UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE : **2014** **THESES 2014 TOU3 2121**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

Marie MASBOU

RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE REPERAGE DE LA FRAGILITE CHEZ LA PERSONNE ÂGEE :
Application du questionnaire FiND (Frail Non-Disabled) au comptoir

Date de soutenance : le 18 décembre 2014

Directeurs de thèse : Dr. Mateo CESARI et Dr. Laurent DEMOUGEOT

JURY

Président : M. Daniel CUSSAC
1er assesseur : M. Bernard CHAMPANET
2ème assesseur : M. Philippe CESTAC

Je dédie cette thèse à ma grand-mère,
Mamie Renée,
« Mamie, tu m'as toujours appris à accorder
une grande importance à l'intellectuel,
j'espère que là où tu es, tu peux apprécier le
fruit de mon travail personnel : ma thèse »

Remerciements :

Mes plus sincères remerciements vont aux co-directeurs de thèse, au jury de la soutenance, ainsi qu'à tous les acteurs qui ont contribué à l'élaboration de cet écrit.

A Laurent Demougeot, je te remercie pour cet aide précieuse que tu m'as apporté ces derniers mois. Merci de m'avoir fait part ton expérience et tes compétences pour mener ce travail à terme.

A Matteo Cesari, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidé dans la réalisation de ce travail.

A Daniel Cussac, je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse.

A Philippe Cestac, merci d'avoir accepté de juger de travail.

A Bernard Champanet : Merci monsieur Champanet de m'avoir accompagné depuis le début de mes études. Votre générosité et votre soutien me touche beaucoup. Je vous remercie également d'avoir partagé avec moi votre savoir, vos compétences et votre passion pour le métier de pharmacien. C'est un honneur de vous voir faire partie du jury de ma soutenance de thèse. J'ajouterais qu'il n'aurait pas pu en être autrement.

Je remercie également M. et Mme Gutierrez, et Jérôme Champanet de m'avoir permis de mener l'enquête de repérage, nécessaire à ce travail, dans leurs officines.

A Papa et Maman, vous avez été d'un soutien inégalable jusqu'à présent. Si j'en suis là et que je vais être docteur en pharmacie, c'est à vous que je le dois avant tout. Il n'y a pas de mots assez forts pour vous remercier et décrire l'amour que je vous porte.

A ma sœur, Julie, merci pour l'aide précieuse que tu m'as apporté pour ma thèse. Malgré cette distance qui nous sépare, il n'en est pas moins de l'affection que je te porte, merci de ton soutien.

A mamie paulette, pas une ligne de cette thèse n'a été écrite sans penser à toi. Tu es certainement à l'origine de l'intérêt que je porte au sujet de mon écrit. Le parcours de ta vie et la belle personne que tu es maintenant font de toi mon modèle.

A mes amis : Fanny, Julie, Hélène, Sophie, Pauline, Marina, Maelle, Camille, Gaëlle, Kerline, les deux Adrien, David, Mathieu et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail. Vos mots, vos pensées, votre aide et votre soutien me touchent énormément : un grand MERCI.

TABLE DES MATIERES

Introduction : **9**

I. LE VIELLISSEMENT et DEPENDANCE : **11**

1. La population âgée en France : **11**

2. Pathologies associées au vieillissement : **12**

2.1 Domaine cognitif et physchiatrique : **13**

2.2 Domaine sensoriel: 15

2.3 Domaine nutritionnel : la dénutrition 18

2.4 Douleur et perte de mobilité : 19

2.5 Chutes de la personne âgée: 20

2.6 Incontinence 21

2.7 Les polypathologies chroniques et la polymédication 22

3. Conséquences du vieillissement pour la personne âgée : **24**

3.1 La dépendance des personnes âgées : 25

3.2 Institutionnalisation : 27

4. Le vieillissement, dépendance et fragilité: « un enjeu de société » 29

4. 1. Solidarité familiale et dépendance: 29

4. 2. Solidarité collective et dépendance : 30

4. 3. Vers la prévention de la dépendance: 32

II. FRAGILITE DE LA PERSONNE AGEE : **33**

1. Définitions **33**

1.1. Définition générale : 33

1.2. Prévalence de la fragilité : 36

1.3. La fragilité de la personne âgée, un concept multidimensionnel et une réponse pluridisciplinaire : 37

2. Le repérage de la fragilité : **41**

2.1 Outils de repérage de la fragilité: 42

2.2 Les Acteurs du repérage de la fragilité : 50

III. Experimentation de l'outil FiND au comptoir dans deux pharmacies du Tarn : Albi (pharmacie de quartier) et Alban (pharmacie en milieu rural) 54

1. Méthode : 54

2. Résultats : 59

2.1 Description de la population: 59

2.2 Question F : perception de la prévention de la dépendance par la population cible 61

2.3 Comparaison des populations en fonction du site géographique 63

3. Discussion : 68

3.1 Faisabilité du repérage de la fragilité au comptoir : 68

3.2 Intérêts du repérage de la fragilité au comptoir : 69

3.3 Prévalence de la fragilité dans la population étudiée : 69

3.4 Perception de la prévention de la dépendance par la population cible: 70

3.5 Le site géographique a-t-il une importance ? 71

3.6 Les limites de l'étude et les perspectives : 72

Conclusion : 75

Bibliographie: 76

Lexique: 85

Annexes: 87

TABLE DES ILLUSTRATIONS :

Figures	page
Fig. 1 : **Répartition des maladies prévalentes des personnes âgées selon les grands domaines pathologiques.**	12
Fig. 2 : **Evolution du nombre de bénéficiaire de l'APA entre 2002 et 2011**	26
Fig. 3 : **Cycle de la fragilité selon Fried**	34
Fig. 4 : **Prévalence de la fragilité en fonction de l'âge**	37
Fig. 5 : **Comparaison du caractère prédictif de chute, fracture, handicap, et décès du SOF index et de la CHS scale**	44
Fig. 6 : **Clinical Frailty Scale**	45
Fig. 7 : **Gérontopôle Frailty Screening tool (GFST)**	48
Fig. 8 : **Questionnaire de l'enquête**	56
Table	**page**
Table 1 : **« sortie des résidents en EHPAD, Haute Garonne, en 2008 »**	24
Table 2 : **Etablissement d'hébergements pour personnes âgées au 31/12/2011**	28
Table 3 : **Nombre moyen d'aidants potentiels (2000-2040)**	29
Table 4 : **Fonctions étudiées et échelles de mesure utilisées dans l'EGS lors d'une hospitalisation de jour à l'HDJ de Toulouse**	40
Table 5 : **Phénotype de fragilité : CHS scale**	42
Table 6 : **70 indicateurs de Rockwood**	43
Table 7 : **GFI (Groningen Frailty Indicator)**	46
Table 8 : **L'outil FRAIL**	47
Table 9 : **Questionnaire FiND**	49
Table 10 : **Caractéristiques principales de l'échantillon total de l'étude en fonction du genre**	60
Table 11 : **Résultats de la question F pour les items « je me sens concerné(e) » et « j'aimerais bénéficier de conseils » sur la prévention de la dépendance (échantillon total)**	62
Table 12 : **Résultats de la question F : items « je pense que le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance » et « autres » (échantillon total)**	63
Table 13 : **Caractéristiques principales de la population en fonction du site géographique.**	64
Table 14 : **Résultats de la question F pour les items « je me sens concerné(e) » et « j'aimerais bénéficier de conseils » sur la prévention de la dépendance (en fonction du site géographique)**	67
Table 15 : **Résultats de la question F pour l'item « je pense que le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance » et l'item « autres » (en fonction du site géographique)**	67

TABLE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Circulaire président 2013-246 : PAERPA	**87**
Annexe 2 : Lettre de mission du 5 septembre 2012	**89**
Annexe 3 : Plaquette grand public d'information sur la fragilité	**91**

Introduction :

Au cours du XXI^{ème} siècle, la population mondiale continue d'augmenter avec un taux de croissance d'environ 1,1% par an mais les générations sont de plus en plus inégales, on assiste à un phénomène mondial : le vieillissement de la population. En effet, le XXI^{ème} siècle est marqué par une transition démographique majeure : les générations de plus de 60 ans prennent une part de plus en plus importante dans la population mondiale. Selon l'INSEE, en France entre 2007 et 2060, il y aurait une hausse de 80% de la population de plus de 60 ans : une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans en 2060. L'augmentation la plus forte serait observée pour les plus âgés (<75 ans) qui représenteront 16,1% de la population française en 2060, contre 8,5% en 2007. La population âgée devient quantitativement plus importante, ce qui est lié à l'avancée dans l'âge des générations du baby-boom, et qualitativement plus âgée. L'augmentation de l'espérance de vie en France est incontestablement due à une amélioration globale de la qualité de vie et de la santé de chacun.

L'avancée dans l'âge est associée au développement de polypathologies et à l'entrée en dépendance des personnes âgées. La dépendance est définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie et de s'adapter à son environnement. La dépendance est à l'origine d'une baisse de la qualité de vie pour les personnes âgées avec un fort risque d'institutionnalisation ou de décès et génère d'importants besoins de santé. Ces derniers représentent une lourde charge économique pour le système de santé français, environ 21 milliards d'euros par an, ce qui met en péril la viabilité de notre système de santé sur le long terme. Par conséquent, prévenir l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes doit être une priorité à la fois pour le maintien de la qualité de vie de nos ainés et pour une meilleure efficience et la pérennité de notre système de santé.

Dans ce contexte, la « fragilité » de la personne âgée est maintenant reconnue comme stade de « pré-dépendance » : repérer la fragilité, état réversible, est un moyen de parvenir à la prévention de la dépendance qui est un état irréversible. Actuellement, le concept de fragilité ne bénéficie pas de définition consensuelle

mais les données de la littérature s'accordent à dire que la fragilité est un syndrome clinique caractérisé par une diminution des capacités physiologiques qui conduit à des difficultés d'adaptation à un stress. La fragilité est un état d'origine multifactorielle et réversible. Le repérage de la fragilité doit donc être le plus précoce possible afin de diriger les personnes âgées vers une prise en charge adaptée.

Prévenir la dépendance est un objectif de santé publique, c'est pourquoi mobiliser l'ensemble des professionnels de proximité des personnes âgées pour repérer les personnes âgées fragiles est primordial. Dans cet écrit, nous nous intéressons particulièrement au pharmacien d'officine qui est un professionnel de santé de proximité, facilement et rapidement accessible pour les patients, et qui est également un maillon essentiel du parcours de soins. Son rôle, outre la dispensation des médicaments et autres produits de santé, est de prodiguer des conseils adaptés et d'être à l'écoute des patients. Le champ d'action du pharmacien est large : il forme le patient au « bon usage du médicament », il est vigilant quant à l'état de santé de ses patients, il mène des actions préventives des dangers et des maladies et il informe et rassure les patients sur leur état de santé. Ajoutons que le pharmacien entretien un contact régulier avec les patients suivant un traitement médicamenteux chronique. Dans cet écrit, en connaissance des atouts de cette profession, nous nous interrogeons sur la faisabilité du repérage de la fragilité en pharmacie : Comment le pharmacien peut s'inscrire dans le processus de repérage de la fragilité chez la personne âgée ?

A travers cette thèse, dans un premier volet nous observerons les différentes pathologies ou états pouvant être à l'origine de la perte d'autonomie, les conséquences du vieillissement pour la personne âgée et « l'enjeu » que représente le vieillissement de la population pour la société. Dans une seconde partie, le concept de fragilité sera présenté ainsi que la mise œuvre de sa prise en charge. Cette seconde partie traitera également des différents outils utilisés dans le repérage de la fragilité. Pour finir, dans une troisième partie, nous présenterons une enquête de repérage de la fragilité, avec le questionnaire FiND (Frail non-Disabled), menée dans deux pharmacies du Tarn, l'un en milieu rural et l'autre en milieu urbain. Dans cette troisième et dernière partie nous discuterons les résultats obtenus et établirons les limites et les perspectives de ce travail.

I. LE VIELLISSEMENT et DEPENDANCE :

1. La population âgée en France :

D'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et Des Etudes Economiques), au 1er janvier 2014, la France compte 66 millions d'habitants. La population âgée représente actuellement 18% de la population française pour les plus de 65 ans, et 9.1% pour les plus de 75 ans.

Les dernières projections de l'Insee prévoient pour 2060, une population française totale de 73,6 millions d'habitants avec un âge moyen de 45 ans contre un âge moyen de 40,8 ans au 1er janvier 2014. Ce bilan révèle donc que la proportion des personnes âgées (PA) est en forte progression. (1)

L'augmentation de la proportion de PA est liée à :

- l'avancée dans l'âge des générations du baby-boom,
- la baisse de la mortalité associée aux progrès de la médecine en matière de prévention et de traitement, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de vie,
- la hausse de l'espérance de vie à la naissance : en 2013, 78,7 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes, bien que ces chiffres se stabilisent depuis une dizaine d'année (également liée aux progrès de la médecine et à l'amélioration de la qualité de vie). (2)

Devant cette évolution de la population française aussi appelée « transition démographique », l'impact socio-économique du vieillissement devient un enjeu de société, à la fois pour le gouvernement (projet de loi d'adaptation de la société française au vieillissement de la population) mais également pour le corps médical et paramédical. Le vieillissement représente un coût important pour le système de santé français et provoque une baisse de la qualité de vie pour l'individu. En 2006, Il y avait environ 800 000 PA dépendantes, en 2012, il y en avait 1,17 million, et en supposant une stabilité de l'espérance de vie, le nombre de PA dépendantes en 2060 pourrait atteindre les 2,3 millions. (3)(4)

En effet, à cause de son âge avancé, la PA devient vulnérable, les co-morbidités (ou pathologies) augmentent et peuvent avoir comme conséquence la perte d'autonomie. Il est donc important de trouver des solutions, tant au niveau de l'individu que de la société.

2. Pathologies associées au vieillissement :

Bien que les progrès médicaux et thérapeutiques conduisent à une augmentation de la longévité, la PA est exposée à des comorbidités de tout domaine (fig.1). Ce paragraphe aborde un certain nombre de pathologies associées au vieillissement. La liste est non-exhaustive, seules les pathologies les plus pertinentes et jugées en rapport avec cet écrit seront présentées. Il s'agit de décrire, de façon succincte, des co-morbidités pouvant bénéficier de stratégies préventives quant à la fragilité, la dépendance, et l'altération de la qualité de vie des PA.

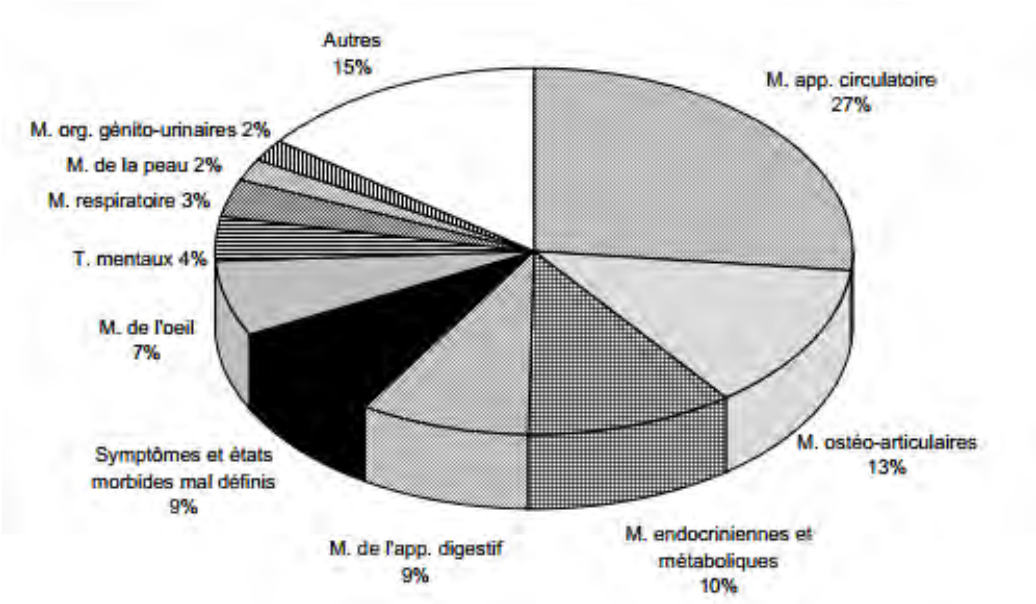

Fig.1 : Répartition des maladies prévalentes des personnes âgées selon les grands domaines pathologiques. (5)

2.1 **Domaine cognitif et physchiatrique :**

2.1.1 Démence et maladie d'Alzheimer :

La démence est un syndrome caractérisé par la présence de deux critères :

- L'altération durable d'une ou plusieurs fonctions cognitives (mémoire, attention, langage …) et/ou comportementales (affects, conduite sociale …)
- Une altération de l'autonomie dans la vie quotidienne.

Les principales causes de démence sont les maladies neuro-dégénératives (environ 80% des démences) et majoritairement la maladie d'Alzheimer. La neuro-dégénérescence est un processus lent et irréversible conduisant à la destruction des cellules nerveuses. (6)

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente de démence chez la PA. Cette pathologie touche environ 900 000 personnes en France et sa prévalence est en augmentation permanente d'après l'INSERM (Institut National de Santé et de Recherche Médicale). (7)
Les causes de cette pathologie ne sont pas clairement identifiées et le diagnostic du patient vivant est un diagnostic de probabilité. Les arguments du diagnostic sont des arguments cliniques (troubles cognitifs), des arguments d'imagerie médicale, et de biologie (protéine β-amyloïde et protéine Tau hyperphosphorylée). (8)

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer est à la fois médicamenteuse et non médicamenteuse. Les médicaments utilisés sont à visée symptomatique (anticholinestérasiques).
A l'heure actuelle, ces médicaments ont démontré un effet sur certains symptômes cognitifs ou non cognitifs à court terme, 6 mois dans la majorité des études cliniques rapportées. Les médicaments anti-Alzheimer ont fait l'objet d'une réévaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS). La HAS dénonce un intérêt thérapeutique faible et recommande une réévaluation régulière de l'utilisation de ses traitements. (9)

La maladie d'Alzheimer a un coût socio-économique massif lié à sa prise en charge non médicamenteuse, le besoin d'aide à domicile ou d'institutionnalisation est souvent inéluctable. Le patient atteint d'Alzheimer provoque également des souffrances pour les aidants, qui nécessitent eux-mêmes bien souvent un soutien.

2.1.2 Maladie de Parkinson:

La maladie de Parkinson est une maladie chronique neuro-dégénérative, causée par la perte progressive des neurones dopaminergiques. Elle n'affecte peu ou pas l'espérance de vie mais dégrade fortement la qualité de vie des patients atteints. C'est la première cause de syndrome parkinsonien.

Environ 100 000 patients sont atteints de cette pathologie en France, soit 1,5 % des PA de plus de 65 ans. (10)

Le syndrome parkinsonien se caractérise par une akinésie, une bradykinésie, une hypokinésie, une rigidité plastique et éventuellement des tremblements de repos (visible dans 2/3 des cas).

La maladie de parkinson est la deuxième cause de handicap chez l'adulte. Son caractère évolutif conduit à des troubles de la marche, une instabilité pouvant conduire aux chutes, les tremblements qui peuvent être invalidants. Autant de situations qui conduisent à une perte d'autonomie.

La dépendance des parkinsoniens est l'évolution normale de cette pathologie. Cependant, elle peut être retardée ou atténuée par une prise en charge plus précoce. Des actions de prévention, notamment par l'éducation thérapeutique du patient, la stimulation motrice, l'aide à domicile ou encore l'aménagement du domicile du patient, peuvent être menées. Le maintien d'une vie sociale est primordial pour lutter contre la dépression des patients, néfaste à l'évolution de la maladie de Parkinson. (11)

2.1.3 Syndrome dépressif chez la personne âgée:

La solitude (veuvage, deuil), l'isolement social et affectif, la perte d'autonomie ou la maladie sont souvent rencontrés chez les PA, et représentent des facteurs de risques avérés de la dépression.

Les plaintes et troubles de l'humeur surviennent fréquemment avec l'avancée en âge et sont souvent associées aux conséquences du vieillissement normal. Ceci entraine un sous diagnostic ou un traitement insuffisant de la dépression chez le sujet âgé alors que les répercussions de cette pathologie peuvent être invalidantes voire fatales dans cette population. Selon les chiffres du CepiDc-Inserm, en France, sur environ 10 400 suicides survenus en 2010, 28% concernaient les personnes de 65 ans et plus.

