



HAL
open science

Dépistage du risque de perte d'autonomie chez les patients de plus de 75 ans et de plus de 65 ans avec une ALD : étude de faisabilité de l'outil ICOPE en officine

Mathilde Camus-Gabriel

► To cite this version:

Mathilde Camus-Gabriel. Dépistage du risque de perte d'autonomie chez les patients de plus de 75 ans et de plus de 65 ans avec une ALD : étude de faisabilité de l'outil ICOPE en officine. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03297154

HAL Id: dumas-03297154

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297154>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2021

DEPISTAGE DU RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE CHEZ LES PATIENTS DE PLUS
DE 75 ANS ET DE PLUS DE 65 ANS AVEC UNE ALD : ETUDE DE FAISABILITE DE
L'OUTIL ICOPE EN OFFICINE

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT

Mathilde Camus-Gabriel

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le : 17/06/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Pr Serge Krivobok

Membres :

Dr Jean-Didier Bardet

Dr Adeline Boudet (directrice de thèse)

Dr Armance Grévy

Dr Sophie Dubnitskiy-Robin

L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Liste des enseignants de l'UFR de pharmacie de Grenoble



ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2020 / 2021

Doyen de la Faculté - **Pr. Michel SEVE**
 Vice-Doyen et Directrice des Etudes - **Mme Christine DEMEILLIERS**
 Vice-Doyen Recherche – **Pr. Walid RACHIDI**

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE	TELEPHONE	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	04 76 63 74 73	oui
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	04 76 76 54 96	oui
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 04 10 10 / 04 76 04 10 02	
CDD	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	04 56 52 00 92	
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055	04 76 63 58 20 / 06 75 55 35 01	
PU-PH	BEDOUCHE	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS	04 76 76 54 97	oui
MCF	BELAIDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042	04 76 63 71 08	
MAST	BELLET	BEATRICE	-		
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 12	
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 11 / 06 17 35 77 65	
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	IAB – CRI INSERM U823		
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA	04 38 78 56 01 / 04 76 63 74 73 / 06 37 51 20 74	
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	04 76 63 74 75	
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	04 57 42 87 41	oui
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309	06 32 39 37 65	oui
Professeur Emérite	CALOP	JEAN			
MCF	CAVAILLES	PIERRE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 63 74 72 / 06 88 16 54 43	
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	04 76 76 54 97 (CHU) / 04 76 54 94 66 (IAB)	
AHU	CHEVALIER	SIMON	TIMC IMAG		
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 01	
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 99	
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	04 76 63 74 39	oui
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-	06 74 88 07 26	
PU	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 17	
MCF Emérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	06 80 23 45 34	
MCF	DEMEILLERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 63 71 38	oui
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	04 76 76 72 01	oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	06 15 11 79 97	

Mise à jour le 12/10/2020 Sana HACHANI

MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	04 57 42 85 19	oui
PU-PH	FAURE	PATRICE	HP2 – INSERM U1042		oui
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	04 76 76 71 66	oui
PRCE	FITE	ANDREE	-	06 33 79 01 95	
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	04 76 76 54 90	
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-	04 76 63 53 19	
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	04 76 76 56 04	oui
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 01	oui
MCF Emérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 74 58 / 06 33 12 90 73	
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042	04 76 63 75 63 / 06 33 48 97 10	oui
Professeure Emérite	GRILLOT	RENEE	-	06 62 11 37 04	
MCF Emérite	GROSSET	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 05	
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 97	
CDD	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	04 76 76 78 86	
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	06 30 36 62 56 / 04 76 63 57 36	oui
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 04 10 10	
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042	04 76 63 75 18	
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 75 17	oui
AHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039		
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	04 76 63 74 39	oui
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 56 52 00 95	oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-		
MCF	MELO DI LIMA	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553		
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042		
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	04 76 51 44 90	oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	04 76 76 54 87	
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS	04 76 63 54 41	oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 21	oui
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 97	
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS	07 86 11 77 53 /04 76 63 53 13	oui
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 95	oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 04	oui
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR 5525 CNRS, TheMAS	04 76 76 79 54	
PU	RACHIDI	WALID	LCIB – UMR E3 CEA	04 38 78 50 11	oui
MCF	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS	06 85 92 00 79	oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	06 71 11 49 20	oui

Mise à jour le 12/10/2020 Sana HACHANI

PAST	RIEU	ISABELLE	-	-	
Professeure Émérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-	04 76 63 71 31	
PU-PH	SEVE	MICHEL	LBFA – INSERM U1055	04 76 63 71 72	oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52.94	
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	04 57 42 85 64	
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	04 57 42 86 60	
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 94	
MCF	WARTHER	DAVID	DPM	04 76 63 53 00	
Professeur Émérite	WOUESSIDJEWE	DENIS	-	-	oui

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institute for Advanced Biosciences

IBS : Institut de Biologie Structurale

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MAST : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel

MCF : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

PU : Professeur des Universités

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

SyMMES : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation

UMR : Unité Mixte de Recherche

UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour le 12/10/2020 Sana HACHANI

Remerciements

A Mr Serge Krivobok, qui me fait l'honneur d'être président du jury, merci de vous être rendu disponible à la dernière minute.

A Mr Bardet, pour avoir accepté d'être tuteur, et qui a été un professeur pédagogue et attentif durant mon cursus de pharmacie à Grenoble.

A Adeline, pour avoir accepté d'encadrer ma thèse, et m'avoir accompagné et encouragé tout au long de ce travail, qui m'a apporté un regard spécialisé et avec qui les échanges ont été particulièrement constructifs.

A Armance, pour m'avoir soutenu dans mon projet de thèse, qui m'a fait découvrir la pharmacie clinique et avec qui j'ai appris de nombreuses notions de gériatrie.

A Sophie Dubnitsiy-Robin, gériatre, pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, et qui apportera un avis d'expert par sa relecture.

A mon mari, Pierre-Antoine, pour m'avoir soutenu pendant toute la durée de mes (longues) études, pour m'épauler tous les jours au quotidien et supporter mes nombreux changements de parcours. Merci d'être là et de m'encourager.

A mes parents et frères et sœurs, Paul et Justine, pour avoir cru en moi tout au long de mon parcours, qui me soutiennent tous les jours et qui m'ont toujours poussé vers le haut. Merci également à Samuel et Benjamin, pour les moments de détente partagés.

Merci à mes beaux-parents, qui m'ont toujours soutenu, et à Marie-Caroline et Paul, pour les moments de convivialité et de bon temps partagés ensemble.

Merci à mon amie Margaux et ma cousine Claire-Marie, toujours là pour m'épauler, dans les bons et les mauvais moments, et à mes amies de longue date, Astrid, Lucile et Judith sur qui je peux toujours compter.

Merci à mes compagnons de route pendant mes études de pharmacie, qui ont réussi à me faire tenir jusqu'au bout, Pauline et Léa. Merci à Alexandra et Sylvaine qui m'ont beaucoup appris en officine pendant mes études.

Merci à Mr et Mme Besnard, d'avoir accepté de que je mette en œuvre mon investigation au sein de l'officine. Merci à toute l'équipe de la Pharmacie des 3 potions, Laura, Aurélie, Charlotte et Marina, pour m'avoir aidé à recruter et interroger les patients.

Sommaire

Listes des tableaux et figures.....	10
Liste des abréviations, acronymes	12
1 Introduction	15
2 Revue de la littérature.....	16
2.1 Définitions	16
2.1.1 Données démographiques.....	16
2.1.2 Vieillesse normale et pathologique	17
2.1.3 Fragilité.....	19
2.1.4 Autonomie et dépendance	22
2.1.5 Fonctions intrinsèques	23
2.2 Dépistage du risque de perte d'autonomie	24
2.2.1 Acteurs clés de dépistage du risque de perte d'autonomie.....	25
2.2.2 Outils de dépistage de perte d'autonomie, de dépendance et de fragilité.....	30
2.3 Le pharmacien d'officine : acteur de santé publique.....	39
2.3.1 Prévention primaire	39
2.3.2 Prévention secondaire.....	40
2.3.3 Prévention tertiaire	40
2.4 Dépistage de la perte d'autonomie et de la fragilité en ville	42
2.4.1 Par le médecin généraliste	42
2.4.2 Par le pharmacien d'officine.....	43

3	Matériel et méthodes	44
3.1	Type de l'étude	44
3.2	Outils	44
3.3	Critères de jugement.....	46
3.4	Méthode d'analyse.....	46
4	Résultats	47
4.1	Critère de jugement principal : faisabilité de l'outil ICOPE	48
4.2	Critères de jugement secondaire.....	49
4.2.1	Score ADL : évaluation de l'autonomie	50
4.2.2	Outil ICOPE : dépistage (<i>step</i> 1).....	51
5	Discussion.....	54
5.1	Forces	54
5.2	Limites.....	56
5.3	Perspectives futures	57
6	Conclusion.....	60
7	Version scannée et signée de la conclusion.....	61
8	Bibliographie	62
9	Annexes	65
9.1	Annexe 1 : Echelle iADL	65
9.2	Annexe 2 : fiche-outil de repérage des risques de perte d'autonomie.....	66
9.3	Annexe 3 : volet B de la grille SEGA	68
9.4	Annexe 4 : questionnaire en ligne	69
9.1	Annexe 5 : note d'informations remise au patient.....	78

9.2	Annexe 6 : fiche de résultats remise au patient	82
10	Serment de Galien	83
11	Résumé	84

Listes des tableaux et figures

Figure 1 : Evolution de la fonction d'un organe selon l'âge et les différentes manifestations pathologiques.....	19
Figure 2 : Liste des 70 déficits utilisés pour calculer l'indice de fragilité.....	20
Figure 3 : Echelle de fragilité selon Rockwood (6).....	21
Figure 4 : Groupes GIR	23
Figure 5 : Missions des DAC	28
Figure 6 : Schéma du PAERPA (17).....	30
Figure 7 : Echelle ADL de Katz	31
Figure 8 : Grille SEGA, volet A.....	33
Figure 9 : Questionnaire FRAIL (23)	34
Figure 10 : Questionnaire GFST	35
Figure 11 : auto-questionnaire FiND.....	36
Figure 12 : Outil de dépistage ICOPE de l'OMS.....	37
Figure 13 : Les 5 étapes du programme ICOPE (25)	38
Figure 14 : Logigramme du BPM.....	42
Figure 15 : Répartition des patients selon leur sexe	48
Figure 16 : Répartition du nombre de patients en fonction de leur âge	48
Figure 17 : Répartition des patients autonomes ou non selon le score ADL	50

Tableau I : Part de la population par tranche d'âge en France et région Centre-Val de Loire .	16
Tableau II : Part de la population âgée en France en 2018 et 2070.....	17
Tableau III : Couverture vaccinale - source SDNS-DCIR (estimation parmi les personnes à risque).....	39
Tableau IV : Score ADL sur l'échantillon ($n = 89$ patients).....	50
Tableau V : Altération ou non des fonctions intrinsèques selon l'outil ICOPE	51
Tableau VI : Nombre de patients en fonction du nombre de fonctions altérées selon le <i>step</i> 1 d'ICOPE	52
Tableau VII : Nombre de patients avec un médicament éligible à l'EP	53

Liste des abréviations, acronymes

ADL : *Activities of Daily Living*

AGGIR : Autonomie, Gérontologie Groupe Iso-Ressources

AMI : Appel à Manifestation d'Intérêt

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

AOD : Anticoagulant Oral Direct

APA : Allocation Personne Agée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

Association ASA : Alliance Sages Adage

AVK : Anti-Vitamine K

BPM : Bilan Partagé de Médication

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

COVID : *CO*rona*V*irus *D*isease

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSHA : *Canadian Study of Health and Aging*

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

EGO : Evaluation Gériatrique à l'Officine

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EP : Entretien Pharmaceutique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FRAIL : *Fatigue, Resistance, Aerobic, Illness and Loss of weight*

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

iADL : *instrumental Activities of Daily Living*

ICOPE : *Integrated Care for Older People* = Soins Intégrés pour la Personne Agée

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Méthode d'Action Intégration Autonomie

MMS : *Mini Mental State Examination*

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

SEGA : *Short Emergency Geriatric Assessment* = Sommaire Evaluation du profil Gériatrique
à l'Admission

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériologie

SHARE : *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*

SIPA : Soins Intégrés pour la Personne Agée

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1 Introduction

Le déclin des capacités fonctionnelles lié à l'âge peut être dépisté grâce l'outil ICOPE proposé et validé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son programme d'actions autour du « vieillissement en bonne santé ». La population mondiale étant vieillissante, la mise en œuvre d'actions de prévention du déclin fonctionnel et de la perte d'autonomie ainsi que la promotion d'un vieillissement en bonne santé paraît primordiale.

Par leur implantation sur l'ensemble du territoire, et leur accessibilité, les pharmaciens d'officine sont des acteurs majeurs des actions de prévention en soins primaires. Des retours d'expérience sont enregistrés sur l'utilisation d'ICOPE en pharmacie d'officine mais peu sont évalués.

Dans la région Centre-Val de Loire, le programme ICOPE est en cours de déploiement, et en France, peu de professionnels de santé ont connaissance de ce programme. De plus, aujourd'hui, les actions de dépistage de la perte d'autonomie sont trop tardives. L'objectif d'ICOPE étant de promouvoir et de favoriser un vieillissement en bonne santé, il serait nécessaire de développer ce programme pour une mise en œuvre précoce des mesures de prévention primaire et secondaire, avec un outil reproductible, facilement et rapidement utilisable, et inscrit dans un schéma global de prise en charge du patient.

L'objectif de cette recherche prospective et observationnelle est de démontrer la faisabilité d'un dépistage de masse de la perte d'autonomie en pharmacie d'officine, par l'utilisation de l'étape de dépistage du programme ICOPE (*step 1*) et son acceptabilité par le patient.

2 Revue de la littérature

2.1 Définitions

2.1.1 Données démographiques

En France au 1^{er} janvier 2018, selon l'INSEE (1), on compte 67,187 millions d'habitants, dont 25,7 % des personnes ont plus de 60 ans, 19,6 % ont plus de 65 ans. Au 1^{er} janvier 2017 on comptait 19,2 % de personnes de plus de 65 ans, 18,8 % en 2016, et 15,5 % en 1998 soit une augmentation de 4,1 % en 20 ans. Concernant les plus de 75 ans, la France en compte en 2018 9,2 %, contre 6,8 % en 1998. L'estimation en 2020 est en France de 67,287 millions d'habitants dont 26,5 % de personnes ont plus de 60 ans et 9,4 % ont plus de 75 ans.

En région Centre-Val de Loire, en 2018, on compte 2,573 millions d'habitants, dont 28,7 % ont plus de 60 ans, et 10,6 % ont plus de 75 ans. L'estimation pour 2020 est de 2,566 millions d'habitants dont 29,5 % de plus de 60 ans et 10,5 % de plus de 75 ans, soit un nombre plus élevé de personnes âgées en Centre-Val de Loire qu'en France.

