



Médicaments & chutes : Quand le traitement devient un risque

Yasmine SAIBI
Interne en pharmacie hospitalière
OMÉDIT PACA-Corse - Ajaccio

RENCONTRE RÉGIONALE " CHUTES "



Contexte : lien entre chutes et médicaments



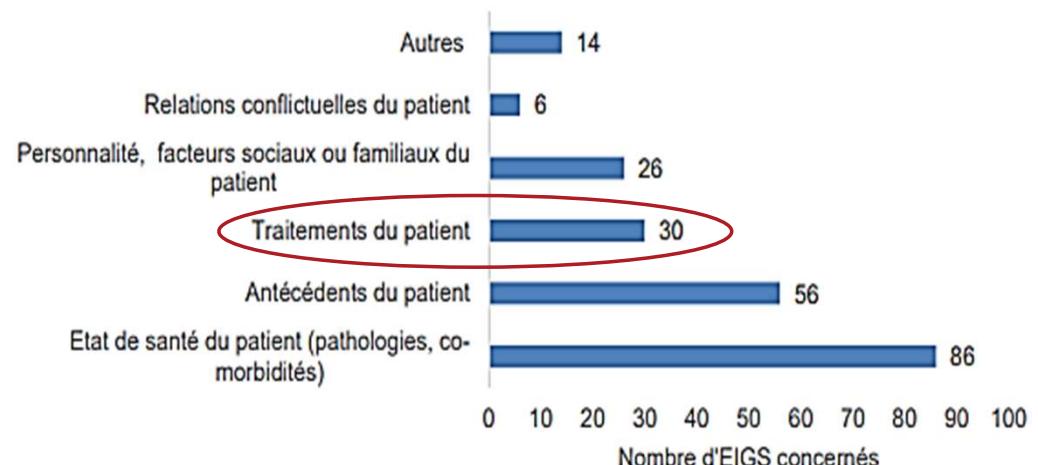
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

Analyse des déclarations de la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec une chute de patients.

Validé par le Collège le 18 novembre 2021

D'après le rapport HAS 2021, les facteurs liés aux patients représentent 84 % des causes profondes d'EIGS en lien avec une chute (n=108) dont près de 30% (30/108) concernent les traitements du patient



Répartition des causes profondes liées aux patients (n= 108)

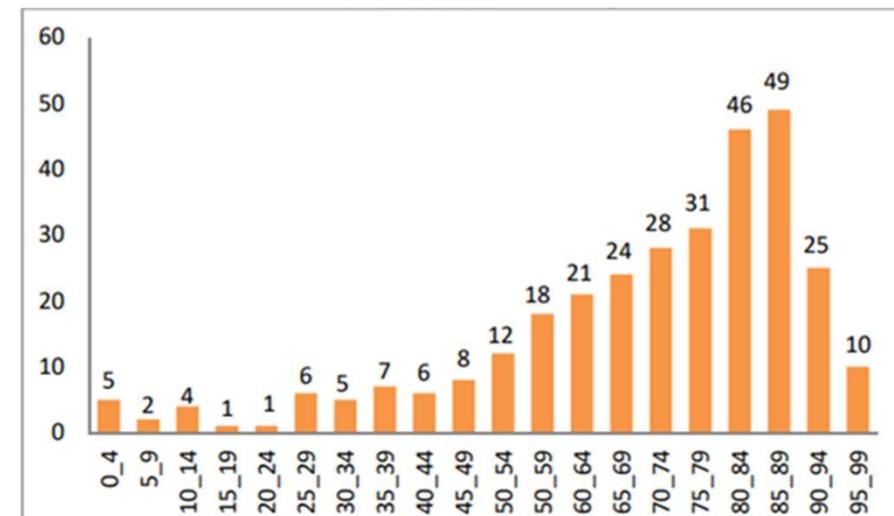
Contexte : iatrogénie médicamenteuse

Désigne l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments.

