

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTÉ DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2023-2024

N° 97

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Lucie CAILLAUDAUD née le 11/08/1998 à POINTE A PITRE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 NOVEMBRE 2023

**Rôle du pharmacien dans la détection de la fragilité des personnes
âgées : étude observationnelle à la Pharmacie du Grand Marché
d'avril 2023 à juin 2023.**

JURY

Président et co-directeur : Pr. Hassan ALLOUCHI, PU-PH, Faculté de Pharmacie – Tours

Membres :

Dr. Adeline BOUDET, PH Pharmacienne hospitalière – OMEDIT Centre Val de Loire

Dr. Julie BOURGUEIL, PH Pharmacienne – CHU TOURS

Dr. Charlotte PLEAU-LEFER, Pharmacienne d'officine – Tours

ANNEE : 2023 - 2024

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

Assesseurs : M. Gildas PRIE, Mme Mélanie BOUVIN PLEY, Mme Emilie ALLARD-VANNIER, M. Bruno GIRAudeau, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

14 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAudeau	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITE

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAUT	Gilles	IMMUNOLOGIE

35 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BOUVIN-PLEY	Mélanie	MICROBIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE

Mise à jour du 18/09/2023

JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
LAJOE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
ODIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHLI	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

CAMUS GABRIEL **Mathilde** **1 MAST**
Filière Officine

4 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

4 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

1 ATER (Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche)

KICHOU	Hichem	CHIMIE ANALYTIQUE
--------	--------	-------------------

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

1 contrat d'enseignement

GERBIER (contrat	Soledad	ANGLAIS
------------------	---------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse et co-directeur, Monsieur Hallouchi,

Enseignant chercheur à l'Université de Tours

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A ma directrice de thèse, Madame BOURGUEUIL,

Pharmacienne hospitalière

Pour son soutien sans faille et sa disponibilité malgré un emploi du temps chargé, pour ces longues heures cumulées desquelles je ressortais à chaque fois motivée.

A mes juges,

Madame BOUDET,

Pharmacienne hospitalière

Pour l'honneur que vous me faites de faire partie de ce jury.

Madame PLEAU-LEFER,

Pharmacien titulaire d'officine à Tours

Pour avoir aimablement accepté de participer à ce jury de thèse. Soyez assurée de l'honneur que vous me faites. Pour votre encadrement et le partage de vos connaissances durant toutes mes années d'études et plus particulièrement lors de mon stage de 6^{ème} année.

Mes remerciements vont aussi à **ma famille** (en particulier mes parents, ma sœur et ma marraine) qui, avec cette question récurrente « et alors cette thèse, quand est-ce que tu la soutiens ? », bien qu'angoissante en période fréquente de doutes, m'ont permis de ne jamais dévier de mon objectif final.

Je souhaite exprimer ma gratitude envers **Brice** pour son soutien constant au quotidien et son enthousiasme inspirant envers mes travaux et la vie en général. Notre relation s'est développée en parallèle de mon projet scientifique, créant ainsi une base solide afin que ce dernier s'épanouisse.

Merci à **mes amis**, Charlotte, Caroline, Camille, Justine, Kenza, Alix, Clémence, Eloïse, Corentin, Manon, Laurane et Océane.

Je n'oublie pas de vous remercier pour votre présence au cours de ces six dernières années, c'est en grande partie grâce à vous qu'aujourd'hui je peux dire « c'est déjà fini ? ». Votre amitié m'est précieuse.

Je tiens également à remercier tous **mes collègues** de la pharmacie du Grand Marché, avec qui j'ai eu un immense plaisir à travailler durant ces années. Je les remercie pour l'intérêt et le soutien qu'ils ont témoigné dans ce projet, leur contribution à ma formation, pour l'ambiance chaleureuse dans laquelle j'ai pu effectuer ce travail, mais surtout pour tous les bons moments partagés ensemble.

Finalement, je remercie **toutes celles et ceux** que je n'ai pas cité et qui m'ont consacré de leur temps et apporté leur soutien et conseils durant ces années.

Table des matières

Introduction.....	12
I. La personne âgée.....	14
1- Définitions.....	14
2- Modifications pharmacologiques concernant la personne âgée.....	15
a) Impact au niveau de l'absorption.....	15
b) Impact au niveau de la distribution.....	16
c) Impact au niveau de la métabolisation.....	16
d) Impact au niveau de l'élimination.....	17
3- Sénescence	18
II. La fragilité chez le sujet âgé.....	19
1- Définitions de la pré-fragilité et de la fragilité	19
2- Principaux facteurs de risque de la fragilité	21
3- Critères de détection de la fragilité.....	22
4- Grilles de détection de la fragilité	23
a) Critères de Fried (approche motrice)	23
b) Échelle de Rockwood (approche médico-psycho-sociale)	24
c) La vitesse de marche (approche motrice)	25
d) Score Short Physical Performance Battery (SPPB)	26
e) Timed Up and Go Test (TUG Test) (approche motrice).....	28
f) Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA-7) (outil de repérage / dépistage)	29
g) Score d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (EPICES) (évaluation de la précarité)	30
h) Gerontopole Frailty Screening tool (GFST)	32
i) Grille SEGA	32
5- Choix de la grille la plus pertinente	34
III. Parcours de soin du sujet âgé.....	35
1- Projet ICOPE.....	35
2- Projet Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).....	36
3- Équipe Régionale Vieillissement et Maintien de l'Autonomie (ERVMA)	38
4- Les Équipes Mobiles de Gériatrie (EMG)	42
a) L'Équipe Mobile de Gériatrie Intra-Hospitalière (EMGIH).....	42
b) L'Équipe Mobile de Gériatrie Entra-Hospitalière (EMGEH)	45
IV. Étude observationnelle dans une pharmacie d'officine tourangelle.....	49
1) Matériel et méthode.....	49
2) Résultats	52
3) Que mettre en place en officine ?	64
V. Conclusion	66
VI. Annexes.....	68

ABREVIATIONS

- *ADL : Activities of Daily Living*
- ALD : Affection de Longue Durée
- AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- AVK : Anti Vitamine K
- CMUc (Couverture Maladie Universelle complémentaire)
- CYP450 : Cytochrome P450
- DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
- EGS : Evaluations Gériatriques Standardisées
- EMG : Équipe Mobile de Gériatrie
- EMGIH : Équipe Mobile de Gériatrie Intra-Hospitalières
- EMGEH : Équipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalières
- EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
- ERVMA : Équipe Régionale Vieillissement et Maintien de l'Autonomie
- *GFST : Gerontopole Frailty Screening Tool*
- *ICOPE : Integrated Care For Older PEople*
- IDEC : Infirmière DE Coordination
- IPA : Infirmière en Pratique Avancée
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- JVMA : Journées Vieillissement et Maintien de l'Autonomie
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
- PPS : Plan Personnalisé de Soins
- PRISMA : Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie
- *SEGA : Short Emergency Geriatric Assessment*
- SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériatologie
- *SPPB : Score Short Physical Performance Battery*
- *TRST : Triage Risk Screening Tool*

- *TUG Test : Timed Up and Go Test*
- Vd : Volume de distribution

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les biotransformations classées en 2 types (I et II).

Figure 2 : L'élimination rénale des médicaments

Figure 3 : Diminution de la force musculaire avec l'âge.

Figure 4 : Critères de Fried.

Figure 5 : Echelle de Rockwood.

Figure 6 : SPPB (Short Physical Performance Battery).

Figure 7 : TUG Test.

Figure 8 : PRISMA 7.

Figure 9 : Score EPICES.

Figure 10 : GFST.

Figure 11 : Grille SEGA.

Figure 12 : Territoires pilotes projet PAERPA.

Figure 13 : Actions du PAERPA.

Figure 14 : L'application « ICOPE et moi ».

Figure 15 : Poster application ICOPE et moi.

Figure 16 : Triage Risk Screening Tool (TRST).

Figure 17 : Formulaire de demande d'intervention EMGIH.

Figure 18 : Formulaire de demande d'intervention de l'EMGEH.

Figure 19 : Formulaire de demande d'intervention de l'EMGEH.

Figure 20 : Aperçu tableau excel.

Figure 21 : Proportion d'hommes et de femmes recrutés.

Figure 22 : Fragilité détectée volet A.

Figure 23 : Fragilité détectée volet B.

Figure 24 : Humeur des personnes interrogées.

Figure 25 : Nombre de médicaments pris.

Figure 26 : Perception de leur santé.

Figure 27 : Organisation de la filière relevage à Tours.

Figure 28 : Maladies associées.

Figure 29 : Mobilité.

Figure 30 : Fonctions cognitives.

Figure 31 : Vision.

Figure 32 : Audition.

Figure 33 : Hospitalisations au cours des 6 derniers mois.

Introduction

Dans notre société vieillissante, on observe une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes due à l'allongement de l'espérance de vie. Cette tendance s'accompagne d'une détérioration de leur qualité de vie. Par conséquent, cela génère un besoin accru d'assistance de la part de la famille et engendre des coûts de santé plus élevés, mettant en péril la durabilité de nos systèmes de santé solidaires.

Il existe une phase précédant la dépendance, appelé état de fragilité, qui mérite d'être identifiée et traitée. En effet, cela peut retarder, voire prévenir, l'apparition de la dépendance.

Par ailleurs, ces dernières années, une initiative visant à établir une approche complète et coordonnée de la prise en charge des patients s'est développée. L'objectif est notamment d'ajuster les soins de manière optimale en fonction des besoins de chaque patient et ainsi d'améliorer l'efficacité de notre système de santé. C'est au sein de cette approche globale que le concept de fragilité chez les personnes âgées doit être intégré.

Dans une première partie, je définirai ce qu'est une personne âgée d'un point de vue pharmacologique, avant d'approfondir sur le terme de fragilité et comment la repérer.

La seconde partie sera centrée sur le parcours de soin du sujet âgé et plus précisément sur son organisation à Tours.

Enfin, la dernière partie relatera ce qui peut être proposé aux patients en terme d'accompagnement et ce qui peut être mis en place dans une pharmacie d'officine.

L'officine est un lieu privilégié afin de détecter les premiers signes de fragilité et de dépendance des patients. Il m'a ainsi semblé important d'étudier les différents outils à notre disposition pour repérer cette fragilité. Malgré les contraintes liées au matériel disponible ainsi qu'au temps qu'on peut accorder à repérer la fragilité des patients, il s'agit là d'un enjeu de santé publique.

Dans le cadre de ma thèse, j'ai choisi la grille de calcul de score de fragilité *SEGA* afin d'envisager de détecter cette fragilité chez les sujets de 60 ans et plus dans une pharmacie d'officine tourangelle.

Cette étude permet notamment de montrer que le pharmacien d'officine peut largement contribuer à une identification plus précise des compétences de dépistage de la fragilité de sa patientèle. Pour autant une formation s'impose et une meilleure compréhension des besoins d'information et des attentes des praticiens concernant le domaine de la fragilité.

I. La personne âgée

1- Définitions

Aucune définition précise n'existe pour la personne âgée. Néanmoins, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(1), une personne devient âgée à partir de 60 ans. Il s'agit d'ailleurs de l'âge qui a été retenu pour l'obtention de certaines prestations comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Cet âge est néanmoins remis en question par les gériatres car, n'étant basé que sur l'âge de l'état civil, cette définition possède des limites.

En effet, le vieillissement est avant tout un phénomène progressif et non soudain et l'état des sujets au sein de la population des soixantenaires est très hétérogène(2).

En 2050, selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)(3), en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. Un tiers des habitants serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005, soit une hausse de 80% en 45 ans.

L'espérance de vie est un indicateur dont nous entendons régulièrement parler quand il s'agit du sujet âgé. Il s'agit de la durée moyenne de la vie humaine dans une société donnée.

Depuis un siècle, cette dernière ne cesse d'augmenter pour être actuellement de 85,4 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour les hommes, ce qui est principalement dû à une baisse considérable de la mortalité infantile et des progrès de l'hygiène et de la médecine.

Cet indicateur possède des limites qui pourront être amoindries en parlant de l'espérance de vie sans incapacité qui nous fait nous interroger sur la qualité de ces années gagnées.

2- Modifications pharmacologiques concernant la personne âgée

La pharmacocinétique est définie comme le devenir de la molécule dans l'organisme. Elle comprend quatre phases qui sont les suivantes : l'absorption, la distribution, la métabolisation et l'élimination(4).

Le vieillissement des sujets impacte les quatre phases, même si certaines étapes (notamment le métabolisme et l'élimination) seront plus modifiées que d'autres. On observe alors une plus forte exposition des sujets âgés aux effets indésirables des médicaments, et ce notamment lors d'administrations chroniques de substances médicamenteuses.

L'adaptation des posologies essentielles au bon maniement des médicaments sera rendue difficile par la variabilité interindividuelle : le vieillissement n'est (comme dit ci-dessus) pas homogène et va se traduire par une diminution progressive et éventuellement dissociée des performances des différentes fonctions.

De manière générale, la posologie doit être réduite chez le sujet âgé du fait d'une diminution de nombreuses fonctions de l'organisme.

a) Impact au niveau de l'absorption

Les principaux éléments qui sont modifiés avec l'âge sont la réduction de la surface de l'intestin grêle ainsi que l'élévation du pH gastrique. Néanmoins, même si ces facteurs influencent peu l'absorption des médicaments dans la population étudiée, l'élévation du pH gastrique peut accélérer la libération de formes à enrobage entérique augmentant ainsi le risque d'effets indésirables digestifs.

Un autre élément à prendre en compte est le ralentissement de la motilité gastro-intestinale liée à l'âge. En effet, les médicaments absorbés dans l'intestin grêle supérieur (ex. Paracétamol), verront leur absorption et leur début d'action retardés. Il est également observé cette diminution d'absorption pour les médicaments anticholinergiques, surtout à risque d'effets indésirables chez le sujet âgé.

b) Impact au niveau de la distribution

La modification majeure au niveau de l'étape de distribution concerne l'augmentation du compartiment graisseux qui va entraîner l'augmentation du Volume de distribution (Vd) des médicaments fortement lipophiles ce qui pourra alors augmenter leur demie vie d'élimination ($T_{1/2}$).

Au niveau des protéines, on observe une diminution de l'albumine sérique ainsi qu'une augmentation de l'alpha-1-glycoprotéine. Même si l'augmentation de l'alpha-1-glycoprotéine n'entraîne pas forcément de conséquences en pratique, la diminution de l'albumine quant à elle amoindrit la fixation à l'albumine des médicaments acides avec une augmentation de la fraction libre (qui est la seule forme pharmacologiquement active). On peut alors constater, pour les médicaments fortement liés aux protéines plasmatiques (surtout les Anti-Vitamine K (AVK), les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) et les sulfamides), une augmentation de leurs effets et donc l'apparition d'effets toxiques. Cela est dû au fait que la liaison aux protéines plasmatiques s'amoindrit avec l'âge car la masse hépatique et donc la synthèse hépatique diminue avec ce dernier.

c) Impact au niveau de la métabolisation

En fonction de l'âge, on observe une diminution de la masse hépatique, du flux sanguin hépatique ainsi que du pouvoir métabolique hépatique.

Globalement, le métabolisme hépatique diminue d'environ 30% après 70 ans(5).

Quand on regarde de plus près ce qu'il se passe au niveau de la métabolisation du médicament, on peut observer une diminution globale de cette dernière qui va être plus ou moins marquée selon les différentes voies de métabolisation empruntées.

L'imagerie a permis la mise en évidence d'une diminution variable de la taille du foie avec l'âge pouvant aller de 17 à 46% ainsi qu'une diminution du débit sanguin hépatique allant de 0,3% à 1,5% par an à partir de 25 ans. Ces deux éléments impactent donc la clairance hépatique en proportion. On constate que les médicaments les plus impactés sont ceux ayant une clairance hépatique élevée (tels que la morphine, les bêta-bloquants, le vérapamil...).

Les biotransformations peuvent être de deux sortes (figure 1 ci-dessous) :

- La phase 1 (phase de fonctionnement ou d'oxydation), qui semble la plus influencée par l'âge.
- La phase 2 (phase de conjugaison), qui semble beaucoup moins impactée par le vieillissement.

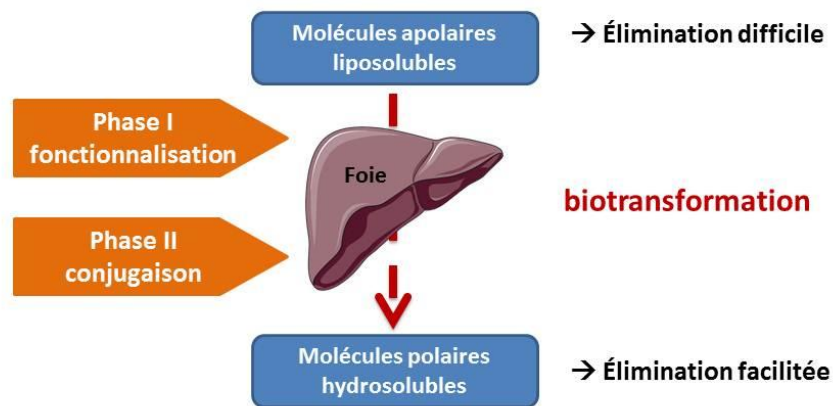


Figure 1 : Les biotransformations classées en 2 types (I et II).

d) Impact au niveau de l'élimination

L'excrétion rénale est l'étape pharmacocinétique qui est la plus modifiée avec l'âge étant donné que la fonction rénale est physiologiquement altérée dans cette population. En effet, en dehors de toute pathologie spécifique, une diminution de la filtration glomérulaire en fonction de l'âge est normale. Le flux sanguin rénal diminue d'environ 1% par an à partir de 50 ans(6).

De plus, on observe une perte de la fonction tubulaire et une diminution de la capacité de réabsorption (figure 2 ci-dessous).

