

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE : 2022

THESE 2022 / TOU3 / 2070

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

LAPASSAT Camille

**EVALUATION DE L'INTEGRATION DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA
MISE EN ŒUVRE DU PROJET ICOPE EN OCCITANIE**

Date de soutenance : 12 octobre 2022

Directeur de thèse : Philippe Cestac
Co-directeur de thèse : Pierre-André Raissiguier

JURY

Président : SALLERIN Brigitte
1er assesseur : TAVASSOLI Néda
2ème assesseur : MARCHAND Sandrine
3ème assesseur : CESTAC Philippe
4^{ème} assesseur : RAISSIGUIER-Pierre-André

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 2 mars 2020

Professeurs Emérites

M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J.	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
M. CHAVANT L.	Mycologie
M. GAIRIN J.E.	Pharmacologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie
M. SIE P.	Hématologie

Professeurs des Universités

Hospitolo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C. (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BARRE A.	Biologie
Mme BERNARDES-GÉNISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
Mme MULLER-STAUMONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P.	Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. CESTAC P. (*)	Pharmacie Clinique	Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique	Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique	M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme ROUZAUD-LABORDE C.	Pharmacie Clinique	Mme BON C.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S. (*)	Biochimie	M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie	M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
		Mme CABOU C.	Physiologie
		Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
		Mme CHAPUY-REGAUD S.	Bactériologie - Virologie
		Mme COLACIOS C.	Immunologie
		Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
		M. DELCOURT N.	Biochimie
		Mme DERAËVE C.	Chimie Thérapeutique
		Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
		Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
		Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
		Mme FALLONE F.	Toxicologie
		Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
		Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
		Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
		Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
		Mme LEFEVRE L.	Physiologie
		Mme LE LAMER A-C.	Pharmacognosie
		M. LEMARIE A.	Biochimie
		M. MARTI G.	Pharmacognosie
		Mme MONFERRAN S.	Biochimie
		M. OLICHON A.	Biochimie
		M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
		M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
		M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
		Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
		Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
		Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie
		Mme WHITE-KONING M. (*)	Mathématiques

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires	
Mme LARGEAUD L.	Immunologie
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie
M. MOUMENI A.	Biochimie
M. PAGES A.	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S	Biophysique
Assistants Hospitalo-Universitaires	
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique

Remerciements

Merci à Philippe Cestac, mon directeur de thèse qui m'a proposé ce travail initialement quand j'étais en recherche d'un sujet de thèse portant sur les nouvelles missions du pharmacien. Je ne pouvais pas rêver plus « nouveau ». Merci pour sa disponibilité malgré son emploi du temps très chargé, et également pour le contenu de ses cours, qui, bien qu'ayant engendré moult questions et nombreux bouleversements m'ont permis de me remettre en question et de choisir une voie dans laquelle je m'épanouis plus au quotidien.

Merci à Pierre-André Raissiguié pour sa patience devant mes mille et une questions, pour ses relectures, ses avis, ses conseils, ses appels téléphoniques, ses petites relances, et tout ce que j'ai oublié de citer.

Merci à Brigitte Sallerin d'avoir accepté d'être ma présidente de jury, et plus encore de m'avoir orienté vers Philippe Cestac quand je commençais à m'interroger sur le sujet de ma thèse.

Merci à Neda Tavassoli d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse. Merci également pour avoir répondu à mes questions concernant la base de données du Gérontopôle durant l'écriture de ce manuscrit.

Merci à Sandrine Marchand d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse. Plus largement, merci à l'équipe de la pharmacie Marchand à Lacaune qui m'a tant appris, d'abord comme stagiaire et ensuite comme employée. Si j'ai finalement choisi cette voie, qui me plaît, c'est grâce à vous, qui avez pris le temps de m'éclairer quand je m'interrogeais sur mon avenir professionnel. Un grand merci également pour votre confiance, malgré mon absence d'expérience. Merci pour cette première expérience qui m'a permis de m'insérer doucement dans le monde professionnel et d'avoir pris de l'assurance pour conseiller nos patients.

Merci à mes parents, qui m'ont toujours soutenue, qui ont toujours cru en moi, bien plus que moi-même. Merci de m'avoir poussée à voir toujours plus loin et croire en mes capacités. Un merci particulier à toi, Maman, pour avoir pris le temps de relire intégralement – deux fois – cette thèse, malgré ce jargon qui ne t'est pas du tout familier.

Merci à Joseph, mon chéri – mon mari, qui a toujours su me soutenir, me proposant son aide, quel que soit mon humeur du moment. Merci pour tes conseils avisés, ta millième relecture, pour tes mots d'encouragement, et pour tout ce que j'ai sûrement oublié ! Mille merci !

Merci à Christel pour ses conseils, son écoute, les moments de plaisanteries et de papotage qui ont été indispensables à ma réussite tout au long de mon cursus.

Merci à tous mes amis qui m'ont supportée sur les bancs de la fac depuis la PACES jusqu'à cette fin d'étude : Emilie, Pauline, Sarah, Marine, Alyx, Marie, Gwenaëlle, Sophie M et U, Alexandre, Moriba, Geoffrey.

Merci à tout le reste de ma famille et de ma belle-famille qui n'a pas manqué de m'encourager avant les épreuves, de me féliciter après leur validation, et de toujours me soutenir.

Merci aux copains de la musique pour tous les moments de rigolade en répétition comme dans nos petites soirées. Vous avez contribué à contre-balancer toutes les tensions et les incertitudes liés aux études de manière générale. De plus, la musique a forgé une grande partie de ce que je suis aujourd'hui, donc vous aussi ! Merci les amis !

SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES.....	8
LISTE DES ABREVIATIONS.....	9
LISTES DES ANNEXES.....	10
I. Introduction	10
1) Evolution démographique dans le monde	10
2) Evolution démographique en France	12
3) Historique des évolutions de la prise en charge : de la démarche médicale classique à ICOPE.....	13
4) Projet ICOPE.....	14
a. Description	14
b. Dans le monde	14
c. En France.....	15
d. La place du Gérontopôle dans le projet	18
e. La place du REIPO dans le projet.....	19
5) Hypothèse de recherche et objectifs	20
a. Hypothèse de recherche	20
b. Objectifs	20
II. Matériels et méthodes.....	21
1) Circuit ICOPE en officine	22
a. La formation.....	22
b. Valorisation de la mission	22
c. Saisie des données (Application / Chatbot / Papier).....	23
2) Analyse des données	30
a. La base de données Fragilité	31
b. Recueil des données.....	32
c. Traitement des données	33
3) Retour des pharmaciens	33
III. Résultats	35
1) Les résultats fin 2020	35
2) Les résultats en mars 2021.....	38
3) Les résultats en juin 2021.....	40
4) Dynamique d'évolution entre décembre 2020 et juin 2021	43
5) Evaluation de l'intégration du programme ICOPE dans les pharmacies.....	47
IV. Discussion.....	55

1) Objectif principal.....	55
2) Objectifs secondaires.....	56
a. Départementalisation	56
b. Nombre de STEP 1 anormaux	59
c. Satisfaction des équipes officinales	61
V. Conclusion.....	69
Annexes.....	71
VI. Bibliographie	78

Figure 1 : Proportion de la population âgée de 60 ans ou plus, par pays en 2015

Figure 2 : Proportion de la population âgée de 60 ans ou plus, par pays en 2050

Figure 3 : Evolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, par sexe, de 2004 à 2016 selon le Ministère des Solidarités et de la Santé

Figure 4 : Arbre décisionnel général d'ICOPE

Figure 5 : Fiche de renseignements sur l'application Icope Monitor

Figure 6 : Informations test de chuchotement, test du lever de chaise et exemple de résultat du test de lever de chaise

Figure 7 : Exemple d'une page de synthèse sur ICOPE Monitor

Figure 8 : Conseils donnés pour la capacité visuelle par l'application ICOPE Monitor

Figure 9 : Exemple du fonctionnement d'ICOPEBOT

Figure 10 : Exemple des données visibles sur la base de données du Gérontopôle

Figure 11 : Pourcentage hommes/femmes lors de la réalisation des STEP 1 en décembre 2020

Figure 12 : Pourcentage d'altérations mesurées par capacité intrinsèque en décembre 2020

Figure 13 : Nombre de STEP 1 effectués comparé au nombre de pharmacies dans chaque département en décembre 2020

Figure 14 : Nombre moyen de STEP 1 effectués par pharmacie dans chaque département en décembre 2020

Figure 15 : Pourcentage hommes/femmes lors de la réalisation des STEP 1 en mars 2021

Figure 17 : Nombre de STEP 1 effectués comparé au nombre de pharmacies dans chaque département en mars 2021

Figure 16 : Pourcentage d'altérations mesurées par capacité intrinsèque en mars 2021

Figure 18 : Nombre moyen de STEP 1 effectués par pharmacie dans chaque département en mars 2021

Figure 19 : Pourcentage hommes/femmes lors de la réalisation des STEP 1 juin 2021

Figure 20 : Pourcentage d'altération mesuré par capacité intrinsèque en juin 2021

Figure 21 : Nombre de STEP 1 effectués comparé au nombre de pharmacies dans chaque département en juin 2021

Figure 22 : Nombre moyen de STEP 1 effectués par pharmacie dans chaque département en juin 2021

Figure 23 : Evolution du nombre de STEP 1 entre fin 2020 et juin 2021

Figure 24 : Evolution du nombre de pharmacies ayant effectué des STEP 1 entre décembre 2020 et juin 2021

Figure 25 : Evolution du nombre moyen de STEP 1 effectués par les pharmacies entre décembre 2020 et juin 2021

Figure 26 : Evolution du nombre de STEP 1 réalisé par département au cours du temps

Figure 27 : Evolution du nombre de pharmacies ayant réalisé des STEP 1 entre décembre 2020 et juin 2021

Figure 28 : Répartition en pourcentage des pharmacies ayant répondu au questionnaire
Figure 28 : Répartition en pourcentage des pharmacies ayant répondu au questionnaire
Figure 29 : Types de formation suivis par les participants ayant répondu au questionnaire (en %)
Figure 30 : Répartition des personnes réalisant le STEP 1 parmi les répondants au questionnaire
Figure 31 : Répartition en pourcentage des moments alloués au STEP 1 parmi les répondants
Figure 32 : Répartition des outils utilisés pour réaliser le STEP 1 parmi les personnes ayant répondu au questionnaire
Figure 33 : Evaluation de la durée d'un STEP 1 parmi les personnes ayant répondu au questionnaire
Figure 34 : Evaluation de la facilité de recrutement par les pharmacies répondantes
Figure 35 : Evaluation de la connaissance de la suite du parcours ICOPE par les pharmacies répondantes
Figure 36 : Evaluation de la part du travail pluri-professionnel suite à un STEP 1 anormal parmi les pharmacies répondantes
Figure 37 : Evaluation de la satisfaction concernant la rémunération par l'URPS Pharmacie par les pharmacies répondantes
Figure 38 : Evaluation de la pérennisation d'ICOPE au sein des pharmacies répondantes

LISTE DES ABREVIATIONS

AFPM : Association à la Formation continue des Pharmaciens de Midi-Pyrénées
ALD : Affection Longue Durée
AM : Assurance Maladie
ARS : Agence Régionale de Santé
BPM : Bilan Partagé de Médication
ERVPV : Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance
EVSI : Espérance de Vie Sans Incapacité
FORMS : Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
ICOPE : Integrated Care in Older People
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
REIPO : Réseau d'Enseignement et d'Innovation en Pharmacie d'Officine
SUSTAIN : Sustainable Tailored Integrated Care for Older People in Europe
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Annexe 1 : Questionnaire ICOPE 1^{ère} version

Annexe 2 : Questionnaire ICOPE version définitive

Annexe 3 : Diagrammes de la répartition des pharmacies impliquées dans le projet BIMEDOC sur l'ensemble des STEP 1 réalisés en Occitanie, en pourcentage (première figure) et en nombre absolu

I. Introduction

1) Evolution démographique dans le monde

Depuis plusieurs décennies, l'espérance de vie dans le monde progresse. Ainsi, en 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait déclaré qu'entre 2015 et 2050, la proportion des plus de 60 ans allait doubler, et donc passer de 11 à 22%.

Aujourd'hui, il y a environ 125 millions de personnes dans le monde ayant plus de 80 ans ; en 2050, les prévisions estiment que ce nombre s'élèverait à 434 millions. Cette transition démographique, allant vers un vieillissement de la population moyenne, s'accélère de plus en plus et touche particulièrement les pays riches. Dans ces pays, l'OMS prévoit un pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans de plus de 25%, voire même plus de 30% pour les pays européens en 2050. (1,2).

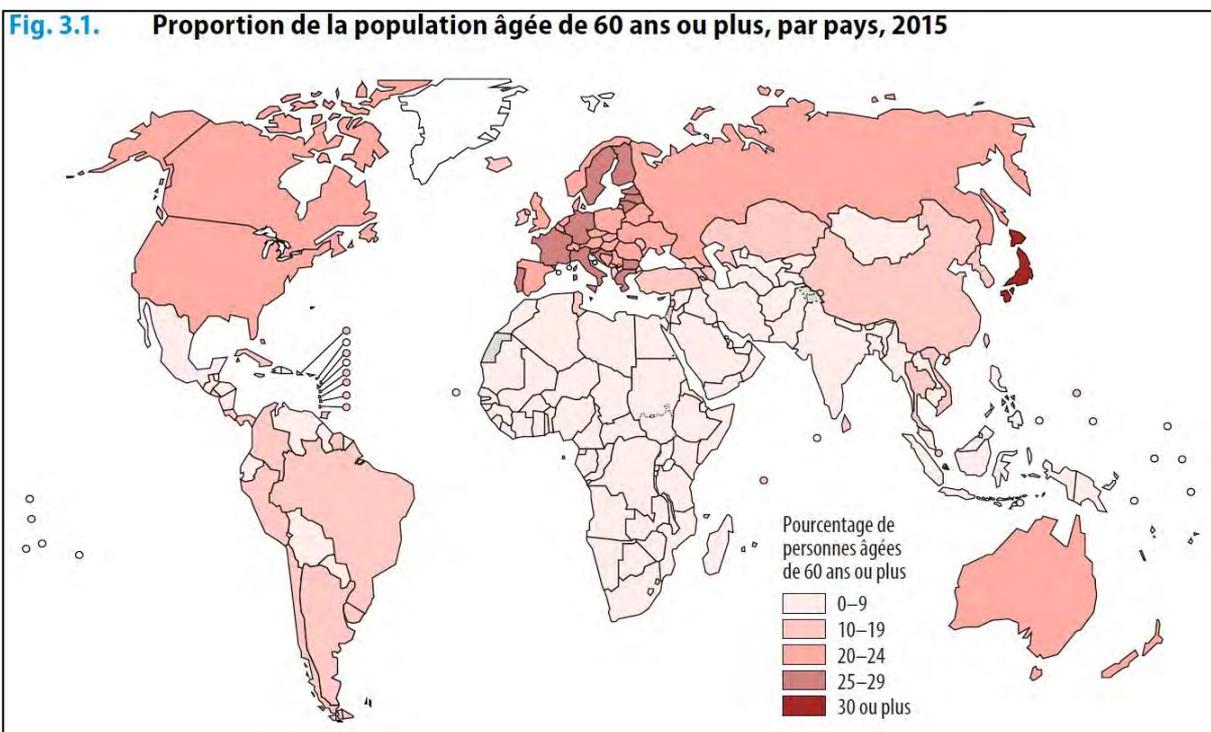


Figure 1 : Proportion de la population âgée de 60 ans ou plus, par pays en 2015

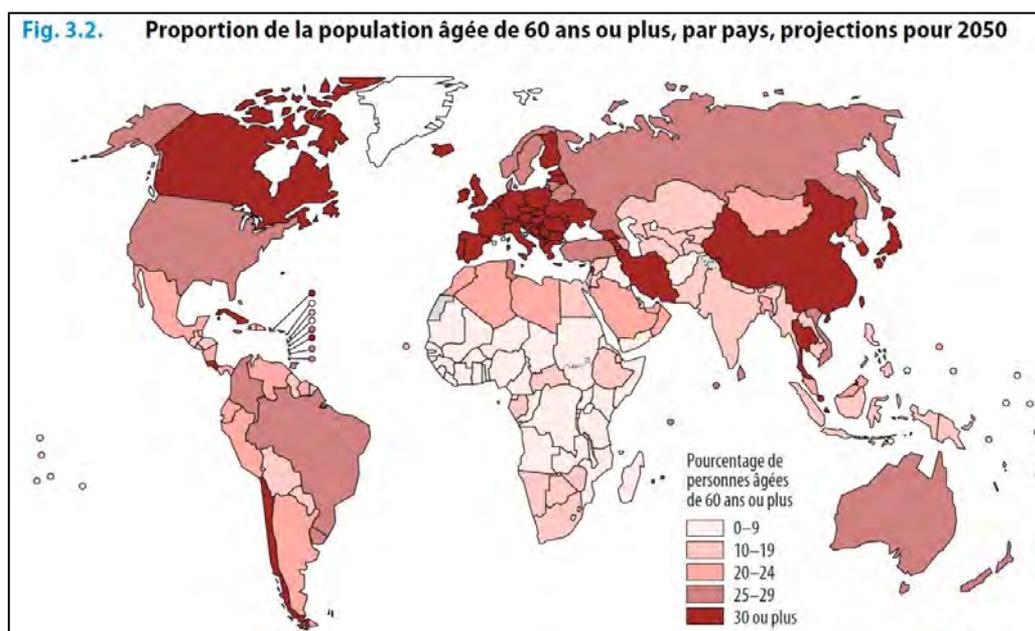


Figure 2 : Proportion de la population âgée de 60 ans ou plus, par pays en 2050

2) Evolution démographique en France

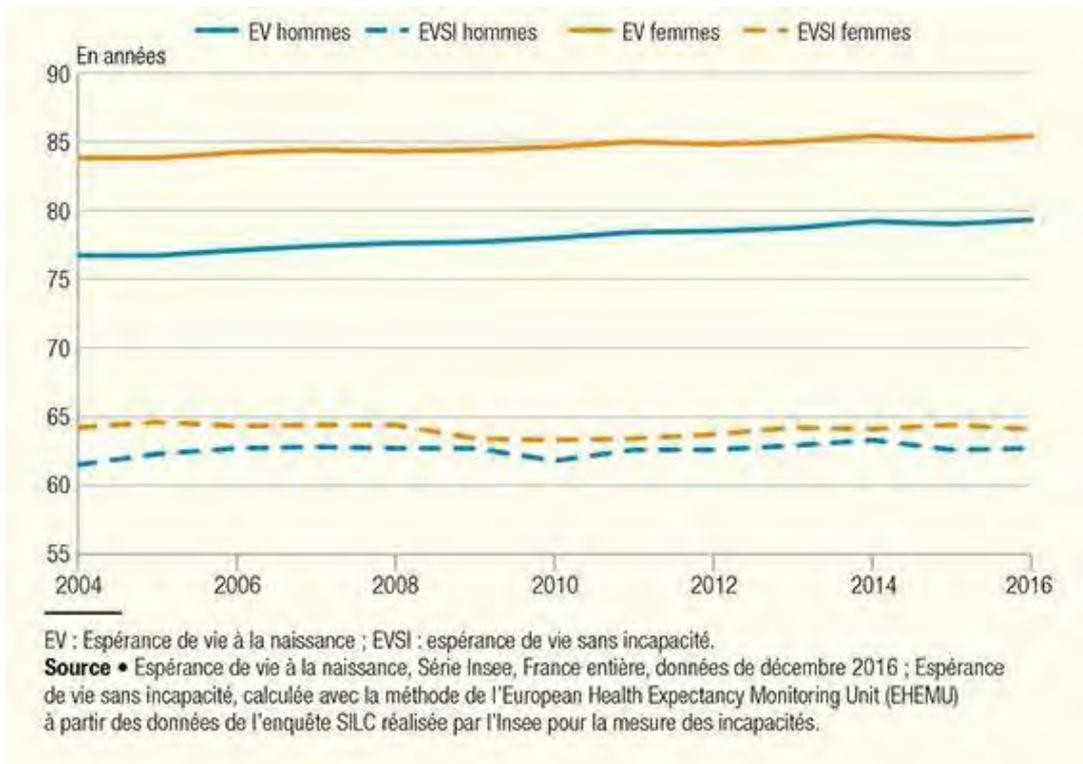


Figure 3 : Evolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, par sexe, de 2004 à 2016 selon le Ministère des Solidarités et de la Santé

En France, le même constat peut être fait. En effet, en 2016, il y avait en France 18,8 % de personnes de plus de 65 ans, contre 13,9% en 1990. Cette tendance est vraie sur l'ensemble du territoire français bien que des inégalités existent. En effet, certaines régions sont amenées à vieillir plus vite que d'autres. C'est le cas des espaces ruraux peu peuplés ou encore des littoraux (3).

Mais, pour nos aînés, ce vieillissement n'est pas uniquement positif. En effet, ceux-ci cumulent souvent maladies chroniques à d'autres problèmes de santé comme des incapacités (peuvent être citées la cécité, la surdité, la perte de mobilité, ...). Ainsi, l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), qui sert à mesurer la qualité de vie du patient en fonction des limitations qu'il peut avoir dans la vie quotidienne, est inférieure de presque 10 ans à l'espérance de vie. Donc en moyenne, nos aînés vivent 10 ans avec des incapacités. Ces données n'ont quasiment pas évolué depuis 2004 (4,5), comme cela est visible sur la figure 3.

Un des objectifs de santé publique est donc de diminuer, ou mieux, de prévenir ces incapacités afin de soutenir notre système de protection sociale « aussi bien dans la dimension vieillesse et autonomie que du côté de l'Assurance maladie ». La principale action envisagée est de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces, afin de gagner en efficacité de soins, mais surtout en efficience (6).

Fort de ces constats, depuis plusieurs années maintenant, il y a eu une évolution de la prise en charge des patients âgés pour tendre vers des démarches plus préventives.

3) Historique des évolutions de la prise en charge : de la démarche médicale classique à ICOPE

Pendant des siècles, une proportion importante de personnes sont mortes jeunes, et surtout de maladies infectieuses. Les systèmes de soins se sont construits pour répondre à cette problématique, réussissant à diminuer drastiquement le nombre de morts liés aux infections (2). Les personnes vivent donc plus vieilles. La gériatrie **s'est** progressivement développée, avec pour objectif **d'améliorer** la prise en charge de ces personnes, de diminuer leur mortalité, et de diminuer les coûts des soins médicaux prodigués (7–9). Des outils pluriprofessionnels se sont développés, permettant d'améliorer la qualité de vie du patient et son autonomie (9,10).

Les recherches pour améliorer les connaissances gériatriques ont mené à l'apparition du concept de fragilité (10–13). Ce concept a été défini comme un état où la vulnérabilité aux facteurs de stress est augmentée, avec en parallèle une avancée en âge. Cela compromet alors la faculté de l'organisme à maintenir l'homéostasie (11). Il s'agit d'un cercle vicieux qui s'auto-alimente (11,13). Pour essayer de diagnostiquer et de dépister cet état et donc de le prendre en charge, Fried a inventé un outil permettant une évaluation multidisciplinaire (12–16). Cet outil permet de classer les patients en trois états différents qui sont l'état robuste, l'état pré-fragile et l'état fragile (12). Ces dépistages peuvent s'effectuer dans des hôpitaux de jour (15,17,18), ou en soins primaires comme cela est le cas avec le protocole de coopération entre professionnels de santé en Occitanie (19). Ces dépistages ont par ailleurs un intérêt économique

certain puisque plus le niveau de dépendance d'une personne augmente, plus son coût pour la société est important (16).

La France n'ayant pas été le seul pays à s'intéresser à la santé de ses aînés, en 2016, l'OMS a publié un rapport global sur la prise en charge des personnes âgées, et sur la manière de l'optimiser. Trois axes de prise en charge sont proposés (2) :

- Compenser la perte de capacités lorsque la personne est dans un stade d'invalidité, c'est ce qui coûte le plus à notre système de solidarité vieillesse.
- Inverser, arrêter ou ralentir l'évolution de la perte de capacités, via des programmes pluridisciplinaires incluant notamment l'activité physique
- Développer et conserver les capacités et la résilience chez des personnes encore robustes pour prévenir un état de dépendance. Cela ne peut se faire que si ces personnes sont rendues actrices de leur santé, et qu'elles sont mises au cœur de leur prise en charge.