Facteurs de risques :

- Âge
 - ↘ métabolisme de la fonction hépatique
 - ↘ métabolisme de la fonction rénale
- Polymédication/Polyopathologie
- Prescription inadaptée

→ *Accumulation des médicaments*



Répartition par tranche d'âge de 5 ans des patients hospitalisés pour un effet indésirable médicamenteux [3]

Rapport IATROSTAT version définitive 02 mai 2022

- L'iatrogénie médicamenteuse est responsable de 10 % des hospitalisations chez les patients > 65 ans (20 % chez les > 80 ans) et ↗ du risque de chutes :
- 1/3 chez les patients > 65 ans et 1/2 chez les > 80 ans [1]
 - 130 000 hospitalisations et + de 10 000 décès chaque année [2]



(1) Better Health Channel. Falls prevention for older people. Site internet : Better Health Channel. Melbourne (Australie) ; 2022

(2) Assurance maladie site internet consulté le 30/06/2025 [Comment prévenir les chutes des personnes âgées ? | ameli.fr](#)

Cas clinique : Monsieur Jean CHUTE

AR. 2 FOIS

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue
 (Liste ou hors liste)
 (AFFECTION EXONERANTE)

HYTACAND 8mg/12,5 mg cp (Candesartan/Hydrochlorothiazide)
 1 cp le matin 1 mois

Metformine Arrow 850mg
 1 cp le matin 1 cp le soir 1 mois

DIAMICRON 60mg cp sec LM (Gliclazide)
 1 cp le midi 1 mois

CRESTOR 5mg cp pellic (Rosuvastatine)
 1/j 1 mois

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
 (MALADIES INTERCURRENTES)

Permixon 160mg gél
 2/j 1 mois

MOPRAL 20mg gél gastrorésis (Oméprazole)
 1/j 1 mois

FORLAX 10g pdre p sol buv en sachet (Macrogol 4000)
 2/j si besoin 1 mois

Doliprane 1g cp
 4/j si besoin 1 mois

LEXOMIL 6mg cp quadriséc (Bromazépam)
 ½ cp si besoin 1 mois

FLECTOR 1% gel 2 tubes

Quiconque se coupable de fraude ou de fausse déclaration est de pénalités financières, 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Monsieur Jean CHUTE

- Homme, 85 ans
- Motif de consultation : chute à domicile
- ATCD : **Diabète**, **HTA**, **Dyslipidémie**, **IRC** avec un DFG de 45 mL/min, **HBP**, **anxiété**
- Polymédication : 9 médicaments quotidiens soit jusqu'à 14 comprimés par jour

Cas clinique : Monsieur Jean CHUTE

Metformine 850 mg cpr

1 cp le matin 1 cp le soir, 1 mois

Gliclazide 60 mg (Diamicron®)

1 cp le midi, 1 mois

Le patient présente des **troubles digestifs**.

- **Metformine**

- A prendre au cours du repas → diminution des troubles digestifs
- Adaptation posologique nécessaire en cas d'insuffisance rénale
→ Rappel RCP : **dose max. journalière 2 g**

- **Gliclazide**

- Risque d'hypoglycémies insidieuses
→ A éviter chez les sujets âgés

Cas clinique : Monsieur Jean CHUTE

**Bromazépam 6 mg cpr quadrisécable
(Lexomil®)**
¼ cp si besoin 1 mois

Médicaments à éviter

- x BZD anxiolytiques : bromazépam, clobazam, clorazépate, nordazépam, prazépam, diazépam, loflazépate
- x BZD hypnotiques : estazolam, nitrazépam
- x Hydroxyzine, alimémazine, doxylamine

Demi-vie longue ±
métabolite(s) actif(s)



BZD à $\frac{1}{2}$ vie longue, à éviter absolument chez le sujet âgé

- Son action peut perdurer jusqu'au lendemain de la prise (somnolence, baisse de vigilance, confusion)
 - Action myorelaxante → risque de chute en cas de levée nocturne (contexte HBP + diurétique)
- Proposition de switch par une BZD $\frac{1}{2}$ vie courte (alprazolam ou oxazepam)

