

En quoi la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) peut être un support des activités pharmaceutiques ?



CPTS du
Nord Meusien



CPTS du Nord Meusien (55)

Plan

- ▶ Contexte de création
- ▶ Présentation de l'association
- ▶ Diagnostic du territoire
- ▶ Projet de santé et exemples d'activités de pharmacie
- ▶ Conclusion

Contexte | L'historique de la CPTS du Nord Meusien

- **Meuse** : Département impliqué dans la structuration d'un exercice coordonné en réponse aux difficultés de démographie médicale depuis 2006
- **3 réunions organisées en 2018** sur le département pour présenter les CPTS
- **Démarrage des discussions le 11 décembre 2019**
- **Réunion de présentation le 11 février 2020** : 40 participants
- **Réunions par secteur en octobre 2020**
- **Validation de la lettre d'intention par l'ARS en décembre 2020**
- **Réunion en juin 2021**
- **Désignation du cabinet d'accompagnement à la constitution à l'automne 2021**
- **Accompagnement ANAP du GHT Cœur Grand-Est pour des rencontres Ville/hôpital**
- **AG constitutive le 22 mars 2022**
- **Validation des indicateurs avec l'ARS en décembre 2022**

Présentation de l'Association | Les instances de gouvernance

Une Assemblée Générale ouverte à tous les acteurs du territoire et votant les décisions

Le Conseil d'Administration est composé de **18 administrateurs** :

- **11 issus du collège des professionnels libéraux (collège 1) :**
 - *2 médecins, 2 pharmaciens, 2 infirmiers, cinq autres professionnels libéraux*
- **2 issus du collège des structures sanitaires publiques et privées (collège 2) :**
 - *Un représentant du corps administratif, un représentant du corps médical*
- **2 issus du collège des structures médico-sociales et sociales publiques et privées (collège 3) :**
- **2 issus du collège des structures et services d'appui, et de coordination (collège 4) :**
- **1 issu du collège des représentants de la population ou usagers de santé (collège 5) :**

Le Bureau de l'Association est composé de **6 membres** (4 minimum) :

- ▶ Un **Président** issu du collège 1 ; un **Vice-Président** un **Secrétaire** et un **Trésorier** issus d'un des 5 collèges
- ▶ *Optionnel* : un Secrétaire Adjoint, un Trésorier Adjoint

Diagnostic I Territoire d'action de la CPTS

Situé dans le département de la Meuse, le territoire de la **CPTS Nord Meusien** regroupe plusieurs agglomérations de communes :

- CA du Grand Verdun
- CC Argonne Meuse
- CC Damvillers Spincourt
- CC Pays d'Etain
- CC Territoire de Fresnes en Woëvre
- CC Val de Meuse Voie Sacrée
- CC du Sammiellois
- CC Côtes de Meuse Woëvre
- Et 25 communes de la CC du Pays de Stenay et du Val Dunois

Soit une population en 2018 de **88 546 habitants**.

Pour l'analyse de la démographie et des déterminants de santé, l'outil Rezone ne permettant pas de rassembler plus de 100 communes, nous avons découpé le territoire en 2 parties : Est et Ouest de Verdun.

Nous avons neutralisé 56 communes de moins de 70 habitants soit 2294 habitants (2,6 % du total)

