



CONTRIBUTION GRAND ÂGE, PERTE D'AUTONOMIE

ANEMF, ANEP, ANEPF, ANESF, FNEK, FNEO, FNESI, FNSIP-BM, ISNAR-IMG, UNAAE, UNECD



CONTACTS PRESSE

grand.age.autonomie.fedesante@gmail.com

Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France (ANEPF) :

Marine COUVE - VP Perspectives Professionnelles

perspectives.profession@anepf.org

06 40 21 00 68

Julie NAPIERALSKI - Attachée de presse

presse@anepf.org

Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie (FNEK) :

Guillaume ROUSSON - VP Développement Scientifique et Professionnel

perspectives.pro@fnek.fr

06 81 07 23 21

Corentin GENIN - Attaché de presse

presse@fnek.fr

AUTRES CONTACTS

Association Nationale des Étudiants en Psychomotricité (ANEP) :

Alma LELIEVRE - Secrétaire

anepasso@gmail.com

06 19 56 29 46

Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF) :

Roxane HELLANDSJÖ-PROST – Présidente

roxane.hellandsjo-prost@anemf.org

06 50 38 64 94

Romain LEVESY - 1^{er} VP chargé des relations publiques

romain.levesy@anemf.org

Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes (ANESF) :

Cassandra OUAB - Attaché de presse

presse@anesf.com

06 41 67 84 26

Fédération Nationale des Étudiants en Orthophonie (FNEO) :

Juliette HULINE - VP Perspectives Professionnelles

perspectivespro.fneo@gmail.com

07 63 64 01 11

Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers (FNESI) :

Dimitri ALLEMAND - VP Perspectives Professionnelles

perspectives.pro@fnesi.org

07 70 35 27 45

Vincent OPITZ - VP en charge des Relations Presse

presse@fnesi.org

Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie et en Biologie Médicale (FNSIP-BM) :

Aurélien TRUFFOT - Co-présidente Biologie Médicale

Lucas DENIS - Co-président Pharmacie et IPR

president@fnsip.fr

InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) :

Morgan CAILLAULT - Président

president@isnar-img.com

06 14 97 65 25

Union Nationale des Associations des Étudiants en Ergothérapie (UNAEE) :

Camille GUERIN - VP Mobilité Internationale

vp-international@unaee.org

06 52 16 59 19

Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD) :

Jules ROSE - VP Actualité Professionnelle

professionnel@unecd.com

07 81 56 71 57

Anaëlle LEPRÊTRE - Secrétaire Générale

secetaire@unecd.com

Les fédérations représentatives des étudiants en santé apportent leur contribution aux travaux sur le grand âge et l'autonomie

La dépendance, la perte d'autonomie ou encore l'attractivité des métiers du Grand âge sont autant de thématiques qui méritent réflexions et concertations. En mars et octobre 2019, Dominique Libault et Myriam El Khomri ont rendu leurs rapports présentant plusieurs propositions afin de répondre au défi du vieillissement de la population, et de **l'importance d'agir rapidement**. Plus d'un an après la publication de ces rapports, malgré l'impact majeur qu'a eu la crise sanitaire et maintenant sociale du coronavirus sur les personnes âgées, il est malheureux que **les réflexions autour du grand âge ne se soient toujours pas concrétisées en actes**.

Forts de ces constats, nous avons réfléchi ensemble à ces sujets avec l'objectif de combler le manque actuel de propositions et de faire évoluer les professions que nous exercerons. Après plusieurs mois de concertations, notre groupe de travail a convergé vers un **consensus composé de 33 propositions**. Celles-ci sont pour la majorité d'entre elles des initiatives pouvant être généralisables à de très nombreuses professions et études de santé, dans l'objectif d'une **évolution commune de nos métiers**.

Cette contribution pluridisciplinaire présente un ensemble de propositions s'intéressant particulièrement à la **formation des professionnels de santé** mais mettant également l'accent sur la **prévention du patient âgé**. D'autre part, nous avons souligné **l'évolution que nous souhaitons pour l'exercice de nos métiers**, avec une insistance particulière pour **l'accélération des coopérations interprofessionnelles**.

