

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année.....

N°

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

.....

...

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

.....

.....

.....

JURY

Président :

Membres :

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEE : 2024 - 2025

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

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

ENSEIGNANTS

16 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-
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
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
GIRAUDAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUE & ÉPIDÉMIOLOGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAULT	Gilles	IMMUNOLOGIE

33 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER (disponibilité)	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-
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE
JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
LAJOIE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LOUDIN	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
VERCOUILLIE	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

1 MAST

CAMUS GABRIEL	Mathilde	<i>Filière Officine</i>
---------------	----------	-------------------------

5 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

3 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

1 PRAG

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

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

GERBIER	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.

Date : le 25 avril 2025

L'étudiant

Romain DANGER

Le Doyen de la Faculté

Professeur Denys BRAND

Remerciements

Aux membres de mon jury :

À Monsieur Pierre Bredeloux, merci de m'honorer en présidant ce jury de thèse. J'avais bénéficié de votre encadrement lors du stage d'initiation à la recherche, qui paraît maintenant si proche et si loin. J'en garde un très bon souvenir, comme de vos enseignements durant ces années, et suis heureux de conclure mes études en votre présence.

À Monsieur Matthieu Juste, merci d'avoir dirigé mes travaux de thèse. Vous m'avez aidé à fixer un cap alors que je luttais pour définir le sujet, puis m'avez corrigé au fur et à mesure de la rédaction. Merci encore pour votre accompagnement bienveillant et encourageant, et bien sûr pour les cours que vous nous avez dispensés pendant mes années universitaires.

À Madame Mathilde Gabriel, merci d'avoir apporté à nos cours la perspective précieuse d'une pharmacienne d'officine, et de nous avoir préparé à l'accompagnement des patients. Merci beaucoup d'avoir si rapidement accepté d'échanger avec moi sur votre thèse aux débuts de mon travail, et d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

À Monsieur Pierre Poupin, un grand merci d'avoir si rapidement accepté mon invitation. J'ai terminé mes études trop tôt pour avoir pu assister à vos enseignements, mais j'ai la chance de pouvoir tout de même vous compter parmi les membres de mon jury, et de vous partager mon travail.

À Monsieur Denis Moire, merci pour d'avoir si chaleureusement accepté de faire partie de mon jury. L'accueil et l'encadrement dont j'ai bénéficié lors de mon stage de sixième année m'ont laissé des souvenirs impérissables ; et sont réellement de ces choses qui permettent de se lancer sereinement dans la vie professionnelle. Merci d'être là pour ce dernier jalon.

À celles qui m'ont accompagné lors de mes recherches pour la rédaction de cette thèse : Laetitia Pezard, vice-présidente de la CPTS O'Tours, qui m'a la première parlé du programme ICOPE. Pour leurs conseils et les informations qu'elles m'ont fourni, merci également à Adeline Boudet, pharmacienne à l'OMÉDIT Centre-Val de Loire, et à Pauline Fortin, ancienne chargée de mission ICOPE à l'ERVMA, et Clémence Pierre, qui l'a remplacée.

À la faculté : merci aux équipes et aux enseignants qui m'ont donné le goût de la pharmacie. Aux associations qui l'habitaient, et qui ont permis à ces années d'être si riches humainement.

À l'Atropine en particulier, et aux générations qui nous ont précédé en son sein, merci d'avoir créé et entretenu cette fabuleuse équipée. Merci à Inès et au bureau de l'époque de nous avoir recrutés en 2018, et de m'avoir appris à jouer de la musique. Merci aux générations d'atropiniens que j'ai eu le plaisir de connaître depuis, qui perpétuent cet esprit fanfaron, empreint d'une douce amitié liée par les fausses notes et les blagues potaches, entre autres. Enfin, à Valentine et Basile et aux bureaux qui nous ont succédé après les confinements, merci d'avoir fait perdurer l'association.

À l'A.C.E.P.T. et à mes camarades de divers bureaux, avec lesquels j'ai passé de très bons moments. L'expérience, bien qu'éprouvante, fut pour moi enrichissante et m'a donné un lieu où atterrir des années durant, et où toujours trouver des copains.

À Officina, dans laquelle j'ai été « invité » par Claire et Guillaume, au sein d'un bureau en compagnie duquel j'ai passé une super année 2022.

Aux copains, justement :

Aux amis d'avant la fac, que j'ai gardés ou retrouvés après la PACES : Antonin, Barthélémy, Benjamin, Flora, Jean-Baptiste. Vous voir est un plaisir, et me ramène au temps de l'insouciance et à notre vie de lycéens à Tours.

Aux camarades de la faculté, à tous ceux avec qui j'ai profité de ces années, que j'espère revoir le plus possible. À ceux qui restent proches malgré les kilomètres, en particulier Corentin et Victor, Amélie, Paul, Anna, ma chère marraine Alix.

À mes parents, pour m'avoir permis de réaliser mes études sans contrainte financière, et sans autre préoccupation que mon avenir. Pour m'avoir aimé, aidé, écouté, soutenu sans condition. Et pour m'avoir donné l'envie d'apprendre, et m'avoir encouragé sur un chemin que vous ne connaissiez pas. À toute ma famille, d'avoir également été là pour moi.

À Elisabeth Lary, qui m'a montré l'exemple en reprenant ses études, et en terminant son mémoire avant que j'aie fini ma thèse... Merci de l'avoir relue, et merci de m'avoir accepté et si souvent accueilli chez toi.

Enfin, **à Solenne**, qui partage ma vie depuis plus de cinq ans maintenant. Te faire une déclaration d'amour dans les remerciements d'une thèse serait en effet un peu trop, alors je te remercie simplement pour tes précieuses relectures de mon travail. Mais également pour tous les moments de bonheur que l'on partage, pour toutes les fois où tu me fais rire, et rends mon existence plus douce. Tu me rappelles à la réalité et la rend supportable à la fois, tu me soutiens et m'encourages. Merci, je ne pourrais pas souhaiter meilleure compagnie.

Table des matières

Remerciements	5
Abréviations	9
Liste des figures.....	10
Liste des tableaux	11
Liste des annexes	12
Introduction	13
I. Première partie – Prise en charge du sujet âgé à l’officine	15
1. Changements physiologiques et pathologiques liés au vieillissement.....	15
A. Système cardiovasculaire	16
B. Appareil locomoteur.....	16
C. Système nerveux	16
D. Modifications sensorielles.....	17
E. Appareil digestif.....	18
F. Appareil urinaire et organes sexuels	18
2. Particularités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez la personne âgée 19	
A. Absorption	19
B. Distribution.....	19
C. Métabolisme.....	20
D. Élimination.....	20
E. Pharmacodynamie.....	20
3. Accompagnement et analyse pharmaceutique chez le sujet âgé	21
A. Analyse pharmaceutique et prévention de la iatrogénie médicamenteuse	21
B. Réflexe iatrogénique et cascade médicamenteuse : des concepts utiles pour de bonnes pratiques d’analyse pharmaceutique	21
C. Outils d’analyse pour le repérage des médicaments potentiellement inappropriés au sujet âgé	23
D. Automédication	26
E. Observance, adhésion au traitement	28
II. Deuxième partie – dépistage et évaluation du déclin des capacités intrinsèques grâce au programme ICOPE.....	31
1. Integrated Care for Older People (ICOPE) : programme de l’organisation mondiale de la santé (OMS)	31
2. Étape 1 : tests de dépistage de la baisse des capacités intrinsèques	32
3. Étape 2 : évaluation axée sur la personne dans les soins primaires	35

A.	Capacité cognitive	35
B.	Capacité locomotrice.....	37
C.	Vitalité : évaluation sur le plan nutritionnel.....	38
D.	Capacité visuelle	41
E.	Capacité auditive	43
F.	Capacité psychologique.....	43
III.	Troisième partie – Perspectives d’accompagnement du sujet âgé à l’officine dans le cadre d’ICOPE et en-dehors.....	46
1.	Le programme ICOPE après évaluation des capacités.....	46
A.	Étape 3 : plan de soins personnalisés.....	46
B.	Étape 4 : orientation et suivi du plan de soins	55
C.	Étape 5 : mobilisation des communautés et soutien des aidants.....	56
2.	Applicabilité de l’outil ICOPE à l’officine, limites de l’expérimentation.....	59
A.	Pratiques actuelles des pharmacies en lien avec ICOPE : questionnaire	59
B.	Discussion – Freins à la réalisation du programme ICOPE et avenir	61
3.	Utilisation future : la démarche ICOPE, à la croisée d’autres outils	63
A.	Mon bilan prévention : un dispositif compatible	63
B.	Au croisement d’autres expérimentations : l’exemple d’OSyS.....	64
C.	Aide-mémoires pour l’accompagnement du sujet âgé à l’officine.....	64
	Conclusion.....	65
	Bibliographie	66
	Annexes	74

Abréviations

- **ADL** : activities of daily living (*activités de la vie quotidienne*)
- **CCAS** : centre communal d'action sociale
- **CPTS** : communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé
- **DASH** : dietary approaches to stop hypertension (*approche diététique pour arrêter l'hypertension*)
- **EMA** : european medicines agency (*agence européenne du médicament*)
- **ERVMA** : équipe régionale vieillissement et maintien de l'autonomie
- **DFG** : débit de filtration glomérulaire
- **GPCOG** : general practitioner assessment of cognition (*évaluation des capacités cognitives par le médecin généraliste*)
- **HAS** : Haute Autorité de santé
- **HHIE-S** : Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening (*questionnaire de dépistage du handicap auditif pour les personnes âgées*)
- **IADL** : instrumental activities of daily living (*activités instrumentales de la vie quotidienne*)
- **ICOPE** : integrated care for older people (*soins intégrés pour les personnes âgées*)
- **MAD** : maintien à domicile
- **MDPH** : maison départementale des personnes handicapées
- **MIND** : mediterranean DASH intervention for neurodegenerative delay (*intervention méditerranéenne-DASH pour ralentir la neurodégénérescence*)
- **MMSE** : mini-mental state examination (*mini-examen de l'état mental*)
- **MNA[®]** : Mini Nutritional Assessment[®] (*mini-évaluation nutritionnelle*)
- **MNA[®] SF** : Mini Nutritional Assessment[®] - Short Form (*mini-évaluation nutritionnelle - questionnaire court*)
- **MoCA** : Montreal cognitive assessment (*évaluation cognitive de Montréal*)
- **MUST** : Malnutrition Universal Screening Tool (*outil universel de dépistage de la malnutrition*)
- **OMéDIT** : observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques
- **OMS** : Organisation mondiale de la Santé
- **ONU** : Organisation des Nations Unies
- **PHQ (QSP)** : patient health questionnaire (*questionnaire sur la santé du patient*)
- **RGO** : reflux gastro-œsophagien
- **SCREEN[®]** : seniors in the community: risk evaluation for eating and nutrition (*séniors de la communauté : évaluation du risque nutritionnel*)
- **SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile
- **SNAQU65+** : short nutritional assessment questionnaire 65+ (*questionnaire abrégé d'évaluation nutritionnelle pour les 65 ans et plus*)
- **SPPB** : short physical performance battery (*batterie courte de performance physique*)
- **SNC** : système nerveux central

Liste des figures

Figure 1 : modèle de décompensation gériatrique 1+2+3 d'après Bouchon	15
Figure 2 : principe de la cascade médicamenteuse	22
Figure 3 : processus simplifié de révision d'ordonnance adapté de REMEDIES	24
Figure 4 : sources disponibles pour la mise à jour des connaissances du pharmacien et l'analyse pharmaceutique (non exhaustif)	26
Figure 5 : outil de dépistage de l'approche ICOPE de l'OMS, résumant l'étape 1.....	33
Figure 6 : test d'équilibre du SPPB (OMS)	37
Figure 7 : diagnostic de la dénutrition chez l'adulte selon la HAS	40
Figure 8 : QSP-9, traduction utilisée par la HAS	44

Liste des tableaux

Tableau I : exemples de cascades médicamenteuses.....	22
Tableau II : exemples de médicaments de médication familiale ou en accès direct devant faire l'objet de rappels	27
Tableau III : outils validés par l'OMS pour l'évaluation de la fonction cognitive	36
Tableau IV : facteurs étiologiques de dénutrition selon la HAS	39
Tableau V : exemples de toxicité médicamenteuse oculaire	42
Tableau VI : catégories Vivifrail, d'après le Guide pratique Vivifrail	49

Liste des annexes

Annexe 1 : mail adressé aux pharmacies.....	80
Annexe 2 : questionnaire envoyé aux pharmacies.....	80
Annexe 3 : sources d'information, aides au conseil et à l'orientation du patient âgé.....	95

Introduction

La population mondiale vieillit aujourd'hui de façon croissante, avec pour causes une baisse de la fertilité, mais également une diminution de la mortalité des personnes âgées : la part des plus de 65 ans dans la population générale mondiale devrait en effet passer de 10 % à 16 % entre 2022 et 2050 selon les prédictions de l'Organisation des Nations Unies (ONU) (1).

Face à ce changement démographique et aux défis qu'il pose, l'ONU a déclaré les années 2021 à 2030 « décennie du vieillissement en bonne santé » (2), afin de mobiliser tous les acteurs mondiaux autour de ce sujet, dans les domaines sanitaires et sociaux.

Le programme « Integrated Care for Older People » (ICOPE, *soins intégrés pour les personnes âgées*) développé par l'OMS s'intègre dans cette dynamique. Ses premières recommandations ont été publiées en 2017, avec pour objectif de « prévenir, ralentir ou inverser le déclin des capacités physiques et mentales des personnes âgées » (3). Il propose ainsi une action de prévention et de prise en charge du déclin de six capacités intrinsèques : les capacités cognitive, locomotrice, visuelle, auditive, et psychologique et la vitalité.

Pour favoriser le vieillissement en bonne santé, il est donc basé sur le **dépistage** du déclin de ces capacités à partir de 60 ans, afin d'éviter les pertes fonctionnelles et d'autonomie qui peuvent en découler. Cela constitue la première des **5 étapes** (ou « steps » en anglais). Au dépistage d'une perte de capacité succède une évaluation approfondie, et un plan personnalisé de soin avec un suivi. La dernière étape prévoit également un soutien social du patient et de ses aidants.

En France, pays développé, le vieillissement de la population est d'ores et déjà bien amorcé et se poursuit. En 2020, 20 % de la population étaient âgés de plus de 65 ans, et ce chiffre pourrait augmenter en 2050 à 27 % selon le scénario central des projections de populations de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), portant le nombre de personnes âgées de 13,9 à 18,9 millions (4).

Il est donc important de développer et l'accompagnement des personnes âgées, afin que les années de vie supplémentaires permises par les progrès médicaux se déroulent en bonne santé. Cette dernière est en effet définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

À cet effet, des **expérimentations** du programme ICOPE ont débuté en France en 2020 après un appel à manifestation du Ministère des Solidarités et de la Santé, auquel treize territoires auront répondu. En Touraine, l'équipe régionale vieillesse et maintien de l'autonomie (ERVMA) du centre hospitalier régional universitaire de Tours, créée en 2019, a coordonné depuis 2022 l'expérimentation sur une zone géographique restreinte aux territoires de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) O'Tours, en Indre-et-Loire, et de la CPTS La Salamandre, dans le Loir-et-Cher.

L'expérimentation de ce programme constitue une opportunité pour structurer la prise en charge des sujets âgés dans notre région et en France, avec la formation des professionnels de santé et l'amorçage d'une démarche de prévention auprès des plus de 60 ans.

En pharmacie, l'expérimentation de l'étape (« step ») 1 dans les pharmacies qui fut rendue possible sur ces deux CPTS a ouvert la voie pour une nouvelle mission : le dépistage de la perte de capacité intrinsèque. Rapide à effectuer, celui-ci est formalisé, protocolisé, et a également comme atout une formation préalable succincte, ainsi qu'une rémunération dans le cadre de l'expérimentation.

Les étapes suivantes, qui ne concernent pour l'instant pas les pharmaciens, sont essentielles pour faciliter l'accès aux soins et créer des parcours répondant précisément aux besoins des patients. Leur mise en place nécessite un travail coordonné des professionnels de santé, qu'il faut former et réunir autour du projet. L'implication des officines pourrait ainsi être un atout majeur pour la réalisation de la suite du programme, et nécessiterait en premier lieu de définir un périmètre d'action potentiel.

Cette thèse avait pour objectif d'étudier le programme ICOPE dans son ensemble, et du point de vue du pharmacien d'officine, afin d'envisager le rôle qu'il pourrait y prendre. En analysant les actions déjà réalisées par les pharmacies dans leur pratique habituelle et en détaillant celles envisageables dans le cadre d'ICOPE, nous proposerons des pistes pour améliorer la prise en charge du sujet âgé, afin d'exploiter pleinement la disponibilité et les compétences des pharmaciens.

I. Première partie – Prise en charge du sujet âgé à l’officine

1. Changements physiologiques et pathologiques liés au vieillissement

Il est important de rappeler les principaux mécanismes du vieillissement physiologique et les pathologies auxquelles ils peuvent prédisposer le sujet âgé. En effet, au vieillissement physiologique peuvent s’ajouter des maladies chroniques, diminuant la fonction d’organe avec le temps et l’évolution de la maladie. Lorsqu’un stress aigu survient, par exemple à cause d’une pathologie infectieuse, il peut ainsi arriver que la réserve fonctionnelle ne soit plus suffisante et engendre des symptômes. C’est le **modèle de décompensation gériatrique « 1+2+3 »** de Bouchon (figure 1), qui permet d’analyser la situation d’un patient en décompensation et de distinguer les causes de diminution basale du fonctionnement, du facteur précipitant.

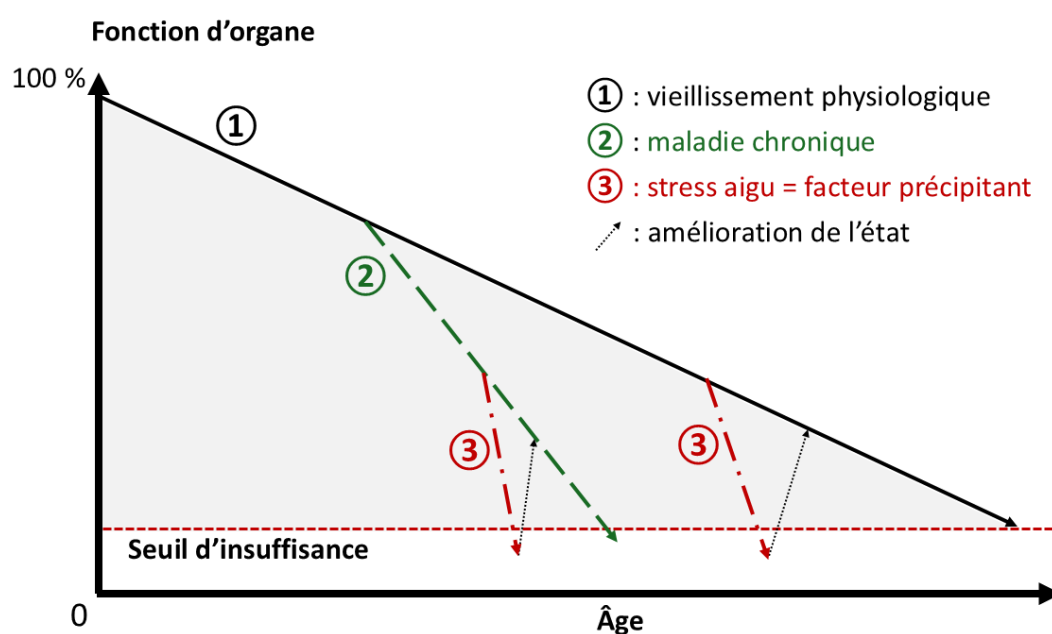


Figure 1 : modèle de décompensation gériatrique 1+2+3 d'après Bouchon (5)

À l'officine, ces modifications d'organes et de fonctions doivent être connues et prises en compte notamment lors de l'analyse pharmaceutique. Le vieillissement augmentant le risque de décompensation, la prescription médicamenteuse doit être adaptée afin d'éviter certains effets indésirables plus probables chez la personne âgée que chez l'adulte plus jeune.

Enfin, il faut noter que la définition de la personne âgée varie selon les organismes, agences et sociétés savantes qui l'emploient, selon qu'elles prennent en compte l'état de santé, ou un seuil d'âge comme 60 ou 65 ans (6). Pour ICOPE, l'OMS retient l'âge de **60 ans**.

A. Système cardiovasculaire

Le système cardiovasculaire subit plusieurs modifications, liées notamment à l'altération de la matrice extracellulaire et de ses fibres d'élastine et de collagène, entraînant une rigidification des tissus cardiaques et vasculaires (6).

Le cœur voit sa compliance myocardique diminuer, avec notamment une baisse de l'élasticité du ventricule gauche, nécessaire à son bon remplissage lors de la diastole. Cette perte d'élasticité sera compensée par une augmentation de la contraction, pouvant *in fine* s'accompagner d'une hypertrophie ventriculaire gauche.

Ces altérations de la matrice extracellulaire engendrent également une rigidité artérielle, qui, limitant l'amortissement du flux sanguin lors de la systole, augmentent la pression artérielle systolique. L'hypertension artérielle peut favoriser la survenue de complications cardiovasculaires.

Ces modifications, normales chez le sujet âgé, peuvent ainsi contribuer à l'insuffisance coronarienne ou à l'insuffisance cardiaque.

B. Appareil locomoteur

Une baisse de la masse musculaire (sarcopénie) et de la densité en fibres musculaires, réduisant la force sont observées chez le sujet âgé.

D'autre part, une perte de densité osseuse s'observe également, en particulier chez la femme puisque l'activité des ostéoblastes, cellules formant la matrice osseuse neuve, est notamment régulée positivement par les œstrogènes. La ménopause s'accompagne ainsi d'une accélération de la perte osseuse pendant 5 à 10 ans, avec comme conséquence possible l'ostéoporose, qui concernerait ainsi 39 % des femmes à 65 ans, et 70 % à 80 ans (7).