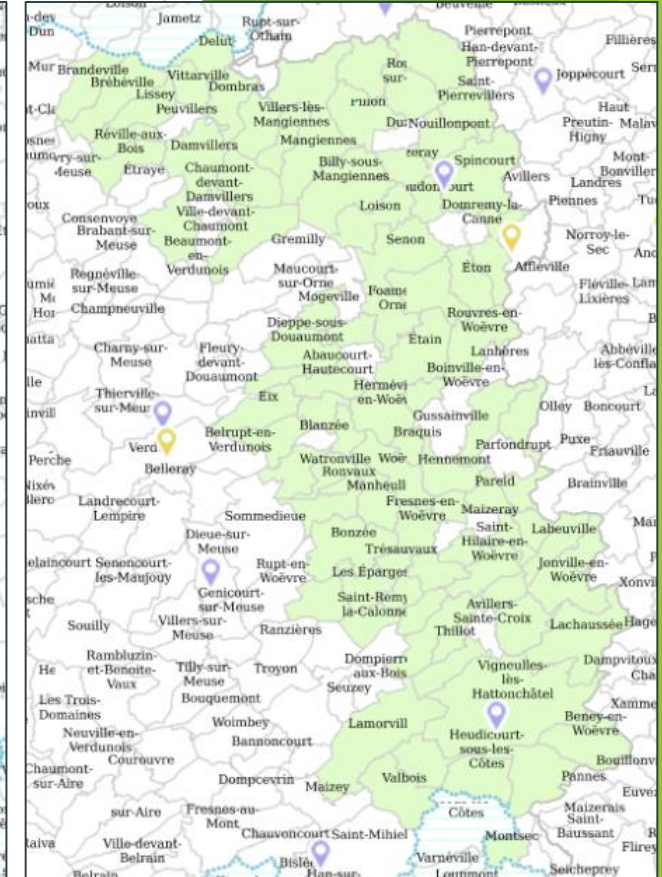
Le diagnostic de territoire ci-après est construit sur la base de ces 2 parties.

Certaines communes ont également été retirées du diagnostic initial car elles ont intégrées une autre CPTS.*

Le territoire analysé de la CPTS



Verdun Ouest



Verdun Est

Diagnostic | Etat de santé

- Des habitants beaucoup plus touchés par les décès dans toutes les catégories, notamment par des causes externes de morbidité et de mortalité, dont le suicide

Taux comparatif de mortalité prématurée Source : Source : Statiss (Année 2014-2016)										
	Par cancer		Par maladie de l'appareil circulatoire		Causes externes de morbidité et de mortalité		Dont suicide		Par des pathologies liées à l'alcool	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Meuse	82.9	66.9	43.0	14.0	59.4	15.0	28.6	6.5	26.5	6.5
Grand-Est	89.0	59.1	33.5	12.0	39.6	12.3	18.3	5.5	23.5	5.5

- Une population moins touchée par les maladies chroniques qu'aux niveaux départemental, régional et national.

- En 2020, le territoire de la CPTS présente des prévalences inférieures voire bien inférieures aux territoires de comparaison pour les ALD majeures : diabète, tumeur maligne, maladie coronaire, insuffisance cardiaque grave, et affections psychiatriques longue durée.


Prévalences majeures (en nombre de patients) en ALD par pathologie en 2021 Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)					
Top 5 sur le territoire	Diabète de type I et II	Tumeur maligne. affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	Maladie coronaire	Insuf. Cardiaque grave. tr. du rythme graves. cardiop. valvulaires graves. cardiop. congénitales graves	Affections psychiatriques de longue durée
Verdun Est	4.0 % 779 pat.	2.7 % 531 pat.	1.2 % 232 pat.	1.1 % 222 pat.	0.2 % 43 pat.
Verdun Ouest	6.0 % 1 823 pat.	3.8 % 1 149 pat.	2.2 % 679 pat.	2.0 % 621 pat.	0.6 % 188 pat.
Meuse	6.3 %	4.4 %	3.1 %	2.9 %	1.6 %
Grand Est	6.0 %	4.0 %	2.5 %	2.4 %	2.0 %
France métropolitaine	5.1 %	3.7 %	2.2 %	2.2 %	2.4 %

Projet de santé | Présentation des thématiques de travail pré-identifiées pour le projet de santé

