



Personnes âgées à domicile

*Journée régionale des CPTS
le 3 juin 2025*





Déroulé de l'atelier :

- Contexte et principaux enjeux
- Retour d'expérience de la CPTS de Compiègne et sa région
- Intervention de la Filière gériatrique Flandre Intérieure Flandre Lys et de la CPTS Lys Armentières
- Présentation du projet Optimed
- Présentation Association Généralistes & Addictions HdF



3 catégories
de personnes
âgées



Enjeux multiples

Favoriser le maintien à domicile

- ✓ Prévenir les risques liés à la chute, la nutrition, l'audition, etc.
- ✓ Prévenir les troubles psychologiques
- ✓ Prévenir l'isolement

Eviter la perte d'autonomie

Assurer une coordination pluriprofessionnelle notamment entre les professionnels de santé de ville et les EHPAD

Eviter le passage aux urgences

Améliorer la qualité de la prise en charge des sorties d'hospitalisation en ville

Réduire le risque de iatrogénie chez les personnes âgées polymédiquées

Source : Dispositif Paerpa



Retour d'expérience de la CPTS de Compiègne et sa région

Parcours coordonné de la personne âgée – CPTS de Compiègne et sa région



Mme GUILLON Marie-Odile – Infirmière libérale à Compiègne et référente de la mission parcours

Mme MORINEAU Sandra – Assistante de coordination CPTS - Coordinatrice MSP - Ancienne Diététicienne libérale

Caractéristiques de la CPTS

- CPTS de taille 4
- Opérationnelle depuis 2021
- Nombre d'adhérents : 240

Constats

- Population vieillissante
- Problématique de la visite à domicile
- Isolement et précarité des personnes âgées
- Exposition au risque de iatrogénie médicamenteuse
- Difficultés dans la prise en soins globale par les professionnels de santé
- Méconnaissance des acteurs et ressources existantes





Les actions en CPTS



Recrutement de professionnels de santé volontaires

1^{ère} consultation à domicile par IDEL pour ébauche et/ou rédaction du PPS

1^{ère} consultation en binôme médecin/infirmier pour validation PPS

Création d'un parcours personnalisé de soins

Evaluation du risque de iatrogénie et fragilité de l'aidant par l'infirmier (1^{ère} visite mensuelle)

Visite des autres professionnels de santé à domicile

Visite mensuelle de l'IDEL à domicile pendant 1 an (TLC aussi souvent que nécessaire)

Réalisation d'une Synthèse Interprofessionnelle de Coordination (SIC) tous les 6 mois et révision du PPS





Assurer un suivi régulier,
une prise en soins
mensuelle

Permettre de faire gagner
du temps aux médecins à
la synthèse sur chaque
problématique

Les bénéfices de ce parcours coordonné

Améliorer la prise en soins
du patient et de ses
aidants

Valoriser le travail de
coordination et de
coopération entre les
professionnels de santé,
notamment entre IDEL et
médecins traitants

Parcours coordonné de la personne âgée – CPTS de Compiègne et sa région



Outils



- Outil de téléconsultation et d'échange numérique sécurisé (CITANA)
- Plan de soin personnalisé complet
- Protocoles rédigés en pluriprofessionnalité, documents à disposition des PS en amont
- Classeur à disposition chez les patients pour suivi (si pas d'accès à CITANA)
- Convention de partenariat et de rémunération avec les PSL volontaires
- Guide décisionnel pour l'orientation des patients en fonction des problématiques identifiées (filière gériatrique, DAC, EGED, plateforme de répit, etc.)

Parcours coordonné de la personne âgée – CPTS de Compiègne et sa région



Difficultés rencontrées

- Fédérer dans la mise en place des groupes de travail
- Mobiliser plus de professionnels de santé dans le parcours

Conclusion

- A l'écoute des PSL qui ont inclus des patients afin d'adapter au mieux le parcours
- Adaptation du parcours en fonction des spécificités géographiques du territoire
- Ajout de l'ETP (diabète notamment) dans le parcours
- Sensibilisation au repérage des aidants fragilisés
- Sensibilisation au risque de iatrogénie

Intervention de la Filière gériatrique Flandre Intérieure Flandre Lys et la CPTS Lys Armentières

Filière gériatrique

Objectifs : Améliorer les trajectoires de santé intra et inter établissements de santé en y associant la ville, l'HAD, les établissements de santé mentale, le médico-social ; Promouvoir une culture gériatrique et mettre en avant une expertise gériatrique.

Contexte : Existence des filières gériatriques depuis 2007 (à l'échelle hospitalière) AAP ARS HDF en 2019 – 2020 pour créer et labéliser des filières gériatriques de territoire (cadre du SRS 2018 – 2023 du PRS de l'ARS HdF) ; 23 territoires, 24 coordonnateurs.

4 trajectoires prioritaires :

- Urgences,
- Psychogériatrie,
- Oncogériatrie,
- Orthogériatrie.

→ Liens EHPAD, ville, milieu hospitalier forts +++



Missions/Objectifs

- Assurer la fluidité des parcours en permettant une meilleure utilisation des services d'urgences, en favorisant notamment les admissions directes dans les services hospitaliers
- Inscrire le patient dans un parcours de soins afin d'éviter les ruptures et les ré-hospitalisations
- Accompagner et garantir les liens avec l'ensemble des partenaires du territoire
- Promouvoir le lien ville-hôpital

Lien privilégié entre la ville, l'EHPAD et l'hôpital

Joignable du lundi au Jeudi de 08h30 à 17h30
Le Vendredi de 08h30 à 12h00

➤ Pour qui ?

- Toutes personnes âgées de 65 ans et + relevant de la psychogériatrie
- Toutes personnes âgées de 75 ans et +,
- Vivant au domicile ou en EHPAD

➤ Par qui ?

- Tout professionnel du secteur social, médico-social et sanitaire
- Les familles, l'entourage

IDE régulateur de parcours gériatrique

Du lundi au jeudi de 09h à 17h et le vendredi de 09h h à 12h

- Mme MINNE : 03 20 48 34 48
mj.minne@ch-armentieres.fr

Appui gériatrique du lundi au vendredi de 09h à 17h (appel uniquement par un médecin)

- Centre Hospitalier d'Armentières : 03 20 48 11 55
- Centre Hospitalier de Bailleul : 06 20 42 77 14
- Centre Hospitalier d'Hazebrouck : 03 61 55 00 68

Parcours coordonné de la personne âgée en sortie d'hospitalisation – CPTS Lys Armentières

Docteur Bertrand DEMORY – Président de la CPTS, médecin coordonnateur au DAC Appui Santé des Flandres, Trésorier de l'URPS

Mme MONTIGNY Isabelle : Vice-présidente de la CPTS, coordinatrice de la MSP Erquinghem-Lys

Mr POTIER Arnaud – Directeur de la CPTS

Caractéristiques de la CPTS

- CPTS de taille 3
- Opérationnelle depuis 2021
- Nombre d'adhérents : 165

Retour d'expérience de la CPTS Lys Armentières

Parcours coordonné de la personne âgée en sortie d'hospitalisation – CPTS Lys Armentières

Docteur Bertrand DEMORY – Président de la CPTS, médecin coordonnateur au DAC Appui Santé des Flandres, Trésorier de l'URPS

Mme MONTIGNY Isabelle : Vice-présidente de la CPTS, coordinatrice de la MSP Erquinghem-Lys

Mr POTIER Arnaud – Directeur de la CPTS

Caractéristiques de la CPTS

- CPTS de taille 3
- Opérationnelle depuis 2021
- Nombre d'adhérents : 165

Constats

- Manque des ordonnances de sortie
- Méconnaissance de l'hôpital concernant la nomenclature des soins de la CPAM
- Sorties du vendredi après-midi
- Professionnels de santé pas systématiquement prévenus de la sortie du patient

Ce qui entraine

- Ordonnances non libellées correctement
- Un retard dans la prise en soins à domicile
- Un non remboursement des soins prescrits
- Des consultations médicales inutiles faites en ville afin de récupérer les bonnes prescriptions