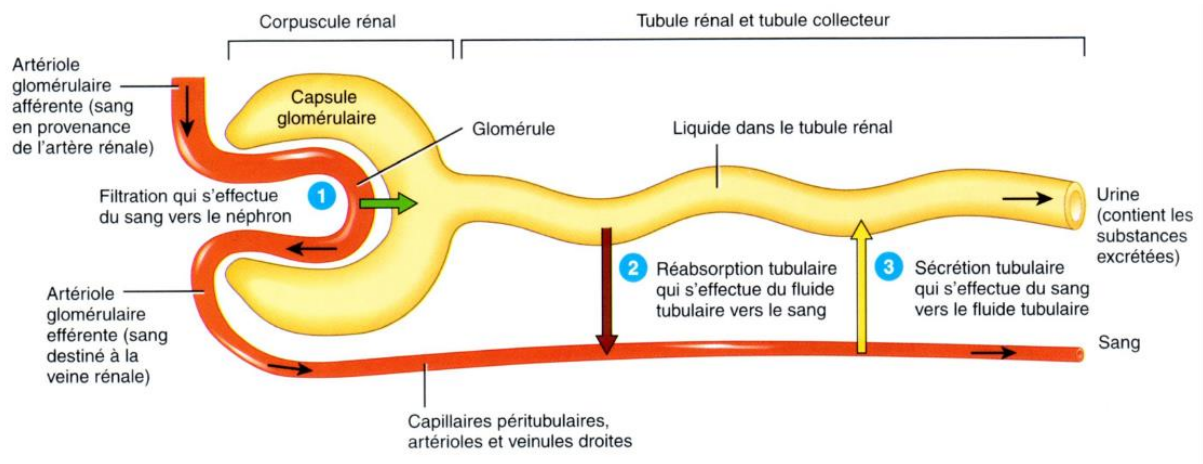


Figure 2 : L'élimination rénale des médicaments

Afin d'évaluer la capacité d'élimination d'un individu, la mesure de la clairance à la créatinine est souvent utilisée et cette dernière permet un ajustement des posologies.

3- Sénescence

La sénescence est définie comme étant l'ensemble des phénomènes non pathologiques qui affectent l'organisme humain à partir d'un certain âge (qui varie selon les sujets) provoquant, par une diminution et une modification des tissus, un ralentissement de l'activité vitale et des modifications physiques, physiologiques et psychiques(7).

C'est pour ainsi dire le processus normal de vieillissement qui se traduit par une diminution graduelle d'un certain nombre de capacités.

On observe alors avec le vieillissement des individus une diminution des capacités sensorielles :

- **La vue**, avec une baisse de la vision ainsi que de la sensibilité aux contrastes, une augmentation de la sensibilité à l'éblouissement ainsi qu'une apparition des troubles de la vue et le développement de pathologies visuelles (telles que la cataracte, la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA)...),
- **L'ouïe**, avec une diminution de l'acuité auditive entraînant une dégradation de la compréhension et de l'intégration de la parole,
- **Le goût**, avec une moins grande sensibilité des papilles gustatives, ce qui peut entraîner une baisse de motivation à se nourrir,
- **L'odorat**, avec moins de sensibilité aux odeurs,

- **Le toucher**, avec un déclin des sensations tactiles dû au changement vasculaire de la peau ainsi qu'une vitesse de conduction neurosensorielle plus lente.

Ces modifications peuvent paraître anecdotiques mais doivent être prises en considération car si elles sont ignorées, elles peuvent entraîner un isolement, un repli sur soi, des déficits et/ou des troubles de la communication, une dépression.

II. La fragilité chez le sujet âgé

1- Définitions de la pré-fragilité et de la fragilité

Le terme « fragilité » en gériatrie a vu sa définition progressivement évoluer au cours de ces vingt dernières années et n'a pas encore de définition faisant l'unanimité au sein de la population scientifique. Ce concept est né aux Etats-Unis sous le terme de « *frail elderly* » ce qui signifie littéralement « personnes âgées fragiles ».

L'âge est un déterminant majeur, mais insuffisant pour expliquer à lui seul la fragilité.

Ce terme est largement utilisé dans notre langage quotidien. Sa reconnaissance en gérontologie est récente, bien qu'on puisse considérer que les travaux de Rubenstein (1984)(8) représentent un des jalons majeurs de l'appropriation du concept.

En effet, aux Etats-Unis, en 1984, L. Rubenstein publia une étude démontrant que la mortalité dans l'année de patients âgés séjournant dans les services de médecine interne était deux fois plus élevée que celle de patients équivalents hospitalisés dans des services de gériatrie. De plus, le risque que ces derniers soient institutionnalisés était également plus faible et leur autonomie à la sortie de l'hôpital était nettement meilleure.

Si l'on devait choisir la définition faisant le plus l'unanimité, il s'agirait de celle de Campbell(9) qui définit la fragilité comme étant la réduction multisystémique des aptitudes physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement ou une vulnérabilité liée à une diminution des réserves physiologiques propres de l'individu. La fragilité décrit un état d'équilibre précaire avec risque de déstabilisation, une sorte d'état intermédiaire entre la « robustesse » et la dépendance.

Plus simplement, pour la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), la fragilité se définit par une **diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress**.

La fragilité est donc par définition instable, souvent évolutive mais parfois réversible.

Par contre la fragilité n'est pas le vieillissement, ni la dépendance ; elle n'est pas secondaire à une pathologie donnée ni liée forcément à la polypathologie. On peut considérer selon la formule de Lebel, que « la fragilité est plus un risque qu'un état ».

Laisser la fragilité s'installer contribue à ce cercle vicieux, à l'origine de conséquences comme le risque de chutes et d'évènements fracturaires. La personne âgée n'est pas toujours consciente de cet état de fragilité, de son instabilité ou parfois le banalise : cet état de santé peut être vécu passivement par le sujet âgé, ses aidants ou les soignants. Or, l'enjeu est justement l'inverse : savoir repérer activement cet état fragile dont le caractère encore réversible doit inciter à s'y intéresser(10).

Plus généralement, une caractéristique fondamentale de la fragilité est un décalage entre le stimulus et la réponse, que celle-ci s'inscrive dans le domaine moteur ou dans le registre comportemental. Pour illustrer la notion de décalage, parmi la multitude de situations qui pourraient être déclinées, nous citerons 2 exemples opposés :

- L'attitude excessive et caractérielle d'une personne âgée face à l'entourage, lors de situations banales de la vie quotidienne,
- Inversement, la réaction motrice insuffisante d'évitement pour prévenir une chute.

Les déterminants de la fragilité sont complexes et multiples, intriquant des facteurs intrinsèques et environnementaux. Mais dans tous les cas, on retrouve deux causes cytophysiologiques fondamentales :

- Une fatigabilité fonctionnelle générant des réponses plus limitées,
- Une désadaptation aux situations de stress.

Le stade de pré-fragilité quant à lui, qui est en pratique le stade infraclinique, correspond au stade durant lequel les réserves physiologiques, bien que diminuées, restent suffisantes pour permettre une réponse adaptée lors d'un stress et donc une récupération complète quand le stade de fragilité est associé à une récupération plus lente ou incomplète.

En bref, à tous les niveaux perceptibles, la fragilité engendre une précarité de l'équilibre physiologique, elle-même associée à une plus grande précarité du statut social.

2- Principaux facteurs de risque de la fragilité

Les facteurs de risque de fragilité chez les sujets âgés sont généralement liés à des changements physiologiques et à des conditions de santé qui surviennent avec l'avancée en âge. Voici certains des principaux facteurs de risque de fragilité chez les personnes âgées :

- Un **âge avancé** : Le vieillissement en soi est un facteur de risque majeur de fragilité. Avec l'âge, il y a une perte progressive de la masse musculaire, une diminution de la densité osseuse et une baisse de la fonction des organes, ce qui peut rendre les personnes âgées plus vulnérables,
- La **malnutrition** : Une mauvaise alimentation ou une malnutrition chez les personnes âgées peut entraîner une perte de poids, une carence en nutriments essentiels et une diminution de la force musculaire, contribuant ainsi à la fragilité,
- La **sédentarité** : Un mode de vie inactif et une faible activité physique peuvent entraîner une perte de masse musculaire, une diminution de la capacité cardiorespiratoire et une diminution de la mobilité, augmentant ainsi le risque de fragilité,
- Les **maladies chroniques** : Les maladies chroniques courantes chez les personnes âgées, telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, les troubles respiratoires et les maladies neurologiques, peuvent augmenter ce risque,
- Les **chutes antérieures** : Les chutes antérieures peuvent entraîner des blessures graves, une perte de confiance en soi et une diminution de l'activité physique,
- La **polymédication** : La prise simultanée de multiples médicaments, courante chez les personnes âgées atteintes de plusieurs affections, peut augmenter le risque d'effets indésirables et de réactions médicamenteuses,
- L'**isolement social** : Un manque de soutien social et d'interaction sociale peut entraîner une diminution de l'engagement cognitif et physique,
- Le **déclin cognitif** : Les problèmes de mémoire et les troubles cognitifs peuvent entraîner des difficultés à prendre soin de soi et à adopter un mode de vie sain.

3- Critères de détection de la fragilité

Les critères de détection de la fragilité chez les personnes âgées incluent :

- La **perte de poids** : Une perte de poids non intentionnelle ou significative peut être un indicateur de fragilité,
- La **faiblesse musculaire** : La force musculaire peut être mesurée à l'aide de tests d'évaluation de la force de préhension. Dès 50 ans, la masse et la force musculaires diminuent de manière significative. Au-delà d'un certain seuil, ce phénomène est appelé sarcopénie (cf. figure 3 ci-dessous),
- L'**épuiement** : L'épuisement peut être mesuré à l'aide d'un questionnaire,
- La **vitesse de marche lente** : Une vitesse de marche lente peut être un indicateur de fragilité,
- La **faible activité physique** : Un niveau d'activité physique faible peut être mesuré à l'aide d'un questionnaire,
- La **perte d'autonomie** : La perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne peut être mesurée à l'aide de questionnaires,
- Les **maladies chroniques** : La présence de maladies chroniques peut être un indicateur de fragilité,
- Les **troubles cognitifs** : Les troubles cognitifs peuvent être mesurés à l'aide de tests neuropsychologiques.

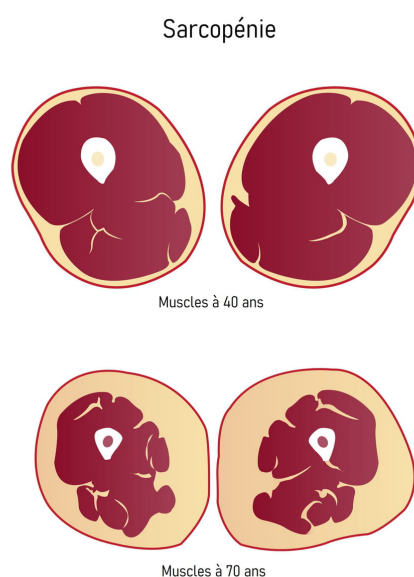


Figure 3 : Diminution de la force musculaire avec l'âge.

Il est important de souligner que ces critères ne sont pas exclusifs et que la fragilité est un état multifactoriel complexe qui peut être influencé par différents facteurs individuels, sociaux et environnementaux.

4- Grilles de détection de la fragilité

Nous allons maintenant nous intéresser à certaines grilles et tests permettant de détecter cette fragilité.

Ces grilles de détection permettent d'évaluer la fragilité des sujets âgés de manière rapide et fiable. Cependant, ces grilles ne sont pas des outils de diagnostic mais plutôt des outils de dépistage qui peuvent aider les professionnels de santé à identifier les sujets âgés qui présentent des signes de fragilité et qui pourraient bénéficier d'une évaluation plus approfondie.

a) Critères de Fried (approche motrice)

Le modèle développé par L. Fried(11) est basé sur 5 critères principaux et aboutit à la définition de trois profils de personnes âgées :

- Une personne robuste (0 critère),
- Une personne pré-fragile (1 ou 2 critères),
- Une personne fragile (à partir de 3 critères).

Les cinq critères sont (figure 4 ci-dessous) :

- La perte de poids involontaire,
- La vitesse de marche ralentie,
- La faible endurance,
- La faiblesse / la fatigue,
- Les activités physiques réduites.

Les 5 critères de Fried.		
Perte de poids non intentionnelle	Plus de 5 % sur une année	Autoquestionnaire ou mesure
Sentiment d'épuisement	Rapporté subjectivement par le patient	Autoquestionnaire
Marche lente	Temps en secondes pour effectuer une marche sur une distance de 4 à 10 mètres	Mesure
Faiblesse musculaire	Évaluation par la force dans le poignet (serrer la main)	Mesure éventuelle par un dynamomètre
Activité physique réduite	Évaluation du périmètre de déplacement	Autoquestionnaire

Figure 4 : Critères de Fried.

b) Échelle de Rockwood (approche médico-psycho-sociale)

L'échelle de Rockwood(12) est définie par 4 critères :

- La mobilité,
- *Activities of Daily Living (ADL)*,
- L'incontinence,
- Les troubles cognitifs.

Les patients sont alors « classés » selon 9 niveaux (figure 5 ci-après) :

- Niveau 1 : Pas de fragilité - La personne est autonome dans toutes les activités quotidiennes,
- Niveau 2 : Légère fragilité - La personne peut avoir une légère difficulté à réaliser certaines activités quotidiennes, mais reste autonome,
- Niveau 3 : Fragilité modérée - La personne a des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes et peut avoir besoin d'aide de temps en temps,
- Niveau 4 : Fragilité modérée à sévère - La personne a des difficultés à réaliser la plupart des activités quotidiennes et a besoin d'une aide régulière,
- Niveau 5 : Fragilité sévère - La personne a besoin d'une aide constante pour réaliser les activités quotidiennes et peut présenter des problèmes de santé chroniques,
- Niveau 6 : Fragilité sévère à extrême - La personne est complètement dépendante pour les activités quotidiennes et peut présenter des problèmes de santé complexes,
- Niveau 7 : Fragilité extrême - La personne est complètement dépendante pour toutes les activités quotidiennes et a besoin de soins médicaux constants,
- Niveau 8 : Fragilité extrême avec maladies en phase terminale - La personne a une maladie en phase terminale et est complètement dépendante pour toutes les activités quotidiennes,

- Niveau 9 : Malade en phase terminale - La personne est en phase terminale et présente une fragilité extrême avec une espérance de vie très limitée.

	1	Très bonne condition physique Les personnes de cette catégorie sont robustes, actives, pleines d'énergie et motivées. Elles s'entraînent régulièrement et présentent la meilleure forme dans leur tranche d'âge.
	2	Moyennement actif Les personnes de cette catégorie ne présentent aucun symptôme pathologique actif , mais ne sont pas en aussi bonne forme que les personnes de la catégorie 1. Elles sont moyennement actives ou temporairement très actives , p. ex. de manière saisonnière.
	3	Se débrouille bien Les symptômes pathologiques de ce groupe de personnes sont bien contrôlés, mais, en dehors de la marche dans le cadre d'activités quotidiennes, elles ne bougent pas régulièrement .
	4	Vulnérable Même si elles ne dépendent pas d'aides externes au quotidien , les personnes de cette catégorie sont souvent limitées dans leurs activités en raison de leurs symptômes pathologiques . Elles se plaignent fréquemment de fatigue diurne et/ou rapportent que les activités quotidiennes prennent plus de temps.
	5	Faiblement fragile Les personnes de cette catégorie sont manifestement ralenties dans leurs activités et ont besoin d'aide lors d'activités exigeantes telles que les affaires financières, le transport, les tâches ménagères lourdes et la gestion des médicaments.
	6	Moyennement fragile Les personnes de cette catégorie ont besoin d'aide pour toutes les activités extra-ménagères et la gestion financière . A la maison, elles ont souvent des difficultés avec les escaliers et nécessitent éventuellement d'être guidées ou légèrement assistées pour s'habiller.
	7	Très fragile En raison de handicaps physiques ou cognitifs, les personnes de cette catégorie dépendent complètement d'une aide externe pour les soins corporels. Leur santé est toutefois stable . La probabilité de décès dans les 6 prochains mois est faible.
	8	Extrêmement fragile Dépendant complètement d'une assistance et se rapprochant de la fin de vie . Les personnes de cette catégorie se rétablissent rarement de maladies légères.
	9	Malade en phase terminale Personnes de cette catégorie ont une espérance de vie <6 mois . La catégorie se réfère à des personnes qui ne présentent autrement aucun signe de fragilité .

Figure 5 : Echelle de Rockwood.

c) La vitesse de marche (approche motrice)

La vitesse de marche et la capacité à se tenir en position debout avec un pied devant l'autre sont des prédicteurs indépendants de la capacité à effectuer des activités instrumentales de la vie quotidienne et du risque d'admission en centre de long séjour et de décès.

La rapidité à se déplacer (vitesse de marche) reste stable jusqu'à l'âge de 70 ans environ ; ensuite, elle décline d'environ 15%/décennie pour la marche habituelle et de 20%/décennie pour la marche rapide.

Après 75 ans, les marcheurs lents meurent ≥ 6 ans plus tôt que les marcheurs de vitesse normale et ≥ 10 ans plus tôt que les marcheurs de vitesse rapide.

La vitesse de marche est mesurée en mètre par seconde et est un indicateur de sévérité et pronostic de nombreuses pathologies.

Chez les personnes âgées en bonne santé, la vitesse de marche varie entre 1,1 et 1,5 mètre par seconde. Quant aux personnes fragiles, leur vitesse de marche est comprise entre 0,8 et 1 mètre par seconde.

Causes :

Un grand nombre de troubles peuvent entraîner une dysfonction ou une dangerosité de la marche. Ils comprennent en particulier :

- Les troubles neurologiques,
- Les troubles musculosquelettiques.

Les troubles neurologiques en cause comprennent les démences, les troubles du mouvement et cérébelleux, et les neuropathies sensitives ou motrices.

Prévention :

- Prévention primaire : il a été démontré que des niveaux élevés d'activité physique permettent de maintenir la mobilité, même en cas de maladie.
- Prévention secondaire : l'exercice a amélioré la démarche et les mesures de la mobilité dans les essais à court et à long terme.

d) Score Short Physical Performance Battery (SPPB)

Le SPPB (*Short Physical Performance Battery*) est la somme des scores sur trois critères (figure 6 ci-après) :

- Le test d'équilibre,
- Le test de vitesse de marche,
- Le test de lever de chaise.

Ce test permet d'évaluer la performance physique d'un individu.

L'addition des scores de tous les tests permet d'obtenir un score de performance globale. Un score inférieur à 8 est indicateur de risque de sarcopénie.

Résultats :

- *SPPB* compris entre 0 et 6 : faible performance,
- *SPPB* compris entre 7 et 9 : performance intermédiaire,
- *SPPB* compris entre 10 et 12 : haute performance.

