



HAL
open science

Le rôle du pharmacien d'officine dans le maintien à domicile de la personne âgée

Sophie Desaunais

► **To cite this version:**

Sophie Desaunais. Le rôle du pharmacien d'officine dans le maintien à domicile de la personne âgée. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03450023

HAL Id: dumas-03450023

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03450023>

Submitted on 25 Nov 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.

THÈSE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

LE RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE MAINTIEN À DOMICILE DE LA PERSONNE
ÂGÉE.

Présentée par

Sophie DESAUNAIS

Soutenue publiquement le 19 mai 2021

devant le jury composé de

M. David GARON	Docteur en pharmacie, Professeur des Universités, Faculté des Sciences Pharmaceutiques de Caen	Président du jury
M. Patrick SEDILLO	Docteur en pharmacie, Personnel associé à temps partiel, Faculté des Sciences Pharmaceutiques de Caen	Examineur
M. Julien DUBREUIL	Docteur en pharmacie, Pharmacie d'officine de Sourdeval	Examineur

Thèse dirigée par Patrick SEDILLO

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS

Directeur de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques
Professeur Michel BOULOUARD

Assesseurs

Professeur Pascale SCHUMANN-BARD
Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

Directrice administrative adjointe

Madame Emmanuelle BOURDON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BOULOUARD Michel	Physiologie, Pharmacologie
BUREAU Ronan	Biophysique, Chémoinformatique
COLLOT Valérie	Pharmacognosie
DALLEMAGNE Patrick	Chimie médicinale
DAUPHIN François	Physiologie, Pharmacologie
DELEPEE Raphaël	Chimie analytique
FABIS Frédéric	Chimie organique
FRERET Thomas	Physiologie, Pharmacologie
GARON David	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
GIARD Jean-Christophe	Bactériologie, Virologie
MALZERT-FREON Aurélie	Pharmacie galénique
ROCHAIS Christophe	Chimie organique
SCHUMANN-BARD Pascale	Physiologie, Pharmacologie
SICHEL François	Toxicologie
SOPKOVA Jana	Biophysique, Drug design
VOISIN-CHIRET Anne-Sophie	Chimie médicinale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ANDRE Véronique – HDR	Biochimie, Toxicologie
BOUET Valentine – HDR	Physiologie, Pharmacologie
CAILLY Thomas – HDR	Chimie bio-inorganique, Chimie organique

DENOYELLE Christophe – HDR	Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie
DHALLUIN Anne	Bactériologie, Virologie, Immunologie
ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR	Parasitologie, Mycologie médicale
SAINT-LORANT Guillaume (Praticien hospitalier)	Pharmacie clinique
GROO Anne-Claire	Pharmacie galénique
KIEFFER Charline	Chimie médicinale
KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier) – HDR	Biologie clinique
LAPORTE-WOJCIK Catherine	Chimie bio-inorganique
LEBAILLY Pierre – HDR	Santé publique
LECHEVREL Mathilde – HDR	Toxicologie
LEGER Marianne	Physiologie, Pharmacologie
LEPAILLEUR Alban – HDR	Modélisation moléculaire
N’DIAYE Monique	Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique
PAIZANIS Eleni	Physiologie, Pharmacologie
POTTIER Ivannah	Chimie et toxicologie analytiques
PREVOST Virginie – HDR	Chimie analytique, Nutrition, Education thérapeutique du patient
QUINTIN Jérôme	Pharmacognosie
RIOULT Jean-Philippe	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
SINCE Marc	Chimie analytique
VILLEDIEU Marie – HDR	Biologie et thérapies innovantes des cancers

PROFESSEUR AGREGÉ (PRAG)

PRICOT Sophie

Anglais

PERSONNEL ASSOCIÉ À TEMPS PARTIEL (PAST)

SEDILLO Patrick

Pharmacie officinale

SEGONZAC Virginie

Pharmacie officinale

Enseignants titulaires du Diplôme d’Etat de Docteur en Pharmacie

Remerciements :

À **M. David GARON**, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Merci pour l'implication que vous avez eu dans notre enseignement tout au long de notre cursus universitaire.

À **M. Patrick SEDILLO**, un grand merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour vos retours toujours encourageants. Je vous remercie également pour la qualité, la pédagogie et la praticité de vos cours durant nos deux dernières années d'études.

À **M. Julien DUBREUIL**, merci tout d'abord d'avoir accepté d'intégrer mon jury. Merci pour ces années à travailler ensemble, merci d'avoir pris le temps de me montrer et m'apprendre. Merci d'avoir toujours répondu à l'ensemble de mes sollicitations et merci pour ton soutien si précieux tout au long de ce travail et bien avant. J'ai pris l'habitude de répondre que le troisième membre de mon jury était mon mentor et me suis ensuite demandé quelle en était la définition ; d'après le dictionnaire Larousse (cette référence n'apparaîtra pas en bas de page), c'est un « Guide attentif et sage, conseiller expérimenté ». Ça me va ! J'espère un jour t'arriver à la cheville. Merci pour tout !

Merci à **Mme Tanné**, qui m'a, dès mon stage de première année, donné envie de faire officine. Merci d'avoir cru en moi bien avant que je ne croie en moi. Merci pour votre aide pendant nos derniers TPs de galénique et pour vos petites blagues.

Merci à M. Girard et M. Mauny qui m'ont accueilli au sein de la pharmacie de la Guérinière en mars 2017 puis régulièrement depuis... Merci de m'avoir fait et de me faire toujours confiance ! Merci au reste de l'équipe avec qui j'apprécie travailler. Chacun de vous m'a beaucoup appris.

Merci tout particulièrement à Lisalda, Séb, Aline, Perrine (là de A à Z), Manon, Pauline, Céline avec qui on s'est bien marré. Merci pour vos petits mots lors de mon second départ qui me reboostent quand j'ai l'impression que je ne vais pas y arriver !

Merci à mes collègues-étudiants préférés, Laura et Julien, avec qui j'ai adoré bosser. Quand vous voulez on recommence ; ou alors on va se boire une pinte ?.

Merci à David Kinoo et à toute l'équipe de la pharmacie de la Gare à St Paul pour votre accueil durant le stage de 6^{ème} année. J'ai hâte de vous rendre visite lors de mon atterrissage sur votre île dans quelques semaines.

Merci également aux différentes officines m'ayant fait confiance durant cette année de remplacement, la pharmacie de la rivière, la pharmacie d'Hastings, la pharmacie Gore-Goger, la pharmacie Robbe (qui peut dire qu'il a eu la chance de vivre 2 mois à Coutainville dans sa vie ?), la pharmacie de Colleville dans lesquelles j'ai rencontré de belles personnes et appris beaucoup.

Merci aux différentes personnes ayant répondu à mes questions autour de cette thèse, particulièrement Mme Elise DOIX, chargée d'information et de coordination des actions au CLIC Caen Couronne et Mme Lucile DEWOST, pilote MAIA Caen Couronne, pour votre accueil et le temps que vous m'avez accordé. Merci également à M. Jean-Luc OUDARD, chef produit chez ABM pharma pour votre gentillesse et votre réactivité.

Merci à ma famille :

À mes grands-parents, qui m'ont tant apporté.

Pep et mamie, Dado ma troisième grand-mère, et à mon grand-père Bernard. J'ai pensé à vous chaque jour où j'ai travaillé sur cette thèse. Vous me manquez.

Bonne-maman pour ta bienveillance sans faille, et tes petits plats inégalables !

À mes parents ;

Ça y'est, après environ 15 ans, vous pouvez enfin dire que vous n'avez plus d'enfants étudiants. J'ai fait de mon mieux pour ne pas trop traîner !! Maman, je crois que tu vas être un peu tranquille quant aux relectures multiples effectuées depuis des années, merci pour tes remarques toujours pertinentes et constructives ! Merci pour votre soutien, votre écoute, votre **patience** également. Merci de m'avoir permis de faire des études courtes parce que « de toute façon je suis incapable de faire des études » ! Papa, merci de m'avoir permis de faire des tours de labour au bord de la mer quand y'en a marre de bosser la thèse.

À mes frère et sœurs ;

Jérémie, pour tes partages de connaissances, merci pour les soirées que l'on a faites ; toi en fin d'études et moi au début. Dr en épicerie, ça en jette non ?

Claire, pour m'avoir fait découvrir Budapest, pour nos échanges professionnels et pour nos balades à cheval !

Charlotte, relectrice officielle de l'intro et de la conclu, merci pour ta folie et ton hyperactivité parfois un peu fatigantes.

Merci pour tellement plus de choses, pour votre soutien, nos fous rires... C'est vraiment cool d'être la quatrième avec une fratrie comme vous !

À mes beaux-frères et belle-sœur ; merci à chacun de supporter l'un des trois cités au-dessus, ça me donne un peu d'espoir, ils sont pires que moi !!!!

Jade, merci pour ton écoute, tes paroles et câlins réconfortants, ta joie de vivre. J'ai passé plus de temps dans mon existence avec toi que sans toi !

Claude sans qui l'écriture de la thèse aurait été bien plus compliqué. J'étais quasi dans les temps...

Clément, merci de me laisser ma sœur au téléphone pendant une heure sans trop râler. Merci pour ces quelques phrases sûrement sans importance pour toi mais qui en ont eu beaucoup pour moi. Et parce que je sais que tu adores que l'on te le dise, tout simplement MERCI CLEMENT !

À ma nièce Mia, pour la bouffée d'air frais quand j'en avais besoin. Hâte de rencontrer ton futur cousin Jean-Paul !

À mes oncles, tantes, cousins et cousines pour tous les moments passés ensemble.

À Quentin, famille ou ami ? Je t'ai casé dans la famille puisque tu as ton portrait sur le frigo ! Merci d'effectuer la dernière, et pas des moindres, relecture. Faites par un prooo ! Merci de nous aimer les « sœurs cas sociaux » !!

À mes amis :

La team officine, Loris, Fanny, Léley et Antoine : merci pour nos fous rires durant ces années d'études, ravie de les avoir partagées avec vous !! Quasi réussi mes paris sur l'ordre de passage des thèses. Jég, cette fois c'est sûr, t'es le prochain !! (À toi de placer Manvieux dans tes remerciements aussi bien que j'ai placé Coutain...)

Mon crew du lycée, Gaëlla, Hippo (merci le Binaural pour la fin de l'écriture !!), Mathieu, JM, Chris et Oda. Merci pour tous nos moments passés ensemble. Merci d'avoir toujours été là quand il y avait besoin. Et merci de d'être ma soupape de la pharma. À nos futures aventures !!

Notre trio infernal, Jeannot et Mathou. J'aurais tellement de choses à vous dire ; je vais donc m'arrêter à merci d'être toujours là quoi qu'il arrive !

La corpo 2016-2017 : Poulpy, Jean-Jean, le meilleur VP comm de l'histoire des VPs com → Antoine Séveri, Paul Déq, Jég, Camille, Totow, Arthur, Paul-Louis, PRDT, Mathieu & Bouju pour cette année riche en émotion, en soirées, en fou rire, en manque de sommeil parfois. C'est que de l'amour et de bons souvenirs !

Merci au reste de notre « troupeau de pharma » comme j'aime l'appeler ; Cam-Cam (surtout dans cette dernière période où on était dans la même galère), Clémence & Pauline, Raph, Marie-A, Céline, Robin, Marie, Mathilde et Jules pour tous ces moments partagés.

Et merci à Momo, pour tout ce que l'on a pu partager et pour m'avoir supporté dans mes up & down ! Pour nos ¼ d'h - ½ heure - h ? de pétages de câbles à la coloc.

À Coco pour m'avoir accompagné à la BU au moment où vraiment j'en avais marre, je t'en dois une. Bon courage pour la fin de tes études !

Merci au voisinage du bâtiment D grâce à qui les confinements et couvre-feu ont été un peu moins lourds.

J'aurais pu écrire une page à chacun d'entre vous. Pour toute réclamation, n'hésitez pas à me contacter afin que je vous envoie le pavé de combien vous comptez pour moi. [*À lire avec la petite voix de la pub* :] Mais n'oubliez pas que « tout abus d'orgueil peut exposer à des risques, demandez conseil à votre pharmacien. »

Je tiens à remercier également toutes les personnes avec qui j'ai passé de bons moments pendant, avant, après ces années de fac, qui ont eu un impact dans ma vie et qui font que j'en suis arrivé là.

Table des matières

Liste des abréviations	1
Liste des figures	4
Liste des tableaux	5
I. Introduction	6
II. Le maintien à domicile de la personne âgée dans le contexte actuel.	7
1. Epidémiologie	7
1.2. En France	7
1.3. Hors France	8
1.4. Que souhaitent les aînés ?	9
2. Définitions	9
2.1. La personne âgée	9
2.2. Le maintien à domicile	10
3. Les acteurs du maintien à domicile	10
3.1. Le patient lui-même	10
3.2. Les aidants naturels	11
3.3. Les aidants professionnels	11
3.4. Les moyens de coordination en ville	13
3.5. Quelle place ont les pharmaciens dans ce schéma ?	14
4. Aides financières et sociales	15
4.1. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	15
4.2. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	17
4.3. La prestation de compensation du handicap (PCH)	17
4.4. Aides au logement	18
5. En bref	19
III. Vieillesse, savoir repérer les risques de perte d'autonomie	20
1. Vieillesse physiologique	20
2. Les effets du vieillissement sur l'organisme	20
2.1. Sensoriel	20
2.2. Neurologique	22
2.3. Locomoteur	22
2.4. Cardio-vasculaire	23
2.5. Respiratoire	24
2.6. Urinaire et génital	24
2.7. Digestif	25
2.8. Cutané & phanères	25
2.9. Psychologique	26
3. Pathologies courantes qui en découlent	26
4. Les différents types de vieillissement	27

5.	Repérer la fragilité des personnes âgées	27
5.1.	Concept de fragilité	27
5.2.	Evaluation gériatrique standardisée	29
5.3.	Outils de repérage utilisables par les pharmaciens	30
5.4.	Bascule dans la dépendance	34
IV.	Rôle du pharmacien dans la prise en charge de la personne âgée sans troubles cognitifs majeur à l'officine	35
1.	La prévention.....	35
2.	Le matériel de maintien à domicile	36
2.1.	Classification	36
2.2.	Réglementation	38
2.3.	Place de l'officinal dans la délivrance de matériel médical.....	42
2.4.	Le risque de chutes	47
3.	L'iatrogénie médicamenteuse.....	54
3.1.	Généralités.....	54
3.2.	L'observance	56
3.3.	L'automédication	61
4.	Les nouvelles missions du pharmacien	68
4.1.	Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST).....	68
4.2.	Les entretiens pharmaceutiques	70
4.3.	Le bilan de médication partagé	73
4.4.	La vaccination	77
4.5.	Le dépistage.....	82
5.	L'interprofessionnalité	84
5.1.	Définition	84
5.2.	Communiquer au sein de l'équipe pour pouvoir communiquer en externe	84
5.3.	Comment faciliter les échanges interprofessionnels ?	85
5.4.	Orienter le patient âgé vers une structure adaptée à sa demande	88
V.	Conclusion	93
	Bibliographie	95
	Annexes	105

Liste des abréviations

AAP	Anti-agrégant plaquettaire
ACTP	Allocation compensatrice tierce personne
ADH	Hormone antidiurétique
ADL	<i>Activities of daily living</i>
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AFD	Association française de diabète
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ALD	Affection longue durée
ALS	Allocation de logement à caractère social
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence nationale de santé du médicament
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APL	Aide personnalisée au logement
ARA II	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II
ARS	Agence régionale de santé
ASMR	Amélioration du service médical rendu
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ATCD	Antécédent
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Anti-vitamine K
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BEH	Barrière hémato-encéphalique
BMP	Bilan de médication partagé
CAF	Caisse d'allocations familiales
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'actions sociales
CE	Conformité aux exigences
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
CNPG	Conseil national professionnel de gériatrie
CPE	Carte professionnelle d'établissement
CPS	Carte professionnelle de santé
CSHPPF	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
CSP	Code de la santé publique
CYP	Cytochrome P450
DEP	Demande d'entente préalable
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DM	Dispositif médical
DMP	Dossier médical partagé
DP	Dossier pharmaceutique
DTP	Diphtérie, tétanos, poliomyélite
EGS	Evaluation gériatrique standardisée

EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Effets indésirables
EMG	Equipe mobile gériatrique
EP	Entretien pharmaceutique
ETP	Education thérapeutique du patient
EV	Espérance de vie
EVSI	Espérance de vie sans incapacité
FESF	Fracture de l'extrémité supérieure du fémur
GAG	Glycosaminoglycanes
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GIR	Groupe iso-ressource
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
HPST	Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire
HT	Hors-taxe
HTA	Hypertension artérielle
IDE	Infirmier diplômé d'état
IEC	Inhibition de l'enzyme de conversion
IM	Interactions médicamenteuses
IMAO	Inhibiteurs de la monoamine oxydase
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
IR	Insuffisance rénale
IRAF	Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle
IUD	Identification unique du dispositif
LGO	Logiciel de gestion officinal
LPP	Liste des prestations remboursables
MAD	Maintien à domicile
MDR	Maison de retraite
MSA	Mutualité des salariés agricoles
MT	Médecin traitant
NPZ	Névralgies post-zostériennes
OMS	Organisation mondiale de la santé
ON	Organisme notifié
PCH	Prestation de compensation au handicap
PMF	Prescription médicale facultative
PSDM	Prestataire de service et distributeur de matériel médical
PUI	Pharmacie à usage intérieur
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SFGG	Société française de gériatrie et gérontologie
SIADH	Sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique
SMR	Service médical rendu
SNA	Système nerveux autonome
SNC	Système nerveux central
SNP	Système nerveux périphérique
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soin à domicile

SSIAD	Service de soin infirmier à domicile
TTC	Toute taxe comprise
UE	Union européenne
USPO	Union des syndicats en pharmacie d'officine
VEMS	Volume d'air maximal expiré par seconde
VZV	Varicella-Zoster virus

Liste des figures

Figure 1: Cartographie des CLIC du Calvados (Source : Centre départemental du Calvados)	14
Figure 2 : Catégorie des personnes âgées selon 3 modes de vieillissement	35
Figure 3 : Leviers d'action pour permettre le maintien à domicile	36
Figure 4 : Aides à la marche : rollator, canne en T réglable, cadre de marche fixe ..	45
Figure 5 : Diagramme du choix de type de coussin anti-escarre	46
Figure 6: Schéma représentant la mise en place du test TUG	49
Figure 7: Comment se relever correctement après une chute ? Source : Rester à domicile le plus longtemps possible. Comment faire en pratique ? Guide de la fondation Roi Baudouin	50
Figure 8: Rehausseur WC clipsable avec abattant.....	51
Figure 9: Barre d'appui relevable.....	51
Figure 10 : Marchepied antidérapant de 10 cm empilable	51
Figure 11 : Poignée de sortie de bain fixable sur rebord baignoire.....	52
Figure 12 : Planche de bain à ventouse et poignée ergonomique	52
Figure 13 : Siège de bain pivotant	52
Figure 14 : Siège de douche avec découpe anatomique réglable en hauteur	53
Figure 15 : Barre d'appui murale à ventouse	53
Figure 16 : Equipement basique de salle de bain Source : Catalogue Oxypharm automne/hiver 2020.....	54
Figure 17 : Le modèle de Reason (Source : Le Moniteur des pharmacies N°2900, cahier 2 du 8/10/2011).....	55
Figure 19 : Articulation des différents dispositifs d'accompagnement et de coordination	92

Liste des tableaux

Tableau 1 : Différence d'espérance de vie de l'homme et de la femme avec ou sans incapacité, en 2004 et 2018 (Source : Drees & Santé publique France)	7
Tableau 2: Montant mensuel maximum attribué par l'APA selon le GIR de rattachement.....	16
Tableau 3: Récapitulatif des aides financières pour aider au maintien à domicile d'une personne âgée.....	19
Tableau 4 : Grille GFST. Source : HAS	31
Tableau 5: Classe et indications des Anti-H1 disponibles sans ordonnance	63
Tableau 6 : Place des laxatifs selon leur classe, avantages et inconvénients	68
Tableau 7 : Rémunération pharmacie selon accompagnement pharmaceutique. Source: USPO	72
Tableau 8 : Outils d'aide à l'analyse des traitements chez la PA.....	76
Tableau 9 : Questionnaire d'orientation pour dépistage du diabète d'après l'Association française de diabète (AFD).....	83
Tableau 10 : Valeurs glycémiques en fonction du moment de dépistage	83

I. Introduction

Le vieillissement de la population dans le monde s'est accéléré dans les années 2010 avec l'arrivée dans la tranche de 65 ans des baby-boomers. L'espérance de vie ne cesse de progresser depuis. Ainsi la part des sujets âgés au sein de la population est en constante augmentation.

Parallèlement, la gériatrie, spécialité médicale liée à la personne âgée, s'est développée. Elle apparaît en France à partir de la fin du XXe siècle. En effet, il est devenu indispensable, pour une prise en charge optimale du sujet âgé, de connaître les spécificités en lien avec cette tranche d'âge sans toutefois les résumer à cela. Connaître les fragilités et les faiblesses de la personne âgée, c'est pouvoir mieux cibler les actions à mener.

Le maintien à domicile est un souhait largement partagé par de nombreuses personnes âgées. S'il paraît un choix parfois utopiste, ce n'est en réalité pas le cas car seulement 5,7% de la population âgée de plus de 65 ans résidaient en institution en 2015. Toutefois, le maintien à domicile nécessite un besoin humain et économique important. Il demande une coordination des aides et soins apportés aux sexagénaires et plus.

Si certains professionnels sont clairement identifiés et identifiables dans le parcours lié au maintien à domicile de la personne âgée (médecin généraliste, auxiliaire de vie...), d'autres le sont moins. Le pharmacien fait partie de ces acteurs clefs moins visibles. Il est pourtant et depuis toujours acteur de proximité et est doté de compétences favorables au maintien à domicile.

En tant qu'expert du médicament, le pharmacien a un rôle incontournable dans le « bien vieillir » ; il a également un rôle social fort lui offrant une place dans le parcours de la personne âgée. Le métier de pharmacien est en constante évolution. Son travail en tant qu'acteur de santé ne cesse de croître et il est indispensable de s'en emparer.

À travers ce travail, nous verrons ce qu'est le maintien à domicile de la personne âgée dans le contexte actuel, puis nous reprendrons ce qu'est le vieillissement et ce qu'il faut savoir pour assurer une bonne prise en charge. Enfin nous rapporterons les possibilités qui s'offrent au pharmacien aujourd'hui pour aider au maintien à domicile et nous préciserons quel rôle ce dernier peut avoir.

II. Le maintien à domicile de la personne âgée dans le contexte actuel.

1. Epidémiologie

1.2. En France

Au 1^{er} janvier 2020, la France compte environ 67 millions d'habitants. La population générale augmente et cela est principalement lié au vieillissement de cette dernière. À cette date, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5%, contre 20,1% en 2019 et 19,7% en 2018. La part de population âgée est en constante progression. Cette augmentation s'est accélérée à partir de 2011 avec l'arrivée à l'âge de 65 ans de la génération d'après-guerre. (1)

D'après les projections de population publiées par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2016, si les tendances démographiques se maintiennent, la France compterait 76,4 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2070. La part des 65 ans ou plus pourrait alors atteindre 28,7%.

En 2018, l'espérance de vie (EV) à la naissance a augmenté de 2,7 ans chez la femme et de 1,5 an chez l'homme par rapport à 2004. Si cette augmentation peut sembler satisfaisante, elle n'a toutefois pas été accompagnée par l'augmentation de l'espérance de vie sans invalidité (EVSI) puisque cette dernière n'a augmenté que de 0,2 an chez la femme et de 1,9 an chez l'homme. (Tableau 1)

L'EVSI est défini par l'INSEE comme l'espérance de vie en bonne santé, soit sans limitation irréversible d'activité dans la vie quotidienne.

Année	EV		EVSI	
	2004	2018	2004	2018
Femme	83,8 ans	85,3 ans	64,3 ans	64,5 ans
Homme	76,7 ans	79,4 ans	61,5 ans	63,4 ans

Tableau 1 : Différence d'espérance de vie de l'homme et de la femme avec ou sans incapacité, en 2004 et 2018 (Source : Drees & Santé publique France)

Alors que la France occupe l'une des meilleures places en terme d'EV à la naissance, elle est dans la moyenne européenne en ce qui concerne l'EVSI. Cela en fait l'un des pays pour lesquels la durée de vie avec incapacités est la plus longue.

Aujourd'hui, la priorité n'est plus d'augmenter la durée de vie mais bien d'assurer une bonne qualité de vie avec ce vieillissement le plus longtemps possible.

Cela est l'un des plus gros enjeux en termes de santé publique pour ces prochaines décennies. (2)

1.3. Hors France

Cette forte augmentation de la population vieillissante se confirme également à l'échelle de l'union européenne (UE) où la part des 65 ans ou plus représente 19,7% de la population en 2018, contre 16,2% quinze ans plus tôt. Cela fait de l'Europe le continent le plus vieux. (3)

Au-delà de l'Europe, le monde entier vieillit sans qu'il n'y ait d'amélioration statistique de la qualité de vie des dernières années. Ainsi, en accord avec ses états membres, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en place une stratégie et un plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé. Dans son rapport publié en octobre 2016, l'OMS détaille ses mesures et met l'accent notamment sur le besoin de revoir la place et le statut de la personne âgée dans la société. Il semble avéré qu'un vieillissement dans de meilleures conditions de santé serait un gain pour la famille mais également pour la communauté et l'économie. À travers ce rapport, c'est une transformation importante des systèmes de santé qui doit être privilégiée avec une nécessité de se tourner vers une prestation de soins intégrés et centrés sur la personne âgée et donc de s'éloigner des modèles curatifs basés uniquement sur la maladie. Il est nécessaire que les professionnels œuvrent vers un objectif commun en collaboration avec le patient. Repenser le soin de manière globale et coordonnée est nécessaire car cela est prouvé plus efficace. Le rapport stipule que pour que ces changements soient possibles, il est nécessaire de former les professionnels de santé et autres acteurs clés de la prise en charge des personnes âgées mais c'est également un changement des mentalités qu'il faut effectuer, notamment dans notre pays en adaptant notre mode de pensée obsolète vis-à-vis du vieillissement. La bonne mise en place de ces changements dépendra des politiques engagées dans les différents pays car ces actions nécessitent des ressources. C'est un investissement qui semble judicieux compte tenu des coûts humains et financiers en cas de non-action. (4)

Pour maintenir un état de santé maximal le plus longtemps possible, l'un des points clef est de garantir l'autonomie de la personne âgée. Or, ce dernier est étroitement lié à sa capacité de décision. (5, 6)

Si choisir permet une forme d'autonomie et que de l'autonomie découle une amélioration de la santé, alors il est indispensable de se tourner vers les besoins et les souhaits des anciens.

1.4. Que souhaitent les aînés ?

En 2017, l'Institut français d'opinion publique (IFOP) réalise une enquête « Comment les français se voient-ils vieillir ? ». Cette enquête révèle que 87% des Français souhaitent vieillir à domicile et plus d'un tiers (34%) est convaincu que cela est possible. (7) En 2015 et 2016, l'enquête CARE (Capacité, aides et ressources des séniors) réalisée par la DREES montre que l'état psychologique des personnes âgées de plus de 75 ans vivant en résidence pour personnes âgées est en moyenne moins bon que celui des personnes âgées de plus de 75 ans résidant à domicile. (8)

De plus, quand les Français sont questionnés sur leur souhait de maintenir ou non leur parent proche, s'il devient dépendant, à domicile, seul 19% répondent vouloir le placer en institution spécialisée. (9)

Dans ce contexte, il paraît indispensable de s'adapter et prendre en compte les choix de la population afin de répondre au mieux à leurs attentes et besoins.

2. Définitions

2.1. La personne âgée

Le terme « personne âgée » n'a pas de définition stricte.

La Haute autorité de santé (HAS) considère la personne âgée comme étant âgée de 65 ans ou plus et poly-médiquée ou comme toute personne ayant plus de 75 ans. (10)

Par ailleurs, dans la littérature médicale, l'âge le plus couramment retenu comme étant celui d'appartenance à un groupe de sujets âgés est de 65 ans ou plus. C'est également cette borne qui détermine la segmentation des termes du thesaurus MeSH de la base de données PubMed® définissant une personne comme âgée.

Le glossaire du rapport mondial de l'OMS définit quant à lui, la personne âgée comme « une personne dont l'âge a passé l'espérance de vie moyenne à la naissance ». (4) Cependant, l'OMS considère également que l'âge ne peut être à lui seul un caractère suffisant pour cette définition. L'état de santé, grandement inégal en fonction des personnes, serait étroitement lié à cette définition. (11)

Ainsi, il semble obsolète de définir une personne entrant dans le groupe « personne âgée » comme quelqu'un entrant dans les bornes supérieures à tel ou tel âge. Ce seuil arbitraire était déjà de 65 ans en 1962 ; l'espérance de vie ayant

largement augmenté depuis. Il semble qu'employer le terme « personne âgée » reflète surtout une commodité de langage. (12)

Toutefois, administrativement et médicalement, la personne âgée reste le plus couramment décrite par sa limite d'âge et c'est donc le critère qui sera également retenu pour la rédaction de ce document. Ainsi, en absence de précision, le terme « personne âgée » décrit ici une personne d'au moins 65 ans.

2.2. Le maintien à domicile

Le maintien à domicile (MAD) peut être défini comme tout moyen mis en place pour aider et soutenir quiconque, en dépit de ces vulnérabilités et pertes d'autonomie, à rester sur son lieu de vie aussi longtemps qu'il le souhaite.

Une nuance importante expliquée par Bernard Ennuyer dans « Repenser le maintien à domicile », est la différence entre domicile et hébergement. En effet, le domicile c'est être « chez soi » ; être ainsi le décisionnaire de ce qu'il s'y fait et de ceux qui s'y trouvent. Le domicile est un lieu physique, géographique mais est également une attache psychique importante. C'est un tout qui implique de garder les décisions de son mode de vie.

L'hébergement, sous-entendu dans ce cadre, pour personnes âgées tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou maisons de retraite (MDR), est quant à lui renvoyé à la notion de provisoire. Il implique que la personne « hébergée » ne soit pas réellement chez elle. D'autant plus que dans un grand nombre de cas les placements en institution se font contre le gré de la personne concernée. (13)

La sémantique est donc importante car ici encore, nous renvoyons le MAD à l'intégrité de la personne et à l'importance de tenir compte de ses choix.