Le projet :

- Mettre en place une check-list de sortie d'hospitalisation au sein des différents services hospitaliers accueillant des personnes âgées
- Etablir des ordonnances « types »
- Ecrire le parcours de la PA en sortie d'hospitalisation en impliquant les partenaires essentiels à la prise en soins (en joignant la fiche ressources du territoire avec les coordonnées de chaque acteur)

Les objectifs du projet :

- Améliorer la continuité de la prise en soins en sortie d'hospitalisation des personnes âgées vivant à domicile
- Sécuriser le retour au domicile après une hospitalisation
- Eviter les ruptures de parcours de soins
- Anticiper les situations de crise
- Fluidifier le parcours Ville-Hôpital

Déc 2024

Janv à
mai 2025

Juin 2025

Juillet
2025

Octobre
2025

Présentation du constat
et du projet en
Commission Gériatrique

Travail sur les parcours,
la check list et les
ordonnances types

Rencontre des cadres et
médecins de deux
services du CH pour
présenter le projet
« test »

Test de 2 PA en sortie
d'hospitalisation dans 2
services différents

Présentation du projet
en Commission
Gériatrique à l'ensemble
des services

**Parcours de la personne âgée en sortie d'hospitalisation (PA + de 75 ans)
Check-list de liaison Ville-Hôpital**

A remplir par l'Assistante sociale (AS) ou un membre du service si absence d'AS

Date de sortie :
Nom du service :
Nom, Fonction :

Etiquette patient

Information famille, entourage, professionnels

- Assistante sociale prévenue
- Famille informée
- Médecin traitant informé Nom : Commune :
- IDEL informé(e) Nom : Commune :
- Kiné informé(e) Nom : Commune :
- Service d'Aide à domicile informé Nom : Commune :

Evaluation et organisation des aides à domicile

- Pas d'aides avant hospitalisation
- Mise en place des aides à domicile
- Réévaluation des aides

Nature des aides

- Aides ménagères
- Soins au corps
- Repas
- Autres :

Plan d'aides

- APA demandé oui non
- APA U demandé oui non
- Autre Plan d'aides oui non Si oui, lequel :

Coordination avec les structures de ville si la situation est ressentie comme complexe

IDE régulateur de parcours gériatrique (Lien ville-hôpital)

Mme MINNE 03 20 48 34 48

En interne : 3848

Intervention du PRADO, si oui lequel :

Suivi en HAD => HAD Flandre Lys ou SANTELYS

DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) => situations complexes

EGED (Equipe Gériatrique d'Expertise à Domicile) => évaluation globale au domicile (ergothérapeute, diététicienne, psychologue, psychogéiatre)

CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) => accompagnement médico-sociale, (facilité l'accès aux droits, perte d'autonomie ...)

CRT (Centre Ressources Territorial) => sécurisation du domicile

ESPRAD

Autres,

Cocher les documents nécessaires à la sortie d'hospitalisation

OK

(à remplir par le médecin)

- Ordonnances de soins datées et signées
- Ordonnance pour matériel médical
- Ordonnance de médicaments directement envoyée à la pharmacie (si possible)
- Ordonnance de médicaments envoyé au médecin traitant
- Ordonnance de médicaments envoyé à l'IDEL
- Ordonnance prescription kiné
- Courrier médical donné au patient
- Courrier médical envoyé au médecin traitant
- Courrier médical envoyé à l'IDEL
- Rendez-vous médicaux prévus post-hospitalisation

Date :/...../.....

Signature :

PARCOURS sortie d'hospitalisation filière gériatrique

SORTIE SIMPLE

Les acteurs

- IDE régulateur de parcours gériatrique
- Médecins hospitaliers
- Infirmières du CHA
- Assistantes sociales du CHA
- Pharmaciens du CHA
- Médecins généralistes
- Pharmaciens de ville
- IDEL
- Kinésithérapeutes
- Services d'aides à domicile
- Patients, aidants
- Prado

Les objectifs

- Sécuriser le retour à domicile
- Éviter les ré-hospitalisations
- Anticiper les situations de crise
- Fluidifier le parcours Hôpital-Ville



ÉTAPE 1

Remplissage de la CHECK LIST SORTIE D'HOSPITALISATION par l'Ass Sociale, IDE, médecin du service. **Si besoin contacter IDE régulateur de parcours gériatrique au 03 20 48 34 48**

ÉTAPE 3

Prévenir les professionnels de santé du patient

Si Pas de Prado : Prévenir les Professionnels de santé

Si Prado : c'est le Prado qui se charge de prévenir les Professionnels de santé de la ville

ÉTAPE 2

Prévenir la famille, les services d'aides à domicile (si existant)

ÉTAPE 4 - Transmission des documents médicaux par messagerie sécurisée (CITANA, Lifen ou Doctolib Siilo...) :

MÉDECIN TRAITANT

- Compte-rendu sortie d'hospitalisation
- Conciliation médicamenteuses

PHARMACIE

- Conciliation médicamenteuses
- Ordonnances

Possibilité de délivrance au domicile au patient si pas d'aidant

INFIRMIÈRE À DOMICILE

- Compte-rendu sortie d'hospitalisation
- Conciliation médicamenteuses
- Utilisation des ordonnances types

KINÉSITHÉRAPEUTE

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Utilisation des ordonnances types

PARCOURS sortie d'hospitalisation filière gériatrique

SORTIE AVEC MAINTIEN À DOMICILE RESENTI COMME COMPLEXE

Les acteurs

- IDE régulateur de parcours
- médecins hospitaliers
- infirmières du CHA
- assistantes sociales du CHA
- pharmaciens du CHA

- pharmaciens de ville
- IDEL
- Kinésithérapeutes
- Patients aidants
- Médecins généralistes
- Services d'aides à domicile

- DAC Appui Santé des Flandres / EGED / ESPED
- CLIC
- HAD
- PFR
- CRT Flandres Lys

Les objectifs

- Sécuriser le retour à domicile
- Éviter les réhospitalisations
- Anticiper les situations de crise
- Evaluer la situation du patient au domicile dans sa dimension médico psycho sociale



ÉTAPE 1

REALISER L'ETAPE SORTIE SIMPLE

ETAPE 2 : Qu'est-ce qu'une situation ressentie comme complexe ? C'est une prise en soins pour laquelle une problématique sanitaire et/ou sociale et/ou médico-social nécessite un accompagnement multidisciplinaire pour le maintien à domicile du patient - Quels partenaires sollicités en ville ?

Centre Local d'Information
et de Coordination (CLIC)
03 59 26 03 20

ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL

- Renseigner, orienter
- Evaluation des besoins réalisés au domicile

Centre Ressources
Territorial (CRT) :

ACCOMPAGNEMENT MEDICO- SOCIAL

- Evaluation et adaptation du logement
- Sécurisation du domicile

Dispositif d'Appui à la
Coordination (DAC) :
03 74 06 01 00

ACCOMPAGNEMENT SANITAIRE

- Renseigner, orienter
- Evaluation multidimensionnelle

Hospitalisation à Domicile
(HAD) :
Hazebrouck : 03 28 42 39 19
SANTELYS : 03 62 28 80 00

ACCOMPAGNEMENT SANITAIRE

- Soins techniques lourds
- Nursing lourd
- Soins Palliatifs

Plateforme de répit (PFR) :
03 20 48 11 54

ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS

- Soutien

Des questions



Présentation du projet Optimed

Optimed

Optimisation de la prescription MEDicamenteuse de la personne âgée de 65 ans

Projet soutenu par :



En partenariat avec :



1. Introduction
2. Le Bilan Partagé de Médication (BPM) en résumé
3. Optimed : enjeux, finalité et précisions
4. Quelles ressources mises à disposition des pharmaciens et des médecins pour la mise en œuvre des BPM ?
5. Retours d'expériences
6. Des questions ?

