



GROUPE
HOSPITALIER
CENTRE
BRETAGNE

CENTRE HOSPITALIER
CENTRE BRETAGNE

Intégration d'un pharmacien de la PUI au sein d'une **Equipe Mobile de Gériatrie (EMG)** Intra et extra hospitalière

Dr FETIQUE Lilas (Pharmacien), Dr REY Barbara (gériatre)

Journée régionale
Pharmacie clinique
Vendredi 25 avril 2025



Illustrations : DISCHLI Laurianne

Genèse de l'équipe actuelle

❖ Affectation du Dr B. REY en 2021

- EMG uniquement intrahospitalière
- 1 ETP IDE + 0,8 ETP gériatre

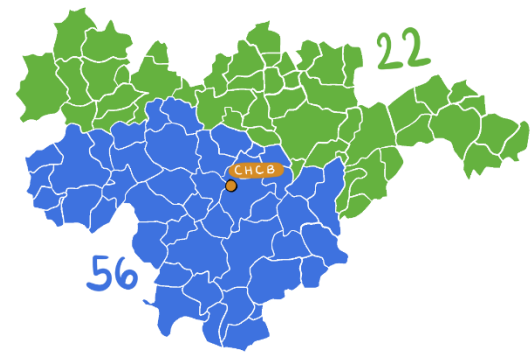
❖ Volonté

- créer une équipe pluridisciplinaire
- effectuer des évaluations gériatriques au domicile des patients
- développer une collaboration étroite entre le gériatre et un pharmacien hospitalier

❖ Composition

- 1 Gériatre (0,8 ETP)
- 1 Pharmacien (0,2 ETP à compter de février 2023, puis 0,4 ETP depuis novembre 2023)
- 2 Infirmières (2 ETP) + une 3^{ème} IDE à 0,8 ETP (recrutement en cours)
- 1 Ergothérapeute (0,4 ETP)
- 1 Secrétaire (0,3 ETP)

Missions de l'EMG



- ❖ Public concerné : **patients de plus de 75 ans**
- ❖ Identifier les **syndromes gériatriques** et les **fragilités** de la personne âgée par une évaluation médico-psychosociale complète (fonctions cognitives, fragilités sociales, locomotrices, thymiques, nutritionnelles, iatrogénie etc.)
- ❖ **Aider au diagnostic**, donner des **avis thérapeutiques**
- ❖ Orienter le patient dans la **filière gériatrique du territoire** (collaboration avec les partenaires DAC, SSIAD, HAD, EMSP, EMPSA etc.)
- ❖ Etablir un **plan de soin**
- ❖ **Eviter le recours aux urgences, et les réhospitalisations**
- ❖ Attention, l'EMG ne se substitue pas au médecin traitant et n'est pas prescripteur de soins : c'est une aide au diagnostic et à l'orientation du patient



Intra-hospitalier

Médecin hospitalier

- IDE (EGS)
- Pharmacien et/ou du gériatre selon motif (chutes, troubles du comportement, avis thérapeutique...)

Qui sollicite ?



Qui intervient ?

Extra-hospitalier

Médecin traitant
Médecin coordonnateur d'EHPAD

- Intervenants selon motif de la demande
- **Collaboration gériatre/ pharmacien :**
 - Consultation systématique des dossiers
 - Évaluation en binôme en cas d'avis médical ou thérapeutique

Missions du pharmacien

❖ Conciliations médicamenteuses

- ➔ Selon nombre de traitement, présence médicaments à MTE, manque de données sur les traitements
 - Intra-hospitalier en rétro actif
 - Extra hospitalier en pro actif

❖ Réévaluation thérapeutique

- ➔ Selon motif de la sollicitation : chute, troubles du comportement, syndrome confusionnel, MPI, réévaluation des traitements

❖ Analyse pharmaceutique et avis pharmaceutiques

❖ RCP en EHPAD ou intrahospitalier (prise en charge globale patient en lien avec tous les acteurs)