3. Les acteurs du maintien à domicile

3.1. Le patient lui-même

Avec le temps, les réseaux de soins et d'aides s'articulent de plus en plus autour du patient. C'est d'ailleurs ce à quoi aspire le rapport sur le vieillissement de l'OMS cité précédemment. (4) Le patient comme acteur de sa santé n'est pas une idée nouvelle. La chronicisation des pathologies – entre autre – fait que le patient doit vivre un certain temps avec sa pathologie, la comprendre et ainsi adapter son mode de vie afin de maintenir une qualité de vie optimale. (14) Il semble en effet, qu'être acteur de

sa santé permette de faciliter l'alliance thérapeutique. (15) De plus, le Code de la santé publique (CSP) stipule que le choix des acteurs de santé reste la décision du patient. (16, 17)

Il est indispensable de ce fait de prendre en considération la parole de la personne âgée dans son choix (ou non) de MAD. (18) En effet, la personne âgée reste le premier acteur et décisionnaire dans ce modèle de vie. Si le MAD est effectué sans accord tacite du patient, il semble inévitable que ce maintien ne puisse être efficient.

3.2. Les aidants naturels

Les aidants dits naturels ou informels sont des personnes non professionnelles venant en aide à un membre de leur entourage. Ils peuvent être familiaux ou extérieurs. En France métropolitaine, on estime à 4,3 millions le nombre de personnes qui aident au moins une personne de leur entourage âgée de 60 ans ou plus. L'enquête CARE réalisée par la DREES en 2019 révèle qu'à domicile, 3 394 000 proches aidants effectuent des actes de la vie quotidienne ; 3 203 000 apportent un soutien moral et 473 000 proches aidants apportent une aide financière ou matérielle. (19)

Ainsi, être entouré par un proche au sens large constitue un gage de réussite au maintien à domicile. Il connaît et prend régulièrement des nouvelles du patient. Il sera souvent la personne alertant le médecin traitant en cas de modification ou d'altération du comportement du séniör.

3.3. Les aidants professionnels

Il existe un nombre important de professionnels engagés autour de la personne âgée et dans son maintien à domicile. La liste mentionnée ci-dessous n'est pas exhaustive.

i. Les intervenants à titre libéral

Le **médecin généraliste** est la première personne à mentionner. Il est le pivot central de toute organisation autour des soins à domicile ; que cette dernière soit indépendante ou organisée par une structure compétente. De plus, il connaît bien ses patients et généralement depuis longtemps. Il est le garant de la possibilité médicale d'un maintien à domicile. Il est également prescripteur d'action d'autres professionnels de santé ainsi que des aides techniques.

L'**infirmier diplômé d'état** (IDE) est, lui aussi, un professionnel de soin souvent indispensable au MAD. Il assure, sur prescription médicale, les soins d'hygiène, les soins techniques, le suivi thérapeutique et l'aide à l'administration de traitements. De plus, en accord avec le médecin traitant, il peut prescrire un certain nombre de matériels et dispositifs médicaux dont la liste limitative est fixée par l'arrêté du 20 mars 2012. (20)

Il est présent de façon régulière chez le patient. Il est à même de relever une dégradation de l'état général ou même d'un problème spécifique de la personne âgée. L'infirmier est également très présent comme intermédiaire entre les différents acteurs. (18)

Il peut agir en tant qu'infirmier libéral ou salarié d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou d'un service polyvalent d'aide et soins à domicile (SPASAD).

L'**ergothérapie**, dont le nombre de praticiens est encore peu nombreux en France, est un métier qui émerge à domicile. Il est le lien entre la personne âgée et son environnement. L'ergothérapeute est là pour adapter et prévenir des risques le milieu dans lequel le sénior vit. (18)

Le **kinésithérapeute** base son soin sur le mouvement. Il préserve et renforce les capacités fonctionnelles du patient. Ainsi, il contribue au maintien de l'autonomie en fixant des objectifs avec le patient permettant de lui proposer un programme adapté.

ii. Les services médicaux organisés

Les **SSIAD**, mentionné précédemment, ont été créés en 1981. Ce sont des services regroupant un infirmier coordonnateur, des IDE et des aides-soignants. Ces services sont là pour garantir des soins infirmiers et d'hygiène de façon continue aux personnes âgées de plus de 60 ans. Ils sont gérés par des établissements publics comme le centre communal d'actions sociales (CCAS) ou les hôpitaux ; ou par des associations comme l'aide à domicile en milieu rural (ADMR).

Ces services contribuent à prévenir la perte d'autonomie, retarder l'incapacité, et lutter contre l'isolement.

Les SSIAD interviennent sur ordonnance médicale et sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale dans la majeure partie des cas. Les SSIAD recouvrent une grosse partie du territoire français. (21)

Les **SPASAD** ont quant à eux été créés en 2005 afin de répondre de manière plus globale aux problèmes de maintien à domicile. Ils vont regrouper les missions du SSIAD et du service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). (22)

iii. Les services d'aide à la personne

Les **SAAD** concernent principalement des activités de la vie quotidienne (AVQ) telles que l'entretien du logement et du linge, l'aide au lever, l'aide à la toilette, l'aide aux courses, la préparation des repas, la prise des repas, l'aide au coucher. Ces services peuvent proposer d'intervenir en mode prestataire (le service est également employeur) ou mandataire (le bénéficiaire est l'employeur).

Les SAAD, lorsqu'ils interviennent sur un mode mandataire, possèdent le statut médico-social et se doivent donc de remplir les obligations réglementaires associées. (23)

Le **portage de repas** est un service non négligeable dans certaines situations. La personne bénéficiaire choisit à la fois ses menus à partir de propositions communiquées ainsi que le nombre de repas souhaités. Cela n'est pas forcément continu. Les repas sont équilibrés, complets et adaptés aux régimes particuliers.

Différents organismes peuvent proposer ces formules : les SAAD directement, mais aussi des organismes associatifs, des organismes privés ou certaines communes elles-mêmes. (24)

3.4. Les moyens de coordination en ville

Le **dispositif MAIA** a été déployé originellement en 2009 dans le cadre du troisième plan Alzheimer pour améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cette pathologie et leurs aidants. Le sigle signifiait « méthode d'action pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ». Aujourd'hui, et ce depuis 2011, il s'adresse à l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans et a été rebaptisé « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie ». Ce dispositif reste parfaitement cohérent dans les suivis et aides des personnes atteintes d'Alzheimer ou maladies apparentées. Ce dispositif a été mis en place afin de mieux organiser les ressources diverses mais fragmentées et c'est donc un dispositif mettant en commun les outils et moyens d'action de tout acteur accompagnant des aînés. La MAIA n'est pas une structure mais une méthode de travail ayant pour objectif de faciliter le parcours d'aide et de soins des personnes en perte d'autonomie et de leurs aidants. Ce dispositif est donc porté par des acteurs de

la prise en charge des personnes âgées du territoire tels que les CLIC, CCAS, les Conseils généraux, etc. (25)

Les **centres locaux d'information et de coordination gérontologique** (CLIC) sont financés par les départements et sont donc présents sur tout le territoire. Le Calvados compte 7 centres différents (Figure 1). Ces centres comprennent différents professionnels spécialisés en fonction des besoins (assistant social, psychologue...). Ce sont des lieux ressources pour les personnes âgées et leur entourage. Ils accueillent, écoutent, informent, conseillent et orientent si besoin vers les aides existantes. (26) Ces moyens seront développés par la suite dans le paragraphe IV.5.4.

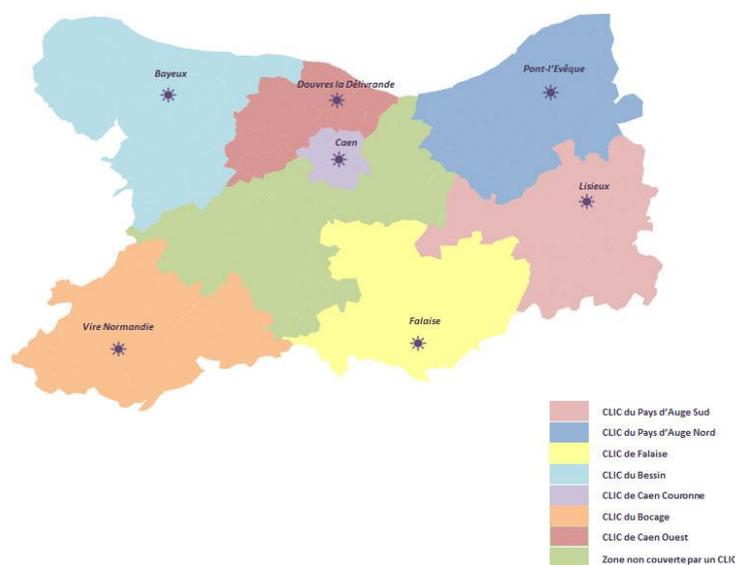


Figure 1: Cartographie des CLIC du Calvados (Source : Centre départemental du Calvados)

3.5. Quelle place ont les pharmaciens dans ce schéma ?

Volontairement, les pharmaciens n'ont pas été mentionnés précédemment. En effet, leur rôle dans le MAD reste méconnu du grand public. Lors d'une enquête CSA-Forum Santé en 2007, seule la moitié des Français reconnaissent la compétence et la motivation du pharmacien en matière de MAD. (27)

La légitimité dans ce domaine n'est également pas toujours reconnue dans les corps décisionnaires. Ainsi, dans la réforme du grand âge, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) n'a pas été consultée lors de la rédaction du rapport malgré ses demandes. (28) *Le Quotidien du pharmacien* titrait : « Pas de réforme du grand âge sans pharmacien » en février 2020 pour interpeller cet oubli.

Or, il est indiscutable que les officinaux accompagnent au quotidien les personnes âgées. En France, 3 à 4 millions de gens entrent chaque jour dans une officine, dont une part non négligeable est âgée de 65 ans ou plus. (29)

S'il existe un axe de progression important pour la connaissance et la reconnaissance du pharmacien ; ce travail va chercher à aider le pharmacien à s'approprier le domaine du MAD en faisant valoir les points forts de sa profession et en apportant des outils d'aide à la meilleure prise en charge des personnes âgées.

4. Aides financières et sociales

L'aspect économique et financier est l'une des principales préoccupations des Français face à leur avenir. En effet, 49% des sondés en 2017, lors de l'enquête IFOP, redoutent la baisse de leurs ressources financières et plus d'un français sur deux (58%) pense que la possession de moyens financiers suffisants est une condition *sine qua non* du MAD. Ce taux augmente avec l'âge des personnes interrogées ; atteignant 64% chez les personnes âgées de 50 ans et plus.

Par ailleurs, l'étude révèle une confusion, une incompréhension voire une non-connaissance des aides allouées à la perte d'autonomie et au MAD, et cela est partagé quelle que soit la catégorie d'âge prise en compte. Seul 18% des Français interrogés ont répondu que ces aides étaient « faciles à trouver ». (7) Les professionnels ont donc un rôle à jouer dans la connaissance de ces dispositifs afin de pouvoir améliorer la prise en charge des personnes âgées.

4.1. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'APA peut être demandée si la personne vit à domicile ou si elle est hébergée en établissement spécialisé. Nous verrons ici seulement celle du domicile.

Cette allocation permet de couvrir en partie ou totalité les frais liés aux MAD. Elle est versée mensuellement par le département aux personnes âgées de 60 ans minimum, résidant en France de manière stable et en situation de perte d'autonomie. La perte d'autonomie est évaluée par la grille AGGIR, pour Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource, (Annexe 1) permettant de catégoriser les personnes selon six groupes iso ressource (GIR).

- Le GIR 1 correspond à une personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une

présence indispensable et continue d'intervenants, ou à une personne en fin de vie

- LE GIR 2 correspond à une personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une PEC pour la plupart des activités de la vie courante ou à une personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
- Le GIR 3 correspond à une personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
- LE GIR 4 correspond à une personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, peut se déplacer à l'intérieur de son logement et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage ou une personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
- Le GIR 5 correspond à une personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
- Le GIR 6 correspond à une personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Une estimation du GIR est possible en ligne (<https://www.grille-aggir.fr/>) mais son calcul précis doit être réalisé par un médecin.

Le montant de l'APA est déterminé selon le GIR auquel la personne demandeuse appartient et selon ses revenus. En effet, des ressources au-delà de 813,39€ par mois, acquitte une participation financière progressive sur son plan d'aide préalablement défini.

Score GIR	Montant mensuel maximum
GIR 1	1 742,34€
GIR 2	1 399,03€
GIR 3	1 010,85€
GIR 4	674,27€

Tableau 2: Montant mensuel maximum attribué par l'APA selon le GIR de rattachement.

Source : Service-public.fr

Ces plafonds peuvent-êre augmentés en cas de besoin liés à la personne aidante ; besoin de répit ou hospitalisation. Par ailleurs aucune récupération financière ne peut être demandée.

L'APA peut être réévaluée dès qu'il existe un changement dans la situation de la PA, par exemple si la perte d'autonomie implique un changement du GIR auquel la PA est associée. Cette allocation nécessite des justificatifs d'achat liés à la perte d'autonomie. Cela explique notamment les demandes de factures pour des changes complets à l'officine. (30)

4.2. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

L'ASPA est l'aide ayant remplacé le « minimum vieillesse » en 2006. Cette aide est une prestation mensuelle versée par la caisse d'assurance retraite dont dépend la PA (CARSAT, MSA...). Pour toucher cette aide, il faut être âgé d'au moins 65 ans, vivre en France et n'obtenir que de faibles ressources. Elle ne peut être cumulée à l'APA.

Les montants versés dépendent de la situation matrimoniale de la personne ; ainsi le montant annuel maximum pour une personne célibataire s'élève aujourd'hui à 10 838,40€ annuel soit 903,20€ mensuel. Pour un couple, le revenu maximal annuel est de 16 826,64€ soit 1 402,22€ mensuel. Le montant de l'ASPA accordé correspond par exemple pour un couple à la différence entre 16 826,64€ et les revenus perçus par ce dernier.

Il est intéressant de notifier que cette aide est une avance qui sera récupérée en partie sur succession tant bien est que celle-ci dépasse 39 000€, ou en cas de retour à « meilleure fortune ».(30)

Si l'ASPA est refusée, l'**allocation simple d'aide sociale** pour personnes âgées peut être demandé. Elle suit les mêmes conditions mais est versée par l'Etat. Il faut donc s'adresser au CCAS de la mairie pour cette allocation.

4.3. La prestation de compensation du handicap (PCH)

Cette aide remplace l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) depuis 2006. La PCH est versée par le département de façon personnalisée et adaptée aux besoins liée à un handicap.

La PCH comprend 5 formes d'aides (humaine, technique, aménagement du logement, transport, aide spécifique ou exceptionnelle).

Les critères d'accès à cette aide reposent sur les critères d'acceptation d'un titre de handicap régi par l'annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). (31) De plus la personne ne doit pas être âgée de plus de 60 ans lors de la première demande. Cette aide peut être maintenue à vie si l'état de santé ne peut pas s'améliorer.

Il n'existe pas de conditions de ressource pour toucher cette aide. Toutefois les ressources inférieures à 27 007,02€ annuel permettent une PEC de 100% des montants limites par types d'aides tandis que des ressources supérieures à ce montant induisent un taux maximum de 80% de prise en charge.

La PCH fonctionne sur le modèle d'un dossier par demande et ne peut être cumulable à l'APA. Ainsi, s'il y a éligibilité à l'APA lors de la soixantaine, il peut être intéressant de comparer ce qui serait le plus bénéfique.

4.4. Aides au logement

L'allocation de logement à caractère social (ALS) et celle à caractère familial et l'aide personnalisée au logement (APL) sont versées par la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou par la Mutualité des salariés agricoles (MSA). Pour bénéficier de l'APL, le logement doit être conventionné. Dans le cas contraire, une demande d'ALS peut être effectuée. Elles aident les personnes à compléter, en fonction de leurs ressources, du type d'établissement et du lieu d'implantation, le montant d'un loyer ou d'un prêt. L'attribution se fait sur différents critères, une simulation de droit peut être faite via www.caf.fr.

Le montant de l'allocation est révisable chaque année. Cette aide est également un atout pour toute personne âgée bénéficiant de faibles ressources.

5. En bref

Aide	Condition d'âge	Condition revenu	Autre condition	Où faire la demande	Intérêt
APA	≥ 60 ans	≤ 813,39€/mois pour l'aide maximale	- GIR 1 à 4 - Résider en France de manière stable	Conseil départemental	Contribuer au financement de la PEC de la dépendance
ASPA	≥ 65 ans	< 10 838,40€/an célibataire < 16 826,64€/an couple	- Résider en France de façon stable - Ne pas percevoir APA	Caisse d'assurance retraite	Assurer un revenu minimal
Allocation simple	≥ 65 ans	< 10 838,40€/an célibataire < 16 826,64€/an couple	- Résider en France de façon stable - Ne pas percevoir ASPA	CCAS mairie	Assurer un revenu minimal
PCH	1 ^{re} demande < 60 ans	< 27 007€/an pour l'aide maximale	- Titre de handicap - Résider en France de façon stable - Non cumulable avec APA	MDPH	Financer des aides humaines et techniques, adapter le logement et le véhicule
Aide au logement	aucune	Pas de données stricte	- Nombreux critères desquels dépend le montant perçu	CAF/ MSA	Alléger les frais de loyer, prêt

Tableau 3: Récapitulatif des aides financières pour aider au maintien à domicile d'une personne âgée

III. Vieillesse, savoir repérer les risques de perte d'autonomie

1. Vieillesse physiologique

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques, indépendants du stress et des maladies, qui modifie la structure et les fonctions de l'organisme, débutant à l'âge adulte et s'accéléralant dans la deuxième moitié de la cinquantaine. Il est une résultante de facteurs intrinsèques et extrinsèques. Le rôle des facteurs environnementaux et de l'hygiène de vie paraît de plus en plus crucial sur le bon déroulement de la vieillesse. (32, 33)

Il existe encore à l'heure actuelle de nombreuses inconnues sur les causes des changements physiologiques entraînant la senescence.

Toutefois, de nombreuses études permettent de comprendre ce que sont ces modifications ; ainsi cela permet d'avoir une meilleure approche des problématiques liées à l'âge et de distinguer les comportements du vieillissement dit « réussi » des comportements pathologiques. (34)

Le vieillissement est, en outre, un processus complexe multifactoriel dans lequel est impliqué un nombre important de modifications biologiques (altération du fonctionnement cellulaire, des systèmes de protection contre l'oxydation, modification du métabolisme...)

Il est également différentiel car il est hétérogène sur le plan inter et intra-individuel. En effet, chaque personne vieillira différemment et chaque organe vieillira différemment au sein d'une même personne.

Toutefois, de manière universelle, le vieillissement implique une diminution de la réaction de l'organisme aux situations d'agression (stress, maladie aiguë, effort) mettant en jeu les réserves fonctionnelles.

2. Les effets du vieillissement sur l'organisme

2.1. Sensoriel

L'altération visuelle liée à l'âge n'est pas liée directement à la perte progressive de photorécepteurs car 30% de cônes et bâtonnets suffisent à maintenir une acuité visuelle intacte.

Cependant, le vieillissement oculaire s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie) gênant la lecture de près. L'opacification du cristallin (cataracte) est également une caractéristique du vieillissement mais cette dernière se déclare souvent à des âges plus avancés.

L'appareil auditif est lui aussi mis à mal lors du vieillissement avec un retentissement social important. Les sons aigus sont plus touchés par cette presbyacousie.

Outre leur fonction sensorielle stricte, les organes sensoriels oculaires et vestibulaires jouent un large rôle dans l'équilibration. En effet, la vision périphérique permet de repérer son déplacement en localisant les objets présents dans le champ visuel. Par ailleurs, le vieillissement influe sur les structures de l'oreille interne induisant une presbyvestibulie. Le réflexe vestibulo-cochléaire est moins efficace et les troubles de l'équilibre en sont plus élevés. (35)

Enfin, les sensibilités gustatives et olfactives vont également diminuer avec l'âge. Les causes de l'hypogueusie liée à l'âge ne sont pas clairement élucidées. Celle-ci concerne à la fois le seuil de détection (goût plus prononcé pour que la sensation soit perçue) et le seuil de discrimination (goût plus prononcé pour que la sensation soit reconnue et dissociée des autres). Les seuils de détection des sensations primaires (salé, amer, acide, sucré) sont respectivement multipliés par 11,6 ; 7 ; 4,3 et 2,7 par rapport au sujet adulte jeune. La perte olfactive est liée à la diminution du nombre de cellules sensibles et à la diminution de la concentration des neurotransmetteurs impliqués dans le processus normal. Ces deux paramètres ont un retentissement sur l'alimentation du sujet âgé mais de nombreuses prises médicamenteuses peuvent aussi être la cause de ces pertes. (36)

En effet, différentes hypothèses existent sur l'altération du goût. L'une des plus fréquentes est une déficience en zinc (cofacteur essentiel de la gustine, protéine des papilles gustatives). (37) D'origine médicamenteuse, cette modification du taux de zinc peut s'expliquer par chélation, ou par altération métabolique ou enzymatique. Les autres hypothèses incluent l'excrétion du médicament dans la salive, l'inhibition de la régénération des cellules gustatives, interférence avec le second messenger... (38) Parmi les médicaments les plus souvent à l'origine des troubles du goût sont présent les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) notamment le captopril, le zopiclone,

les antithyroïdiens de synthèse comme le carbimazole. (39, 40) L'Annexe 2 recense à travers un tableau les médicaments causant ces dysgueusies.

2.2. Neurologique

Au cours du vieillissement, des modifications neurobiologiques du système nerveux central (SNC) sont observées, notamment une diminution sélective du nombre de neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et une déplétion de certains neurotransmetteurs intracérébraux (en particulier l'acétylcholine) due à une diminution des synthèses et à une dégradation accrue par les enzymes catalytiques accompagnée d'une diminution du nombre et de la capacité des récepteurs.

Les fonctions motrices et cognitives centrales sont peu modifiées. En revanche, le vieillissement du SNC se traduit par une augmentation des temps de réactions et une réduction modérée des performances mnésiques en particulier sur l'apprentissage. Il est important de noter que le vieillissement physiologique n'explique pas à lui seul les troubles de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne. La capacité d'attention est également diminuée, en particulier pour la réalisation des doubles tâches.

Le vieillissement du système nerveux central met à mal la qualité et quantité du sommeil. Ainsi la vieillesse amène à une désorganisation du rythme circadien expliqué entre autres par une moindre sécrétion de mélatonine ; d'où l'indication du Circadin® aux seules personnes âgées de 55 ans ou plus. (41)

En ce qui concerne le système nerveux périphérique (SNP), il existe une diminution de la sensibilité proprioceptive par la diminution du nombre de fibres fonctionnelles et par l'augmentation du temps de conduction des nerfs périphériques. (32)

Le système nerveux autonome (SNA) est lui aussi sujet aux modifications structurelles telles que l'augmentation de la concentration en catécholamines circulantes, hyperactivité sympathique. Cependant, la sensibilité des récepteurs adrénergiques étant diminuée, il n'existe pas de corrélation d'effets. (33)

2.3. Locomoteur

En vieillissant, l'appareil locomoteur est impacté à différents niveaux.

Tout d'abord, la masse et la force musculaires sont diminuées. Il existe une atrophie des fibres musculaires et un remplacement des masses musculaires par du tissu graisseux et conjonctif. Le rapport masse grasse / masse maigre est augmenté. Des études ont cependant démontré que, plus que l'âge lui-même, c'est la sédentarisation et les facteurs nutritionnels qui l'accompagnent qui sont les réelles causes de la sarcopénie. (42)

Parallèlement, les os perdent en densité lors du vieillissement et l'architecture osseuse est modifiée, ce qu'on appelle couramment l'ostéopénie. Cela s'explique en partie par des modifications de réabsorption du calcium. Les modifications osseuses touchent majoritairement les femmes ménopausées sous l'effet de la privation oestrogénique induisant une augmentation de l'activité ostéoclasique et une diminution de celle ostéoblastique.

Enfin, le système articulaire va également être modifié. La teneur hydrique des chondrocytes est moindre et s'accompagne de modifications de la composition en glycosaminoglycanes (GAG dont la chondroïtine) (43) qui altèrent la propriété mécanique des articulations. C'est pourquoi le cartilage des personnes âgées est aminci et les raideurs articulaires accentuées. Ces modifications sont directement corrélées au rapetissement de la personne âgée. En effet, les disques intervertébraux sont rétrécis et cela peut aller jusqu'à changer le centre de gravité du sénior ayant une cyphose accentuée (déviations de la partie supérieure du thorax vers l'avant). (33)

2.4. Cardio-vasculaire

Anatomiquement, le muscle cardiaque subit des modifications structurelles. La masse du cœur et l'épaisseur pariétale du ventricule gauche augmentent, induisant une diminution du remplissage passif ventriculaire en début de diastole. Cela est toutefois compensé par l'inotropisme augmenté lors de la systole auriculaire préservant ainsi le débit cardiaque. Ces modifications apportent un risque accru de troubles du rythme et de conduction chez la personne âgée.

La personne âgée va également être sujette à une augmentation de sa pression artérielle systolique. En effet, la résistance artérielle est augmentée du fait des changements structurels tels que la rigidification du collagène ($PA = Db * R$).

2.5. Respiratoire

L'appareil respiratoire va premièrement être sujet aux mêmes contraintes que le reste de l'organisme concernant la fonction musculaire et la capacité globale de mobilité de la cage thoracique, c'est-à-dire une diminution de la compliance. L'appareil pulmonaire est sujet à une diminution de l'élasticité et de la surface alvéolaire. Il en résulte une diminution de la capacité vitale (volume d'air maximal que peuvent contenir les poumons) ainsi qu'une diminution du volume d'air maximal expiré par seconde (VEMS).

Par ailleurs, les fonctions non respiratoires du poumon sont affectées. La clairance bronchique mucociliaire est diminuée, ce qui favorise l'encombrement bronchique. Il est observé une dépression relative de l'immunité cellulaire, une diminution des réflexes de la toux associée à une modification bactérienne des voies aériennes supérieures. Tout cela concourt à augmenter le risque d'infection broncho-pulmonaire. (44, 45)

2.6. Urinaire et génital

Comme le reste des organes, le rein diminue en masse fonctionnelle au profit de graisse et de tissus fibreux. La filtration glomérulaire s'en trouve altérée. L'avancée en âge induit une résistance des tubes collecteurs à l'action de l'hormone antidiurétique (ADH) ou vasopressine. Les capacités de dilution et de concentration des urines s'en trouvent réduites. De plus, la sécrétion d'ADH est accrue durant la nuit : cette résistance est donc en lien avec un nombre de réveils nocturnes plus important et un cycle nyctéméral modifié.

À travers ces différentes modifications, les troubles hydrosodés seront plus présents chez la personne âgée. En effet, l'âge impacte les capacités de maintien de l'homéostasie.

Les modifications neuronales et musculaires engendrent une moindre capacité de contrôle de la vidange vésicale. Les contractions involontaires de la vessie sont notamment plus fréquentes.

Les tissus génitaux et seins sont atrophiés chez la femme âgée de par l'arrêt de sécrétion ovarienne oestrogénique. Chez l'homme, le volume prostatique est augmenté. (33, 34)

2.7. Digestif

L'appareil digestif subit des modifications liées au vieillissement sur toute sa longueur. L'appareil bucco-dentaire est sujet à une usure physiologique avec diminution des capacités masticatoires. Une xérostomie (sensation de bouche sèche) est décrite comme symptôme par 25 à 60% des personnes âgées. La composition de la salive est modifiée. Elle est plus épaisse, visqueuse, collante et cela peut expliquer la xérostomie. En revanche, l'hyposialie réelle, diagnostiquée à l'aide de test salivaire et reflétant une diminution du flux salivaire, est peu importante chez les personnes âgées en bonne santé. 80% des traitements utilisés en gériatrie sont sialoprives. (46)

Au niveau gastrique, une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales est observée ainsi qu'une hypochlorhydrie gastrique. Ces altérations sont corrélées à une moindre absorption du fer notamment et à une carence en vitamine B₁₂ si association à une gastrite atrophique. (47)

Le péristaltisme diminué ralentit le processus de la digestion. La motricité colique est également diminuée, ce qui induit un risque plus élevé de constipation voire d'occlusion.

Le vieillissement est associé à la perte de masse et de débit sanguin hépatique. Cela est à prendre en compte dans le choix des traitements médicamenteux.

2.8. Cutané & phanères

Le vieillissement cutané intrinsèque révèle une diminution du nombre de mélanocytes. Cette dernière explique le teint plus pâle et les cheveux gris corrélés avec l'avancée en âge.

De plus, l'activité d'un certains nombres de glandes diminue, contribuant à une sécheresse cutanée. L'élasticité tissulaire est altérée et un épaissement épidermique est observé. Cela amène à ce que la peau se ride et soit plus terne.

L'aplanissement de la jonction dermoépidermique, qui joue un rôle mécanique mais aussi biologique induit une moindre capacité immune, inflammatoire, cicatrisante et de production de la vitamine D.

La vitesse de croissance des phanères est également diminuée.

2.9. Psychologique

Ce paramètre n'est pas à négliger. La personne âgée connaît une succession de période de rupture : rupture du statut social avec le départ en retraite, rupture familiale également avec une inversion des rôles où le parent ne se trouve plus, ou moins, dans un rôle d'accompagnant de l'enfant, rupture affective avec un nombre de pertes et de deuils plus régulier et plus marqué que dans les âges précédents de la vie. De plus, l'image de soi est parfois difficile à admettre et le manque de place dans l'enceinte de la société a des retentissements importants sur la sphère psychologique.

3. Pathologies courantes qui en découlent

Bien que les effets du vieillissement mentionnés précédemment ne soient ni exhaustifs ni obligatoires, il est important de connaître les points clefs du vieillissement physiologique afin de ne tomber ni dans :

- une surmédicalisation consécutive au refus d'envisager le vieillissement et ses conséquences ;
- une sous-médicalisation qui au contraire associe tout symptôme à la vieillesse et en fait ainsi un « fourre-tout » symptomatique non pris en charge.

Ainsi l'athérosclérose, l'arthrose, les pathologies cardiovasculaires dont l'insuffisance cardiaque, les pathologies neurologiques telles que la maladie d'Alzheimer ou celle de Parkinson sont plus fréquentes avec l'avancée en âge mais ne sont pas l'expression de la vieillesse. (48) La vieillesse est inéluctable mais la pathologie peut ne pas l'être.