Tableau I : Part de la population par tranche d'âge en France et région Centre-Val de Loire

	1 ^{er} janvier 2018		Estimation 2020	
	> 60 ans	> 75 ans	> 60 ans	> 75 ans
France	25,7 %	9,2 %	26,5 %	9,4 %
Région Centre-Val de Loire	28,7 %	10,6 %	29,5 %	10,5 %

Selon les projections de population de l'INSEE, la France compterait en 2070, 76,4 millions d'habitants dont 28,7 % de plus de 65 ans et 17,9 % de plus de 75 ans, avec une hausse de la population concernant majoritairement les plus de 65 ans, et une forte augmentation pour les plus de 75 ans (Tableau II).

Tableau II : Part de la population âgée en France en 2018 et 2070

	1 ^{er} janvier 2018		Estimation 2070	
	> 65 ans	> 75 ans	> 65 ans	> 75 ans
France	19,6 %	9,2 %	28,7 %	17,9 %

Les projections démographiques montrent une nette augmentation de la population âgée, et donc une augmentation de personnes en situation de perte d'autonomie.

En parallèle, selon l'INSEE, on remarque une augmentation de l'espérance de vie. En 2019 elle est de 85,6 ans pour les femmes, et 79,7 ans pour les hommes, contre respectivement 85,4 ans et 79,2 ans en 2014. Du fait de la pandémie de la Covid-19 et du nombre important de décès, l'espérance de vie en 2020 a nettement baissé par rapport à l'année 2019 : elle diminue de – 0,4 an pour les femmes et de – 0,5 an pour les hommes.

En France en 2015, moins de 2 % des 65-74 ans résident en institution, cette part augmente avec l'âge pour atteindre 21 % des plus de 85 ans. L'entrée en institution s'explique en partie par une dégradation de l'état de santé et par la perte d'autonomie.

2.1.2 Vieillesse normale et pathologique

Le vieillissement normal est un processus physiologique lent et progressif (2), qui aboutit à une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme, et résulte de facteurs intrinsèques (stress oxydatif, facteurs génétiques, glycation des protéines) et de facteurs extrinsèques relevant de l'environnement.

Cette diminution des capacités fonctionnelles se constate sur tous les organes, sans atteindre de seuil pathologique, mais varie d'un individu âgé à un autre, et d'un organe à l'autre. On peut observer une diminution :

- de la masse maigre et de la tolérance au glucose ;

- de l'accommodation visuelle et une perte progressive de l'audition ;
- des performances mnésiques et des capacités attentionnelles ;
- de la sensation de soif ;
- de la capacité ventilatoire ;
- de la filtration glomérulaire ;
- de la masse musculaire (sarcopénie) ;
- de la densité osseuse.

L'OMS fixe le seuil de la personne âgée à 65 ans, de même qu'en France le rapport Laroque (1962) fixe le seuil de la personne âgée à 65 ans. Une définition sociale fixe le seuil de la vieillesse à 60 ans, correspondant à l'âge de cessation d'activité professionnelle. En effet, c'est à ce moment-là qu'on observe une baisse de vigilance et que le suivi médical est moins important. Il n'existe alors pas d'actions de prévention systématique au moment du départ à la retraite. D'un autre côté, l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), en France, est une aide financière destinée aux personnes de plus de 60 ans considérées en perte d'autonomie. Il existe une autre allocation, le « minimum vieillesse », (ou ASPA = Allocation de Solidarité aux Personnes Agées), attribuée aux personnes de faibles ressources âgées d'au moins 65 ans. D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins et le référentiel de gériatrie (3), on définit une patient « gériatrique » comme un patient de plus de 75 ans se caractérisant par « *la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques* ». A noter que l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 86 ans.

La définition de personne âgée est donc variable et relative au contexte social.

Le vieillissement normal devient « pathologique » lorsqu'il s'accompagne d'une ou plusieurs maladies touchant un ou plusieurs organes : il peut dans ce cas entraîner une dépendance.

La Figure 1 présente l'évolution de la fonction d'un organe en fonction de l'âge d'après J.P Bouchon (4).

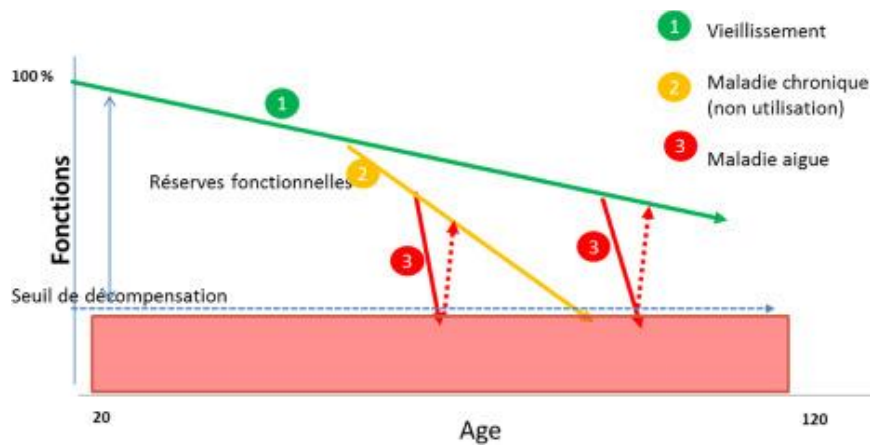


Figure 1 : Evolution de la fonction d'un organe selon l'âge et les différentes manifestations pathologiques

Plusieurs actions préventives permettent d'éviter le passage au vieillissement pathologique :

- le dépistage précoce des maladies chroniques et invalidantes ;
- l'éviction des facteurs de risque (soleil, alcool, tabac) des maladies liées à l'âge ;
- la poursuite d'une activité physique et intellectuelle afin de maintenir les capacités physiques, sociales, intellectuelles.

2.1.3 Fragilité

La notion de fragilité est un concept gériatrique récent présentée comme un état d'instabilité, avec un risque important de dépendance. Elle est caractérisée par un déclin des capacités fonctionnelles mais peut être réversible grâce à la mise en place d'interventions ciblées. Selon la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie), « *la fragilité se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve, qui altère les mécanismes d'adaptation au stress* ».

En 2001, Fried décrit (5) le phénotype fragile sur la base de 5 critères :

- perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg ou $\geq 5\%$ en un an ;
- fatigue, sensation d'épuisement plus de 3 jours par semaine ;

- vitesse de marche lente ;
- faiblesse musculaire mesurée par la force de préhension ;
- activité physique réduite, sédentarité.

Il définit alors 3 situations :

- la personne robuste : aucun critère de fragilité,
- la personne pré-fragile : 1 ou 2 critères,
- la personne fragile : > 3 critères.

En 2005, Rockwood (6) définit un indice de fragilité basée sur l'accumulation de déficits. Cet indice est exprimé par un score variant de 0 à 1 (niveau le plus élevé de fragilité), reliant le nombre de déficits présents chez une personne au nombre total de déficits pris en considération. L'étude CSHA (*Canadian Study of Health and Aging*) récapitule les 70 déficits (7) (Figure 2) :

Appendix 1: List of variables used by the Canadian Study of Health and Aging to construct the 70-item CSHA Frailty Index		
• Changes in everyday activities	• Mood problems	• Seizures, partial complex
• Head and neck problems	• Feeling sad, blue, depressed	• Seizures, generalized
• Poor muscle tone in neck	• History of depressed mood	• Syncope or blackouts
• Bradykinesia, facial	• Tiredness all the time	• Headache
• Problems getting dressed	• Depression (clinical impression)	• Cerebrovascular problems
• Problems with bathing	• Sleep changes	• History of stroke
• Problems carrying out personal grooming	• Restlessness	• History of diabetes mellitus
• Urinary incontinence	• Memory changes	• Arterial hypertension
• Toileting problems	• Short-term memory impairment	• Peripheral pulses
• Bulk difficulties	• Long-term memory impairment	• Cardiac problems
• Rectal problems	• Changes in general mental functioning	• Myocardial infarction
• Gastrointestinal problems	• Onset of cognitive symptoms	• Arrhythmia
• Problems cooking	• Clouding or delirium	• Congestive heart failure
• Sucking problems	• Paranoid features	• Lung problems
• Problems going out alone	• History relevant to cognitive impairment or loss	• Respiratory problems
• Impaired mobility	• Family history relevant to cognitive impairment or loss	• History of thyroid disease
• Musculoskeletal problems	• Impaired vibration	• Thyroid problems
• Bradykinesia of the limbs	• Tremor at rest	• Skin problems
• Poor muscle tone in limbs	• Postural tremor	• Malignant disease
• Poor limb coordination	• Intention tremor	• Breast problems
• Poor coordination, trunk	• History of Parkinson's disease	• Abdominal problems
• Poor standing posture	• Family history of degenerative disease	• Presence of snout reflex
• Irregular gait pattern		• Presence of the palmomental reflex
• Falls		• Other medical history

Figure 2 : Liste des 70 déficits utilisés pour calculer l'indice de fragilité

Rockwood complète sa définition en 2005, en établissant les différents niveaux de fragilité via une échelle de fragilité « *Clinical Frailty Scale* » (6) (Figure 3).



Figure 3 : Echelle de fragilité selon Rockwood (6)

Il est alors difficile, du fait de la multitude de définitions, de définir la prévalence de la fragilité en France. De plus, la multitude d'enregistrements rend les chiffres de prévalence très variables. En effet, d'après une revue de la littérature de Sternberg en 2011 (8), la prévalence de la fragilité chez les plus de 65 ans varie de 5 % à 58 %. D'un autre côté, l'enquête SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) (9) en Europe étudie tous les 2 ans depuis 2004 l'état de santé et la situation sociale de la population à partir de 50 ans. Dans cette enquête, la prévalence de la fragilité selon les critères de Fried est étudiée chez les plus

de 65 ans vivant à domicile ; elle est de 15 % en France, contre 17 % dans les 10 pays européens étudiés avant 2009. D'après cette même étude, la prévalence de la fragilité chez les 50 – 64 ans est de 3,2 % (contre 4,1 % de moyenne dans les 10 pays européens).

2.1.4 Autonomie et dépendance

D'après le Collège National des Enseignants en Gériatrie, l'autonomie est définie par la « *capacité à se gouverner soi-même, et présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement* ». D'après M. Linard (2003), l'autonomie est une « *capacité de haut niveau, cognitive mais aussi psychologique et sociale, qui implique des qualités d'attention, d'autocontrôle, de confiance en soi et de relation que peu d'individus possèdent ensemble à l'état naturel* ».

La dépendance est définie comme un processus irréversible de perte d'autonomie, dans lequel une personne se retrouve dans l'incapacité d'effectuer sans aide des actes de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, sociales ou psychiques, et de s'adapter à son environnement. La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet alors d'évaluer le degré de dépendance des personnes âgées, et sert de référence dans l'attribution de l'APA.

La grille AGGIR se base sur la capacité de la personne âgée à réaliser seule ou non plusieurs activités : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements intérieurs et extérieurs, communication pour alerter, gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi de traitement, activités de temps libre.

Un algorithme permet de définir le groupe GIR (Figure 4) dans lequel se situe le patient.

Groupe GIR	Situation de la personne
GIR 1	Personne confinée dans un lit ou un fauteuil dont les fonctions physiques et mentales sont gravement altérées. Personnes en fin de vie. Besoin d'une présence continue
GIR 2	Personne dans l'incapacité de se déplacer dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour ses activités de la vie courante. Personne dont les fonctions mentales sont altérées mais qui est capable de se déplacer.
GIR 3	Personne qui a conservé ses capacités mentales et partiellement ses capacités locomotrices mais qui a un besoin d'aide quotidien pour les soins corporels
GIR 4	Personne qui a partiellement ses capacités physiques, qui peut se déplacer à l'intérieur de son logement mais qui a besoin d'aide pour la toilette et pour s'habiller.
GIR 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR 6	Personne autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Figure 4 : Groupes GIR

Les personnes des groupes GIR 1 à 4 peuvent alors bénéficier de l'APA.

Selon l'INSEE (2014), la France compte en 2012, 1,17 million de personnes âgées dépendantes au sens de l'APA et en prévoit 2,3 millions à l'horizon 2060. Au-delà de 75 ans, 9 % des personnes vivent dans un établissement d'hébergement pour personne âgée (EHPA).

2.1.5 Fonctions intrinsèques

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la capacité intrinsèque comme étant la « *combinaison des capacités physique et mentale d'un individu* », et la capacité fonctionnelle comme étant « *la combinaison et l'interaction entre la capacité intrinsèque et l'environnement dans lequel évolue une personne* » (10). L'OMS définit alors les principaux domaines de la capacité intrinsèque comme étant :

- la cognition ;
- la mobilité ;

- l'humeur ;
- la vision ;
- l'audition ;
- la nutrition.

2.2 Dépistage du risque de perte d'autonomie

Le vieillissement constant de la population nous amène à constater que le risque d'entrer en dépendance est plus important ; on vit plus vieux mais avec une période de vie de dépendance plus longue. Par cela, la mise en place d'actions de prévention de la perte d'autonomie devient indispensable.

L'OMS publie en octobre 2015 un « rapport mondial sur le vieillissement et la santé » (11). Cette stratégie fixe des objectifs globaux afin de favoriser un vieillissement en bonne santé dans tous les pays, dans le but de promouvoir une vieillesse active avec un maintien des capacités fonctionnelles, et de construire des systèmes capables de répondre aux besoins des personnes âgées.

En France, le Ministère des Solidarités et de la Santé publie en janvier 2020 un dossier de presse (12) intitulé « Vieillir en bonne santé », dans lequel est présentée la stratégie globale pour la prévention de la perte d'autonomie. Cette stratégie est basée sur la prévention tout au long de la vie, et les actions à mener afin de repousser la perte d'autonomie. Par cette prévention, le but est alors de détecter au plus tôt les fragilités, car, souvent réversibles, elles peuvent être compensées, afin de retarder la dépendance. Une des mesures évoquée dans ce rapport est l'expérimentation du programme ICOPE conçu par l'OMS (13).

D'après le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), les effets bénéfiques des actions de prévention dépendent de leur action précoce, c'est pourquoi la prévention de la perte

d'autonomie doit débiter dès l'âge de 40-45 ans (14), avec des actions de prévention concernant la nutrition, l'activité physique ou encore la prévention des chutes.

De plus, du fait de l'augmentation importante de la population âgée en France (on comptera un million de personnes de plus de 75 ans supplémentaires d'ici 2025 (15)) et donc du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie, le Gouvernement a créé en juillet 2020 un Ministère délégué chargé de l'Autonomie.

Enfin, depuis 2021, l'Assurance Maladie compte une 5^{ème} branche qu'est l'*autonomie*, qui s'ajoute à la maladie, la famille, les accidents du travail et la retraite. Le but est de gérer les dépenses liées aux soins et à la prise en charge de la perte d'autonomie, mais aussi le financement des établissements et services médico-sociaux. De plus, au niveau régional, les ARS intègrent dans leurs programmes de santé régionaux, une réflexion sur la perte d'autonomie. Dans ce cadre, l'un des objectifs du Projet Régional de Santé 2018-2022 Centre-Val de Loire (16) est de « *repérer de façon précoce les personnes âgées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie* ».