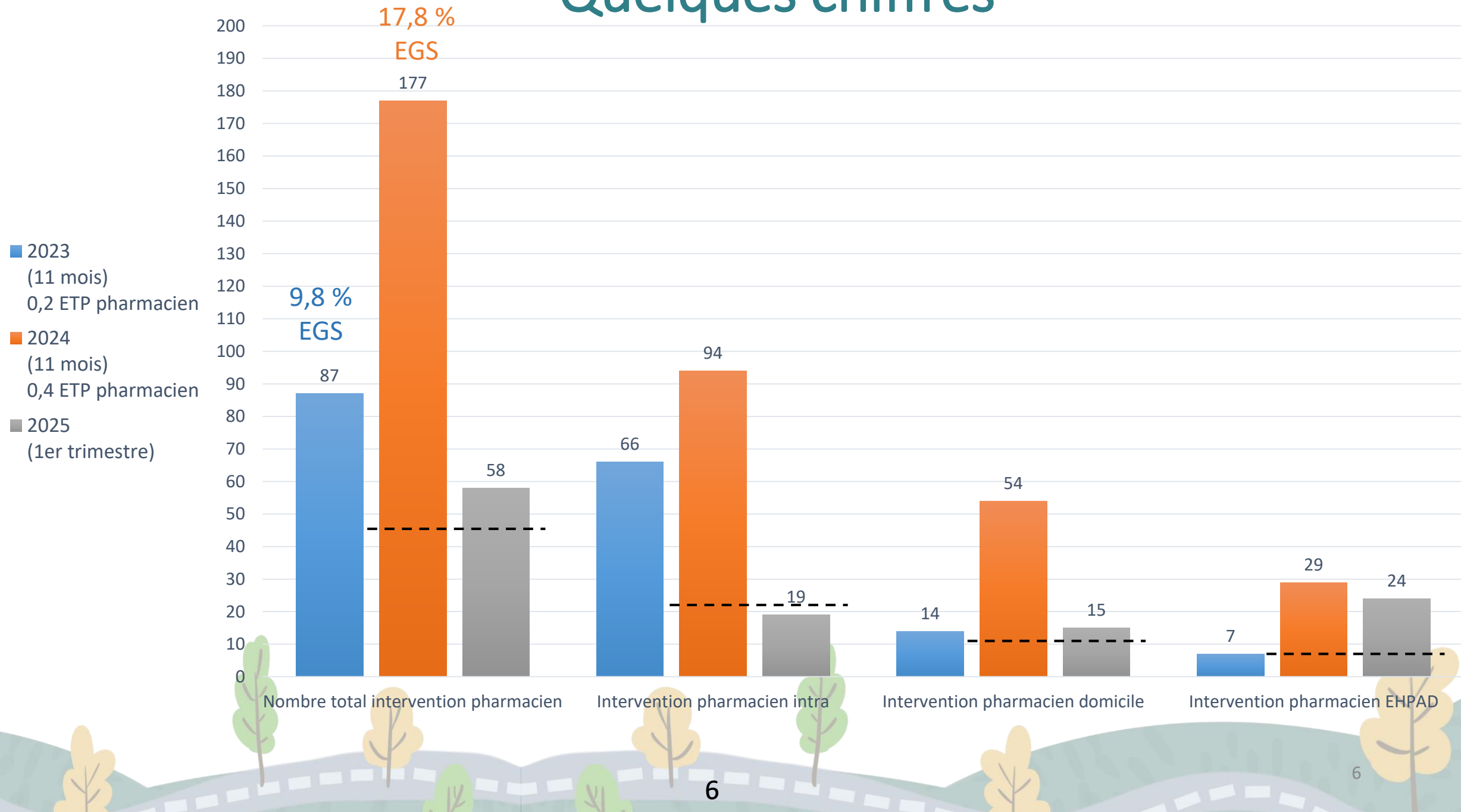
❖ Formations dispensées (interne et externe)

❖ Implication du pharmacien au sein de l'EMG :

- ❖ Organisation du service (staff, outils de suivi ...)
- ❖ Formation continue (congrès SFGG, congrès EMG, SF3PA, formations OPPA ...)
- ❖ Accueil et formation de professionnels de santé en stage au sein de l'EMG (étudiants infirmiers, internes médecine et pharmacie, IPA ...)