L'augmentation de ces pathologies avec le vieillissement peut s'expliquer en premier lieu par l'exposition plus longue à de nombreux facteurs de risque environnementaux. Deuxièmement, les modifications citées précédemment peuvent faciliter la survenue de certaines maladies. De plus, le progrès de la prise en charge de maladies chroniques (diabète, HTA...) ou non (maladies infectieuses) ayant augmenté l'espérance de vie laisse place à l'apparition d'autres affections à un âge plus avancé. (34)

4. Les différents types de vieillissement

À travers les études et recherches, nous observons que la pluralité et l'hétérogénéité du vieillissement peut se caractériser à travers trois définitions :

- le vieillissement réussi (*successful aging*) avec une absence ou une atteinte minimale des fonctions physiologiques et une absence de pathologie ;
- le vieillissement habituel ou usuel (*usual aging*), avec des atteintes considérées comme physiologiques, liées à l'âge, de certaines fonctions, mais sans pathologie bien définie;
- le vieillissement avec pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou handicaps (*pathological aging*), responsable le plus souvent d'un état de dépendance majeure. (49)

5. Repérer la fragilité des personnes âgées

5.1. Concept de fragilité

Le concept de fragilité émerge dans la littérature médicale dans les années 1980 en Amérique du Nord. C'est lors de la décennie suivante, en 1994, que Linda P. Fried propose une première définition médicale du syndrome de fragilité comme : « l'impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress qu'il soit médical, psychologique ou social ». (49, 50)

Bien que ce terme soit vocabulaire courant en gériatrie de nos jours, il existe une pluralité de définitions qui rendent complexe son intégration universelle par la population. Depuis le début du XX^e siècle, les études se multiplient. Certains travaux ont tenté de recenser les différentes données préexistantes afin d'en ressortir des critères communs définissant la fragilité. En effet, le concept est évolutif et induit une confusion de par sa pluralité de modèles (approche physiologique médicale, fonctionnelle, biologique, dynamique, socio-environnementale, psycho-dynamique), voire une contradiction sur certains aspects. (51–53)

En 2011, la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a toutefois adopté une définition consensuelle de la fragilité comme un syndrome clinique reflétant « une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les **mécanismes d'adaptation au stress**. Son expression clinique est **modulée** par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et

comportementaux. Le syndrome de fragilité est **un marqueur de risque** de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. **L'âge** est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La **prise en charge** des déterminants de la fragilité pourrait réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement **réversible**. » (54) Cette définition met en valeur plusieurs aspects essentiels ayant été pointés en gras dans la citation :

- altération des capacités d'adaptation ;
- âge comme déterminant majeur mais non suffisant ;
- composante réversible ;
- dépendant de l'environnement extérieur ;
- marqueur de risque ;
- prise en charge envisageable.

La frontière entre le vieillissement et la fragilité est mince. On conçoit la fragilité comme un état intermédiaire entre le vieillissement usuel et le vieillissement pathologique ; état d'équilibre délicat pouvant aboutir à un moins bon état ou revenir à son état initial. (49) Le syndrome de fragilité est alors un stade clinique propre, précédant la perte d'autonomie mais relativement asymptomatique. Il représente une transition dans le processus dynamique du vieillissement. (55) Ce concept a donc un fort intérêt car son dépistage et sa prise en charge augmenterait la qualité de vie des personnes âgées en diminuant le nombre de « dépendances évitables ». (56)

À travers les différentes études, nous observons que deux modèles sont souvent retenus : le modèle de Fried et le modèle de Rockwood.

Le modèle de Linda P. Fried aborde la fragilité dans une perspective uniquement physique prenant en compte cinq paramètres : la force musculaire, la vitesse de marche, la sensation de fatigue, le poids et le niveau d'activité physique. Ces critères sont validés pour permettre un dépistage.

Le modèle de Kenneth Rockwood se veut davantage multidimensionnel et intègre des facteurs plus généraux (incapacités, pathologies chroniques, déficits physiques et cognitifs, facteurs de risque psychosociaux, syndromes gériatriques). Il est dit modèle d'« accumulation de déficits ». L'index de Rockwood permet de définir

deux états ; la fragilité et la robustesse grâce à une échelle basée sur 7 points évalués en 70 indicateurs qui relatent la symptomatologie de la pathologie et des incapacités.

De ces données ressort un enjeu majeur : dépister grâce à un modèle fiable et reproductible pour intervenir précocement, car la fragilité est d'ores et déjà acceptée comme un facteur de risque de chute, de déclin fonctionnel d'entrée en dépendance, d'institutionnalisation et de décès. (55)

5.2. Evaluation gériatrique standardisée

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) est un processus diagnostique systématique multidimensionnel et interdisciplinaire du sujet âgé fragile. Elle complète l'examen clinique et les éventuels examens complémentaires. Elle est orientée vers l'identification des problèmes médicaux mais également des problèmes psychosociaux et fonctionnels dans le but d'établir un projet de traitement et de suivi à longue durée personnalisé. (57) L'EGS peut être réalisé en hôpital de jour (HDJ) ou en consultation externe via une équipe mobile gériatrique (EMG), le plus souvent appelée lors des situations complexes. (58) L'EGS se base sur de multiples outils d'évaluation pour dresser un bilan global du sujet âgé et permettant un langage commun et un point de vue objectif entre les différents professionnels. Cela en fait l'outil de référence en termes de repérage de la fragilité.

Cette évaluation globale donne lieu à un plan de soin et de prise en charge interdisciplinaire du patient et c'est ce qui en fait son efficacité. L'EGS est inefficace s'il ne fait pas suite à un ciblage des patients « améliorables ».

L'EGS a démontré depuis longtemps son efficacité dans la prise en charge des personnes âgées à domicile ou pendant l'hospitalisation. (59) Si l'EGS est validée et reconnue, c'est un outil nécessitant l'expertise gériatrique pour être productif. Ces compétences peuvent être difficile d'accès en ambulatoire.

Or, en pratique, 30 à 40% des personnes vivant à domicile sont fragiles. Devant l'ampleur de ce syndrome et face à l'hétérogénéité de la réponse médicale, il semble indispensable d'élargir le champ d'action de dépistage à un nombre de professionnel de santé plus important et notamment aux professionnels de proximité dont font partie les pharmaciens. Pour ce faire, l'outil de dépistage devrait être à la fois fiable, validé, acceptable, sensible (pas nécessairement spécifique), peu coûteux, sûr, rapide et simple d'utilisation. (54, 55) Le dépistage des fragilités par les professionnels

de premier recours n'a pas vocation à remplacer l'EGS mais plutôt à être un outil d'orientation afin de repérer les personnes pour lesquelles il serait intéressant d'en faire bénéficier. Nous noterons que le repérage de la fragilité en ambulatoire ne s'adresse pas aux patients atteints d'une pathologie sévère source de perte d'autonomie (démence, Parkinson, dépression sévère) et qu'il est préférable de les soumettre à un EGS directement. (60)

Toutefois, tout comme pour la pluralité de ces définitions, la fragilité chez la personne âgée est repérée par non moins d'une cinquantaine d'outils différents dans la littérature. (52, 61)

Certains de ces outils, jugés pertinents dans l'exercice du métier de pharmacien d'officine, sont présentés ci-après. Ces derniers ont été choisis car ils sont l'objet d'études en lien avec le pharmacien. De plus, ils répondent aux critères nécessaires pour l'application en officine.

5.3. Outils de repérage utilisables par les pharmaciens

i. Grille GFST pour Gérontopôle Frailty Screening Tool

Le gérontopôle du CHU (centre hospitalo-universitaire) de Toulouse est un centre collaborateur de l'OMS en ce qui concerne la santé publique. Cette désignation a pris effet en septembre 2017 pour une durée de 4 ans. Il est le seul pôle collaborateur à travailler sur la fragilité et est reconnu comme structure de référence sur ce domaine. (62)

La HAS a retenu le questionnaire rédigé par le gérontopôle de Toulouse ; questionnaire qui correspond aux critères du phénotype de Fried auxquels sont associés des questions concernant les dimensions cognitives et sociales. En effet, le principal biais du modèle de Fried est de ne pas tenir compte du comportement cognitif alors que ce dernier est directement corrélé à la réponse de tous les autres critères retenus. Pour le repérage de la fragilité en ambulatoire, ce questionnaire est jugé pertinent par la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) et par le Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG). (60)

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	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 au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis 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 la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-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 une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

Tableau 4 : Grille GFST. Source : HAS

Bien que ce test paraisse simple, rapide et facile d'utilisation, il nécessite au préalable une évaluation de l'autonomie via la grille *Activities of daily living* (ADL) de Katz, outil validé (Annexe 3). L'évaluation ADL permet d'évaluer l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne. Elle est composée de 6 items (hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, locomotion, continence et repas) pour lesquels un score de 0, 0,5 ou 1 est attribué. Un score inférieur à 3 indique une dépendance de la personne vis-à-vis des AVQ tandis que le score de 6 correspond à l'autonomie complète de la personne. (63)

Par ailleurs, la grille GFST nécessite l'avis subjectif de la personne réalisant le test. En effet, si l'une des six questions portant sur le repérage de la fragilité est positive, une septième question s'ajoute « Votre patient vous paraît-il fragile ? » et cette dernière ne peut être que subjective et dépendante du « sens clinique » du réalisateur. Or, la réponse à cette question détermine l'orientation ou non vers un service spécialisé de la personne âgée ayant répondu.

En 2015, un état des lieux de la connaissance et du dépistage de la fragilité par les professionnels de santé libéraux et pharmaciens dans le bassin lourdais avait été réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Vingt pharmaciens étaient inclus dans cette étude. Bien que ce chiffre soit relativement faible et que l'étude ait été réalisée dans une zone ayant une affinité particulière pour la prise en charge des personnes âgées et pour la gériatrie, deux données semblent

particulièrement intéressantes. Tout d'abord, cette étude révèle que les pharmaciens étaient les professionnels les moins bien informés sur le concept de fragilité. Par ailleurs, ils n'avaient pas connaissance de la grille de repérage établie par le gérontopôle de Toulouse ; toutefois, une majorité d'entre eux ont répondu vouloir soumettre la grille à leurs patients après avoir eu connaissance de cette dernière. (64)

De par ces informations, la grille GFST est un outil tout à fait pertinent et faisable en cabinet de médecine générale (65), et il a vocation à l'être pour les professionnels de proximité.

ii. Questionnaire FIND pour Frail non-disabled

La littérature n'est pas grandement fournie en études ayant mis en relation le pharmacien et le repérage de la fragilité. Le questionnaire FIND a été mis en application au comptoir lors d'une thèse soutenue en 2014. Cet outil a été utilisé car il discrimine l'état de santé réversible (fragilité) de celui irréversible (dépendance). Il a également été choisi car il ne nécessite ni l'intervention de professionnel particulièrement formé ni d'équipement spécifique. De plus, c'est un **auto-questionnaire** et il est donc, en pratique, réalisable facilement à l'officine sans modification importante de l'organisation.

L'outil FIND est un questionnaire composé de deux parties :

- une première partie : question A et B identifiant les personnes âgées dépendantes ;
- une seconde partie : question C, D et E qui repèrent les personnes fragiles selon les critères de perte de poids, sédentarité et critères d'épuisement. (Annexe 4)

Ce questionnaire a été réalisé dans le but d'avoir un outil utilisable par la totalité de la population générale. C'est un outil pouvant être utilisé pour des campagnes de sensibilisation et de prévention à grande échelle. (66) Il n'a pas vocation à écarter le médecin traitant, car il est la première étape d'un repérage ensuite transmis au médecin général qui prendra en charge le patient et décidera de la nécessité ou non d'une EGS.

À travers cette étude menée en 2014, le rôle du pharmacien quant au repérage de la personne âgée fragile a été mis en valeur puisqu'il s'avère que les PA fragiles vont à la pharmacie et se sentent concernées par le sujet. (61)

iii. Outil SEGA pour Short emergency geriatric assesment

L'outil SEGA est une grille établie par Schovaerdt *et al.* en 2004 permettant le repérage rapide de la fragilité de la personne âgée pouvant être réalisée en questionnant le sénior lui-même et/ou la personne de référence présente. Il en existe une version adaptée par le réseau ReGéCAP qui contient quelques items en plus. Cette grille a été validée pour utilisation en service d'urgence. (67) Elle comprend deux volets :

- Volet A : évaluation via 13 items échelonnés de 0 (situation la plus favorable) à 2 (situation la moins favorable) soit un total maximum de 26 points caractérisant l'état le plus défavorable.
Ce volet détermine le profil gériatrique du patient. (68)
- Volet B : évaluation via 11 items échelonnés de 0 à 2 et apportant des données complémentaires.
Ce volet regroupe les facteurs susceptibles d'influencer le plan de soin, de sortie et d'aides.

Le volet A est suffisant pour repérer la fragilité. De ce constat, une grille appelée SEGA-A ou SEGAm (pour SEGA modifiée) a été mise en place pour être utilisée en ambulatoire et a été validée. (69) Tout comme la grille SEGA complète les score inférieurs ou égaux à 8 représentent une personne peu fragile, les scores compris entre 8 exclu et 11 inclus représentent les personnes fragiles, et les scores compris au-delà de 11 représentent les personnes très fragiles. Cette grille est destinée à être utilisée par toute personne en contact avec une PA vivant à domicile. Un guide d'utilisation de cette grille est à disposition pour l'utiliser comme il se doit. (70) À l'issue de l'utilisation de cette grille SEGAm, le médecin traitant doit être informé du résultat. (Annexe 5)

L'utilisation de l'outil SEGA a fait l'objet d'une étude prospective à grande échelle dans la détection de la fragilité par les pharmaciens d'officine, parue en juin 2020. 4 090 sujets ont été inclus au printemps 2017 dans l'étude, à travers la participation de 218 pharmacies de villes. Chaque pharmacie accueillait un étudiant en sixième année qui était investigateur sous la supervision d'un pharmacien sénior à la suite de 2 heures de formation. Au cours de cette étude ECO-2 (évaluation gériatrique à l'officine), 25% des personnes ayant répondu au test ont été dépistées

fragile ou très fragile, soit un score supérieur à 8. L'outil SEGAm s'avère rapide et facile d'utilisation. L'étude conclut ainsi une faisabilité du dépistage de la fragilité des patients âgés à l'aide de cette grille en officine et révèle sans surprise une corrélation entre le nombre de médicaments pris et la fragilité. Les résultats de cette étude peuvent être extrapolés à l'ensemble de la France car le nombre de pharmacie et le nombre de patients inclus en fait une étude représentative. (71)

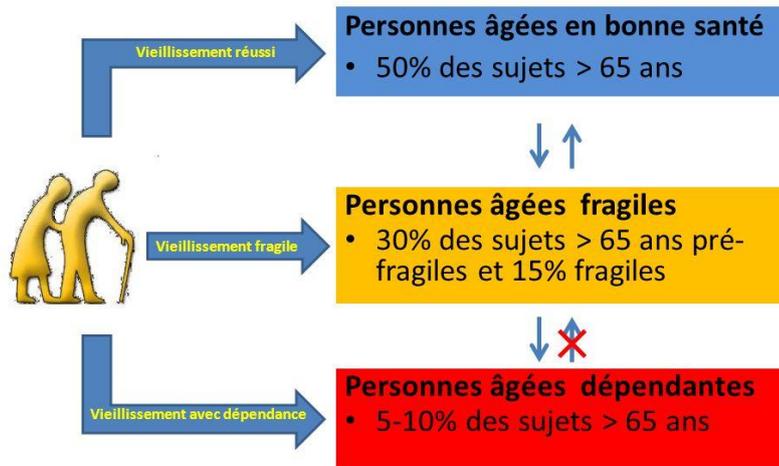
5.4. Bascule dans la dépendance

La fragilité est un état continu de susceptibilité à l'agression expliquant que, malgré une prise en charge identique et un état de santé apparaissant suffisamment proche, des individus auront un devenir différent. Ainsi, la réversibilité de la fragilité a été décrite comme possible avec une mise en place d'actions. Cette réversibilité pour revenir à un état robuste ne s'effectue pas spontanément.

Toute personne fragile a une prédisposition plus importante à développer une perte d'autonomie et ainsi basculer dans la dépendance. On décrit la dépendance comme un état de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne. L'entrée dans la dépendance est considérée comme irréversible. (72) Plus l'état de dépendance est important, plus le maintien à domicile devient complexe car il nécessite un plus grand nombre d'intervenants et donc un coût plus important, etc. (73)

Le concept de fragilité est donc une pierre angulaire dans la prise en charge des personnes âgées. (Figure 2)

Personnes âgées: 3 catégories*



*Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: 146-56.

Figure 2 : Catégorie des personnes âgées selon 3 modes de vieillissement

IV. Rôle du pharmacien dans la prise en charge de la personne âgée sans troubles cognitifs majeur à l'officine

1. La prévention

Afin de faciliter le maintien à domicile, l'enjeu est donc de réussir le « bien vieillir ». L'entrée en dépendance est l'un des principaux freins du MAD. (73–75)

Pour cela, il est indispensable d'agir tôt afin que l'intégration des risques soit plus aisée et qu'elle aboutisse à des changements de comportement vis-à-vis de certaines situations. (2, 72)

La prévention se détermine en 3 volets :

- la prévention primaire : agir en amont des maladies (exemple : la vaccination) ;
- la prévention secondaire : agir à un stade précoce de l'évolution d'une pathologie (exemple : le dépistage) ;
- la prévention tertiaire : agir sur les risques de complication et de récurrence (exemple : la rééducation fonctionnelle des suites d'une fracture).

Un MAD réussi sera imbriqué dans ces trois types de préventions et le pharmacien peut avoir un levier d'action sur chacun d'eux. (Figure 3)

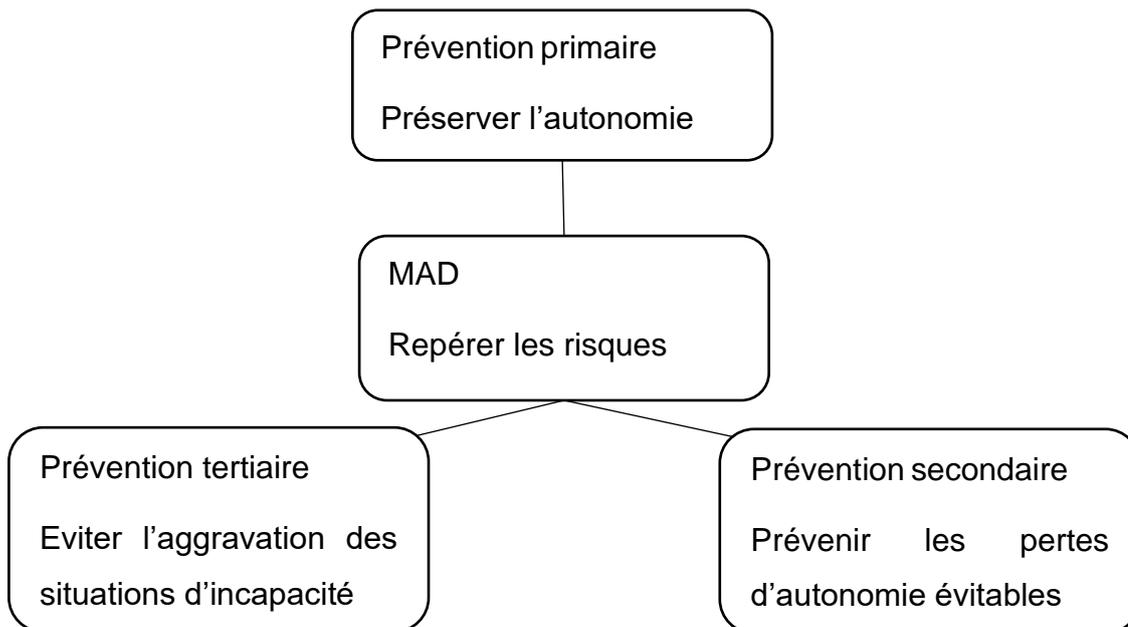


Figure 3 : Leviers d'action pour permettre le maintien à domicile

2. Le matériel de maintien à domicile

Le matériel médical est désigné sous le nom « dispositif médical » (DM) depuis la directive européenne du 14 juillet 1993 afin d'avoir un vocabulaire commun au sein de l'UE.

Le dispositif médical est défini dans l'article L.5211-1 du CSP comme un produit qui n'est pas d'origine humaine et est destiné à des fins médicales à l'exception des médicaments.

2.1. Classification

Compte tenu du nombre et de la diversité des dispositifs médicaux existants, une classification a été choisie par le CSP dont les règles « tiennent compte de la dangerosité des DM quant à leur destination ». (76) Quatre classes sont retenues : I, IIa, IIb et III, qui correspondent à un risque croissant à l'utilisation. Les règles de classification sont fixées par l'arrêté du 20 avril 2006.

Dans la pratique du MAD, cette classification n'a que peu d'intérêt car la plupart des DM de MAD appartiennent à la classe I. Au domicile du patient, les DM peuvent être classés en trois catégories qui reflètent mieux la réalité du quotidien : les aides techniques, les DM dits « de soins » et le matériel divers. (77)

i. Les aides techniques

Elles sont définies par l'article D245-10 du Code de l'action sociale et des familles comme « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel ». Tout matériel, quel qu'il soit, devient une aide technique dès lors qu'il confère de l'autonomie et du confort à une personne.

Le choix des aides techniques doit être fait avec soin par le patient et/ou son entourage afin de ne pas engager de frais inutiles. En effet, les aides techniques doivent être adaptées à chaque personne et sont donc parfois fabriquées pour un cas particulier. L'efficacité dépend de l'aide technique en elle-même mais également des besoins, des motivations et des capacités d'apprentissage de la personne concernée. L'idéal est l'essai de l'aide technique avant l'achat afin de s'assurer de l'acceptation de celle-ci par la personne âgée.

L'aide technique s'inclut dans un projet de vie et nécessite explications et informations de la part du pharmacien. Comme tous les produits vendus en pharmacie, elles ne doivent pas être une simple vente mais bien un conseil motivé par le souci de l'amélioration de la qualité de vie quotidienne de la personne âgée. Cela est d'autant plus vrai que la moitié des aides techniques sont abandonnées au bout de six mois.

- Par exemple, sont inclus dans cette catégorie les aides à la mobilité (fauteuil à propulsion manuelle) et au transfert (lève-personne)

ii. Les DM de soins

Les DM dits « de soins » sont les gammes spécialisées par voie d'administration ou par pathologie.

- Par exemple, sont inclus dans cette catégorie les aides du système respiratoire (aérosolthérapie, oxygénothérapie), le matériel du diabétique et les aides à la nutrition orale et entérale.

iii. Matériel divers

Ce sont tous les matériels jugés utiles pour le MAD mais ne rentrant pas dans les catégories précédentes. Ces matériels ne font généralement pas l'objet de prise en charge. Ils sont à la frontière du matériel médical et sont plutôt considérés comme

accessoire de confort ou d'aide à la vie que comme réelle médicalisation. Cette catégorie est intéressante pour le pharmacien car le matériel divers peut faire l'objet d'une demande spontanée ou d'un conseil associé. Il est donc important de se former afin de maîtriser leurs utilisations et intérêts. Cela valorise le rôle du pharmacien comme professionnel de santé.

- Par exemple, sont inclus dans cette catégorie les aides au repas (rebord assiette et gobelet de découpe ergonomique) et les aides quotidiennes (téléphone à grosse touche).

2.2. Réglementation

i. Respect du patient

Tout comme pour la délivrance de médicaments, le CSP oblige à un respect du patient, de sa volonté et de ses droits. L'incitation à la consommation de produits non nécessaires au patient est interdite. L'intégration de critères autres que celui du bénéfice pour le patient ne doit pas être la motivation d'une délivrance. Le respect de la dignité et des choix du patient est également obligatoire, c'est-à-dire que le pharmacien ne doit en aucun cas agir contre le gré du patient. Le pharmacien ne peut pas inciter à la prescription compromettant l'indépendance du prescripteur. Le pharmacien n'a, en effet, aucun droit d'appeler directement le prescripteur pour obtenir une prescription ; cela doit être fait sous forme de consensus après consultation du patient et en accord avec l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge ce patient.

Il est également tenu au secret professionnel d'après l'article D5232-8 du CSP. Le secret couvre ce qui lui a été confié mais également ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.

ii. Local adapté

D'après l'article D5232-13 du CSP, la pharmacie peut être le local de dispensation du matériel médical à condition qu'elle respecte certaines exigences telles que l'accessibilité des personnes handicapées, comme pour son activité principale de délivrance de médicaments. Un espace de confidentialité doit également être présent afin de garantir le secret médical. Le matériel doit pouvoir être essayé et donc il est nécessaire d'avoir un espace de déambulation assez grand (16m² de surface d'évolution avec une largeur minimale de 2 mètres).

Si les deux premières conditions sont des obligations qui s'appliquent également à la délivrance de médicaments, la troisième est spécifique à la délivrance de DM de compensation des insuffisances de déplacement.

Bien qu'une officine ne doive normalement ne former qu'un seul tenant, l'article R5125-9 du CSP stipule que l'officine peut « posséder un lieu annexe de stockage, à condition qu'il ne soit pas ouvert au public, ne comporte ni signalisation ni vitrine extérieure et qu'aucune communication directe n'existe entre ce local et l'officine ». Cela permet en cas d'activité de distributeur direct de l'officine d'avoir un local qui sert au stockage du matériel imposant, à sa réparation et à son nettoyage et sa désinfection.

iii. Nettoyage et désinfection

Selon le degré de criticité du matériel, son nettoyage et sa désinfection sont plus ou moins importants. Tout matériel réutilisable devra faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection et/ou d'une stérilisation. (78) Par exemple, une table de lit inclinable n'entrant en contact qu'avec la peau saine du patient est considéré comme dispositif non critique et ne nécessitera qu'une désinfection de bas niveau c'est-à-dire une désinfection à minima des bactéries.

iv. Le marquage CE

Le pharmacien a le droit de vendre tout produit listé dans l'arrêté du 15 février 2002. En tant que distributeur, il se doit de vérifier la provenance des DM et que ces derniers sont conformes aux conditions essentielles de sécurité grâce au marquage CE (Conformités aux exigences). Cette attestation de conformité est évaluée par un organisme notifié (ON) choisi par le fabricant ou par le fabricant lui-même dans le cadre des DM de classe I. Les ON sont eux aussi contrôlés depuis 2017 pour restreindre les risques sanitaires. En France, c'est l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé qui exerce ce rôle. Le marquage CE est obligatoire pour une vente en officine bien que certains DM soient proposés sans ce marquage. Toutefois, le marquage n'indique pas une provenance géographique, il est seulement réglementaire et indique que le produit répond à certaines normes techniques et acquiert le droit de libre circulation sur le territoire européen. Cela n'indique en aucun cas une fabrication et production européenne. (79, 80)

v. Qualification requise pour la délivrance de matériel médical

L'article L5232-3 du CSP stipule que la délivrance de DM est soumise à une obligation de formation ou d'expérience professionnelle de leurs distributeurs. Il existe deux niveaux de compétences dans le cadre de délivrance de DM au domicile du patient, le garant et l'intervenant. Le pharmacien d'officine est, de par son diplôme, considéré comme compétent pour cet acte en ce qui concerne les catégories 1 à 3 définies par ce même article de loi. En ce qui concerne la quatrième catégorie, le pharmacien doit également avoir eu une formation pour délivrer ce matériel.

Le garant est obligatoirement un professionnel de santé (c'est-à-dire un professionnel dont les pratiques sont régies par le CSP) en ce qui concerne les trois premières catégories. Il est chargé, comme son nom l'indique, de garantir les règles professionnelles et bonnes pratiques. L'intervenant est lui chargé d'intervenir auprès du patient nécessitant un DM.

L'officine est l'un des lieux de la dispensation de matériel médical mais il peut aussi être effectué par des Prestataires de service et distributeurs de matériel médical (PSDM) indépendants ou en lien avec l'officine qui leurs sous-traite la tâche.

Quoiqu'il arrive, lorsque le pharmacien sous-traite tout ou partie de son activité de mise à disposition de DM, il est, en tant que donneur d'ordre, pleinement responsable du respect des règles. Toutefois, si le pharmacien maintient l'activité de facturation, il se dégage des obligations concernant les réparations et installations des matériels.

vi. La liste des prestations et produits remboursables

La liste des produits et prestations remboursables LPPR (plus couramment nommé LPP) présente les remboursements effectués par l'assurance maladie. Cette liste est uniquement disponible sur le site Ameli.fr et est mise à jour régulièrement, tous les deux mois environ. La condition *sine qua none* au remboursement est la présentation d'une ordonnance d'un médecin voire également, dans certaines conditions, d'une DEP (demande d'entente préalable) concernant fauteuil verticalisateur et fauteuil roulant à propulsion électrique. La prescription de DM doit être indépendante de celle des médicaments. Une ordonnance doit être rédigée pour les articles en location en précisant la durée supposée. Une deuxième ordonnance concerne les produits à l'achat. Le médecin prescripteur et le pharmacien sont

responsables, vis-à-vis du contrôle médical, de la pertinence et de la justification de la prescription en fonction de l'état du patient.

La LPP contient quatre parties appelés « Titres » dont chacun est constitué de chapitres eux-mêmes subdivisés en section et sous-sections. Seuls les titres I et IV concernent l'activité de MAD. Chaque article de la LPP est codé selon un code numérique à 7 chiffres pouvant être étendu à 13 chiffres propres à l'entreprise. Les deux premiers chiffres du code correspondent respectivement à l'appartenance au titre puis au chapitre auxquels ils se rattachent. Cela ne permet donc pas d'identifier la nature du produit.

Toutefois, une nouvelle réglementation européenne est en cours et devrait s'appliquer au 26 mai 2021. Une des évolutions majeures de ce règlement concerne la transparence ; pour cela, deux outils importants sont mis en place : l'identification unique du dispositif (IUD) et la base de données européenne EURAMED. L'IUD est définie comme « une série de chiffre ou de lettres créée selon des normes internationalement acceptées d'identification et de codification de dispositifs et qui permet l'identification formelle de dispositifs donnés sur le marché » d'après le règlement 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux. (81) L'IUD est formée de deux identifiants : une IUD-ID propre à un dispositif et à un fabricant, donnant accès aux nom et adresse du fabricant, au code de nomenclature du dispositif, à la classe de risque de ce même dispositif, et une IUD-IP dite identifiant de production permettant d'avoir accès aux données tels que le numéro de série, l'identifiant de logiciel, la date de fabrication et d'expiration... Cela permet d'assurer une meilleure traçabilité quel que soit le lieu de fabrication et d'utilisation car ces codes et Datamatrix sont internationaux et univoques. En tant que distributeurs, les pharmaciens ont pour obligation de vérifier qu'une IUD a été attribuée aux produits concernés et d'enregistrer à minima les IUD des DM implantables de classe III.

Compte tenu de la situation sanitaire, alors que les identifiants individuels auraient dû être mis en place pour les derniers au 1^{er} janvier 2020, une tolérance a, de nouveau, été accordée. Ainsi, jusqu'au 1^{er} juillet 2021, les deux codes LPP actuels ou à venir permettent la facturation et le remboursement pour les titres 1, 2 et 4. Au-delà de cette date, les codes génériques seront désactivés, prohibant leur utilisation. (82)

vii. Matériorvigilance

La matériorvigilance est au matériel médical ce qu'est la pharmacovigilance au médicament. Au-delà de la réparation d'un dommage, la matériorvigilance permet une réflexion et une action éventuelle sur la cause profonde et la reproductibilité du problème. Son objectif est de garantir la sécurité des patients et des tiers en signalant tout « *incident ou risque d'incident mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers* ». (83) Pour cela des mesures correctives plus ou moins immédiates ont lieu (retrait d'un lot, modification de fabrication...), ou des mesures préventives (rappel pour contrôle...).

