



HAL
open science

Accompagnement des personnes isolées à l'officine : perspectives en région PACA

Clara Perlot

► **To cite this version:**

Clara Perlot. Accompagnement des personnes isolées à l'officine : perspectives en région PACA. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04147205

HAL Id: dumas-04147205

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04147205v1>

Submitted on 30 Jun 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 27 JUIN 2023

PAR

Madame Clara PERLOT

Né(e) le 17/02/1997 à MANOSQUE

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

**ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ISOLÉES À
L'OFFICINE : PERSPECTIVES EN RÉGION PACA**

JURY :

<u>Président</u> :	Pr. Stéphane HONORÉ
<u>Directeur de thèse</u> :	Dr. Félicia FERRERA
<u>Membres</u> :	Dr. Jean-Christophe GAY
	Mme Marie-Christine CIANNARELLA

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	M. Jean-Paul BORG
<i>Vice-Doyens :</i>	Mme Florence SABATIER-MALATERRE, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT, Mme Alexandrine BERTAUD
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, Mme Alexandrine BERTAUD, M. David BERGELFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, M. Philippe GARRIGUE, M. Guillaume HACHE, M. Thierry TERME
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE, Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Philippe CHARPIOT, M. Riad ELIAS
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Sylvie BUREAU
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Manon BONIFAY
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC M. François DEVRED
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pierre REBOUILLON
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON
Mme Carole SIANI
Mme Muriel MASI

ENSEIGNANT CDI

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

A.H.U.

PHARMACOTECHNIE

Mme Mélanie VELIER

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN
M. Romaric LACROIX

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN Mme Sandra GHAYAD
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Amandine BONIFAY
----------------------------	----------------------

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

PRATIQUE OFFICINALE	M. Jérôme JOUVE Mme Emmanuelle TONNEAU-PFUG
---------------------	--

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	Mme Sok Siya BUN

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTO GAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL M. Quentin ALBERT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER M. Mathieu CERINO
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC M. Pascal PRINDERRE
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Béatrice BAGHDIKIAN M. Elnur GARAYEV

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	Mme Haïfa LAYACHI RAHABI M. Cyril PUJOL
DROIT ET ETHIQUE	Mme Laurie PAHUS
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA
DISPOSITIFS MEDICAUX	Mme Valerie MINETTI-GUIDONI

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE M. Joseph CICCOLINI
TOXICOLOGIE GENERALE	Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD Mme Marie-Anne ESTEVE
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET
PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA Mme Anne RODALLEC M. Nicolas FABRESSE
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Pierre-Henri VILLARD

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	M. Vincent NAIL
PHARMACIE CLINIQUE	Mme Maeva MONTALEYTANG Mme Charlotte BERARD

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Annie CILIA, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Yann COTTE, Pharmacien Assistant
M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Nicole FRANCOIS, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire
Mme Céline HIRSCH, Pharmacien Conseil de l'Assurance Maladie
Mme Christelle LABRANDE, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Florence LEANDRO-DIJON, Pharmacien adjoint
Mme Nathalie MARTIN, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie MERLIN, Pharmacien Assistant
Mme Vanessa METZ, Pharmacien hospitalier
Mme Alice PERINEAU, Pharmacien Assistant
Mme Florence PEYRON, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire
M. Bertrand POURROY, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché
M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier
M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 février 2023

REMERCIEMENTS

Au professeur Stéphane HONORÉ, merci de présider ce jury, merci pour vos enseignements en pharmacie clinique tout au long de mon cursus. C'est un honneur pour moi de soumettre mon travail au président de la Société Française de Pharmacie Clinique. Je vous exprime tout mon respect.

Au docteur Félicia FERRERA, merci infiniment de m'avoir accompagnée dans mon long parcours de thèse, merci pour vos enseignements. Vous êtes pour moi un modèle d'engagement pour l'avenir de notre profession, veuillez trouver ici l'expression de mon immense reconnaissance.

Au docteur Jean-Christophe GAY, merci pour ta confiance et ta bienveillance au cours de ces années. C'est à ton contact lors de la première vague épidémique de Covid que ce travail a commencé à murir. Ta présence ici, aujourd'hui, lors de son aboutissement m'était évidente.

A madame Marie-Christine CIANNARELLA, élue à la santé et vice-présidente du CCAS d'Allauch, merci de votre présence au sein de ce jury. Elle est aujourd'hui un signe fort de collaboration interprofessionnelle.

Je remercie tous les acteurs du secteur médico-social qui ont contribué à la réalisation de ce travail, merci pour votre temps et votre intérêt.

Je tiens à remercier l'ensemble des professeurs de la faculté de pharmacie de Marseille, les pharmaciens maîtres que j'ai côtoyé de stage pour leurs enseignements.

A l'équipe de la Pharmacie de l'Horloge avec qui j'ai grandi en tant qu'étudiante en pharmacie, merci pour votre soutien et votre bienveillance.

A l'équipe de la Pharmacie de la Saunerie, merci de m'avoir accueilli pour mon stage de 6^{ème} année ce fut très enrichissant.

A l'équipe de la Pharmacie du Cours, merci pour le soutien et l'accueil chaleureux réservé cette dernière année.

Je remercie chaleureusement toute ma famille pour son soutien sans faille depuis toujours,

Merci Papa et Maman pour votre soutien indéfectible. Je n'ai pas toujours été une fille très confiante et mes choix ont souvent été difficiles, c'est grâce à vos encouragements et votre soutien que je suis ici aujourd'hui.

A ma Maman, merci pour les heures de réceptions en tous genres et de soutien moral.

A mon Papa, merci pour le soutien logistique et tes bons petits plats en PACES.

Merci pour votre amour.

A mes frère et sœur, Florent et Coline, merci pour l'intérêt que vous portez à mon parcours et votre soutien. Je suis fière d'être votre sœur.

A mon double, merci mon Pierrouette de m'avoir relue, soutenue et de supporter mes sauts d'humeur et nombreuses insomnies. Merci de partager ma vie et de me combler d'amour.

A ma grand-mère, ainsi qu'à toute ma famille, merci de croire en moi, j'espère être à la hauteur et continuer à vous rendre fiers.

A Papi, Mémé et Pépé, merci de m'avoir toujours offert votre amour, je sais que vous veillez toujours sur moi et j'imagine votre fierté aujourd'hui.

A tous mes amis,

Charlotte et Vincent, merci pour le partage de ces années de facs, merci pour votre soutien et vos relectures.

Alison, ma binôme, merci pour ces TP et ces pauses dej' animés.

Alice, merci pour les grands moments de box de révision en PACES, puis de BU.

Julia, Morgane, Olivia, merci d'être là depuis tant d'années.

Merci d'être là aujourd'hui.

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

SOMMAIRE

SOMMAIRE	11
LISTE DES ACRONYMES	13
TABLE DES ILLUSTRATIONS	14
INTRODUCTION	15
PREMIÈRE PARTIE : AUGMENTATION DE L'ISOLEMENT SOCIAL, CONSTAT ET ENJEUX DE SANTE	16
I. ISOLEMENT SOCIAL : APERÇU ET EVOLUTION	17
<i>I.1- Tendance générale</i>	17
<i>I.2- Impact sur les cercles de socialisation</i>	17
<i>I.3- Le profil des isolés</i>	18
i. L'âge	18
ii. Le profil socio-économique	19
iii. Le lieu de vie	20
II. CAUSES DE L'ISOLEMENT SOCIAL	20
<i>II.1- La situation économique</i>	20
<i>II.2- L'âge</i>	21
<i>II.3- Le handicap</i>	22
<i>II.4- Modifications des habitudes et des pratiques</i>	24
<i>II.5- Diminution de la confiance en autrui</i>	24
<i>II.6- La crise sanitaire</i>	25
i. La crise sanitaire chez les jeunes adultes	25
ii. La crise sanitaire chez les personnes âgées en EHPAD	27
III. ISOLEMENT SOCIAL : ENJEUX DE SANTE	28
<i>III.1- Isolement social et état de santé</i>	28
i. Isolement social et mortalité	29
ii. Isolement et risque cardiovasculaire	30
iii. Isolement social et activité neuroendocrinienne	31
iv. Impact de l'isolement sur l'activité cognitive	32
<i>III.2 - Impacts de l'isolement social sur la santé mentale</i>	33
i. Troubles psychotiques	33
ii. Anxiété et troubles du sommeil	34
iii. Dépressions et suicides	34
iv. Conduites addictives	35
v. Isolement perçu chez les personnes âgées	35

DEUXIEME PARTIE : LE PHARMACIEN EST UN PROFESSIONNEL DE SANTE DE CONFIANCE POUVANT CONCOURIR A L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ISOLE, ANALYSE DES BESOINS	38
I. HYPOTHESE	39
1) <i>Besoin de créer du lien social</i>	39
2) <i>Les prises en charge médicales sont un espace d'échange social</i>	39
3) <i>Le pharmacien est un professionnel de santé pouvant concourir au besoin de socialisation</i>	40
II. SONDAGE REALISE AUPRES DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DE LE REGION PACA	41
1) <i>Introduction</i>	41
2) <i>Matériel et méthodes</i>	42
i. Prise de contact avec le DAC13 Sud	42
ii. Élaboration d'un sondage en région PACA	43
3) <i>Résultats</i>	45
4) <i>Discussion</i>	57
i. Une problématique à replacer au cœur de la prise en charge médicale du patient	57
ii. Place et rôle des pharmaciens d'officine	59
5) <i>Conclusion</i>	60
TROISIEME PARTIE : MODELES D'ACCOMPAGNEMENT ET PERSPECTIVES DE MISE EN PLACE A L'OFFICINE	61
I. GENERALITES	62
1) <i>L'accompagnement des personnes isolées, un objectif national</i>	62
2) <i>Place du pharmacien d'officine</i>	63
II. EXEMPLES D' ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT EN PACA	64
1) <i>Un dispositif régional : « Les communautés-360 »</i>	64
2) <i>Dispositif de repérage de l'isolement social à Aubagne</i>	64
3) <i>Éducation thérapeutique du patient de 75 ans et plus à Allauch</i>	66
4) <i>Expérimentation du Tai-Chi pour améliorer les fonctions cognitives</i>	69
III. MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT A L'OFFICINE	70
1) <i>La prévention de l'isolement au travers des actions quotidiennes</i>	70
i. Dispensation à domicile et maintien à domicile	70
ii. Plan pharmaceutique personnalisé et éducation thérapeutique du patient	72
2) <i>Mettre en place une démarche spécifique à l'officine</i>	73
i. Cibler et repérer	73
ii. Alerter et orienter	75
iii. Des outils pour aller plus loin	76
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	81

LISTE DES ACRONYMES

CCAS : Centre communal d'action sociale

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CREDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

CSA : Conseil supérieur de l'audiovisuel

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPICES : Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé

ETP : Éducation thérapeutique du patient

HAS : Haute autorité de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

RCV : Risque cardiovasculaire

SFPC : Société française de pharmacie clinique

SCORE : Systematic coronary risk estimation

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 - Évolution du taux d'isolement relationnel chez les 18-29 ans par rapport à l'ensemble de la population toutes classes d'âges confondues</i>	19
<i>Figure 2 - Évolution de la part des personnes isolées en fonction du niveau de revenu</i>	20
<i>Figure 3 - Prévalence des syndromes dépressifs selon l'âge pendant la crise sanitaire</i>	26
<i>Figure 4 - Question 2 du sondage : fréquence de l'isolement social</i>	46
<i>Figure 5 - Question 3 du sondage : biais de rencontre des isolés</i>	46
<i>Figure 6 - Question 6 sondage : le temps des soins est considéré comme un temps de socialisation important</i>	49
<i>Figure 7 - Question 7 sondage : Les prises en charges médicales ne tiennent pas suffisamment compte de l'isolement social</i>	50
<i>Figure 8 - Question 8 sondage : la maladie a un impact plus fort sur les personnes isolées</i>	50
<i>Figure 9 - Question 9 sondage : fréquence de l'isolement en fonction du milieu de vie</i>	51
<i>Figure 10 - Question 10 sondage : place de l'aidant</i>	51
<i>Figure 11 - Question 11 sondage : prises de contact avec les pharmaciens</i>	52
<i>Figure 12 - Question 12 sondage : Importance des échanges lors de la visite à la pharmacie</i>	52
<i>Figure 13 - Question 13 sondage : place du pharmacien dans l'accompagnement social</i>	53
<i>Figure 14 - Question 14 sondage : les pharmaciens ont un rôle à jouer dans l'accompagnement des personnes isolées</i>	53
<i>Figure 15 - Question 16 sondage : mesure de la pertinence des niveaux d'action du pharmacien d'officine</i>	56
<i>Figure 16 - Question 17 sondage : mesure de l'impact potentiel de différentes actions</i>	56
<i>Figure 17 - Mécanisme de conséquences de l'isolement et son aggravation</i>	58

INTRODUCTION

Nous assistons aujourd'hui à une crise des liens sociaux, le phénomène d'isolement social que l'on définit comme la souffrance d'une personne dont les relations sociales semblent insuffisantes en quantité et/ou en qualité (1) est en pleine expansion. Si la crise sanitaire liée au Covid-19 et ses mesures de distanciations en est une cause évidente, d'autres changements des modes de vie, les écarts sociaux et les conditions économiques amorçaient déjà ce phénomène avant cela. Certaines populations sont plus exposées à ce risque d'isolement, en particulier les personnes âgées, les personnes handicapées ou malades chroniques en lien avec la restriction de mobilité mais également une dégradation du statut social. Des disparités peuvent exister en fonction des différentes régions. Nous nous concentrerons ici sur la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA).

Il est démontré que le manque d'interactions sociales de qualité, entraîne une dégradation de l'état de santé et une augmentation de la mortalité. Il existe donc un enjeu majeur à sa prise en charge. Dans le contexte actuel où la place du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patients est grandissante et au regard de la confiance que les Français lui accorde, il semble être un acteur clé pour œuvrer dans l'accompagnement des personnes isolées.

L'objectif du présent travail est alors de discuter du rôle social du pharmacien d'officine et d'aborder les perspectives d'accompagnement des personnes isolées.

Dans un premier temps, nous dresserons le bilan complet de l'isolement social, des chiffres aux enjeux de santé publique.

Nous émettrons l'hypothèse d'attentes fortes de la part des travailleurs sociaux en lien avec la population sur le terrain vis-à-vis d'un soutien du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des isolés. Afin de répondre à celle-ci, nous utiliserons un sondage que nous avons réalisé en région PACA.

Pour terminer ce travail, nous aborderons des exemples concrets d'accompagnement pour aboutir à la construction d'une démarche applicable à l'officine afin de répondre à ce besoin d'accompagnement.

PREMIÈRE PARTIE : AUGMENTATION DE
L'ISOLEMENT SOCIAL, CONSTAT ET ENJEUX
DE SANTE

I. Isolement social : aperçu et évolution

I.1- Tendances générales

Aujourd'hui, les interactions sociales caractéristiques de l'espèce humaine sont fragilisées dans la population française. En effet, plusieurs études nationales montrent que l'isolement social est une problématique grandissante. Le fait marquant ces dernières années est l'omniprésence de l'isolement qui n'épargne aucune tranche d'âge, quelle que soit la classe sociale des individus et leur lieu de vie. (2)

Dans les études qui sont développées dans la suite de cette partie la socialisation concerne principalement les réseaux suivants : familial, amical, associatif, le voisinage. Parfois, les études tiennent aussi compte du réseau professionnel. L'isolement social est donc défini ici comme un défaut voire une absence d'interactions sociales dans ces différents réseaux. Au cours de ces études, il est d'usage de ne pas prendre en compte les interactions avec les individus à l'intérieur du foyer.

Le centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) suit depuis 2010 l'évolution de l'isolement social en France pour la Fondation de France (3) (4) (2). Les études du CREDOC illustrent bien la tendance franche d'augmentation de l'isolement social dans la population française. En effet, la part des personnes en situation de fragilité vis-à-vis de l'isolement social n'ayant des interactions qu'avec un seul réseau de socialisation seraient passées de 23% en 2010 à 30% en 2014 et même 54% en 2021.

Ces études présentent aussi l'évolution de la part des personnes objectivement isolées en France : 9% en 2010, 14% en 2020 avant le début de la crise sanitaire de la Covid-19 et 24% en 2021. Ces chiffres montrent qu'il y a globalement une évolution très importante de l'isolement social dans l'ensemble de la population française avec un fort impact de la crise sanitaire sur la problématique.

I.2- Impact sur les cercles de socialisation

Le réseau le plus mobilisé par les Français est le réseau amical qui, bien que fragilisé, reste fort et assez stable dans le temps. Les interactions au sein de ce réseau sont le reflet des inégalités sociales et générationnelles. En effet, il semblerait que l'isolement vis-à-vis du réseau amical

soit généralement lié aux conditions socio-économiques mais aussi à l'appauvrissement de ce réseau en vieillissant. (2)

Dans les années précédentes (notamment en 2013) (5), le CREDOC rapportait une fragilisation du réseau familial qui tend aujourd'hui à se reconstruire avec une augmentation des relations familiales à l'extérieur du foyer depuis 2020. Encore une fois ce sont les personnes précaires, handicapées et âgées pour qui les relations au sein du cercle familial sont les moins solides.

En ce qui concerne les relations de voisinage, elles ont tendance à disparaître, notamment chez les plus jeunes et en milieu urbain. Pour nos aînés, avec la diminution de la mobilité, le cercle amical se résume bien souvent aux voisins. De plus, leur lieu de résidence est plus stable ce qui favorise la connaissance et les échanges dans le voisinage. (4)

Le réseau de socialisation associatif connaît aussi une transformation avec une diminution de la pratique associative chez les jeunes seniors que l'on pourrait expliquer par un départ à la retraite plus tardif. Parallèlement, on constate une augmentation de l'engagement associatif des jeunes en lien, probablement, avec une augmentation de l'altruisme. (2)

Le milieu professionnel et les relations entre collègues à l'extérieur du lieu de travail représentent le réseau de socialisation le moins développé. On constate là encore une grande disparité entre les cadres et les travailleurs les plus pauvres mais aussi une différence entre les sexes. Les femmes entretiendraient moins de relations avec leurs collègues de travail. Cette dernière fracture peut s'expliquer par l'exercice de professions plus solitaires et par la gestion du foyer. (2)

I.3- Le profil des isolés

i. L'âge

Les personnes âgées sont particulièrement touchées et impactées par l'isolement social. C'est ce que montre une étude du conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) réalisée en 2017 auprès de personnes âgées de 60 ans et plus (6). D'après cette étude, 22% des personnes âgées de 60

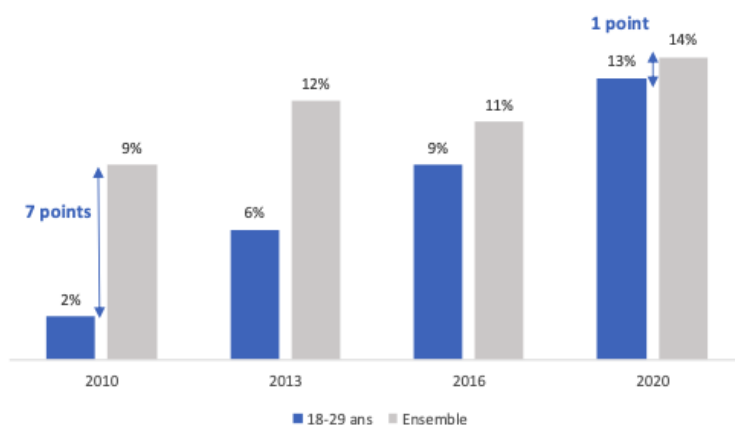
ans et plus seraient isolées de leur cercle familial. De plus, 6% seraient isolées à la fois du cercle familial et du cercle amical.

