

CPTS Nanterre

Vers une réévaluation pluriprofessionnelle ?

Dr Razika BENSALMA, Gériatre, Hôpital de Nanterre

Dr - Pr Elisabeth FLIPON, Pharmacien Hospitalier, Hôpital de Nanterre

Faculté de Pharmacie, Université de Paris

Dr Mathieu SAULNIER, Pharmacien d'officine Nanterre

OMEDIT Île-de-France

Journée régionale « (dé)prescrire : une décision collective ! »

9 - 06 - 2026

Présentation de la CPTS de Nanterre

- Le territoire de la CPTS couvre + 98 000 habitants
- Elle existe depuis janvier 2021
- CPTS de taille 3 (entre 80 000 - 150 000 habitants)
- MSP, CMS (santé), CMS (sportif), PMI, CASH, CMP...
- 5 Quartiers Politique de la Ville (QPV)
- Moins de 40 médecins généralistes installés en libéral

Adhésion

- Médecins : 30 / Dentistes: 2/ IDE : 16 / Pharmaciens : 21 / Sage-femme : 15
- Autres : Kinésithérapeutes, ostéopathes, Ergothérapeute, Podologues, psychologues, psychomotricien, orthophonistes, orthoptiste

En ville

- Accès aux soins:
 - Recherche de médecin traitant pour patient en ALD
 - BPM pour aider le nouveau médecin traitant
 - Relais conciliation médicamenteuse: médecin, patient, aidant, hôpital
- Parcours:
 - Lien direct avec l'hôpital (pharmacie-UGA)
- Intégration dans le tissu local:
 - DAC 92, CCAS, CLIC, autres CPTS, CRT,...

En ville

- Situation actuelle:
 - Volume de sortie en baisse
 - Le cout global augmente (biomédicaments chers)
 - BPM peu pratiqué
 - Habitudes des patients
- Perspectives:
 - Est-ce qu'on ne pourrait pas parler de « juste prescription » plutôt que de prescription ?
 - Est-ce que toutes les classes thérapeutiques sont concernées ?
 - Etendre le dispositif des BPM en ville à toutes les pharmacies du territoire

Partenariat ET parcours gériatrique ville–hôpital

Lien avec la CPTS de Nanterre et l'hôpital de Nanterre
Des réunions de groupe de travail ont été organisées :