2.2.1 Acteurs clés de dépistage du risque de perte d'autonomie

Les acteurs indispensables au dépistage du risque de perte d'autonomie sont tous les professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, mais aussi les aidants et les proches, ou encore les associations de prévention de la perte d'autonomie (par exemple l'ASA en France). Celles-ci constituent un soutien pour les patients et les aidants (moral, administratif...). En effet, le premier niveau de dépistage s'effectue en ville ou au domicile du patient ; il est ainsi important de constituer un lien ville-hôpital-ville afin d'assurer un meilleur suivi de la perte d'autonomie.

2.2.1.1 Les professionnels de santé

Les professionnels de santé libéraux ont un rôle essentiel dans le dépistage de la perte d'autonomie des patients. Le médecin généraliste a la connaissance des pathologies du patient, ceci permettant une prise en charge complète et un suivi indispensable. Le pharmacien d'officine est un professionnel accessible et disponible rapidement, et il est un acteur privilégié dans le repérage des premiers signes de perte d'autonomie. Les infirmiers libéraux, quant à eux, ont un rôle important dans le repérage des signes de la perte d'autonomie par leur proximité avec l'environnement et les habitudes du patient.

Dans certains territoires, les équipes mobiles de gériatrie (intra et extra-hospitalières) interviennent de manière transversale entre les patients, les équipes hospitalières et les dispositifs territoriaux (*cf ci-dessous*), et jouent également un rôle dans ce dépistage par leur avis spécialisé et leurs actions de proximité avec les patients.

Concernant le dépistage de la perte d'autonomie, les acteurs de santé libéraux constituent un tremplin essentiel à sa mise en place auprès des patients, par leur proximité et leur accessibilité, ainsi que leur lien et leur complémentarité avec les acteurs territoriaux.

2.2.1.2 Les messages de prévention

Une des premières étapes de la prévention est l'accès aux messages de prévention et de sensibilisation. D'après le rapport de l'atelier 5 de la concertation « Grand âge et autonomie » (14) portant sur la prévention de la perte d'autonomie, il existe en France, deux sites d'informations « dédiés aux personnes âgées » : www.pourbienvieillir.fr créé par les caisses de retraite et Santé Publique France, et www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, qui est une référence pour les personnes confrontées à une situation de perte d'autonomie, et qui propose des informations sur les aides et solutions existantes.

2.2.1.3 Les dispositifs territoriaux

La prévention du risque de perte d'autonomie passe également par un maintien à domicile adapté à la personne âgée. Pour cela, il existe certains dispositifs territoriaux permettant une

meilleure coordination entre les professionnels de santé et un accès aux aides et à l'information.

Le réseau CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique) est un guichet d'accueil de proximité qui permet d'informer les personnes âgées et de les aider dans leurs difficultés, ainsi que de coordonner les actions des différents professionnels afin d'établir d'éventuels plans d'intervention ou d'accompagnement.

Le dispositif DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) (Figure 5) regroupe trois dispositifs existants :

- le dispositif MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) : il s'agit d'une méthode de travail dont l'objectif est de simplifier le parcours des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et de leur apporter une aide ainsi qu'à leurs proches, et ce sur un territoire donné ;
- les CTA (Coordinations Territoriales d'Appui) : il s'agit d'une plateforme d'information et d'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants, permettant de les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales ;
- les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui) : il s'agit d'un dispositif destiné aux médecins traitants et professionnels de santé de ville confrontés à une prise en charge complexe quelque soient l'âge, les pathologies et les difficultés rencontrées.

Les DAC ont un rôle dans la gestion des situations complexes et permettent ainsi d'aider les professionnels de santé à gérer certaines prises en charge et d'améliorer la coordination entre professionnels, mais également d'apporter des réponses aux personnes en difficulté et leurs aidants en facilitant le parcours de soins.

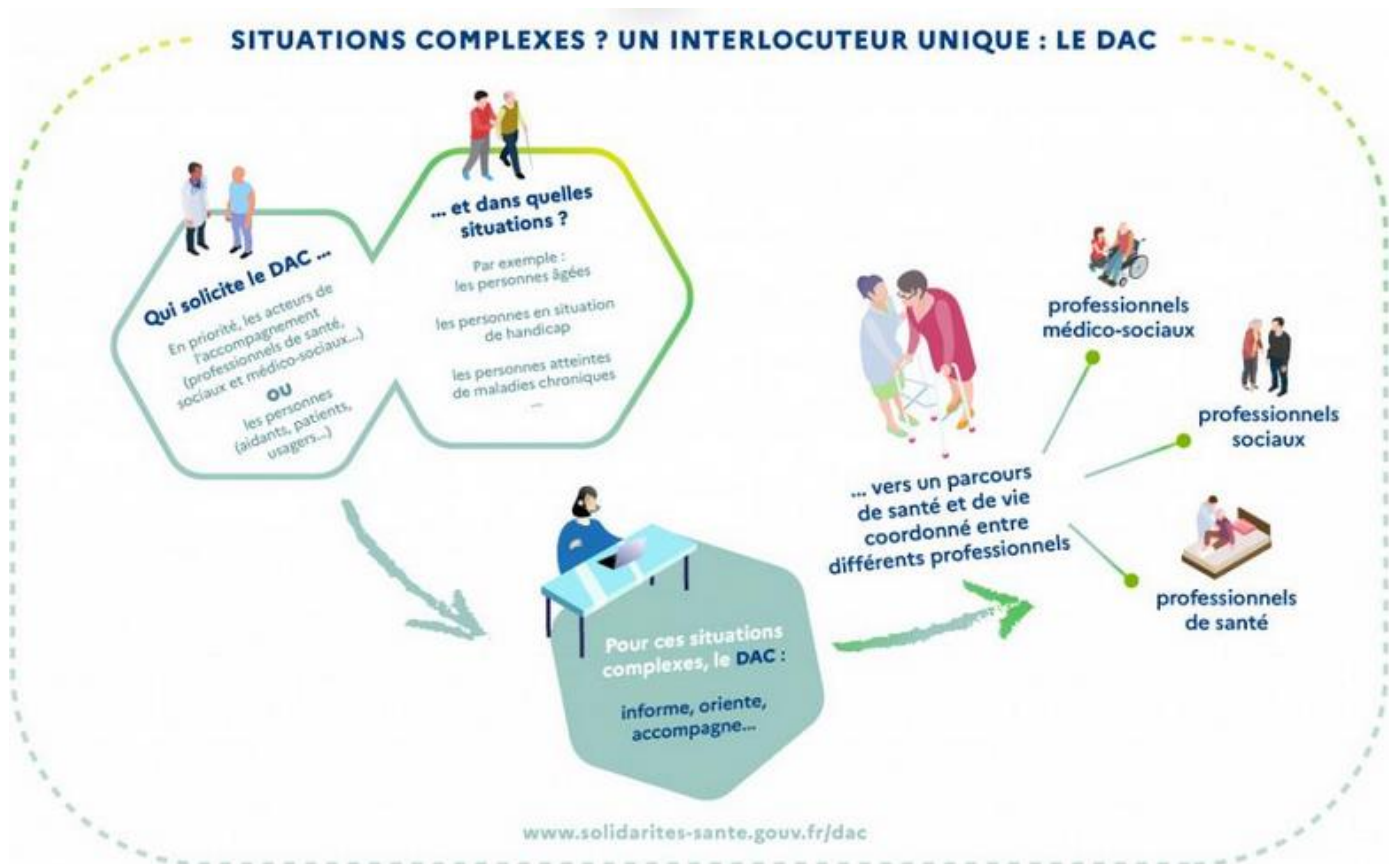


Figure 5 : Missions des DAC

Les mairies, ainsi que les CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) ont également un rôle dans la prise en charge de la perte d'autonomie par leur rôle de prévention et de développement social. Le CCAS est une structure de proximité et aide notamment les personnes âgées dans leurs démarches.

2.2.1.4 Les dispositifs de coordination entre professionnels de santé

Les CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) ont un rôle dans la prévention de la perte d'autonomie, par la mise en place d'une coordination entre les acteurs de santé libéraux, dans l'objectif de mieux structurer les parcours de santé. Par exemple, en Indre-et-Loire, une des actions de la CPTS O'Tours porte sur les troubles cognitifs de la personne âgée, dans le but de sensibiliser les professionnels sur l'intérêt de la prévention de la perte d'autonomie ou encore d'organiser des formations pluri-professionnelles.

Par ailleurs, a été mis en place en France en 2014 dans neuf territoires pilotes (17) le dispositif PAERPA (parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) (Figure 6). Celui-ci a été étendu à 16 territoires (un par région) en 2016. En région Centre-Val de Loire, le territoire pilote couvre l'arrondissement de Loches, les cantons de Bléré et Amboise, ainsi que les communes de Truyes et Cormery. Ce dispositif a pour objectif d'obtenir une meilleure coordination du parcours de soins pour les plus de 75 ans, qui ont un risque plus élevé de perte d'autonomie. L'objectif de ce dispositif est de sauvegarder le plus longtemps possible, l'autonomie des personnes. Le but est d'agir en amont par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (chutes, dépression, iatrogénie). Les cinq objectifs de ce dispositif sont les suivants :

- renforcer le maintien à domicile ;
- améliorer la coordination des acteurs de soins ;
- sécuriser la sortie d'hôpital ;
- éviter les hospitalisations inutiles ;
- mieux utiliser les médicaments.



Figure 6 : Schéma du PAERPA (17)

Le dispositif a pris fin en décembre 2019. Il a permis d'enclencher une dynamique de prise en charge des personnes âgées autour de la personne, a montré la nécessité d'une bonne coordination entre professionnels de santé, et a développé la mise en œuvre d'actions concrètes telles que le repérage de la fragilité ou le PPS (Plan Personnalisé de Santé) (18).

2.2.2 Outils de dépistage de perte d'autonomie, de dépendance et de fragilité

Les échelles utiles au dépistage de la dépendance sont très utilisées en service de gériatrie mais également en ville pour un dépistage rapide de la dépendance et donc de la perte

d'autonomie des patients. Par ailleurs, il existe de nombreux outils de dépistage de la fragilité, dont certains sont plus complets et plus complexes à mettre en œuvre. Pour la mise en place de ces outils, il est alors nécessaire d'être formé à leur utilisation, mais aussi de savoir les interpréter et rediriger les patients en cas d'anomalie. Dans le cadre de cette thèse, on se focalisera sur l'outil ICOPE et plus particulièrement le *step 1* (dépistage) qui sera utilisé en pharmacie d'officine.

2.2.2.1 Echelles de dépendance

2.2.2.1.1 Echelle ADL

Katz établit en 1970 (19) une échelle de dépendance permettant de mesurer les activités de la vie quotidienne : l'échelle ADL (*Activities of Daily Living*) (Figure 7). Le nombre total de points définit alors si la personne est dépendante ou non. Un score à 6 correspond à une autonomie complète et un score à 0 à une personne dépendante. Un sujet âgé dont le score est inférieur à 3 est considéré comme dépendant.

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	

Figure 7 : Echelle ADL de Katz

2.2.2.1.2 Echelle iADL

L'échelle iADL (*instrumental Activities of Daily Living*) (*Annexe 1*) selon Lawton (20) évalue le comportement et l'utilisation des outils usuels, soit les activités instrumentales de la vie quotidienne. Le score est de 0 à 5 pour les hommes et de 0 à 8 pour les femmes (on n'évalue pas le ménage, le linge et la cuisine pour les hommes). Plus le score est élevé, plus le patient est dépendant.

2.2.2.2 *Fiche-outil de repérage des risques de perte d'autonomie*

En 2018, l'HAS (21) publie une fiche-outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation (*Annexe 2*), qui est un formulaire simple à remplir par tout professionnel intervenant à domicile ou dans un établissement (EHPAD, résidence autonomie). Il a été conçu par l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux), et est destiné aux professionnels intervenant au domicile régulièrement ou aux aidants. Les objectifs de ce repérage sont les suivants : identifier un changement de comportement ou situation, alerter de la situation et ajuster l'accompagnement voire inviter à consulter le médecin traitant, assurer une traçabilité de l'information et réaliser son suivi.

2.2.2.3 *Echelles de repérage de la fragilité*

2.2.2.3.1 Grille SEGA (Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission)

La grille SEGA a été élaborée en 2004 par une équipe belge (D. Schovaerdt), il s'agit d'un outil de repérage de la fragilité des personnes âgées lors de leur admission aux urgences (Figure 8). Cette grille est réalisée aux urgences par un médecin ou une infirmière. Le profil gériatrique des patients est alors évalué, et ainsi le risque de développer des complications. L'intérêt est d'établir une prise en charge adaptée pendant l'hospitalisation et de planifier au mieux la sortie.

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
TOTAL :			 / 26

Figure 8 : Grille SEGA, volet A

Un score inférieur ou égal à 8 correspond à une personne peu fragile, un score entre 8 et 11 à une personne fragile et un score supérieur strictement à 11 à une personne très fragile.

A ce score s'ajoute un volet B recueillant des données complémentaires (*Annexe 3*) si le score est supérieur à 11.

2.2.2.3.2 L'outil FRAIL (*Fatigue, Resistance, Aerobic, Illness and Loss of weight*)

L'outil FRAIL est décrit par Morley et al (22) en 2012 (Figure 9). Il se base sur cinq critères, proches de ceux décrits par Fried (5) :

- la fatigue ressentie par le patient durant les 4 dernières semaines ;
- la résistance : capacité du patient à monter 10 marches sans aide ;
- la marche : capacité à marcher sans aide ;
- la présence d'au moins 5 pathologies ;
- la perte de poids de plus de 5 % du poids total durant les 12 derniers mois.

Fatigue: Are you fatigued?
Resistance: Cannot walk up 1 flight of stairs?
Aerobic: Cannot walk 1 block?
Illnesses: Do you have more than 5 illnesses?
Loss of weight: Have you lost more than 5% of your weight in the past 6 months?

Scoring:
Robust (score=0), Prefrail (score=1-2), and Frail (score=3-5)

Figure 9 : Questionnaire FRAIL (23)

Chaque réponse « oui » marque un point. Un score à 0 correspond à un patient robuste, un score à 1 ou 2 correspond à un état pré-fragile et un score de 3 à 5 à un patient considéré comme fragile.

Cet outil est rapide et peut facilement être réalisé en ambulatoire, par le médecin généraliste par exemple. Cependant, il nécessite une évaluation approfondie en cas de patient pré-fragile ou fragile.

2.2.2.3.3 La grille GSFT (*Gérontopôle Frailty Screening Tool*)

Cet outil élaboré par le gérontopôle de Toulouse a été mis en place pour un repérage de la fragilité simple et rapide par les médecins généralistes, pour des patients autonomes à partir de 65 ans. L'échelle ADL doit donc être réalisée avant d'utiliser la grille GFST (Figure 10).

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL 6 /6), à distance de toute pathologie aiguë

	DÉPISTAGE		
	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient s'est-il senti plus fatigué ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de problèmes de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient présente-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile ? OUI NON

Si OUI, votre patient accepte-t-il de participer à une évaluation de sa fragilité en hôpital de jour ?

OUI NON

Figure 10 : Questionnaire GFST

Ce questionnaire prend donc en compte l'avis du médecin généraliste, d'autant plus que celui-ci a un rôle important dans le repérage de la fragilité, par ses connaissances sur les antécédents des patients.

