



COMPTE RENDU DE STAFF PLURIDISCIPLINAIRE

Service de médecine interne — CHU Sainte-Marguerite de Villebrune

Date : 17/04/2026 — 10h30

Animatrice : Dr Nathalie Ferrand, PH responsable de l'unité

BLOC 1 — SYNTHÈSE

Type de staff détecté : STAFF PLURIDISCIPLINAIRE — revue de dossiers patients avec représentation médicale, soignante, pharmaceutique, rééducative et sociale.

Le staff hebdomadaire du service de médecine interne réunit sept professionnels autour de trois dossiers patients prioritaires : une décompensation cardiaque sévère chez un patient âgé isolé, une pneumopathie d'inhalation post-AVC avec troubles de déglutition, et un bilan de chutes à répétition chez un patient très âgé à domicile précaire. Les échanges ont permis de prendre des décisions thérapeutiques collégiales, d'identifier des alertes médicamenteuses significatives et d'initier des démarches sociales pour les trois patients. La dynamique est structurée et participative, chaque discipline apportant un éclairage complémentaire, aucune urgence immédiate n'est signalée mais plusieurs points de vigilance sont tracés pour le suivi.

BLOC 2 — PATIENTS DISCUTÉS

Patient 1 — M. Robert, 74 ans

Motif de discussion : Évolution d'une décompensation cardiaque aiguë, décision sur l'orientation à l'hôpital.

Situation clinique :

- Admis le jeudi précédent pour décompensation cardiaque globale sur cardiopathie dilatée connue
- Stade NYHA IV à l'entrée
- Œdèmes des membres inférieurs jusqu'aux genoux, épanchement pleural bilatéral
- Prise de poids de 6 kg en 10 jours

Résultats d'examens et observations :



- Créatininémie : 180 $\mu\text{mol/L}$ (insuffisance rénale fonctionnelle, en cours de correction)
- Échocardiographie : FEVG à 25 %, pas de valvulopathie significative
- NT-proBNP : 8 500
- ECG du jour : QTc à 480 ms
- Tolérance à l'effort très limitée : mobilisation au fauteuil 1 heure le matin maximum (Pauline Vernet, IDE)
- Évaluation kinésithérapeutique (Clément Duval, kinésithérapeute) : déconditionnement important, travail au lit uniquement en phase aiguë, mobilisation passive des membres inférieurs, renforcement diaphragmatique

Hypothèses diagnostiques / alertes évoquées :

- Interaction médicamenteuse identifiée par Dr Amina Koné (pharmacienne) : association amiodarone + clarithromycine (prescrite en ville pour bronchite avant l'admission) → allongement du QT, potentialisation des effets de l'amiodarone. Contribution probable à la décompensation
- QTc à 480 ms : surveillance en cours (Dr Amine L., interne)

Contexte social (Véronique Pasquier, assistante sociale) :

- Vit seul en pavillon avec escaliers
- Épouse décédée il y a 2 ans
- Fille habitant à 2 heures de route
- Aide-ménagère 2 fois/semaine uniquement — pas d'IDE à domicile, pas de portage de repas
- Retour à domicile en l'état non envisageable
- Refus de SSR cardiologique lors de l'hospitalisation précédente (février)

Patient 2 — Mme Sylvie L., 82 ans

Motif de consultation : Suivi d'une pneumopathie d'inhalation, gestion des fausses routes, préparation de la suite.

Situation clinique :

- Transférée du service de neurologie il y a 5 jours
- AVC ischémique sylvien droit il y a 3 semaines, avec hémiparésie gauche séquellaire
- Pneumopathie d'inhalation confirmée au scanner (lobe inférieur droit)
- J4 d'antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique

**Résultats d'examens et observations :**

- Fausses routes persistantes malgré textures modifiées et eau gélifiée (Pauline Vernet, IDE)
- Avis orthophonique réalisé la veille : recommandation alimentation mixée lisse + épaissement de tous les liquides au stade 3, réévaluation dans 1 semaine
- Rééducation kinésithérapique (Clément Duval) : verticalisation et reprise de la marche avec déambulateur, 2 séances/jour — hémiparésie gauche marquée surtout au membre supérieur, patiente motivée

Alertes médicamenteuses (Dr Amina Koné, pharmacienne) :

- Patiente sous AVK au long cours pour fibrillation auriculaire → relais héparine-AVK à anticiper pour la sortie
- Prise concomitante de fluconazole (candidose buccale) → interaction potentielle avec AVK signalée, à évaluer
- INR de contrôle à prévoir

Contexte social (Véronique Pasquier) :

- Famille très présente
- Mari vivant, 85 ans, autonome
- Fille aînée a déjà contacté un service de HAD
- Retour à domicile avec HAD envisageable si rééducation favorable

Patient 3 — M. Jean-Pierre T., 88 ans

Motif de discussion : Bilan de chutes à répétition, décisions thérapeutiques et organisationnelles.