Le pharmacien est dans l'obligation de faire les déclarations de matériorvigilance. Il en existe deux types : l'obligatoire dont les conséquences nuisent ou pourraient nuire gravement à la santé (par exemple un décès), et la déclaration facultative dont les conséquences sont moins graves (par exemple une réaction nocive et non voulue sans erreur d'utilisation). La déclaration obligatoire se fait sans délais tandis que celle facultative se fait de manière trimestrielle. Il s'avère qu'en pratique, les matériorvigilances sont souvent réalisées dans l'immédiat car un signalement est également un appel à l'aide pour obtenir des réponses sur la démarche à suivre quant à la prise en charge du problème.

La non-déclaration est passible de 4 ans d'emprisonnement et d'une amende d'environ 75 000€. (84)

La déclaration doit se faire à l'aide d'un CERFA N° 10246*05 auprès de l'agence national de santé du médicament (ANSM) par mail à l'adresse materiovigilance@ansm.sante.fr, ou, depuis 2017, directement sur le site signalement-sante.gouv.fr.

Un arbre décisionnel permet de mieux se repérer pour savoir quelle attitude adopter dans quel cas.

2.3. Place de l'officinal dans la délivrance de matériel médical

Bien souvent, l'activité de délivrance du matériel médical est peu développée dans les officines, ne représentant qu'une faible part de l'activité en pharmacie. Ce secteur totalise en moyenne 3 à 10% du chiffre d'affaire officinal. Alors que la demande tend à augmenter, la place de cette activité au sein des officines ne suit pas. Le secteur

augmente de 4 à 7% chaque année, pourtant la pharmacie représentait 45% du marché il y a 10 ans contre 10% de nos jours.

Si nous avons bien compris à travers les points précédents que le matériel médical n'était pas le monopole de l'officine, au-delà des prestataires médico-techniques travaillant seuls, les officinaux ont différents moyens de travailler pour développer ce volet. En effet, il est possible d'acquérir le matériel médical ou de sous-traiter cette activité.

En cas d'acquisition : après étude de marché, la négociation du matériel médical peut se faire *via* des prestataires médico-techniques ou directement avec des constructeurs. C'est une négociation commerciale qui dépendra notamment des volumes achetés. Une mobilisation financière importante doit être engagée pour la mise en place. L'acquisition de matériel engendre également le besoin de véhicules de livraison adaptés au matériel volumineux, ainsi que des entrepôts répondant aux normes de stockage et d'entretien. Elle nécessite un investissement important de la part des équipes officinales mais peut s'avérer être le plus intéressant financièrement à long terme.

En cas de sous-traitance : ce sont les prestataires qui prennent entièrement en charge achat, livraison et maintenance du matériel, un point non négligeable car cela dégage beaucoup de temps pour l'équipe officinale. Le pharmacien, quand il sous-traite, est intermédiaire entre patient et prestataire. L'investissement est moindre, tant au niveau pécuniaire qu'au niveau de l'aménagement, mais également sur le paramètre humain. Le bénéfice est lui aussi limité. La confiance envers le prestataire est indispensable car même s'il sous-traite, le pharmacien reste garant et responsable de ces délivrances.

i. Publicité

Compte tenu de son statut, le pharmacien n'a pas le droit de faire de publicité. Il en est de même s'il est amené à vendre du matériel de MAD. Les prestataires et magasins médico-techniques ne sont pas soumis à cette interdiction, ce qui crée un statut concurrentiel important et problématique dans la place des officines vis-à-vis du matériel médical. Le pharmacien a cependant le droit de faire de la mise en avant en vitrine, ou par le biais de catalogues. L'arrêté du 4 juillet 2014 relatif à l'information du consommateur oblige la présence du prix d'achat toute taxe comprise (TTC) du

matériel. Toutefois la possibilité de remboursement n'a pas le droit d'être affiché en vitrine car cela impliquerait une fraude à la sécurité sociale.

ii. En quoi cette activité est intéressante dans le MAD de la personne âgée ?

Le MAD nécessite dans un certain nombre de cas importants des DM.

Le MAD est permis par l'implication forte de l'entourage et la mise en place d'aides humaines. Les aides techniques sont souvent nécessaires en complément. Dans les résultats d'étude de la DREES paru en 2003 autour des « aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile », les chiffres sont clairs. 12% des personnes âgées de 60 à 74 ans disposent d'au moins une aide technique. Ce chiffre augmente à 43% pour la part des personnes âgées de 75 ans ou plus. Si les personnes les plus dépendantes sont plus concernées par ce besoin, il n'en demeure pas moins intéressant de remarquer que 18% des personnes âgées autonomes, au sens de la grille AGGIR, utilisent également au moins une aide technique. L'aide à la mobilité est l'aide la plus répandue avec 14% des personnes âgées en utilisant une. (85)

D'après le numéro spécial de *Revue pharma* sur les séniors publié à l'été 2020, ABM pharma, prestataire de santé à domicile (PSAD), estime qu'avec 35 produits, 95% des besoins des patients sont satisfaits. (86) Il est impossible d'acquérir la totalité du matériel, en particulier les matériels volumineux et onéreux. Toutefois il est intéressant d'acquérir du matériel de base pour répondre instantanément à certaines demandes et intégrer les DM comme conseil.

Bien que les besoins soient dépendants de la taille, de la population, de la localisation et de l'envie de développer de l'officine, il semble que certains DM soient indispensables.

- **Les aides techniques à l'achat**

Les aides à la marche sont des aides nécessaires pour satisfaire les besoins et fidéliser les patients dans le cadre du MAD. Elles font parties du premier parc utile à l'achat pour les patients. En effet, chaque officine se doit de posséder à minima des cannes anglaises, mais également des cannes en T et rollators. Plus une aide technique est mise en place tôt, mieux elle est tolérée par la suite. Une grande partie des aides à la marche sont remboursables tout ou partie sur prescription médicale. Les aides à la marche sont nombreuses et variées et elles répondront à la fois à la prévention primaire, secondaire et tertiaire.



Figure 4 : Aides à la marche : rollator, canne en T réglable, cadre de marche fixe

ABM pharma recense dans les 35 produits mentionnés précédemment un nombre important de DM d'aide à l'hygiène et d'aménagement de la salle de bain dont nous reparlerons par la suite : plat-bassin, chaise de douche... (IV.2.4.iv ci-dessous)

Le coussin anti-escarre fait partie des DM les plus vendus en officine. Il est sujet à la LPP sur prescription médicale mais il peut également être l'objet d'un conseil spontané ou autour d'une ordonnance. Par exemple, une ordonnance de pansements hydrocellulaires avec un interrogatoire révélant la présence d'une escarre peut amener à conseiller un coussin anti-escarre en complément et/ou en prévention de nouvelles escarres après guérison. Toute personne ayant déjà eu une escarre est à risque de refaire une escarre. Le choix du coussin anti-escarre se fait selon l'échelle de Norton (Annexe 6). En effet, cette échelle détermine le risque de développer une escarre. Plus le score est faible, plus le risque est important. La prise en charge par l'assurance maladie s'effectue seulement si le score est inférieur à 14. En fonction du risque évalué, le coussin préconisé sera de classe I ou de classe II ; Figure 5 ci-dessous. (87)

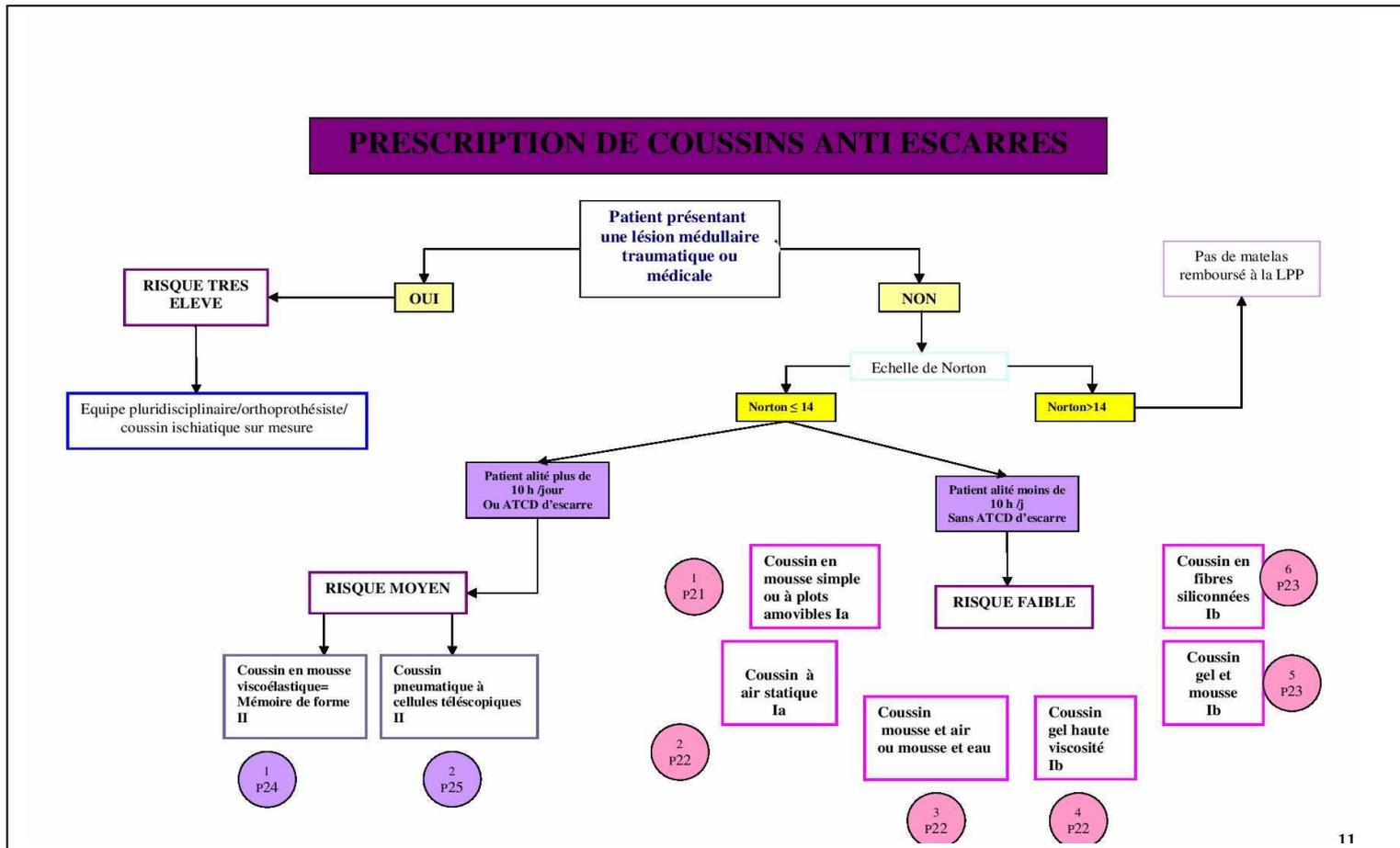


Figure 5 : Diagramme du choix de type de coussin anti-escarre

Les petits outils d'aide à la vie sont également intéressants pour le MAD. Il s'agit par exemple des pinces de préhension, indispensables pour ramasser les objets tombés au sol sans se baisser, des piluliers qui seront abordés par la suite ou encore les coupes-comprimés. Si ces aides ne sont généralement pas indispensables, elles facilitent et améliorent la qualité de vie. Nous les considérerons donc comme des outils de prévention primaire.

• Les aides techniques à la location

Le fauteuil roulant à propulsion manuelle est toujours équipé de repose-pieds. Si besoin, on peut lui rajouter un repose-jambe, un rallonge-dossier, un appui-tête ou encore une ceinture de maintien. Le fauteuil à propulsion électrique peut être remboursable à l'achat à la suite d'une demande d'entente préalable auprès de la Sécurité sociale. La taille du fauteuil dépend de la largeur d'assise du patient. Il est important de s'assurer que le fauteuil vendu, s'il est large, passe bien les cadres de porte.

Le lit est généralement prescrit à la location, excepté chez les personnes ayant un déficit fonctionnel non régressif (par exemple une myopathie). Le lit doit être équipé d'au moins deux fonctions non manuelles pour être pris en charge, qui comprend obligatoirement la hauteur variable et soit le relève-buste, le relève-jambes ou la plicature des genoux. Certains accessoires sont inclus dans le forfait du lit : la potence (fixée sur le lit) permettant au patient de se soulever, la tige porte-sérum, ainsi que les barrières (pliantes ou coulissantes) pour éviter les chutes.

Le parc locatif des officines est en général restreint et fait le plus souvent appel à de la sous-traitance. En cas de développement important du MAD, il peut être intéressant de posséder ce parc. En premier lieu, ce sont les lits médicaux avec matelas anti-escarres qui sont les plus demandés.

Si le monopole n'est pas pharmaceutique, l'officine présente l'avantage d'avoir accès à des données de santé et d'échanges avec les autres professionnels. Les patients et leur entourage sont connus et il est donc indispensable de donner l'accès à cet outil aux patients. Le développement du MAD se fait en premier lieu par de la communication au comptoir. La possibilité d'offrir des mises en situation visuelles est gage de qualité. Si l'espace ne le permet pas, la plupart des prestataires offrent la possibilité d'avoir des catalogues produits afin de proposer des alternatives aux pharmaciens. Par exemple, Oxypharm, autre PSAD, permet la réalisation « sur mesure » et deux fois par an de catalogues « Confort & bien-être » contenant les produits sélectionnés par une pharmacie en question.

2.4. Le risque de chutes

i. Epidémiologie des chutes

La chute est une « perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait ».

Du fait des modifications physiopathologiques mentionnées dans le chapitre I, les chutes sont, chez la personne âgée, la cause d'une morbidité et d'une mortalité importantes. Les chutes sont largement documentées et étudiées.

Selon le baromètre santé, l'année 2010 a comptabilisé que 7,8% des personnes âgées de 55 à 85 ans déclaraient avoir subi un accident ayant causé une visite médicale ou hospitalière. La chute est l'accident ayant été mentionné dans

56,5% des cas. De plus, selon les données EPAC de cette même année, 85% des PA ayant recours aux urgences pour un accident de la vie courante s'y rendaient des suites d'une chute. Avec l'avancée en âge, ce chiffre s'est révélé de plus en plus important. En effet, cela concerne 71% des 65 à 69 ans et jusqu'à 95% des personnes âgées de 90 ans et plus. La chute est un réel sujet de santé publique.

La chute dans l'année en cours est également un facteur de risque de chute. En effet, les retentissements d'une chute sont physiques (fractures, contusions, ecchymoses...) mais également psychique et la peur de la chute apparaît plus grande lorsque celle-ci a eu lieu précédemment. Paradoxalement, la peur de la chute la favorise : les personnes étant récemment tombées limitent leurs déplacements de peur de retomber, ce qui diminue leur force, entraîne plus de difficultés à marcher et un pas moins assuré, etc.

Il est estimé qu'environ 9 300 personnes décèdent chaque année des suites d'une chute. La chute en devient la deuxième cause de décès par traumatisme involontaire juste après les accidents causés par la circulation routière.

Chaque année, 76 000 hospitalisations pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF), appelé communément fracture du col, ont lieu, dont 9 sur 10 surviennent à la suite d'une chute. 20% des personnes ayant une FESF décèdent dans l'année qui suit, or la moitié des FESF surviennent entre 80 et 89 ans. Toutefois, une étude de janvier 2016 de la DREES estimée que cette mortalité était plutôt révélatrice de l'état du patient avant la fracture. Ainsi, le traitement de l'ostéoporose, l'encouragement à l'activité physique, l'éducation à la prévention des chutes sont les facteurs sur lesquels il est nécessaire d'agir pour améliorer la mortalité liée au FESF. (88)

Ici, prévenir les chutes, c'est prévenir des hospitalisations et leurs complications. À travers les aides à la marche, le pharmacien peut aider à réduire ces chutes. L'enquête ChuPADom, pour Chutes des PA à domicile, de Santé publique France avait pour but de définir des profils de chuteurs en fonction de leurs fragilités, leurs profils socio-démographiques et économiques, leurs pathologies, etc. Ces données sont nécessaires afin de mettre en place des actions de prévention ciblées. De nombreuses données ont été acquises durant cette enquête, notamment sur les lieux et activités des personnes chutant. Dans les activités régulièrement citées par les chuteurs, l'activité d'hygiène et de toilette représente 15% des réponses tandis que la

marche représente 14% des résultats. La chambre s'avère être le lieu le plus souvent mentionné comme lieu de chute des PA sondées (20%). (89) L'enquête ChuPADom s'avère être en adéquation avec de nombreuses études sur ces résultats, cependant la salle de bain, qui est régulièrement citée comme un lieu privilégié de risque de chute, n'entre qu'en cinquième position. (90, 91) Bien que cela ne soit pas clairement corrélé, il s'avère que 67,5% des patients inclus dans l'étude bénéficiaient d'une aide technique dans leurs sanitaires, dont 45,6% possédant une combinaison de plusieurs aides. Il est donc possible de supposer que les aides techniques, ayant pour but de limiter les chutes et accidents domestiques, remplissent leur rôle et diminuent ce chiffre. (89)

ii. Le dépistage des personnes à risque

Le test Time Up and Go (TUG) ou test du lever et marcher chronométré est un instrument clinique qui mesure la mobilité de base. Il est facile à réaliser car il ne nécessite que très peu de matériel : un chronomètre, une chaise avec accoudoir de hauteur standard et un ruban gommé ou un cône.

Le déroulement du test est le suivant : La personne âgée est assise sur la chaise et utilise son aide technique habituelle ainsi que ses chaussures habituelles. Elle doit être bien adossée avec les pieds au sol. Elle attend le top départ du professionnel chargé de réaliser l'évaluation. Lorsque ce dernier est donné, le patient se lève et marche à une vitesse confortable et sécuritaire jusqu'au repère placé à trois mètres du patient. Il fait demi-tour au repère et revient s'asseoir. (Figure 6)



Figure 6: Schéma représentant la mise en place du test TUG

Le temps nécessaire à réaliser la manœuvre est chronométré et les résultats ne dépendent que de cette durée. Si le temps nécessaire à la réalisation de ce test est inférieur à 14 secondes, alors il n'y a pas d'alerte particulière à avoir. En revanche, si la personne ne réussit pas à se lever ou met plus de 14 secondes à effectuer ce tour, alors elle a échoué et doit être redirigée vers un professionnel médical, afin de réaliser l'évaluation de Berg. Selon ces résultats, il peut être nécessaire de faire de la rééducation, de la kinésithérapie, ou simplement orienter vers un parcours d'exercices sportifs adaptés.

iii. Comment se relever d'une chute ?

Si éviter la chute est le but principal, il est indispensable également de savoir comment se relever afin de ne pas rester à durée indéterminée au sol. À l'officine, il est possible de promouvoir les bons gestes à adopter. Toutefois, cela passera plus facilement par les aidants ou par un affichage mural. (Figure 7) En effet, il est difficile de ne pas froisser une personne en ciblant de visu son comportement comme à risque de chute. Il est cependant possible d'imaginer fournir ces informations à la suite de la réalisation du test TUG quel que soit son résultat. En effet, dans la démarche de prévention des risques de chute, l'interlocuteur peut entendre plus facilement ce conseil.

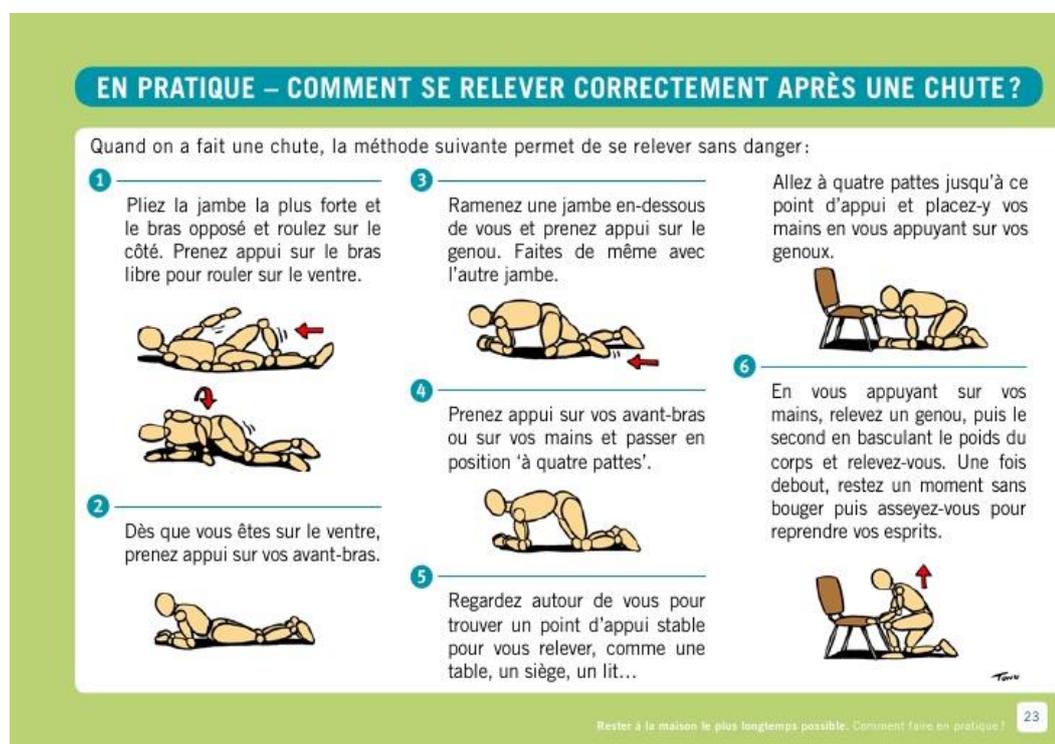


Figure 7: Comment se relever correctement après une chute ? Source : *Restez à domicile le plus longtemps possible. Comment faire en pratique ? Guide de la fondation Roi Baudouin*

iv. Cas de la salle de bain

La salle de bain est considérée comme l'un des lieux de l'habitation le plus responsable de chutes. Il est indispensable de promouvoir les aides techniques liées à la salle de bain. En effet, sans forcément effectuer de gros travaux, il existe de nombreuses aides permettant de sécuriser ce lieu.

- Les WC

Le **rehausseur WC** permet une assise et un lever plus simple. Il sécurise le changement de position. Il s'installe à la place de la lunette classique et doit généralement permettre une assise entre 45 et 50 cm (hauteur WC + rehausseur).



Hauteur : généralement entre 5 et 15cm

Matière : souple (idéal pour les personnes rencontrant un état cutané fragile) ou rigide

Fixation : rapide par emboîtement sur le rebord de la cuvette ou par molette/vis à l'image d'un abattant classique

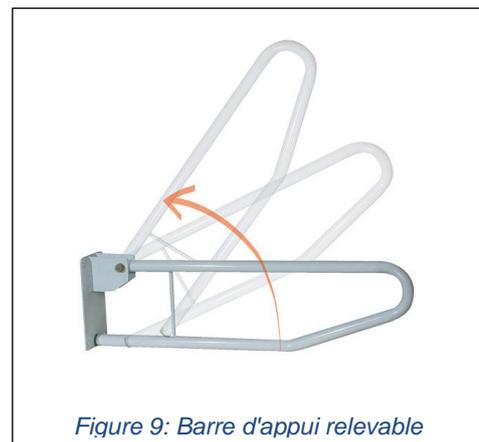
Abatant & accoudoirs intégrés optionnels

La **barre d'appui** permet, en cas de difficulté plus importante de changement de position, d'ajouter les aides pour la sécurisation des transferts.

Fixation murale

Longueur : généralement autour de 70cm

Poids maximum supporté : variable selon modèle, existe avec pied de soutien



- Le bain

Les salles de bain étaient, encore il y a peu, plus souvent équipées d'une baignoire que d'une douche. Le principal problème avec l'arrivée en âge avancé est de ne plus pouvoir lever les jambes pour passer au-dessus de la paroi. Pour cela, des aides techniques peuvent être mises en place.



Marchepied pour difficulté d'enjambement modéré

Surface antidérapante

Hauteur de surélévation : généralement entre 5 et 15cm

Possibilité d'empilement pour créer un petit escalier

Poignées de sortie de bain

Fixation : réglable en fonction largeur bord de baignoire

Marchepied intégré optionnel

Poids maximum supporté : variable selon modèle

Hauteur du bord de la baignoire : entre 30 et 40cm généralement



Figure 11 : Poignée de sortie de bain fixable sur rebord baignoire

L'équilibre postural passant d'un pied à l'autre pour passer le bord de la baignoire, le risque de chute augmente. L'eau présente dans la baignoire à la sortie surajoute un risque. C'est pourquoi, en plus des aides citées précédemment, il est nécessaire de conseiller un simple tapis antidérapant avec de multiples ventouses sécurisant le fond de la baignoire.

Si l'équilibre de la personne âgée est vraiment délicat, il peut être nécessaire de réaliser l'entrée dans la baignoire en position assise.

Planche de bain

Fixation : pattes, ventouse ou support métallique avec écartement réglable

Poids maximum supporté : variable selon modèle

Poignée ergonomique intégrée et plateau rotatif optionnels



Figure 12 : Planche de bain à ventouse et poignée ergonomique



Figure 13 : Siège de bain pivotant

Siège de bain pivotant

Pivot : 360° avec repérage et enclenchement des positions tous les 90°

Accoudoirs dont le relèvement est optionnel

Poids maximum supporté : variable selon modèle

Découpe pour l'hygiène intime optionnelle

- La douche

L'accès à la douche est plus aisé qu'il ne l'est pour la baignoire. Toutefois, la position debout sur un sol humide est source de déstabilisation voire chute. Ainsi, il peut être utile d'équiper la douche d'une **chaise, siège ou tabouret de douche**.



Figure 14 : Siège de douche avec découpe anatomique réglable en

Fixation : murale ou posée au sol ; selon taille et souhait de non encombrement de la douche

Pieds : Réglable ou non en hauteur

Poids maximum supporté : variable selon modèle

Accoudoirs et axe rotatif optionnels

Remboursement : existe des LPP

Découpe frontale ou non pour faciliter l'hygiène intime

La **barre d'appui murale** permet une aide pour se relever du siège installé dans la douche.

Fixation : vissage ou ventouses

Longueur : courte, longue, réglable

Coudée ou droite

Poids maximum supporté : tenir compte, dépend de l'angle apporté lors de l'installation



Figure 15 : Barre d'appui murale à ventouse

- La salle de bain avec petit équipement de base



Figure 16 : Equipement basique de salle de bain Source : Catalogue Oxypharm automne/hiver 2020

Nous pouvons donc apporter une sécurisation de la douche pour un coût de 69,7€ et de la baignoire pour un coût de 56,7€.

3. L'iatrogénie médicamenteuse

3.1. Généralités

Le dictionnaire français Larousse définit d'iatrogène tout « trouble », « maladie provoqués par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin ».

L'iatrogénie médicamenteuse correspond à l'ensemble des effets nocifs provoqués par la prise d'un ou de plusieurs médicaments, que ces derniers soient ou non bien employés. Ces effets sont plus ou moins graves sur l'état de santé du patient. Bien que tout sujet soit potentiellement concerné, les risques iatrogéniques augmentent chez le sujet âgé et ce d'autant plus que son nombre de médicament pris au quotidien est élevé. (92)

Chez les plus de 65 ans, 130 000 hospitalisations et 75 000 décès sont imputés à un problème iatrogène chaque année. Ces chiffres représentent 10 à 20% des admissions aux urgences et 3,4% des hospitalisations de la personne âgée. Certaines études montrent que jusqu'à 70% de ces accidents seraient évitables. (93)

Le modèle de Reason (Figure 17) ou modèle du « fromage suisse » explique la survenue d'effets iatrogènes. En effet, ce modèle illustre plusieurs tranches de gruyère apparentées chacune à un professionnel de santé ou au patient lui-même. Chaque personne correspond à un niveau de sécurité ayant ses faiblesses propres. L'accident iatrogène se produit lorsque toutes ces faiblesses s'alignent. À chaque niveau de sécurité est attribué deux types d'erreurs différentes :

- les erreurs dites « actives » qui sont commises par les individus (encerclées en rouge dans la figure ci-dessous), sur lesquelles il est difficile d'agir. Elles peuvent être sans impact car contrebalancées par le palier de sécurité suivant, ou non. Généralement, ces erreurs sont la conséquence de mauvaises conditions latentes collectives comme l'organisation et les conditions de travail.
 - les conditions latentes, qui sont les erreurs à l'origine de l'accident et traitables en amont (encerclées de vert sur le schéma ci-dessous).
- (94)

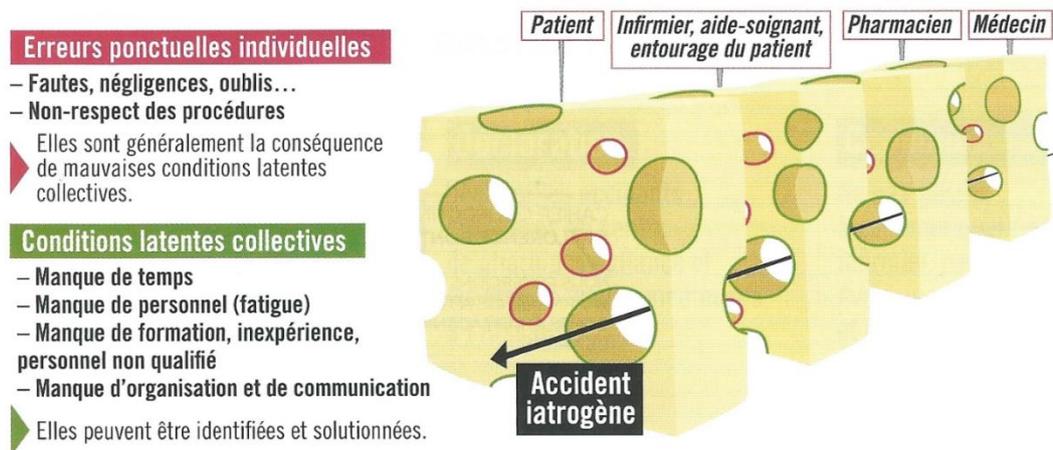


Figure 17 : Le modèle de Reason (Source : Le Moniteur des pharmacies N°2900, cahier 2 du 8/10/2011)

Bien qu'il ne soit pas le seul impliqué dans la prévention de l'iatrogénie, le pharmacien a son rôle à jouer. Il est le seul professionnel de santé joignable aussi facilement. De plus, il est le spécialiste du médicament et, de ce fait, se doit d'être particulièrement acteur dans la réduction des accidents iatrogènes. Cela est d'autant plus vrai que 20% de l'iatrogénie médicamenteuse est imputable aux interactions médicamenteuses. (95)

Chez la personne âgée, il conviendra d'adopter le « réflexe iatrogénique », c'est-à-dire faire en sorte de vérifier que toute plainte ne soit pas en relation avec une prise médicamenteuse. Par exemple, il conviendra de vérifier le statut sialoprive des traitements d'un sujet âgé venant à l'officine pour sécheresse buccale.