C'est pour répondre à ces objectifs de prise en charge que le projet Integrated Care In Older People (ICOPE) est né.

4) Projet ICOPE

a. Description

Ce projet vise les personnes robustes, chez qui vont être réalisées des tests de dépistage préventifs. Cette prise en charge se découpe en plusieurs étapes. Si un problème est détecté lors du dépistage (STEP 1), le patient passe à la deuxième étape (STEP 2) et est renvoyé vers un professionnel de santé pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée complète. L'étape 3 (STEP 3) consiste à mettre en place des mesures pour corriger les problèmes détectés à l'étape 2. L'étape 4 (STEP 4) consiste à suivre le patient entre les différents points de prise en charge (ville et hôpital), tandis que l'étape 5 (STEP 5) consiste à soutenir les aidants tout en entreprenant des actions de santé publique à l'échelle communautaire (20,21).

b. Dans le monde

Suite au rapport publié par l'OMS en 2016, des pays du monde entier ont lancé **des programmes pour permettre l'intégration de soins coordonnés dans la prise en charge des patients âgés**. Dans les premières publications apparues, il y eu notamment une étude pour analyser les barrières qui pouvaient exister à la mise en place de soins intégrés à **l'échelle** micro (**l'échelle** du soins), à **l'échelle** méso (à **l'échelle** des politiques communales) et à **l'échelle** macro (à **l'échelle** de politique de santé publique nationale), comme cela a été le cas en Corée (22–25). Sont également apparus de nombreux **essais au niveau micro, ce qui correspond aux trois premiers STEP d'ICOPE**. C'est actuellement **l'échelle** la plus largement étudiée (26,27). En Europe, le projet SUSTAIN (Sustainable Tailored Integrated Care for Older People in Europe) a été lancé pour accélérer la transition vers des soins intégrés pour la prise en charge des personnes **âgées**. Il regroupe **14 pays dont l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Unis** qui ont choisi de mettre en place un parcours de soins coordonnés en soins primaires, comme **le STEP 1 d'ICOPE en France**. Ce projet sert à **comparer le déploiement des soins** intégrés dans différents pays afin de trouver des similitudes. Cela servira de base pour déployer plus largement ce type de projet (28). Mais des chercheurs se sont également intéressés aux composantes méso et macro du projet ICOPE et ont essayé **d'identifier les actions permettant de mettre en place ce projet à grande échelle** à travers différents pays (29).

Toutes ces études nous permettent de voir que le projet ICOPE est déjà en train de germer dans plusieurs pays et que des premiers résultats positifs sont en train **d'en ressortir**. **Qu'en est-il** en France ?

c. En France

En France, un tel programme a été lancé à Toulouse, en Occitanie avec la coopération du Gérontopôle, dirigé par le Professeur Bruno Vellas (30,31). L'expérimentation a notamment commencé par la formation d'équipes officinales (pharmaciens et préparateurs) ainsi que

d'infirmiers libéraux. L'objectif ambitieux du projet à 5 ans serait d'avoir évalué 200 000 personnes en Occitanie (21).

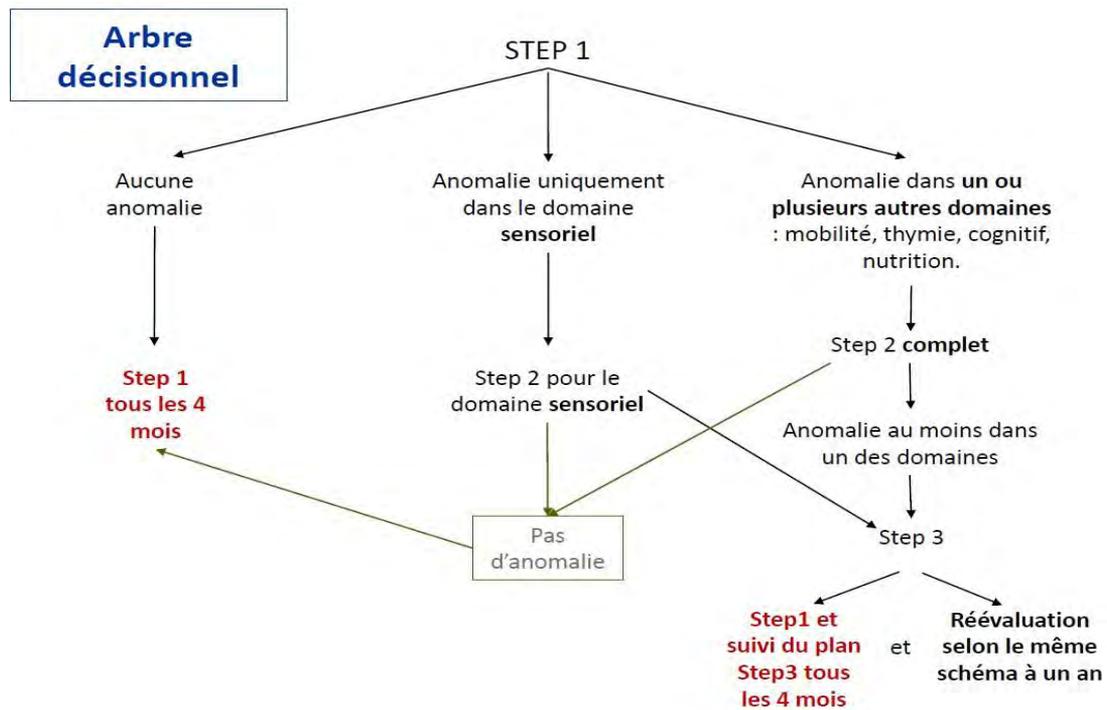


Figure 4 : Arbre décisionnel général d'ICOPE

Le programme se divise en différentes phases. Les trois premières sont détaillées ci-dessus (cf. figure 4) (32).

Observons un peu plus à présent le STEP 1 d'ICOPE. Cette évaluation comporte 5 axes et suit le plan de la fiche d'évaluation (Annexe 1) (32).

L'évaluation commence par une analyse de la cognition via des questions auto-évaluatives en termes de mémoire et d'orientation (tests des trois mots, tests de restitution de la date du jour et auto-évaluation de l'état cognitif (33–36)).

Le deuxième domaine évalué est la nutrition grâce à différentes questions concernant le poids de la personne, une perte de poids non intentionnelle de plus de 3kg au cours des 3 derniers mois, et enfin une perte d'appétit récent. Une question optionnelle peut être rajoutée en demandant au patient de qualifier son appétit (100 excellent appétit, 0 très mauvais appétit) (37–39).

Concernant l'évaluation de la capacité visuelle, elle est réalisée grâce aux réponses déclaratives du patient (A-t-il des problèmes pour lire de près ? Pour voir de loin ? A-t-il de l'hypertension artérielle ou du diabète). Le patient peut également coter cette diminution de vision lors d'une question optionnelle (40,41).

S'ensuit l'évaluation de l'audition au moyen du test de Whisper (ou test du chuchotement (20,42–45)). L'intervenant réalisant le test se place derrière le patient, pose son bras sur l'épaule du patient pour être à une distance d'environ 60 cm du patient, se positionne à hauteur de son oreille. Il demande au patient de se boucher l'oreille qui ne passe pas le test avec son doigt au niveau du tragus. La personne réalisant le test chuchote ensuite un mot de deux syllabes et demande au patient s'il peut répéter ce mot. Le test est répété avec un autre mot sur la même oreille avant de le réaliser de l'autre côté selon le même protocole. Il peut également être demandé au patient de préciser si lui ou son entourage ont perçu une baisse d'audition récemment.

Le test suivant concerne l'évaluation de l'état psychologique du patient avec des questions cherchant à mettre en évidence un sentiment de déprime ou de dépression et une sensation d'anhédonie. En question optionnelle, le patient peut coter son sentiment de tristesse (100 très heureux, 0 très malheureux) (46–49).

Enfin le dernier test est un test de mobilité évaluant la force musculaire au niveau des jambes, il s'agit du test de lever de chaise (50–55). Le but pour le patient est de se lever 5 fois de suite d'une chaise sans utiliser ses bras, et cela en moins de 14 secondes. Concernant la réalisation, il est conseillé de placer une chaise sans accoudoir contre un mur ou un plan dur, pour éviter que la chaise ne recule entre les levers. Le patient commence assis, le dos n'est pas appuyé contre le dossier. Le patient croise les bras sur sa poitrine. Le chronomètre est lancé quand le patient commence à se lever, le test se termine quand le patient arrive à sa cinquième position debout.

Pour chaque compétence évaluée, des conseils pratiques peuvent être donnés au patient.

d. La place du Gérontopôle dans le projet

1. Qu'est-ce que le Gérontopôle de Toulouse

Le Gérontopôle est une structure labellisée en 2007 en France alliant un pôle recherche avec un pôle clinique. Il s'agit de la première structure de ce type en France à recevoir ce label (« Centre Collaborateur OMS pour la Fragilité, la Recherche Clinique et la Formation en Gériatrie ») (56,57). Il a plusieurs missions (58):

- Permettre l'accès au diagnostic, à l'innovation thérapeutique et à la recherche clinique pour les personnes âgées fragiles
- Mettre en place un Institut du Vieillissement pour développer et valider des actions de promotion de la santé et de prévention chez les personnes âgées en bonne santé
- Prendre en charge les personnes âgées dépendantes et faire de la recherche clinique en EHPAD.

Cette désignation donne au Gérontopôle une portée est internationale (57). Par ailleurs, les projets de recherche qui y sont entrepris sont aussi bien nationaux, européens qu'internationaux. La force de cette structure réside dans l'association recherche / clinique ainsi que dans la diffusion des résultats des recherches dans les territoires locaux, notamment grâce à des équipes régionales. Une grande diversité de services tournés vers le sujet âgé a été créée et intégrée au pôle gériatrie. Parmi eux, peuvent être cités **l'oncogériatrie** et ses Equipes Mobiles, la cardiogériatrie, les Post Urgences Gériatriques, une Unité de Résonance Soins Palliatifs ainsi qu'une **Equipe mobile associée**, et **l'Hôpital de jour de Fragilité**. **Cette liste n'est pas exhaustive, mais démontre l'étendue de l'organisation** qui donne du poids aux possibilités de recherche du Gérontopôle et qui en fait un appui important dans le programme ICOPE. (56)

2. Son rôle et son apport au projet

Le projet ICOPE fait partie intégrante au projet INSPIRE qui est un projet de vieillissement réussi et de « réjuvenation » entrepris par le Gérontopôle. Les objectifs de ce

projet sont de prévenir le vieillissement chez les patients âgés de 50 ans et plus, et d'« inverser, arrêter ou ralentir l'évolution de la perte de capacités, compenser la perte de capacités » chez les sujets âgés de plus de 70 ans présentant une perte fonctionnelle. Le but de l'étude est d'améliorer de 5 ans l'EVSI. Pour cela, les actions du projet ICOPE utilisent un modèle basé sur les caractéristiques de l'individu, donc un modèle personnalisé et non pas centré sur la pathologie ou l'organe. Le patient est mis au centre de l'étude : ce n'est pas une maladie qui est soignée mais un patient donné avec son environnement qui l'influence (56).

Récemment, ils ont inclus dans leur cohorte les patients participant au projet ICOPE. En effet, le suivi rapproché (tous les 4 mois) permet de détecter une baisse récente des capacités cognitives. Cela permet ensuite de rechercher des marqueurs biologiques précoces liés à cette perte de capacité cognitive observée. (59).

Le Gérotopôle est également responsable du Protocole de coopération appelé « Protocole de coopération : intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé ». Il s'agit d'un précurseur d'ICOPE puisque ce protocole permettait aux infirmiers de réaliser une évaluation gériatrique complète du patient afin de repérer un état fragile et d'initier un plan de prise en charge validé avec le médecin généraliste du patient. Ce protocole est très similaire au STEP 2 d'ICOPE (19).

Concrètement, le Gérotopôle est à l'origine de l'application ICOPE Monitor (60) et du chatbot Botfrail (robot conversationnel Botfrail) (61) qui permet un accès au même questionnaire en ligne que l'application, mais qui permet de faire le test sur ordinateur pour les personnes ne possédant ni smartphone ni tablette. L'application comme le chatbot permettent une auto-évaluation par le patient en plus d'une évaluation possible par le soignant. Les questions sont alors légèrement adaptées, notamment pour ce qui concerne les tests de mémoire. Pour regrouper toutes les informations, une base de données Fragilité est incrémentée automatiquement et gérée par les équipes du Gérotopôle (62).

e. La place du REIPO dans le projet

1. Qu'est-ce que le REIPO

Le REIPO est le Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine. C'est un réseau fondé en 2015 comptant pour partenaires la Faculté de Pharmacie de Toulouse, avec

l'Association à la formation continue des pharmaciens de Midi-Pyrénées (AFPM), le Collège des maîtres de stage, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) pharmaciens Occitanie et le Gérontopôle de Toulouse. Son rôle est d'accompagner et de former les pharmaciens à la restructuration du métier d'officinal. La première action du réseau s'est portée sur le BPM (Bilan Partagé de Médication) et sur l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé (63). Concernant la mise en œuvre, le REIPO propose des formations professionnelles, un accompagnement personnalisé des pharmaciens pendant leur neuf premiers BPM sous forme d'un tutorat, d'une équipe spécialisée en gériatrie joignable par mail pour répondre aux questions ainsi que des supports validés servant de ressources. Tout cela forme ce qui est appelé le projet BIMEDOC (Bilan de Médication en Occitanie) (63,64). Cet accompagnement personnalisé permet de toucher un bon nombre de pharmacies du territoire de la région Occitanie et créer un maillage de pharmacies formées aux nouvelles missions (63).

2. Son rôle et son apport au projet

De par ses objectifs et son réseau régional, le REIPO est un acteur important pour promouvoir la formation des pharmaciens d'officine au STEP 1 d'ICOPE. En effet, le réseau est déjà en place, et permet de toucher un grand nombre de pharmacies sur l'ensemble du territoire. Ainsi, le REIPO s'est associé au Gérontopôle pour réaliser ces formations.

5) Hypothèse de recherche et objectifs

a. Hypothèse de recherche

Nous faisons l'hypothèse que la formation de l'équipe officinale (pharmaciens, étudiants en pharmacie, préparateurs et élèves préparateurs) au STEP 1 et la rémunération de l'URPS pharmacie vont permettre de réaliser à minima 1000 STEP 1 d'ici la fin du financement du projet par l'URPS Occitanie.

b. Objectifs

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude consiste à analyser le nombre de STEP 1 réalisés par les équipes officinales sur une période allant du lancement de l'étude (fin 2020) à la fin du stage des 6^{èmes} années d'officine en 2021 (semaine 24), et de le comparer au nombre total de STEP 1 réalisés par l'ensemble des professionnels de santé.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont multiples. Ils vont consister à :

- Identifier combien de STEP 1 ont été réalisés dans chaque département
- Quantifier le nombre de STEP 1 anormaux réalisés
- Evaluer la satisfaction des équipes officinales concernant le circuit ICOPE en officine

II. Matériels et méthodes

1) Circuit ICOPE en officine

a. La formation

1. Des pharmaciens et des préparateurs

Les premières formations ont eu lieu courant janvier-février 2020 sous forme de présentiels animés par le Gérontopôle et ont alors été formés des infirmiers et quelques pharmaciens. D'autres formations étaient programmées en présentiel fin mars mais ont dû être annulées du fait du contexte épidémique national. En mai, les formations ont pu enfin reprendre sous forme de webinars (visio-conférences) animés de manière pluri-professionnelle grâce à des diapositives support. Les créneaux de formation initialement prévus ont rapidement été saturés et de nouveaux créneaux ont été mis en place pour permettre de répondre à la forte demande.

2. Des étudiants en pharmacie

Les étudiants en 6^{ème} année de pharmacie, filière officine de **l'année 2019-2020** ont bénéficié **d'une formation d'une heure en présentiel sur le projet ICOPE, l'utilisation d'ICOPE Monitor et son déploiement en officine. Cette formation d'une heure s'apparente à celle proposée aux professionnels via les webinars. Pour l'année 2020-2021, du fait du contexte sanitaire lié à la pandémie de la COVID-19, cette formation a été proposée en ligne. Le créneau choisi a été d'une durée de trois heures durant lesquelles des mises en situation ont pu être réalisées en groupe malgré le distanciel, permettant de mimer à tour de rôle la proposition d'une évaluation STEP 1, et sa réalisation.**

3. Des élèves préparateurs

Une formation d'une heure a été proposée aux élèves préparateurs de 2^{ème} année sur l'année scolaire 2020-2021 via le CFA de Toulouse. Cela a permis de former 72 préparateurs au programme ICOPE à la fin de l'année scolaire 2021.

b. Valorisation de la mission

Grâce à l'implication de l'URPS pharmaciens Occitanie dans le projet, une rémunération est proposée aux pharmaciens à hauteur de 30€ par bilan avec une rémunération de 300€ maximum par semestre et par officine payée en fin d'année pour les 1000 premiers STEP 1 réalisés (64). Cette rémunération a été proposée pour l'année 2020, et a été reconduite pour la première moitié de l'année 2021. L'idée première était de transformer cette rémunération pour qu'elle soit versée par l'AM, si les résultats d'ICOPE étaient concluants. Ce projet va être concrétisé puisque ICOPE va se déployer dans d'autres régions avec une rémunération à l'acte fournie par l'ARS (65).

c. Saisie des données (Application / Chatbot / Papier)

Pour recueillir les informations du STEP 1, les pharmaciens peuvent utiliser 3 outils :

- L'application ICOPE Monitor sur smartphone ou tablette
- Le robot conversationnel sur ordinateur (Chatbot Botfrail)
- Sur le formulaire papier (Annexe 1).

L'application et le Chatbot sont connectés à la base de données Fragilité gérée par le Gérotopôle. Si le pharmacien préfère renseigner les informations sur papier lors de l'entretien avec le patient, il lui faudra ensuite reporter les résultats soit sur l'application ICOPE Monitor soit sur le Chatbot, soit directement sur la base de données Fragilité. Pour le pharmacien, c'est le fait de réaliser cette saisie qui lui permet d'obtenir la rémunération proposée. Le moyen le plus efficace pour tracer cet acte et percevoir cette rémunération reste la saisie directe sur l'application ICOPE Monitor. En effet, cela permet un suivi plus aisé à l'URPS pharmacie. Le Chatbot et l'application sont composés d'un double accès : un professionnel et un patient, qui permet à ce dernier de réaliser une auto-évaluation.

Détaillons à présent le déroulé d'un STEP 1 sur l'application. Dans un premier temps, il convient de s'identifier : une adresse mail servant d'identifiant et un mot de passe sont nécessaires. La fenêtre suivante nous permet d'accéder à trois propositions :

- Réaliser une première évaluation pour un patient
- Réaliser une évaluation de suivi
- Obtenir des informations sur le programme ICOPE.

Lors d'une première évaluation, il convient de cliquer sur « première évaluation », une notice d'informations apparaît. Dans le cadre de l'exercice en pharmacie d'officine, il est nécessaire de la lire à haute voix au participant afin de recueillir son consentement éclairé. A noter qu'un patient peut également télécharger l'application et réaliser une première évaluation en autonomie. Dans ce cas, il cochera la case « Bénéficiaire : je certifie donner mon accord ». S'ensuit une série de renseignements obligatoires à rentrer sur le patient (voir figure 5, à noter que n'ont été saisis dans cet exemple que les données strictement nécessaires à la poursuite du dépistage) :

- Le sexe,
- Le nom et prénom,
- La date et ville de naissance,
- Un téléphone (de préférence portable),
- Un email.

Si le patient est d'accord, d'autres informations peuvent être recueillies comme :

- L'adresse du patient
- Le nom et prénom du médecin traitant
- Et la ville d'exercice du médecin traitant.

Une fois ces données renseignées, le test peut commencer. L'application suit le déroulé du questionnaire papier situé en Annexe 1, qui correspond à la première version, qui contient les questions optionnelles. Les domaines évalués sont donc dans l'ordre :

- La cognition
- La nutrition (avec une question optionnelle pour évaluer l'appétit)
- Les domaines sensoriels avec la vision puis l'audition (avec des questions optionnelles pour évaluer la qualité de ces deux domaines)
- La psychologie (avec une question optionnelle pour évaluer l'état psychique du patient)
- La mobilité

NOUVEAU PARTICIPANT

Sexe

Masculin

Féminin

TEST

Test

Test

26/11/1951

Ville de naissance

Adresse

Code postal

Ville

0600000000

Test.test@test.fr

Telephone 2

Nom et prénom du MEDECIN ...

Ville d'exercice MEDECIN TRAITANT

Figure 5 : Fiche de renseignements sur l'application Icope Monitor

A noter que les questions concernant les domaines sensoriels tiennent compte des appareillages possibles des patients (port de lunettes par exemple). Par ailleurs, pour la réalisation du test de chuchotement (audition) et du test de lever de chaise (mobilité), l'application ouvre une fenêtre explicative pour rappeler les consignes permettant le bon déroulé de ces tests. La figure 6

représente les consignes de réalisation des deux tests sensoriels et un exemple de résultat du test de lever de chaise.



Figure 6 : Informations test de chuchotement, test du lever de chaise et exemple de résultat du test de lever de chaise

Une fois le test fini, une page de résultats s’ouvre avec les 6 domaines explorés et les résultats du test (normal ou anormal) associés à un code couleur (vert : normal / rouge : anormal). Une



Figure 7 : Exemple d'une page de synthèse sur ICOPER Monitor

page de synthèse suit cette page de résultats (figure 7).

L'écran suivant récapitule le nom et prénom du patient ainsi que sa date de naissance. Un numéro d'anonymat associé apparaît également. Si le patient veut réaliser l'évaluation de suivi en autonomie, il convient de lui communiquer ce numéro (qui lui servira à s'identifier et commencer directement une évaluation de suivi). Le praticien est ensuite invité à aller sur la page suivante pour retrouver des conseils à donner au patient dans chaque domaine.

Ces conseils sont les suivants :

- Mobilité : Réaliser 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine ou 75 minutes d'activité intense ; faire 10 minutes d'exercice par jour, du renforcement musculaire au moins 2 fois/semaine et des activités physiques favorisant l'équilibre si le sujet est mobile.
- Nutrition : Expliquer ce qu'est une alimentation variée, équilibrée et diversifiée ; expliquer l'importance de l'augmentation d'apport protidique avec l'âge ; conseiller l'activité physique qui favorise l'utilisation de protéines par le muscle et améliore l'appétit ; favoriser les repas à caractère social et encourager l'exposition solaire pour la production de vitamine D.
- Psychologie : Maintenir un bon équilibre nutritionnel, encourager l'activité physique, proposer des ateliers multi-domaines, cultiver les liens sociaux et familiaux, favoriser les activités gratifiantes et être vigilant vis-à-vis des personnes venant en aide à un proche
- Vision : Eviter de se frotter les yeux, utiliser un savon doux pour les paupières, éviter les cosmétiques, augmenter l'intensité de l'éclairage à domicile, notamment pour la vision de près, limiter le temps d'utilisation des écrans ou le temps excessif de vision de près, et avoir un suivi ophtalmologique une fois par an à partir de 50 ans (exemple en figure 8 ci-dessus).
- Audition : Ne rien introduire dans les oreilles, ne pas nettoyer l'oreille avec un coton tige, ne pas se baigner dans de l'eau sale, se sécher les oreilles après une baignade, éviter l'exposition aux bruits, faire attention aux médicaments oto-toxiques et conseiller une consultation auditive dès la moindre gêne auditive à partir de 50 ans.

- Cognition : maintenir un bon équilibre nutritionnel, encourager l'activité physique, proposer des ateliers multi-domaines, encourager la personne à rester active, préconiser les activités source de stimulation cognitive (lecture, jeux de société, activités artistiques, ...) et favoriser les contacts sociaux.