Algorithme de déprescription OMÉDIT PACA-Corse

Cas clinique : Monsieur Jean CHUTE

**Rosuvastatine 5 mg cpr
(Crestor®)**

1/j 1 mois

**Paracétamol 1 g cpr
(Doliprane®)**

4/j si besoin 1 mois

Diclofénac 1 % gel (Flector®)
2 tubes

Le patient vous révèle qu'il a des "**douleurs aux muscles et tendons**" et c'est pour cette raison que le diclofenac et le paracétamol lui ont été prescrits... Cependant, malgré l'antalgique et l'AINS local, **les douleurs persistent.**

- Les statines ont des effets indésirables dont des troubles musculaires et des lésions des tendons (rhabdomyolyse). Pas de lien direct avec chute mais myalgies, faiblesse musculaire → perte équilibre.

→ Intérêt de la statine chez les sujets âgés ? Balance bénéfice/risque à réévaluer.

[Fiche de BU OMéDIT PACA-Corse](#)

- Paracétamol

→ **Posologie maximale de 3g/j et intervalle de 6-8h entre chaque prise de paracétamol**

**Oméprazole 20 mg, gélule
gastrorésistante**
1/j 1 mois

L'oméprazole, un inhibiteur de la pompe à proton (IPP), lui a été prescrit il y a plusieurs années pour un RGO.

- Mésusage : La durée de traitement dans le RGO est de 4 semaines. Risques lors de traitement au long cours : carences en magnésium, vitamine B12, fragilité et fractures osseuses...

→ Proposition de déprescription de l'IPP

Fiche de BU et algorithme de déprescription OMÉDIT PACA-Corse

Cas clinique : les messages clés

- **Réévaluer** la prescription régulièrement et après une chute.
- **Identifier les médicaments à risque** (BZD, sulfamides, diurétiques, IPP...).
- **AdAPTER les posologies aux insuffisances rénale et hépatique** chez le sujet âgé.
- **Déprescription** raisonnée = prévention des chutes.
- **Polymédication** (>5 médicaments) : majoration du **risque d'interactions, d'effets indésirables et de mauvaise observance**.

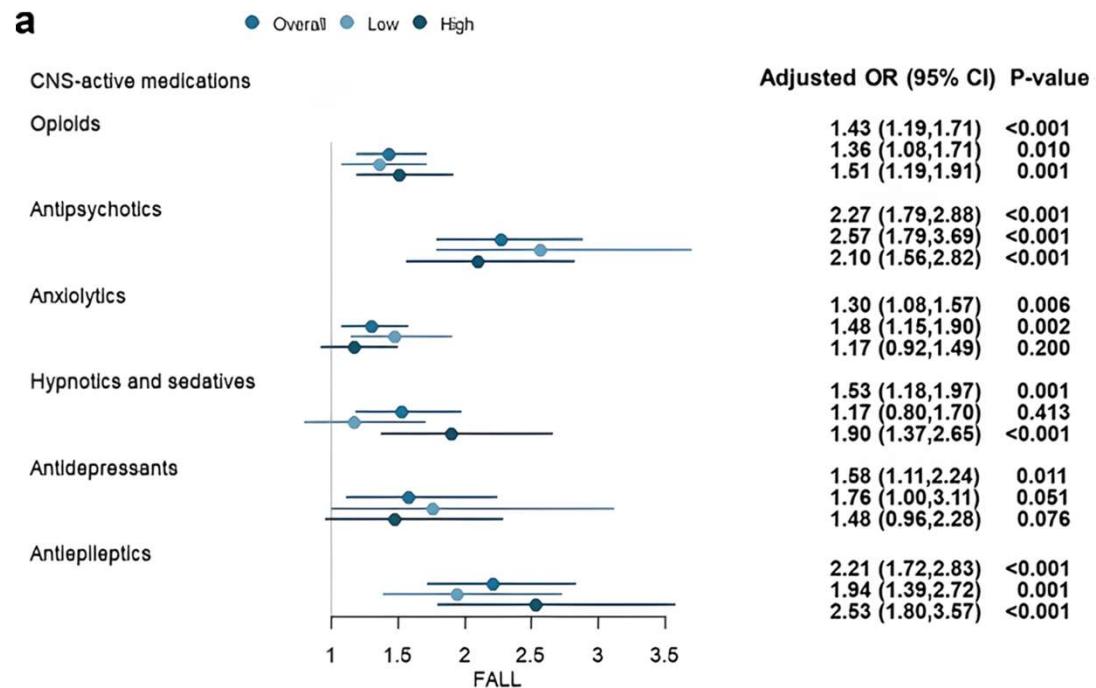
Classes médicamenteuses pourvoyeuses de chute ou FRIDs (Fall-Risk Increasing Drugs)