Quelques chiffres



Ex cas complexe : intervention binôme pharmacien/gériatre

❖ Demande médecin traitant (12/12/2024) :

- Patiente 91 ans vivant en EHPAD
- Troubles du comportement avec agitation, agressivité vis-à-vis des autres pensionnaires
- Contexte ancien de désorientation temporo-spatiale.

❖ ATCD :

- Des troubles de la personnalité, la patiente étant sous curatelle renforcée (délire chronique? bipolarité?)
- Fibrillation atriale permanente
- Hernie discale opérée
- Insuffisance cardiaque
- Leucopathie d'allure microvasculaire évoluée associée à de multiples lacunes séquellaires des noyaux gris centraux

Ex cas complexe : intervention binôme pharmacien/gériatre

❖ Traitements (18/12/2024) :

- Warfarine – COUMADINE 2 mg : 0-0-1,5 (1j/3) et 0-0-1 (2j/3)
- Furosémide 20 mg : 1-0-0
- Potassium – DIFFU-K 600 mg : 2-0-1
- Paroxétine 20 mg : 1-0-0
- Alprazolam 0,25 mg : 0,5-0,5-1
- Quétiapine LP 50 mg : 0-0-0-1
- Risperidone 1 mg : 0,5-0-0,5
- Cyamémazine - TERCIAN 40 mg/ml gtes : 2-3-5
- Tropatépine – LEPTICUR 10 mg : 0-0-1
- Zopiclone 3,75 mg : 0-0-0-1
- Paracétamol + opium + caféine – LAMALINE 300/10/30 mg : 0-1-0
- Paracétamol 1 g : 1-0-1
- Esoméprazole - INEXIUM 20 mg : 1-0-0
- Calcium – vitamine D 1 g/ 800 UI : 1-0-0

❖ Biologie 06/12/2024

- Hb : 11,2 g/dL
- INR : 3,1
- Na⁺ : 142 mmol/L
- K⁺ : 4,4 mmol/L
- Créatinine : 57 µmol/L
- CKD : 78 mL/min

❖ Poids : 59 kg

Ex cas complexe : intervention binôme pharmacien/gériatre

❖ Intervention 18/12/2025 :

- EMG : Gériatre + pharmacien
- EHPAD : Psychologue + AS

❖ Pas d'agressivité

❖ Idées obsédantes avec une thématique de persécution (pense que sa voisine a subtilisé sa chambre et qu'elle a déménagé ses affaires)

❖ Tendance à se dévaloriser

❖ Angoisse notamment en fin d'après-midi

❖ Verbalise une peur de mourir

❖ Chutes régulières

Ex cas complexe :
intervention binôme pharmacien/gériatre
18/12/2024

14 lignes de
traitements

Traitements actuels	Préconisations	Commentaires
Zopiclone – IMOVANE 3,75 mg 1 cp au coucher	Pas de modification	
Esomeprazole 20 mg 1 cp le soir		
Furosémide 20 mg 1 cp le matin		
Potassium – DIFFU-K 600 mg 2 gélules matin et 1 gélule le soir		
Paracétamol, opium, caféine - LAMALINE 300/10/30 mg 1 gélule le midi		
Paracétamol – DAFALGAN 500 mg 2 gélules matin et soir		
Calcium + vitamine D3 1g/800 UI 1 sachet le matin		
Quetiapine LP 50 mg 1 cp au coucher		Si nécessaire et après arrêt des autres neuroleptiques possibilité d'augmenter à 100 mg le soir.
Alprazolam 0,25 mg ½ cp matin et midi et un cp le soir	Modification de la répartition des prises journalières : ½ cp matin, midi, 16 h et coucher + ½ cp en si besoin dans la journée	Anxiété importante