2.2.2.3.4 Auto-questionnaire FiND (*Frail Non-Disabled*)

Le gérontopôle de Toulouse a également élaboré l'outil FiND, qui est un auto-questionnaire utilisé pour le repérage rapide de la fragilité en ambulatoire (Figure 11). Par cet outil, le patient peut lui-même repérer une éventuelle fragilité, et être sensibilisé à cette notion. Ce questionnaire est proposé à partir de 65 ans et permet un dépistage précoce par sa simplicité de mise en œuvre.

The Frail Non-Disabled (FiND) Questionnaire

Domain	Questions	Réponses	Score
<i>Dépendance</i>	A. Avez-vous des difficultés à marcher 400 mètres (environ un tour d'un terrain de foot ou 2-3 bâtiments)?	a. Peu ou pas de difficultés b. Beaucoup de difficultés ou incapacité	0 1
	B. Avez-vous des difficultés à monter un escalier (environ 10 marches)?	a. Peu ou pas de difficultés b. Beaucoup de difficultés ou incapacité	0 1
<i>Fragilité</i>	C. Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 4,5 kg involontairement?	a. Non b. Oui	0 1
	D. La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti les états suivants: « <i>Tout ce que je faisais me demandait un effort</i> » ou « <i>Je ne pouvais pas aller de l'avant</i> »?	a. Rarement ou parfois (2 fois ou moins par semaine) b. Souvent ou la plupart du temps (plus de 3 fois par semaine)	0 1
	E. Quel est votre niveau actuel d'activité physique?	a. Activité physique régulière (au moins 2-4 heures par semaine) b. Aucune activité physique ou rarement (quelques promenades ou sorties pour aller faire des courses)	0 1

Figure 11 : auto-questionnaire FiND

2.2.2.4 Programme ICOPE-SIPA de l'OMS

L'OMS publie en 2017 (10) un guide de Soins Intégrés pour la Personne Agée (SIPA), appelé également ICOPE (*Integrated Care for Older People*), qui est un programme basé sur la notion de capacité intrinsèque (Figure 12). Ce programme a pour objectif de diminuer de 15 millions le nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2025. Le but de ce programme est de favoriser un vieillissement en bonne santé, en détectant le risque de perte d'autonomie chez

un patient, et ce, grâce à la prise en charge du déclin des capacités intrinsèques des patients âgés.

Le programme se décline en 5 étapes (24) :

- *step 1* : dépistage (Figure 12) ;
- *step 2* : évaluation approfondie ;
- *step 3* : plan de soin personnalisé ;
- *step 4* : fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention ;
- *step 5* : implication des collectivités et soutien aux aidants.

Principaux domaines de la Capacité Intrinsèque	Tests	Évaluation complète si une case cochée	
Trouble cognitif	1. Apprentissage de 3 mots : cigare, fleur, porte	<input type="radio"/>	Ne sait pas ou faux
	2. Orientation temporo-spatiale	<input type="radio"/>	Ne fait pas
	3. Rappel des 3 mots		Le rappel
Limitation de la mobilité	Lever de chaise : se lever 5 fois d'une chaise sans l'aide des bras. La personne s'est-elle levée 5 fois en 14 s ?	<input type="radio"/>	Non
Malnutrition	- Perte de poids : Avez-vous perdu au moins 3kg au cours de 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	Oui
	- Perte d'appétit : Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="radio"/>	Oui
Troubles visuels	Avez-vous des difficultés pour voir de loin ou de près ? Avez-vous une pathologie oculaire connue ? Etes-vous actuellement traité pour diabète ou hypertension artérielle ?	<input type="radio"/>	Oui
Troubles auditifs	Test de chuchotement Audiométrie : résultat 35 Db ou moins Test d'audition des chiffres dans le bruit	<input type="radio"/>	Echec
Symptômes de dépression	Au cours des deux dernières semaines :	<input type="radio"/>	Oui
	Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir? Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir de faire les choses?	<input type="radio"/>	Oui

Figure 12 : Outil de dépistage ICOPE de l'OMS

Ce questionnaire constitue la 1^{ère} étape du programme ICOPE : le dépistage des patients à risque de déclin fonctionnel et donc de perte d'autonomie. A partir du moment où une capacité intrinsèque est altérée, l'ICOPE est considéré comme anormal.

Si le test (*step 1*) se révèle normal (sans aucune fonction altérée), il est alors recommandé de le refaire tous les 4 à 6 mois (Figure 13). S’il est considéré comme anormal, on procède alors à une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) (*step 2*). En fonction de cette évaluation, on propose alors un plan personnalisé de soin et une organisation de suivi en ville ou par un spécialiste.

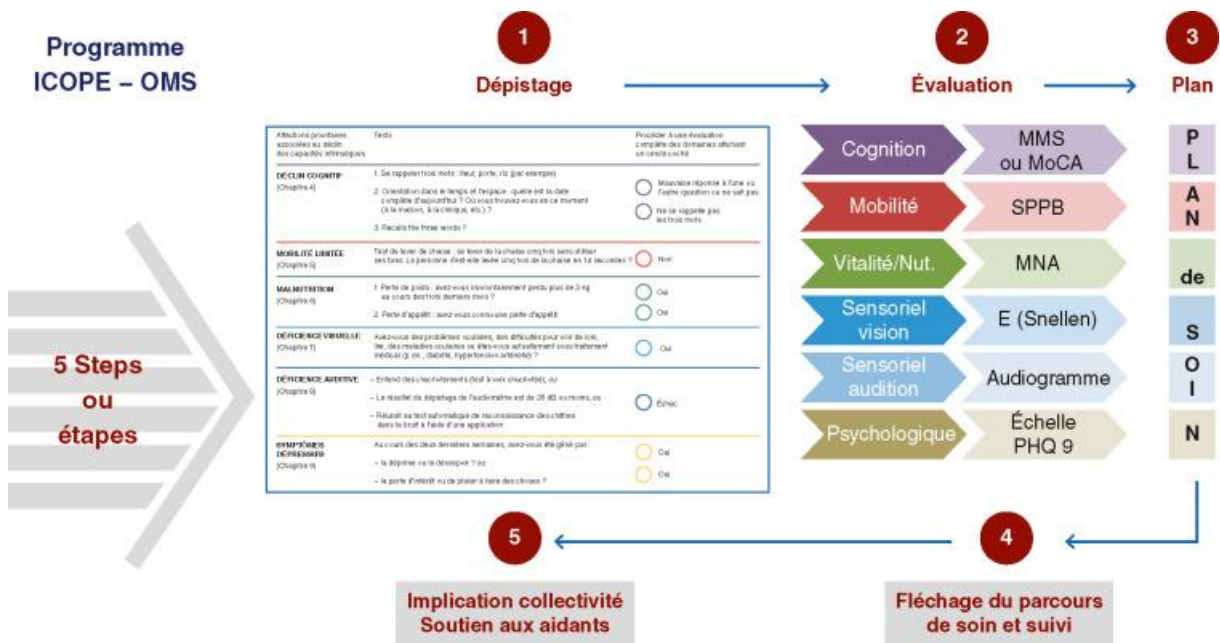


Figure 13 : Les 5 étapes du programme ICOPE (25)

L’OMS a désigné le 1^{er} septembre 2017 le gérontopôle du CHU de Toulouse comme centre collaborateur de l’OMS pour la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie.

Pour cela, le gérontopôle de Toulouse a développé l’application *ICOPE Monitor* (téléchargeable gratuitement depuis le 23 avril 2020) permettant aux soignants, aux aidants ou aux patients eux-mêmes, de déterminer le risque de perte d’autonomie via les capacités intrinsèques, grâce au questionnaire ICOPE. L’application est utilisable par tous : un professionnel de santé, un aidant ou le patient lui-même. Les données recueillies via l’application constituent une base de données pour le gérontopôle de Toulouse.

En France, en fin d’année 2020, le Ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse Nationale d’Assurance Maladie ont lancé un Appel à Manifestation d’Intérêt (AMI) (13) afin

de sélectionner des candidats pour une expérimentation nationale d'un dépistage du déclin fonctionnel lié à l'âge selon le programme ICOPE. Le but est de montrer la faisabilité de ce programme sur le terrain, neuf candidats ont été retenus dans plusieurs régions (PACA, Rhône-Alpes, Pays de la Loire) et les expérimentations seront lancées en milieu d'année 2021.

2.3 Le pharmacien d'officine : acteur de santé publique

Le pharmacien d'officine constitue un acteur majeur de santé public, avec un rôle important dans la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire.

2.3.1 Prévention primaire

En effet, son rôle est primordial dans plusieurs actions de prévention primaire dans l'adoption de comportements favorables à la santé, comme l'accompagnement à l'arrêt du tabac, ou encore la promotion d'une alimentation saine afin de diminuer la sédentarité. On peut également citer la vaccination, qui a aujourd'hui une place importante en pharmacie d'officine. Depuis quelques années, la vaccination anti-grippale est réellement implantée dans l'officine, avec un accès plus facile pour les patients et une mise en œuvre simplifiée. On peut relever que pour la campagne de vaccination 2019/2020, dans la population cible (patients avec un bon de prise en charge), on a une augmentation du nombre de vaccins délivrés de 8,1 % en France par rapport à la campagne précédente (*source IQVIA*). De plus, on a une tendance à l'augmentation de la vaccination anti-grippale (Tableau III).

Tableau III : Couverture vaccinale - source SDNS-DCIR (estimation parmi les personnes à risque)

	2018-2019	2019-2020
Total population à risque	43,2%	44,7%
Plus de 65 ans	48,9%	50,3%
Moins de 65 ans à risque	24,9%	27,5%

On peut également ajouter à ces actions de prévention primaire certaines missions données au pharmacien d'officine depuis le début de la crise de la Covid-19, comme la mise en place aujourd'hui en France de la vaccination anti-Covid.

2.3.2 Prévention secondaire

Le pharmacien d'officine a également un rôle majeur de prévention secondaire. Ainsi, pendant la crise de la Covid-19, en 2021, il s'est vu confier la mission d'effectuer des tests sérologiques puis antigéniques, ce qui permet de compléter et de rendre accessible plus rapidement le dépistage en population générale. Un autre exemple d'action de prévention secondaire confiée au pharmacien, est la possibilité de réaliser, depuis le début de l'année 2020, le TROD angine, selon un protocole prédéfini. Cela permet d'exclure une pathologie infectieuse et permet la prévention de l'antibiorésistance.

Le repérage et la prise en charge précoce des pathologies chroniques étant un véritable enjeu de santé publique, la mobilisation des pharmaciens pourrait être renforcée avec la mise en place d'actions de dépistage de cancers et de maladies chroniques. Des réflexions sont en cours concernant le dépistage du cancer colorectal avec la distribution de kits de dépistage par exemple, ou encore le dépistage du diabète avec un élargissement de la réalisation des tests capillaires sanguins par les pharmaciens. De plus, dans certaines zones de désertification médicale, il pourrait être proposé un dépistage par TROD pour les pathologies VIH, VHB et VHC. Ces missions élargiraient le champ des actions de prévention secondaire menées par le pharmacien d'officine.

2.3.3 Prévention tertiaire

Le pharmacien a un rôle dans la prévention des complications des maladies et l'iatrogénie médicamenteuse. En effet il contribue au repérage des situations à risque par plusieurs actions

de prévention tertiaire comme les entretiens pharmaceutiques (EP) ou les bilans partagés de médication (BPM).

La convention nationale des pharmaciens d'officine de janvier 2012 (26), organisant les rapports entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie, a défini l'entretien pharmaceutique comme « *l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens la prise en charge personnalisée et optimale du patient* ». Il s'agit d'un rendez-vous pris avec le patient atteint d'une pathologie définie, afin de l'aider à s'approprier et adhérer à son traitement. Les premiers patients concernés sont ceux suivant un traitement anticoagulant oral (et plus particulièrement les AVK) et les patients asthmatiques sous corticoïde inhalé. L'avenant n°8 en juin 2016 élargit aux patients sous AOD et non seulement ceux sous AVK. Début 2020, un nouveau type d'entretien est conventionné : celui pour les patients atteints d'un cancer et traité par une chimiothérapie par voie orale. L'objectif de ces entretiens est d'améliorer l'adhésion thérapeutique et d'éviter les risques iatrogéniques.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit le Bilan Partagé de Médication (BPM) comme « *une analyse critiquée structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement* ». D'après l'avenant 19 de la convention nationale (27), les patients éligibles au BPM sont tous les patients de plus de 65 ans polymédiqués avec au moins 5 molécules prescrites depuis au moins 6 mois. A l'officine ce BPM se déroule en plusieurs étapes. La première est l'entretien de recueil d'informations permettant de faire le point sur les traitements et l'automédication pris par le patient (prescrits ou non), les connaissances du patient sur les traitements et pathologies, ainsi que sur les habitudes de vie. Le pharmacien analyse ensuite toutes ces informations et transmet d'éventuelles interventions pharmaceutiques au médecin traitant. Ensuite, un entretien conseil est réalisé, afin de faire le point sur les interventions et établir un éventuel plan de posologie. Enfin, le pharmacien réalise des entretiens de suivi d'observance afin de réévaluer l'adhésion du patient et de faire le bilan des stratégies mises en place.

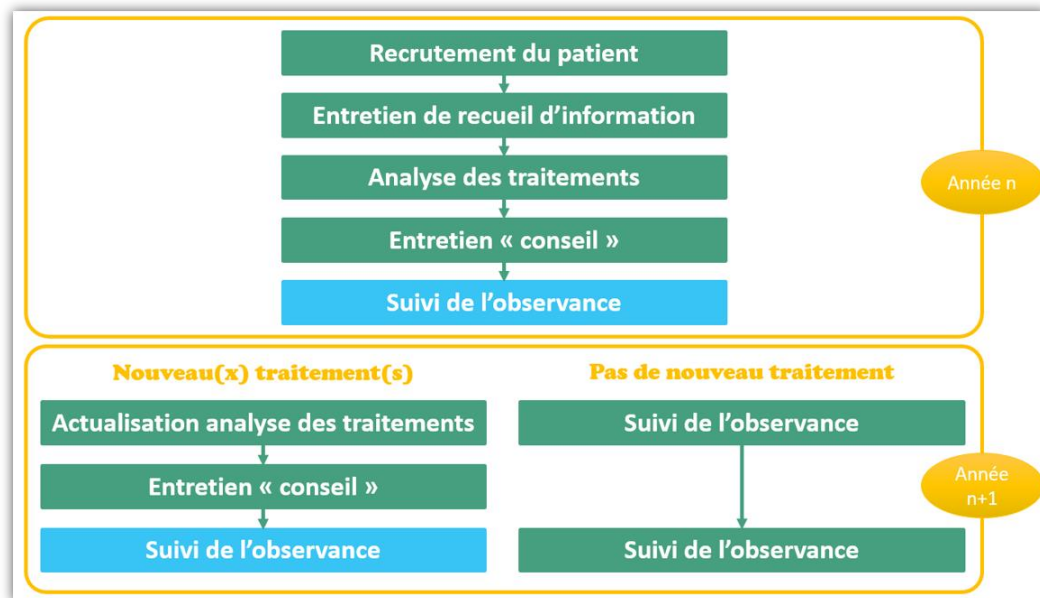


Figure 14 : Logigramme du BPM

2.4 Dépistage de la perte d'autonomie et de la fragilité en ville

2.4.1 Par le médecin généraliste

En 2014, Duflot (28) étudie la faisabilité du questionnaire GFST par les médecins généralistes en région Rhône-Alpes. Seize médecins ont participé et ont inclus 522 patients. Les résultats montrent une prévalence de la fragilité chez les patients autonomes de plus de 65 ans, de 24,5 %.