3.2. L'observance

L'observance peut être défini comme l'adéquation entre le comportement d'un patient vis-à-vis de sa santé et les recommandations du professionnel de santé. En ce qui concerne son traitement, c'est sa capacité à le prendre selon la recommandation donnée. Elle est appelée également « adhésion thérapeutique » pour retirer l'attrait d'« obéissance » sous-entendu pour certains dans le terme d'observance. Il est démontré que l'inobservance met en cause de façon certaine l'efficacité des traitements prescrits. (96)

En 2003, une étude menée sur des sujets de plus de 65 ans vivant à domicile a montré que parmi les EI médicamenteux évitables, 21,1% étaient liés à un défaut d'observance de la part du patient. (97)

Il est admis que la polymédication, définie par l'OMS comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments », diminue la qualité d'observance. Pour 75% d'observance en monothérapie, il existe seulement 40% d'observance chez un patient dont le traitement comporte plus de quatre médicaments. (98) Or, avec l'âge, le nombre de médicaments augmente jusqu'à une moyenne de 5 médicaments différents chez les PA de plus de 75 ans vivant à domicile. La personne âgée est dès lors concernée par ces problèmes d'observance et il semble indispensable de mettre en œuvre tous les moyens limitant cette inobservance et son impact. (99)

En France, peu d'études mesurent avec des données objectives l'observance. C'est en général des études menées sur les impressions des professionnels de santé ou les impressions du public. Toutefois, il a été évalué que près de 10% des hospitalisations chez le sujet de plus de 70 ans seraient en rapport avec un défaut d'observance, taux proche de celui de la iatrogénie. (10) Il semblerait d'après les études existantes que l'âge ne soit pas à lui seul responsable d'inobservance. (100) Or, le rôle positif du pharmacien dans l'amélioration de l'observance a été démontré, par exemple dans l'étude de LEE *et al.* qui voit augmenter l'observance de 61 à 97%

dans un traitement de l'HTA et ses dyslipidémies lors d'un suivi pharmaceutique sur 6 mois. (101) Si l'inobservance n'est pas significativement différente chez la personne âgée, elle peut être améliorée. (102)

Vérifier l'observance est élémentaire pour le pharmacien : en effet, il est le professionnel de santé le plus facilement accessible et est amené à voir ses patients atteints de maladie chronique souvent une fois par mois, ce qui lui permet de vérifier l'observance. Lors du renouvellement, l'arrêt d'un médicament est repérable par le dialogue. Le pharmacien doit également s'assurer d'empêcher un éventuel mésusage (moment de prise, dose, etc.) Autant que possible, une adaptation galénique, posologique doit être apportée immédiatement.

Le pharmacien est présent dans la délivrance des traitements afin de renforcer et valoriser l'observance. Il s'assurera de la compréhension et de l'adhésion du patient à son traitement. Afin de permettre cela, le pharmacien doit s'adapter au patient et à son niveau de connaissance. Le pharmacien se doit d'échanger avec le patient autour de son traitement afin d'identifier les obstacles à cette bonne observance et il peut dans le cas échéant proposer des solutions. L'adhésion thérapeutique est évaluable par le questionnaire de Girerd. (Annexe 7)

Par exemple, des problèmes d'observance repérés au comptoir peuvent faire l'objet d'une proposition de bilan médicamenteux partagé (BMP) dont nous reparlerons par la suite. (Cf paragraphe 4.3)

L'une des plaintes des patients âgés en lien avec leurs polyopathologies et donc leur polymédication souvent retrouvée au comptoir est la suivante : « Il y en a trop, je ne m'y retrouve plus. » Dans ces cas, les personnes âgées ont besoin de plus que de dialogue. Il peut être fourni des solutions pratiques pour améliorer l'observance. Cela est d'autant plus vrai que les barrières les plus fréquentes retrouvées à l'adhésion thérapeutique chez la personne âgée sont les **déficits sensoriels** tels que les troubles auditifs perturbant la bonne compréhension des conseils d'administration des médecins et pharmaciens ou les troubles visuels empêchant la bonne distinction et non confusion entre médicaments, augmentant également la difficulté à repérer les médicaments coupés ou de petite taille ou encore biaisant le compte des gouttes... Les **déficits fonctionnels** (liés à l'arthrose, à un Parkinson...) entravent la facilité d'ouverture des blisters ou encore la préhension des comprimés. Les **déficits cognitifs** sont eux la cause de sous (par oubli d'une prise) et surdosage (par

rattrapage d'un faux oubli de prise). Un bouleversement dans la vie du patient âgé peut également amener à un défaut d'observance engendrant un accident iatrogène. Ces bouleversements ne sont pas forcément importants et peuvent être lié « seulement » à une modification de l'apparence des traitements.

L'une des propositions à l'optimisation de l'observance sera l'instauration d'un pilulier. Cette mise en place peut être recommandée et expliquée par le pharmacien ou directement réalisée par ce dernier (Cf partie i ci-dessous). La mise en place de réalisation de pilulier à l'officine est souvent marquée par un double contrôle qui permet d'éviter les erreurs. En effet, certaines études suggèrent que les dispositifs peu coûteux tels que le pilulier n'amélioreraient pas l'observance par rapport à une prise de médicaments sans dispositif d'aide à la prise médicamenteuse liés notamment à des erreurs de remplissage des piluliers. (103–105)

La vente d'un pilulier nécessite donc, elle aussi, une explication et un conseil. Il est nécessaire d'essayer de comprendre les causes de ces erreurs afin que l'outil soit efficient. La mise en place d'un pilulier est un changement d'habitudes de la personne âgée : cette dernière nécessite donc un apprentissage car ce n'est pas forcément évident pour tous. Cela peut notamment être réalisée lors d'un entretien de BMP.

i. La préparation de doses à administrer (PDA)

La PDA ne comporte ni définition précise, ni texte de loi réglementant sa façon de faire. Cette notion est seulement mentionnée dans l'article R.4235-48 du CSP. Il s'agit en pratique d'un reconditionnement ou sur-conditionnement personnalisé des traitements d'un patient réalisé de façon tracée et nominative.

Développée de façon empirique et malheureusement parfois anarchique, la PDA peut être un outil fort pour la prise en charge et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. Il existe trois grands types de possibilité de PDA :

- **Manuelle**

Le pilulier ou semainier est sûrement le plus représentatif de cette catégorie de PDA. C'est la PDA « classique », réalisable par un professionnel (IDE, pharmacien), par un aidant ou par le patient lui-même. Les piluliers sont généralement hebdomadaires et sont donc composés de sept compartiments représentant les jours de la semaine. Chaque compartiment est à son tour scindé en trois ou quatre pour

représenter les différents moments de prise des médicaments (matin, midi, soir et coucher).

En théorie, la réalisation de ce semainier est simple. Il suffit de placer les médicaments au regard de la prescription dans les cases correspondantes. Ils peuvent être introduits déblistérés ou non si le conditionnement est assez grand et si les médicaments sont sous forme de blisters unitaires. Cette seconde option permet d'éviter tout risque d'interaction ou d'altérations des comprimés.

Comme mentionné précédemment, des travaux ont mis en évidence que ce type de réalisation peut être source d'erreurs, chronophage et difficilement réalisable pour des traitements lourds et/ou complexes. Il présente toutefois l'avantage du faible coût d'investissement puisque les piluliers sont réutilisables après nettoyage et désinfection et ne nécessitent donc pas d'achat de consommables en plus. Par ailleurs, si l'officine se charge de cette PDA, la traçabilité est très compliquée puisqu'aucun système informatique n'est relié à sa délivrance. De plus, si les médicaments ne sont pas sous forme de blisters prédécoupés unitaires, la personne âgée n'a pas les moyens de savoir ce qui est présent dans chacun des compartiments. Cela place le patient dans une posture passive et cela n'est pas vraiment le but recherché dans le maintien de l'autonomie de la personne âgée voulant vieillir à domicile.

Les cartes blistériées sont composées de plusieurs alvéoles qui sont ensuite thermo-soudées par un papier aluminium. Chaque alvéole comporte les informations relatives au traitement concerné ; numéro de lot, posologie, jour et moment de prise. Elles sont réalisées à la semaine ou au mois.

Les avantages et inconvénients sont globalement identiques quel que soit la méthode de PDA manuelle à la différence que la blistérisation permet un moindre problème d'hygiène et qu'il est possible d'identifier le traitement une fois ce dernier réalisé.

- **Semi-automatique**

La différence la plus importante vis-à-vis de la PDA manuelle est le couplage à un logiciel de pilotage informatique. En effet, le remplissage reste manuel mais la traçabilité est meilleure.

Le logiciel informatique contient les informations concernant le patient et son traitement. Lorsque ces informations sont enregistrées, elles sont transmises à

l'automate qui affiche sur son écran les informations de remplissage au fur et à mesure : identité du patient, nom et description spécialité à introduire, jour et moment de prise concernée ainsi que le nombre d'unités totales à introduire dans l'automate.

Le remplissage est rythmé par un voyant lumineux qui tourne à chaque fois qu'il détecte le passage d'une spécialité médicamenteuse.

La technique semi-automatique minimise le risque d'erreur lié au facteur humain. Cette technique reste fastidieuse à grande échelle puisque la réalisation se fait suivant le déroulement de l'ordonnance.

Le gros avantage est la traçabilité puisque le travail est enregistré dans le logiciel associé à l'automate.

- **Automatique**

La PDA automatisée est réalisée non pas avec un automate mais avec un robot associé à un logiciel permettant la production de sachets individuels et personnalisés. Le résultat est un ruban de sachet-doses correspondant aux prises hebdomadaires se succédant par ordre chronologique.

Le robot contient différentes cassettes correspondant chacune à une spécialité et identifiées à l'aide d'un code barre unique. Les médicaments peu prescrits ou dont la forme est inadaptée ainsi que les comprimés fractionnés sont incorporés au ruban-dose à l'aide d'un plateau de chargement. Le logiciel associé à ce robot transmet les informations nécessaires à la production. Ce logiciel est lui-même en lien avec les logiciels de gestion officinal (LGO) et permet donc de transmettre à partir d'une facturation d'ordonnance toutes les informations indispensables à la réalisation de ces sachets.

La PDA automatisée est donc le moyen le plus sécurisé en termes de traçabilité et de contrôle des erreurs. Il est également le moyen le plus rapide de réaliser de la PDA à grande échelle. Toutefois, son coût est très élevé. Elle nécessite une équipe formée et dédiée à cette tâche. Ainsi, la PDA automatisée ne sera rentable qu'en cas de réalisation importante ; une officine a intérêt à réaliser cet investissement si elle travaille avec des EHPAD mais cela est trop onéreux pour quelques patients isolés, d'autant plus que cela nécessite de former le personnel.

Ainsi, proposer la PDA sous forme de sachets individualisés dans le MAD de la personne âgée est possible en cas de travail conjoint avec des MDR. (106, 107)

3.3. L'automédication

Le conseil national de l'ordre des médecins définit l'automédication comme : « l'utilisation, hors prescription médicale, de médicaments ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché ». (108)

L'automédication peut également être la cause d'accident iatrogénique. Le marché de l'automédication en France est assez bas ; les médicaments à prescription médicale facultative (PMF) non remboursables délivrés sans ordonnance représentent moins de 9% de valeur du chiffre d'affaire global et environ 15% en ce qui concerne les quantités vendues. La France est ainsi à la 17^e place en ce qui concerne la dépense par habitant pour l'automédication. Toutefois 8,6% des PA achètent au moins un médicament sans ordonnance par mois et 4% des médicaments en possession de la personne âgée a été acheté sans ordonnance. En plus d'être plus souvent polymédiqué, le sujet âgé est donc également consommateur en automédication.

Bien que ce soit le cas pour tout patient, du fait des données mentionnées précédemment, le pharmacien doit être particulièrement vigilant quant à la délivrance de médicaments sans prescription dans cette catégorie de la population.

En 2013, l'ANSM, dans son analyse de vente de médicaments en France, a dressé un tableau des molécules les plus vendues en officine. Le paracétamol arrive en première ligne en termes de valeur et de quantité vendues. L'ibuprofène est présent en seconde position concernant les quantités vendues.

Les spécialités PMF les plus vendues en termes de quantité cette même années sont pour les trois premières également à base de paracétamol (Doliprane®, Dafalgan®, Efferalgan® respectivement). Dans ce tableau (Annexe 8), on peut noter également la présence en quatrième position du Kardégic®, du Donormyl® en seizième position et des Nurofen® et Nurofenflash® en vingt et unième et vingt cinquième position. (98, 109, 110)

Pourquoi relever ces spécialités ? Car elles font parties des médicaments pour lesquels il est indispensable d'être particulièrement vigilant chez les personnes âgées. En effet, à travers les modifications physiopathologiques de la personne âgée,

ses comorbidités et sa fragilité, elles sont plus sujettes aux effets indésirables et accidents iatrogéniques.

i. Les médicaments OTC

Certains médicaments en vente sans ordonnance sont particulièrement inadaptés chez la personne âgée, ce qui peut être soit lié à leur condition physiopathologique, soit à leur traitement. Parmi les médicaments OTC, nous pouvons nous focaliser sur la liste suivante pour laquelle il est particulièrement nécessaire d'user de vigilance chez la personne âgée :

- **Les vasoconstricteurs**

Les « médicaments du rhume et de la toux » sont la septième classe de médicaments la plus vendue en France. (109)

Les vasoconstricteurs par voie orale sont indiqués contre les symptômes du rhume et rhinite allergique. Les vasoconstricteurs vendus sans ordonnance sont des dérivés de l'éphédrine, sympathomimétiques. La constriction des vaisseaux sanguins induit une diminution du gonflement de la muqueuse rhinopharyngée allégeant ainsi la rhinorrhée et l'obstruction nasale.

Les vasoconstricteurs étaient sujets à de nombreuses publicités hivernales avant leur interdiction le 18 novembre 2017. En effet, ils exposent à de nombreux effets indésirables rares mais très graves. L'action sympathomimétique expose au risque de céphalées, de troubles urinaires tels que des dysuries ou rétention urinaire par contraction des sphincters lisses, de troubles cardiaques tels que des infarctus, une augmentation de l'hypertension artérielle (HTA), de troubles psychiatriques par stimulation du SNC, une altération soudaine de la vue par la mydriase induite pouvant provoquer une crise de glaucome à angles fermé. De plus, en surdosage, les dérivés de l'éphédrine exposent au risque d'accident vasculaire cérébral (AVC).

Cela contre-indique l'utilisation de vasoconstricteurs dans les cas d'antécédents ou de maladies précédemment cités, d'autant plus que le traitement n'est que symptomatique et ne diminue pas la durée du rhume/rhinite associée qui guérit spontanément en 7 à 10 jours.

Certains traitements médicamenteux sont également contre-indiqués avec les vasoconstricteurs présents en OTC ; c'est le cas des autres vasoconstricteurs à visée

décongestionnante, y compris par voie nasale, les IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxydase) en raison d'un risque de poussée hypertensive majorée.

Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux effets indésirables et particulièrement sujets aux pathologies contre-indiquant le vasoconstricteur ; antécédent d'AVC (140 000 cas/an dont la moitié survient entre 65 et 84 ans), HTA (70% des personnes de plus de 65 ans sont sujettes), hypertrophie bénigne de la prostate avec rétention urinaire (23% chez les hommes de 41 à 50 ans allant jusqu'à 82% chez ceux entre 71 à 80 ans)... (111, 112)

Ainsi, nous préférons recommander les gestes d'amélioration du confort tels que l'humidification des voies nasales, l'hydratation suffisante, la surélévation de la tête pendant la nuit et un maintien de l'atmosphère frais et aéré.

- **Les antihistaminiques H₁**

Ils sont vendus sans ordonnance, comme anti-allergiques, anti-nauséeux ou encore en tant que sédatif.

	Anti-H ₁	Indication
1^{re} génération Passent la BHE	Prométhiazine (Phenergan®)	Insomnies occasionnelles
	Doxylamine (Donormyl®)	
	Phéniramine (En association dans Fervex®)	Traitement rhume et rhinite...
	Dexchlorphéniramine (Polaramine®)	Traitement manifestations allergiques
	Cyprohesptamine (Periactine®)	
	Diphényldramine (Nautamine®)	Prévention et traitement mal des transports
	Oxoméazine (Toplexil®)	Toux non productive
2^{de} génération Ne passent pas la BHE*	Cétirizine	Traitement des manifestations allergiques
	Loratadine	

*BHE (Barrière hémato-encéphalique)

Tableau 5: Classe et indications des Anti-H1 disponibles sans ordonnance

L'action anticholinergique, propre aux antihistaminiques de 1^{re} génération n'est pas dénuée de risques chez les personnes âgées. Cette dernière permet de diminuer les rhinorrhée, **larmolements** et éternuements. Ici encore, l'action est symptomatique dans l'utilisation pour l'indication du rhume.

Des troubles neurovégétatifs peuvent être retrouvés dans les EI à type de sédation, somnolence et hypotension orthostatique. Cet EI a été utilisé comme action principale pour certains d'entre eux. Rappelons que l'effet atropinique, entraîne des effets périphériques tels que la sécheresse buccale, une mydriase induisant un trouble de l'accommodation et pouvant induire également une crise de glaucome à angle fermé. Les effets centraux sont des troubles mnésiques avec confusion et désorientation pouvant aller jusqu'au délire et hallucinations visuelles.

Bien que contre-indiqués seulement en cas d'adénome prostatique et de glaucome par fermeture d'angle, les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux effets anticholinergiques et bien qu'étant peu fréquents, il est indispensable d'en tenir compte. En effet, l'antihistaminique H₁ de première génération montre un rapport bénéfice/risque bas dans le traitement des rhumes chez la personne âgée. En cas d'allergie avérée, il sera préférable de toujours conseiller un antihistaminique de deuxième génération plutôt que de première génération car présentant moins d'effets centraux.

L'addition des EI liés à l'association avec un sédatif ou à un autre traitement à effet anticholinergique, régulièrement utilisé en gériatrie, est à prendre en compte également par la forte prescription chez les personnes âgées. Le potentiel anticholinergique des médicaments est recensé à travers différentes échelles telles que l'*Anticholinergic Drug Scale* (ADS) présentée dans l'Annexe 9 ; où les médicaments sont recensés suivant 3 scores :

- niveau 1 : potentiel anticholinergique démontré in vitro grâce aux études de liaisons aux récepteurs muscariniques ;
- niveau 2 : effet anticholinergique parfois noté, généralement à des doses élevées ;
- niveau 3 : potentiel anticholinergique élevé démontré.

Les médicaments à action anticholinergique seront tous l'objet d'une attention particulière à l'introduction chez la personne âgée.

- **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**

Les antalgiques sont les médicaments PMF sortant le plus des officines. (109) Stars des ventes sans ordonnance, l'ibuprofène est largement utilisé en automédication mais il nécessite des précautions de la part du pharmacien et notamment pour la personne âgée.

Les AINS et l'aspirine sont sujets à une mauvaise tolérance digestive avec un risque majoré de perforation et d'hémorragie digestive. Ils sont susceptibles d'induire une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle (IRAF) du fait de la diminution de synthèse des prostaglandines. La vasoconstriction induite sur l'artère rénale entraîne une hypoperfusion du rein perturbant le débit de filtration glomérulaire (DFG). Il est important de noter qu'1/3 des IRAF médicamenteuse est causé par un AINS. Les AINS sont également responsable de décompensation de cardiopathie sous-jacente. La pression artérielle peut augmenter de 3 à 6 mmHg en particulier chez un patient déjà hypertendu.

Les interactions médicamenteuses sont également importantes ; avec des patients polymédiqués, il est indispensable d'en tenir compte. La majoration du risque hémorragique avec un antivitamine K (AVK) est non négligeable. Cela contre-indique l'association à l'aspirine en cas d'utilisation à des doses anti-inflammatoire mais également aux doses antipyrétique et antalgique s'il existe un antécédent d'ulcère. En raison du risque d'IRA, il est indispensable de prendre des précautions d'emploi avec les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les antagonistes du système rénine-angiotensine (ARA II) et les diurétiques.

Il est recommandé chez la personne âgée d'associer la prise d'AINS à un IPP ou un anti-H₂ comme protecteur gastrique.

- **Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)**

Comme leur nom l'indique, les IPP inhibent la pompe H⁺/K⁺ ATPase au niveau des cellules pariétales gastriques. La sécrétion acide est diminuée. Le pantoprazole a été pour la première fois commercialisé en automédication en novembre 2009. Aujourd'hui sont également disponible sans ordonnance l'oméprazole et l'ésoméprazole.

Les EI des IPP sont des troubles digestifs, des céphalées et, moins souvent, des étourdissement et vertiges. Dans de rares cas, ils peuvent provoquer une hyponatrémie conduisant à une confusion mentale.

L'oméprazole est fortement déconseillé en association avec la prise de clopidogrel, anti-agrégant largement prescrit chez la personne âgée. En effet, l'oméprazole est inhibiteur du CYP2C19 (cytochrome P450). Or le clopidogrel est une prodrogue nécessitant deux iso transformation, la première menant à la formation d'un dérivé intermédiaire inactif puis la seconde permettant la formation du métabolite actif. Chacune de ces transformations nécessite la participation du CYP2C19. Le clopidogrel en devient moins efficace. Le pantoprazole ne semble lui pas modifier les effets antiplaquettaires du clopidogrel et la littérature ne mentionne pas cette IM avec les autres IPP existant. (113)

Quoiqu'il en soit, en automédication, les IPP devront être conseillé de façon très prudente chez la personne âgée de par l'atypie des symptômes de reflux gastro-œsophagien chez cette catégorie de population. En effet, pyrosis et régurgitations sont rares. De plus, l'absence de corrélation entre l'intensité des signes et leur gravité nécessite une consultation pour établir un diagnostic et éliminer les causes probables de ce RGO. Tout RGO chez le patient âgé nécessite une fibroscopie œsogastroduodénale, le risque de découvrir des lésions endoscopiques ou néoplasiques étant en effet accru.

L'IPP chez la personne âgée ne doit pas être maintenu ou reconduit s'il a été prescrit sans preuve endoscopique, s'il a été prescrit pour un ulcère gastro-duodénale datant de plusieurs années ou s'il est présent dans la prévention d'un anti-agrégant plaquettaire (AAP) sans facteur de risque et sans recherche d'infection à *Helicobacter pylori*. Dans ces cas, le rapport bénéfice/risque est faible et le conseil en automédication est donc à proscrire.

Par ailleurs, il est indispensable de respecter les doses prescrites en fonction des indications. L'utilisation d'IPP de façon inappropriée et au long cours (> à 1 an) expose au risque iatrogène tel qu'une hyponatrémie par syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone anti-diurétique (SIADH) ou une hypochlorhydrie et ces complications émergentes (fracture, colonisation à *Clostridium difficile*...) (114)

Pour récapituler, un IPP pourra être conseillé en cas de prise d'AINS en prévention tant que le traitement est en cours et chez un patient pour lequel une œsophagite non sévère à symptômes espacés (moins d'une fois par semaine) ou l'absence d'œsophagite ont été avérés. La vente (ou non) d'un IPP devra toujours être associée aux conseils hygiéno-diététiques : éviter la consommation de café, thé, boisson alcoolisée et/ou gazeuse, de chocolats, menthe, aliments épicés ou acides. Mais également faire attention à la position dans laquelle nous mangeons en évitant de se coucher immédiatement après le repas, surélever la tête de lit et éviter le port de vêtements trop serrés.

- **Les laxatifs**

Comme il a été mentionné en partie I, le risque de constipation est majoré chez le sujet âgé et a pour principale complication le fécalome et l'occlusion intestinale. Le transit peut être très préoccupant pour certaines PA qui pensent rapidement être constipé alors que la constipation est définie comme un nombre de selles inférieur à trois par semaine et/ou une difficulté d'exonération lors de plus de 25% des défécations. Ici encore, le premier conseil est hygiéno-diététique ; eau riche en magnésium (Hépar®), consommation de fibres et limitation des féculents...

Un grand panel de laxatifs est disponible sans ordonnance. Ainsi, si le patient en a réellement besoin, le conseil du pharmacien est important car chaque laxatif présente ses avantages et inconvénients. (Tableau 6) Le laxatif osmotique est celui qui sera à privilégier en première intention, à la suite d'un échec des règles hygiéno-diététiques seules, chez la personne âgée. Il est le laxatif dont la tolérance est la meilleure. Il agit en augmentant le volume du bol intestinal par rétention osmotique de l'eau.

Classe de laxatif	Avantages	Inconvénients	Conseils d'utilisation
Osmotiques (Macrogol, Lactulose)	Action cholagogue, traitement des troubles dyspeptiques associés	Douleurs abdominales et flatulences, déconseillé en cas de prise de Kayexalate (risque de nécrose colique)	1 ^{re} intention, prudence chez l'IR (susceptible hyperkaliémie)
Lest (Ispaghul)	Laxatif doux	Risque de météorisme et flatulences	Adaptation progressive des doses, ne pas administrer en position allongée
Lubrifiants (Paraffine liquide)	Laxatif doux	Suintement huileux anal, risque de carences vitamines A, D, E et K, Risque de pneumopathie lipoïde	À 2 h de distance des repas et au moins 2 h avant le coucher Utilisation prudente avec RGO, patient alité ou trouble de la déglutition
Stimulants (Bisacodyl, Séné)	Action puissante et rapide, traitement des constipations rebelles	Risque de dépendance, déshydratation et d'hypokaliémie	Sur avis médical, durée d'utilisation < 10 jours
Salins (Citrafleet®)	idem stimulants	idem stimulants	Idem stimulants + CI : IR sévère

Tableau 6 : Place des laxatifs selon leur classe, avantages et inconvénients

Source : Vidal & le Moniteur des pharmacies cahier 2 n°2869

L'article R. 4235-61 du CSP stipule que « Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. »

4. Les nouvelles missions du pharmacien

4.1. Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)

i. Les grands points de la loi HPST

La loi HPST, dite loi Bachelot (ministre de la Santé, de la jeunesse, des sports et la vie associative de 2007 à 2010) a été promulguée le 21 juillet 2009. Cette loi a proposé une modernisation globale du système de santé avec un enjeu d'accès à tous aux soins de santé, le décloisonnement entre ambulatoire, hôpital et médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et de façon générale, la coordination du système de santé. Cette loi comporte quatre grands titres : le premier porte sur le volet de l'hôpital, le second porte sur l'accès aux médecins de ville et l'implication des professions paramédicales dans le

système de soin, le troisième est consacré à la santé publique en renforçant la prévention et l'ETP. Enfin, le quatrième et dernier titre a permis la création des ARS appliquant les objectifs au niveau territoriale. Si le premier titre n'implique pas le pharmacien d'officine ; certains articles des trois autres titres mentionnent les missions des officinaux.

ii. Les changements pour le pharmacien d'officine

L'article 38 du titre II de la loi HPST intitulé « Pharmacie d'officine » décrit 8 missions différentes qui sont celles de :

- contribuer aux soins de premiers recours ;
- participer à la coordination entre professionnels de santé ;
- participer à la mission de service public de la permanence des soins ;
- contribuer aux actions de veille et protection sanitaire organisés par les autorités de santé ;
- participer à l'ETP et actions d'accompagnements ;
- assurer la fonction de pharmacien référent dans un établissement de santé moyennant le fait que ce dernier ne possède pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) ni ne soit membre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) gérant une PUI ;
- proposer des conseils et prestations dans le but de favoriser et maintenir l'état de santé du patient. (115)

Parmi ces missions, les quatre premières sont obligatoires tandis que les quatre autres sont optionnelles. La première nouvelle mission consistant à agir dans le cadre des soins de premier recours est définie par l'article L.1411-11 du CSP. (116)

Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et DM, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

Cet article de loi concerne la globalité des professionnels de soin. Le pharmacien s'inscrit totalement dans le système de soins de premier recours avec les termes « dispensation des médicaments ».

Suite à la loi HPST, le pharmacien peut être désigné comme « pharmacien correspondant » par le patient au sein d'une équipe de soin.

4.2. Les entretiens pharmaceutiques

i. Qu'est-ce que c'est ?

Les entretiens pharmaceutiques voient le jour 4 ans après la loi HPST. Encadrés et pris en charge par l'assurance maladie, les entretiens pharmaceutiques ont pour ambition d'accompagner et suivre les patients chroniques sur des thématiques précises afin de valoriser la mission de santé publique du pharmacien mais surtout d'agir en prévention des risques et contribuer par les conseils à la bonne observance dans le but d'améliorer la qualité de vie. Aujourd'hui, trois thématiques peuvent être proposées ; les patients sous anticoagulants oraux au long cours, les corticoïdes inhalés chez les patients souffrant de pathologie asthmatique et les traitements anticancéreux oraux. Ces trois thématiques ouvrent droit à une rémunération par l'assurance maladie.

ii. Comment ça se déroule ?

Tout pharmacien ayant son diplôme est en droit de réaliser ces entretiens. Une formation peut être réalisée au préalable si nécessaire et le pharmacien s'engage à mettre à jour ses connaissances.

Le recrutement des patients peut être effectué par la totalité de l'équipe. Cela est d'ailleurs conseillé afin d'offrir cette possibilité à un panel de la population le plus large possible.

Le pharmacien doit, avant le premier entretien d'évaluation, obtenir le consentement éclairé de l'assuré sur son intégration dans le dispositif d'accompagnement.

Le déroulement des entretiens pharmaceutiques à l'officine conventionné par l'assurance maladie est systématisé. Ils nécessitent :

- la première année :
 - un entretien d'évaluation ;

- deux entretiens thématiques minimum ;
- les années suivantes :
 - deux entretiens thématiques minimum dont l'un d'eux peut être le suivi de l'observance.

iii. Quelle rémunération ?

La mise en place d'EP constitue l'un des axes de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Depuis janvier 2018, le versement à cet égard correspond à 50€ la première année et 30€ les années suivantes. Pour être rémunéré, l'ensemble des étapes devait être réalisé sur une année civile de référence. Chaque étape devait être déclarée via l' « Espace pro » d'Ameli. Les ROSP étaient versées l'année suivante.

À la demande de l'USPO, les démarches de facturations ont été simplifiées à l'été 2020. En effet, les EP et tout accompagnement pharmaceutique éligible ne recourent plus aux ROSP mais sont désormais payés à l'acte par tarification à la fin du parcours de soin 4 jours après l'envoi de la facture, c'est-à-dire de façon identique à la dispensation médicamenteuse.