Le sentiment de solitude et l'isolement est un sujet qui préoccupait 28% des 60 ans et plus notamment chez les personnes vivant en milieu rural.

De la même manière, l'étude du CREDOC de 2014 évoquait 14% d'isolés chez les 60-74 ans et même 27% chez les 75 ans et plus.

Si les personnes âgées ont toujours été plus touchées par l'isolement social, nous assistons aujourd'hui à une modification du profil des personnes isolées et les plus jeunes de la société sont davantage touchés.

L'écart entre les 18-29 ans et le reste de la population s'est considérablement réduit passant de 7 points à 1 point entre 2010 et 2020. Les jeunes sont donc aujourd'hui autant touchés par l'isolement social que le reste de la population française.



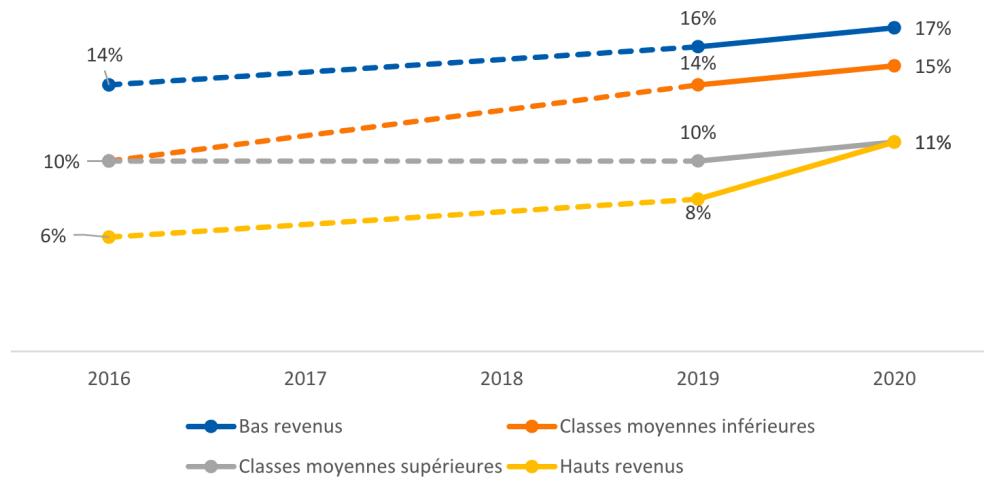
Selon Institut TMO Régions de 2010 à 2014 et Crédoc de 2016 à 2020, enquêtes Conditions de vie et aspirations des Français âgés de 18 ans et plus

Figure 1 - Évolution du taux d'isolement relationnel chez les 18-29 ans par rapport à l'ensemble de la population toutes classes d'âges confondues

ii. Le profil socio-économique

Si on s'intéresse à l'évolution des situations d'isolement relationnel et social en fonction des catégories socio-professionnelles, on constate que les écarts se réduisent entre les hauts revenus et les bas revenus. Ce changement est le fait d'une très forte augmentation de l'isolement pour

les hauts revenus passant de 6% en 2016 à 11% en 2020 alors que pour les personnes aux plus bas revenus, l'augmentation de l'isolement n'est que de 3 points sur la même période.



Selon CREDOC, Enquêtes « Conditions de vie et aspirations » 2016, 2019 et 2020, issu de « 10 ans d'observation de l'isolement relationnel : un phénomène en forte progression – Les Solitudes en France édition 2020 »

Figure 2 - Évolution de la part des personnes isolées en fonction du niveau de revenu

iii. Le lieu de vie

Le constat qui est fait au fil de chacune des études du CREDOC est que les Français isolés ne vivent pas plus en zone rurale qu'en zone urbaine. En effet, 25% des isolés vivent en milieu rural contre 22% de la population générale. Ces chiffres sont assez stables dans le temps, il serait donc faux de penser que les citadins ont plus de mal à entretenir les réseaux sociaux de proximité ou que la population rurale est plus isolée.

II. Causes de l'isolement social

II.1- La situation économique

La socialisation est historiquement coûteuse et tend à le devenir de manière croissante : les déplacements, les activités culturelles et sportives, ... Les différentes crises et l'inflation ayant

mis à mal le budget des classes les plus modestes de la population, les dépenses associées à la socialisation sont trop importantes. C'est pour cela qu'on observe toujours une fracture entre les classes supérieures et les ouvriers ou salariés aux revenus modestes. (2)

Si les jeunes sont de plus en plus isolés aujourd'hui cela semble lié au changement de la situation économique de cette tranche d'âge avec une précarisation croissante de l'emploi et une paupérisation des jeunes.

II.2- L'âge

Les personnes âgées sont toujours plus isolées que le reste de la population. Plusieurs paramètres entrent en jeu et modifient la socialisation avec l'âge.

La fin de l'activité professionnelle avec le départ à la retraite est un premier frein à la socialisation parce qu'elle marque bien souvent une rupture avec tout un réseau de socialisation. L'arrêt de l'activité professionnelle entraîne aussi une diminution des revenus qui oblige les jeunes retraités à modifier leurs loisirs et sorties.

En avançant dans l'âge, d'autres problématiques apparaissent comme un frein à la socialisation : le fait de ne plus pouvoir conduire, la dégradation de la santé, la perte d'autonomie. Celles-ci entraînent notamment une diminution de la mobilité des personnes âgées. La perte d'un conjoint, de proches ou d'amis diminue bien souvent le cercle de socialisation.

Finalement, chez la personne âgée, on assiste à la disparition du réseau de socialisation professionnel et à la disparition progressive du réseau amical. Les réseaux de proximité dont le voisinage sont des réseaux de choix pour nos aînés. (2)

L'entrée en institution d'une personne âgée est une vraie rupture dans la socialisation de l'individu, bien qu'entouré de nombreux autres semblables. Il s'agit, notamment quand ce placement se fait contre le gré du résident, d'une transplantation au milieu d'autres « non choisis » dans un environnement sans aucun repère. Il existe toujours une barrière entre la vie en institution et celle dans le lieu de vie précédent. De plus, à l'entrée en institution, bien qu'entourés de nombreuses personnes, nos aînés souffrent de handicaps sensoriels et moteurs

(perte d'audition, de vue, de mobilité) qui sont un frein à la socialisation avec les autres résidents. (7)

II.3- Le handicap

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), *est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école où à occuper un emploi s'en trouvent compromis.* (8)

Le rapport du CREDOC de 2018 (9) s'intéresse particulièrement aux personnes en situation de handicap ou atteintes d'une pathologie chronique. Il semble pertinent pour notre étude de comprendre la situation d'isolement de ces personnes qui sont des usagers réguliers du système de soin et bien souvent de l'officine. Par ailleurs, ces individus sont plus souvent concernés par les situations d'isolement social que le reste de la population. Dans cette étude, 32% des personnes interrogées disent se sentir régulièrement seules contre 22% dans la population générale.

Les facteurs les plus évidents de l'importance de ce phénomène sont la douleur physique, la fatigue et la réduction de mobilité qui limitent l'individu dans la réalisation d'activités de loisir et conduisent à un renoncement plus ou moins temporaire d'une partie de la vie sociale.

Il existe aussi des facteurs économiques. On constate, en effet, que le niveau de diplôme et le taux d'emploi sont inférieurs au reste de la population. Ces personnes ont souvent plus de mal à s'insérer et à se maintenir sur le marché du travail. Il est difficile de concilier un emploi à temps plein avec la prise en charge d'une pathologie chronique ou d'un handicap. La situation économique plus précaire de cette partie de la population est encore une fois une entrave à la socialisation. (9)

Aux difficultés physiques et économiques s'ajoute bien souvent pour les personnes en situation de handicap un manque de confiance en soi qui s'explique par la peur d'être jugé. En effet, les personnes en situation de handicap seraient six fois plus victimes de discriminations que le reste de la population. La crainte d'être une charge pour l'entourage, la honte et la pudeur sont des sentiments qui fréquents qui constituent un obstacle pour aller vers les autres et faire des rencontres amicales ou amoureuses.

La place de l'entourage familial entre également en jeu dans la socialisation de ces personnes. Une grande partie d'entre elles a besoin d'aide au quotidien et les proches sont souvent sollicités que ce soit comme soutien moral ou dans l'aide concrète à la réalisation des actes de la vie quotidienne. Le sentiment de solitude peut alors se renforcer quand le soutien est insuffisant ou quand, par peur d'être un poids pour la famille, la personne refuse le soutien apporté par les proches. Si le soutien de la famille est primordial, il est important de veiller à éviter un phénomène négatif d'isolement des aidants, notamment quand l'aide principale est apportée par le conjoint.

Les professionnels de santé sont souvent, pour les personnes en situation de handicap, un premier recours devant leur famille et leurs amis en cas de difficultés. Ces personnes sont plus en contact avec des professionnels de santé que le reste de la population et, généralement, les difficultés de leur vie quotidienne, si elles ne sont pas directement liées à leur santé, auront un impact sur la prise en charge de leur maladie. Dans certains cas c'est aussi ce lien avec le professionnel qui permet de pallier au manque de socialisation. En effet, c'est souvent le temps des soins qui constitue le troisième temps dans la vie quotidienne après la vie professionnelle et la vie familiale. Ce temps apparaît comme un temps privilégié pour les échanges et l'obtention d'un soutien moral.

Dans l'impact que la maladie a sur le déroulement de la vie et de la socialisation de l'individu, il faut considérer également d'autres facteurs. Pour commencer, l'âge et le moment dans la construction personnelle, auquel la maladie apparaît dans la vie de la personne, vont jouer un rôle important. La maladie peut se déclarer chez un adulte qui a terminé ses études, fondé une famille et même avancé dans sa carrière professionnelle comme elle peut frapper un adolescent ou un enfant qui a tout à construire. Dans le premier cas, l'annonce de la maladie est tragique mais n'entrave pas la construction de toute une vie qui a déjà été construite alors que, dans le second cas elle condamne tout un pan de vie dont la construction sera rendue encore plus difficile.

Il faut aussi considérer un autre aspect qui est la temporalité d'apparition de la maladie ou du handicap. Quand la pathologie survient progressivement, elle peut offrir la possibilité de mettre en place des adaptations et des acceptations qui ne seront pas toujours envisageables lorsque la pathologie survient brutalement.

Malgré tous ces paramètres, bien d'autres entrent en jeu dans le vécu d'une maladie ou d'un handicap. Ceux-ci ne permettent donc pas à eux seuls à prédire le ressenti de chacun. Il reste toutefois évident que le fait de vivre avec un handicap ou une maladie chronique est un frein à la socialisation de l'individu.

II.4- Modifications des habitudes et des pratiques

Les changements sociétaux de ces dernières années ont également tendance à impacter la socialisation, particulièrement pour les catégories les plus aisées de la population. On note par exemple une tendance à la pratique sportive individuelle plutôt qu'aux sports collectifs et à la pratique en club. Ce changement entraîne un appauvrissement du réseau de socialisation associatif. (2)

L'accès à la culture est aussi en transformation avec l'essor des plateformes de streaming et l'accès en ligne à différents supports culturels (audio, vidéo, livres) jusqu'à certaines visites de musées et monuments. Si cette transition était amorcée avant la crise sanitaire, elle connaît une forte évolution depuis le printemps 2020. Malgré la fin des restrictions, les Français ont bien souvent du mal à renouer avec les sorties culturelles. Néanmoins, les derniers sondages montrent que sur le long terme, la majorité des Français estiment que la pandémie n'impactera pas la fréquentation des lieux culturels (10).

II.5- Diminution de la confiance en autrui

On observe depuis quelques années au sein de la société française, une diminution de la confiance aux autres. Celle-ci s'expliquerait, d'une part, par les différents évènements terroristes qui ont frappé le pays, mais également par l'inquiétude face aux agressions dans l'espace public. (2)

Cette défiance se traduit par une diminution des rencontres et une augmentation des relations au sein du cercle familial. (2)

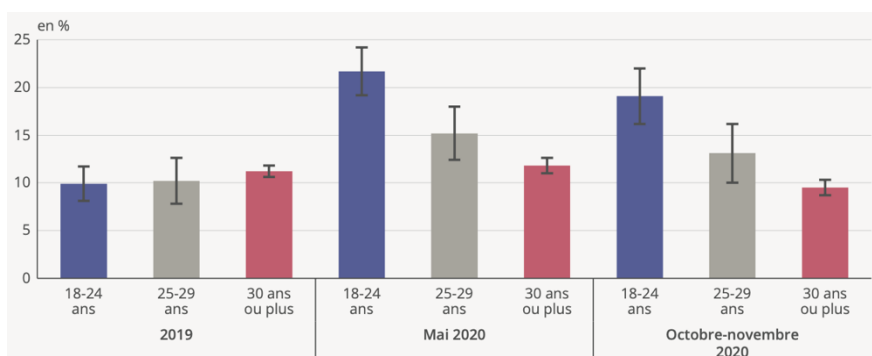
II.6- La crise sanitaire

La crise sanitaire de la Covid-19, qui a entraîné le confinement d'une grande partie de l'humanité en 2020 a eu de lourdes conséquences sur la socialisation de toute la population. En effet, les mesures visant à limiter les contaminations et la propagation du virus, la crainte de contaminer ses proches et les conséquences économiques de la crise sanitaire ont transformé la vie sociale de la population et dans certains cas ont pu avoir des conséquences psychiques. Ainsi, si pour certains le confinement a été l'occasion de se retrouver en famille dans un environnement rassurant, pour d'autres le confinement a pu induire des troubles et désordres psychologiques plus ou moins importants. Une recrudescence des manifestations psychiatriques (particulièrement l'anxiété et la dépression) a été observée au moment du premier confinement en mars 2020 (11). Leur fréquence et leur gravité varient en fonction de la durée et des conditions de confinement ainsi que les possibles pertes de revenus associées. Des facteurs de variabilité individuel ont aussi été identifiés comme les antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques, mais également le fait d'exercer une profession de santé. La nature des manifestations varie des troubles de l'humeur aux confusions voire au syndrome de stress post traumatique. Elles sont liées au manque d'interactions sociales mais aussi à l'angoisse suscitée par cette situation inédite, le manque d'information, la peur de la contamination pour soi ou pour ses proches mais aussi les incertitudes sur l'avenir.

La crise sanitaire et l'isolement qui en a découlé, ont particulièrement frappé deux catégories de la population que tout oppose : les jeunes adultes moins à risque de complications que le reste de la population face à la Covid-19 et les personnes âgées particulièrement vulnérables, notamment celles placées en institution. (12) (13)

i. La crise sanitaire chez les jeunes adultes

Pour les plus jeunes (18-29 ans), une hausse spectaculaire de la prévalence des états dépressifs a été constatée entre 2019 et mai 2020 puis octobre-novembre 2020 (12). On constate alors chez les 18-24 ans une prévalence double de 22% en mai 2020 contre 10% en 2019 des syndromes dépressifs. « Être jeune » apparaît ainsi non pas comme un facteur de risque de la Covid-19 mais comme un facteur de risque de la dépression spécifique de la crise sanitaire.



Selon l'enquête épidémiologique et conditions de vie EpiCov, Inserm-Drees – « Moins à risque face à la Covid-19, les jeunes adultes subissent les contrecoups économiques et sociaux de l'épidémie »

Figure 3 - Prévalence des syndromes dépressifs selon l'âge pendant la crise sanitaire

L'isolement social imposé par les mesures de distanciation semble être le principal argument pour expliquer cette situation de dépression chez les jeunes.

La crise de l'emploi liée à la crise sanitaire a particulièrement frappé les plus jeunes de la société, ajoutant à la souffrance psychologique induite par la distanciation, des craintes et difficultés à construire son avenir. Les jeunes actifs, au niveau de diplôme bas, exercent souvent dans les secteurs d'activité de l'hébergement et de la restauration qui sont les plus impactés par le ralentissement de l'activité économique. C'est en effet les plus jeunes qui auraient été le plus fortement impactés par le chômage partiel et le chômage technique lors des confinements successifs. Occupant des emplois souvent précaires, beaucoup ont fait face à des non-renouvellements de contrats.

Le taux d'emploi a ainsi diminué de manière importante chez les plus jeunes alors qu'il est resté relativement stable chez les plus de 30 ans.

Pour les jeunes étudiants, la crise affecte également les conditions d'apprentissage avec un enseignement à distance et la rupture de toutes les interactions liées à la vie universitaire. Dans les milieux les plus précaires, une pression économique est venue se surajouter à des conditions d'apprentissage déjà rendues difficiles.

ii. La crise sanitaire chez les personnes âgées en EHPAD

La gestion des protocoles sanitaires dans les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) au cours de la crise est également un sujet délicat qui a fait l'objet de nombreux débats (13) (14). Elle doit, en effet, se faire entre protection de la santé des résidents vulnérables, du fait de leur âge et des comorbidités associées (cardiovasculaires, respiratoires, métaboliques) et maintien des contacts sociaux nécessaires à la vie humaine.

Le conflit éthique du confinement des EHPAD, au-delà du fait de limiter la propagation de la pandémie dans un milieu particulièrement vulnérable, met en jeu le bien-être physique, psychologique et social des résidents. Tout d'abord sur le plan physique, la limitation des activités induit une sarcopénie, des chutes et l'augmentation de la dépendance chez les personnes âgées. Sur le plan psychologique, s'ajoute à l'impact du confinement ressenti par le reste de la population, une diminution importante des stimulations psychiques et cognitives pouvant induire différents troubles psycho-comportementaux chez les personnes âgées souvent atteintes, par ailleurs, de troubles neurodégénératifs. Enfin sur le plan social, l'isolement est un facteur de mortalité important chez les plus âgés comme nous le verrons par la suite. Il renforce le sentiment d'inutilité sociale. Pour les résidents comme pour les soignants, le manque d'interactions et de satisfaction sociale a induit une perte de l'estime de soi.