□ Médicaments du système nerveux central

- Psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, benzodiazépines à ½ vie longue et hypnotiques)
- Antiparkinsoniens
- Antiépileptiques



Sédation, sensations de vertige, baisses de performance cognitives et motrices, troubles de l'équilibre, syndrome extrapyramidal, troubles visuels, hypotension orthostatique



Analyse multivariée du risque de chute selon différentes doses de médicaments augmentant le risque de chute durant l'hospitalisation : médicaments du SNC.

Yang, Y. K. et al. *Associations between doses of fall-risk-increasing drugs (FRIDs) and falls of hospitalized patients*. Sci. Rep. 13 (2023)

Classes médicamenteuses pourvoyeuses de chute ou FRIDs (Fall-Risk Increasing Drugs)



- **Antihypertenseurs et les vasodilatateurs** (dérivés nitrés, alpha-bloquants, diurétiques...) entraînant :
- effet sédatif central
 - hypotension orthostatique
 - bradycardie, syncope



- **Antidiabétiques**
- en raison de possibles hypoglycémies



- **Antalgiques (opiacés et apparentés)**, en raison d'effets :
- sédatifs
 - confusionnels
 - hypoglycémiant (tramadol notamment) *Fournier JP et al. Tramadol use and risk of hypoglycemia hospitalization. JAMA Intern Med. 2015;175(2):186-93*

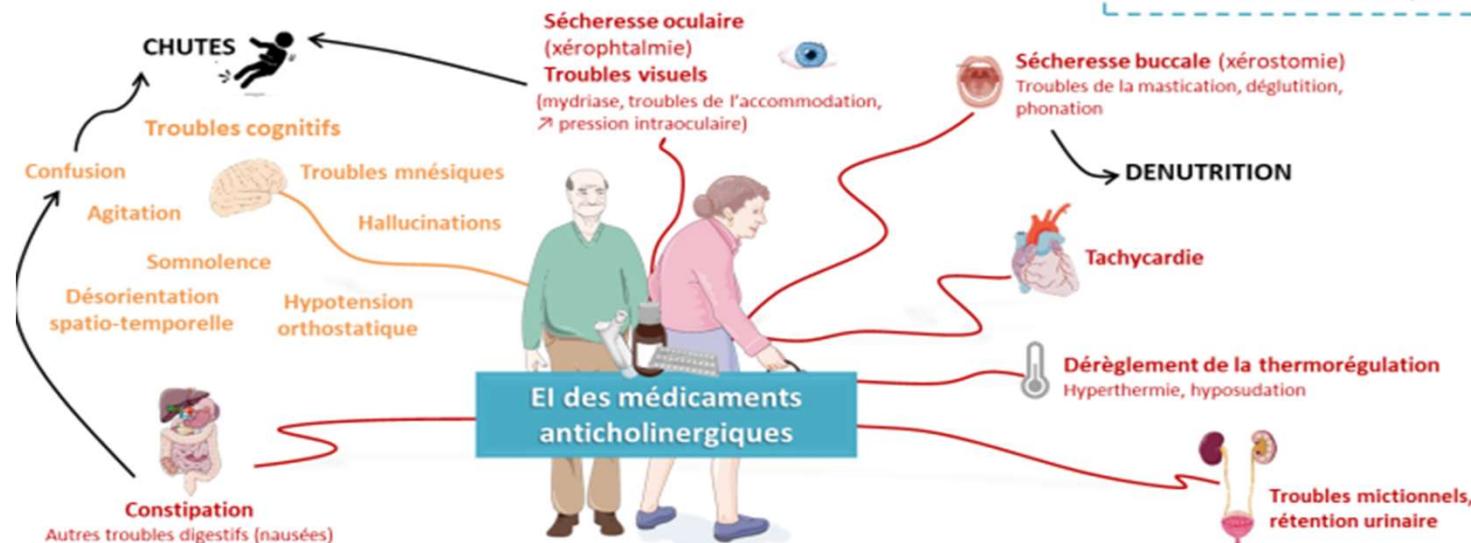
Classes médicamenteuses pourvoyeuses de chute ou FRIDs (Fall-Risk Increasing Drugs)