En 2017, Lo (29) étudie également la faisabilité du questionnaire GFST par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire. Sur les 20 médecins qui ont participé, seulement 10 % connaissaient l'outil GFST et 70 % ont émis des réserves sur le repérage de la fragilité via cette grille en consultation. Selon 95 % d'entre eux, cet outil est néanmoins faisable en médecine générale, mais seulement 35 % le réutiliseraient. Sur les 348 patients inclus lors de cette étude, 40,2 % sont repérés fragiles, et l'âge moyen des personnes fragiles était de 80,1 ans.

La prévalence de la fragilité est donc variable selon les études, mais on peut dire que son dépistage est faisable en médecine générale, même si de nombreux médecins généralistes ne sont pas encore sensibilisés au dépistage systématique de la perte d'autonomie et de la fragilité.

2.4.2 Par le pharmacien d'officine

En 2014 et 2017, deux études (30) EGO 1 et EGO 2 (Evaluation Gériatrique à l'Officine) sont menées dans 55 pharmacies d'officine de Picardie, grâce à la participation d'étudiants en 6^{ème} année. L'objectif était d'effectuer un bilan de médication inspiré d'un bilan hospitalier, dans le but de montrer qu'un bilan gériatrique pourrait être réalisé en officine. Pendant l'étude EGO 1, 892 patients de plus de 65 ans sont recrutés. Parmi les outils utilisés, la grille SEGA a été utilisée pour un repérage de la fragilité. Les résultats montrent que 28,2 % des patients sont considérés comme fragiles.

En 2014, Masbou (31) a étudié le rôle du pharmacien dans le repérage de la fragilité en officine, à l'aide de l'auto-questionnaire FiND proposé au comptoir à des patients de plus de 70 ans. Parmi les 123 réponses, 54 patients (43,9 %) sont repérés comme fragiles, et 36 comme dépendants (29,3 %).

3 Matériel et méthodes

3.1 Type de l'étude

Les patients ont été recrutés au comptoir, à la Pharmacie des 3 Potions à Tours (37000), entre le 12 janvier et le 14 avril 2021.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- patient âgé de plus de 65 ans avec une ALD (Affection Longue Durée) se présentant à l'officine ;
- **OU** patient âgé de plus de 75 ans se présentant à l'officine ;
- **ET** patient ayant donné son consentement oral pour le recueil des données.

La maîtrise insuffisante du français était le seul critère de non inclusion.

L'outil ICOPE est recommandé par l'OMS pour les plus de 75 ans. Dans l'étude il a été choisi d'élargir les critères en incluant les patients à partir de 65 ans ayant une ALD. Ce critère permettra (en plus d'une information sur le nombre de molécules prescrites) de déterminer les patients éligibles au Bilan Partagé de Médication (BPM). En effet, tout patient de plus de 65 ans avec au moins 5 molécules prescrites depuis au moins 6 mois est éligible au BPM en officine.

3.2 Outils

L'outil utilisé pour le repérage de la perte d'autonomie des patients est la grille de dépistage de l'outil ICOPE (*step 1*). Cet outil se base sur les capacités intrinsèques, il permet de déceler rapidement l'altération d'une ou plusieurs de ces capacités, et donc de prévenir le passage d'un état dit « robuste » à un état pré-fragile ou fragile.

Dans notre expérimentation, l'échelle d'autonomie ADL, dont le score (sur 6) permet de déterminer si un patient est autonome ou non, précède le *step 1* d'ICOPE.

Afin de faciliter le recueil, un questionnaire anonymisé via *Google Form* a été créé, regroupant l'échelle ADL et l'outil ICOPE, ainsi que quelques informations complémentaires (*Annexe 4*). Chaque patient se voit attribué un numéro d'identification qui permet l'anonymisation (initiales et date).

L'enregistrement de l'heure de début et de fin permet de déterminer un temps de passation moyen.

Dans le but de repérer les patients qui pourraient être éligibles à un entretien pharmaceutique ou à un BPM, le patient est questionné sur la présence ou non d'une ALD (Affection Longue Durée) et le nombre de molécules prescrites depuis au moins 6 mois.

La passation de ce questionnaire a été proposée aux patients au comptoir par les membres de l'officine (pharmaciens, préparateurs et étudiant en pharmacie), lors d'un passage ou d'une dispensation d'ordonnances. Le questionnaire a été réalisé par le pharmacien ou l'étudiant en pharmacie. Le nombre de refus a également été relevé. Le protocole prévoyait de :

- proposer l'entretien dans le local de confidentialité : 2 tests avec respectivement 11 et 6 questions (durée estimée 10 minutes) ;
- expliquer l'intérêt de ce programme ICOPE de l'OMS qui est de repérer et prévenir le risque de perte d'autonomie chez des patients âgés en bonne santé, c'est-à-dire repérer des éléments qui pourraient être prévenus par des interventions ciblées (exemples ; mise en place d'aides, aménagement du domicile, prise en charge d'un problème de vision, d'audition, de mobilité), afin de « vieillir en bonne santé » ;
- remettre la note d'informations (*Annexe 5*) au patient ;
- Saisir les résultats du test sur le formulaire en ligne (lisible sur tablette, ordinateur, téléphone portable...) ;
- remplir et remettre la fiche de résultats (*Annexe 6*) au patient.

3.3 Critères de jugement

Afin de déterminer la faisabilité de l'outil ICOPE en officine les critères de jugement principal sont les suivants :

- temps nécessaire à la passation du questionnaire ;
- taux d'acceptation du test ;
- nombre de tests menés à terme ;
- organisation dans l'officine.

L'objectif secondaire est de déterminer la prévalence du risque de perte d'autonomie, par un résultat du *step* 1 d'ICOPE anormal (une ou plusieurs fonctions altérées), et de la dépendance en officine. Les critères de jugement secondaire sont alors les scores ICOPE et ADL sur l'échantillon.

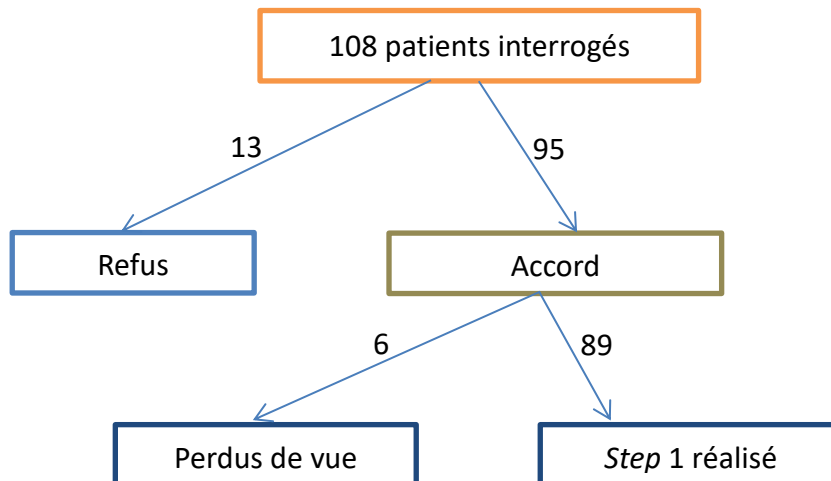
3.4 Méthode d'analyse

Les résultats ont été analysés grâce au logiciel Microsoft® Excel®.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration CNIL dont le traitement informatique ' ICOPE ' est enregistré dans le registre des traitements informatiques du C.H.R.U. de Tours, sous le n° 2020_113.

4 Résultats

Au total, le questionnaire a été proposé à 108 patients. 95 patients ont donné leur accord, 89 ont réalisé le questionnaire directement et jusqu'au bout, 6 ont accepté et devaient repasser à la pharmacie pour réaliser le questionnaire, mais l'occasion ne s'est pas présentée (ils sont considérés comme perdus de vue), et 13 patients ont refusé (12 %).



Concernant la répartition des patients interrogés selon leur sexe et leur âge :

- environ deux tiers (63 %) sont des femmes ($n = 56$), et 37 % sont des hommes ($n = 33$) (Figure 15) ;
- l'âge moyen des patients interrogés est de 78,5 ans (écarte-type : 7,0 ans) avec 28 % ($n = 25$) des patients ayant un âge compris entre 65 ans et 74 ans inclus, 47 % ($n = 42$) entre 75 ans et 84 ans inclus et 25 % ($n = 22$) étant âgés de 85 ans ou plus (Figure 16).
L'âge minimal est 65 ans et le maximal est de 94 ans.

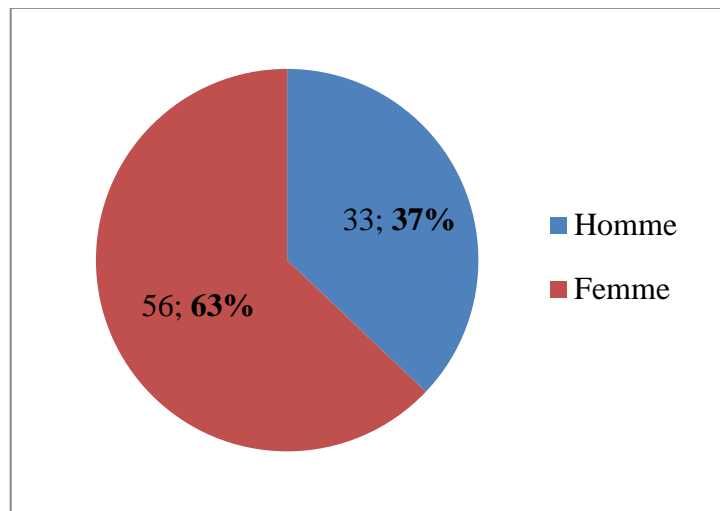


Figure 15 : Répartition des patients selon leur sexe

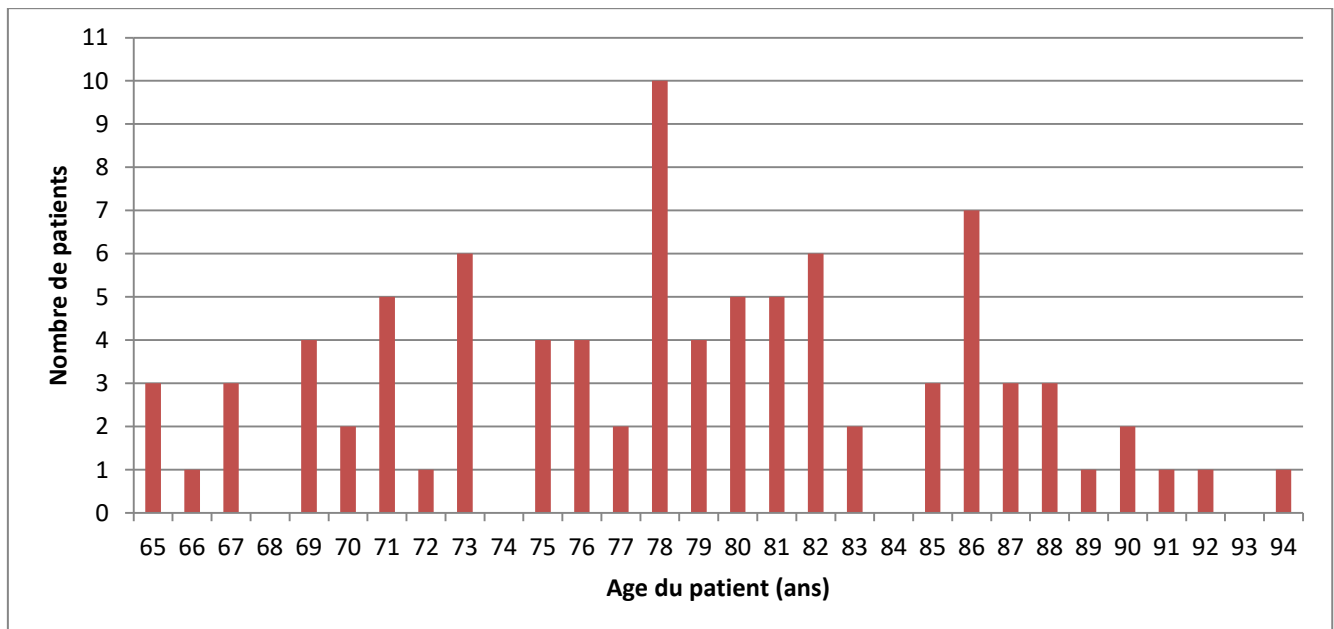


Figure 16 : Répartition du nombre de patients en fonction de leur âge

4.1 Critère de jugement principal : faisabilité de l'outil ICOPE

Pour déterminer la faisabilité de l'outil ICOPE en officine, plusieurs critères sont pris en compte.

Tout d'abord le **taux d'acceptation du test est de 87,9 %** ($n = 95/108$ patients) : il s'agit du nombre total de patients ayant accepté de passer le questionnaire, incluant les perdus de vue.

D'autre part, 100 % des tests entamés ont été menés à terme (89 tests réalisés entièrement).

Le temps moyen de passation est de **6 minutes et 16 secondes** (écarte-type : 2 minutes et 44 secondes). Le temps minimal est de 3 minutes et le maximal est de 20 minutes.

Concernant l'organisation dans l'officine, la passation du test a été proposée au comptoir aux patients entrant dans les critères d'inclusion. Cela s'est fait au cours d'une délivrance d'ordonnance chez des patients habitués à venir à la pharmacie, mais aussi chez quelques patients ne venant que rarement dans cette pharmacie. Dans quelques situations, le questionnaire a été proposé à la personne venant chercher des médicaments pour un proche (mari ou femme), après confirmation de son âge. Le patient se rendait ensuite avec l'investigateur (pharmacien ou étudiant en pharmacie) dans le local de confidentialité afin de réaliser l'entretien.

4.2 Critères de jugement secondaire

Les prévalences de la dépendance et du risque de perte d'autonomie ont été déterminées par l'échelle ADL et le *step* 1 d'ICOPE.

Un patient est considéré comme autonome si son score ADL se situe entre 5 et 6, et non autonome s'il est inférieur à 5. Concernant le *step* 1 d'ICOPE, un patient est considéré à risque de perte d'autonomie si au moins une fonction est altérée.

Notons qu'aucun des patients n'avait réalisé auparavant ce test de dépistage du programme ICOPE, 6,7 % déclarent en avoir déjà entendu parler, mais sans savoir le présenter précisément.

4.2.1 Score ADL : évaluation de l'autonomie

La répartition des patients selon leur score ADL est la suivante (Tableau IV) :

- 83,2 % des patients ont un ADL à 6 (score maximal)
- 14,6 % à 5,5
- 1,1 % à 5
- 1,1 % à 3,5.