L'interdiction des visites des proches, la limitation des activités collectives et parfois le confinement total en chambre ont bouleversé les liens sociaux des résidents d'EHPAD. Bien que des moyens de communications modernes aient été parfois utilisés dans certains établissements, ils nécessitent souvent la mobilisation du personnel soignant et ne suffisent pas à remplacer le sentiment de bien-être lié à la présence physique d'un proche au cours d'une visite pour des personnes d'un âge avancé souffrant de défaillances cognitives plus ou moins importantes. Les soignants ont observé, à la fois la virulente contagiosité du virus rendant malades les résidents les uns après les autres mais aussi ceux tombant malades, de la rupture relationnelle avec les proches et aidants. Le confinement en EHPAD a ainsi entraîné une augmentation dans cette population de troubles anxiodépressifs, syndromes de glissement, troubles comportementaux à la suite de la contention voire de crise suicidaire bien connus en gériatrie. C'est l'isolement relationnel qui a entraîné chez les personnes âgées placées en institution une perte de toute envie de vivre, se traduisant dans certains cas par un arrêt de toute communication verbale et interaction avec les soignants voire un refus de s'alimenter. Certaines

études ont même démontré une augmentation de la dénutrition en EHPAD (15) après le confinement passant de 11% avant le confinement à 19,7% après celui-ci. Cette augmentation de la dénutrition est en lien avec la modification du rythme de vie des résidents comme la prise des repas seuls en chambres, mais aussi la souffrance psychologique de l'éloignement des familles et dans les cas les plus extrêmes la résignation à « se laisser mourir ». On peut également supposer que l'augmentation de la dénutrition et la perte musculaire qui peut y être associé pourra avoir également des effets délétères sur l'autonomie du patient et son isolement. La crise sanitaire et la prise en charge de nos aînés ont ouvert des perspectives d'élaboration de stratégie dans la prise en charge du grand âge sur le plan national.

III. Isolement social : enjeux de santé

Si la vie sociale de l'individu fait la construction particulière de l'espèce humaine, il paraît naturel que le manque ou la mauvaise qualité des interactions avec d'autres individus puisse engendrer des désordres chez les individus isolés. Nous allons d'abord nous attarder sur l'impact que la défaillance des interactions sociales peut avoir sur l'état de santé de l'individu et sur la mortalité avant de nous intéresser de plus près aux conséquences sur la santé mentale de l'isolement.

III.1- Isolement social et état de santé

Plusieurs études montrent que l'isolement social influence négativement l'état de santé des individus entraînant notamment des taux de mortalité plus importants chez les personnes isolées. Avant de découvrir les répercussions physiologiques de l'isolement et de l'état de solitude, il faut noter que malgré le système de sécurité sociale existant en France, de nombreuses personnes renoncent aux soins. Ce phénomène de renoncement est marqué chez les personnes qui ont des conditions de vie précaires et notamment celles qui sont isolées (16).

i. Isolement social et mortalité

Pour illustrer la surmortalité liée à l'isolement social, nous allons nous appuyer sur différentes études. Tout d'abord, une étude canadienne publiée en 2020 (17) qui a pour but d'étudier la perception de l'isolement au sein de la population âgée canadienne, puis, l'impact de celui-ci sur la mortalité. Pour réaliser l'étude, les données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - vieillissement en santé ainsi que la base canadienne de données de l'état civil ont été utilisées. Au total, l'échantillon de l'étude se composait de 13 037 hommes et femmes de plus de 65 ans. Deux aspects de l'isolement social ont été mesurés. Tout d'abord la participation sociale basée sur un questionnaire de fréquence au sujet de différentes activités communautaires (activités culturelles, familiales, associatives, religieuses ...). Ensuite, l'isolement subjectif a été mesuré grâce à deux paramètres, la solitude et le sentiment d'appartenance à la collectivité. Ces deux derniers paramètres sont auto-évalués par chacun des participants. Différentes variables ont également été prises en compte concernant, par exemple, le statut économique, la situation familiale ainsi que l'état et les comportements de santé. Le suivi des participants a été réalisé pendant une période de 8 à 9 ans entre 2008-2009 et 2017. Au cours de l'étude, les personnes qui avaient une faible participation initiale avaient plus de probabilité de décéder et le temps de survie était en moyenne plus court pour les individus ayant une faible participation sociale.

Voyons maintenant une enquête suédoise (18) qui évaluait le bien-être de la population en lien avec les relations et interactions sociales. Cette étude a été réalisée sur 2 années différentes, en 1976 et en 1977 avec 2 échantillons de tailles différentes, 14 000 personnes entre 16 et 74 ans la première année et 14 500 la deuxième.

La mesure des interactions avec les réseaux sociaux est réalisée à partir de 18 questions qui ne tiennent compte que de la fréquence des relations avec les différents réseaux de socialisation mais pas de la qualité des relations entretenues.

Par ailleurs, une mesure des facteurs de mortalité est réalisée à partir de questions au sujet des maladies chroniques et invalidités en différenciant les maladies cardio-vasculaires. Au cours de l'étude, il y a eu 841 décès dont 414 liés aux maladies cardio-vasculaires.

L'étude a montré que toutes catégories d'âge confondues pour les hommes et les femmes, il y a un risque de mortalité plus important pour les individus ayant un réseau social moins développé.

Ces deux études confirment le lien entre l'isolement ou le défaut de qualité des relations sociales et une mortalité augmentée notamment par la dégradation de différentes fonctions physiologiques. Il existe par ailleurs une méta-analyse de plus grande ampleur incluant plus de trois millions de personnes selon laquelle l'isolement social et le sentiment de solitude seraient responsables d'une augmentation de 30% du risque de mortalité précoce (19).

En effet, l'isolement social exerce une influence négative notamment sur le système cardiovasculaire et le système immunitaire. Il causerait également des troubles cognitifs.

ii. Isolement et risque cardiovasculaire

Les pathologies cardiovasculaires sont aujourd'hui la deuxième cause de mortalité en France derrière les cancers (20). S'il existe à l'heure actuelle de nombreux moyens de les prévenir, nous allons voir que l'isolement a un réel impact sur l'état de santé cardiovasculaire.

Pour commencer, il faut noter qu'il existe différents facteurs de risque cardio-vasculaires (RCV) connus et définis. Nous allons par la suite considérer les facteurs de RCV définis par la Haute Autorité de Santé (HAS). Certains ne sont pas modifiables comme l'âge, le sexe masculin et les antécédents personnels familiaux de maladies cardiovasculaires, d'autres sont liés à une pathologie comme les dyslipidémies, le diabète ou l'hypertension artérielle. On retrouve également des facteurs de RCV liés aux habitudes de vie comme l'alimentation déséquilibrée, la sédentarité ou le tabagisme.

Selon la HAS, le niveau de RCV se calcule par l'index SCORE (*Systematic Coronary Risk Estimation*) qui tient compte notamment du sexe, de l'âge, du tabagisme, de la pression artérielle systolique et de la cholestérolémie totale. Toutefois, la HAS précise que l'évaluation du RCV est sous-estimée par l'index SCORE chez les patients souffrant d'un manque de soutien social.

Ceci montre déjà qu'à index SCORE identiques, la HAS estime qu'un patient socialement isolé a un niveau de RCV plus important qu'un patient socialement intégré. Il existe plusieurs études qui démontrent cela. (21)

Nous pouvons également nous intéresser à l'influence que l'isolement peut avoir sur chacun des facteurs de RCV. Le plus évident est la sédentarité, cause ou conséquence de l'isolement social, elle va généralement de pair avec ce dernier et contribue à augmenter le RCV. Plus largement, il semblerait que les personnes isolées soient plus exposées à des comportements de

santé augmentant le RCV comme la consommation d'alcool, le tabagisme et une alimentation déséquilibrée. Celles-ci seraient, par ailleurs, moins exposées aux messages de prévention et aux comportements bénéfiques diffusés par la société.

iii. Isolement social et activité neuroendocrinienne

Au-delà des comportements de santé, des études ont montré que la perception de la solitude et la faiblesse des interactions sociales génèrent un stress qui induit une modification de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysaire notamment sur la production de cortisol. Tout d'abord, chez l'animal (22), une étude sur des singes écureuils a démontré que la séparation des individus induisait une augmentation du taux basal de cortisol sanguin alors que la reformation de groupes entraîne une diminution de ce taux. L'isolement de ces singes écureuils créerait un stress qui induit l'augmentation de la sécrétion de cortisol.

Des études chez des humains percevant un isolement social ont également été menées (23). Les variations journalières du taux sanguin de cortisol étant fortement variables en fonction des individus, du moment et des conditions de prélèvement dans la journée, celles-ci sont généralement effectuées sur des prélèvements salivaires ou urinaires. En séparant des patients hospitalisés selon leur niveau de perception de la solitude, des prélèvements et dosages urinaires de cortisol ont montré une corrélation positive entre la perception de la solitude et le taux de cortisol urinaire. Plusieurs études ont montré que l'isolement chronique entraînait une augmentation significative du taux de cortisol salivaire.

Les glucocorticoïdes comme le cortisol entraînent la régulation de nombreux paramètres physiologiques comme l'inflammation, le métabolisme du glucose ou encore l'activité cardiovasculaire. Il existe physiologiquement un rétrocontrôle négatif au niveau cérébral, or, il semblerait que la perturbation des facteurs sociaux conduise à une résistance des récepteurs endogènes aux glucocorticoïdes.

Ces taux élevés de glucocorticoïdes entraînent donc eux aussi une défaillance du système cardiovasculaire par une augmentation de la pression artérielle et une dégradation des vaisseaux sanguins en lien avec une augmentation de l'athérosclérose.

L'activité neuroendocrine régule également l'immunité cellulaire et humorale via les glucocorticoïdes. Ainsi l'isolement social créerait également des désordres au niveau immunitaire (24).

En effet, des modèles animaux ont démontré que les signalisations en lien avec les menaces perçues de l'environnement médiées par le système nerveux sympathique entraînent une formation de cellules immunitaires immatures (monocytes et neutrophiles) résistantes aux glucocorticoïdes.

On observe chez l'homme une régulation positive des gènes de l'inflammation associée à une régulation négative de la réponse antivirale chez les individus faisant l'expérience de l'isolement social. Il est démontré que celui-ci entraîne, via la régulation du système nerveux sympathique sur la myélopoïèse, une production de monocytes immatures et de cellules pro-inflammatoires.

La dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire entraîne, au niveau endocrinien, des désordres responsables d'une part de complications cardio-vasculaires par une augmentation du stress et de la pression artérielle néfaste pour les artères et d'autre part une perturbation de la réponse immunitaire rendant les individus plus sensibles aux infections virales et favorisant les mécanismes inflammatoires. (24)

iv. Impact de l'isolement sur l'activité cognitive

Les exigences sociales de l'espèce humaine influencent le développement du néocortex et les fonctions cognitives de l'humain. Différentes études sur l'animal montrent que l'isolement a des effets négatifs sur l'apprentissage (25). On démontre également que chez l'homme, la solitude peut entraîner un déclin cognitif de la même manière que l'apoptotéine E4 identifiée dans la maladie d'Alzheimer. Plus précisément, certaines études ont montré un impact sur la mémoire épisodique, la mémoire sémantique, la mémoire de travail et sur la perception. (25)

Chez la souris, des études d'imagerie médicale ont démontré que l'isolement induit une diminution de l'activité cérébrale ainsi qu'une diminution neurotrophique.

III.2 - Impacts de l'isolement social sur la santé mentale

L'OMS définit la santé mentale comme : « *un état de bien être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ». (26)

Un état de bonne santé mentale ne se résume donc pas en l'absence de pathologie mentale ou psychiatrique, mais prend en compte le bien être psychologique global de l'individu ainsi que sa capacité à s'épanouir individuellement et dans la société.

Il existe différents facteurs qui impactent la santé mentale des individus, le modèle le plus représenté dans la littérature est basé sur trois niveaux : les facteurs individuels, les facteurs sociaux et économiques et les facteurs sociétaux.

On retrouve en particulier au niveau des facteurs sociaux et économiques les liens sociaux et la situation économique et sociale qui sont intimement liés à la richesse des relations sociales. Les études montrent que l'isolement social, le chômage, la pauvreté et les échecs scolaires et professionnels ont un effet négatif sur la santé mentale. A contrario, un fort soutien social et un réseau familial riche sont des facteurs protecteurs pour la santé mentale. La santé mentale est donc de manière générale fortement associée à la densité et à la qualité de l'environnement social.

i. Troubles psychotiques

Différentes études ont été menées sur des petits groupes d'individus soumis à un isolement important pendant une durée relativement longue notamment au cours des expéditions polaires, à bord de sous-marins ou de navettes spatiales (27). Certaines conditions de détention particulièrement drastiques notamment aux Etats-Unis permettent également d'identifier les troubles psychotiques. En effet, le manque de contacts sociaux serait à l'origine de troubles de type hallucinations, délires et paranoïa pouvant entraîner des états confusionnels délirants avec une forte agitation ou des actes impulsifs pouvant être associés à une violence auto-dirigée. L'absence de stimulation de l'environnement pourrait créer une hypersensibilité à tout stimulus extérieur entraînant une perception erronée de l'environnement sociétal et des événements de déréalisation (28). Il a déjà été montré qu'un défaut de stimulation sensorielle au moment du développement entraîne des réorganisations cérébrales principalement au niveau des cortex

associatifs. Comme une personne ayant perdu la vue ou l'audition peut percevoir des hallucinations auditives ou visuelles car le cerveau crée une hyperexcitabilité neuronale afin de compenser au manque de stimulations sensorielles réelles. Par analogie à ce manque de stimulation sensorielle, la privation d'interactions sociales peut entraîner des hallucinations et des délires pour pallier le manque de stimulation.

Le fait d'échanger avec des individus permet de valider, à travers ces contacts sociaux, la perception de la réalité et de l'environnement social. Les personnes pour lesquelles ces échanges sont fortement réduits n'ont pas l'occasion de valider cette perception de l'environnement et créent ainsi des perceptions altérées de celui-ci. (28)

ii. Anxiété et troubles du sommeil

Le fait d'être isolé entraîne une augmentation de l'anxiété. Il a été observé que l'axe hypothalamo-hypophysaire qui permet la gestion neuroendocrine du stress et de l'angoisse s'active de manière plus rapide et intense chez les personnes isolées. Ainsi un événement négatif est plus rapidement et plus fortement perçu par le cerveau alors que la perception d'un événement positif ou encourageant sera moins évidente. Ce déséquilibre des perceptions aura tendance à créer facilement des angoisses voire des phénomènes dépressifs. (29)

On sait que le rythme sommeil-éveil est intimement lié à la lumière du jour et au rythme jour-nuit mais également à l'activité physique en journée ainsi qu'aux interactions sociales. La modification de tous ces facteurs chez une personne isolée conduit à des perturbations du cycle de sommeil. Ce dérèglement peut avoir des conséquences sur l'attention, l'anxiété et le comportement de l'individu. (28)

iii. Dépressions et suicides

L'isolement social a été identifié chez l'homme et chez le rongeur comme un facteur de risque de dépression et de suicide notamment quand l'individu perçoit un sentiment de solitude. Cette observation a été validée par une étude menée chez la souris qui identifie une diminution de l'excitabilité de neurones sérotoninergiques en lien avec une altération de canaux potassiques activés par le calcium chez la souris soumise à un isolement social chronique (30). Or, nous savons que le déficit de stimulation des neurones sérotoninergiques est un élément central dans

le mécanisme physio-pathologique de la dépression. C'est d'ailleurs en administrant des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine - favorisant sa concentration au niveau synaptique - que celle-ci est prise en charge.

iv. Conduites addictives

Nous avons vu que la santé mentale des individus isolés est fragilisée. Cette fragilité peut se traduire par différents troubles anxieux, dépressifs, psychotiques et entraîne une difficulté dans la gestion des émotions. L'isolement crée également une forme d'ennui. Ces différents paramètres peuvent créer des comportements impulsifs visant à combattre l'ennui, ce qui favorise le développement d'addictions telles que la consommation d'alcool, de drogue, de tabac, des troubles de la conduite alimentaire. Pendant la période de confinement en 2020, une augmentation de ces conduites a été observée, les personnes déjà fragiles face à ces comportements ont été largement impactés. (31)

Les impacts de l'isolement sur la santé mentale des individus peuvent être importants de façon générale. Une attention particulière doit être portée aux personnes âgées qui sont souvent sujettes à un isolement social et même à une solitude perçue. Ce sentiment peut être renforcé par un sentiment de rejet et d'inutilité voire dans les cas extrêmes, un sentiment d'invisibilité sociale. Le mal-être psychologique des seniors n'est pas négligeable puisque le taux de suicides dans cette tranche de la population est particulièrement élevé. Comme à d'autres étapes de la vie, ce mal être est souvent lié à un remaniement identitaire. Aujourd'hui, la société ne s'intéresse pas beaucoup à cette problématique pour les personnes âgées, certainement parce qu'elle intervient à un âge de la vie où le vieillissement déconstruit déjà l'état de santé physique et cognitif. Alors, cette déconstruction de la santé mentale semblerait inévitable et normale.

v. Isolement perçu chez les personnes âgées

Aujourd'hui, malgré l'allongement de l'espérance de vie, le vieillissement crée un vrai dilemme, avec comme nous l'avons évoqué précédemment, une inquiétude quant à la manière de vieillir. Nous assistons aujourd'hui à une augmentation du nombre de personnes entrant dans

la catégorie du « très grand âge » et il est nécessaire de contribuer à un vieillissement serein et dans de bonnes conditions pour nos aînés.

L'isolement peut alors être perçu par des personnes âgées qui entretiennent toujours de nombreux contacts sociaux, mais éprouvent une insatisfaction face à la qualité de ces derniers. Les difficultés liées à l'âge entravant certains déplacements permettant de diversifier les contacts sociaux. Ces paramètres conduisent à une diminution de probabilité d'entretenir de vraies relations avec un confident (7).

L'avancé dans l'âge marque inévitablement une réduction des contacts sociaux avec en premier lieu le passage à la retraite qui peut être vécu comme un sentiment d'inutilité notamment pour les hommes ou par un sentiment de solitude, qui résulte davantage d'une insatisfaction de la vie professionnelle et/ou familiale en particulier chez les femmes. Dans la manière de vieillir, les conditions économiques et sociales de la personne ont une place importante. Évidemment, le manque de ressources économiques constitue un facteur de solitude mais dans certains milieux, le recours aux aides publiques pour l'accompagnement des personnes âgées reste méconnu et peu utilisé (7).

