omedit Normandie</p>                      | <p>Antidépresseur tricyclique : Amitriptyline</p> <p>Anti-épileptique gabapentinoïde : Gabapentine, Pré-gabaline</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix en fonction du contexte (co-morbidités, sécurité d'emploi, coût)</li> <li>- Introduction progressive, paliers de 3 à 7 jours</li> </ul>  |

Tableau 1 : alternatives possibles en cas de déprescription et sources utilisées pour les définir.

## 5. Recueil rétrospectif

Nous avons recueilli les données des patients dans le dossier et le courrier d'Hôpital de Jour chute.



**Figure 4** : Algorithme décisionnel d'aide à la déprescription selon l'outil STOPFALL

HDJ : hôpital de jour

STOPFALL : Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk

Pour chaque médicament présent dans le traitement à domicile, nous avons répondu aux trois questions précédemment citées :

- 1 : Le médicament appartient-il à l'une des 14 classes thérapeutiques ciblées par STOPFALL ?
- 2 : Si oui, le médicament a-t-il une indication ?

- 3 : S'il est indiqué, y-a-t-il une alternative plus sûre (si oui, la prescription est considérée comme inappropriée) ?

Apporter la réponse à ces trois questions, nous a permis de définir pour chaque médicament, s'il y avait lieu de le déprescrire selon STOPFALL

Pour finir, nous avons regardé s'il y avait concordance (conformité) entre la recommandation issue de cette analyse et les recommandations écrites dans le courrier de l'HDJ ou non (non-conformité).

Pour chaque médicament, nous avons attribué la note de :

- 0 quand le médicament n'appartenait pas à une des 14 classes thérapeutiques ciblées par STOPFALL ou quand le médicament était indiqué et approprié (pas d'alternative meilleure) ;
- 0 quand il y avait indication de déprescription selon STOPFALL (le médicament appartenait à une des 14 classes thérapeutiques ciblées par STOPFALL et n'était pas indiqué ou pas approprié (existence d'une alternative meilleure)) avec en regard une recommandation de déprescription dans le courrier d'HDJ (conformité) ;
- 1 quand il y avait indication de déprescription selon STOPFALL (le médicament appartenait à une des 14 classes thérapeutiques ciblées par STOPFALL et n'était pas indiqué ou pas approprié (existence d'une alternative meilleure)) mais sans recommandation de déprescription dans le courrier d'HDJ (non conformité).

Pour chaque patient, nous avons établi un score global de conformité égal à la somme des 0 et 1 attribués à chaque ligne de traitement.

Nous avons considéré que pour un patient donné les recommandations étaient conformes à STOPFALL quand le score global était de 0. Si le score était = ou > à 1, les recommandations pour ce patient étaient considérées comme non conformes à celles de STOPFALL.

## 6. Analyse statistique

Concernant les caractéristiques des patients, les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage (%). Les variables quantitatives ont été exprimées en médiane  $\pm$  interquartiles et pour certaines en moyenne.

Nous avons, comme expliqué précédemment, calculé un score pour chaque patient en fonction de la conformité (score =0) ou non-conformité (score > ou = 1) des prescriptions. Cela nous a permis d'exprimer les résultats en valeur absolue ou en pourcentage.

Nous n'avons pas réalisé de test statistique étant donné une analyse purement descriptive.

### **III. RESULTATS**

#### **1. Caractéristiques des patients**

L'âge moyen des patients inclus était de 81 ans. Nous retrouvions 35 % d'homme et 65 % de femme au sein de l'étude. 93% d'entre eux vivaient à domicile contre 7 % en institution. L'ADL médian était de 5,5/6. (échelle de KATZ). L'IADL médian était 6/8

Le score de comorbidité de Charlson (quantification du risque de mortalité à 1 an) avait une médiane à 2 (mortalité à 1 an de 48%)

En moyenne, les patients inclus prenaient 8 principes actifs par jour. Le nombre de chutes moyen sur les 6 derniers mois était de 2. 66% des patients avaient un antécédents de chute grave, 34% n'en rapportaient pas.

La médiane du timed up and go test en simple tâche était de 19 secondes. Le test consiste à se lever d'une chaise, faire un aller-retour sur une distance de 3m et s'asseoir. Il permet d'évaluer le risque de chute. Un temps inférieur à 20 secondes est la norme.

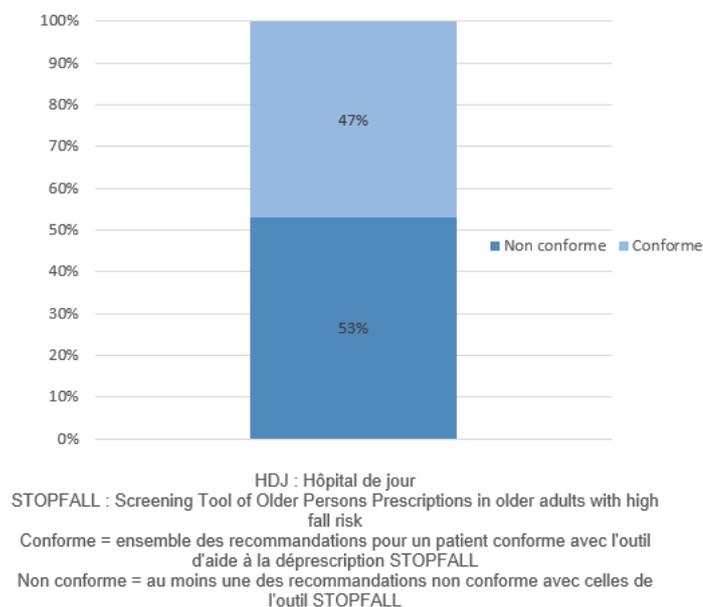
La médiane de la MOCA était de 22 (un score inférieur à 27 traduisant la présence d'une atteinte cognitive).