En pratique, cela permet d'avoir un suivi et regard sur le paiement ou non. L'inscription du patient se fait dès le premier entretien et chaque catégorie d'entretien est ensuite dotée d'un code traceur pour identifier l'acte. Ainsi, trois codes permettent la facturation des EP :

- un code acte identique pour chaque nouvelle adhésion d'un patient à un accompagnement : « TAC » qui fixe le démarrage du parcours de soin ;
- un code acte à facturer 12 mois après adhésion du patient et lorsque toutes les étapes de l'accompagnement pharmaceutique ont été réalisées ;
- un code acte à facturer l'année suivante soit 12 mois après la facturation de la première année également à la fin du schéma d'accompagnement pharmaceutique correspondant.

Code acte	Accompagnement pharmaceutique	Rémunération Métropole
TAC	Code traceur accompagnement	0,01€
BMI	Bilan de médication initial	60€
BMT	Bilan de médication années suivantes avec changement de traitement	30€
BMS	Bilan de médication années suivantes sans changement de traitement	20€
AKI	Accompagnement AVK initial	50€
AKS	Accompagnement AVK années suivantes	30€
AOI	Accompagnement AOD initial	50€
AOS	Accompagnement AOD années suivantes	30€
ASI	Accompagnement asthme initial	50€
ASS	Accompagnement asthme années suivantes	30€

Tableau 7 : Rémunération pharmacie selon accompagnement pharmaceutique. Source: USPO

Un seul même code acte peut être facturé par année. Toutefois, le patient peut être inclus dans différents programmes à la fois, ce qui nécessitera la facturation de plusieurs codes actes annuels. Depuis la suppression des ROSP, l'année au cours de laquelle les étapes du parcours doivent être effectuées débute à l'adhésion au programme du patient et non plus à une année civile.

iv. En quoi l'entretien pharmaceutique a-t-il un rôle dans le maintien à domicile de la personne âgée ?

Comme mentionné précédemment, le bon MAD résulte d'une prise en charge en adéquation avec les choix du patient et un maintien de sa qualité de vie. L'EP, c'est inclure et renforcer le rôle du patient comme acteur de sa prise en charge. Comprendre son traitement et sa pathologie, c'est être acteur de son soin.

- **Cas des entretiens AVK**

Les AVK sont des traitements dont le rapport bénéfice/risque est bien établi. Ils n'en demeurent pas moins associés à un risque hémorragique élevé et sont d'ailleurs pourvoyeurs d'iatrogénie médicamenteuse. Les AVK sont la première cause d'hospitalisation liée aux EI graves. L'anticoagulation est de plus en plus marquée avec l'âge de la population. La moyenne d'âge des personnes sous AVK est de 73,7 ans.

Les personnes âgées, plus sensibles au risque iatrogène, nécessitent des explications pour utiliser dans les bonnes conditions les AVK. Un carnet devrait être

remis lors de chaque première délivrance d'AVK. Toutefois, expliquer et aider à faire comprendre toutes les conditions de bon emploi d'un AVK nécessite du temps et du calme, c'est pourquoi les entretiens peuvent être intéressants. Ils se déroulent dans un lieu confidentiel et calme permettant de mettre en confiance le patient et de dialoguer sans être interrompu (ANSM).

4.3. Le bilan de médication partagé

i. Qu'est-ce que c'est ?

Lancé en janvier 2018, le bilan de médication partagé (BMP) a pour but, lui aussi, d'effectuer un suivi et un accompagnement plus poussé chez la personne atteinte de maladie chronique ou poly pathologique. À la différence des entretiens pharmaceutiques, le BMP est spécifique de la PA. Étant donné les chiffres d'iatrogénie du sénior, le BMP est pensé comme un outil de lutte contre cette dernière et d'aide à l'adhésion thérapeutique.

Sont donc éligibles au BMP les personnes remplissant tous les critères suivants :

- avoir plus de 75 ans ou de plus de 65 ans avec une affection longue durée (ALD) ;
- avoir au moins 5 principes actifs prescrits au moment de l'inclusion ;
- être sous traitement chronique, où nous considérons la chronicité du traitement à partir de 6 mois de prescription ou de 6 mois d'estimation d'utilisation.

ii. Comment ça se déroule ?

Tout comme l'EP, les BMP sont encadrés dans leur fonctionnement afin d'être éligibles à rémunération.

Tout d'abord, le **recrutement** est effectué au comptoir, lors d'un renouvellement d'ordonnance ou lors d'une discussion autour d'une délivrance de conseils. Les profils types sont les PA :

- en retour d'hospitalisation ;
- au moment de la découverte d'une nouvelle pathologie ;
- en cas de survenue d'EI ;
- en cas de prescription de médicament jugé « à risque » ;

- en cas de venue irrégulière à la pharmacie pouvant faire penser à un défaut d'observance.

S'ensuit l'adhésion au programme sous consentement éclairé du patient permettant d'entrer dans le programme. Le bulletin d'adhésion est téléchargeable sur www.ameli.fr dans l'espace « Votre exercice professionnel » puis « Service aux patients » et « Accompagnement des patients chroniques ».

Les étapes propres au BMP :

- la première année :
 - un entretien de recueil d'informations :
 - l'analyse des traitements du patient avec transmission de conclusions au médecin traitant (MT) ;
 - un entretien conseil ;
 - un entretien de suivi de l'observance ;
- les années suivantes :
 - deux entretiens de suivi d'observance si continuité des traitements ;
 - l'analyse initiale actualisée si changement de traitement.

L'étape d'analyse des BMP fait pleinement appel à la compétence pharmaceutique. Cette étape peut être assez longue mais plus le nombre de BMP effectués est important, moins ce travail demandera de temps. Afin que cette étape soit pertinente, il est nécessaire que l'entretien de recueil apporte des informations qualitatives et le plus exhaustives possible. Lors de la prise de rendez-vous, le patient peut récupérer une liste des pièces à apporter :

- ordonnances spécialistes et généraliste du traitement pris ;
- boîtes des médicaments pris ;
- pilulier préparé s'il y en a un ;
- autres produits de santé achetés ou utilisés occasionnellement ;
- compte rendu d'hospitalisation s'il y a lieu ;
- carte Vitale.

Les notions essentielles de l'analyse peuvent être établies au nombre de cinq : l'adhésion, le mésusage des traitements, les traitements inadaptés, la fonction rénale et les IM ; cinq points clefs source d'iatrogénie. Tout BMP s'accompagne d'une

vigilance accrue de ces points essentiels. En ayant cela en tête, il est nécessaire de s'aider d'outils pour une analyse optimale et éclairée.

	Outils utilisables	Intérêt
Adhésion	Questionnaire de Girerd	Présenté dans IV.3.2, ce questionnaire rapide et simple d'emploi permet d'évaluer l'adhésion en repérant les signes d'alerte d'une mauvaise observance.
	Plan de posologie	Avant ou en association avec une PDA, récapituler à l'aide d'un tableau écrit le schéma posologique peut aider la personne âgée à être observante.
	Application d'aide à la prise	De nombreux outils informatiques se développent pour aider la prise des traitements médicamenteux. Exemple : MEDI'RAPPEL*
Mésusage	Liste des médicaments écrasables	Guide élaboré par l'OMEDIT et la SFPC afin de respecter les bonnes pratiques concernant écrasement des comprimés et ouvertures des gélules. Des alternatives thérapeutiques sont proposées en cas d'impossibilité avec problème de déglutition chez le patient. Disponibilité : liste téléchargeable sur www.sfpc.eu rubrique « Publications »
Traitement inadapté	Référentiels de l'OMEDIT	Au niveau régional, les OMEDIT sont chargées du suivi et bon usage des médicaments et DM. Différentes fiches sont accessibles en ligne. Ex disponibilité : www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/bon-usage-des-medicaments-en-geriatrie
	Liste de Laroche	Un consensus d'experts a permis de proposer une liste de médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées de 75 ans ou plus, en tenant compte des pratiques médicales françaises. Cette liste doit être dans la mesure du possible à éviter chez les personnes âgées. Elle propose des alternatives thérapeutiques. Disponibilité : PDF téléchargeable en ligne https://www.hjd.asso.fr/sites/default/files/G%C3%A9n%C3%A9rale_Sant%C3%A9_liste_LAROCHE_m%C3%A9dicaments_inappropri%C3%A9s_06-2007.pdf
	Echelle ACB et ADS	Echelles des effets anticholinergiques → importance de la charge anticholinergique globale , prenant en compte l'effet anticholinergique cumulatif (Annexe 9 - Annexe 10)
	Guide PAPA	42 fiches de bonne prescription pour les personnes ≥ 75 ans. Pour chaque cas, but du traitement, arsenal thérapeutique et médicaments à prescrire et à proscrire sont présentés.
	Critères Stopp/Start	Insertion des pathologies de la personne âgée ainsi que de ses traitements.

		<p>Obtention d'une liste de médicaments susceptibles d'être inapproprié (critères STOPP) et de médicaments pouvant avoir été omis (critères START)</p> <p><u>Disponibilité</u> : http://stopstart.free.fr/</p>
Insuffisa	Site GPR (Guide de prescription et rein)	<p>Outil pratique pour le bon usage des médicaments. L'onglet « rein » permet le calcul du DFG et l'adaptation posologique à la fonction rénale du patient.</p> <p><u>Disponibilité</u> : www.sitegpr.com – gratuit avec numéro RPPS</p>
Interactions médicamenteuses	Dictionnaire Vidal	<p>Agréé par la HAS → usage sein LGO ✓</p> <p>Rassemble les résumés caractéristiques produits (RCP), fiches présentations des DM, accessoires et produits cosmétiques</p> <p><u>Disponibilité</u> : dernière version papier 2020 / version numérique payante www.vidal.fr ou application mobile. L'application mobile permet la réalisation de prescription virtuelle.</p>
	Base de données publique sur les médicaments	<p>Accès aux RCP des médicaments commercialisés ou l'ayant été dans les trois dernières années.</p> <p>Fourni des données officielles et opposables.</p> <p><u>Disponibilité</u> : www.base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr - gratuit</p>
	Thériaque	<p>Agréé par la HAS</p> <p>Base de données sur les médicaments conçue par le centre national d'information sur le médicament (CNHIM). Détection des IM en fonction du terrain physiopathologique et rappel des références médicales opposables.</p> <p><u>Disponibilité</u> : www.theriaque.org - gratuit</p>
	Thesaurus des interactions médicamenteuses	<p>Répertoire des IM classées par substance</p> <p>Elaboré par l'ANSM, il n'a pas de valeur opposable et se veut synthétique et référence uniquement les interactions cliniquement pertinentes</p> <p><u>Disponibilité</u> : www.ansm.sante.fr rubrique « dossier » / « Interactions médicamenteuses » - gratuit</p>

Tableau 8 : Outils d'aide à l'analyse des traitements chez la PA

*MEDDI'RAPPEL est l'application mentionnée par le moniteur des pharmacies intitulé « 41 APPLIS À CONSEILLER À VOS PATIENTS » de septembre 2018 ayant été retrouvé le plus rapidement sur smartphone. Elle présente l'avantage de pouvoir créer plusieurs profils (pour l'aidant par exemple), d'être simple d'utilisation, de calculer le nombre de comprimés à emporter en cas de déplacement et à se renseigner auprès du pharmacien afin de pouvoir remplir les conseils associés concis à entrer.

Il est important de noter que la plupart de ces applications ne possèdent pas de labellisation en ce qui concerne la sécurisation et la protection des données. (117)

iii. Quelle rémunération ?

La rémunération est basée sur le même système que les EP (Tableau 7).

4.4. La vaccination

À travers son rôle de professionnel de santé de proximité, le pharmacien se doit de communiquer sur la santé publique, par le dépistage notamment, comme exprimé précédemment, mais aussi sur la prévention vaccinale. En effet, brassant un nombre important de personnes, c'est un lieu permettant aussi de rappeler les schémas vaccinaux.

i. Vaccination obligatoire

À 65 ans, il est nécessaire d'effectuer un rappel de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite (DTP) commercialisé sous le nom Revaxis®. Il est intéressant de vérifier que la personne a bien reçu une dose par son médecin au court de sa soixante-cinquième année. Dans le cas échéant, il est important de le rappeler au patient en lui indiquant qu'à partir de cet âge, les rappels ont lieu tous les dix ans et non plus tous les 20 ans comme auparavant.

ii. Vaccination recommandée

- **Le vaccin contre le zona**

Du fait de la sénescence immunitaire des PA, le zona, manifestation clinique de la réactivation du varicella-zoster virus (VZV) restant en latence dans certains ganglions nerveux après une primo-infection varicelleuse, survient de façon plus fréquente avec l'avancée en âge.

Il est estimé que le risque de faire un zona dans la population générale est de 30% mais peut atteindre plus de 50 % après 85 ans. Ce risque augmente de 1,2% tous les 5 ans à partir de 65 ans. Le zona entraîne des complications telles que des névralgies post-zostériennes (NPZ) qui impactent la qualité de vie de façon importante chez les personnes âgées. En effet, ces douleurs peuvent entraîner des troubles du sommeil, des difficultés à gérer les activités de la vie quotidienne et des troubles de l'humeur engendrant une perte d'autonomie. Ces douleurs sont considérées en médecine comme un réel « fardeau » (*burden of illness*). Selon certaines études, les NPZ touchent essentiellement les personnes ayant plus de 50 ans et jusqu'à près de 20% des personnes ayant développé un zona présentent des douleurs post-

zostériennes. Les douleurs post-zostériennes n'ont pas de traitement spécifique, elles sont prises en charge par les traitements des douleurs neuropathiques de cause différente, c'est-à-dire les antidépresseurs tricycliques, antidépresseurs IRSNa, antiépileptiques gabapentine et prégabaline ainsi que les opiacés en seconde intention. (118) Les NPZ peuvent persister de quelques mois à plusieurs années. Elles représentent un coût important pour la société. L'étude EPIZOD (étude Épidémiologie du zona et des douleurs post-zostériennes) réalisée dans la population française de 50 ans et plus a estimé les coûts de prise en charge à 339,84€ selon la perspective de la Sécurité Sociale et à 555,56€ selon la perspective sociétale avec une majorité des coûts concernant les traitements et hospitalisations. En 2005, 182 500 cas de zona ont été diagnostiqués en France dont 81 500 s'étaient compliqués de DPZ ; ainsi, le coût de prise en charge totale avait été évalué à 170 000 000€, dont 61 000 000€ pris en charge par l'assurance maladie. (119, 120)

En 2006, le Zostavax®, vaccin vivant atténué d'une souche de VZV, a reçu une première autorisation de mise sur le marché (AMM) dans la prévention du zona et des douleurs post-zostérienne. C'est seulement en 2013 que le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) recommande la vaccination chez les adultes entre 65 et 74 ans révolus. La commission de transparence de la HAS d'octobre 2014 rend un avis favorable à l'inscription sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux, et sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités selon les modalités de l'AMM et du Haut conseil de la santé publique. Son service médical rendu (SMR) est modéré et l'amélioration du service médical rendu (ASMR) est présentée comme mineure (IV). (121)

L'efficacité du vaccin a été étudiée selon trois critères qui sont : le fardeau lié à la maladie à savoir l'incidence du zona, l'incidence des douleurs post-zostériennes et le score de sévérité des douleurs associées au zona. Sa capacité à réduire de façon significative le poids de la maladie, c'est-à-dire son action sur l'intensité des NPZ (61,1%), leur incidence (66,5%), et l'incidence du zona lui-même (51,3%) a été jugé satisfaisant par le Haut conseil de la santé publique.

Cette même institution considère tolérable le ratio coût/efficacité compte tenu du fardeau de la maladie. L'assurance maladie rembourse dès 2015 à hauteur de 30% le vaccin contre le zona chez les adultes âgés de 65 à 74 ans révolus avec un schéma vaccinal d'une dose unique. (119)

En 2021, le prix du Zostavax® est de 103,72€ d'après la fiche produit du Vidal, ce qui en fait un vaccin onéreux ; il reste cependant moins cher que la prise en charge curative.

- **Le vaccin contre la grippe**

La grippe est une infection virale à Myxovirus influenzae présente sur tout le globe à l'origine d'épidémie saisonnière, entre novembre et mars-avril pour l'hémisphère nord, qui dure généralement 9 semaines. Le virus mute d'une année sur l'autre, induisant une variation dans l'intensité des signes clinique. La contamination est interindividuelle par propagation aéroportée à travers les gouttelettes de salive ou par manuportage. C'est une infection respiratoire bénigne dans un grand nombre de cas pouvant être symptomatisée par une apparition brutale de fièvre, des douleurs musculaires, des maux de tête, une sensation de profond malaise puis des signes respiratoires tels qu'une inflammation des voies aériennes supérieures, toux sèche et autres signes oto-rhino-pharyngé (ORL). Si la grippe guérit spontanément en quelques jours en associant un traitement symptomatique, elle peut être à l'origine de complications sévères lié à la fragilité interindividuelle mais aussi à la virulence du virus lui-même. Ces complications sont respiratoires (pneumonie virale aiguë et surinfections bactériennes) et extra-pulmonaire rares (méningites, atteintes cardiaques...).

Selon Santé publique France, chaque année, 2 à 6 millions de personnes sont atteintes de la grippe en métropole. La mortalité est d'environ 0,1% mais cela représente en moyenne 9 000 décès annuel depuis 2011, excepté les épidémies de 2019-2020 et de 2020-2021 qui s'avèrent difficile d'interprétation et de comparaison du fait de la crise sanitaire actuelle liée au SARS-CoV-2. (122) Ces décès concernent majoritairement les personnes âgées. Durant la saison 2018-2019, nous estimons que 87% des décès attribuables à la grippe concernent des personnes âgées de plus de 75 ans. La morbidité attribuable à la grippe est également plus importante chez le sujet âgé.

Durant la période de grippe, le pharmacien se doit de véhiculer le message de santé publique de prévention de la transmission virale grâce aux gestes barrières (bien mieux connus de tous aujourd'hui grâce au SARS-CoV-2) :

- se laver les mains régulièrement à l'eau et au savon ou avec un gel hydroalcoolique ;
- tousser ou éternuer dans le pli du coude pour éviter le manuportage ;
- utiliser des mouchoirs à usage unique ;
- utiliser un masque chirurgical si le patient est malade afin de limiter la transmission par aéroportage ;
- aérer les pièces de la maison au moins 10 minutes par jour.

Par ailleurs, il est indispensable de rappeler que la vaccination antigrippale est la première mesure de prévention recommandée et qu'elle doit être répétée tous les ans. La stratégie vaccinale concerne les personnes fragiles à risques de complication dont font parties les personnes âgées. En effet, comme c'est le cas pour les patients atteints de maladies chroniques ou pour les femmes enceintes, la personne âgée bénéficie d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie. Pour les personnes ciblées par la stratégie vaccinale, un bon de prise en charge est envoyé chaque année. En cas de perte de bon, ou pour toute autre raison, le bon de prise en charge peut être réédité à partir du portail Ameli.fr, dans l'espace pharmacien. Le vaccin est pris en charge à 65% par l'assurance maladie en cas de prescription chez un sujet relevant des recommandations mais non ciblé par la prise en charge à 100%. Malgré cela, la couverture vaccinale n'est pas optimale. En effet, depuis 2011-2012, la couverture vaccinale moyenne est de 19% chez les moins de 65 ans présentant au moins un facteur de risque de complications, 32% chez les 65-74 ans et de 42% chez les 75 ans et plus. La saison 2018-2019 a présenté une couverture vaccinale de 51% chez les personnes âgées. Selon les études de l'Institut de veille sanitaire, une couverture vaccinale moyenne de 50% permettrait d'éviter 2 000 décès chez les plus de 65 ans. (123)

La campagne de vaccination 2019-2020 a marqué un tournant dans le rôle du pharmacien dans la prévention primaire de la grippe. En effet, basée sur les études réalisées dans différents pays et après deux années d'expérimentation dans quatre régions française (Auvergne-Rhône-Alpes, Haut-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie), la vaccination a été rendue possible dans toutes les officines en regard de l'article L5125-1-1 A du CSP.

Le rôle du pharmacien dans la vaccination ne devient non plus seulement promotionnel mais également acteur. Moyennant le respect des conditions d'éligibilité

présentées dans l'Annexe 11, le pharmacien est vaccinateur de la population générale. Nous noterons que la primovaccination n'est plus interdite, sous-entendu autorisée, à être effectuée par le pharmacien d'après l'arrêté du 25 septembre 2018 modifiant l'arrêté du 10 mai 2017. (124) En France, il est difficile d'avoir le recul nécessaire pour mesurer l'impact qu'a eu le pharmacien dans l'amélioration de la couverture vaccinale, notamment par le bouleversement qu'a joué le SARS-CoV2 au cours de ces deux dernières saisons de campagne vaccinale, mais plusieurs études ont prouvé une augmentation de cette dernière dans d'autres pays pratiquant déjà cela. (125–127)

N'importe quelle personne âgée peut être aujourd'hui vaccinée par son pharmacien. L'enjeu est réel, notamment en cas de zone de désert médical.

Pour information, l'acte vaccinal réalisé en pharmacie est rémunéré à hauteur de 6,30€ hors-taxe (HT).

- **La vaccination contre la covid-19**

Dès le début de la pandémie en mars 2020 si ce n'est dès janvier 2020, le pharmacien a été sollicité par la population pour avoir des réponses (qu'il n'avait pas plus que qui que ce soit d'autre) sur le virus SARS-CoV2.

Cette pandémie engendre un besoin de s'informer réglementairement et scientifiquement plus présent qu'à n'importe quelle période. Les connaissances autour de la COVID fluctuent et évoluent rapidement et la confusion des patients autour de l'attitude à adopter est grande. Le rôle d'information n'en est que plus important.

Le SARS-CoV2 a été particulièrement dévastateur chez les personnes âgées confrontées à des vulnérabilités supplémentaires. Elles ont donc été les personnes ciblées prioritairement par la campagne de vaccination. Dès le début de la campagne vaccinale contre la covid-19 en janvier 2021, le pharmacien a eu un réel rôle organisationnel et d'approvisionnement.

En mars 2021, le rôle du pharmacien s'accroît dans cette campagne vaccinale avec l'autorisation de prescription et d'administration du vaccin AstraZeneca® aux personnes de plus de 55 ans avec comorbidités ou de plus de 70 ans sans comorbidités dans un premier temps puis à tout sujet de plus de 55 ans dans un second temps. Pour cela, une formation est nécessaire. Les tensions d'approvisionnement ayant été importantes et les centres de vaccinations rapidement pris d'assaut, la vaccination en ville permet un second souffle pour accélérer la

couverture vaccinale chez les patients âgés qui sont les plus à risque de développer des formes graves voire mortelles. (128) La présence des pharmacies d'officine sur tout le territoire facilite l'accès à la vaccination pour les populations moins mobiles et/ou plus isolées dont font partie les personnes âgées.

Si nous pouvons tirer un point positif pour notre métier durant cette crise sanitaire, c'est que les pharmaciens se sont positionnés comme réel acteur de santé publique avec près de 10 000 pharmacies réalisant des tests antigéniques en France métropolitaine d'après la cartographie de l'USPO et plus de 18 000 pharmacies engagées dans la vaccination contre la covid-19 d'après les données gouvernementales.

4.5. Le dépistage

La loi HPST encadre légalement les dépistages en officines. Le pharmacien effectue une orientation diagnostique et non un diagnostic avéré. Le fait d'effectuer des dépistages en officine permet de toucher une population plus importante n'allant chez leurs médecins qu'en cas de problèmes de santé aigus.

i. Pourquoi ?

Le dépistage permet de prendre en charge les causes du déficit ou de la pathologie en question et ainsi d'éviter les complications. Le dépistage peut être un simple questionnaire comme mentionné précédemment dans la détection de la fragilité de la personne âgée par exemple. Les résultats sont communiqués au MT avec l'accord du patient dans le but d'avoir une prise en charge plus globale.

Par ailleurs, les pathologies chroniques tels que l'HTA ou le diabète sont des maladies à bas bruit symptomatiquement. Les personnes ne se sentent pas forcément malades, et cela est d'autant plus vrai chez les personnes âgées ayant « toujours été en bonne santé ». Les dépistages peuvent être organisés par journée, par exemple pour la journée mondiale de l'HTA. Ils sont d'autant plus importants car ils permettent d'orienter le patient vers le bon professionnel de santé.

• **Le cas du diabète de type 2 :**

Pour rappel, le diabète de type 2 se développe silencieusement pendant plusieurs années, et est responsable de complications graves telles que les microangiopathies, rétinopathies, néphropathies... La maladie se manifeste dans la

plupart des cas après 40 ans et est diagnostiquée à un âge moyen de 65 ans. Il est estimé qu'entre 500 000 et 800 000 personnes diabétiques ignorent leur pathologie, soit 20 à 30% des adultes diabétiques qui ne seraient pas diagnostiqués. Or, le dépistage précoce permet d'éviter les différentes complications parfois sévères. (128, 129)

Le dépistage peut se faire lors d'une campagne de sensibilisation, en étant proposé systématiquement. Il peut également être réalisé à la demande d'un patient, ou en cas de symptômes typiques (polydipsie, polyurie). La HAS propose un dépistage ciblé opportuniste chez les sujets de plus de 45 ans ayant au moins un marqueur de risque de diabète en plus (origine non caucasienne et/ou migrant, marqueur du syndrome métabolique, dyslipidémie, antécédent de diabète familial au premier degré, antécédent de diabète gestationnel ou de bébé ayant un poids supérieur à 4kg chez la femme).

Ainsi, le dépistage du diabète de type 2 peut être organisé en deux temps :

- Un questionnaire d'orientation relevant les facteurs de risque de développement d'un diabète de type 2 (Tableau 9) :

Avez-vous des ATCD de diabète dans la famille (fratrie ou parents) ?	Oui	Non
Avez-vous un traitement pour l'hypercholestérolémie ?	Oui	Non
Êtes-vous en surpoids ?	Oui	Non
Pour les femmes :		
Avez-vous un ATCD de diabète gestationnel ?	Oui	Non
Avez-vous eu un enfant de plus de 4kg à la naissance	Oui	Non

Tableau 9 : Questionnaire d'orientation pour dépistage du diabète d'après l'Association française de diabète (AFD)

- Un dépistage par mesure glycémique :

	Valeurs normales	Valeurs élevées	Valeurs très élevées
Patient à jeun ou ayant pris un repas depuis plus de 2h	0,7 à 1,1 g/L	1,1 à 1,26g/L	>1,26 g/L
Patient ayant pris un repas depuis moins de 2h	1 à 1,4g/L	1,4 à 2 g/L	>2g/L

Tableau 10 : Valeurs glycémiques en fonction du moment de dépistage

Le diabète est défini par l'OMS comme une mesure glycémique supérieure à 1,26 g/L à deux reprises et à 15 jours d'intervalle ou à une glycémie supérieure à 2g/L

à jeun. Toutefois, un diabète ne peut être déclaré que par un médecin. Le dépistage à l'officine est une orientation diagnostique.

Les résultats doivent être communiqués au médecin. Il est conseillé d'indiquer au patient d'en reparler avec le médecin lors de sa prochaine consultation si les valeurs sont élevées et de consulter rapidement en cas de valeurs très élevées. Toujours en accord avec le patient, il peut être préférable de mettre au courant directement le MT, en particulier si les mesures sont supérieures à 2,5 g/L.

5. L'interprofessionnalité

5.1. Définition

L'interprofessionnalité est définie par l'OMS comme une activité qui implique au moins deux professionnels issus d'un milieu différent et travaillant conjointement. Le système actuel tend à augmenter ces échanges afin de permettre une prise en charge globale du patient. Les professionnels de santé travaillent déjà en collaboration, ce qui peut être valorisé et amélioré, mais il est également nécessaire que cela s'accroisse avec d'autres corps de métier pour la personne âgée concernant le MAD.

5.2. Communiquer au sein de l'équipe pour pouvoir communiquer en externe

La particularité du pharmacien d'officine est qu'il n'est pas référent d'un patient en tant que personne mais en tant qu'établissement. Peu de patients cherchent à être conseillés par un seul et unique professionnel au sein d'une officine. C'est un atout par la complémentarité des compétences des individus sur un sujet. Cependant, il est indispensable qu'il y ait une bonne communication au sein de l'équipe officinale.

La bonne prise en charge résulte en premier lieu d'une cohésion et d'une organisation au sein de l'équipe officinale. L'importance de la traçabilité des tâches et des échanges effectués autour d'un patient est non négligeable. La communication au sein de l'équipe permet de transmettre les informations au bon interlocuteur quelle que soit l'activité du personnel, le but étant qu'un individu A puisse répondre à un cas traité par un individu B pour optimiser les solutions aux besoins du patient. Ainsi, toute prise en charge doit relever d'une communication intra-équipe afin de pouvoir transmettre inter-professionnellement.

Un appel téléphonique d'un patient relayant un problème de compréhension d'une prescription ayant été délivré dans l'officine doit, autant que possible, donner lieu à une réponse directe. Cela ne prévaut pas sur l'explication présenteielle et écrite.

A titre d'exemple pour une prescription mentionnant : Cardensiel 5mg ½ comprimé par jour et délivrance d'un bisoprolol 2,5mg.

Quelle que soit la raison, le patient n'a pas fait le rapprochement, par manque, ou surplus, d'informations reçues. C'est pourquoi il est nécessaire que l'interlocuteur ayant pris cet appel note l'échange dans le dossier patient : « Reprendre avec patient la bonne compréhension de son traitement ; en particulier Cardensiel – Renoter lors de prochaine délivrance équivalence dosage et nom sur son ordonnance SVP afin qu'il y ait trace écrite. Appel passé ce jour - confus ». Cet exemple, bien que basique, relève le fait que l'écriture des actions effectuées permet une meilleure PEC du patient. Cela est d'autant plus important que la situation est complexe.

Il ne peut donc pas y avoir d'échanges interprofessionnels de qualité si les échanges au sein de l'équipe sont mauvais.

Très peu d'études autour de la communication interprofessionnelle existent en France. Toutefois, il semble que les échanges avec les médecins généralistes soient relativement aisés et habituels. Les médecins généralistes sont accessibles par téléphone dans la plupart des cas ; si cela n'est pas possible, le pharmacien peut passer par l'intermédiaire des secrétaires médicales relayant les informations. Ces échanges sont en majorité centrés sur le médicament et non sur le patient, il est indispensable de recentrer ces derniers autour du patient dans le cadre de sa prise en charge globale.

Les échanges avec les IDEL sont aussi relativement fréquents, puisqu'ils sont amenés à se déplacer sur les lieux de la pharmacie pour les traitements de leurs patients, pour les prélèvements à envoyer en laboratoire... Cela permet d'avoir un contact réel régulier et permet d'échanger au sujet de certains patients. Globalement, les pharmaciens ont des échanges réguliers avec IDE et MT.

5.3. Comment faciliter les échanges interprofessionnels ?

i. Le dossier pharmaceutique

Le dossier pharmaceutique (DP) est un outil professionnel dématérialisé qui permet à l'ensemble des pharmaciens de consulter la liste des médicaments prescrits

ou non à un bénéficiaire quel que soit le lieu de délivrance. Il est utilisable par l'intermédiaire de la carte Vitale.