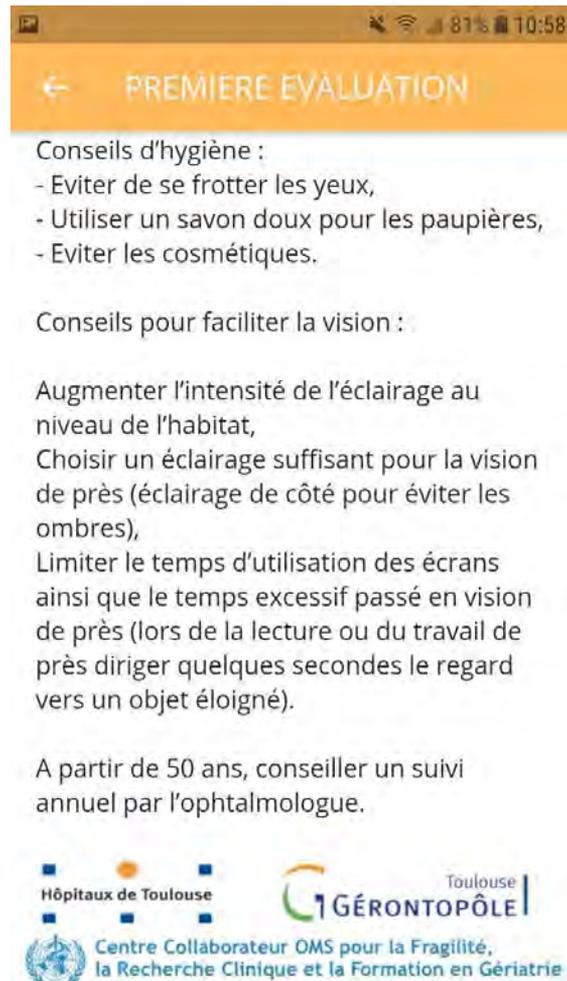


Figure 8 : Conseils donnés pour la capacité visuelle par l'application ICOPE Monitor

A la suite de ces rappels consultables, une nouvelle page s'ouvre en indiquant la date de la prochaine évaluation à réaliser (4 mois plus tard).

Quand le patient vient pour faire une évaluation de suivi, le professionnel de santé ouvre l'application et sélectionne « Evaluation de suivi ». Une fenêtre s'ouvre avec la liste des patients pour qui le STEP 1 a déjà été effectué une première fois. Trois colonnes sont affichées : le nom du patient, sa date de naissance, et la date de la prochaine évaluation avec un bouton « sélectionner ». A côté du nom du patient, un œil symbolisé permet d'accéder à la fiche du

patient remplie au début du STEP 1 (cela permet de vérifier l'identité complète, notamment pour différencier les membres d'une même famille).

Pour réaliser l'évaluation de suivi, le professionnel clique sur « sélectionner » et le test commence. Il s'agit du même questionnaire que précédemment. Si le patient va bien, et que les indicateurs sont au vert, une nouvelle évaluation est programmée. Si au moins un des critères n'est pas validé, sur la page de synthèse apparaît alors la phrase suivante : « Le résultat montre des anomalies, merci de renseigner le type d'orientation réalisé au regard de ces résultats ». Le menu déroulant en dessous propose comme possibilités :

- Prise en charge déjà en cours par le médecin traitant ou spécialiste
- Je recommande au participant de prendre rendez-vous avec son médecin traitant
- Je contacte son médecin traitant ou référent
- Je réalise ou programme le STEP 2
- Autre

Une fois que le praticien a coché une des propositions, il peut passer à la page suivante qui est la page présentant tous les conseils pouvant être donnés selon les différents domaines explorés.

Intéressons-nous à présent à IcopeBot, le robot conversationnel disponible sur ordinateur à l'adresse suivante : <https://icopebot.botdesign.net/>. Tout comme sur l'application mobile, le praticien est **d'abord** invité à **s'identifier**, à lire le consentement au patient puis à saisir ses informations personnelles. Ici, la saisie de toutes les **informations personnelles est obligatoire contrairement à l'application où certaines questions pouvaient être sautées**. Par ailleurs, les questions notées comme **optionnelles sur l'application Icope Monitor (et qui ont été enlevées du STEP 1 papier définitif, cf. Annexe 2) sont ici obligatoires**. Après avoir réalisé l'évaluation de la cognition et de la nutrition, un récapitulatif des informations saisies apparaît. Cela permet de vérifier la saisie des informations importantes (hors questions optionnelles non reportées). Un récapitulatif apparaît également après les questions sur les deux organes sensoriels (vision et audition). Enfin, un dernier récapitulatif est fourni après avoir réalisé le test de mobilité. A la suite du test, les différentes propositions **d'orientation** sont proposées au patient lorsque des anomalies sont constatées. La date

du prochain test s'affiche enfin. Contrairement à l'application, il n'y a pas d'informations supplémentaires à transmettre au patient pour l'aider à garder ou prendre de bonnes habitudes par rapport aux différentes capacités intrinsèques évaluées (cf. figure 9).

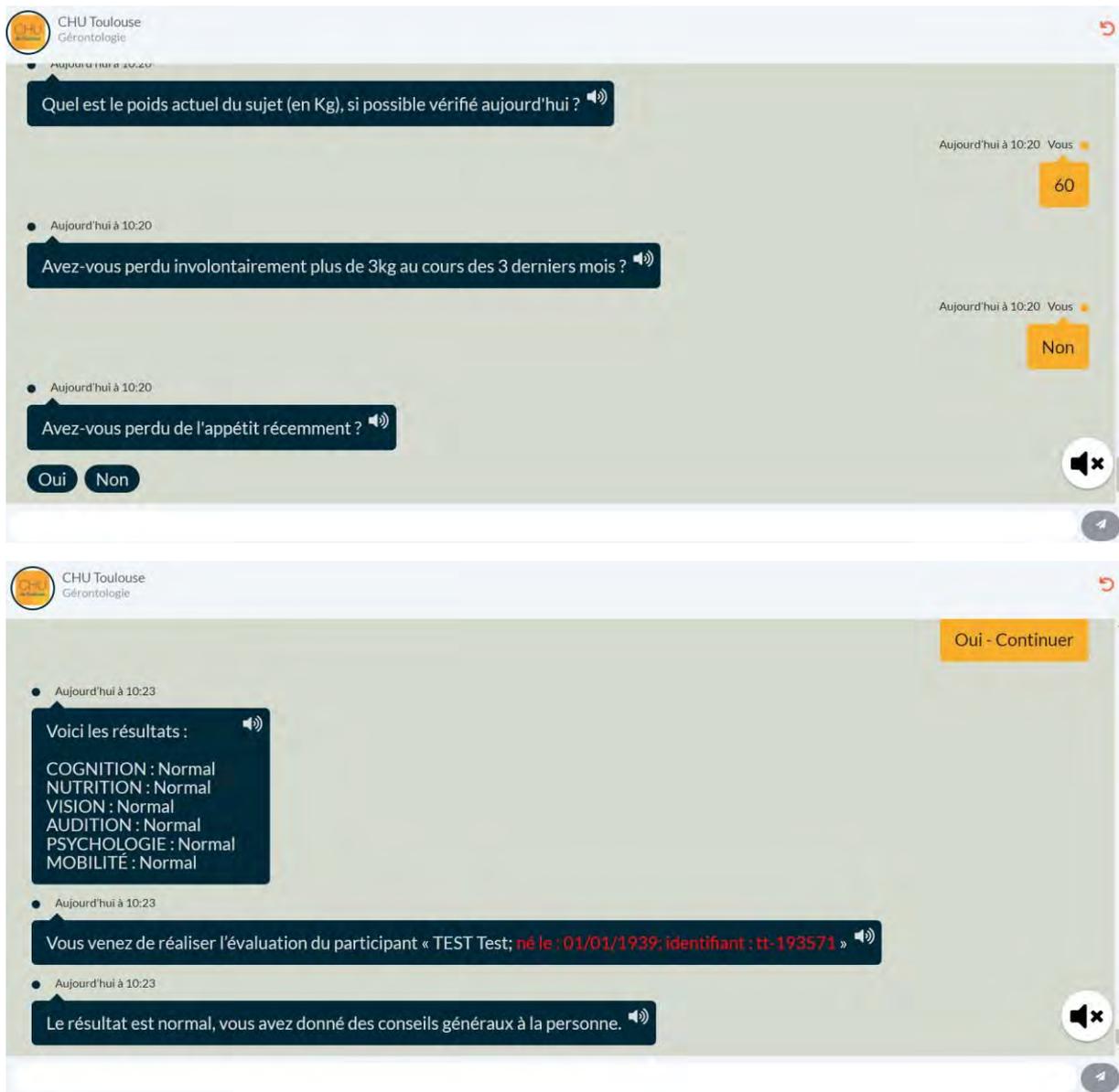


Figure 9 : Exemple du fonctionnement d'ICOPEBOT

2) Analyse des données

a. La base de données Fragilité

La base de données est disponible à l'adresse suivante : <https://icope.chu-toulouse.fr>. Pour s'y connecter, il est nécessaire d'utiliser un identifiant et un mot de passe qui sont les mêmes que ceux définis lors de la première connexion à l'application ICOPE Monitor. Cette base comptabilise sous forme de liste toutes les données rentrées par les professionnels de santé ou par les patients lors de l'utilisation de l'application ou du chatbot.

Le professionnel ayant accès à la base peut donc suivre combien de STEP 1 ont été réalisés dans sa pharmacie, s'il s'agit de STEP 1 initial ou de STEP 1 de suivi (4 mois plus tard), quels sont ceux qui ont déclenché au moins une alerte, et si cette alerte a été contrôlée puis suivie avec la réalisation d'un STEP 2. Est également indiquée la date du prochain STEP 1 de chaque patient. Et à l'issue des rappels, un code couleur permet de voir si le patient est en déclin par rapport à la dernière évaluation, s'il est stable ou s'il y a eu une amélioration : rouge pour un déclin, orange pour un état stable, et vert pour une amélioration de son état (cf. figure 10). Il y a possibilité de n'afficher que certains STEP 1 réalisés en fonction des dates de réalisation, et du type de STEP 1 (initial ou de suivi). Le praticien peut également créer un patient directement sur cette base de données (notamment si le STEP 1 a été effectué sur

Nom	Prénom	Naissance	Date de l'alerte	Statut	Tendance	Dernière action	Centre step 1
		01/01/1943	Patient	11/03/2022	Traitée	11/03/2022	Martine
		13/11/1951	Patient	09/03/2022	Traitée	10/03/2022	Paulette
		16/02/1936	Patient	04/03/2022	Traitée	04/03/2022	Télésuivi ERVPD
		16/08/1943	Patient	04/03/2022	Traitée	04/03/2022	Télésuivi ERVPD
		16/05/1936	Patient	24/02/2022	Traitée	24/02/2022	Marielle
		22/10/1946	Patient	23/02/2022	Traitée	24/02/2022	Marielle
		17/03/1940	Patient	23/02/2022	Traitée	24/02/2022	Martine
		23/11/1937	Patient	23/02/2022	Traitée	24/02/2022	Télésuivi ERVPD
		31/10/1933	Patient	22/02/2022	Traitée	23/02/2022	Jean-Charles
		24/05/1949	Patient	21/02/2022	Traitée	23/02/2022	Jean-Charles
		21/09/1939	Patient	21/02/2022	Traitée	23/02/2022	Jean-Charles
		28/09/1945	Patient	21/02/2022	Traitée	21/02/2022	Jean-Charles
		11/05/1931	Patient	17/02/2022	Traitée	18/02/2022	Martine
		15/08/1939	Patient	16/02/2022	Traitée	16/02/2022	Télésuivi ERVPD
		30/06/1957	Patient	15/02/2022	Traitée	16/02/2022	Paulette
		17/08/1956	Patient	14/02/2022	Traitée	15/02/2022	Télésuivi ERVPD
		24/01/1942	Patient	14/02/2022	Traitée	15/02/2022	Jean-Charles

Figure 10 : Exemple des données visibles sur la base de données du Gérontopôle

support papier). Enfin, les données présentes sur le site peuvent être exportées sous la forme **d'un** tableur retraçant toutes les questions du STEP 1 (y compris les questions **optionnelles**). **C'est cet outil que nous** utilisons pour analyser les données recueillies.

D'autres onglets sont présents sur cette base de données, notamment dans la section « tableaux de bord ». On peut ainsi avoir accès aux statistiques de STEP 1 et de STEP 2. Les statistiques de STEP 1 permettent de visualiser le nombre de STEP 1 effectués (toutes sources de recueil confondues). Cela est divisé en plusieurs classes :

- le nombre de STEP 1 initiaux réalisés,
- le nombre de STEP 1 avec un suivi.

Concernant les données patients, cela permet d'avoir une idée de la moyenne d'âge et du sexe ratio des patients évalués. Ensuite, sont détaillés les différents domaines analysés et le pourcentage d'anomalies constatées pour chacun d'entre eux. Enfin, l'onglet synthèse permet d'avoir une idée du nombre de patients avec au moins une capacité altérée, ainsi que le pourcentage d'anomalies dans chaque domaine. Le dernier onglet s'appelle « Indicateurs d'activité ». Il représente, notamment sous forme de diagramme, le nombre de STEP 1 initiaux et de suivis réalisés. Un autre diagramme représente le type **d'application** utilisé pour réaliser ces STEP 1, et par qui cela a été réalisé (par le patient, ou par un professionnel, sur **l'application**, sur le robot conversationnel Botfrail, ou directement rentré sur la base de données Fragilité).

b. Recueil des données

Après extraction des données, un tri a été fait afin d'obtenir un tableur simplifié et plus lisible des informations. Ont été alors conservés :

- L'âge des participants,
- Leur sexe,
- Le département où a eu lieu le STEP 1,
- La pharmacie où a eu lieu le STEP 1,
- Le type de suivi (initial ou de suivi),
- La date du STEP 1

- Si cela a déclenché ou non une alerte et dans quelle catégorie (nutrition, cognition, ...)

Ces informations ont été extraites à trois moments différents :

- Fin 2020, soit après la première année de lancement du projet
- Fin mars 2021, soit au milieu du stage des 6^{èmes} années de pharmacie de Toulouse, qui avaient pour objectif de stage de réaliser au moins deux STEP 1 par mois.
- Fin juin 2021, soit à la fin du stage des 6^{èmes} années de pharmacie de Toulouse, qui signera la fin du recueil des données de cette étude.

c. Traitement des données

Le traitement des données est effectué via le logiciel Excel©, qui permet de réaliser des graphiques, des pourcentages, et des courbes de suivi de l'évolution des données. Cette analyse permet d'obtenir plusieurs informations :

- L'âge moyen des patients ayant effectué le STEP 1
- Le ratio hommes/femmes des patients dépistés
- Le pourcentage de STEP 1 initiaux par rapport aux STEP 1 de suivi
- Le nombre de STEP 1 ayant déclenché une alerte
- Le pourcentage de STEP 1 altérés par catégorie
- Le nombre de STEP 1 effectués par département
- Le nombre de pharmacies ayant réalisé des STEP 1 par département
- Le nombre moyen de STEP 1 effectués dans une pharmacie par département.

3) Retour des pharmaciens

Pour évaluer l'intégration du programme ICOPE dans les pharmacies d'officine, il était intéressant d'avoir le retour des pharmacies sur le terrain sur la période étudiée. Pour ceci, un questionnaire a été établi et reprend les questions suivantes :

- La formation suivie et la connaissance de la fiche mémo, outil proposé par le REIPO.

- Evaluation de la typologie de la pharmacie : à savoir, connaître le département d'origine, et connaître le nombre d'employés dans l'officine (nombre de pharmaciens, de préparateurs, d'apprentis, d'étudiants en pharmacie et éventuellement d'autres postes)
- Organisation au sein de l'officine : à savoir, qui réalise les STEP 1 dans la pharmacie (pharmaciens, préparateurs, étudiants en pharmacie ou encore apprentis) ; quand sont-ils réalisés : à des moments dédiés et planifiés (comme pendant un entretien, pendant la vaccination, lors de journées spéciales, etc...) ou à la volée, au comptoir ; quel est l'outil le plus utilisé pour réaliser les tests (l'application ICOPE monitor, le robot conversationnel, la fiche papier) ; le recrutement a-t-il été facile ; le temps d'entretien est-il correct ; concernant la suite du parcours d'ICOPE, cela est-il clair ; y a-t-il pu avoir un travail pluri-professionnel mené et avec quel acteur.
- Satisfaction : trois questions dans cette partie, à savoir quel niveau de satisfaction globale ; quel niveau de satisfaction vis-à-vis de la formation ; quel niveau de satisfaction vis-à-vis de la rémunération proposée par l'URPS.
- Allez-vous continuer à en faire ?

Ce questionnaire, réalisé sur Google Forms a été diffusé sur le groupe de promotion des 6^{ème} année officine à destination de tous les étudiants qui avaient réalisés des STEP 1 durant leur stage. Ce questionnaire a également été adressé aux URPS gérant la région (anciennement Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon) avec pour demande de le diffuser aux différents adhérents.

Un délai de deux semaines après validation de la diffusion a été décidé arbitrairement avant recueil des résultats. Ce délai n'étant pas suffisant pour récupérer suffisamment de données, il a été étendu à un mois. Les données étant toujours très peu nombreuses, un appel de chaque pharmacie a été réalisé afin de renvoyer individuellement le questionnaire.

III. Résultats

1) Les résultats fin 2020

Fin 2020, il y a eu 71 STEP 1 réalisés dans 14 pharmacies différentes, plus 4 pharmacies non identifiables par manque de données. La moyenne d'âge des participants était de 79 ans, et il y avait 69 % de femmes dépistées contre 31 % d'hommes (cf. figure 11).

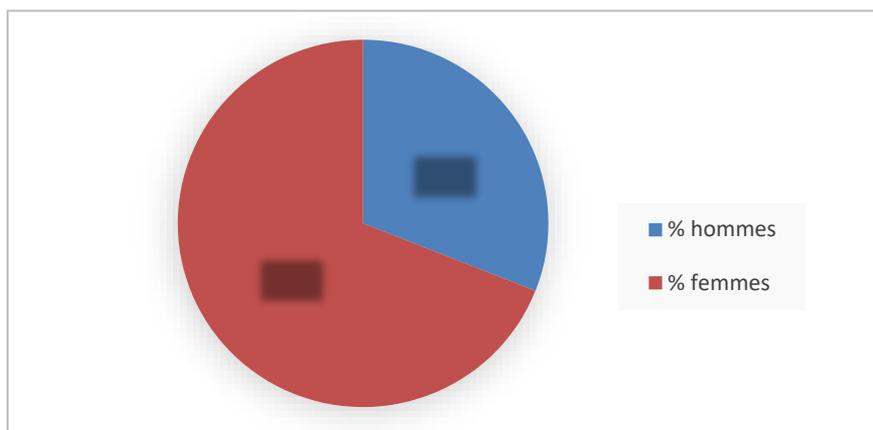


Figure 11 : Pourcentage hommes/femmes lors de la réalisation des STEP 1 en décembre 2020

92,96% des STEP 1 étaient des STEP 1 initiaux, donc seulement 7,04% étaient des STEP 1 de suivi. Parmi ces 7,04%, les 2/3 ont été réalisés en distanciel. Dans l'ensemble des STEP 1 réalisés, 91,55% d'entre eux ont mené à une alerte (soit 66 STEP 1 sur les 71 effectués). Le domaine le plus fréquemment diminué est l'audition avec 63,38% d'alerte enregistrée. En 2^{ème} position, c'est la fonction cognitive qui est génératrice du nombre le plus élevé d'alertes (47,89%), puis en 3^{ème} position, il s'agit de la vision avec 42,00% (cf. figure 12). La moyenne d'âge est de 79,2 ans.

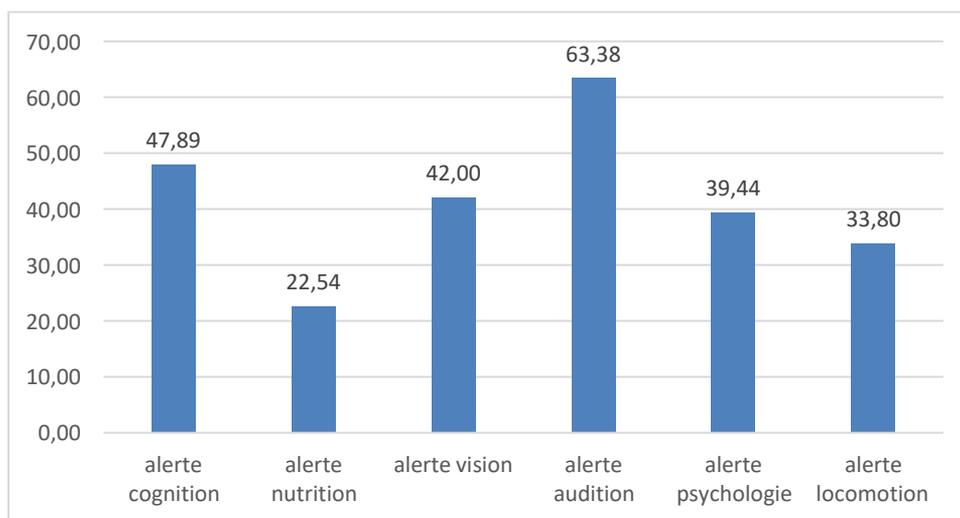


Figure 12 : Pourcentage d'altérations mesurées par capacité intrinsèque en décembre 2020

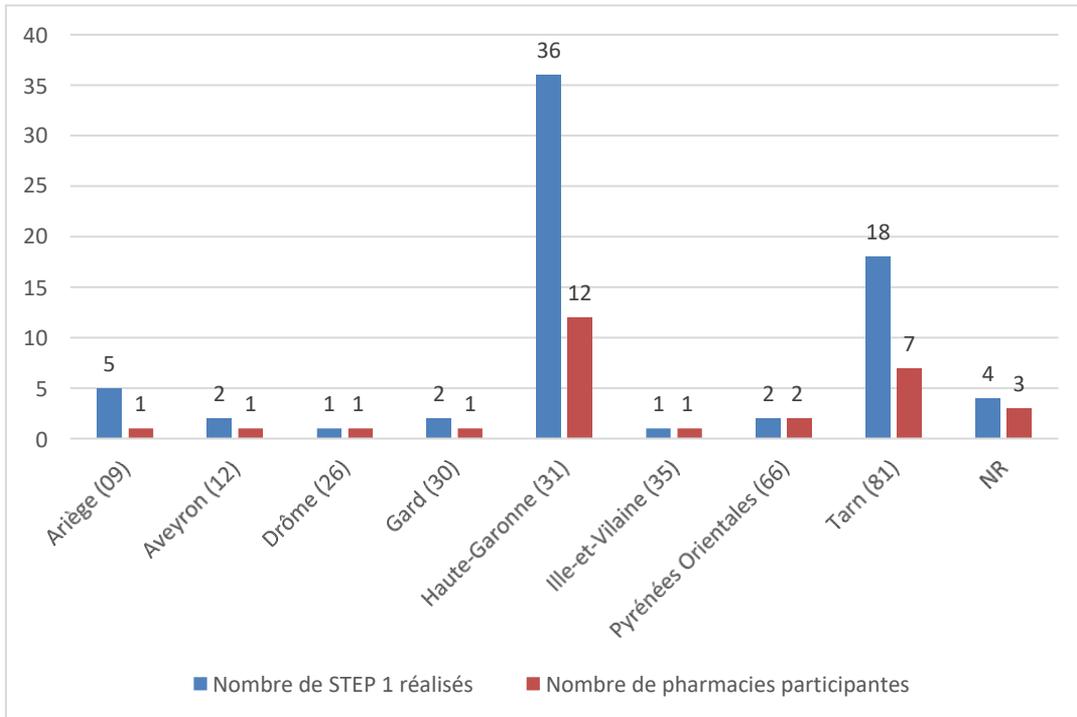


Figure 13 : Nombre de STEP 1 effectués comparé au nombre de pharmacies dans chaque département en décembre 2020

Le département ayant effectué le plus de STEP 1 est la Haute-Garonne avec 36

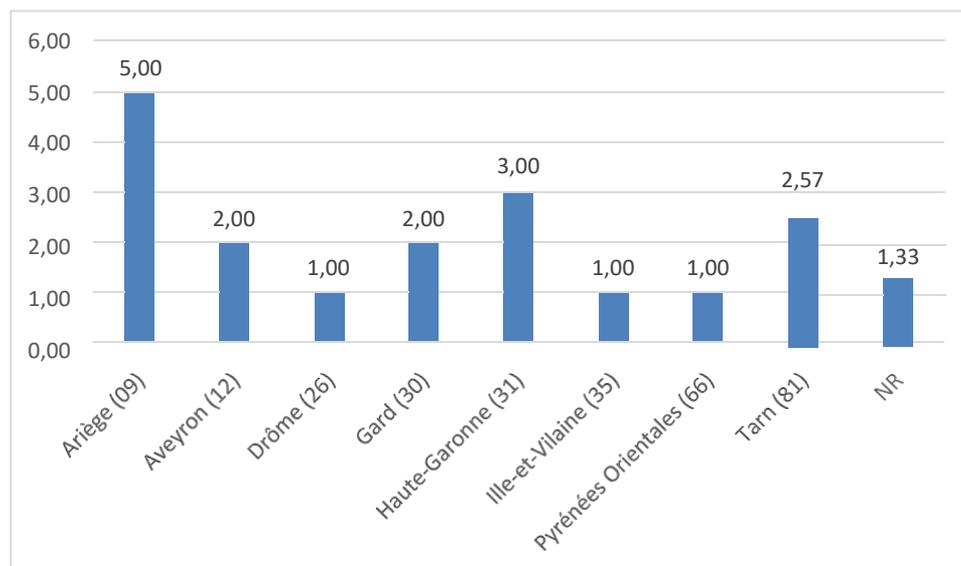


Figure 14 : Nombre moyen de STEP 1 effectués par pharmacie dans chaque département en décembre 2020

dépistages réalisés. Le 2^{ème} département le plus générateur de STEP 1 est le Tarn avec 18 dépistages effectués (cf. figure 13). Cela est corrélé avec le nombre **d'officines**

participantes. Les deux départements avec le plus d'inscrits ayant réalisé des STEP 1 sont également la Haute-Garonne (12 pharmacies participantes) et le Tarn (7 pharmacies participantes).