Tableau 2 : Principales caractéristiques démographiques et cliniques des patients.

| Variables                                |       |  | Descriptif |
|--|-------|--|------------|
| Nom                                      | Unité | Modalité   | N=100      |
| Age                                      |       | Moyenne  | 81         |
| Sexe                                     | N(%)  | Homme  | 35         |
|  |       | Femme  | 65         |
| Lieu de vie                              | N(%)  | Domicile   | 93         |
|  |       | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées | 7          |
| ADL                                      |       | Médiane (Q1 ;Q3)                                 | 5,5 (5 ;6) |
| IADL                                     |       | Médiane (Q1 ;Q3)                                 | 6 (3 ;8)   |
| Score de comorbidité de Charlson         |       | Médiane (Q1 ;Q3)                                 | 2 (0 ;3)   |
| Nombre de principes actifs par jour      |       | Moyenne  | 8          |
| Nombre de chutes sur les 6 derniers mois |       | Moyenne  | 2          |
| Antécédent de chute grave                | N(%)  | Oui  | 66         |
|  |       | Non  | 34         |
| Timed up and go test en simple tâche     |       | Médiane (Q1 ;Q3)                                 | 19 (13;25) |
| MOCA                                     |       | Médiane (Q1 ;Q3)                                 | 22 (18;26) |

## 2. Résultats principaux

Figure 5 : Conformité pour 100 patients des recommandations d'HDJ chute à Lille avec les préconisations de STOPFALL



A l'issue de l'HDJ, 47 des 100 patients avaient des recommandations de déprescription (totalement) conformes à celles de l'outil STOPFALL (score total = 0). Parmi eux, 21 n'avaient aucune des 14 classes thérapeutiques ciblées.

53% des patients présentaient dans leur courrier des recommandations non totalement conformes à celles de l'outil STOPFALL (score total  $\geq 1$ ). Ces résultats sont illustrées par la figure 5

