****







**Guide d’accompagnement pour l’animation d’un atelier sur**

**la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées**

**en CPTS**

**A l’attention des présidents et coordonnateurs de CPTS**

Table des matières

[I. Introduction 3](#_Toc203573982)

[II. Objectifs de la soirée : mieux se connaître, partager, agir 3](#_Toc203573983)

[III. Participants et Intervenants 4](#_Toc203573984)

[IV. Format et contenu de la soirée 4](#_Toc203573985)

[V. Capitalisation 5](#_Toc203573986)

[Annexe 1 – Proposition de rétro planning pour l’organisation de la soirée d’animation sur la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée 6](#_Toc203573987)

[Annexe 2 : Cas clinique 1 (20 min) 8](#_Toc203573988)

[Annexe 3 : Cas clinique 2 (20 min) 10](#_Toc203573989)

[Annexe 4 : Guides animateurs pour les 2 cas cliniques 11](#_Toc203573990)

[Annexe 5 : Fiche d’évaluation de la soirée 17](#_Toc203573991)

[Annexe 6 : Coordonnées des membres de la sous-commission iatrogénie du PAPRAPS pour contact si besoin sur le kit 19](#_Toc203573992)

1. Introduction

La iatrogénie médicamenteuse constitue un enjeu majeur de santé publique, en particulier chez les personnes âgées. En effet, les effets indésirables liés aux médicaments sont estimés être deux fois plus fréquents après 65 ans, et dans 10 % à 20 % des cas, ils entraînent une hospitalisation. Le vieillissement s’accompagne souvent de pathologies multiples nécessitant des traitements médicamenteux variés. Il en résulte une augmentation du recours aux médicaments, avec des risques accrus liés à la polypathologie, mais aussi à la polymédication.

L’Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la polymédication comme « l’administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l’administration d’un nombre excessif de médicaments ». Ce phénomène expose particulièrement les personnes âgées à un risque iatrogène élevé. Il est également important de souligner que les principaux prescripteurs dans cette population sont les professionnels de soins primaires : environ 75% des prescriptions sont réalisés par les médecins généralistes.

La iatrogénie médicamenteuse peut souvent être évitée notamment grâce à une information adéquate et de l’écoute entre les professionnels et les patients. Dans le cadre du Plan d’Action Pluriannuel Régional pour l’Amélioration de la Pertinence des Soins 2022-2025 des Pays de la Loire (PAPRAPS), une action visant à sécuriser le parcours médicamenteux des patients âgés en limitant la iatrogénie médicamenteuse a été construite en lien avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Afin de favoriser la coordination entre les professionnels de santé, la mise en place de soirées d’animation au sein des CPTS est une solution efficace pour créer un espace d'échange et faire émerger localement des solutions concrètes pour améliorer le parcours médicamenteux des patients.

Fort du succès rencontré lors de trois soirées « pilotes » organisées en 2024 et 2025, les membres de la sous-commission iatrogénie médicamenteuse du PAPRAPS ont produit ce guide qui vise à accompagner les professionnels dans l’animation de soirées dédiées à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée. Il propose des outils pour favoriser la réflexion collective, partager les bonnes pratiques, et renforcer les compétences autour d’une prescription plus sûre et adaptée aux besoins des personnes âgées.

1. Objectifs de la soirée : mieux se connaître, partager, agir

Organiser une soirée sur la iatrogénie médicamenteuse aura d’autant plus de sens qu’elle est en cohérence avec les priorités de la CPTS, ses spécificités, son organisation ou répond à une attente des professionnels pour leurs patients. Certaines CPTS ont d’ores et déjà inscrit l’amélioration de la prise en charge médicamenteuse comme un des objectifs de leur ACI (accord conventionnel interprofessionnel). Pour d’autres, ce sujet reste à explorer. Dans les deux cas, cette soirée sera un levier pour que les membres de la CPTS puissent travailler ensemble pour limiter le risque médicamenteux de leurs patients dans le cadre de la qualité et de la pertinence, des parcours ou de la prévention.

**La soirée permettra de :**

* Créer du lien entre les professionnels
* Répondre à leurs attentes sur la iatrogénie médicamenteuse
* Fournir des outils pour prévenir et gérer les effets indésirables des médicaments
* Promouvoir une utilisation sécurisée des médicaments au travers des échanges pluridisciplinaires

1. Participants et Intervenants

Concernant les participants, la pluridisciplinarité est recherchée en réunissant une quinzaine de participants.