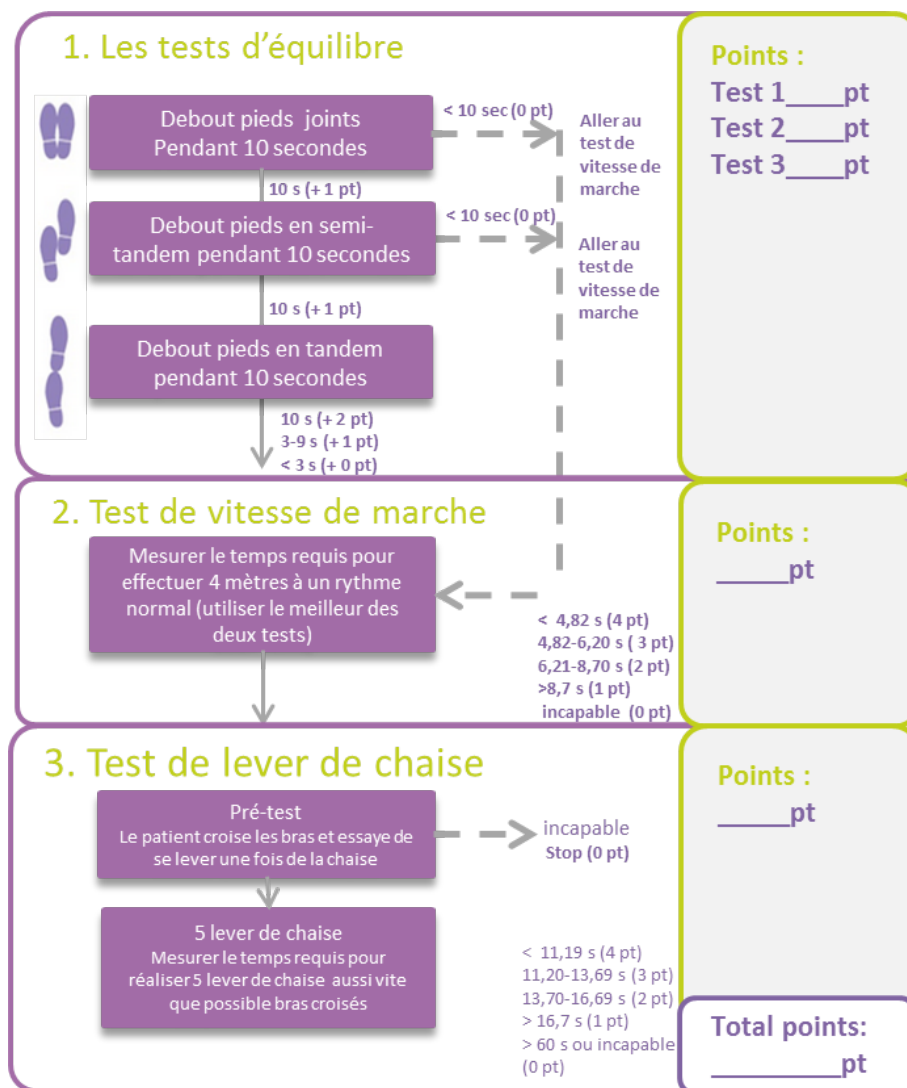


Figure 6 : SPPB (Short Physical Performance Battery).

e) Timed Up and Go Test (TUG Test) (approche motrice)

Le test chronométré du lever de chaise a été conçu pour mesurer l'équilibre dynamique chez les personnes âgées. Il permet alors de dépister les personnes à risque de chutes et d'évaluer la vitesse de marche et la mobilité fonctionnelle.

Dans ce test, la personne doit se relever de la position assise et marcher à trois mètres de la chaise pour ensuite revenir sur ses pas (tourne à 180 degrés) et s'asseoir de nouveau. Le temps que la personne met à accomplir cette activité est chronométré par l'évaluateur (figure 7 ci-après).

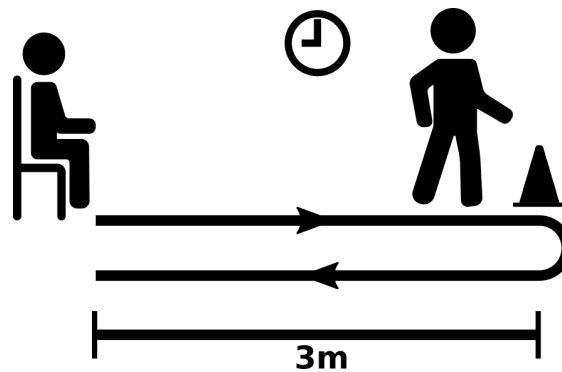


Figure 7 : TUG Test.

Les scores au *TUG Test* sont comptabilisés par le temps qu'a mis la personne évaluée à effectuer le parcours et la note, sur l'échelle de 1 à 5, donnée pour le risque de chute perçu par l'évaluateur.

Il existe différents moyens d'interpréter les résultats.

- Selon Alexandre et al(13) :
 - Moins de 13,5 secondes : faible risque de chute ; la personne a une bonne vitesse de marche et une bonne mobilité fonctionnelle,
 - 13,5 secondes ou plus : haut risque de chute ; la personne n'a pas une bonne vitesse de marche, ni une bonne mobilité fonctionnelle.
- Selon Steffen et al (14) :

Lors de l'évaluation des personnes âgées vivant dans la communauté et atteintes de divers facteurs de comorbidité (hypertension, arthrite, diabète, douleur lombaire, etc.), les normes sont les suivantes :

- 60 et 69 ans : le score moyen pour les hommes et les femmes est de 8 secondes,
- 70 à 79 ans : le score moyen pour les hommes et les femmes est de 9 secondes,
- 80 à 89 ans : le score moyen est de 11 secondes pour les femmes et de 10 secondes pour les hommes.

f) Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA-7) (outil de repérage / dépistage)

L'outil de repérage PRISMA-7 permet d'identifier les personnes en perte d'autonomie modérée à grave qui ne sont pas connues du réseau de la santé et des services sociaux. L'état de santé de ces personnes pourrait se détériorer rapidement si une intervention n'est pas engagée(15).

Pour être repérée positive au PRISMA-7, la personne doit obtenir un score de 4 « oui » et plus au questionnaire ci-après (figure 8).

Question		Réponse	
1.	Avez-vous 85 ans ou plus ?	oui	non
2.	Sexe masculin ?	oui	non
3.	En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	oui	non
4.	Avez-vous <u>besoin</u> de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	oui	non
5.	En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?	oui	non
6.	Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?	oui	non
7.	Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?	oui	non
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. CESS© • Raïche, M., Hébert, R., Dubois, M.F., Grégoire M, Bolduc J., Bureau C., Veil A. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : développement, implantation et utilisation. La Revue de Gériatrie, 2007; 32(3): 209-218. • Raïche M, Hébert R, Dubois M-F. PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. Archives of Gerontology and Geriatrics 2008; 47(1): 9-18.			

Figure 8 : PRISMA-7.

g) Score d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (EPICES) (évaluation de la précarité)

EPICES est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. L'intérêt principal du score EPICES consiste à appréhender des populations qui tout en échappant aux indicateurs administratifs traditionnels de précarité présentent les mêmes risques en matière de santé (figure 9 ci-après).

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ¹ ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	-7,10	0
constante		75,14	

Figure 9 : Score EPICES.

Le résultat du score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité) et le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées. Chaque coefficient est ajouté à la constante (75,14) si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09

h) Gerontopole Frailty Screening tool (GFST)

Le *Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST)*(16) est un outil élaboré pour les médecins généralistes pour repérer les patients fragiles autonomes de plus de 65 ans (figure 10 ci-après).

Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL $\geq 5/6$), à distance de toute pathologie aiguë.

	OUI	NON	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐
<i>Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :</i>			
Votre patient vous paraît-il fragile ?	OUI ☐	NON ☐	
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	OUI ☐	NON ☐	

Figure 10 : GFST.

Le patient est repéré fragile s'il paraît fragile au médecin généraliste à l'issue des questions dérivées des critères de fragilité.

i) Grille SEGA

La grille *SEGA*, acronyme de « *Short Emergency Geriatric Assessment* » ou « sommaire de l'évaluation du profil gériatrique à l'admission », est un outil destiné à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes (figure 11 ci-après).

Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité

Le volet A peut être utilisé seul pour le repérage de la personne âgée fragile et engager des actions nécessaires pour identifier les facteurs de risques de fragilité réversibles. Le but est de retarder la perte d'autonomie dite évitable et de prévenir la survenue d'événements indésirables (hospitalisation, chutes...)

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Date évaluation	Nom de l'évaluateur	Fonction de l'évaluateur

Volet A

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

TOTAL Volet A		
< ou = 8 : Personne peu fragile	[9-11] : Personne fragile	> ou = 12 : Personne très fragile

Grille Fragilité SEGA version modifiée et validée 2014

Réseau RéGéCA - Université de Reims Champagne Ardenne, Faculté de médecine EA 3797, Reims, F-51092

Figure 11 : Grille SEGA.

L'évaluation se fait généralement par le biais d'un questionnaire structuré administré par un professionnel de santé qualifié, comme un médecin ou un gériatre. Les réponses du patient permettent de déterminer un score global qui reflète le niveau de fragilité et de fonctionnement global de la personne.

Elle peut aider à détecter les problèmes de santé sous-jacents, à élaborer des plans de soins personnalisés et à prévenir les complications liées à la fragilité chez les personnes âgées.

5- Choix de la grille la plus pertinente

Afin d'envisager de repérer la fragilité des patients par un pharmacien dans une officine, il m'a par la suite, fallu choisir une grille qui permettait à la fois de détecter au mieux la fragilité mais également qui soit exploitable à l'officine.

En effet, nous avons au comptoir des contraintes liées :

- Au **temps** : que ce soit pour la personne faisant le questionnaire qui ne peut pas se libérer du comptoir pour un temps trop long mais aussi pour le patient qui a parfois un temps imparti,
- A l'**espace** : étant donné qu'il faut un espace de confidentialité afin de ne pas gêner le patient et que l'espace choisi peut également être celui consacré à l'orthopédie ou à la téléconsultation par exemple, nous nous devons de le libérer,
- Au **matériel** : en officine nous n'avons pas toujours le matériel dédié à certaines évaluations. Il faut alors un questionnaire réalisable dans toutes les officines.

La grille que j'ai choisie est la grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité (cf annexe 1). Cette grille est une adaptation de la grille *SEGA* (vue précédemment).

La création de la grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité (également appelée Grille d'évaluation de la fragilité) est le résultat des contributions de plusieurs chercheurs et cliniciens travaillant dans le domaine de la gériatrie et de la santé des personnes âgées. Il n'y a pas un seul créateur unique de cette grille, car elle a évolué au fil du temps à partir de différentes échelles et instruments d'évaluation existants.

III. Parcours de soin du sujet âgé

1- Projet ICOPE

Le programme *Integrated Care for Older PEople (ICOPE)* est une initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)(17) visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées en intégrant les soins et les services de santé dans une approche globale de la prévention et de la prise en charge de la fragilité.

Il a été lancé en 2017 et est actuellement en cours de mise en œuvre dans plusieurs pays à travers le monde. L'OMS travaille également en étroite collaboration avec d'autres organisations et partenaires pour promouvoir le programme *ICOPE* et renforcer les systèmes de soins de santé pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

Le programme *ICOPE* est basé sur un modèle de soins en 5 étapes qui vise à :

- Identifier les personnes âgées fragiles ou à risque de fragilité grâce à des outils d'évaluation standardisés tels que l'échelle de fragilité de Rockwood (**dépistage**),
- Évaluer les facteurs de risque et les problèmes de santé associés à la fragilité, y compris les problèmes physiques, cognitifs et sociaux (**évaluation**),
- Développer un plan de soins personnalisé en fonction des besoins et des préférences de chaque personne âgée, en utilisant une approche centrée sur la personne (**plan de soin personnalisé**),
- Mettre en œuvre le plan de soins en collaboration avec des professionnels de santé et des prestataires de services communautaires, en intégrant les soins primaires, les soins de soutien et les soins spécialisés (**Fléchage du parcours de soin et suivi du plan d'intervention**),
- Évaluer et réviser régulièrement le plan de soins pour s'assurer que les besoins et les préférences de la personne âgée sont satisfaits et que les résultats de santé sont améliorés (**Implication des collectivités et soutien aux aidants**).

Le programme *ICOPE* cible 6 capacités intrinsèques considérées comme essentielles (la mobilité, la mémoire, la nutrition, l'humeur, la vue et l'audition) et dont la prise en charge précoce apparaît indispensable pour permettre un vieillissement en santé.

Ce repérage repose sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs et notamment des personnes âgées elles-mêmes et de leurs proches aidants, des professionnels de santé de premier recours ou encore des professionnels du domicile.

2- Projet Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

Le Projet Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) est un projet français déployé depuis 2014 sur certains territoires pilotes (figure 12 ci-dessous).

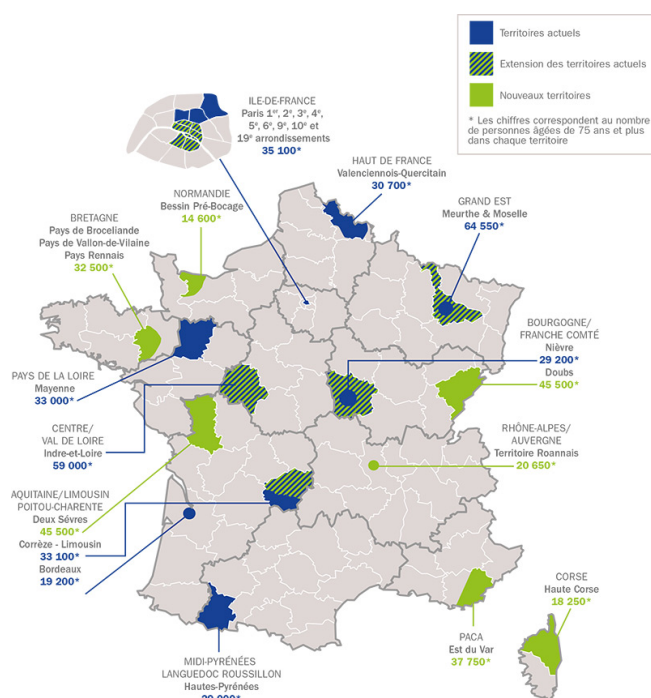


Figure 12 : Territoires pilotes projet PAERPA.

En effet, constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère en charge de la Santé a mis en place un dispositif s'adressant aux personnes âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social(18).

La démarche PAERPA a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne.

Son rôle est de faire en sorte que chaque Français , âgé de 75 ans et plus, reçoive **les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût** (figure 13 ci-après).



Figure 13 : Actions du PAERPA.

Le dispositif s'articule autour de 5 actions clés :

- Renforcer le maintien à domicile,
- Améliorer la coordination des intervenants et des interventions,
- Sécuriser la sortie d'hôpital,
- Éviter les hospitalisations inutiles,
- Mieux utiliser les médicaments.

Il n'a malheureusement pas l'air d'être encore en activité.

3- Équipe Régionale Vieillissement et Maintien de l'Autonomie (ERVMA)

Créées pour répondre aux défis du vieillissement en santé, les Équipes Régionales Vieillissement et Maintien de l'Autonomie (ERVMA) sont des organisations innovantes et proches du territoire(19).

Les ERVMA ont pour objectif de s'impliquer dans la déclinaison territoriale du Projet Régional de Santé. En effet, ces équipes ont vocation à apporter un appui aux professionnels dans les bassins de santé de la région afin d'optimiser l'organisation et la structuration des filières gériatriques et contribuer au décloisonnement des secteurs du sanitaire et du médico-social. Pour réaliser leurs missions, les ERVMA s'appuient sur de nombreux partenaires régionaux.

Une ERVMA est généralement composée de professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs aux compétences variées.

A Tours, l'équipe est composée de deux gériatres, d'un chef de projet, de deux chargés de mission, d'une Infirmière Diplômée d'État de Coordination (IDEC), d'une cadre de santé, de deux secrétaires, d'une Infirmière en Pratique Avancée (IPA) et d'une psychomotricienne.

La mission régionale de l'ERVMA de Tours la positionne comme structure ressource pour mener trois axes de travail :

1- Optimiser l'organisation des filières gériatriques pour fluidifier les parcours de soins et d'accompagnement

En réalisant un état des lieux complet et mis à jour des filières gériatriques par bassin de population, pour ensuite proposer des pistes de solutions opérationnelles et accompagner les acteurs du territoire dans la mise en œuvre des actions.

2- Promouvoir le maintien dans l'autonomie et le soutien aux proches aidants

En développant des dispositifs de repérage précoce des personnes à risque pour prévenir la perte d'autonomie et en favorisant les actions à destination des proches-aidants.

3- *Changer les regards et valoriser la formation et la recherche*

En participant à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques et gérontologiques, en œuvrant et communiquant pour promouvoir une image positive et éthique du vieillissement et en accompagnant les professionnels médicaux et paramédicaux désireux de s'investir dans la recherche en faveur du vieillissement en santé.

Très impliquée dans le programme *ICOPE*, l'ERVMA de Tours a élaboré une application entièrement gratuite afin de tester soi-même son autonomie. Il s'agit de l'**application « ICOPE et moi »** (figure 14 ci-après).



Figure 14 : L'application « ICOPE et moi ».

Le test proposé porte sur les 6 principales capacités fonctionnelles du corps : audition, vision, mobilité, appétit, humeur, mémoire.

Il peut être réalisé seul de chez soi, en moins de 10 minutes, et doit être réitéré tous les 6 mois afin de permettre une surveillance optimale de son autonomie (un rappel pourra être envoyé par sms ou par mail). Il se compose de questions simples et d'un exercice nécessitant l'usage d'une chaise.

Selon les résultats obtenus, les utilisateurs pourront bénéficier de conseils de prévention (notamment à travers le site www.pourbienvieillir.fr), ou bien bénéficier d'un parcours de soins personnalisé et adapté à leurs besoins, afin de préserver leur autonomie le plus longtemps possible (un professionnel de santé contactera l'utilisateur afin de proposer une évaluation plus approfondie et débiter le parcours de soins).

Ce test peut également être réalisé dans le cadre d'une consultation avec un professionnel de santé.

Cette expérimentation vise à être généralisée à partir de 2025. L'ensemble des territoires pourra alors utiliser l'application.