Le tableau clinique est souvent atypique chez la PA. On peut retrouver par exemple de l'agressivité, de la colère, des confusions, une perte d'autonomie …

L'existence d'une dépression chez la PA expose à un risque plus important de perte de d'autonomie et d'institutionnalisation (et vice versa). Le risque de surmortalité est de 30% à 3 ans. (12)(13).

2.2 **Domaine sensoriel:**

2.2.1 Baisse de l'acuité visuelle :

La prévalence des déficiences visuelles augmente fortement avec l'âge.
L'enquête HID (handicap-incapacité-dépendance) réalisée par l'INSEE (extrapolée à l'ensemble de la population de la France métropolitaine) estime à 1 700 000 les personnes atteintes de troubles de la vision, dont 61 % sont âgées de 60 ans ou plus, 39 % sont âgées de 75 ans ou plus. (DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). (14)

Principalement cinq pathologies ophtalmologiques sont responsables des troubles de la vision chez le sujet âgé :

- DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge) est la principale cause de malvoyance dans les pays industrialisés chez les plus de 50 ans. Sa prévalence est supérieure à 50 % après 80 ans. la DMLA correspond à une dégradation d'une partie de la rétine appelée la macula, conduisant à une altération voire une perte de la vision centrale. (15)

- Le glaucome est la seconde cause de cécité dans les pays développés, sa prévalence augmente après l'âge de 40 ans et touche environ 10% des personnes de plus de 70 ans.
  Le glaucome, qu'il soit à angle ouvert ou angle fermé, correspond à une augmentation de la pression intraoculaire conduisant à la destruction des cellules du nerf optique. La dégradation du nerf optique est le plus souvent asymptomatique, la déficience visuelle apparait à un stade avancé de la maladie. La malvoyance est alors irréversible. (16)

- La cataracte : Elle touche plus d'une personne sur cinq à partir de 65 ans et près de deux sur trois après 85 ans. Maladie d'évolution lente, elle correspond à une opacification du cristallin entrainant baisse de la vision et éblouissements à la lumière vive. (17)

- Rétinopathie diabétique (RD) est la première cause de cécité chez les moins de 60 ans. Elle survient après 20 ans d'évolution d'un diabète de type 1 et environ 15 ans pour le diabète de type II.
  La RD est une complication micro-vasculaire du diabète, elle est indolore. Seul un examen ophtalmologique régulier (annuel) peut permettre de dépister et traiter cette affection. (18) (19)

- Les troubles de la réfraction, bien que non spécifiques de la PA, ont une prévalence importante dans la population générale.
  En France, 39 % de la population serait myope, 15 % astigmate, 9 % hypermétrope et 26 à 30 % presbyte.

Les déficiences visuelles ont une prévalence importante chez le sujet âgé et constitue un enjeu de santé publique. Un suivi ophtalmologique régulier permet un dépistage et un traitement précoce, de manière à limiter les atteintes irréversibles de l'œil et leur impact sur l'acuité visuelle.

La baisse de la vision a des répercussions négatives sur les activités de la vie quotidienne et peuvent favoriser les chutes et l'entrée dans la dépendance. (20) (21) (22)

2.2.2 Surdité

La surdité de perception (concerne l'oreille interne et les voies nerveuses auditives) est la déficience neurosensorielle chronique la plus fréquente chez le sujet âgé. Sa prévalence ne cesse d'augmenter, plus de 65% des personnes de plus de 65 ans en sont atteints.

Les étiologies de la perte auditive sont diverses même si la Presbyacousie prédomine chez le sujet âgé, elle concerne 30% des plus de 65 ans.

La presbyacousie, pathologie complexe, est une surdité bilatérale d'apparition progressive. Elle est multifactorielle et liée à des facteurs individuels (âge, génétique) et environnementaux (exposition au bruit, prise de médicaments). L'appareillage audioprothétique est le traitement de choix dans la presbyacousie.

Actuellement il n'y a pas de dépistage systématique de la surdité chez le sujet âgé ce qui conduit à un manque de prise en charge des déficits auditifs. Le coût des appareils auditifs[1] (ou autre traitement de la surdité) et les difficultés d'adaptation de ses derniers, semblent en limiter le recours. Et pourtant, La surdité rompt la communication et provoque un handicap social et fonctionnel favorisant l'isolement et la perte d'autonomie. (23) (24)

[1] Rq : pour les plus de 20 ans, Les prothèses auditives sont remboursées à 60 %, sur la base d'un tarif fixé à 199,71 euros, quelle que soit la classe de l'appareil prescrit, sachant que le prix moyen d'une prothèse est de 1500 euros.

2.3 **Domaine nutritionnel : la dénutrition**

La dénutrition est aussi bien rencontrée chez les PA vivant à domicile (4 à 10% des PA), qu'en institution (15 à 38%) ou à l'hôpital (30 à 70%) (25). La dénutrition correspond à un déséquilibre entre les apports et les besoins.

Plusieurs étiologies de la dénutrition peuvent être citées :

- Troubles psycho-sociaux : deuil, isolement, hospitalisation, maltraitance…
- Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique
- Traitements médicamenteux au long cours
- Troubles bucco-dentaires : dysgueusie, difficultés de mastication, mauvais appareillage dentaire…
- Régimes restrictifs : sans sel, diabétique, hypocholestérolémiant…
- Démences, troubles neurologiques et troubles psychiatriques
- Troubles de la déglutition
- Dépendance des actes de la vie quotidienne

La prise en charge médicale de la dénutrition doit laisser la priorité aux Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) : les Aliments Destinés à Des Fins Médicales Spéciales (ADDFMS) sont disponibles en pharmacie et déclinés en plusieurs formes et arômes (crèmes desserts, boissons lactées ou fruitées, potages, aliments mixés, aliments déshydratés…), ils peuvent être prescrits en fonctions des besoins. Certains ADDFMS sont inscrits à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR).

Les conséquences de la dénutrition sont multiples : allongement des hospitalisations, chutes et fractures, apparitions d'escarres, sarcopénie et dépendance. La précocité du diagnostic (avec identification des causes de dénutrition) et de la prise en charge médicale permet de prévenir les conséquences délétères de la dénutrition. (25)

2.4 **Douleur et perte de mobilité :**

La prévalence de la douleur chez la PA est très élevée : la douleur chronique touche 35 à 40% de cette population.

On distingue 3 types de douleurs qui peuvent être associées les unes aux autres :

- les douleurs par excès de nociception, conséquences d'une agression tissulaire ;
- les douleurs neuropathiques (ou neurogènes), secondaires à une lésion ou à un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central ;
- les douleurs psychogènes qui pourraient être dues à des troubles psychoaffectifs.

Le ressenti de la douleur et son expression sont variables en fonction du vécu de chacun, ce qui rend difficile son évaluation à sa juste valeur chez la PA.
Par exemple, la notion de presbyalgésie, qui correspond à la diminution de la perception des évènements nociceptifs physiologiques ou pathologiques, peut être un frein à cette analyse des signes douloureux.

Pour l'évaluation de la douleur, des outils d'auto-évaluation sous forme de questionnaires sont à proposer, en priorité, en fonction des capacités d'expression de la douleur par le patient.

La douleur doit être une préoccupation systématique chez la PA puisqu'elle conduit à une perte de mobilité avec retentissement sur l'autonomie et la qualité de vie, perte de l'appétit, altération du sommeil et de l'humeur (la douleur est anxiogène).

La prise en charge de la douleur est globale : elle associe des traitements médicamenteux à des traitements parallèles comme la réhabilitation fonctionnelle ou la prise en charge psychologique. Une prise en charge adéquate de la douleur a un réel bénéfice pour la PA et limite les répercussions négatives de la douleur (perte d'autonomie, perte d'estime de soi). (26) (27)

2.5 **Chutes de la personne âgée:**

Chaque année, environ 9000 décès de personnes de plus de 65 ans sont associés à leur chute. (28)

Plusieurs facteurs favorisent la chute : les médicaments (psychotropes entre autres) et les pathologies altérant la vigilance ou provoquant des troubles de l'équilibre (atteintes de la vision, proprioception, système vestibulaire), des troubles cognitifs, des atteintes neurologiques ou bien encore des troubles de la marche. (29)

Les potentielles conséquences d'une chute :

- traumatismes, fractures, douleurs
- liées à l'immobilisation : escarres, déshydratation, pathologies bronchiques
- liées à l'impact psychologique : un isolement et une perte d'estime de soi
- syndrome post-chute : il se caractérise par l'apparition, dans les jours qui suivent la chute, d'une diminution de l'autonomie physique avec des troubles psychologiques, des troubles de l'équilibre et de la marche. Ce syndrome est réversible dès lors que la prise en charge est rapide.

Les chutes sont à l'origine de fractures dans 10% des cas, dont la fracture du col du fémur. Chaque année, plus de 50 000 personnes sont concernées par la fracture du col du fémur. Les fractures du col du fémur, plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, sont liées à l'ostéoporose. Chez la PA, la fracture du col du fémur peut survenir après un traumatisme minime comme une chute de sa hauteur. Mais les répercussions peuvent être fatales : 15-30% de décès durant la première année faisant suite à la chirurgie pour une fracture du col. La fracture du col du fémur provoque également une institutionnalisation prématurée des PA. Les hospitalisations, les soins et les institutionnalisations liées à la fracture du col du fémur ont un retentissement économique qui est loin d'être négligeable. (30) (31)

Les chutes sont évidemment évitables, la prévention des chutes est un « enjeu de taille ». Les stratégies de préventions des chutes sont multidisciplinaires (médecin, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute…). L'éducation, la prise de conscience

des situations à risque, l'aménagement d'environnements sécurisés, remise en cause de certains médicaments sont des points à privilégier afin de prévenir les chutes. (32) (33) (34)

2.6 Incontinence

La prévalence de l'incontinence urinaire (IU) dans la population générale est probablement sous-estimée. Cette pathologie atteint d'avantage les femmes : dans une enquête menée auprès des femmes (tout âge confondu) consultant en médecine générale menée par l'INSERM en 2007, la prévalence de l'IU était estimée à 26,6%. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge.

L'incontinence urinaire peut être transitoire ou chronique. L'IU transitoire est majoritairement due à un effet iatrogène des médicaments (diurétiques, anticholinergiques, sédatifs et hypnotiques, opioïdes …) largement prescrits à la population âgée. L'IU chronique a de multiples étiologies : lithiases, tumeurs, adénome prostatique, démences, diabètes, obésité…

C'est une pathologie sous diagnostiquée et sous traitée, au regard des difficultés du patient à aborder le sujet avec sa famille ou le corps médical. Certains signes peuvent alerter l'entourage des personnes souffrant d'IU, comme les achats répétés d'alèses ou de protections diverses (changes complets, couches…) en pharmacie.

Et pourtant, l'IU se traite par différents recours en fonction de l'affection : traitements médicamenteux (anticholinergiques, antagonistes α adrénergiques), rééducation périnéale ou chirurgie.

L'IU est un problème social. Elle favorise l'isolement, les chutes et altère la qualité de vie en général. La recherche d'une IU chez le sujet âgé est donc primordiale. (35) (36)

2.7 Les polypathologies chroniques et la polymédication

Le nombre de pathologies chroniques augmente avec l'âge :

- maladies cardiovasculaires (hypertension, insuffisance cardiaque, AVC…)
- maladies respiratoires (insuffisances respiratoires, BPCO…)
- maladies métaboliques (diabète, hypercholestérolémie…)
- maladies ostéo-articulaires (ostéoporose, arthrose)
- insuffisance rénale
- cancers
- maladies neurodégénératives
- troubles psychiatriques
- …

Tant de pathologies associées qui rendent la gestion des traitements complexes, Citons 3 raisons à cette complexité :

↳ Inhérente au corps médical : Le cloisonnement du corps médical:

Il existe des cloisons ville/hôpital, spécialistes/spécialistes, spécialistes/généralistes qui favorisent l'augmentation des lignes des ordonnances et donc l'iatrogénie médicamenteuse.

Coordonner les informations médicales optimise le traitement.

Plusieurs situations de prescription ont été décrites :

- médicament prescrit en l'absence d'indication ou l'indication n'existe plus on parle de « overuse ».
- Médicament prescrit avec un mauvais rapport bénéfice risque pour le patient, on parle de « misuse ».
- Absence de prescription d'un médicament avec preuve d'efficacité pour une pathologie, on parle de « underuse »

↳ Inhérente aux particularités physiologiques du sujet âgé :

En effet, chez la PA la pharmacologie varie : les fonctions d'absorption, de distribution, métaboliques ou encore d'excrétion subissent également les effets du

vieillissement. Ce sont autant de paramètres à prendre en compte pour la prescription.

Prenons le cas des benzodiazépines (BDZ) : l'augmentation de la masse grasse au détriment de la masse musculaire augmente la demi-vie d'élimination des principes actifs liposolubles dont font parties les BDZ. Selon les BDZ chez le sujet jeune la demi-vie sera alors de 20-30H alors qu'elle peut atteindre 85H chez le sujet âgé.

↳ Inhérente au patient en lui-même :

La multiplicité des pathologies amène légitimement à la polymédication. La polymédication est source d'erreur pour le patient et provoque des difficultés d'observance du traitement rencontré.

Rappelons que l'iatrogénie médicamenteuse (IM) est définie par « toute manifestation clinique indésirable induite par l'administration d'un ou plusieurs médicaments ». L'IM est la cause de 10 à 20 % des hospitalisations des PA de plus de 70 ans. (37) (38)

La prescription appropriée chez la PA a donc 2 enjeux :

- Enjeu de santé individuelle : améliorer l'observance, lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse, éviter les interactions médicamenteuses,
- Enjeu de santé publique quant aux dépenses de santé.

L'optimisation des traitements médicamenteux contribue au maintien des personnes en bonne santé le plus longtemps possible. Retarder ou empêcher l'apparition d'évènements néfastes à la qualité de vie des PA, contribue à la définition de la prévention de la perte d'autonomie. La réévaluation des traitements médicamenteux a donc une grande place dans cette stratégie de prévention. (39)

3. Conséquences du vieillissement pour la personne âgée :

Les troubles cognitifs, les déficits sensoriels, la dénutrition, les douleurs, les chutes etc… ont des répercussions sur la qualité de vie des PA vulnérables. Les conséquences peuvent être directes sur les activités de la vie quotidienne en provoquant des incapacités diverses et conduisant à la perte d'autonomie de la PA. L'entourage, familial comme médical, peut être dépassé, quant à la charge que représente la personne dépendante. Le recours à l'institutionnalisation est parfois inévitable, mais est-ce la solution ? Aujourd'hui, quand on rentre dans un EHPAD (établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante), c'est pour y finir sa vie. L'âge moyen des résidents en EHPAD est de 85 ans, environ 90 000 décès annuels en EHPAD.

D'après « L'analyse des rapports d'activité médicale des EHPAD en Haute-Garonne » (ORSMIP), au cours de l'année 2008, plus de 900 résidents (21%) des établissements participants à cette analyse, sont décédés. 97 décès (7%) ont eu lieux dans les 3 mois après l'entrée du résident dans l'établissement (table 1).

Table 1 : « sortie des résidents en EHPAD, Haute Garonne, en 2008 » (40)

	%	n
Nombre total de sorties (hors décès)		353
dont…		
- sorties vers domicile	60.6	214
- sorties vers autre établissement	39.4	139
Nombre total de décès		939
dont…		
- décès dans l'EHPAD	67.6	635
- décès à domicile	1.3	12
- décès à l'hôpital	31.1	292
Taux de décès[1]	21.3	
Nombre de décès pour une durée de séjour de moins de 3 mois		97
Taux de décès à l'entrée[2]	7.0	

1 Rapport entre le nombre de décès et la capacité totale des établissements
2 Rapport entre le nombre de décès survenus dans les 3 mois suivant l'entrée en EHPAD et le nombre total d'entrées

L'institutionnalisation, étape à l'issue fatale : le décès, a de lourdes répercussions sur la santé morale des PA et un coût économique considérable pour les familles et le système de santé français.

3.1 La dépendance des personnes âgées :

La croissance continue des populations d'âge élevé s'associe à une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie. Au 1er janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de PA sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Des projections prévoient pour 2060 que le nombre de PA dépendantes pourrait atteindre les 2,3 millions. (4)

La dépendance ou perte d'autonomie fonctionnelle est définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne, d'accomplir, sans aide, les actes essentiels de la vie quotidienne. L'altération des structures et des fonctions, pouvant être liée au vieillissement, provoque des limitations de l'activité et par conséquent des incapacités.

En France, on utilise la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) pour évaluer le degré de dépendance des demandeurs de l'APA. La grille AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance physique et psychique des PA dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne. Elle se compose de 17 variables faisant chacune référence à des situations de la vie quotidienne, chaque variable est codée A, B ou C :

- A : Fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement
- B : Fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement
- C : Ne fait seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

A l'issus du questionnaire, 6 GIR (Groupe Iso Ressources) de GIR 1 à GIR 6. Les personnes dites « GIR 1 » correspondent aux personnes à forte dépendance avec le besoin d'aide le plus élevé alors que les « GIR 6 » n'ont pas perdu d'autonomie et ne requiert pas d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Les GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA. (41)

Crée en 2001, l'APA est destinée à couvrir les dépenses liées à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et à la surveillance des PA dépendantes. (42)

Particularités de l'accès à l'APA :

- Sur demande de l'équipe médico-sociale en charge de la personne, la commission de l'APA transmet la proposition du montant de l'allocation du demandeur au président du conseil général qui va décider de l'attribution.
- Résidence stable et régulière en France
- Personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile ou en institution
- Montant de l'APA défini par la grille AGGIR : L'APA s'élève de 562,57€ pour les GIR4 à 1312,67€ pour les GIR1. (42)

En 2011, le nombre de bénéficiaire de l'APA atteint les 1.2 millions de personnes. Depuis 2002, les proportions par GIR ont varié. En 2002, le nombre de personne bénéficiant de l'APA et appartenant aux GIR 2, 3 et 4 était sensiblement équivalent. Entre 2002 et 2011, les GIR 1, 2 et 3 ont une évolution légère et stable alors que la proportion des GIR 4 passe de 37% en 2002 à 44% en 2011 (fig.2) : la population vieillit avec une perte d'autonomie et un degré de dépendance de plus en plus prononcé. (43)

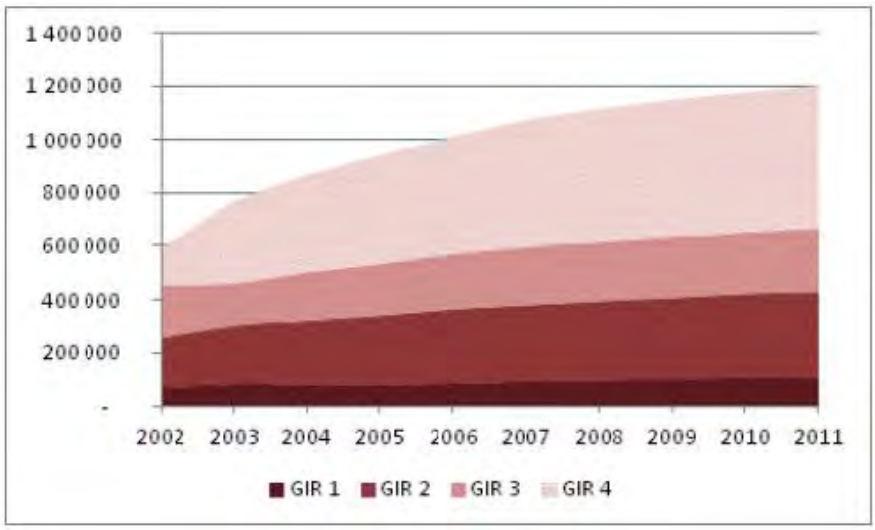

Fig.2 : évolution du nombre de bénéficiaire de l'APA entre 2002 et 2011 (44)

L'évolution des bénéficiaires de l'APA est liée à la méconnaissance de cette aide à ses débuts. La hausse du nombre de bénéficiaire de l'APA est bien évidement associée à la hausse permanente du nombre de PA dépendantes. (45)

3.2 Institutionnalisation :

Bien que la priorité soit le maintien à domicile, lorsque la PA n'est plus en mesure de subvenir à ses besoins vitaux seule ou qu'elle nécessite une surveillance quasi-permanente, l'institutionnalisation peut devenir incontournable.

Les facteurs favorisants l'institutionnalisation sont à la fois l'état de santé du patient, son autonomie mais également l'environnement social du patient. Le célibat, veuvage, isolement du patient, absence ou manque de soutien familial sont autant de facteurs à considérer.