1. Introduction

2. Le bilan partagé de médication (BPM) en résumé

Le BPM: quels enjeux ?

- Processus réalisé par le pharmacien d'officine dans la lutte contre la iatrogénie, en coordination avec le médecin traitant, pour :

1. Evaluer l'observance et la tolérance du traitement

2. Identifier les interactions médicamenteuses

3. Vérifier les conditions de prise et le bon usage des médicaments

4. Répondre aux interrogations des patients sur leurs médicaments et leurs effets, Améliorer leur appropriation et leur adhésion aux traitements, et optimiser la prise de leurs médicaments

Le BPM: pour qui ?

- Les patients de plus de 65 ans souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques et présentant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois.

- Pour les patients en EHPAD

Adaptation du BPM afin de faire bénéficier les patients en EHPAD.
Pour en savoir plus, il existe un mémo réalisé par l'Assurance Maladie.



BPM EN EHPAD

LES PATIENTS RÉSIDANT EN EHPAD NE SONT PAS AUTONOMES DANS LA PRISE DE LEUR TRAITEMENT.

Ils ne s'intègrent donc pas dans la cible des patients éligibles aux accompagnements pharmaceutique tels que décrits précédemment. Afin d'intégrer cette population très sensible au risque iatrogénique du fait de son âge et de la forte proportion de patients polymédiqués, une dérogation a été accordée pour ces patients afin de les inclure dans la cible du bilan partagé de médication.

Les supports à utiliser sont ceux du bilan partagé de médication. Certaines adaptations sont néanmoins nécessaires du fait de l'encadrement de ces patients :

- Il est impératif d'obtenir l'accord du patient ou de son représentant légal pour réaliser le bilan partagé de médication et échanger avec le personnel soignant ou les proches, sur les traitements pris par le patient ;
- Les entretiens sont réalisés avec le patient, en lien avec le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l'équipe de soins intervenant auprès du patient ainsi que, le cas échéant, les aidants.

LES MODALITÉS DE CET ACCOMPAGNEMENT

Ce bilan partagé est un accompagnement structuré autour des professionnels qui entourent le patient au sein de l'établissement, qui se déroule en plusieurs étapes :

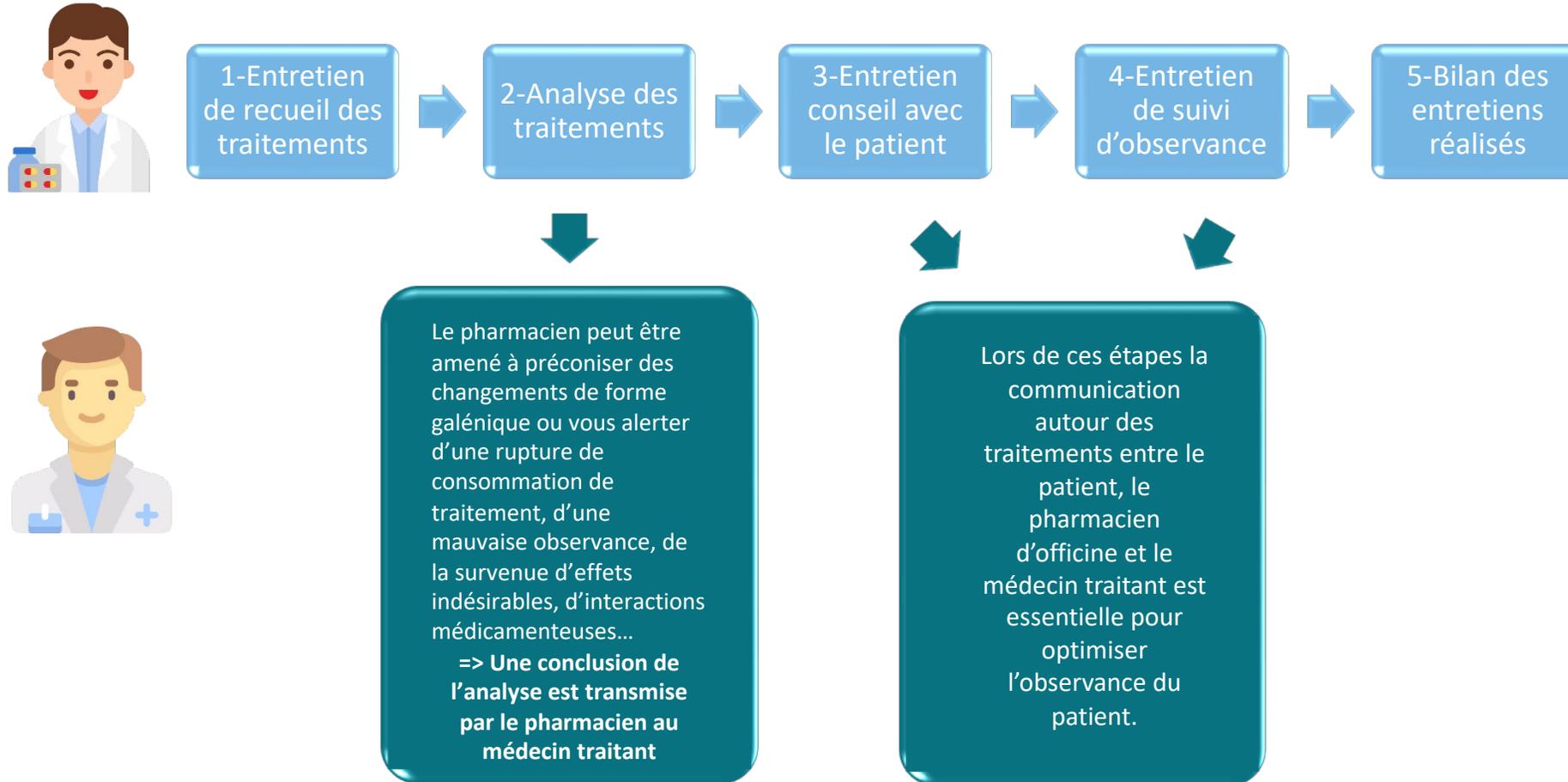
```
graph TD
    A[ENTRETIEN DE RECUEIL DE TRAITEMENTS (PRESCRITS OU NON)] --> B[Analyse de ces traitements]
    B --> C[Echange avec les prescripteurs et le médecin coordonnateur sur l'analyse effectuée]
    B --> D[Transmission au médecin traitant et au médecin coordonnateur de l'analyse en privilégiant la messagerie sécurisée]
    B --> E[Enregistrement de l'analyse dans le DMP]
    C --> F[Echange sur l'observance avec le personnel soignant]
    D <--> E
```

BPM EN EHPAD

<https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/bilan-partage-medication>

BPM : Quelles sont les étapes de cet accompagnement pharmaceutique ?

- **A savoir :** suite à la demande du médecin traitant ou de sa propre initiative, le pharmacien d'officine réalise un BPM avec un patient volontaire.



Importance du partage d'informations et de la coordination entre le médecin traitant et le pharmacien d'officine et vous tout au long du BPM

Actualités

- Nouvelle modalité de facturation des BPM en officine depuis le 1^{er} janvier 2025 : <https://tinyurl.com/bpm-facturation>

Thème	Année d'accompagnement	Code prestation à facturer	Entretien initial	Analyse et transmission au MT	2 ^e entretien	3 ^e entretien	Total annuel
Bilan de médication	Année 1	BMI	15€	15€	15€	20€	65€
	Années suivantes avec ou sans changement	BMS	10€	20€			30€

- Convention médicale 2024-2029 : à partir de janvier 2026, une consultation longue pour les patients de plus de 80 ans, avec leur médecin traitant

3. OPTIMED : enjeux, finalité et précisions

OPTIMED : quels enjeux et quelle finalité ?