Un poster explicatif a été développé par l'ERVMA (cf. figure 15 ci-dessous).

Elaboration de l'application "ICOPE et Moi", pour encourager les seniors à devenir acteurs de leur santé sur la région Centre-Val de Loire

P. Fortin (1); S. Legland (1); M. Lecoutre (2); F. Aiboud (3); A. Nahant (4); B. Fougère (5)

(1) Equipe Régionale Vieillesse et Maintien de l'Autonomie (2) Communauté Professionnelle Territoriale de Santé O'Tours
(3) Communauté Professionnelle Territoriale de Santé La Salamandre (4) GIP e-santé Centre-Val de Loire (5) Pôle Vieillesse, CHRU de Tours



Figure 15 : Poster application ICOPE et moi.

En plus de cela, l'Association Gériatrie de Tours organise en collaboration avec l'ERVMA chaque année depuis 2020 les « Journées Vieillesse et Maintien de l'Autonomie (JVMA) »(20).

Il s'agit de deux journées organisées en séances plénières et ateliers interactifs, en présentiel ou en digital qui s'adressent à tous les acteurs du vieillissement avec de ce fait une approche pluri-disciplinaire (cf. annexe 3 programme de la dernière édition).

4- Les Équipes Mobiles de Gériatrie (EMG)

Les Équipes Mobiles de Gériatrie sont des groupes spécialisés de professionnels de santé qui se concentrent sur la prise en charge des personnes âgées, en particulier celles qui ont des problèmes de santé complexes ou qui sont vulnérables. Ces équipes comprennent des experts en gériatrie tels que des médecins gériatres, des infirmières, des travailleurs sociaux et des thérapeutes.

Leur principal objectif est d'évaluer de manière complète les besoins médicaux, émotionnels et sociaux des personnes âgées et de leur fournir des soins adaptés. Les équipes interviennent dans divers lieux tels que les maisons de retraite, les hôpitaux et même à domicile.

Leur travail implique plusieurs activités, notamment évaluer l'état de santé global, élaborer des plans de soins personnalisés, coordonner les soins avec d'autres professionnels, superviser les médicaments pour éviter les problèmes iatrogènes, proposer des programmes de réadaptation et offrir du soutien aux familles et aux aidants.

En résumé, les Équipes Mobiles de Gériatrie jouent un rôle crucial en améliorant les soins aux personnes âgées grâce à une approche spécialisée qui répond à leurs besoins spécifiques et complexes.

A Tours, il existe une Équipe Mobile de Gériatrie (EMG) qui est à la fois Intra-Hospitalière (EMGIH) et Extra-Hospitalière (EMGEH). Elle intervient au domicile des patients en amont d'une éventuelle hospitalisation, à la demande des services de l'hôpital (en particulier celui des urgences) dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus, ou encore des médecins généralistes des patients, ainsi que dans le cadre de la filière relevage.

Elle propose une expertise gériatrique pour les patients et insuffle une dynamique de réseau locorégional.

a) L'Équipe Mobile de Gériatrie Intra-Hospitalière (EMGIH)

L'équipe intervient pour les personnes âgées de 75 ans et plus, admises aux urgences ou hospitalisées au CHRU de Tours, en perte d'autonomie, situations complexes ou répondant à au moins 2 critères de l'échelle *Triage Risk Screening Tool (TRST)* (Figure 16 ci-après).

Triage risk screening tool (TRST)		
L'objectif de l'étude est d'évaluer le TRST dans le repérage des personnes âgées de plus de 75 ans nécessitant le passage d'une équipe mobile de gériatrie (SAU, UHCD, unités médico-chirurgicales). Il devra être réalisé pour tous les patients de plus de 75 ans par l'équipe médicale demandeuse dans les 48h suivant l'admission du patient.		
Ce test mesure cinq dimensions :		
	OUI = 1 point	NON = 0 point
Présence de troubles cognitifs <i>Diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo spatiale relevés par les soignants de l'unité)</i>		
Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes		
Polymédication (utilisation de cinq médicaments ou plus)		
Antécédents d'hospitalisation (3 mois) ou d'admission aux urgences (1 mois)		
Evaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière <i>Perte d'autonomie présente si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL ci-dessous entre l'évaluation et les 15 j précédant l'admission</i>		
TOTAL/5 points		
Questions complémentaires pour le service demandeur : ☐ En dehors de cette étude, auriez-vous fait appel à l'équipe mobile de gériatrie ? ☐ OUI ☐ NON		
Questions complémentaires pour l'équipe mobile de gériatrie : ☐ Trouvez-vous l'intervention gériatrique utile pour ce patient ? ☐ OUI ☐ NON		
Le score obtenu varie de 0 (pas de risque) à 5 (à très haut risque), un score ≥ 2 identifie le besoin d'une intervention de l'équipe mobile de gériatrie.		

Figure 16 : Triage Risk Screening Tool (TRST).

L'équipe est composée d'un gériatre, d'une IDE et d'une secrétaire et a pour **objectifs** :

- D'orienter le patient dans la filière gériatrique et fluidifier son parcours de soins,
- D'accompagner le retour à domicile de la personne âgée hospitalisée,
- D'intervenir précocement pour limiter les complications liées à l'hospitalisation (confusion, dénutrition, incontinence, chutes et perte d'autonomie...),
- D'éviter les hospitalisations et/ou les passages aux urgences inappropriées.

Ses **missions** sont :

- De réaliser des Évaluations Gériatriques Standardisées (EGS) : autonomie, cognition, thymie, risque de chutes (...) afin de donner des avis et proposer des recommandations *ICOPE*,
- L'évaluation avec l'aide du programme *ICOPE* ciblant les 6 capacités intrinsèques considérées comme essentielles (mobilité, mémoire, nutrition, humeur, vue et audition) et dont la prise en charge précoce apparaît indispensable pour permettre un vieillissement en bonne santé,
- De proposer des formations internes aux équipes soignantes sur les spécificités gériatriques,
- De réaliser des évaluations péri-opératoires de personnes âgées fragiles.

Pour se faire, un formulaire de demande d'intervention doit être envoyé à l'EMGIH (cf. figure 17 ci-après). Elle est disponible sur le site intranet du CHU de Tours.

DEMANDE INTERVENTION
ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE INTRA-HOSPITALIÈRE
Tel secrétariat 7 97 02



Pour des personnes âgées de 75 ans et plus
Avec au moins 2 critères ci-dessous

Demande à faxer au 7 95 36

Date de la demande :

Identité du demandeur (Nom et coordonnées) :

Identité du patient :	
Nom :	OU Etiquette Patient
Prénom :	
Date de naissance :	
IPP :	

- ☐ **Présence de troubles cognitifs** : Diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo spatiale relevés par les soignants de l'unité
- ☐ **Troubles de la marche, difficultés de transferts ou chutes**
- ☐ **Polymédication** : utilisation de 5 médicaments ou plus
- ☐ **Antécédents d'hospitalisation** (3 mois) **ou d'admission aux urgences** (1 mois)
- ☐ **Evaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière** (cf ADL dans DPP)
Perte d'autonomie présence si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL entre l'évaluation et les 15j précédents l'admission

COMMENTAIRES

Figure 17 : Formulaire de demande d'intervention EMGIH.

b) L'Équipe Mobile de Gériatrie Entra-Hospitalière (EMGEH)

L'équipe intervient pour les personnes âgées de 75 ans et plus, vivant à domicile (hors EHPAD), en perte d'autonomie (situation complexe) ou qui répondent au moins à un des critères de fragilité.

L'équipe se compose :

- D'un médecin gériatre,
- D'un psychiatre de la personne âgée spécialisé dans l'évaluation des troubles de l'humeur et de la mémoire,

- D'une infirmière qui réalise une évaluation globale de santé et formule des recommandations,
- D'une assistance sociale qui guide dans les démarches administratives et sociales,
- D'un ergothérapeute spécialisé dans le maintien de l'autonomie au sein de l'environnement de la personne,
- D'une secrétaire qui fait parvenir le courrier au médecin traitant à l'issue de l'évaluation globale.

Ses **objectifs** sont :

- De favoriser le maintien à domicile et améliorer la qualité de vie,
- De prévenir la perte d'autonomie et repérer la fragilité,
- De construire un Plan Personnalisé de Soins (PPS) avec le patient,
- De proposer des solutions pour adapter l'environnement,
- De réaliser une conciliation médicamenteuse,
- D'orienter le patient dans la filière gériatrique et fluidifier le parcours de soins,
- D'éviter les hospitalisations non programmées ou les consultations aux urgences.

Pour y avoir accès, il faut obtenir l'accord du médecin traitant. Une prise en charge à domicile se déclenche alors, selon deux circuits :

- Via le formulaire de demande d'intervention dûment complété (cf. figures 18 et 19 ci-dessous),
- Via la filière relevage à partir d'une alerte des pompiers pour une personne de 75 ans ou plus relevée par les pompiers et n'ayant pas occasionné une hospitalisation immédiate.

NB : L'EMGEH intervient sur l'ensemble du département d'Indre-et-Loire et son passage n'engage aucun frais à la charge du patient.

DEMANDE INTERVENTION
ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE EXTRA-HOSPITALIÈRE
Pour des personnes âgées de 75 ans et plus



DATE DE LA DEMANDE :

IDENTITE DU DEMANDEUR : ☐ Médecin traitant ☐ Autre, préciser :

Coordonnées médecin traitant : Dr **Téléphone :**

Informations patient :

Nom usage: Nom naissance :

Prénom : Sexe :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Informations administratives :

Aidant principal : (lien de parenté :) Téléphone :

Votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation à domicile : ☒ OUI ☐ NON

Veuillez trouver ci-dessous, l'échelle ADL afin de vous aider à compléter le formulaire de demande.

Toilette	Aucune aide	1
	Aide pour une seule partie du corps	0.5
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
Habillage	Aucune aide	1
	Aide pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair	0.5
	Aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller	0
Aller au WC (se déplacer, s'essuyer et se rhabiller)	Aucune aide humaine (peut utiliser canne, fauteuil roulant, ...)	1
	Besoin d'une aide	0.5
	Ne va pas au WC	0
Transfert/locomotion	Aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise, se déplacer (peut utiliser une aide technique de marche)	1
	Besoin d'aide	0.5
	Ne quitte pas le lit	0
Continence	Contrôle complet urine et selle	1
	Incontinence occasionnelle	0.5
	Incontinence totale, nécessité de sondage ou surveillance permanente	0
Alimentation	Aucune aide	1
	Aide pour couper la viande ou beurrer le pain	0.5
	Aide complète ou alimentation artificielle	0
SCORE TOTAL ____/6		

Note : La notion « d'aide » correspond à de l'aide humaine.

Demande à nous retourner par mail (emg@chu-tours.fr), par fax (02-34-38-95-36) ou par téléphone (02-47-47-97-02).

Figure 18 : Formulaire de demande d'intervention de l'EMGEH

MOTIF DE LA DEMANDE (choisir entre les 2 demandes possibles)

Si ADL compris entre **1 et 4**, compléter le formulaire ci-dessous

	Oui	Non	Si oui, préciser votre demande
Demande d'évaluation gériatrique	☐	☐	
Demande d'évaluation psychiatrique de la personne âgée	☐	☐	
Demande d'évaluation sociale	☐	☐	
Demande d'évaluation ergothérapique	☐	☐	

Si ADL égal à **5 ou 6**, compléter le formulaire ci-dessous (Source : HAS, 2013):

	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (> 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐
Si vous avez répondu OUI à une de ces questions : votre patient vous paraît-il fragile : ☐ OUI ☐ NON			

Commentaires :

Demande à nous retourner par mail (emg@chu-tours.fr), par fax (02-34-38-95-36)
ou par téléphone (02-47-47-97-02).

Figure 19 : Formulaire de demande d'intervention de l'EMGEH

IV. Étude observationnelle dans une pharmacie d'officine tourangelle

Dans le cadre de ma thèse, j'ai souhaité mettre en place une démarche de repérage de la fragilité de patients âgés clients d'une officine de Tours, par l'équipe pharmaceutique.

La pharmacie du grand marché est une pharmacie de centre-ville, ayant une clientèle régulière ainsi que des touristes et gens de passage.

La pharmacie du grand marché s'est agrandie récemment, triplant sa surface de vente, ce qui a permis lors de la mise en place de mon étude d'avoir à disposition 7 comptoirs mais aussi un espace de confidentialité.

Comme décrit plus haut, j'ai opté pour l'utilisation de la grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité (adaptation grille *SEGA*).

J'ai procédé à la formation de l'équipe comptoir à l'utilisation de cette grille pour que chacun sache qui recruter et puisse le faire en mon absence ou en cas d'indisponibilité de ma part.

1) Matériel et méthode

a. Période

Mon étude s'est déroulée de début avril à fin juin 2023 à la Pharmacie du Grand Marché à Tours.

b. Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé via un questionnaire papier (en annexe 1) .

L'ensemble des données recueillies ont été saisies dans un tableau Excel, afin de permettre une analyse chiffrée (cf. figure 20).

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Nom Prenom	Date de naissance	Opérateur	Genre	Durée	Age	Age b	Provenance	Médicaments	Humeur	Perception de sa santé	Chute dans les 6 derniers mois	Nutrition	Maladies associées
2	Patient 1		Lucie	F	20mn	68	0	0	2	0	2	0	0	2
3	Patient 2		Lucie	F	15mn	79	1	0	0	2	0	0	0	1
4	Patient 3		Lucie	F	15mn	83	1	0	0	1	0	1	0	0
5	Patient 4		Lucie	F	15mn	68	0	0	0	0	0	2	0	0
6	Patient 5		Lucie	F	20mn		2	0	1	1	0	0	0	1
7	Patient 6		Lucie	F	25mn	90	2	0	1	0	0	1	0	1
8	Patient 7		Corentin	F	15mn	91	2	0	0	0	0	0	0	1
9	Patient 8		Lucie	F	10mn	77	0	0	0	0	0	0	0	1
10	Patient 9		Océane	F	15mn	66	0	0	0	1	1	0	0	1
11	Patient 10		Océane	H	20mn	72	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Patient 11		Corentin	H	15mn	79	1	0	0	0	1	0	0	1
13	Patient 12		Corentin	F	15mn	80	1	0	0	0	0	0	0	0
14	Patient 13		Corentin	F	15mn	73	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Patient 14		Corentin	F	15mn	80	1	0	0	0	0	0	0	1
16	Patient 15		Corentin	H	15mn	83	1	0	2	0	2	1	0	2
17	Patient 16		Corentin	F	20mn	76	1	0	0	0	0	0	0	1
18	Patient 17		Lucie	F	15mn	62	0	0	0	1	0	1	0	1
19	Patient 18		Lucie	F	15mn	84	1	0	1	1	0	0	0	1
20	Patient 19		Lucie	F	20mn	73	0	0	1	0	0	0	0	1
21	Patient 20		Lucie	F	25mn	88	2	2	2	0	0	0	0	1
22	Patient 21		Lucie	H	10mn	91	2	0	1	1	0	1	0	0
23	Patient 22		Lucie	H	10mn	62	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Patient 23		Lucie	F	10mn	61	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Patient 24		Lucie	H	15mn	65	0	0	0	0	1	0	0	1
26	Patient 25		Corentin	F	20mn	91	2	0	2	1	2	0	0	1
27	Patient 26		Corentin	F	15mn	69	0	0	0	1	0	0	0	0
28	Patient 27		Lucie	H	20mn	70	0	0	2	1	2	0	1	2
29	Patient 28		Lucie	F	20mn	69	1	0	0	1	1	2	1	1
30	Patient 29		Lucie	H	15mn	83	1	0	2	1	2	0	0	1
31	Patient 30		Lucie	F	20mn	69	0	0	2	2	2	0	0	2
32	Patient 31		Lucie	F	15mn	79	1	0	2	2	1	1	0	1
33	Patient 32		Lucie	F	15mn	84	1	0	1	2	1	1	0	1
34	Patient 33		Lucie	H	10 mn	75	1	0	1	0	0	0	0	1
35	Patient 34		Lucie	H	10mn	82	1	0	1	1	1	0	1	1
36	Patient 35		Lucie	H	20 mn	61	0	0	2	2	2	0	0	1
37	Patient 36		Lucie	H	15mn	76	1	0	1	0	1	0	0	1

Figure 20 : Aperçu tableau excel.

Ce tableau Excel a été la base de toute mon analyse, étant constituée de chiffres compris entre 0 et 2, il m'était alors simple de retranscrire mes données en graphique ou d'en discuter.

Pour imager, comme vu dans l'annexe 1, les patients décrivant leur humeur comme normale étaient cotés à 0, ceux parfois anxieux ou triste à 1 et ceux déprimés à 2.

c. Cible

La population questionnée était les personnes âgées de 60 ans et plus. Il a donc fallu amener le sujet sans offenser la personne. Nous avons réfléchi ensemble à une formulation et la plus correcte nous a semblé être « auriez-vous une dizaine de minute à m'accorder afin que je vous pose quelques questions dans le cadre de ma thèse / de la thèse de ma collègue (s'adressant aux personnes de plus de 60 ans) ? ».

L'objectif de 50 patients à inclure dans cette étude était *a priori* atteignable. En effet, finissant mon contrat fin juin 2023 à la Pharmacie du Grand Marché, le temps était limité.

d. Lieu

Concernant le lieu de l'entretien, il a fallu trouver un **endroit de confidentialité** afin de ne pas gêner la personne que nous avions en face de nous et afin de s'assurer du caractère de confidentialité et de la qualité des échanges. Au sein de la pharmacie, nous avons un espace pouvant être fermé, c'est alors cet endroit que j'ai choisi pour effectuer l'entretien.

e. Déroulé de l'entretien

En pratique, 2 préparateurs en pharmacie et 2 pharmaciens (moi y compris) ont procédé aux entretiens.

Afin de mener au mieux ces entretiens, il y avait d'abord une phase de ciblage dans laquelle nous recrutions les personnes de plus de 60 ans au comptoir. Ensuite, le sujet de ma thèse était abordé avec les patients afin d'avoir leur accord et si c'était le cas, nous les amenions dans la zone de confidentialité. Venait alors le temps réponse aux questions par le patient, généralement suivi d'un temps d'échange (qui était plus ou moins long selon les personnes).