Les structures d'accueil pour personnes âgées (table 2) :

- L'EHPA ou Etablissement d'hébergement pour personnes âgées ou encore « maison de retraite » est un lieu d'hébergement collectif qui assure une prise en charge globale du SA, avec hébergement en chambre ou logement, repas et divers services.
- Les logements-foyers sont des groupes de logements ou de chambres autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs à usage facultatif
- les unités de soins de longue durée des hôpitaux (USLD) sont des structures très médicalisées destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

L'EHPAD, comme son nom l'indique, est une structure d'accueil des PA dépendantes conventionné. On parle de statut EHPAD : un établissement doit signer une convention tripartite avec le conseil général du département et l'ARS concernée. La convention garanti un hébergement médical, des soins 24H/24 et un contrôle régulier par l'ARS.

Actuellement le nombre de place en EHPAD est limité, dans certaines régions l'accueil est saturé retardant l'entrée en institution des PA.

L'institutionnalisation et l'ensemble des mesures mises en place pour accompagner la PA dépendante ont un coût non négligeable pour la société et des répercussions néfastes sur la qualité de vie des PA. Comment y remédier ? On

entend souvent : « mieux vaut-prévenir que guérir ». Il est maintenant admis que la fragilité de la PA correspond à un état pré-dépendance. Par conséquent, le repérage des personnes âgées fragiles s'inscrit dans le processus de prévention de la dépendance.

Table 2 : Etablissement d'hébergements pour personnes âgées au 31/12/2011. (46)

Catégorie d'établissement	Structures		Places installées	
	nombre de structures	dont EHPAD en %	nombre de places	dont EHPAD en %
Logements-foyers	**2 559**	***12,7***	**128 666**	***15,4***
Logements-foyers privés à but lucratif	89	*6,7*	4 178	*12,4*
Logements-foyers privés à but non lucratif	688	*11*	33 884	*12,1*
Logements-foyers publics	1 782	*13,7*	90 604	*16,7*
Maisons de retraite	**7 225**	***95,4***	**555 773**	***98,3***
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 768	*94,1*	120 007	*97,7*
Maisons de retraite privées à but non lucratif	2 311	*92,2*	160 436	*96,7*
Maisons de retraite publiques	3 146	*98,4*	275 330	*99,4*
Unités de soins de longue durée (USLD)	**608**	***84***	**34 187**	***76,8***
Autres établissements (1)	89	*27*	1 857	*35,7*
Total	**10 481**	***74***	**720 483**	***82,3***

(1) : Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

Champ : établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Source : Drees.

4. Le vieillissement, dépendance et fragilité: « un enjeu de société »

L'augmentation du nombre de nos ainés suscite une solidarité familiale et collective. Les aides financières, le développement du maintien à domicile, le développement de réseaux gérontologiques sont des moyens, déjà en œuvre, pour accompagner les PA dépendantes.

4. 1. Solidarité familiale et dépendance:

La solidarité familiale correspond à un soutien moral des familles à leurs ainés dans les activités quotidiennes et également un soutien financier : on parle d'aidant.

Lorsque la PA dépendante est souvent le centre de l'attention, l'aidant à tendance à se placer au second plan et à sous-estimer l'importance du soutien qu'il apporte au malade. Pourtant, l'ensemble des tâches effectuées au quotidien pour le malade représente une masse de travail qui s'ajoute aux propres activités de l'aidant. Afin d'éviter l'épuisement de l'aidant, il est possible d'avoir recours à une écoute, des aides matérielles, ou encore de solliciter des structures ou associations qui peuvent accueillir le malade pour laisser du répit à l'aidant, comme par exemple les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer) ou l'association France Alzheimer.

Le soutien familial correspond au soutien du conjoint ou des descendants.
Le nombre d'aidant familial par PA à tendance à diminuer (table 3) à cause de l'évolution de la population (baisse de la fécondité), de l'éloignement géographique des familles, mais aussi de l'âge moyen des PA dépendantes qui tend à augmenter.

Table 3 : Nombre moyen d'aidants potentiels (2000-2040).

Année	Hommes			Femmes		
	60-80 ans	80 ans et plus	**Ensemble**	60-80 ans	80 ans et plus	**Ensemble**
2000	3,0	2,6	**2,8**	2,7	1,9	**2,2**
2020	2,7	2,5	**2,6**	2,5	2,1	**2,2**
2040	2,3	2,3	**2,3**	2,3	2,0	**2,0**

Sources : Insee, Destinie (scénario central) et enquêtes HID 1998-2001.

On observe un nombre d'aidant familial inférieur pour les femmes ce qui est en partie lié au veuvage plus important chez ces dernières (espérance de vie plus faible des hommes). (3)

La diminution du nombre d'aidants familiaux par PA, ou l'épuisement de ces derniers, conduit inéluctablement au recours à la solidarité collective.

4. 2. Solidarité collective et dépendance :

L'aide familiale aux PA, bien que favorisant le maintien à domicile, a ses limites. C'est alors que la solidarité collective complète ou relaye l'aide familiale dans l'accompagnement des PA dépendantes. Sur le plan national, des moyens financiers et humains sont mis en œuvre.

Selon le rapport de la commission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance (rapport de 2008), les dépenses publiques liées à la perte de l'autonomie s'élève à 21 milliards d'euros par an. Cette somme comprend la contribution des entités suivantes:

- l'état sous forme d'exonération ou de réduction d'impôt
- l'assurance maladie
- les départements : APA et aide à l'hébergement
- la CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- la CNAV: Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
- la caisse nationale d'allocations familiales

La dépendance est une lourde charge financière pour le système de santé français et les familles. Lorsqu'une PA est hébergée en EHPAD, par exemple, les soins et les dépenses liés à la prise en charge de la perte d'autonomie sont financés par l'état, et les dépenses liées à l'hébergement (prestations hôtelières) sont à la charge du résident ou de sa famille. A l'heure actuelle, au regard d'une institutionnalisation coûtant cher et de l'attachement des PA à leur habitat, le maintien à domicile est à privilégier. Le maintien à domicile des PA, outre son

avantage économique, permet de conserver la personne dans un environnement familier mais ceci nécessite une aide professionnelle de proximité de tous secteurs confondus. (47) (48)

En ce qui concerne le quotidien, les auxiliaires de vie sociale (AVS) constituent une aide matérielle précieuse pour le maintien des PA dans un environnement sain. Les AVS offrent un accompagnement global dans leur vie quotidienne: alimentation (courses ou portage de repas), l'hygiène, accompagnement des sorties, loisirs, soutien moral… à l'exception de tout acte de soins à caractère médical.
En ce qui concerne le côté médical, les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) effectuent des soins techniques (hygiène et confort) et des actes infirmiers sur prescription médicale et coordonnent les soins avec l'environnement médical du patient. (45)

Depuis une quinzaine d'année, des réseaux gérontologiques existent afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de l'environnement médical de la PA dépendante. Les réseaux gérontologiques correspondent à un ensemble d'intervenants pouvant comporter un hôpital, des professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux, des SSIAD, une assistante sociale.
Un réseau gérontologique assure une prise en charge globale, sanitaire et sociale ainsi que la coordination des soins entre les différents acteurs pour répondre aux besoins de la PA dépendante désirant vivre à domicile. (49)

Il est primordial de continuer à mobiliser des moyens pour les PA déjà dépendantes, mais n'est-il pas préférable d'agir en amont de cet état ? C'est-à-dire mobiliser des moyens pour prévenir la dépendance. Les moyens déjà mis en œuvre pour les PA dépendantes ont pour objectifs de diminuer les dépenses liées à la dépendance et limiter l'aggravation de cet état. Mais si on limite l'entrée dans cet état de dépendance, l'objectif est double : meilleure efficience du système de santé, et meilleure qualité de vie pour nos ainés. (50)

4. 3. Vers la prévention de la dépendance:

L'une des stratégies nationales de santé est de faciliter le parcours des PA en perte d'autonomie grâce aux projets PAERPA (Personne Agées En Risque de Perte d'Autonomie). Devant l'évolution de la population âgée en France, les projets PAERPA ont pour objectif d'organiser le parcours de santé des personnes de plus de 75 ans autour des équipes de proximité. La ligne directrice des projets PAERPA est la coordination entre les professionnels de différents secteurs (sanitaire, social et médico-social) afin de rendre les cloisons perméables et faciliter le partage des informations relatives au patient. Ainsi, un travail coordonné permet de construire un parcours de prise en charge personnalisé et adapté à la PA.

Ce dispositif de proximité est sous la responsabilité d'un médecin traitant qui organise la « coordination clinique de proximité ». L'équipe regroupe :

- un infirmier diplômé d'état chargé des soins infirmiers.
- un pharmacien d'officine intervenant en fonction des besoins du patient sur le suivi et l'observance des traitements médicamenteux, la réalisation d'entretiens thérapeutiques, la fourniture de matériel médical ou encore au sein d'un programme d'éducation thérapeutique (Annexe 1).
- ou le cas échant tout autre professionnel intervenant régulièrement autour du patient. (51) (52)

L'intervention coordonnée des différents acteurs de proximité des PA en perte d'autonomie est primordiale pour une prise en charge efficace. Parmi les personnes à proximité des PA on pourra citer : les proches, les auxiliaires de vie, le médecin généraliste, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmiers et les pharmaciens…. Avant de mettre en place un ensemble d'action pour la prise en charge des PA en perte d'autonomie, il faut repérer les PA qui sont la cible de cette prise en charge. Le même principe de coopération entre professionnels de santé doit donc s'appliquer dans le repérage des PA à risque de perte d'autonomie : les personnes âgées fragiles. La fragilité, décrit dans la littérature comme état préalable à la dépendance, est réversible dans ses stades précoces. Le repérage de la personne âgée fragile est une mission qui mérite l'attention de tous les professionnels entourant la PA.

II. FRAGILITE DE LA PERSONNE AGEE :

1. Définitions

1.1. Définition générale :

La population gériatrique est une population très hétérogène, ce qui est lié à l'action conjuguée de l'âge, des maladies et du contexte de vie: trois facteurs conditionnent l'évolution de l'état de santé des PA. La fragilité de la personne âgée est un concept relativement récent, avec des publications dans la littérature qui datent de moins de 15 ans. Même si le concept de fragilité est déjà une préoccupation internationale, il est difficile d'en donner une définition unanime et claire, ce concept restant un sujet controversé et décrit par différentes approches théoriques. (53) (54)

Le concept de fragilité reste théorique et actuellement largement documenté. Les approches de Fried et Rockwook apparaissent dans la littérature comme les deux modèles dominants : le phénotype de fragilité de Fried et ses collègues issu de la Cadiovascular Health Study (CHS) et l'index de fragilité de Rockwood et ses collègues, Issu de la Canadian Study of Health and Ageing (CSHA). (55) (56)
Ces deux notions, même si elles abordent le concept de fragilité de façons différentes, apparaissent comme complémentaires et ont permis d'élaborer une définition de la fragilité :
La fragilité de la PA est définie comme un syndrome gériatrique multidimensionnel, caractérisé par une baisse des réserves fonctionnelles, et conduisant à des difficultés à répondre à un stress. Il en résulte une augmentation du risque de chute et d'hospitalisation, du risque de développer des incapacités avec une baisse de la qualité de vie, avec consommation de soins plus importante et du risque de décès prématuré. (57) (58) (59)

Selon Fried et ses collègues, la définition de la fragilité de la PA suppose l'existence d'un cycle de fragilité. Ce cycle de fragilité (Fig. 3) relie étroitement quatre

domaines: la dénutrition chronique, la perte de masse musculaire ou sarcopénie, la diminution de l'activité physique et du métabolisme de base, la perte de l'appétit.

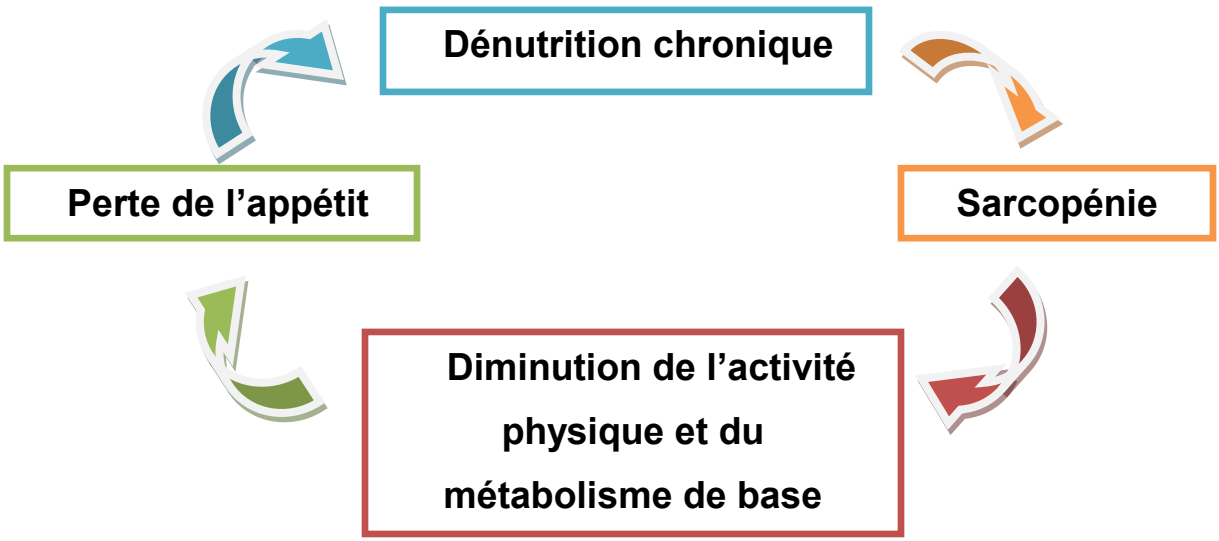

Fig. 3 : cycle de la fragilité selon Fried

La fragilité est dans sa définition dite « multifactorielle » puisque à l'origine de l'entrée dans ce cycle on pourra citer :

- comme causes à la dénutrition chronique et à la perte d'appétit: les démences, les dépressions, les problèmes de dentition, les maladies chroniques…
- Comme causes à la sarcopénie : la perte de poids ou les maladies inflammatoires chroniques
- Comme causes à la diminution de l'activité physique et au métabolisme de base : la médication, le stress, les chutes, les maladies chroniques…

Cycle qui apparait comme cercle vicieux où l'apparition des incapacités fonctionnelles et la perte d'autonomie, en l'absence d'intervention, en sont l'issue.
Cette définition permet d'aborder la fragilité de façon indépendante des co-morbidités et des incapacités, afin de situer la PA fragile comme personne à risque de déclin et de dépendance.

Les travaux de Fried et coll., basés sur les données de la Cardiovasular Health Study (CHS) et sur cette notion cycle de fragilité, ont permis de définir le « phénotype de fragilité de Fried », décrit par les cinq dimensions suivantes:

- la perte de poids involontaire : soit plus de 4,5kg dans l'année
- la sensation d'épuisement et de fatigue subjective liée à une baisse d'endurance
- le niveau d'activité physique et l'attitude sédentaire
- la vitesse de marche (<1m/s) mesurée sur une distance minimum de 4,5 mètres. La vitesse de marche apparaît dans la littérature comme test valide et robuste de support pour identifier les PA à risque d'évènements indésirables (hospitalisation, institutionnalisation, perte d'autonomie). (60) (61) (62)
- la force de préhension ou force musculaire évaluée à l'aide d'un dynamomètre

Les critères de Fried sont validés (ce sont des critères physiques), définis comme simples et catégorisants. Ces derniers servent de modèle dans la littérature actuelle pour caractériser la PA fragile. Une critique du modèle de Fried est l'absence de la prise en compte du caractère cognitif qui, pourtant, peut biaiser la réponse aux cinq critères.

Tout aussi importante dans la littérature, une autre approche de la fragilité, d'avantage clinique, est le modèle dit « d'accumulation des déficits » de Rockwood et ses collègues. Dans ce cas, on définit la fragilité comme étant la résultante de plusieurs pathologies ou déficits fonctionnels apparaissant avec l'âge. (63)

Dans l'index de Rockwood, l'échelle clinique est basée sur 7 points évalués par 70 indicateurs qui relatent de la symptomatologie, de la pathologie et des incapacités. Cet index permet de définir deux états : fragile (>50 indicateurs positifs) ou robuste (<50 indicateurs positifs).

Cette approche apparait comme un outil de suivi de la PA fragile, en étant prédictif de la mortalité et de l'institutionnalisation, puisqu'elle se concentre essentiellement sur les co-morbidités.

L'index de Rockwood considère qu'avec l'âge chronologique (âge donné par la date de naissance), la fréquence des pathologies est augmentée. Compte tenu de l'hétérogénéité de la population gériatrique, il apparait que « l'âge biologique » est un indicateur plus précis et individualisé de l'état de santé. (56) (63) (64) (65)

Finalement, la fragilité se définit comme un état d'équilibre instable entre la robustesse et la dépendance. Cet équilibre pouvant être rompu par l'arrivée d'un ou plusieurs stress extrinsèques (lié à l'environnement, rupture familiale, décès d'un proche…) ou intrinsèques (pathologies, chute). La robustesse reflétant l'absence de fragilité, peut être définie par la conservation de l'autonomie et une qualité de vie satisfaisante avec un sentiment de sécurité au quotidien. (66)

La fragilité, est actuellement considérée comme réversible. Un essai randomisé de 620 patients âgés de plus de 74 ans, suivis sur 18 mois, et ayant initialement subit une CGA : Comprehensive Geriatric Assessment (évalutation gériatrique complète) a été réalisé par Monteserin et ses collègues. Les résultats de cette étude montrent que la fragilité, notamment à ces stades précoces, est réversible pour les personnes ayant suivis une intervention médicale, collective ou individuelle selon les cas, avec des consignes de vie adaptées. (67) (68)

La fragilité étant réversible, il devient important de la repérer de façon précoce, afin de pouvoir être réactif et d'en limiter les conséquences par une prise en charge appropriée. Repérer précocement revient à mobiliser un grand nombre d'acteurs entourant les PA fragiles. Parmi l'environnement de ces derniers, il y a bien évidemment le médecin généraliste, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières et les différents auxiliaires de vie. Une attention plus particulière est portée aux pharmaciens dans cet écrit. Rappelons que le pharmacien est en contact quotidien avec des PA, que ce soit pour un conseil ponctuel ou le renouvellement des traitements chroniques mensuel. A ce titre, il peut s'avérer être un des acteurs de choix dans le repérage de la fragilité.

1.2. Prévalence de la fragilité :

La prévalence de la fragilité chez les PA vivant à domicile est en moyenne de 10%. Mais cette dernière peut varier selon la définition utilisée, l'échelle de mesure et la région de l'étude de 5 à 58%. Cette variation de la prévalence est liée à

l'absence de consensus pour la définition et la mesure de la fragilité. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes et augmente avec l'âge (fig.4). (69)

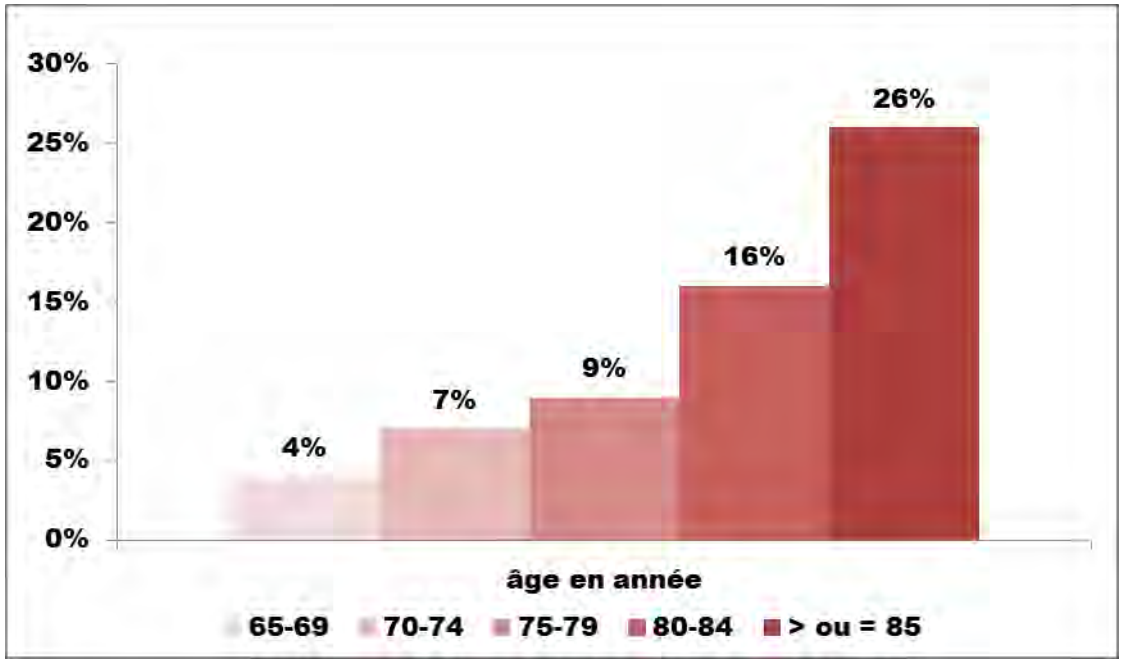

Fig. 4: Prévalence de la fragilité en fonction de l'âge (70)

1.3. La fragilité de la personne âgée, un concept multidimensionnel et une réponse pluridisciplinaire :

Le concept de fragilité est donc complexe et multifactoriel, mais non sans conséquence : risque d'institutionnalisation, déclin fonctionnel et décès. Prendre en compte les causes de la fragilité et les prévenir est un enjeu de santé publique. Par conséquent, une prise en charge pluridisciplinaire doit suivre le repérage de la PA fragile.