Le DP a été institué par la loi de janvier 2007, conçu et développé par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP). Sous cette appellation sont regroupés le DP-patient, le portail-DP (infrastructure de communication entre acteurs de la chaîne du médicament) et le DP suivi sanitaire (informations anonymes exploitées à des fins de santé publique). Le parcours du médicament est sécurisé par l'intermédiaire de ces différents dossiers. (Annexe 12) Pour améliorer la PEC de la personne âgée, c'est le DP-patient qui nous intéresse ici.

Le DP recense la délivrance des médicaments et DM sur les quatre derniers mois. Les médicaments biologiques sont visibles sur les 3 dernières années et les vaccins le sont sur les 21 dernières années. Cet historique est accessible à tous les pharmaciens officinaux depuis sa création mais également aux pharmaciens hospitaliers depuis 2011 et aux médecins exerçant dans des établissements de santé public depuis 2016. Avec le temps, son exploitation s'élargit donc et permet de lutter contre les EI, surdosages, sous-dosages, mésusages...

Il peut être ouvert en pharmacie sur le simple consentement oral et éclairé du patient et devrait être proposé à chacun. Il est estimé qu'en 2018, 60% de la population disposait d'un DP actif, c'est-à-dire consulté ou alimenté dans les 12 derniers mois. Cette proportion augmente chez les personnes âgées. Au 1^{er} juin 2019, le nombre de DP ouverts s'élevait à 38,3 millions de personnes. Ce système est particulièrement adapté chez les personnes polymédiqués et ayant quelques lacunes dans le suivi de leur traitement, ce qui peut être le cas des personnes âgées dont l'adaptabilité peut être moins grande et qui sont plus rapidement confuses. Toutefois, il faut proposer l'outil quand les sujets sont encore relativement autonomes car il ne peut en aucun cas être ouvert sur la demande ou l'acceptation d'une personne tierce.

Bien que centré sur le médicament du patient, cet outil est la prémisse des échanges informatiques au sujet d'un individu. 22 191 officines sont raccordées au DP soit 99,8 % en 2016. Cet outil est largement déployé et semble indispensable chez la personne âgée particulièrement si elle est polymédiquée. Toutefois, la Cour des comptes déplore l'absence d'évaluation de cet outil sur la prévention des EI ainsi que sur sa valeur ajoutée en termes de santé et dépenses d'assurance maladie. (130, 131)

Le DP avait également vocation à être le volet médicamenteux du DMP. Cela n'est cependant pas encore d'actualité aujourd'hui.

ii. Le dossier médical partagé (DMP)

Le DMP est un carnet de santé numérique permettant d'accéder à des informations médicales et les partager avec les professionnels de santé autorisés. Il peut être ouvert seul sur internet ou via un professionnel de santé, dont le pharmacien.

La genèse du DMP (dossier médical personnel à l'époque) remonte à la loi Santé de 2004. Sa mise en route est parsemée d'échecs et c'est en 2016 que la « deuxième version » est relancée sous le nom de dossier médical partagé. Finalement, en novembre 2018, après une phase test relativement positive, le DMP est relancé et généralisé à l'ensemble de la France avec un objectif d'ouverture de 40 millions de dossiers dans l'année 2022.

Cependant, les objectifs d'ouverture de DMP ont déjà été revu à la baisse : fin 2019, la CNAM dénombrait 8,5 millions d'ouverture contre 10 millions prévus. En 2020, au-delà des faibles chiffres de créations de dossiers, ceux ayant été créés sont délaissés. En effet, en pratique, l'accessibilité au DMP est complexe et il n'est que très peu consulté et alimenté.

Sur le principe, le DMP pourrait avoir un impact intéressant de sécurisation des informations médicales et d'échanges entre professionnels. Cela pourrait être la mémoire Santé la plus exhaustive possible. Il pourrait permettre par exemple pour le pharmacien d'avoir accès aux bilans biologiques des patients afin de vérifier les posologies des traitements chez l'IR.

Sur le plan technique, des problèmes sont remarqués.

Seule la création des DMP peut être réalisée avec certains LGO. En revanche, l'accès aux informations renseignées sur le DMP n'est pas encore possible.

La consultation et l'alimentation des DMP se fait *via* le module professionnel du site www.DMP.fr. Ce module nécessite l'authentification par carte professionnel de santé (CPS). Or chaque professionnel ne possède qu'un exemplaire de ces cartes. Les officines utilisent en effet des cartes professionnelles d'établissement (CPE) pour l'utilisation au comptoir qui ne permettent pas l'accès à l'onglet professionnel du site.

De plus, le site fonctionne uniquement en réseau et cela nécessite donc d'avoir un poste sans gestionnaire de lecture de carte associé au LGO. En effet, le logiciel installé pour accéder au dossier professionnel du DMP utilise également un gestionnaire de lecture de carte CPS et ces deux derniers risqueraient d'entrer en conflit s'ils étaient installés sur le même poste. La consultation et l'alimentation du DMP doivent donc se réaliser sur un poste dédié ; poste qui ne serait donc pas au comptoir car il est rare qu'un poste se retrouve sans lecteur de carte vitale.

Le DMP nécessite donc des améliorations techniques pour être développé et utilisé. Le pharmacien a toutefois un rôle à jouer sur l'information au sujet de cet outil et également sur sa création puisque toute pharmacie est normalement en mesure d'effectuer une création.

Pour promouvoir la création d'un outil, le pharmacien se doit d'être convaincu de son intérêt et convaincant. Ainsi, l'outil doit être simplifié et promu chez tous les professionnels. (133) L'idée est intéressante, la réalisation a encore une marge importante de progrès pour être efficace, d'autant plus chez les personnes âgées qui sont peu sensibles à l'outil informatique et n'y voient pas forcément d'intérêt. Ils n'ont pas la même approche quant à leur rôle dans leur santé.

iii. E-parcours

Le programme E-parcours n'est pas la création d'un nouvel outil mais un programme organisant « la mise à disposition d'un bouquet de services numériques de coordination » et ce avec les outils déjà existants. (134) Le principe est d'élargir l'accès aux informations autour de la santé du patient à tous les acteurs médico-sociaux notamment à ceux présentés dans le paragraphe 5.4 ci-dessous dans une logique de prise en charge décloisonnée Figure 18. Cela pourrait avoir un impact fort dans la prise en charge du MAD des personnes âgées. En effet, on peut imaginer que les demandes d'aides se feraient par ce biais, ce qui faciliterait les démarches en regroupant et en centrant tout en un lieu unique. C'est le principe de guichet unique.

5.4. Orienter le patient âgé vers une structure adaptée à sa demande

Orienter pour un besoin médical est une chose apprise durant les études de pharmacie. Cela fait et a toujours fait partie de notre métier et je ne m'attarderai pas dessus. Cependant, le pharmacien, présent sur des volumes horaires importants et sans rendez-vous, se retrouve régulièrement sollicité pour un tas de choses ne

relevant pas de ses compétences directes ; qui ne sont pas en lien direct mais impactent celle-ci.

Le MAD est souvent questionné par les aidants qui craignent pour leurs proches (trop) loin pour pouvoir être présent assez régulièrement, certains ne savent plus où donner de la tête dans les différentes démarches à effectuer...

Dans un article intitulé « Pharmacien, que pensent vos séniors de vous ? » dans le numéro de *Revue pharma* de juillet 2020, Lucianise, 71 ans, déclare : « C'est ma deuxième maison ! La pharmacie, c'est l'édifice de santé et du bien-être. J'y vais pour mon traitement antidiabétique, pour ma tension artérielle, pour mes rides, pour mes produits de douche, mes culottes antifuites, mon baume à lèvres. Je ne me sens pas jugée quoi que j'achète, et suis toujours assez bien conseillée. Même mon chien et mes deux chats y sont soignés et choyés. Je dis souvent que les pharmaciens ont réponse à tout, même s'ils n'ont pas encore trouvé le médicament pour la vie éternelle. »

Ce qui est intéressant dans ce témoignage, c'est le fait de voir le pharmacien comme ayant des réponses à tous les problèmes. Bien que cela ne soit pas réel, le pharmacien est en effet le rempart à de nombreuses interrogations aussi bien sur leur santé que sur l'administratif, les aides, etc. Le rôle d'orientation du patient est primordial. Si le pharmacien a reçu la formation et est habilité à diriger le patient chez les professionnels de santé et a les compétences nécessaires pour évaluer les situations d'urgence, c'est le volet médico-social qui est moins étudié au cours des études mais indispensable pour la prise en charge et le MAD des personnes âgées.

Ainsi, si le pharmacien n'a pas réponse à tout, il se doit de rediriger vers des structures pouvant apporter ces réponses.

i. Le point info 14

Spécifique au Calvados, ce service participe à la politique d'accès aux services publics. Ce dispositif permet aux personnes résidant en milieu rural d'avoir accès à de nombreuses administrations sans avoir à se déplacer à Caen. Un référent point info 14 est présent pour guider les usagers dans leur démarche. L'objectif du département est d'avoir un point info 14 pour chacun à moins de 15 minutes de son domicile. Dans les partenariats sont notamment présents la CPAM, la CARSAT retraite, la CAF ou encore SOLIHA (aide à l'amélioration au logement).

Bien que n'étant pas spécifique aux personnes âgées, ces points info sont un accompagnement de choix dans la gestion administrative des demandes.

ii. Le CLIC

Mentionné dans les coordinateurs au début de cette thèse (II.3.4), les CLIC sont présents sur la globalité du territoire français même si certaines zones ne sont pas encore couvertes. Le principal avantage des CLIC est qu'ils possèdent un guichet d'accueil au public permettant de venir sans rendez-vous.

L'organisation d'un CLIC est dépendante du lieu. Il peut être intéressant, à ce titre, de se rapprocher de ces organismes lors d'un changement d'emploi pour comprendre leurs actions et rôles. Le CLIC de Caen Couronne se situe au 17 avenue Pierre Mendès France. Sa particularité est qu'il est intégré au service départemental ; ainsi, les demandes d'APA seront gérées par ce dernier. Par ailleurs, une information importante pour les professionnels de santé tels que nous pharmaciens est que le CLIC Caen Couronne possède deux lignes téléphoniques, l'une pour le public, l'autre pour les professionnels de santé, ce qui facilite les échanges et donc la prise en charge globale du patient grâce à une réponse directe lors d'une requête spontanée au comptoir.

Les $\frac{3}{4}$ des activités des CLIC se concentrent sur le MAD et le placement. Les CLIC peuvent répondre également à des consultations gériatriques, demandes de répit, souhaits sur les loisirs en redirigeant par exemple sur des associations adaptées... Les CLIC font des actions collectives de préventions dirigées par eux-mêmes ou par leurs partenaires pour lesquels ils assurent alors seulement la communication.

Afin de connaître les actions et activités proposées, il existe un agenda sénior publié tous les 2 à 3 mois. Il n'est pour le moment pas accessible en ligne mais communiqué seulement de façon ciblée, par mail ou voie postale. Les pharmacies peuvent demander à recevoir ces agendas afin de promouvoir au sein de leur clientèle les activités. Tous les ans est organisé « le printemps des CLIC » pour se faire connaître du grand public, où les activités sont identiques dans tout le département.

Ce que l'on retiendra au comptoir, c'est que le CLIC est **l'expert de la personne âgée**. Toute personne de plus de 60 ans ayant un cumul de problèmes peut

être reçue, accueillie, et orientée vers d'autres services. Ainsi, même s'il n'est pas l'interlocuteur final pour résoudre le problème, il peut en être la porte d'entrée. Normalement en 2021, la totalité du territoire bas normand devrait être couvert par un CLIC.

iii. La Plateforme territoriale d'appui (PTA)

C'est un dispositif issu de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Cette structure gère plutôt des problèmes d'ordre sanitaire. Elle sera l'acteur privilégié en situations d'urgence, par exemple une sortie d'hospitalisation sans les moyens nécessaires à domicile pour la bonne PEC. La PTA pourra être sollicitée par le CLIC si besoin et inversement.

iv. Le CCAS

Les CCAS ont des actions qui dépendent de la politique municipale ; ils peuvent avoir un pôle dédié aux seniors mais ce n'est pas toujours le cas. Cela est également dépendant de la taille de la commune concernée. Ainsi, si la frontière semble faible à Caen même où le CCAS est développé sur un volet d'aide aux PA, la réponse apportée par les CLIC est moins variable d'un endroit à l'autre. Le CLIC est un point d'information et d'orientation à plus grande échelle. Il est, ici encore, intéressant de se renseigner sur les actions menées dans le CCAS de sa commune d'exercice afin de pouvoir orienter au mieux les personnes âgées.

v. La MAIA

Également mentionnée précédemment, la MAIA (II.3.4) peut intervenir dans les cas les plus complexes. La MAIA intervient uniquement à la demande d'un professionnel de santé lorsque le cas du patient est trop complexe, c'est-à-dire lorsque aucune issue pour démêler le cas ne semble envisagée. Elle ne possède pas de guichet d'accueil mais agit en étroite collaboration avec le CLIC. En effet, un cas trop complexe pour le CLIC sera transféré à la MAIA et inversement, un cas ne nécessitant plus la MAIA sera rebasculé sur le CLIC (ce qui arrive moins régulièrement).

La MAIA est l'un des seuls organismes à pouvoir agir « sans consentement » car ils sont notamment les personnes habilitées à recueillir le consentement des gens en cas de refus. Le référent unique s'occupant d'une PA établie un lien et un rapport

de confiance permettant d'améliorer la PEC notamment par l'acceptation de certains changements.

En tant que professionnel de santé, nous pouvons retenir que le CLIC sera sollicité si le problème arrive à être identifié. La MAIA sera elle, sollicitée en cas de problèmes multiples, sanitaire, social, économique et organisationnel par exemple.

Un exemple de schéma d'articulation autour des différentes instances est présenté ci-dessous.

Nous retiendrons que **le CLIC est la porte d'entrée pour quiconque souhaite obtenir de l'aide vis-à-vis de sa situation ou de celle d'un proche liée à l'avancée en âge.**

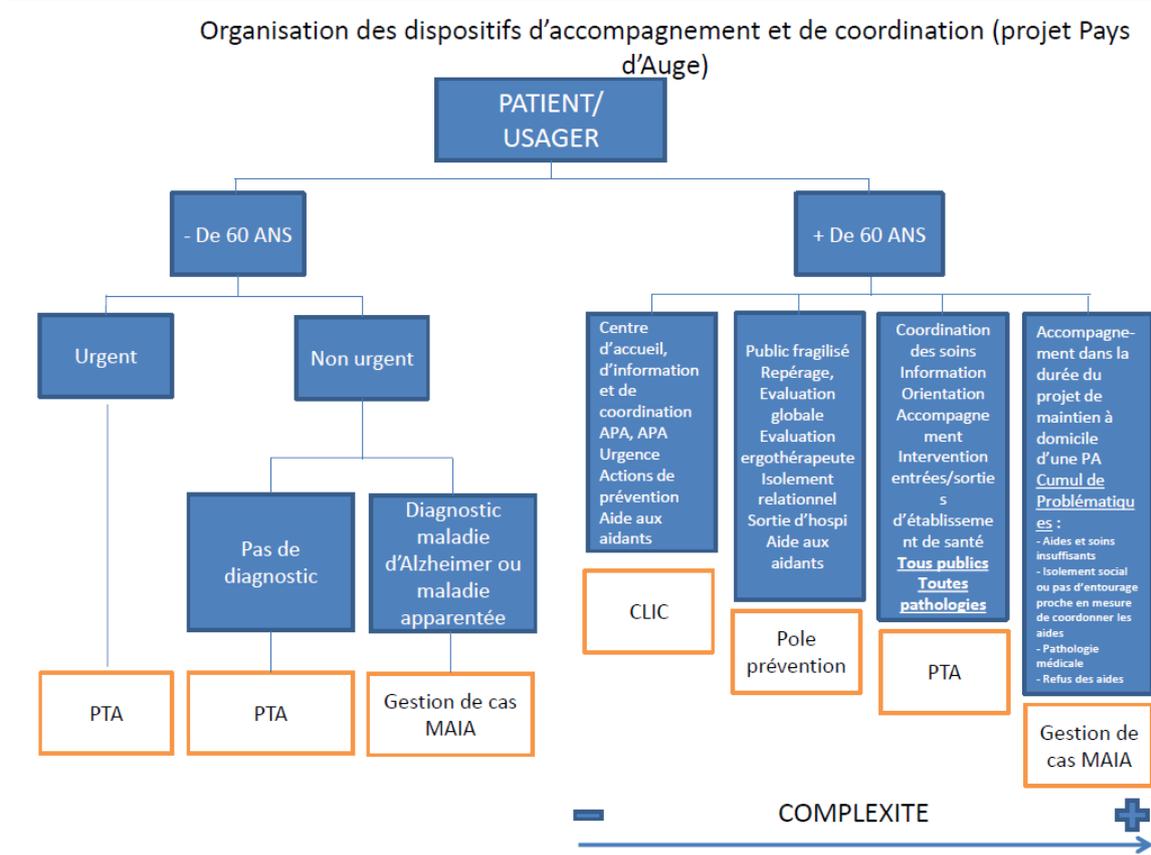


Figure 18 : Articulation des différents dispositifs d'accompagnement et de coordination
Source : Document CLIC Caen Couronne

V. Conclusion

À travers ce travail, nous constatons qu'il est indispensable de soutenir nos aînés sans les infantiliser. Si le cocon familial est un atout pour les personnes âgées, il reste compliqué pour l'entourage de dégager assez de temps, d'énergie et parfois d'argent pour garantir leur maintien à domicile.

L'entrée dans la dépendance complique le maintien à domicile et c'est donc en amont que les actions semblent être les plus pertinentes. Ainsi, l'état de fragilité, état réversible, doit alerter les professionnels agissant autour du sujet âgé, dont fait partie le pharmacien afin d'agir au moment opportun.

Si certaines actions sont étiquetées et identifiées « maintien à domicile » de façon univoque par l'ensemble de la population, comme c'est le cas du matériel médical, d'autres actions moins caractéristiques contribuent également au maintien à domicile.

Tout d'abord, en tant qu'expert du médicament, il se doit d'avoir toujours un conseil éclairé et scientifiquement justifié afin d'éviter les interactions médicamenteuses, les problèmes iatrogéniques et les hospitalisations évitables. Il est un acteur de santé public véhiculant des informations scientifiques.

Plus encore que pour n'importe quel patient, le pharmacien se doit d'être particulièrement vigilant sur la prise en charge du sujet âgé. Sa condition physiologique modifiée, son nombre de pathologies et donc de médicaments prescrits statistiquement plus important en font un sujet nécessitant notre attention soutenue. Toute plainte d'un sujet âgé devra faire suspecter un effet indésirable médicamenteux.

Par ailleurs, à travers son maillage territorial, le pharmacien est présent de manière relativement homogène sur toute la France. Il a un rôle social et se doit ainsi de se tenir informé des actions, organisations et aides proposées aux alentours. Le pharmacien a, en effet, un rôle de conseil et d'orientation indispensables pour répondre aux attentes et besoins des sujets âgés.

Le métier de pharmacien change, évolue et se diversifie. Il est nécessaire qu'en tant que nouveaux pharmaciens, nous prenions ces opportunités d'évolution pour faire valoir nos compétences et notre place en tant qu'acteurs de soin d'une part, mais surtout et avant tout pour que les patients soient le mieux possible pris en charge.

Il est indispensable que les échanges interprofessionnels s'intensifient et se multiplient. Cela implique que certaines actions se chevauchent **dans l'intérêt du patient**. Par exemple, la gestion des traitements médicamenteux peut être organisée par des IDE ou par des pharmaciens. Il paraît primordial de raisonner de façon collective pour centrer la prise en charge autour du patient âgé. La pluriprofessionnalité, c'est également déceler et identifier des besoins et les retransmettre au professionnel compétent.

En effet, le métier de pharmacien est un métier généraliste et divers mais il est important de connaître ses limites et de rester dans son champ d'action. L'augmentation de la taille des pharmacies permet de regrouper des compétences diversifiées et de mieux répondre à l'ensemble des besoins à condition d'organiser une communication efficace avec l'ensemble du personnel. Impliquer la totalité des équipes lorsque des actions sont menées est gage de réussite et d'adhésion de ces dernières et donc des patients. Le remodelage organisationnel des officines semble nécessaire pour pouvoir s'approprier les nouvelles missions.

De plus, le domaine de la santé est un domaine en perpétuelle évolution : la formation continue est donc essentielle. Les diplômes universitaires existent également pour se spécialiser.

Le maintien à domicile des personnes âgées fait partie des enjeux majeurs en terme de santé publique et le pharmacien a toute sa place pour être acteur de ces changements.

Toutefois, comme présenté dans ce travail, certaines actions qui semblent importantes manquent d'évaluations chiffrées et objectivées. Il serait intéressant que des études soient menées sur l'impact quantitatif et qualitatif des missions du pharmacien en matière de santé publique.

Bibliographie

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Santé Publique France. Bien vieillir [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: [/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir](#)
3. Tous les pays du monde [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/tous-les-pays-du-monde/>
4. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé - OMS [Internet]. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
5. Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. *Psychol Health*. 2015;30(6):715-31.
6. Davies S, Laker S, Ellis L. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *J Adv Nurs*. août 1997;26(2):408-17.
7. Merceron A. « France Vision Grand Age ». 2017;7.
8. Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/un-tiers-des-personnes-agees-vivant-en-etablissement-sont-dans-un-etat>
9. Grobon Sébastien, 2014 “Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant”, Dossiers solidarité et santé, DREES, n°57, décembre [Internet]. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss57.pdf>
10. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
11. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
12. Ennuyer B. Repenser le maintien à domicile - 2e éd.: Enjeux, acteurs, organisation. Dunod; 2014. 320 p.
13. Ennuyer B. Chapitre 1. Le maintien à domicile comme répondant à un projet éthique de la société. *Sante Soc*. 2014;13-32.
14. Raymond G. Le patient acteur de sa santé. :2.
15. programme_03_impliquer_ameliorer_accueil_patient.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/programme_03_impliquer_ameliorer_accueil_patient.pdf

16. codeont.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codeont.pdf>
17. Code de déontologie. Santé Publique. 2016;18.
18. Ennuyer B. Chapitre 6. Les acteurs clés du maintien à domicile. Sante Soc. 2014;159-84.
19. Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-l-aide-apportee-resultats>
20. arrete-20-mars-2012-dispositifs-medicaux-infirmiers_journal-officiel.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3881/document/arrete-20-mars-2012-dispositifs-medicaux-infirmiers_journal-officiel.pdf
21. Soins infirmiers à domicile : 9 établissements - Sanitaire-social [Internet]. Annuaire Sanitaire et Social. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.sanitaire-social.com/annuaire/soins-infirmiers-a-domicile>
22. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Aides et soins à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>
23. Les activités de services à la personne | Services à la personne [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.servicesalapersonne.gouv.fr/beneficier-des-sap/activites-de-services-la-personne>
24. Le portage de repas à domicile | Pour les personnes âgées | Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/le-portage-de-repas-domicile>
25. Le dispositif MAIA [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.calvados.fr/cms/render/live/fr/sites/calvados/accueil/le-departement/solidarite---familles/autonomie--handicap/maintien-a-domicile/le-dispositif-maia.html>
26. Azim NBS. Maintien à domicile du sujet âgé: pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie. :87.
27. FORUMSANTÉ. Sondage exclusif Forum Santé-CSA : Les « Français parlent aux Pharmaciens ». 2007.
28. Les pharmacies d'officine, grandes oubliées du rapport « Grand âge et autonomie » [Internet]. USPO. 2019 [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://uspo.fr/les-pharmacies-dofficine-grandes-oubliees-du-rapport-grand-age-et-autonomie/>

29. Officines : 4 millions de personnes par jour [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/officines-4-millions-de-personnes-par-jour>
30. Accueil Particuliers | service-public.fr [Internet]. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/>
31. cnsa_guide_pch_aide_humaine_mars2017.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_guide_pch_aide_humaine_mars2017.pdf
32. Le vieillissement humain. :21.
33. de Jaeger C. Physiologie du vieillissement. :11.
34. Cours [Internet]. [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/5.html#5>
35. Maheu M, Houde M-S, Landry SP, Champoux F. The Effects of Aging on Clinical Vestibular Evaluations. *Front Neurol* [Internet]. 22 sept 2015 [cité 9 nov 2020];6. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fneur.2015.00205/abstract>
36. Raschilas F. Le vieillissement sensoriel [Internet]. EM-Consulte. 2008 [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/84986/le-vieillissement-sensoriel>
37. Heyneman CA. Zinc Deficiency and Taste Disorders. *Ann Pharmacother*. févr 1996;30(2):186-7.
38. Martel J, Gagnon J. Altération du goût d'origine médicamenteuse. *Pharmactuel* [Internet]. 2002 [cité 1 avr 2021];35(3). Disponible sur: <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/416>
39. Troubles du goût d'origine médicamenteuse [Internet]. *Pharmacorama*. 2001 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.pharmacorama.com/2001/09/troubles-gout-origine-medicamenteuse/>
40. Abu-Hamdan DK, Desai H, Sondheimer J, Felicetta J, Mahajan S, Mahajan S, et al. Taste Acuity and Zinc Metabolism in Captopril-treated Hypertensive Male Patients. *Am J Hypertens*. 1 juill 1988;1(3 Pt 3):303S-308S.
41. CIRCADIN 2 mg cp LP [Internet]. VIDAL. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
42. NUT2017SA0143.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0143.pdf>
43. Glycosaminoglycanes : des GAGs - Société Chimique de France [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.societechimiquedefrance.fr/Glycosaminoglycanes-des-GAGs.html>
44. Chabot F. Insuffisance respiratoire aiguë du sujet âgé. *Rev Mal Respir*. 2007;8.

45. Guénard H, Rouatbi S. Aspects physiologiques du vieillissement respiratoire [Internet]. EM-Consulte. [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/151342/>
46. Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf
47. Britton E, McLaughlin JT. Ageing and the gut. Proc Nutr Soc. févr 2013;72(1):173-7.
48. Maladies liées à l'âge [Internet]. [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/seniors/maladies-liees-age>
49. Trivalle C. Le syndrome de fragilité. 2000 [cité 17 nov 2020];4.20925(2323). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2323/20925>
50. Michel J-P, Bontoux D, Chouard C-H, Dubousset J, Dufier J-L, Hauw J-J, et al. Importance du concept de fragilité pour détecter et prévenir les dépendances « évitables » au cours du vieillissement. Bull Académie Natl Médecine. avr 2014;198(4-5):825-46.
51. Dramé M, Jovenin N, Ankri J, Somme D, Novella J-L, Gauvain J-B, et al. La fragilité du sujet âgé : actualité - perspectives. Gerontol Soc. 2004;27 / n° 109(2):31-45.
52. Wauters T. Définition de la fragilité à partir des critères retenus dans la littérature. :97.
53. Je M, B V, Ga van K, Sd A, Jm B, R B, et al. Frailty consensus: a call to action [Internet]. Vol. 14, Journal of the American Medical Directors Association. J Am Med Dir Assoc; 2013 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23764209/>
54. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 déc 2011;9(4):387-90.
55. PEIXOTO A. FRAGILITÉ DE LA PERSONNE AGÉE ET MÉDECINE GÉNÉRALE : LE RÔLE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE.
56. « Repérage de la fragilité et prévention de la perte d'autonomie », Les livrets du PRS, version arrêté du 18 mai 2018, Projet Régional de Santé 2018-2022 [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-02/L10_Personnes_Agees_Prevention_version_arrete_web_20180518.pdf
57. evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf
58. livre-blanc-fragilite-2015.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.medcomip.fr/--82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite-2015.pdf>

59. Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med.* 31 mai 1990;322(22):1572-8.
60. [fiche_parcours_fragilite_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf) [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
61. Masbou - POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/766/1/2014TOU32121.pdf>
62. « Centre Collaborateur OMS pour la Fragilité, la Recherche Clinique et la Formation en Gériatrie Newsletter », N°2018-01F, 2018 [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/who_cc_-_newsletter_no2018-01-f.pdf
63. Haute Autorité de Santé, Note méthodologique et de synthèse documentaire « Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures – Établissement d'une check-list », février 2015 [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/note_documentaire_check-list_sortie_hospitalisation_web.pdf
64. 2015TOU31017.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/782/1/2015TOU31017.pdf>
65. Dufлот A. Repérage de la fragilité en médecine générale avec le Gérontopôle Frailty Screening Tool: étude de prévalence et faisabilité en médecine générale. :44.
66. Cesari M, Demougeot L, Boccalon H, Guyonnet S, Kan GAV, Vellas B, et al. A Self-Reported Screening Tool for Detecting Community-Dwelling Older Persons with Frailty Syndrome in the Absence of Mobility Disability: The FiND Questionnaire. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 [cité 1 déc 2020];9(7). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4084999/>
67. [note_methologique_fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/note_methologique_fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf) [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/note_methologique_fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf
68. 2018_grille_sega_validee_.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/2018_grille_sega_validee_.pdf
69. Oubaya N, Dramé M, Université de Reims Champagne-Ardenne. Dépistage de la fragilité du sujet âgé à domicile: validation de l'outil SEGA modifié. [S.l.]: [s.n.]; 2013.
70. [Grille_SEGA_A_validee.pdf](http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Grille_SEGA_A_validee.pdf) [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Grille_SEGA_A_validee.pdf
71. Rhalimi M, Housieaux E, Mary A, Detuncq C, Muller A, Georgin 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;

72. Sirven N, Bourgueil Y, Université de Paris 5 L interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé (LIRAES), Séminaire, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, éditeurs. La prévention de la perte d'autonomie la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives: Actes du séminaire organisé par le Liraes (EA 4470) Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes, à Paris les 6-7 mars 2014. 2016.
73. « Bien vieillir à domicile et dans la Cité », Les livrets du PRS, version arrêté du 18 mai 2018, Projet Régional de Santé 2018-2022 [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-02/L7_Personnes_Agees_Bien_vieillir_a_domicile_version_arrete_web_20180518.pdf
74. Hivert M. Master 2 Ingénierie de la Santé Spécialité Management des Etablissements et Services de Santé. :104.
75. wrobel. Bien-être et système de maintien à domicile des personnes âgées de 60 ans ou plus. Le cas de la Ville de Luxembourg. [Internet]. 2014 [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: <http://eso.cnrs.fr/fr/manifestations/pour-memoire/peut-on-pretendre-a-des-espaces-de-qualite-et-de-bien-etre/bien-etre-et-systeme-de-maintien-a-domicile-des-personnes-agees-de-60-ans-ou-plus-le-cas-de-la-ville-de-luxembourg.html>
76. Article R5211-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025787324/2020-01-28
77. Callanquin J, Camuzeaux C, Labrude P. Le matériel de maintien à domicile Avec cas pratiques et exercices. MASSON.
78. Retraitement des dispositifs médicaux selon les risques infectieux | HPCi [Internet]. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.hpci.ch/prevention/fiches-techniques/contenu/retraitement-des-dispositifs-m%C3%A9dicaux-en-ems-selon-les-risques>
79. Tous pharmaciens. Tous acteurs de Santé Publique. n°2 _ juin 2017 [Internet]. [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/346603/1695096/version/>
80. Romain A. Parcours du dispositif médical en France. 2017;55.
81. Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE.) [Internet]. OJ L, 32017R0745 mai 5, 2017. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj/fra>
82. DICOM_Jocelyne.M. Identification individuelle pour une inscription en ligne générique des dispositifs médicaux [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/article/identification-individuelle-pour-une-inscription-en-ligne-generique-des>