Ensemble, nous avons la volonté de repenser le système de santé pour qu'il prenne en charge de manière plus optimale la dépendance, par une approche décloisonnée du parcours de soin. Une conviction que la crise sanitaire n'a fait que renforcer. Ensemble, nous souhaitons voir évoluer la prise en charge des personnes âgées et dépendantes, par un véritable accompagnement sécurisé et coordonné.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	6
Améliorer la formation des professionnels de santé	7
Qualité de la formation en santé auprès de la personne âgée	7
Améliorer et augmenter l'offre de stages.....	7
Améliorer la qualité des stages et des formations.....	7
Favoriser la prise en charge à domicile dans les stages ambulatoires.....	8
Promouvoir la formation de la prise en charge centrée sur l'expérience patient.....	8
Nouvelles méthodes pédagogiques au sein de nos formations	9
Mise en place de séminaires interprofessionnels sur la thématique de la gériatrie.....	9
Déploiement d'innovations pédagogiques en formation initiale de type serious games.....	9
Recherche	10
Favoriser la recherche concernant les dispositifs de prédiction de la chute chez les personnes âgées.....	10
Augmenter l'inclusion du patient âgé dans les études cliniques.....	10
Servicesanitaire	10
Intégrer au service sanitaire des actions de prévention pour les personnes en perte d'autonomie et/ou dépendantes.....	10
Accentuer la prévention auprès du patient âgé	11
Généraliser le déploiement de l'Activité Physique Adaptée (APA) pour les personnes en perte d'autonomie par son remboursement.....	11
Ouvrir pour la mise en place et la promotion des Bilans Partagés de Médication (BPM).....	12
Accélérer le déploiement de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).....	12
Utiliser le numérique comme levier de promotion de la prévention chez les seniors..	13
Favoriser le dépistage précoce des pathologies chroniques.....	13
Prévenir les conséquences du vieillissement au sein de la cavité buccale.....	14
Démocratisation des actions de prévention des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) à destination des métiers du grand âge dans le but de diminuer la sinistralité.	14
Faire évoluer l'exercice de nos métiers	15
Prévention des chutes	15
Promouvoir la prévention des chutes à domicile ou en structure, une urgence sanitaire.....	15
Promouvoir la prévention de l'incontinence urinaire, un des facteurs principaux de la perte d'autonomie et du placement en structure de la personne âgée.....	16
Lien ville-Hôpital	16
Garantir la sécurité du patient en systématisant la conciliation médicamenteuse....	17
Le numérique au service du lien ville-hôpital.....	17
Prise en charge à domicile	17
Favoriser une prise en charge rapide au domicile du patient à la suite d'une hospitalisation par la création d'un Forfait de Retour à Domicile de la personne âgée.....	17

Améliorer la compensation financière de l'activité des professionnels de santé au domicile des personnes en perte d'autonomie en modifiant le financement des actes et le forfait de déplacement.....	18
Favoriser la prise en charge globale à domicile des personnes âgées.....	19
Valorisation de l'exercice des professionnels de santé.....	19
Développer et valoriser les activités occupationnelles et de bien-être.....	19
Promouvoir la déclaration d'opinions pharmaceutiques.....	20
Agir contre la précarité à l'accès prothétique de qualité en améliorant le remboursement de ces actes pour les personnes âgées.....	21
Nouveaux modes de collaboration interprofessionnelle pour une meilleure prise en charge du patient	18
Favoriser le dépistage de la fragilité chez tout individu dès l'âge de 55-60 ans.....	21
Systématiser l'évaluation de l'état nutritionnel du patient âgé.....	22
Donner l'accès aux données biologiques afin de permettre d'être réactif face au traitement.....	22
Valoriser le rendu de résultats par le biologiste médical.....	22
Adopter une approche pluridisciplinaire dans l'adaptation de la forme galénique.....	23
Développer de nouvelles compétences en lien avec la coordination du parcours des personnes en perte d'autonomie.....	23
Approche multidisciplinaire dans la revue des traitements médicamenteux.....	23
Conclusion.....	24

INTRODUCTION

En 2070, on estime la population âgée de 75 ans ou plus, deux fois plus nombreuse¹ qu'elle ne l'était en 2013. L'accompagnement du grand âge est une préoccupation actuelle dont les étudiants en santé se saisissent. Notre système de santé, tel qu'il opère aujourd'hui, ne pourra pas prendre en charge la dépendance de façon optimale : une restructuration apparaît donc nécessaire.