1.3.1. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

En gériatrie, une démarche traditionnelle médicale centrée sur la maladie et ses causes est insuffisante puisque l'état de santé des PA est dépendant également de facteurs sociaux, psychiques et environnementaux.

L'EGS est une évaluation globale de la PA qui vise à dresser un bilan sur le plan médical, psychosocial et fonctionnel.

L'objectif étant d'établir une stratégie de prise en charge multidisciplinaire et personnalisée ainsi qu'un suivi. La prise en charge personnalisée de la PA a pour but de maintenir leur autonomie et de contribuer à l'amélioration ou au maintien de la qualité de vie. Ces interventions sont regroupées dans le PPP pour « Plan de Prévention Personnalisé » aussi appelé PPS pour « Plan Personnalisé de Santé ».

L'EGS utilise un ensemble de questionnaires et des échelles de mesure des capacités des PA. L'EGS évalue les fonctions cognitives, l'humeur, le degré d'autonomie, la marche et le risque de chute, le statut nutritionnel, la douleur, les conditions de vie du patient, les fonctions sensorielles … L'EGS peut aussi être adaptée à chaque patient en fonction de ses caractéristiques propres.

1.3.2. Exemple d'application : l'Hôpital de jour de fragilité du gérontôpole à Toulouse:

L'hôpital de jour (HDJ) d'évaluation des fragilités et de la prévention de la dépendance est mis en place depuis le 20 septembre 2011 par le gérontopôle de Toulouse en association avec l'ARS Midi-Pyrénées et département universitaire de médecine générale. Cette structure, expérimentale, est financée par le système de santé français.

Les actions menées par le gérontopôle de Toulouse, en matière de prévention de la dépendance chez la PA fragile, constituent une mission ministérielle confiée au gérontopôle par la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, et la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, Michelle Delaunay (Annexe 2: lettre de mission du 5 septembre 2012).

L'objectif de cet HDJ, est d'identifier les causes de la fragilité et d'établir un plan personnalisé de prévention (PPP) de la perte d'autonomie pour les patients repérés en ville comme fragiles ou pré-fragiles non-dépendants.

Le repérage des PA fragiles est effectué, par les médecins généralistes, grâce à l'outil GFST pour Gérontopôle Frailty Screening Tools, élaboré par l'équipe du gérontopôle de Toulouse et approuvé par la HAS. Le GFST est une grille de repérage des PA fragiles de plus de 65 ans en médecine générale (décrit ci-après II) 2.1.5.). (71) (72)

A l'hôpital de jour, un maximum de 6 patients est évalué par jour, 5 jours par semaine. Depuis sa création, plus de 2000 PA ont été évaluées. A l'entrée, un gériatre et une infirmière recensent l'environnement social, les antécédents médicaux, chirurgicaux et les traitements en cours. Un bilan biologique et un électrocardiogramme sont réalisés, puis les patients suivent une évaluation gériatrique standardisée. (table 4)

Des évaluations additionnelles peuvent être proposées en fonction des résultats de l'EGS pour les patients nécessitant l'intervention d'un ou plusieurs intervenants dentistes, ophtalmologues, oto-rhino-laryngologistes, neuropsychologues, diététiciennes, oncologues, professeurs d'activités physiques adaptées …

A l'issu de l'évaluation et après une réunion des différents intervenants, le gériatre rédige une synthèse et propose un PPS qui inclus des suggestions sur le plan thérapeutique et sur le plan environnemental mis en place. Une copie du PPS, rédigée en accord avec le patient, est envoyée au médecin généraliste du patient pour assurer le suivi.

L'hôpital de jour de fragilité de Toulouse assure également un suivi construit du patient 15 jours, 1 mois et 3 mois après la journée d'hospitalisation par appel téléphonique entre le patient et une infirmière habilitée. Une réévaluation à un an en HDJ peut être proposée pour les patients qui ne sont pas devenus dépendants. (84)

Table 4 : Fonctions étudiées et échelles de mesure utilisées dans l'EGS lors d'une hospitalisation de jour à l'HDJ de Toulouse

fonctions	*Echelles utilisées*	*Description de l'échelle*
fonctions cognitives	MIS (Memory Impairment Screen free) and delayed recall (MIS-D) (73)	Test de mémoire en 4 minutes pour le repérage des démences et de la maladie d'Alzheimer. (Score/8)
	MMSE : Mini Mental State (74)	Test de dépistage et suivi des démences, rapide (5-10 minutes) avec un score/30
	CDR : Clinical Dementia Rating (75)	Défini la dégradation fonctionnelle et cognitive du syndrome démentiel
fonctions physiques	Critères de Fried (55)	Les cinq critères de Fried sont : La perte de poids involontaire, la sensation subjective d'épuisement, le niveau d'activité physique, la diminution de la vitesse de marche et la diminution de la force de préhension
	ADL : Activity of Daily Living (76)	Décèle les incapacités à effectuer les tâches de la vie courante (soins corporels, habillement, toilette, transferts, continence, alimentation.
	IADL : Instrumental Activity of Daily Linving (77)	Permet d'évaluer le comportement et l'utilisation des outils usuels, cette échelle prend en compte les fonctions cognitives. Les variables dans cette échelle sont : l'utilisation du téléphone et des transports, la prise des médicaments, la gestion (logement ; budget)
	SPPB: Short Physical Performance Battery (33)	Evalue les fonctions des membres inférieurs : vitesse de marche pour évaluer l'endurance, lever de chaise pour évaluer la force et tests d'équilibre. Le SPPB est évalué sur 12 points et permet de définir un niveau de performance et un risque de sarcopénie
Statut nutritionnel	MNA : Mini Nutritional Assessment (78)	Outil de dépistage et d'évaluation utilisé pour identifier les patients âgés présentant un risque de malnutrition
Humeur	GDS : Geriatric Depression Scale (79)	Echelle de recherche des symptômes dépressifs chez les sujets âgés
Fonctions sensorielles :	Parinaud'scale, Monoyer's scale, Amsler grid	Evalue la vision de près, la vision de loin détecte les dégénérescences maculaires
	HHIE-S: Hearing Handicap Inventory for the Ederly-Screening. (80)	Evalue les répercussions sociales et émotionnelles de la perte auditive
Autres évaluations :	Initial Standard Continence Screening From urinary incontinence	Evalue les niveaux d'incontinence urinaire et les facteurs qui contribuent à l'incontinence (81)
	OHAT: Oral Health Assessment Tool (82)	Evalue la santé bucco-dentaire
	IPSS : International Prostate Score Symptom	Outil de dépistage, d'aide au diagnostic et au suivi de l'hypertrophie bénigne de la prostate (83)

1.3.3. Impact positif du plan personnalisé de santé :

Plusieurs études ont montré que les interventions personnalisées menées sur le long terme et fixées à la suite d'une EGS ont à la fois un impact positif sur la qualité de vie du patient et sur la perte d'autonomie. A fortiori, limiter le risque de perte d'autonomie chez le sujet âgé contribue à la réduction des coûts liées à la dépendance.

Dans la méta-analyse de Stuck et ses collègues, 28 études randomisées ont permis d'évaluer un échantillon global de plus de 9000 personnes. Les résultats montrent que les évaluations gériatriques complètes (CGA) qui combinent l'évaluation gériatrique et le suivi pluridisciplinaire à long terme sont bénéfiques sur la survie, les capacités physiques et cognitives des PA. (85)

Une autre étude menée par Ellen et ses collègues en 2012, se base sur la notion de faiblesse musculaire. Dans cette étude des patients de plus de 78 ans ont suivi un programme de 9 mois comprenant des exercices d'étirements, d'équilibre ou encore d'endurance. Il en résulte une réduction des déficiences physiques et limitations fonctionnelles.

Ce qui amène à dire que le PPS faisant suite à l'EGS, peut réduire le risque de dépendance et d'institutionnalisation correspondant aux risques encourus par la PA fragile non prise en charge. Il y a donc un intérêt collectif au repérage de proximité et précoce de la fragilité afin de conduire les PA concernées dans une prise en charge efficace. (67)

2. Le repérage de la fragilité :

Les descriptions de la fragilité de Fried et Rockwood ont permis l'élaboration de plusieurs outils de repérage de la fragilité. La difficulté à traduire les données de recherches sur la fragilité en outil pratique rend difficile l'élaboration de l'outil de repérage optimal.

L'outil optimal de repérage de la fragilité dans la population générale doit être :

- performant,
- rapide d'utilisation,
- validé par rapport aux données reconnues comme référence dans la littérature
- accessible pour tous (de la personne âgée concernée, en passant par l'aide-ménagère, au médecin généraliste). (86)

Actuellement près de 50 outils de repérages de la fragilité sont décrits dans la littérature, ce qui est du à l'absence de consensus sur la définition de la PA fragile. Par conséquent, la liste des outils présentés ci-après est non-exhaustive.

2.1 **Outils de repérage de la fragilité:**

2.1.1 Comparaison de la Cardiovascular health Study Screening Scale et l'index de fragilité (FI) de Rockwood

Rappelons que la « CHS scale » (table 5) reprend les cinq critères du phénotype de fragilité de Fried et ses collègues (55): perte de poids, sédentarité, perte de la force musculaire, diminution de la vitesse de marche et sensation de fatigue.

Table 5 : Phénotype de fragilité : CHS scale (55)

A. *Characteristics of Frailty*	B. *Cardiovascular Health Study Measure**
Shrinking: Weight loss (unintentional) Sarcopenia (loss of muscle mass)	Baseline: >10 lbs lost unintentionally in prior year
Weakness	Grip strength: lowest 20% (by gender, body mass index)
Poor endurance; Exhaustion	"Exhaustion" (self-report)
Slowness	Walking time/15 feet: slowest 20% (by gender, height)
Low activity	Kcals/week: lowest 20% males: <383 Kcals/week females: <270 Kcals/week
	C. *Presence of Frailty*
	Positive for frailty phenotype: ≥3 criteria present
	Intermediate or prefrail: 1 or 2 criteria present

Dans l'index de fragilité (FI) Rockwood et ses collègues, qui considère la fragilité comme « accumulation des déficits », l'échelle clinique est basée sur 7 points évalués par 70 indicateurs (table 6) qui relatent de la symptomatologie, de la pathologie et des incapacités. (56)

Table 6 : 70 indicateurs de Rockwood (56)

Appendix 1: List of variables used by the Canadian Study of Health and Aging to construct the 70-item CSHA Frailty Index

- Changes in everyday activities
- Head and neck problems
- Poor muscle tone in neck
- Bradykinesia, facial
- Problems getting dressed
- Problems with bathing
- Problems carrying out personal grooming
- Urinary incontinence
- Toileting problems
- Bulk difficulties
- Rectal problems
- Gastrointestinal problems
- Problems cooking
- Sucking problems
- Problems going out alone
- Impaired mobility
- Musculoskeletal problems
- Bradykinesia of the limbs
- Poor muscle tone in limbs
- Poor limb coordination
- Poor coordination, trunk
- Poor standing posture
- Irregular gait pattern
- Falls
- Mood problems
- Feeling sad, blue, depressed
- History of depressed mood
- Tiredness all the time
- Depression (clinical impression)
- Sleep changes
- Restlessness
- Memory changes
- Short-term memory impairment
- Long-term memory impairment
- Changes in general mental functioning
- Onset of cognitive symptoms
- Clouding or delirium
- Paranoid features
- History relevant to cognitive impairment or loss
- Family history relevant to cognitive impairment or loss
- Impaired vibration
- Tremor at rest
- Postural tremor
- Intention tremor
- History of Parkinson's disease
- Family history of degenerative disease
- Seizures, partial complex
- Seizures, generalized
- Syncope or blackouts
- Headache
- Cerebrovascular problems
- History of stroke
- History of diabetes mellitus
- Arterial hypertension
- Peripheral pulses
- Cardiac problems
- Myocardial infarction
- Arrhythmia
- Congestive heart failure
- Lung problems
- Respiratory problems
- History of thyroid disease
- Thyroid problems
- Skin problems
- Malignant disease
- Breast problems
- Abdominal problems
- Presence of snout reflex
- Presence of the palmomental reflex
- Other medical history

Certains critères de Fried de la CHS Scale ne peuvent être évalués sans appareillage adapté: mesurer la force musculaire nécessite d'être équipé d'un dynamomètre et évaluer la vitesse de marche oblige un espace minimum de 4 mètres, les cabinets médicaux n'en sont pas toujours équipés. Mais avec équipement adapté, la CHS scale peut être utilisée dans un premier contact avec le patient.

L'index de fragilité (FI) de Rockwood n'est pas adapté au repérage par les médecins généralistes puisqu'il est fait pour être mené en parallèle ou à la suite d'une évaluation gériatrique complète. La multiplicité des variables du FI le rend consommateur de temps, et peut inclure des performances à mesurer (par exemple, la cognition, la performance physique), difficilement réalisable en médecine générale.

Ces deux échelles sont souvent considérées à tort comme alternative, bien que différentes, elles sont complémentaires et leur utilisation concomitante permettrait un dépistage plus adéquat. En effet on a d'une part, la CHS scale basée sur des signes cliniques physiques, d'autre part le FI, bon marqueur de suivi avec une prise en compte des facteurs cliniques (pathologies, ADL…). Critique commune à ses deux échelles, elles ne permettent pas de différencier une PA fragile d'une PA dépendante. La CHS scale repère les PA fragiles si on l'applique à des personnes non dépendantes et le FI inclue des items sur la perte fonctionnelle pour donner ses résultats. (65)

2.1.2 SOF (Study of Osteoporotic Fractures) index et CFS (Clinical Frailty Scale): des versions simplifiées de la CHS scale et de l'index de Rockwood :

Le SOF index, simplifié à l'extrême, utilise seulement 3 critères : la perte de poids, l'incapacité à se lever d'une chaise et le manque d'énergie. La comparaison du SOF index et de la CHS scale ne révèle pas de différence significative quant à la prédiction du risque de chute, de handicap, de fracture et décès de ses 2 échelles (fig.5).

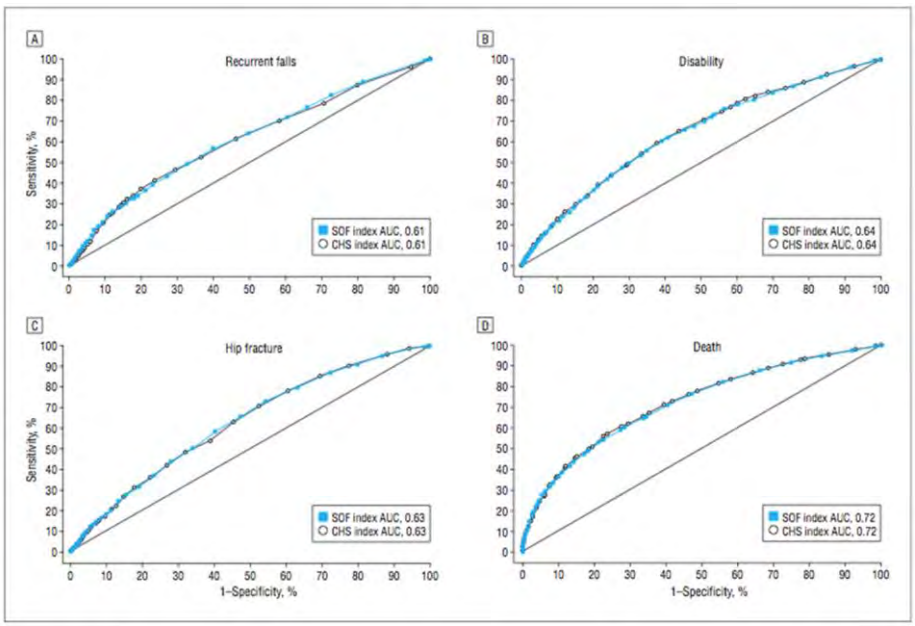

Fig.5 : Comparaison du caractère prédictif de chute, fracture, handicap, et décès du SOF index et de la CHS scale (87).

Cependant, ses 2 échelles ne prennent pas en considération les dimensions cognitives, sociales ou psychosociales de la PA fragile.

La CFS (fig.6) ou échelle de fragilité clinique est un outil proche de l'index de Rockwood. Dans ce cas, le repérage est basé sur l'appréciation subjective du médecin qui l'utilise. Cette échelle permet de répartir les PA en neuf catégories : de la catégorie 1 (patients en très bonne forme) à la catégorie 9 (patients en phase terminale, espérance de vie estimée à moins de 6 mois). Cette échelle a été conçue pour évaluer la fragilité des PA admises en soins intensifs afin d'évaluer un risque potentiel d'évènements indésirables (décès, complication….). (56)

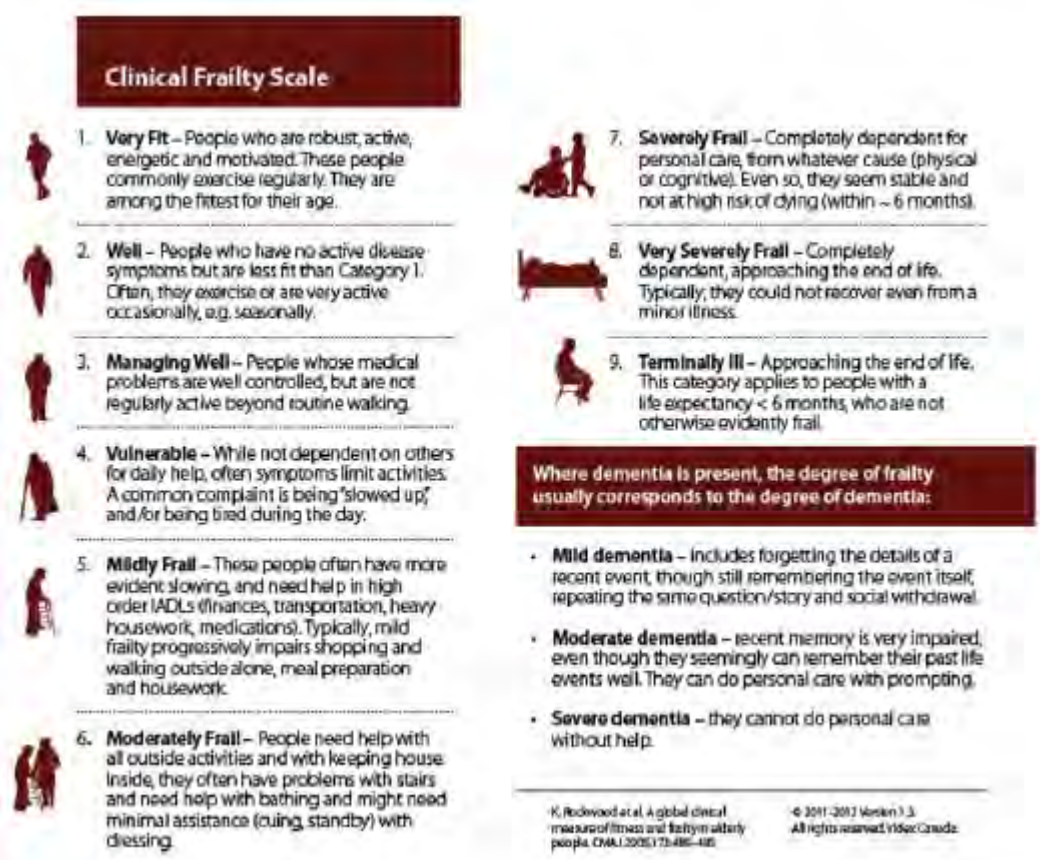

Fig. 6 : Clinical Frailty Scale

2.1.3 GFI : Goningen Frailty Index :

Le GFI (table 7) est un index qui est multidomaine. Ce dernier tient compte des caractéristiques physiques, cognitives, sociales, et psychologiques de la fragilité. Cependant, l'étude des capacités physiques est réduite à une seule question sur les

15 alors que cette dimension de Fried est largement reprise et jugée importante dans la littérature comme critère de fragilité. Un autre critique de ce questionnaire peut être sa lourdeur, en effet, il est composé de 15 questions ce qui peut rendre difficile sa mise en pratique dans le repérage de masse. (96)

Table 7 : GFI (Groningen Frailty Indicator

Groningen Frailty Indicator

Physical components	
Are you able to carry out these tasks single-handedly and without any help? (The use of help resources, such as a walking stick, walking frame, or wheelchair, is considered to be independent.)	
1. Shopping	
2. Walking around outside (around the house or to the neighbors)	
3. Dressing and undressing	
4. Going to the toilet	
5. What mark do you give yourself for physical fitness? (scale 0 to 10)	
6. Do you experience problems in daily life because of poor vision?	
7. Do you experience problems in daily life because of being hard of hearing?	
8. During the past 6 months have you lost a lot of weight unwillingly? (3 kg in 1 month or 6 kg in 2 months)	
9. Do you take 4 or more different types of medicine?	
Cognitive component	
10. Do you have any complaints about your memory?	
Social component	
11. If you are at work, with your family, or at church do you believe that you are part of the social network?*	
12. Do other people pay attention to you?*	
13. Will other people help you if you are in need?*	
Psychological component	
14. In the past 4 weeks did you feel downhearted or sad?*	
15. In the past 4 weeks did you feel calm and relaxed?*	
Scoring:	
Questions 1–4:	Yes = 0 ; No =1
Question 5:	0-6 =1 ; 7-10 = 0
Questions 6–9:	No = 1 ; Yes = 0
Question 10:	No = 0 ; sometimes =0 ; Yes = 1
Questions 11–13:	Never = 1; Sometimes = 1; Often = 0; All the time = 0
Question 14:	Never = 0 ; Seldom = 0; Sometimes = 1; Often = 1; Very often = 1; All the time = 1
Question 15:	Never = 1; Seldom = 1; Sometimes = 1; Often =1; Very often = 0; All the time = 0

*Psychosocial items were slightly rephrased compared with the previous published self-report version.[22]
†Likert scales were adapted compared with the previous published self-report version.