Partenariat avant La COVID

puis

15 mars 2024

8 octobre 2024

30 janvier 2025

21 mars 2025

12 septembre 2025

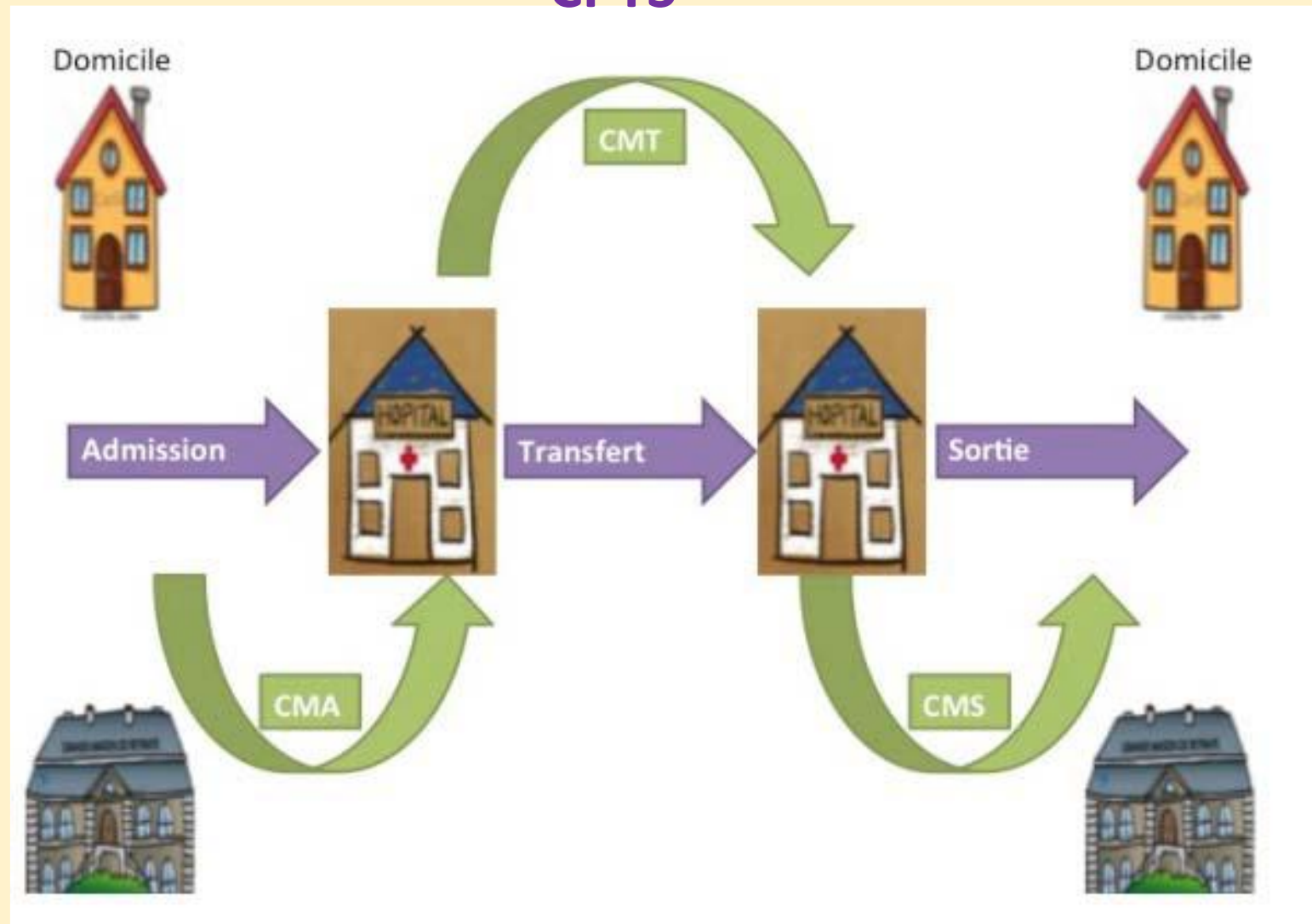
23 septembre 2025

16 janvier 2026

Deprescription ? Révision ? Bon usage ? Juste prescription ?

Où ? Quand ? Comment ? Par qui ?

CPTS



Groupe Gériatrie Ville- Hôpital

Démarche de sécurisation médicamenteuse depuis 2017
Déploiement de la CMA et de la CMS

Hospitalisation : Révision des ordonnances / Bilan gériatrique

Formation - Information dans le bassin de vie / Orientation

Bilan médicamenteux à l'officine / Prescription

Etudes des prescriptions en UGA – Etude 1

Étude rétrospective en UGA de l'hôpital Max Fourestier à Nanterre entre janvier 2020 et janvier 2021

Critères de sélection : ≥ 75 ans - ≥ 10 lignes de traitements à la sortie → 56 dossiers retenus

Majoritairement féminine à 64,3% - Moyenne d'âge : 85,9 ans (73-98 ans)

Principaux motifs d'hospitalisation :

1- Chutes

2- AEG

3- Pneumopathies d'inhalation pour les hommes / 3- Cardiovasculaire pour les femmes

Bilan en nombre de médicament

	Admission	Sortie
Nombre moyen de médicaments prescrits	8	12
Pourcentage de patients en fonction du nombre de médicaments prescrits		
0-5 médicaments ; n (%)	11 (19,6)	0 (0)
6-10 médicaments ; n (%)	30 (53,5)	20 (35,7)
> 10 médicaments ; n (%)	15 (26,8)	36 (64,3)

Comparaison du nombre de prescriptions entre l'entrée et la sortie

Entrée :

- 473 lignes (7.7 médicaments/patient)

