

Le pharmacien en HDJ : retour expérience HDJ/mémoire

Congrès des HDJ 04/05/2026

Dr Léna VOISOT

Dr Joachim LELIEVRE

Questions

Q1. Concernant la polymédication et les personnes âgées de plus de 75 ans, la/lesquelles de ces propositions est/sont vraie(s) :

- A. 25% des patients de plus de 75 ans en France ont 10 médicaments ou plus sur leur ordonnance (EPI-PHARE 2019)
- B. 3 patients hospitalisés sur 10, de plus de 75 ans, sont polymédiqués
- C. 40% des admissions aux urgences des patients de plus de 75 ans sont liés à la iatrogénie
- D. Les médicaments potentiellement inappropriés sont des médicaments dont la balance bénéfices risque est défavorable
- E. La prévalence des MPI est plus élevée en ville qu'à l'EHPAD

Questions

Q2. Quels sont les risques de la polymédication chez les patients de plus de 75 ans ?

- A. Chute
- B. Fracture
- C. Confusion
- D. Hospitalisation
- E. Décès

Contexte

- **Projet service : développer expertise pharmaceutique clinique**
- **Actes/pharmacie clinique qui aboutissent avis/observation prenant en compte**
 - Contexte clinique +/- questionnement médical ou du patient,
 - Recherche documentaire - Analyse critique des données
 - Transposition au contexte/question posée/projet thérapeutique du patient
 - Proposition d'une conduite à tenir/solution thérapeutique
 - Suivi/mise en oeuvre & mesure de service rendu

Contexte

- **Pourquoi un pharmacien en HDJ gériatrique ?**
 - Intérêt manifesté pour collaboration Centre Médecine Ambulatoire / Pharmacie
 - Population âgée polymédiquée au cœur problématique / pertinence & déprescription
- **Objectif :**
 - **Valider la faisabilité (temps/disponibilité intervenants) consultation pharmaceutique/HDJ gériatrique**
 - **Objectiver le service rendu/déprescription, ajustements thérapeutiques**

Méthodologie

- **Qui ?**

- **Identification patients sur proposition gériatre responsable filière**
- **Critères**
 - Polymédiqués
 - Capacité compréhension/échanges
 - Demande patient

- **Quoi ? Pourquoi ?**

- **Revue de pertinence des thérapeutiques patients parcours « mémoire »**

Méthodologie

- **Quand ?**

- 1 créneau 2h/entretien pharmaceutique hebdo

- **Comment ?**

- Trame / revue pertinence
- Analyse dossier en amont
- Briefing/gériatre
- Entretien patient
- Débriefing/gériatre
- Observation pharmaceutique DPI reprise dans CRH

Trame / revue de pertinence¹

Item	Problématique identifiée
Objectifs thérapeutiques/ Souhaits du patient	
Besoins - Médicaments essentiels - Médicaments non nécessaires	
Efficacité/Atteinte des objectifs thérapeutiques	
Tolérance - EI avérés - EI potentiels	

Aspects médico-économiques	
Alliance thérapeutique - Observance (Score Girerd) - Aspects pratiques (troubles déglutition, gestion piluliers etc.)	

¹: Polypharmacy Guidance: appropriate prescribing, making medicines safe, effective and sustainable 2026 - 2029
[Polypharmacy Guidance: appropriate prescribing, making medicines safe, effective and sustainable 2026 - 2029 - gov.scot](#)

Résultats

- **Janvier – Avril 2024 (projet UE internes)**
- **A la demande ponctuellement (jusqu'à début 2025)**
- **23 patients rencontrés**
 - Age moyen 81 ans [74-91]
 - Durée moyenne entretiens pharmaceutiques 15 min [5-40]
- **20 patients sur 23 → Proposition d'optimisation thérapeutique**
 - STOP IPP/anti-HTA/insulines + Adaptations thérapeutiques (AOD)
 - Sollicitation spécialistes (psychiatres, cardiologues, endocrinologues)

Vignette clinique

- M. B. 84 ans, ancien plongeur/marine nationale
- ATCD:
 - Diabète type II insulino-dépendant
 - AVC en lacunaire hypertensif (2019)
 - HTA + Hypercholestérolémie
 - AC/FA
 - RCH
 - Syndrome anxiodépressif, exacerbation/clinophilie récente
- ➔ 1^{er} bilan / troubles cognitifs en HDJ

Vignette clinique

Traitement

- LANTUS 8 unités le soir
- HUMALOG 4 unités x 3/jour
- GLUCOPHAGE 850 x 2
- TAHOR 40 1/jour
- COAPROVEL 150/12,5 1/jour
- AMLOR 5 1/jour
- SOTALOL 80 1/jour
- ELIQUIS 5 x 2
- DIFFU-K 3/jour
- HYDROCORT 20 1/jour
- DEPAKOTE 250 2/jour
- LYSANXIA 10 1 au coucher
- PANTOPRAZOLE 40 1/jour
- MAALOX