Après l'entretien, je retranscrivais les informations dans mon tableau Excel, ce qui m'a, par la suite, permis de les analyser de façon optimale.

f. Temps

Une **estimation du temps** a été effectuée en testant la grille avec l'équipe, il semblait réalisable en 10 à 15 minutes.

2) Résultats

a) Population étudiée

J'ai recruté 40 patients âgés de 61 à 91 ans. Il n'est pas forcément évident de recruter des personnes très âgées à l'officine (qui sont plus fragiles) car elles n'y viennent plus forcément ayant parfois des aides ménagères ou de la famille pour la gestion de leurs traitements ou voulant souvent rentrer rapidement à leur domicile.

Proportion d'hommes et de femmes

Parmi ces patients, 15 patients étaient des hommes et 25 des femmes (figure 21 ci-après).

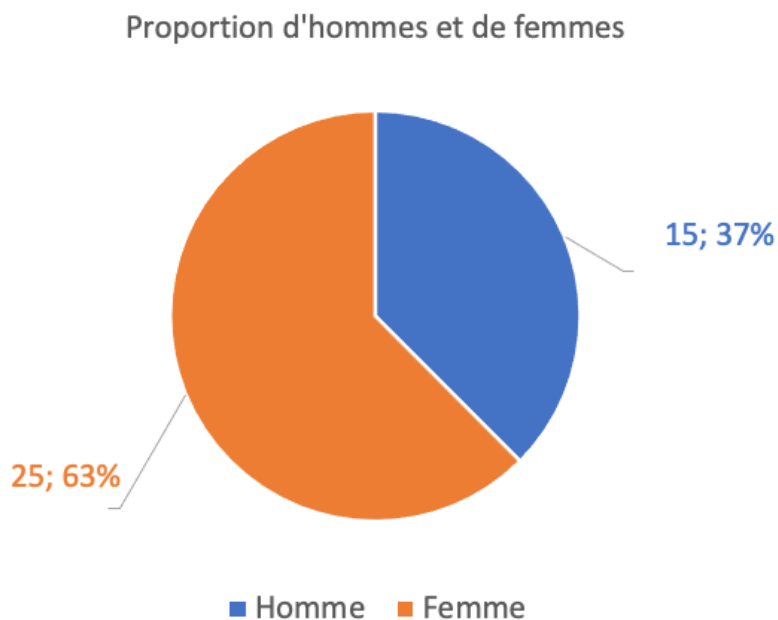


Figure 21 : Proportion d'hommes et de femmes recrutés.

Il a été plus facile de recruter des femmes étant plus nombreuses à venir à la pharmacie et en règle générale, plus abordables et bavardes quand il s'agissait du questionnaire que je leur proposais.

Durée moyenne de l'entretien

La durée moyenne de l'entretien, tout genre confondu est quant à lui de 16 minutes (13 minutes pour les hommes, contre 18 mn pour les femmes).

Provenance

Tous les patients interrogés provenaient de leur domicile sauf un qui était en foyer logement.

b) Fragilité détectée

Fragilité globale

Parmi les personnes interrogées, 26 étaient peu fragiles, 13 étaient fragiles et 1 était très fragile selon le volet A du questionnaire de la grille *SEGA* (figure 22 ci-après).

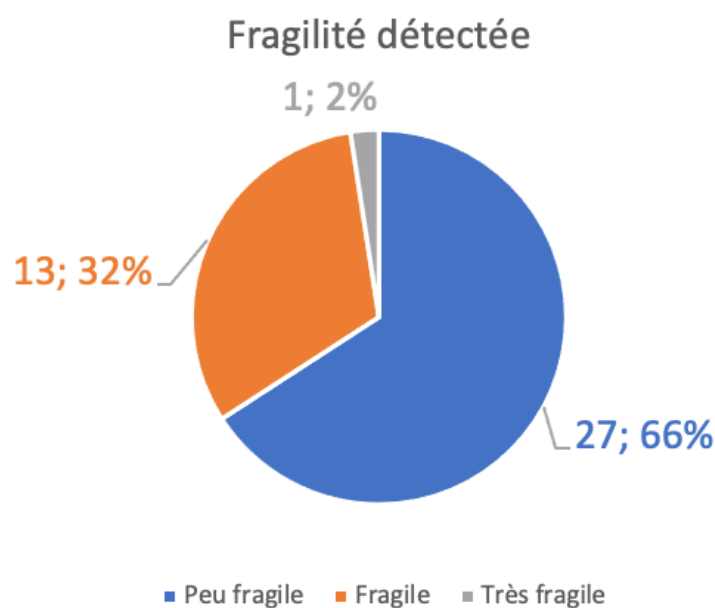


Figure 22 : Fragilité détectée volet A.

Le volet B sert quant à lui à quantifier cette fragilité, plus le score de ce dernier est haut plus la fragilité du patient est importante. J'ai classé la fragilité en trois grades :

- Le grade 1 est le grade des patients ayant un score compris entre 0 et 3,

- Le grade 2 est le grade des patients ayant un score compris entre 4 et 7,
- Le grade 3 est le grade des patients ayant un score supérieur ou égal à 8.

La répartition est alors la suivante (figure 23 ci-après) :

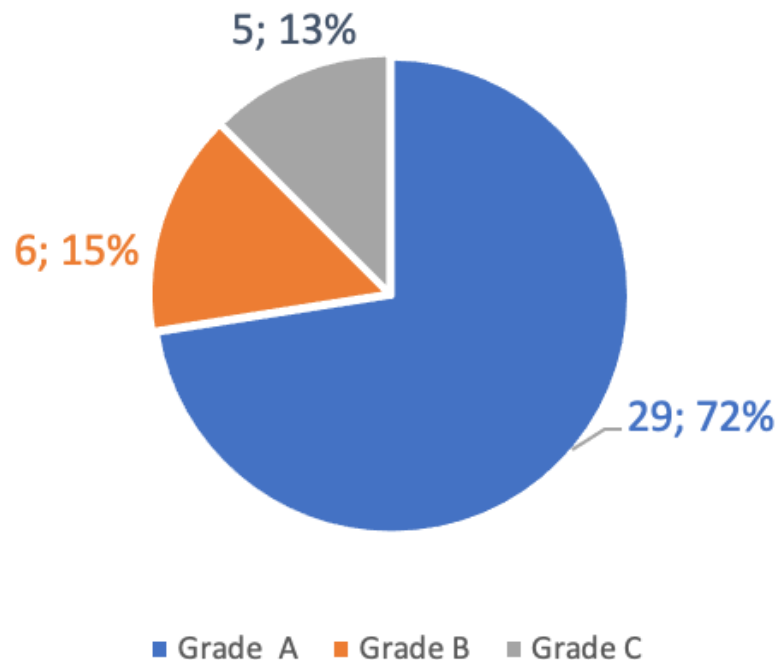


Figure 23 : Fragilité détectée volet B.

Le volet B permet une détection plus fine de la fragilité. La proportion de personnes les plus fragiles est ainsi augmentée.

Le fait de prendre le temps de compléter le premier volet par le second permet d'avoir plus d'informations et ainsi de proposer la réponse la plus adaptée possible au patient.

La fragilité, quelle qu'elle soit, est évidente à prendre en compte pour toutes les raisons citées précédemment, néanmoins ce qui a pour moi été le plus marquant au cours de cette étude est la santé mentale / l'état psychologique des sujets âgés interrogés que je détaille dans la partie suivante.

Types de fragilités détectés

- *L'humeur*

En effet, sur les 40 personnes interrogées, seulement 52,5% qualifiaient leur humeur de normale alors que 35% étaient parfois anxieux ou triste et 12,5% étaient déprimés (figure 24 ci-dessous).

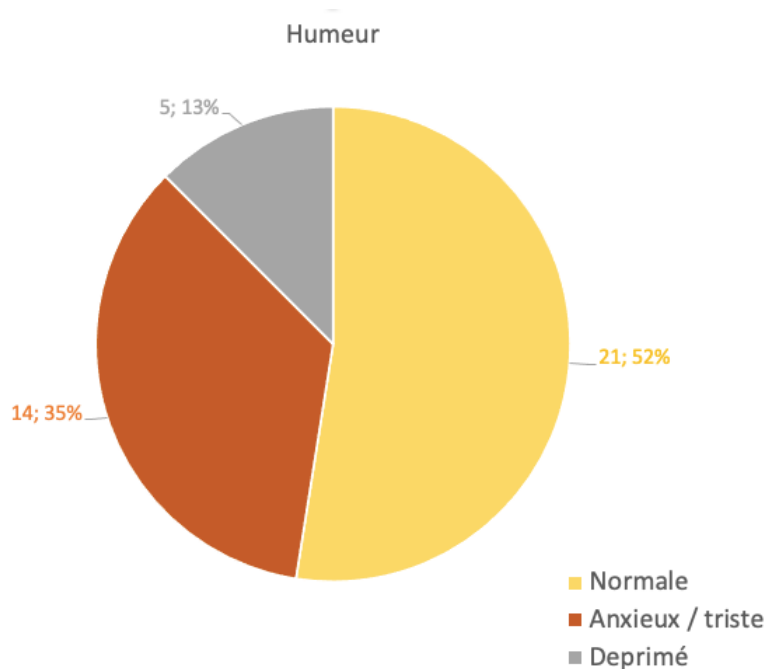


Figure 24 : Humeur des personnes interrogées.

Ces chiffres sont très élevés étant donné que dans la population générale selon l'OMS, on estime que 3,8 % de la population souffre de dépression, dont 5 % des adultes (4 % des hommes et 6 % des femmes) et 5,7 % des personnes de plus de 60 ans.

En échangeant avec eux, ils se plaignent énormément de solitude et d'isolement. Certains même ont même des idées noires.

- **Nombre de médicaments pris**

Dans la population étudiée, 47% des patients prenaient 3 médicaments ou moins, 28% en prenait 4 ou 5 et 25% en prenait plus de 6 (figure 25 ci-dessous).

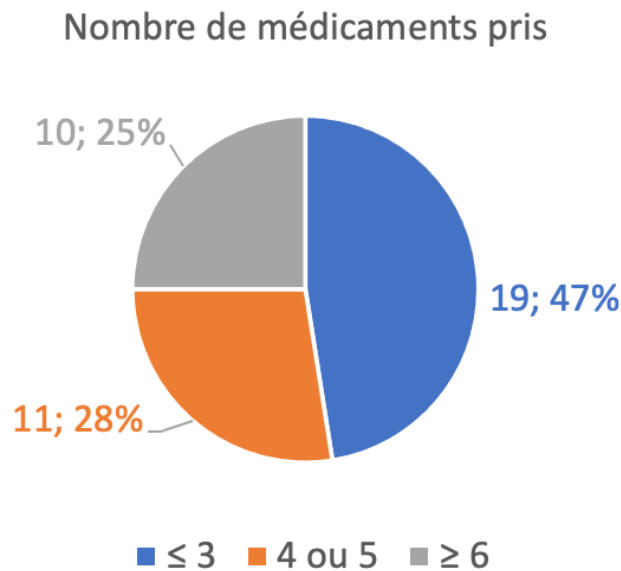


Figure 25 : Nombre de médicaments pris

Le faible échantillon interrogé permet d'expliquer que cela n'est pas représentatif de la population générale dans laquelle 40% de la population recevrait 10 médicaments ou plus selon Ameli(21).

Il se peut aussi qu'ils sous-estimaient ou oublièrent une partie de leur traitements ou les regroupaient par pathologie sans le vouloir.

- **Perception de leur santé**

Concernant la perception de sa santé, 57% des patients considéraient leur santé comme meilleure que les personnes de leur âge, quand 23% la percevaient équivalente et 20% moins bonne (cf. figure 26 ci-dessous).

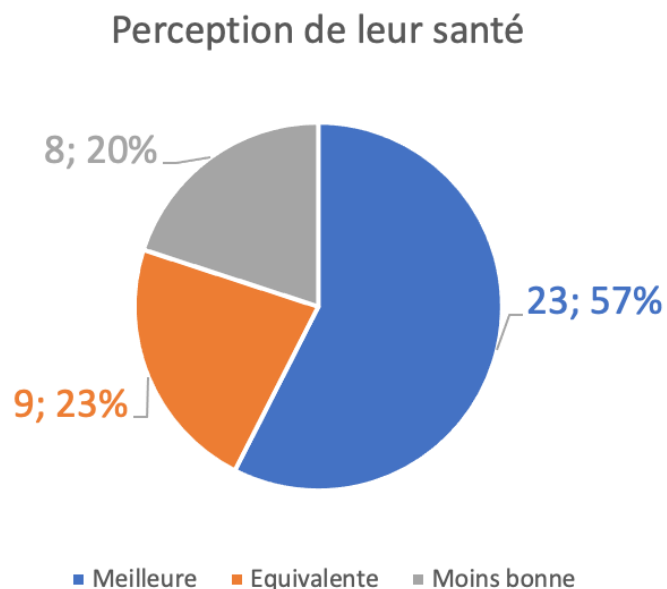


Figure 26 : Perception de leur santé

Il est à noter un décalage entre état et perception de la santé pour plusieurs des entretiens que j'ai réalisés. En effet, certaines personnes pour lesquelles j'étais sûre qu'elles jugeraient leur santé comme moins bonne ont finalement répondu meilleure en m'indiquant qu'avec ce qu'elles avaient vécu elles s'estimaient chanceuses de ne pas être handicapées ou pire.

Les réponses à cet item étaient donc très étroitement liées à leur passé plutôt que leur état actuel au moment de l'entretien.

- **Chutes**

Dans l'échantillon étudié, 7 patients sur les 40 ont fait une chute sans gravité dans les 6 derniers mois et 2 ont fait des chutes multiples ou compliquées.

Le nombre peut paraître faible mais il est suffisant pour que cela soit pris en compte car comme vu précédemment, la chute du sujet âgé peut mener à sa dépendance. Cela représente tout de même 22% des patients de l'étude.

De plus, devant toute chute déclarée en officine, il est de notre responsabilité de savoir si celle-ci ne peut pas être d'origine médicamenteuse.

Il est à noter qu'à Tours existe une filière relevage qui se met en place pour les patients de plus de 75 ans, ayant bénéficié de deux relevages dans les 12 mois, laissés à domicile à l'issue de l'intervention et habitant dans le secteur d'intervention du SMUR de Tours. Cette filière peut être contactée par les pharmaciens d'officine.

Mise en place d'une filière de repérage des patient âgés ayant bénéficié d'un relevage par le SAMU

C.Debacq¹, S.Dubnitsky-Robin¹, P.Deneau², M.Mennecart¹, M.Rivoal¹, V.Morais¹, M.LeMaile¹, V.Megnan¹, L.Prevost¹, S.Poilvilain¹, J-A Nkodo¹, S.Laribi², B.Fougère¹

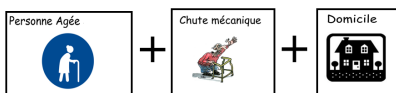
¹Service de médecine gériatrique, CHRU de Tours, France

²Service de médecine d'urgence, CHRU de Tours, France

INTRODUCTION

Afin de mieux repérer les patients chuteurs à risque de perte d'autonomie, une collaboration entre l'équipe mobile de gériatrie (EMG) extra-hospitalière du CHRU de Tours et le SAMU est apparue nécessaire. Ce partenariat s'inscrit dans le cadre des interventions par les pompiers chez des patients ayant chuté et ne nécessitant pas d'hospitalisation, intervention appelée « relevage ».

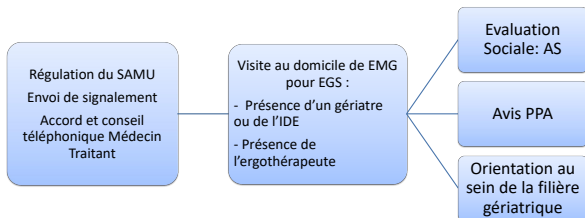
RELEVAGE =



Les patients éligibles à l'intervention de l'EMG extra-hospitalière dans le cadre de la filière relevage sont ceux âgés de plus de 75 ans, ayant bénéficié de deux relevages dans les 12 mois, laissés à domicile à l'issue de l'intervention et habitant dans le secteur d'intervention du SMUR de Tours.

Un signalement à l'EMG est réalisé par le SAMU en cas d'éligibilité et une intervention de l'EMG est organisée après accord du médecin traitant.

Un gériatre ou une infirmière et l'ergothérapeute de l'équipe interviennent au domicile pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS) et proposer au médecin traitant des pistes de prise en charge. Dans un second temps, il peut être organisé une intervention de l'assistance sociale ou d'un psychiatre de la personne âgée de l'équipe en fonction des problématiques mises en évidence. Enfin, un lien étroit est entretenu avec les acteurs territoriaux.



Ce dispositif est opérationnel depuis novembre 2017.

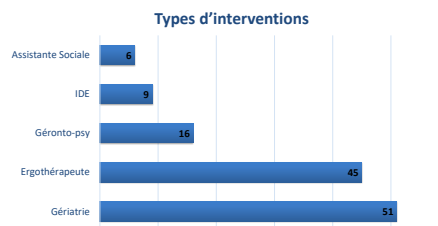
ACTIVITÉ DE LA FILIERE EN 2019

En 2019, 217 signalements ont été réalisés par le SMUR de Tours et 57 patients ont pu bénéficier d'une intervention. L'âge moyen de patients évalués était de 86,7 ans.

Les motifs de non intervention sont répartis comme suit :

- 26 % avait déjà bénéficié d'une intervention
- 26,5 % impossibilité de programmer
- 19,5 % ont été hospitalisé, vu par un gériatre, entrée EHPAD entre temps
- 11 % était hors critère (âge-lieu de vie)

Lors des visites au domicile sont majoritairement intervenus le gériatre et l'ergothérapeute.



DIFFICULTÉS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

Entre le premier et le deuxième relevage, nous constatons un taux d'hospitalisation et d'institutionnalisation élevé. Dans ce sens, nous prévoyons d'intervenir dès le premier relevage.

Nous avons rencontré des difficultés de programmation qui se traduisent par un taux d'échec élevé. Nous testons actuellement un signalement automatique au médecin traitant par courrier avec contact téléphonique uniquement en l'absence de réponse à 2 mois.

Enfin, dans le but de limiter le sentiment d'invasion de leur domicile qu'exprime certains patients, nous avons fait le choix de privilégier des interventions en binôme : ergothérapeute et IDE.

CONCLUSION

Ce partenariat entre gériatrie et SAMU a permis de repérage plus précoce des patients en rupture de soins et de favoriser les liens indispensables entre acteurs de soin territoriaux et le CHU.