2.1.4 L'outil FRAIL: acronyme de Fatigue, Resistance, Aerobic, Illness and Loss of Weight

L'échelle FRAIL, élaborée par Morley et ses collègues, combine des éléments fonctionnels, la notion d'accumulation et des éléments du phénotype de Fried. Cette échelle est composée de cinq critères : la fatigue, la résistance, la marche (capacité à marcher 100 mètres), la présence de plus de 5 pathologies (critère spécifique à cet outil) et la perte de poids (5% du poids initial). Afin d'évaluer chacun de ses

critères, une question est posée au patient ce qui conduit à un questionnaire en cinq points (Table 8). (88) (89)

Cet outil de repérage de la fragilité a été développé pour être rapide, représentatif de la fragilité. Il peut être mené par les médecins généralistes. L'outil FRAIL peut éventuellement être utilisé en auto-évalutation par les PA bien que faire la liste de ses propres pathologies peut être difficile. L'outil FRAIL semble donner un profil de risque de dépendance sans distinguer une PA fragile d'une PA dépendante. Afin d'identifier un statut de dépendance ou de fragilité, il est nécessaire de réaliser des évaluations complémentaires qui sont consommatrices de temps.

Table 8 : L'outil FRAIL (88)

The Simple "FRAIL" Questionnaire Screening Tool

3 or greater = frailty; 1 or 2 = prefrail
Fatigue: Are you fatigued?
Resistance: Cannot walk up 1 flight of stairs?
Aerobic: Cannot walk 1 block?
Illnesses: Do you have more than 5 illnesses?
Loss of weight: Have you lost more than 5% of your weight in the past 6 months?

2.1.5 La grille GFST pour Gérontopôle Frailty Screening Tool

Le gérontopôle de Toulouse a mis au point une échelle de repérage de la fragilité adaptée aux conditions de faisabilité dans les cabinets de médecine générale, un outil simple et rapide : le GFST (fig. 7).

Cette échelle met l'accent sur la perception subjective du médecin généraliste afin de favoriser l'acceptation de l'outil de repérage. En effet, le médecin traitant, grâce à sa connaissance des antécédents du patient, a un rôle important dans le repérage. Dans le GFST, les paramètres sociaux, fonctionnels (vitesse de marche, statuts cognitifs et nutritionnels) et la subjectivité du médecin généraliste ont autant d'importance. De plus, il faut réaliser les ADL avant d'utiliser ce questionnaire : il ne peut donc être appliqué que par les médecins généralistes. Le GFST est destiné aux patients de plus de 65 ans sans handicap physique, sans pathologie aigüe. A l'issu de ce questionnaire le médecin généraliste prescrit, avec l'accord du patient, une

évaluation de la fragilité à l'HDJ d'évaluation des fragilités et de la prévention de la dépendance à Toulouse. (71) (72)

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	❑	❑	❑
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	❑	❑	❑
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	❑	❑	❑
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	❑	❑	❑
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	❑	❑	❑
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	❑	❑	❑

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : ❑ OUI ❑ NON

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

PROGRAMMATION
Dépistage réalisé le : Rendez-vous programmé le :
Médecin traitant informé : ❑ OUI ❑ NON
Pour la prise de rendez-vous :
Contacter par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr
Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).
Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.

Fig. 7 : GFST (86)

2.1.6 L'outil FiND (Frail Non-Disabled) :

L'ensemble des questionnaires précédemment cités sont intéressants mais aucun ne dissocie fragilité et dépendance alors qu'une personne très fragile peut finalement être dépendante. Discriminer un état de santé réversible (la fragilité) d'un état de santé irréversible (la dépendance) est un objectif majeur, puisque les PA non dépendantes sont décrites comme population cible des interventions préventives de la dépendance. (90) (64) (62)

Dans cet objectif : Un outil a été récemment élaboré: FiND (table 9).

Table 9 : Questionnaire FiND

Domain	Questions	Answers	Score
Disability	**A.** Have you any difficulties at walking 400 meters?	a. No or some difficulties	0
		b. A lot of difficulties or unable	1
	B. Have you any difficulties at climbing up a flight of stairs?	a. No or some difficulties	0
		b. A lot of difficulties or unable	1
Frailty	**C.** During the last year, have you involuntarily lost more than 4.5 kg?	a. No	0
		b. Yes	1
	D. How often in the last week did you feel than everything you did was an effort or that you could not get going?	a. Rarely or sometimes (twice or less/week)	0
		b. Often or almost always (3 or more times per week)	1
	E. Which is your level of physical activity?	a. Regular physical activity (at least 2–4 hours per week)	0
		b. None or mainly sedentary	1

If A+B≥1, the individual is considered as "disabled".
If A+B=0 and C+D+E≥1, the individual is considered as "frail".
If A+B+C+D+E=0, the individual is considered as "robust".
doi:10.1371/journal.pone.0101745.t001

L'outil FiND est un questionnaire de repérage des PA fragiles non dépendantes. Il est composé de deux parties :

- La première partie : les questions A et B identifient les PA dépendantes.
- La deuxième partie question C, D et E : trois questions qui repèrent les PA fragiles selon les critères de perte de poids (C) et la sédentarité (E) issus du phénotype de fragilité, et le critère d'épuisement (D).

Après réponse à ce questionnaire, seuls les patients ne répondant pas aux critères des questions A et B sont potentiellement dans un état de fragilité. (57)

L'outil FiND ne nécessite pas d'ADL préalable et n'inclue pas de test de vitesse de marche. La vitesse de marche bien que critère jugé important dans la littérature qui relate la fragilité est difficile à mettre en œuvre en pratique courante. (64)

L'outil FiND ne nécessite ni équipement spécifique, ni l'intervention de professionnels de santé particulièrement formés, comme dans le GFST où l'avis subjectif du médecin généraliste est capital : C'est un auto-questionnaire. Un auto-questionnaire à l'avantage de pouvoir être rempli de façon autonome, ce qui, dans le domaine de la fragilité, conduit à un repérage plus anticipé. L'outil FiND a été élaboré pour être simple est utilisable par l'ensemble de la population générale. L'objectif de l'utilisation de l'outil FiND n'étant pas d'exclure le médecin généraliste

dans la démarche mais de réduire la surcharge d'activité des cabinets médicaux. En effet, c'est toujours le rôle du médecin généraliste de confirmer la présence d'un état de fragilité chez le patient et d'engager les démarches vers une évaluation gériatrique standardisée en hospitalisation de jour.

Pour la validation de cet outil, 45 personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile dans le territoire de Labastide-Murat (46 ; Lot (France)), ont été sollicitées afin de remplir le questionnaire FiND de façon autonome. Ensuite, un évaluateur aveugle a évalué, sur ses mêmes personnes, les critères du phénotype de fragilité et la perte de mobilité à travers le test de marche de 400 mètres (outils de référence). Les résultats ont révélé une très bonne concordance entre le questionnaire FiND et les outils de référence. Ce qui montre que, finalement, la simplicité de l'outil FiND n'altère pas sa pertinence dans le repérage des personnes âgées fragiles. (55) (57) (91)

L'outil FiND, simple et validé, contribue à un repérage de masse de la fragilité. Cet auto-questionnaire, est destiné aux personnes âgées de plus de 65 ans et peut être remis par courrier, courriel ou distribué par des professionnels côtoyant régulièrement des personnes âgées comme les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pharmaciens ou autres professions entourant la personne âgée.

2.2 **Les Acteurs du repérage de la fragilité :**

Comme déjà précisé dans les paragraphes précédents, le repérage de la fragilité doit être le plus précoce possible pour pouvoir mener une prise en charge personnalisée afin de ralentir voire inverser le processus d'entrée en dépendance des PA.

Le rôle des médecins généralistes en termes de repérage de la fragilité n'est plus à prouver. En effet, ils dirigent une PA, non hospitalisée ou non institutionnalisée, qu'ils ont eux-mêmes repérées comme fragile, vers une EGS en hospitalisation de jour. De plus, on peut préciser que le GFST a été conçu pour les médecins généralistes. Cependant, pour un repérage à grande échelle, on ne peut pas se

limiter au repérage de la fragilité dans la patientèle des médecins généralistes. La surcharge des cabinets médicaux ou le manque de médecin généraliste (particulièrement en milieu rural) ne permet pas toujours de procéder à un repérage. Il est donc nécessaire de faire appel à d'autres professionnels, et pas seulement des professionnels de santé, afin d'élargir le champ du repérage.

La sensibilisation sur le sujet de la fragilité et la proximité sont de bons atouts pour repérer une PA fragile.

Si l'on considère l'entourage d'une PA, au plus proche d'elle on aura la famille et les amis : en théorie, ceux sont les premiers à pouvoir observer des modifications de comportement, des troubles cognitifs, ou des altérations diverses dans la vie quotidienne de leur proche vieillissant. En pratique, les proches d'une PA ont tendance à manquer d'objectivité quant à l'état de santé de leurs aïeuls…

Des actions ont été menées afin de sensibiliser le grand public aux signes d'alertes de la fragilité. Le gérontopôle de Toulouse en association avec le département de médecine générale, l'ARS Midi-Pyrénées et l'Equipe Territoriale Vieillissement et Prévention de la Dépendance (ETPV) a élaboré une plaquette grand public et des affiches d'information sur la fragilité (Annexe 3). (92)

D'autres personnes en contact quasi quotidien avec les PA à leur domicile sont les aides ménagères ou les porteurs de repas. Ces personnes, au-delà de l'aide qu'elles apportent, contribuent au maintien social des PA. Le Gérontopôle de Toulouse a mis en place le projet REAGIR qui est un programme de formation des aides ménagères au repérage de la PA fragile chez les patients GIR-5 et 6, à Blagnac. D'autre part, à Toulouse, un dispositif expérimental de service portage de repas à domicile est mis en place pour le repérage de la PA fragile dans les quartiers d'Empalot, Saint-Michel et Saint-Agne. Ce dispositif est réalisé en collaboration avec l'Association Générations Solidaires, l'entreprise d'insertion La Pie Verte (confection et livraison des repas) et le Gérontopôle du CHU de Toulouse. Ce service, coordonné par la Mairie de Toulouse, est associé à une approche sociale et un suivi sanitaire individuel effectué par une infirmière du CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) habilitée à repérer les signes de la fragilité. Dès l'identification de signes, le médecin généraliste référant du patient est informé pour

entamer un parcours de prise en charge personnalisé. La ville a pour projet d'étendre ce dispositif à d'autre quartier courant 2015. (93)

L'infirmier libéral, acteur de santé publique, est un maillon indispensable dans les « soins de ville » et la gériatrie représente une grande part de son activité. Leur formation initiale enseigne la prise en charge des PA. Les infirmiers libéraux établissent un rapport régulier avec les patients à leur domicile et entretiennent le lien avec l'entourage familial et médical du patient. Les infirmiers sont, par conséquent, des acteurs de choix dans le repérage de la fragilité et bien sûr dans le suivi du PPS proposé après une EGS. Un infirmier libéral peut voir jusqu'à 30 patients par jour (tout âge confondu) ce qui permet d'élargir le champ du repérage de la fragilité.
Citons également d'autres professions au contact des PA : les kinésithérapeutes et ergothérapeutes à même de repérer des signes de fragilité pendant l'exercice de leurs arts respectifs.

Le pharmacien d'officine, acteur essentiel de santé publique, est à proximité de la population générale. 24H/24 et 7jours/7 grâce au service de garde, le pharmacien répond aux besoins de conseils, médicaments et matériel médical.... C'est un métier de confiance et d'écoute, 92% des français déclarent faire confiance à leur pharmacien (quotidien du pharmacien 13/03/2013). De plus dans la région Midi-Pyrénées, 200 000 patients rentrent dans une pharmacie chaque jour, ce qui est un atout pour élargir le champ de repérage de la PA fragile.

La majorité des PA, avec un traitement chronique, est fidèle à sa pharmacie. Une personne vient au minimum une fois par mois pour se faire dispenser son traitement, ce qui permet à l'équipe officinale de pouvoir observer des changements chez ces personnes. Le pharmacien a déjà sa place au sein des équipes médicales de proximité dans la prise en charge des PA dépendantes, par exemple dans le suivi des traitements et la fourniture de matériel médical adéquat, le pharmacien est aussi acteur dans le maintien à domicile.

Le pharmacien peut être un acteur de choix dans le repérage de la fragilité. Ici, on parle de repérage et non de diagnostic (compétence du médecin), l'objectif étant

d'élargir le champ du repérage. Le pharmacien d'officine serait alors placé comme maillon initial dans le cheminement de la prise en charge du patient âgé fragile.

C'est en connaissance de la place qu'occupe déjà le pharmacien dans la prise en charge des PA, que ce travail a pour objectif de mettre en évidence le rôle du pharmacien d'officine dans le repérage de la fragilité en expérimentant un outil de repérage: le questionnaire FiND (Frail Non-Disabled). Le pharmacien d'officine a-t'-il sa place dans le repérage de la personne âgée fragile ?

III. Experimentation de l'outil FiND au comptoir dans deux pharmacies du Tarn : Albi (pharmacie de quartier) et Alban (pharmacie en milieu rural)

1. Méthode :

1.1. Objectif de l'étude :

Le métier de pharmacien est très polyvalent : analyses d'ordonnances, conseils, dispensation de médicaments et dispositifs médicaux, suivi des traitements, éducation thérapeutique, actions préventives et bien d'autres missions de service pour la population générale. Cette étude a pour objectif de tester le rôle du pharmacien dans le repérage des personnes âgées fragiles. Le repérage est-il faisable dans le quotidien du pharmacien ? Comment doit-il se réaliser pour ne pas affecter l'organisation de la pharmacie ? Qui est concerné par le repérage ? La population d'intérêt est-elle présente dans les pharmacies ? Afin de répondre à ses interrogations, nous avons utilisé un questionnaire de repérage des personnes âgées fragiles non-dépendantes (FiND).

1.2. Contexte et terrain d'étude:

La 6ème année d'étude en vue d'obtenir le diplôme de Docteur en pharmacie, filière officinale, se termine par 6 mois de stage en officine. Diviser son stage de fin d'étude en 2 fois 3 mois permet d'être formé dans deux milieux différents : la ville et le milieu rural. C'est dans ce contexte que le questionnaire FiND a été distribué pendant deux mois, dans deux officines aux profils différents. La première pharmacie était à Alban, commune Française située dans un territoire rural du Tarn (81). La seconde officine était dans le quartier urbain, la Maladrerie à Albi, préfecture du Tarn (81).

1er terrain d'étude : autour de la pharmacie d'Alban

Alban est une petite commune du Tarn d'environ 1000 habitants avec une forte activité agricole. Alban est le chef-lieu du canton d'Alban, environ 2800 habitants regroupant 7 communes sur un rayon de 20 kilomètres autour d'Alban. La population d'Alban même est âgée, 37% de retraités et 26% des habitants ont plus de 65 ans avec un âge moyen sur la population générale à 50 ans. Dans cette zone rurale, il y a cinq médecins, certains patients font plus de 20 kilomètres pour avoir accès aux soins et aux médicaments. (94) (95)

2ème terrain d'étude : autour de la pharmacie de la Maladrerie à Albi

Le quartier de la Maladrerie, quartier ouest d'Albi comporte environ 5000 habitants toutes générations confondues, avec un environnement médical fort (une dizaine de médecins généralistes sont installés dans le quartier). Le quartier de la maladrerie est actif et dynamique avec toutes les commodités à proximité. Concernant la population Albigeoise générale, environ 51500 habitants, 33% sont retraités, 23% des habitants ont plus de 65 ans et l'âge moyen est de 41 ans. (95)

1.3. Outil de repérage de la fragilité des personnes âgées :

Le questionnaire de repérage de la fragilité devait être non chronophage et facile à mettre en application pour être en adéquation avec les activités officinales. Le questionnaire FiND, présenté comme auto-questionnaire de repérage de la fragilité, répondait à ses critères.

Dans cette étude, l'auto-questionnaire FiND a été choisi et traduit en français, afin de décrire la population de l'étude, c'est-à-dire, d'identifier des personnes âgées dépendantes, fragiles et robustes dans la patientèle des pharmacies. La cible de cette étude était les personnes âgées de plus de 70 ans , étant donné que la prévalence de la fragilité est faible avant 70ans.

Afin de montrer que le pharmacien peut avoir un rôle dans le repérage de la personne fragile, il ne semblait pas suffisant de se servir uniquement d'un questionnaire de repérage de la fragilité. En effet, il était aussi important de savoir si

la population cible adhérerait à la démarche du repérage de la fragilité par le pharmacien. Par conséquent, dans cette enquête, il a été rajouté une question à choix multiples à la suite de l'auto-questionnaire FiND. Cette question à choix multiples est destinée à étudier l'acceptation de la démarche par la population cible et à définir la place qu'à le pharmacien dans le repérage de la personne âgée fragile.

Le questionnaire distribué a été nommé « rôle du pharmacien dans la prévention de la dépendance » et non pas « repérage de la fragilité », afin de faciliter l'adhérence des personnes concernées à la démarche (Fig. 8). En effet, La notion de fragilité est une notion encore mal connue de la population générale et expliquer la notion de fragilité à chaque personne répondant au questionnaire aurait été chronophage.

Rappelons que l'outil FiND est destiné à repérer les PA fragiles non dépendantes. Les questions A et B sont destinées à identifier les personnes âgées dépendantes, alors que les questions C, D et E permettent d'identifier les personnes âgées fragiles.

La « dépendance » est définie comme la présence de « beaucoup de difficultés » et /ou « incapacité » à effectuer l'une ou les deux tâches suivantes : marcher 400 mètre (A) et monter un escalier de 10 marches (B), soit $A+B \geq 1$.

Les personnes ont été considérées comme « fragiles non-dépendantes » selon deux conditions :

- Si elles ne répondaient pas aux critères de dépendance de l'outil FiND, c'est-à-dire si la réponse « peu ou pas de difficultés » était cochée aux questions A et B. ($A+B= 0$)
- Si elles répondaient au minimum à un des critères suivant ($C+D+E\geq1$) :
    - Perte de poids involontaire de plus de 4,5kg au cours de l'année passée ($C=1$)
    - Le fait de ressentir les états suivants la semaine passée : « tout ce que je faisais me demandait un effort » « je ne pouvais pas aller de l'avant », souvent ou la plupart du temps ($D=1$).
    - Activité physique rare ou nulle ($E=1$)

Rôle du pharmacien dans la prévention de la dépendance

Date de naissance : ……. / ……. / …….