Analyse

- Entretien / Souhait patient
 - Plainte/nombre médicaments
 - Bonne connaissance risques associés BZD et apparentés (ATCD fracture coccyx potentiellement iatrogène) → STOP Zopiclone de son propre chef
 - Pas d'épisode hypoglycémie
- Objectifs thérapeutiques
 - Prévenir nouvelles complications cardiovasculaires
 - Etiqueter et prendre en soins troubles neuropsychiatriques
 - Rationaliser thérapeutique

Vignette clinique

Médicaments essentiels

- Antihypertenseurs (TA: 16/7 sous traitement)
- Antidiabétiques (Metformine + Insuline) → HbA1c = 6,7 %
- Hypocholestérolémiant
- ~Prazépam / anxiété importante
- ~Divalproate / instauration récente, suivi psychiatrie sujet âgé

Médicaments posant question

- Insuline rapide 3 f/j
 - HbA1c = 6,7%
- IPP + pansement digestif
 - ATCD ulcère digestif ancien, aucune plainte depuis des années
- CTC au long cours / RCH
 - Traitement poussées de préférence
 - ATCDs: Diabète/HTA
 - Etanercept auparavant

Vignette clinique

- Proposition CAT
 - Diminution moitié posologie IPP / 1 mois puis STOP
 - STOP MAALOX
 - STOP insuline bolus systématique + mesure glycémie capillaire
 - Rediscuter traitement fond RCH, reprise Etanercept

Et après...

- ???
- Phase initiale/réévaluation pertinence de traitement et plan de déprescription 😊
- Mise en œuvre et suivi ☹️

Conclusion, perspectives & ambition

- Ce que nous avons appris?
 - Existence file active patients éligibles
 - Collaboration gériatre/pharmacien vertueuse
 - Identification patient
 - Consensus gériatre-pharmacien/ Analyse pharmacothérapeutique
 - Initiation plan d'action
 - Mise en œuvre et suivi insuffisant
- GO / élaboration filière de soins multidisciplinaire dédiée
« réévaluation pertinence / déprescription »

Projet HDJ pertinence et déprescription

Postulat de départ :

- 25% des patients de plus de 75 ans ont 10 médicaments ou plus sur leur ordonnance (EPI-PHARE 2019),
- 3 patients hospitalisés sur 10, sont polymédiqués,
- 20% des admissions aux urgences sont liées à la iatrogénie.
- MPI (médicament potentiellement inapproprié, dont la balance B/R est défavorable) en EHPAD > ville.
- Risques multiples de la polymédication : chute fracture confusion hospitalisation décès déclin cognitif etc.

Projet HDJ pertinence et déprescription

- **Audit choisir avec soins 2024 (SFGG)** : 76% de patients sous benzodiazépines sans déprescription tentée dans 64% des cas ; 67% de patients sous IPP > 8 semaines sans indication ou posologies inadaptées et pas de déprescription tentée dans 73% des cas.
- **Projet de favoriser la déprescription et optimisation des ordonnances des patients en court séjour gériatrique** = nécessité de formation, collaboration multidisciplinaire, lien ville-hôpital, approche centrée patient

Projet HDJ pertinence et déprescription

- **Formation** des internes à la déprescription et à la réévaluation des ordonnances.
- Création **d'algorithme de déprescription** des BZD et des IPP, facilitant la création d'ordonnances « clef en main » (travail couplé avec gériatres, géronto-psychiatres, addictologues, pharmaciens)
- Création d'une **consultation dédiée à la déprescription** (BZD, IPP, AP)
(recrutement : patients sortis d'hospitalisation, demande de médecins libéraux)
- **Création de courrier dédié** à l'optimisation des ordonnances et la déprescription des MPI, adressé au médecin traitant, pharmacien d'officine et IDEL.

Projet HDJ pertinence et déprescription

- **RCP revue de la pertinence des ordonnances** : patients hospitalisés en court séjour gériatrique. Recrutement par les gériatres (dossier/ordonnance complexe).
- Présentation des dossiers en RCP, sollicitation des spécialistes si nécessaire, dans le but de préparer une **consultation pharmaceutique** pour optimisation des ordonnances.
- Consultation de **suivi gériatrique** dans les suites +/- consultation dédiée à la déprescription si besoin

Projet HDJ pertinence et déprescription

- Lien avec médecine de ville : courrier de consultation dédié
- Travail avec **CPTS Brest** : intégrer les **RCP OPPA**, favorisant le lien ville hôpital dans l'optimisation des ordonnances. Projet de RCP OPPA avec focus particulier pour la déprescription des benzodiazépines
- **Travail de thèse** en cours (déprescription des BZD):
 - Création de questionnaire à destination des patients pour visualiser leur motivation à arrêter leur BZD
 - Proposer puis initier la déprescription
 - Suivi à J7 (appel au médecin traitant, surveillance tolérance surtout)
 - Suivi à 1 mois en consultation dédiée : observance/tolérance de la déprescription, motivation à poursuivre la déprescription, questionnaire de qualité de vie etc.
- Poursuite du suivi de la cohorte de patients suivis (M1, M6, un an...)?

Merci de votre attention