Thématiques	Actions
Amélioration de l'accès aux soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> Action n° 1 : Faciliter l'accès à un médecin traitant Action n° 2 : Soins non programmés et télé médecine Action n° 3 : Favoriser l'attractivité du territoire : professionnels de santé, accueil des étudiants, stagiaires, tuteurs de la CPTS etc.
L'organisation des parcours pluriprofessionnels, au profit d'une meilleure prise en charge des patients	<ul style="list-style-type: none"> Action n° 4 : Renforcer l'accès au 2nd recours (téléexpertise etc.) Action n° 5 : Accès aux soins psychiatriques Action n° 6 : Lien ville-hôpital-ville dans la prise en charge des patients chronique (pathologie neurocognitive, maladie rénale)
Le développement d'actions territoriales de prévention, de dépistage et de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> Action n° 7 : Prévention des troubles de neuro développement chez l'enfant Action n° 8 : Prévention et dépistage des maladies respiratoires Action n° 9 : Prévention addictions
La réponse aux crises sanitaires graves	<ul style="list-style-type: none"> Action n° 10 : Gestion de crise commune : coordination entre structures de coordination
Le développement de la qualité et la pertinence des soins	<ul style="list-style-type: none"> Action n° 11 : Conciliation médicamenteuse Action n° 12 : Améliorer la mobilité des patients âgés ou isolés
L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	<ul style="list-style-type: none"> Action n° 13 : Formation des intervenants, (dont dans la manipulation du matériel médical à domicile, pluriprofessionnel, aux soins d'urgence) Action n° 14 : Organisation du travail entre intervenants, Organisation de la pluridisciplinarité et la mise en œuvre de la coordination (partage d'informations, gestion des données, réunion de coordination, protocoles de soins)

Mission socle

Amélioration de l'accès aux soins

Constats	Objectif général	Public cible
<ul style="list-style-type: none"> • En 2021, environ 20 à 22% des passages aux urgences correspondent à un besoin de soins non programmés relevant de la médecine générale. • Face à ce constat, le territoire possède un réseau de permanence de soins qui est opérationnel et actif, le Réseau Médi-Garde, régulé par le SAMU, offrant un relai de prise en charge de 20h00 à minuit et le weekend pour tout traitement d'urgence. Il a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients ne relevant pas des urgences et contribue de fait à désengorger ces services. Les médecins quant à eux, peuvent réguler leurs interventions avec un planning commun, permettant ainsi un roulement entre professionnels. • Enfin différents points de téléconsultations au sein des pharmacies peuvent également participer à la prise en charge des soins non programmés relatifs à des recours ponctuels pour ces prises en charge. Le déploiement de ce dispositif via la CPTS pourrait permettre aux médecins généralistes de trouver un relais auprès de leurs confrères. • La CPTS souhaite ainsi s'inscrire en subsidiarité des dispositifs existant sur le territoire en promouvant les solutions existantes auprès des patients et des médecins généralistes afin de permettre une prise en charge des soins non programmés optimisée et donc une diminution des passages aux urgences pour des actes ne relevant pas de l'hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville afin de limiter les passages aux urgences ➤ Informer les patients et les professionnels de santé sur le fonctionnement des téléconsultations au sein du territoire 	<p>➤ Patients et professionnels de santé du territoire</p>
		<p>Acteurs impliqués</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecins généralistes ➤ Pharmaciens ➤ Services d'urgences du territoire ➤ Plateforme de téléconsultation par la feuille de route régionale
		<p>Référents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr KERN, médecin généraliste • Dr JACQUES-GOURIOU, médecin généraliste

Calendrier

- 2023 : Mise en place des groupes de travail
- Mi 2023 : Déploiement des actions de communication et promotion
- Fin 2023 : Déploiement des cabines de téléconsultation

Modalités de mise en œuvre

❑ **Communiquer et promouvoir l'existence de points de téléconsultation au sein des officines de pharmacies**

- Réaliser une campagne de communication auprès des pharmaciens pour présenter les points de téléconsultation et l'expliquer : informer sur le fait que ce dispositif est financé par la feuille de route régionale et qu'ils sont à la recherche d'opportunités pour développer des points de téléconsultation, offrant ainsi une prise en charge à travers la plateforme de 9h à 19h du lundi au vendredi.
- Sensibiliser les médecins généralistes du territoire à la mise en place de points de téléconsultations facilitant la prise en charge des soins non programmés des patients pour lesquels ils sont médecins traitants.
- Définir des modalités de communication et de sensibilisation des patients autour de la « conduite à tenir » en cas d'urgence ressentie (contacter le médecin traitant puis se rendre à une officine dotée d'un point de téléconsultation s'il n'est pas disponible avant de se rendre aux urgences).