Enfin, les cartilages perdent de leur contenu en eau et en chondrocytes, et s'amincissent. Ces modifications favorisent l'apparition d'arthrose, qui correspond à la destruction du cartilage et des structures de l'articulation, principalement du rachis, de la hanche ou du genou. Cela peut engendrer d'importantes douleurs et un handicap chez les patients touchés.

Ces altérations ont donc de multiples conséquences : augmentation du **risque de chute**, de fracture, mais aussi **limitation de l'autonomie** avec parfois des douleurs et un retentissement psychologique.

C. Système nerveux

Quelques notions sont importantes à garder à l'esprit concernant le vieillissement physiologique du système nerveux central, afin de pouvoir distinguer des altérations anormales de l'état du vieillissement physiologique.

Dès 20 ans, la capacité d'attention commence à diminuer, ainsi que la capacité à exécuter les tâches, et en particulier plusieurs en même temps. Les performances mnésiques d'apprentissage diminuent également, et les temps de réaction augmentent. Le **déclin cognitif** n'a cependant pas nécessairement de retentissement sur les activités de la vie quotidienne, et

doit donc être analysé selon le contexte. Ce déclin peut être plus important, avec une perte d'aptitude à résoudre les problèmes, et des conséquences sur le fonctionnement de la personne dans son quotidien (8,9).

L'identification précise de la cause d'une perte cognitive est difficile, celle-ci pouvant être multifactorielle. Des maladies, par exemple neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer peuvent expliquer certaines pertes, ainsi que des antécédents d'accident ischémique transitoire (AIT), d'accident vasculaire cérébral (AVC), ou même de diabète, d'obésité et d'hypertension artérielle (10). Le vieillissement cognitif dépend de la réserve cognitive, concept expliquant une meilleure conservation des capacités chez certaines personnes, et variant selon le niveau socio-éducatif, les expériences passées, le tabagisme, mais aussi l'isolement social ou le manque d'exercice physique (11,12).

Le **sommeil** est modifié, avec une diminution progressive du temps de sommeil total avec l'âge, et l'apparition de réveils nocturnes le fragmentant. Une plus faible quantité et durée de sécrétion de mélatonine explique aussi partiellement des difficultés d'endormissements et un réveil plus précoce. Cela peut être mal vécu, comme le rapportent souvent les patients en quête d'une solution à la pharmacie. Il est à noter enfin qu'une grande partie des problèmes de sommeil, y compris chez le sujet âgé, sont liés à des comorbidités, notamment psychiatriques (13,14).

Une diminution de la sensation de soif peut accompagner le vieillissement rendant d'autant plus important le rappel des règles hygiéno-diététiques afin d'éviter le risque de déshydratation.

D. Modifications sensorielles

La **presbyacousie**, altération de l'audition liée à l'âge, touche principalement dans les fréquences hautes, donc les sons aigus, et diminue l'intelligibilité des voix.

La capacité visuelle est touchée premièrement par la **presbytie**, qui débute généralement à partir d'environ 40 ans, et consiste en la perte de la capacité d'accommodation, gênante pour la lecture en particulier. D'autre part, une baisse d'acuité visuelle peut résulter de plusieurs pathologies, notamment la **cataracte** (opacification du cristallin), mais aussi la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et le glaucome. Chez les patients atteints de diabète, la rétinopathie diabétique peut également engendrer un handicap visuel.

La vision et l'audition étant élémentaires à la communication, leur altération devra faire l'objet d'une surveillance particulière, afin d'éviter des conséquences négatives : altération de la qualité de vie, isolement social, développement de troubles cognitifs...

La baisse de la capacité visuelle est également source d'erreurs lors des prises médicamenteuses, à anticiper et pallier avec une aide comme la préparation de piluliers.

Les sens du **goût** et de l'**odorat** peuvent également être modifiés, et parfois engendrer une diminution de l'appétit et de la prise alimentaire, avec alors un risque accru de dénutrition.

E. Appareil digestif

L'appareil buccodentaire est modifié, avec le risque d'apparition de difficultés d'alimentation et de perte d'appétit.

Le flux salivaire, la sécrétion d'acide gastrique, le péristaltisme, et la masse et le débit sanguin hépatiques diminuent.

Les apports en énergie et nutriments peuvent donc être réduits, à la fois par une moindre consommation et par une moindre absorption lors de la digestion. Des problèmes de constipation peuvent également apparaître.

F. Appareil urinaire et organes sexuels

La masse et la taille des reins diminuent, ainsi que le nombre de glomérules, l'unité fonctionnelle du rein. Le flux sanguin rénal est également diminué, impactant la fonction rénale, avec une **diminution physiologique du débit de filtration glomérulaire** (DFG) pouvant varier selon les sources de 0,5 à 1 ml/min/1,73 m² à partir de 40 (15,16) ou 50 ans (8). Le rein perd également de sa capacité de réabsorption. Ces altérations doivent être prises en compte pour l'adaptation de la posologie des **médicaments**, généralement réalisée selon une estimation du DFG.

Par différents mécanismes, une **incontinence** urinaire peut également se développer, qu'elle soit d'urgence (urgenterie), ou d'effort, qui touche assez fréquemment la femme (17). Chez l'homme, l'**hypertrophie bénigne de la prostate** (HBP), augmentation naturelle de son volume, occasionne des symptômes du bas appareil urinaire chez environ 30 % des plus de 65 ans, avec en plus de problèmes de miction un risque de rétention d'urine, d'infection urinaire et d'insuffisance rénale aiguë (17).

Certains médicaments peuvent contribuer à l'apparition d'une incontinence urinaire transitoire et/ou réversible, en particulier les diurétiques ou les inhibiteurs de l'enzymes de conversion, mais aussi opioïdes et anticholinergiques (17).

L'HBP peut fréquemment entraîner des dysfonctions sexuelles, touchant la libido, ou les fonctions érectile ou éjaculatoire.

2. Particularités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez la personne âgée

Avec l'âge, les paramètres pharmacocinétiques des médicaments évoluent (18), et doivent être pris en compte lors de la prescription par le médecin et lors de la dispensation du traitement par le pharmacien.

A. Absorption

L'administration du médicament est généralement faite per os, avec une absorption peu modifiée chez le sujet âgé. Toutefois, plusieurs caractéristiques du sujet âgé sont à retenir, avec un effet possible sur l'absorption (8) :

- Une diminution de la sécrétion d'acide gastrique avec une augmentation du pH, pouvant engendrer une moins bonne digestion et modifiant l'absorption des principes actifs (PA)
- Le ralentissement de la vidange gastrique et la diminution du péristaltisme pouvant augmenter le temps de contact avec le tractus digestif, et donc potentiellement l'absorption
- La diminution du débit sanguin mésentérique, pouvant entraîner un retard d'absorption des PA

Ces modifications diverses et complexes à analyser en pratique n'engendreront souvent pas d'adaptation du traitement, mais doivent être gardées à l'esprit pour apprécier l'exposition du patient aux médicaments.

De plus, des problèmes de déglutition peuvent apparaître, amenant à poser la question de la forme galénique. En cas d'absence d'alternative, il est parfois nécessaire d'ouvrir les gélules, ou d'écraser des comprimés. Cela doit être fait avec l'avis du pharmacien ou du médecin pour garantir l'efficacité du traitement, mais aussi la sécurité de l'administration, en cas d'agressivité du PA ou des excipients avec la muqueuse buccale.

B. Distribution

La distribution du PA est elle-aussi impactée. À cause d'une diminution de la quantité d'eau contenue par le corps, la concentration plasmatique des PA hydrosolubles peut croître. L'augmentation de la masse grasse peut majorer la demi-vie des PA lipophiles, et leur rémanence dans l'organisme après arrêt du traitement.

La masse et le flux sanguin hépatiques diminuent, et avec eux la fonction de synthèse protéique du foie. La liaison aux protéines plasmatiques dépendant en grande partie de l'albumine produite par le foie, celle-ci peut diminuer et ainsi augmenter la fraction libre du PA dans le sang, potentiellement active.

La barrière hématoencéphalique devient plus perméable avec l'âge, augmentant potentiellement le risque de passage de PA et d'activité pharmacologique sur le système nerveux central.

La présence d'une dénutrition, d'une sarcopénie ou d'œdèmes peut également influencer sur la distribution (8).

C. Métabolisme

Le foie perd également de sa capacité de métabolisme (19), et plus particulièrement en cas de fragilité du patient, avec pour conséquence possible une **augmentation de la demi-vie** des principes actifs, des concentrations plasmatiques et de la biodisponibilité, surtout en cas de fort effet de premier passage. Évidemment, une insuffisance hépatocellulaire ou des maladies hépatiques renforcent cette tendance (8).

D. Élimination

Comme mentionné précédemment, la fonction rénale diminue avec l'âge, avec une perte de masse, de flux sanguin rénal et donc de DFG. Les médicaments éliminés par les reins pourront ainsi voir leur demi-vie et leur concentration plasmatique augmenter, ce à quoi il faudra être vigilant en particulier avec les médicaments à marge thérapeutique étroite. Une plus grande attention devra être portée en cas d'administration de médicaments potentiellement néphrotoxiques, afin d'éviter une insuffisance rénale aiguë.

La présence de pathologies sources de complications rénales telles que le diabète peut augmenter ce phénomène, ainsi la surveillance de la clairance à la créatinine et l'adaptation des posologies au DFG seront cruciales chez les patients âgés. L'estimation du DFG peut être réalisée à l'aide de formules, en particulier « chronic kidney disease epidemiology collaboration » (CKD-EPI, *collaboration sur l'épidémiologie de la maladie rénale chronique*) (20), la plus adaptée au sujet âgé et celle retenue par la Haute Autorité de Santé (HAS). « Modification of diet in renal disease » (MDRD, *modifications de régime dans la maladie rénale*) (21), est également utilisable pour les DFG < 60 ml/min/1,73 m² (8). La formule de Cockcroft et Gault, aux mauvaises performances, est écartée par l'agence européenne des médicaments (European Medicines Agency, EMA) (22) et la HAS (23).

Il est à noter que l'évaluation annuelle de la fonction rénale dans le cadre du dépistage de la maladie rénale chronique n'est plus recommandée chez les personnes âgées de plus de 60 ans, mais seulement chez les populations à risque, en cas d'antécédents ou de comorbidités (23).

E. Pharmacodynamie

L'action même du médicament peut être modifiée chez le sujet âgé, du fait de modifications de la sensibilité des récepteurs pour les PA, mais également de diverses modifications physiologiques liées à l'âge et éventuellement à certains états pathologiques.

Ainsi, la réponse aux β -bloquants diminue avec l'âge, avec notamment pour cause supposée la diminution de l'activité des protéines G_s (24). Autre exemple : la quantité d'anti-vitamine K (AVK) nécessaire à l'obtention d'un « international normalized ratio » (INR, *ratio international normalisé*) cible peut être plus faible chez le sujet âgé, en raison d'un INR de base plus élevé et d'une inhibition plus importante de la synthèse de facteurs vitamino-K dépendants (25).

3. Accompagnement et analyse pharmaceutique chez le sujet âgé

A. Analyse pharmaceutique et prévention de la iatrogénie médicamenteuse

Au fur et à mesure du vieillissement, la présence de plusieurs pathologies chroniques, aussi appelée **polypathologie**, devient plus fréquente. En conséquence, les patients concernés se verront prescrire divers médicaments, afin de traiter ou de prévenir ces maladies. Au-delà de 65 ans, une personne sur deux est ainsi concernée par la **polymédication**, c'est-à-dire la prise chronique de plus de 5 médicaments (26,27).

Si cette prescription importante pour les personnes souffrant de plusieurs pathologies permet des bénéfices pour la santé des patients, elle peut également engendrer des effets indésirables qu'il convient d'anticiper et de surveiller, ce que le médecin et le pharmacien en particulier font dans leur pratique quotidienne.

Dans un contexte de pénurie médicale, le pharmacien a plus que jamais un rôle à jouer dans le suivi du traitement. En effet, les patients de tous âges ont de plus en plus de difficultés à voir un médecin, que ce soit pour des pathologies aiguës ou chroniques, et n'ont souvent pas un suivi idéal : manque de temps médical, raccourcissement et espacement des rendez-vous... Dans ce contexte, la multiplication des prescripteurs ainsi que le développement de la télémédecine peuvent favoriser les prescriptions multiples, avec un manque de coordination entre les soignants. Le risque de perte de compréhension des liens entre symptômes ou effets indésirables observés et traitements est alors augmenté pour ces diverses raisons.

À l'officine, chaque renouvellement ou instauration de traitement peut être surveillé, et grâce à la généralisation du dossier pharmaceutique (DP), analysé même en cas de nomadisme pharmaceutique. Les pharmacies accueillent la plupart des patients plus fréquemment que leur médecin, lors de renouvellements souvent mensuels de leurs ordonnances. À chaque délivrance se présente ainsi l'occasion **d'ouvrir la discussion** sur l'observance, l'efficacité du traitement, ainsi que ses éventuels effets indésirables.

Ces derniers points doivent être surveillés en particulier chez les patients polymédiqués et les personnes âgées, populations se recoupant bien souvent : environ 40 % des personnes de plus de 75 ans prenant au moins 10 médicaments en 2015 (28). En effet, plus le nombre de traitements est important, plus le risque d'interactions et de iatrogénie médicamenteuses augmente. L'importance de cette mission ne doit pas être sous-estimée : chez les plus de 65 ans, 10 % des admissions aux urgences ont un lien avec un effet indésirable médicamenteux, et plus de 20 % après 80 ans (8).

B. Réflexe iatrogénique et cascade médicamenteuse : des concepts utiles pour de bonnes pratiques d'analyse pharmaceutique

Lorsqu'un nouveau symptôme est rapporté par le patient âgé, il faut d'abord envisager une cause médicamenteuse : c'est le **réflexe iatrogénique**. Un certain nombre de symptômes peuvent être des signes d'alerte de iatrogénie : asthénie, diminution de l'appétit, vertiges, troubles de l'équilibre, chute, pertes de mémoire, troubles digestifs, palpitations... En réfléchissant ainsi, nous pouvons analyser la chronologie autour de l'évènement et des prises médicamenteuses, rechercher des évènements intercurrents favorisant, comme la fièvre ou la déshydratation.

À la lecture de l'ordonnance, en particulier lorsque de nombreuses molécules sont prescrites, doit être envisagée la possibilité d'une **cascade médicamenteuse**. Il s'agit de la prescription de médicaments en réaction à l'apparition d'effets indésirables, perçus à tort comme de nouveaux symptômes (29) (Figure 2).

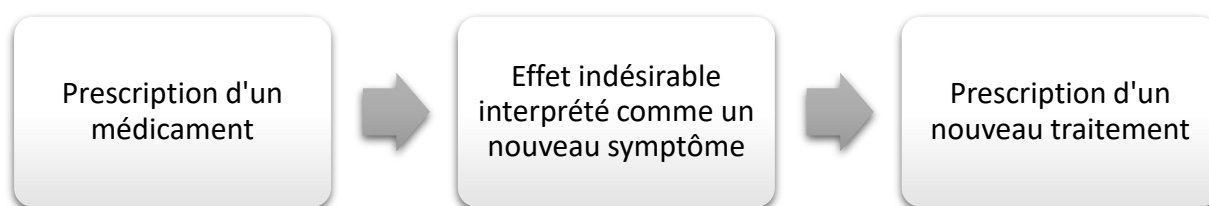


Figure 2 : principe de la cascade médicamenteuse

La cascade peut continuer si la nouvelle molécule cause elle-même des effets indésirables, avec une augmentation de la complexité du traitement, du risque de mauvaise observance, d'interaction et de iatrogénie médicamenteuse.

Pour éviter cet écueil, il est essentiel de cultiver son réflexe iatrogénique, et privilégier un traitement non-médicamenteux et la confirmation de l'étiologie devant tout nouveau symptôme. En cas de néo-prescription, l'efficacité et l'innocuité du traitement introduit devraient être vérifiées à distance de l'instauration. Le pharmacien doit évidemment anticiper et reconnaître ces situations au mieux, afin de les prendre correctement en charge. Le cas échéant, il doit pouvoir vérifier l'adéquation du traitement avec les symptômes auprès du prescripteur. Pour s'aider dans cette tâche, de nombreux cas sont décrits dans la littérature, avec plusieurs cascades médicamenteuses citées régulièrement (tableau I).

Tableau I : exemples de cascades médicamenteuses

Médicament initialement prescrit	Effet indésirable	Médicament prescrit contre l'effet indésirable
IEC (30)	Toux sèche	Antitussif
Diurétiques thiazidiques (31,32)	Hyperuricémie, crise de goutte	Hypo-uricémiants, antigoutteux
Inhibiteurs des canaux calciques (32,33)	Œdème du membre inférieur	Diurétique de l'anse
AINS (29,34)	Augmentation de la pression artérielle	Anti-hypertenseur
Antinauséeux (métoclopramide) (29,33,35,36), antipsychotiques	Syndrome parkinsonien (en particulier tremblements)	Antiparkinsoniens : lévodopa

Anticholinestérasiques (maladie d'Alzheimer) (33,37)	Incontinence urinaire	Anticholinergique
Colchicine	Diarrhées	Antidiarrhéique
Antihypertenseurs, opioïdes...	Vertiges	Bétahistine, acétyl-leucine

C. Outils d'analyse pour le repérage des médicaments potentiellement inappropriés au sujet âgé

Depuis quelques années, le pharmacien a acquis de nouvelles missions, et notamment les **entretiens pharmaceutiques**, qui lui permettent de conseiller le patient et le médecin sur la prise en charge médicamenteuse.

L'accès à l'information nécessaire à l'analyse pharmaceutique s'améliore également, avec depuis 2024 l'ouverture automatique du **dossier pharmaceutique** (DP), qui permet de vérifier d'éventuelles interactions avec des médicaments dispensés dans d'autres officines. De même, le pharmacien peut maintenant alimenter le **dossier médical partagé** (DMP) avec les actes de dépistage, de vaccination ou encore les entretiens réalisés. Sujet évoqué il y a quelques années (38), la vérification de certains résultats biologiques pourraient également bénéficier au patient, afin par exemple de s'assurer de l'adéquation de médicaments avec la fonction rénale. Au Québec, il est même possible pour les pharmaciens de prescrire des « tests » depuis 2020.

Afin que les connaissances et les compétences des pharmaciens suivent ces évolutions, la formation doit être continue et ceux-ci doivent pouvoir trouver les informations les plus justes. Plusieurs ressources sont ainsi particulièrement utiles pour l'analyse des prescriptions du sujet âgé à l'officine.

En premier lieu doivent être reconnus les **médicaments potentiellement inappropriés** au sujet âgé, que plusieurs travaux ont inventorié.

Les critères de Beers (*Beers criteria*), dont la première édition date de 1991 (39), sont réédités tous les 3 ans par la société américaine de gériatrie (*American Geriatrics Society*) depuis 2010 (39,40). Ils constituent une des premières listes du genre, et distinguent plusieurs catégories : médicaments potentiellement inappropriés, à risque d'interaction médicament-syndrome/maladie, à utiliser avec précaution, à éviter, ou dose à réduire selon les fonctions rénale ou hépatique. Cette liste par critères est cependant pensée pour une utilisation états-unienne, et Laroche *et al.* montraient en 2009 qu'elle nécessitait une adaptation pour être utilisée en France (41).

La liste **REMEDI[e]S** (revue des prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez les seniors), publiée en 2021, succède à la liste de Laroche (2009) des médicaments à éviter chez le patient âgé, et vise à diminuer le nombre de médicaments prescrits et notamment à risque d'effets indésirables. REMEDI[e]S propose en outre une analyse en 7 étapes (figure 3) pour la révision de l'ordonnance, pour 7 types de prescription

inappropriée, correspondant à trois cas de figure : surutilisation, sous-utilisation, et enfin mésusage (42). Ce processus de révision d'ordonnance pourrait notamment servir de référence en cas d'analyse lors d'un bilan partagé de médication par exemple, afin de plus facilement identifier les éventuelles modifications à recommander au médecin (Figure 3).

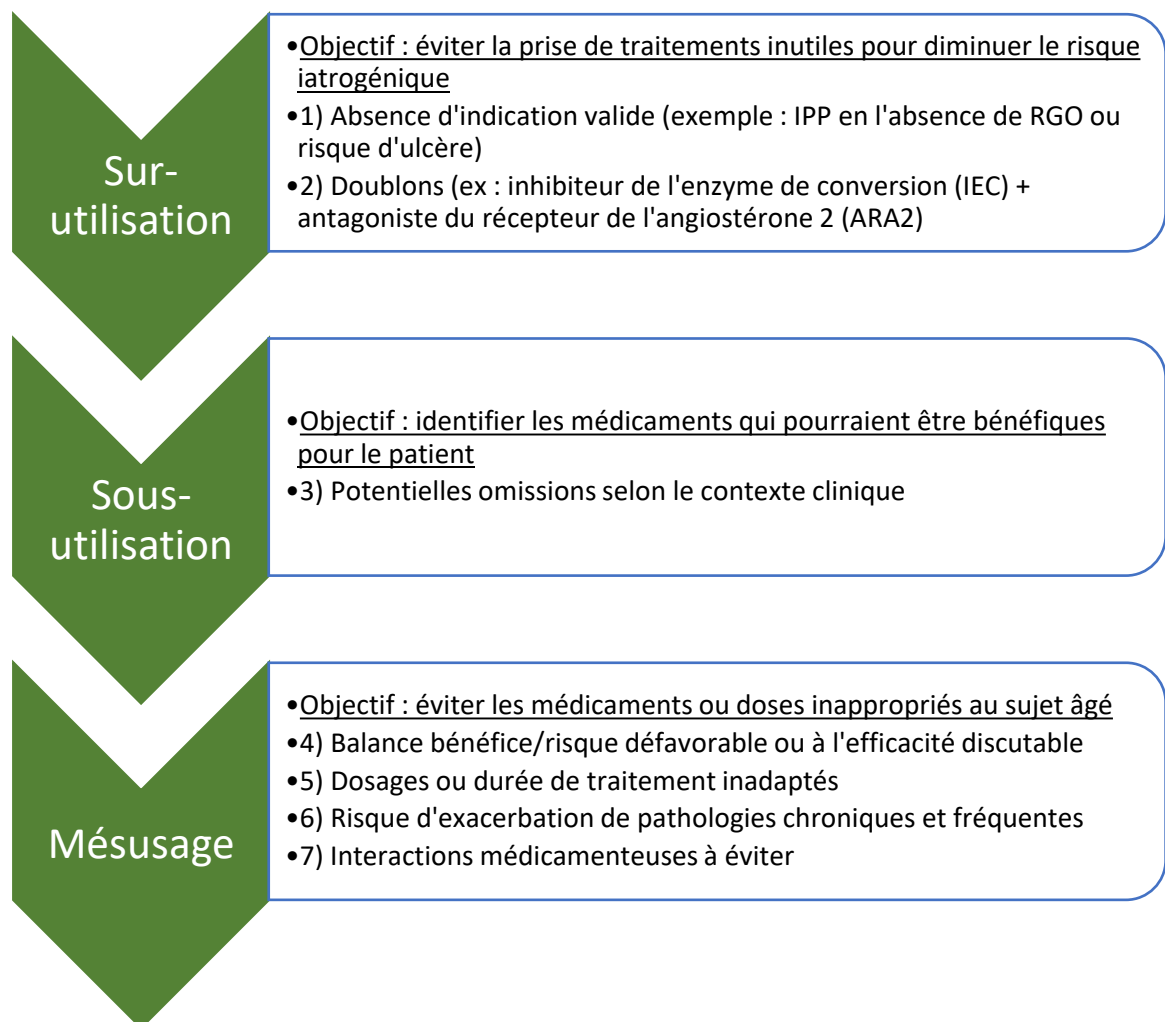


Figure 3 : processus simplifié de révision d'ordonnance adapté de REMEDIES

Les critères de Beers et la liste de Laroche ne sont cependant pas suffisants pour diminuer la iatrogénie, selon la HAS (43). Pour cela, les outils utilisés préférentiellement prendront également en compte l'état clinique du patient afin de personnaliser les recommandations (44). Ces listes peuvent cependant servir à identifier les prescriptions sous-optimales et améliorer la prise en charge médicamenteuse, ainsi qu'à mieux identifier certains médicaments à risque.