La maltraitance institutionnelle ou familiale souvent insidieuse qui peut être subie par nos aînés, peut prendre plusieurs formes : violences physiques, humiliations, privations, négligences des soins par exemple. Souvent ces formes de maltraitance portent atteinte à la dignité et à l'intégrité physique et psychologique des personnes âgées pouvant favoriser un sentiment de solitude (7).

Le placement en institution peut sembler être une solution pour faire barrière à la solitude chez nos aînés. En réalité, il faut noter que l'institution constitue une barrière à la vie « réelle » au sein de la société telle qu'elle est vécue jusqu'à lors pouvant ainsi favoriser le sentiment de rejet. Par ailleurs à l'âge de l'entrée en institution, la plupart des personnes âgées vivent avec des déficits moteurs et sensoriels qui freinent les échanges avec les autres résidents (7).

Cette perception de l'isolement chez les personnes âgées pourrait se traduire par une surconsommation de médicaments psychotropes. La HAS estimait en 2007 qu'une personne de plus de 70 ans sur deux en faisait usage, les prescriptions portent notamment sur les benzodiazépines utilisées comme anxiolytiques ou hypnotiques ainsi que sur les

neuroleptiques. (32) Or comme nous l'avons évoqué précédemment, les troubles du sommeil, l'anxiété et les troubles cognitifs peuvent découler de situations d'isolement.

DEUXIEME PARTIE : LE PHARMACIEN EST
UN PROFESSIONNEL DE SANTE DE
CONFIANCE POUVANT CONCOURIR A
L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ISOLE,
ANALYSE DES BESOINS

I. Hypothèse

1) Besoin de créer du lien social

L'isolement social, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, constitue une problématique majeure. Le sentiment de solitude semble être en expansion depuis quelques années et la crise sanitaire n'a fait que renforcer cette tendance. Lors de cette période, chacun a pu faire l'expérience de l'isolement et en percevoir les conséquences. Il est possible d'imaginer que pour, des personnes fragilisées par un parcours de vie compliqué et la maladie par exemple, celles-ci puissent être bien plus importantes et créer une vraie fracture avec la socialisation.

Si la crise sanitaire a entraîné une nette dégradation des liens sociaux de manière générale, elle a également permis de faire émerger de nombreux élans de solidarité et d'entraide. Il a en effet été montré que, si pour de nombreuses personnes le sentiment de solitude et de repli sur soi ont été largement renforcés, ce fut également le cas pour les valeurs d'entraide et de solidarité (33). Ainsi, nous pouvons supposer que la population a besoin d'échanger et de renforcer les liens fragilisés par la crise sanitaire et les mesures d'isolement.

2) Les prises en charge médicales sont un espace d'échange social

Selon l'OMS, des soins de qualité doivent être sûrs, efficaces et centrés sur le patient. Ce dernier point signifie qu'ils soient en accord avec les valeurs et les préférences du patient. L'échange et l'écoute des besoins du patient semblent donc déjà intégrés dans la dimension des soins.

Le fait d'être atteint d'une maladie chronique ou porteur d'un handicap, peut soulever de nombreuses questions sur les ressources économiques : coût des prises en charge, perte de revenus liée à l'activité professionnelle, difficultés à s'assurer ou à emprunter ...

Autant de questions qui peuvent compliquer la prise en charge d'un patient déjà précaire et éventuellement conduire à un renoncement aux soins. Il existe en France un système de prise en charge efficace, mais, pour certains patients, il peut nécessiter un accompagnement.

Pour une personne atteinte d'une maladie chronique comme pour une personne âgée, la limitation des sorties et des activités peut entraîner une vraie restriction de la socialisation. C'est finalement majoritairement sur le temps qui est consacré aux soins, que les échanges et les interactions avec la société se font.

Aujourd'hui, la visite à la pharmacie faisant partie intégrante des soins apportés aux patients, celle-ci devrait intégrer les problématiques de vie sociale du patient.

3) Le pharmacien est un professionnel de santé pouvant concourir au besoin de socialisation

Le pharmacien est aujourd'hui le professionnel de santé accessible et disponible par excellence. En effet, son officine est ouverte sans rendez-vous six ou sept jours sur sept sur une plage horaire large pendant toute l'année. L'étude de Biogaran® et IFOP (institut français d'opinion publique) du mois de décembre 2021 « l'observatoire de la santé au quotidien » rapporte que 95% des français interrogés jugent l'accès au pharmacien « facile » au cours de cette pandémie de Covid. (34)

Selon les chiffres de l'Ordre National des Pharmaciens de janvier 2020, la distance moyenne avec la pharmacie la plus proche est de 3,8 km pour l'ensemble du territoire national. Pour les communes qui ne disposent pas de pharmacie, la pharmacie la plus proche est dans 75% des cas située à moins de 6 km à vol d'oiseau en 2019 (35).

La moyenne française est de 31 officines pour 100 000 habitants, la région PACA fait partie des régions bien dotées avec une densité de 39 officines pour 100 000 habitants. La répartition n'est pas homogène au sein de la région avec des départements moins desservis : les Alpes de Haute Provence, le Var et le Vaucluse (36).

Il y a donc une bonne répartition du réseau officinal sur l'ensemble du territoire national et particulièrement en région PACA.

Les Français ont plus que jamais confiance en leur pharmacien. Selon un sondage de l'IFOP du mois d'avril 2020, la confiance des Français pour les pharmaciens ne cesse d'augmenter

pour atteindre une confiance de 97% au pharmacien de leur quartier soit le même taux de confiance que le médecin généraliste (37).

Le pharmacien est donc un professionnel de santé disponible, de proximité, en lequel les Français ont confiance. S'il avait déjà une place centrale dans le suivi des patients qui viennent fréquemment renouveler les traitements émanant des différents spécialistes, les nouvelles missions qui lui ont été confiées ces dernières années lui confèrent une vraie place dans le parcours du patient. Les pharmaciens développent ainsi des compétences dans la prévention et la prise en charge des patients qui peuvent être un atout pour la participation dans l'accompagnement de l'isolement social.

II. Sondage réalisé auprès des travailleurs sociaux de la région PACA

1) Introduction

Il existe, en région PACA et sur l'ensemble du territoire national, de nombreuses structures spécialisées dans l'accompagnement des patients au quotidien. On peut citer notamment les CCAS (centre communal d'action sociale) qui accompagnent les personnes dans les démarches d'obtention d'aides sociales, organisent des services de soins et d'aide à domicile ainsi que des animations à l'échelle de la commune ou de l'intercommunalité. On peut également citer les DAC (dispositif d'appui à la coordination) qui permettent de prendre le relais des professionnels de santé et médico-sociaux dans des situations complexes. On compte aussi de nombreuses autres structures dont l'activité est plus diversifiée comme les associations de patients, les points info seniors et les plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants.

Toutes ces structures vivent au quotidien les problématiques d'isolement social rencontrées sur notre territoire. C'est ainsi que dans le cadre de ce travail, nous avons choisi de les interroger afin de recenser d'une part les besoins du terrain, d'autre part afin d'évaluer les potentialités de l'implication des pharmaciens dans la démarche d'accompagnement des patients isolés.

2) Matériel et méthodes

Au début de ce projet, un travail d'information et de recherche bibliographique nous a permis de commencer à cerner la problématique et connaître les structures existantes.

i. Prise de contact avec le DAC13 Sud

Dans un second temps, nous avons pris contact avec le DAC du territoire Marseille-Aubagne-La Ciotat, DAC13 Sud¹. D'abord pour un entretien, nous avons ensuite passé une matinée en immersion en assistant au staff hebdomadaire au cours duquel toute l'équipe se réunit pour discuter des différents cas traités. Cette expérience nous a permis de cerner les problématiques rencontrées par ces professionnels, de discuter du rôle à jouer pour les pharmaciens d'officine.

Les DAC servent de support de coordination dans les situations complexes rencontrées par les professionnels de santé, paramédicaux et sociaux du territoire. C'est un numéro unique que ces professionnels, des aidants ou des personnes dans une situation complexe peuvent contacter. L'équipe aura pour mission d'orienter vers un professionnel, une structure ou encore coordonner une organisation autour de la prise en charge de la personne.

Si le pharmacien fait partie des professionnels qui ont la possibilité de contacter le DAC, l'équipe explique qu'elle ne reçoit pas souvent d'appels venant des pharmaciens officinaux. Ce sont pourtant des professionnels proches des patients qui connaissent bien leur parcours de vie et peuvent en détecter les fractures.

De plus, l'équipe considère les pharmacies comme un « lieu ressource », en effet le pharmacien centralise toutes les informations médicales des différents professionnels de santé qui gravitent autour du patient et a une connaissance globale de sa situation également sur le plan social. Ceci permet bien souvent à la DAC d'obtenir des informations manquantes essentielles à l'accompagnement du patient.

¹ PTA Pratic' Santé à ce moment-là, devenue, depuis la création des DAC DAC13 Sud.

En assistant à la réunion hebdomadaire de l'équipe, nous constatons que la prise en charge des personnes dans une situation complexe est multidisciplinaire. De nombreux partenaires peuvent ainsi intervenir dans l'accompagnement.

L'équipe de la DAC a constaté une augmentation des situations de grande précarité avec la crise sanitaire COVID ainsi qu'une augmentation des décompensations de maladies psychiatriques en lien avec l'isolement imposé à la population sur cette période.

Cette collaboration nous a permis d'avoir un bel aperçu de la situation sur le territoire marseillais, cependant il semble évident que sur l'ensemble de la région PACA les disparités sont nombreuses.

ii. Élaboration d'un sondage en région PACA

Afin de recenser au mieux les problématiques et les attentes de professionnels de l'accompagnement médico-social sur le terrain, nous avons élaboré un questionnaire destiné à l'ensemble des structures de la région.

Parallèlement, nous avons établi une liste de diffusion de celui-ci en recensant un certain nombre de structures impliquées dans l'accompagnement médico-social en PACA. Ce travail a consisté à rechercher les coordonnées de centres d'action social, de plateformes d'accompagnement, de centre d'aide pour les personnes handicapées afin de pouvoir les contacter par la suite. Au total, ce sont 43 structures de toute la région qui ont été répertoriées, 30 d'entre elles ont reçu le questionnaire après un premier contact par courriel ou par téléphone (les autres n'ayant pas pu être contacté malgré des relances) et 17 ont participé à notre enquête. Avant de diffuser largement ce questionnaire nous l'avons fait tester à deux associations : l'association des diabétiques d'Aix Pays de Provence (AFD) et la MAIA de Marseille. Ce pré-test a permis de valider notre enquête à la fois sur le fond du sujet par l'intérêt qu'il a pu susciter chez les testeurs mais également sur la forme. En effet, nous avons pu apporter quelques modifications dans la manière d'aborder les différents thèmes pour favoriser la compréhension de tous.

La diffusion du questionnaire a débuté le 25 octobre 2021, les dernières réponses ont été enregistrées le 18 octobre 2022.

Le questionnaire que nous avons élaboré est organisé en trois parties.

La première partie permet de présenter la structure et le territoire couvert par ses actions. Celle-ci ne sera pas détaillée par la suite.

La deuxième partie a pour objectif de discuter de la problématique de l'isolement social et de sa prise en charge de manière générale. Le but est d'évaluer l'importance de la problématique au sein du territoire et son niveau de prise en charge. Le rôle de l'aidant et l'impact que peut avoir l'accompagnement d'une personne isolée sont aussi évoqués.

Dans la troisième partie, il s'agit d'évaluer la vision que ces structures ont de la place du pharmacien dans l'accompagnement des personnes de manière générale. Pour clôturer le sondage, la pertinence de certaines actions qui pourraient être menées par les pharmaciens d'officine est évaluée. L'aboutissement de cette partie est de proposer des actions qui pourraient être menées par les pharmaciens d'officine, allant du repérage à un réel accompagnement de l'isolement social.

3) Résultats

Question 1 - « Comment peut-on définir l'isolement social d'après vous ? »

- Absence de lien, absence d'activités sociales, repli sur soi
- Absence ou faible fréquence de liens familiaux (distanciel ou présentiel), amicaux ou participation à des activités de lien social.
- Absence de liens et d'interactions insuffisantes avec la société
- Souffrance liée à l'absence / le manque de contacts sociaux, de réseau d'entraide
- Cumul de problématiques combinant solitude affective, absence de personnes ressources, difficulté de littératie administrative et médicale
- Pas de contacts sociaux réguliers
- Manque d'interactions sociales en raison de divers facteurs psychologiques et physiques
- Peut-être vécu ou ressenti par une personne qui cumule différents contextes de vie : pas de travail, absence de famille, habitat précaire, éloignement / refus de soin
- Personne isolée géographiquement ou n'ayant pas de famille, amis, ... ou isolée par l'impossibilité de se déplacer (handicap, maladie)
- Diminution des contacts avec d'autres individus
- Personne quel que soit son âge sans ou avec peu de contacts avec son environnement social
- Peu d'interactions sociales au quotidien, pas d'accès aux droits et à la citoyenneté, précarité, souffrance psychologique
- Sur notre territoire de montagnes, il s'agit de personnes seules, sans aidants, isolées dans des villages sans commerce et animation et sans moyen de se véhiculer parfois en zone blanche (sans accès internet).
- Solitude
- Liens sociaux trop faibles en quantité ou en qualité
- Difficulté dans la gestion de son quotidien administratif
- C'est le fait de se couper de la relation aux autres et souvent de passer la majeure partie de son temps seul, chez soi

Question 2 - « A quelle fréquence êtes-vous confronté aux situations d'isolement social ? »

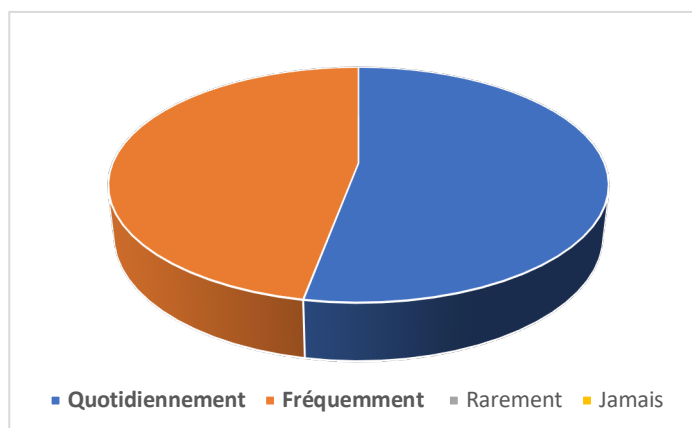


Figure 4 - Question 2 du sondage : fréquence de l'isolement social

Question 3 - « Par quel biais rencontrez – vous le plus fréquemment les isolés ? »

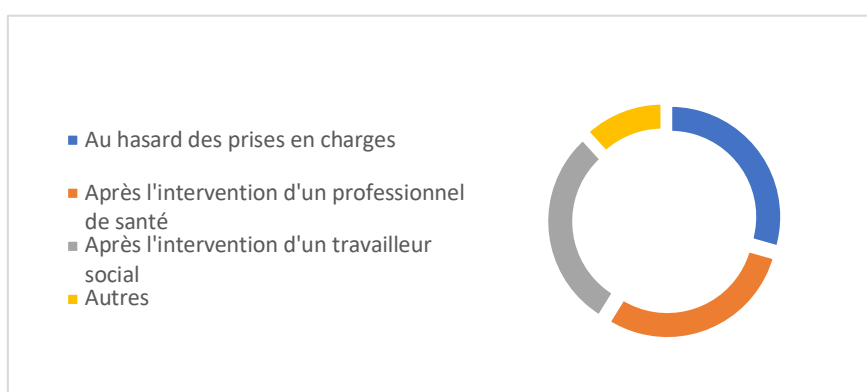


Figure 5 - Question 3 du sondage : biais de rencontre des isolés

Question 4 - « Comment décririez-vous les isolés de 2021 ? »

- Ce n'est pas une question d'âge, cela peut toucher tous les âges de l'enfant à la personne âgée. Cependant, certaines personnes peuvent être davantage touchées en raison de leur vulnérabilité : personne âgée, enfant, personne en situation de handicap, personnes dépendantes, victimes d'emprise. On peut être entouré et se sentir seul.
- Les « isolés de 2021 » sont très fragiles du fait de la crise sanitaire qui les a encore plus précarisé et éloigné du soin entre autres. Ils peuvent avoir tous âges, toutes catégories socio-

professionnelles bien que les plus visibles pour le DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) soient les personnes âgées, handicapées et malades psychiatriques.

- La crise sanitaire a ajouté un facteur supplémentaire puisqu'elle a contraint à isoler toutes personnes sans distinction d'âge, milieu culturel et/ou socio-professionnel. Le contre-coup de cet isolement n'est pas encore tout à fait quantifiable aujourd'hui.
- Population isolée géographiquement, personnes âgées sans aidant/entourage, personnes de tous âges touchées par une pathologie psy/addicto, les personnes précaires, exilées/sdf/migrant, jeunes adultes avec difficultés sociales, marginalisés.
- Isolés de plus en plus jeunes. L'isolement social semble toucher de plus en plus de personnes de divers horizons socio-professionnels. On observe une forte augmentation en lien avec la précarisation de la population due à la crise sanitaire.
- Notre objet social vise les personnes retraitées en situation de vulnérabilité sociale dans le grand centre-ville de Marseille. Cette catégorie ne cesse de croître et ne semble que peu pris en compte par les pouvoirs publics.
- Les adolescents, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et/ou précarité. Le changement le plus significatif concerne les étudiants ou adolescents.
- Les personnes âgées sont d'une manière générale plus isolées car moins d'accès aux technologies numériques et subissent encore plus l'isolement géographique.
- Après la crise sanitaire covid 19, les gens que j'ai en accompagnement se plaignent effectivement de l'isolement subi et qu'ils n'arrivent pas à rompre depuis.
- La pathologie du VIH isole les personnes, maladie stigmatisante qui touche à deux tabous, celui de la mort et de la sexualité, maladie qui précarise.
- Aggravation chez les personnes âgées, malades chroniques, personne tout âge vivant seul et ne travaillant pas, ayant des difficultés à se déplacer.
- Les personnes âgées, du fait de la perte d'autonomie et donc de la baisse des fréquences de sorties. Pas de changement dans le profil.