Figure 27 : Organisation de la filière relevage à Tours

- **Maladies associées**

La majorité (62%) des patients avait de 1 à 3 maladies connues (figure 28 ci-dessous).

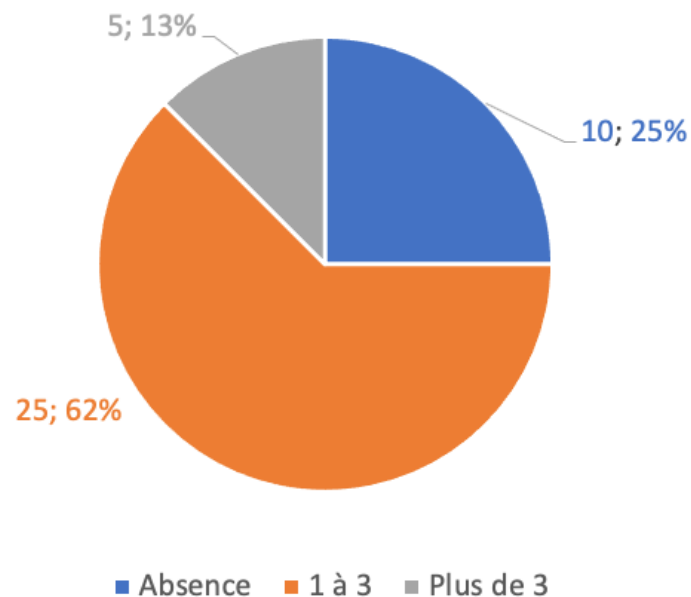


Figure 28 : Maladies associées

La plupart des patients étaient hypertendus et/ou diabétiques.

Cela est cohérent avec la population générale.

- **Mobilité**

Alors que 80% des patients interrogés est indépendante au niveau de la mobilité, 20% nécessite un soutien de type cannes ou déambulateurs (figure 29 ci-dessous). Aucun de ces patients n'était en incapacité, effectivement ces patients ne se déplacent pas en officine, on en retrouvera plutôt en hospitalisation à domicile ou en EHPAD.

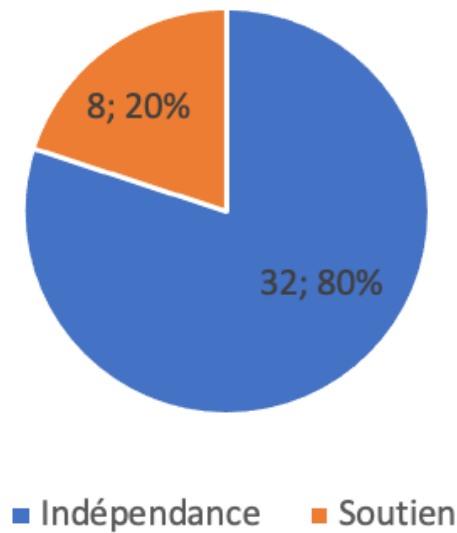


Figure 29 : Mobilité

Pour ces patients nécessitant un soutien, on peut les questionner sur leur satisfaction à propos de leur canne ou déambulateur et les optimiser si besoin. En effet, de nombreux systèmes existent en officine.

- ***Fonctions cognitives***

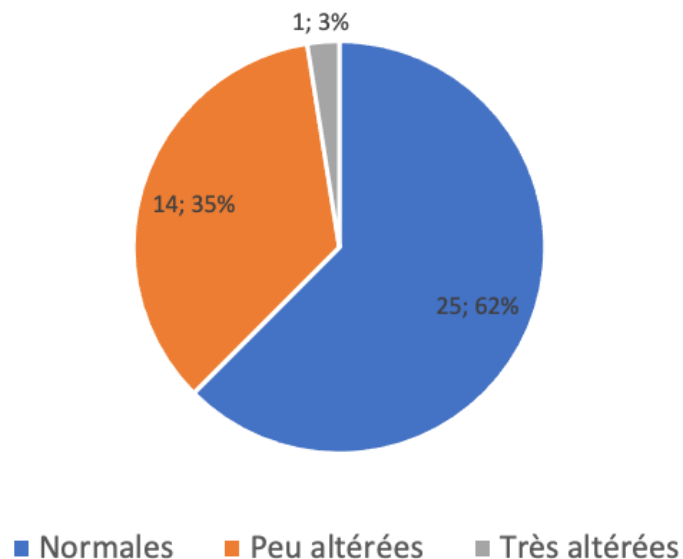


Figure 30 : Fonctions cognitives

35% de notre échantillon considérait que leurs fonctions cognitives que ce soit la mémoire ou l'orientation étaient peu altérées. Ces patients évoquaient surtout des pertes de mémoires

occasionnelles, une difficulté parfois à savoir quel jour de la semaine on était ou autre. Cette faible altération liée à l'âge ne les handicapait pas au quotidien.

Pour ces personnes, les conseils donnés ont été de faire des exercices cognitifs quotidiennement tels que la lecture, les jeux comme le sudoku / les mots fléchés... ou même l'écriture et d'en parler au médecin s'ils sentaient un déclin.

Le patient ayant les fonctions cognitives très altérées avait alzheimer avec un besoin quotidien de sa femme, il était suivi donc nous nous sommes pas attardés sur ce point.

- ***Vision et audition***

La vision est diminuée chez 50% des patients de l'échantillon, l'audition quant à elle est diminuée chez 35% des patients, comme on le voit avec les graphiques 31 et 32 ci-dessous.

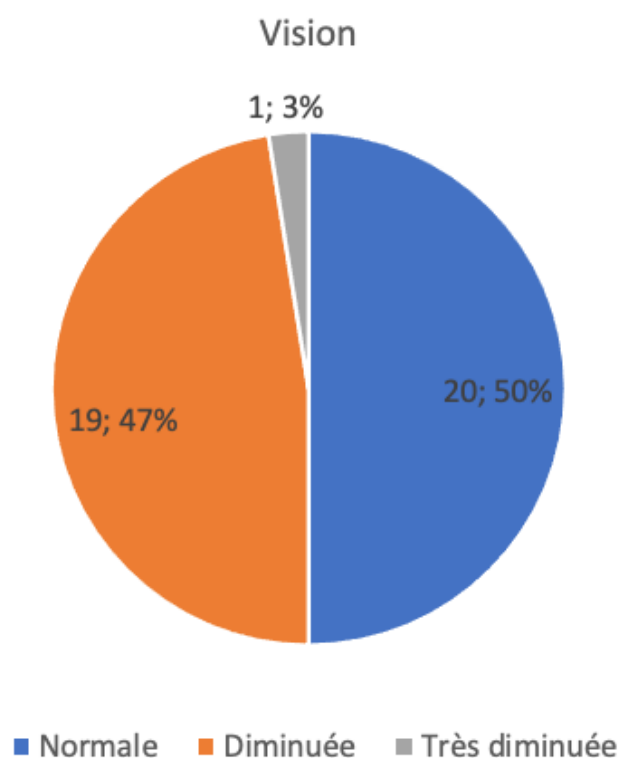


Figure 31 : Vision

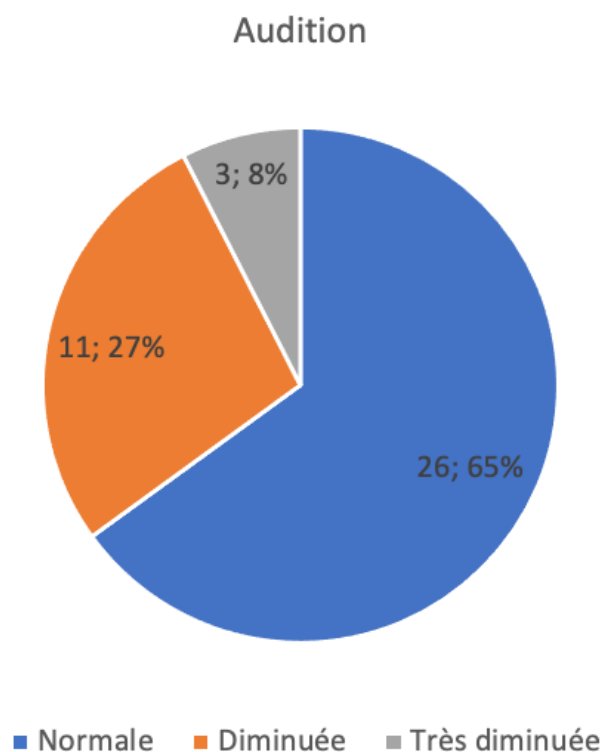


Figure 32 : Audition

Néanmoins, en discutant avec les patients, la vision diminuée les dérange beaucoup moins que l'audition car la plupart des problèmes de vue qu'ils ont se résolvent avec une paire de lunettes ou une opération. En revanche, les patients se plaignant de troubles de l'audition n'avaient pas encore trouvé la solution adaptée ; soit ils étaient appareillés mais une fois entourés de personnes qui parlent ils ne discernaient aucune conversation, soit ils n'avaient pas les moyens, soit ils refusaient tout.

Il leur a alors été proposé de retourner faire un test d'audition auprès de professionnels et d'en discuter avec eux.

- **Habitat**

Bien que la grande majorité des patients interrogés trouvaient leur habitat adapté à leur âge, 12% d'entre eux le trouvait quant à eux peu adaptés.

Il leur a alors été proposé de passer à leur domicile s'ils le souhaitaient afin de voir ce qui aurait pu être mis en place.

- *Hospitalisations au cours des 6 derniers mois*

Seuls 20% des personnes interrogées ont été hospitalisés au moins une fois au cours des 6 derniers mois (figure 33 ci-dessous).

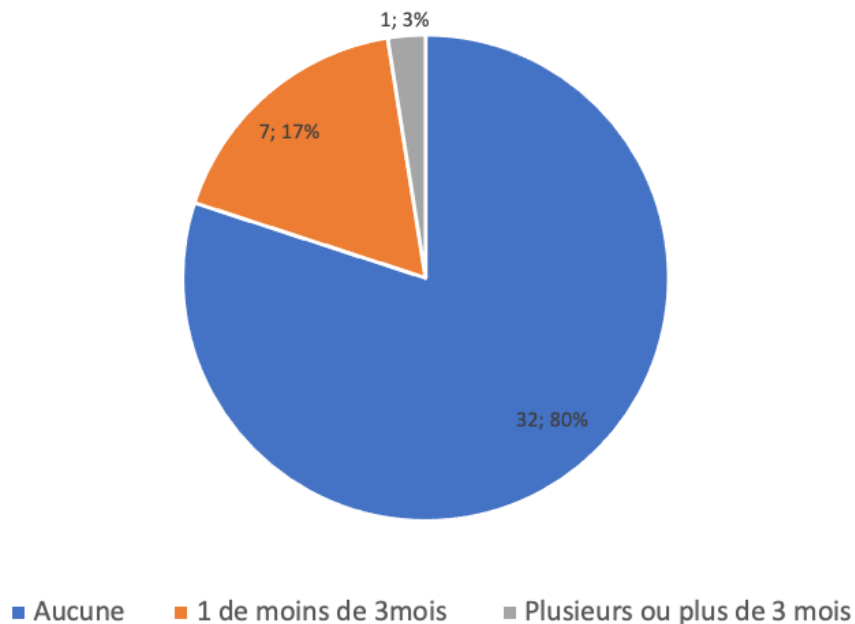


Figure 33 : Hospitalisations au cours des 6 derniers mois

Il s'agissait pour certains d'hospitalisations programmées qui n'auraient pas forcément pu être évitées mais le but de cette étude est de détecter la fragilité afin d'éviter certaines des hospitalisations comme par exemple le patient ayant été hospitalisé pour avoir chuté.

3) Que mettre en place en officine ?

A la suite de cette étude concernant la détection de la fragilité à l'officine, il m'a semblé judicieux de mettre un **commentaire dans le dossier du patient** avec des informations pour un suivi ultérieur. Dans les cas que j'ai rencontrés, cela aurait pu être « Madame X souhaite entrer dans un foyer logement car environnement non adapté. Prochain passage, lui demander où elle en est. » ou encore « Se sent toujours déprimée malgré 4 Venlafaxine LP 37,5mg par jour, doit en parler à son médecin. Prochain passage lui demander ce qu'il en est. ».

Ainsi, lors de son prochain passage, le patient voit qu'il est suivi et que ce dernier est personnalisé ce qui lui permet de se sentir en confiance et cela permet aux pharmaciens de pouvoir suivre cette fragilité à tout instant ou de continuer à la prévenir.

Il pourrait même être envisageable de stocker ces informations dans « mon espace santé » (anciennement dossier médical partagé) afin que les professionnels de santé suivant le patient y ait accès et qu'une prise en charge pluridisciplinaire s'instaure.

Pour certains patients ayant évoqué un habitat qui n'était pas adapté à leur âge, il pourrait leur être proposé de passer à leur domicile afin de voir avec eux ce qui peut être amélioré en leur apportant les solutions nécessaires (dans la limite de ce que l'on peut leur apporter en tant que pharmacien d'officine) grâce à notre formation en **maintien à domicile** notamment.

Pour les patients les plus fragiles, il peut être proposé le **recours aux Équipes Mobiles de Gériatrie**. Il paraît donc intéressant d'en parler (ou d'en parler aux aidants), afin qu'ils demandent à leur médecin traitant de remplir le formulaire d'intervention. Ils pourraient ainsi bénéficier dans ce cas d'une prise en charge complète, ce qui peut être une bonne chose notamment s'ils sont en décrochage du système de soin.

Enfin, il peut être intéressant d'avoir également recours à un psychologue, notamment au vu des résultats de l'étude menée sur le côté « humeur ».

Il peut aussi être proposé au patient un **bilan partagé de médication** si la fragilité semble être liée à une prise inadaptée de médicaments par ce dernier et qu'il fait partie de la cible. La cible étant les patients souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques pour lesquelles au moins cinq molécules ou principes actifs sont prescrits pour une période d'au moins six mois et s'il a plus de 65 ans avec une affection de longue durée (ALD) ou plus de 75 ans.

De la même façon, la rédaction d'un **plan de prise** qui serait expliqué et remis au patient, comme ce qui est fait dans certains services du CHU de Tours au titre de la conciliation médicamenteuse de sortie, pourrait être une autre proposition de prise en charge.

V. Conclusion

Les défis et les considérations liés au vieillissement de la population sont mis en évidence depuis plusieurs années désormais. Ils mettent l'accent sur les aspects médicaux et sensoriels qui jouent un rôle important dans la qualité de vie des personnes âgées.

Dans le cadre de ma thèse, j'ai choisi de mettre l'accent sur la fragilité que nous avons cherché à détecter au mieux en officine afin de prévenir l'apparition d'une quelconque dépendance et d'éviter au maximum les hospitalisations pouvant l'être.

Comme vu précédemment, il existe de nombreux outils / échelles / tests mais ils appartiennent à ceux qui s'en servent. Il faut donc préférentiellement choisir une grille avec laquelle on se sent à l'aise (pas forcément celle utilisée ici).

La grille *SEGA* que j'ai choisie m'a semblé facile à prendre à mains et relativement rapide d'utilisation. Il est donc à la portée des pharmaciens d'officine de détecter la fragilité chez la personne âgée dès lors qu'une grille est adoptée.

En revanche, cela dépend du patient que l'on a en face de nous. En effet, il arrive que l'on se retrouve face à des personnes qui n'ont pas le temps, qui ne sont pas bavards, qui sous-estiment leur condition de vie... A ce moment, la détection de la fragilité peut se trouver altérée.

De nombreuses solutions peuvent être apportées aux patients pour les accompagner au mieux : faire appel à un psychologue, suivre les patients au comptoir... Détecter la fragilité du sujet âgé est donc primordiale.

Il est également nécessaire de créer, de solidifier ou de maintenir les liens entre professionnels de santé qui sont interdépendant dans cette détection afin qu'elle soit complète.

Comme toute nouvelle mission, cette détection de la fragilité est très chronophage et ce temps de questionnement et d'écoute n'est pas forcément à la disposition de tous les pharmaciens.

L'utilisation de l'application *ICOPE* et moi, bien que ne pouvant se substituer au professionnel de santé, est également une solution envisageable et à proposer au patient quand le temps manque.

A ce jour, la rémunération est absente pour cette activité. Pour autant, dans l'attente de cette rémunération future, la détection de la fragilité du sujet âgée par les pharmaciens paraît être une des solutions face aux défis liés au vieillissement de la population.

Éviter à la fragilité de s'installer chez le sujet âgé et donc limiter les hospitalisations sont des enjeux majeurs de santé publique. Limiter la dépendance afin *in fine* de diminuer les coûts liés au vieillissement de la population et protéger notre système de santé solidaire paraît devenir l'urgence pour les générations actuelles et futures.

A nous pharmaciens de trouver la place et le temps à la mise en place de de repérage de la fragilité chez le sujet âgé.

VI. Annexes

Annexe 1 - Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité (SEGA)

Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité

Le volet A peut être utilisé seul pour le repérage de la personne âgée fragile et engager des actions nécessaires pour identifier les facteurs de risques de fragilité réversibles. Le but est de retarder la perte d'autonomie dite évitable et de prévenir la survenue d'événements indésirables (hospitalisation, chutes...)

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Date évaluation	Nom de l'évaluateur	Fonction de l'évaluateur

Volet A

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

TOTAL Volet A		
< ou = 8 : Personne peu fragile	[9-11] : Personne fragile	> ou = 12 : Personne très fragile

Grille Fragilité SEGA version modifiée et validée 2014

Réseau RéGéCA - Université de Reims Champagne Ardenne, Faculté de médecine EA 3797, Reims, F-51092

Volet B

Le volet B apporte une information complémentaire au volet A et permet un ciblage plus fin de la fragilité du sujet. Il permet de donner les orientations du plan de soin et peut servir de guide pour établir le plan personnalisé de soins et d'aide.