Le modèle initial des soirées a été conçu en s’appuyant sur des intervenants régionaux experts dans leur domaine pour animer chaque séquence. Des professionnels « intervenants experts » au sein des CPTS ou du territoire seront sollicités pour prendre le relais, adapter et s’approprier les supports proposés[[1]](#footnote-1). Pour conserver la vocation pluriprofessionnelle de ces soirées, il est conseillé d’identifier : un ou plusieurs médecins, pharmaciens, sage-femmes, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes …qui porteront les messages. Les professionnels des MSP, les médecins des groupes qualité APIMED s’il en existe sur votre territoire sont un profil intéressant à solliciter.

Une proposition de rétroplanning est détaillée en annexe 1.

1. Format et contenu de la soirée

Le format proposé pour les soirées d’animation est défini sur 2 heures et comprend 5 temps :

* **Accueil** (10 minutes)
* **Première séquence** de présentations en **plénière** suivie d’échanges interactifs et réponses aux questions des participants (40 minutes)
* **Deuxième séquence** **d’ateliers en sous-groupe**s de 6 à 8 personnes sur deux cas cliniques pluri- professionnels impliquant un risque iatrogénique (45 minutes).
* **Troisième séquence** de restitution en plénière (15 minutes) avec présentation des 3 fiches et du kit de deprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) (anticholinergiques, anticoagulants oraux directs, anticoagulants à action directe (AOD), application mobile APIME)
* **Conclusion** (10 minutes)

Les CPTS ont une bonne maîtrise de l’organisation et de l’animation d’ateliers. Elles savent mobiliser les participants, les ressources nécessaires, être garantes du temps et de l'enchaînement des points de l’ordre du jour. Le kit d’animation a pour objet de faire bénéficier les CPTS d’un contenu scientifique conçu et testé pour faire vivre ces ateliers.

**Le kit « soirée clé en mains » comprend** :

**Pour la première séquence** :

3 diaporamas : pour chaque diapositive, les commentaires sont disponibles dans les pages de notes du power point

* Prévention de l’iatrogénie médicamenteuse chez les sujets âgés (Dr Fanny d’Acremont – OMEDIT ; Dr Yves Lequeux - APIMED)
* Accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse (Mme Fabienne Desneaux – URPS Infirmiers)
* Pharmacie clinique et mise en place du bilan partagé de médication (Dr Alain Guilleminot – URPS Pharmaciens)

**Pour la deuxième séquence**

2 cas cliniques expliqués pour les ateliers pratiques (annexes 2 et 3) + les erreurs commises et les leçons à en tirer (annexe 4)

**Pour la troisième séquence**

1 kit et 3 fiches pratiques à remettre :

* Un kit sur la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) (DMG CHU de Nantes, Omédit, assurance maladie, APIMED) contenant une notice d’explication, un flyer à destination du patient et un algorithme de déprescription.
* Une fiche sur les anticholinergiques (Omédit)
* Une fiche sur les anticoagulants oraux directs (ANSM)
* Un flyer sur l’appli mobile APIMED permettant de connaître le bénéfice/risque des médicaments (APIMED)

**A toutes fins utiles, des modèles d’invitation des participants, d’affiches de la soirée, d’ordre du jour sont également accessibles. En annexe 5, vous trouverez un exemple de fiche d’évaluation de la soirée.**

1. Capitalisation

Les participants, collectivement, pourront proposer des actions concrètes à mettre en place au sein de la CPTS. Il s’agit d’un moment d’échange privilégié (création d’un climat propice à l’expression), pour faire émerger des actions collectives, individuelles, en cohérence avec la stratégie du territoire. Cela peut être recueilli en séance et lors de l’évaluation de la soirée.

Il est vivement conseillé de transmettre une fiche d’évaluation qui permettra également l’envoi des supports pédagogiques aux participants.

Annexe 1 – Proposition de rétro planning pour l’organisation de la soirée d’animation sur la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée

#### Images de Emoji Horloge – Téléchargement gratuit sur Freepik6 mois avant la réunion :

1. Définir les objectifs de la Réunion selon les objectifs stratégiques de la CPTS

Lister les initiatives déjà lancées en lien avec ce sujet sur le territoire

1. Identifier les intervenants et Participants

Listez les professionnels de santé à qui s’adresse cette soirée.