❑ **Contribuer à la fluidification de l'orientation des patients vers des acteurs de la ville**

- Communiquer et promouvoir l'existence du Réseau Médi-garde en dehors des horaires de consultations des médecins
- Mener une réflexion autour d'une formation pouvant être proposée aux pharmaciens sur le sujet de l'orientation dans le système de soins (formation similaire à Osys, réalisée en Bretagne)
- Mise en place des protocoles de coopération tels que prévu dans l'arrêté du 11 juillet 2022.

Moyens et outils nécessaires

- Groupes de travail spécifiques
- Supports de communication

Indicateurs de suivi

- Taux des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation pour des actes CCMU-A (indicateur de suivi)
- Réalisation de la campagne de communication auprès des pharmaciens (indicateur de résultat)
- Mise au point d'une communication auprès des acteurs de la « conduite à tenir » en cas d'urgence ressentie (indicateur de résultat)
- Absorber entre 10 à 15 consultations par jour grâce aux téléconsultations (indicateur de résultat)

Mission socle

Organisation des parcours pluri professionnels, au profit d'une meilleure prise en charge des patients

Constats

- La coordination entre les sorties hospitalières et le suivi des soins en ville est prioritaire pour éviter les ruptures de parcours et assurer une meilleure prise en charge du patient chronique
- La maladie rénale chronique est une maladie longtemps silencieuse, d'évolution progressive et sans possibilité de guérison.

Objectifs généraux

- Lien VHV dans la prise en charge des patients chroniques (insuffisance rénale)
- Réaliser un bilan rénal complet selon recommandations du néphrologue (*travail en cours*)
- Création de la ligne téléphonique directe entre les médecins généralistes et les néphrologues
- Optimiser les traitements médicamenteux des patients ayant une insuffisance rénale

Public cible

- Habitants du territoire de la CPTS

Acteurs impliqués

- Professionnels de santé libéraux
- Professionnels hospitaliers
- Maisons de santé
- DAC



Référénts

- Dr HENNY, Pharmacien hospitalier
- Dr WILCKE, Pharmacien d'officine
Président de l'URPS Pharmacie

Mission socle

Le développement d'actions territoriales de prévention, de dépistage et de promotion de la santé

Constats	Objectifs généraux	Public cible
<ul style="list-style-type: none"> • Les conduites addictives demeurent un problème majeur de société et de santé publique, dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux, sociaux... • Les addictions interviennent directement dans 30 % de la mortalité précoce, c'est-à-dire les décès avant 65 ans. Chaque année en France le tabac tue 75 000 personnes, l'alcool 41 000 personnes et les drogues illicites 1600. Le tabac et l'alcool sont les premiers facteurs de risque de mortalité évitable. En Meuse, le taux de mortalité prématurée par pathologies liées à l'alcool est de 27%. Outre la mortalité associée, les conséquences individuelles, familiales et sociales sont importantes. • Ces pratiques d'usage sont d'abord et essentiellement des conduites sociales, avant de devenir des conduites addictives. Ainsi, la CPTS souhaite s'inscrire dans une dynamique de prévention auprès de ces habitants afin de prévenir tous risques de santé évitables. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer des actions de prévention aux addictions ➤ Dépistage par les PS de villes (trois VHC dans un 1^{er} temps en officine) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Habitants du territoire de la CPTS
Acteurs impliqués		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Professionnels de santé sur le territoire de la CPTS ➤ Education nationale ➤ Elus locaux ➤ Associations ➤ CSAPA ➤ CLS du territoire ➤ ESP de Verdun 		
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="1345 1119 1488 1258"> </div> <div data-bbox="1549 1168 1633 1233"> <ul style="list-style-type: none"> • • </div> <div data-bbox="1742 1096 2328 1239"> <p style="text-align: center;">Référents</p> <p style="text-align: center;">M HENNY, Pharmacien hospitalier Dr VALLET, membre CSAPA</p> </div> </div>		

Calendrier

- Mi 2023 : Réalisation du recueil et mise en place de temps de coordination entre les différents acteurs du territoire
- Début 2024 : Mise en place des actions de préventions

Modalités de mise en œuvre

 Recensement du public et des actions réalisées :

- Mener une réflexion sur l'accompagnement envisagé des patients addicts, tout en leur évitant une stigmatisation
- Evaluer le positionnement de chaque dispositif dans la prévention.