❖ Enjeux :

- ✓ **Un enjeu majeur : optimiser la prescription médicamenteuse** de la personne âgée de 65 ans et plus par des binômes médecin traitant et pharmacien d'officine dans la perspective de **réduire le risque iatrogénique** chez les personnes âgées.
- ✓ Promouvoir **l'intérêt du BPM** auprès des médecins traitants et des pharmaciens d'officine
- ✓ Développer une **démarche concertée de réévaluation médicamenteuse**, entre médecin traitant et pharmacien d'officine
- ✓ Développer la **réalisation du BPM** par les pharmaciens d'officine
- ✓ Favoriser la **réévaluation par le médecin traitant de la prescription médicamenteuse** à l'aide du BPM
 - Nouveauté dans Optimed : une rémunération expérimentale du médecin traitant participant au BPM pour son temps de coordination suite au BPM.

❖ **Finalité : accompagner les médecins traitants et les pharmaciens d'officine, dans une démarche concertée d'optimisation et de réévaluation médicamenteuse chez le sujet âgé.**

OPTIMED : public cible

➤ Quels sont les patients cibles ?

(ceux du Bilan Partagé de Médication)

- Les plus de 65 ans polymédiqués ayant au moins 5 molécules ou principes actifs prescrits, pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois.
- Les résidents en EHPAD répondant aux critères ci-dessus et suivis par un médecin traitant

Des critères de priorité peuvent être appliqués pour cibler les patients :

- En retour d'hospitalisation
- Prenant des « médicaments potentiellement inappropriés » chez la personne âgée
- Ayant une insuffisance rénale ou hépatique
- Prenant des médicaments à index thérapeutique étroit
- Ayant une nouvelle pharmacothérapie
- Prenant plus de 10 médicaments réguliers

=> Un objectif de 10 BPM par an et par binôme

OPTIMED : précisions

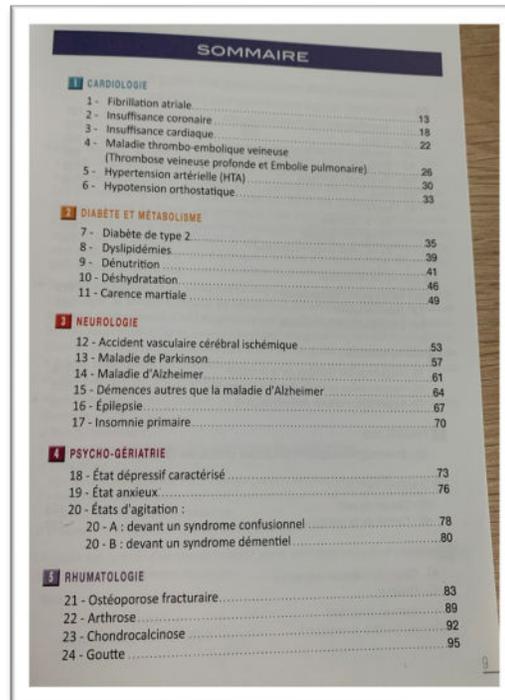
- Appel à volontaires auprès des pharmaciens d'officine et des médecins traitants de la région en février-mars 2023
- ✓ Au total **114 binômes** représentant **67 médecins** et **58 pharmaciens** volontaires
- ✓ Mise à disposition d'une **solution numérique** d'aide à la réalisation et au suivi des BPM
- ✓ Action lancée depuis juillet 2024

4. Quelles ressources mises à disposition des pharmaciens et des médecins pour la mise en œuvre des BPM ?

Guide : Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées (PAPA)

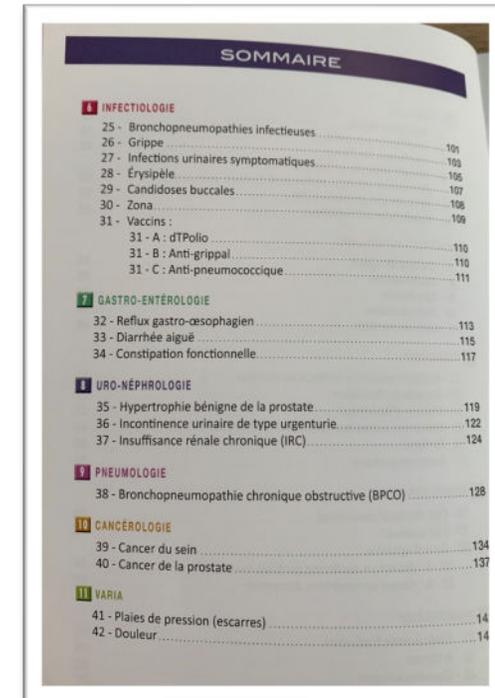
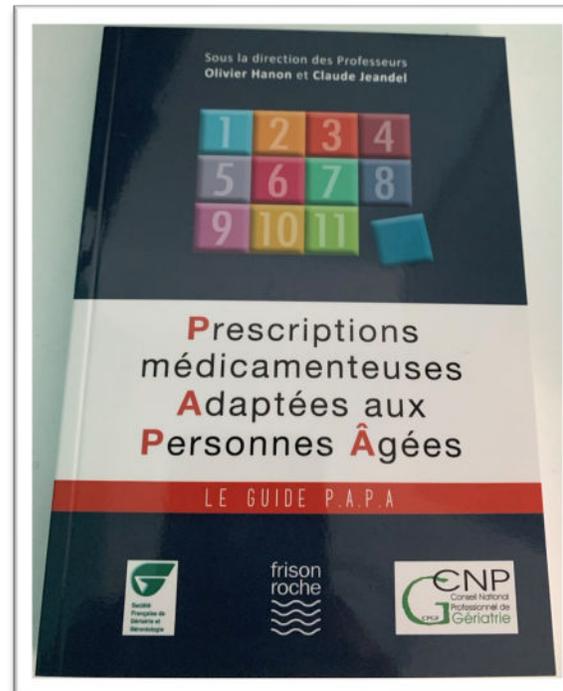
Réalisé par le Conseil National Professionnel (CNP) de gériatrie et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)

Regroupe 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit leur lieu de vie (domicile, EHPAD...)



SOMMAIRE

1 CARDIOLOGIE	
1 - Fibrillation atriale	13
2 - Insuffisance coronaire	18
3 - Insuffisance cardiaque	22
4 - Maladie thrombo-embolique veineuse (Thrombose veineuse profonde et Embolie pulmonaire)	26
5 - Hypertension artérielle (HTA)	30
6 - Hypotension orthostatique	33
2 DIABÈTE ET MÉTABOLISME	
7 - Diabète de type 2	35
8 - Dyslipidémies	39
9 - Dénutrition	41
10 - Déshydratation	46
11 - Carence martiale	49
3 NEUROLOGIE	
12 - Accident vasculaire cérébral ischémique	53
13 - Maladie de Parkinson	57
14 - Maladie d'Alzheimer	61
15 - Démences autres que la maladie d'Alzheimer	64
16 - Épilepsie	67
17 - Insomnie primaire	70
4 PSYCHO-GÉRIATRIE	
18 - État dépressif caractérisé	73
19 - État anxieux	76
20 - États d'agitation :	
20 - A : devant un syndrome confusionnel	78
20 - B : devant un syndrome démentiel	80
5 RHUMATOLOGIE	
21 - Ostéoporose fracturaire	83
22 - Arthrose	89
23 - Chondrocalcinose	92
24 - Goutte	95