Assurez-vous d'inclure des représentants de toutes les disciplines pertinentes.

Contactez les personnes ressources pour leur proposer d’intervenir en tant qu’experts

1. Choisir la Date et le Lieu :

Proposez plusieurs dates et lieux possibles

Consultez les intervenants pour trouver la meilleure option.

1. Préparer l'Ordre du Jour :

Élaborez l’ordre du jour détaillé avec les sujets à aborder, les intervenants, et le temps alloué pour chaque point en vous inspirant du modèle proposé

**3 mois avant la réunion :**

1. Envoyer les Invitations :

Envoyez des invitations formelles par email avec les détails de la réunion et l'ordre du jour ou en pièce jointe l’affiche de la réunion

1. Préparer les Supports de Présentation :

Commencez à préparer les diapositives ou autres supports visuels nécessaires pour la réunion en vous inspirant du modèle proposé en lien avec les intervenants

1. Collecter les Informations Nécessaires :

Rassemblez les données, rapports, ou études de cas pertinents qui seront discutés lors de la réunion

#### Images de Emoji Horloge – Téléchargement gratuit sur Freepik2 mois avant la réunion :

1. Relancer les Participants

#### Images de Emoji Horloge – Téléchargement gratuit sur Freepik1 mois avant la réunion :

1. Relancer les Participants
2. Confirmer la Présence des intervenants :

Envoyez un rappel pour confirmer la présence des intervenants et vérifiez s'ils ont des besoins spécifiques (matériel, accès, etc.).

1. Préparer les Documents à Distribuer :

Imprimez ou préparez les documents qui seront distribués lors de la réunion (cas cliniques, le kit deprescription des IPP et fiches de recommandations)

#### Images de Emoji Horloge – Téléchargement gratuit sur Freepik1 semaine avant la réunion :

1. Finaliser les Présentations :

Assurez-vous que toutes les présentations sont complètes et prêtes à être partagées.

1. Vérifier la Logistique :

Confirmez les arrangements pour le lieu de la réunion (salle, équipement audiovisuel, etc.).

#### Images de Emoji Horloge – Téléchargement gratuit sur Freepik Quelques jours avant la réunion :

1. Envoyer un Rappel Final :

Envoyez un dernier rappel aux participants et intervenants avec les détails pratiques (adresse, heure, accès, etc.).

1. Préparer le Matériel :

Assurez-vous que tout le matériel nécessaire (projecteur, ordinateur, connexions, etc.) est prêt et fonctionnel.

**Le jour de la réunion :**

1. Arriver en Avance :

Arrivez tôt pour préparer la salle et accueillir les participants.

1. Animer la Réunion :

Suivez l'ordre du jour, modérez les discussions, et assurez-vous que tous les points sont couverts.

1. Prendre des Notes et Enregistrer les Décisions :

Désignez si besoin une personne pour prendre des notes et enregistrer les décisions prises pendant la réunion.

**Après la réunion :**

1. Envoyer un Compte Rendu et le questionnaire de satisfaction :

Rédigez et envoyez un compte rendu de la réunion aux participants, incluant les échanges, propositions faites et les actions à suivre et les documents en formats dématérialisés (diaporama et kit, outils)

1. Suivre les Actions :

Assurez-vous que les actions décidées lors de la réunion sont mises en œuvre et suivez leur progression.

Annexe 2 : Cas clinique 1 **(20 min)**

## 🔎 Le patient

Mr Hyatro 81 ans, vit en couple à domicile. Il se déplace difficilement du fait d’une coxarthrose bilatérale évoluée qui doit être opérée prochainement. Cela l’inquiète beaucoup, il est douloureux et dort mal, s’alimente peu et a beaucoup maigri.

Son épouse de 80 ans présente un déclin cognitif modéré, elle s’occupe cependant de tout à la maison (gestion du pilulier, organisation, prise de RV…).