Tableau IV : Score ADL sur l'échantillon (n = 89 patients)

Score ADL	Nombre de patients	Pourcentage du nombre de patients (%)
6	74	83,2
5,5	13	14,6
5	1	1,1
3,5	1	1,1

Il apparaît que 98,9 % des patients sont considérés comme autonomes et un seul patient (soit 1,1 %) comme non autonome (donc dépendant) selon l'échelle ADL (Figure 18).

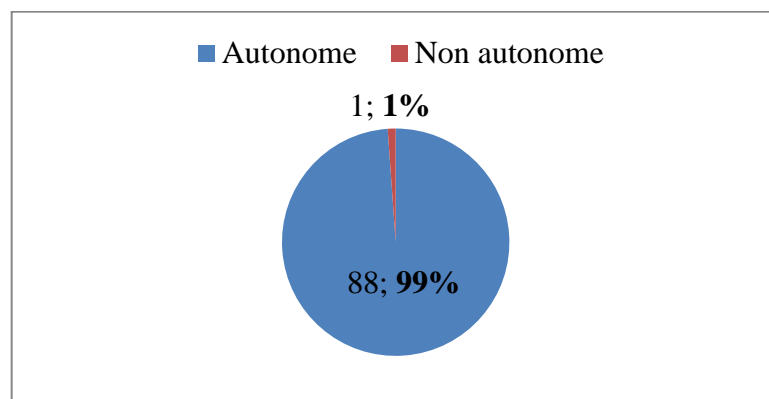


Figure 17 : Répartition des patients autonomes ou non selon le score ADL

4.2.2 Outil ICOPE : dépistage (step 1)

Seulement 3 personnes, soit 3,4 % des patients interrogés, présentent un *step 1* d'ICOPE normal avec aucune fonction intrinsèque altérée (ayant respectivement 70 ans, 65 ans et 65 ans et une ALD). D'autre part, tous les patients interrogés de plus de 75 ans ($n = 64$) ont un ICOPE anormal, avec au moins une fonction intrinsèque altérée.

La fonction intrinsèque la plus altérée est la vision avec 73 % des patients interrogés ($n = 65$) (Tableau V). La 2^{ème} fonction la plus altérée est la cognition avec un échec au rappel des trois mots pour 56 % des patients ($n = 50$). Le plus souvent, les patients ne pouvaient répéter que deux mots sur trois (le nombre de mots oubliés n'a pas été retenu).

La fonction la moins altérée observée est la mobilité avec un test du lever de chaise réussi chez 89,9 % des patients (5 levers de chaise sans aide en moins de 14 secondes).

La 2^{ème} fonction la moins altérée avec une altération chez seulement 20,2 % des patients est la nutrition. Seulement 9 % d'entre eux ($n = 8$) ont subi une perte de poids de plus de 3 kilos dans les trois derniers mois.

Tableau V : Altération ou non des fonctions intrinsèques selon l'outil ICOPE

Fonction intrinsèque	Altérée		Non altérée	
	Nombre de personnes	Pourcentage (%)	Nombre de personnes	Pourcentage (%)
Cognition	63	70,8	26	29,2
Nutrition	18	20,2	71	79,8
Vision	65	73,0	24	27,0
Audition	39	43,8	50	56,2
Humeur	44	49,4	45	50,6
Mobilité	9	10,1	80	89,9

Plus de la moitié des patients ($n = 50$) ont deux ou trois fonctions altérées (56,2 %), et environ un quart ($n = 24$) présentent 4 fonctions altérées ou plus (27 %) (Tableau VI).

Le patient qui a 6 fonctions altérées a un ADL à 6, tandis que celui qui est non autonome selon la grille ADL (score à 3,5) présente 5 fonctions altérées (la vision, la cognition, l'humeur, la nutrition et la mobilité).

Tableau VI : Nombre de patients en fonction du nombre de fonctions altérées selon le step 1 d'ICOPE

Nombre de fonctions altérées	Nombre de patients	Pourcentage (%)
0	3	3,3
1	12	13,5
2	25	28,1
3	25	28,1
4	20	22,5
5	3	3,4
6	1	1,1

On en déduit que **96,6 %** des patients sont considérés comme **à risque de perte d'autonomie**.

Pour conclure, en réponse à la question « Sachant que ce test est à refaire tous les 4 à 6 mois, comment pensez-vous pouvoir le réaliser à nouveau ? » :

- 51,7 % des patients ont répondu être capables de le réaliser via l'application sur un téléphone ou un ordinateur chez eux ;
- 13,5 % préféraient le réaliser chez eux avec l'aide d'un aidant ;
- et 34,8 % considéraient plus facile de le refaire chez un professionnel de santé.

Le pharmacien d'officine est le professionnel de santé identifié dans plus de 67 % des cas, comme étant le plus accessible pour les patients, afin de réaliser le *step 1* d'ICOPE tous les 4 à 6 mois.

En cas de *step 1* d'ICOPE anormal (au moins une fonction altérée), il a été conseillé au patient de remettre la feuille de résultats au médecin traitant, afin d'effectuer une évaluation approfondie si nécessaire. Par la présentation de cet outil de dépistage, les patients y sont alors sensibilisés et peuvent devenir acteurs de l'anticipation du déclin fonctionnel.

Le BPM (Bilan Partagé de Médication) peut être proposé à tous les patients de plus de 65 ans avec au moins 5 molécules prescrites. Sur notre échantillon, la moitié (**49,4 %** soit 44 patients) avait au moins 5 molécules prescrites, et étaient donc **éligibles au BPM**.

Le nombre de patients ayant l'une des classes de médicaments concernée par les entretiens pharmaceutiques (EP) est rapporté dans le Tableau VII:

Tableau VII : Nombre de patients avec un médicament éligible à l'EP

Classe de médicaments	Nombre de patients	Pourcentage de patients sur l'échantillon (%)
AVK	4	4,5
AOD	8	9,0
Corticoïde inhalé (asthme)	1	1,1
Chimiothérapie orale	3	3,4

On en déduit que **18 %** ($n = 16$) des patients interrogés sont **éligibles à l'entretien pharmaceutique**.

5 Discussion

5.1 Forces

A ce jour, à notre connaissance, l'outil ICOPE a été peu évalué en ambulatoire, et particulièrement en pharmacie d'officine. De plus, aucune action de dépistage précoce de la perte d'autonomie n'a été mise en place à ce jour en France en soins primaires et particulièrement en officine. Les 21 000 officines qui couvrent l'ensemble du territoire français constituent pourtant des acteurs de santé de proximité, qui pourraient prendre une place déterminante dans une telle politique de dépistage de masse. Une étude française a montré en 2020 l'intérêt de l'utilisation de l'outil SEGA pour le repérage des personnes à risque de perte d'autonomie en officine (32), mais il peut paraître plus complexe et plus long à réaliser. Pourtant, de nombreuses études ont démontré l'intérêt de mettre en place en soins primaires des programmes d'intervention précoce pour prévenir la perte d'autonomie (33).

Notre étude apporte ainsi des premiers éléments en faveur de la faisabilité du dépistage de la perte d'autonomie en pharmacie d'officine via l'outil ICOPE. Les résultats montrent un taux d'acceptation élevé, un faible taux de perdus de vue, et un temps de passation particulièrement satisfaisant (6 minutes et 16 secondes). Ces résultats suggèrent que le taux de patients à risque de perte d'autonomie (au moins une fonction intrinsèque altérée) est particulièrement élevé dans la population étudiée, montrant que la pharmacie d'officine serait un lieu pertinent pour ce dépistage. Le but est de pouvoir agir en amont et d'obtenir une première évaluation sans anomalie pour tous les patients, et ainsi de démarrer le suivi avec un ICOPE normal. L'objectif est alors de repérer une éventuelle altération grâce au suivi et à la répétition du questionnaire tous les 6 mois pour chaque patient. Il serait pertinent d'envisager une généralisation de cette étude à une plus grande échelle, et d'évaluer l'intérêt d'une mesure répétée régulièrement.

L'avantage de cet outil, en plus d'être facilement et rapidement réalisable, est qu'il peut être utilisé par tous les professionnels de santé ayant suivi une formation (pharmaciens, médecins,

infirmiers...). En pharmacie d'officine, un préparateur ou un étudiant en pharmacie peut également réaliser ce dépistage.

Concernant le pharmacien d'officine, on pourrait imaginer une mise en place de ce dépistage au cours de services tels que la prise de mesure, une livraison à domicile, une surveillance post-vaccinale, un entretien pharmaceutique ou encore un bilan de médication partagé (BPM). La mise en place pendant un BPM permettrait de se rendre compte de l'autonomie du patient et de compléter les informations recueillies lors du premier entretien. Le BPM nécessite plus de temps en pharmacie d'officine, mais on pourrait imaginer un lien entre le dépistage du risque de perte d'autonomie, et le risque d'iatrogénie.

En effet, le pharmacien étant considéré comme expert des médicaments, son analyse lui permet de faire le lien entre les éventuelles fonctions altérées et la prise de certains médicaments à risque ou effets indésirables. Par exemple, il peut y avoir un lien entre l'altération de la cognition et la prise de benzodiazépines, la mobilité réduite et la prise de psychotropes ou d'anti-hypertenseurs, l'altération de la nutrition et une polymédication ou d'éventuels effets indésirables digestifs, ou encore l'altération de la vision et la prise d'anti-arythmiques (comme l'amiodarone).

Le pharmacien est alors très bien placé pour un accompagnement du patient par sa proximité, sa disponibilité, et selon le point de vue du patient (dans notre étude, 67 % considèrent le pharmacien comme le plus accessible pour organiser des évaluations et un suivi par l'outil ICOPE).

Par sa facilité de mise en œuvre, cet outil permet également au patient de devenir acteur de sa santé. En effet, ce dépistage peut être réalisé en auto-évaluation, après une première évaluation chez un professionnel de santé formé, via des outils numériques comme l'application *ICOPE Monitor* ou un support papier.

5.2 Limites

Concernant les limites, tout d'abord, le questionnaire n'a été utilisé que dans une seule officine, il n'y a donc pas de grande variabilité en termes de variables socio-économiques. Ici, la population testée était particulièrement urbaine, et il serait intéressant de comparer à des résultats dans un milieu plutôt rural.

De plus, (même si l'entretien a été proposé systématiquement), la disponibilité de l'investigateur variable en fonction de l'activité de l'officine, a induit un biais de sélection. En effet, au vu du contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19, l'activité de l'officine et l'augmentation des missions confiées au pharmacien (teste antigéniques, vaccins...) a réduit le temps de disponibilité des investigateurs.

Ensuite, une des principales critiques porte sur la réflexion à avoir à la suite des résultats des fonctions altérées. En effet, par exemple, les critères d'altération de la fonction intrinsèque « vision » sont très larges ; la question « Avez-vous des difficultés à voir de loin ou de près ? Souffrez-vous d'une pathologie oculaire connue ? Souffrez-vous d'hypertension ou de diabète ? » en contient plusieurs, et la fonction est considérée comme altérée si le patient répond « oui » à une seule des questions posées. Le plus souvent, ces pathologies sont déjà contrôlées et prises en charge, on ne peut donc pas affirmer que la fonction vision est réellement altérée, ou si elle l'est, elle est souvent contrôlée.

D'autre part, la baisse de poids est biaisée si le patient a vécu une hospitalisation dans les trois derniers mois, s'il souffre d'un cancer, mais elle peut également être volontaire (ces exemples ont été rapportés par certains patients questionnés).

Au niveau de l'humeur, le contexte actuel de la pandémie de la Covid-19 biaise les réponses avec de nombreux patients, qui relèvent le fait de se sentir déprimé du fait de la crise sanitaire et de l'isolement par rapport à leur famille.

Concernant l'audition, un patient a échoué au test du chuchotement alors qu'il était normalement appareillé mais n'avait pas mis son appareil à cause du port actuel du masque et des lunettes.

L'idée première de cette étude était de pouvoir transmettre la feuille de résultats du *step 1* d'ICOPE au médecin traitant. Cependant, l'étude réalisée ici est une étude RIPH3 (Recherche Impliquant la Personne Humaine, en soins courants, non interventionnelle). L'envoi de résultats du *step 1* au médecin traitant en aurait fait une étude RIPH2 (étude interventionnelle qui modifie les pratiques et le parcours du patient), et aurait nécessité une promotion et un passage devant un CPP (Comité de Protection des Personnes), non réalisable dans le cadre d'une thèse d'exercice (délais trop longs). En conséquence, il était ici conseillé au patient de remettre lui-même les résultats à son médecin traitant s'il le souhaitait. Durant la durée du recueil, aucune information concernant un éventuel retour du médecin traitant (sur d'éventuelles actions réalisées ou la mise en place d'une prise en charge particulière) ou du patient n'a été récupérée. De plus, la durée de 3 mois n'a pas permis de recul suffisant pour recueillir un retour des patients, même spontanément au comptoir. Il est donc difficile de conclure que la transmission des résultats auprès du médecin traitant a bien été réalisée.

Enfin, une des limites constitue l'absence de financement pour les pharmaciens réalisant ce dépistage.

5.3 Perspectives futures

L'objectif de l'utilisation du *step 1* d'ICOPE en officine est tout d'abord de rendre accessible à tous le dépistage du risque de perte d'autonomie, mais également d'agir en amont, afin d'avoir un premier test complètement normal avec aucune fonction altérée. Pour cela, on pourrait réfléchir à instaurer ce dépistage en officine chez tous les patients à partir d'un âge inférieur à 65 ans, étant donné que seulement 3 patients sur 89 avaient un ICOPE normal dans cette étude. En prenant en compte la définition sociale du seuil de la vieillesse fixé à 60 ans,

on peut imaginer un premier dépistage à partir de cet âge-là afin d'obtenir une première évaluation normale. De plus, après 60 ans, la polymédication devient plus importante. Afin d'inclure tous les patients à partir de 60 ans, même ceux ne se rendant pas régulièrement à la pharmacie, on pourrait imaginer la mise en place de messages de sensibilisation grand public, incitant les patients à se rendre spontanément chez le pharmacien pour réaliser le *step 1* de l'outil ICOPE et se former au dépistage du risque de perte d'autonomie.

Ce test pourrait alors être réalisé tous les 4 à 6 mois (selon les recommandations de l'OMS) afin de repérer un début de déclin d'une des fonctions intrinsèques le plus rapidement. Ceci permettrait alors de la prendre en charge afin d'éviter un début de perte d'autonomie. Après un premier dépistage, le patient pourrait alors procéder à l'auto-évaluation. Le pharmacien d'officine a donc un rôle de formation, de conseil en cas d'altération d'une fonction, et surtout de sensibilisation à la perte d'autonomie. On pourrait imaginer un premier test chez un professionnel de santé, avec une formation à l'auto-évaluation et des informations sur la conduite à tenir en cas d'anomalie, avec par exemple la remise d'une brochure informative en lien avec l'altération des fonctions.

Après un premier test chez le pharmacien, il serait alors important de réaliser un suivi par le médecin traitant. Pour cela, le pharmacien pourrait envoyer un courrier d'information au médecin traitant avec les résultats du patient. Le médecin formé peut réaliser une évaluation approfondie en cas d'anomalie du *step 1* d'ICOPE, ou rediriger vers un confrère gériatre ou un service de gériatrie. Une meilleure coordination entre médecin traitant et pharmacien (notamment via les messageries sécurisées en santé), permettrait ainsi une meilleure réactivité de suivi et de prise en charge en cas d'ICOPE anormal.