Homme / Femme (rayer la mention inutile)

A- Avez-vous des difficultés à marcher 400 mètres (environ un tour d'un terrain de foot ou 2-3 bâtiments)?

- □ peu ou pas de difficultés
- □ Beaucoup de difficultés ou incapacité

B- Avez-vous des difficultés à monter un escalier (environ 10 marches)?

- □ Peu ou pas de difficultés
- □ Beaucoup de difficultés ou incapacité

C- Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 4,5 kg involontairement (c'est-à-dire sans avoir suivi de régime ni fait de sport en vue de perdre du poids)?

- □ Non
- □ Oui

D- La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti les états suivants : *« Tout ce que je faisais me demandait un effort » ou « Je ne pouvais pas aller de l'avant »*

- □ Rarement ou parfois (moins de 2 fois par semaine)
- □ Souvent ou la plupart du temps (plus de 3 fois par semaine)

E- Quel est votre niveau actuel d'activité physique?

- □ Activité physique régulière (au moins 2-4 heures par semaine)
- □ Aucune activité physique ou rarement (quelques promenades ou sorties pour aller faire des courses)

F- Concernant ce questionnaire :

OU

✓ **J'ai accepté d'y répondre parce que :**	× **J'ai refusé d'y répondre parce que :**
□ Je me sens concerné(e) par la prévention de la dépendance	□ Je ne me sens pas concerné(e) par la prévention de la dépendance
□ J'aimerais bénéficier de conseils sur la prévention de la dépendance	□ Je n'ai pas besoin de conseils sur la prévention de la dépendance
□ Le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance	□ Le pharmacien n'a aucun rôle dans la prévention de la dépendance
□ Autre (préciser) : ……. ……	□ Autre (préciser) : …… ……..

Nous vous remercions du temps que vous avez pris pour répondre à ces questions ;

fig.8 : Questionnaire de l'enquête

La deuxième partie du questionnaire (question F) est une question à choix multiples. La question F étudie la perception de la prévention de la dépendance par la population cible. Cette question analyse d'une part, l'acceptation de la démarche par la population cible, et d'autre part la place qu'à le pharmacien dans le repérage de la personne âgée fragile.

Dans cette question, on considère que « le fait de se sentir concerné par la prévention de la dépendance » et « le fait d'avoir besoin de conseils sur le sujet » est en rapport avec l'acceptation de la démarche de repérage de la fragilité en général. D'autre part, on considère que « le fait de se diriger vers le pharmacien quand le besoin de conseils ou d'aide se fait sentir en matière de prévention de la dépendance » permet de mettre en valeur la place du pharmacien dans le repérage de la fragilité. Les personnes âgées répondant au questionnaire pouvaient cocher une ou plusieurs propositions.

1.4. Recueil des données

Le questionnaire a été proposé aux patients âgés de 70 ans et plus, se présentant au comptoir en pharmacie :

- Du 3 février au 30 mars 2014 (8 semaines) à la pharmacie d'Alban (milieu rural)
- Du 1er avril au 25 mai 2014 (8 semaines) à la pharmacie d'Albi (milieu urbain)

Ce questionnaire était auto-rempli par les participants ou administré par l'équipe officinale, en cas de problème de compréhension ou de difficulté de lecture.

L'analyse des résultats est rapportée en deux temps :

- Une analyse globale des résultats en considérant l'échantillon de l'étude comme la somme des échantillons de chaque site géographique. (n=129)
- Une analyse des résultats par site géographique :
    - Milieu rural : Echantillon de la population d'Alban (n=83)
    - Milieu urbain : Echantillon de la population d'Albi (n=46)

2. Résultats :

Dans la mesure où les échantillons sont de petites tailles ou parfois très différents (en terme de représentativité) selon les variables, il ne sera pas possible de réaliser des tests statistiques de comparaison. Seul l'âge en fonction du genre sera testé à l'aide d'un test-t. Les pourcentages et/ou moyennes et écart-types seront calculés pour chaque variable. Les différences relevées dans notre étude resteront propres à notre population et ne pourront être généralisées. Nous interpréterons ainsi les résultats comme des tendances.

2.1 **Description de la population:**

Les résultats sont rapportés de façon globale, c'est-à-dire, en considérant l'ensemble des participants des deux pharmacies (n=129).
129 questionnaires ont été proposés :

- 123 questionnaires (95,4%) ont été complétés, dont 60 par des femmes (48,8%) et 63 par des hommes (51,2%).
- 6 personnes (4,6%) ont refusé de se soumettre au questionnaire, dont 2 femmes (33,3%) et 4 hommes (66,7%).

L'âge moyen des participants (n=123) était de 79,9 ± 5,6 ans (minimum : 70 ans ; maximum : 96 ans), 79,7 ± 5.7 ans pour les femmes (minimum : 70 ans ; maximum : 91 ans) et 80,2 ± 5.6 ans pour les hommes (minimum : 70 ans ; maximum : 96 ans).
Les hommes et les femmes étaient représentés de manière identique et partageaient un âge commun (t=-0.48; p=0.63).

Le questionnaire FiND a permis de classer les 123 personnes qui ont répondu au questionnaire selon trois états : « dépendant », « fragile » et « robuste ».
Les principaux résultats obtenus à partir du questionnaire FiND (questions A, B, C, D, E) sont représentés table 10.

Table 10 : Caractéristiques principales de l'échantillon total de l'étude en fonction du genre.

Les résultats sont présentés par des effectifs(%) ou des moyennes ± l'écart type

	Total (n=123)	Homme (n=63)	Femme (n=60)
Age (années)	79,9 ± 5,7	80,2 ± 5,6	79,7 ± 5,7
Dépendants	36 (29,3)	16 (44,4)	20 (55,6)
↳ Score 1/2	22 (61.1)	10 (45,5)	12 (54.5)
↳ Score 2/2	14 (38.9)	6 (42,9)	8 (57.1)
Fragiles	54 (43,9)	28 (51,9)	26 (48,1)
↳ Score 3/3	38 (70.4)	19 (50)	19 (50)
↳ Score 2/3	13 (24.1)	7 (53,8)	6 (46.2)
↳ Score 1/3	3 (5.6)	2 (66,7)	1 (33.3)
Robustes	33 (26,8)	19 (57,6)	14 (42,4)

- 33 participants étaient robustes (26,8%), dont 14 femmes (42,4%) et 19 hommes (57,6%).
- La fragilité a été rapportée pour 54 participants (43,9%), dont 26 femmes (48,1%) et 28 hommes (51,9%).

  Niveaux de fragilité:
  - Score 1/3 : 38 participants (70.4%) dont 19 femmes (50%)
  - Score 2/3 : 13 participants (24.1%) dont 6 femmes (46.2%)
  - Score 3/3 : 3 participants (5.6%) dont 1 femme (33.3%)
- La dépendance a été rapportée pour 36 participants (29,3%), dont 20 femmes (55,6%) et 16 hommes (44,4%).

  Niveaux de dépendance:
  - Score 1/2 : 22 participants (61.1%) dont 12 femmes (54.5%)
  - Score 2/2 : 14 participants (38.9%) dont 8 femmes (57.1%)

Les prévalences des robustes dans la population féminine et masculine étaient identiques (23,3% et de 30,2%, respectivement). La prévalence de la fragilité était également identique dans la population masculine (44,4%) et féminine (43,3%).

Pour finir, la prévalence de la dépendance était un peu plus importante dans la population féminine (33,3%) que masculine (25,4%).

Lorsque nous comparons les genres, nous avions des populations identiques dans la taille des échantillons, l'âge et la représentation dans les classes « robuste », « fragile » et « dépendant ».

2.2 Question F : perception de la prévention de la dépendance par la population cible

En ce qui concerne la question F (table 11 et 12), question à choix multiples, relative au rôle du pharmacien dans le repérage de la fragilité :

Proposition « je me sens concerné(e) par la prévention de la dépendance »

33 participants (26,8%) se sont sentis concernés par la prévention de la dépendance. Il s'agissait de 11 personnes dépendantes (33,3%) dont 18,2% de femmes, 10 personnes fragiles (30,3%) dont 70% de femmes et 12 personnes robustes (36,4%) dont 50% de femmes.

Nous constatons que ¼ de la population étudiée est concernée par la prévention de la dépendance et ce quel que soit le statut de mobilité. Notons que chez les fragiles, les femmes étaient plus concernées.

Proposition « j'aimerais bénéficier de conseils sur la prévention de la dépendance »

14 participants (11,4%) ont déclaré avoir besoin de conseils sur la prévention de la dépendance. Il s'agissait de 4 personnes dépendantes (26,6%) dont 50% de femmes, 4 personnes fragiles (26,6%) dont 100% de femmes et 6 personnes robustes (42,6%) dont 50% de femmes.

Peu de personnes déclarent avoir besoin de conseils. Chez les fragiles, représentant 1/4 des personnes ayant répondues, seules les femmes déclaraient avoir besoin de conseils sur la prévention de la dépendance.

Table 11 : Résultats de la question F : items « je me sens concerné(e) » et « j'aimerais bénéficier de conseils » sur la prévention de la dépendance (échantillon total)

	PA se sentant concernées par la prévention de la dépendance (%)	*PA qui aimeraient bénéficier de conseils sur la prévention de la dépendance (%)*
Total (n=123)	**33 (26,8)**	**14 (11,4)**
Dépendants	11 (33,3)	4 (26,6)
↳ Homme	2 (18,2)	2 (50,0)
↳ Femme	9 (81,8)	2 (50,0)
Fragiles	**10 (30,3)**	**4 (26,6)**
↳ Homme	7 (70,0)	0 (0)
↳ Femme	3 (30,0)	4 (100,0)
Robustes	12 (36,4)	6 (42,8)
↳ Homme	6 (50,0)	3 (50,0)
↳ Femme	6 (50,0)	3 (50,0)

Proposition «Le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance »

72 participants (58,5%) ont estimé que le pharmacien pouvait avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance. Il s'agissait de 22 personnes dépendantes (30,6%) dont 54,5% de femmes, 31 personnes fragiles (43,1%) dont 54,8% de femmes et 19 personnes robustes (26,4%) dont 52,6% de femmes.

Les résultats montrent que plus de la moitié de la population pense que le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance. Notons que les fragiles sont les plus convaincus du rôle du pharmacien et ce quel que soit le genre.

Proposition « autres » :

22 participants (17,9%) ont choisi la réponse « autres ». Il s'agissait de 6 personnes dépendantes (27,3%) dont 50% de femmes, 11 personnes fragiles (50,0%) dont 36,4% de femmes et 5 personnes robustes dont 60,0% de femmes et 40,0% des hommes.

Ces derniers ont précisé qu'ils se dirigeraient d'avantage vers leur médecin généraliste (18 personnes (81,8%) dont 6 dépendants (33,3%), 9 fragiles (50,0%) et 3 robustes (16,7%), leur famille proche (1 personne robuste ; 4,5%) ou leurs infirmières (1 personne robuste ; 4.5%), s'ils souhaitent parler de prévention de la dépendance. A noter que 2 personnes (9,1%), dont 1 fragile et 1 robuste, ont considéré que ce questionnaire leur avait été imposé.

Table 12: Résultats de la question F : items « je pense que le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance » et « autres » (échantillon total)

	PA pensant que le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance (%)	*Autres (%)*
Total (n=123)	**72 (58,5)**	**22 (17,9)**
Dépendants	22 (30,6)	6 (27,3)
↳ Homme	12 (54,5)	3 (50,0)
↳ Femme	10 (45,5)	3 (50,0)
Fragiles	**31 (43,1)**	**11 (50,0)**
↳ Homme	17 (54,8)	4 (36,4)
↳ Femme	14 (45,2)	7 (63,6)
Robustes	19 (26,4)	5 (22,7)
↳ Homme	10 (52,6)	3 (60,0)
↳ Femme	9 (47,4)	2 (40,0)

2.3 Comparaison des populations en fonction du site géographique

↳ *Description de la population en fonction du site géographique*

83 questionnaires ont été proposés en milieu rural et 46 questionnaires en milieu urbain, soit respectivement 64,3% et 35,7% de l'ensemble des questionnaires proposés sur les deux sites (n=129) :

- 79 questionnaires ont été complétés en milieu rural et 44 en milieu urbain. Ce qui correspond à un taux de réponse au questionnaire de 95,2% au sein du milieu rural et de 95,6% au sein du milieu urbain.
- 4 personnes ont refusé de se soumettre au questionnaire en milieu rural et 2 personnes en milieu urbain. Ce qui, correspond respectivement, à un taux de refus du questionnaire en milieu rural et urbain de 4,8% et 4,3%.

Le taux de réponse aux questionnaires était semblable et très haut (proche de 95%) dans les 2 populations.

L'âge moyen des participants en milieu rural était de 78,6 ± 5,0, celui des participants en milieu urbain était de 82,3 ± 5,9. La population en milieu urbain était statistiquement plus âgée (t=-3.56 ; p<0.005).Notons que les échantillons étaient très différents dans la mesure où la population rurale représentait 69% de la population totale.

Le questionnaire FiND a permis de classer les 123 personnes qui ont répondu au questionnaire selon trois états : « robuste », « fragile » et « dépendant » (table 13).

- Les participants qualifiés de « Robustes » étaient au nombre de 23 (69,7%) dans la population rurale et 10 (30,3%) dans la population urbaine.
- La fragilité a été rapportée pour 35 participants (64,8%) en milieu rural et 19 participants (35,2%) en milieu urbain.
- 21 participants (58,3%) étaient dépendants en milieu rural et 15 participants (41,7%) étaient dépendants en milieu urbain.

Table 13 : caractéristiques principales de la population en fonction du site géographique. Les résultats sont présentés par des effectifs (%) ou des moyennes ± l'écart type.

	Milieu rural (n=79)	**Milieu urbain (n=44)**
Age (années)	78,6 ± 5,0	82,3 ± 5,9
Dépendants	21 (26,6)	15 (34,1)
↳ Score 1/2	13 (61,9)	9 (60)
↳ Score 2/2	8 (38,1)	6 (40)
Fragiles	**35 (44,3)**	**19 (43,2)**
↳ Score 1/3	25 (71,4)	13 (68,4)
↳ Score 2/3	8 (22,9)	5 (26,3)
↳ Score 3/3	2 (5,7)	1 (5,3)
Robustes	23 (29,1)	10 (22,7)

La prévalence de la robustesse était un peu plus importante dans la population rurale (29,1%) que dans la population urbaine (22,7%).La prévalence de la fragilité au sein des populations de chaque site géographique avoisinait les 44% de chaque population. La prévalence de la dépendance était un peu plus importante au sein de la population en milieu urbain (34,1%) qu'en milieu rural (26,6%).

Malgré la différence de représentativité des populations, leur distribution en fonction du statut de mobilité était très proche.

↳ Comparaison à partir des résultats de la question F (perception de la prévention de la dépendance par la population cible)

En ce qui concerne la question F (table 14 et 15), question à choix multiples, relative au rôle du pharmacien dans le repérage de la fragilité (Les participants pouvaient répondre à plusieurs items) :

Proposition « je me sens concerné(e) par la prévention de la dépendance »

20 participants (60,6%) en milieu rural et 13 participants (39,4%) en milieu urbain se sont sentis concernés par la prévention de la dépendance.

De manière générale, les deux populations se sentent autant concernées par la prévention de la dépendance (29,5% en milieu urbain contre 25,3%), avec une légère tendance supérieure pour le milieu urbain. Nous constatons que, proportionnellement, il s'agit davantage de fragiles en milieu rural (milieu rural 35% ; milieu urbain : 23,2%.

Proposition « j'aimerais bénéficier de conseils sur la prévention de la dépendance »

9 participants (64,3%) en milieu rural et 5 participants (35,7%) en milieu urbain ont déclaré avoir besoin de conseils sur la prévention de la dépendance. La prévalence de cette déclaration était identique dans les deux populations (11,4%). Notons que proportionnellement, il s'agissait davantage de personnes fragiles en milieu urbain (40,0%) que rural (22,2%).

Proposition «Le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance »

49 participants (68,1%) en milieu rural et 23 participants (31,9%) en milieu urbain ont estimé que le pharmacien pouvait avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance.

Dans les deux cas, il s'agissait de plus de 50% de la population étudiée (milieu rural : 62,0%) ; milieu urbain : 52,3%). Une majorité de fragiles a pensé que le pharmacien pouvait avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance (milieu rural : 38,8% ; milieu urbain : 52, 2%). Notons que la prévalence des fragiles concernés par cette proposition était plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

Proposition « autres » :

Cette réponse concernait 16 des participants (72,7%) en milieu rural et 6 des participants (27,3%) en milieu urbain.

La réponse « autres » a été d'avantage choisie en milieu rural (20,3%) qu'en milieu urbain (13,6%). Notons que la proportion de fragiles ayant répondu « autres » était identique dans les deux populations.

En milieu rural, ces derniers ont précisés qu'ils se dirigeraient d'avantage vers leur médecin généraliste (14 personnes : 87,6%), leurs infirmières (1 personne : 6,2%), s'ils souhaitent parler de prévention de la dépendance. A noter qu'une personne qui était fragile (6,2%) a considéré que ce questionnaire lui avait été imposé.

En milieu urbain, ces derniers ont précisé qu'ils se dirigeraient d'avantage vers leur médecin généraliste (4 personnes : 66,7%), leur famille proche (1 personne qui était robuste : 16,7%), s'ils souhaitent parler de prévention de la dépendance. A noter qu'une personne qui était dépendante (16,7%) a considéré que ce questionnaire lui avait été imposé.

Table 14 : Résultats de la question F pour les items « je me sens concerné(e) » et « j'aimerais bénéficier de conseils » sur la prévention de la dépendance. (en fonction du site géographique)

	PA se sentant concernées par la prévention de la dépendance (%)		*PA qui aimeraient bénéficier de conseils sur la prévention de la dépendance (%)*	
Milieu	**Rural (n=79)**	**Urbain (n=44)**	**Rural (n=79)**	**Urbain (n=44)**
Total	20 (25,3)	13 (29,5)	9 (11,4)	5 (11,4)
Dépendants	6 (30,0)	5 (38,4)	2 (22,2)	2 (40,0)
Fragiles	7 (35,0)	3 (23,2)	2 (22,2)	2 (40,0)
Robustes	7 (35,0)	5 (38,4)	5 (55,5)	1 (20,0)

Table 15 : Résultats de la question F pour l'item « je pense que le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance » et l'item « autres » (en fonction du site géographique)

	PA pensant que le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance (%)		*Autres (%)*	
Milieu	**Rural (n=79)**	**Urbain (n=44)**	**Rural (n=79)**	**Urbain (n=44)**
Total	49 (62,0)	23 (52,3)	16 (20,3)	6 (13,6)
Dépendants	16 (32,7)	6 (26,1)	4 (25,0)	2 (33,3)
Fragiles	19 (38,8)	12 (52,2)	8 (50,0)	3 (50,0)
Robustes	14 (28,6)	5 (21,7)	4 (25,0)	1 (16,7)

3. Discussion :

Dans cette étude, nous avons rapporté les résultats d'une enquête visant à mettre en évidence le rôle du pharmacien d'officine dans le repérage de la personne âgée fragile. Durant cette enquête, un questionnaire de repérage de la fragilité a été proposé aux personnes âgées de plus de 70 ans se présentant à l'officine. Le questionnaire était composé de l'outil FiND de repérage de la personne âgée fragile auquel on a associé une question supplémentaire à choix multiples.

3.1 Faisabilité du repérage de la fragilité au comptoir :

L'utilisation de l'outil FiND au comptoir s'est révélée non chronophage et en adéquation avec l'activité officinale puisque c'est un auto-questionnaire qui ne nécessite aucun matériel spécifique. En effet, il a été proposé aux patients de plus de 70 ans, de répondre eux-mêmes au questionnaire pendant que le pharmacien ou le préparateur préparait leur ordonnance. En cas de difficultés de compréhension, le pharmacien ou le préparateur aidait le patient à répondre aux questions, mais dans la majorité des cas le questionnaire était bien compris et rempli de façon autonome.