Exemple : Sur Verdun, pour les patients sous TCO, un addictologue est impliqué afin de réaliser des actions de formation et de sensibilisation

- Identifier les territoires nécessitant une prévention et une sensibilisation plus accrue

 Coordonner les parties prenantes du territoire :

- Proposer des temps d'échanges entre professionnels et associations afin d'échanger sur les problématiques rencontrées et comment accompagner ces patients d'un point de vue médical et social
- Formaliser un parcours efficient pour la prise en charge des patients dits addicts, mettre en lien les acteurs afin de capitaliser sur l'existant au sein du territoire

 Proposer des temps de formation auprès des professionnels sur certaines thématiques telles que la prévention :

- Proposer des formations avec Loraddict afin de présenter les temps, ateliers et actions de préventions qui peuvent être mis en place et comment orienter les patients de manière efficiente vers des structures et associations existantes sur le territoire pouvant leur venir en aide.

 Réaliser des actions de sensibilisation auprès du public :

- Réaliser des campagnes de prévention autour de l'alcool, le protoxyde d'azote, et autres types d'addictions que les drogues dures.
- Mettre en place des actions portées en collaboration avec des associations sportives, avec la maison des adolescents ou avec encore l'éducation nationale : parler des différentes drogues, pour sensibiliser conjointement avec le CSAPA.
- Travailler en collaboration avec l'ESP de Verdun sur leurs fiches actions en lien avec l'addiction.

Moyens et outils nécessaires


- S'appuyer sur les CLS pour relai de communication et soutien à la mise en œuvre
- Groupes de travail spécifiques
- Création de support d'information

Indicateurs de suivi

- Nombre d'actions de prévention déployées (indicateur de résultat)
- Nombre de patients bénéficiant de ces actions (indicateur de résultat)

Mission socle

Développement de la qualité et la pertinence des soins

Constats	Objectifs généraux	Public cible
<ul style="list-style-type: none"> • Les patients de plus de 75 ans sont de plus en plus nombreux et sont plus fragiles et polymédicamentés. • Plus de 15 % des patients ayant eu au moins 10 molécules (Classe ATC sur 7 caractères) distinctes délivrées 3 fois dans l'année sont recensées sur le territoire. • Le manque de coordination entre la ville et l'hôpital entraîne des erreurs de traitements et augmente le risque de iatrogénie médicamenteuse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser les conciliations à l'admission et à la sortie d'hospitalisation pour la population de 75 et plus. ➤ Conciliation de sortie et diffusion auprès des professionnels de ville (pharmaciens, médecins, kinésithérapeutes, et IDEL) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patients de 75 ans et plus
Acteurs impliqués		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Professionnels de santé de ville (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes etc.) ➤ Professionnels de santé hospitalier 		
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p style="text-align: right;">Référents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr HENNY, Pharmacien hospitalier • Dr WILCKE, Pharmacien d'officine <p style="text-align: right; color: green;">14 Président de l'URPS Pharmacie</p> </div> </div>		

Autres projets

- Projet de plateforme de coordination sur CH de Saint Dizier avec admission directe pour les patients de plus de 75 ans vivant en EHPAD ou à domicile (*en cours de création*)
 - Projet à l'état de construction : prévoir fiche de liaison et check liste des documents avant hospitalisation) :
 - objectifs: diminuer le nombre d'entrées par les urgences et faciliter la conciliation à l'admission
- Utiliser la CPTS pour la diffusion d'informations auprès des PS de villes

Exemples : Phar'mag

PHAR'MAG N°7 Avril 2023
BULLETIN D'INFORMATION DU RISQUE MÉDICAMENTEUX

PRESCRIPTION / DEPRESCRIPTION DES INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS (IPP)

POURQUOI PRESCRIRE UN IPP ?