Autres outils d'analyse, les **critères « STOPP/START »** (*screening tool of older person's prescription/screening tool to alert to right treatment*) ont bénéficié d'une importante mise à jour (version 3) en 2023. Ils relient médicaments et symptômes ou pathologies pour conseiller

la prescription ou déprescription chez le sujet âgé. Un outil informatique réalisé dans le cadre d'une thèse par Frey-Geoffrey (45) a rendu l'utilisation de la liste de critères plus facile, et est disponible en français sur internet (46). Celui-ci permet de renseigner les médicaments (princeps ou PA) et des éléments cliniques du patient, et produit des recommandations d'adaptation du traitement tirées des critères.

Pour repérer et analyser les éventuelles incompatibilités entre médicaments ou avec l'âge du patient, les logiciels de gestion d'officine (LGO) intègrent une détection basique et automatique des interactions lors de la facturation, qui prend également en compte l'âge du patient. On peut également se référer au **Thésaurus des interactions médicamenteuses** de l'autorité nationale de la sécurité du médicament (ANSM) (47). Pour aller plus loin, le détecteur d'interaction gratuit du site **Thériaque** sera plus exhaustif, en nous permettant d'insérer des données cliniques et biologiques dans l'analyse. Celui du **Vidal®**, disponible aux abonnés payant sur le site et l'application, est facile d'utilisation et être utilisé conjointement avec le Guide de prescription & rein (**GPR**), qui propose l'adaptation posologique à la fonction rénale, et des fiches de toxicité rénale par médicament. Enfin, pour analyser les éventuelles interactions entre plantes médicinales et médicaments, la base de données **Hedrine** est également disponible en ligne (48).

Plusieurs observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (**OMÉDIT**) ont publié des recommandations concernant les personnes âgées, notamment le livret thérapeutique gériatrique de l'OMÉDIT Centre Val de Loire (49), le guide Gériamed de l'OMÉDIT Poitou-Charentes (50), ou encore le Guide de bon usage du médicament en gériatrie de l'OMÉDIT Lorraine (51). L'OMÉDIT Grand Est propose également un guide d'adaptation d'alternatives aux médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé (52).

Les médicaments **anticholinergiques** peuvent entraîner divers effets indésirables en particulier chez la personne âgée, pour laquelle l'accumulation des médicaments et l'augmentation du passage de la barrière hémato-encéphalique augmentent les risques (53) : confusion mentale, tachycardie, xérostomie, mydriase, sécheresse oculaire, augmentation de la pression intraoculaire, rétention urinaire, ou encore constipation. Les OMÉDIT des Pays de la Loire et de Centre-Val de Loire ont ainsi chacun établi des fiches de bonnes pratiques concernant le cumul des médicaments à effet anticholinergique (53,54). Cette dernière peut être évaluée grâce à notamment deux échelles : « anticholinergic cognitive burden » (ACB, *échelle de fardeau anticholinergique*) et « coefficient d'imprégnation anticholinergique » (CIA), pour lesquelles un outil de calcul est disponible (55).

Enfin, pour adapter la forme galénique aux besoins des patients ayant notamment des difficultés de déglutition, la liste des médicaments écrasables éditée par L'OMÉDIT Normandie et la SFPC (56) est régulièrement mise à jour.

Ces différentes sources et moyens d'analyse doivent être utilisés en parallèle afin d'améliorer et de faciliter l'analyse pharmaceutique (figure 4).

Sources d'informations et de recommandations	Listes de médicaments à risque	Outils d'analyse interactifs
• HAS • OMÉDIT régionaux • ANSM • Espace pharmacien d'ameli.fr • Lettre d'information Thériaque	• REMEDI[e]S (auparavant liste de Laroche) • STOPP/START • Critères de Beers	• Thériaque • STOPP/START • Détecteur d'interactions Vidal® • GPR • Calculateur de charge anticholinergique • Hedrine

Figure 4 : sources disponibles pour la mise à jour des connaissances du pharmacien et l'analyse pharmaceutique (non exhaustif)

D. Automédication

L'automédication est un sujet revenant régulièrement à l'officine au contact du sujet âgé. Les médicaments concernés peuvent être très divers, du paracétamol acheté sans ordonnance jusqu'à l'antibiotique restant dans une boîte, trouvée au fond de l'armoire à pharmacie. La démarche dépend des personnes, avec une recherche d'aide variable auprès du médecin ou du pharmacien avant la prise, et surtout une prise en compte relative des conseils et mises en garde. La question des « réserves » de médicaments gardées par les patients peut être délicate à aborder, peut-être par peur de se priver d'un traitement utile ou de s'exposer à d'éventuelles remontrances, et le sujet doit donc être amené de façon calme et rassurante afin de ne pas fermer la discussion.

L'automédication peut être limitée et encadrée, si le médicament est pris après un échange avec le pharmacien. Quelques classes de médicaments disponibles sans ordonnance (tableau II) seront ainsi à surveiller chez le sujet âgé.

Tableau II : exemples de médicaments de médication familiale ou en accès direct devant faire l'objet de rappels

Médicaments	Indication recherchée	Risques à évaluer	Rappel des modalités de prise
AINS, aspirine	Douleurs	Fonctions rénale et cardiaque Risque d'ulcère et RGO Interactions (anticoagulants, hypertension...) Flambée infectieuse	Durée courte, sur avis du médecin
Paracétamol	Douleurs	Fonction hépatique, poids < 50 kg et dose inadaptée	3 g/j max
Métopimazine, diménhydrinate, diphényldramine	Nausées, vomissements	Allongement de l'intervalle QT Effets anticholinergiques (glaucome, rétention urinaire (HBP), constipation, confusion) Interactions (antiparkinsoniens)	
Doxylamine	Insomnie	Prises répétées, accoutumance Diminution de la vigilance, chutes, erreurs de prises médicamenteuses Effets anticholinergiques	Prise occasionnelle seulement, attention à la dépression du SNC
Laxatifs	Constipation	Accoutumance, irritation (« maladie des laxatifs ») Mauvais régime alimentaire persistant Déshydratation	Éviter les laxatifs irritants, adapter le régime
Antiacides d'action locale	RGO	Modification de l'absorption du traitement chronique et de son efficacité	À distance des autres médicaments (> 2 h)

E. Observance, adhésion au traitement

L'adhésion thérapeutique consiste en l'engagement du patient dans sa prise en charge, d'abord par son **observance** du traitement (*compliance* en anglais), mais aussi par les efforts qu'il effectue pour suivre les recommandations, comme avoir une activité physique régulière ou encore adapter le régime alimentaire.

L'observance étant le premier critère généralement retenu, l'OMS estime à environ 50 % l'adhésion thérapeutique (57). La perte de chance pour le patient dans le cas d'une mauvaise adhésion thérapeutique ayant été bien établie (58), le rôle du pharmacien est crucial afin de renforcer l'adhésion, en utilisant leur connaissance des raisons de l'inobservance pour y remédier avec le patient.

Les déterminants de l'observance sont multiples, et catégorisés par l'OMS en 5 dimensions :

- Facteurs socio-économiques : niveau d'éducation, statut socio-économique, âge (troubles fonctionnels chez le sujet âgé)
- Facteurs liés à l'équipe de soin et au système de santé : qualité de la relation soignant-soigné, remboursement du traitement, disponibilité des médicaments
- Facteurs liés à l'état pathologique : perte de fonction physique et intellectuelle, mais aussi troubles psychiatriques dont la dépression ou l'addiction aux substances
- Facteurs liés au traitement : complexité, durée, échecs passés, changements réguliers, par exemple ces dernières années à cause des ruptures
- Facteurs liés au patient : attitude face à la maladie et connaissances, motivation, croyances, implication dans la prise en charge, capacité d'organisation...

Le pharmacien a une place de choix pour aider le patient à améliorer son observance, et doit adapter son discours et sa posture au patient. Ce dernier doit être encouragé, et l'on peut l'impliquer et lui faire apprécier l'importance de son traitement en valorisant la prise médicamenteuse face à des doutes, en rappelant l'utilité des médicaments aussi simplement que possible, par exemple en expliquant « votre antihypertenseur est là pour vous éviter des problèmes cardiaques. »

Les modalités de prise peuvent également être évoquées avec ou par les patients : difficultés à manipuler les comprimés, à les casser en deux voire en quatre, à manipuler des pipettes pour les solutions, ou encore à ouvrir les blisters ou flacons... Des alternatives peuvent parfois être proposées.

Plus la prescription est longue, et plus la complexité du traitement rend également probable des difficultés de prise du traitement, mais aussi un manque d'intérêt ou un abandon du patient. Les effets indésirables doivent également être recherchés et minimisés afin que le patient n'évite pas son traitement.

C'est donc aux professionnels de santé de convaincre de l'intérêt de la prise régulière des traitements, lors des rendez-vous et de la délivrance. L'historique de ces dernières est précieux pour cela, et permet d'évaluer la régularité des prises. Pour un traitement de fond de

l'asthme, un antihypertenseur ou un hypocholestérolémiant par exemple, médicaments souvent prescrits y compris chez des patients avec une ou peu de pathologies, il est souvent judicieux et bien accueilli par les patients, de rappeler l'importance dans la prévention que ces traitements revêtent.

4. Prise en charge des pathologies courantes à l'officine

Le pharmacien est un professionnel de premier recours, que les patients consultent de plus en plus directement à cause de la désertification médicale. Dans les zones durement touchées, il n'est pas rare de n'avoir aucun médecin ni même parfois de service d'urgences de proximité vers lequel orienter les patients.

Sans pouvoir remplacer la prise en charge médicale, le pharmacien doit ainsi être préparé à conseiller au mieux les patients dans des situations imprévues, quand l'avis du médecin ne semble pas pressant ou qu'il est impossible de l'obtenir.

Son rôle est d'orienter les patients et de traiter les symptômes qui peuvent l'être facilement, mais aussi d'identifier les signes nécessitant une prise en charge spécialisée urgente.

Au comptoir, de nombreuses situations sont ainsi rencontrées, comme la constipation, problème plus fréquent chez les personnes âgées et contre laquelle pourront être rappelées les règles hygiéno-diététiques et conseillés des laxatifs osmotiques, par exemple. De même, le soulagement du reflux gastro-œsophagien (RGO) peut être obtenu grâce à un conseil d'antiacides et alginates de sodium, voire d'inhibiteurs de la pompe à proton, en veillant à l'absence d'interaction médicamenteuse.

Pour des douleurs chroniques et notamment articulaires, le paracétamol et les gels anti-inflammatoires peuvent être recommandés, à l'inverse de la prise d'anti-inflammatoires par voie orale. Celle-ci ne doit pas dépasser trois jours sans avis médical, et être évitée en cas de traitement par anticoagulant, de risque d'ulcère, de RGO, ou encore d'insuffisance rénale sévère. L'utilisation de dispositifs chauffants (patches, bouillottes) peut également être proposée, en prenant garde au risque de brûlure, et l'exercice physique doit être encouragé.

Une mesure ponctuelle de la pression artérielle est généralement possible dans les pharmacies, permettant sa surveillance notamment pour les personnes traitées par antihypertenseur. Elle permet de vérifier l'efficacité du traitement après confirmation de l'observance du patient, ou de rechercher une éventuelle hypotension. Il peut être également nécessaire d'adapter le traitement temporairement devant un risque d'effets indésirables, comme c'est le cas lors de canicules avec les diurétiques, augmentant le risque de déshydratation.

Les patients souffrant d'une infection respiratoire, notamment en période hivernale, consultent facilement le pharmacien pour obtenir un traitement. Il faudra savoir rechercher les signes d'aggravation, en particulier une dyspnée, et conseiller sinon le traitement symptomatique. Toutefois, l'utilisation d'oxomémazine contre la toux sèche doit être faite avec précaution chez le sujet âgé, de par ses propriétés sédatives et faiblement anticholinergiques, pour les patients à risque de chute, d'hypotension, de glaucome, sécheresse oculaire, constipation ou rétention urinaire.

Le protocole de prise en charge de l'angine à l'officine, permettant la délivrance conditionnelle d'un antibiotique en cas d'infection au streptocoque β -hémolytique du groupe A, est notamment applicable aux sujets âgés. Si ceux-ci sont moins à risque de développer l'infection, cette mission confiée depuis 2024 au pharmacien donne la possibilité d'améliorer la prise en charge, en plus du conseil du traitement symptomatique habituel. Il est à noter que la délivrance protocolisée des antibiotiques dans le cas des infections urinaires aiguës simples ne concerne, elle, que les femmes de moins de 65 ans. Passé cet âge, seul des conseils d'hygiène et d'hydratation importante pourront être proposés, ainsi que des compléments alimentaires.

Les troubles du sommeil peuvent eux-aussi faire l'objet de demandes des patients à leur pharmacien. Celui-ci pourra rappeler les règles d'hygiène du sommeil comme les heures de coucher et lever fixes, un dîner léger, la limitation des écrans le soir... Et répondre aux demandes de médication par des solutions légères et limitant le risque d'effet indésirable, en particulier de chute. Celle-ci peut en effet être augmentée par la doxylamine, hypnotique disponible sans ordonnance, mais avec une demi-vie élevée qui engendre un risque de dépression du système nerveux central le lendemain matin. Par ailleurs, parmi les solutions disponibles en phytothérapie, il faudra prendre garde à l'ajout récent dans certains compléments alimentaires ayant des allégations santé dans les domaines du sommeil ou de l'anxiété, de cannabidiol (CBD), inhibiteur du cytochrome P450 et interagissant par conséquent avec de nombreux médicaments.

II. Deuxième partie – dépistage et évaluation du déclin des capacités intrinsèques grâce au programme ICOPE

1. Integrated Care for Older People (ICOPE) : programme de l'organisation mondiale de la santé (OMS)

Genèse du programme

Depuis le début des années 2000, l'OMS a régulièrement adopté des résolutions liées au vieillissement de la population mondiale et aux enjeux de santé en rapport. Celles-ci ont mené, en 2020, à la déclaration par l'ONU de la décennie du vieillissement en bonne santé 2020-2030 (59).

Dans cette dynamique, le programme de l'OMS « soins intégrés pour les personnes âgées » (integrated care for older people, ICOPE) a fait l'objet de premières recommandations publiées en 2017, proposant des interventions à mettre en place localement pour prendre en charge le déclin de capacités intrinsèques. Ces recommandations définissent les bases du programme, et sont organisées en trois modules : déclin des capacités, syndromes gériatriques associés avec la dépendance au soin, et support des aidants.

En 2019, deux nouveaux documents concernant le programme ont été publiés : d'une part, un manuel pour l'identification des besoins des personnes âgées dans les soins primaires (3), et d'autre part, un guide d'implémentation du programme dans les services et systèmes de santé (60). Ceux-ci ont alors ouvert la voie aux équipes de gériatrie pour la mise en place concrète en France, qui a depuis pris la forme de diverses expérimentations.

Ainsi, de 2021 à 2025, le programme ICOPE a fait l'objet d'une **expérimentation nationale** au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, avec une organisation et un financement dédiés. Elle a été menée dans plusieurs régions par treize porteurs de projet (61,62). Depuis janvier 2025, l'expérimentation ICOPE est entrée en période de transition dans le cadre de l'article 51, avec la poursuite jusqu'au 5 janvier 2026 des actions, avant la généralisation du programme.

En région Centre-Val de Loire, c'est l'équipe **régionale vieillesse et maintien de l'autonomie** (ERVMA) qui coordonne l'expérimentation sur le territoire des CPTS O'Tours (Indre et Loire) et La Salamandre (Loir et Cher).

Contenu du programme et application étape par étape

Le programme ICOPE est axé autour de **6 capacités intrinsèques**, auxquelles correspondent des affections prioritaires définies par l'OMS :

- Capacité cognitive et déclin cognitif
- Capacité locomotrice et mobilité réduite
- Vitalité et malnutrition
- Capacité et déficience visuelles

- Capacité et déficience auditives
- Capacité psychologique et symptômes dépressifs

Le programme consiste à suivre et à prendre en charge les patients au cours de **5 étapes** :

- Étape 1 : dépistage
- Étape 2 : évaluation approfondie
- Étape 3 : élaboration d'un plan personnalisé de soins
- Étape 4 : suivi de ce plan par les professionnels de santé concernés et le patient
- Étape 5 : mise en place des ressources nécessaires (implication des collectivités, etc.) pour accompagner la personne et ses aidants

2. Étape 1 : tests de dépistage de la baisse des capacités intrinsèques

L'étape 1 constitue l'entrée du patient dans le programme. Celle-ci consiste en un dépistage simple, que le patient peut réaliser seul ou avec un professionnel de santé formé. Ce dernier utilise à cet effet **l'outil de dépistage** élaboré par l'OMS (Figure 5), ou l'application mobile dédiée, qui peut également être utilisée par la personne âgée seule sur smartphone, et dont les résultats seront suivis par les promoteurs, par exemple l'ERVMA pour l'application « ICOPE et moi », ou le gérontopôle de Toulouse pour ICOPE Monitor.

Ce dépistage est principalement composé de questions et de tests simples vérifiant la normalité des six capacités intrinsèques identifiées par le programme ICOPE. S'il est relevé des signes de déclin d'au moins une capacité intrinsèque lors de l'étape 1, le patient se verra orienté vers l'étape 2 afin de les évaluer plus avant.

L'étape 1 est réalisable rapidement, et avec pour seul matériel une chaise et un chronomètre. Elle nécessite un espace de confidentialité suffisamment grand pour conduire l'entretien et réaliser le test de lever de chaise, détaillé ci-après. Avec l'avènement des nouvelles missions, de plus en plus de pharmacies disposant de tels espaces, sa mise en place semble tout à fait envisageable à l'officine.

La faisabilité de cette étape avait en outre été testée en officine par une étude conduite par Mathilde Camus-Gabriel dans le cadre de sa thèse d'exercice de pharmacie, en 2021. Elle mettait alors en exergue la satisfaction des patients, et leur attachement à une évaluation par le pharmacien d'officine (63).

Depuis cette thèse, **l'expérimentation** a été lancée sur les territoires des CPTS O'Tours et de la Salamandre, et dans le cadre de **l'article 51 de la sécurité sociale** (61), la réalisation de l'étape peut être rémunérée 18 € pour les pharmacies concernées.

L'entretien peut être réalisé avec le patient seul ou accompagné d'un aidant, et il doit être équipé de ses appareils auditifs et lunettes s'il en possède. Chaque capacité est ensuite analysée en suivant l'outil élaboré par l'OMS (Figure 5) pour détecter une éventuelle diminution. Chaque réponse et résultat sont enregistrés au fur et à mesure.

Affections prioritaires associées au déclin des capacités intrinsèques	Tests	Procéder à une évaluation complète des domaines affichant un cercle coché
DÉCLIN COGNITIF (Chapitre 4)	1. Se rappeler trois mots : fleur, porte, riz (par exemple) 2. Orientation dans le temps et l'espace : quelle est la date complète d'aujourd'hui ? Où vous trouvez-vous en ce moment (à la maison, à la clinique, etc.) ? 3. Recalls the three words? <i>NdR : "se souvient des trois mots ?"</i>	☐ Mauvaise réponse à l'une ou l'autre question ou ne sait pas ☐ Ne se rappelle pas les trois mots
MOBILITÉ LIMITÉE (Chapitre 5)	Test de lever de chaise : se lever de la chaise cinq fois sans utiliser ses bras. La personne s'est-elle levée cinq fois de la chaise en 14 secondes ?	☐ Non
MALNUTRITION (Chapitre 6)	1. Perte de poids : avez-vous involontairement perdu plus de 3 kg au cours des trois derniers mois ? 2. Perte d'appétit : avez-vous connu une perte d'appétit ?	☐ Oui ☐ Oui
DÉFICIENCE VISUELLE (Chapitre 7)	Avez-vous des problèmes oculaires, des difficultés pour voir de loin, lire, des maladies oculaires ou êtes-vous actuellement sous traitement médical (p. ex., diabète, hypertension artérielle) ?	☐ Oui
DÉFICIENCE AUDITIVE (Chapitre 8)	- Entend des chuchotements (test à voix chuchotée), <i>ou</i> - Le résultat du dépistage de l'audiométrie est de 35 dB ou moins, <i>ou</i> - Réussit au test automatique de reconnaissance des chiffres dans le bruit à l'aide d'une application	☐ Échec
SYMPTÔMES DÉPRESSIFS (Chapitre 9)	Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné par : - la déprime ou le désespoir ? <i>ou</i> - la perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?	☐ Oui ☐ Oui

Figure 5 : outil de dépistage de l'approche ICOPE de l'OMS, résumant l'étape 1 (30)

La **cognition** est évaluée par plusieurs questions, d'abord sur les **capacités mnésiques** : « Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation ? ». Il sera ensuite demandé au patient de mémoriser 3 mots simples, qu'il faudra retrouver plus tard. Ces mots peuvent être choisis par exemple parmi les séries citées dans le « mini-mental state examination » (MMSE, mini-examen de santé mentale) : cigare, citron, fauteuil, ou fleur, clé, tulipe, ou porte, ballon, canard (64).