□ Médicaments à effet anticholinergique

2 types d'effets indésirables anticholinergiques :
Effets centraux et périphériques

Ces effets peuvent favoriser les principaux syndromes gériatriques.

— Effets centraux
 — Effets périphériques
 ↔ Interactions avec les principaux SYNDROMES GERIATRIQUES



Effets indésirables médicamenteux menant à une chute

Vertiges ou étourdissements

- les antidépresseurs (surtout les ISRS)
- les benzodiazépines
- les médicaments de l'instabilité vésicale
- certains antihistaminiques (fexofénadine, rupatadine)
- les opioïdes (surtout tramadol, tapatadol)
- les antiépileptiques
- certains antipsychotiques
- les α-bloquants dans l'hypertrophie bénigne de la prostate
- les antihypertenseurs centraux (ex : moxonidine, clonidine)



Hypotension orthostatique

- les antihypertenseurs
- les diurétiques
- les opioïdes
- les antidépresseurs tricycliques
- les antipsychotiques
- les α-bloquants dans l'hypertrophie bénigne de la prostate
- les antiparkinsoniens



Troubles du rythme cardiaque

- les antiarythmiques de type 1a
- la digoxine
- les antipsychotiques
- les anticholinergiques
- les antidépresseurs tricycliques
- certains antiépileptiques



Sédation et somnolence

- les antidépresseurs
- les benzodiazépines et z-drugs
- les médicaments de l'instabilité vésicale (surtout oxybutynine)
- les opioïdes
- les antihypertenseurs centraux
- les antiépileptiques
- les antipsychotiques
- les α-bloquants dans l'hypertrophie bénigne de la prostate
- les antihistaminiques H1 sédatifs



Confusion, délire, troubles cognitifs

- les benzodiazépines et z-drugs
- les antiépileptiques
- les antipsychotiques
- les antidépresseurs



Troubles visuels (vision trouble, baisse de la vision ...)

Surtout avec les médicaments à effet anticholinergique



Prévention des chutes chez les personnes âgées

Recommandations internationales (2022)

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative

Manuel Montero-Odasso  , Nathalie van der Velde , Finbarr C Martin , Mirko Petrovic , Maw Pin Tan , Jesper Ryg , Sara Aguilar-Navarro , Neil B Alexander , Clemens Becker , Hubert Blain ... Show more

Author Notes

Age and Ageing, Volume 51, Issue 9, September 2022, afac205,

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>

Published: 30 September 2022 Article history ▾

[Montero-Odasso, M. et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing \(2022\)](#)

- Consensus international (96 experts, 39 pays, 36 sociétés savantes) avec revue systématique des recommandations existantes.
- 22 groupes de travail thématiques dont GT 2 : “Polymédication, médicaments à risque de chute (FRIDs) et chutes”

GT2 – Médicaments à risque de chute (FRIDs), polymédication, déprescription :

- FRIDs = facteur de chute avéré
- Évaluer systématiquement le risque de chute avant toute prescription de FRID
- Utiliser des outils validés : **STOPPFall**, **STOPP/START**, **Liste REMEDI[e]S Laroche...**
- Revue médicamenteuse régulière, tous les 6 mois si patient fragile
- Déprescription = composante essentielle
- Approche personnalisée + décision partagée = meilleure adhésion et efficacité



Échanges