De ce fait, il paraît primordial d'avoir une vision prospective de la situation. Il faut dès à présent réfléchir à la manière d'améliorer la prise en charge physique et cognitive de ces patients, afin de limiter les hospitalisations évitables et surtout, d'anticiper la demande, avant que cela ne devienne un problème de santé publique majeur.

Par ailleurs, selon le Baromètre santé ODOXA² « la prise en charge du vieillissement constitue une préoccupation importante voire prioritaire pour 90% des français » et « en cas de perte d'autonomie, les français veulent rester à domicile ». Ces constats nous suggèrent donc d'axer nos propositions vers une prise en charge repensée et coordonnée, qu'elle se déroule en ambulatoire, à domicile ou en ville.

Ces préoccupations font l'objet de concertations dans le monde entier, avec notamment un programme³ de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) axé sur la prévention de la dépendance, ayant pour objectif de diminuer de 15 millions le nombre de personnes dépendantes dans le monde d'ici 2023, en maintenant la capacité fonctionnelle permettant le bien-être à un âge avancé.

Chaque professionnel de santé a sa place et son rôle à jouer dans la prise en charge de la perte d'autonomie et de la dépendance des séniors. Actuellement, notre système de santé n'est pas optimisé pour cette population et nécessite donc une restructuration.

Par cette contribution, nous formulons différentes propositions réfléchies par les étudiants et internes en filière de santé, relatives au futur projet de loi sur la prise en charge de l'autonomie et du grand-âge.

AMÉLIORER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

QUALITÉ DE LA FORMATION EN SANTÉ AUPRÈS DE LA PERSONNE ÂGÉE

Améliorer et augmenter l'offre de stages

La réforme d'entrée dans les études de santé apporte de nombreux changements organisationnels. En effet, afin de pouvoir absorber au mieux la hausse des effectifs d'étudiants en premier cycle des études médicales, **de nouveaux terrains de stages** devront être ouverts.

L'offre de stage actuellement proposée aux étudiants de deuxième cycle reste très focalisée sur les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et ne va que très rarement au-delà de ces frontières. Pour autant, la majeure partie des personnes âgées, dépendantes ou non, est prise en charge en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou à domicile. Il serait donc pertinent de **diversifier l'offre de stage** pour les **étudiants en santé**, afin qu'ils puissent se former dans un **environnement représentatif de la prise en charge de ces patients**. L'ouverture de terrains de stage dans des EHPAD et dans des **Unités de Soins Longue Durée (USLD)** peuvent être des pistes pour atteindre cet objectif.

L'offre de stage doit également être améliorée à travers la **démocratisation de la maîtrise de stage universitaire** chez les médecins oeuvrant auprès des personnes âgées. Les **EHPAD et USLD** peuvent notamment être les futurs lieux privilégiés de sensibilisation des jeunes générations de soignants aux problématiques du grand âge et de la dépendance.

Le **développement de stages interprofessionnels en gériatrie** permettrait également une meilleure **sensibilisation** des futurs praticiens de santé aux particularités de l'exercice, en étant au contact direct des personnes en perte d'autonomie et d'indépendance. Il serait intéressant de développer ces stages à la fois en **structure hospitalière**, mais également avec les **équipes mobiles ambulatoires**.

Améliorer la qualité des stages et des formations

De nombreux stages en gériatrie sont proposés aux étudiants en santé, mais leur **qualité** n'est cependant pas à la hauteur des attentes de professionnalisation de ces stages. Un **encadrement optimisé** est nécessaire dans l'apprentissage des étudiants, notamment pour les étudiants en soins infirmiers dans l'exercice des soins de nursing.