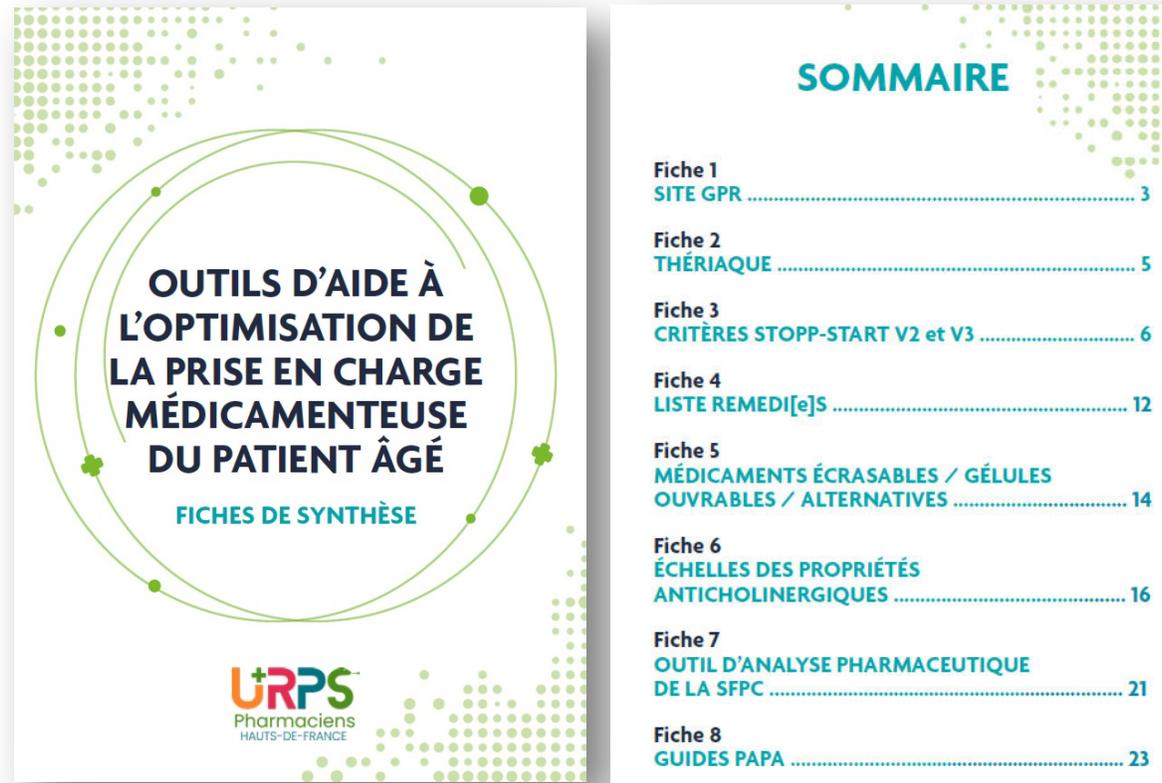


SOMMAIRE

6 INFECTIOLOGIE	
25 - Bronchopneumopathies infectieuses	101
26 - Grippe	101
27 - Infections urinaires symptomatiques	105
28 - Érysipèle	107
29 - Candidoses buccales	108
30 - Zona	109
31 - Vaccins :	
31 - A : dTPolio	110
31 - B : Anti-grippal	110
31 - C : Anti-pneumococcique	111
7 GASTRO-ENTÉROLOGIE	
32 - Reflux gastro-œsophagien	113
33 - Diarrhée aiguë	115
34 - Constipation fonctionnelle	117
8 URO-NÉPHROLOGIE	
35 - Hypertrophie bénigne de la prostate	119
36 - Incontinence urinaire de type urgenturie	122
37 - Insuffisance rénale chronique (IRC)	124
9 PNEUMOLOGIE	
38 - Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	128
10 CANCÉROLOGIE	
39 - Cancer du sein	134
40 - Cancer de la prostate	137
11 VARIA	
41 - Plaies de pression (escarres)	14
42 - Douleur	14

Fascicule : « Outils d'aide à l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé »

➤ Réalisé par l'URPS
Pharmaciens avec le
Dr Héloïse Henry
(*pharmacien au CHU de Lille*)



➤ Comporte les **référentiels**
pour aider dans la mise en
œuvre des BPM

Liste OMEDIT Normandie des médicaments écrasables en partenariat avec la SFPC

Principe actif	Forme galénique	Classe ATC	Libellé ATC3	Libellé ATC4	Goût	Modalités de	Source de modalité	Autre source	Méthode d'administration si médicament écrasé, ouvert ou déli	Alternatives galéniques	Informations RCP, notice patient et Thériaque	Réponses laboratoires résumées	Date de maj
ABACAVIR / DOLUTEGRAVIR / LAMIVUDINE 600/50/300 mg (Triumeq)	Comprimé	J05AR13	Antiviraux à action directe	Antiviraux pour le traitement des infections au VIH en association			Notice patient	Ecrasable selon HUG 03/2023		Abacavir et Lamivudine solutions buvables, Dolutégravir	La biodisponibilité des comprimés dispersibles de Dolutégravir est 1,6 fois supérieure à celle des comprimés pelliculés.		18/04/2023
ABACAVIR / LAMIVUDINE / ZIDOVUDINE 300/150/300 mg (Trizivir)	Comprimé	J05AR04	Antiviraux à action directe	Antiviraux pour le traitement des infections au VIH en association			Notice patient	Ecrasable selon HUG 03/2023		Solutions buvables	A prendre de préférence au coucher.	GSK 20-03-2023 : écrasement déconseillé car pas d'étude	18/04/2023
ABACAVIR / LAMIVUDINE 600/300 mg (Kivexa)	Comprimé	J05AR02	Antiviraux à action directe	Antiviraux pour le traitement des infections au VIH en association			Notice patient			Solutions buvables		GSK 20-03-2023 : écrasement déconseillé car pas d'étude	18/04/2023
ABACAVIR 300 mg (Ziagen)	Comprimé	J05AF06	Antiviraux à action directe	Inhibiteurs de la transcriptase inverse nucléosidique et nucléotidique			Notice patient	Ecrasable selon HUG 03/2023		Solution buvable	Mélangeable à une petite quantité de nourriture ou de liquide. Administration immédiate.		18/04/2023
ACAMPROSATE 333 mg (Aotal)	Comprimé GR	N07BB03	Médicaments des troubles de l'addiction	Médicaments utilisés en cas de dépendance à l'alcool			Notice patient			Non	A prendre de préférence en dehors des repas si bonne tolérance digestive.		18/04/2023
ACARBOSE 50 et 100 mg (Glucor)	Comprimé ou comprimé sécable	A10BF01	Hypoglycémiantes autres que les insulines	Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase			RCP			Non	Doit être avalé avec un peu d'eau ou croqué. A prendre au début des repas.		18/04/2023
ACEBUTOLOL 200 et 400 mg (Sectral)	Comprimé	C07AB04	Bêta-bloquants	Bêta-bloquants sélectifs			Notice patient			Solution buvable			18/04/2023

Récapitulatif des outils

Pour les pharmaciens :

<https://tinyurl.com/optimed-outils-ph>

Ou en flashant le QR code



Pour les médecins :

<https://tinyurl.com/optimed-outils-med>

Ou en flashant le QR code



Focus sur : la solution numérique d'aide à la réalisation et au suivi des BPM



Quels avantages ?

- ✓ Traçabilité des échanges entre pharmaciens et médecins traitants
- ✓ Collecte facile et centralisée des informations sur les traitements
- ✓ Optimisation du temps pharmacien
- ✓ Indication de recommandations personnalisées pour chaque patient

Focus sur : la solution numérique d'aide à la réalisation et au suivi des BPM



Quels avantages *(suite)* ?