- La pandémie a clairement majoré l'isolement social, et de fait la souffrance des personnes en situation de handicap psychique.
- Sentiment, non étayé par les chiffres, que l'isolement croit avec l'âge et l'affaiblissement du réseau social.
- Tendance à l'augmentation de l'isolement social, les profils de ces personnes sont très variés.
- Plutôt âgés peu importe leur catégorie socio-professionnelle avec un état de santé précaire.
- Personnes âgées, personne à risque (Covid).

Question 5 - « Quelles conséquences sur l'état de santé (physique et/ou mental) constatez-vous sur le terrain ? »_

- Ne bougent plus donc grossissent et diminuent physiquement, ce qui peut entraîner un syndrome dépressif, ne vont plus chez le médecin pour le renouvellement des ordonnances, s'ils ont raté des rendez-vous médicaux ils ne reprennent pas le rendez-vous, toute démarche leur paraît insurmontable.
- État dépressif, repli sur soi, perte des envies, absence de projet. Moins de sorties, et donc à terme perte d'autonomie
- Nous constatons une absence de droit de santé, une absence parcours de santé, un renoncement aux soins, une absence de diagnostic et d'étayage adapté.
- Des conséquences dramatiques : arrêt des soins, syndromes de glissement chez les PA, fragilités psychiques (repli, dépression ,..)
- L'isolement enferme et entraîne une dégradation forte des fonctions cognitives et physiques de manière globale
- Les troubles anxieux et nerveux changent le comportement de l'individu. Le manque de confiance, la méfiance décide de la remise en place des aides.
- Les conséquences peuvent être multiples : problèmes de santé divers tant sur le plan physique que psychologique, perte de confiance sur soi, perte de logement, perte des droits sociaux, situation financière fragile, difficulté pour subvenir aux besoins de première nécessité, mise en danger de la personne.
- Repli sur soi, perte d'élan vital.

- Troubles dépressifs, perte de droits et de participation sociale, perte accès au soin
- Dépression, absence d'activité physique
- L'isolement social renforce le sentiment de solitude mais les patients le voient également comme une autoprotection, de l'autre, qui dans leur histoire, a pu être maltraitant
- Pas de prise en soin somatique génère des problématiques psychosomatiques
- Physique : obésité, surpoids, sédentarité... et mentale : rupture du lien social
- Décompensation psy / rupture du suivi médical
- Délaissement des soins de santé - augmentation des troubles psychotiques
- Dépression, manque d'entrain
- Accélération de la perte d'autonomie, et des troubles cognitifs par perte des habiletés sociales.

Question 6 - « Considérez-vous que le temps des soins soit un temps de socialisation important ? »

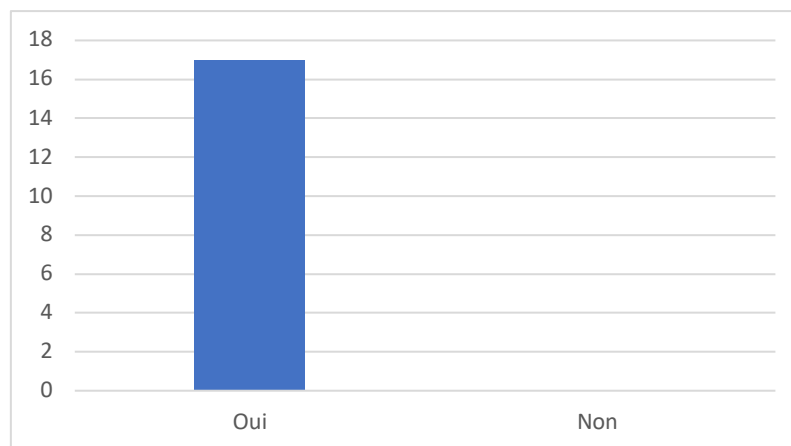


Figure 6 - Question 6 sondage : le temps des soins est considéré comme un temps de socialisation important

Question 7 - « De manière générale pensez-vous que l'isolement soit suffisamment pris en compte dans les prises en charges médicales ? »

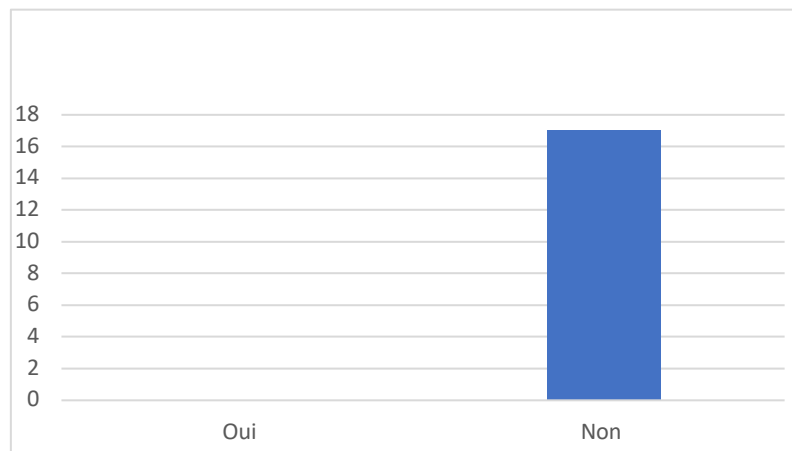


Figure 7 - Question 7 sondage : Les prises en charges médicales ne tiennent pas suffisamment compte de l'isolement social

Question 8 - « Pensez-vous que la maladie a un impact plus fort sur une personne isolée ? »

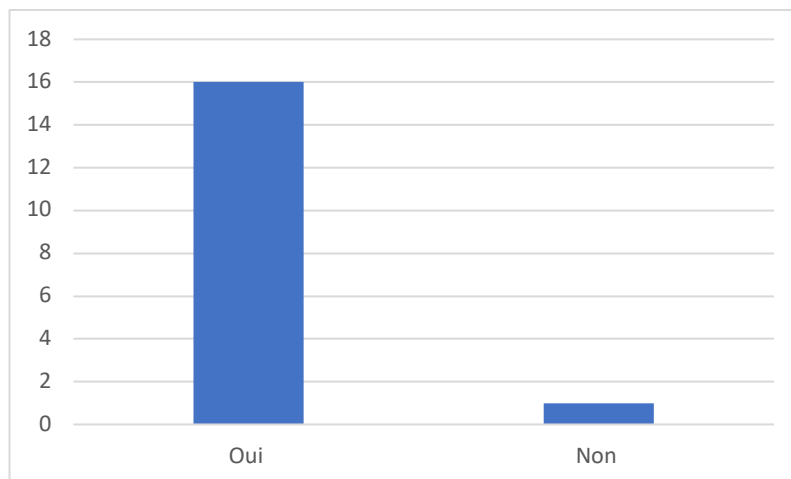


Figure 8 - Question 8 sondage : la maladie a un impact plus fort sur les personnes isolées

Question 9 - « Pensez-vous que l'isolement est plus fréquent en milieu rural / milieu urbain ? »

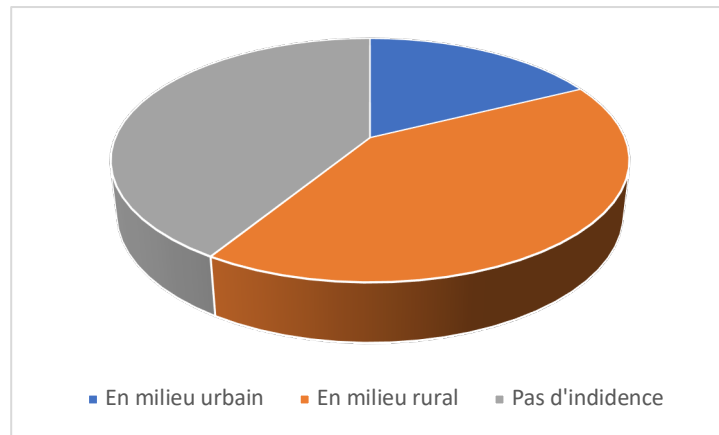


Figure 9 - Question 9 sondage : fréquence de l'isolement en fonction du milieu de vie

Question 10 - « Évaluez l'importance du rôle de l'aidant »

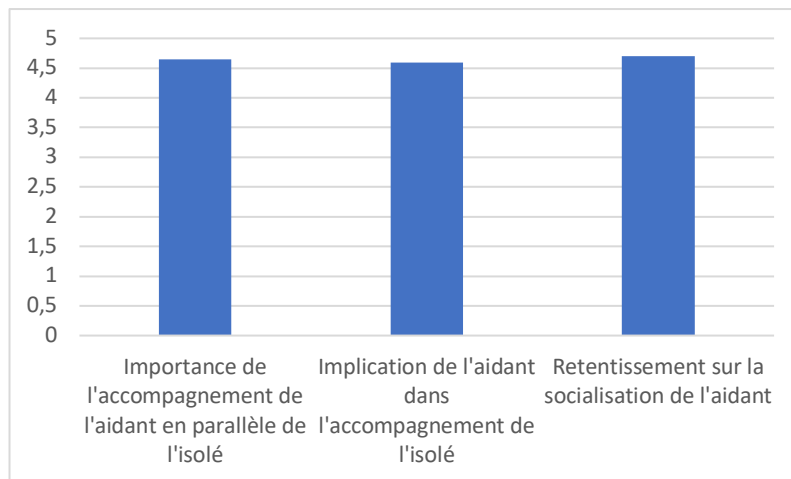


Figure 10 - Question 10 sondage : place de l'aidant

Question 11 - « Dans quelles situations professionnelles êtes-vous en contact avec les pharmaciens d'officine ? »

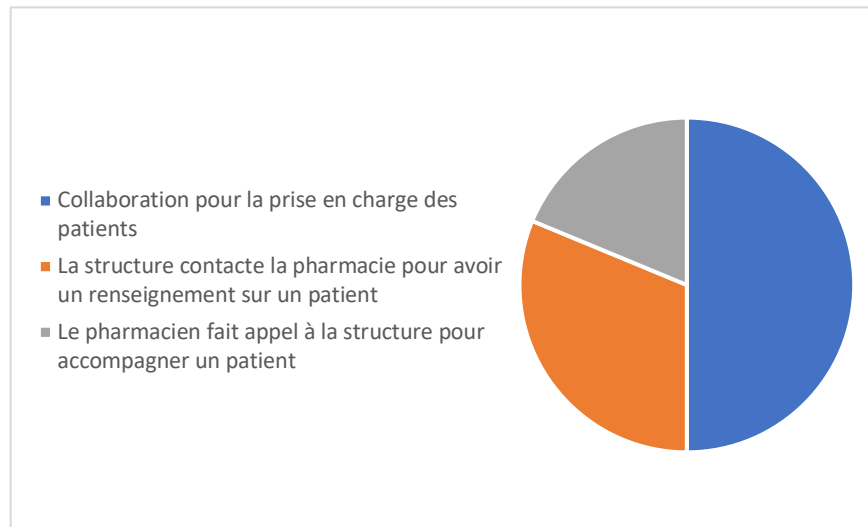


Figure 11 - Question 11 sondage : prises de contact avec les pharmaciens

Question 12 - « Pensez-vous que la visite à la pharmacie soit un moment d'échange privilégié pour une personne malade, handicapée ou âgée ? »

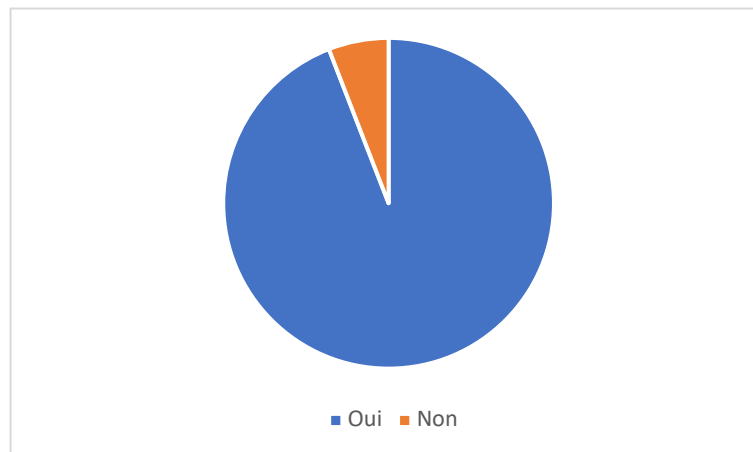


Figure 12 - Question 12 sondage : Importance des échanges lors de la visite à la pharmacie

Question 13 - « Comment qualifieriez-vous la place du pharmacien d’officine dans l’accompagnement « social » du patient ? »

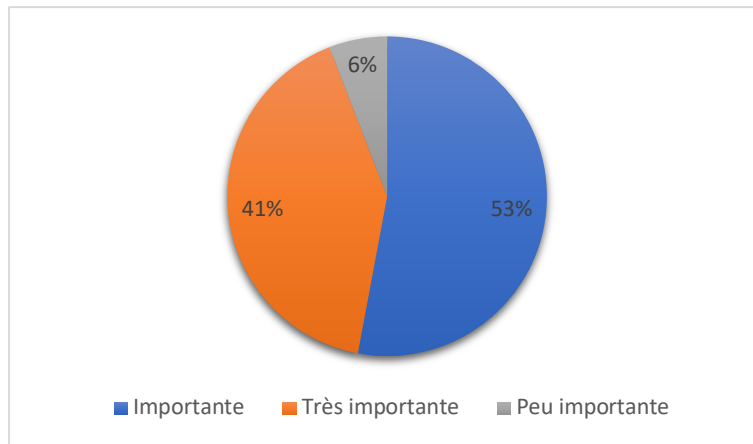


Figure 13 - Question 13 sondage : place du pharmacien dans l'accompagnement social

Question 14 - « Selon-vous les pharmaciens d’officine ont-ils un rôle à jouer dans l’accompagnement des personnes isolées ? »

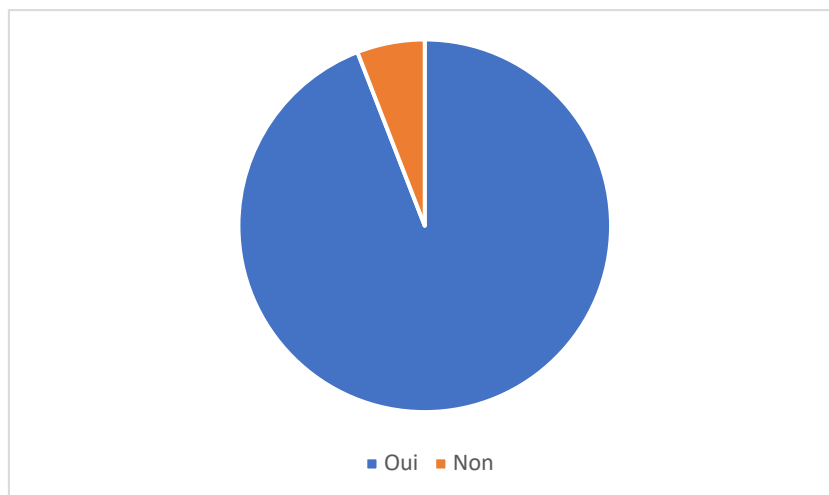


Figure 14 - Question 14 sondage : les pharmaciens ont un rôle à jouer dans l'accompagnement des personnes isolées

Question 14 bis - « Si oui, pourquoi ? »

- Proximité, connaissance de la personne, confidentialité

- Dans une démarche de case management qui cherche toutes les ressources dans l'environnement de la personne
- Ils ont un rôle à condition d'être à l'écoute des personnes et d'être sensibilisés et formés à l'accompagnement.
- Uniquement pour les patients qui sont habitués à une officine, lorsque la pharmacie est présent il peut créer un lien lorsqu'il vient régulièrement, la pharmacie est ouverte toute la semaine donc plus de facilité
- Sont en lien avec les médecins, doivent développer leur capacité d'écoute et être formés aux troubles psychiatriques
- Proximité, disponibilité, inscription dans la vie quotidienne
- Savoir d'écoute – lieu d'échange – accessible
- Repérage des personnes isolées
- Proximité, lien de confiance, possibilité de repérer les ruptures
- Accessibles (surtout dans les zones où les libéraux sont surchargés et manquent de temps) – Connaissance du patient qui est fidèle – Temps et parfois plusieurs salariés
- Proximité – disponibilité et connaissance du patient
- Aide dans la gestion des traitements, conseils en santé, proximité
- Surveillance du suivi médical – surveillance de la bonne prise des traitements – surveillance de l'état psy
- Les personnes font confiance à leur pharmacien, les pharmaciens connaissent très bien les patients, au même titre que le facteur ou la boulangère, les pharmaciens sont parfois les seules personnes en contact avec les personnes isolées.
- Disponibilité – proximité – compétence pluridisciplinaire
- Évaluation par le pharmacien de l'observance, aide le patient à comprendre son traitement, lien social de proximité.

Question 15 - « Selon vous quels critères les pharmaciens pourraient-ils utiliser pour repérer et prévenir les situations d'isolement social ? »

- Délégation du patient pour la récupération des traitements par leurs soignants, induisant la perte de l'autonomie et donc l'isolement. Coordination avec les soignants libéraux, questionnement sur les prescriptions liées à la sédation et troubles anxieux.

- Pour prévenir il faut être formé sur la prévention et créer une relation d'aide avec le patient : l'empathie, l'écoute active, le non-jugement de valeur, la connaissance des dispositifs et des partenaires pour pouvoir orienter vers le bon interlocuteur.
- Les pharmaciens, en tant qu'acteurs de première ligne, devraient avoir la capacité de détecter et d'orienter les personnes isolées sur des dispositifs d'accompagnement social renforcés.
- Il existe des grilles de repérage des fragilités (utilisées par des intervenants au domicile par exemple) à adapter peut-être puisque le pharmacien ne va pas au domicile.
- Le DMP, plus de lien avec le médecin traitant ou plus de médecin traitant car non remplacé, une pathologie chronique plus traitée, des problématiques mnésiques.
- La baisse du nombre de visites du patient dans la pharmacie, une perte de poids récente, repérage des premiers troubles cognitifs.
- La communication avec le patient, la demande d'une personne de confiance, lien avec le médecin traitant en cas de doute.
- Un changement de comportement / d'entrain à la suite ou non d'un évènement dans le parcours de vie peut alerter.
- Par le biais d'une fiche client et le recueil d'info dans le cas où c'est un patient habituel.
- Connaitre l'environnement de la personne, les ressources (aidants, institutions).
- Formation troubles psy et PSSM (premiers secours en santé mentale).
- Baisse des contacts, modification significative du traitement.
- Grille de repérage de la fragilité (HAS).
- Mauvaise hygiène corporelle apparente.
- Un questionnaire très rapide.