Antécédents :

Hypertension artérielle (HTA),

Fibrillation atriale (FA) (sous Apixaban (Eliquis®) depuis 1 an)

Reflux gastro-oesophagien (RGO) (fibroscopie 2015: œsophagite non compliquée ; contrôle 2016 = normale)

Traitement actuel**:**

* Périndopril 8 mg 1 cp le matin
* Hydrochlorothiazide (Esidrex®) 25mg 1cp le matin
* Apixaban (Eliquis®) 5mg 1cp matin et soir
* Paracétamol 1g, 3 fois/jour
* Oméprazole 20mg 1cp le soir
* Oxazepam (Seresta®) 10mg 1cp le soir

Biologie(il y a 6 mois) :

* Numération (NFS), ionogramme, C-réactive protéine (CRP), glycémie, bilan hépatique normal
* Débit de filtration glomérulaire (DFG) 45 ml/mn

✅ Jour 1

Mr Hyatro a été opéré de sa hanche droite (prothèse totale de hanche (PTH)) et rentre à domicile à J4 avec son ordonnance de sortie :

* Ramipril (Triatec®)5mg 1 cp le matin (à la place du périndopril non disponible dans le service),
* Hydrochlorothiazide (Esidrex®) 25mg 1cp le matin,
* Apixaban (Eliquis®) 5mg 1cp matin et soir,
* Paracétamol 1g matin midi et soir
* Kétoprofène 1cp matin et soir, pendant 1 semaine
* Oméprazole 20mg 1cp le soir
* Zolpidem 10mg 1cp au coucher (à la place du SERESTA non disponible dans le service)

Son épouse va de suite à la pharmacie avec cette ordonnance. Elle précise au pharmacien « je vais lui préparer son pilulier, j’ai l’habitude, c’est moi qui m’en occupe depuis longtemps ». Elle complète donc le pilulier avec : le kétoprophène, le ramipril et le zolpidem au coucher.

Le pilulier comprend donc :

1. Le matin : Ramipril, Hydrochlorothiazide, Perindopril, Apixaban, paracétamol, kétoprophène;
2. Le midi : paracétamol ;
3. Le soir : Apixaban, Oméprazole, paracétamol kétoprophène;
4. Au coucher : zolpidem et Oxazépam 10mg.

## ✅ **Jour 2**

Au réveil Mr Hyatro se sent fatigué, émerge difficilement, il se plaint de nausées et de douleurs au niveau de sa hanche opérée. Il a des difficultés à se lever avec une sensation de malaise, de vertiges. Il décide de ne pas manger et de rester alité.

Elle appelle tout de suite le cabinet médical pour informer son médecin de son retour à domicile et de la situation. La secrétaire l’informe que le docteur passera demain à domicile en lui conseillant de rester alité.

## ✅ **Jour 3**

Le médecin, lors de sa visite le lendemain après-midi trouve son patient alité, conscient mais très ralenti.

Il est douloureux malgré la prise paracétamol, se plaint d’une grande fatigue et surtout de sensation de malaise et de vertige au lever. Il s’alimente peu et boit peu. A l’examen : TA=105/74, pas de fièvre.

Il lui prescrit un bilan biologique à faire par l’IDE le lendemain matin.

## ✅ **Jour 4**

L’IDE lors de son passage au domicile pour la prise de sang, trouve Mr H. confiné au lit, peu réactif. Elle constate un hématome au niveau de sa hanche opérée. Son état clinique est stable,

Elle demande à son épouse s’il a bien pris son traitement ? Celle-ci confirme formellement.

Elle lui conseille cependant d’appeler son médecin en fin d’après-midi, car « il aura les résultats de la biologie ».

Madame H. téléphone donc au médecin traitant vers 17h mais celui-ci n’a pas encore les résultats du bilan et lui demande de rappeler le lendemain matin.

## ✅ **Jour 5**

Comme convenu Mme Hyatro appelle son médecin, la secrétaire l’informe qu’il est absent et lui passe son associé. Il consulte le dossier : la biologie est préoccupante : DFG 25 mL/mn, kaliémie 5,2 mmol /L, natrémie 128 mmol /L, Hb 9,5 g/dL mais les données de la visite à domicile de la veille ni le courrier de sortie d’hospitalisation n’y figurent. Il lui confirme qu’il passe le voir ce midi après ses consultations.

Il découvre un patient déshydraté, somnolent avec une tension artérielle (TA) 90/65, l’hématome de la hanche, il demande à son épouse l’ordonnance de l’hôpital. Elle lui montre la prescription de l’hôpital et le pilulier pour lui prouver que les médicaments sont bien pris ! Il constate de suite le bug et informe son épouse qu’une hospitalisation est nécessaire et qu’il va appeler le 15.