S'ensuit une vérification de l'orientation spatiale et temporelle (date complète et position géographique). Après cela, le patient devra se rappeler les 3 mots, avec une tolérance jusqu'à 6 essais (64).

Ce court test a montré une multiplication du risque de démence à 5 ans importante selon les réponses : par 3,1 en cas d'erreur sur le jour de la semaine, et 3,5 en cas d'erreur sur 2 mots.

Le test de **mobilité** est très simple : après avoir vérifié auprès de la personne qu'elle se sente prête à réaliser un test de lever de chaise en lui faisant une démonstration, le patient est invité à le faire, chronométré. Il s'agit de se lever et de s'asseoir 5 fois d'affilée d'une chaise sans accoudoir et positionnée contre un mur, le plus vite possible. Le patient doit avoir les bras croisés sur la poitrine, et des chaussures plates.

Il est considéré comme réussi si la personne peut compléter l'exercice en moins de 14 s. À noter qu'au-delà de 80 ans, l'ERVMA fixe à 16 s le temps disponible.

La **vitalité** est vérifiée par un dépistage de malnutrition. Deux questions suffisent : « Avez-vous involontairement perdu 3 kg au cours des trois derniers mois ? » et « Avez-vous eu une perte d'appétit ? ». À partir d'une réponse positive, l'évaluation approfondie à l'étape 2 sera déclenchée.

La **fonction visuelle** fait simplement l'objet d'une interrogation au patient : « Avez-vous des problèmes oculaires : des difficultés pour voir de loin, lire, des maladies oculaires, ou êtes-vous actuellement sous traitement médical (diabète, hypertension artérielle) ? »

De façon similaire, une **déficience auditive** est recherchée d'abord en vérifiant si des signes ont déjà été repérés par l'entourage : « Est-ce que votre entourage a l'impression que votre audition a baissé dans les 6 derniers mois ou depuis la dernière évaluation ? ».

Plus concrètement, un test de chuchotement (« whisper test » en anglais) est ensuite réalisé. Ce dernier consiste à chuchoter des mots au patient, d'un côté puis de l'autre, à une distance de 60 cm derrière lui, du côté de l'oreille à tester. La personne doit bloquer les sons à l'oreille opposée en appuyant sur son tragus, afin d'éviter de fausser le test. Le soignant chuchote 4 mots de 2 syllabes, que le patient doit répéter (tolérance d'une erreur).

Enfin, le dépistage des **symptômes dépressifs** est réalisé en vérifiant deux items auprès du sénior, tirés du test QSP-9 : « Au cours des deux dernières semaines, avez-vous ressenti :

- Un sentiment de déprime ou de désespoir ?
- Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ? »

3. Étape 2 : évaluation axée sur la personne dans les soins primaires

À la suite du dépistage de l'altération d'une fonction intrinsèque, la fonction concernée sera évaluée lors de l'étape 2, en prenant en compte le contexte social et environnemental du patient ainsi que d'éventuelles pathologies. Cette évaluation vérifie l'altération, et constitue le socle sur lequel le plan personnalisé de soins pourra ensuite être bâti.

Le professionnel de santé a, selon l'OMS, plusieurs objectifs pour cette étape :

- a) Comprendre la vie de la personne âgée : anamnèse et compréhension générale du patient, et de l'évolution de sa santé et de sa prise en charge,
- b) Évaluation approfondie des affections liées à la diminution des capacités intrinsèques,
- c) Recherche, évaluation et prise en charge des maladies sous-jacentes, et recherche de iatrogénie médicamenteuse liée à la polymédication. Orientation si nécessaire vers des soins gériatriques ou spécialisés adaptés,
- d) Évaluation de l'environnement social et physique et des besoins en soins médico-sociaux.

A. Capacité cognitive

En cas de suspicion de déclin cognitif à la suite de l'étape 1, l'évaluation permettra de vérifier et de préciser celui-ci, en se basant sur un **outil standardisé**. L'OMS propose en ce sens différentes options : le Mini-Cog®, l'évaluation cognitive de Montréal (MoCA), le mini-examen de l'état mental (MMSE), et enfin l'évaluation des capacités cognitives par le médecin généraliste (general practitioner assessment of cognition GPCOG) (tableau III). L'ERVMA recommande en particulier le MoCA ou le MMSE.

En complément ou en seconde intention si le test n'est pas réalisable, un interrogatoire peut être réalisé auprès d'une personne proche du patient, à propos de la mémoire, de l'orientation, de la communication, et des activités quotidiennes de celui-ci.

Ces outils ne permettent pas le diagnostic, mais seulement le repérage des troubles neurocognitifs ou de maladie d'Alzheimer. Ils permettent d'apporter une certaine objectivité et une méthode à la détection de ces troubles. En cas de suspicion de démence ou de maladie d'Alzheimer, un avis spécialisé est requis, pour un bilan plus précis et la programmation d'un plan de soins avec le spécialiste.

Tableau III : outils validés par l'OMS pour l'évaluation de la fonction cognitive

Outil/test	Avantages	Inconvénients	Temps
Mini-Cog®	Bref Biais linguistes, éducatifs et raciaux minimes	Influence possible des listes de mots sur la notation	2-4 min
Évaluation cognitive de Montréal (MoCA)	Identification possible de troubles cognitifs légers	Biais éducatif et culturel Peu de données publiées	10-15 min
Mini-examen de l'état mental (MMSE)	Utilisé et bien étudié	Biais culturel et lié à l'âge Effets plafonds	10-15 min
Évaluation des capacités cognitives par le médecin généraliste (GPCOG)	Biais culturels et éducatifs minimes	Peut être difficile d'obtenir le rapport d'un informateur (proche)	5-6 min

Quels que soient les résultats, ils doivent être interprétés en tenant compte de la réserve cognitive, c'est-à-dire la capacité propre à chaque personne à compenser le vieillissement cognitif ou la perte liée à une pathologie. Elle dépend notamment du niveau socio-éducatif ; meilleure est la réserve, plus le patient peut rester fonctionnel malgré de faibles scores aux tests.

Certaines causes de déclin cognitif peuvent être temporaires et réversibles, et doivent être écartées le cas échéant : en cas de dénutrition, d'infection, après une intervention ou en cas de déshydratation, et bien sûr à cause de médicaments, psychotropes, sédatifs ou hypnotiques.

D'autres outils peuvent être utilisés, et sont recommandés par le gérontopôle de Toulouse. Celui-ci mentionne l'échelle de CAM (méthode d'évaluation de la confusion), qui permet de dépister un syndrome confusionnel. Ce dernier se définit notamment par une altération du comportement survenue rapidement (quelques heures à quelques jours). Ce syndrome doit être traité médicalement et motive une admission aux urgences voire une hospitalisation pour corriger les facteurs précipitants. Il convient donc le cas échéant d'orienter rapidement le patient en lien avec son entourage, la question de la réalisation d'un entretien dans le cadre d'ICOPE ne se posant pas.

Deux autres échelles, adaptées à la pratique de ville et peut-être à l'officine, sont également proposées : les **échelles** activités de la vie quotidienne (ADL) de Katz et activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) de Lawton. Comme leurs noms l'indiquent, elles permettent d'évaluer l'autonomie et l'indépendance fonctionnelle, grâce à un court questionnaire. La première concerne les gestes courants essentiels liés au corps de la personne, tandis que la deuxième porte sur des activités importantes pour la vie en

communauté. L'échelle IADL peut également être utilisée pour évaluer le besoin de prise en charge et de soutien sociaux, recommandés par ICOPE en complément de l'élaboration du plan de soin.

Les causes d'une perte d'indépendance de la personne âgée doivent être recherchées, ainsi que la présence d'autres syndromes gériatriques. Une évaluation gériatrique standardisée (EGS) devrait également être réalisée par un spécialiste, généralement sur demande du généraliste, afin d'affiner les résultats obtenus avec ICOPE. Celle-ci analyse notamment à l'aide d'échelles les fonctions cognitives, une éventuelle confusion mentale, dépression, mais aussi l'état nutritionnel, l'autonomie, les comorbidités et les risques iatrogène, de chute et d'escarre.

B. Capacité locomotrice

L'étape 2 consiste, après le dépistage d'une perte de mobilité, à l'évaluer et la documenter.

Pour ce faire, ICOPE prévoit la réalisation du **short physical performance battery** (SPPB *courte batterie de tests de performance physique*) (65). Très simple, celle-ci se déroule en trois parties :

- un test d'équilibre, en tenant 10 secondes 3 positions différentes : pieds joints, puis en semi-tandem, puis en tandem (figure 6)
- un test de marche chronométré sur 4 m
- un test de lever de chaise, comme à l'étape 1, mais avec une échelle différente

Le total des points aux trois tests donne une note globale, permettant de déterminer le cas échéant une altération modérée ou sévère de la capacité locomotrice.

	A. Side-by-side stand Held for 10 sec. 1 point Not held for 10 sec. 0 points Not attempted 0 points <i>If not attempted, end balance tests.</i>
	B. Semi-tandem stand Held for 10 sec. 1 point Not held for 10 sec. 0 points Not attempted 0 points <i>If not attempted, end balance tests.</i>
	C. Tandem stand Held for 10 sec. 2 points Held for 3 to 9.99 sec. 1 point Held for < than 3 sec. 0 points Not attempted 0 points

Figure 6 : test d'équilibre du SPPB (OMS) (66)

Le résultat du SPPB doit être complété par la recherche d'éléments liés : polymédication, troubles orthopédiques, rhumatologiques, douleurs... Afin de vérifier leur correcte prise en compte, et éventuellement prise en charge.

Le rôle du pharmacien est avant tout dans ce cadre de repérer la présence de médicaments potentiellement inadaptés chez un patient dont la mobilité est réduite, comme l'OMS en fait la liste : benzodiazépines et hypnotiques, antidépresseurs tricycliques et ISRS, antipsychotiques, anticonvulsivants, opioïdes... Les outils mentionnés dans la partie I doivent être connus afin de les utiliser au mieux.

L'environnement du patient ne doit pas non plus être négligé, puisqu'il peut être un facteur de risque de chute (tapis, marches, salle de bains...).

D'autres tests permettant l'évaluation rapide de la fonction motrice pourraient être réalisables à l'officine, comme le timed up and go test, consistant en un lever de chaise sans les mains pour marcher 3 m, faire demi-tour et s'asseoir en un temps déterminé.

C. Vitalité : évaluation sur le plan nutritionnel

La vitalité correspond pour l'OMS aux facteurs physiologiques qui contribuent aux capacités intrinsèques. Elle dépend en particulier de l'état nutritionnel du patient, étudié à l'étape 1 simplement par la recherche d'une perte de poids ou d'appétit.

Chez le sujet âgé, le corps perd progressivement en masse musculaire et osseuse, pour prendre de la masse grasse, jusqu'à environ 75 ans, où les masses grasse et maigre diminuent toutes deux. S'ajoutent à cette perte une modification du tissu musculaire, contribuant à une diminution de la force physique, avec des conséquences fonctionnelles. Une nutrition inadaptée avec un bilan protéique et énergétique négatif, associée à un manque d'exercice physique, sera liée à une diminution de la capacité locomotrice.

À l'étape 2, le dépistage effectué doit être confirmé à l'aide d'un des outils adaptés recommandés par l'OMS pour ICOPE : issu d'un programme de dépistage états-unien (67), MUST (68), SCREEN (69), SNAQ65+ (70), ou encore le **mini-nutritional assessment** (MNA®) (71), retenu par le gérontopôle de Toulouse.

Ce dernier peut être séparé en deux parties, dont la première porte sur le dépistage de la dénutrition et constitue le MNA® SF (short form), version courte pour la pratique de ville, réalisable en moins de 5 minutes. La version complète prend 10 à 15 minutes. Le recueil de données est effectué auprès du patient lui-même ou d'un aidant ou soignant, et comporte plusieurs questions anthropométriques, et sur les habitudes de vie ou les comorbidités. L'état nutritionnel sera apprécié en fonction du score obtenu.

D'autres facteurs associés à l'âge doivent être pris en compte lors de l'évaluation nutritionnelle : difficultés financières ou d'approvisionnement, troubles physiques, baisse des dépenses et apports énergétiques liées à une baisse d'activité, diminution physiologique du sens du goût avec modifications des préférences alimentaires (plus de sucre, de sel...), troubles buccodentaires, etc.

Quelques signes d'alerte existent par ailleurs en parallèle du MNA® : perte de poids rapide, bouche douloureuse, difficultés de déglutition, vomissements ou diarrhées, ou douleurs abdominales sont autant de symptômes devant faire rechercher une pathologie sous-jacente.

L'étiologie d'une dénutrition est souvent plurifactorielle, et la HAS retient divers facteurs principaux (tableau IV), dans la population générale et chez les personnes âgées, devant être recherchés afin de les inclure le cas échéant dans le plan de soin.

Tableau IV : facteurs étiologiques de dénutrition selon la HAS (53)

Facteurs de dénutrition à tout âge	Facteurs spécifiques de la personne âgée
- Insuffisances d'organe chroniques et sévères (cardiaque, respiratoires, rénale ou hépatique) - Cancers - Pathologies inflammatoires chroniques - Hospitalisations répétées - Douleurs aiguës ou chroniques - Régimes restrictifs - Maldigestion et/ou malabsorption - Alcoolisme chronique - Pathologies aiguës	- Dépendance, perte de mobilité - Troubles cognitifs - Dépression, deuil - Isolement social, entrée en institution - Troubles bucco-dentaires - Troubles de la déglutition - Polymédication - Escarre - Fécalome

Pour aller au-delà du dépistage si une malnutrition est détectée, et pouvoir préciser l'importance de la dénutrition, nous rappellerons ici à titre informatif les critères diagnostiques retenus par la HAS pour la population adulte, avant et après 70 ans (Figure 7).

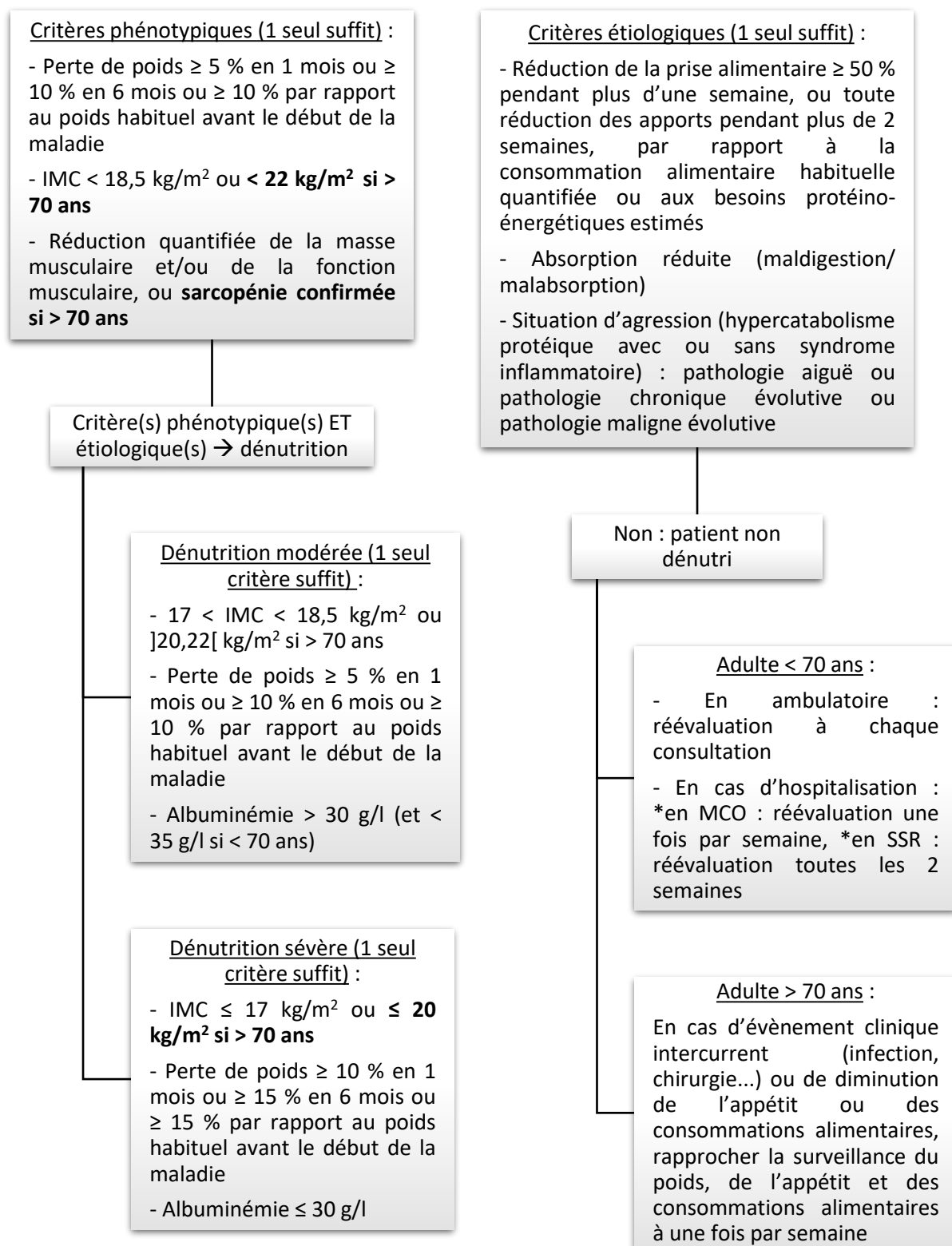


Figure 7 : diagnostic de la dénutrition chez l'adulte selon la HAS (72,73)

En ambulatoire, il est recommandé de réévaluer l'état nutritionnel systématiquement dans le mois après le diagnostic de dénutrition.

D. Capacité visuelle

L'étape 1 dépiste un problème visuel avec une simple question concernant les antécédents ou les troubles visuels perçus par le patient. L'étape 2 sera donc l'occasion de vérifier et quantifier le problème, afin de pouvoir orienter le patient en cas de besoin, vers un ophtalmologiste notamment.

Tout antécédent médical pouvant avoir des conséquences sur la vue devra être noté à l'entretien : hypertension artérielle, syndrome d'apnée du sommeil (facteurs de risques d'œdème maculaire, d'occlusion veineuse rétinienne, de glaucome), diabète (rétinopathie avec baisse de l'acuité visuelle (BAV) et altération du champ visuel périphérique). Des traitements peuvent également contribuer à des troubles oculaires voire en causer (tableau V).

Toute rougeur, altération du globe oculaire ou douleur devra bien sûr être prise en compte, mais l'évaluation comprend également la recherche de signes fonctionnels liés à certaines pathologies oculaires. Un scotome central, c'est-à-dire une tâche sombre au milieu du champ visuel, peut par exemple être le témoin d'une atteinte maculaire. Des métamorphopsies, lignes droites d'une grille perçues comme déformées, peuvent signer la présence d'une maculopathie comme la DMLA, à prendre en charge le plus tôt possible. De même, l'altération des couleurs peut être causée par la cataracte.

Dans le programme ICOPE, l'OMS recommande de tester l'acuité visuelle assez simplement, avec l'échelle d'Armaignac, aussi appelé tridents de Snellen, adaptée aux personnes illettrées. Celle-ci permet, selon le résultat, de déterminer une vision d'au moins 6/18, 1/10 puis 0,5/10 en fonction du nom d'échelle d'Armaignac de « E » vus et de la distance.

Ces tests sont réalisés avec les lunettes de correction si la personne en a, et permettent d'estimer approximativement l'acuité visuelle, le patient devant lire les « E » les plus petits à différentes distances. L'examen se déroule d'abord à 3 m, un œil après l'autre, puis les deux ensemble. Selon le nombre de symboles vus, le test pourra continuer sur une plus courte distance, afin d'adapter la note. La vision de près est également testée, et pourra être améliorée avec des lunettes « loupes » de différentes dioptries le cas échéant.

L'utilisation d'autres échelles pourrait également être envisagée, comme certaines qui comprennent des lettres et auxquelles nous sommes plus habitués en France : l'échelle de Monoyer, pour la vision de loin ou Parinaud.

Tous ces éléments permettent de mieux appréhender les problèmes visuels réels des patients, et de mieux les orienter ensuite si besoin.

Tableau V : exemples de toxicité médicamenteuse oculaire (54)

Médicament	Effets indésirables oculaires et périphériques à l'œil
Allopurinol	Cataracte
Amiodarone	Kératopathie (anneaux colorés) et opacification du cristallin, réversibles en quelques mois après arrêt
Anticancéreux	Conjonctivite, uvéite, toxicité rétinienne (tamoxifène notamment)
Anticoagulants et anti-agrégants plaquettaires	Hémorragie sous-conjonctivale (bénigne)
Médicaments anticholinergiques	Sécheresse oculaire, mydriase et glaucome par fermeture de l'angle
β-bloquants	Sécheresse oculaire
Biphosphonates	Inflammation oculaire réversible à l'arrêt
Chloroquine, hydroxychloroquine	Kératopathie croissante et réversible à l'arrêt du traitement (halos lumineux, éblouissements, photophobie)
Chlorpromazine (haute dose, long cours)	- Dépôts pigmentaires au niveau du cristallin et de la cornée, pouvant entraîner une cataracte - Possible coloration bleue (conjonctive et sclère)
Collyres (β-bloquants, antihistaminiques, divers excipients)	Sécheresse oculaire par modification du film lacrymal
Corticoïdes au long cours	- Augmentation de la pression intraoculaire - Cataracte - Risque augmenté d'infection et retard à la cicatrisation cornéens (altération du film lacrymal)
Digoxine	Toxicité rétinienne (jaunissement de la vision, BAV, vision floue, scotomes scintillants)
Inhibiteurs de tyrosine kinase	Sécheresse oculaire et atteinte cornéenne (flou visuel, douleur, sensation de corps étranger, larmoiement, photophobie), anomalies des cils, des paupières

E. Capacité auditive

Le dépistage à l'étape 1 repose sur l'interrogation du patient et le test du chuchotement. Celui-ci peut révéler une dysfonction auditive, à confirmer à l'étape 2, en évaluant précisément l'audition.