- IPP = anti-acide anti-sécrétoire (per os ou injectable)
- Préférentiellement le matin à jeun (30min des repas)
- Si besoin 2x (matin et soir avant repas)
- Durée recommandée : 8 semaines
- Si > 8 semaines : réévaluation du traitement, suivi biologique (potassium, créatinine, magnésémie)

Esoméprazole
Oméprazole
Pantoprazole
Rabéprazole
Lansoprazole

Indications :

- Préservation de l'acidité gastroduodénale (IGD) induite par la prise d'AINS chez les patients à risque (> 45 ans, ATCD d'IGD, association à un antiagrégant plaquettaire)
- Région gastro-œsophagienne (RGO), œsophagite par RGO
- Eradication d'*Helicobacter Pylori*
- Syndrôme de Zollinger Ellison

POURQUOI ARRÊTER UN IPP ?

NOMBREUSES DÉCLARATIONS DE PHARMACOVIGILANCE

- En Lorraine (depuis 2013) : 460 déclarations dont 250 cas graves
- Rapport ANSM (2019) : surprescription ou prescription non justifiée, notamment chez le sujet âgé

EFFETS INDÉSIRABLES PEU CONNUS ET INSIDIEUX

- Court terme : troubles digestifs, céphalées
- Long terme : hyponatrémie, hypocalcémie, hypomagnésémie, insuffisance rénale sur néphrite interstitielle, carence en Vit. B12, carence martiale, ostéoporose

LA DEPRESCRIPTION EN PRATIQUE

- PAS D'ARRÊT BRUTAL**
Risque d'effet rebond dès 8 semaines de traitement
- SI IPP DEPUIS > 4 SEMAINES** : réévaluation du traitement
- S'entretenir avec le patient sur la nécessité de maintenir le traitement
- Rechercher l'indication
- Rechercher d'éventuels effets indésirables
- Rechercher d'éventuels effets indésirables
- Rechercher d'éventuels effets indésirables

POUR LIMITER LE RISQUE D'ACIDITÉ GASTRIQUE

- Prendre des petits repas, à heure fixe, 2 à 3h avant de se coucher et limiter les aliments suivants : café, thé, chocolat, graisses, épices, sodas, alcool, tomates, menthe...
- Surélever la tête de lit
- Arrêter de fumer

PRISE EN CHARGE DE LA REAPPARITION DE SYMPTÔMES

- Symptôme(s) occasionnel(s) : Alginate (Diossécine), AntiH2, IPP prescrit en si besoin (en justifiant le besoin)
- Symptôme(s) persistant(s) : Prescrire un IPP mais à la dose minimale efficace, Réalisation d'une endoscopie

CHOISIR LE PROTOCOLE DE DEPRESCRIPTION LE PLUS ADAPTE

- Si de la posologie de moitié
- Arrêt progressif : 1/2 puis 1/3 ...
- Prescription en si besoin (en justifiant le besoin)

AU SEIN DES EHPAD DU CHVSM

- Présence d'une infirmière en Pratique Avancée (IPA) → facilite le suivi, la réévaluation et la déprescription avec l'accord du médecin
- Résultats de l'évaluation des prescriptions d'IPP au sein de l'EHPAD Sainte-Catherine

Analyse des dossiers patients :

- 90 / 253 résidents sous IPP
- 46 % sans indication renseignée
- 02/2023

Réunion pluriprofessionnelle :

- médecins, IPA et pharmacie
- 04/04/2023

29 prescriptions modifiées :

- 17 arrêts de prescriptions
- 4 en cours d'arrêt : posologie dégressive
- 8 posologies diminuées
- 24/04/2023

GHT CEILIR GRAND EST

PHAR'MAG N°9 Juin 2023
BULLETIN D'INFORMATION DU RISQUE MÉDICAMENTEUX

MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS (MPI) CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

QU'EST CE QU'UN MPI ?