Question 16 - « Concernant l'intervention des pharmaciens dans l'accompagnement social du patient comment évalueriez-vous la pertinence et l'impact de ces propositions d'actions ? » (0 : aucun impact - 5 : impact très important)

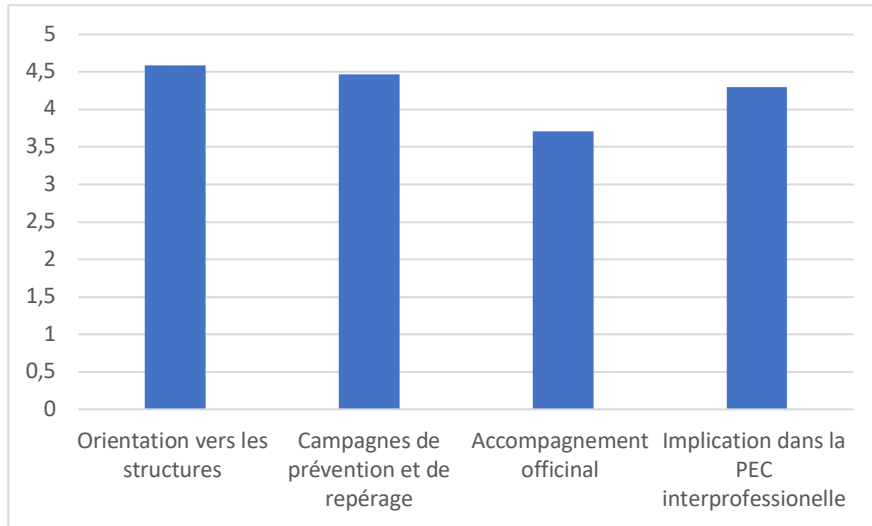


Figure 15 - Question 16 sondage : mesure de la pertinence des niveaux d'action du pharmacien d'officine

Question 17 - « Dans le cadre de la prévention de l'isolement social à l'officine comment évalueriez-vous la pertinence et l'impact de ces actions déjà mises en place ? » (0 : aucun impact - 5 : impact très important)

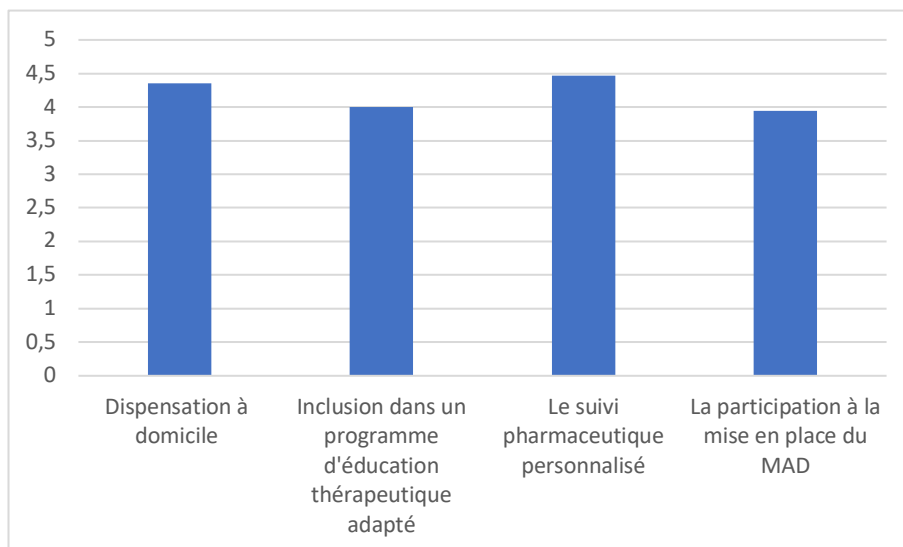


Figure 16 - Question 17 sondage : mesure de l'impact potentiel de différentes actions

4) Discussion

La définition de l'isolement social donnée par les différents travailleurs sociaux permet d'apercevoir différentes dimensions. L'élément qui est le plus souvent énoncé est un manque de contacts sociaux, qu'ils soient familiaux, amicaux, professionnels ou encore dans la vie courante. Il peut parfois être la conséquence d'un isolement géographique dans des territoires reculés ou allant de pair avec des difficultés d'accès aux droits et à la citoyenneté.

On retrouve ces notions dans la description des profils des isolées. Par ailleurs, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, il semblerait que l'isolement social soit une problématique qui touche aujourd'hui toutes les catégories socio-professionnelles, tous les âges et tous les milieux de vie bien que des situations de fragilité existent. Ainsi, les personnes âgées, handicapées, malades chroniques, les personnes en situation de précarité sociale ou de fragilité psychologique semblent plus vulnérables. En ce qui concerne l'âge des isolés, ce qui frappe encore une fois c'est l'augmentation de la problématique chez les jeunes. La crise sanitaire, l'isolement subi et l'augmentation de la précarité est aussi au centre de la problématique.

Tous les éléments cités par les travailleurs sociaux de la région font écho avec ce que nous évoquions précédemment. L'isolement social constitue une menace omniprésente dans notre société. C'est d'ailleurs très fréquemment, voire quotidiennement que ces travailleurs sociaux en région PACA sont confrontés à de telles situations.

i. Une problématique à replacer au cœur de la prise en charge médicale du patient

Le constat fait sur l'impact de l'isolement sur l'état de santé des individus est encore une fois semblable à ce que nous évoquions précédemment. Pour tous, l'isolement social est synonyme de diminution de l'activité physique et des sorties. Si la sédentarité et ses conséquences sur le surpoids et l'état de santé cardiovasculaire sont un point essentiel, les éléments les plus fréquemment évoqués sont : le repli sur soi qui entraîne des syndromes anxieux et dépressifs, des troubles mnésiques et cognitifs, le renoncement aux soins mais également à la citoyenneté.

En effet, c'est un cercle vicieux qui se met en route. Dans un premier temps, nous l'avons évoqué, la diminution du nombre de sorties entraîne une perte d'activité physique, des troubles psychologiques et psychiatriques et une défaillance des fonctions cognitives. D'une part, ces éléments ont un impact direct sur l'état de santé général de l'individu, mais ils ont aussi des conséquences latentes comme le renoncement aux soins, la perte d'autonomie et un changement de comportement à long terme. Malheureusement, ce sont là encore, des sources possibles d'augmentation de l'isolement.

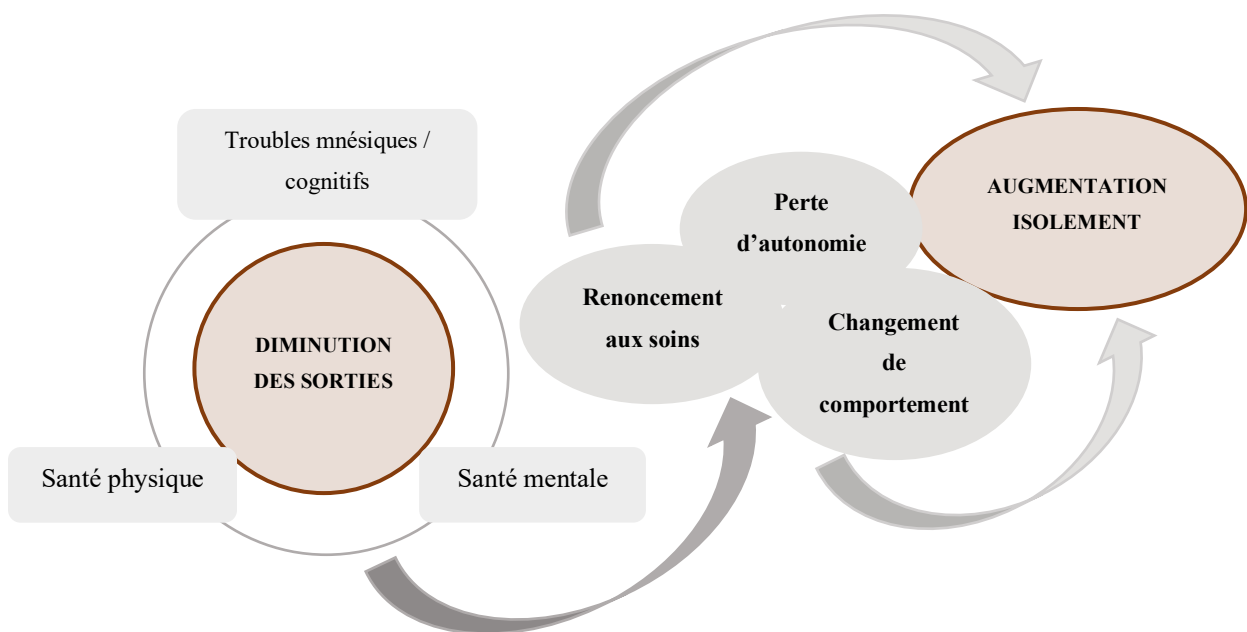


Figure 17 - Mécanisme de conséquences de l'isolement et son aggravation

L'impact créé sur la vie quotidienne par une maladie chronique serait plus important pour une personne fragilisée par l'isolement. Ainsi, on peut se dire que pour une prise en charge médicale efficace et égale pour tous, il convient de s'intéresser à la situation de tout patient, afin de pouvoir l'accompagner aussi sur le plan social.

Ces résultats nous apportent quelques apprentissages. D'une part, la prévention de l'isolement social et sa prise en charge peuvent permettre de réduire certaines pathologies cardiovasculaires, neurologiques, psychiatriques et leurs complications. D'autre part, le repérage de l'isolement social pour des personnes souffrant de pathologie chronique pourrait améliorer leur prise en charge.

Ainsi, en accord avec ce que nous suggérions plus tôt, les travailleurs sociaux interrogés estiment que le temps consacré aux soins doit être un temps fort de la socialisation. Cependant, ils déplorent que l'isolement social ne soit pas assez pris en compte lors de la prise en charge médicale d'un patient. Le repérage d'une personne isolée nécessite, dans la plupart des cas, l'intervention d'un professionnel de la santé ou du secteur social. Ce repérage permet l'orientation et la prise en charge de certaines personnes, ce qui montre que des professionnels de santé s'impliquent déjà dans cette démarche.

Au-delà de la santé de la personne isolée, c'est parfois aussi la santé et la socialisation de l'aidant qu'il faut préserver. En effet, tous les travailleurs sociaux estiment que l'accompagnement d'une personne isolée a un impact important sur sa propre socialisation et qu'il est nécessaire d'accompagner au mieux ces aidants.

ii. Place et rôle des pharmaciens d'officine

Les professionnels que nous avons interrogés estiment que la pharmacie est un lieu d'échange privilégié pour une personne malade. Le pharmacien d'officine prend ainsi une place importante dans l'accompagnement de l'isolement social. Les notions que nous évoquions précédemment de confiance, de proximité et de disponibilité sont de nouveau évoquées par les professionnels que nous avons interrogés. Les compétences d'écoute et d'accompagnement du patient que le pharmacien développe toujours plus aujourd'hui avec les nouvelles missions qui lui sont octroyées sont aussi un atout.

Le pharmacien a une place centrale dans la prise en charge et dans la connaissance du patient. En effet, c'est lui qui centralise toutes les ordonnances des spécialistes qui entourent le patient tout au long de son parcours.

Il a aussi une place de conseiller dans le quotidien des personnes qui, pour certains, confient volontiers leurs problèmes au-delà du domaine de la santé.

Ainsi, les professionnels interrogés estiment qu'il a une vraie place à jouer dans le repérage des ruptures pouvant être les précurseurs d'une situation d'isolement. Pour les patients connus de l'officine, une diminution de la fréquence des visites à la pharmacie, une dégradation de l'état général et des fonctions cognitives du patient, une perte d'entrain, peuvent être perçues et

doivent alerter. Dans le suivi du patient, le pharmacien peut aussi repérer une diminution de l'observance au traitement, la prescription d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, d'hypnotiques ou toute autre modification importante du traitement qui peuvent l'amener à se questionner sur la situation du patient.

Pour systématiser et organiser le repérage, les pharmaciens pourraient utiliser des outils déjà existants comme la grille de repérage des fragilités de la HAS utilisée pour évaluer la perte d'autonomie.

On pourrait également positionner le pharmacien dans l'accompagnement pluridisciplinaire en coordination avec les structures, en effet, le pharmacien pourrait avoir une place dans la gestion des cas compliqués par sa connaissance du patient en participant, par exemple, au recensement des ressources mobilisables dans son environnement.

Parmi les professionnels pouvant contribuer à l'accompagnement des personnes isolées, les pharmaciens d'officine semblent avoir une place de choix notamment au niveau de la prévention, du repérage et de l'aiguillage vers les structures adaptées. C'est en effet ces interventions qui paraissent les plus pertinentes à mettre en place.

5) Conclusion

Même si ce sondage concerne un échantillon de taille limitée, l'ensemble des réponses est assez homogène et permet de confirmer nos hypothèses de départ. Pour tous, l'isolement social semble prendre une ampleur grandissante notamment en région PACA. L'accompagnement des personnes isolées par des professionnels est indispensable et elle nécessite l'intervention et le repérage d'une personne extérieure au foyer. Ayant un réel impact sur l'état de santé de la population concernée, c'est au moment de la prise en charge médicale que doivent intervenir la prévention, le repérage et l'orientation vers les structures appropriées. Le pharmacien d'officine, par sa position centrale, sa connaissance du patient, sa disponibilité et ses compétences pourrait être le professionnel clé de la détection des fragilités. Il pourrait ainsi jouer un rôle en particulier dans la prévention, le repérage des personnes fragiles ainsi que dans l'orientation vers les structures appropriées.

TROISIEME PARTIE : MODELES
D'ACCOMPAGNEMENT ET PERSPECTIVES DE
MISE EN PLACE A L'OFFICINE

I. Généralités

1) L'accompagnement des personnes isolées, un objectif national

L'isolement est considéré aujourd'hui au niveau national comme un réel enjeu de santé publique. Ainsi, une démarche politique de renforcement de l'accompagnement des personnes âgées et fragiles isolées est mise en place par le ministère de la santé et de l'autonomie.

En effet, ce dernier a publié en mai 2021 une feuille de route pour lutter contre l'isolement des aînés. (38) Là-encore, c'est la crise sanitaire et les enseignements tirés de la gestion de celle-ci, notamment pour les personnes âgées en EHPAD qui a entraîné une prise de conscience des différentes institutions impliquées. Dans cette démarche de lutte contre l'isolement, cinq grands objectifs ont ainsi été fixés.

Le premier est d'améliorer le repérage des fragilités et de prévenir les situations d'isolement en s'appuyant par exemple, sur l'identification et l'orientation des personnes âgées, l'amélioration de l'accès aux droits, mais également le développement d'outils dédiés au repérage des fragilités.

Le second objectif vise à construire une politique territoriale de proximité afin de s'approcher au mieux des besoins locaux. La réalisation de celui-ci passerait par le travail inter-associatif au niveau territorial afin de faire émaner une dynamique locale. Un référent local de la lutte contre l'isolement pourrait être nommé dans chaque département pour piloter la démarche au niveau local.

Le troisième objectif s'appuie sur la mise en place d'actions intergénérationnelles et l'engagement citoyen avec par exemple, des missions du service civique, la mise en place de jumelages entre les établissements scolaires et les EHPAD ou des projets de cohabitation intergénérationnelle. Le but ici est de faire évoluer le regard porté sur le vieillissement et la place des personnes âgées dans la société.

Les deux derniers objectifs sont de mettre en lumière les porteurs de projets qui combattent l'isolement et de sensibiliser le grand public.

Cette démarche est positionnée dans le plan national de maintien de l'autonomie et s'intéresse principalement aux aînés en impliquant tous les acteurs de la société aux différentes échelles.

On retrouve dans la réforme des services d'aide à domicile de 2022, l'objectif de la lutte contre l'isolement en ouvrant un financement pour le développement d'actions de lutte contre l'isolement pour les personnes accompagnées par ces services et de leurs aidants. (39)

Ici encore plusieurs objectifs sont énumérés :

- Le repérage des situations d'isolement pour les aidés et les aidants.
- La sensibilisation et la formation des acteurs de l'accompagnement.
- La mise en place d'initiatives permettant « d'aller vers » les personnes isolées afin de rompre l'isolement comme les visites de convivialité, les séances de socio-esthétique, la promotion des associations d'animations, les services d'accompagnement véhiculés facilitant le maintien des liens sociaux.
- La réduction de la fracture numérique pour faciliter les démarches numériques d'accès aux droits mais aussi favoriser les échanges à distance pour rester connectés avec ses proches.

Ici la démarche concerne plus largement la population accompagnée par un service d'aide à domicile quel que soit l'âge de la personne. Cependant, il reste une large partie de la population isolée non connue de ces services.

2) Place du pharmacien d'officine

Le pharmacien est le professionnel de santé expert du médicament, son rôle est avant tout de dispenser les médicaments prescrits par les médecins et autres professionnels de santé. Il veille à la compréhension du traitement et au bon usage du médicament.

Aujourd'hui, le système de santé change et la collaboration entre les professionnels de santé est en pleine expansion. Le pharmacien a une place dans cette pluridisciplinarité, notamment en s'impliquant dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), en travaillant en coordination avec les autres professionnels au sein des maisons de santé ou des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). La prise en charge pharmaceutique du patient tend à l'heure actuelle majoritairement vers le modèle de pharmacie clinique tel qu'il a été décrit par la société française de pharmacie clinique (SFPC). (40) Celui-ci permet au pharmacien de jouer un rôle essentiel dans le parcours de santé du patient en sécurisant la délivrance des médicaments par la dispensation de conseils de bon usage, en apportant son expertise lors de la conciliation médicamenteuse et le suivi du patient.

Dans le cadre de l'accompagnement des patients socialement isolés, le pharmacien n'est évidemment pas un travailleur social. Son rôle sera essentiellement de repérer et de prévenir les

situations de fragilité afin d'orienter au mieux le patient vers une structure capable de l'accompagner.

Dans cette partie, nous allons découvrir des actions déjà menées en région PACA qui concourent à la prévention de l'isolement social et dans lesquelles les pharmaciens pourraient s'inclure.

Nous proposerons ensuite un plan de repérage et d'accompagnement à l'officine.