Situation clinique :

- Adressé par les urgences pour bilan de chutes à répétition : 4 chutes en 3 mois
- Dernière chute avec traumatisme crânien sans perte de connaissance
- Scanner cérébral normal
- Pas de fracture

Résultats d'examens et observations :



- Hypotension orthostatique documentée : chute de 30 mmHg à la verticalisation
- Traitement antihypertenseur : 3 molécules
- Polyneuropathie des membres inférieurs d'étiologie non explorée
- Prise de zolpidem quotidienne depuis au moins 20 ans
- Évaluation kinésithérapique — score de Tinetti : 16/28 (risque élevé de chutes) ; appui unipodal impossible, demi-tour très instable (Clément Duval)

Alertes évoquées :

- Zolpidem à 88 ans depuis 20 ans : facteur de risque majeur de chute — inscrit dans la liste de Beers (Dr Amina Koné)
- Hypotension orthostatique sous trithérapie antihypertensive : facteur de risque contributif

Contexte social (Véronique Pasquier) :

- Vit en appartement au 2e étage sans ascenseur
- Avec sa compagne, 79 ans, elle-même en début de difficultés
- Aucune aide en place : ni APA, ni auxiliaire de vie

BLOC 3 — DÉCISIONS MÉDICALES

M. Robert L.**Modifications de traitement :**

- Arrêt de la clarithromycine — déjà effectué, signalé par Dr Amina Koné
- Poursuite du furosémide 40 mg toutes les 8 heures
- Surveillance du QTc (ECG de ce matin : 480 ms)

Examens / consultations :

- Aucun examen complémentaire supplémentaire décidé ce jour
- Surveillance biologique de la créatininémie (correction en cours)

Orientation :

- Retour à domicile non envisageable en l'état
- Orientation SSR cardiologique à relancer — discussion avec le patient à mener par Dr Karim Daoudi (demain)
- Demande de SSR à initier en parallèle par Véronique Pasquier (cet après-midi)

Points de vigilance :



- Surveillance du QTc sous amiodarone (allongement documenté)
- Tolérance à l'effort très limitée : ne pas forcer la mobilisation
- Scope en place : contrainte pour les transferts

Mme Sylvie B.**Modifications de traitement :**

- Poursuite amoxicilline-acide clavulanique (J4, durée totale non précisée)
- INR de contrôle à réaliser demain (Dr Nathalie Ferrand)
- Évaluation d'un switch du fluconazole vers un antifongique local à envisager (Dr Nathalie Ferrand) — décision à confirmer
- Alimentation mixée lisse + épaissement de tous les liquides au stade 3 (recommandation orthophoniste, à appliquer)

Examens / consultations :

- Réévaluation orthophonique dans 1 semaine
- INR de contrôle demain

Orientation :

- Maintien en service, durée estimée 8 à 10 jours supplémentaires (Dr Nathalie Ferrand)
- Objectif : retour à domicile avec HVS sous réserve de stabilisation de la déglutition et mise en place du dispositif
- Famille à associer à la préparation de la sortie

Protocoles :

- Relais héparine-AVK à planifier pour la sortie (Dr Amina Koné)
- Protocole de textures modifiées en cours, à maintenir et adapter selon réévaluation orthophonique

Points de vigilance :

- Risque de fausses routes persistant malgré les mesures en place
- Interaction fluconazole / AVK à surveiller jusqu'à décision de switch
- Hémiparésie gauche marquée au membre supérieur : risque de chute lors des mobilisations

M. Jean-Pierre T.**Modifications de traitement :**



- Initiation d'un sevrage progressif du zolpidem, par paliers, sur 15 jours minimum (décision collégiale)
- Protocole de sevrage à élaborer par Dr Amina Koné (envoi dans l'après-midi), avec équivalences pour relais mélatonine si nécessaire

Examens / consultations :