- MPI = Médicament Potentiellement Inapproprié
- Médicament avec un rapport bénéfice/risque devenu défavorable chez la personne âgée
- Pourquoi chez la personne âgée ?
 - Modifications physiologiques liées au vieillissement → variations pharmacocinétiques
 - Population souvent polyathologique (plus pathie) et polymédicamentée (8 médicaments en moyenne par jour)
 - Augmentation du risque d'apparition d'effets indésirables, efficacité contestable, motif d'hospitalisation, ...

POURQUOI RÉDUIRE LA PRESCRIPTION DES MPI CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ?

- Lutter contre la polymédication et optimiser l'ordonnance
 - Orienter les praticiens dans leur choix
 - Diminuer les réhospitalisations en lien avec la iatrogénie médicamenteuse
- Sensibiliser les professionnels de santé au concept de révision d'ordonnance et de déprescription (limité ou suivi de certains médicaments dont le rapport bénéfice/risque serait incertain voire défavorable)
- Transmission de l'information en ville pour réduire également la prescription de MPI

AU SEIN DU CHVSM

- Analyse des prescriptions chez les personnes > 75 ans dans les services de médecine, d'USLD et à l'EHPAD Sainte-Catherine
- Référentiel retenu : « Guide de bon usage du médicament en gériatrie » - ONEDIT Grand Est

278 ordonnances analysées :

- 41 patients avec au moins 1 MPI
- 46 prescriptions de MPI
- 0 patients avec 2 MPI
- 20 MPI d'effets prescrits

Parmi ces 41 prescriptions :

- 32 propositions d'alternatives thérapeutiques
- 9 autres cas : renforcement de la surveillance d'apparition d'effets indésirables, avis spécialisé (ex. avis consulté pour prescription de Fivacine)

Conclusion :

- Liste des MPI = nouvel outil d'analyse pharmacologique d'ordonnances
- Réduction d'avis pharmacologiques à destination des prescripteurs pour réduire le nombre de MPI chez les personnes âgées

QUELS SONT LES PRINCIPAUX MPI RENCONTRÉS ET LEURS ALTERNATIVES ?

MPI *	Alternatives
Antidépresseurs imipraminiques Ex : Amitriptyline, Clomipramine, ...	ISRS, IRSNA Ex : (Es)Citalopram, Fluoxétine, Paroxétine, Venlafaxine, ...
Benzodiazépines à demi-vie longue (>20h) et Alimémarine Ex : Bromazépam, Clonazépam, Diazépam, Clorazépate, ...	Benzodiazépines à demi-vie courte Ex : Alprazolam, Oxazépam, Lorazépam, ...
Antipsychotiques phénothiazines « azine » Ex : Chlorpromazine, Clozapine, Lévoamproprazine, ...	Autres neuroleptiques Ex : Tiapride, Risperidone, Olanzapine, ...
Antihypertenseurs à action centrale (alpha-bloquant) Ex : Rilménidine, Moxonidine, ...	Autres antihypertenseurs Ex : Hydrochlorothiazide ou inhibiteur calcique **, ...
AntiHistaminique H1 (1^{ère} génération) Ex : Allimémarine, Hydroxyzine, Doxépramine, ...	AntiHistaminiques H1 (2^{ème} génération) Ex : Cetirizine, Desloratadine, Loratadine, ...
AINS	Paracétamol ou corticoïdes selon indication

* Liste non exhaustive (cf « Guide de bon usage du médicament en gériatrie » - ONEDIT Grand Est)
** Normes Nicardipine et Nifédipine à longue durée d'action qui sont des inhibiteurs calciques considérés comme MPI

Référentiels disponibles

- Liste de Beers, STOPP&START, EU7PIM, EchelleCIA, Euro Forat, Priscus, ...

GHT CEILIR GRAND EST

Conclusion

- ▶ Un secteur déjà très structuré avec de nombreuses actions déjà entreprises que cela soit en local (MSP) ou en lien Ville-Hôpital-Ville.
- ▶ Un travail de fédération de l'organisation territoriale engagé au service du parcours de vie et de soins des patients.
- ▶ Rapprocher les acteurs locaux pour mieux se connaître et faire vivre la CPTS.
- ▶ Un territoire peu riche en hommes mais riche de ses hommes.