Si nous rapportons le nombre de STEP 1 effectués par pharmacie en fonction des départements, c'est dans le département de l'Ariège qu'il y a eu le plus de dépistage effectués par pharmacie (5 en moyenne), devant la Haute-Garonne (3 en moyenne) et le Tarn (2,57 en moyenne), comme le montre la figure 14.

2) Les résultats en mars 2021

Fin mars 2021, une deuxième extraction de la base de données a été réalisée. Le nombre de STEP a significativement augmenté, puisque nous sommes passés à un nombre de 311 STEP 1 effectués. Le nombre de pharmacies participantes a également augmenté puisqu'il y avait alors 62 pharmacies participantes. La moyenne d'âge des participants est alors de 75 ans. Concernant la répartition homme/femme lors des tests, il y a eu 57% des dépistages réalisés chez des femmes et 43% chez des hommes

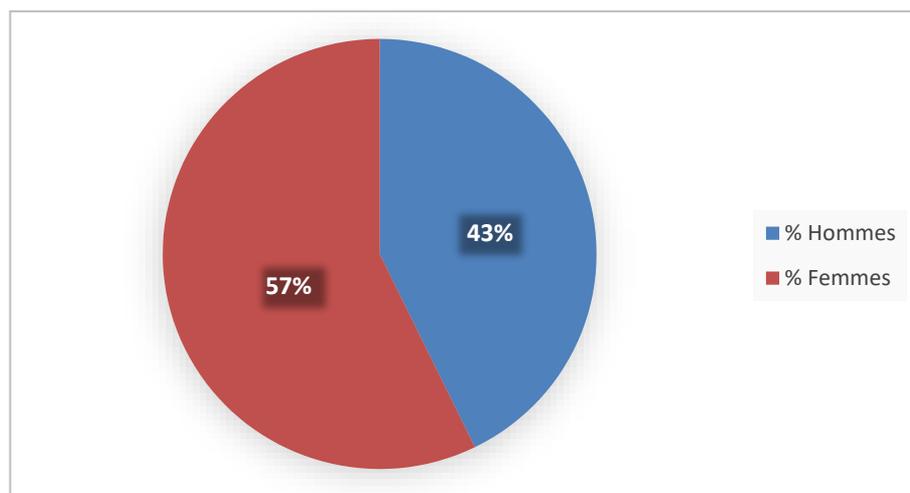


Figure 15 : Pourcentage hommes/femmes lors de la réalisation des STEP 1 en mars 2021

(cf. figure 15).

Au mois de mars, 94,21% des STEP 1 réalisés étaient des STEP 1 initiaux, et uniquement 5,79% ont été des STEP 1 de suivi. La moitié de ces suivis ont été réalisés en distanciel. Au niveau des alertes, 93,57% des STEP 1 ont conduit au moins à une alerte (soit 291 STEP 1 sur les 311 réalisés). Le domaine le plus fréquemment altéré est la vision avec 75,88 % de STEP 1 altéré. Le deuxième domaine le plus touché est **l'audition (31,83% d'altération)**, comme cela est représenté sur la figure 16.

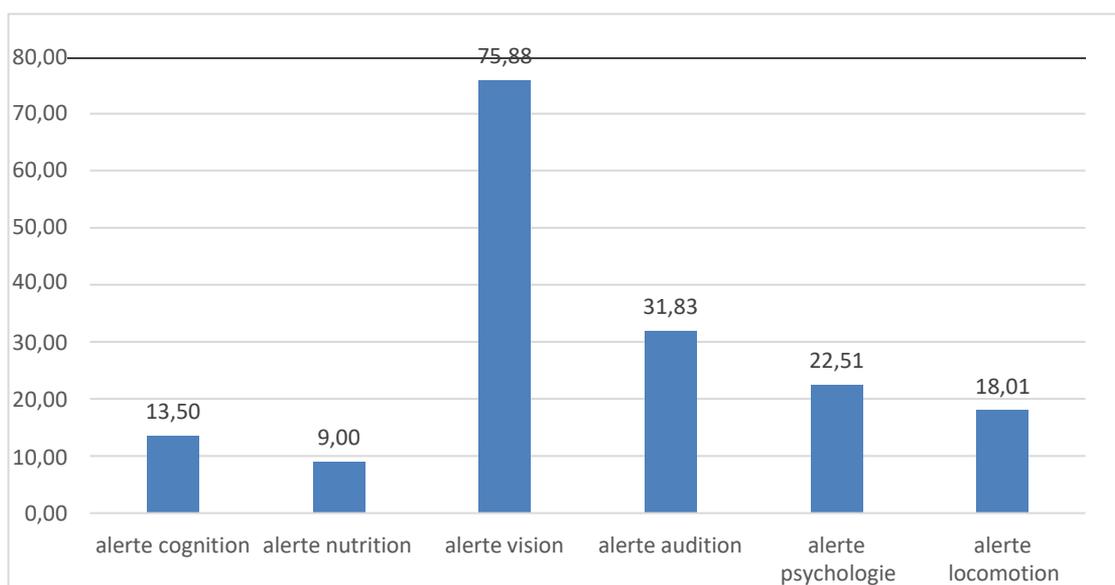


Figure 17 : Pourcentage d'altérations mesurées par capacité intrinsèque en mars 2021

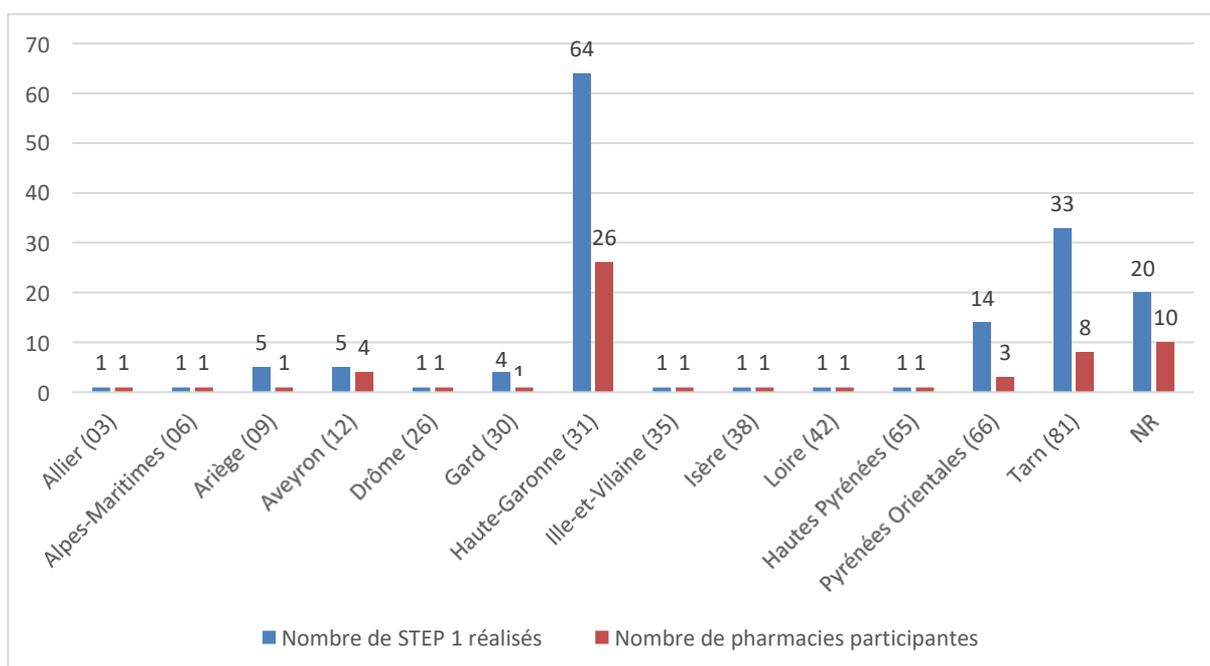


Figure 16 : Nombre de STEP 1 effectués comparé au nombre de pharmacies dans chaque département en mars 2021

Le département ayant effectué le plus de STEP 1 est la Haute-Garonne avec 64 dépistages réalisés. Le deuxième département ayant réalisé le plus de dépistage est le département du Tarn. Si nous laissons de côté les pharmacies non référencées au niveau départemental, les départements de la Haute-Garonne et du Tarn sont également ceux où il y a le plus de pharmacies participantes au projet ICOPE, avec respectivement 26 pharmacies et 8 pharmacies inscrites (cf. figure 17).

Le département effectuant le plus de STEP 1 par rapport au nombre de pharmacies participantes est l'Ariège (5 STEP 1 en moyenne), devant les Pyrénées Orientales (4,67 en moyenne) et le Tarn (4,13 en moyenne). Le Gard arrive en quatrième position avec 4 STEP 1 en moyenne par pharmacie participantes (cf. figure

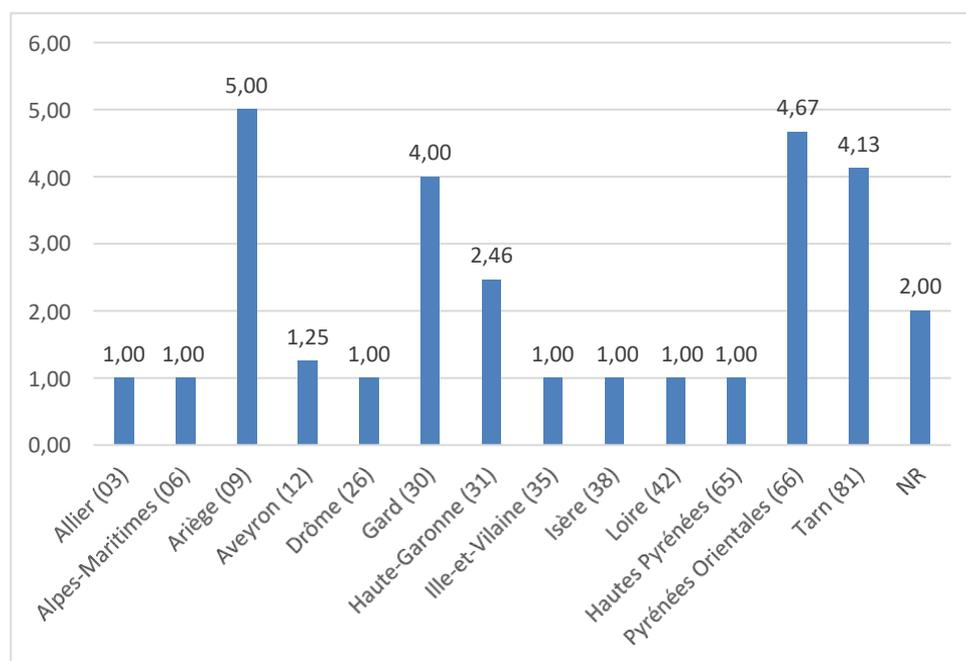


Figure 18 : Nombre moyen de STEP 1 effectués par pharmacie dans chaque département en mars 2021

18).

3) Les résultats en juin 2021

Le dernier recueil des données avait été décidé fin juin avec la fin du stage des 6^{èmes} années Officine. Cette dernière extraction a donc eu lieu en fin de semaine n°24. A cette date-là, 492 STEP 1 avaient été réalisés dans 84 officines (dont 13 avec une origine géographique non précisée par manque de données). De nouvelles pharmacies

ont ainsi rejoint le projet ICOPE, ce qui a permis d'augmenter de manière importante le nombre de STEP 1 effectués. La moyenne d'âge des participants est de 75 ans, tout comme au mois de mars. Il y a eu 56% de femmes qui ont réalisé un bilan contre 44% d'hommes (cf. figure 19).

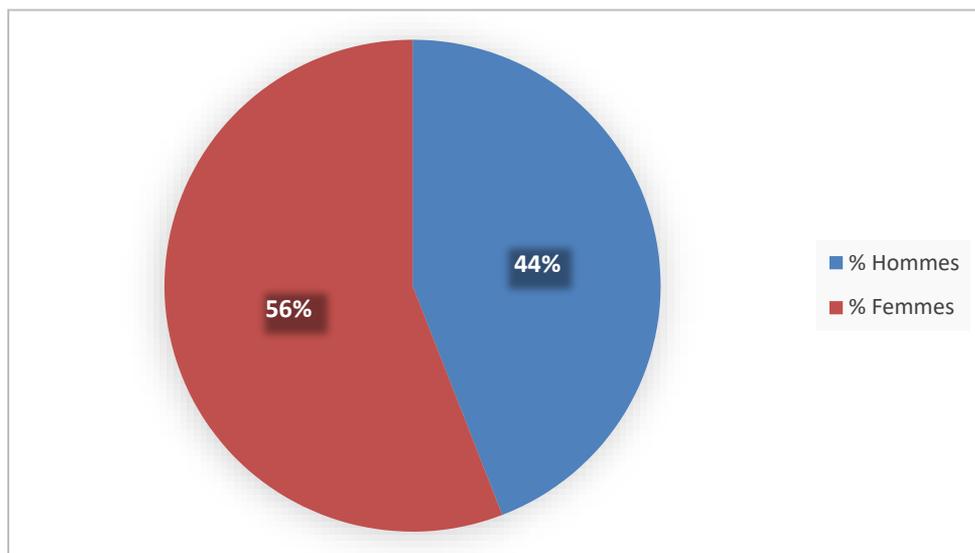


Figure 19 : Pourcentage hommes/femmes lors de la réalisation des STEP 1 juin 2021

Sur l'ensemble de ces STEP 1 réalisés, il y en a 89,43% qui sont des premiers bilans et 10,57% qui sont des suivis. Cette proportion augmente progressivement depuis le mois de décembre 2020. Presque 70% de ces suivis ont été réalisés en distanciel. Ainsi, la proportion de distanciels réalisés sur l'ensemble des STEP 1 est d'un peu plus de 7%.

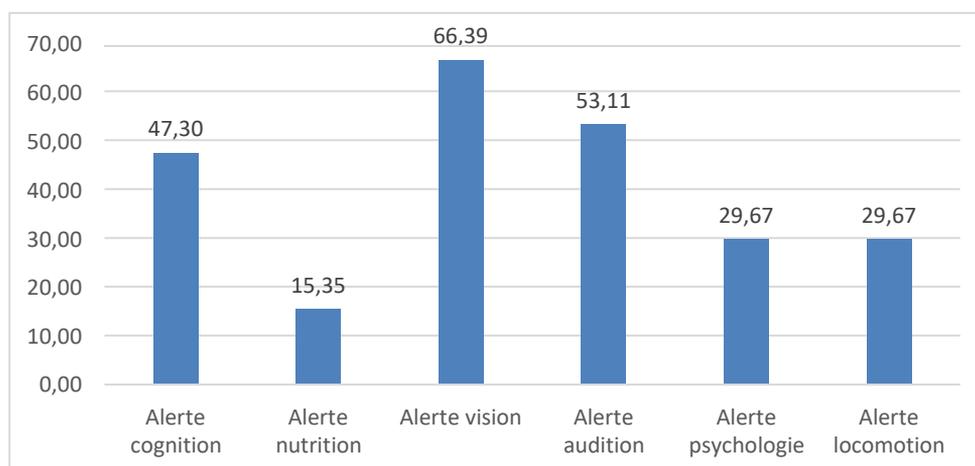


Figure 20 : Pourcentage d'altération mesuré par capacité intrinsèque en juin

Concernant la **proportion d'altérations observées, 92% des STEP 1 (soit 454 STEP 1 sur les 492)** ont mené à au moins une alerte. Le domaine le plus fréquemment altéré est la vision, qui représente 2/3 des alertes. Vient ensuite **l'audition** avec un peu plus de la moitié des alertes (53%) et enfin la cognition avec 47% des alertes. Cela est représenté sur la figure 20.

D'un point de vue géographique, le département ayant effectué le plus de STEP 1 est toujours la Haute-Garonne avec 267 STEP 1 de réalisés. Arrive en seconde position le Tarn avec 90 STEP 1, et enfin les Pyrénées-Orientales avec 33 STEP 1 réalisés, comme cela peut être vu sur la figure 21.

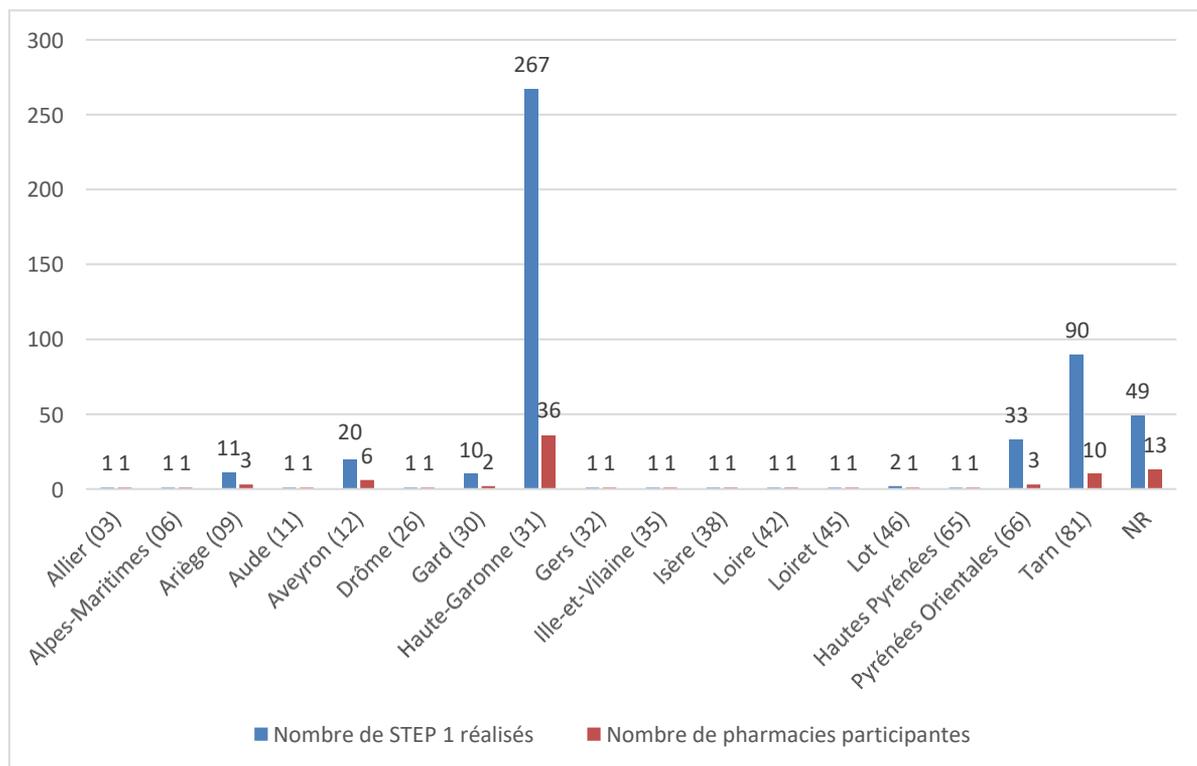


Figure 22 : Nombre de STEP 1 effectués comparé au nombre de pharmacies dans chaque

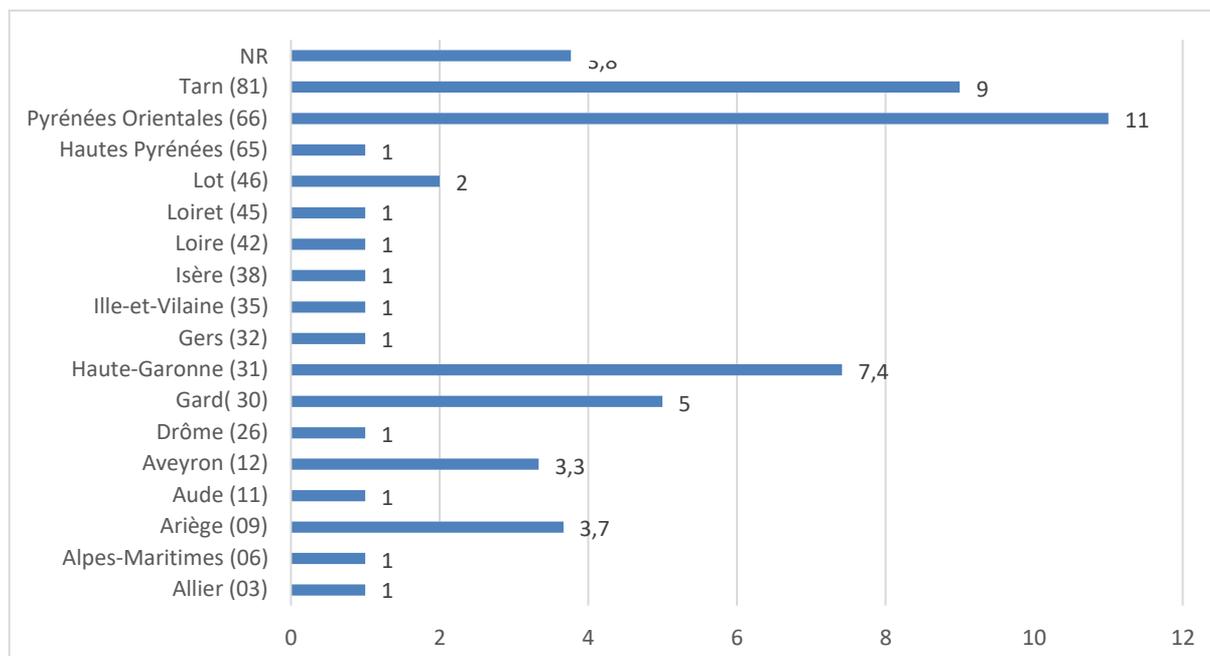


Figure 21 : Nombre moyen de STEP 1 effectués par pharmacie dans chaque département en juin 2021

département en juin 2021

Le département ayant effectué le plus de STEP 1 par rapport au nombre de pharmacies participantes est le département des Pyrénées-Orientales (66) avec 11 STEP 1 effectués en moyenne par pharmacie participante. Vient ensuite le Tarn (81) avec 9 STEP 1 effectués par pharmacie et enfin la Haute-Garonne (31) avec 7,4 STEP 1 par pharmacie. C'est ce qui peut être observé sur la figure 22.