Le patient arrive aux urgences dans l’après-midi et est pris en charge en réanimation pour insuffisance rénale aigue.

Annexe 3 : Cas clinique 2 **(20 min)**

## 🔎 Le patient

Mr P. 70 ans vit à domicile avec son épouse. Il est autonome, sédentaire en surpoids et dépressif

Antécédents :

* Cardiopathie ischémique (angor stable),
* Diabète non insulino-dépendant (DNID) ancien insulino requérant depuis 2 ans,
* Adénome prostatique,
* Syndrome anxio-dépressif,
* Reflux gastro-œsophagien ancien (fibroscopie normale).

Traitement actuel**:**

* Ramipril (Triatec®) 5mg 1cp le matin
* Acide acétylsalicylique (Kardegic®) 160 mg 1 le matin
* Paroxetine (Deroxat®) 1cp le soir
* Insuline Glargine (Lantus ®) LANTUS 1 inj. le matin
* Lansoprazole (Ogastoro®) 30mg, 1 le soir
* Dutastéride (Advodart®) 1cp le soir (prescrit par l’urologue)

Biologie:

Suivi trimestriel mais pas de biologie récente en dehors du contrôle trimestriel de HbA1C (dernier bilan Débit de filtration glomérulaire -ionogramme > 1 an, résultats normaux)

✅ Jour 1

1. Vous avez été appelé à domicile par son épouse très inquiète. Elle vous informe qu’Il se plaint de douleurs dorsales qui l’empêchent de dormir depuis plusieurs jours, malgré la prise régulière de Paracétamol.
2. Il a du mal à se lever et se plaint de difficultés pour uriner. L’examen clinique est normal, pas de fièvre, Tension artérielle (TA)=125/75, Hémoglucotest HGT correct. L’ECG est inchangé par rapport au précédent (rythme sinusal, N = 90 /mn, pas de signe de nécrose). Le médecin lui prescrit :
3. - Doxylamine (Donormyl®) 1cp au coucher,
4. - Tramadol (Topalgic®) LP 100mg matin et soir (à la place du Paracétamol).

## ✅ **Jour 2**

Le lendemain matin l’IDE passe lui faire son insuline quotidienne après contrôle Hémoglucotest (HGT). Il se plaint de nausées et de sensations vertigineuses, il a la bouche sèche et s’alimente peu. Il est moins douloureux, apyrétique, et sa tension artérielle est normale.

Son épouse lui signale qu’il a été agité cette nuit avec des levers fréquents pour uriner et qu’elle lui a donné de la métopimazine (Vogalène®) pour ses nausées. L’IDE lui conseille d’appeler son médecin demain.

## ✅ **Jour 3**

Le lendemain lors de la visite du médecin son état est stable mais la nuit a été très perturbée par ses difficultés mictionnelles. Il lui prescrit du chlorure de tropsmium (Ceris®) 1 cp matin et soir (à la place de l’AVODART) pour ses problèmes mictionnels qui le perturbent beaucoup.

## ✅ **Jour 4**

Le surlendemain Mr P. présente un syndrome douloureux abdominal aigu et est hospitalisé en urgence pour rétention aigue d’urines.

Annexe 4 : Guides animateurs pour les 2 cas cliniques

**L’objectif des ateliers de cas cliniques est de susciter l’échange entre professionnels (médecins, pharmaciens, IDE, etc.) et de favoriser une réflexion pluriprofessionnelle autour de la iatrogénie médicamenteuse.**

 **Astuces pour l’animateur** :

* Il rappelle les Objectifs de la table ronde :
* Identifier les facteurs de risque d’iatrogénie médicamenteuse à travers un cas clinique réel.
* Mettre en lumière les dysfonctionnements dans la chaîne de soins.
* Proposer collectivement des actions d’amélioration ou de prévention.
* Il distribue le premier cas clinique imprimé à chaque participant et en fait une lecture rapide
* Il fait émerger les réactions à chaud. Que ressentent les participants face à cette situation ? Quel serait leur premier réflexe professionnel ?
* Si besoin guider la réflexion en s’inspirant des questions ci-dessous
* **Rester maitre du temps !**

**Guide animateur « cas clinique 1 »**

**Les « outils de l’animateur » :** 1 paper-board **+** feutres de couleur

**🔎 Temps 1 – Le début de l’atelier**

L’objectif est de susciter l’échange entre professionnels (médecins, pharmaciens, IDE, etc.) et de favoriser une réflexion pluriprofessionnelle.