Ex cas complexe : intervention binôme pharmacien/gériatre 18/12/2024

14 lignes de
traitements

Cyamémazine – TERCIAN 40 mg/mL sol buv 2 gouttes le matin, 3 gouttes le midi et 5 gouttes le soir	Arrêt progressif : Semaine 1 : 3 gouttes le midi et 5 gouttes le soir Semaine 2 : 3 gouttes le midi et le soir Semaine 3 : 2 gouttes le midi et le soir Semaine 4 : arrêt	TERCIAN : neuroleptique de 1 ^{ère} génération avec EI anticholinergiques et extrapyramidaux non recommandé en traitement de fond Objectif : poursuivre uniquement la quetiapine (moins d'effets extrapyramidaux que risperidone et cyamémazine)
Risperidone 1 mg ½ cp matin et soir	Arrêt progressif après arrêt du TERCIAN. Avec la forme RISPERDAL 1mg/mL sol buv Semaine 5 : 0,25 mg matin et 0,5 mg le soir Semaine 6 : 0,25 mg matin et soir Semaine 7 : 0,25 mg le soir Semaine 8 : arrêt	Objectif : poursuivre uniquement la quetiapine
Paroxétine 20 mg 1 cp le matin	Arrêt progressif et switch pour sertraline Semaine 1 : ½ cp paroxétine 20 mg le matin Semaine 2 : arrêt	Paroxétine : effets anticholinergiques, à éviter chez la personne âgée
Warfarine – COUMADINE Posologie adaptée à l'INR	Arrêt et switch pour un AOD (pour supprimer le dosage des INR et les modifications posologiques)	Indication : FA
Tropatépine – LEPTICUR 10 mg 1 cp le soir	Arrêt si possible après l'arrêt du TERCIAN et de la risperidone	
Sertraline 25 mg gélule	Instauration : Semaine 1 : 25 mg le matin Semaine 2 : 50 mg le matin Attendre au moins 2 semaines à 50 mg, si partiellement efficace, augmentation à 75 mg le matin.	
Apixaban - ELIQUIS 2,5 mg	Instauration : 1 cp matin et soir	A débiter après arrêt de l'AVK et INR < 2

Docteur Barbara REY
Responsable de structure
Praticien Hospitalier
barbara.rey@ch-centre-bretagne.mssante.fr

Docteur Lilas FETIQUE
Pharmacien
Praticien Hospitalier
lilas.fetique@ch-centre-bretagne.mssante.fr

Mme CHARLOTIN Valérie
Infirmière

Mme LE BAIL Anne-Cécile
Infirmière

Mme BRIENT Dorothée
Ergothérapeute

Mme C. NICOLAS
FF Cadre de santé
Cecile.NICOLAS@ch-centre-bretagne.fr

Noyal Pontivy le 18/12/2024

NU

Cher Confrère,

Je me suis rendue ce matin à l'EHPAD I accompagnée du Dr FETIQUE, pharmacien hospitalier au sein de l'EMG, pour évaluer les troubles du comportement de Madame I.

Nous avons été accueillies par [] psychologue au sein de la structure, et par I [], aide-soignant qui était présent lors des soins du matin.

Madame I [] est ralentie, ne présente pas d'agressivité envers les autres, peut avoir des idées obsédantes avec une thématique de persécution. Elle a tendance à se dévaloriser, et elle est facilement angoissée notamment en fin d'après-midi. Elle verbalise la une peur de mourir. Depuis environ un mois elle pense que sa voisine a subtilisé sa chambre et qu'elle a démenagé ses affaires.