4) Dynamique d'évolution entre décembre 2020 et juin 2021

Le nombre de STEP 1 effectués a augmenté de façon constante et progressive de décembre 2020 à juin 2021. En effet, ce nombre est passé de 142 au mois de décembre à 492 au mois de juin, comme cela est représenté par la figure 23. La répartition des STEP 1 en fonction des départements est la suivante :

- En Haute-Garonne (31) : 267 STEP 1
- Dans le Tarn (81) : 90 STEP 1
- Dans les Pyrénées Orientales (65) : 33 STEP 1
- En Aveyron : 20 STEP 1
- En Ariège (09) : 11 STEP 1

- Dans le Gard (30) : 10 STEP 1
- Dans le Gers (32) : 1 STEP 1
- Dans les Hautes-Pyrénées (66) : 1 STEP 1
- Le Lot (46), l'Aude (11) et l'Hérault (34) n'ont réalisé aucun STEP 1.

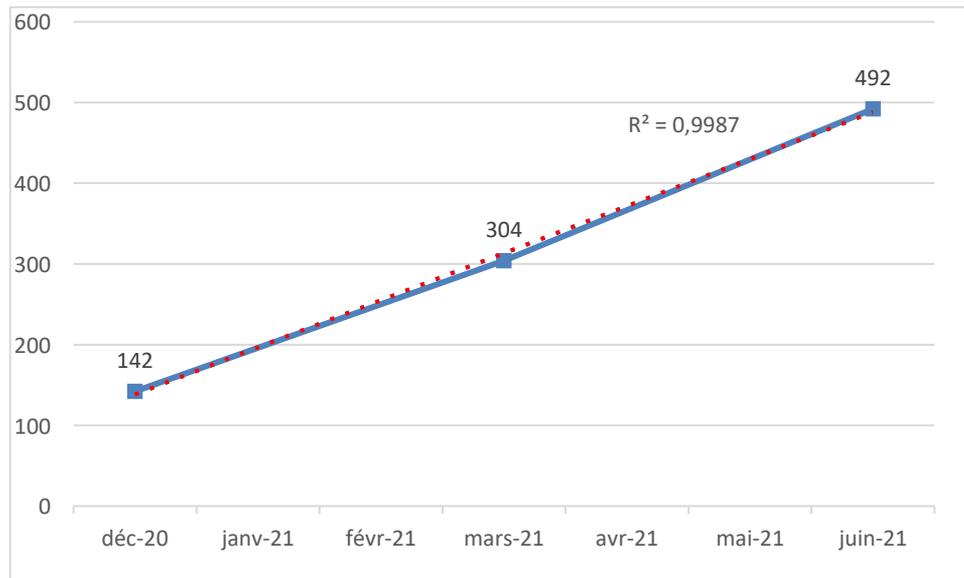


Figure 23 : Evolution du nombre de STEP 1 entre fin 2020 et juin 2021

Si nous modélisons l'évolution du nombre de STEP 1 sur une courbe de tendance linéaire, le coefficient de détermination R^2 est de 0,99. Cela nous permet de conclure que le nombre de nouveaux STEP 1 réalisés par mois augmente progressivement et de manière proportionnelle (figure 23).

Si ce nombre est rapporté au nombre total de STEP 1 réalisés fin juin (à savoir 9840 STEP 1 réalisés au 21 juin 2021, comme cela est mentionné sur la base de données fragilité), cela représente 5% du total des STEP 1 réalisés.

En outre, l'augmentation proportionnelle du nombre de STEP 1 est également corrélée à une augmentation linéaire du nombre de pharmacies ayant réalisé ces STEP 1. En effet, ce nombre est passé de 29 au mois de décembre à 60 au mois de mars pour terminer à 84 au mois de juin 2021. Cette augmentation suit également une courbe de tendance linéaire avec un coefficient de détermination R^2 proche de 1 (0,99). Ces informations sont visibles sur la figure 24 ci-dessus.

Autre point intéressant, l'évolution du nombre de STEP 1 effectués par pharmacie participante. Ce nombre-ci est également en augmentation, bien que de manière non linéaire, au cours du temps. Ainsi, le nombre de STEP 1 par pharmacie

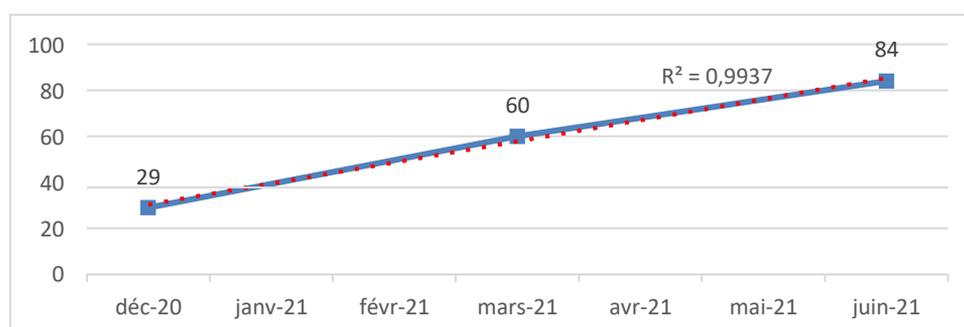


Figure 24 : Evolution du nombre de pharmacies ayant effectué des STEP 1 entre décembre 2020 et juin 2021

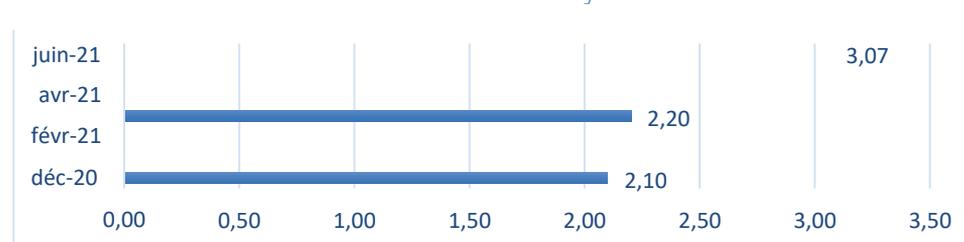


Figure 25 : Evolution du nombre moyen de STEP 1 effectués par les pharmacies entre décembre 2020 et juin 2021

est passé de 2,10 à 3,07 entre le mois de décembre 2020 et le mois de juin 2021. Ces informations sont visibles sur la figure 25.

Si on rapporte cette évolution à celle du nombre de STEP 1 effectués par département **entre décembre 2020 et juin 2021, il peut être noté que les tendances d'implantation** sont restées les mêmes entre ces différents moments de recueil. En effet, la Haute-

Garonne a toujours recensé plus de STEP 1 réalisé, avec en deuxième le département du Tarn et en troisième celui des Pyrénées-Orientales. Cela peut être constaté sur la figure 26. Enfin, entre mars 2021 et juin 2021, il y a eu une forte augmentation du nombre de STEP 1 réalisés en Haute-Garonne. En effet, son nombre a presque été multiplié par 4 en quatre mois (passage de 64 STEP 1 à 267 STEP 1).

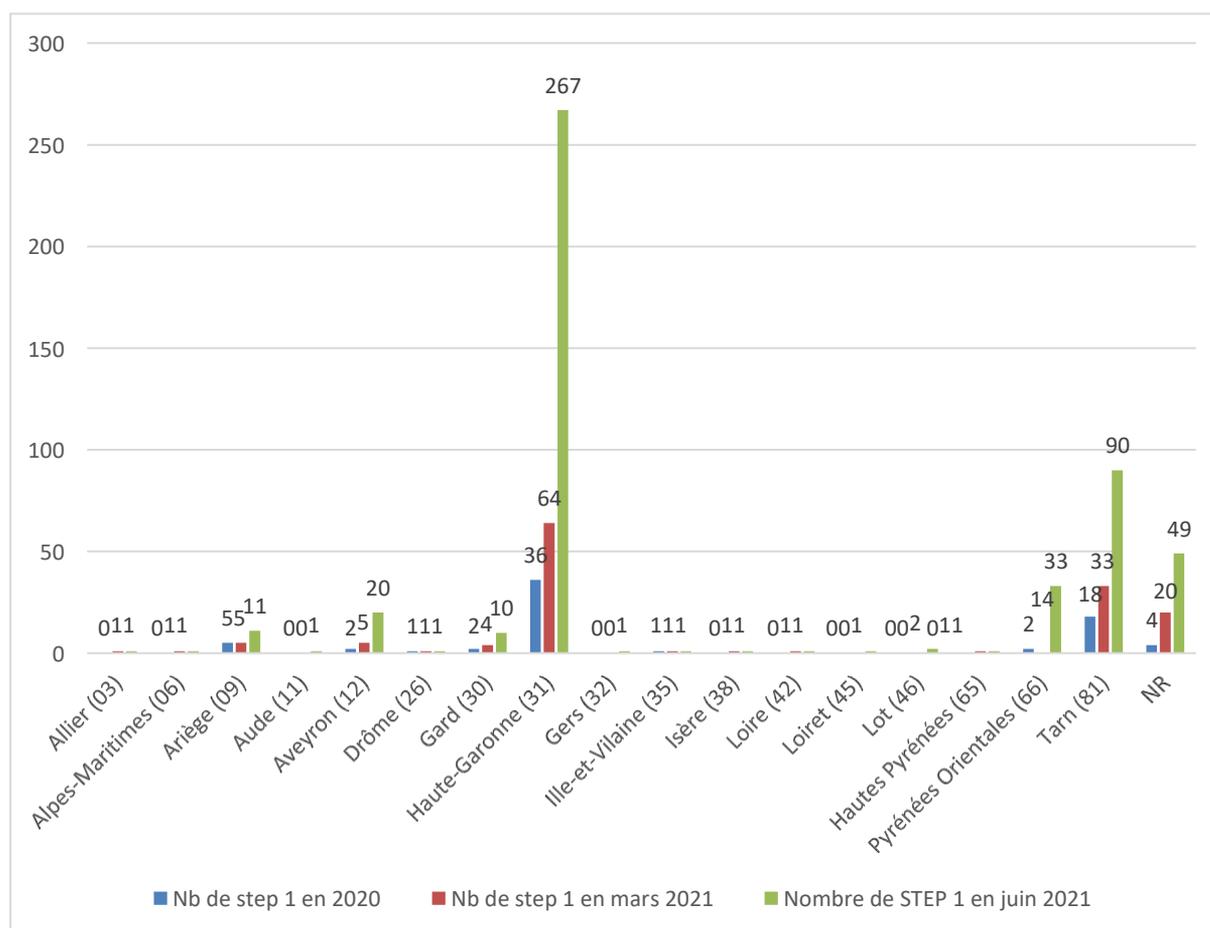


Figure 26 : Evolution du nombre de STEP 1 réalisé par département au cours du temps

Concernant le nombre de pharmacies participantes, l'augmentation a été régulière dans l'ensemble des départements. Les départements ayant le plus de pharmacies impliquées sont la Haute-Garonne, le Tarn et l'Aveyron au mois de juin 2021. Les deux premiers départements ont été ceux ayant le plus grand nombre de pharmacies réalisant des STEP 1 et ceci dès décembre 2020, comme cela peut se voir sur la figure 27.

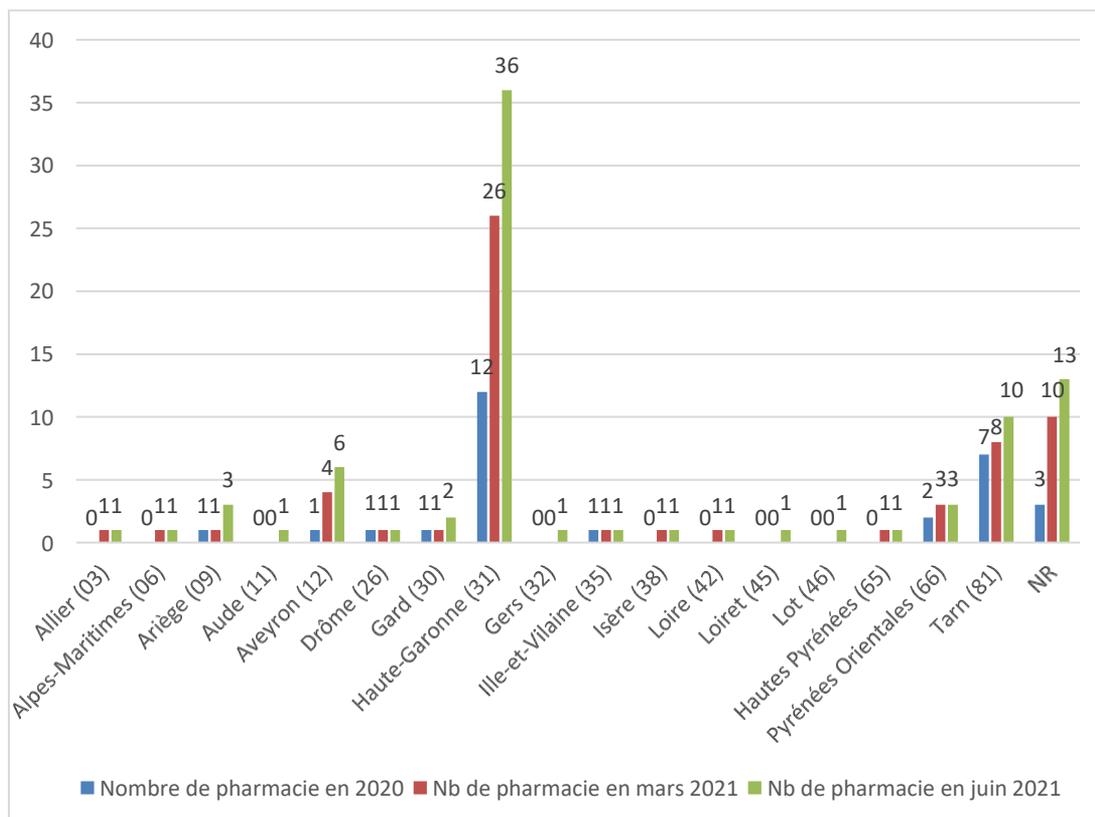


Figure 27 : Evolution du nombre de pharmacies ayant réalisé des STEP 1 entre décembre 2020 et juin 2021

5) Evaluation de l'intégration du programme ICOPE dans les pharmacies

Tout **d'abord**, nous allons commencer par parler de la typologie des pharmacies, à savoir leur localisation et leur taille. Premièrement, la localisation des pharmacies ayant répondu au questionnaire **d'évaluation de l'intégration** du programme ICOPE est assez variée (figure 28), ce qui permet **d'avoir** un échantillon relativement représentatif des pharmacies qui ont participé au STEP 1 **d'ICOPE**. 17 pharmacies ont répondu à

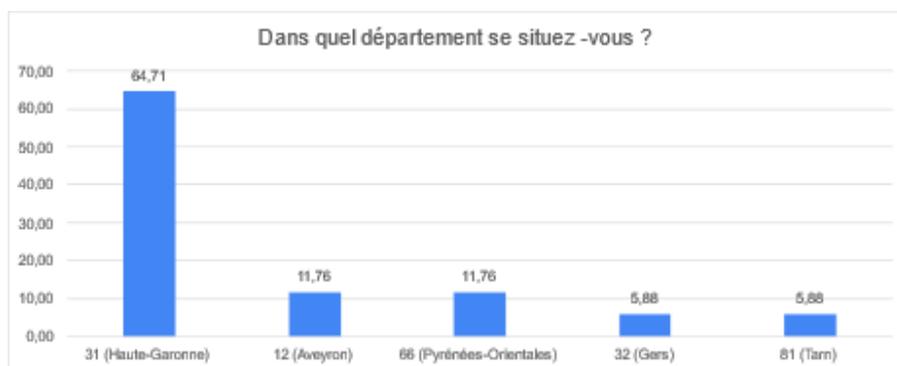


Figure 28 : Répartition en pourcentage des pharmacies ayant répondu au questionnaire

l'étude en tout. Toutefois, les pharmacies tarnaises sont un peu sous-représentées par **rapport au nombre de STEP 1 réalisés dans le Tarn. Pour rappel, c'était le 2^{ème}** département ayant effectué le plus de STEP 1 après la Haute-Garonne.

Deuxièmement, au niveau de la taille des pharmacies ayant répondu au questionnaire, celle-ci était variable **puisque'il** pouvait y avoir entre 1 à 8 pharmaciens travaillant dans **l'officine** et entre 1 à 12 préparateurs. La moyenne était toutefois de 3,5 pharmaciens **et de 4 préparateurs, ce qui peut être qualifié d'officine de taille** intermédiaire.

Concernant la formation, elle a été faite soit lors de la formation initiale pour les étudiants de 6^{ème} année ou les élèves préparateurs, soit réalisée par un webinaire du Gérontopôle. Seul un participant au questionnaire avait pu réaliser la formation avant le début de la pandémie mondiale de COVID-19 et faire la formation uniquement en présentiel (figure 29).

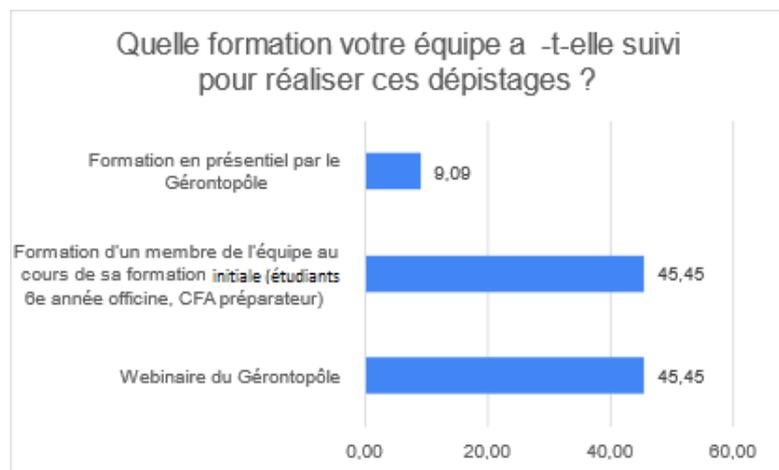


Figure 29 : Types de formation suivis par les participants ayant répondu au questionnaire (en %)

Parlons à présent de **l'organisation** en interne des pharmacies, pour savoir quelles sont les différentes **méthodes pour intégrer ICOPE à l'activité officinale et s'il y a des** similitudes entre les pharmacies qui ressortent (figure 30).

Qui réalise les STEP 1 dans la pharmacie ?

17 réponses

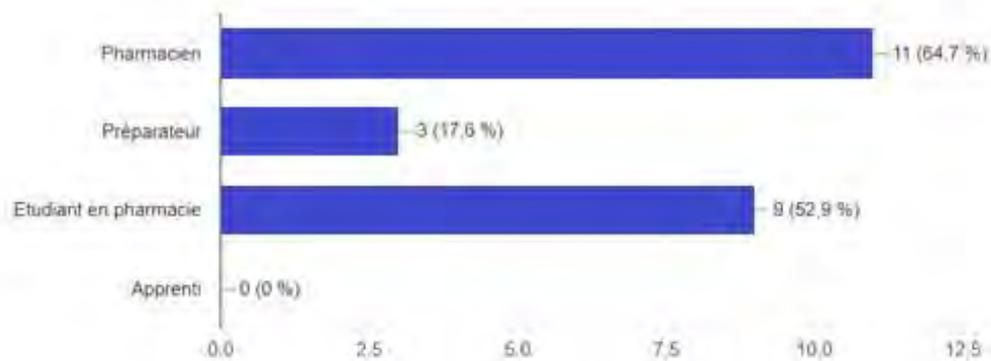


Figure 30 : Répartition des personnes réalisant le STEP 1 parmi les répondants au questionnaire

En regardant la répartition des personnes réalisant les STEP 1 dans les officines, il est possible de voir que les préparateurs sont moins impliqués que les pharmaciens et que les étudiants en pharmacie. Les élèves préparateurs, eux, ne le sont à ce jour pas du **tout dans les pharmacies répondantes. Si nous considérons l'échantillon comme** représentatif, cela permet de voir que cette nouvelle mission reste très centrée sur le pharmacien (ou les futurs pharmaciens).

Quant au moment durant lequel les STEP 1 sont réalisés, cela varie : en grande majorité (plus de 80%), ils le sont de manière programmée, mais aussi de manière non-programmée. Ces derniers représentent tout de même 40% des réponses. Enfin, une des pharmacies répondantes a signalé avoir réalisé les STEP 1 à domicile, lors des livraisons (figure 31).

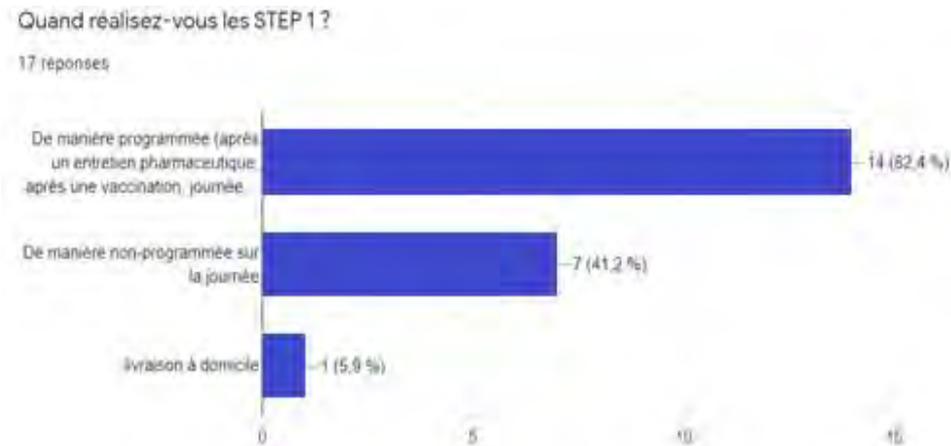


Figure 31 : Répartition en pourcentage des moments alloués au STEP 1 parmi les répondants

Enfin, à propos de l'outil utilisé, il est en quasi-totalité numérique via l'application ICOPE monitor. En effet, une seule pharmacie a déclaré avoir utilisé la version papier du test (cf. figure 31). Aucune n'a utilisé le robot conversationnel IcopeBot.

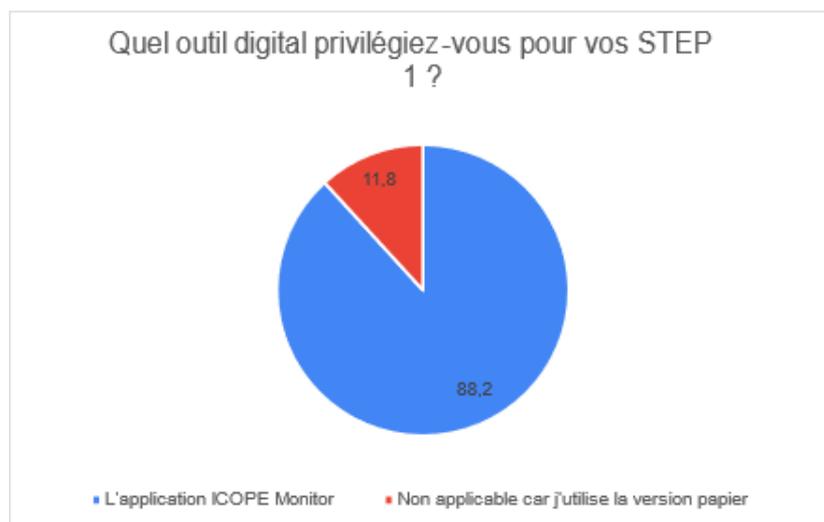


Figure 32 : Répartition des outils utilisés pour réaliser le STEP 1 parmi les personnes ayant répondu au questionnaire

Au sujet du déroulé même du test, la durée de celui-ci a paru adapté à une grande majorité de participants répondants, puisque plus de 80% d'entre eux ont déclaré que la durée de l'entretien leur paraissait adapté (cf. figure 33).