1/ **Tour de table de présentation des participants ;**

**2/ Rappel des objectifs spécifiques de cette séquence :**

• Identifier les risques d’iatrogénie médicamenteuse et les autres risques liés au patient et à son environnement.

• Mettre en lumière les dysfonctionnements dans la chaîne de soins.

• Proposer des actions d’amélioration ou de prévention.

**🔎 Temps 2 – Déclinaison du scénario clinique**

La lecture par l’animateur du scénario, étape par étape, permet de cibler les échanges au fur et à mesure de l’évolution de la situation clinique. La lisibilité de la situation clinique est meilleure et moins chronophage qu’une lecture globale.

Rester maitre du temps ! Cadrer les échanges sur chaque objectif

Si besoin guider la réflexion en s’inspirant des questions ci-dessous

L’utilisation du paper-board permet à l’animateur de noter les réponses des participants et facilite leur hiérarchisation pour la rédaction de la synthèse en fin d’atelier. Celle-ci sera présentée en plénière par l’animateur ou un rapporteur volontaire désigné au début de l’atelier.

Objectif 1 : **Faire émerger les risques iatrogènes médicamenteux et les autres risques (patient et entourage).**

Si besoin de relancer par des questions ouvertes :

* Que ressentez-vous face à cette situation ? Quel serait leur premier réflexe professionnel ?
* A votre avis il y a-t-il des médicaments ou associations médicamenteuses à risque iatrogène et pourquoi ?
* Quelles sont les données cliniques et/ou biologique(s) concernant le patient et les facteurs liés à son environnement susceptible de l’aggraver ?

Les principaux éléments à faire émerger :

* Posologie de l’Apixaban (Eliquis®) non adaptée chez ce patient âgé, insuffisant rénal et dénutri (2,5 mg au lieu de 5mg),
* Posologie d’oxazépam non adaptée chez le sujet âgé (1/2 dose adulte)
* AINS : risque d’aggravation de l’insuffisance rénale, risque hémorragique
* Interroger la place de l’IPP au long cours (B/R) ?
* Interaction IEC/diurétique : risque accru d’IRA, majoré en cas d’épisode de déshydratation
* Les doublons médicamenteux (2 hypnotiques et 2 IEC) par superposition des prescriptions
* Fragilité liée à l’âge, insuffisance rénale, hydratation insuffisante, amaigrissement, dénutrition,
* Etat cognitif de l’aidant.

**Objectif 2** : **Analyser les dysfonctionnements dans la coordination des soins et la gestion du traitement**

Si besoin de relancer par des questions ouvertes :

* Que pensez-vous de cette prise en charge du patient ?
* Y a-t-il des dysfonctionnements dans le parcours de soins ?

Les éléments à faire émerger :

* Absence de coordination entre l’hôpital et la médecine de ville (double IEC non corrigé, pas de courrier).
* Pas de conciliation médicamenteuse à la sortie.
* Non-vérification du traitement au retour à domicile par un professionnel de santé.
* Sous-estimation des signes cliniques (fatigue, vertiges, refus de s’alimenter).
* Délai de réaction trop long face aux alertes de l’épouse et de l’IDE.
* Une adaptation posologique de l’apixaban (Eliquis®) à 2,5 mg 2 fois par jour chez ce patient âgé et IR est recommandée.

**Objectif 3 :** **Comment éviter ces erreurs, que proposez-vous ?**

Si besoin questions ouvertes à poser au groupe :

* Que pourrait-on faire différemment dans une situation similaire ?
* Quels outils ou pratiques pourraient prévenir ces erreurs ?
* Quelles actions spécifiques peuvent être mises en place localement ?

Exemples de pistes d’amélioration à faire émerger :

* Bilan partagé de médication/Conciliation médicamenteuse à la sortie,
* Prescription par le service hospitalier d’un suivi IDE à domicile dès le retour à domicile,
* Mise en place d’une équipe de soins coordonnée,
* Alertes sur doublons thérapeutiques à la pharmacie.

**🔎 Temps 3 – Rédaction de la synthèse du groupe**

Elle nécessite une réflexion collective pour hiérarchiser les points clé identifiés par le groupe concernant chaque objectif. L’affichage de cette sélection peut être réalisé en surlignant sur le paper-board les différents messages sélectionnés par le groupe.