Ses antécédents comportent :

- Des troubles de la personnalité, la patiente étant sous curatelle renforcée (délire chronique? bipolarité?)
- Fibrillation atriale permanente
- Une hernie discale opérée
- Une insuffisance cardiaque
- Un passage récent au service d'accueil des urgences du CHCB le 27/11/24 suite à une chute avec un traumatisme crânien. La patiente en effet est sous AVK. Un scanner crânien a permis d'éliminer un saignement, il a révélé une leucopathie d'allure microvasculaire évoluée associée à de multiples lacunes séquellaires des noyaux gris centraux. A noter que l'ECG réalisé aux urgences montre un rythme sinusal régulier et que le bilan biologique montrait une discrète anémie avec une hémoglobine à 11.2 g, un VGM augmenté à 101 et un INR à 3.1. La fonction rénale était relativement conservée avec une créatinine à 57 µmol pour un DFG à 87 ml/min selon MDRD.

Son traitement actuel est la suivant :

- LAMALINE 0-1-0
- RISPERDAL 1 mg 0.5-0-0.5
- IMOVANE 3.75 0-0-0-1
- QUETIAPINE LP 50 mg 0-0-1 (instauration depuis mars 2024)
- ALPRAZOLAM 0.25 mg 0.5-0.5-1
- COUMADINE 2 mg variable selon les INR
- DIFFU K 800 mg 1-0-1
- PAROXETINE 20 mg 1-0-0
- DOLIPRANE 1 g 1-0-1
- FUROSEMIDE 20 mg 1-0-0
- INEXIUM 20 mg 1-0-0
- LEPTICURE 10 mg 0-0-1
- TERCIAN 40 mg/ml 2-3-5
- CALCIT VITAMINE D 1/jour

Madame I [] réside dans la structure depuis 2019, elle se déplace avec deux cannes anglaises. Elle présente une hypoacousie appareillée. Elle a perdu environ 8-9 kilos il y a deux ans suite au décès de son fils, depuis son poids est stable (autour de 60 Kg).

La patiente a tendance à rechercher la présence de personnes rassurantes et a créé des liens privilégiés.

A noter l'existence de chutes antérieures.

Le Dr FETIQUE va faire des propositions d'adaptations thérapeutiques qu'elle va consigner dans un tableau spécifique avec pour objectifs de stopper progressivement le RISPERDAL et la PAROXETINE ainsi que le TERCIAN, pour introduire de la SERTRALINE et poursuivre l'ALPRAZOLAM en fractionnant les doses, d'autant que la symptomatologie anxieuse prédomine en fin d'après-midi.

Une proposition de switcher l'AVK par un AOD va également être proposée dans le cadre de sa MTEV.

Concernant la prise en charge non médicamenteuse, Madame I [] est prise en charge régulièrement en animations, apprécie l'art thérapie, voit la psychologue de façon hebdomadaire, bénéficie d'une attention bienveillante de l'équipe soignante. Son histoire de vie est complexe et difficile. En raison de la prise de nombreux psychotropes et de chutes régulières, une recherche d'hypotension orthostatique serait souhaitable ainsi que la pose de bandes de contention, notamment en raison de ses thromboses veineuses antérieures mais d'autant plus si cette recherche est positive.

Restant bien évidemment à votre disposition pour tous renseignements complémentaires,

Bien cordialement,



Validé et signé numériquement

Dr Barbara REY

Pour information à :

EHPAD LES GRANDS CHENES, RUE DU PONT AUGAN, 56150 BAUD

Ex cas complexe : intervention binôme pharmacien/gériatre

❖ 2^{ème} intervention 12/02/2025 :

- EMG : Gériatre + pharmacien
- EHPAD : IDE + psychologue + AS

❖ Agressivité

❖ Angoisse notamment en fin d'après-midi

❖ Verbalise une peur de mourir

❖ Recommandations précédentes suivies sauf alprazolam posologie supérieure aux doses préconisées