Cette évaluation nécessite une formation et un matériel approprié, afin d'examiner le conduit auditif externe et le tympan, et de réaliser un **audiogramme**. À partir de celui-ci, les défauts d'audition de la personne pourront être analysés et la suite de la prise en charge précisée.

Les pharmacies ne sont cependant généralement pas dotées de tels dispositifs, mais cela peut être notamment le cas si une activité spécialisée est développée à l'officine. Celle-ci nécessite cependant qu'un membre de l'équipe officinale possède diplôme d'état d'audioprothésiste (74).

Afin de mieux évaluer la fonction auditive en l'absence d'un audiogramme, il est envisageable d'utiliser des outils comme le questionnaire de dépistage du handicap auditif pour les personnes âgées (HHIE-S, Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening). L'application Höra, de la Fondation pour l'audition, permet également un dépistage de les pertes d'audition (75). Enfin, il est également possible d'organiser des journées de dépistage ou d'installer une borne permettant du télésoin à la pharmacie grâce à des prestataires, comme le mentionnait le Quotidien du Pharmacien en 2021 (76).

F. Capacité psychologique

Divers troubles psychiatriques peuvent être retrouvés chez la personne âgée, avec en particulier des troubles de l'humeur et des symptômes dépressifs, qui ne sont pourtant pas toujours associés avec un épisode dépressif caractérisé. Peuvent également être présents des troubles anxieux, des problèmes de sommeil, avec des causes plus courantes que d'autres selon l'âge, comme le deuil, les conséquences physiques et sociales de comorbidités, la perte de mobilité, la solitude.

Lors de l'étape 1, afin de dépister une fragilité psychologique, le **questionnaire sur la santé du patient** (QSP) (77) aura été utilisé dans sa version simplifiée, à deux questions (QSP-2). Pour mieux caractériser le problème, le questionnaire QSP-9 est utilisé lors de l'étape 2 (figure 8). Celui-ci contient 9 questions, correspondant aux symptômes cités pour le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*), ouvrage de référence de psychiatrie.

Questions		Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1	Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2	Se sentir triste, déprimé(e) ou désespérée	0	1	2	3
3	Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4	Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5	Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6	Mauvaise perception de vous-même, ou vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7	Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8	Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9	Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3
Total					
Interprétation : - Absence de dépression : 0-4 points - Dépression légère : 5-9 points - Dépression modérée : 10-14 points - Dépression modérément sévère : 15-19 points - Dépression sévère : 20-27 points					

Figure 8 : QSP-9, traduction utilisée par la HAS (78)

Le QSP-9 peut être rempli par le patient ou pour lui par un proche, et permet de dépister les symptômes dépressifs et leur retentissement sur sa vie. Il ne permet pas, seul, de diagnostic précis, et ce dernier ne pourra être établi par le médecin qu'à la lumière des antécédents et du contexte clinique.

L'orientation vers un spécialiste devra être faite à partir d'un résultat supérieur ou égal à 5. La question 9, portant sur le risque suicidaire et l'auto-agressivité, doit par ailleurs faire l'objet d'une attention particulière et peut motiver une prise en charge en urgence.

Les conséquences des symptômes dépressifs peuvent être multiples et doivent être recherchées : diminution des activités et des interactions sociales, de l'autonomie, et sur la santé physique (dénutrition, déshydratation notamment).

Plusieurs diagnostics différentiels existent dans le domaine psychiatrique, et devront être évoqués en fonction des antécédents, par exemple d'autres troubles de l'humeur, des troubles anxieux, ou encore des troubles délirants en présence de symptômes psychotiques. Il ne faut pas non plus négliger d'autres étiologies, comme une hypothyroïdie.

III. Troisième partie – Perspectives d’accompagnement du sujet âgé à l’officine dans le cadre d’ICOPE et en-dehors

1. Le programme ICOPE après évaluation des capacités

A. Étape 3 : plan de soins personnalisés

Après l’évaluation approfondie effectuée à l’étape 2, le déclin d’une fonction intrinsèque a pu être confirmé et étayé par des tests standardisés, et la prise en charge peut être envisagée.

L’étape 3 correspond à l’établissement d’un ou de plusieurs objectif(s) de soin avec le patient, et à la création d’un **plan de soin personnalisé**. L’objectif principal d’ICOPE demeure le maintien et l’amélioration des capacités intrinsèques et fonctionnelles ; découleront donc de celui-ci différents objectifs selon les besoins relevés lors de l’évaluation des capacités, en adéquation avec les envies et préférences du patient. Ceux-ci dicteront les interventions et l’investissement requis dans le plan de soins.

L’approche de soins intégrée (integrated care) consiste à traiter chaque capacité et chaque dysfonctionnement en lien avec les autres et la santé générale du patient. Comme évoqué précédemment, des troubles locomoteurs ou auditifs par exemple entraîneront des répercussions sociales et sur la santé mentale. La vitalité pourrait être impactée et un déséquilibre nutritionnel entraînerait en retour un risque de sarcopénie et une perte de mobilité. Un manque d’exercice ou des pertes sensorielles ont des conséquences sur les capacités cognitives. Des interactions entre les six capacités définies ici peuvent exister, d’où l’importance d’une prise en charge globale.

L’entretien motivationnel comme outil d’élaboration du plan de soin

Pour que le patient soit moteur de l’étape 3 et accepte le plan de soin, l’entretien motivationnel peut être particulièrement utile. Il s’agit d’un « style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d’une personne et son engagement vers le changement » (79).

En faisant preuve d’empathie, en écoutant le patient, et en l’aidant à reformuler ses idées et à tirer des conclusions de sa situation, le professionnel de santé peut obtenir une meilleure implication de celui-ci. Il pourra s’investir plus volontiers dans son traitement, et pour adapter de son mode de vie aux enjeux de santé. Ce style conversationnel se base sur l’établissement d’un partenariat avec le patient, l’absence de jugement envers lui ainsi que le respect de son autonomie, de sa liberté et de sa responsabilité.

Les échanges reposent sur plusieurs principes (80) :

- **L’évitement du réflexe correcteur** : contredire franchement le patient, même pour dire une vérité, mène généralement à un blocage du patient sur le sujet. Il faut donc éviter de reprendre la personne à convaincre, mais plutôt l’écouter, puis reformuler ses idées en ouvrant le champ des possibles vers l’argument à faire entendre, et en essayant d’entraîner une réflexion supplémentaire sur le sujet. Par exemple, concernant la

vaccination : « *Vous craignez de vous faire vacciner car vous craignez les effets sur votre santé. Qu'avez-vous entendu ?* », « *De qui proviennent ces arguments ?* » ou « *Qu'en disent vos médecins ?* »

- **L'expression de l'empathie** : elle permettra l'instauration d'une relation de confiance avec le patient, prérequis pour un réel échange
- **Le soutien du sentiment d'efficacité personnelle** : chaque progrès, chaque pas dans le bon sens effectué par le patient doit être encouragé. Par exemple, pour un fumeur en tentative de sevrage, souligner l'importance d'un arrêt, même court.
- **La prise en compte de la résistance du patient** : celui-ci pourra avoir des avis tranchés sur sa prise en charge, et pour mieux le disposer à revoir sa position, il sera utile de montrer son intérêt à l'écouter, à comprendre ses arguments, afin qu'il les confronte à la logique par lui-même.

L'entretien motivationnel nécessite normalement de déployer cette méthode dans ses quatre temps : engagement dans la relation soignant-soigné, focalisation sur les objectifs de la personne, évocation du changement, et planification vers le changement. Dans tous les cas, les outils de l'entretien resteront les mêmes :

- **Questions ouvertes** : afin d'éviter de bloquer l'expression et le cheminement du patient par une question fermée. Elles doivent être authentiques, et peu orientées, pour construire une relation viable, et faire entrevoir les possibilités de changement sans les imposer.
- **Valorisation** : du patient et de son expérience, des points positifs relevés dans son discours
- **Écoute active** : ponctuation de l'écoute du patient par des échos ou reflets à son discours, pour montrer notre suivi, en souligner certains éléments et ses éventuelles contradictions. Les reflets visent notamment à amener le patient à réfléchir sur ses pensées, son expérience.
- **Résumés-reformulation** : servent à préciser un ensemble d'idées formulées par le patient, et à vérifier leur bonne compréhension par le soignant. Le résumé doit mettre en valeur les avancements du patient, et celui-ci doit être invité à le confirmer.

Cette méthode peut être adaptée à l'officine, et ses outils réemployés pour d'autres sujets, afin d'impliquer et d'aider le patient.

i. Capacité cognitive

La cognition est très intriquée avec les autres capacités. Ainsi, l'étape 3 est essentielle pour prévenir son déclin, en utilisant une approche multimodale, afin d'assurer la prise en charge des troubles sensoriels éventuels ou encore des comorbidités.

Plusieurs **facteurs de risque** de maladies neurodégénératives sont en effet **modifiables**, et sont liés à presque un tiers des cas de maladie d'Alzheimer (81). Parmi les comorbidités en cause, le diabète doit être contrôlé, avec un objectif d'hémoglobine glyquée (HbA1c) qui varie

ici de 6,5 à 9 % selon l'âge et l'état du patient (82). L'état psychiatrique est également à prendre en compte, et la bonne prise en charge d'une éventuelle dépression à vérifier, avec un suivi spécialisé et des entretiens réguliers. Deux facteurs comportementaux ont également une grande importance : le tabagisme, et le manque d'activité physique.

Les substituts nicotiques étant maintenant remboursables sans limite de temps, l'officine est un terrain privilégié de sensibilisation, et d'ouverture de la discussion sur de possibles tentatives d'arrêt. Les principes de l'entretien motivationnel seront alors particulièrement utiles pour engager le patient vers le changement.

Quant à l'activité physique, son bénéfice a également été prouvé en prévention de la maladie d'Alzheimer par méta-analyse (83), et il faut donc encourager celle-ci dans des conditions sécurisées selon les recommandations.

Une alimentation variée et équilibrée est un également facteur protecteur, notamment pour la maladie d'Alzheimer. Certains régimes ont ainsi été étudiés et validés en prévention de pathologies diverses, par exemple le régime DASH (approche diététique pour arrêter l'hypertension), sur lequel est basé le régime MIND (intervention méditerranéenne-DASH pour ralentir la neurodégénérescence), protecteur de la fonction cognitive (84), peu contraignant et dont on pourra se servir pour proposer des pistes d'amélioration de l'alimentation des patients. Un test d'adhérence au régime est par ailleurs proposé par la Fondation Recherche Alzheimer sur leur site (85), permettant de mieux appréhender les recommandations de celui-ci. Le régime méditerranéen, plus connu, est également protecteur (86).

Enfin, l'activité intellectuelle et les interactions sociales étant importantes, il faudra optimiser la communication avec les membres de la famille, amis et autres possibles aidants, et encourager la pratique d'activités en groupe, en association par exemple.

ii. Capacité locomotrice

Accompagner le patient pour maintenir sa mobilité passe évidemment par le suivi des recommandations d'activité physique. L'OMS donne notamment les mêmes aux plus de 65 ans que pour la population générale (87) :

Elle recommande la pratique d'au moins **150 minutes d'activité physique** aérobie (d'endurance) modérée par semaine, ou 75 minutes d'activité soutenue, ou une combinaison des deux. Cela inclue par exemple les loisirs, les déplacements et la montée d'escaliers, l'activité professionnelle, les tâches ménagères ou le jardinage. Cet effort doit être maintenu, en faisant des exercices d'endurance pendant des périodes d'au moins 10 minutes d'affilée.

Pour de meilleurs bénéfices sur la santé, il est préférable de multiplier le temps recommandé par deux : 300 minutes à intensité modérée, ou 150 à intensité soutenue, ou une combinaison des deux. Cette activité ne doit cependant pas se faire aux dépens de la santé articulaire chez un coureur par exemple, et doit limiter le risque de traumatismes musculosquelettiques.

La pratique d'exercices de **renforcement musculaire** est également importante et devrait avoir lieu au moins deux jours par semaine.

Deux recommandations sont formulées spécifiquement pour le sujet âgé de plus 65 ans : en cas de mobilité réduite, l'activité physique doit permettre d'améliorer **l'équilibre** et d'éviter les chutes, et doit être pratiquée au moins 3 fois par semaine. De plus, si la personne est incapable de suivre les recommandations pour des raisons de santé, elle doit être aussi active physiquement qu'elle le peut.

Ces recommandations sont à adapter au public cible : l'important est d'encourager la pratique d'activité physique quelle qu'elle soit, et de prendre en compte l'état physique de la personne. Le niveau et la quantité d'efforts à fournir pour améliorer sa condition physique sont relatifs à celle-ci, et une personne sédentaire n'ayant pas l'habitude de s'exercer physiquement aura tout de même à gagner à débiter une activité de faible intensité absolue.

Exercice multimodal, exemple de Vivifrail

Dans le cadre de l'élaboration du plan de soins, des propositions d'interventions peuvent en outre être proposées en fonction des résultats obtenus à l'étape 2 au **SPPB**. Des programmes d'exercices multimodaux existent dans ce but, afin de renforcer les groupes musculaires du dos, des cuisses, de l'abdomen et du bas du corps.

Afin d'élaborer un programme adapté à l'état du patient, ICOPE recommande l'utilisation du projet **Vivifrail**, créé par une équipe internationale et financée par la commission européenne avec pour cible initiale les plus de 70 ans (88). Celui-ci se déroule sur trois mois, peut être réalisé en autonomie par le patient si son état le permet, et semble améliorer le score SPPB, mais aussi la mobilité, la cognition et l'état psychologique des participants (89).

En fonction du score au SPPB obtenu à l'étape 2, quatre catégories de patients sont distinguées : de A, dépendante, à D, robuste (tableau VI). Vivifrail recommande également un test de vitesse de marche sur 6 m afin de compléter le SPPB. La catégorie C est scindée en deux pour mieux correspondre aux capacités de la personne (C1 si la marche est possible sans assistance entre 10 et 30 min ; C2 si elle l'est pendant 30 à 45 min). Une catégorie supplémentaire, E, vient compléter l'évaluation et peut être attribuée en plus de ces dernières au patient à risque de chute. Ce risque est estimé par 4 items : la présence d'au moins deux chutes dans l'année précédente ou d'au moins une ayant nécessité des soins médicaux, un test « timed up and go » altéré, une faible vitesse de marche sur 6 m ou une altération cognitive modérée.

Tableau VI : catégories Vivifrail, d'après le Guide pratique Vivifrail (88)

	A – Dépendante Incapacité sévère	B – Fragile Incapacité modérée	C – Pré-fragile Légère incapacité		D – Robuste Sans incapacité
			C1	C2	
Score SPPB	≤ 3	4-6	7-9		≥ 10
Vitesse de marche (6 m)	< 0,5 m/s	0,5-0,8 m/s	0,9-1 m/s		> 1 m/s

La catégorie détermine le programme proposé, que le professionnel de santé expose au patient et encadre, ICOPE précisant que les sujets avec un SPPB inférieur à 10 doivent être supervisés étroitement. L'intérêt du projet réside cependant dans la capacité du patient à s'entraîner de manière autonome et à domicile, sans équipement particulier. Les exercices nécessitent notamment des bouteilles d'eau en guise de poids, une balle à presser avec la main, ou encore une chaise.

De plus, une documentation claire est prévue pour le patient afin de l'aider à suivre son programme : un passeport d'exercice physique correspondant à chaque catégorie est disponible sur le site de Vivifrail (90), avec la description des exercices et des conseils. Une application a également été créée, offrant aux patients la possibilité d'obtenir une aide visuelle pour chaque exercice, et d'enregistrer leurs entraînements afin d'être suivis par leur soignant.

Certains cas nécessitent cependant selon ICOPE un **avis spécialisé** : quand une douleur persistante affecte l'humeur ou le fonctionnement de la personne, devant une perte majeure de la fonction articulaire, ou encore en cas de fracture osseuse suite à un traumatisme minime, signe possible d'ostéoporose. Des risques pour la sécurité du patient peuvent être présents, et nécessiter un encadrement adapté de l'exercice physique. Vivifrail liste ainsi ces contre-indications : infarctus du myocarde récent ou angor instable, arythmies auriculaires ou ventriculaires non contrôlées, anévrisme aortique, rétrécissement aortique sévère, endocardite ou péricardite aiguë, hypertension artérielle non contrôlée, maladie thrombo-embolique aiguë, insuffisance cardiaque sévère ou aiguë, insuffisance respiratoire sévère ou aiguë, hypotension orthostatique non contrôlée, diabète non contrôlé, fracture au cours du dernier mois, toute autre circonstance qui pourrait empêcher la réalisation d'activité physique. ICOPE prévoit un questionnaire adapté :

- Avez-vous ressenti des douleurs thoraciques au repos ?
- Avez-vous eu une crise cardiaque au cours des six derniers mois ?
- Vous êtes-vous évanoui ou avez-vous perdu connaissance ?
- Avez-vous fait une chute au cours des 12 derniers mois ?
- Avez-vous subi une fracture au cours du mois écoulé ?
- Vous sentez-vous essoufflé en faisant des activités quotidiennes ordinaires à la maison, comme vous habiller ?
- Avez-vous une maladie articulaire ou musculaire qui limite votre exercice physique ?
- Un prestataire de soins de santé vous a-t-il dit de limiter votre exercice physique ?

La réponse positive à l'une de ces questions rend obligatoire un conseil spécialisé pour la mise en place d'exercice.

Enfin, l'amélioration de la mobilité passe évidemment par la bonne prise en charge des troubles médicaux du patient : problèmes orthopédiques, rhumatologiques ou encore douleurs non soulagées. ICOPE recommande également une revue de médication envisagée

afin de limiter le risque iatrogène de chute, ainsi que la sédentarité potentiellement augmentée par la baisse de vigilance liée par exemple aux benzodiazépines.

iii. Vitalité

Selon le score au **MNA**® et l'éventuelle malnutrition, les conseils pourront être adaptés, ainsi que la procédure de contrôle de poids et le traitement de la dénutrition.

Quelques rappels de base sur l'alimentation sont toujours applicables, y compris chez des sujets au statut nutritionnel normal. Premièrement, l'importance de **l'équilibre alimentaire** doit être évoquée, entre les apports et la dépense énergétique, la présence d'un déséquilibre pouvant parfois expliquer une perte ou une prise de poids. L'alimentation doit également être variée afin de fournir tous les oligo-éléments et vitamines nécessaires au fonctionnement de l'organisme. Pour atteindre ce but, il faut transmettre à la personne les conseils nutritionnels de base, proposés par Santé Publique France dans ses **recommandations** (anciennement « repères ») sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité (91). Ils se déclinent en trois catégories : aliments et comportements à augmenter, vers lesquels aller et enfin à réduire.

Parmi les **aliments à privilégier**, les fruits et légumes peuvent être consommés à raison de 5 portions par jour au minimum. Les jus de fruits doivent cependant être limités à un verre par jour car très sucrés, et pauvres en fibres. De même pour les fruits séchés, très sucrés, à ne consommer qu'occasionnellement. En revanche, la consommation de fruits à coque non salés peut être quotidienne, car riches en oméga 3.

Les légumes secs, riches en fibres et contenant des protéines végétales, doivent être consommés au moins deux fois par semaine. Les féculents doivent être préférés complets, car plus riches en fibres que s'ils sont raffinés, et peuvent être consommés quotidiennement. Pour favoriser leur consommation, il est recommandé de consommer des pâtes ou du riz semi-complets, plus proche du goût généralement apprécié.

Comme pour l'accompagnement lié à la fonction locomotrice, l'activité physique doit être encouragée, à raison de 30 minutes par jour.

La consommation de poisson est recommandée deux fois par semaine en variant les espèces, dont un poisson gras, riche en oméga 3. L'ajout de matières grasses dans l'alimentation doit être limité à de petites quantités. Les huiles d'olive, de colza et de noix, contenant des oméga 3, sont à privilégier, tandis que le beurre est à réserver à des utilisations en petites quantités, sur des tartines notamment. Deux produits laitiers par jour sont recommandés, sans compter la crème fraîche et le beurre, riches en matières grasses, et les desserts lactés, très sucrés et comportant peu de lait.

Certains produits, a contrario, sont à **limiter** : au premier desquels est l'alcool, à 2 verres par jour, sans en consommer quotidiennement, et sans dépasser 10 verres standard par semaine.

Les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et/ou ultra-transformés, sont à éviter autant que possible. Ces derniers ont souvent une composition peu adaptée sur le plan nutritionnel, et peuvent comporter des additifs à la sûreté parfois méconnue en santé humaine sur le long terme. Le Nutri-Score peut être utilisé pour éviter en priorité les aliments classés D ou E. Évidemment, et suivant le même principe que pour l'entretien motivationnel, il est important d'éviter de fermer la discussion avec le patient avec des injonctions semblant inaccessibles : d'abord écouter les habitudes, donner quelques repères, et valoriser les pratiques vertueuses afin d'encourager le patient vers celles-ci. Il faut en conclusion encourager la cuisine, le fait-maison, et des activités connexes pouvant avoir des effets positifs sur la vie du patient : faire le marché, explorer de nouvelles saveurs, etc.