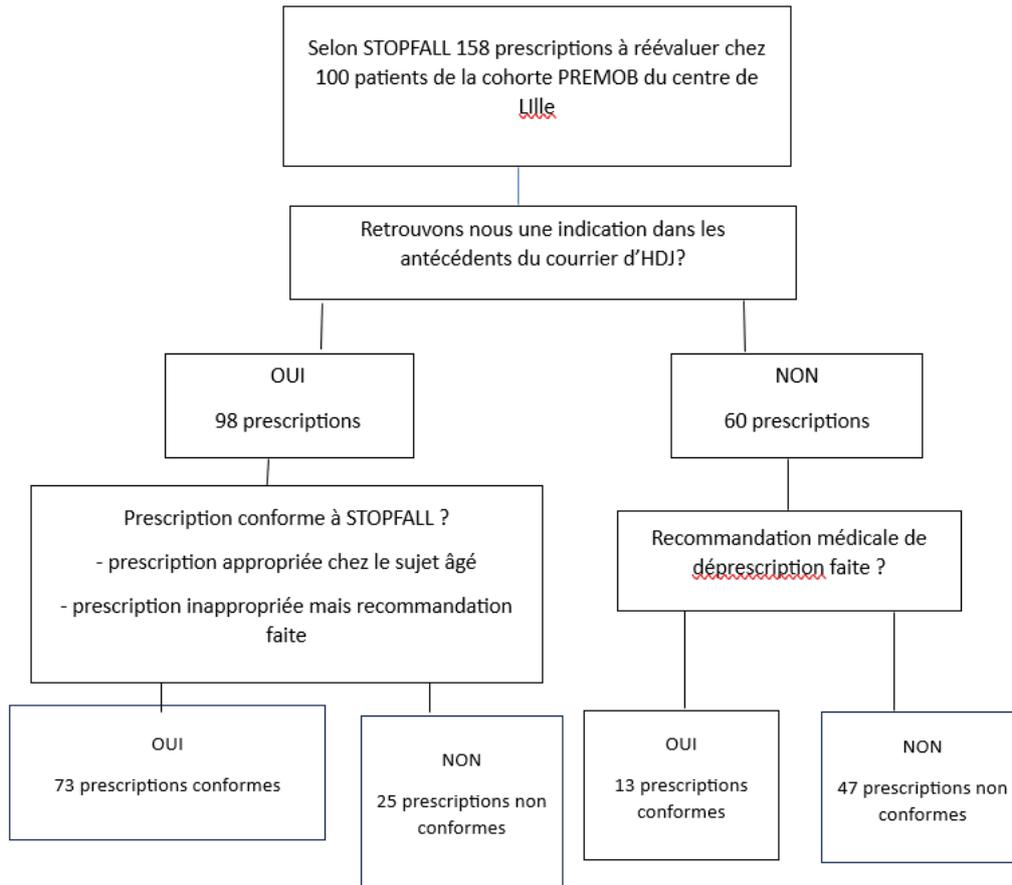


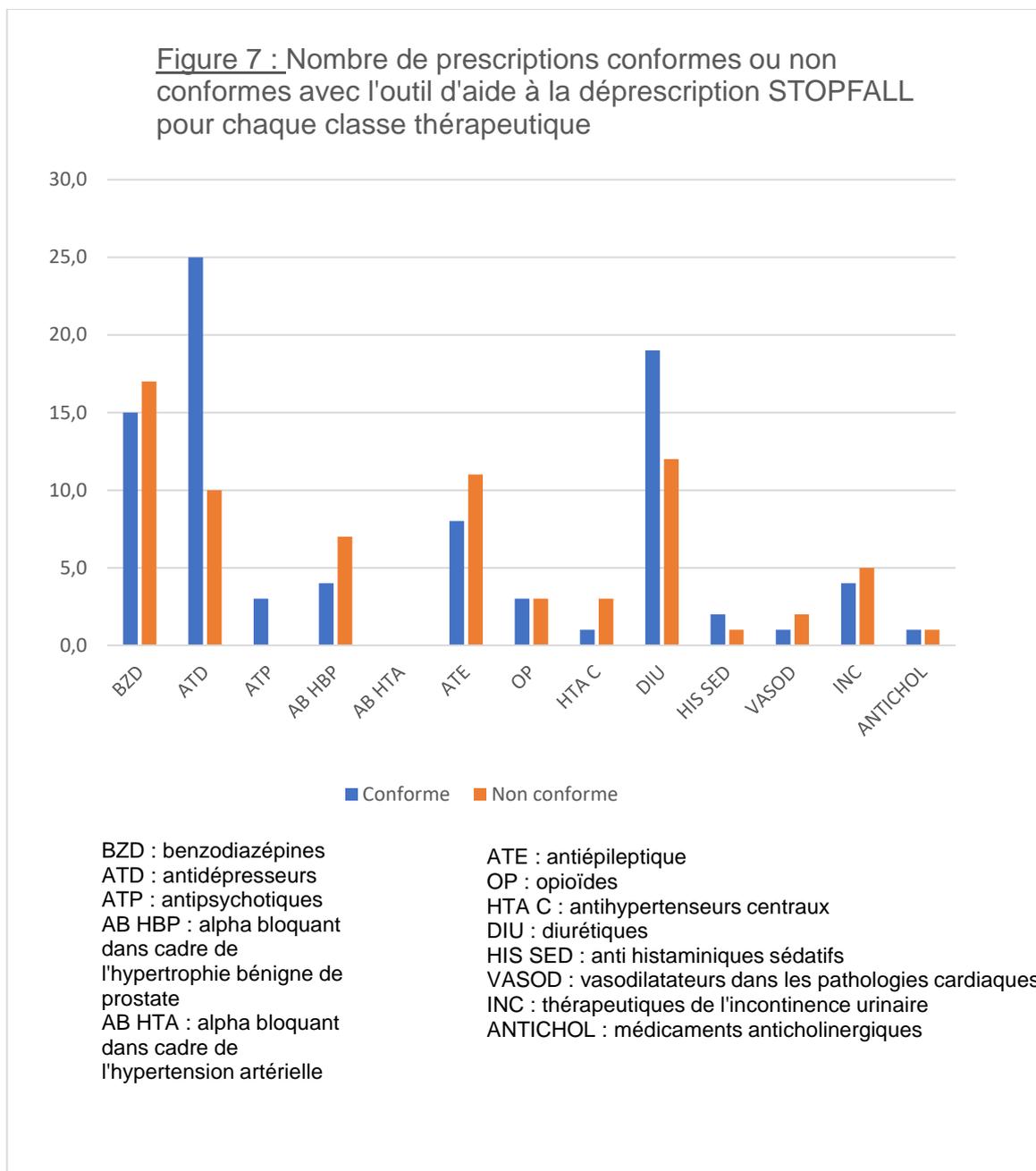
Figure 6 : Conformité des prescriptions d'un échantillon de 100 patients de la cohorte PREMOB du centre de Lille par rapport à l'outil d'aide à la déprescription STOPFALL

HDJ : hôpital de jour

STOPFALL : Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk

Sur 158 prescriptions appartenant aux 14 classes ciblées par STOPFALL, 72 étaient non indiquées ou inappropriées et sans recommandation de déprescription dans le courrier d'HDJ (non-conformité) (figure 6). Environ deux tiers des non conformités étaient en lien avec une absence d'indication (47 prescriptions concernées).

Figure 7 : Nombre de prescriptions conformes ou non conformes avec l'outil d'aide à la déprescription STOPFALL pour chaque classe thérapeutique