❖ la risperidone vient d'être stoppée

❖ Rupture quetiapine => n'est plus administrée

Ex cas complexe : intervention binôme pharmacien/gériatre

Traitements actuels	Préconisations	Commentaires
Zopiclone – IMOVANE 3,75 mg 1 cp au coucher	Pas de modification	
Esomeprazole 20 mg 1 cp le soir		
Furosémide 20 mg 1 cp le matin		
Potassium – DIFFU-K 600 mg 1 gélule matin et 1 gélule le soir		
Paracétamol, opium, caféine - LAMALINE 300/10/30 mg 1 gélule le midi		
Paracétamol – DAFALGAN 500 mg 2 gélules matin et soir		
Calcium + vitamine D3 1g/800 UI 1 sachet le matin		
Apixaban – ELIQUIS 2,5 mg 1 cp matin et soir		
Alprazolam 0,25 mg ½ cp matin, midi, 16 h et 1 cp le soir	Majoration de la posologie 1 cp le midi, ½ cp à 16 h 1 cp le soir +/- ½ cp en si besoin dans la journée	Anxiété importante
Sertraline 25 mg gélule	Majoration 75 mg le matin	Agitation anxieuse
Tropatépine – LEPTICUR 10 mg 1 cp le soir	Arrêt si possible après l'arrêt du TERCIAN et de la risperidone	
Quetiapine LP 50 mg 1 cp au coucher	Arrêt Rupture en officine => switch autre neuroleptique	
Aripiprazole	Instauration : Aripiprazole 1 mg/mL sol buv J1 : 2 mg le matin Si nécessaire augmentation à 4 mg le matin à partir de J7 (Réévaluation à 1 mois)	Aripiprazole indiqué dans l'agitation anxieuse en association à un antidépresseur (si sévère) (pas d'accumulation chez l'insuffisant rénal)« <i>Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives</i> » sept 2024

12 lignes de
traitements

Ex cas complexe : intervention binôme pharmacien/gériatre

❖ 3^{ème} intervention 12/03/2025 :

- EMG : Gériatre + pharmacien
- EHPAD : IDEC +AS

❖ Pas d'agressivité

❖ Moins d'angoisse

❖ Patiente plus ralentie

❖ Recommandations précédentes suivies

❖ Rupture sertraline 25 mg à venir => pas de possibilité d'administrer 75 mg

Ex cas complexe : intervention binôme pharmacien/gériatre

Traitements actuels	Préconisations	Commentaires
Zopiclone – IMOVANE 3,75 mg 1 cp au coucher	Pas de modification	
Esomeprazole 20 mg 1 cp le soir		
Furosémide 20 mg 1 cp le matin		
Potassium – DIFFU-K 600 mg 1 gélule matin et 1 gélule le soir		
Paracétamol, opium, caféine - LAMALINE 300/10/30 mg 1 gélule le midi		
Paracétamol – DAFALGAN 500 mg 2 gélules matin et soir		
Calcium + vitamine D3 1g/800 UI 1 sachet le matin		
Apixaban – ELIQUIS 2,5 mg 1 cp matin et soir		
Aripiprazole 1 mg/mL sol buv 2 mg le matin		
Alprazolam 0,25 mg ½ cp matin, 1 cp midi, 1 cp 16 h et 1 cp le soir	Diminution de la posologie ½ cp le matin, ½ cp le midi, ½ cp le soir +/- ½ cp en si besoin une fois par jour Puis essai de diminution progressive en supprimant la prise du matin Si l'anxiété se majore, augmentation par ½ cp par jour	Amélioration des troubles du comportement mais patiente plus ralentie depuis la modification des traitements => essai de diminution des psychotropes
Sertraline 25 mg gélule 75 mg le matin	Diminution de la posologie 50 mg le matin	Amélioration des troubles du comportement mais patiente plus ralentie depuis la modification des traitements => essai de diminution des psychotropes Rupture de la sertraline 25 mg en ville

11 lignes de
traitements

Merci de votre attention