II. Exemples d'actions d'accompagnement en PACA

1) Un dispositif régional : « Les communautés-360 »

« Les communautés-360 » est un dispositif d'accompagnement créé en région PACA. Issu d'un dispositif mis en place lors de la crise sanitaire Covid, son but est de faciliter l'accès à un accompagnement dans les démarches sociales et les démarches de soins aux personnes porteuses d'un handicap ou leurs aidants. Ce dispositif est né du constat que nous avons évoqué précédemment, la crise sanitaire a entraîné une augmentation des ruptures de soins. Son objectif était de faciliter les démarches afin de trouver facilement des solutions aux situations parfois complexes dans lesquelles ces personnes peuvent se trouver. Grâce à un numéro unique, patients et aidants entrent ainsi en contact avec un seul interlocuteur qui oriente la construction du parcours vers la bonne structure. Depuis le mois de septembre 2022, 6 communautés-360 réparties dans les 6 départements de la région ont été désignées par l'agence régionale de santé de manière à réduire le délai des démarches de ces personnes sur tout le territoire.

2) Dispositif de repérage de l'isolement social à Aubagne

Le gérontopôle Sud est une structure financée par le département des Bouches du Rhône et qui construit des projets sur le territoire pour les personnes âgées. La problématique majeure identifiée sur le territoire d'Aubagne était l'isolement social des aînés. Ainsi, le gérontopôle

Sud a construit un programme expérimental de repérage des personnes âgées isolées et d'accompagnement personnalisé sur le territoire de la ville d'Aubagne. (41) Le but de ce projet mené en 2018-2019 en partenariat avec des associations venant en aide aux personnes âgées isolées, le pôle infos seniors Garlaban-Calanques, le groupe La Poste, la municipalité d'Aubagne et le conseil départemental des Bouches-du-Rhône est de repérer les personnes âgées isolées méconnues des services d'accompagnement et de les accompagner pour prévenir les ruptures liées à l'âge.

Lors de cette phase expérimentale, le repérage a ciblé les personnes âgées de plus de 60 ans inscrites sur les listes électorales de la ville d'Aubagne résidants dans les quartiers proches du centre-ville.

Grâce au Groupe La Poste et à ses nouveaux services, ce sont les facteurs qui ont été missionnés pour participer à l'identification de l'isolement social. Ainsi, le premier repérage est réalisé grâce à un questionnaire rapide lors d'une visite programmée du facteur chez chacune des personnes ciblées. Ce questionnaire est simple et rapide :

- Quelles personnes voyez-vous régulièrement ?
- Êtes-vous satisfait de vos sorties ?
- Avez-vous le sentiment d'être seul(e) ?
- Accepteriez-vous d'être recontacté ?

675 personnes ont vu le facteur et 432 personnes ont répondu au questionnaire. A l'issue de celui-ci, pour les personnes souhaitant être recontactées, une commission d'évaluation a analysé les réponses pour repérer les personnes en difficultés et proposer des réponses adaptées à chacun. Les 63 répondants concernés ont alors été classés en 6 catégories en fonction de leur degré d'isolement et de leur fragilité. Pour chacun, un accompagnement adapté a été décidé que ce soit par la mise en place de prestations réalisées par les associations : visites de courtoisies à domicile, appels téléphoniques réguliers ou la réalisation d'un diagnostic approfondi du domicile afin de mettre en place un accompagnement par l'intermédiaire des services municipaux dédiés. Certains ont également été pris en charge par les services d'accompagnement social du territoire comme le CCAS et le pôle info seniors.

Ce dispositif a fait écho pour les personnes non ciblées et certains aidants ou professionnels de santé ont signalé des personnes isolées qui ont pu bénéficier d'un accompagnement.

A la suite de cette expérimentation, l'objectif était d'étendre le dispositif de repérage à d'autres quartiers plus éloignés du centre-ville d'Aubagne et d'obtenir des financements permettant de déployer un accompagnement plus complet, avec, notamment des séances individuelles de socio-esthétiques afin d'encourager les personnes à sortir du domicile et des rencontres de convivialité autour de différents thèmes.

Un second repérage a ainsi eu lieu l'année suivante sur le même principe. L'accompagnement se poursuit pour les personnes le souhaitant. Les personnes les plus isolées ont été repositionnées sur le dispositif LIPA (lutte contre l'isolement et prévention de la perte d'autonomie) de la ville d'Aubagne. Un séjour de convivialité de quelques jours a été organisé en fin d'année 2022. Celui-ci n'étant pas adapté aux personnes dépendantes, 10 personnes ont pu y participer.

Ce repérage a ainsi permis de détecter des personnes isolées en dehors des radars puisque complètement méconnus des services d'accompagnement grâce au Groupe La Poste et au réseau associatif. Or, une très grande majorité des personnes âgées, même si elles ne sont pas connues des services d'accompagnement, fréquentent une officine pour suivre un traitement chronique. Ainsi, l'équipe officinal pourrait grâce à quelques questions simples, repérer les patients les plus isolés et les orienter vers un accompagnement adapté via la construction d'un réseau pluridisciplinaire.

3) Éducation thérapeutique du patient de 75 ans et plus à Allauch

Sur le territoire d'Allauch, voyons maintenant un programme pluridisciplinaire de prévention et d'éducation destiné aux personnes de 75 ans et plus mis en place en 2013-2014 par le réseau territorial de santé Canton Vert et l'hôpital d'Allauch. Ce programme vise à sensibiliser les personnes âgées aux grands facteurs de perte d'autonomie afin de prévenir des accidents fréquents et évitables pouvant engendrer des hospitalisations et favorisant la dépendance : les chutes, la dépression et l'isolement social, l'iatrogénie médicamenteuse et la dénutrition. L'intérêt est d'intervenir le plus tôt possible dans le parcours médical de la personne âgée.

Les intervenants de ce programme constituent une équipe pluridisciplinaire de médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues, sophrologues, diététiciens formés à l'ETP et de partenaires associatifs du territoire.

Pour recruter les participants, les professionnels et associations du territoire proposent aux patients d'intégrer le programme en ayant connaissance de leurs antécédents, leur situation et de leurs besoins. Le programme est destiné à des personnes âgées de plus de 75 ans, résidants à Allauch autonomes mais présentant un des facteurs de risque précédemment évoqué.

Avant de débiter les ateliers collectifs, un entretien initial individuel permet de faire connaissance avec la personne, ses comportements de santé, ses valeurs et son moral. Au cours de cet entretien, le programme est expliqué au patient qui pourra exprimer ses attentes. Celui-ci peut aussi permettre d'orienter la personne vers un autre programme mieux adapté à sa problématique ou de déceler la nécessité de réaliser un deuxième entretien individuel afin d'expliquer le traitement médicamenteux et les bénéfices attendus. L'objectif de ce dernier étant de favoriser l'observance et de lutter contre l'iatrogénie afin de réduire les risques qui peuvent en découler (en particulier les chutes et les hospitalisations).

A l'issue de ce premier entretien, le médecin traitant est informé et un bilan d'équilibre gériatrique lui est demandé.

Au cours des différents ateliers collectifs articulés en deux modules, les participants vont développer des savoir-faire et des savoir-être vis-à-vis des différents risques liés à leur âge. Chaque séance est construite de façon à inclure un temps d'exercice de respiration et de réveil musculaire, un atelier mémoire, un temps d'échange et un moment consacré à la relaxation. Cette construction fait suite aux attentes des patients vis-à-vis de ce programme, notamment travailler la mémoire et l'équilibre.

Le premier module est centré sur les comportements de santé. Après une première séance permettant de repérer les différents facteurs de risques de la vie quotidienne, les séances suivantes abordent les thèmes de l'isolement, de la nutrition et de l'équilibre.

Ainsi, au fil des séances, les participants abordent les sujets de la prévention des pathologies infectieuses, de la nutrition et de la nécessité de maintenir une activité physique adaptée. Ceux-

ci sont primordiaux pour garder un état de santé robuste compatible avec le maintien de l'autonomie mais aussi d'une vie sociale équilibrée.

D'autres séances s'intéressent d'avantage au bien être mental des personnes âgées et à la prévention de l'isolement social. L'expression des sentiments dépressifs et d'isolement, les pertes liées au changement de statut et à la vieillesse, sont abordées. Les participants sont également sensibilisés au fait de pouvoir s'appuyer sur des personnes en cas de besoin mais également aux différentes structures d'appui présentes sur le territoire. L'objectif est que chacun des participants établisse son annuaire des personnes à contacter en cas de besoin.

Ce premier module compte douze séances « classiques » entrecoupées de trois séances exceptionnelles de convivialité (goûter de fin d'année, galette des Rois et goûter crêpes).

Le deuxième module du programme se concentre sur la prévention des chutes, avec, en premier lieu quatre séances de sensibilisation à l'iatrogénie et à l'automédication ainsi qu'aux autres facteurs pouvant favoriser les chutes, puis, cinq ateliers de relaxation, de yoga et d'équilibre. Les chutes constituent, pour les personnes âgées, un vrai risque d'hospitalisation et de dépendance. Ainsi, la sensibilisation aux facteurs de risque de chute et la prévention par l'initiation à des exercices de motricité, par la pratique d'activité comme le yoga concourent à maintenir l'autonomie des personnes âgées et favorise ainsi le maintien de leur vie sociale.

Pour conclure le programme, les participants sont invités à remplir un questionnaire d'évaluation. Celui-ci a pour but d'évaluer les bénéfices du programme pour chaque participant de manière anonyme en matière de bien-être et de comportements de santé après avoir donné leurs impressions oralement au cours d'un tour de table.

Si son objectif premier est de prévenir la perte d'autonomie, le programme permet également de prévenir l'isolement social. En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, l'autonomie va de pair avec la vie sociale et la perte d'autonomie est à la fois une conséquence et une cause de l'isolement. Ainsi, on peut envisager qu'en maintenant un bon niveau d'autonomie par une robustesse physique chez la personne âgée, le risque d'isolement social sera considérablement réduit.

Par ailleurs, la prévention de l'isolement social est directement évoquée dans ce programme en offrant des connaissances et des ressources dans le domaine (l'expression de ses craintes et de ses souffrances, l'appréhension des pertes de statut).

De plus, ce programme offre aux personnes âgées un réel espace d'échanges et d'écoute leur permettant de maintenir des liens sociaux. Celui-ci peut être l'occasion de rencontrer de nouvelles personnes et créer des liens amicaux.

4) Expérimentation du Tai-Chi pour améliorer les fonctions cognitives

Le centre gérontologique de Marseille a lancé une recherche sur l'effet des séances de Tai-Chi sur les fonctions cognitives de personnes présentant un troubles cognitif léger à modéré.

Aujourd'hui, face au manque de traitement pharmacologique des troubles cognitifs, le recours aux techniques non médicamenteuses est fréquent. De plus, on sait que l'activité physique a des bienfaits sur les fonctions cognitives des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (42). Certaines pratiques de yoga permettent également de diminuer les symptômes dépressifs chez les sujets âgés.

Le Tai-Chi consiste à réaliser des mouvements lents, contrôlés et coordonnés. Sa pratique permet de favoriser l'équilibre, de maintenir le tonus musculaire, ainsi il permettrait de prévenir les chutes. Il entraîne une légère augmentation du métabolisme qui permettrait de stimuler la vascularisation cérébrale, par ailleurs, la réalisation de mouvements complexes, la relaxation et la méditation pourraient avoir des effets bénéfiques sur les fonctions cognitives (43).

Si le but de l'expérience est ici d'évaluer les effets de la pratique sur les fonctions cognitives des participants, celle-ci pourrait également avoir un intérêt pour prévenir certains troubles liés à l'isolement.

En effet, nous l'avons évoqué précédemment, l'isolement social entraîne un déclin des fonctions cognitives, des syndromes dépressifs ainsi qu'une augmentation du stress. Le travail sur la force musculaire et l'équilibre permet également de maintenir une robustesse physique essentielle au maintien des interactions sociales. Il est possible d'imaginer que le Tai-Chi puisse permettre à des personnes isolées à la fois de trouver un lieu de socialisation tout en luttant contre la dégradation des fonctions cognitives et la diminution des capacités physiques. Ainsi, des ateliers pourraient être mis en place dans le cadre de séances d'éducation thérapeutique visant à limiter l'isolement et ses conséquences.

Ces différentes initiatives peuvent toutes servir de modèles à la mise en place d'une démarche de prévention et d'accompagnement des personnes isolées.

III. Mise en place d'une démarche d'accompagnement à l'officine

1) La prévention de l'isolement au travers des actions quotidiennes

i. Dispensation à domicile et maintien à domicile

La dispensation à domicile consiste en l'association du service de portage des médicaments au domicile du patient et de l'acte de dispensation tel qu'il est réalisé au sein de l'officine.

Ainsi, seuls les membres de l'équipe officinale peuvent réaliser cette dispensation à domicile qui inclue les mêmes étapes qu'une dispensation classique avec un recueil d'information sur le patient, l'analyse réglementaire et pharmaceutique de l'ordonnance, la réalisation éventuelle d'intervention(s) pharmaceutique(s), la délivrance des produits de santé et les conseils de bon usage qui y sont associés. (44)

Ce service s'est développé de manière rapide et importante dans le contexte de confinement au printemps 2020. Ainsi, une enquête a été menée entre mai et juin 2020 pour évaluer cette pratique répandue dans les officines dans ce contexte pandémique. (45) Celle-ci a permis de mettre en lumière les bénéfices pour le suivi du patient ainsi que les freins à sa réalisation.

Dans le cadre de la lutte contre l'isolement, elle permet de faciliter l'accès aux produits de santé et ainsi de contribuer à diminuer le risque de rupture de soins, notamment pour des patients chroniques. Cela peut être le cas par exemple pour des patients souffrant de handicap ou de déficit moteur, de pathologies invalidantes et de prises en charge en hospitalisation à domicile. Contrairement au portage à domicile par un proche, un aidant ou un infirmier, au-delà de l'aspect matériel de l'accès aux médicaments, la dispensation à domicile permet au patient de bénéficier d'une dispensation des produits de santé tel qu'elle est réalisée à l'officine. Ainsi, elle maintient le lien avec l'équipe officinale, permet au pharmacien d'échanger des informations sur l'état du patient mais également à ce dernier de recevoir les mêmes conseils de bon usage du médicament que lorsqu'il se rend à la pharmacie.

Le déplacement au domicile du patient permet au pharmacien d'obtenir de nombreuses informations intéressantes pour l'analyse et le suivi pharmaceutique. Il accède à son environnement, comprend ses habitudes et notamment en matière de santé et d'observance de son traitement. Il pourra en effet voir comment le patient stocke, range ses médicaments et organise leur prise. Ainsi, le suivi et les conseils délivrés au patient seront adaptés en fonction de son environnement de vie. En accédant au patient dans son milieu de vie, le pharmacien accède également à des informations telles que son autonomie et son hygiène et pourra ainsi évaluer des besoins d'aides techniques, d'aide à la continence et autres matériels ou aménagements, permettant d'améliorer le quotidien du patient et de ses aidants. La dispensation à domicile permet ainsi d'intégrer le modèle de pharmacie clinique à l'environnement du patient.

Aujourd'hui, la dispensation à domicile n'est rémunérée par la sécurité social pour le pharmacien uniquement dans le cadre du dispositif Prado qui peut être mis en place lors de la sortie d'hospitalisation du patient. Cette rémunération s'élève à 2,50€ TTC par dispensation avec un maximum de 5 dispensations par jour par officine. Le but est de favoriser l'autonomie en réduisant la durée d'hospitalisation en facilitant leur retour à domicile par une prise en charge de qualité en ville. (46)

Au-delà de la rémunération qui semble justifiée face au temps investi, lors de son essor rapide au printemps 2020, ce service a soulevé d'autres difficultés pratiques par les participants à l'enquête réalisée en mai-juin de la même année. Ces derniers ont par exemple noté des difficultés à recueillir les informations relatives aux patients à distance ainsi que dans la vérification de la compréhension des conseils de bon usage. D'autres ont évoquées des complications dans le respect de la réglementation quant à l'accessibilité de l'original de la prescription au moment de l'analyse pharmaceutique à la pharmacie. (45)

Ce service semble toutefois plus apprécié que le portage de médicaments par un tiers et permet en partant simplement de la problématique de l'accessibilité matérielle aux produits de santé d'ouvrir des perspectives dans la pratique de la pharmacie clinique.

L'objectif du maintien à domicile est de mettre en place une organisation médicale et paramédicale pour permettre à une personne en perte d'autonomie de rester vivre à domicile. Le pharmacien d'officine peut contribuer à sa mise en place en conseillant sur les aides techniques, les compléments nutritionnels oraux, le matériel médical et les aménagements possibles.

La prise en charge du patient à son domicile est primordiale puisque l'entrée en institution constitue pour la personne âgée une rupture bibliographique importante avec une perte de repères qui favorise le sentiment de solitude et d'isolement social.

ii. Plan pharmaceutique personnalisé et éducation thérapeutique du patient

Le plan pharmaceutique personnalisé intervient après la réalisation d'un bilan de médication avec le patient au cours duquel les traitements sont revus et optimisés par le pharmacien en accord avec le prescripteur. (40) En collaboration avec le patient et l'équipe de soin, le plan pharmaceutique personnalisé consiste à la réalisation d'un suivi comprenant des entretiens pharmaceutiques et la dispensation de conseils adaptés de bon usage aux besoins du patient. L'objectif est de favoriser l'adhésion au traitement médicamenteux et de limiter les risques liés à l'iatrogénie médicamenteuse. Et l'orientation du patient vers des structures adaptées à ses besoins de prise en charge.

On sait notamment que chez la personne âgée, l'iatrogénie est souvent à l'origine de chutes qui entraînent des hospitalisations et favorisent la perte d'autonomie. La prévention de l'iatrogénie permet de prévenir le risque de chutes et par voie de conséquences de maintenir l'autonomie de la personne et ainsi limiter les risques d'isolement social.

Les programmes d'éducation thérapeutique ont pour objectif de permettre aux patients atteints de pathologies chroniques, de mieux vivre avec leur pathologie et d'être plus autonome dans leur prise en charge. Ils consistent à la réalisation d'ateliers au cours desquels différentes thématiques sont abordées avec des intervenants experts du domaine. Ainsi la prise en charge au cours de ces programmes est pluridisciplinaire et le pharmacien peut prendre part à des ateliers concernant les traitements, les surveillances biologiques, les aides techniques, ...

Ces ateliers permettent de donner confiance aux patients atteints de pathologies chroniques et de partager leur expérience avec d'autres. Ils peuvent alors contribuer à prévenir le repli sur soi lié à une pathologie.

2) Mettre en place une démarche spécifique à l'officine

Nous allons maintenant proposer une démarche applicable à l'officine. L'objectif principal de celle-ci est de repérer les personnes en situation d'isolement social, de les orienter ou d'alerter une structure d'accompagnement adaptée. C'est en effet au niveau du repérage et de la prévention que le rôle du pharmacien semble le plus pertinent.

i. Cibler et repérer

Pour commencer, nous allons définir le public à cibler dans le cadre de la mission de repérage de l'isolement social. En effet, les usagers d'une officine sont nombreux, et tous les profils y sont représentés, or, certains sont plus concernés que d'autres.