Cet outil devrait être connu de tous les professionnels de santé, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. On pourrait donc imaginer que tous les professionnels de santé de santé du milieu libéral puissent réaliser ce dépistage via le *step 1* d'ICOPE, et que certains professionnels identifiés puissent réaliser le *step 2* en cas d'anomalie (médecin spécialisé,

infirmier de pratique avancée...). Pour cela, une coordination entre tous les professionnels de santé doit être mise en place. Des pharmaciens ou médecins de référence pourraient être identifiés, afin de réaliser une évaluation approfondie. Concernant le pharmacien d'officine, ses compétences devraient être alors élargies, afin qu'il puisse réaliser des tests plus spécifiques comme le MMSE ou le test de l'horloge par exemple.

L'objectif serait alors d'établir un parcours de soins standardisé, qui s'intègre dans un schéma global de prise en charge du patient, et dans lequel le *step 1* d'ICOPE serait validé comme dépistage du risque de perte d'autonomie.

Enfin, on pourrait imaginer intégrer la formation de cet outil dans les formations initiales de tous les professionnels de santé concernés.

6 Conclusion

Le dépistage du déclin des capacités intrinsèques via l'utilisation du *step 1* d'ICOPE par le pharmacien d'officine paraît très facilement réalisable, par sa mise en place sans difficultés, et la faible durée de l'entretien (6 minutes et 16 secondes). Le taux d'acceptation du test élevé (88 %) montre que la population cible se sent concernée par ce dépistage, et est prête à réaliser l'entretien lors d'un passage à la pharmacie.

L'implication du pharmacien d'officine semble essentielle pour le déploiement d'ICOPE sur l'ensemble du territoire. En effet, il a un rôle d'information, de sensibilisation par sa place majeure dans les actions de soins primaires. De plus, le pharmacien est accessible pour les patients, qui se rendent régulièrement à la pharmacie. Ainsi, le suivi tous les 4 à 6 mois du déclin des capacités intrinsèques via le *step 1* de l'outil ICOPE est envisageable par ce professionnel de santé. Celui-ci a également un rôle de formation à l'auto-évaluation, que peuvent réaliser les patients à leur domicile via l'application *ICOPE Monitor* (sur tablette, smartphone ou ordinateur) ou un support papier.

Les résultats montrent une prévalence de la perte d'autonomie élevée, avec 96,6 % des patients ayant obtenu un ICOPE anormal. Cela montre que le *step 1* d'ICOPE est ici réalisé trop tard. En effet, l'objectif de ce programme est que la première évaluation soit normale avec aucune fonction intrinsèque altérée. Cet outil est donc à mettre en place pour un dépistage plus précoce en soins ambulatoires.

Enfin, le médecin traitant a un rôle important dans ce dépistage, il peut en effet réaliser le suivi de la perte d'autonomie des patients, mais aussi réaliser une évaluation gériatrique si nécessaire ou orienter le patient vers des spécialistes. Pour cela, la coordination entre tous les professionnels de santé est primordiale.

7 Version scannée et signée de la conclusion

THÈSE SOUTENUE PAR : Mathilde Camus-Gabriel

TITRE :

DEPISTAGE DU RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE CHEZ LES PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS ET DE PLUS DE 65 ANS AVEC UNE ALD : ETUDE DE FAISABILITE DE L'OUTIL ICOPE EN OFFICINE

CONCLUSION :

Le dépistage du déclin des capacités intrinsèques via l'utilisation du *step 1* d'ICOPE par le pharmacien d'officine paraît très facilement réalisable, par sa mise en place sans difficultés, et la faible durée de l'entretien (6 minutes et 16 secondes). Le taux d'acceptation du test élevé (88 %) montre que la population cible se sent concernée par ce dépistage, et est prête à réaliser l'entretien lors d'un passage à la pharmacie.

L'implication du pharmacien d'officine semble essentielle pour le déploiement d'ICOPE sur l'ensemble du territoire. En effet, il a un rôle d'information, de sensibilisation par sa place majeure dans les actions de soins primaires. De plus, le pharmacien est accessible pour les patients, qui se rendent régulièrement à la pharmacie. Ainsi, le suivi tous les 4 à 6 mois du déclin des capacités intrinsèques via le *step 1* de l'outil ICOPE est envisageable par ce professionnel de santé. Celui-ci a également un rôle de formation à l'auto-évaluation, que peuvent réaliser les patients à leur domicile via l'application *ICOPE Monitor* (sur tablette, smartphone ou ordinateur) ou un support papier.

Les résultats montrent une prévalence de la perte d'autonomie élevée, avec 96,6 % des patients ayant obtenu un ICOPE anormal. Cela montre que le *step 1* d'ICOPE est ici réalisé trop tard. En effet, l'objectif de ce programme est que la première évaluation soit normale avec aucune fonction intrinsèque altérée. Cet outil est donc à mettre en place pour un dépistage plus précoce en soins ambulatoires.

Enfin, le médecin traitant a un rôle important dans ce dépistage, il peut en effet réaliser le suivi de la perte d'autonomie des patients, mais aussi réaliser une évaluation gériatrique si nécessaire ou orienter le patient vers des spécialistes. Pour cela, la coordination entre tous les professionnels de santé est primordiale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN

Michel SEVE




LE DIRECTEUR DE THESE :

Adeline BOUDET



LE TUTEUR UNIVERSITAIRE :

Jean-Didier Bardet



8 Bibliographie

1. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
2. chapitre1cneg [Internet]. seformeralageriatrie. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.seformeralageriatrie.org/chapitre1cneg>
3. Le référentiel métier de la spécialité de gériatrie: Reference document for geriatric medicine. Cah Année Gérontologique. déc 2011;3(4):151-72.
4. Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. In: Rev Prat, 34 : 888. 1984.
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol Ser A. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
6. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 30 août 2005;173(5):489-95.
7. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1 juill 2007;62(7):722-7.
8. Sternberg SA, Schwartz AW, Karunanathan S, Bergman H, Clarfield AM. The Identification of Frailty: A Systematic Literature Review. J Am Geriatr Soc. 2011;59(11):2129-38.
9. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. juin 2009;64(6):675-81.
10. WHO | WHO Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/publications/guidelines-icope/en/>
11. Santé O mondiale de la. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2016 [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556>
12. dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf
13. DGOS. Appels à manifestation d'intérêt [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/appels-a-manifestation-d-interet>
14. Aquino PJ-P, Corbin MS. BIEN VIVRE SON AVANCEE EN AGE. :32.
15. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Autonomie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/>

16. Schema_regional_sante.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Schema_regional_sante.pdf
17. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
18. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa
19. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in Development of the Index of ADL1. *The Gerontologist*. 1 mars 1970;10(1_Part_1):20-30.
20. Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living1. *The Gerontologist*. 1 oct 1969;9(3_Part_1):179-86.
21. L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation
22. MORLEY JE, MALMSTROM TK, MILLER DK. A SIMPLE FRAILTY QUESTIONNAIRE (FRAIL) PREDICTS OUTCOMES IN MIDDLE AGED AFRICAN AMERICANS. *J Nutr Health Aging*. juill 2012;16(7):601-8.
23. Gleason LJ, Benton EA, Alvarez-Nebreda ML, Weaver MJ, Harris MB, Javedan H. FRAIL Questionnaire Screening Tool and Short-Term Outcomes in Geriatric Fracture Patients. *J Am Med Dir Assoc*. 1 déc 2017;18(12):1082-6.
24. Le programme ICOPE [Internet]. INSPIRE. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>
25. Gaussens L, Baziard M, de Mauléon A, Delrieu J, Nourhashémi F, Vellas B, et al. Implémentation du programme ICOPE dans le parcours de soins du patient atteint d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2020;20(120, Supplement):120S25-32.
26. Convention nationale [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/convention-nationale>
27. avenant-19-convention-nationale-pharmacien.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/658459/document/avenant-19-convention-nationale-pharmacien.pdf>
28. Dufлот A. Repérage de la fragilité en médecine générale avec le Gérontopôle Frailty Screening Tool: étude de prévalence et faisabilité en médecine générale. :44.
29. Lo R. Faisabilité du Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) pour repérer la fragilité du sujet âgé en médecine générale. 2017. 112 p.
30. EtudeEgo1.pdf [Internet]. [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <http://apex.unistra.fr/uploads/media/EtudeEgo1.pdf>

31. Masbou M. Rôle du pharmacien d'officine dans le repérage de la fragilité chez la personne âgée : application du questionnaire FiND (Frail Non-Disabled) au comptoir [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/766/>
32. Rhalimi M, Housieaux E, Mary A, Detuncq C, Muller A, Georin F, et al. Role of the community pharmacist in detecting frailty and spatio-temporal disorientation among community-dwelling older people in France. *Aging Clin Exp Res.* 4 août 2020;
33. Am N, Cc K, L T, Aa V, Jd A, J R, et al. Management of Frailty: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc.* 1 oct 2019;20(10):1190-8.

9 Annexes

9.1 Annexe 1 : échelle iADL

	Score
I. Activités courantes	
1. Aptitude à utiliser le téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
2. Courses	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
3. Préparation des aliments	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
4. Entretien ménager	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
5. Blanchisserie	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
6. Moyens de transport	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
7. Responsable à l'égard de son traitement	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
8. Aptitude à manipuler l'argent	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
Total des points « Activités courantes »	.../8

Partie réservée au responsable de secteur ou de structure

Repérage pour PERSONNE ACCOMPAGNÉE PROCHE AIDANT

Contact pris auprès

Personne accompagnée Mme/M

Intervenant Mme/M

Enfant Mme/M

Proche aidant Mme/M

Lien avec la personne accompagnée

Médecin traitant Dr

Autre Mme/M

Lien avec la personne accompagnée

Personne accompagnée n° : _____

Âge _____ ans

Outil de repérage complété par _____

Fonction _____

En date du _____

Outil de repérage transmis le _____

La personne accompagnée a consenti, de façon éclairée, à être évaluée à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres _____

Le proche aidant a consenti, de façon éclairée, à être évalué à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres _____

Impact sur le projet personnalisé

Aucun

Vigilance

Réajustement

Demande d'APA Initiale Révision

Dossier traité le _____

Commentaires :

4 Anesm. Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation

Partie réservée au responsable de secteur ou de structure

Repérage pour PERSONNE ACCOMPAGNÉE PROCHE AIDANT

Contact pris auprès

Personne accompagnée Mme/M

Intervenant Mme/M

Enfant Mme/M

Proche aidant Mme/M

Lien avec la personne accompagnée

Médecin traitant Dr

Autre Mme/M

Lien avec la personne accompagnée

Personne accompagnée n° : _____

Âge _____ ans

Outil de repérage complété par _____

Fonction _____

En date du _____

Outil de repérage transmis le _____

La personne accompagnée a consenti, de façon éclairée, à être évaluée à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres _____

Le proche aidant a consenti, de façon éclairée, à être évalué à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres _____

Impact sur le projet personnalisé

Aucun

Vigilance

Réajustement

Demande d'APA Initiale Révision

Dossier traité le _____

Commentaires :

4 Anesm. Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation

Partie réservée à la personne accompagnée ou au proche aidant

Personne accompagnée n° : _____

Âge _____ ans

Outil de repérage complété par _____

Fonction _____

En date du _____

Outil de repérage transmis le _____

La personne accompagnée a consenti, de façon éclairée, à être évaluée à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres _____

Le proche aidant a consenti, de façon éclairée, à être évalué à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres _____

1 Attention : avant toute utilisation de l'outil, les organismes gestionnaires doivent s'acquiescer de leurs obligations relatives au traitement de données personnelles, notamment concernant les droits d'accès, d'apposition et de rectification des personnes visées en application de la loi - informatique et libertés - du 6 janvier 1978.

2 Urgence : état de santé qui se dégrade brutalement, ou absence soudaine de l'aidant professionnel ou familial.

3 Afin de garantir la sécurité des données personnelles recueillies, le professionnel met en place un système permettant que des items ne puissent pas identifier les personnes concernées. Le numéro de la personne peut correspondre, par exemple, au numéro du dossier de la personne.

MON INTERVENTION AU DOMICILE DE LA PERSONNE

J'interviens chez la personne pour faire / l'aider à faire	Cochez si OUI	Cochez si l'intervention devient plus difficile ou impossible
Le lever / le coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La toilette / l'habillage / le déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation / la prise de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ménage / le repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les sorties / les courses / les RDV extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide à la prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES CHANGEMENTS OBSERVÉS

J'observe que la personne accompagnée / son aidant a plus de difficultés à	Cochez si OUI pour la personne	Cochez si OUI pour le proche aidant
Faire sa toilette / s'habiller / se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone, le téléviseur, l'ordinateur, la tablette, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans son logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans son quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses finances et l'administratif (payer chez les commerçants, gérer son budget, les factures, le courrier, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES MODIFICATIONS DE L'ENVIRONNEMENT HABITUEL DE LA PERSONNE

L'environnement habituel de la personne accompagnée a été modifié suite à	Cochez si OUI
La diminution des relations familiales et/ou des proches de la personne (séparation, hospitalisation, maladie, décès, etc.)	<input type="checkbox"/>
La diminution des relations avec l'extérieur (moins de sorties, moins de loisirs, moins de contact avec les amis, les voisins, les clubs, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt/dysfonctionnement des passages d'intervenants à domicile (IDE, kiné, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt/dysfonctionnement des passages du service de portage des repas	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser :	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires éventuels :

J'observe que la personne accompagnée / son proche aidant

J'observe que la personne accompagnée / son proche aidant	Cochez si OUI pour la personne	Cochez si OUI pour son proche aidant
Chute plus souvent / a chuté / a du mal à tenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange moins / a maigri / s'hydrate moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'a plus la même hygiène (change rarement de vêtements, ne se lave plus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint beaucoup (de sa santé, de sa mémoire, de son sommeil, de voir moins bien, de moins entendre, de solitude, de manque d'argent, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A plus de douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sent plus fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sembble plus triste, exprime moins d'envie ou n'a plus envie de rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A peur / Se sent angoissé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est plus agressif (ve) / Se sent persécuté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A plus de mal à accepter / commence à refuser mon intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consomme plus d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne connaît plus les jours / Me reconnaît plus difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oublie parfois mes passages / ceux des autres professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'ouvre plus les volets / vit dans le noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3 Annexe 3 : volet B de la grille SEGA

Volet B	Données complémentaires			Score
	0	1	2	
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois	
Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Support social / entourage	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide	
Aide à domicile professionnelle	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Aidant naturel	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Perception de la charge par les proches	Supportable	Importante	Trop importante	
Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
Situation financière	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide	
Perspectives d'avenir selon la personne	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
Perspectives d'avenir selon son entourage	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	

9.4 Annexe 4 : questionnaire en ligne

ICOPE / ADL

Le test ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées) évalue les capacités intrinsèques d'un patient âgé de + de 75 ans. Celles-ci sont considérées comme essentielles pour prévenir la perte d'autonomie. Ainsi, il est possible de détecter si un patient est à l'état de fragilité, qui est un état de risque de perte d'autonomie, dans lequel on observe une perte des réserves des capacités intrinsèques.