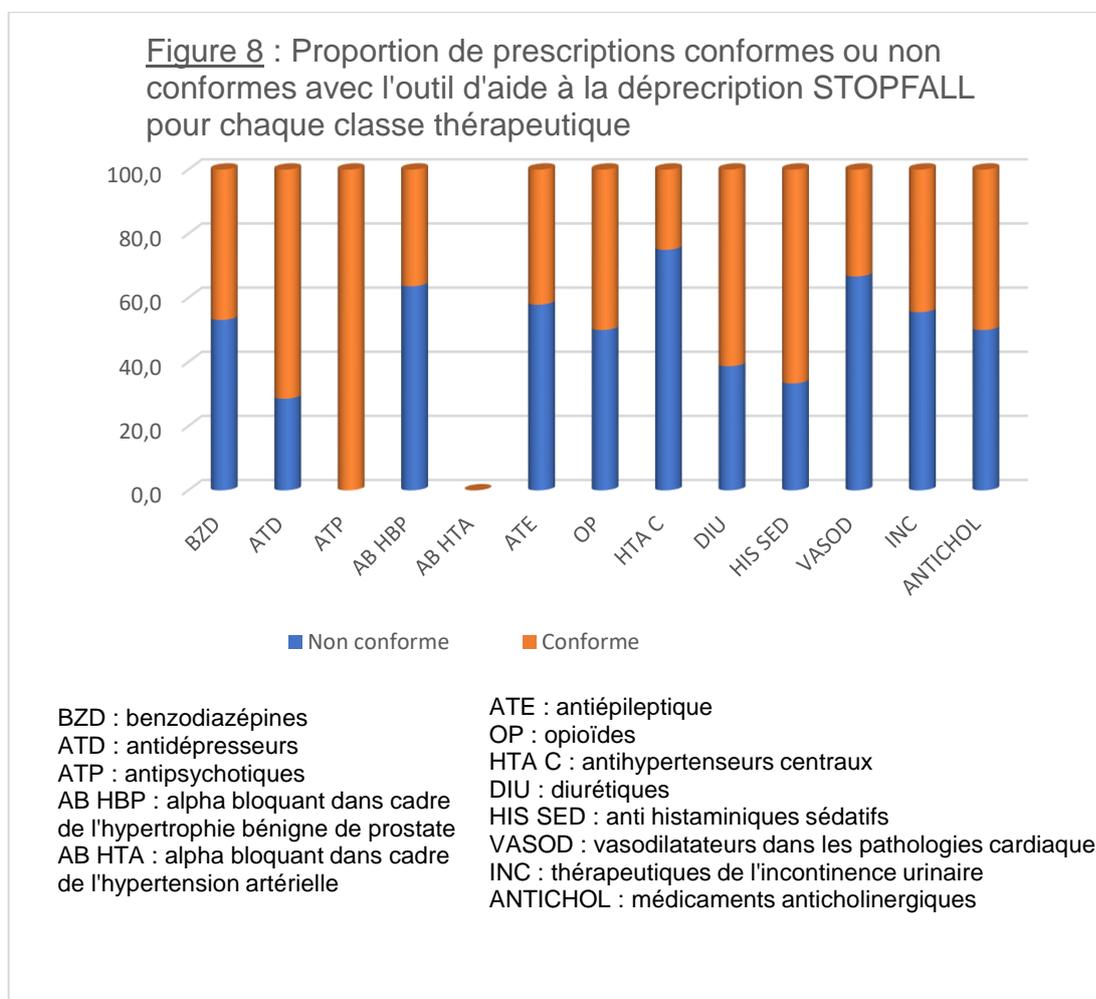


Parmi les 14 classes thérapeutiques répertoriées dans STOPFALL, les 3 classes les plus prescrites dans l'échantillon étaient les antidépresseurs (35 prescriptions), les diurétiques (31 prescriptions) et les benzodiazépines (32 prescriptions) (Figure 7). 53,1% des recommandations faites sur les prescriptions de benzodiazépines n'étaient pas conformes à l'outil STOPFALL. Cela concernait

également 28,6% des prescriptions d'antidépresseurs et 38,7% des diurétiques (figure 8).

Vingt patients prenaient des traitements à visée hypnotique (benzodiazépines ou apparentés). Une seule prescription avait une indication retrouvée dans le courrier. Sur 19 prescriptions non indiquées ou inappropriées, 15 d'entre elles ne bénéficiaient pas de recommandation de déprescription (non conformes).

La prescription de traitement à visée antalgique (antiépileptiques gabapentine/prégabaline ou opioïdes) concernait 19% des patients et 21 prescriptions. Pour cinq prescriptions seulement on retrouvait une indication dans le courrier. Sur 16 prescriptions non indiquées ou inappropriées, 7 d'entre elles ne bénéficiaient pas de recommandation de déprescription (non conformes).



Les 3 classes thérapeutiques dont les recommandations d'HDJ étaient les moins conformes étaient les alpha-bloquants dans l'HBP (63,6%), les antiépileptiques

(57,9%, notamment par absence d'indication retrouvée) et les antihypertenseurs centraux (75% des cas) (figure 8).

## **IV. DISCUSSION**

### **1. Rappel et discussion des principaux résultats**

Notre étude avait pour objectif d'évaluer la conformité des recommandations de déprescription faites à l'issue de l'hôpital de jour (HDJ) aux recommandations de l'outil STOPFALL. Les deux principaux résultats sont les suivants :

- Premièrement, à l'issue de l'HDJ, 47 des 100 patients avaient des recommandations de déprescription totalement conformes à celles de l'outil STOPFALL (parmi eux, 21 n'avaient aucune des 14 classes thérapeutiques ciblées par STOPFALL, ce qui garantissait la conformité).
- Deuxièmement, sur 158 prescriptions appartenant aux 14 classes ciblées par STOPFALL, 72 étaient non indiquées ou inappropriées et sans recommandation de déprescription dans le courrier d'HDJ (non-conformité).

Le taux élevé de non-conformité, que l'on se place à l'échelle du patient ou des médicaments, peut étonner. En effet l'équipe médicale de l'HDJ chute a une grande expérience dans le domaine de l'évaluation du patient âgé chuteur et de la prescription médicale chez le sujet âgé. L'explication ne peut pas être le manque de connaissance des médicaments associés à une majoration du risque de chute. D'autres explications peuvent être avancées qui tiennent en grande partie à la méthodologie employée dans l'étude dont le défaut de traçabilité inhérent à toute étude rétrospective.

En effet, deux tiers des non conformités étaient en lien avec une absence d'indication retrouvée dans le courrier d'HDJ (47 prescriptions concernées). Les prescriptions pour les troubles du sommeil et la douleur chronique étaient particulièrement concernées. Or ces deux problèmes de santé, très fréquents chez la personne âgée (31 patients avaient des traitements qui y étaient à priori rattachés), étaient peu tracés dans les dossiers des patients et les prescriptions n'étaient pas justifiées dans le courrier des patients de sorte que nous les avons jugées non conformes.

Ainsi parmi 20 patients présentant un traitement à visée hypnotique, seulement un patient avait une indication objective retrouvée et pour 5 d'entre eux seulement apparaissait dans leur courrier d'HDJ une recommandation de déprescription. Le dossier HDJ chute qui est un dossier standardisé commun à tous les centres participant à la cohorte PREMOB, accorde trop peu de place aux troubles du sommeil avec pour conséquence le manque de traçabilité. Les seuls paramètres tracés sont obtenus par l'interrogatoire du patient au cours de l'examen clinique : sommeil normal ou altéré. Il pourrait être envisagé d'ajouter à la liste des items recueillis en HDJ chute une évaluation plus complète des troubles du sommeil. De nombreux outils et examens sont à disposition (23) comme un interrogatoire plus détaillé (réveils nocturnes, nycturie, nombre de lever par nuit), l'agenda du sommeil des personnes âgées, l'échelle d'Epworth (sommolence diurne), ou encore les tests de vigilance (Les tests itératifs de latence d'endormissement TILE ou MSLT, ou les tests de maintien d'éveil TME ou MWT). Cela permettrait d'ajouter des arguments à la poursuite ou non du traitement mais aussi de pousser les investigations pour établir un diagnostic étiologique.