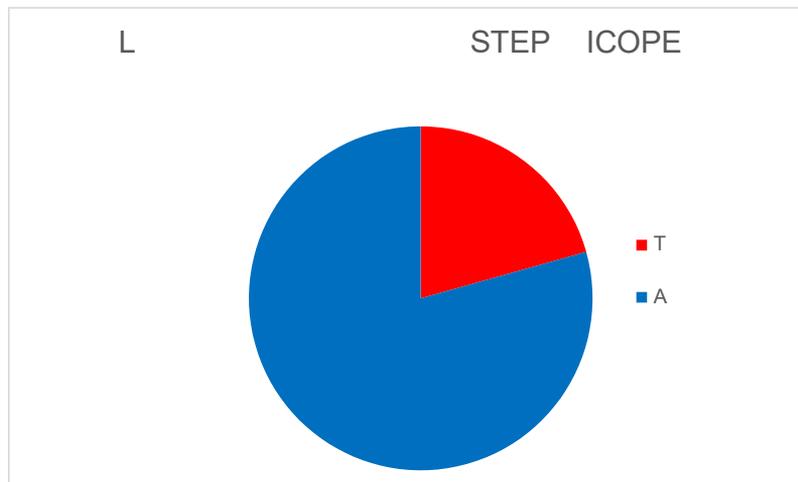


Figure 33 : Evaluation de la durée d'un STEP 1 parmi les personnes ayant répondu au questionnaire

Concernant le recrutement, les données sont assez disparates. En effet, 40% ont trouvé le recrutement aisé, plus de 35% l'ont trouvé difficile, et un quart des répondants ont choisis d'autres réponses. Parmi ces dernières, il était notamment signalé que les dépistages étaient plus aisés durant la campagne de vaccination, et/ou plus aisés durant le stage pour les étudiants de 6^{ème} année officine (cf. figure 34).

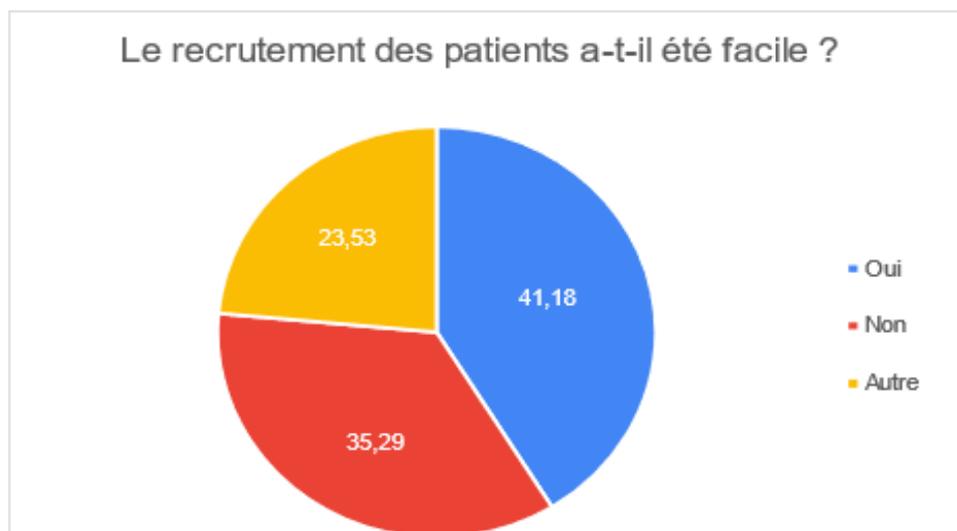


Figure 34 : Evaluation de la facilité de recrutement par les pharmacies répondantes

Parlons à présent des suites du dépistage STEP 1. Malgré la formation obligatoire avant la réalisation des STEP 1, seul 47% des répondants avaient une idée

précise des suites possibles au STEP 1. **C'est** ce qui peut être visualisé ci-dessous avec la figure 35. Donc plus de la moitié des **répondants n'ont pas complètement compris** la finalité du dépistage.

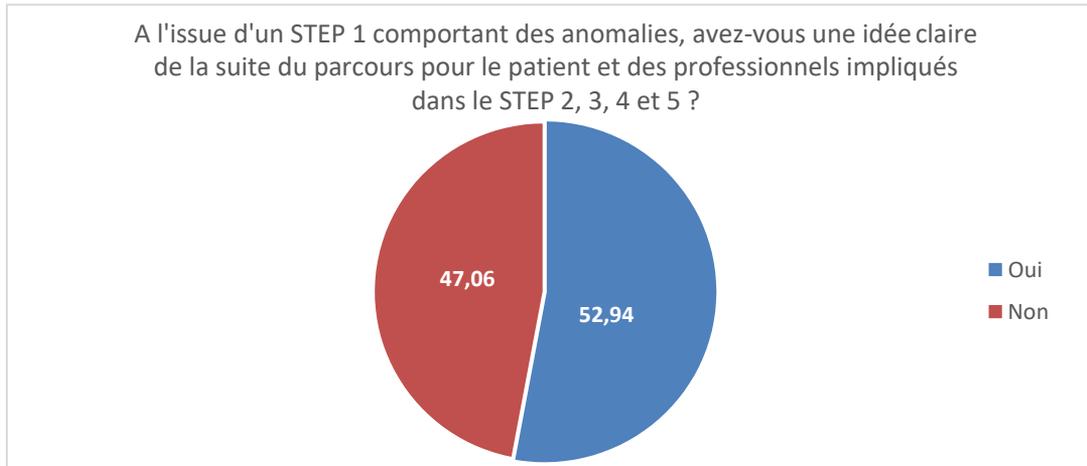


Figure 35 : Evaluation de la connaissance de la suite du parcours ICOPE par les pharmacies répondantes

Au sujet de **l'aspect** pluri-professionnel du programme, celui-ci **n'est** pas encore ancré, puisque une minorité de pharmacies répondantes ont déclaré avoir pu travailler de manière pluri-professionnelle soit avec un infirmier soit avec un médecin. En effet, comme le montre la figure 36, les $\frac{3}{4}$ des répondants déclarent ne pas avoir pu collaborer de manière pluri-professionnelle pour la suite du parcours ICOPE. Par ailleurs, la collaboration semble avoir été un peu plus aisée avec les infirmiers (11% des réponses) qu'avec les médecins (moins de 6% des réponses).

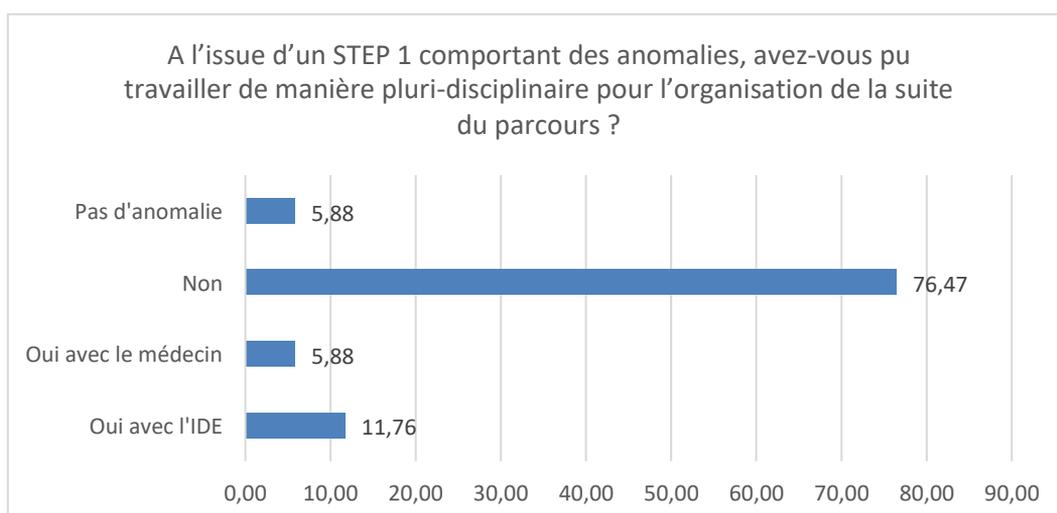


Figure 36 : Evaluation de la part du travail pluri-professionnel suite à un STEP 1 anormal parmi les pharmacies répondantes

Parlons à présent de la satisfaction globale du programme. La note moyenne de satisfaction des répondants est de 6,65/10, avec des notes allant de 2 à 10 (médiane de 6,5). Concernant la satisfaction liée à la formation, celle-ci est plus grande, avec une moyenne de 8,29/10 (avec des notes allant de 4 à 10, avec une médiane de 9), et cette note monte à 8,89 concernant la formation du Gérontopôle (avec des notes allant de 7 à 10, médiane de 9 également).

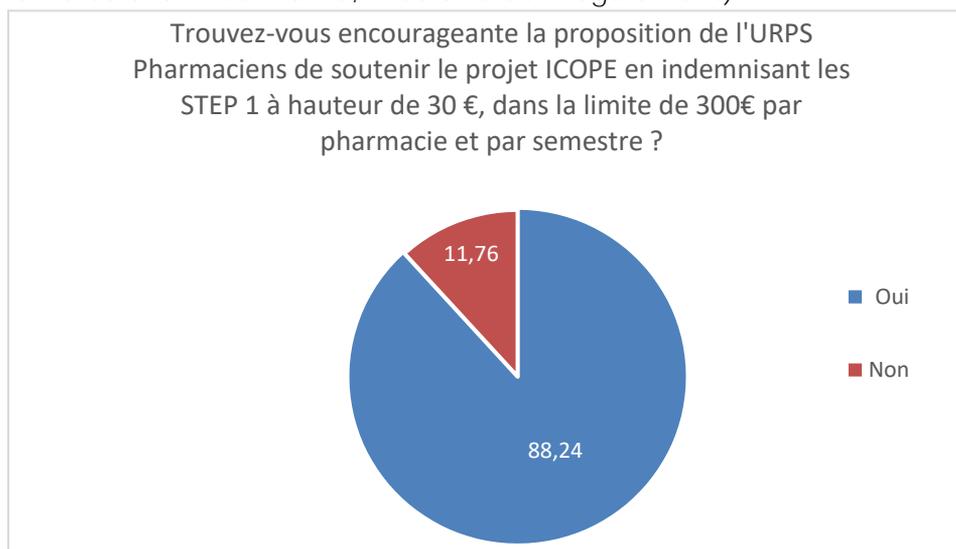


Figure 37 : Evaluation de la satisfaction concernant la rémunération par l'URPS Pharmacie par les pharmacies répondantes

Enfin, concernant l'aspect rémunération, près de 90% des pharmacies répondantes trouvent que la rémunération proposée par l'URPS pharmacie (à savoir 30€ / STEP 1 dans la limite de 300€ par pharmacie et par semestre) était encourageante. C'est ce qui peut être observé sur la figure 37 ci-dessus.

Enfin, concernant l'avenir de ce projet en officine, près des 2/3 des officines répondantes (64,7%) se déclarent prêtes à continuer à en faire, ce qui est un signal très encourageant. C'est ce que montre la figure 38 ci-dessous.

Allez-vous continuer à réaliser des STEP 1 ICOPE ?

17 réponses

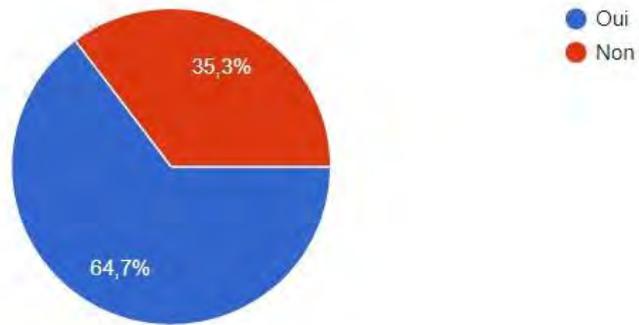


Figure 38 : Evaluation de la pérennisation d'ICOPE au sein des pharmacies répondantes

IV. Discussion

1) Objectif principal

Tout d'abord, rappelons que **l'objectif principal** de cette étude était de mesurer le nombre de STEP 1 réalisés par les équipes officinales pour le comparer au nombre **total de STEP 1 réalisés par l'ensemble des professionnels de santé sur une période** de temps allant de fin 2020 à mi-juin 2021. Les résultats recueillis ont montré que 492 STEP 1 avaient été réalisés depuis le début du projet en officine **jusqu'au 21 juin 2021, date de fin du recueil. De manière plus générale, sur cette même période, c'est 9873** STEP 1 toutes professions confondues qui ont été réalisés. Les équipes officinales ont donc fait 5% de la totalité des STEP 1 de la base de données du Gérontopôle.

Les acteurs de ville (pharmaciens, infirmiers, médecins et kinésithérapeutes), **ont réalisé 2913 STEP 1, dont environ 17 % par les pharmacies. C'est un chiffre très positif qui montre l'implication des pharmacies dans le projet.**

Par ailleurs, initialement, il était attendu que les équipes officinales pratiquent **environ 10% du total des entretiens (en ville et à l'hôpital), en réalisant environ 1000** STEP 1. Cet objectif **n'est pas atteint**, même si **l'implication** des officines dans le projet reste tout de même importante. Rappelons que le contexte épidémique de pandémie internationale (66) durant la période de recueil a rendu le déploiement du projet plus délicat dans les officines. En effet, pendant la période du premier confinement, près de 91% des pharmacies ont enregistré des baisses de fréquentation importante de **leur patientèle (67). Par la suite, l'ensemble des missions émanant de l'urgence** sanitaire – à savoir, les tests antigéniques en masse (68), la campagne vaccinale en masse (69), la coordination avec les différents acteurs pour les livraisons de vaccins (ARS, hôpitaux, autres pharmacies, médecins, infirmiers, ... (70)) – ont également pris beaucoup de temps **et d'énergie aux équipes officinales, les empêchant de s'occuper** sereinement de nouvelles missions telles que les dépistages ICOPE.

Malgré tous ces éléments contextuels défavorables, il peut être observé une augmentation constante du nombre de STEP 1 effectués, mais également une augmentation du nombre de pharmacies impliquées entre décembre 2020 et juin 2021. Cela met en avant **l'appropriation** de cette nouvelle mission par les pharmaciens et le dynamisme que présente toute la profession en terme de santé publique. Car, malgré la situation difficile, voire chaotique, un certain nombre **d'officinaux** ont joué le jeu et ont intégré cette nouvelle mission dans leur quotidien. Cette implication des pharmaciens en Occitanie semble positive vis-à-vis **du déploiement à l'échelle nationale**. Par ailleurs, il est également bon de noter que certaines pharmacies se sont **déjà essayées à l'aventure en dehors de tout accord de rémunération** (peut-être simplement par curiosité) dans différents départements tels **que l'Allier, les Alpes Maritimes, la Loire ou le Loiret**.

2) Objectifs secondaires

a. Départementalisation

Le premier objectif secondaire est *d'identifier combien de STEP 1 ont été effectués dans chaque département*.

Il y a donc eu, jusqu'à la fin du recueil, 492 STEP 1 qui ont été réalisés. Au niveau de leur localisation dans les départements composant la région Occitanie, on a **433 STEP 1 répartis au sein de la région. Certains départements n'ont réalisé aucun STEP 1, comme le Lot (46), l'Aude (11) et l'Hérault (34).**

Ces résultats sont donc très disparates. Trois départements ont réalisé à eux-seuls plus de 80% des STEP 1 (à savoir la Haute-Garonne (54,3%), le Tarn (18,3%) et les **Pyrénées Orientales (10%)**). **Concernant l'implantation au sein des départements, cette dernière a donc eu l'air d'être plus facile en Haute-Garonne** (267 STEP 1 au dernier recueil). Cette facilité pourrait être expliquée par différentes hypothèses : un **nombre important d'étudiants en 6^{ème} année a effectué son stage de fin d'étude en Haute-Garonne**. Les STEP 1 ont été alors réalisés dans le cadre du stage, où une des missions étaient de faire 2 STEP 1 par mois pendant toute la durée du stage. Par ailleurs, le REIPO est situé dans ce département : des accompagnements ont été proposés via le réseau de tutorat pour aider à la mise en place de nouvelles missions

notamment ICOPE. Cela peut avoir permis de donner une meilleure impulsion du projet. De plus, concernant la métropole de Toulouse (plus grosse ville de l'Occitanie (71)), diverses actions de prévention avaient d'ores et déjà été menées, notamment au travers du programme Allô Seniors (72) qui a pour but d'éviter l'isolement des personnes âgées dans Toulouse. Une sensibilité plus importante aux questions de prévention et de perte **d'autonomie** peut en partie expliquer cette meilleure adhésion. Pour le Tarn et les Pyrénées Orientales, des pharmacies dynamiques en matière de nouvelles missions ont pu participer activement et construire une dynamique positive au sein de ces départements. En effet, dans ces départements, de nombreuses pharmacies sont impliquées dans le projet BIMEDOC (73).

Il est intéressant que ces disparités soient retrouvées dès le lancement du projet. En effet, que ce soit au mois de décembre 2020 ou au mois de juin 2021, la Haute-Garonne est de loin le département ayant effectué le plus de STEP 1, mais cet écart se creuse avec ses voisins au mois de juin. Un ralentissement de la crise épidémique du COVID-19 a peut-être contribué au déploiement à ce moment-là de plus de STEP 1 dans ces pharmacies, mais ce **n'est là qu'une** hypothèse, puisque cela **n'explique pas le déploiement plus important dans cet unique département. En tout cas, cela n'est pas corrélé directement à l'augmentation du nombre de pharmacies ayant** réalisé des STEP 1, puisque ce nombre a augmenté plus progressivement (12 pharmacies en décembre 2020, 26 en mars 2021 et 36 en juin 2021).

Par rapport au nombre de pharmacies impliquées dans la réalisation effective de STEP 1 au mois de juin, elles sont finalement relativement peu nombreuses par rapport **au maillage territorial officinal qui existe. En effet, l'Occitanie est couverte par 1969 officines à l'heure actuelle (74). Or, au final, seules 84 pharmacies ont réussi à se lancer dans le projet ICOPE à l'échelle nationale. Si nous nous intéressons au chiffre concernant l'Occitanie,** ce nombre chute à 61 pharmacies, soit à peine 3% des officines composant la région. Attention, il faut aussi noter que certaines pharmacies (13 au **total**) **n'ont pu être affiliées** à un département précis par manque de renseignement lors de la création de leur profil. Ainsi le pourcentage de pharmacies participantes est

peut-être légèrement sous-estimé. Les autres pharmacies ayant participé étaient dans **l'Allier (03)**, les **Alpes-Maritimes (06)**, la **Drôme (26)**, **l'Ille-et-Vilaine (35)**, **l'Isère (38)**, la Loire (42), et le Loiret (46).

Chaque pharmacie impliquée a réalisé, en moyenne, environ 7 STEP 1 (comme dans le département de la Haute-Garonne). Cependant, cette moyenne est biaisée. En effet, en Aveyron par exemple, la moyenne de STEP 1 par pharmacie est plutôt autour de 3, alors que dans le Tarn cette moyenne est à 9. Cela signifie que certaines pharmacies ont réussi à faire beaucoup plus de STEP 1 que leurs confrères. Cette différence se retrouve au fil des différents points de recueil de données, ce qui va dans **le sens d'une difficulté d'implantation du programme. Il serait intéressant d'arriver à déterminer pourquoi cela a mieux fonctionné dans certaines pharmacies que dans d'autres.**

Par ailleurs, lorsque sont comparés les noms des pharmacies participant au programme BIMEDOC et les noms des pharmacies participant à ICOPE, nous pouvons retrouver des similitudes. En effet 44,33% des STEP 1 ont été effectués par des pharmacies participant aux deux programmes (cf. annexe 3). Donc un nombre important de pharmacies peuvent être considérées comme pilotes au sein des nouvelles missions. Mais ce **n'est** pas le seul point à souligner. En effet, cela démontre aussi une **implication de nombreuses pharmacies non investies jusqu'alors dans les programmes promus par le REIPO. Cela représente 2/3 des pharmacies participantes au programme ICOPE (cf. annexe 3). Un signal très positif pour l'élargissement du dispositif à l'échelle nationale**, puisque cela démontre un fort investissement dans un **programme de santé publique au sein de pharmacies qui n'avaient pas encore pris pied** dans les nouvelles missions. Une fois de plus, est ainsi soulignée une mobilisation importante des pharmacies.

De ce constat, deux choses peuvent être retenues : il y a encore une forte marge de progression pour implanter ICOPE dans les territoires, puisque près de 97% des officines restent encore mobilisables. Parmi les pharmacies où le programme a été

lancé, il existe une disparité sur l'appropriation de cette nouvelle mission. Cela peut toutefois devenir un atout pour la suite. En effet, cela peut permettre de chercher ce qui a permis au programme de s'implanter aussi bien dans certains départements, mais également, de rechercher quels ont été les freins dans les départements où cela n'a pas encore démarré. Qui plus est, le fait que ce programme se soit implanté dans des pharmacies qui n'étaient pas forcément impliquées dans les nouvelles missions telles que les bilans de médication via le projet BIMEDOC permettra d'avoir de nouveaux arguments pour sensibiliser des pharmacies qui étaient jusqu'alors moins dynamiques (facilité de mise en œuvre, rapidité de l'entretien, rémunération...).

Pour lancer le programme, on pourrait imaginer fonctionner via le biais de pharmacies pilotes qui deviendraient promotrices du projet au sein de leur département. Cela pourrait se faire en lien avec le REIPO pour pouvoir déployer la formation. Enfin, les réunions ERVPD (Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance) pourraient être l'occasion de faire mieux connaître le programme aux différents acteurs pour un meilleur déploiement au sein du département. D'autres pistes de recherche peuvent encore émerger et être étudiées ou utilisées.

b. Nombre de STEP 1 anormaux

Le deuxième objectif secondaire est de *quantifier le nombre de STEP 1 anormaux relevés*.

Au total, ce sont 454 STEP 1 conduisant à une alerte qui ont été réalisés en pharmacie, ce qui représente 92% de STEP 1 anormaux avec au dernier recueil 56% de femmes testées (ce qui est similaire aux données globales du Gérontopôle qui avait 60% de femmes dépistées (75,76)). Au niveau de l'évolution au cours des différents recueils, ce pourcentage reste constant, entre 92 et 93%. Si cette donnée est comparée avec l'ensemble des données du Gérontopôle, on obtient un pourcentage de 94,7%. Le résultat observé dans le recueil des données pharmacies est donc cohérent avec l'ensemble des résultats mesurés.

Le nombre d'alertes dans chaque domaine varie en fonction des moments de recueil. Cependant, si nous nous intéressons en premier lieu au dernier recueil (avec le plus de données), c'est alors le domaine de la vision qui conduit au plus grand nombre d'alerte (66% des anomalies détectées). Le deuxième domaine est l'audition avec plus de 50% d'anomalies. Ce sont ces deux domaines, sensoriels, qui ne mènent pas vers un STEP 2 long, c'est-à-dire une évaluation gériatrique standardisée complète. L'alerte qui amène le plus vers un STEP 2 « long » est le domaine de la cognition qui regroupe 47,30% d'alertes. Le domaine nutritionnel, lui, arrive bien en deçà des autres domaines (15% des alertes) contre une trentaine de pourcents pour le domaine psychologique et la locomotion. Ces données sont également similaires aux chiffres relevés par le Gérontopôle (76).