Sortie

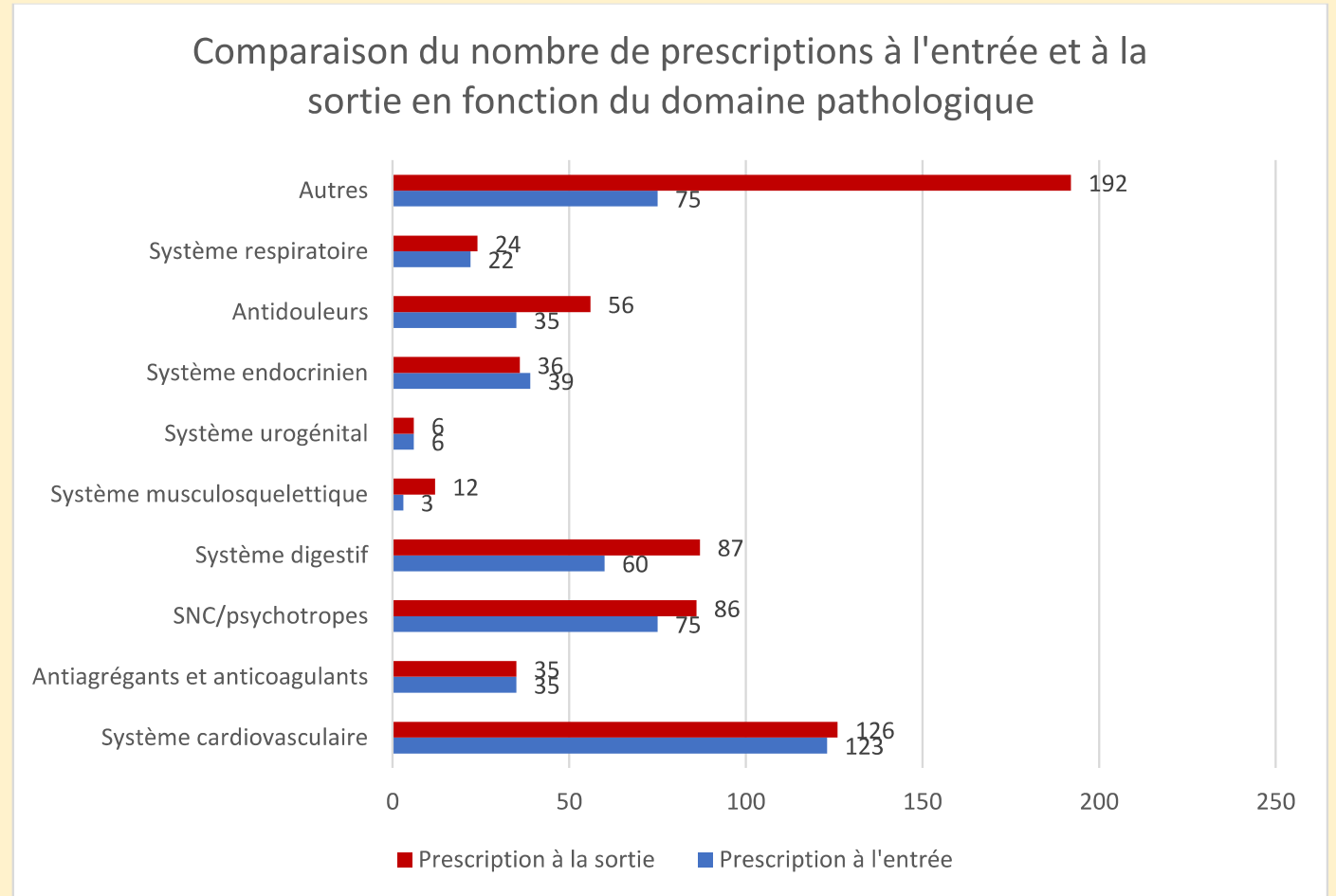
- 660 lignes (11.8 médicaments/patient)

Augmentation globale :

- + 187 lignes de traitement (+ 39,5 %)

S'expliquant par :

- 295 ajouts (+ 62,4 %)
- 108 arrêts (- 22,8 %)



Analyse qualitative des prescriptions : Charge anticholinergique

- **Réévaluation hospitalière**
 - Médicaments anticholinergique avec un score CIA=3 → MPI chez le sujet âgé
 - Arrêt de l'ensemble des médicaments avec un poids cholinergique élevé (score CIA = 3)
(cyamémazine, bipéridène, hydroxyzine, clozapine, loxapine, amitryptiline, solifénacine)

- ↗ **légère de la charge cholinergique globale des ordonnances entre l'entrée et la sortie**
 - Entrée : score CIA moyen = 1,8
 - Sortie : score CIA moyen = 2,4

Expliquée par la prescription d'ipratropium (score CIA = 3), pas d'alternative existante

- **Imprégnation cholinergique de l'ordonnance considérée forte si score global ≥ 5 :**
 - 8 ordonnances sur 56 à l'entrée (14,3%)
 - 7 ordonnances sur 56 à la sortie (12,5 %)