Dans le cas de la douleur chronique, nociceptive ou neuropathique, 75% des prescriptions n'étaient pas rattachées à une indication tracée mais pour la moitié d'entre elles, une recommandation de déprescription était faite, de sorte que le taux de non-conformité était plus faible. Le problème est de même nature que pour les prescriptions pour les troubles du sommeil. Dans l'évaluation du chuteur réalisée en HDJ, aucune échelle objective (échelle visuelle analogique, échelle des douleurs neuropathiques DN4, doloplus ou algoplus) n'est utilisée pour réévaluer l'intensité de la douleur. Seule la localisation de la douleur est indiquée.

Pourtant, il serait justifié de mieux prendre en compte la question de la douleur et de mieux la tracer dans le dossier d'HDJ chute. En effet la douleur pourrait constituer en soi un risque de chute. Une étude récente de 2022 publiée dans European Geriatric medicine (24) montre une corrélation entre la douleur et le risque de chute. Le risque de chute est augmenté avec l'intensité de la douleur et la multiplicité des localisations. Ce propos est à modérer car la population n'est pas identique à la nôtre. En effet cette étude est réalisée chez des patients avec un âge moyen de 65,8 ans. Il serait donc intéressant de compléter l'évaluation de la douleur par les échelles citées ci-dessus afin de mieux justifier les traitements et d'optimiser les traitements de la douleur.

En dehors des situations de non indication, dont nous venons de parler, nous avons aussi observé des cas de non-conformité liées à des prescriptions indiquées mais non appropriées et qui n'ont pas fait l'objet de recommandations de déprescription dans le courrier d'HDJ. Ces non conformités concernaient particulièrement les alpha-bloquants dans l'HBP et les antihypertenseurs centraux. Une possibilité est que le médecin de l'HDJ n'ait pas prêté attention à ces prescriptions inappropriées et à la possibilité de les remplacer par un autre traitement plus approprié.

Pour améliorer le regard porté sur les traitements, l'intervention d'un pharmacien clinicien pendant l'HDJ chute serait pertinente. Non seulement, la conciliation médicamenteuse prend du temps mais aussi justifie un regard pluridisciplinaire associant médecin et pharmacien (appel du pharmacien d'officine pour s'accorder sur le traitement du domicile, confrontation avec les données du médecin traitant, dernières recommandations sur les différentes indications des thérapeutiques et les meilleures options chez le sujet âgé en tenant compte de ses comorbidités, des interactions médicamenteuses et des préférences du patient). L'intervention du pharmacien permettrait des recommandations plus pertinentes et possiblement une meilleure coordination avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine. À l'issue de l'hôpital de jour, certains patients pourraient aussi bénéficier de l'intervention « Iatroprev » qui permet lors d'une réunion de concertation pluri professionnelle entre le médecin gériatre, le pharmacien clinicien hospitalier, le médecin généraliste et le pharmacien d'officine de s'accorder ensemble sur le meilleur traitement médicamenteux à proposer au patient et sur les modifications à apporter au traitement en cours. Cette démarche fait l'objet d'un article 51, dont les résultats préliminaires sont très encourageants.

Une autre explication peut être liée au fait que les médecins à l'issue de l'hospitalisation de jour chute sont contraints de se limiter dans leurs préconisations, particulièrement pour celles qui concernent le traitement médicamenteux. L'approche préconisée pour le patient âgé chuteur ou à haut risque de chute est une approche multifactorielle qui consiste à rechercher l'ensemble des facteurs de risque de chute et des facteurs de gravité en cas de chute pour ensuite faire des recommandations visant à corriger les facteurs de risque modifiables. Cette approche qui permet pour

tout patient âgé chuteur de faire des recommandations pertinentes a le désavantage (est-ce vraiment à désavantage ?) d'amener à des recommandations multiples avec la certitude qu'elles ne seront pas toutes suivies par le patient voire par son médecin généraliste. Il est donc impératif de se limiter dans le nombre de recommandations et de ne retenir que les plus pertinentes mais aussi celles que le patient et le médecin généraliste sont susceptibles d'accepter. Au mieux, cette discussion sur la priorisation des recommandations devrait se faire dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient.

Dans la pratique, à la fin de la journée d'hôpital de jour chute, il faut retenir certaines recommandations et en écarter d'autres. La discussion a lieu entre l'interne et le médecin sénior et lors du temps de synthèse avec le patient et son aidant lorsqu'il est présent. Les recommandations sont écrites à la fin du courrier d'hôpital de jour. Certainement, si certaines recommandations de déprescription ne s'y trouvent pas c'est que le médecin gériatre de l'hôpital de jour a décidé que d'autres propositions, y compris sur le traitement, étaient plus importantes et/ou plus urgentes. Les médecins de l'Hôpital de jour chute sont contraints de se limiter dans le nombre de modifications du traitement qu'ils peuvent suggérer afin que les plus importantes aient une chance d'être acceptées.

On peut ajouter que, dans ces conditions, des travaux faits à partir des données de l'hôpital de jour chute ont montré que les recommandations issues de l'évaluation multidisciplinaire de la chute concernant le traitement médicamenteux étaient plutôt bien suivies avec environ la moitié des recommandations respectées à six mois. Les recommandations sur le traitement sont nettement plus suivies que celles concernant le régime alimentaire ou les adaptations du logement.