Un travail doit être effectué sur la **revalorisation de la formation** des personnels exerçant au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, et en EHPAD, qui doivent justifier de diplôme minimal ou d'expérience afin de **sécuriser** au maximum leurs interventions.

Favoriser la prise en charge à domicile dans les stages ambulatoires

L'offre de stage en matière de **santé de la personne âgée** doit être améliorée, sur des stages de suivi de patients **en ambulatoire et à domicile**.

Il serait intéressant de mettre en place une **Formation Spécialisée Transversale (FST)** dédiée à la **médecine polyvalente**. Ces formations, qui peuvent s'ajouter à la formation des médecins généralistes notamment, permettent d'acquérir de **nouvelles compétences** et de colorer le parcours des futurs généralistes.

Actuellement, les services de médecine polyvalente semblent majoritairement gérés par des médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier, ainsi que par des médecins internistes. Ces services, selon les données fournies par des représentants de la médecine polyvalente, prennent en charge en grande partie des patients âgés. **La polypathologie**, de par sa complexité et sa spécificité de prise en charge, requiert des connaissances et des compétences particulières, comprises dans le spectre du vaste éventail des compétences du médecin généraliste. Aussi, de par son **approche globale du patient**, la médecine générale est tout à fait légitime, au même titre que d'autres spécialités (comme la médecine interne, par exemple) pour s'occuper de patients relevant de la médecine polyvalente.

Bien conscients des particularités de ces prises en charge hospitalières et de ces différences avec l'exercice de la médecine générale de ville, il nous semble cohérent de **faire reconnaître les spécificités et expertises** des médecins exerçant en service de médecine polyvalente, comme c'est déjà le cas pour les autres spécialités. La création d'une **FST de médecine polyvalente** est aujourd'hui une nécessité, dans le but d'ouvrir une formation ciblée, adaptée aux compétences requises dans ce domaine précis. De plus cette FST offrirait une **voie reconnue pour les internes de médecine générale** souhaitant exercer en **milieu hospitalier**, ou souhaitant s'orienter vers un **exercice mixte**, partagé entre la ville et l'hôpital.

Promouvoir la formation de la prise en charge centrée sur l'expérience patient

Dans l'optique d'une préparation et d'une sensibilisation préalable de tout étudiant en filière de santé aux problématiques du grand âge et de la dépendance, **le développement d'enseignements** à ce sujet émerge comme un nouveau but auquel il nous faut tous concourir. Nous devons compter sur la collaboration avec **les patients experts, les aidants et les professionnels des domaines concernés**, qui ne sont aujourd'hui pas forcément inclus dans les enseignements universitaires, notamment du premier cycle.

Cette collaboration doit avoir lieu tout au long de la **formation initiale et continue**, et particulièrement lors des formations pratiques. De ce fait, il est nécessaire d'**inscrire dans les cursus de formation** de toutes les études de santé, sans distinction, de **réels enseignements théoriques et pratiques**, réalisés en collaboration avec des **patients** et des **aidants**. Dans ce contexte, la prise en charge du grand âge apparaît comme l'un des domaines nécessitant prioritairement la poursuite de ce changement de paradigme.

Mise en place de séminaires interprofessionnels sur la thématique de la gériatrie

L'acquisition de **compétences interprofessionnelles** est primordiale dans la prise en charge de la personne âgée. La mise en place de **séminaires pluridisciplinaires** est un outil que les étudiants souhaiteraient voir développer dans les facultés et les instituts de formation, afin d'être formés à la **prise en charge coordonnée d'un patient âgé**, et sur **l'intérêt de la communication** avec l'ensemble des professionnels de santé.

De même, ces séminaires permettraient de favoriser **l'apprentissage** des étudiants sur **l'enseignement des compétences des autres professionnels de santé** médicaux et paramédicaux. Une meilleure connaissance du rôle et des compétences de chacun aura pour impact une **meilleure prise en charge du patient**.

Au cours de ces séminaires, il pourrait également être imaginé des mises en situation autour du vécu sensoriel et sensitif des personnes âgées au travers de kits de simulation vieillesse (lunettes simulant une DMLA, attelles mimant/simulant une raideur articulaire, etc), dans l'objectif de prendre conscience de l'altération de certaines fonctions dues au vieillissement.