- EMG pour exploration de la polyneuropathie des membres inférieurs (Dr Amine Daoud)
- Bilan phosphocalcique (Dr Amine Daoud)
- Test de marche de 6 minutes prévu en fin de semaine (Clément Duval)
- Évaluation du logement par ergothérapeute à organiser (Véronique Pasquier)

Orientation :

- Maintien en service pour bilan
- Dossier APA à initier (Véronique Pasquier)
- Contact réseau gérontologique pour évaluation à domicile (Véronique Pasquier)

Protocoles :

- Programme de rééducation : travail de l'équilibre et renforcement musculaire (Clément Duval, en cours)

Points de vigilance :

- Risque de chute élevé documenté (nettement, 28) : mesures de prévention à maintenir en hospitalisation
- Hypotension orthostatique sous trithérapie antihypertensive : à réévaluer (adaptation posologique non encore décidée ce jour)
- Environnement domiciliaire à risque : appartement au 2e étage sans ascenseur, aidant naturel lui-même fragile



BLOC 4 – ORGANISATION & RESSOURCES

- Aucune question de garde, d'effectifs ou de disponibilité de lits soulevée lors de ce staff
- Aucun problème logistique ou matériel signalé
- Point organisationnel noté : M. Robert L. est sous scope, ce qui constitue une contrainte pour d'éventuels transferts (signalé par Pauline Vernet)
- Protocole de sevrage du zolpidem pour M. Jean-Pierre T. : à produire par Dr Amina Koné dans l'après-midi
- Prochain staff fixé au vendredi : revue des trois dossiers prévue

BLOC 5 – ACTIONS & SUIVI

Actions par responsable et échéance

Dr Amine Daoudi (interne) – dès demain :

- Aborder avec M. Robert L. la question du SSR cardiologique (refus antérieur à lever)
- Prescrire INR de contrôle pour Mme Sylvie B.
- Prescrire EMG (polyneuropathie) et bilan phosphocalcique pour M. Jean-Pierre T.

Dr Amina Koné (pharmacienne) – cet après-midi :

- Transmettre le protocole de sevrage du zolpidem pour M. Jean-Pierre T. (avec équivalences mélatonine)

Véronique Pasquier (assistante sociale) – cet après-midi :

- Initier la demande de SSR cardiologique pour M. Robert L.
- Initier le dossier A/A pour M. Jean-Pierre T.
- Contacter le réseau gériatrique pour évaluation à domicile de M. Jean-Pierre T.

Dr Nathalie Ferrand (PH) / Dr Amine Daoudi :

- Évaluer la possibilité de switch fluconazole → antifongique local pour Mme Sylvie B. (décision à confirmer)

**Clément Duval (kinésithérapeute) — fin de semaine :**

- Réaliser le test de marche de 6 minutes pour M. Jean-Pierre T.

Patients à surveiller en priorité

M. Robert L. : surveillance du QTc (480 ms sous amiodarone, clarithromycine arrêtée) — ECG à recontrôler ; surveillance de la fonction rénale (créatinine en cours de correction)

Mme Sylvie B. : surveillance des fausses routes malgré textures modifiées ; INR demain (interaction fluconazole/AVK)

M. Jean-Pierre T. : risque de chute élevé en hospitalisation (Tinetti 16/28) — mesures de prévention à maintenir ; initiation du sevrage zolpidem à surveiller

Points à reprendre au staff du vendredi

- Évolution clinique et tolérance à la prise de M. Robert L. ; réponse du patient concernant le SSR
- Résultat INR de Mme Sylvie B. ; réaction sur le fluconazole ; évolution de la déglutition
- Résultats EMG et bilan neuromusculaire de M. Jean-Pierre T. ; tolérance du sevrage zolpidem ; résultat test de marche de 6 minutes

Signalements à effectuer

Pharmacovigilance - signalement interaction médicamenteuse : interaction amiodarone + clarithromycine chez M. Robert L. (contribution probable à la décompensation cardiaque et à l'allongement du QT) — à évaluer pour déclaration selon procédure en vigueur

Document établi à l'issue du staff pluridisciplinaire du 17/04/2026 — Service de médecine interne, CHU Sainte-Marguerite de Villebrune. Animatrice : Dr Nathalie Ferrand. Tous les



noms de personnes, institutions et lieux sont fictifs.

Geremy.ai

EXEMPLE FICTIF