## **2. Comparaison à la littérature**

Notre étude est originale. Nous n'avons trouvé aucune autre étude dans la littérature ayant le même objectif que la nôtre d'évaluer la qualité des recommandations concernant les médicaments faites lors d'une évaluation multidisciplinaire de la chute au regard d'un outil validé d'aide à la déprescription chez la personne âgée. Les études retrouvées ont évalué de façon isolée l'impact d'une

seule intervention sur la diminution du risque de chute (25,26) ou se sont intéressées à la pertinence des tests prédictifs du risque de chute (27,28)

### **3. Limites de l'étude**

Notre étude est rétrospective. Nous ne disposons que des informations tracées dans le dossier et le courrier d'hôpital de jour. Certaines données sont manquantes, ce qui ne nous a pas permis de justifier la présence de certains traitements. Nous en avons discuté plus avant dans le texte.

Une autre limite est que la lecture des ordonnances a été faite par une seule personne pouvant induire un biais d'interprétation.

Notre étude est monocentrique. Nous avons inclus uniquement des patients du centre de Lille. De plus, les patients sont ceux adressés en consultation multidisciplinaire de la chute. Le résultat ne peut donc pas être extrapolé à l'ensemble de la population des patients chuteurs ni même à l'ensemble des structures gériatriques réalisant des évaluations multidisciplinaires de la chute.

Enfin, nous l'avons dit, l'équipe de professionnels intervenant au cours de l'HDJ chute n'inclut pas de pharmacien clinicien.

### **4. Forces de l'étude**

Les forces de l'étude tiennent d'abord à la qualité de l'évaluation réalisée en HDJ chute qui répond point pour point aux exigences des récentes recommandations internationales pour la prévention de la chute.

Par ailleurs l'évaluation est réalisée par une équipe pluri professionnelle incluant médecin gériatre, médecin de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, neurologue, diététicienne, ergothérapeute, assistante sociale et infirmière coordonnatrice. Cela permet un regard pluridisciplinaire y compris sur les médicaments.

## V. CONCLUSION

En HDJ chute du centre de Lille, les recommandations concernant les médicaments à déprescrire sont pour moitié non conformes aux propositions de l'outil STOPFALL. Sur 158 prescriptions concernées par STOPFALL pour 100 patients, 72 ne sont pas conformes aux recommandations.

Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer ce résultat a priori décevant, mais au-delà des explications possibles, il faut retenir que la déprescription des médicaments associés à un risque majoré de chute est un des moyens d'agir pour prévenir le risque de nouvelle chute. Certes toutes les études dans la littérature ne sont pas concordantes, certes une récente méta-analyse (14) qui a évalué l'efficacité de la déprescription des FRIDs, comme seule intervention sur la réduction du nombre de chutes est négative (sauf dans le sous-groupe des patients résidant dans des institutions ou unités de soins longue durée, où le seul fait de corriger l'ordonnance permettrait de diminuer le nombre de chuteurs). Il n'empêche qu'il faut garder cette façon d'agir, évaluer systématiquement l'ordonnance des patients chuteurs ou à risque de chute et, en fonction du rapport bénéfice/risque, diminuer ou supprimer de l'ordonnance les médicaments qui augmentent le risque de chute ou de chute grave.

Les résultats de cette étude nous invitent à nous interroger encore sur la façon dont l'évaluation est conduite en HDJ chute et sur les recommandations produites à l'issue de l'évaluation. Un levier possible pour faire mieux est certainement l'intégration d'un pharmacien clinicien dans l'équipe pluri professionnelle de l'HDJ chute.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Suivi des sujets âgés chuteurs recrutés au sein des filières gériatriques de plusieurs hôpitaux français - Cohorte PREMOB. [https://www.girci-no.fr/sites/default/files/1-%20PREMOB\\_Newsletter%201-%20plaquette.pdf](https://www.girci-no.fr/sites/default/files/1-%20PREMOB_Newsletter%201-%20plaquette.pdf)
2. EuroSafe. EuroSafe. Injuries in the European Union, Summary on injury statistics 2012–2014. 2016. [http://www.bridge-health.eu/sites/default/files/EuroSafe\\_Master\\_R4\\_SinglePage\\_12102\\_016%20%281%29.pdf](http://www.bridge-health.eu/sites/default/files/EuroSafe_Master_R4_SinglePage_12102_016%20%281%29.pdf). Accessed 1 Mar 2018.
3. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. Ageing Life Course Fam Community Health WHO Glob Rep Falls Prev Older Age [Internet]. 2008 [cité 5 sept 2023]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43811>
4. the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs, the EuGMS Special Interest Group on Pharmacology, Seppala LJ, Van Der Velde N, Masud T, Blain H, et al. EuGMS Task and Finish group on Fall-Risk-Increasing Drugs (FRIDs): Position on Knowledge Dissemination, Management, and Future Research. *Drugs Aging*. avr 2019;36(4):299-307.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Injury Prevention & Control. Keep on your feet - Preventing Older Adult Falls. <https://www.cdc.gov/injury/features/older-adultfalls/index.html>. (20 April 2020, date last accessed).
6. Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, König HH. Cost of falls in old age: a systematic review. *Osteoporos Int*. juin 2010;21(6):891-902.
7. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2 sept 2022;51(9):afac205.
8. Zulfiqar AA, Habchi P, Dembele IA, Andres E. Association of Frailty Status with Risk of Fall among Hospitalized Elderly Patients: A Cross-Sectional Study in an Acute Geriatric Unit. *Medicines*. 20 sept 2022;9(10):48.
9. Leghissa M, Carrera Á, Iglesias CA. Machine learning approaches for frailty detection, prediction and classification in elderly people: A systematic review. *Int J Med Inf*. oct 2023;178:105172.
10. Laflamme L, Monárrez-Espino J, Johnell K, Elling B, Möller J. Type, Number or Both? A Population-Based Matched Case-Control Study on the Risk of Fall Injuries among Older People and Number of Medications beyond Fall-Inducing Drugs. Icks A, éditeur. *PLOS ONE*. 27 mars 2015;10(3):e0123390.
11. De Vries M, Seppala LJ, Daams JG, Van De Glind EMM, Masud T, Van Der Velde N, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: I. Cardiovascular Drugs. *J Am Med Dir Assoc*. avr 2018;19(4):371.e1-371.e9.