La consommation de sel doit être faible, en ne salant que si nécessaire les produits cuisinés, et pas du tout les plats préparés et produits transformés, déjà salés. Pour donner du goût, d'autres condiments peuvent être employés et recommandés, et permettent même de varier davantage les saveurs. La limite supérieure recommandée par l'OMS est de 5 g/j.(92)

La volaille est à consommer sans limite, contrairement aux autres viandes qu'il conviendra de limiter à 500 g par semaine. La charcuterie, comprenant également le jambon, doit être limitée à 150 g par semaine. En substitution de la viande pourront être recommandés des œufs, du poisson, ou encore des légumes secs. L'intérêt environnemental et économique d'une plus faible consommation de viande peut également être souligné pour encourager le patient à limiter sa consommation. La quantité de protéines à apporter chez le sujet âgé est de 1 à 1,2 g/kg/j ; il est essentiel de veiller à ce qu'elle soit suffisante, notamment en cas de risque de malnutrition.

Le temps passé assis doit être limité, avec un peu de marche au moins toutes les 2h d'inactivité.

Afin de bien faire passer ce message, le document officiel récapitulant les recommandations peut être transmis au patient, et même être commandé sous forme d'affiche auprès du Cespharm.

Il est à noter que les régimes d'exclusion ne sont pas recommandés, hors cas particuliers et avec un encadrement spécialisé.

D'autres démarches possibles pour l'amélioration de la nutrition sont plus spécifiques du sujet âgé :

- Orientation vers un dentiste en cas de problèmes **dentaires**
- Échange, motivation et favorisation des repas familiaux, avec des amis, associations, services municipaux (type repas de fêtes associatif ou communal)
- Amélioration de l'accès aux repas : recherche d'aides à la préparation, de portage, de restaurants seniors, mais aussi facilitation de l'accès aux courses (« drive », livraisons à domicile, transports en commun pour l'accès aux commerces, matériel médical pour le déplacement...)

Dans le cadre d'ICOPE, l'étape 2 nous amène à établir un score MNA®, grâce auquel pourront ensuite être proposés des conseils adaptés à la malnutrition ou à sa prévention. Dans le cadre du programme, une surveillance annuelle du poids suffit avec un MNA® normal, ou trimestrielle en cas de perte d'autonomie ou de maladie aiguë.

Devant un risque de malnutrition, c'est-à-dire un MNA® entre 17 et 23,5, il est recommandé d'expliquer le risque nutritionnel encouru afin d'impliquer le patient : perte de masse musculaire, de force, avec des conséquences sur l'autonomie et la vie sociale. Des objectifs de poids peuvent être proposés, avec un contrôle régulier. L'apport en protéines doit être suffisant, et l'activité physique également, afin de renforcer l'appétit, mais également l'absorption des protéines par les muscles. En cas d'amaigrissement, il est recommandé un traitement étiologique, l'enrichissement de l'alimentation, des soins bucco-dentaires, et si nécessaire la prise de compléments nutritionnels oraux (CNO), en supplémentant les patients à hauteur de 400 kcal/j et/ou 30 g de protéines/j.

Enfin, un risque de dénutrition (MNA® < 17) rendra essentielle une intervention nutritionnelle spécialisée, avec pour objectif l'augmentation des apports énergétiques (30-40 kcal/kg/j) et protéiques (1,2-1,5 g/kg/j). La prescription de CNO sera envisagée et établie d'emblée si la dénutrition est avérée.

Au comptoir, le pharmacien a donc un rôle important, car l'observance est essentielle à la bonne prise en charge de la dénutrition, et donc à la prévention de la perte de capacités. Il doit s'assurer de celle-ci, encourager le patient dans son effort, et proposer des goûts et formes adaptées afin de préserver l'adhérence au traitement. Les CNO ne remplaçant pas les repas, il sera opportun de faire des rappels sur les recommandations nutritionnelles.

Si un aidant est présent, son aide pourra le cas échéant être employée pour relayer les informations, grâce par exemple aux documents du **Cespharm**, et, si la personne maîtrise l'informatique, sur le site *mangerbouger.fr*, édité par Santé publique France et sur lequel se trouvent beaucoup de ressources. On y trouve par exemple la « fabrique à menus », module permettant la génération de menus équilibrés et personnalisés au profil et goûts de la personne.

iv. Capacité visuelle

La prise en charge d'un trouble visuel est réservée aux professionnels de santé concernés : ophtalmologiste, orthoptiste, ou opticien.

En l'absence d'anomalie détectée à l'étape 2, l'importance du suivi, peut être rappelée, ainsi que l'intérêt du traitement ou la fréquence à laquelle il est conseillé de voir un spécialiste, selon les comorbidités. En l'absence de trouble, il est généralement recommandé aux personnes de plus de 65 ans d'avoir un suivi ophtalmologique tous les un à deux ans (93).

Chez les personnes de plus de 50 ans, la HAS recommande **l'autosurveillance** de la vision monoculaire avec notamment une grille d'Amsler, disponible en ligne (94).

En cas de difficultés à lire de près seulement, il est possible de proposer des lunettes « **loupes** ».

Pour les personnes avec un handicap visuel, l'audit du domicile peut permettre de réduire le risque de chute, en limitant les obstacles, et en jouant sur l'éclairage ou encore les contrastes.

v. Capacité auditive

Le dépistage d'une perte de capacité auditive s'accompagne d'une prise en charge spécialisée, afin de confirmer l'origine de la perte, neurosensorielle, ou liée à la transmission du son, et de prescrire les aides appropriées le cas échéant.

L'audioprothésiste pourra alors équiper le patient, des solutions de classe 1 prises en charge entièrement depuis l'instauration du « 100 % santé », ou de classe II, dont la partie prise en charge par la complémentaire dépend du contrat.

Il est également possible pour les pharmacies ne disposant pas de personnel spécialisé de dispenser des assistants d'écoute, également appelés assistants auditifs. Ceux-ci sont disponibles sans ordonnance, mais ne permettent pas de réglage personnalisé, ni d'amplification supérieure à 20 dB. Ils ne peuvent donc convenir qu'à un premier appareillage et à des faibles pertes auditives, et depuis la prise en charge complète en 2021 pour les modèles de classe 1, leur intérêt est devenu plus discutable.

vi. Capacité psychologique

Dès le repérage d'au moins un symptôme dépressif à l'étape 2, ICOPE recommande d'orienter les patients vers une prise en charge spécialisée. Différentes **interventions psychologiques** brèves et structurées sont évoquées, et peuvent permettre d'améliorer l'état du patient.

La thérapie cognitivo-comportementale, qui vise à apprendre aux personnes à identifier les pensées négatives irréalistes et à améliorer leurs comportements positifs, fait notamment partie des approches recommandées par la HAS en cas d'épisode dépressif caractérisé (95). L'OMS recommande également la thérapie de résolution de problème, adaptée aux dysfonctionnements exécutifs, et visant à s'adapter aux situations mettant la personne en difficulté et pouvant contribuer à l'apparition de symptômes dépressifs. La

thérapie du bilan de vie, qui consiste à aider la personne à évaluer son passé, peut aussi être employée, de même que l'activation comportementale, qui encourage le patient dans les comportements et activités ayant un retentissement psychologique positif.

Certains cas nécessiteront une approche particulière : décès récent d'un proche, déclin cognitif, invalidité, traumatisme ou maladie récente... Dans le cas des déficiences sensorielles, qui peuvent engendrer des symptômes dépressifs, il est essentiel d'orienter vers le professionnel adapté pour améliorer la prise en charge : orthoptiste pour la rééducation des personnes malvoyantes, audioprothésistes pour la réévaluation du bon fonctionnement des appareils.

Bien que les interventions brèves et structurées nécessitent un professionnel spécialisé comme un psychologue, **l'activation comportementale** est, selon l'OMS, plus rapide à apprendre. Elle pourrait être utilisée comme première étape de la prise en charge, ou traitement d'appoint.

De même, **l'activité physique** multimodale peut être conseillée en premier recours, ayant des bénéfices sur la cognition et l'humeur. La pratique de la pleine conscience (« *mindfulness* ») est également proposée dans ICOPE, et consiste en la concentration sur le moment présent, afin par exemple d'arrêter une spirale d'idées chez la personne. De nombreuses formes existent, et se basent souvent sur la concentration sur sa respiration régulière, ou sur un mouvement comme lors de la marche ou encore du yoga, pour associer de l'exercice physique également bénéfique.

Les **activités sociales** doivent être encouragées, et l'on peut envisager de servir de relai aux clubs et associations locales pour la promotion des activités qu'elles proposent. La lutte contre l'isolement est primordiale, avec l'orientation vers un soutien social adapté (aides financières et humaines), et aider à prendre en charge la personne dans sa globalité, avec les possibles baisses de fonctions intrinsèques associées, grâce par exemple à l'appareillage et à l'adaptation et l'équipement du domicile.

Les symptômes dépressifs ne sont pas une fatalité liée à la vieillesse, mais sont plus courants chez les personnes âgées. Il faut le rappeler à la personne et à l'entourage. Il ne faut pas non plus négliger la possible présence d'une pathologie sous-jacente : hypothyroïdie, douleurs chroniques mal soulagées, mais aussi carences vitaminiques et anémie, qui peuvent résulter d'une malnutrition, plus fréquente chez les personnes âgées. Une cause iatrogénique doit également être envisagée chez les patients polymédiqués. Enfin, il est utile de connaître le principe de l'activation comportementale pour aider le patient à entretenir des comportements bénéfiques.

B. Étape 4 : orientation et suivi du plan de soins

Cette étape devra être réalisée en lien avec des services de soins spécialisés, en particulier de **gériatrie**, par les professionnels de santé des étapes 2 et 3, et en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) locaux pour les situations complexes.

Le suivi permet une bonne prise en charge sur le long terme, et une détection efficace d'éventuelles altérations de l'état des personnes.

C. Étape 5 : mobilisation des communautés et soutien des aidants

i. Prise en charge et soutien sociaux

Souvent associé au déclin des capacités intrinsèques, des difficultés peuvent être rencontrées pour réaliser les activités de la vie quotidienne, ou encore pour maintenir une vie sociale épanouissante.

Dans ce contexte, le programme ICOPE intègre la prise en charge sociale, afin de préserver la dignité des personnes et d'assurer le maintien d'une vie confortable, et de d'éliminer les freins à la prévention et au traitement du déclin des capacités.

L'évaluation proposée est basée sur l'échelle ADL. Plusieurs questions seront posées à la personne afin de rechercher les aides à éventuellement fournir.

D'abord, concernant les **actes de la vie quotidienne** :

- 1) « *Avez-vous des difficultés pour vous déplacer à l'intérieur de la maison ?* »
- 2) *Avez-vous des difficultés pour utiliser les toilettes ?*
- 3) *Avez-vous des difficultés pour vous habiller tout seul ?*
- 4) *Avez-vous des difficultés pour utiliser la baignoire ou la douche ?*
- 5) *Avez-vous des difficultés pour maintenir votre apparence personnelle ?*
- 6) *Avez-vous des difficultés pour vous nourrir tout seul ? »*

Si au moins une de ces questions revient positive, un bilan pourra être proposé concernant l'environnement de la personne, avec plusieurs objectifs : compenser la perte de capacités intrinsèques et en particulier de mobilité en adaptant l'environnement, et limiter le risque de chute.

Si les proches aidants sont capables et volontaires pour pallier les difficultés d'habillage, de nourriture, de toilette et d'hygiène, le soutien apporté pourra être évalué afin d'essayer de le faciliter. Dans le cas contraire, faire connaître les aides et assistances possibles sera essentiel, et nécessitera l'intervention de travailleurs sociaux, à encourager le cas échéant. Pour cela, le contact des CCAS (centres communaux d'action sociale) et mairies sera précieux, comme celui des points d'information locaux, dont on peut retrouver l'annuaire sur le site public www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr. Ces derniers peuvent prendre différents noms selon leur localisation (ex : maison départementale de la solidarité en Indre-et-Loire).

Des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) peuvent intervenir sur prescription médicale pour les personnes à partir de 60 ans, malades ou en perte d'autonomie, afin d'effectuer des soins infirmiers, mais aussi d'hygiène et de confort, complètement pris en charge par l'Assurance maladie. Les services de portage de repas à domicile peuvent être intéressants, en particulier pour les personnes encore assez autonomes. Le crédit d'impôt de 50 % pour l'aide à domicile est également intéressant, et bénéficie même aux personnes non imposables, qui se voient alors remboursées (96).

Ensuite, d'autres questions permettent de mieux connaître les **difficultés rencontrées par la personne** :

- 7) « *Avez-vous des problèmes en rapport avec l'endroit où vous vivez ?* »
- 8) *Avez-vous des problèmes avec vos finances ? »*

En fonction des réponses, le besoin d'adaptation du domicile pourra être plus évident, mais des limites à celui-ci et au fonctionnement courant pourront être rencontrées dans les ressources financières de la personne. Les travailleurs sociaux auront un rôle important dans l'orientation vers les aides disponibles, notamment la complémentaire santé solidaire (CSS), pour remplacer gratuitement ou à faible frais la mutuelle des personnes à faible revenus.

Les caisses de retraite et mutuelles peuvent proposer ou financer des aides, et en cas de handicap, les MDHP (maisons départementales des personnes handicapées) peuvent également être sollicitées. Selon les cas, une carte mobilité inclusion (CMI) peut être envisageable. Trois types existent : « stationnement », pour faciliter les déplacements, et « priorité » voire « invalidité ». Cette dernière a notamment comme intérêts supplémentaires d'ouvrir le droit à des réductions sur les transports ou des avantages fiscaux.

L'isolement social, mais aussi le simple sentiment de solitude qui n'y est pas toujours lié, sont souvent associés à des symptômes dépressifs voire de démence (97), et peuvent être recherchés avec les deux questions suivantes :

- 9) « Vous sentez-vous seul ? »
- 10) Êtes-vous capable de pratiquer des loisirs, le travail et les activités qui vous tiennent à cœur ? »

Les points d'informations locaux et services des collectivités peuvent orienter les personnes vers des clubs de loisirs, d'activité physique adaptée à leur état de santé ou encore vers des ateliers d'initiation aux nouvelles technologies. La problématique des transports peut également être abordée, afin d'éliminer d'éventuels freins aux déplacements grâce aux transports en commun, au transport de seniors ou encore de personnes handicapées proposés par les collectivités.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées autonomes peuvent également être proposés afin d'offrir un environnement adapté et de faciliter la vie sociale. Deux types existent : les résidences autonomie, souvent publiques ou associatives et à vocation sociale, et pouvant généralement être financés par l'aide sociale à l'hébergement, et les résidences services, privées, où les résidents peuvent également être propriétaires.

Enfin, le 11^{ème} item concerne **le risque de maltraitance**, qui est fréquent et pourrait concerner dans le monde une personne âgée sur six selon les données utilisées par l'OMS (98). Il sera donc, comme pour les autres patients, utile de savoir repérer certains signes, qui ne sont pas forcément physiques. Chez la victime, un comportement impacté par la peur d'un parent ou aidant peut être retrouvée. La discussion sur des sujets en rapport au problème peut également être source d'anxiété, et la présence de la personne peut modifier les échanges avec le patient. Chez l'aidant, des interactions avec le professionnel de santé visant à discréditer le patient, ou des entraves à la communication avec celui-ci, seront également des indices.

ii. Soutien aux aidants

Le programme ICOPE prend en compte les aidants et recommande leur soutien, en particulier en évaluant leur humeur tous les six mois pour dépister d'éventuels symptômes dépressifs, et les orienter si besoin vers une prise en charge.

Plusieurs outils existent pour cela, notamment le Mini-Zarit, utilisé pour évaluer le « **fardeau** » pour l'aidant. La HAS recommande également pour les aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, l'utilisation d'outils de repérage ou d'évaluation des troubles psychiatriques, comme les auto-questionnaires de dépression de Beck, l'échelle d'anxiété d'Hamilton, ou l'échelle gériatrique de dépression (99), ainsi que l'évaluation du niveau d'autonomie avec l'IADL.

Le QSP-9 utilisé à l'étape 2 permet également le repérage de symptômes dépressifs.

À un aidant en difficulté, peuvent être proposées plusieurs types d'interventions : **psychothérapie** individuelle ou familiale, **support** téléphonique ou en ligne, **groupe de soutien** avec d'autres aidants, mais aussi **formations** spécifiques à l'aide apportée.

Le soutien à l'aidant peut également être financier, logistique, humain : de nombreuses aides existent pour cela, sont exposées sur le site national solidarites.gouv.fr/aidant, et peuvent être conseillées dans les points d'informations locaux.

2. Applicabilité de l'outil ICOPE à l'officine, limites de l'expérimentation

A. Pratiques actuelles des pharmacies en lien avec ICOPE : questionnaire

Assez tôt dans la préparation de cette thèse a été évoquée la réalisation d'un questionnaire à destination des pharmaciens. Au fil des discussions avec l'ERVMA et la CPTS O'Tours, celui-ci a pris sa forme définitive, avec un objectif principal : **sonder les officines sur leurs pratiques, afin de mettre ces dernières en rapport avec les différentes capacités et leur abord dans le programme ICOPE, et d'éclairer une réflexion sur les possibilités de prise en charge du sujet âgé autour d'ICOPE**. L'objectif secondaire était de **faire connaître le programme et d'intéresser à la réalisation de l'étape 1**, en présentant brièvement aux pharmaciens intéressés le sujet.

Eu égard du faible temps disponible des pharmaciens, les questions ont été simplifiées au maximum, et le choix a été fait de rendre le questionnaire anonyme par défaut, les pharmaciens ayant ensuite la possibilité de demander plus d'informations en renseignant leur mail s'ils le souhaitent. De plus, pour attirer l'attention du lecteur sur l'intérêt du sujet, le questionnaire était intitulé « Valorisation de l'accompagnement du sujet âgé à l'officine dans le cadre du programme ICOPE », et mentionnait la rémunération possible dans le cadre de l'expérimentation.

Le questionnaire a fait l'objet de 3 envois aux pharmacies par mail (annexes 1 et 2), avec un lien dirigeant vers l'outil en ligne Google Form, permettant un remplissage aisé sur téléphone ou ordinateur. La CPTS O'Tours l'a d'abord relayé le 20 juillet 2023 à 117 pharmacien(ne)s du territoire, puis une deuxième fois le 22 août, avec 135 destinataires. La section locale de la Fédération des Syndicats de Pharmacie de France, syndicat officinal, a effectué un envoi la dernière semaine de juillet.

7 personnes ont répondu au questionnaire. Les résultats étaient les suivants :

Dans la partie spécifique à la perte de mobilité, tous ont déclaré avoir une activité de maintien à domicile (MAD). Seul un des sept répondants n'avait pas de référent MAD, défini dans le questionnaire comme « membre de l'équipe référent pour l'accompagnement des patients lors des délivrances qui concernent le MAD, et idéalement formé (DU, CQP, ou autre) ». À la question ouverte « que conseillez ou proposez-vous aux patients en perte de mobilité ? », 7 réponses ont été obtenues :

- 1) « Matériel médical »
- 2) « Évaluation du domicile, déambulateur fauteuil roulant lit médicalisé fauteuil confort »
- 3) « Audit du domicile, livraison/vente de matériel médical... »
- 4) « Évaluation à domicile et lit fauteuil et aide au domicile »
- 5) « Le plus souvent proposé un lit électrique ou déambulateur »
- 6) « Conseils sur le matériel »
- 7) « Questionnaire rapide au comptoir, conseil pour déambulateur, canne, rehausseur de toilette... + évaluation possible du domicile possible par notre prestataire + aide proposé par une IDE société GoodCare => aide pour les aidants et les patients »

Enfin, à la question « Comment réalisez-vous cet accompagnement ? » avec comme exemples cités dans la question « via un prestataire, au comptoir, à domicile », ces réponses ont été obtenues :

- 1) « Via notre prestataire ABM et au comptoir »
- 2) « Prestataire, au comptoir ou au domicile selon les cas »
- 3) « Lors d'une livraison, ou via notre prestataire de MAD, tablette dans l'espace de l'officine, questionnement au comptoir »
- 4) « Comptoir et domicile »
- 5) « Les 3 »
- 6) « Au comptoir »
- 7) « Conseils donnés au comptoir directement ou dans notre local pour entretien thérapeutique », visite à domicile effectuée par notre prestataire, déplacement à domicile pour installation de lit médicalisé, déambulateur, fauteuil roulant... (parc de la pharmacie) »

La deuxième partie vérifiait la pratique des nouvelles missions du pharmacien. Tous ont répondu vacciner contre la Covid-19 et la grippe, et six concernant les autres vaccins pour les seize ans et plus. Quatre sur sept déclaraient réaliser des bilans partagés de médication.

À la question « avez-vous une activité annexe, et si oui, laquelle ? », trois pharmacies ont répondu, respectivement : « orthèses thermoformées », « audition, semelles orthopédiques », et « PDA » (préparation des doses à administrer).

Concernant les caractéristiques des pharmacies répondantes, deux se définissaient comme « rurales », à Langeais et Vernou-sur-Brenne, et cinq de quartier : deux à Tours, deux à Saint-Pierre-des-Corps, et une à Joué-lès-Tours.

Six répondants acceptaient d'être recontactés pour répondre à des questions supplémentaires (un n'a pas laissé d'adresse mail), et quatre étaient intéressés pour recevoir plus d'information sur l'expérimentation du programme ICOPE.

Conçu pour être facile à remplir et ne pas décourager de potentiels répondants, le questionnaire n'a malheureusement pas reçu suffisamment de réponses pour que les résultats soient représentatifs des pratiques du territoire, et était trop superficiel pour étayer une réflexion avancée avec ces quelques exemples. Il eût peut-être été judicieux d'éviter la période estivale pour les envois, afin d'éviter les vacances du personnel, mais le faible taux de réponses aux sollicitations de la CPTS n'était apparemment pas inhabituel, et aurait ainsi pu être retrouvé plus tard.

Le questionnaire ne peut pas être utilisé comme prévu initialement, mais quelques réflexions peuvent être tirées de ces réponses : toutes les officines répondantes semblaient s'intéresser à la question du maintien à domicile, et à l'équipement matériel des personnes pour le maintien de la mobilité. Par ailleurs, quatre proposaient une évaluation/audit du domicile, très intéressant pour aider les patients à adapter leur environnement, et ainsi limiter

le risque de chute et améliorer le confort et l'autonomie. Pour cela, plusieurs déclaraient intervenir eux-mêmes, un prestataire pouvant également être mandaté pour ce service.