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

TOTAL Volet B (sur 22)

Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité

REMARQUES DE L'EVALUATEUR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cette grille est une adaptation de la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire de l'Évaluation du profil Gériatrique à l'Admission). Auteurs : SCHOEVAERDTS Didier, BIETLOT Serge, MALHOMME Brigitte, REZETTE Céline, GILLET Jean-Bernard, VANPEE Dominique, CORNETTE Pascale, SWINE Christian, La Revue de Gériatrie : 2004, vol.29, n°3, pp.169-178

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE D'EVALUATION DU NIVEAU DE FRAGILITE DES PERSONNES AGEES EN CHAMPAGNE-ARDENNE

Définition de la personne âgée fragile par le Groupe technique régional Bien Vieillir du PRSP

« C'est une personne présentant un état instable conduisant à un risque de décompensation somatique, psychique ou sociale, secondaire à un évènement même minime ; cet état est potentiellement réversible, s'il est identifié, et si des actions adaptées sont mises en place. »

Volet A :

Provenance : *La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle de l'aide ?*

(FL : Foyer Logement ; EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Médicaments : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?*

Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ?*

La question posée est celle du « moral ». On peut demander : *Vous sentez-vous bien, êtes-vous anxieux, êtes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*

Perception de sa santé : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?*

Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?*

Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : *La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable ? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ?*

Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ; si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ; si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2).

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

Mobilité : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?*

Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (canne, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : *La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ?*

Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?*

Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir... ?*

Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : *Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ?*

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

- **COTATION SUR 26 :** Elle indique l'intensité du profil de fragilité en reflétant globalement le nombre de problèmes signalés ; il est clair que ce chiffre n'a qu'une valeur indicative. On peut considérer que le profil de la personne est peu fragile pour un score inférieur ou égal à 8, qu'il est moyen pour un score compris entre 9 et 11 et qu'il est très fragile pour un score supérieur ou égal à 12.

Volet B : Données complémentaires. Cette partie regroupe des facteurs susceptibles d'influencer le plan de soins et d'aides. Les facteurs sensoriels, le recours à l'hospitalisation y sont pointés ainsi que des facteurs propres aux aides existantes et à l'aidant principal (perception de la charge de soins) ainsi que les facteurs propres aux attentes de la personne et de ses proches.

Hospitalisation récente : *La personne a-t-elle été hospitalisée durant les 6 derniers mois ? Combien de fois a-t-elle été hospitalisée ? Une hospitalisation a-t-elle duré plus de 3 mois ?*

Vision : *La vue de la personne, avec des lunettes si elle en porte, est-elle normale, diminuée ou très diminuée ?*

Audition : *L'ouïe de la personne, avec des prothèses auditives si elle en porte, est-elle normale, diminuée ou très diminuée ?*

Support social / entourage : *La personne vit-elle seule à domicile, en couple, ou avec un ou plusieurs membres de sa famille ?*

Aide à domicile professionnelle : *Selon vous, la personne a-t-elle besoin d'aide à domicile de la part de professionnels ? Cette aide est-elle occasionnelle ou quotidienne ? L'aide peut-être à visée soit sanitaire, soit médico-sociale, soit sociale.*

Aidant naturel : *La personne a-t-elle besoin de recevoir de l'aide à domicile de la part de sa famille ? Cette aide est-elle occasionnelle ou quotidienne, unique ou multiple ?*

Perception de la charge par les proches : *l'accompagnement de la personne est-il vécu par son entourage comme supportable, importante ou trop importante ? Si l'entourage est absent, on code (2).*

Habitat : *De votre point de vue de professionnel, diriez-vous que l'habitat de la personne est adapté, peu adapté, ou inadéquat ?*

Cette zone explore l'influence des conditions d'habitat sur l'autonomie de la personne. Exemples : chambre à l'étage, éclairage déficient, salle de bains non aménagée, absence de barres d'appui, etc.

Situation financière : *la personne vous semble-t-elle avoir des difficultés sur le plan de ses ressources ? A-t-elle demandé une aide ? La reçoit-elle déjà ? Il s'agit d'une appréciation déclarative par la personne.*

Perspectives d'avenir selon la personne : Cette question doit être posée directement à la personne. *Dans les 6 prochains mois, envisagez-vous de modifier votre mode de vie ? Par exemple : renforcer les aides à domicile familiales ou professionnelles, changer de lieu de vie, entrer en maison de retraite ?*

Perspectives d'avenir selon l'entourage : Cette question doit être posée directement à l'aidant naturel de la personne. *Dans les 6 prochains mois, envisagez-vous la nécessité de modifier le mode de vie de votre parent ? Par exemple : renforcer les aides à domicile familiales ou professionnelles, changer de lieu de vie, entrer en maison de retraite ?* Ces deux dernières questions permettent de noter une discordance entre l'avis de la personne et celui de ses proches, notamment sur l'entrée en institution

Annexe 2 : Plaquette information professionnel de santé sur l'EMGEH

AIDE AU REPÉRAGE DU PATIENT FRAGILE ÂGÉ DE 75 ANS ET PLUS

Autonome (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

Vit-il seul ? ☐ Oui ☐ Non
A-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non
Se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non
A-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non
Se plaint-il de la mémoire ? ☐ Oui ☐ Non
A-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ? ☐ Oui ☐ Non
Si vous avez répondu OUI à une de ces questions : Votre patient vous paraît-il fragile ? ☐ Oui ☐ Non

Source : HAS, juin 2013, « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? »

COMMENT NOUS CONTACTER ?

Equipe Mobile Gériatrique Extra Hospitalière (EMGEH)

CHRU de Tours
Hôpital Bretonneau
2 Boulevard Tonnellé
37044 Tours Cedex 9

Secrétariat :
02.47.47.97.02

Fax :
02.34.38.95.36

Mail :
emg@chu-tours.fr



EQUIPE
MOBILE
GÉRIATRIQUE
EXTRA
HOSPITALIÈRE

PATIENTS CONCERNÉS

- > Personnes âgées de **75 ans ou plus**,
- > Vivant à **domicile** (hors EHPAD), sur le département d'Indre-et-Loire
- > En **perte d'autonomie** (situation complexe) ou qui répondent à au moins un des **critères de fragilité** (cf Aide au repérage)

NOTRE ÉQUIPE

Pluridisciplinaire, elle est composée de :

- > Un gériatre
- > Un psychiatre de la personne âgée
- > Une infirmière
- > Une assistante sociale
- > Une ergothérapeute
- > Une secrétaire
- > Une neuropsychologue

NOS MISSIONS ET ACTIONS

Évaluation gériatrique standardisée : *autonomie, nutrition, cognition, thymie, risque de chute...*

Cette intervention peut être complétée par une évaluation

- > Sociale,
- > Ergothérapeute,
- > Psychiatrique de la personne âgée,
- > Neuropsychologique.

Toutes nos interventions aboutissent à des avis et recommandations.

MODE D'INTERVENTION

Uniquement après **accord du médecin traitant**.

Deux circuits possibles par :

1. La **demande** du médecin traitant ou des professionnels intervenants auprès de la personne (formulaire disponible sur le site internet du CHU).

2. La « **Filière relevage** », à partir d'une alerte du SAMU, pour une personne de plus de 75 ans relevée 2 fois sur les 12 derniers mois par les pompiers et sans nécessité d'une hospitalisation.

NOS OBJECTIFS

- > Favoriser le maintien à domicile et améliorer la qualité de vie,
- > Prévenir la perte d'autonomie,
- > Construire un plan personnalisé de soin (PPS) avec le patient,
- > Proposer des solutions pour adapter l'environnement,
- > Réaliser une conciliation médicamenteuse,
- > Orienter le patient dans la filière gériatrique et fluidifier son parcours de soin,
- > Éviter les hospitalisations non programmées ou les consultations aux urgences.

JVMA
Journées Vieillessement
et Maintien de l'Autonomie

www.congres-jvma.fr

**4^{es} Journées Vieillessement
et Maintien de l'Autonomie**

Palais des Congrès de Tours
100% Présentiel

**1&2
JUIN
2023**

© Photo V. Liorit



Vous êtes professionnel de santé, acteur d'un réseau de soin, un établissement médico-social

Proposez notre solution de repos à votre patientèle ou à vos résidents
et nous nous occupons de leur faire vivre un moment de détente !

VRF promet une parent'hèse douce et ressourçante

Centre de repos étoilé avec une équipe médico-sociale

Au sein d'un même lieu nous offrons une structure
hôtelière avec une équipe médico-sociale dédiée
à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

L'infrastructure et les équipements sont adaptés aux
personnes à mobilité réduite.



Un programme d'activités complet

- Aquagym, aquabike, gym douce, sophrologie, arthérapie, chant, danse, peinture...
- Groupes de parole menés par une psychologue
- Des dégustations de produits régionaux
- Et tant d'autres activités à découvrir !

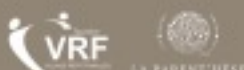
VRF propose aux familles et aux dyades aidants-aidés,
des séjours de joie et de repos, pour sortir du quotidien
et retrouver le plaisir des vacances.

**N'hésitez pas à nous contacter pour étudier vos besoins, qu'ils soient collectifs
ou en individuel.**

La personne peut également appeler directement la plateforme au :

05 57 885 885

**À partir de 2 nuits, durée de séjour moyen 10 à 15 jours. Pour faciliter l'accès des vacances au plus grand nombre, des aides au financement ont été
élaborées par VRF avec le soutien de l'AGIRC-ARRCO. Ainsi, lorsque l'aidant ou l'aidé est adhérent cotisant ou retraité d'une des caisses de retraite
complémentaire, l'AGIRC-ARRCO prend en charge jusqu'à 85% d'un premier séjour, et 50% les séjours suivants.*



15 Avenue des Droits de l'Homme - 37230 Fondettes

www.vrf.fr • contact@vrf.fr

EDITORIAL

Des journées de rencontres et d'échanges pluri-professionnels, au sublime Palais des congrès de Tours

« Aucun de nous ne sait ce que nous savons tous ensemble » Euripide.

Prononcée il y a plus de 2500 ans, cette citation raisonne aujourd'hui au travers des Journées Vieillissement et Maintien de l'Autonomie (JVMA). Sources de mutualisation des savoirs et des compétences, les JVMA se veulent être un moment de rencontres et de partages entre professionnels du vieillissement.

Sous le format de deux journées organisées en séances plénières et ateliers interactifs, les JVMA s'adressent à tous les acteurs du vieillissement. Lors des premières éditions, 60% des participants étaient des professionnels médicaux et 40% des professionnels paramédicaux et administratifs. La richesse de cette pluridisciplinarité a permis d'alimenter de nombreuses discussions sur l'actualité en gériatrie et gérontologie.

Il semble fondamental pour une discipline holistique telle que la gériatrie de créer des moments d'échanges pluridisciplinaires et plurisectoriels.

En effet, face au vieillissement inéluctable de la population française, nous devons nous appuyer sur nos intérêts communs à agir et poursuivre nos efforts réflexifs. Madame Brigitte Bourguignon, Ministre déléguée auprès du Ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie, était venue ouvrir la 1ère édition et apporter son soutien aux professionnels de santé dans leurs actions quotidiennes en faveur des personnes âgées. Selon Madame la Ministre, « les solutions pour relever les défis de la transition démographique viendront des territoires ». C'est dans cet esprit que les JVMA ont été créées.

Ces journées laissent ainsi présager une belle dynamique collective pour la prévention de la perte de l'autonomie et l'accompagnement de nos aînés.

Nous vous espérons nombreux et nombreuses à cette 4ème édition, les 1 et 2 juin 2023 !

Bertrand Fougère
Président du Comité d'organisation JVMA
Sarah Legland
Vice-Présidente du Comité d'organisation JVMA

INTERVENANTS

Dr. Amal AIDOU
M. Mathieu ALAPETITE
Dr. Hélène BASSAC
Dr. Rosine BASTE
Dr. Omar BELOUCIF
Pr. Athanase BENETOS
Pr. Gilles BERRUT
Pr. Frédéric BLOCH
Dr. Anne-Sophie BOUREAU
Dr. Laura BOUT
Dr. Amaury BROUSSIER
M. Luc BROUSSY
M. José Manuel CANO LOPEZ
Mme. Emmanuelle CHAMPION
M. Kévin CHARRAS
Pr. Philippe CHASSAGNE
M. Louis-Xavier COLAS
M. Jean-Christophe COMBE
M. Benoit DESJOUIS
Pr. Bertrand FOUGERE
Dr. Françoise FROMAGEAU
Dr. Wassim GANA
M. Johan GIRARD
M. Pierre GOUBAULT
Mme. Martine GRUERE
M. David GRUSON
M. Emmanuel HARDY
M. Christophe HAY

Pr. Claude JEANDEL
Pr. Laure JOLY
Dr. Marie-Hélène LACOSTE
M. Yann LASNIER
Mme. Cécile LE BONNIEC
M. Guy LE CHARPENTIER
M. Pierre-Marie LECAT
Pr. Véronique LEFEBVRE DES NOETTES
Mme. Sarah LEGLAND
Mme. Marie LEMAILE
Dr. Victoire LEROY
Dr. Matthieu LILAMAND
Dr. Zoha MAAKAROUN
Pr. Jean-Pierre MICHEL
Dr. Natacha MICHEL
Mme. Magali MONNERET
Mme. Dafna MOUCHENIK
Dr. Silvia OGHINA
Pr. Marc PACCALIN
Dr. Katell PEOC'H
Pr. François PUISIEUX
M. Jean Michel RICARD
Dr. Stéphanie RIST
Mme. Laure SOULEZ-LARIVIERE
M. Bernard SOURANONH
Pr. Maturin TABUE-TEGUO
Dr. Calyssa TREZY
M. Yannick UNG

PARTENAIRES



PROGRAMME

Jeudi 1^{er} Juin 2023

**EN PRÉSENCE DE MONSIEUR JEAN-CHRISTOPHE COMBE, MINISTRE DES
SOLIDARITÉS, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉS**

09:00 **ALLOCUTIONS INAUGURALES** (Auditorium Ronsard)

09:30 SESSION THÉMATIQUE : QUELLES SONT LES ACTUALITÉS EN 2023 ?
SPONSORISÉE PAR LE LABORATOIRE SANOFI (Auditorium Ronsard)

Bertrand Fougère, Gériatre, Tours

Jean-Pierre Michel, Gériatre, Membre titulaire de l'Académie de Médecine,
Genève

09:30 **Actualités en gériatrie et gérontologie**

Philippe Chassagne, Gériatre, Rouen

10:00 **Actualités dans la vaccination des patients âgés**

Marc Paccalin, Gériatre, Poitiers

10:30 **Pause Café - Visite des stands et des posters**

Claude Jeandel, Gériatre, Président CNP de Gériatrie, Montpellier

Wassim Gana, Gériatre, Conseiller médical au GRADES Centre-Val de Loire,
Tours

11:00 **Actualités dans les innovations numériques et technologiques
en gérontologie**

David Gruson, Directeur Programme Santé Luminess – Fondateur
ETHIK-IA, Paris

11:30 **Actualités du côté législatif**

Stéphanie Rist, Députée de la 2^{ème} circonscription du Loiret
Rapporteur Générale de la commission des affaires sociales,
Orléans

12:00 SYMPOSIUM PFIZER :

RÔLES DU GÉRIATRE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'AMYLOSE

CARDIAQUE À TRANSTHYRÉTINE CHEZ LE SUJET ÂGÉ (Auditorium Ronsard)

Philippe Chassagne, Gériatre, Rouen et Bertrand Fougère, Gériatre, Tours

- 12:00 ● Amylose cardiaque à transthyrétine : Pourquoi y penser ?
Anne-Sophie Boureau, Cardio-gériatre, Nantes
- 12:20 ● Comment y penser ? Quelle prise en charge pour les patients ?
Quels outils diagnostiques et quelle prise en charge pour les patients ?
Silvia Oghina, Cardiologue, Créteil
- 12:40 ● Amylose et fragilité, quels paramètres d'évaluation privilégier ?
Comment la fragilité impacte la PEC et le suivi ?
Amaury Broussier, Gériatre, Créteil

13:00

Pause Déjeuner - Visite des stands et des posters

14:00 SESSION THÉMATIQUES : FABRIQUE DU BIEN VIEILLIR

CITOYENNETÉ, MÉTIERS DU GRAND-ÂGE ET PRÉVENTION (Auditorium Ronsard)

Françoise Fromageau, Présidente Monalisa, Paris

Johan Girard, Directeur Délégué à la Coordination des Politiques Publique des Métiers, Croix-Rouge française, Paris

- 14:00 ● Rester citoyen tout au long de sa vie
Martine Gruère, Vice-présidente Association Old'Up, Paris
- 14:20 ● Métiers du grand âge : comment redonner du sens ?
Dafna Mouchenik, Directrice Logivitaë, Paris
- 14:40 ● Agir contre l'isolement social des personnes âgées : la démarche « d'aller-vers »
Yann Lasnier, Délégué Général Petits Frères de Pauvres, Paris
- 15:00 ● Adaptation de la société au vieillissement / Prévention
Luc Broussy, Président France Silver Eco, Paris
- 15:20 ● Discussions

15:30

Pause Café - Visite des stands et des posters

16:00 TABLE RONDE : PLAN NATIONAL ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

(Auditorium Ronsard)

Natacha Michel, Gériatre, Tours

Louis-Xavier Colas, Adjoint au sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées (DGCS) - Ministère de la Santé et de la Prévention, Paris

Avec :

Mathieu Alapetite - Directeur général France Silver Eco

Gilles Berrut - Professeur de Gériatrie, animateur du think tank des Gérotopôles et conseiller scientifique et président fondateur du Gérotopôle des Pays-de-la-Loire

Magali Monneret - Représentante des usagers au COPIL stratégique Plan antichute de la région Centre-Val de Loire

Jean-Michel Ricard - Président de l'association Siel Bleu

17:00 SYMPOSIUM VIFOR : LA CARENCE MARTIALE : DE LA

PHYSIOPATHOLOGIE À LA PRISE EN CHARGE EN GÉRIATRIE » (Auditorium Ronsard)

Bertrand Fougère, Gériatre, Tours

17:00 ● Physiopathologie et exploration de la carence martiale

Katell Peoc'h, Biologiste, Paris

17:20 ● Le programme CARENFER : la prévalence de la carence martiale et les complications associées

Bertrand Fougère, Gériatre, Tours

17:40 ● La prise en charge de la carence martiale en pratique

François Puisieux, Gériatre, Lille

18:30 SESSION ANIMÉE : DÉFILÉ DE MODE SÉNIORS

RENDEZ-VOUS À L'HÔTEL DE VILLE DE TOURS (GRATUIT SUR INSCRIPTION)

Vendredi 2 Juin 2023

08:30 SESSION THÉMATIQUES : ARTS ET VIEILLISSEMENT (Auditorium Descartes)