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe des critères pouvant favoriser l'isolement social.

La personne âgée est plus fragile comme nous l'avons vu. Toutefois, au-delà de l'avancée dans l'âge il y a des étapes clés à ces moments de la vie, qui, plus durs à vivre, semblent plus propices à créer une rupture. Par exemple, lors du départ à la retraite et de l'arrêt de l'activité professionnelle, la personne peut rencontrer des difficultés à trouver sa place au sein de la société et s'isoler. La perte d'un proche ou le veuvage est évidemment une étape. Ces étapes de la vie qui marquent un changement majeur dans la construction de l'identité comme le passage de la vie active à la retraite, le deuil ou un changement de milieu de vie sont appelées « ruptures biographiques ».

Toute rupture biographique dans la vie d'une personne est également un point de vigilance pour l'équipe officinale à laquelle les patients fidèles se livrent fréquemment. En effet, la maladie ou la perte d'un proche, des problèmes familiaux, la perte d'une activité professionnelle, sont des

événements qui peuvent entraîner une perte d'entrain, un changement du rythme de vie propice à l'isolement social.

La connaissance de l'entourage proche de la personne est également un point de repérage important. Une personne vivant seule présente plus de risque de ressentir la solitude de manière quotidienne voire de s'isoler. Il sera alors important de proposer un accompagnement pour prévenir l'isolement social et ses conséquences en termes de santé physique et mentale.

Les aidants familiaux de personnes âgées ou dépendantes peuvent aussi présenter une vulnérabilité à l'isolement social comme nous l'avons évoqué précédemment. En consacrant l'essentiel de leur temps à l'accompagnement d'un proche, certains peuvent avoir tendance à négliger leur bien-être.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'équipe officinale peut également s'appuyer sur la consommation de médicaments de la personne, le recours aux anti déprimeurs, anxiolytiques ou hypnotiques peut traduire un mal-être. Qu'il soit en lien avec l'isolement ou non, ce risque ne doit pas être négligé.

La deuxième phase de la démarche va consister à questionner la personne afin de repérer la fragilité liée à l'isolement. L'objectif est d'aborder le sujet au comptoir dans la conversation sans que la personne ait l'impression de répondre à un questionnaire. Ainsi, cela doit être relativement synthétique mais permettre de percevoir les informations essentielles.

L'objectif est de savoir si la personne voit du monde dans son quotidien, si elle sort et à quelle(s) occasions. En allant un peu plus loin, le questionnement va consister à savoir si la personne ressent la solitude.

- Vous sortez en ce moment ?
 - Non
 - Oui, pour les rendez-vous médicaux et la pharmacie
 - Oui, je fais mes courses
 - Oui, je fais une promenade tous les jours
 - Oui, je participe aux activités avec un club sénior

- Avez-vous de la visite à la maison ?
 - Non
 - Oui, des aides ménagères
 - Oui, mes enfants
 - Oui, je vois souvent des amis

- Êtes-vous satisfait(e) de vos visites et sorties ?
 - Oui
 - Non

- Vous arrive-t-il de vous sentir seul(e) ?
 - Oui
 - Non

- +/- A la pharmacie, on participe à la mise en place une démarche d'accompagnement, est-ce que cela pourrait vous intéresser ?

Ce questionnaire court et simple permet d'évaluer dans un premier temps les interactions sociales de la personne et leur nature. Il permet également d'apprécier la qualité des échanges et le sentiment de solitude de la personne. Comme nous l'avons déjà évoqué, une personne peut être seule et voir peu de monde mais ne pas se sentir seule ou isolée et avoir un mode de vie sain. A l'opposé, une autre personne peut sortir tous les jours, mais manquer de soutien social.

ii. Alerter et orienter

Quand une situation de fragilité est détectée par le pharmacien, son rôle sera d'orienter le patient vers une structure qui sera capable de lui proposer des solutions. Afin d'orienter au mieux le patient, la connaissance des associations et structures disponibles sur le territoire est importante. Nous allons ici en décrire quelques-unes.

Les CCAS peuvent prendre en charge toutes les personnes présentant une fragilité sociale, qu'il s'agisse d'un besoin d'accompagnement dans les démarches sociales, dans les tâches de la vie

quotidienne ou de trouver un temps de convivialité. En effet, ceux-ci sont accessibles sur l'ensemble du territoire et proposent des services variés d'accompagnement, d'aide à la personne et d'animations.

Pour tous les patients atteints de pathologies chroniques, il existe de nombreuses associations de patients. Certaines sont représentées à l'échelon départemental ou régional, elles peuvent apporter aux patients un soutien psychologique, social et juridique. En effet, elles constituent un lieu d'échange et d'entraide entre des patients aux parcours similaires.

Les Points Info Sénior sont déployés dans tous les départements afin de répondre aux besoins d'écoute, d'orientation et d'accompagnement des personnes âgées, notamment de services à domicile. Ils proposent parallèlement des actions d'animation et de prévention sur le territoire. Ils peuvent être un relais de choix dans l'accompagnement de nos aînés.

Les plateformes d'accompagnement et de répit sont une ressource à mobiliser pour les proches aidants des patients en perte d'autonomie qu'ils soient âgés, atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies neurodégénératives. Ces dispositifs ont pour but d'écouter et d'accompagner les aidants en proposant des activités pour maintenir la vie sociale de l'aidant, en organisant sa suppléance auprès de l'aidé. Elle est aussi un lieu d'information sur les services d'écoute et de soutien disponibles sur le territoire.

iii. Des outils pour aller plus loin

Il existe aujourd'hui des outils permettant de repérer les fragilités.

On retrouve notamment le score EPICES (évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé). Ce questionnaire composé de 11 questions permet de donner un indicateur de la précarité liée, entre autres, aux liens sociaux. Il permet également la mesure des inégalités en matière de santé et d'accès aux soins. On peut l'utiliser simplement, si la personne coche au moins quatre critères considérés comme « défavorables » (codés 1), alors elle est considérée comme socialement vulnérable.

N°	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante, éducateur) ?	1	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance complémentaire maladie (mutuelle, CMU) ?	1	0
3	Vivez-vous en couple ?	0	1
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	0	1
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF) ?	0	1
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	0	1
7	Êtes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre, ...) au cours des 12 derniers mois ?	0	1
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	0	1
9	Au cours des 6 derniers mois avez-vous eu contact avec des membres de votre famille autre que vos parents et vos enfants ?	0	1
10	En cas de difficulté y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	0	1
11	En cas de difficulté y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	0	1

Comme on peut le constater, c'est en réalité un outil qui prend en considération beaucoup de dimensions, pour positionner la personne sur une échelle de vulnérabilité sociale.

En tant qu'outils de mesure de la situation sociale de la personne, il s'intéresse naturellement à la situation familiale et financière de celle-ci mais également à ses ressources. Il prend également en considération l'accès aux soins et aux comportements de santé qui peuvent alerter sur un renoncement éventuel aux soins ou une difficulté d'accès aux droits. Les sorties, loisirs et liens familiaux et sociaux reflètent l'intégration sociale de la personne et sont également intégrées dans ce score.

L'outil EPICES est assez simple d'utilisation, il est connu et utilisé fréquemment par les travailleurs sociaux. Il est notamment utilisé pour repérer une population qui ne paraît pas vulnérable socialement sur le plan administratif mais qui présente néanmoins des fragilités qui peuvent conduire à des difficultés et des inégalités dans le domaine de la santé. En réalité, tous les paramètres de vulnérabilité sociale et de santé sont à la fois des causes et des conséquences de l'exclusion sociale. Le repérage de cette vulnérabilité permet de concourir à la prise en charge précoce de situations d'isolement social.

Ce score pourrait être proposé par l'équipe officinale face à des patients qui semblent avoir tendance à négliger les consultations de suivi, qui tardent à consulter quand il est nécessaire ou pour lesquels une vulnérabilité ou un défaut d'accompagnement est perçu. Le pharmacien pourrait ainsi alerter les structures adaptées en utilisant un indicateur qui fait sens pour les travailleurs sociaux afin de leur relater au mieux la situation. L'utilisation de cet outil est adaptable pour tous les profils quel que soit leur âge, qu'ils soient porteurs d'un handicap, atteints d'une maladie chronique, en bonne santé ou qu'ils aident un proche malade.

Toutefois, la réalisation d'un questionnaire aussi complet nécessite le consentement du patient. Il paraît difficile de poser ces onze questions précises de manière naturelle au comptoir dans une discussion.

Ce dernier point peut constituer un obstacle majeur à son utilisation dans l'exercice officinal.

CONCLUSION

Au départ de ce travail, nous avons dressé le bilan éloquent de l'isolement social, c'est effectivement un phénomène qui touche désormais l'ensemble de la société. Bien qu'il soit omniprésent, certains présentent des fragilités et l'isolement peut avoir de vraies répercussions sur la santé.

La solitude, le manque d'interaction avec le reste de la société, la diminution des sorties peuvent en effet impacter la santé de chacun et augmenter la mortalité. On a pu évoquer notamment les risques sur la santé cardiovasculaire, les fonctions cognitives, le stress et les fonctions neuroendocrines. La santé mentale est évidemment elle aussi mise en danger par l'isolement social qui peut provoquer des troubles psychotiques, anxieux, des troubles du sommeil et des comportements addictifs.

La démarche d'accompagnement des personnes isolées tend aujourd'hui à se mettre en place avec une impulsion donnée par les pouvoirs publics.

Pour analyser au mieux les besoins d'accompagnement, nous avons sollicité les travailleurs sociaux de la région PACA et avons pu ainsi confirmer et préciser les attentes de ceux-ci dans le domaine et notamment envers les pharmaciens d'officine. Ce sont des personnes ressources de confiance et disponibles qui peuvent à la fois mener des actions de repérage à destination des patients et les orienter vers des structures dédiées à l'accompagnement mais aussi prendre part à des programmes de prévention en collaboration avec d'autres professionnels.

Aujourd'hui, certains dispositifs dédiés à l'isolement ont vu le jour en région PACA, très peu de ceux-ci impliquent le pharmacien. Il a pourtant de vraies capacités d'écoute, d'accompagnement et des connaissances qu'il peut mettre à profit dans la lutte contre l'isolement social que ce soit dans son exercice quotidien ou en travaillant en lien avec les acteurs du domaine social qui l'entourent.

Pour terminer ce travail, nous avons esquissé une démarche de repérage et de prévention des personnes isolées à l'officine. Le repérage du patient isolé ne faisant pas aujourd'hui partie de la pratique courante en pharmacie, il serait pertinent de recueillir l'avis des pharmaciens d'officine et de mettre en place une expérimentation. A l'avenir, celui-ci pourrait faire l'objet

d'une rémunération de l'assurance maladie dans le cadre d'une mission inscrite à la convention pharmaceutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Serres JF. Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité.
2. Berhuet BM. 10 ans d'observation de l'isolement relationnel: un phénomène en forte progression - Baromètre « Les solitudes en France - édition 2020 » [Internet]. Zenodo; 2020 déc [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://zenodo.org/record/4327506>
3. les_solitudes_en_france_2016_-_synthese.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: https://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/les_solitudes_en_france_2016_-_synthese.pdf
4. les-solitudes-en-france-en-2014.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.fondationdefrance.org/images/pdf/les-solitudes-en-france-en-2014.pdf>
5. Etude_les_solitudes_en_France_-_Juin_2013.pdf [Internet]. [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_les_solitudes_en_France_-_Juin_2013.pdf
6. CSA - LA SOLITUDE ET L'ISOLEMENT CHEZ LES PERSONNES DE 60 ANS [Internet]. csa.eu. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.csa.eu/fr/survey/la-solitude-et-l-isolement-chez-les-personnes-de-60-ans-et-plus>
7. Rompaey CV. Solitude et vieillissement. Pensee Plurielle. 2003;no 6(2):31-40.
8. Les-differents-types-de-handicap - CCAH [Internet]. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CAAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
9. solitude-et-handicap-ou-maladie-mentale-la-double-peine.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.fondationdefrance.org/images/pdf/solitude-et-handicap-ou-maladie-mentale-la-double-peine.pdf>
10. Les sorties culturelles des Français après deux années de Covid-19 [CE-2022-6] [Internet]. [cité 9 août 2022]. Disponible sur: <https://www.culture.gouv.fr/Thematiques/Etudes-et-statistiques/Publications/Collections-de-synthese/Culture-etudes-2007-2022/Les-sorties-culturelles-des-Francais-apres-deux-annees-de-Covid-19-CE-2022-6>
11. Souffrance psychique et troubles psychiatriques liés à l'épidémie de COVID-19 et difficultés de la vie en confinement : les évaluer pour mieux agir [Internet]. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/souffrance-psychique-et-troubles-psychiatriques-lies-a-l-epidemie-de-covid-19-et-difficultes-de-la-vie-en-confinement-les-evaluer-pour-mieux-agir>
12. Moins à risque face à la Covid-19, les jeunes adultes subissent les contrecoups économiques et sociaux de l'épidémie – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432515?sommaire=5435421>
13. Hazif-Thomas C, Thomas P. Après l'urgence sanitaire, réaffirmer le droit à la vie personnelle

en EHPAD avec pour horizon le respect de la dignité des anciens et de leur famille. :10.

14. Gil R. Confinement et isolement en Ehpads ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux. *Droit Santé Société*. 2020;2(2):27-34.
15. Desport JC, Villemonteix C, Bousageon M, Guitard M, Humbert L, Ballussaud C, et al. Évolution de l'état nutritionnel de 579 résidents de 9 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avant/après confinement. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 avr 2021;35(1):31.
16. ER1200.pdf [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
17. Isolement social et mortalité chez les personnes âgées au Canada [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020003/article/00003-fra.htm>
18. Orth-Gomér K, Johnson JV. Social network interaction and mortality: A six year follow-up study of a random sample of the swedish population. *J Chronic Dis*. 1 janv 1987;40(10):949-57.
19. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci*. 1 mars 2015;10(2):227-37.
20. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Maladies cardiovasculaires [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/maladies-cardiovasculaires>
21. La solitude, l'isolement et la santé cardiaque [Internet]. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.coeuretavc.ca/fr-ca/articles/loneliness-isolation-and-your-heart-health/>
22. Lyons DM, Levine S. Socioregulatory effects on squirrel monkey pituitary-adrenal activity: A longitudinal analysis of cortisol and ACTH. *Psychoneuroendocrinology*. 1 janv 1994;19(3):283-91.
23. Cacioppo JT, Cacioppo S, Capitanio JP, Cole SW. The Neuroendocrinology of Social Isolation. *Annu Rev Psychol*. 3 janv 2015;66:733-67.
24. Myeloid differentiation architecture of leukocyte transcriptome dynamics in perceived social isolation [Internet]. [cité 15 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1514249112>
25. Cacioppo JT, Hawkey LC. Perceived Social Isolation and Cognition. *Trends Cogn Sci*. oct 2009;13(10):447-54.
26. Les déterminants de la santé mentale [Internet]. Santé Mentale. 2021 [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2021/06/les-determinants-de-la-sante-mentale/>
27. Gunderson EKE, Nelson PD. Adaptation of small groups to extreme environments: (513212009-001) [Internet]. American Psychological Association; [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e513212009-001>

28. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*. juin 2020;46(3):S43-52.
29. Decety J. Le pouvoir de l'amitié et des relations interpersonnelles. *L'éclairage des neurosciences sociales*. *Rev Neuropsychol*. :7.
30. Sargin D, Oliver DK, Lambe EK. Chronic social isolation reduces 5-HT neuronal activity via upregulated SK3 calcium-activated potassium channels. Nelson SB, éditeur. *eLife*. 22 nov 2016;5:e21416.
31. La crise sanitaire a des répercussions sur les conduites addictives des Français [Internet]. [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: https://addictions-france.org/presse/la-crise-sanitaire-a-des-repercussions-sur-les-conduites-addictives-des-francais/prescription_psychotropes_sujet_age_court.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/prescription_psychotropes_sujet_age_court.pdf
32. Castro D, Mouret M. Effets de la Covid-19 et de la crise sanitaire sur les valeurs sociétales : l'enquête. *J Psychol*. 2022;400(8):34-8.
33. OBSERVATOIRE BIOGARAN DE LA SANTÉ AU QUOTIDIEN [Internet]. IFOP. [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/observatoire-biogaran-de-la-sante-au-quotidien/>
34. Brochure+de+la+démographie+pharmaceutique+complète+au+1er+janvier+2021.pdf [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/554591/2566427/version/4/file/Brochure+de+la+d%C3%A9mographie+pharmaceutique+compl%C3%A8te+au+1er+janvier+2021.pdf>
35. BRO_2021+PACA_OK.pdf [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/558686/2586515/version/1/file/BRO_2021+PACA_OK.pdf
36. Le rôle et la place des pharmaciens dans la crise du Coronavirus [Internet]. IFOP. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/le-role-et-la-place-des-pharmaciens-dans-la-crise-du-coronavirus/>
37. feuille_de_route_isolement_2021_accessible.pdf [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_isolement_2021_accessible.pdf
38. reforme-saad-2022-fiche-objectif-6-isolement.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-6-isolement.pdf>
39. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Pharm Hosp Clin*. mars 2019;54(1):56-63.
40. Fiche Expérience Régionale - Repérage des personnes âgées isolées Aubagne | Gérontopôle Sud [Internet]. [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.gerontopolesud.fr/fiche->

exp%C3%A9rience-r%C3%A9gionale-rep%C3%A9rage-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-
isol%C3%A9es-aubagne

42. Du Z, Li Y, Li J, Zhou C, Li F, Yang X. Physical activity can improve cognition in patients with Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Interv Aging*. 4 sept 2018;13:1593-603.
43. Chang JY, Tsai PF, Beck C, Hagen J, Huff DC, Anand KJS, et al. The Effect of Tai Chi on Cognition in Elders with Cognitive Impairment. *Medsurg Nurs*. avr 2011;20(2):63.
44. SFPC-Dispensation-à-Domicile-Recommandations_MEMO-.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2021/06/SFPC-Dispensation-a%CC%80-Domicile-Recommandations_MEMO-.pdf
45. Bardet JD, Gravoulet J, Ruspini E, Masseron S, Allenet B, Ferrera F. Le portage à domicile : de la livraison à la dispensation à domicile – Recommandations de bonnes pratiques et perspectives pour le pharmacien d'officine. *Pharm Clin*. mars 2022;57(1):59-68.
46. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/prado/prado-service-retour-domicile>

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

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

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.