Le test ADL (échelle des activités de vie quotidienne) détermine si le patient est en perte d'autonomie ou non, et évalue donc la dépendance du patient.

Temps estimé du formulaire : 15 minutes

***Obligatoire**

Le recueil est réalisé par : *

- Un pharmacien
- Un préparateur en pharmacie
- Un étudiant en pharmacie

Heure de début *

Votre réponse

Accord oral du patient pour la réalisation du test *

Oui

Non

N° d'identification du patient (Date_1ère lettre Prénom_1ère lettre Nom) exemple :
1001MG *

Votre réponse _____

Le patient est *

Un homme

Une femme

Son âge *

Votre réponse _____

Sa ville de résidence *

Votre réponse _____

Son département de résidence *

Votre réponse _____

Avez-vous déjà entendu parler de l'outil ICOPE ? *

- Oui
- Non

Si oui, l'avez-vous déjà réalisé ? Et il y a combien de temps ?

- Dans les 6 derniers mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Il y a plus d'un an

Test ADL

Ce test est une grille d'évaluation de l'autonomie qui permet de déterminer l'autonomie d'une personne âgée à domicile.

Toilette *

- Score = 1 : Aucune aide
- Score = 0,5 : Aide pour une seule partie du corps
- Score = 0 : Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible

Habillage *

- Score = 1 : Aucune aide
- Score = 0,5 : Aide pour lacer les chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair
- Score = 0 : Aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller

Aller aux WC : s'essuyer et se rhabiller *

- Score = 1 : Aucune aide humaine (peut utiliser une canne, fauteil roulant)
- Score = 0,5 : Besoin d'une aide
- Score = 0 : Ne va pas aux WC

Transfert / locomotion *

- Score = 1 : Aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise, se déplacer (peut utiliser une aide technique de marche)
- Score = 0,5 : Besoin d'aide
- Score = 0 : Ne quitte pas le lit

Continence *

- Score = 1 : Contrôle complet urine et selle
- Score = 0,5 : Incontinence occasionnelle
- Score = 0 : Incontinence totale, nécessité de sondage ou surveillance permanente

Alimentation *

- Score = 1 : Aucune aide
- Score = 0,5 : Aide pour couper la viande ou beurrer le pain
- Score = 0 : Aide complète ou alimentation artificielle

Score total ADL *

Merci de compléter le score total du score ADL : score total sur 6. NB : perte d'autonomie si score < 5

Votre réponse

Test ICOPE

Ce test est un outil simple qui permet d'étudier et de mesurer les principaux domaines des capacités intrinsèques chez une personne âgée (selon l'OMS) :

- 1/Cognition
- 2/Nutrition
- 3/Vision
- 4/Audition
- 5/Humeur
- 6/Mobilité

1/ Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est et quel jour on est) ? *

- Oui
- Non

1/ Apprentissage des 3 mots

Répéter les mots suivants au patient, lui demander de les répéter (pour être sûr qu'il les a bien entendu) et de les retenir pour plus tard : CIGARE/FLEUR/PORTE. NB : pas de réponse attendue

Votre réponse _____

1/ Orientation temporo-spatiale *

Demander au patient la date complète du jour (jour du mois, mois, année), le jour de la semaine et la ville où l'on se trouve

- Sait (aucune erreur)
- Ne sait pas / faux (oubli d'au moins une information)

1/ Rappel des 3 mots *

Demander au patient de rappeler les 3 mots précédents (cigare, fleur, porte)

- Réussite (les 3 mots sont rappelés sans hésitation)
- Echec (il manque un ou plusieurs mots)

2/ Avez-vous perdu au moins 3 kilos dans les 3 derniers mois ? *

- Oui
- Non

2/ Avez-vous perdu l'appétit récemment ? *

- Oui
- Non

3/ Avez-vous des difficultés à voir de loin ou de près ? Avez-vous une pathologie oculaire connue (exemple : DMLA, glaucome...)? Souffrez-vous d'hypertension ou de diabète ? *

Myopie/hypermétropie contrôlée par matériel médical (lunettes) n'est pas une pathologie oculaire. Si oui à au moins une des questions : répondre oui

- Oui
- Non

4/ Test du chuchotement



4/ Test du chuchotement *

Se mettre derrière le sujet (environ 60 cm), lui demander de se boucher l'oreille GAUCHE (mettre le doigt sur le tragus de l'oreille), et lui chuchoter un mot de deux syllabes (exemple : maison, santé, bonjour) à l'oreille DROITE, puis lui demander de le répéter. Faire de même avec l'oreille gauche AVEC UN AUTRE MOT. NB : si échec d'un côté, considérer que c'est un échec.

- Réussite
- Echec

5/ Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? *

- Oui
- Non

5/ Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir de faire les choses ? *

- Oui
- Non

6/ Lever de chaise chronométré *

Placer une chaise contre le mur, demander au patient s'il se sent capable de se lever 5 fois d'une chaise sans l'aide des bras (ni d'une canne) : si oui, lui demander de s'asseoir au milieu de la chaise, de croiser les bras sur la poitrine et se lever 5 fois de suite le plus vite possible sans s'arrêter et le chronométrer. Réussite si cela est réalisé en moins de 14 secondes

- Réussite
- Echec

Conclusion du ICOPE : Sachant que ce test est à refaire tous les 4 à 6 mois :
pensez-vous refaire ce test : *

- Chez-vous, seul, à l'aide de l'application sur internet ou du téléphone
- Chez vous, avec l'aide d'un aidant
- Chez un professionnel de santé

Conclusion

Evaluation du recueil

Selon vous, quel professionnel de santé serait le plus accessible pour réaliser ce test avec vous tous les 4 à 6 mois ? *

- Le pharmacien
- Le médecin
- L'infirmier
- Le kinésithérapeute
- Autre : _____

Acceptez-vous d'être recontacté dans une 2ème temps pour le suivi de cette évaluation ? *

- Oui
- Non

Avez-vous une ALD ? *

- Oui
- Non

Avez-vous plus de 5 médicaments prescrits depuis au moins 6 mois ? *

- Oui
- Non

Avez-vous une prescription d'un des médicaments suivants depuis au moins 6 mois ? *

- AVK (Previscan, Coumadine)
- AOD (Eliquis, Pradaxa, Xarelto)
- Corticoïde inhalé dans une indication d'asthme
- Chimiothérapie orale
- Aucun

Avez-vous déjà entendu parler des entretiens pharmaceutiques ou des bilans partagés de médication ? *

- Oui
- Non

Heure de fin *

Votre réponse _____

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Version n°1 du 07/12/2020

Dépistage du risque de perte d'autonomie des patients âgés (DRIPAPA)

Etude de faisabilité de l'utilisation de l'outil ICOPE en officine

Coordonnateur de la recherche :

Camus-Gabriel Mathilde

Pharmacien d'officine

[Données à caractère personnel]

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une recherche intitulée dépistage du risque de perte d'autonomie chez le patient âgé.

Cette recherche ne comporte aucun risque ni contrainte pour vous. Cette étude entre dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, du fait de la réutilisation de données collectées à visée d'évaluation. Le fait de participer à cette recherche ne changera donc pas votre prise en charge. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement de vos données de santé pourra être mis en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui vous concernent soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

Cette évaluation s'inscrit dans le cadre d'un travail de thèse de pharmacie qui vise à étudier le risque de perte d'autonomie en officine chez les personnes de plus de 65 ans avec une ALD ou de plus de 75 ans.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a développé et souhaite promouvoir la mise en place du programme ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées), programme de prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée. En effet, l'OMS considère que vieillir en santé, « *c'est garder ses fonctions pour continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous* ». Ce programme a pour but de diminuer de 15 millions le nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2025.

L'outil ICOPE permet de repérer des éléments de risque de perte d'autonomie, qui pourraient être prévenus par des interventions ciblées (par exemple, mise en place d'aides, aménagement du domicile, prise en charge d'un problème de vision, d'audition, de mobilité...). L'objectif de ce suivi est de dépister précocement tout risque de détérioration de votre état de santé pouvant justifier d'une prise en charge précoce adaptée.

QUE SE PASSERA-T-IL SI JE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, les données vous concernant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif suivant : étude de faisabilité de l'outil ICOPE en pharmacie d'officine.

Vos données seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche. Pour obtenir les publications ou les résultats globaux de la recherche, vous pouvez contacter le coordonnateur de cette recherche.

Si nécessaire, ces données seront transférées à d'autres équipes du CHRU de Tours et/ou d'autres partenaires publics ou privés nationaux ou internationaux. Le CHRU de Tours transmettra ces données dans des conditions conformes aux exigences du règlement général sur la protection des données et s'assurera que les pays destinataires offrent un niveau de protection des données jugé adéquat par l'Union Européenne.

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A MA PARTICIPATION ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche. Votre décision n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge.

Dans ce cas, vous devrez avertir le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE MA PARTICIPATION RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Un fichier informatique comportant vos données va être constitué. **Toutes ces informations seront traitées et analysées de manière confidentielle.** Vos noms et prénoms ne figureront pas dans ce fichier. Seuls les professionnels de santé, personnellement en charge du suivi, auront connaissance de ces données.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 (Loi RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification des données. En application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique, vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales. Vous disposez également d'un droit de limitation ou d'opposition au traitement des données. En revanche, s'agissant d'un traitement de données nécessaire à des fins de recherche scientifique (article 17.3.d du Règlement (EU) 2016/679), le droit à l'effacement des données ne pourra pas s'appliquer.

Ces droits peuvent s'exercer auprès du coordonnateur de cette recherche.

En cas de difficulté pour l'exercice de vos droits, vous avez la possibilité de saisir le délégué à la protection des données de l'établissement (dpo@chu-tours.fr) ou la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité de protection des données personnelles (<https://www.cnil.fr>).

QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

En application de la loi Informatique et Libertés, le traitement de vos données sera enregistré au registre interne des traitements du CHRU de Tours.

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le coordonnateur de cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires.

FORMULAIRE D'OPPOSITION
A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE POUR LA RECHERCHE

Version n°1 du 07/12/2020

Dépistage du risque de perte d'autonomie des patients âgés (DRIPAPA)

Etude de faisabilité de l'utilisation de l'outil ICOPE en officine

Coordonnateur de la recherche :

Camus-Gabriel Mathilde

Pharmacien d'officine

[Données à caractère personnel]

A compléter par la personne qui se prête à la recherche uniquement en cas d'opposition

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom :

Prénom :

Je m'oppose à l'utilisation de mes données de santé dans le cadre de cette recherche.

Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonnateur de cette recherche.

Date : ___ / ___ / _____ *Signature :*

Après avoir complété ce document, merci de le remettre au coordonnateur de la recherche ou par mail, au DPO.

9.2 Annexe 6 : fiche de résultats remise au patient

Prévention de la perte d'autonomie : travail de thèse de pharmacien d'officine

Dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a développé et souhaite la mise en place du programme ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées). En effet, l'OMS considère que vieillir en santé, « *c'est garder ses fonctions pour continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous* ». Ce programme a pour but de diminuer de 15 millions le nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2025.

Suite à notre entretien, visant à mesurer les capacités intrinsèques via l'outil ICOPE et le degré d'autonomie via l'échelle ADL (activités de la vie quotidienne) nous avons constaté :

Aucune anomalie (ICOPE normal) et patient considéré comme autonome à domicile (ADL entre 5 et 6) : il est préconisé de renouveler l'entretien ou le test ICOPE tous les 4 à 6 mois.

A noter que le test ICOPE est réalisable via l'application pour smartphone ICOPE Monitor par le patient lui-même ou un aidant/médecin/professionnel de santé.

De possibles altérations au niveau de :

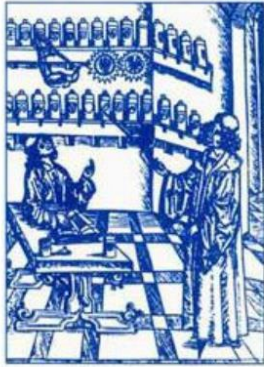
- la cognition la mobilité la nutrition l'humeur la vision l'audition
- un ADL < 5 : il y a un risque de perte d'autonomie

Il est alors recommandé d'en informer le médecin traitant pour une éventuelle évaluation approfondie.

Signature, nom et fonction de l'évaluateur

+ tampon officine

*Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes*



Serment de Galien



« En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

11 Résumé

Mathilde Camus-Gabriel

DEPISTAGE DU RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE CHEZ LES PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS ET DE PLUS DE 65 ANS AVEC UNE ALD : ETUDE DE FAISABILITE DE L'OUTIL ICOPE EN OFFICINE

Le déclin des capacités fonctionnelles lié à l'âge peut être dépisté grâce l'outil ICOPE proposé et validé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son programme d'actions autour du « vieillissement en bonne santé ». Par leur implantation sur l'ensemble du territoire, les pharmacies d'officine représentent des acteurs majeurs des actions de prévention en soins primaires. Le dépistage du risque de la perte d'autonomie permet alors la mise en place d'actions de prévention ciblées. Toutefois, à ce jour, la faisabilité et l'acceptabilité de l'utilisation de cet outil ICOPE n'est pas clairement établie, des retours d'expériences sont enregistrés sur l'utilisation d'ICOPE en pharmacie d'officine, mais peu sont évalués.

L'objectif du présent travail est d'évaluer la faisabilité de l'outil ICOPE en pharmacie officine auprès des patients de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans avec une ALD. Il permettra également de déterminer la prévalence de la perte d'autonomie en soins primaires.

Sur une période de 3 mois, l'échelle ADL ainsi que l'outil ICOPE sont proposés au comptoir à l'ensemble de la population cible. Après recueil du consentement, les évaluations via l'échelle ADL et le *step 1* d'ICOPE sont réalisées, enregistrées et analysées. Le critère de jugement principal est le taux d'acceptation du test, et la durée moyenne du dépistage. Le critère de jugement secondaire est la prévalence de la perte d'autonomie telles qu'évalués par le score à l'échelle ADL et ICOPE.

Les résultats présentent : un taux d'acceptation du test de 88 % (95 accords dont 6 perdus de vue, sur 108 patients interrogés), une durée moyenne de dépistage de 6 minutes et 16 secondes. 96,6 % des patients évalués présentent au moins une fonction intrinsèque altérée, et donc un ICOPE considéré comme anormal. La fonction la plus souvent altérée est la vision chez 73 % des patients, la cognition est la 2^{ème} fonction la plus altérée (70,8 %). La mobilité est altérée chez 10,1 % des patients avec un test du lever de chaise chronométré réussi pour 80 patients.

Le dépistage du déclin des capacités intrinsèques via l'utilisation du *step 1* d'ICOPE par le pharmacien d'officine paraît très facilement réalisable, par sa facilité de mise en place et sa durée faible de dépistage. L'implication du pharmacien d'officine semble essentielle pour le déploiement d'ICOPE sur l'ensemble de la région (sensibilisation, suivi tous les 4 à 6 mois, information). Les résultats montrent une prévalence de la perte d'autonomie élevée, avec 96,6 % des patients ayant obtenu un ICOPE anormal.

Mots-clés : ICOPE, perte d'autonomie, fragilité, fonction intrinsèque, soins primaires

Filière officine