Analyse quantitative et qualitative des prescriptions

- **Au niveau quantitatif :**
 - ↗ nombre global de médicaments prescrits entre l'entrée et la sortie
 - Patients fragiles, déjà polymédiqués hospitalisés pour un événement aigu
 - Prise en charge curative et préventive
 - Ajout de traitements bénéfiques recommandés (candidose buccale, supplémentation vitamine D, folates, lactulose et CNO)
 - Action préventive, chance pour le patient, réduction des dépenses sur le long-terme
- **Amélioration qualitative des ordonnances à la suite de la réévaluation hospitalière :**
 - Choix de la liste de Laroche et EU(7)-PIM
 - Majorité des MPI arrêtés
 - ↗ du nombre de médicaments agissant sur le SNC → MAIS recommandations appliquées :
 - Arrêt de 4/5 des benzodiazépines à demi-vie longue (bromazépam, alprazolam)
 - Arrêt de 5/6 neuroleptiques prescrits (halopéridol, rispéridone, zuclopendixol)
 - Arrêt de la quasi-totalité médicaments anticholinergiques (amitryptiline, hydroxyzine, bipéridène...)
 - + 62,5 % prescriptions de molécules apparentées aux BZD, majoritairement zopiclone 3.75 mg (+87%)
 - Prescription IPP raisonnée, réévaluation des antécédents (prévention ulcère si antiagrégant plaquettaire), pas de renouvellement systématique

Etudes des prescriptions en UGA – Etude 2

Étude rétrospective en UGA de l'hôpital Max Fourestier à Nanterre entre mars 2025 et juin 2025

Critères de sélection : ≥ 65 ans - ≥ 5 lignes de traitements à la sortie \rightarrow 78 dossiers retenus

Majoritairement féminine 45 / 33 hommes - Moyenne d'âge : 86 ans

Principaux motifs d'hospitalisation :

- 1- Chutes
- 2- AEG
- 3- Confusion – Déshydratation / Douleurs

	Admission		Sortie	
Nombre moyen de médicaments prescrits	8		10	
0-5 médicaments	18	23%	5	6%
6-10 médicaments	44	56%	46	59%
>10 médicaments	16	21%	27	35%

Ajout majoritaire : Movicol, Paracétamol, Cholécalférol, Acide folique, CNO (un total de 138 lignes)

Suppression des molécules à score élevées CIA et non recommandées :

Escitalopram, lorazepam, hydroxyzine, prazepam, rivastigmine, ropiniraol, bromazepam, tropatepine, amitriptyline

Mais augmentation du score pour certaines ordonnances avec certains médicaments (ex : Ipratropium)

Axes de réévaluation et de de-prescription - CPTS

- **Rôle actif du médecin / La prescription**

Temps initial + Temps de suivi

Réévaluation régulière (diagnostic) avec réadaptation (traitements)

- **Rôle actif du pharmacien / Bilan de médication partagé – Dispensation – Conseils**
- **Rôle actif du patient - Aidant - IDE / Education à la sobriété médicamenteuse**
- **Professionnel de Santé / Reconnaître les situations à risque : Orientation vers un HDJ gériatrique**
- **Rôles du médecin et pharmacien à hôpital :**
 - Prise en charge des épisodes aigus**
 - Révision de l'ordonnance = Arrêts et Ajouts**
 - DICTIALIS – PLUS**
 - Conciliation médicamenteuse**

Axes de réévaluation et de de-prescription - CPTS

- Prescription sur papier de BPM par le médecin à faire chez Pharmacien (Médecins de ville et hospitalier)
- EHPAD / PROJET EXPERIMENTAL : présence d'un Dr Junior + création de RCP avec Gériatre
- Evaluation de la fonction rénale et du poids : Adaptation des thérapeutiques (Médecin et Pharmacien)
- Evaluation de la dénutrition : fiche CNO – Peser le patient à l' officine et/ou chez le médecin
- Risque de déshydrations : fiches des traitements à risque (IEC, sartans ...) à diffuser auprès des professionnels
- Favoriser la vaccination par le Pharmacien
- Réévaluations : IPP - BZD à demi-vie longue - Antalgiques : AINS – Nefopam - Neuroleptiques cachés – CIA
- Informer- Conseiller les patients/ aidants + ETP patients à risque iatrogène

La Deprescription / Le bon usage :
Processus pluriprofessionnels

La Révision / la juste prescription :
ville - hôpital

Les moyens ?

Humains ?

Techniques (logiciels-interopérabilité) ?

Différence générationnelle ?

de la « sur prescription » ? à la « sous prescription » ?

La Deprescription / Le bon usage

Processus pluriprofessionnels

La Révision / la juste prescription :
ville - hôpital

Les moyens ?

Humains ?

Techniques (logiciels-interopérabilité) ?

Différence générationnelle ?

de la « sur prescription » ? à la « sous prescription » ?

OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE
GLOBALE