De même, les nouvelles missions semblaient bien adoptées, avec même 4 officines sur 7 pratiquant les bilans partagés de médication. La présence d'une activité d'audition et de semelles orthopédiques dans l'une des officines peut être notée, celles-ci pouvant s'intégrer à la démarche de prévention ou de la prise en charge de la perte d'audition ou de mobilité.

Les quelques répondants étaient donc déjà impliqués, et semblaient disposés à recevoir davantage d'informations et à échanger sur leurs pratiques.

Le manque de réponses ayant motivé une modification de l'approche initiale de ce travail, les résultats et le programme n'ont pas été développés par retour de mail aux personnes intéressées. Un retour incluant les actualités de l'expérimentation et les conclusions de ce travail leur sera fait cependant fait, avec les fiches regroupant les outils mentionnés dans cette thèse.

B. Discussion – Freins à la réalisation du programme ICOPE et avenir

Le programme ICOPE a des qualités théoriques indéniables et est déjà applicable dans nos officines depuis deux années selon les territoires. Sa simplicité devrait permettre une formation rapide, et une mise en place facile notamment au sein des pharmacies, d'autant que l'intérêt potentiel des patients pour le dépistage a déjà été montré (63).

Pourtant, au bilan de trois années d'expérimentation en France, et deux en Indre-et-Loire, le constat était mitigé. Sur les territoires des CPTS O'Tours et La Salamandre, les chiffres n'étaient pas à la hauteur de ce qui aurait pu être espéré, avec un démarrage difficile, peu de pharmaciens formés et de pharmacies réalisant les entretiens. La CPTS O'Tours s'est par ailleurs retirée de l'expérimentation en 2024, arrétant l'animation territoriale en août.

Le questionnaire envoyé aux pharmacies avait pour objectifs de préciser leur implication dans les nouvelles missions afin de réfléchir à la compatibilité de celles-ci avec le programme, et de leur faire connaître. Le faible nombre de réponses, malgré un relai par la section locale de la Fédération des Syndicats de Pharmaciens de France et par la CPTS O'Tours, nous empêche malheureusement d'utiliser réellement ces résultats.

Toutefois, en se basant sur les retours de l'ERVMA et ceux des pharmaciens, quelques observations permettent un éclaircissement de la situation. Premièrement, les **nouvelles missions** se révèlent, malgré leur valorisation pendant nos études, assez compliquées à mettre en place. La pandémie de Covid-19 est sans doute en partie responsable de cela, ayant accaparé du temps et fait développer les tests antigéniques à l'officine, peut-être aux dépens d'autres missions. Cela concerne par exemple les entretiens antivitamine K (AVK) et asthme qui existent depuis une dizaine d'années, ou encore les bilans partagés de médication (BPM). En 2022, 15 à 20 % des pharmacies seulement avaient déjà réalisé au moins un BPM ou un entretien pharmaceutique.

La configuration des **locaux** des officines est certainement un frein, avec des espaces de confidentialité parfois improvisés pour la mise en place des tests antigéniques et vaccinations plutôt qu'intégrés et adaptés à l'examen et à l'entretien.

Le manque de « **temps pharmaceutique** » fait également partie du problème, avec notamment pour cause la pénurie de personnel, ressentie d'autant plus que les équipes passent de plus en plus de temps à pallier les problèmes de tensions d'approvisionnement, entre appels aux grossistes-répartiteurs et fournisseurs pour obtenir des dépannages, et au médecin pour modifier les ordonnances.

De plus, des difficultés rencontrées sur la plateforme d'enregistrement des résultats et d'orientation des patients ont pendant un temps rendu l'étape 1 plus complexe et difficile à mener à bien. La multiplicité des outils numériques et plateformes, pour renseigner les résultats, suivre le patient et obtenir la rémunération dans le cadre de l'expérimentation, a compliqué l'adhésion des professionnels.

Malgré la disponibilité d'une animatrice territoriale ICOPE pour impliquer et former les professionnels de santé, peu ont suivi la formation, et moins encore ont effectué les étapes 1 et 2 qui étaient étudiées.

Enfin, les pharmaciens auront pu se poser la question de l'intérêt de pratiquer ce dépistage alors que le parcours de soin dans le cadre d'ICOPE n'en était qu'à ses balbutiements, avec des difficultés à recruter des professionnels pour les étapes suivantes, et donc une promesse d'accélération ou d'amélioration de la prise en charge difficile à tenir.

L'exercice quotidien au comptoir révélant, pour la plupart des pharmaciens, un contact souvent bref et difficile à obtenir avec le généraliste, et le contenu de l'étape 1 étant par essence très simple, l'absence de possibilité de suivi d'emblée par le pharmacien est à déplorer, la mission ne se résumant a priori qu'au dépistage pour ceux-ci, et nécessitait l'aval du médecin pour toute autre action.

C'est pour cette raison que l'évaluation à l'étape 2, ainsi que les étapes 3 à 5 peuvent, sinon être réalisées à l'officine, au moins être source d'inspiration pour l'amélioration de la prise en charge du patient et son orientation. Qui de mieux placé que le pharmacien pour l'informer sur son parcours de soin, et le motiver à le suivre ? Encore faut-il bien comprendre celui-ci, ce qui nécessite des connaissances de base sur la sémiologie et les étiologies principales des pathologies rencontrées chez le sujet âgé, sans prétention de remplacer le médecin dans la gestion du parcours de soin, mais avec l'espoir d'orienter la personne lorsque le temps médical est insuffisant.

Les derniers chiffres laissent cependant entrevoir une augmentation de l'**intérêt des pharmaciens** pour les nouvelles missions (100), notamment pour les entretiens, et pourquoi pas demain, pour expérimenter ICOPE. Depuis 2020, la réalisation des tests et vaccinations ont fortement progressé pour la grippe et la Covid-19, mais également pour les rappels vaccinaux à partir de 11 ans, qui sont maintenant réalisables par le personnel formé, y compris les préparateurs en pharmacie. Par rapport à 2023, toutes les nouvelles missions sont en hausse. 93 % des officines réalisent maintenant les rappels vaccinaux, tandis que presque deux fois

plus de pharmacies (11 %) se sont investies dans les BPM, qui ont progressé de 107 % sur cette période. Les pharmacies s'investissent donc toujours plus, et les missions de diagnostic et de prévention ont trouvé leur place dans la plupart des officines, dans lesquelles elles se sont amenées à encore se développer.

L'expérimentation initiale a pris fin le 6 janvier 2025, et a finalement réussi à atteindre 80 % de son objectif en région Centre-Val de Loire, qui était de réaliser 3500 fois l'étape 1. Elle est maintenant **reconduite pour un an**, en attendant une généralisation annoncée pour 2026. Cette période de transition doit permettre de développer les étapes suivantes, et une bonne articulation du dépistage et de l'évaluation avec la prise en charge qui peut être nécessaire ensuite. Les pharmaciens souhaitant s'investir auront donc toujours un rôle à jouer pendant cette période, qui pourrait être déterminante quant à l'application future du programme et à leur place dans ce dernier.

3. Utilisation future : la démarche ICOPE, à la croisée d'autres outils

A. Mon bilan prévention : un dispositif compatible

Annoncés en 2022, et initialement expérimentés en 2023 dans les Hauts de France, les bilans de prévention ont été créés avec pour offrir un accès à un échange personnalisé axé sur la prévention avec un professionnel de santé : médecin, infirmier, sage-femme ou pharmacien. Ces derniers ont d'ailleurs déjà commencé à s'approprier cet outil, puisque 6 % des officines avaient réalisé au moins un entretien à la fin de l'année 2024 (100).

Ce nouveau dispositif, généralisé en juin 2024, se décline à quatre périodes de la vie : de 18 à 25 ans, de 45 à 50 ans, de 60 à 65 ans et de 70 à 75 ans, auxquelles les personnes seront invitées à réaliser un bilan.

Comme le programme ICOPE, il est segmenté en plusieurs temps, mais ces derniers ont lieu au cours du même entretien :

- 1) Étape 1 : **repérage des risques** individuels grâce à un auto-questionnaire, idéalement rempli avant le rendez-vous
- 2) Étape 2 : priorisation d'un ou deux sujets à aborder
- 3) Étape 3 : rédaction d'un plan **personnalisé de prévention** (PPP), citant jusqu'à trois priorités en santé définies avec le professionnel, les freins, des conseils et des ressources proposées

Les grands objectifs de ces bilans sont d'encourager l'activité physique quotidienne, notamment au cours des déplacements à pied ou à vélo, de promouvoir une alimentation saine, d'améliorer le bien-être mental et d'accompagner les personnes ayant une addiction.

Par ailleurs, les personnes concernées peuvent se voir proposer un rappel vaccinal lorsqu'il est recommandé, ou encore un kit de dépistage du cancer colorectal, de 50 à 74 ans.

Chez les sujets âgés, l'objectif commun des bilans de prévention et d'ICOPE concernant la prévention de la perte d'autonomie est clair, et se traduit directement par la mention du programme dans les documents de présentation et de formation aux bilans (101). Ceux-ci évoquent en effet la recommandation de l'OMS, et incorporent directement le test des trois mots, les leviers de chaise, ainsi que le test de chuchotement.

L'intérêt d'ICOPE est rappelé notamment avec la mention des outils numériques du CHU de Toulouse, ICOPE Bot, assistant vocal automatisé en ligne et ICOPE Monitor, application pour téléphone mobile, afin de réaliser l'étape 1 tous les 6 mois.

En cas de repérage d'une perte de capacité lors d'un bilan de prévention, ICOPE pourrait permettre d'évaluer cette perte afin d'accélérer sa prise en compte et d'améliorer sa prise en charge par les professionnels de santé entourant la personne.

B. Au croisement d'autres expérimentations : l'exemple d'OSyS

Débutée en 2021, l'expérimentation Orientation dans le système de santé (OSyS) est portée par la société Pharma Système Qualité (PhSQ) et ne concernait initialement que la Bretagne. Son objectif était de proposer aux patients se rendant en pharmacie pour 13 **situations d'urgence** des solutions adaptées, allant du conseil de produits sans ordonnance, à la dispensation protocolisée d'antibiotiques. Elle permettait également d'orienter vers une consultation médicale en présentiel, en télémedecine ou vers les urgences si cela était nécessaire.

Cette expérimentation a été étendue en France, et notamment à la région Centre Val de Loire en 2024, avec un périmètre restreint à 6 situations : odynophagie et pollakiurie, maintenant entrés dans le droit commun avec les tests rapides et délivrance d'antibiotiques, mais aussi **conjonctivite, piqûre de tique, brûlure et plaie simple**. 40 pharmaciens de la région s'essayaient donc à cette nouvelle mission (102), qui permet d'envisager de nouveaux outils utiles pour améliorer et faciliter le parcours de soins.

C. Aide-mémoires pour l'accompagnement du sujet âgé à l'officine

Afin de résumer et compléter certaines recommandations d'ICOPE transposables à la pratique quotidienne du pharmacien d'officine, une synthèse courte des informations est disponible afin de faciliter l'utilisation de cette thèse comme support d'actions à mener en pharmacie (annexe 3). Celle-ci n'a pas pour objet d'être exhaustive, mais de permettre de retrouver des informations essentielles sur les domaines touchant quotidiennement le pharmacien, pour aider à former un discours de prévention et orienter le patient vers les ressources appropriées.

Conclusion

L'accompagnement du sujet âgé fait partie intégrante du métier du pharmacien d'officine. Ce dernier vérifie l'adéquation des prescriptions avec les recommandations, l'absence de contre-indication ou d'interaction médicamenteuse, et a pour objectif l'amélioration de l'observance du patient grâce aux échanges avec celui-ci. L'analyse pharmaceutique constitue le cœur de son travail, et nécessite une mise à jour régulière des connaissances.

Par ailleurs, le pharmacien est aujourd'hui plus que jamais un acteur incontournable en **santé publique** : par les dépistages qu'il propose ou promeut, par les vaccinations qu'il effectue, et par les conseils associés à la délivrance qu'il prodigue. De nouvelles missions prennent maintenant régulièrement place dans nos pharmacies, dans un contexte de pénurie médicale nationale, et rendent également incontournable l'orientation dans le système de santé par le pharmacien. L'introduction récente des entretiens de prévention est une nouvelle preuve du rôle que le pharmacien est invité à jouer dans un système de santé en évolution, et dont la prévention primaire est un élément important.

Le programme ICOPE répond également à un besoin de **prévention**, celui de la perte d'autonomie des personnes âgées, dont le nombre augmentera ces prochaines décennies. Le défi que représente le maintien des capacités fonctionnelles de cette population nécessite des adaptations de l'offre de soins, et les conclusions de l'expérimentation nationale permettront sans doute d'éclairer la réflexion sur les futures politiques de santé.

À l'officine, l'étape 1 est facilement réalisable, et l'utilisation autonome de l'application de test peut également être promue comme outil de suivi des capacités intrinsèques des personnes. En outre, l'intégration de certains tests de cette première étape ou de la deuxième pourrait être utile, afin d'affiner la démarche prévue par les nouveaux entretiens de prévention pour les personnes de 60 à 65 ans et de 70 à 75 ans.

La place du pharmacien dans le système de santé de demain dépendra sans doute notamment de sa capacité à investir pleinement sa nouvelle mission de prévention. Peut-être peut-on donc imaginer, un jour prochain, une intégration plus poussée et généralisée d'ICOPE dans les entretiens proposés aux personnes âgées à l'officine.

Bibliographie

1. World Population Prospects 2022: Summary of Results | Population Division [Internet]. 2022 [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Prospects-2022>
2. United Nations. International Decades [Internet]. United Nations; [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.un.org/observances/international-decades>
3. OMS. Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity [Internet]. 2017 [cité 13 sept 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29608259/>
4. Résultats détaillés des projections de population 2021-2070 pour la France – Scénario central – Projections de population 2021-2070 | Insee [Internet]. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5894083?sommaire=5760764>
5. Bouchon JP. 1+ 2+ 3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. Rev Prat. 1984;34(888-92).
6. Santé Publique France. Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. Santé En Action. mars 2018;(443):8.
7. INSERM. Inserm. 2023 [cité 28 mai 2024]. Dossier ménopause · Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/menopause/>
8. Boddaert J, Collège national des enseignants de gériatrie. Gériatrie. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2021.
9. Sánchez-Izquierdo M, Fernández-Ballesteros R. Cognition in Healthy Aging. Int J Environ Res Public Health. 22 janv 2021;18(3):962.
10. Debette S, Seshadri S, Beiser A, Au R, Himali JJ, Palumbo C, et al. Midlife vascular risk factor exposure accelerates structural brain aging and cognitive decline. Neurology. 2 août 2011;77(5):461-8.
11. Yaffe K, Fiocco AJ, Lindquist K, Vittinghoff E, Simonsick EM, Newman AB, et al. Predictors of maintaining cognitive function in older adults: the Health ABC study. Neurology. 9 juin 2009;72(23):2029-35.
12. Opdebeeck C, Martyr A, Clare L. Cognitive reserve and cognitive function in healthy older people: a meta-analysis. Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn. 2016;23(1):40-60.
13. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep. 1 nov 2004;27(7):1255-73.
14. Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. J Psychosom Res. mai 2004;56(5):497-502.
15. Noronha IL, Santa-Catharina GP, Andrade L, Coelho VA, Jacob-Filho W, Elias RM. Glomerular filtration in the aging population. Front Med. 15 sept 2022;9:769329.

16. LAVILLE M, ROGNANT N. EM-Consulte. [cité 30 avr 2024]. Le vieillissement rénal : une fragilité prévisible et en partie évitable. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1302492/article/le-vieillissement-renal-une-fragilite-previsible-e>
17. Descazeaud A, Collège français des enseignants d'urologie. Urologie. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2021.
18. Andres TM, McGrane T, McEvoy MD, Allen BFS. Geriatric Pharmacology: An Update. *Anesthesiol Clin*. sept 2019;37(3):475-92.
19. Tan JL, Eastment JG, Poudel A, Hubbard RE. Age-Related Changes in Hepatic Function: An Update on Implications for Drug Therapy. *Drugs Aging*. déc 2015;32(12):999-1008.
20. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, Zhang YL, Castro AF, Feldman HI, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med*. 5 mai 2009;150(9):604-12.
21. Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med*. 16 mars 1999;130(6):461-70.
22. European medicines agency. Evaluation of the pharmacokinetics of medicinal products in patients with decreased renal function - Scientific guideline [Internet]. 2015 [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ema.europa.eu/en/evaluation-pharmacokinetics-medicinal-products-patients-decreased-renal-function-scientific-guideline>
23. HAS. Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC) [Internet]. HAS; 2023 [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288950/fr/guide-du-parcours-de-soins-maladie-renale-chronique-de-l-adulte-mrc
24. Bowie MW, Slattum PW. Pharmacodynamics in older adults: a review. *Am J Geriatr Pharmacother*. sept 2007;5(3):263-303.
25. ElDesoky ES. Pharmacokinetic-pharmacodynamic crisis in the elderly. *Am J Ther*. 2007;14(5):488-98.
26. CNAM. Ameli.fr. 2024 [cité 24 mai 2024]. Prévention du risque iatrogénique : l'essentiel. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus/prevention-du-risque-iatrogenique-l-essentiel>
27. Drusch S, Zureik M, Herr M. Potentially inappropriate medications and polypharmacy in the older population: A nationwide cross-sectional study in France in 2019. *Therapies*. sept 2023;78(5):575-84.
28. Cossec CL, Sermet C, Perronnin CM. Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques. 2015;
29. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*. 25 oct 1997;315(7115):1096-9.
30. Vegter S, de Jong-van den Berg LTW. Misdiagnosis and mistreatment of a common side-effect-angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough. *Br J Clin Pharmacol*. févr 2010;69(2):200-3.

31. Gurwitz JH, Kalish SC, Bohn RL, Glynn RJ, Monane M, Mogun H, et al. Thiazide diuretics and the initiation of anti-gout therapy. *J Clin Epidemiol.* août 1997;50(8):953-9.
32. Savage RD, Visentin JD, Bronskill SE, Wang X, Gruneir A, Giannakeas V, et al. Evaluation of a Common Prescribing Cascade of Calcium Channel Blockers and Diuretics in Older Adults With Hypertension. *JAMA Intern Med.* mai 2020;180(5):643-51.
33. Trenaman SC, Bowles SK, Kirkland S, Andrew MK. An examination of three prescribing cascades in a cohort of older adults with dementia. *BMC Geriatr.* 8 mai 2021;21(1):297.
34. Johnson AG. NSAIDs and blood pressure. Clinical importance for older patients. *Drugs Aging.* janv 1998;12(1):17-27.
35. Avorn J, Gurwitz JH, Bohn RL, Mogun H, Monane M, Walker A. Increased incidence of levodopa therapy following metoclopramide use. *JAMA.* 13 déc 1995;274(22):1780-2.
36. Huh Y, Kim DH, Choi M, Park JH, Kwon DY, Jung JH, et al. Metoclopramide and Levosulpiride Use and Subsequent Levodopa Prescription in the Korean Elderly: The Prescribing Cascade. *J Clin Med.* 19 sept 2019;8(9):1496.
37. Gill SS, Mamdani M, Naglie G, Streiner DL, Bronskill SE, Kopp A, et al. A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Arch Intern Med.* 11 avr 2005;165(7):808-13.
38. REMILI H. Le DP, inspirateur de projets. *Le Quotidien du Pharmacien* [Internet]. 13 juin 2016 [cité 3 janv 2025]; Disponible sur: <https://prod.lequotidiendupharmacien.fr/gestion-de-lofficine/e-sante/le-dp-inspirateur-de-projets>
39. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med.* sept 1991;151(9):1825-32.
40. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* juill 2023;71(7):2052-81.
41. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. [Potentially inappropriate medications in the elderly: a list adapted to French medical practice]. *Rev Med Interne.* juill 2009;30(7):592-601.
42. Centre de Biologie et de Recherche en Santé (CBRS) de Limoges. REMEDI[e]S : REvue des prescriptions MEDicamenteuses potentiellement inapproprié[e]s chez les Seniors. 2021.
43. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? [Internet]. [cité 21 juin 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee
44. Pazan F, Kather J, Wehling M. A systematic review and novel classification of listing tools to improve medication in older people. *Eur J Clin Pharmacol.* mai 2019;75(5):619-25.
45. Frey-Geoffret A. Critères STOPP/START version 2: étude de faisabilité de l'utilisation d'une version informatisée en médecine générale [Thèse d'exercice]. [1991-...., France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.