Une question se pose sur le nombre d'alertes relevées. En effet, l'idée première du programme est de sélectionner des participants de plus de 60 ans, en bonne santé, pour les suivre dans le temps et être là au moment où un domaine commence à présenter des alertes. Or, ici, il faut directement réorienter les patients massivement. La moyenne d'âge des participants pourrait être un premier facteur explicatif : les patients sélectionnés et qui acceptent de participer sont assez âgés et présentent déjà des déficiences. En effet, la moyenne d'âge au mois de juin des participants était de 75 ans (contre une moyenne de 76 ans sur l'ensemble des données recueillies par le Gérontopôle (75,76)). En effet, rappelons que le dépistage peut être proposé à partir de 60 ans. Cependant, cette moyenne d'âge était plus élevée lors du premier recueil, en décembre 2020 (79 ans), et pour autant le pourcentage du nombre d'alertes relevées était le même. Donc ce facteur n'est pas le seul explicatif. Il y a peut-être un problème plus large de ciblage du type de patients par défaut de communication de plus grande envergure. En effet, le projet n'est pas encore connu par les patients, et bien souvent, ils n'en ont entendu parler que par leur pharmacien. Or, pour les tous jeunes retraités, cela est sûrement compliqué d'entendre parler d'un dépistage pouvant déceler des problèmes de santé qu'ils ne ressentent pas et qui les obligerait à voir des médecins alors qu'ils se sentent en bonne santé. Par ailleurs, s'engager sur un programme à long terme peut-être aussi un frein pour certains. A l'inverse, les

personnes un peu plus âgées peuvent être plus réceptives à ce type de discours car peut-être perçoivent-elles déjà les prémices de perte de fonctions. Ainsi, un défaut de communication de grande ampleur pourrait expliquer ce biais de sélection ressenti **dans les résultats. Pour y remédier, des campagnes d'information à plus grande échelle, relayées par le département et la région pourraient être intéressantes. Ces campagnes seraient encore plus percutantes si elles étaient déployées à la fois en pharmacie, chez les médecins, dans les hôpitaux, et pourquoi pas, dans l'espace public comme pour la grippe par exemple. A noter que la Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (FORMS), une fédération de soignants, réalise d'ores et déjà un accompagnement des soignants voulant se lancer dans le travail pluri-professionnel, et promeut donc ce type de communication croisée (77). Enfin, il est important de souligner que l'ensemble des alertes relevées permet de suivre les pertes de nouvelles fonctions mais aussi de voir l'efficacité des mesures appliquées pour corriger les anomalies révélées en STEP 1. Il faut donc considérer cet outil comme un outil de dépistage mais également comme un outil de suivi, ce qui est tout aussi important.**

Ensuite, si ces actions ne permettent pas de diminuer le nombre d'alertes pour chaque STEP 1 réalisé, il faudrait peut-être réfléchir à cibler en priorité des patients plus jeunes dans **l'objectif** actuel **d'ICOPE**, à savoir les 65-70 ans. En effet, ils sont peu représentés dans le panel de sujets étudiés mais ont toute leur place dans les différents programmes ICOPE dans le monde (26–29). Cependant, cela reste, sans doute, indissociable **d'une** campagne **d'information** plus large pour pouvoir sensibiliser les patients et ne pas se heurter au phénomène décrit plus haut, de jeunes retraités totalement insensibles au discours de prévention.

Enfin, si des campagnes de prévention et de sensibilisation devaient être menées chez nos aînés, il serait intéressant que ces dernières ciblent le domaine **cognitif puisqu'il s'agit du premier domaine conduisant à un STEP 2 long.**

c. Satisfaction des équipes officielles

Le dernier objectif secondaire est d'évaluer la *satisfaction des équipes* qui ont réalisé ces STEP 1. Les données recueillies sont assez faibles, donc ne permettent pas **de faire une étude statistique poussée, cependant, cela permet tout de même d'avoir** une tendance en fonction des différents points. La répartition géographique est variée (des pharmacies ont répondu depuis cinq départements différents), ce qui permet **également d'avoir un point de vue** diversifié.

Commençons par discuter de la formation suivie par les personnes réalisant les STEP 1 et ayant répondu au questionnaire. En grande partie, les formations ont été suivies soit au sein de la formation initiale (donc pour les étudiants de 6^{ème} année), soit en webinaire. Les personnes ayant effectué la formation en présentiel avec le Gérotopôle sont très minoritaires, du fait du contexte sanitaire pandémique depuis **2020. Si cette répartition peut être extrapolée à l'ensemble des pharmacies** participantes, on peut en déduire que les formations en distanciel sont très efficaces dans la formation du personnel, et ce, malgré le format nouveau et innovant. Ce format webinaire court est donc un format intéressant pour former les équipes **officinales. Il a également l'avantage de permettre une formation égale quel que soit** le lieu géographique. En effet, il **n'y** a pas de trajets à faire pour venir se former : cette distance à parcourir aurait pu être un frein. Le fait **d'avoir** la formation sur son lieu de travail est donc un atout majeur.

Parlons à présent du personnel formé et des personnes réalisant effectivement les **STEP 1. Dans l'analyse du questionnaire, nous avons pu voir que les STEP 1 étaient** exécutés en très grande partie par les pharmaciens et les étudiants en pharmacie. A **contrario, les apprentis préparateurs n'ont** pas réalisé de STEP 1 dans notre échantillon. Cela peut vouloir dire que l'implantation auprès des CFA **n'est peut-être** pas encore assez importante pour avoir un impact sur le terrain. Une seconde hypothèse est que **l'atout** que cette formation apporte à leur cursus **n'est** pas valorisé, soit directement sur leur Curriculum Vitae (et dans ce cas-là, **les apprentis n'ont pas compris l'importance du dépistage et l'importance de son déploiement à large** échelle) ; soit les pharmaciens titulaires employant les apprentis **n'ont** pas

connaissance du programme de dépistage. Soit ils n'ont pas envie de les laisser développer cette nouvelle mission, pour diverses raisons (nous pouvons imaginer : le manque de temps, une mauvaise définition ou répartition des tâches de travail ne permettant pas de dégager du temps pour développer cette mission, etc.). Si la première hypothèse est vérifiée, il faudrait pour corriger le problème renforcer la **communication auprès des CFA et insister sur l'importance de** cette nouvelle mission pour mieux faire passer le message. Si la deuxième hypothèse est vérifiée, pour la corriger, il faudrait informer les pharmaciens titulaires de cette nouvelle mission, et de ses avantages pour le patient, en terme de santé publique. Il pourrait être intéressant **de rajouter cette mission à mener comme un objectif de l'apprentissage, comme cela** avait été formulé pour les étudiants en 6^{ème} année **d'officine**.

Intéressons-nous à présent au moment où sont réalisés les STEP 1. Nous avons pu **voir dans les résultats qu'en très grande majorité, les STEP 1 étaient réalisés sur** des temps dédiés. Cela peut vouloir dire que malgré la durée courte du dépistage (pour rappel, en moyenne 15 minutes), cela peut facilement désorganiser soit **l'équipe officinale, soit l'emploi du temps du patient. A noter que toutes les officines n'ont pas** fonctionné sur ce modèle, et il reste donc important, pour pouvoir avoir un maximum **de pharmacies participantes, de laisser libre l'officine de son organisation par rapport** à ses contraintes propres. Il convient aussi de remarquer que dans les réponses au questionnaire, un répondant avait signalé avoir fait le STEP 1 à domicile. Cela peut être une bonne idée à exploiter, mais cela est très dépendant de **l'organisation** interne de chaque pharmacie.

Parlons du support employé pour réaliser le test. Le message véhiculé pendant **la formation afin d'utiliser en priorité l'application a** *à priori* porté puisque la quasi-totalité des pharmacies répondantes ont utilisé cet outil numérique. Cela signifie aussi que **l'outil** est bien réalisé et est pratique **d'utilisation**. En outre, cette utilisation permet **une rémunération directe de l'officine, qui doit être un argument notoire pour les** pharmacies par souci de simplification des démarches administratives, notamment. Par ailleurs, cette préférence **d'utilisation** peut peut-être **s'expliquer** par sa facilité

d'utilisation. En effet, le robot conversationnel IcopeBot semble plus long que l'application, puisqu'il est nécessaire de réaliser la version longue du questionnaire sans possibilité de sauter des questions. De plus, il ne délivre pas de conseils à donner aux patients. Le questionnaire papier est lui plus court, mais oblige à une saisie informatique dans un second temps, ce qui finalement, ne semble pas faire gagner du temps. Il ne possède pas non plus d'encart de rappel pour fournir des conseils aux patients. Ainsi, cela donne des arguments supplémentaires pour utiliser l'application Icope Monitor pour les soignants plutôt que IcopeBot ou que le formulaire papier (gain de temps, rémunération directe, conseils personnalisés).

Concernant la durée des entretiens, elle a été jugée satisfaisante pour près de **80% des répondants. C'est encourageant, puisque cela** signifie que malgré les divergences entre la théorie et la pratique, les entretiens peuvent être menés sur un temps court, qui convient à la majorité des pharmacies répondantes. Cela nous permet de conclure que le format du STEP 1 est satisfaisant, tant sur la forme, que sur le fond.

Cependant, des points négatifs ont également été soulevés par le questionnaire. En premier lieu, il s'agit plutôt d'un ressenti mitigé : il concerne la facilité à recruter les patients. Plus d'1/3 des pharmacies ont jugé difficile de recruter les patients pour cette nouvelle mission, et près d'1/4 ont estimé qu'il y avait des moments plus aisés que d'autres pour les réaliser. Concernant le premier point, plusieurs raisons peuvent l'expliquer. Première hypothèse, le programme est nouveau si bien que les patients recrutés par les pharmacies n'ont souvent pas été informés par d'autres professionnels de santé. Cela démontre que les cibles de recrutement divergent en fonction des professions. Ainsi, il existe une complémentarité entre les différentes professions de santé pour la réalisation du STEP 1 d'ICOPE. Seconde hypothèse : la France a un système de santé beaucoup plus basé sur le curatif que sur le préventif (malgré de nombreux plans récents (78–80)), et donc les patients ne sont pas habitués à cette manière de penser, et ne voient pas forcément l'intérêt d'un dépistage aussi régulier. Quant au second point, il peut montrer qu'il y aura des moments plus ou moins

favorables pour faciliter le recrutement, qui peuvent être officine-dépendant. Comme hypothèse de travail pour résoudre ce premier point, il faudrait une communication auprès des patients à beaucoup plus grande échelle pour que les pharmacies ne soient plus les seuls relais. Cela pourrait passer par des campagnes publicitaires avec des **affiches, par des spots audios ou des spots vidéos, à l'instar de la campagne pour la vaccination anti-grippale (81–83)**. Concernant les affiches, elles pourraient être **affichées à l'identique aussi dans les cabinets** des médecins, dans les cabinets infirmiers, dans les cabinets de kinésithérapie, dans les pharmacies, mais également dans les espaces publics. Cette communication à grande échelle devrait permettre de donner plus de poids au projet et de sensibiliser le public cible. Pour pouvoir aider à **la mise en place du second point, il est possible d'imaginer un système de tutorat, à l'instar de ce que le REIPO réalise pour les bilans de médication et les entretiens (84)** pour donner des clés, des tournures, amorcer le recrutement des patients. Cependant, cela nécessite du temps et de la disponibilité de la part des équipes pharmaceutiques, ce qui est difficile à dégager en temps de pandémie (85).

D'autre part, plus de 50% des équipes officinales ayant répondu au questionnaire ont déclaré ne pas avoir une vision claire de la suite du programme ICOPE entre le STEP 2 et le STEP 5. Cela est un problème pour une prise en charge **efficace des patients pour pouvoir correctement les orienter en cas d'anomalie.** Une des hypothèses pouvant expliquer ces réponses vient peut-être du fait que la formation – courte – ne permet pas de trop **s'attarder** sur la suite du parcours, et que cela crée des lacunes chez les professionnels concernés. Cependant, ce questionnaire, formulé **comme il l'a été, ne permet pas de savoir si les professionnels de santé ont trouvé cela préjudiciable dans leur pratique quotidienne.** Il serait donc nécessaire **d'approfondir cet aspect avant de remettre totalement en question la formation.**

Le troisième point est plutôt négatif, plus de 75% des professionnels en officine **n'ont pas réussi à travailler sur ce projet de manière pluri-professionnelle.** Ceci est regrettable puisque la prise en charge du patient de manière collégiale est à la base du projet. Cela peut venir de plusieurs aspects. La première hypothèse est que les

pharmaciens ne se sont pas retrouvés dans des zones avec des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) formés au STEP 2. Cela pourrait avoir pour conséquence que le praticien officinal essaie de se rapprocher du médecin, souvent surchargé, et potentiellement peu enclin à réaliser une évaluation gériatrique standardisée pour son patient. Ainsi, le patient se retrouverait sans suivi. La seconde hypothèse, c'est que le contexte sanitaire n'a pas aidé à organiser un suivi régulier et si le patient est resté passif, le projet a très bien pu s'arrêter, sans suivi entrepris. Enfin, la troisième hypothèse peut venir d'un manque de communication, notamment entre les professionnels de santé d'une même ville. Pour résoudre ce problème, il peut être intéressant de réaliser une cartographie des IDE formés au STEP 2 par département, pour que les pharmaciens d'officine puissent se rapprocher directement de la bonne personne pour orienter leur patient. Dans la même idée, faire une cartographie des pharmacies formées pourrait être intéressant pour renforcer les coopérations pluri-professionnelles à venir. Enfin, les différents professionnels de santé (dont les pharmaciens) pourront à terme réaliser les STEP 2 selon la convention nationale. Cela permettra donc d'améliorer le maillage territorial pour que les patients puissent réaliser leur STEP 2 rapidement et efficacement. Concernant l'attitude passive des patients, il faudrait renforcer la communication sur l'importance d'un suivi avec d'autres professionnels pour être de nouveau en bonne santé et pour longtemps. Cependant, rappelons qu'un des buts secondaires du projet est de rendre le patient plus acteur de sa santé. Ainsi, il n'est pas pertinent d'assister le patient sur toutes les tâches sans le rendre acteur de la démarche. Cet aspect semble donc assez difficile à améliorer sans le concours direct du patient. Enfin, concernant la troisième hypothèse, il faudrait faire de la communication auprès des médecins pour expliquer le projet. Il pourrait être intéressant également à plus petite échelle d'inciter les pharmacies en exercice professionnel coordonné à réaliser des petites formations en interne pour présenter le projet et faciliter la communication inter-professions.

Finalement, abordons la satisfaction vis-à-vis du programme. Concernant la formation, elle est excellente avec une moyenne dépassant les 8,5/10 et avec une médiane à 9/10. Cependant, la satisfaction globale du programme est moindre avec

une moyenne de 6,65/10 avec une médiane à 6,5. Cela démontre que si le programme **ne convient pas dans son ensemble, la formation n'est pas à remettre en cause**, puisque celle-ci a **récolté d'excellentes** notes.

Dans les points négatifs relevés, il y avait la difficulté de la mise en **œuvre**, surtout en **pluriprofessionnel**, la **difficulté de recrutement**, le **nombre d'alertes** qui ressortaient alors qu'un problème était déjà pris en charge. Ces éléments ont mitigé le bilan de l'**expérience**.

Enfin, la satisfaction par rapport à la rémunération de l'URPS Pharmacie était importante puisque 88,24% des répondants ont jugé la rémunération encourageante. **Ces données montrent que le fait d'associer cette mission à une rémunération** motive les pharmacies à réaliser des STEP 1, et que le montant proposé était satisfaisant. **Cependant, nous pouvons tout de même nous interroger sur la pertinence d'une** rémunération plafonnée à un nombre de dépistage donné. En effet, le but du programme ICOPE est de **réaliser des dépistages de masses pour toucher l'ensemble des personnes cibles, c'est-à-dire**, toute personne de plus de 65 ans. Or, en limitant la rémunération à 10 STEP 1 sur un semestre, cela incite les pharmacies à arrêter les dépistages après ces 10 premiers STEP 1. Cela peut également représenter un frein **pour certaines pharmacies puisqu'il y a un investissement en temps manifeste (1h de formation, plus le recrutement des patients, plus le temps de réalisation des dépistages)**. Certaines pharmacies pourraient estimer que le temps passé à la **formation est non rentable vu le faible nombre de dépistage qu'elle peut effectuer en étant rémunérée**. Cependant, comme ce projet se faisait dans le cadre d'une expérimentation, le budget était contraint, et il était normal de mettre des limitations de rémunérations. Cela aurait, par contre, représenté un frein majeur si cette idée de **rémunération avait été conservé par l'ARS pour l'élargissement de l'expérimentation (ce qui n'est pas prévu actuellement)** (65).

Ces données, loin **d'être** des freins, doivent être considérées comme des leviers pour que le programme soit déployé plus largement. En effet, au moment où le

ministère de la santé étend son déploiement lors d'une expérimentation de 3 ans sur différentes régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) (65), il est intéressant de s'appuyer sur les points positifs et les points négatifs de cette expérimentation actuellement régionale. Ainsi, il est important de noter que, malgré différentes contraintes (68,70,86), les pharmacies sont **largement prêtes à s'investir dans cette nouvelle mission (pour rappel, sur la région Occitanie, 84 officines se sont prêtées à l'expérimentation)**. De plus, les pharmacies sont des pivots importants en terme de santé publique, comme cela a pu être mis en évidence via les tests antigéniques et la vaccination contre la COVID-19, et la grande mobilisation de la profession (87). Mais une rémunération est nécessaire à cette nouvelle mission pour contre-balancer le temps passé en formation, celui du recrutement et celui des entretiens. Ce qui a été mis en évidence par le fort taux de satisfaction concernant la rémunération URPS. Il serait cependant plus pertinent que **la rémunération soit effectuée à l'acte, mais sans plafonnement (comme cela est le cas pour les rémunérations des vaccins (88))**. Et pour plus **d'équité**, cette rémunération pourrait être alignée sur celle des IDE sous contrat avec **l'ARS** pour un STEP 1 (89,90). **C'est dans cette direction que va la convention nationale d'ICOPE, puisqu'il est question d'une rémunération par forfait sans distinction du type de professionnel réalisant les étapes de dépistage (65)**.

Pour conclure, les pharmacies occitanes qui ont répondu au sondage sont prêtes **pour les 2/3 d'entre elles à continuer les STEP 1, ce qui est un message très positif** pour la suite du projet malgré le contexte, et pour son lancement au niveau national (65).

V. Conclusion

Dans un contexte mondial de vieillissement de la population, le programme ICOPE a été lancé par l'OMS. Son application locale a été mise en œuvre par le Gérontopôle de Toulouse, épaulé notamment par le REIPO afin d'aider à sa diffusion au sein des pharmacies d'officine. Le nombre de STEP 1 mesuré n'a pas été aussi élevé qu'escompté puisque seulement 492 STEP 1 ont été réalisés sur les 1000 planifiés, mais ces derniers l'ont été dans une période de pandémie mondiale.

Au sein de ces presque 500 STEP 1, plus de 90% d'entre eux ont révélé une anomalie. Cela peut interroger sur la pertinence du criblage des patients qui pourraient être sélectionnés trop âgés. Cependant, cette hypothèse est à nuancer puisque les informations recueillies restent pertinentes dans le cadre d'un suivi d'éventuels déclin de fonctions ou de leur amélioration.

En outre, une disparité territoriale existe entre les départements où les STEP 1 ont été effectués. La Haute-Garonne présente la plus grande concentration devant le Tarn. Ces départements étaient déjà connus pour être très dynamiques concernant les nouvelles missions, notamment au travers du programme BIMEDOC. Cependant, une analyse plus fine a révélé que de nombreuses pharmacies avaient participé au programme ICOPE sans lien avec ce précédent programme, révélant ainsi un dynamisme nouveau.

Le dernier objectif de ce travail consistait à analyser la satisfaction globale des officines par rapport au programme. Bien que les données recueillies manquent de significativité statistique, cela a tout de même permis de mettre en évidence un retour d'expériences assez mitigé (notamment à cause de difficultés de mise en œuvre). Cependant, cela n'empêchera pas la majorité des répondants de participer au programme. La satisfaction concernant la formation, quant à elle, est excellente.

De manière globale, la facilité d'utilisation de l'application Icope Monitor et la rémunération proposée par l'URPS Pharmacie ont été deux points très positifs relevés. A ce dernier point, rajoutons toutefois un bémol. Seule une certaine quantité de **STEP 1 sont rémunérés par l'URPS Pharmacie (ce qui vient de la nature même du financement proposé)**. Ainsi, bien que motivant et incitant les pharmacies à se lancer dans le programme, cela aurait pu être un frein pour un déploiement plus ambitieux **du programme. Mais, la rémunération à venir pour l'élargissement du projet concernera chaque STEP 1 réalisé.** Ce frein ne sera donc plus rencontré.

Il existe également d'autres freins identifiés dans ce travail. Le premier, et le plus important de tous, a été et restera la crise sanitaire qui a embolisé tout le système de santé en retardant le lancement à plus grande échelle du programme. Le deuxième a été la difficulté de recruter les patients, ce qui peut être lié, du moins en partie, à une absence de campagne de communication. Enfin, le dernier point vient de la **difficulté d'organisation, qui est un problème interne à chaque officine.**

En résumé, malgré le contexte très difficile, un pourcentage important de bilans en ville ont été réalisés dans les pharmacies, démontrant que ces dernières sont des acteurs majeurs de santé publique. **A l'heure où le projet est élargi à l'échelle nationale, il est important d'exploiter l'expérience recueillie, et d'utiliser les freins identifiés** comme des leviers pour la suite du programme. Les hypothèses de travail qui avaient été formulées lors de ce travail, sont, pour certaines, déjà mise en application à **savoir la mise en place d'une rémunération à l'acte, et une généralisation de la formation proposée par le Gérontopôle.** La dernière hypothèse formulée – une campagne de communication à grande échelle – ne manquera certainement pas de suivre pour appuyer le déploiement national du projet. Ce dernier démontre à lui seul les retombées positives des premiers STEP 1 et leur impact important en matière de santé publique. Cela a pu ainsi mettre en exergue le dynamisme des pharmacies **d'officine dans la politique de santé publique. Cet élan est par ailleurs inséré dans un système de santé global construit autour du patient avec la participation d'acteurs pluriprofessionnels.**

Annexes

Annexe 1 Questionnaire ICOPE 1^{ère} version

Remplissez ou mettez l'étiquette du patient

Nom du patient :

Fiche d'évaluation Step1 ICOPE

Nom et prénom de l'évaluateur : Date de l'évaluation :

Première évaluation Evaluation de suivi

COGNITION (1)

Demander au sujet :

1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est?)
 1 Oui 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → **Alerte** → Step2 **EI** posez la question :

2. Avez-vous constaté une aggravation de ces problèmes au cours des 4 derniers mois ou depuis la dernière évaluation?
 Oui Non DM¹

Test de 3 mots :

Dire au sujet : « Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. » CIGARE, FLEUR, PORTE (liste 1) ; FAUTEUIL, TULIPE, CANARD (liste 2) ou CITRON, CLE, BALLON (liste 3)
Puis dire au sujet : « Répétez les 3 mots. »

Orientation :

Dire au sujet : « Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

« En quelle année sommes-nous ? En quel mois ? Quel jour du mois ? Quel jour de la semaine ? »

Indiquer si les items de réponse ci-dessous sont corrects ou incorrects:

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Réponse « année » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| <input type="checkbox"/> Réponse « mois » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| <input type="checkbox"/> Réponse « jour du mois » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| <input type="checkbox"/> Réponse « jour de la semaine » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |

Score orientation : |__|/4 DM¹

Si le score < 4 → **Alerte** → Step2

NUTRITION

Demander au sujet :

1. Son poids : |__| |__|, |__| kg

2. Avez-vous perdu involontairement plus de 3kg au cours de 3 derniers mois ? 1 Oui 0 Non

3. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ? 1 Oui 0 Non

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → **Alerte** → Step2

Optionnel

Comment qualifiez-vous votre appétit au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|__|__|

COGNITION (2)

Rappel de 3 mots :

Dire au sujet : « Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure? »

- | | | |
|------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Premier mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| 2. Deuxième mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| 3. Troisième mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |

o Nombre de mots rappelés : |__|/3

Si le score < 3 → **Alerte** → Step2

VISION

Demander au sujet : Avez-vous des problèmes aux yeux: des difficultés pour voir de loin, pour lire, des pathologies oculaires ou suivez-vous actuellement un traitement (diabète, hypertension)? 1 Oui
 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → **Alerte** → Step2

Optionnel

- Avez-vous l'impression que votre vue a baissé au cours des quatre derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?
 1 Oui 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → **Alerte** → Step2

- Comment considérez-vous la qualité de votre vue (avec vos lunettes si vous en avez) au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|__|__|

AUDITION

Test de Whisper : Se mettre derrière le sujet (à distance d'un bras ou à environ 0,6 m) pour qu'il ne puisse pas lire sur les lèvres. Demander-lui de placer un doigt sur le tragus de l'oreille gauche pour obscurcir le son. Chuchoter un mot avec 2 syllabes distinctes vers l'oreille droite du sujet. Demander au sujet : « Pouvez-vous répéter le mot chuchoté ? »

Réaliser le test une deuxième fois pour l'oreille gauche en demandant au sujet de placer un doigt sur le tragus de l'oreille droite.