**GUIDE ANIMATEUR – Cas clinique 2**

**Les « outils de l’animateur » :** 1 paper-board **+** feutres de couleur

**🔎 Temps 1 - Le début de l’atelier**

L’objectif est de susciter l’échange entre professionnels (médecins, pharmaciens, IDE, etc.) et de favoriser une réflexion pluriprofessionnelle.

1/ **Tour de table de présentation des participants ;**

**2/ Rappel des objectifs spécifiques de cette séquence :**

• Identifier les risques d’iatrogénie médicamenteuse et les autres risques liés au patient et à son environnement.

• Mettre en lumière les dysfonctionnements dans la chaîne de soins.

• Proposer des actions d’amélioration ou de prévention.

**🔎 Temps 2 – Déclinaison du scénario clinique**

La lecture par l’animateur du scénario, étape par étape, permet de cibler les échanges au fur et à mesure de l’évolution de la situation clinique. La lisibilité de la situation clinique est meilleure et moins chronophage qu’une lecture globale.

Rester maitre du temps ! Cadrer les échanges sur chaque objectif

Si besoin guider la réflexion en s’inspirant des questions ci-dessous

L’utilisation du paper-board permet à l’animateur de noter les réponses des participants et facilite leur hiérarchisation pour la rédaction de la synthèse en fin d’atelier. Celle-ci sera présentée en plénière par l’animateur (ou un rapporteur volontaire désigné au début de l’atelier.

### Objectif 1 **– Quels sont les risques d’iatrogénie médicamenteuse et/ou les autres risques (patient et environnement) ?**

### Si besoin, questions à poser au groupe

* Il y a-t-il des médicaments ou associations qui vous posent question ?
* Quels sont les risques spécifiques liés au profil du patient ?

Les éléments à faire émerger :

### **Ajout de plusieurs traitements sédatifs/et à effet anticholinergique :**

### **Tramadol (Topalgic®) : opioïde faible (50mg tramadol = 10mg morphine) : effet sédatif + anticholinergique (score1= effet anticholinergique possible)** + posologie non adaptée à la fonction rénale (surdosage) chez personne âgée

### **Doxylamine (Donormil®))**: antiH1 sédatif + effet **anticholinergique (score 2=effet anticholinergique modéré)**.

### Paroxétine (Deroxat®): anticholinergique (score 3=effet anticholinergique marqué) + métabolisme hépatique(inhibiteur enzymatique =>nombreuse inter-actions médicamenteuses)

### Chlorure de tropsium **(Ceris®)** : **anticholinergique (score 3=effet marqué)**, **favorise confusion, bouche sèche**, et **rétention d’urines** chez un patient avec troubles mictionnels préexistants (HBP).

**et le risque de l’automédication (métopimazine)**

### Les antécédents urologiques du patient (hypertrophie bénigne de la prostate),

L’absence d’évaluation de la fonction rénale…

Interroger la place de l’Inhibiteur de la pompe à protons (IPP) au long cours (B/R) ?

Objectif 2 **– Quels sont les dysfonctionnements ?**

### Si besoin, questions ouvertes à poser au groupe :

* Quels sont les points faibles de la prise en charge ?
* Quels éléments auraient dû alerter plus tôt ?

### Dysfonctionnements à faire émerger :

* La non prise en compte des signes cliniques évocateurs d’un effet anticholinergique iatrogène (agitation nocturne, troubles mictionnels, nausées, bouche sèche) chez ce patient à risque (HBP, charge anticholinergique de l’ordonnance)
* **Absence de concertation pluriprofessionnelle** pour ce patient complexe : MG/Pharmacien (pas d’évaluation du risque anticholinergique) : MG/ Pharmacien, MG/IDE, Urologue,
* Signes d’alerte non reconnus.

Objectif 3 – **Comment aurait-on pu éviter cela ?**

### Si besoin, questions ouvertes à poser au groupe :

* Qu’auriez-vous fait différemment ?
* Quels « outils » auriez-vous pu utiliser pour évaluer ces risques ?
* Que proposez-vous pour sécuriser la prise en charge de ce patient ?