Déploiement d'innovations pédagogiques en formation initiale de type *serious games*

La **simulation** montre un intérêt majeur dans la professionnalisation, en axant **l'apprentissage** sur la **sécurisation des soins** et la **qualité de la prise en charge**⁴. Cette méthode innovante d'enseignement est un excellent outil pour apprendre à travailler sur des cas concrets, tout en respectant le principe du **"jamais la première fois sur le patient"**. Le bénéfice de cet outil réside également dans le fait que l'étudiant est observé et évalué par ses **pairs**, dans l'objectif d'émettre une **évaluation bienveillante et constructive**.

Il serait intéressant de développer dans les facultés et instituts des **serious games**, comme ce qui a été développé par exemple à la Faculté de Pharmacie de Lille. Le **"Domicile des erreurs"**⁵ met en situation l'étudiant au sein d'une pièce d'un domicile qui a été simulée avec la mise en place d'un scénario, et dans laquelle sont placées des erreurs pharmacologiques, de médication, pouvant entraîner des intoxications, que l'étudiant doit identifier et pour lesquelles il doit proposer des actions correctives.

D'autres **initiatives** de ce type existent dans certains **centres de pédagogie en santé**, comme au SimUSanté à Amiens, avec la reproduction de domiciles de patients de manière physique mais également de façon virtuelle. On retrouve également au sein de la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg, la **salle de simulation clinique et radiologique**⁶, véritable innovation pédagogique où l'on peut s'exercer sur une **situation clinique spécifique** grâce à un mannequin interactif : un outil contemporain pour s'habituer à la prise en charge des personnes âgées.

Favoriser la recherche concernant les dispositifs de prédiction de la chute chez les personnes âgées

Conjointement au plan français sur l'intelligence artificielle et au futur projet de loi sur le grand âge, une intention particulière doit être donnée à la recherche sur la **prédiction et la détection des chutes** chez les personnes en perte d'autonomie.

Des solutions existent déjà, tandis que d'autres sont encore entre les mains des chercheurs. En repérant des signaux de fragilité grâce à des capteurs et l'utilisation des données des patients, des **modèles prédictifs** basés sur des intelligences artificielles peuvent permettre dès à présent de "diagnostiquer de façon précoce des chutes"⁷. Il est nécessaire de **renforcer la recherche française** dans ce domaine.

Augmenter l'inclusion du patient âgé dans les études cliniques ^{8,9}

Aujourd'hui encore, la tendance est d'extrapoler les résultats obtenus lors des études cliniques pour la population adulte plus jeune vers la population âgée. Cela conduit à un manque de données sur les bénéfices et les risques de traitements mais également à une sous estimation des effets indésirables. Il est primordial de donner les moyens à la recherche pour **inclure les patients âgés dans les études cliniques et pour l'utilisation de modèles "in silico"**, afin de garantir l'**efficacité** et la **sécurité** d'emploi des médicaments, mais également pour **faciliter le transfert d'innovations thérapeutiques** pour cette population.

Intégrer au service sanitaire des actions de prévention pour les personnes en perte d'autonomie et/ou dépendantes

Le service sanitaire mobilise des milliers d'étudiants en santé chaque année et permet de diffuser efficacement des **actions de prévention**. Il apparaît donc nécessaire d'inclure la priorité nationale que représente la **prévention de la perte d'autonomie** dans le service sanitaire afin de participer au "changement de regard sur la personne âgée" comme préconisé dans le rapport Libault¹⁰.

Le contact renforcé avec le grand âge au sein du service sanitaire, pendant sa réalisation ou pendant les enseignements nécessaires à sa préparation, permettra également de **faire évoluer la représentation des futurs soignants**.