- ✓ L'automatisation complète des tâches de retranscription
- ✓ L'identification *(via l'utilisation d'algorithmes puissants)* de risques de complications liés aux médicaments ou à la non-adhésion aux traitements pour une meilleure prise en charge.
- ✓ L'aide à la coordination entre médecins traitants et pharmaciens autour des BPM

5. Retours d'expériences

Témoignages vidéo



6. Des questions ?

Merci pour votre attention !

contact@urps-pharmaciens-hdf.fr

Retrouvez-nous sur
www.urps-pharmaciens.hdf.fr

Rejoignez-nous sur Facebook
URPS-Pharmaciens-Hauts-de-France

Et sur LinkedIn
URPS PHARMACIENS HDF



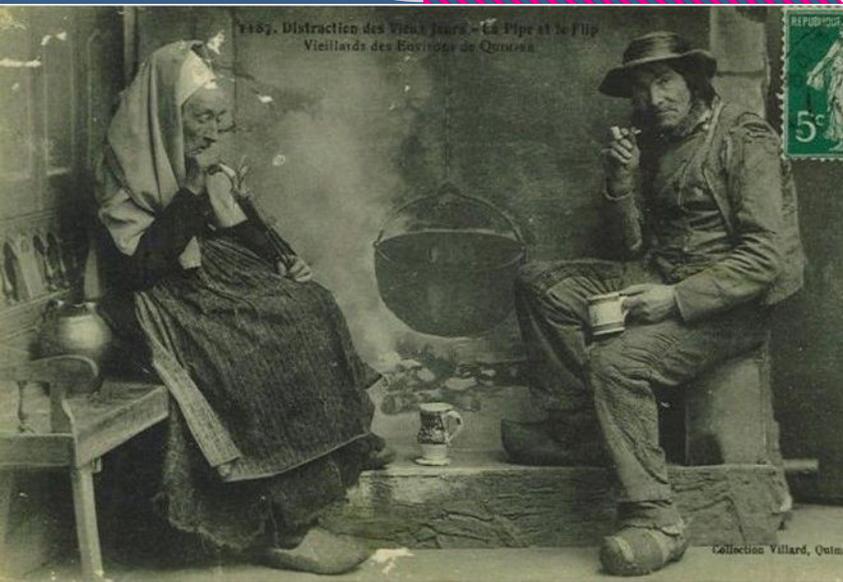
Et votre contact URPS Médecins Libéraux HdF :
Pauline Radenne - pauline.radenne@urpsml-hdf.fr

Intervention Généralistes & Addictions HdF

Conduites addictives chez les aînés - Atelier 3

*Personnes âgées à domicile
Comment optimiser la
coordination pour faciliter
leur prise en soins ?*

Dr Antoine CANAT - médecin ressource
Association Généralistes & Addictions HdF
Le 03 juin 2025 - 5ème journée régionale sur les CPTS



Organisé par :



Avec le soutien de :



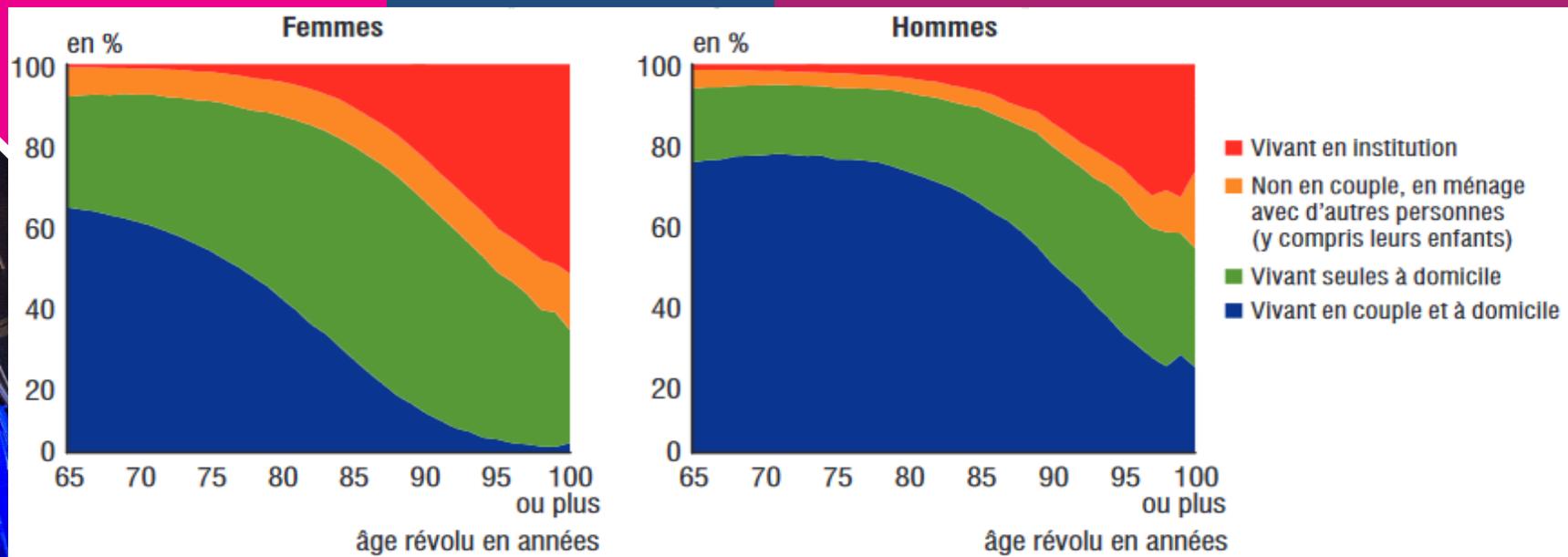
En partenariat avec :



Liens d'intérêts?

- Absence de lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique
- <https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/accueil/>
- Salarié de l'association GAHdF et l'association Cèdragir - CSAPA de Lomme « Le Cèdre »
- Adhérent Fédération Addiction, SF-TDAH, SFRMS et participation au bureau de Médecin Généralistes et Addictions, de l'association Addictolib
- Membre du réseau CAPS addictions sexuelles et addictions aux contenus pornographiques
- *Capacité d'addictologie, DU Pathologies psychiatriques, DIU Sexologie & Médecine sexuelle, DIU Sommeil et sa pathologie, DU Santé solidarité précarité, DU Infectiologie, chimiothérapie anti-infectieuse et vaccinologie,*





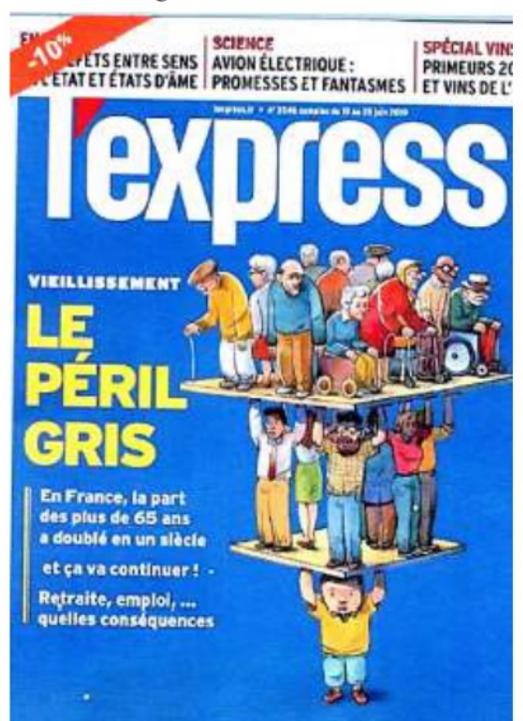
Champ : France hors Mayotte, personnes âgées de 65 ans ou plus.
 Source : Insee, recensement de la population 2017 (exploitation complémentaire).

QU'ENTEND-ON PAR « AINÉ », « PERSONNE ÂGÉE », « SUJET ÂGÉ » ?

Hétérogénéité de la classe d'âge "personne âgée" :

- Âges variés : jeune senior vs très âgé
- Degré d'autonomie fluctuant (actif, dépendant, institutionnalisé...)
- Diversité cognitive : intact, troubles légers ou démence
- Isolement social ou vie familiale active
- Multiples comorbidités ou bonne santé globale
- Milieux de vie variés : domicile seul, aidé, avec aidants, en habitat inclusif, etc.

Invariant: le poids des représentations sur ce public



LES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES AÎNÉS - DE QUOI PARLE-T-ON ?

- **Prévalence en hausse :**

- Vieillissement de la population → plus de personnes âgées avec des usages anciens (2/3) ou débutants = addiction ayant débuté après l'âge de la retraite.
- Jusqu'à 25 % des retraités consomment de l'alcool quotidiennement.
- Augmentation de la consommation de psychotropes (benzodiazépines, somnifères).