83. Article L5212-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025104720/2016-01-28
84. Chapitre 1 : Dispositions générales (Articles L665-3 à L665-7) - Légifrance [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006694046/1994-01-19>
85. Kerjosse W. Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile. 2003;12.
86. Numéro 176 – Juillet/Août 2020 - Revue Pharma [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.revuepharma.fr/revue/numero-176-juillet-aout-2020/>
87. LAMBERT Magali Interne en Médecine générale - PDF Free Download [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/800058-Lambert-magali-interne-en-medecine-generale.html>
88. Oberlin P, Mouquet M-C. Quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur ? 2016;6.
89. SPF. Chutes des personnes âgées à domicile. Caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute. Volet « Hospitalisation » de l'enquête ChuPADom [Internet]. [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: </import/chutes-des-personnes-agees-a-domicile.-caracteristiques-des-chuteurs-et-des-circonstances-de-la-chute.-volet-hospitalisation-de-l-enquete-chupadom>
90. Pitchai P, Dedhia HB, Bhandari N, Krishnan D, D'Souza NRJ, Bellara JM. Prevalence, risk factors, circumstances for falls and level of functional independence among geriatric population - A descriptive study. Indian J Public Health. 1 janv 2019;63(1):21.
91. Eviter les chutes des seniors à domicile [Internet]. UNCCAS. 2020 [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.unccas.org/eviter-les-chutes-des-seniors-a-domicile>
92. Iatrogénie médicamenteuse [Internet]. [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/iatrogenie-medicamenteuse>
93. Dossier de presse « Avec vos médicaments, restez maître du jeu! », Assurance maladie Pays de la Loire [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/dp270120-iatrogenie-medicamenteuse.pdf>
94. Housieaux E. Prévenir l'iatrogénie à l'officine. 8 oct 2011;Cahier 2(2900).
95. Interactions médicamenteuses [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/risque-des-medicaments/50-interactions-medicamenteuses>
96. Ali-Guechi S, Chadli N, Boughandjioua S, Chelghoum A, Boukhris N. Évaluation de l'observance thérapeutique au cours des maladies chroniques : enquête dans un service de médecine interne [Internet]. EM-Consulte. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur:

<https://www.em-consulte.com/article/1179860/evaluation-de-l-observance-therapeutique-au-cours->

97. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 5 mars 2003;289(9):1107-16.
98. Teknetzian M, Blanc A. Le Moniteur des pharmacies Formation iatrogénie. 15 avr 2017;Cahier 2(3173).
99. Petermans J, Suarez AS, Hees TV. Observance thérapeutique en gériatrie. *Rev Med Liège*. :6.
100. Bureau M. L'observance thérapeutique: ses facteurs et ses enjeux. :159.
101. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 6 déc 2006;296(21):2563.
102. Rapport_1_observance_mEdicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf [Internet]. [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_1_observance_mEdicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf
103. Rivière S. La revue du praticien. juin 2017;67(6):609.
104. Donna AL. Étude observationnelle de la réalisation d'un pilulier de médicaments par des patients âgés ou leur entourage à domicile. :74.
105. Coumans C, Vandenberghe M, Fery P. Taux élevé d'erreurs de remplissage du pilulier chez des personnes âgées cognitivement saines. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2017;15(3):273-82.
106. Guide-Ehpad-V7.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Guide-Ehpad-V7.pdf>
107. Chlebowski A. La dispensation par PDA en officine: une solution adaptée au sujet âgé en EHPAD [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
108. Automédication : les bonnes pratiques [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/patient/sante/automedication-bonnes-pratiques>
109. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. 2013;36.
110. Girardeau A. Évaluation du ressenti des médecins généralistes sur l'automédication par anti-inflammatoires non stéroïdiens de leurs patients. :69.
111. Fréquence | Fondation pour la Recherche sur les AVC [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.fondation-recherche-avc.org/fr%C3%A9quence>

112. Hyperplasie Bénigne de la Prostate (HBP) : prévalence en médecine générale et attitude pratique des médecins généralistes français. Résultats d'une étude réalisée auprès de 17.953 patients [Internet]. 2018 [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/hyperplasie-benigne-de-la-prostate-hbp-prevalence-en-medecine-generale-et>
113. Michaud V. Inhibiteurs de la pompe à protons, CYP2C19 et clopidogrel, où en sommes-nous? :3.
114. Hanon O, Jeandel C. Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées. Frison-Roche.
115. Article 38 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879490?r=YLo4d19zie
116. Article L1411-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722/
117. Clausener Magali, 41 applis à conseiller au comptoir, Cahier 2 du n° 3239 du 22 septembre 2018 [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/ressources/upload/formation/cahiers/MPL3239_C2_APP.pdf
118. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lanteri-Minet M. Recommandations pour la pratique clinique de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. 2010;13:16.
119. Rapport_HCSP_vaccination_adultes_avec_vaccin_Zostavax_25_10_2013.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: https://www.mesvaccins.net/textes/Rapport_HCSP_vaccination_adultes_avec_vaccin_Zostavax_25_10_2013.pdf
120. Mick G, Gallais J-L, Simon F, Pinchinat S, Bloch K, Beillat M, et al. Évaluation de l'incidence du zona, de la proportion des douleurs post-zostériennes, et des coûts associés dans la population française de 50 ans ou plus. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 déc 2010;58(6):393-401.
121. ZOSTAVAX, vaccin zona vivant atténué [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1774169/fr/zostavax-vaccin-zona-vivant-attenué
122. SPF. Bulletin épidémiologique grippe. Bilan de la surveillance, saison 2019-2020. [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe.-bilan-de-la-surveillance-saison-2019-2020](https://www.spsf.be/fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe.-bilan-de-la-surveillance-saison-2019-2020)
123. Belin N. Le moniteur des pharmaciens. 15 juin 2019;(3278).

124. Arrêté du 25 septembre 2018 modifiant l'arrêté du 10 mai 2017 pris en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.
125. Isenor JE, Edwards NT, Alia TA, Slayter KL, MacDougall DM, McNeil SA, et al. Impact of pharmacists as immunizers on vaccination rates: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 11 nov 2016;34(47):5708-23.
126. Isenor JE, O'Reilly BA, Bowles SK. Evaluation of the impact of immunization policies, including the addition of pharmacists as immunizers, on influenza vaccination coverage in Nova Scotia, Canada: 2006 to 2016. *BMC Public Health* [Internet]. 26 juin 2018 [cité 20 févr 2021];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6019522/>
127. Kirkdale CL, Nebout G, Megerlin F, Thornley T. Benefits of pharmacist-led flu vaccination services in community pharmacy. *Ann Pharm Fr*. 1 janv 2017;75(1):3-8.
128. decade-connection-series---covid-19-fr.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-connection-series---covid-19-fr.pdf?sfvrsn=d3f887b0_7
129. Les chiffres du diabète [Internet]. Centre européen d'étude du Diabète. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>
130. Diabète de type 2 [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/diabete-type-2>
131. 20200225-03-TomeII-dossier-pharmaceutique.pdf [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-02/20200225-03-TomeII-dossier-pharmaceutique.pdf>
132. Le Dossier Pharmaceutique (DP) | CNIL [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/le-dossier-pharmaceutique-dp>
133. Renault P-O. Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé: enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018. :91.
134. DGOS. Le programme e-Parcours [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/le-programme-e-parcours>

Annexes

Annexe 1 : Grille nationale AGGIR	106
Annexe 2 : Médicaments responsables théoriquement de problèmes de distortions gustatives	107
Annexe 3 : Grille ADL d'évaluation des AVQ (source: sofog.org)	109
Annexe 4 : Questionnaire d'autoévaluation FIND	110
Annexe 5 : Grille SEGAm et son guide d'utilisation (Source : www.geronto-sud-lorraine.com).....	111
Annexe 6 : Echelle d'évaluation du risque d'escarre de Norton.....	112
Annexe 7 : Questionnaire d'évaluation de l'observance de Girerd.	113
Annexe 8: Tableau des spécialités PMF les plus vendues en quantité en 2013. ...	113
Annexe 9 : Echelle ADS (Anticholinergic Drug Scale)	114
Annexe 10: : Echelle ACB (Anticholinergic Cognitive Burden)	114
Annexe 11 : Check-list pour déterminer l'éligibilité à la vaccination à l'officine. Source : Cespharm	115
Annexe 12 : Système d'information du DP (Source : CNOP)	116

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : Prénom :

Numéro d'immatriculation : []

Adresse :

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Commune :

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
1	COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
		Bas
4	HABILLEMENT : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
		Moyen
		Bas
5	ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
		Manger
6	ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
		Fécale
7	TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
8	DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant ...	
9	DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
11	GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
12	CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
13	MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
14	TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
16	SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
17	ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : ne fait pas

A, le

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402-AS

CLASSES DE MÉDICAMENTS	TYPE D'EFFETS	INCIDENCE	MÉCANISME
CARDIOVASCULAIRES IECA (captopril et autres)	Agueusie, hypogueusie, dysgueusie, phantogueusie (salé, sucré)	1 à 20 %	Chélation du zinc, inhibition gustine
BCC (amlodipine, nifédipine, diltiazem)	Agueusie, dysgueusie, phantogueusie (sucré, salé, métallique)	0,1 à 9 %	Blocage du canal calcique des récepteurs gustatifs
Antiarythmiques (amiodarone, mexilétine, procainamide)	Phantogueusie (amer), dysgueusie, agueusie	0,5 à 4 %	Inhibition du potentiel d'action des récepteurs
Diurétiques (HCT, furosémide, amiloride...)	Dysgueusie, phantogueusie (amer, sucré), hypogueusie	< 2 %	Inhibition des récepteurs ioniques, A excrétion de zinc, déplétion zinc, inhibition gustine
Hypolipémiants (cholestyramine, fibrates, inhibiteurs HMG-Coa réductase)	Dysgueusie, agueusie	< 1 %	Inhibition de vitamine A
β-bloquants (propranolol, labétalol)	Dysgueusie, hypogueusie	< 1 %	Altération des catécholamines
Autres médicaments cardiotropes Nitrates, méthildopa, hydralazine, doxazosine, etc.	Dysgueusie, hypogueusie, phantogueusie (amer, métallique)	< 1 %	Altération des catécholamines, chélation du zinc, inhibition gustine
Anti-infectieux Céphalosporines	Dysgueusie, hypogueusie, phantogueusie (métallique)	< 1 %	Inhibition de la régénération des récepteurs gustatifs
Macrolides	Hypogueusie, agueusie, dysgueusie (amer)	0,1 à 3,6 %	Inhibition de la régénération des récepteurs gustatifs, chélation du zinc
Métronidazole	Hypogueusie, phantogueusie (métallique)	12 %	Glossite, inhibition de la régénération des récepteurs gustatifs
Pénicillines	Hypogueusie, dysgueusie	0,1 à 15 %	Inhibition de la régénération des récepteurs gustatifs
Quinolones	Dysgueusie, phantogueusie	1 %	Inhibition CYP-450 réductase
Sulfamides	Agueusie sucrée, phantogueusie (métallique)	cas	Inhibition de la transmission neuronale des récepteurs
Tétracyclines	Dysgueusie	cas	Blocage des récepteurs
Antifongiques (terbinafine, griséofulvine, amphotéricine, kétoconazole)	Dysgueusie, hypogueusie, phantogueusie (métallique)	0,1 à 3,9 %	Inhibition stéroïdogénèse, inhibition du CYP-450 réductase
Antiviraux (didanosine, zidovudine)	Hypogueusie, dysgueusie, agueusie	1 à -10 %	Inhibition de la transmission neuronale des récepteurs
A.I.N.S. (ibuprofène, indométhacine, diclofénac, sulindac...)	Hypogueusie, dysgueusie, agueusie	< 1 %	Inhibition PGs, déplétion zinc/gustine
Corticostéroïdes Béclométhasone, flunisolide...	Hypogueusie	< 1 %	Inhibition de l'activité des récepteurs membranaires
Hypoglycémiant Biguanides, tolbutamide, glipizide, insuline	Agueusie, hypogueusie, phantogueusie	1 à 3 %	Inhibition de la transmission neuronale des récepteurs
Antihistaminiques (loratadine, prométhazine)	Dysgueusie, hypogueusie	< 1 %	Inhibition CYP-450 réductase
Décongestionnant (pseudoéphédrine)	Dysgueusie	1 %	Inhibition de la transmission neuronale des récepteurs
PSYCHOTROPES Anxiolytiques/hypnotiques (alprazolam, diazépam, oxazépam, flurazépam, zopiclone ...)	Agueusie, hypogueusie, dysgueusie (métallique, amer)	0,1 à 6 %	Blocage des récepteurs membranaires, inhibition gustine, inhibition de la transmission neuronale des récepteurs

CLASSES DE MÉDICAMENTS	TYPE D'EFFETS	INCIDENCE	MÉCANISME
Antidépresseurs Amines tertiaires et secondaires, trazodone, bupropion, sertraline, paroxétine, venlafaxine	Dysgueusie, hypogueusie, phantogueusie	0,1 à 9 %	Inhibition des récepteurs 5-HT & NA, inhibition de la transmission neuronale des récepteurs, xérostomie
Antipsychotiques Fluphénazine, rispéridone, trifluopérazine	Phantogueusie, phantogueusie amer	< 1 %	Inhibition de la transmission neuronale des récepteurs
Lithium	Dysgueusie, phantogueusie (salé, amer)	< 1 %	Inhibition du canal sodique, inhibition NA
RELAXANTS MUSCULAIRES Baclofen, cycloberzaprine, méthocarbamol, dantrolène	Agueusie, dysgueusie, phantogueusie (amer, métallique)	< 5 %	Inhibition de la transmission neuronale des récepteurs, déplétion zinc, inhibition des canaux calciques
ANTI-PARKINSONIENS Lévodopa, pergolide, trihexyphénydyle	Dysgueusie, hypogueusie, phantogueusie (amer)	0,1 à 40 %	Action DA, chélation zinc, inhibition adénylate cyclase
ANTI-CONVULSIVANTS Carbamazépine, phénytoïne	Agueusie, phantogueusie (amer)	< 1 %	Inhibition de la transmission neuronale des récepteurs, stomatite, glossite
ANTI-NEOPLASIQUES Bléomycine, cytarabine, 5-FU, lomustine, méthotrexate, vincristine...	Hypogueusie, agueusie, dysgueusie, phantogueusie (amer)	Ad 10 %	Stomatite, inhibition ADN, inhibition de la régénération des récepteurs, inhibition AMPc, chélation zinc, inhibition gustine..
IMMUNOSUPPRESSEURS Azathioprine	Phantogueusie	< 1 %	Chélation zinc, inhibition gustine
ANTI-ÉMÉTIQUES Métoclopramide	Hypogueusie	cas	Chélation zinc, inhibition gustine
Granisétron	Dysgueusie	2 %	Inhibition CYP - 450 réductase
ANTI-H2 Cimétidine, famotidine	Dysgueusie, hypogueusie, phantogueusie	< 1 %	Inhibition de la transmission neuronale des récepteurs
ANTI-SPASMODIQUE Scopolamine	Hypogueusie	0,1 % à > 1 %	Inhibition de l'activité des récepteurs

Echelle d'autonomie (ADL)

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

Annexe 4 : Questionnaire d'autoévaluation FIND

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

Si A+B ≥1, le sujet est considéré "dépendant".

Si A+B=0 et C+D+E ≥1, le sujet est considéré "fragile".

Si A+B+C+D+E=0, le sujet est considéré "robuste".

Comment repérer le niveau de fragilité ? Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).¹

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

	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 aiguë, démence)	
TOTAL :			 / 26

INTERPRETATION		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile

A QUI TRANSMETTRE ?

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.
Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

Grille SEGA-A : guide d'utilisation

Provenance : La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle de l'aide ?
(FL : Foyer Logement)

Médicaments : Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ? Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ? La question posée est celle du « moral ». On peut demander : Vous sentez-vous bien ? Etes-vous anxieux ? Etes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?

Perception de sa santé : Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ? Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ? Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable ? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ? Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ; Si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ; Si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2). Si vous renseignez le poids et la taille dans l'EGS, cela permettra de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Dénutrition si IMC < 21.

Maladie associées : La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?

Mobilité : La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ? Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (canne, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ? Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ? Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir... ? Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ? Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0) ; soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1) ; soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

Version SEGA-A modifiée pour le domicile (2014) – Validation par l'Université de Reims Champagne-Ardenne, Faculté de Médecine, EA 3797, Reims (France).

D'après version originelle de Didier Schovaerdt (2004) – Université catholique de Louvain (Belgique), adaptée par le Réseau REGECA (Réseau Champagne-Ardenne-France).

Avec le soutien de la CARSAT- Nord-Est, France.

¹ Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

Annexe 6 : Echelle d'évaluation du risque d'escarre de Norton

Etat général		Etat mental		Activité autonome		Mobilité		Incontinence	
Bon	4	Bon	4	Sans aide	4	Totale	4	Aucune	4
Moyen	3	Apathique	3	Marche avec aide	3	Diminuée	3	Occasionnelle	3
Mauvais	2	Confus	2	Assis au fauteuil	2	Très limitée	2	Urinaire ou fécale	2
Très mauvais	1	Inconscient	1	Totalement alité	1	Immobilité	1	Urinaire ET fécale	1

Annexe 7 : Questionnaire d'évaluation de l'observance de Girerd.



Questionnaire d'évaluation de l'observance

ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE



Pensez à conserver ce document. Il est essentiel à l'attribution de votre rémunération.

Les questions qui suivent permettent d'évaluer le degré d'observance du traitement prescrit et ainsi de mieux identifier les contraintes liées au traitement afin de pouvoir en discuter avec votre patient.

Nom du patient : Date : ... / ... / ... **oui non**

1 Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?

2 Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?

3 Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

4 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?

5 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

6 Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Compter un point par réponse notée « non » :

- bonne observance : score = 6
- faible observance : score 4 ou 5
- non-observance : score < = 3

05-2016-studio-graphique-2016195

Source : Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse médicale. 2001 ; 30 : 1044-48.

Annexe 8: Tableau des spécialités PMF les plus vendues en quantité en 2013.

Rang	Spécialité	Classe	% croissance moyen annuel 2013/2010	Cumul	Unités 2013 en millions	% Marché officinal
1	Doliprane	Antalgique	11,4%	Les 5 premières spécialités:	517	25,7%
2	Dafalgan	Antalgique	8,6%			
3	Efferalgan	Antalgique	-7,7%			
4	Kardegic	Anti-agrégant plaquettaire	4,1%			
5	Spasfon	Antispasmodique	2,4%			
6	Gavison	Traitement symptomatique du RGO	3,6%	Les 10 premières spécialités:	581	28,9%
7	Dexeryl	Emollient et protecteur	1,4%			
8	Météospasmyl	Antispasmodique	1,1%			
9	Biseptine	Antiseptique	21,6%			
10	Eludril	Antibactérien à usage local	94,1%			
11	Piasclédine	Médicament de l'arthrose	-6,0%	Les 15 premières spécialités:	630	31,3%
12	Bétadine	Antiseptique	2,9%			
13	Codoliprane	Antalgique	11,4%			
14	Hélicidine	Antitussif	1,7%			
15	Humex	Expectorant	3,4%			
16	Donormyl	Sédatif	0,5%	Les 20 premières spécialités:	668	33,2%
17	Lysopaine maux de gorge	Préparation pour la gorge	10,3%			
18	Smecta	Antidiarrhéique	1,7%			
19	Diffu k	Traitement des hypokaliémies	1,9%			
20	Aspégic	Antalgique	-3,3%			
21	Nurofen	Antalgique - Antiinflammatoire	-5,1%	Les 25 premières spécialités:	703	34,9%
22	Strepsil	Préparation pour la gorge	5,4%			
23	Maxilase	Préparation pour la gorge	6,0%			
24	Tardyferon	Traitement carences en fer	-1,2%			
25	Nurofenflash	Antalgique - Antiinflammatoire	81,0%			

Annexe 9 : Echelle ADS (Anticholinergic Drug Scale)

Annexe 10 : Echelle ACB (Anticholinergic Cognitive Burden)

Tableau 3 Échelle des médicaments anticholinergiques (Anticholinergic Drug Scale [ADS]).

Niveau 1 : potentiel anticholinergique démontré		
Acide valproïque	Dipyridamole	Oxazéпам
Alprazolam	Divalproex	Oxycodone
Amantadine	Famotidine	Pancuronium
Ampicilline	Fentanyl	Paroxétine
Azathioprine	Fluoxétine	Perphénazine
Bromocriptine	Fluphénazine	Phénelzine
Captopril	Flurazéпам	Piperacilline
Cefoxitine	Fluvoxamine	Prednisolone
Céphalotine	Furosémide	Prochlorpérazine
Chlordiazépomide	Gentamicine	Sertraline
Chlorthalidone	Hydralazine	Témazéпам
Clindamycine	Hydrocortisone	Théophylline
Clonazéпам	Isosorbide	Thiothixène
Chlorazéпate	Lopéramide	Tramadol
Codéine	Lorazéпам	Triamcinolone
Cortisone	Méthylprednisolone	Triatérene
Cyclosporine	Midazolam	Triazolam
Déxaméthasone	Morphine	Vancomycine
Diazéпам	Nifédipine	Warfarine
Digoxine	Nizatidine	
Diltiazem	Olanzapine	
Niveau 2 : effet anticholinergique habituellement observé à dose élevée		
Carbamazépine	Disopyramide	Oxcarbazépine
Cimétidine	Loxapine	Pimozide
Cyclobenzaprine	Mépéridine	Ranitidine
Cyproheptadine	Méthotriméprazine	
Niveau 3 : potentiel anticholinergique élevé		
Amitriptyline	Dicyclomine	Oxybutynine
Atropine	Dimenhydrinate	Procyclidine
Benztropine	Diphenhydramine	Prométhazine
Bromphéniramine	Doxépine	Propanthéline
Chlorphéniramine	Hydroxyzine	Pyrilamine
Chlorpromazine	Hyoscyamine	Scopolamine
Clémastine	Imipramine	Toltérodine
Clomipramine	Méclizine	Trihexyphénidyl
Clozapine	Nortriptyline	Trimipramine
Désipramine	Orphénadrine	

Amitriptyline	Amantadine	Carbidopa-levodopa
Atropine products	Hydrochloride	
Benzotropine	Baclofen	Entacapone
Carisoprodol	Cetirizine	Haloperidol
Chlorpheniramine	Cimetidine	Methocarbamol
Chlorpromazine	Clozapine	Metoclopramide
Cyproheptadine		Mirtazapine
Dicyclomine	Cyclobenzaprine	
Diphenhydramine	Hydrochloride	
Fluphenazine	Desipramine	Paroxetine
Hydroxyzine hydrochloride & hydroxyzine pamoate	Loperamide	Pramipexole
Hyoscyamine products	Loratadine	Quetiapine fumarate
	Nortriptyline	
Imipramine	Olanzapine	Ranitidine
		Risperidone
Meclizine		
Oxybutynin	Prochlorperazine	Selegiline
Perphenazine	Pseudoephedrine & Triprolidine	Trazodone
Promethazine	Tolterodine tartrate	
Thioridazine		Ziprasidone
Thiothixene		
Tizanidine		
Trifluoperazine		

CHECK-LIST POUR DÉTERMINER L'ÉLIGIBILITÉ D'UNE PERSONNE À LA VACCINATION À L'OFFICINE

- Vérifier l'âge de la personne : elle doit être majeure (au moins 18 ans)
- Vérifier que la personne relève de l'une des catégories suivantes :
 - Personnes âgées de 65 ans et plus^a
 - Personnes souffrant de certaines pathologies chroniques^a (cf. liste détaillée page suivante)
 - Femmes enceintes, quel que soit le trimestre de la grossesse
 - Personnes obèses avec un IMC \geq 40 kg/m²
 - Entourage^b des nourrissons < 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave : prématurés, enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une ALD
 - Entourage des personnes immunodéprimées
 - Personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement
 - Professionnels de santé^a et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère
 - Personnel navigant des bateaux de croisière et des avions
 - Personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs
- Vérifier l'absence d'antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure
- Vérifier l'absence de contre-indication au vaccin (RCP) : hypersensibilité à l'un des composants, maladie fébrile ou infection aiguë en cours

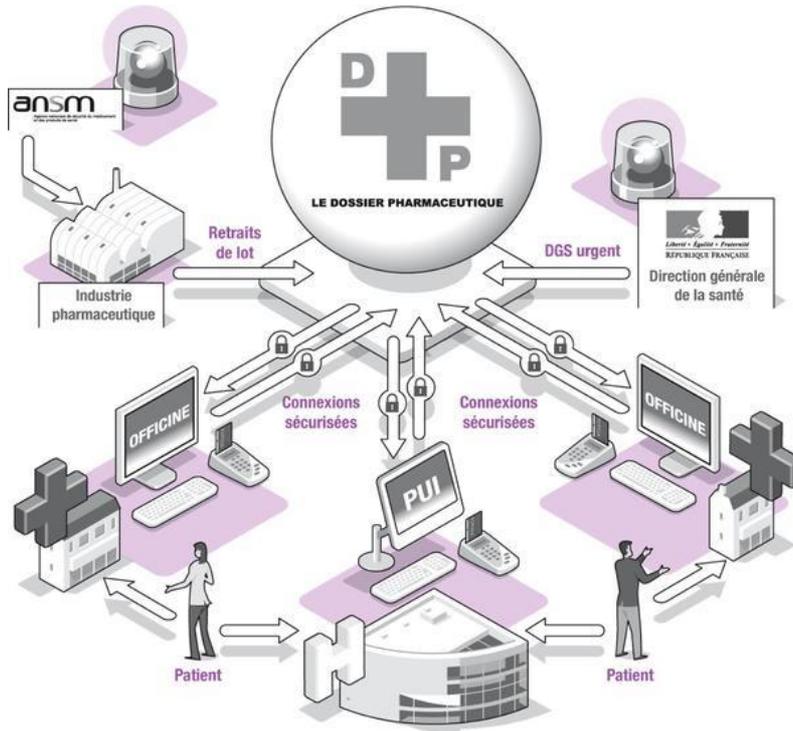
^a Un bon de prise en charge de l'Assurance maladie est adressé par courrier aux sujets âgés \geq 65 ans, aux personnes souffrant de pathologies chroniques pour lesquelles la vaccination antigrippale est recommandée et aux professionnels de santé libéraux en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère.

^b Comprend les personnes résidant sous le même toit, l'assistant maternel et tous les contacts réguliers du nourrisson.

LISTE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES POUR LESQUELLES LA VACCINATION ANTIGRIPPALE EST RECOMMANDÉE ^[9]

- **Maladies respiratoires** : asthme, BPCO, insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives, malformations des voies aériennes supérieures ou inférieures, malformations pulmonaires ou de la cage thoracique, bronchite chronique, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique, dysplasies broncho-pulmonaires, mucoviscidose ;
- **Maladies cardiovasculaires** : cardiopathies congénitales cyanogènes ou avec une hypertension artérielle pulmonaire et/ou une insuffisance cardiaque, insuffisances cardiaques graves, valvulopathies graves, troubles du rythme graves justifiant un traitement au long cours, maladies des coronaires, antécédents d'accident vasculaire cérébral ;
- **Maladies neurologiques ou neuromusculaires** : formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, poliomyélite, myasthénie, maladie de Charcot), paraplégies et tétraplégies avec atteinte diaphragmatique ;
- **Maladies rénales** : néphropathies chroniques graves, syndromes néphrotiques ;
- **Maladies hépatiques chroniques** avec ou sans cirrhose ;
- **Diabète de type 1 et de type 2** ;
- **Drépanocytoses**, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalasso-drépanocytose ;
- **Déficits immunitaires primitifs ou acquis** (à l'exception des personnes qui reçoivent un traitement régulier par immunoglobulines) : pathologies oncologiques et hématologiques, transplantations d'organe et de cellules souches hématopoïétiques, déficits immunitaires héréditaires, maladies inflammatoires et/ou auto-immunes recevant un traitement immunosuppresseur, personnes infectées par le VIH quels que soient leur âge et leur statut immunovirologique.

Annexe 12 : Système d'information du DP (Source : CNOP)





VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE



L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

TITRE

LE RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE MAINTIEN À DOMICILE DE LA PERSONNE ÂGÉE.

Résumé

Le maintien à domicile et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées sont de véritables enjeux de santé public. Le pharmacien d'officine n'est pas l'acteur le plus visible dans l'aide au maintien à domicile, pourtant, à travers différentes actions, il remplit un rôle clef garantissant la bonne prise en charge des personnes âgées. Au fur et à mesure de l'évolution du métier, ses actions se diversifient. A travers son rôle de dépistage, il peut repérer et orienter les personnes âgées fragiles, évitant ainsi le basculement vers la dépendance. Expert du médicament, le pharmacien d'officine se doit d'être attentif aux polymédications, effets indésirables ou accidents iatrogéniques, d'autant plus présents chez le sujet âgé et compliquant son maintien à domicile. Le pharmacien d'officine est le premier professionnel de santé interrogé par la population sur le volet médical mais également social et médico-social. Il a un rôle pivot et se doit donc de connaître les organismes et aides à la personne âgée existants afin d'orienter vers les professionnels compétents si nécessaire. Le pharmacien a toute sa place dans le collectif des professionnels de santé pour détecter les risques et améliorer la prise en charge autour du patient âgé.

Année de soutenance
2021

TITLE

THE ROLE OF THE PHARMACIST IN THE HOME CARE OF THE ELDERLY.

Summary

Home care and improvement of the quality of life of the elderly are real public health issues. The pharmacist is not the most visible actor in homecare, but through various actions he plays a key role in ensuring the proper care of the elderly. As the profession evolves, its actions become more diversified. Through their screening role, they can identify and guide fragile elderly people to avoid the falling into dependency. As a drug expert, the pharmacist must be attentive to polymedications, side effects or iatrogenic accidents, which are all overrepresented in the elderly and complicate their home care. The pharmacist is the first health professional questioned by the population on the medical, social and medico-social aspects. They have a central role and must therefore be aware of existing organisations and helpers for the elderly in order to direct them to the appropriate professionals if necessary. The pharmacist has a full role to play in the group of health professionals to detect risks and improve care for the elderly patient.

Mots-clés

Personne âgée – Maintien à domicile – Pharmacie d'officine – Fragilité – Prévention – Interprofessionnalité