12. Seppala LJ, Wermelink AMAT, De Vries M, Ploegmakers KJ, Van De Glind EMM, Daams JG, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. *J Am Med Dir Assoc.* avr 2018;19(4):371.e11-371.e17.
13. Seppala LJ, Van De Glind EMM, Daams JG, Ploegmakers KJ, De Vries M, Wermelink AMAT, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis: III. Others. *J Am Med Dir Assoc.* avr 2018;19(4):372.e1-372.e8.
14. Seppala LJ, Kamkar N, van Poelgeest EP, Thomsen K, Daams JG, Ryg J, et al. Medication reviews and deprescribing as a single intervention in falls prevention: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2 sept 2022;51(9):afac191.
15. Mair AF-LF, Alonso A, Harrison C, Hurding S, Kempen T, Kinnear M, Michael N, McIntosh J, Wilson M. The Simpathy consortium. Polypharmacy management by 2030: a patient safety challenge. 2017. <http://www.simpathy.eu/resources/publications/simpathy-project-reference-book>. Accessed 14 Apr 2018.
16. Pazan F, Wehling M. The FORTA (Fit fOR The Aged) App as a Clinical Tool to Optimize Complex Medications in Older People. *J Am Med Dir Assoc.* oct 2017;18(10):893.
17. Blalock SJ, Ferreri SP, Renfro CP, Robinson JM, Farley JF, Ray N, et al. Impact of STEADI-Rx : A Community Pharmacy-Based Fall Prevention Intervention. *J Am Geriatr Soc.* août 2020;68(8):1778-86.
18. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: 2019 AGS BEERS CRITERIA® UPDATE EXPERT PANEL. *J Am Geriatr Soc.* avr 2019;67(4):674-94.
19. Seppala LJ, Petrovic M, Ryg J, Bahat G, Topinkova E, Szczerbińska K, et al. STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs. *Age Ageing.* 28 juin 2021;50(4):1189-99.
20. Roux B, Berthou-Contreras J, Beuscart JB, Charenton-Blavignac M, Doucet J, Fournier JP, et al. REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. *Eur J Clin Pharmacol.* nov 2021;77(11):1713-24.
21. <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/19310/201909-les-douleurs-neuropathiques.pdf>.
22. <https://tppa.fr/guides-papa/>. Edts Frison Roche oct 2015 (guide PAPA) et nov 2020 (guide PPA Cardio-gériatrie)
23. <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/comment-explorer-le-sommeil>.
24. Ogliari G, Ryg J, Andersen-Ranberg K, Scheel-Hincke LL, Collins JT, Cowley A, et al. Association of pain and risk of falls in community-dwelling adults: a prospective study in

- the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Eur Geriatr Med.* 13 oct 2022;13(6):1441-54.
25. Ong RHS, Nurjono M, Jumala J, Teo RCC, Png GK, Tan PC, et al. A community-based single fall prevention exercise intervention for older adults (STEADY FEET): Study protocol for a randomised controlled trial. Stortz J, éditeur. *PLOS ONE.* 20 oct 2022;17(10):e0276385.
26. O'Brien C, Holtzer R. Physical reserve: construct development and predictive utility. *Aging Clin Exp Res.* 27 févr 2023;35(5):1055-62.
27. Buisseret F, Catinus L, Grenard R, Jojczyk L, Fievez D, Barvaux V, et al. Timed Up and Go and Six-Minute Walking Tests with Wearable Inertial Sensor: One Step Further for the Prediction of the Risk of Fall in Elderly Nursing Home People. *Sensors.* 5 juin 2020;20(11):3207.
28. Park SH. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* janv 2018;30(1):1-16.

## Annexe 1 : tableau extrait du consensus d'expert STOPFALL

L.J. Seppala et al.