Un item (D) concernant l'épuisement perçu par le sujet a quelques fois soulevé des difficultés de compréhension du questionnaire. Cet item était probablement mal compris par les personnes ayant des troubles cognitifs débutants, mais les personnes ayant ce déficit ne sont-elles pas des personnes âgées fragiles ? Finalement, même si cette question nécessite de passer un peu plus de temps avec certains patients au comptoir, elle est capitale en termes de repérage de la fragilité. Nous pouvons ajouter que le temps imparti à chaque patient par le pharmacien, en termes de conseil ou d'information, est fonction du besoin. Par conséquent, le repérage de la fragilité peut s'inscrire au même titre que les différentes activités du pharmacien au service de la population, dans les missions de santé publique du pharmacien.

3.2 Intérêts du repérage de la fragilité au comptoir :

Le repérage de la fragilité au comptoir en pharmacie est l'une des contributions du pharmacien à la politique d'adaptation de la société au vieillissement. Cette politique est appuyée par la « loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement" qui devrait entrer en vigueur mi-2015. Cette loi est formée de 3 piliers, les 2 « A » : « Anticipation et prévention de la perte d'autonomie » « Adaptation de la société au vieillissement » et « Accompagnement de la perte d'autonomie ». En effet, élargir le champ du repérage de la fragilité est une façon « d'anticiper et de prévenir la perte d'autonomie » et de favoriser l'efficience du système de santé français.

Toujours dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, inclure le pharmacien dans le processus de repérage des personnes âgées est un moyen de favoriser la coordination des professionnels de proximité. Nous rappelons que le dépistage et les démarches de prises en charge du patient fragile restent du ressort du médecin, l'objectif de cette étude était de montrer que le pharmacien avait un rôle dans le repérage des personnes âgées fragiles à la pharmacie et que ce repérage pourrait optimiser la prise en charge de personnes âgées présentant des facteurs de risque de perte d'autonomie.

3.3 Prévalence de la fragilité dans la population étudiée :

Dans la littérature les données de prévalence de la fragilité sont peu précises, puisqu' à l'heure actuelle il n'y a pas de définition consensuelle de la fragilité. Cette prévalence varie donc en fonction de la définition et de l'échelle utilisée. Selon l'étude de cohorte de Collard et al. publiée en 2012, la prévalence de la fragilité (PA>65ans) oscille dans un intervalle allant de 4,0% à 59,1% et est plus élevée dans la population féminine. Dans notre population de 129 personnes âgées, la prévalence de la fragilité était de 44% et similaire entre la population féminine et masculine. Nos résultats entrent donc dans le large intervalle de la prévalence de la fragilité décrit dans la littérature. Notons que la prévalence de la fragilité dans les

deux officines était très importante : le pharmacien peut, par conséquent, avoir un rôle dans son repérage.

Cependant, il reste difficile de comparer la prévalence de la fragilité mesurée dans cette étude à la prévalence de la fragilité définie dans la littérature. En effet, dans le cadre de notre étude la population étudiée est exclusivement celle qui a fréquenté ces deux pharmacies du Tarn. Les données ne sont pas extrapolables à la population générale. Cependant, ces résultats novateurs montrent que le pharmacien côtoie des personnes âgées fragiles et que la population d'intérêt va à la pharmacie.

3.4 Perception de la prévention de la dépendance par la population cible:

Les résultats ont montré que plus d'un quart de la population totale étudiée se sent concerné par la prévention de la dépendance dont environ 1/3 de fragiles. A notre sens, le fait de se sentir concerné par un évènement peut révéler un besoin d'aide et d'information sur l'évènement en question. Ici, on parle de prévention de la dépendance, il y a donc peut être un réel besoin d'aide chez les personnes fragiles.

La proposition « j'aimerais bénéficier de conseils sur la prévention de la dépendance » a été choisie par environ 10% de la population. Pour autant, nous aurions pu nous attendre à une proportion équivalente à celle obtenue pour le choix de la proposition « se sent concerné par la prévention de la dépendance ». En effet, « se sentir concerné » et « avoir besoin de conseils » vont en général de pair dans le domaine de la santé. Pourquoi observe-t-on une telle différence entre les choix de ses deux items ? On peut émettre l'hypothèse que cette question est trop directe, sachant qu'avouer avoir besoin d'aide ou de conseils dans le domaine de la santé peut être considéré à tort comme le fait d'avouer que quelque chose ne va pas. Le nombre important de personnes concernées dans la patientèle des pharmacies souligne que le pharmacien a un rôle dans cette démarche.

Quasiment 60% des participants ont adhéré à la proposition « le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance » et les fragiles semblaient être les plus convaincus par cette proposition. Il apparait clairement que

la population cible de l'étude (les personnes âgées fragiles) est disposée à avoir recours à l'aide du pharmacien en matière de prévention de la dépendance.

Contrairement aux résultats précédemment discutés, 20% des participants ne considèrent pas le pharmacien comme la personne la plus importante pour discuter de la fragilité. Pour autant, ceci ne sous-entend pas que le pharmacien n'a pas de rôle dans le repérage. Les patients ayant répondu « autres » ont précisé qu'ils se tourneraient dans la majorité des cas vers leur médecin généraliste, il semble normal que le médecin soit privilégié. Pour les personnes âgées, le médecin fait presque parti de la famille, c'est une personne de confiance et aussi un référent en matière de suivi médical. Nous nous attendions à des résultats qui mettent d'avantage en valeur le rôle du médecin et de l'infirmière dans la prévention de la dépendance. Bien entendu, le rôle du médecin généraliste est capital dans la prévention de la dépendance. Quoi qu'il arrive, il est toujours du ressort du médecin de décider de l'orientation du patient à la suite du repérage. Retenons que le pharmacien est généralement accepté comme acteur de la prévention de la dépendance. Ce dernier est là pour repérer, c'est à dire prévenir le médecin traitant si une personne apparait comme fragile.

3.5 Le site géographique a-t-il une importance ?

L'un des objectifs initiaux était de comparer les résultats obtenus à partir des questionnaires proposés à la pharmacie d'Alban (milieu rural) et à la pharmacie d'Albi (milieu urbain). Les populations étaient relativement différentes, nous n'avons pas pu tester statistiquement les similitudes ou différences et nous présentons des tendances propres à notre population.

Les échantillons obtenus dans ses deux pharmacies n'étaient pas homogènes (n=79 à Alban et n=46 à Albi). Alors que la fréquentation de la pharmacie d'Albi était plus importante que celle de la pharmacie d'Alban, pourquoi observe-t-on un nombre de questionnaire proposé inférieur de moitié à Albi qu'à Alban? Nous pouvons proposer une explication à ces résultats : en milieu rural, l'accès aux services de santé est plus difficile, alors que la pharmacie en milieu rural reste un endroit facilement accessible où l'on peut obtenir une attention, des conseils et des

informations médicales. Les personnes âgées, en milieu rural, peuvent être isolées et d'avantage ressentir le besoin d'écoute et de conseils venant du pharmacien.

Concernant la perception de la prévention de la dépendance par la population cible, nous avons constaté que d'avantage de personnes âgées fragiles se sont « senties concernées par la prévention de la dépendance » en milieu rural. D'autre part, il apparait que les fragiles en milieu rural ont eu d'avantage tendance à adhérer à la proposition « le pharmacien peut avoir un rôle important dans la prévention de la dépendance ». Il semble qu'il y ait un besoin d'aide chez les personnes âgées en milieu rural et que ces dernières adhèrent à l'idée que le pharmacien soit en acteur dans la prévention de la dépendance. Ajoutons que les personnes âgées dont on parle sont majoritairement fragiles : il y a donc un besoin chez les personnes âgées fragiles, en matière de prévention de la dépendance. Il est possible qu'à la campagne, beaucoup de fragiles restent chez eux. C'est alors d'autres personnes, plus jeunes ou plus robustes, qui vont chercher les médicaments à la pharmacie. L'isolement des personnes âgées en milieu rural soulève l'importance de la participation de tous les professionnels de proximité pour le repérage de la fragilité. Le pharmacien est évidemment important mais il n'est pas le seul acteur à devoir être mobilisé.

Même si nos échantillons sont différents en termes de représentativité, nous avons pu relever des tendances propres à notre population. Les populations sont relativement identiques en terme de statut de mobilité mais il apparait que beaucoup de fragiles vont à la pharmacie et ce quel que soit le site géographique. Les résultats sont très encourageants et illustrent le rôle du pharmacien dans le repérage de la fragilité chez les personnes âgées.

3.6 Les limites de l'étude et les perspectives :

La principale limite de cette étude était la taille de notre population. Nous avons récolté des données propres à notre population que nous ne pouvons pas généraliser. Néanmoins, les informations obtenues vont cependant dans le sens de la littérature et peuvent valider la faisabilité du repérage de la fragilité par le

pharmacien. La population d'intérêt (les personnes âgées fragiles) est présente et semble adhérer, de manière générale, à cette démarche.

A notre connaissance, Il s'agit de la première étude de prévalence de la fragilité dans la patientèle des pharmacies. Il n'y a donc pas de données de prévalence comparables directement avec nos résultats. Dans la continuité de cette étude, il serait intéressant de procéder à une étude pilote dans laquelle le repérage de la fragilité serait étendu à un plus grand nombre de pharmacies situés dans des zones géographiques différentes.

D'un point de vue pratique, proposer un questionnaire de repérage de la fragilité au comptoir s'accorde avec l'activité officinale. Cependant, il n'est pas évident de procéder à un repérage quasi systématique à chaque personne de plus de 70 ans se présentant à la pharmacie, compte tenu des flux de fréquentations qui font leur quotidien. Selon nôtre expérience, 75% des personnes de plus de 70 ans ont été sollicitées. Le pharmacien est en mesure de repérer une part importante de personnes âgées fragile, mais pas la totalité. Justement, le pharmacien n'est pas seul dans ce processus de repérage, de nombreux professionnels peuvent y participer : médecins, infirmières, kinésithérapeutes, ostéopathes, ergothérapeutes, aides à domicile, porteurs de repas…

La population d'intérêt est globalement apparue comme concernée par la prévention de la dépendance au regard du taux d'acceptation de la démarche. Si dans les actions futures le repérage de la fragilité était amené à être systématique en pharmacie, il serait préférable de développer la coordination entre le médecin et le pharmacien en vue prévenir la dépendance. La communication directe des résultats du questionnaire entre le médecin et le patient, sans l'accord du patient, pourrait soulever le problème de la violation du secret médical. En alternative, il serait préférable que le pharmacien propose au patient de prendre un rendez-vous avec son médecin traitant, dans le cas où le questionnaire rempli révélerait un état de fragilité.

Tous les pharmaciens sont-ils prêts à s'investir dans le repérage de la fragilité ? Comme dans toute profession, l'acceptation d'une nouvelle mission n'est pas

toujours systématique. Mais inciter les pharmaciens à pratiquer le repérage de la fragilité serait un moyen de rendre la profession plus active dans la prévention de la dépendance.

Cependant, pour procéder au repérage de la fragilité, il semble important d'informer les pharmaciens de cette démarche. La fragilité de la personne âgée est un sujet déjà traité dans des formations du développement professionnel continu (DPC), ce qui est un moyen de diffusion de la démarche. Mais le choix des thèmes de formation du DPC reste celui de chaque pharmacien, par conséquent la notion de fragilité de la personne âgée n'est peut-être pas suffisamment diffusée au sein de la profession… comment diffuser davantage les informations sur la démarche de repérage de la fragilité par le pharmacien ? Il y a plusieurs possibilités. Par exemple, la diffusion d'information concernant la fragilité et son repérage par courrier ou courriel, directement dans toutes les officines de France. Il pourrait, également, être intéressant d'informer les futurs pharmaciens sur le repérage de la fragilité. A la faculté de pharmacie de Toulouse, cette année une unité d'enseignement sur le thème du vieillissement et la notion de fragilité a été mise en place. Ces formations pourraient, dans le futur, être généralisées à l'ensemble des facultés de pharmacie de France. Dans ce même objectif, introduire le repérage de la fragilité dans les objectifs de stage en pharmacie pendant les études, pourrait être un moyen de diffuser l'information aux pharmaciens maitre de stage.

Toujours dans la même perspective, il est important de continuer à informer les principaux concernés (les personnes âgées) sur la notion de fragilité et de prévention de la dépendance (Campagnes publicitaires, prospectus, affiches…). Il faut également former et informer, au repérage de la fragilité, tout personnel côtoyant les personnes âgées. C'est en se mobilisant ensemble que la qualité de vie des personnes âgées pourra être maintenue et que nous réduirons les dépenses de santé liées à la dépendance. C'est ainsi que nous contribuerons à atteindre cet objectif de santé publique : la prévention de la dépendance.

Conclusion :

La fragilité de la personne âgée est un concept récent aux multiples définitions. Néanmoins, il est aujourd'hui admis que cette dernière est réversible sous l'action d'une prise en charge précoce, personnalisée et adaptée, contrairement à la dépendance. Le repérage de la fragilité s'inscrit dans le processus de prévention de la dépendance et ses répercussions négatives (baisse de la qualité de vie pour les personnes âgées, coût important pour la société). Les médecins généralistes sont déjà des acteurs de ce processus, mais la profession ne peut assumer un repérage d'une telle ampleur. Par conséquent, il est nécessaire que l'ensemble des professionnels au contact avec les personnes âgées se mobilisent dans cette démarche. Rappelons qu'il relève des compétences du médecin généraliste de décider de l'orientation des personnes âgées fragiles repérées.

Dans cet écrit, nous nous sommes plus particulièrement intéressés au rôle du pharmacien dans le repérage de la fragilité. Dans cet objectif, nous avons réalisé une enquête utilisant l'outil FiND associé à une question à choix multiple. Cette dernière était destinée à décrire la perception de la prévention de la dépendance par la population concernée. Cette étude a révélé des résultats encourageants quant au rôle du pharmacien dans cette démarche. En effet, nos résultats montrent que le repérage de la fragilité est faisable dans la pratique du métier. Nous avons également noté que les personnes âgées fragiles vont à la pharmacie et qu'elles se sentent concernées par la prévention de la dépendance. Il apparait que le pharmacien à entre ses mains les outils nécessaires au repérage de la personne âgée fragile. Par conséquent, le pharmacien à son rôle à tenir dans le repérage de la fragilité.

Bibliographie:

(1) Insee, 2014a : Projection de la population 2007-2060 : Tableaux de l'économie française, Edition 2014, avril 2014 [consulté le 15/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/

(2) Robert- Bobée, 2007 : Projections de population 2005-2050, Vieillissement de la population en France métropolitaine, Économie et statistiques 408-409, 2007.

(3) Duée et Rebillard, 2006 : La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Édition 2006. [consulté le 15/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/

(4) INSEE, 2014b : Personnes âgées dépendantes, TEF Edition 2014. [consulté le 15/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/

(5) CREDES, 1992 : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé, répartition des maladies prévalentes des personnes âgées selon les grands domaines pathologiques. [consulté le 10/10/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.irdes.fr/

(6) CEN, 2014a : Collège des Enseignants en Neurologie – confusion et démences chez le sujet âgé. [consulté le 16/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.cen-neurologie.asso.fr

(7) Amouyel, 2014 : Alzheimer : dossier réalisé en Juillet 2014. [consulté le 18/08/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.inserm.fr/

(8) HAS, 2008 : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. [consulté le 16/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr

(9) HAS, 2012a : Lettre de la HAS n° 30 – Janvier-mars 2012 : Réévaluation des médicaments contre Alzheimer : intérêt thérapeutique faible démontré. [consulté le 02/09/2014]. Disponible à l'adresse http://www.has-sante.fr

(10) INSERM, 2009a : La maladie de Parkinson, avril 2009. [consulté le 08/08/14]. Disponible à l'adresse : http://www.inserm.fr/

(11) INSERM, 2009b : Traiter les symptômes et la maladie de parkinson, avril 2009. [consulté le 08/08/14]. Disponible à l'adresse : http://www.inserm.fr/

(12) INSERM, 2010 : suicide, autopsie psychologique et prévention, janvier 2010. [consulté le 10/09/14]. Disponible à l'adresse : http://www.inserm.fr/

(13) Clement et Leger, 1996 : Clinique et épidémiologie de la dépression des sujets âgés. " Les dépressions des sujets âgés ". PRID. Acanthe. Ed. MASSON 1996, Paris : 19-30.

(14) DREES, 2005 : Les personnes ayant un handicap visuel. Les apports de l'enquête Handicaps - Incapacités – Dépendance. Juillet 2005. [consulté le 10/10/14]. Disponible à l'adresse : http://www.drees.sante.gouv.fr/

(15) Sennlaub, 2014 : DMLA, Dossier de Juin 2014. [consulté le 04/09/2014]. Disponible sur le site de l'INSERM à l'adresse : http://www.inserm.fr/

(16) Baudouin, 2013 : Glaucome : Dossier de Janvier 2013. [consulté le 14/09/2014]. Disponible sur le site de l'INSERM à l'adresse : http://www.inserm.fr/

(17) Sahel, 2011 : Cataracte : dossier réalisé en février 2011. [consulté le 12/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.inserm.fr/

(18) HAS, 2010 : Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil, décembre 2010. [consulté le 22/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr

(19) COUF, 2013 : Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF) : Item 245 : Rétinopathie diabétique (RD) 2013. [consulté le 13/09/2014]. Disponible à l'adresse http://umvf.univ-nantes.fr/ophtalmologie/

(20) Chassagne et al., 2009a : La personne âgée fragile. Springer, Paris. ISBN-13 :978-2-287-93910-5. Chapitre : prise en charge des troubles de la vision chez les sujets âgés fragiles : commentaire de S.Hamabessière, Gérontopôle, CHU de Toulouse.

(21) Réseaux gérontologiques du Sud-Lorraine, 2009 : Projet des réseaux gérontologiques du Sud-Lorraine : Les déficiences visuelles de la personne âgée, septembre 2009. [consulté le 19/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.geronto-sud-lorraine.com/

(22) OMS, 2013 : Qu'est-ce qu'un trouble de la réfraction, 10 octobre 2013. [consulté le 10/09/14]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/fr/

(23) Chassagne et al., 2009b : La personne âgée fragile. Springer, Paris. ISBN-13 :978-2-287-93910-5. Chapitre : prise en charge de la perte auditive chez les sujets âgés fragiles : commentaire de S.Gérard, Gérontopôle, CHU de Toulouse.

(24) Bouccara et al., 2005 : Oto-rhino-laryngologie : Presbyacousie. DOI : 10.1016/S0246-0315(05f)39239-7.

(25) HAS, 2007 : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007. [consulté le 18/09/14]. Disponible à l'adresse : www.has-sante.fr

(26) SFGG, 2005 : La revue de gériatrie. TOME 30. Supplément C au NO 6 - JUIN 2005. Douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité. A l'initiative de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) en collaboration avec la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) : Colloque du 24 mars 2005. [consulté le 15/10/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/

(27) Beroud, 2010 : Douleurs et personnes âgées. ISBN : 2-910844-18-8, édition 2010.

(28) HAS, 2005 : SFDRMG : Société française de recherche en médecine générale en partenariat avec la HAS : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, novembre 2005. [consulté le 02/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/

(29) CENb : Collège des Enseignants en Neurologie – Troubles de la marche et de l'équilibre, chutes chez le sujet âgé : [consulté le 16/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.cen-neurologie.asso.fr/

(30) Magaziner et al., 1997: Excess mortality attributable to hip fracture in white women aged 70 years and older. Am J Public Health 1997;87:1630-6.

(31) Chassagne et al., 2009b : La personne âgée fragile. Springer, Paris. ISBN-13 :978-2-287-93910-5. Chapitre : Indicateurs de qualité pour les chutes et les problèmes de mobilité des sujets âgés vulnérables. Commentaire de L. Druesne.

(32) Andrea et al., 2009 : Prévention de la chute : un enjeu de taille dans la stratégie visant à prévenir les fractures chez le sujet âgé, Rev Med Suisse 2009;5:1318-1324.

(33) Guralnik et al.,1994 : A short physical performance battery assessing lower extremity function : association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. Mars 1994.

(34) CNEG, 2000b : Collège National des Enseignants en Gériatrie : corpus de gériatrie, tome 1, édition 2000. 2m2 Edition Et Communication/ISBN : 2-909710-12. Chapitre 11 – Polypathologie et médicaments, iatropathologie, p121.

(35) CEG, 2000a : Collège des Enseignants en Gériatrie, Collectif : Corpus de Gériatrie. Tome 1, édition 2000. 2m2 Edition Et Communication. ISBN : 2-909710-12-2. Chapitre 10 : incontinence urinaire et fécale du SA. P109-119.