La personne a-t-elle pu répéter tous les mots :

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| o Pour l'oreille droite: | <input type="checkbox"/> 0 Oui | <input type="checkbox"/> 1 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |
| o Pour l'oreille gauche: | <input type="checkbox"/> 0 Oui | <input type="checkbox"/> 1 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → **Alerte** → Step2

Optionnel

- Avez-vous l'impression que votre audition a baissé au cours des quatre derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?
 1 Oui 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → **Alerte** → Step2

- Est-ce que votre entourage se plaint que votre audition a baissé dernièrement ? 1 Oui 0 Non
 DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → **Alerte** → Step2

- Comment considérez-vous la qualité de votre audition (avec vos appareils auditifs, si besoin) au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) :
|_|_|_|_|

PSYCHOLOGIE

Demander au sujet :

Au cours des deux dernières semaines :

1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir? 1 Oui 0 Non DM¹
2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses? 1 Oui 0 Non DM¹

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → **Alerte** → Step2

Optionnel

A quel point vous êtes-vous senti triste ou heureux au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |_|_|_|_|

LOCOMOTION

Test de lever de chaise

Demander au sujet de se lever d'une chaise 5 fois de suite, le plus vite possible, les bras croisés sur la poitrine.

- Temps réalisé: |_|_|_|_|_| secondes

- Le sujet a-t-il réalisé les 5 levers de chaise? 0 Oui 1 Non

- o Si OUI, a-t-il fait le test en moins de 14 secondes? 0 Oui 1 Non

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → **Alerte** → Step2

- o Si NON, combien de levers de chaise le patient a-t-il réalisé ? 0 1 2 3 4
 - Si 0, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans l'aide d'autrui ?
 Oui Non

Commentaires de l'évaluateur :

ICOPE MONITOR STEP 1 DE L'OMS

Date du test :

Evaluation initiale Suivi – monitoring

Nom et prénom :

Date et ville de naissance :

Téléphone Portable:

Adresse mail:

Adresse postale:

Nom et ville du médecin traitant :

Je certifie avoir obtenu l'accord du sujet Le :

Signature:

Fonctions	Tests	Résultats
Cognition	1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 4 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	3. Apprentissage de 3 mots : Citron, clé, ballon	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	4. Orientation temporo-spatiale : <i>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</i>	
	- Année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Jour de la semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Jour du mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nutrition	1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?	Poids actuel : Kg <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cognition	Rappel des trois mots: Mot 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mot 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mot 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vision	Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? difficultés en vision de loin, à lire, pathologie oculaire ou médicament (ex diabète, HTA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Audition	Test de Whisper (test de chuchotement)* :	
	- Oreille droite capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Oreille gauche capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychologie	Au cours des deux dernières semaines:	
	1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mobilité	Test de lever de chaise** :	Temps en sec.....
	1. Réalisation des cinq levers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Si non, combien de levers de chaise réalisés?	
	3. Si aucun, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans aide d'autrui ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



• **A l'issue de la consultation quelles actions ont été prises?**

- Le résultat est normal, vous avez donné des conseils généraux à la personne.

Le résultat montre des anomalies, merci de renseigner le type d'orientation réalisée au regard de ses résultats :

- Prise en charge déjà en cours par le médecin traitant ou spécialiste
 Je recommande au participant de prendre RDV avec son médecin traitant
 Je contacte son médecin traitant ou le médecin référent
 Je réalise ou programme le Step 2
 Autre

Instructions

• **Test de Whisper (test de chuchotement)* :**

- Se mettre derrière le sujet à une distance d'un bras tendu
- Lui demander de placer un doigt sur le tragus de l'oreille gauche
- Chuchoter un mot avec 2 syllabes distinctes vers l'oreille droite
- Demander au sujet de répéter le mot
- Faire de même pour l'autre oreille

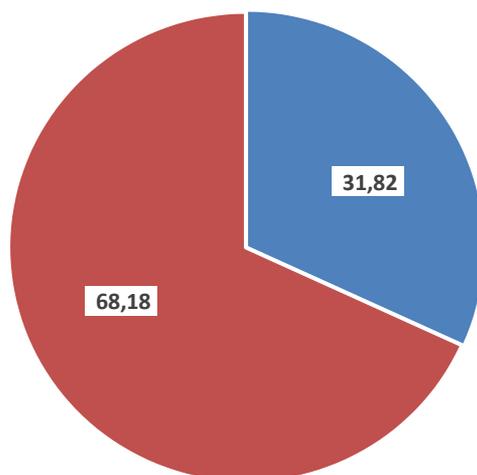
• **Test de lever de chaise** :**

- Se lever d'une chaise 5 fois de suite le plus rapidement possible,
- bras croisés sur la poitrine.
- Départ assis, fin debout.
- Normal si réalisation de 5 levers en moins de 14 secondes



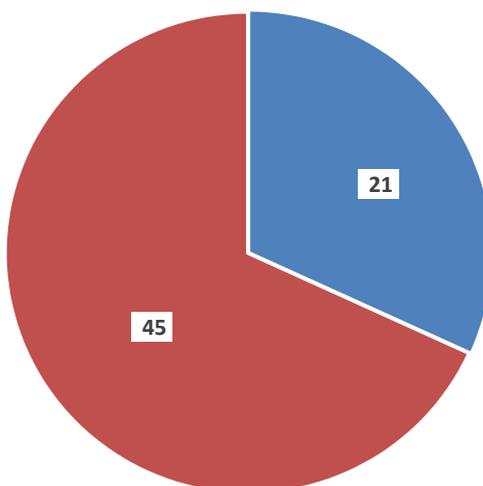
Annexe 3 : Diagrammes de la répartition des pharmacies impliquées dans le projet BIMEDOC sur l'ensemble des STEP 1 réalisés en Occitanie, en pourcentage (première figure) et en nombre absolu.

Répartition du nombre de pharmacies participant au projet BIMEDOC parmi l'ensemble des STEP 1 d'Occitanie (en %)



■ Nombre de pharmacies participant au projet BIMEDOC et au projet ICOPE
■ Nombre de pharmacies réalisant ICOPE sans participer au projet BIMEDOC

Répartition du nombre de pharmacies participant au projet BIMEDOC parmi l'ensemble des STEP 1 d'Occitanie



■ Nombre de pharmacies participant au projet BIMEDOC et au projet ICOPE
■ Nombre de pharmacies réalisant ICOPE sans participer au projet BIMEDOC

VI. Bibliographie

1. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. 2016.
3. Le vieillissement de la population et ses enjeux - **L'Observatoire des Territoires** [Internet]. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>
4. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-esperance-de-vie-en-bonne-sante>
5. Robine JM, Cambois E. Vieillissement de la population, espérance de vie et espérance de santé : un cadrage démographique.
6. **Sirven N. Fragilité et prévention de la perte d'autonomie - Une approche en économie de la santé. Questions d'économie de la santé. févr 2013;(184).**
7. Rubenstein LZ. Geriatric imperative: geriatric assessment programs. *he Journal of the Medical Society of New Jersey.* sept 1984;
8. William T, Hill J, Fairbank M. Appropriate placement of the chronically ill and **aged: A successful approach by evaluation. JAMA. 1973;1332-5.**
9. (PDF) The Role of Geriatric Assessment Units in Caring for the Elderly: An Analytic Review [Internet]. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/16101976_The_Role_of_Geriatric_Assessment_Units_in_Caring_for_the_Elderly_An_Analytic_Review
10. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit. *New England Journal of Medicine.* 27 déc **1984;311(26):1664-70.**
11. Qian-Li Xue, Bandeen-Roche Karen, Ravi Varadhan, Jing Zhou, Linda P. Fried. Initial Manifestations of Frailty Criteria and the Development of Frailty Phenotype **in the Women's Health and Aging Study II. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2008;63A(9):984-90.**
12. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1 mars **2001;56(3):M146-57.**

13. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 1998;1387-402.
14. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? 2013.
15. Gloria S, Heredia P. Le dépistage de la fragilité du sujet âgé en Hôpital de jour. 2017.
16. CREDOC. La fragilité des personnes âgées: perceptions et mesures.
17. **L'Hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance | "Ensemble, prévenons la dépendance"** [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ensembleprevenonsladedependance.fr/prevenir-la-dependance/lhopital-de-jour-devaluation-fragilites-de-prevention-de-dependance/>
18. **Création de l'activité d'évaluation de la fragilité en hôpital de jour gériatrique** au CHU de Nîmes [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: http://www.chu-nimes.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=1124&Itemid=1
19. Des outils dédiés à la fragilité des personnes âgées - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/des-outils-dedies-a-la-fragilite-des-personnes>
20. WHO. Integrated care in older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. 2017.
21. Tavassoli N, Piau A, Berbon C, de Kerimel J, Lafont C, De Souto Barreto P, et al. Framework Implementation of the INSPIRE ICOPE-CARE Program in Collaboration with the World Health Organization (WHO) in the Occitania Region. *J Frailty Aging* [Internet]. 19 mai 2020 [cité 27 mai 2020]; Disponible sur: <https://doi.org/10.14283/jfa.2020.26>
22. Threapleton DE, Chung RY, Wong SYS, Wong E, Chau P, Woo J, et al. Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. *Int J Qual Health Care*. 1 juin 2017;29(3):327-34.
23. Bower P, Reeves D, Sutton M, Lovell K, Blakemore A, Hann M, et al. Improving care for older people with long-term conditions and social care needs in Salford: the CLASSIC mixed-methods study, including RCT [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018 [cité 21 juill 2020]. (Health Services and Delivery Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519984/>
24. Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiagarajan JA, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bull World Health Organ*. 1 nov 2017;95(11):756-63.
25. Won CW, Ha E, Jeong E, Kim M, Park J, Baek JE, et al. World Health Organization Integrated Care for Older People (ICOPE) and the Integrated Care of Older

Patients with Frailty in Primary Care (ICOOP_Frail) Study in Korea. *Ann Geriatr Med Res.* mars 2021;**25(1):10-6.**

26. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open.* 07 2018;8(4):e021194.
27. Stoop A, Lette M, Ambugo EA, Gadsby EW, Goodwin N, MacInnes J, et al. Improving Person-Centredness in Integrated Care for Older People: Experiences from Thirteen Integrated Care Sites in Europe. *Int J Integr Care.* 26 juin 2020;20(2):16.
28. Stoop A, de Bruin SR, Wistow G, Billings J, Ruppe G, Leichsenring K, et al. Exploring improvement plans of fourteen European integrated care sites for older people with complex needs. *Health Policy.* 2019;**123(12):1135-54.**
29. Briggs AM, Araujo de Carvalho I. Actions required to implement integrated care for older people in the community using the World Health Organization's ICOPE approach: A global Delphi consensus study. *PLoS One* [Internet]. 11 oct 2018 [cité 14 nov 2019];13(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6181385/>
30. Entretien : Le Dr Sophie Guyonnet nous parle du projet INSPIRE | EHPA - Presse [Internet]. 2020 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ehpapresse.fr/actualite/entretien-le-dr-sophie-guyonnet-nous-parle-du-projet-inspire/>
31. Le Programme ICOPE | Aptitude [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.aptitude-net.com/le-programme-icope>
32. Tavassoli N, De Kerimel J. Formation du gérontopôle sur le projet ICOPE. 2020 févr 11.
33. Hwang AB, Boes S, Nyffeler T, Schuepfer G. Validity of screening instruments for the detection of dementia and mild cognitive impairment in hospital inpatients: A systematic review of diagnostic accuracy studies. *PLoS One* [Internet]. 25 juill 2019 [cité 12 mai 2020];14(7). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6657852/>
34. Wang Z, Dong B. Screening for Cognitive Impairment in Geriatrics. *Clin Geriatr Med.* 2018;**34(4):515-36.**
35. Eshkoo SA, Hamid TA, Mun CY, Ng CK. Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clin Interv Aging.* 2015;**10:687-93.**
36. Arai H, Satake S, Kozaki K. Cognitive Frailty in Geriatrics. *Clin Geriatr Med.* 2018;**34(4):667-75.**

37. Allepaerts S, De Flines J, Paquot N. [Nutrition in the elderly]. *Rev Med Liege*. juin **2014;69(5-6):244-50.**
38. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship **with other geriatric syndromes**. *Clin Nutr*. déc **2010;29(6):745-8.**
39. Razak PA, Richard KMJ, Thankachan RP, Hafiz KAA, Kumar KN, Sameer KM. **Geriatric Oral Health: A Review Article**. *J Int Oral Health*. **2014;6(6):110-6.**
40. Soler V, Sourdet S, Balardy L, Abellan van Kan G, Brechemier D, Rougé-Bugat ME, et al. Visual Impairment Screening at the Geriatric Frailty Clinic for Assessment of Frailty and Prevention of Disability at the Gérontopôle. *J Nutr Health Aging*. **2016;20(8):870-7.**
41. Blaylock SE, Vogtle LK. Falls prevention interventions for older adults with low vision: A scoping review: Étude de portée sur les interventions visant à prévenir les chutes chez les aînés ayant une basse vision. *Can J Occup Ther*. juin **2017;84(3):139-47.**
42. Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *BMJ*. 25 oct 2003;327(7421):967.
43. WHO. ICOPE Evidence profile: Hearing loss. 2017.
44. Labanca L, Guimarães FS, Costa-Guarisco LP, Couto E de AB, Gonçalves DU. Screening of hearing in elderly people: assessment of accuracy and reproducibility of the whispered voice test. *Cien Saude Colet*. nov **2017;22(11):3589-98.**
45. Eekhof JA, de Bock GH, de Laat JA, Dap R, Schaapveld K, Springer MP. The whispered voice: the best test for screening for hearing impairment in general practice? *Br J Gen Pract*. août **1996;46(409):473-4.**
46. Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, Gyllensvärd H, Söderlund A, Tham A, et al. Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. *PLoS ONE*. 2016;11(8):e0160859.
47. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 4 juin **2005;365(9475):1961-70.**
48. Almeida OP. Prevention of depression in older age. *Maturitas*. oct **2014;79(2):136-41.**
49. Matias AGC, Fonsêca M de A, Gomes M de L de F, Matos MAA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (Sao Paulo)*. mars **2016;14(1):6-11.**

50. Jones SE, Kon SSC, Canavan JL, Patel MS, Clark AL, Nolan CM, et al. The five-repetition sit-to-stand test as a functional outcome measure in COPD. *Thorax*. 1 nov **2013;68(11):1015-20**.
51. Accuracy of modified 30-s chair-stand test for predicting falls in older adults. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* [Internet]. 11 sept 2019 [cité 14 mai 2020]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com-s.docadis.ups-tlse.fr/science/article/pii/S1877065719301265>
52. The sit-to-stand muscle power test: An easy, inexpensive and portable procedure to assess muscle power in older people. *Experimental Gerontology*. 2 oct **2018;112:38-43**.
53. Fall risk screening in the elderly: A comparison of the minimal chair height standing ability test and 5-repetition sit-to-stand test. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 1 juill **2016;65:133-9**.
54. McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. **2016;17:567-80**.
55. de Oliveira L da SSCB, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB, de Oliveira L da SSCB, et al. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. mars **2019;41(1):36-42**.
56. Gérontopôle. Le Gérontopôle : Centre Collaborateur de l'OMS sur la Fragilité, la Recherche Clinique et la Formation en Gériatrie [Internet]. 2019 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/-gerontopole-891->
57. Gérontopôle. Communiqué de presse: Le Gérontopôle du CHU de Toulouse **désigné centre collaborateur de l'OMS [Internet]. 2017 [cité 3 mai 2020]**. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/-gerontopole-891->
58. **Gérontopôle. Bilan d'étape à deux ans [Internet]. 2009 [cité 3 mai 2020]**. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/-gerontopole-891->
59. Takeda C, Guyonnet S, Sumi Y, Vellas B, Araujo de Carvalho I. Integrated Care for Older People and the Implementation in the INSPIRE Care Cohort. *J Prev Alzheimers Dis*. **2020;7(2):70-4**.
60. Toulouse ICOPE 09/01/2020 [Internet]. Marvel Prototyping. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://marvelapp.com/d276egh/screen/63511550>
61. Gérontologie [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.my-infinity.net/gerontologie/>
62. BD Fragilité [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://bdf.medes-lab.fr/webLogin>

63. « Le Reipo a **pour objectif de restructurer le métier par l'innovation des pratiques** » [Internet]. Revue Pharma. 2018 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.revuepharma.fr/2018/04/reipo-a-objectif-de-restructurer-metier-linnovation-pratiques/>
64. BIMEDOC - Bilan de Médication en Occitanie [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.urpspharmaciens-occitanie.fr/actions/bimedoc-bilan-de-medication-en-occitanie>
65. Expérimentations en cours - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/experimentations-en-cours>
66. update-28-covid-19-what-we-know-may-2020.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-28-covid-19-what-we-know-may-2020.pdf?sfvrsn=ed6e286c_2
67. **Baisse d'activité pour 90 % des officines** [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/baisse-dactivite-pour-90-des-officines>
68. pharmacies.fr LM des. Tests antigéniques en officine : records battus ! - 11/08/2021 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/tests-antigeniques-en-officine-records-battus.html>
69. pharmacies.fr LM des. Annonces de Macron : les pharmaciens croulent sous les demandes de vaccination Covid-19 - 13/07/2021 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/annonces-de-macron-les-pharmaciens-croulent-sous-les-demandes-de-vaccination-covid-19.html>
70. pharmacies.fr LM des. Covid-**19 : vaccins, cibles, commandes... les règles** changent (encore) - 12/04/2021 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/covid-19-vaccins-cibles-commandes-les-regles-changent-encore.html>
71. Insee Occitanie | Insee [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2014851>

72. Allô seniors - Toulouse.fr [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur:
<https://www.toulouse.fr/web/social/seniors-a-toulouse/allo-seniors>,
<https://www.toulouse.fr/web/social/seniors-a-toulouse/allo-seniors>
73. REIPO. BIMEDOC - Base de données.
74. Données régionales - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur:
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-regionales-Officine2/Donnees-regionales#>
75. ERPV Gériatrie. ICOPE - publication au JO. 2022.
76. Tavassoli N, Barreto P de S, Berbon C, Mathieu C, Kerimel J de, Lafont C, et al. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. *The Lancet Healthy Longevity*. 1 juin **2022;3(6):e394-404**.
77. Qui sommes-nous ? | Maisons de Santé en Occitanie - Forms - Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé [Internet]. [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.forms-etc.fr/la-forms/qui-sommes-nous>
78. Health-at-a-Glance-EUROPE-2016-Note-FRANCE.pdf [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Health-at-a-Glance-EUROPE-2016-Note-FRANCE.pdf>
79. avis_prevention_-_hcaam_-_25_octobre_2018.pdf [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur:
https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_prevention_-_hcaam_-_25_octobre_2018.pdf
80. [refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf) [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur:
https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf
81. Affiches Kit com. Vaccination Grippe Covid 2020 [Internet]. AGECSA. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.agecsa.fr/blog/la-campagne-de-vaccination-grippe-a-demarre-pour-qui-ou-le-faire-on-vous-dit-tout/affiches-kit-com-vaccination-grippe-covid-2020/>
82. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Grippe saisonnière [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/les-maladies-de-l-hiver/grippe-saisonniere>

83. Prévenir la grippe par la vaccination et les gestes barrières [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grippe/prevention>
84. Le Réseau REIPO | Optimage Poctefa Reipo [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.optimage-poctefa.com/nos-reseaux/le-reseau-reipo>
85. Variant Omicron : les pharmacies débordées par la multiplication des tests [Internet]. Franceinfo. 2022 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur:
https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/variant-omicron-les-pharmacies-debordees-par-la-multiplication-des-tests_4909507.html
86. **De nouveaux challenges pour l'équipe officinale. Actualités Pharmaceutiques. 1 mars 2019;58(584):8-11.**
87. pharmacies.fr LM des. DÉFI RELEVÉ ! - Le Moniteur des Pharmacies n° 3376 du 26/06/2021 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur:
<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3376/defi-releve.html>
88. Vaccination en pharmacie **d'officine** : patients éligibles, rémunérations, téléservice Vaccin Covid [Internet]. [cité 16 mars 2022]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/vaccination-en-pharmacie-d-officine-patients-eligibles-remunerations-teleservice-vaccin-covid>
89. Des outils dédiés à la fragilité des personnes âgées - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur:
<https://www.chu-toulouse.fr/des-outils-dedies-a-la-fragilite-des-personnes>
90. Le programme ICOPE au service de la prévention de la dépendance - URPS Infirmiers Libéraux Occitanie [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur:
<https://www.urpsinfirmiers-occitanie.fr/Le-programme-ICOPE-au-service-de-la-prevention-de-la-dependance.html>
-

Évaluation de l'intégration du pharmacien d'officine dans la mise en œuvre du projet d'ICOPE en Occitanie

L'évolution démographique en France et dans le monde tend vers un vieillissement de plus en plus important. Aussi bien d'un point de vue éthique que d'un point de vue financier, il est donc important et pertinent d'éviter que nos aînés présentent de nombreuses incapacités. Le programme ICOPE, promu par l'OMS tend à répondre à cette problématique. Il s'agit d'un programme incluant un dépistage, un diagnostic, des actions correctives globales, une prise en charge ville/hôpital et enfin des actions de santé publique durable, tout cela centré autour du patient et de sa problématique. Ce programme, porté par le Gérontopôle et le REIPO, a été déployé dans les pharmacies d'officine, chargées de réaliser l'étape de dépistage (STEP 1). L'intégration de ce programme en officine a été mesurée à travers différentes données recueillies dans la base de données Fragilité (mise à disposition par le Gérontopôle), mais également par un questionnaire de satisfaction diffusé aux pharmacies. Ainsi, le nombre de STEP 1 réalisés, leur localisation, le nombre d'anomalies révélées, et la satisfaction des équipes ont été mesurés. Ces données ont été analysées sur une durée d'un an et demi (depuis le lancement en 2020 jusqu'en juin 2021). D'autres données secondaires ont également été extraites comme le type d'anomalies le plus souvent détecté, ou encore l'âge moyen des participants.

EVALUATION OF THE INTEGRATION OF THE PHARMACIST IMPLEMENTED IN ICOPE PROJECT IN OCCITANIE

The demographic evolution in France and in the world tends towards an increasingly significant ageing. Both from an ethical and a financial point of view, it is important and relevant to prevent our elders from presenting a lot of disabilities. The ICOPE program, promoted by the WHO, tends to respond to this problem. It is a program including screening, diagnosis, global corrective actions, town/hospital care and finally sustainable public health actions, all centered around the patient and his problem. This programme, carried out by the Gérontopôle and the REIPO, has been deployed in pharmacies, responsible for carrying out the screening stage (STEP 1). The integration of this program in pharmacies was measured through various data collected in the frailty database (provided by the Gérontopôle), but also by a satisfaction questionnaire distributed to pharmacies. Thus, the number of STEP 1 carried out, their location, the number of anomalies revealed, and team satisfaction were measured. This data was analyzed over a period of one and a year and a half (from the launch in 2020 until June 2021). Other secondary data were also extracted such as the type of anomalies most often detected, or the average age of the participants.

DISCIPLINE administrative :

Pharmacie clinique

MOTS-CLES :

ICOPE – STEP 1 – Pharmacie d'officine - Dépistage

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE : Pôle pharmacie - Hôpital Paule de Viguier
330, avenue de Grande Bretagne - TSA 70034 - 31059 Toulouse cedex 9

Pharmacie des Pyrénées - 5 rue Mozart - 31600 Muret

Directeur de thèse : Philippe Cestac
Co-directeur de thèse : Pierre-André Raissiguier