- **Addictions & mésusages les plus fréquents:**

- Alcool (principal produit concerné)
- Médicaments psychotropes (benzodiazépines, opioïdes & autres antalgiques)
- Cannabis (en hausse)
- Tabac (encore présent)
- Jeux de hasard et d'argent

- **Problèmes spécifiques liés à l'âge :**

- Métabolisme modifié → effets accrus
- Risque accru de chutes, troubles cognitifs, décompensation somatique et psychique

DÉFIS ET FREINS SPÉCIFIQUES À L'ACCOMPAGNEMENT

Facteurs de vulnérabilité :

Isolement, deuils, douleurs chroniques, troubles cognitifs ou dépression.

Sous-diagnostic fréquent :

- Par les professionnels : repérage non systématique, tabou ou banalisation, représentations erronées, peur de blesser
- Par la personne elle-même : Anosognosie, banalisation, peur de gêner,
- Par les proches : tolérance sociale ou déni

Dilemmes éthiques :

Respect de l'autonomie vs devoir de protection

Selon l'OMS:

1. Environ 14 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivent avec un trouble mental.
2. Une personne âgée sur six est victime d'actes de maltraitance, souvent de la part d'aidants.

Appui aux aidants essentiel :

- Travail de repérage
- Éviter leur isolement et leur épuisement
- Les soutenir dans l'identification des problèmes et les démarches de soins

ACCOMPAGNEMENT GÉNÉRALITÉS

Veiller à **réduire les biais de communications**, notamment sensoriels

Informier, éduquer, sensibiliser, prévenir...

Approche bio-psycho-social: encore plus prégnante

Approche intégrative associant le sujet dans les prises de décisions autant que faire se peut!

Pertinence des approches de réductions des risques et des dommages

Intérêt des approches expérientielles et de **la pair-aidance**



Visuel

- Assurez-vous que les personnes âgées portent leurs lunettes
- Demandez aux personnes âgées quand elles ont passé un examen de la vue pour la dernière fois
- Assurez-vous d'un bon éclairage
- Asseyez-vous face à face
- Si vous utilisez du matériel imprimé, assurez-vous d'un contraste élevé et d'une police de grande taille



Auditif

- Demandez si la personne âgée a une aide auditive en état de marche
- Utilisez un amplificateur auditif (si disponible et si la personne âgée est d'accord)
- Demandez aux personnes plus âgées quand ils ont passé un examen auditif pour la dernière fois
- Asseyez-vous face à face pour faciliter la lecture sur les lèvres
- Parlez lentement et clairement
- Évitez d'utiliser une voix aiguë
- Minimisez le bruit de fond



Soutien pour les proches aidants

- Les membres de la famille et les proches aidants peuvent jouer un rôle important et agir en tant que facilitateurs, traducteurs et/ou soutiens
- Protégez et respectez la vie privée de la personne âgée que vous soignez : assurez-vous de comprendre la nature de la relation entre la personne et le membre de sa famille/proche aidant



Optimisez le langage

- Évitez d'utiliser du jargon, utilisez un langage simple
- Déterminez si une traduction est nécessaire
- Certaines personnes plus âgées peuvent utiliser et être plus familières avec le terme marijuana ou herbe — adoptez leur terminologie



Assurez la compréhension

- Offrez des occasions de poser des questions et de demander si des éclaircissements sont nécessaires
- Utilisez la technique d'apprentissage, demandez aux personnes âgées de répéter les instructions
- Fournissez un résumé écrit ou autorisez l'enregistrement de la discussion





ACCOMPAGNEMENT ET RDR - DES LEVIERS ADAPTÉS

Recommandations HAS (2022) pour les ESSMS et transposable au domicile:

- Repérage précoce dans le projet personnalisé
- Prise en compte des souhaits de la personne
- Coordination avec les professionnels spécialisés en addictologie

Approche par la réduction des risques (RdRD) :

- Proposer un cadre de sécurité sans exiger le sevrage total
- Adapter les interventions aux capacités cognitives et physiques

Objectifs réalistes :

- Essai de maintien à domicile en sécurité
 - Diminution des risques (médicamenteux, chutes, isolement) dans une approche biopsychosociale
 - Intégration des objectifs personnalisés de la personne
 - Évaluation et prise en soin des troubles cognitifs
- 



QUELS ACTEURS AUTOUR DE LA PERSONNE ?

•Professionnels en 1re ligne ou proxipraticiens :

- Médecin traitant, IDE, aides à domicile, pharmacien, entourage

•Ressources spécialisées dans un approche bio-psycho-sociale :

- CSAPA, équipes mobiles de gérontologie/addictologie, dispositifs de gérontopsy
- Coordinateur de parcours de soins complexes
- Assistants sociaux, psychologues, APA, dispositifs de RdRD adaptés ?
- Sans oublier : neuropsychologue, ergothérapeute, psychomotricien

•Approches complémentaires :

- Approche communautaire & pair aideance + éducation thérapeutique, etc...
- 

QUELLE COORDINATION DES SOINS?

Coordination interprofessionnelle - un enjeu majeur

- Elaboration d'une culture commune et une formation des équipes de coordination aux problématiques addictives
- Approche de suivi à la fois synchronique (multidisciplinarité) et diachronique (suivi longitudinal)
- Partage d'information (avec consentement) et intégration le plus possible des personnes accompagnées aux processus décisionnelle et de coordination (Inscription dans des projets personnalisés d'accompagnement)
- Nécessité d'établir une base d'intervention sécurisée pour intervenir
- Concertation autour d'objectifs communs réalistes : réunion de synthèse et « Intervisions »

CPTS et DAC : leviers pour une meilleure coordination

CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) :

- Amélioration du repérage, de l'intervention précoce et coordination entre ville/hôpital
- Organisation de formations croisées, outils communs

DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) :

- Soutien aux professionnels en situation complexe
- Coordination des interventions médico-sociales et sanitaires
- Appui logistique et administratif

NOS OUTILS AU SERVICE DE LA PROXIPRAXIE EN ADDICTOLOGIE

Conseil Scientifique et Technique (CST)

- 1.Éclaire les décisions de l'association.
- 2.Soutient la création d'outils et d'actions proxipraxiques, en lien avec les pratiques addictives.
- 3.Contribue à la qualité scientifique des contenus.
- 4.Fait le lien entre recherche et pratique.
- 5.Facilite la transversalité des savoirs entre professionnels.

L'Intervision

- Croiser les regards professionnels.
- Renforcer la cohérence du parcours de soins en favorisant une continuité entre les différents intervenants.
- Débloquent les situations complexes par une réflexion collective et la mise en place de relais adaptés.
- Soutenir les professionnels
- Soutien à l'autonomie des personnes accompagnées et prévention de la rupture de soins.

Rencontres interprofessionnelles

- Agor'Add : échanges cliniques entre participants et apports de connaissances théoriques.
- Groupes d'échanges de pratiques : partage entre professionnels pour réfléchir collectivement à leurs expériences et améliorer leurs interventions.
- Sensibilisations thématiques : apport de contenus théoriques par un expert en addictologie ex. sommeil, somnifères.
- Favorisent décloisonnement et acculturation commune.

Espace ressources

- Plateforme d'outils validés : fiches, guides, contacts.
- Valorisation d'outils partenaires : Addictutos, vidéothèque, score & échelle, intervention brève.
- Production de newsletter.
- Mise en ligne de référentiels et de recommandations à l'usage des proxipraticiens
- Soutien à l'autonomie des proxipraticiens.