### Les pistes à faire émerger :

* **Concertation médicamenteuse systématique** MG/spécialiste/pharmacien pour les patients âgés, polymédiqués (Bilan partagé de médication)
* **Disposer d’une liste des principaux médicaments anticholinergiques** chez le sujet âgé
* Evaluer les signes cliniques et mieux intégrer l’**observateur principal (épouse)**: écoute active.
* **Mettre en place une équipe de soins autour du patient** (IDE/médecin/pharmacien) avec un moyen de communication validé par le trio.
* Utiliser les outils d’aide à la prescription chez le sujet âgé (liste APIMED des principaux médicaments inappropriés chez la personne âgée, guide PAPA, fiches OMEDIT, fiches VIDAL Senior, etc.).
* Synthèse des points clés : médicaments inadaptés + manque de coordination = hospitalisation évitable Rappel de la **nécessité d’une approche centrée sur le patient ET son environnement** (aide de l’épouse).

**🔎 Temps 3 – Rédaction de la synthèse du groupe**

Elle nécessite une réflexion collective pour hiérarchiser les points clé identifiés par le groupe concernant chaque objectif. L’affichage de cette sélection peut être réalisé en surlignant sur le paper-board les différents messages sélectionnés par le groupe.

Annexe 5 : Fiche d’évaluation de la soirée



**Fiche évaluation de la soirée**

CPTS : Thème : Date : / /

**Préciser votre profession :**

MG

Pharmacien

IDE

IPA

Autres : ………………………

**Quels messages importants pour votre pratique avez-vous retenus de cette formation ?**

**Formuler une ou des actions concrètes d’amélioration que vous avez identifiée(s) en les hiérarchisant (pertinence, faisabilité)**

**En 1er:**

**En 2ème**

**En 3ème:**

**Votre évaluation globale de l’action (entourez votre note)**

NUL PARFAIT

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10

Annexe 6 : Coordonnées des membres de la sous-commission iatrogénie du PAPRAPS pour contact si besoin sur le kit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | FONCTION | E-MAIL |
| Mme Marion OLIVIER | Chargée de mission au département qualité, Pertinence et Efficience – ARS Pays de la Loire | [ars-pdl-dos-qpe@ars.sante.fr](mailto:ars-pdl-dos-qpe@ars.sante.fr) |
| Dr Anne de SAUNIERE | Pharmacien, DRSM Pays de la Loire - Assurance Maladie | [anne.desauniere@assurance-maladie.fr](mailto:anne.desauniere@assurance-maladie.fr) |
| Dr Alain GUILLEMINOT | Président de l’URPS pharmaciens Pays de la Loire | [aguilleminot@urpspharmaciens-pdl.com](mailto:aguilleminot@urpspharmaciens-pdl.com) |
| Dr Fanny D'ACREMONT | Pharmacien Coordonnateur Omedit Pays de la Loire | [omedit.pdl@chu-nantes.fr](mailto:omedit.pdl@chu-nantes.fr) |
| Mme Fabienne Desneaux | Vice-présidente de l’URPS Infirmiers Libéraux Pays de la Loire | [contact@urps-idel-paysdelaloire.fr](mailto:contact@urps-idel-paysdelaloire.fr) |
| Dr Marion LASSALLE GERARD | Médecin Animateur du groupe qualité APIMED- Pays de la Loire de Vallet | [marion.lassallegerard@gmail.com](mailto:marion.lassallegerard@gmail.com) |
| Dr Yves LEQUEUX | Médecin Animateur du groupe qualité APIMED- Pays de la Loire du Pays de Retz | [y.lequeux@wanadoo.fr](mailto:y.lequeux@wanadoo.fr) |
| Mme Solène MASSON | Coordinatrice de la CPTS Sud-Loire Vignoble | [cpts.sudloirevignoble@gmail.com](mailto:cpts.sudloirevignoble@gmail.com) |
| Mme Charlotte MERIAIS | Coordinatrice de la CPTS Erdre et Cens | [coordination@cptserdrecens.fr](mailto:coordination@cptserdrecens.fr) |
| Mme Solène RICHARD | Coordinatrice de la CPTS du Pays de Retz | [coordination.cptspaysderetz@gmail.com](mailto:coordination.cptspaysderetz@gmail.com) |

1. Les membres de la sous-commission iatrogénie du PAPRAPS pourront être contactés en appui, si besoin, par les intervenants au sein des CPTS (contacts en annexe 6). [↑](#footnote-ref-1)