46. Frey-Geoffret A. STOPP/START version 3 informatisée [Internet]. [cité 20 juin 2024]. Disponible sur: <http://stopstart.free.fr/v3/>
47. ANSM. Thésaurus des interactions médicamenteuses [Internet]. 2023 [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/reference/thesaurus-des-interactions-medicamenteuses-1>
48. Université libre de Bruxelles, Université Grenoble Alpes. Hedrine [Internet]. [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://hedrine.ulb.be/>
49. OMÉDIT Centre-Val de Loire. Livret thérapeutique gériatrique [Internet]. 2023 [cité 2 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-centre.fr/medias/Livret-therapeutique-geriatrique.pdf>
50. OMEDIT Poitou-Charentes. Gériamed - Adapter la prescription et l'administration des médicaments à la personne âgée [Internet]. 2016 [cité 2 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/geriatrie-medicaments-potentiellement-inappropriés-0>
51. OMÉDIT Lorraine. Guide de bon usage du médicament en gériatrie [Internet]. 2024 [cité 2 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/geriatrie-medicaments-potentiellement-inappropriés-0>
52. OMÉDIT Grand Est. Médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé : indications et alternatives thérapeutiques [Internet]. 2024 [cité 2 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/media/125980/download?inline>
53. OMÉDIT Pays de la Loire. Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé : Les bons réflexes de prescription [Internet]. 2021 [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2021/09/20210929-Outils-de-sensibilisation-pro-de-sante-v1.pdf>
54. OMÉDIT Centre-Val de Loire. Charge anticholinergique en psychiatrie [Internet]. 2024 [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-centre.fr/bon-usage-medicaments/psychiatrie/>
55. OMÉDIT Pays de la Loire. Calculateur de charge anticholinergique d'une prescription [Internet]. 2021 [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/documentation/calculateur-de-charge-anticholinergique-dune-prescription-omedit-pdl-2022/>
56. OMÉDIT Normandie S. Liste des médicaments écrasables [Internet]. 2024 [cité 2 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/liste-des-medicaments-ecrasables/liste-des-medicaments-ecrasables,3184,3511.html>
57. Chaudri NA. Adherence to Long-term Therapies Evidence for Action. Ann Saudi Med. 2004;24(3):221-2.
58. Académie nationale de Pharmacie. Observance des traitements médicamenteux en France [Internet]. 2015 déc [cité 10 sept 2024] p. 65. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_I_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf
59. 21/12/2020 - UN Resolution 75/131: United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030) [Internet]. [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://undocs.org/en/A/RES/75/131>

60. OMS. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services [Internet]. 2019 [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241515993>
61. JORF. Légifrance. [cité 19 déc 2023]. Arrêté du 28 décembre 2021 relatif à l'expérimentation « Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge (ICOPE) » - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044844614>
62. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0170 du 24/07/2022 [Internet]. juill 24, 2022. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=6ls_illoNgN6WY5zrY95KL3ysyaKOB3hEJO7txQMLW4=
63. Camus-Gabriel M. Dépistage du risque de perte d'autonomie chez les patients de plus de 75 ans et de plus de 65 ans avec une ALD: étude de faisabilité de l'outil ICOPE en officine [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Grenoble Alpes; 2021 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297154/document>
64. Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. The Mini Mental State (MMS): French standardization and normative data [Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRÉCO]. Rev Neuropsychol. 1 juin 2003;13:209-36.
65. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol. mars 1994;49(2):M85-94.
66. OMS | Bureau régional pour l'Afrique. Manuel : conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires [Internet]. 2019 [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/publications/manuel-conseils-sur-levaluation-et-les-filieres-axe-es-sur-la-personne-dans-les-soins>
67. Texas Department of Aging and Disability Services. Instructions for completing the Nutrition Risk Assessment (NRA) - DETERMINE Your Nutritional Health. 2010.
68. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). MUST – Outil universel de dépistage de la malnutrition [Internet]. 2003 [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.bapen.org.uk/must-and-self-screening/must-toolkit/must-francais/>
69. Keller H. Older Adult Nutrition Screening. 2019 [cité 2 août 2024]. SCREEN Tools. Disponible sur: <https://olderadultnutritionscreening.com/screen-tools/>
70. Wijnhoven HAH, Schilp J, van Bokhorst-de van der Schueren MAE, de Vet HCW, Kruizenga HM, Deeg DJH, et al. Development and validation of criteria for determining undernutrition in community-dwelling older men and women: The Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+. Clin Nutr Edinb Scotl. juin 2012;31(3):351-8.
71. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA--Its history and challenges. J Nutr Health Aging. 2006;10(6):456-63; discussion 463-465.
72. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 23 avr 2024]. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denu-trition-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus

73. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 9 août 2024]. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denutrition-de-l-enfant-et-de-l-adulte
74. Ordre national des pharmaciens. Ordre national des pharmaciens. [cité 25 oct 2024]. Les activités spécialisées à l'officine : audioprothèse. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/les-fiches-professionnelles/les-activites-specialisees-a-l-officine-audioprothese>
75. Fondation Pour l'Audition. Höra : test auditif [Internet]. [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.fondationpourlaudition.org/protger-et-tester/tester-son-audition-avec-hora-498>
76. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 14 janv 2025]. Faciliter l'évaluation auditive en pharmacie. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/gestion-de-lofficine/agencement-equipement/faciliter-levaluation-auditive-en-pharmacie>
77. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9 : Validity of a Brief Depression Severity Measure. J Gen Intern Med. sept 2001;16(9):606-13.
78. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours - Diagnostic - Argumentaire [Internet]. 2017 [cité 27 oct 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
79. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris, France: InterÉditions; 2013. xiv+434.
80. HAS. Entretien motivationnel [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501842/fr/entretien-motivationnel
81. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. Lancet Neurol. août 2014;13(8):788-94.
82. HAS. Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2 [Internet]. 2024 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3191108/fr/strategie-therapeutique-du-patient-vivant-avec-un-diabete-de-type-2
83. Mw B, Ci A, Ma R. A meta-analysis of prospective studies on the role of physical activity and the prevention of Alzheimer's disease in older adults. BMC Geriatr [Internet]. 2 nov 2015 [cité 4 oct 2024];15. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25887627/>
84. Morris MC, Tangney CC, Wang Y, Sacks FM, Bennett DA, Aggarwal NT. MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease. Alzheimers Dement J Alzheimers Assoc. sept 2015;11(9):1007-14.
85. Fondation Recherche Alzheimer [Internet]. [cité 13 oct 2024]. Test d'adhérence au régime alimentaire MIND. Disponible sur: <https://alzheimer-recherche.org/test-dadherence-regime-alimentaire-mind/>
86. Ballarini T, Melo van Lent D, Brunner J, Schröder A, Wolfsgruber S, Altenstein S, et al. Mediterranean Diet, Alzheimer Disease Biomarkers and Brain Atrophy in Old Age. Neurology. 15 juin 2021;96(24):e2920-32.

87. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé [Internet]. [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241599979>
88. Izquierdo M, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Martínez-Velilla N, Alonso-Bouzón C, Rodríguez-Mañas. Vivifrail - Guide pratique [Internet]. [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://vivifrail.com/fr/outiltheque/>
89. Casas-Herrero Á, Sáez de Asteasu ML, Antón-Rodrigo I, Sánchez-Sánchez JL, Montero-Odasso M, Marín-Epelde I, et al. Effects of Vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. avr 2022;13(2):884-93.
90. Vivifrail [Internet]. [cité 18 oct 2024]. Outilthèque – Vivifrail. Disponible sur: <https://vivifrail.com/fr/outiltheque/>
91. Santé Publique France. Recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité [Internet]. 2019 [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/sante-publique-france-presente-les-nouvelles-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite>
92. OMS. Directives : Sur l'apport en sodium chez l'adulte et chez l'enfant - Résumé d'orientation [Internet]. 2013 [cité 25 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504836>
93. SNOF [Internet]. 2011 [cité 19 oct 2024]. Surveiller sa vue. Disponible sur: <https://www.snof.org/public/conseiller/surveiller-sa-vue>
94. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Dégénérescence maculaire liée à l'âge. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3383781/fr/degenerescence-maculaire-liee-a-l-age
95. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours [Internet]. 2017 [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
96. Article 199 sexdecies [Internet]. Code général des impôts janv 1, 2023. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000046861251
97. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the *Lancet* standing Commission. *The Lancet*. 10 août 2024;404(10452):572-628.
98. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. févr 2017;5(2):e147-56.
99. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels [Internet]. 2010 [cité 27 oct 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels
100. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 14 janv 2025]. Vaccinations, TROD, entretiens... combien de pharmaciens jouent le jeu ? Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/vaccinations-trod-entretiens-combien-de-pharmaciens-jouent-le-jeu>

101. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. sante.gouv.fr. 2023 [cité 27 oct 2024]. Mon Bilan Prévention - Professionnels de santé : les réponses à vos questions. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan-prevention-les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/espace-professionnels/article/professionnels-de-sante-les-reponses-a-vos-questions>
102. Participation de la région Centre – Val de Loire à l'extension du projet OSyS [Internet]. URPS Pharmaciens Centre-Val de Loire. 2023 [cité 16 janv 2025]. Disponible sur: <https://urpspharmaciens-centrevaldeloire.org/3806-2/>
103. CPTS O'Tours [Internet]. [cité 8 oct 2024]. Disponible sur: <https://cptsotours.fr/>
104. CPTS La Salamandre | LinkedIn [Internet]. [cité 8 oct 2024]. Disponible sur: <https://fr.linkedin.com/company/cpts-la-salamandre>
105. MoCA [Internet]. [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: <https://mocacognition.com/about/>
106. Duchêne J. Validation et évaluation de la version française du questionnaire de dépistage du handicap auditif HHIE-S (Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening) chez l'adulte de plus de 60 ans [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2020 [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019986>
107. Santé Publique France. Cespharm. 2019 [cité 1 oct 2024]. Affiche Manger bouger - Pour un mode de vie plus équilibré. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/catalogue/Manger-bouger-Pour-un-mode-de-vie-plus-equilibre-affiche2>

Annexes

Annexe 1 : mail adressé aux pharmacies

Mail provenant de Romain Danger - Pharmacien

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse, j'étudie le rôle des pharmacies dans l'accompagnement du sujet âgé, notamment dans le maintien à domicile. Le programme ICOPE (integrated care for older people) de l'OMS, en expérimentation sur le territoire de la CPTS O'Tours, vise à prendre en charge précocement la diminution de capacités (sensorielle, locomotrice, etc.) à partir de 60 ans.

Un dépistage peut d'ores et déjà être réalisé en pharmacie et être rémunéré, et mon travail porte sur l'intégration du pharmacien dans le parcours de soin qui doit ensuite être mis en place.

Afin de valoriser les services proposés en officine, je vous propose un questionnaire court (moins de 5 minutes) concernant votre activité : [LIEN](#).

Celui-ci peut être rempli par tout membre de l'équipe, en particulier par la personne référente pour le maintien à domicile s'il y en a une.

En vous remerciant pour votre intérêt,

Bien cordialement,

Romain Danger

Pharmacien

Valorisation de l'accompagnement du sujet âgé à l'officine dans le cadre du programme ICOPE - Questionnaire court

Bonjour,

Depuis ce début d'année, l'expérimentation du programme ICOPE (*Integrated Care for Older People* : « soins intégrés pour les personnes âgées ») de l'OMS permet aux pharmaciens de réaliser un dépistage des fonctions intrinsèques (audition, vision, locomotion, cognition, émotion, vitalité) des patients de 60 ans et plus à l'officine.

Ce dépistage est notamment possible sur le territoire de la CPTS O'Tours, et est rémunéré 18 € dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale. Il prend la forme d'un entretien de 5 à 10 minutes, et a pour objectif de favoriser le vieillissement en santé en dépistant la diminution des capacités sus-mentionnées pour mieux la prendre en charge.

Afin de déterminer les perspectives d'accompagnement du sujet âgé à l'officine dans le cadre du programme ICOPE, et de valoriser le rôle des pharmaciens, voici un questionnaire court à propos des services proposés par votre officine.

Cette enquête rentre dans le cadre de ma thèse, et ses conclusions et résultats pourront vous être partagés si vous le souhaitez, en indiquant votre adresse mail à la fin du formulaire.

Vous remerciant pour votre participation,

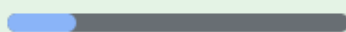
Romain Danger, étudiant en sixième année de Pharmacie à Tours.

 [Changer de compte](#)



 Non partagé

[Suivant](#)



Page 1 sur 5

[Effacer le formulaire](#)

Valorisation de l'accompagnement du sujet âgé à l'officine dans le cadre du programme ICOPE - Questionnaire court

[Changer de compte](#)



Non partagé

* Indique une question obligatoire

Accompagnement de la perte de mobilité - Maintien à domicile

Votre officine a-t-elle une activité de MAD (maintien à domicile) ? *

☒ Oui

☐ Non

Votre officine a-t-elle un(e) référent(e) MAD ? *

Membre de l'équipe référent pour l'accompagnement des patients lors de délivrances qui concernent le maintien à domicile, et idéalement formé (DU, CQP, ou autre)

☒ Oui

☐ Non

Que conseillez ou proposez-vous aux patients en perte de mobilité ? *

Quels services (exemples : audit/évaluation du domicile, conseil d'aménagement), quels produits ?...

Votre réponse

Comment réalisez-vous cet accompagnement ? *

Via un prestataire, au comptoir, à domicile, etc.

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 2 sur 5

[Effacer le
formulaire](#)

Valorisation de l'accompagnement du sujet âgé à l'officine dans le cadre du programme ICOPE - Questionnaire court

 [Changer de compte](#)



 Non partagé

* Indique une question obligatoire

Dites-nous en plus sur votre activité...

Vaccinez-vous à l'officine ? *

	Oui	Non
Grippe	☒	☐
Covid-19	☒	☐
Autres vaccins (plus de 16 ans)	☒	☐

Réalisez-vous des bilans partagés de médication ? *

- ☒ Oui
☐ Non

Avez-vous une activité annexe, et si oui, laquelle ou lesquelles ?

Exemples : optique, audition

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 3 sur 5

[Effacer le
formulaire](#)

Valorisation de l'accompagnement du sujet âgé à l'officine dans le cadre du programme ICOPE - Questionnaire court

 [Changer de compte](#)



 Non partagé

* Indique une question obligatoire

Votre officine

Dans quelle commune exercez-vous ? *

Votre réponse

Typologie de pharmacie *

Quartier

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 4 sur 5

[Effacer le
formulaire](#)

Valorisation de l'accompagnement du sujet âgé à l'officine dans le cadre du programme ICOPE - Questionnaire court

 Non partagé [Changer de compte](#)  Brouillon enregistré

Pour en savoir plus sur ICOPE en région Centre Val de Loire...

La porte d'entrée d'ICOPE pour le patient est le step 1, première des 5 étapes qui constituent le programme :

- **Step 1** : dépistage
- **Step 2** : évaluation
- **Step 3** : plan de soin personnalisé
- **Step 4** : fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention
- **Step 5** : implication des collectivités et soutien aux aidants

Vous pouvez en apprendre plus sur l'expérimentation sur le [site de l'ERVMA \(équipe régionale vieillissement et maintien de l'autonomie\)](#). Si vous souhaitez participer à l'expérimentation, l'inscription à la formation gratuite en e-learning est possible [à cette adresse](#).

Adresse mail

Facultative, utilisée pour les motifs ci-dessous uniquement

Votre réponse

Acceptez-vous d'être recontacté(e) afin de répondre à quelques questions supplémentaires à propos de votre activité ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Souhaitez-vous recevoir plus d'informations sur l'expérimentation du programme ICOPE ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Un commentaire ? Une question ?

Votre réponse

[Retour](#)

[Envoyer](#)

Page 5 sur 5

[Effacer le
formulaire](#)

Vitalité & conseil nutritionnel

Au comptoir, rappel des recommandations nutritionnelles et d'activité physique :

- Disponibles sur *mangerbouger.fr*
- Encourager l'utilisation des outils du site : « la fabrique à menus », le calendrier de saison, le catalogue d'activités physiques
- Affiche et brochure disponibles sur le Cespharm

Rappels sur la délivrance des CNO :

- Prescription initiale pour un mois maximum, avec délivrance pour 10 jours
- Réévaluation de l'observance et de l'état à 1 mois*
- Ordonnances suivantes de 3 mois maximum
- À la délivrance :
 - S'assurer de l'adéquation du CNO avec les recommandations d'apports journaliers : 400 kcal/j et/ou 30 g de protéines/j
 - Proposer différents goûts et formes si possible, par exemple en utilisant les aides à la délivrance commandables gratuitement auprès des laboratoires
 - Réévaluer mensuellement l'efficacité (« le poids a-t-il changé ? ») et l'observance (fréquence des délivrances, interrogation sur le stock au domicile, adéquation avec les goûts...), en échangeant avec le patient ou son aidant
 - Rappeler l'intérêt du traitement et les bénéfices attendus
- Modalités de prise :
 - Collations, en-dehors des repas
 - CNO sucrés consommables à température ambiante ou rafraîchis, selon les préférences
 - Conservation une fois ouvert 2 h à température ambiante, 24 h au réfrigérateur

Capacité locomotrice et activité physique

Recommandations OMS :

- ≥ 150 min d'activité physique aérobique modérée, ou 75 min d'activité soutenue
- Par sessions d'au moins 10 min
- Durée à doubler si possible en l'absence de risque de troubles musculosquelettiques
- Exercices de renforcements musculaires au moins deux jours par semaine
- Si mobilité réduite : ≥ 3 exercices d'équilibre par semaine
- Si état de santé limitant, être aussi actif que possible
- Aide à la recommandation d'activité physique : outils Vivifrail

Bonnes pratiques :

- Encourager tout exercice physique
- Surveiller la présence de médicaments risquant de favoriser les chutes : antidiabétiques, anti-hypertenseurs, dépresseurs du SNC (benzodiazépines en particulier)
- Proposer un bilan partagé de médication en cas d'inadéquation du traitement avec les recommandations, ou encore de chutes à répétition sans suivi adéquat
- Adapter le domicile : proposer du matériel médical voire un audit du domicile, correspondre avec le médecin en cas de besoin de prescription, etc.

Fonction cognitive – prévention

Facteurs de risque modifiables	Facteurs protecteurs
- Tabagisme - Consommation d'alcool - Diabète mal contrôlé - Hypertension - Surpoids, obésité - État psychiatrique, dépression	- Alimentation variée et équilibrée ○ Cf. conseil nutritionnel ○ Si demande de régime, recommander des régimes non restrictifs comme le régime méditerranéen, ou le régime MIND - Activité physique - Activités intellectuelles stimulantes, variées, relations sociales

Fonction psychologique

Points centraux :

- Intérêt majeur **d'interventions psychologiques brèves** pour la PEC des symptômes dépressifs
- Intérêt de la pratique d'activité physique

Au comptoir :

- Pratiquer l'écoute active, la reformulation
- Renforcer les idées et comportements positifs
- Recommandations nutritionnelles et d'activité physique
- Dispositif « Mon soutien psy » : accessible via un médecin ou en direct, 12 séances remboursées chez un(e) psychologue
 - Y compris chez des patients traités depuis moins de 3 mois par antidépresseur
 - Ou prenant des hypnotiques ou benzodiazépines
- Devant des symptômes dépressifs, encourager la discussion avec le médecin, et une prise en charge spécialisée (psychologue, psychiatre)
 - Discuter des freins : orientation vers médecin ? Problème de coût ? De temps ?

Soutien social et aux aidants

Ressources en ligne :

- www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, édité par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) : ressources sur les aides disponibles, annuaires et comparateur de prix pour les services, résidences autonomie et EHPAD
- www.pourbienvieillir.fr, géré par les organismes de retraite : conseils et activités de prévention

Lieux d'information :

- CCAS (centres communaux d'action sociale) locaux
- Points d'information locaux (exemple : maisons départementales de la solidarité)
- MDPH (maison départementale des personnes handicapées)

Sources d'aide financières et humaines :

- Complémentaire santé
- Caisse de retraite (CNAV, CARSAT, MSA, AGIRC-ARRCO, IRCANTEC...)
- APA (allocation personnalisée d'autonomie)
- Aides locales (aide départementale)
- Défiscalisation des aides à domicile

Services et dispositifs à connaître :

- Portage de repas : souvent organisé au niveau communal ou par des entreprises
- SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) :
 - Aides humaines pour le maintien à domicile des personnes peu autonomes : toilette, habillage, prise des repas, lever et coucher, courses...
 - Remboursé sur prescription médicale (hors APA)
- Cartes mobilité inclusion : priorité voire invalidité (réductions et avantages fiscaux), et stationnement (gratuit et sur toutes places publiques)
- 3977 : plateforme nationale de signalement des maltraitances envers les personnes vulnérables

Soutien aux aidants :

- solidarites.gouv.fr/aidant
- maboussoleaidants.fr

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e)

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

N° Étudiant : 21601922

N° Thèse : 18

Nom et Prénom : DANGER Romain

Sujet : Analyse des perspectives d'accompagnement du sujet âgé par le pharmacien
d'officine dans le cadre du programme ICOPE après le step 1

Tours, le : 04 Mai 2025

Le(s) Directeur(s) de Thèse :

M. GUSTE



Vu et Transmis :
Le Doyen

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND



NOM, PRÉNOM de l'étudiant

N°

TITRE DE LA THÈSE

Analyse des perspectives d'accompagnement du sujet âgé par le pharmacien d'officine dans le cadre du programme ICOPE après le step 1

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La part des plus de 65 ans dans la population générale ne cesse de croître. Ce changement démographique pose de nombreux défis, dont l'accompagnement des personnes âgées. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a ainsi déclaré les années 2021 à 2030 « décennie du vieillissement en bonne santé », avec de mobiliser les acteurs des filières sanitaires et sociales autour de ce sujet.

Le pharmacien d'officine joue un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients, en particulier âgés : lors de la dispensation de médicaments prescrits ou conseils, il analyse les traitements médicamenteux et veille à leur adéquation ainsi qu'à la bonne observance. Depuis des années déjà, ses missions s'étendent : d'abord liées au médicament comme les entretiens pharmaceutiques, jusqu'à la vaccination, en passant par les actes de dépistage comme les tests antigéniques. La prévention a souvent trouvé une place en pharmacie via les campagnes de santé publique, et pourra dorénavant passer par Mon Bilan Prévention, notamment de 60 à 65 ans et de 70 à 75 ans.

Afin de favoriser le vieillissement en bonne santé, l'OMS a développé le programme « Integrated Care for Older People » (ICOPE, soins intégrés pour les personnes âgées). Celui-ci permet, grâce à une démarche par étapes, de dépister le déclin de fonctions intrinsèques, parmi la vision, l'ouïe, la locomotion, la cognition, la vitalité, et la fonction psychologique. Le dépistage à l'étape 1 permet une action de prévention dans ces domaines, mais aussi d'orienter le cas échéant dans le parcours de soin, voire d'accompagner directement le patient. En région Centre-Val de Loire, le programme est expérimenté depuis 2022, avant sa généralisation en France. Comment intégrer tout ou partie de celui-ci en pharmacie d'officine ? Ce travail de thèse a pour objectif d'analyser les particularités de l'accompagnement du patient âgé à la pharmacie, et d'appréhender le contenu du programme selon la perspective du pharmacien. L'évaluation des capacités, basée sur des tests standardisés, y est développée afin d'exposer les modalités possibles de la réalisation des étapes 2 à 5, qui suivent le dépistage.

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

...ICOPE Personnes âgées Pharmacie d'officine accompagnement Prévention Soins de santé primaires.....

JURY

PRÉSIDENT :

MEMBRES :

.....

.....

.....

.....

.....

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE.....