NOS OUTILS AU SERVICE DE LA PROXIPRAXIE EN ADDICTOLOGIE SUR LA THÉMATIQUE ÂNÉE



Substances psychoactives (dont médicament)	Traitement & outils de 1 ^{er} ligne (en l'absence de contre-indication)	Traitement de 2 ^e ligne (en l'absence de contre-indication et évaluation balance B/R)
Alcool	Acamprosate, naltrexone, nalmefène Oxazepam > diazepam dans le sevrage	Avec +++ précaution Baclofène, disulfiram
Tabac	Traitement de substitution nicotinique - TSN (patch, gommes et pastilles) & vapoteuse	Varénicline
Opioides	Décroissance progressive de l'opioïde Si traitement de substitution aux opioïdes nécessaire : Buprénorphine	Méthadone
Benzodiazépines	Décroissance progressive par long palier de la bzd et traitement de la comorbidité Éviter les demi-vies longues	
Cannabis	TSN et vapoteuse (si consommation de tabac associé) Pas de recommandation spécifique pour le cannabis Traitement des comorbidités (psychiatriques, douloureuses, etc...)	

- L'intervision
- Cycle de webinaires « conduites addictives chez les aînés » en lien avec le DAC du Ferrain et 3 CPTS du territoire, les associations Addictions France & Visa
- Création d'un outil structuré pour l'entretien sur les conduites addictives chez les aînés (de type RPIB) - version finale à venir
- Relais sur notre espace ressource de documentations inhérentes à la thématique
- Création d'une fiche synthèse sur les thérapies addictologiques possibles chez les aînés

ENTRETIEN STRUCTURE - PRATIQUES ADDICTIVES
Sur la base du RPIB, à destination des **Aînés**

Date de réalisation de l'entretien structuré : ____/____/____

Nom : _____ Date de naissance : _____

Prénom : _____

Élaboré par : _____

Professionnels de santé libéraux, vous vous interrogez sur les conduites addictives des personnes âgées ?

Nous vous proposons un cycle de 4 webinaires

Mardi 25 mars de 12h15 à 13h15	(Faut-il) interroger les conduites addictives chez les aînés ?
Mardi 01 avril de 12h15 à 13h15	(Pourquoi) les aînés consomment ?
Mardi 22 avril de 12h15 à 13h15	(Comment) accompagner les conduites addictives chez les aînés ?
Mardi 29 avril de 12h15 à 13h15	(Quand et à qui) faire appel pour les aînés ?

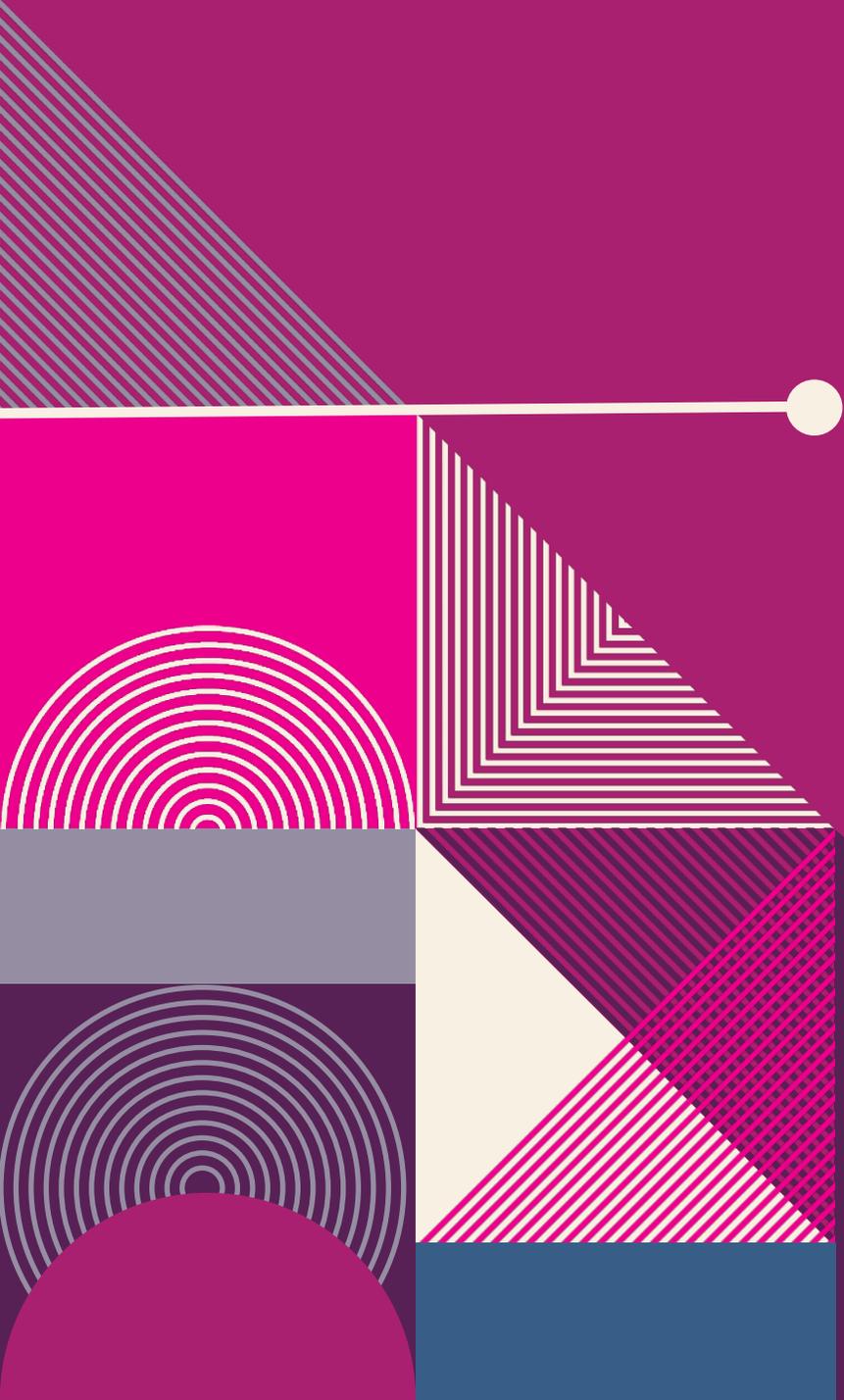
Pour vous inscrire et recevoir le lien de la visio : <https://forms.gle/JYVWibNn1wPoVWGbA>

CONTEXTE DE LA PRÉSENTATION



1. L'association Généralistes et addictions HdF œuvre à la promotion de la **prise en soins des conduites addictives par les intervenants du premier recours** et la **coordination** avec les acteurs du champ des pratiques addictives
2. Les acteurs de la coordination du territoire des Hauts-de-France: **DAC & CPTS font remonter de plus en plus de situations complexes de conduites addictives chez les aînés**
3. Importance de développer une **culture commune** entre les intervenants du premier recours, le secteur spécialisé et les acteurs de la gériatrie
4. Manifestation d'intérêt de partir d'une **exploration de la littérature sur le sujet « conduites addictives chez les aînés »**
5. Importance de l'approche de **l'intelligence collective & de la réunion des savoirs**





**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**

SITES & RESSOURCES

www.gahdf.fr

Généralistes & Addictions HdF

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Institut universitaire sur les dépendances

Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT)

www.addictions-et-vieillissement.ch

Auteur français: P. Menecier

HAS novembre 2022 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de « Prévention des addictions et Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) dans les ESSMS ».



Acteurs de santé et ressources en appui

Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

Equipes Gériatriques d'Expertise à Domicile (EGED)



A domicile

PS, structures d'exercices coordonnées, Services d'aides à domicile : SSIAD, SAAD, SPASAD, etc.

CPTS

Etablissements de santé

(public / privé)
HDJ, Unités Gériatriques, Unités de soins Palliatifs, Unité de Soins Longue Durée, etc.

EHPAD

ESPRAD, ESPrévE, etc.

Filière gériatrique

Centre de ressources territorial (CRT)

Plateformes d'accompagnement et de répit

...



MERCI DE VOTRE PARTICIPATION



03 20 14 93 30



intercpts-hdf@urps-hdf.fr



MAISON DES URPS

11 square Dutilleul – 59000 LILLE



www.urps-hdf.fr



Si vous imprimez ce document, pensez à le recycler !

Merci pour votre participation

Laissez-nous votre retour sur l'atelier
via le questionnaire en ligne