(36) DREES, 2011 : L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011. [consulté le 20/09/14]. Disponible à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/

(37) HAS, 2012b : Prescription médicamenteuse chez le sujet agé – Prévention de la iatrogénie, 29 novembre 2012. [consulté le 01/10/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/

(38) HAS, 2005 : Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, 2005. [consulté le 12/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/

(39) CNEG, 2000b : Collège National des Enseignants en Gériatrie : corpus de gériatrie, tome 1, édition 2000. 2m2 Edition Et Communication/ISBN : 2-909710-12. Chapitre 11 – Polypathologie et médicaments, iatropathologie, p121.

(40) ORSMIP, 2008 : « analyse des rapports d'activité en EHPAD en haute Garonne », Georges Fahet, chargé d'études à l'ORSMIP (Observatoire Régional de Santé Midi-Pyrénées), Janvier 2010.

(41) CNEGa, 2010 : Collège National des Enseignants en Gériatrie. Abrégé (modules transversaux) : Vieillissement (2nd édition) Paris, édition Masson 2010. Item 64 Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. [consulté le 29/10/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.seformeralageriatrie.org

(42) Santé.gouv.fr, 2014 : L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, 22 avril 2014. [consulté le 18/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.social-sante.gouv.fr/

(43) Brocas et al., 2011 : l'évolution de l'APA de 2002 à 2009. N°780, octobre 2011. [consulté le 30/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.drees.sante.gouv.fr/

(44) DREES, 2012 : Evolution du nombre de bénéficiaire de l'APA entre 2002 et fin 2011. [consulté le 30/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.drees.sante.gouv.fr/

(45) Santé.gouv.fr, 2007 : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2007 : Alzheimer, le maintien à domicile, actualisé en octobre 2007. [consulté le 31/09/2014]. Disponible à l'adresse : www.sante.gouv.fr

(46) DREES, 2014 : L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Publié le 3 juin 2014. [consulté le 20/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.drees.sante.gouv.fr/

(47) IRDES, 2014 : Institut de recherche et documentation en économie de la santé : Le financement de la dépendance des personnes âgées en France, mise à jour : Mars 2014. [consulté le 28/09/14]. Disponible à l'adresse : http://www.irdes.fr/

(48) Service-public.fr, 2014 : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : EHPAD : droits et démarches. [consulté le 2/10/2014]. Disponible à l'adresse : http://vosdroits.service-public.fr/

(49) FNRG, 2007 : Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques : rapport d'activité 2007, les réseaux de Santé personnes âgées ou comment créer les conditions d'un maintien à domicile en partenariat avec la MAS : mutualité sociale agricole. [consulté le 16/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.reseaux-gerontologiques.fr/

(50) HAS, 2014b : « Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ». [consulté le 30/10/214]. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/

(51) HAS, 2014 : Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA, date de validation : Mars 2014. [consulté le 14/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/

(52) Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014 : Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA. [consulté le 19/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.securite-sociale.fr/

(53) Rodrıguez et al., 2012 : Searching for an operational definition of frailty: A delphi method based consensus statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 68: 62–67.

(54) Ahmed et al., 2007: Frailty : an emerging geriatric syndrome. Am J Med 2007; 120(9): 748-53.

(55) Fried et al., 2001 : Frailty in older adults : evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: M146-56.

(56) Rockwood et al., 2005 : A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. Aug 30, 2005, 173(5): 489–495.

(57) Cesari et al., 2014 : a self-reported screening tool for detecting community-dwelling older persons with frailty syndrom in the absence of mobility disability : the FiND questionnaire.

(58) Cesari, 2011a : The multidimentionality of frailty : many faces of one single dice. J Nutr Health Aging. 2011; 15:663-664.

(59) Campbell et al., 1997 : Unstable disability and the fluctuations of frailty, Age and ageing 1997; 26 : 315-318.

(60) Subra et al., 2012 : Letter to editor : Gait speed : a new “vital sign” for older persons in primary care (2012).

(61) Houles et al., 2010 : La vitesse de marche comme critère de fragilité chez la personne âgée vivant au domicile. Les cahiers de l'année gérontologique : March 2010, Volume 2, Issue 1, pp 13-23.

(62) Cesari, 2011b : Role of Gait Speed in the Assessment of Older Patients. JAMA-2011.

(63) Rockwood et al. 2011: Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. Clin Geriatr Med. 2011 Feb.

(64) Subra et al., 2012 : Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l’expérience du Gérontopôle à travers la plateforme d’évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. Cah. Année gérontol. DOI 1.1007/s12612-012-0303-9.

(65) Cesari et al., 2013 : The frailty phenotype and the frailty index : different instruments for different purposes. Age Ageing 2014; 43: 10-2.

(66) Ricour et al., 2014 : Dépister la fragilité : un bénéfice pour le patient et pour le soignant. Rev Med Liège 2014.

(67) Monteserin et al., 2010 : effectiveness of a geriatric intervention in primary care : a randomized clinical trial. Fam Pract. 2010 Jun; 27(3):239-45.

(68) Binder et al., 2002 : Effects of Exercise Training on Frailty in Community-Dwelling Older Adults : Results of a Randomized, Controlled Trial. J Am Geriatr Soc. 2002 Dec;50(12) : 1921-8.

(69) Collard et al., 2012 : Prevalence of frailty in community-dwelling older person : systematic review. J Am Geriatr Soc. 2012 Aug;60(8):1487-92. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04054.

(70) Sirven, 2013 : Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE. [consulté le 02/10/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.irdes.fr/

(71) Vellas et al., 2013 : Looking for frailty in community-dwelling older persons : the Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST). J Nutr Health Aging. 2013 Jul; 17(7):629-31. Doi: 10.1007/s12603-013-0363-6.

(72) Demougeot et al., 2013 : frailty detection with the gerontopole frailty screening tool (GFST). The Journal of Frailty and Ageing, vol 2 Number 3, 2013.

(73) Buschke et al. 1999 : Screening for dementia with the memory impairment screen. Neurology 1999; 52: 231–8.

(74) Folstein et al., 1975 : « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-198.

(75) Morris, 1997 : Clinical dementia rating : a reliable and valid diagnostic and staging measure for dementia of the Alzheimer type. Int Psychogeriatr Suppl 1997; 1:173-176; discussion 177-178.

(76) Katz et al, 1963 : Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl : A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 1963; 185: 914-919.

(77) Lawton et Brody, 1969 : Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-186.

(78) Guigoz et Vellas, 1999 : The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients : presentation of the MNA, history and validation. Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Program 1999; 1: 3-11; discussion 11-12.

(79) Sheikh et Yesavage, 1986 : Geriatric Depression Scale : recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986; 5: 165-72.

(80) Sindhusake et al., 2001 : Validation of self-reported hearing loss. The Blue Mountains Hearing Study. Int JEpidemiol 2001; 30: 1371-1378.

(81) O'Connell et al., 2006: Development of screening and assessment tools for continence management in residential aged care. An Australian Government Initiative. Deakin University 2006. [consulté le 25/09/2014]. Disponible à l'adresse: http://www.bladderbowel.gov.

(82) Chalmers et al. , 2005 : The oral health assessment tool validity and reliability. Aust Dent J 2005; 50: 191-9.

(83) Barry et al. 1992 : « The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association », J Urol 1992; 148: 1549-1557.

(84) Tavassoli et al., 2014 : description of 1,108 older patients referred by their physician to the "geriatric frailty clinic (GFC) for assessment of frailty and prevention of disability" at the gerontopole. the journal of nutrition, health & aging©.

(85) Stuck et al., 1993 : Comprehensive geriatric assessment : a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993;342:1032-1036.

(86) HAS, 2013 : Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [consulté le 02/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/

(87) Ensrud et al., 2009 : A comparison of frailty indexes for the prediction of falls, disability, fractures, and mortality in older men. J Am Geriatr Soc. 2009 Mar.

(88) Morley et al., 2012 : A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. J Nutr Health Aging 2012; 16:601-608.

(89) Lopez et al., 2012 : Validation of the FRAIL Scale in a Cohort of Older Australian Women. Journal of the American Geriatrics Society. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03746.

(90) Morley MB et al., 2013 : Frailty consensus : a call to action. JMDA 14(2013) 302-307.

(91) Newman et al., 2006: Association of long-distance corridor walk performance with mortality, cardiovascular disease, mobility limitation, and disability. JAMA 295: 2018–2026.

(92) L'agora, le journal du conseil des seniors de Toulouse, N°13 printemps 2013. Page 6 et 7 (interview du Professeur Vellas).

(93) Le magazine d'informations de la ville de Toulouse, N°34, Eté 2014. [consulté le 30/08/2017]. Disponible à l'adresse : http://www.toulouse.fr/

(94) INSEE, 2011 : Populations légales 2011. [consulté le 15/09/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/

(95) INSEE, 2006 : Données de recensement. [consulté le 18/10/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/

(96) Lilian et al. 2012: Measurement Properties of the Groningen Frailty Indicator in Home-Dwelling and Institutionalized Elderly People. JAMDA 13 (2012) 546e551

Lexique:

ADDFMS : aliments destinés à des fins médicales spéciales
ADL : Activities of Daily Living
AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
APA : Allocation personnalisée d'Autonomie
AVS : Auxiliaire de Vie Sociale
BDZ : Benzodiazépines
CFS : Clinical Frailty Scale
CGA : Comprehensive Geriatric Assessment
CHS : Cardiovascular Health Study
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNO : Complément nutritionnel oral
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CSHA: Canadian Study of Health and Ageing
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FI : Frailty Index
FIND : Frail Non-Disabled
FRAIL : Fatigue, Resistance, Aerobic, Illness and loss of Weight
GFI : Goningen Frailty Index
GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tools
HAS : Haute Autorité de Santé
HDJ : Hôpital De Jour
HID : Handicap-Incapacité-Dépendance
IADL : Instrumental Activities of Daily Living
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IU : incontinence urinaire

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer

ORSMIP : Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées

PA : personne(s) âgée(s)

PAERPA : Personnes Agées en risque de perte d’autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé

SOF : Study of Osteoporotic Fractures

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

Annexes:

Annexe 1 :

FSPF
FEDERATION DES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES DE FRANCE
Maison des pharmaciens. 13, rue Ballu. 75311 Paris Cedex 09 Tél. : 01 44 53 19 25 – Fax : 01 44 53 21 75 - E. mail : administration@fspf.fr

CIRCULAIRE-PRESIDENTS 2013-246

7 octobre 2013

(PhG/PhD) PF/DR

PAERPA

Présentation de l'expérimentation et sensibilisation des régions concernées

Cher Président,

Veuillez trouver, ci-joint, une présentation sommaire de l'expérimentation sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA).

Cette circulaire s'adresse plus particulièrement aux départements situés dans les régions expérimentatrices, les autres départements en étant destinataires pour information.

Les départements concernés depuis juin 2013 et ceux qui le seront en janvier 2014 sont les suivants : l'Indre-et-Loire, la Meurthe-et-Moselle, Paris, les Hautes-Pyrénées, la Mayenne, la Gironde, la Corrèze et le Nord.

Ce document reprend les principaux points du dispositif, à savoir :

- le PPS : plan personnalisé de santé ;
- le financement prévu pour les expérimentations ;
- les régions et secteurs qui vont débuter cette expérimentation ;
- le public concerné (patients âgés de plus de 75 ans avec difficultés sociales et/ou médicales).

Nous attirons particulièrement l'attention des présidents des régions concernées par les expérimentations pour qu'ils se mobilisent afin d'être informés par les ARS de l'avancée des travaux préparatoires aux expérimentations.

L'ARS dont la région est sélectionnée par la ministre des Affaires sociales et de la Santé négocie avec les organismes locaux d'assurance maladie, les unions régionales de professionnels de santé (URPS), les établissements de santé et médico-sociaux, et le conseil général la convention de mise en œuvre des expérimentations. Les ARS ont l'obligation de respecter le cahier des charges national qui prévoit que, dans le triptyque de base du PAERPA, le pharmacien d'officine est un élément indispensable.

Les pharmaciens peuvent intervenir au niveau du PPS suivant les besoins des patients (observance, PDA, entretiens pharmaceutiques, matériel, etc.) et en fonction des décisions prises entre professionnels de santé dans l'établissement de ce PPS. C'est pourquoi il est essentiel de nous y impliquer.

Le pharmacien d'officine peut aussi intervenir dans un programme d'éducation thérapeutique en fonction des besoins du patient. Ces programmes sont prévus pour pouvoir se dérouler à proximité des patients inclus dans le programme PAERPA. Une partie du programme peut tout à fait se réaliser dans l'officine.

Des financements sont prévus : l'organisation des versements n'est toutefois pas encore stabilisée. Cependant, il est important que nous soyons actifs dès le début des expérimentations dans les régions concernées pour affirmer la place des pharmaciens dans les parcours de soins des patients.

Nous vous invitons à contacter les ARS si celles-ci ne vous ont pas tenu informé du programme PAERPA et que vous relevez des 5 premiers territoires qui vont débuter les expérimentations.

De plus amples détails seront communiqués lors de la commission « Exercice professionnel » du 9 octobre 2013, mais il nous paraissait important de vous fournir ces éléments d'information le plus rapidement possible pour que vous puissiez prendre contact avec votre ARS via les URPS.

Recevez, Cher Président, l'expression de mes salutations confraternelles les meilleures.

Philippe GAERTNER
Président

P.J. : diaporama relatif à l'expérimentation sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA).

Annexe 2 :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

La Ministre des affaires sociales et de la santé

La Ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie

PARIS, LE - 5 SEP. 2012

Monsieur le Professeur,

Le gérontopôle de Toulouse a été missionné à trois reprises par les ministres en charge de la santé et des personnes âgées pour mener des travaux de recherche et des actions de prévention dans le domaine du vieillissement. La qualité des travaux du gérontopôle est reconnue y compris au plan international comme en témoignent ses nombreuses publications. Avec le vieillissement, se développent les fragilités et les pathologies chroniques à l'origine du déclin fonctionnel physique, cognitif et sensoriel. Ces déficits fonctionnels réduisent les capacités d'autonomie des personnes âgées et peuvent conduire peu à peu à la dépendance. C'est pourquoi nous souhaitons que le gérontopôle poursuive, au cours des prochaines années, ses travaux de recherche autour du vieillissement, afin de contribuer à la mise à disposition de données susceptibles d'orienter les politiques publiques des prochaines années.

Il est ainsi essentiel que le gérontopôle fasse des propositions issues de ses recherches au comité national de coordination de la politique de prévention de la perte d'autonomie sur le repérage et les modalités de prise en charge des personnes âgées fragiles. Le ciblage d'une action à destination des populations âgées fragiles représente en effet un défi au service d'une politique résolument orientée vers la prévention et soutenue par des interventions ciblées sur les populations à risque.

.../...

Monsieur Bruno VELLAS
Chef du service – Gériatrie – Maladie d'Alzheimer
Gérontologie clinique et médecine interne – Pôle Gériatrie
Casselardit – Pavillon J-P Junot
170, avenue de Casselardit- TSA 10031
31059 TOULOUSE cedex 9

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00
http://www.social-sante.gouv.fr/

Dans cette perspective, il est demandé au gérontopôle de poursuivre ses recherches cliniques sur quatre thèmes :

- Le **repérage des personnes fragiles** en population générale grâce à l'élaboration d''outils simples pour les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées : médecins généralistes, professionnels des soins et de l'aide à domicile, équipes mobiles gériatriques.

- Les **conditions d'évaluation et de traitement des fragilités** liées à l'avancée en âge ; cette recherche devra comprendre une dimension médico-économique afin d'évaluer les modifications induites dans le parcours de soins des personnes. Les plateformes de prévention de la fragilité pourront être utilement mobilisées à cette fin.

- La **modélisation de programmes de préservation de l'autonomie des personnes de plus de 65 ans** à partir des résultats des études pilotes – programmes de prévention multi-domaines (prise en charge nutritionnelle, activité physique, stimulation sociale et cognitive). Dans ce cadre, pourraient être aussi recherchés, organisés et évalués les moyens d'un suivi adapté (y compris technologique) au domicile des personnes âgées fragiles dans des territoires pilotes.

- Enfin, la mesure de la **dépendance iatrogène induite** par des prises en charge inappropriées à l'hôpital ou en EHPAD est un élément essentiel de la qualité des prises en charges. Les recherches menées par le gérontopôle devront tendre vers la définition d'outils appropriés.

Par ailleurs nous portons un grand intérêt aux travaux de recherche fondamentale et translationnelle sur les mécanismes biologiques du vieillissement, des fragilités et la maladie d'Alzheimer, qu'il convient de poursuivre.

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous tenir régulièrement informées de l'avancée de ces travaux.

Nous tenons à vous remercier pour votre implication sur ces sujets essentiels pour les personnes âgées. Les recherches menées par le gérontopôle ouvrent de nouvelles perspectives de maintien de l'autonomie des personnes âgées, qui contribueront à améliorer leur qualité de vie.

Bien à vous,

Marisol TOURAINE

Michèle DELAUNAY

Annexe 3 :

La perte d'autonomie n'est pas une fatalité.
Vous pouvez agir !
Parlez-en à votre médecin traitant, vous évaluerez ensemble la possibilité de bénéficier d'un bilan de santé personnalisé, réalisé par une équipe de professionnels spécialisés.
Vieillir en bonne santé...
C'est possible !
Informations pratiques
Rendez-vous sur le site :
www.ensembleprevenonsladependance.fr
Évaluation des fragilités et prévention de la dépendance
MUTUALITÉ FRANÇAISE
HAUTE-GARONNE
Equipe Territoriale Vieillissement Et Prévention de la Dépendance
ars
GÉRONTOPÔLE

À partir de 65 ans, 40% de personnes présentent des signes de fragilité qui peuvent entraîner la dépendance. Pour autant, ces fragilités sont réversibles ; il existe des solutions pour améliorer ou maintenir sa qualité de vie.

Suis-je concerné ?

Vous avez 65 ans ou plus, et au cours de ces derniers mois :

	Oui	Non
> Vous avez perdu du **poids** involontairement ?	☐	☐
> Vous vous sentez plus **fatigué** ?	☐	☐
> Vous avez plus de difficultés pour vous **déplacer** ?	☐	☐
> Vous vous plaignez de votre **mémoire** ?	☐	☐
> Vous **marchez** moins vite ?	☐	☐

Si vous répondez « oui » à au moins une de ces questions :

Parlez-en à votre médecin traitant !

Vous êtes peut-être concerné.

Évaluation des fragilités et prévention de la dépendance

Comment ça marche ?

Un bilan de santé complet : mémoire, nutrition, activité physique, équilibre, vision, audition, autonomie... est réalisé pour identifier les facteurs favorisant les fragilités.

Des recommandations personnalisées vous sont proposées à l'issue de ce bilan pour préserver concrètement vos capacités d'autonomie.

Un suivi adapté est mis en place en lien avec votre médecin traitant.

À qui m'adresser ?

Votre médecin traitant peut vous prescrire ce bilan de santé et vous adresser à la structure locale qui le réalise.

RESUME en français :

La dépendance, état irréversible, est à l'origine d'une baisse de la qualité de vie de nos ainés et représente une lourde charge économique pour notre système de santé. La fragilité, considérée comme un stade anticipé de la dépendance, est un état réversible. Tous les professionnels de santé doivent se mobiliser pour prévenir la dépendance en repérant les personnes âgées fragiles. Nous nous sommes intéressés aux pharmaciens en menant une étude de repérage de la fragilité au comptoir, à l'aide de l'outil FiND (Frail non-disabled). Nos résultats montrent que le repérage par le pharmacien est faisable dans l'exercice de sa profession, la population d'intérêt est présente dans les pharmacies et ouverte au sujet. Par conséquent, le pharmacien à sa place dans le processus de repérage de la personne âgée fragile.

Titre et Résumé en Anglais :

Place of the pharmacist in the screening of frailty in older people: application of the FiND (Frail Non-Disabled) tool on the counter.

Disability, a non-reversible state, is responsible for elderly people's loss in their quality of life and entails heavy costs for our health system. Frailty, regarded as an early stage of disability, is a reversible state. All health professionals must mobilize to prevent disability by screening the most fragile among elderly people. We focused our attention on pharmacists, carrying out a survey of frailty screening in pharmacies, with FIND instrument (Frail non-disabled). Our results show that it can be achieved by pharmacists while working, the people who are concerned are there, at the chemists', and open to that topic. Therefore, pharmacists have their place in the process of frailty screening.

DISCIPLINE administrative : PHARMACIE

MOTS-CLES : vieillissement, personnes âgées, fragilité, repérage, dépendance, prévention, enquête, Tarn, pharmacien d'officine

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Faculté des sciences pharmaceutiques
35 chemin des Maraîchers
31062 TOULOUSE Cedex

Directeurs de thèse : Dr. Mateo CESARI, Dr. Laurent DEMOUGEOT