**Table 2.** Deprescribing guidance for STOPPFall items

|   | Fall-risk assessment:<br>In which cases to consider withdrawal <sup>a</sup>   | Is stepwise withdrawal needed? <sup>b</sup> | Monitoring after deprescribing <sup>c</sup>  |
|---|---|---|--|
| Always  | -If no indication for prescribing<br>-If safer alternative available  |   | -Fall incidence and change in symptoms e.g. OH, blurred vision, dizziness<br>-Organise follow-ups on individual basis  |
| Benzodiazepines (BZD) and BZD-related drugs     | -If daytime sedation, cognitive impairment, or psychomotor impairments<br>-In case of both indications: sleep and anxiety disorder  | In general needed                           | -Monitor: anxiety, insomnia, agitation<br>-Consider monitoring: delirium, seizures, confusion  |
| Antipsychotics                                  | -If extrapyramidal or cardiac side effects, sedation, signs of sedation, dizziness, or blurred vision<br>-If given for BPSD or sleep disorder, possibly if given for bipolar disorder   | In general needed                           | -Monitor: recurrence of symptoms (psychosis, aggression, agitation, delusion, hallucination)<br>-Consider monitoring: insomnia   |
| Opioids   | -If slow reactions, impaired balance, or sedative symptoms<br>-If given for chronic pain, and possibly if given for acute pain  | In general needed                           | -Monitor: recurrence of pain<br>-Consider monitoring: musculoskeletal symptoms, restlessness, gastrointestinal symptoms, anxiety, insomnia, diaphoresis, anger, chills |
| Antidepressants                                 | -If hyponatremia, OH, dizziness, sedative symptoms, or tachycardia/arrhythmia<br>-If given for depression but depended on symptom-free time and history of symptoms or given for sleep disorder, and possibly if given for neuropathic pain or anxiety disorder | In general needed                           | -Monitor: recurrence of depression, anxiety, irritability and insomnia<br>-Consider monitoring: headache, malaise, gastrointestinal symptoms                           |
| Antiepileptics                                  | -If ataxia, somnolence, impaired balance, or possibly in case of dizziness<br>-If given for anxiety disorder or neuropathic pain  | Consider                                    | -Monitor: recurrence of seizures<br>-Consider monitoring: anxiety, restlessness, insomnia, headache  |
| Diuretics                                       | -If OH, hypotension, or electrolyte disturbance and possibly if urinary incontinence<br>-possibly if given for hypertension   | Consider                                    | -Monitor: heart failure, hypertension, signs of fluid retention  |
| Alpha-blockers (AB) used as antihypertensives   | -If hypotension, OH, or dizziness   | Consider                                    | -Monitor: hypertension<br>-Consider monitoring: palpitations, headache   |
| AB for prostate hyperplasia                     | -If hypotension, OH, or dizziness   | In general not needed                       | -Monitor: return of symptoms   |
| Centrally-acting antihypertensives              | -If hypotension, OH, or sedative symptoms   | Consider                                    | -Monitor: hypertension   |
| Sedative antihistamines                         | -If confusion, drowsiness, dizziness, or blurred vision<br>-In case of all indications: hypnotic/sedative, chronic itch, allergic symptoms  | Consider                                    | -Monitor: return of symptoms<br>-Consider monitoring: insomnia, anxiety  |
| Vasodilators used in cardiac diseases           | -If hypotension, OH, or dizziness   | Consider                                    | -Monitor: symptoms of Angina Pectoris  |
| Overactive bladder and incontinence medications | -If dizziness, confusion, blurred vision, drowsiness, or increased QT-interval  | Consider                                    | -Monitor: return of symptoms   |

<sup>a</sup>This column includes answer categories that were chosen by more than 70% of the experts. In addition, after word 'possibly' are indicated the categories that were selected by 30–70% of the experts. <sup>b</sup>'In general needed' indicates that >70% of experts chose categories of yes or depending. 'Consider' indicates that 30–70% of experts chose categories of yes or depending. 'In general not needed' indicates that <30% of experts chose categories of yes or depending. <sup>c</sup>'Monitor' refers to >70% of the experts selecting these symptoms. 'Consider monitoring' refers to 30–70% of the experts selecting these symptoms. BPSD, behavioural and psychological symptoms of dementia; OH, orthostatic hypotension.

**AUTEUR(E) : Nom :** Dargent

**Prénom :** Eva

**Date de soutenance :** vendredi 6 octobre 2023

**Titre de la thèse :** Les recommandations de l'évaluation multidisciplinaire de la chute du CHU de Lille sont-elles conformes aux recommandations de déprescription de l'outil européen STOPFALL ? Etude rétrospective monocentrique

**Thèse - Médecine - Lille - 2023**

**Cadre de classement :** Gériatrie

**DES + FST/option :** DES de Gériatrie

**Mots-clés :** déprescription – sujets âgés – risque de chute - iatrogénie

**Résumé :**

**Introduction :** La chute concerne une personne âgée de plus de 65 ans sur trois chaque année, 10 000 décès par an en France et 1% des dépenses de santé. La prévention des chutes est un enjeu socioéconomique majeur. La correction des facteurs de risque modifiables de la chute passe entre autres par la diminution des médicaments pouvant favoriser les chutes.

**Objectif :** Evaluer si les recommandations de l'hôpital de jour (HDJ) Chute sont conformes aux recommandations de l'outil d'aide à la déprescription STOPFALL ?

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique. Nous avons inclus 100 patients consécutifs issus de la cohorte PREMOB du centre de Lille. Il s'agissait de patients vus en HDJ chute. Nous avons confronté les recommandations faites à l'issue de cette évaluation et celles recommandées par l'outil STOPFALL. Nous avons recueilli les données dans les courriers d'HDJ et les dossiers patients et établi la conformité des recommandations aux recommandations européennes à l'aide d'un score (0 conforme, > 1 non conforme pour chaque ligne du traitement permettant de calculer un score global pour un patient en faisant la somme des 0 et des 1 de toutes les lignes du traitement)

**Résultats :** 47 patients avaient des recommandations totalement conformes (score global = 0) à celles de STOPFALL, 53 patients avaient au moins une recommandation non conforme (score global  $\geq 1$ ). Les classes thérapeutiques ciblées par STOPFALL les plus prescrites étaient les benzodiazépines (31), les diurétiques (32) et les antidépresseurs (35). Les absences d'indication tracées dans les courriers d'HDJ concernaient particulièrement les médicaments des troubles du sommeil et les antalgiques. Les prescriptions les plus souvent inappropriées étaient les alphabloquants dans l'HBP, les antiépileptiques et les antihypertenseurs centraux.

**Conclusion :** Les recommandations de l'HDJ chute ne sont pas totalement conformes à celles de STOPFALL, Nous proposons plusieurs explications à cela. Les résultats obtenus nous permettent d'envisager plusieurs axes d'amélioration dont la participation d'un pharmacien clinicien à l'HDJ chute.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur François PUISIEUX

**Asseseurs :** Madame le Docteur Yaohua CHEN, Monsieur le Docteur Alexandre BERTELOOT, Madame le Docteur Clémentine THERME

**Directeur de thèse :** Monsieur le Professeur François PUISIEUX