Pierre Goubault, Directeur d'EHPAD, Bracieux

Kévin Charras, Directeur Living Lab Vieillessement et Vulnérabilités, Rennes

- 08:30 ● **Vieillessement et art antique gréco-romain**
Emmanuelle Champion-Hindy, Maître de conférences en Histoire de l'Art antique, Tours
- 08:55 ● **La mise en place de projets innovants culturels auprès des aînés**
José Manuel Cano Lopez, Conseiller au projet la Compagnie du château le Plessis, La Riche
- 09:15 ● **Discussions**

09:30 SESSION ATELIERS 1 (1 ATELIER AU CHOIX)

Atelier n°1 : Bien vieillir dans son assiette (Auditorium Descartes)

Maturin Tabue-Teguo, Chef de pôle Gériatrie-Gérontologie, Fort-de-France

Laure Joly, Gériatre, Nancy

- 09:30 ● **L'importance de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées**
Marie-Hélène Lacoste, Chirurgien-Dentiste, Toulouse
- 09:45 ● **Les troubles de la déglutition**
Laure Soulez-Larivière, Diététicienne-orthophoniste, Paris
- 10:00 ● **Il n'y a pas d'âge pour manger de jolies choses**
Christophe Hay, Chef étoilé - Fleur de Loire, Blois
- 10:15 ● **Discussions**

Atelier n°2 : Communications orales jeunes gériatres (Salle Rabelais)
 Sarah Legland, Chef de projet de l'Equipe Régionale Vieillesse et
 Maintien de l'Autonomie - Centre-Val de Loire, Tours
 Matthieu Lilamand, Gériatre, Paris

- 09:30 ● **Les attentes et difficultés des IDE exerçant en EHPAD sur la fin de vie des résidents et sa prise en charge par le médecin traitant dans le Loir-et-Cher**
 Rosine Baste, Médecin généraliste, Rouziers-de-Touraine
- 09:45 ● **La filière Relev'Âge : un outil pour la prévention des chutes**
 Calyssa Trezy, gériatre, Blois
- 10:00 ● **Facteurs influençant la charge anticholinergique de l'ordonnance des patients âgés hospitalisés pour confusion**
 Hélène Bassac, Gériatre, Luynes
- 10:15 ● **Facteurs influençant les doses de diurétiques par voie IV chez les patients de 75 ans ou plus présentant une insuffisance cardiaque aiguë**
 Laura Bout, docteur junior, Tours

10:30 **Pause Café - Visite des stands et des posters**

11:00 SESSION ATELIERS 2 (1 ATELIER AU CHOIX)

Atelier n°3 : Sexualité et vieillissement (Auditorium Descartes)
 Marie Lemaile, Infirmière en pratique avancée, Tours
 Frédéric Bloch, Gériatre, Amiens

- 11:00 ● **À la retraite, le sexe ce n'est pas fini**
 Véronique Lefebvre des Noëttes, Psychiatre de la personne âgée, Paris
- 11:15 ● **Retour sur le Rapport vie intime, affective et sexuelle des personnes âgées des Petits-Frères des pauvres**
 Benoit Desjouis, Directeur région Centre, Petits Frères des pauvres, Orléans
- 11:30 ● **L'approche inclusive de la vie affective et sexuelle de la personne âgée : les discriminations LGBT**
 Bernard Souranoh, Responsable national du CFA Croix-Rouge Compétence, Paris
- 11:45 ● **Discussions**

Atelier n°4 : Communications orales gériologiques (Salle Rabelais)
Emmanuel Hardy, Président de l'Union nationale des infirmiers en
pratique avancée, Sury-en-Vaux
Victoire Leroy, Gériatre, Tours

- 11:00 ● La résilience organisationnelle & l'innovation sociale en EHPAD :
retour d'expérience d'une démarche de R&D sociale
Guy Le Charpentier, Directeur ReSanté-Vous, Bordeaux
- 11:15 ● Place de l'ergothérapeute dans la prévention des chutes des per-
sonnes âgées
Yannick Ung, Ergothérapeute, Paris
- 11:30 ● Quelle place pour La Poste dans un programme de prévention ?
Omar Beloucif, Directeur Médical, Paris
- 11:45 ● Corrélats de la qualité de vie liée à la santé chez les personnes
âgées vivant en collectivité en Guadeloupe : études KASADS
Maturin Tabue-Teguo, Gériatre, Fort-de-France

**12:00 SYMPOSIUM ASTRA ZENECA : INSUFFISANCE CARDIAQUE DU PATIENT ÂGÉ :
DU NOUVEAU DANS LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE ?**

(Auditorium Descartes)

Claude Jeandel, Gériatre, Montpellier
Bertrand Fougère, Gériatre, Tours

- 12:00 ● L'IC, une pathologie du patient âgé
Olivier Hanon, Cardio-Gériatre, Paris
- 12:20 ● Prise en charge thérapeutique de l'IC: ce qu'il faut savoir en 2023
Anne-Sophie Boureau, Cardio-Gériatre, Nantes
- 12:40 ● Faut-il prescrire des iSGLT2 chez le patient âgé ?
Athanase Benetos, Cardio-Gériatre, Nancy

13:00

Pause Déjeuner - Visite des stands et des posters

**14:00 SYMPOSIUM GSK : LE ZONA, ON Y PENSE ! PARTICULARITÉS
ET PRISE EN CHARGE CHEZ LE SUJET ÂGÉ** (Auditorium Descartes)

Bertrand Fougère, Gériatre, Tours

- 14:00 ● **Epidémiologie du zona et sa particularité chez le sujet âgé**
Zoha Maakaroun, Infectiologue, Tours
- 14:20 ● **Cas pratiques - prise en charge du zona et des douleurs post
zostériennes (DPZ) chez les patients âgés**
Amal Aidoud, Gériatre, Tours
- Cas 1 : Zona et spécificité de prise en charge chez le sujet âgé
Cas 2 : DPZ, quel impact et quel traitement chez le sujet âgé ?
- 14:40 ● **Conclusion et discussions**

15:00

Pause Café - Visite des stands et des posters

15:30 ECOLOGIE ET SANTÉ (Auditorium Descartes)

Cécile Le Bonniec, Directrice de l'hôtellerie, de la logistique et de la salubrité au
CHRU de Tours, Tours

- 15:30 ● **Comment soigner durablement demain ? La santé face
au défi climatique : entre résilience et responsabilité**
Pierre-Marie Lecat, Consultant spécialisé en développement durable,
Expert auprès de l'ANAP, Membre des Shifters, Viry-Châtillon
- 16:15 ● **Discussions**

16:30 REMISE DES PRIX (Auditorium Descartes)

Meilleure communication orale JVMA 2023
Meilleure communication affichée JVMA 2023

16:45 CLOTURE DES JVMA (Auditorium Descartes)

Bertrand Fougère, Gériatre, Tours

POSTERS

P1. Etude DOLO-AGE : évaluation d'une formation à la douleur aux professionnels de santé, projet pilote au Court Séjour Gériatrique du CHRU de Tours

P.Camus, A.Aidoud, B.Fougère, Tours

P2. Les chemins de l'autonomie

S.Sauzet, A.Lebas, Tours

P3. Douleur, trouble neurocognitif et qualité de vie chez les personnes âgées vivant en Guadeloupe : Résultats de l'étude KASADS

N.Simo-Tabue, P.Gebhard, D.Boucaud-Maître, R.Villeneuve, M.Tabue-Teguo, Guadeloupe

P4. « LE SANS FOURCHETTE » : le plaisir, la convivialité et l'intergénération.

F.Verdureau, E.Laurine, Marseille

P5. Elaboration de l'application "ICOPE et Moi", pour encourager les seniors à devenir acteurs de leur santé sur la région Centre-Val de Loire

P.Fortin, S. Legland, M. Lecoutre, F. Aiboud, A. Nahant, B. Fougère, Région Centre-Val de Loire

P6. Accompagner les troubles anxieux pour favoriser le maintien à domicile des personnes atteintes de maladies neuro dégénératives

H.Cheveux, Nogent-le-Rotrou

P7. Place de l'approche participative auprès des acteurs du réseau et des usagers dans l'élaboration d'un outil soutenant le vieillissement en santé à Genève : le guide VieSA (Vieillissement en Santé)

A.Tholomier, EM.Ashikali, L.Mastromauro, S.Perivier, C.Busnel, Genève

P8. Transfusion sanguine à domicile par l'HAD Val de Loire. Une offre de soins au bénéfice des personnes âgées

G.Sasseigne, E.Poirault, L.Mirault, N.Vigneau, C.Breuvard, D.Abbes, L.Guillaume-Tell, La Riche

P9. Ouverture des téléstaffs EHPAD auprès des professionnels du domicile en région Centre-Val de Loire

V.Pouteau, S.Legland, N.Michel, B.Fougère, Région Centre-Val de Loire

P10. Quelle réponse médicale à la souffrance existentielle du patient ?
D.Colas des Francs, Tours

P11. Qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées : enquête d'autodiagnostic dans 160 EHPAD de la région Centre-Val de Loire
A.Boudet, H.du Portal, M.Ouvray, I.Sors-Mireux, M.Lemarchand, Région Centre-Val de Loire

P12. Un outil régional pratique, le livret thérapeutique gériatrique pour des prescriptions adaptées au sujet âgé
C.Roseau, H.du Portal, P.Blanc, N.Morel, A.Griffon du Bellay, S.Lecomte, F.Tillié, M.Bellatreche, A.Chartier, D.Marquet, P.Benkemoun, P.Marié, N.Michel, A.Boudet, Région Centre-Val de Loire

P13. BioMIND - Santé mentale et physique des personnes âgées en institution : quels liens ? quels mécanismes ?
G.Guillou, W.Gana, N.Bailly, H.Blasco, P.Emond, M.Si-Tahar, B.Fougère, K.Pothier, Tours

P14. Etat nutritionnel des résidents de l'EHPAD de Gien dans le contexte Covid 19
L.Andrianasolo, M.Marcq, P. Saint Jours, Gien

P15. Machine Learning pour prédire une chute imminente (dans les 3 semaines) chez les personnes âgées vivant à domicile
JH Veyron, T.Rezel, F.Lainée, S.Cléménçon, S.Malvoisin, P.Friocourt, F.Denis, C.Théry, J.Belmin, Paris

P16. Une "chambre des erreurs" mobile pour apprendre à mieux vieillir
M.Duveau Hoarau, C.Massy Girouard, M.Colas, E.Panchout, Orléans

P17. Programme d'interventions non médicamenteuses dans le cadre de troubles du comportement du patient âgé et diminution de la charge anticholinergique
M.Ruelle, F.Loisselle, Breteuil

P18. Évaluation du suivi des recommandations en Onco-Gériatrie en région Centre-Val-de-Loire
N.Dupont-Horaux, V.Dardaine, C.Sauger, E.Dorval, J.Biogeau, Tours

P19. Facteurs de risque de la perte de suivi chez les sujets âgés
A. Seguin, J-A Nkodo, P. Poupin, J. Capsec, B.Fougère, Tours

CONGRÈS À VENIR

De l'optimisation des prescriptions à l'innovation organisationnelle en gériatrie

6^e édition **100% DIGITAL**

PAPA **PRESCRIPTIONS & PARCOURS ADAPTÉS aux personnes âgées**

7-8 JUIN 2023 **JOURNÉES DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN GÉRIATRIE**

www.tppa.fr

SOCIÉTÉ SEPTENTRIONALE DE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE

Congrès Interrégional de Gériatrie

14&15 Septembre 2023

La Cité des Échanges
Marcq-en-Barœul

Lille 2023

www.ciregg.fr

28 Septembre 2023
Paris 7^e
ASIEM

10^e

Journée Hybride
Présentiel & Digital

JSB

Journée Scientifique de Broca

www.journeebroca.fr

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE & GÉRONTOLOGIE

27 au 29 NOVEMBRE 2023

43^{es}
Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériatologie

Journées de formation et de recherche en gériatrie

Inscription & renseignements - www.jasfgg.com

En Présentiel & Digital

PARIS
Centre des Nouvelles Industries et Technologies
CNIT

JVMA

Journées Vieillessement
et Maintien de l'Autonomie

www.congres-jvma.fr

5^{es} Journées Vieillessement et Maintien de l'Autonomie

Palais des Congrès de Tours

RDV
MARS
2024

© Photo V. Liorit



Bibliographie

1. *Vieillissement et santé [Internet]. [cité 7 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>*
2. *Duquesne F. Vulnérabilité de la personne âgée. 2011;*
3. *Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France. 2022;*
4. *Pharmacocinétique des médicaments cardiovasculaires chez la personne âgée – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/pharmacocinetique-des-medicaments-cardiovasculaires-chez-la-personne-agee/>*
5. *Sotaniemi EA, Arranto AJ, Pelkonen O, Pasanen M. Age and cytochrome P450-linked drug metabolism in humans: an analysis of 226 subjects with equal histopathologic conditions. Clin Pharmacol Ther. mars 1997;61(3):331-9.*
6. *Rowe JW, Andres R, Tobin JD, Norris AH, Shock NW. The effect of age on creatinine clearance in men: a cross-sectional and longitudinal study. J Gerontol. mars 1976;31(2):155-63.*
7. *SÉNESCENCE : Définition de SÉNESCENCE [Internet]. [cité 7 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/s%C3%A9nescence>*
8. *Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med. 27 déc 1984;311(26):1664-70.*
9. *Dramé M, Jovenin N, Ankri J, Somme D, Novella JL, Gauvain JB, et al. La fragilité du sujet âgé : actualité - perspectives. Gérontologie Société. 2004;27 / 109(2):31-45.*
10. *Définitions | Gérontopôle Sud [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <http://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9tection-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions>*
11. *Sirven N. Fragilité et prévention de la perte d'autonomie.*
12. *Stuck AE. Fragilité du sujet âgé. 2022 220708. 16 févr 2022;22(0708):116-8.*
13. *Hofheinz M, Mibs M. The Prognostic Validity of the Timed Up and Go Test With a Dual Task for Predicting the Risk of Falls in the Elderly. Gerontol Geriatr Med. 16 mars 2016;2:2333721416637798.*
14. *CNFS. Test chronométré du lever de chaise de Mathias (TUG) [Internet]. 2018 [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-la-capacite-physique/test-chronometre-du-lever-de-chaise>*
15. *CESS | Centre d'expertise en santé de Sherbrooke | PRISMA-7™ [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/prisma-7/>*

16. Duflot A. Repérage de la fragilité en médecine générale avec le Gérontopôle Frailty Screening Tool : étude de prévalence et faisabilité en médecine générale. 25 sept 2014;43.
17. ICOPE - Un programme pour prévenir la dépendance [Internet]. 2023 [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance>
18. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 9 oct 2023]. Le dispositif Paerpa. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
19. HENIN T. <https://www.chu-tours.fr/vieillissement/>. [cité 9 oct 2023]. CHRU de Tours. Pôle Vieillissement - Équipe Régionale Vieillissement et Maintien de l'Autonomie (ERVMA). Disponible sur: <https://www.chu-tours.fr/vieillissement/ervma/>
20. JVMA [Internet]. [cité 9 oct 2023]. JVMA - Journées Vieillissement et Maintien de l'Autonomie. Disponible sur: <https://congres-jvma.fr/>
21. VIDAL [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Sujet âgé : la juste prescription. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/29169-sujet-age-la-juste-prescription.html>

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) CAILLAUDAUD Lucie

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

21601014

N° Étudiant :

97

N° Thèse :

Nom et Prénom : Caillaudaud Lucie

Sujet : Rôle du pharmacien dans la détection de la fragilité des personnes
âgées : étude observationnelle dans la Pharmacie du Grand marché
d'avril 2023 à juin 2023.
.....

31/01/2024

Tours, le :

Le(s) Directeur(s) de Thèse :
Nom(s) et signature(s)



Julie Bourgueil

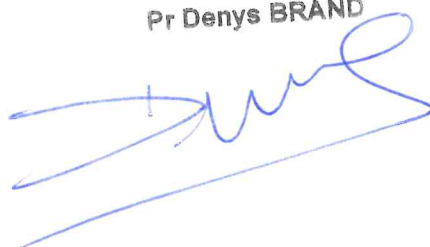
Hassan Allouchi



Vu et Transmis :
Le Doyen

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND



NOM, PRÉNOM de l'étudiant **CAILLAUDAUD Lucie**

N°97

TITRE DE LA THÈSE

Rôle du pharmacien dans la détection de la fragilité des personnes âgées :
étude observationnelle à la Pharmacie du Grand Marché d'avril 2023 à juin 2023.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Dans notre société vieillissante, on observe une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes due à l'allongement de l'espérance de vie. Cette tendance s'accompagne d'une détérioration de leur qualité de vie. Le pharmacien a un rôle majeur à jouer dans la détection de la fragilité. En effet, il est souvent le premier recours des personnes âgées lors de leur passage à l'officine. Le pharmacien, à l'aide de grilles ou d'outils de repérage de la fragilité, peut être une aide pour l'ensemble des professionnels de santé qui prennent en charge les sujets âgés.

Dans le cadre de ma thèse, j'ai choisi d'utiliser la grille Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA), destinée à évaluer rapidement le profil de fragilité d'une personne. J'ai ainsi interrogé 40 patients à l'officine du Grand Marché et détecté 32% de patients fragiles et 2% de patients très fragiles.

Un des critères les plus alarmants concerne la nette dégradation de l'humeur constatée au cours de mon D'autres types de fragilité ont été repérés pouvant être pris en charge en officine.

Autant que possible, il est du ressort des pharmaciens officinaux de détecter cette fragilité le plus tôt possible afin d'assurer une meilleure prise en charge de nos aînés et de fait la soutenabilité de notre système de soins.

MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY

Fragilité, dépendance, dépression, sujet âgé, étude observationnelle, détection, pluridisciplinarité, grille SEGA, projet ICOPE

JURY

PRÉSIDENT : Pr. Hassan ALLOUCHI, PU-PH, Faculté de Pharmacie – Tours

MEMBRES :

Dr. Adeline BOUDET, PH Pharmacienne hospitalière – OMEDIT Centre Val de Loire

Dr. Julie BOURGUEIL, PH Pharmacienne – CHU TOURS

Dr. Charlotte PLEAU-LEFER, Pharmacienne d'officine – Tours

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE. 10 novembre 2023 à la Faculté de Pharmacie de Tours