Des initiatives étudiantes de prévention existent également, comme celle créée par la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (FNEK), "**Bouge Ton EHPAD**", offrant la possibilité aux étudiants de se rendre dans les EHPAD pour proposer des activités aux seniors et renouer du lien social, permettant notamment de lutter contre l'isolement des personnes âgées. Le projet "**Gardez le Sourire**" de l'Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD)¹¹ sensibilise environ 6 000 étudiants par an sur l'hygiène bucco-dentaire depuis sa création en 2014. Il serait judicieux de l'intégrer au service sanitaire afin d'étendre son champ d'action vers une population âgée et donc de multiplier les actions de prévention au sein de celle-ci.

Généraliser le déploiement de l'Activité Physique Adaptée (APA) pour les personnes en perte d'autonomie par son remboursement

Les domaines d'action de l'activité physique adaptée sont très vastes, avec le développement de nombreuses actions, mais souvent de manière isolée. Cette hétérogénéité de l'offre associée au **manque d'interdisciplinarité** limite l'efficacité de ces dispositifs. Depuis le 30 décembre 2016, les médecins ont la possibilité de prescrire de l'APA dans le cadre d'une Affection Longue Durée (ALD). Chez les personnes âgées, les ALD sont très souvent à l'origine d'incapacités et de déclin pouvant conduire le patient à un état de **fragilité** et **d'isolement**.

Les rôles de l'APA sont multiples : **l'entretien et l'amélioration des capacités motrices**, la **prévention du risque de chute**, l'intégration du **patient** en favorisant les relations avec son **environnement**, etc. Afin de faciliter la prise en soins de la personne âgée, il apparaît primordial de **sensibiliser les professionnels de santé** et les citoyens à cette pratique afin d'en développer son utilisation.

Aujourd'hui, la prescription d'une APA à un patient en ALD ne donne pas lieu à un remboursement, ni même à une cotation d'acte pouvant ultérieurement être remboursé. La charge financière représentée par ces séances repose donc sur les patients, ce qui est une source d'inégalités, en particulier pour les patients qui n'ont pas la chance d'habiter dans l'une des quelques collectivités territoriales ayant décidé de prendre en charge ces séances d'APA.

Il nous apparaît donc opportun que le gouvernement réfléchisse au **remboursement de l'Activité Physique Adaptée**.

De plus, il pourrait être intéressant que les professionnels de santé puissent réaliser des séances d'**Activité Physique Adaptée (APA)**, après avoir réalisé un bilan, sans avoir besoin d'une prescription de la part du médecin traitant, afin de faciliter son déploiement.

Oeuvrer pour la mise en place et la promotion des Bilans Partagés de Médication (BPM)

Les objectifs bénéfiques des Bilans Partagés de Médication pour les personnes âgées résident dans **l'amélioration de l'adhésion** et de **l'observance thérapeutique**, la **réduction des risques iatrogènes** et des **mésusages**, mais également dans la **prévention des complications éventuelles** des pathologies du sujet âgé. Afin de valoriser ces BPM et d'améliorer la pertinence de la prise en charge des patients, il est essentiel que les professionnels de santé puissent avoir **accès à l'analyse et aux recommandations émanant des Bilans Partagés de Médication** (suivi thérapeutique pharmacologique, antibiothérapies ciblées etc.).

Il est important que l'ensemble des **professionnels de santé** soit sensibilisé à l'existence de ce dispositif, pour en faire le relais et la promotion auprès des patients éligibles. Afin de garantir à tous l'accessibilité à ce service, il serait intéressant que la réalisation du BPM puisse avoir lieu **au domicile** du patient, et également de les réaliser **à distance** par un système de **télésoins**.

En appui au pharmacien, le **préparateur en pharmacie** doit avoir une **place centrale** dans la **sélection** des patients éligibles aux BPM. Le **numérique** doit être mis à profit du recrutement des patients, grâce à des algorithmes utilisant et croisant les données médicales pertinentes, afin d'établir des listes de patients pour qui le BPM pourrait être bénéfique.

De plus, des **modules inclus dans le bouquet de services numériques** devraient pouvoir faciliter l'accompagnement personnalisé du patient par le pharmacien, en apportant une **aide logistique** dans la réalisation de ces derniers.

Accélérer le déploiement de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

Il est indispensable de **mieux valoriser l'ETP**, afin d'encourager son déploiement. Cet outil permet au patient de mieux comprendre les intérêts et le fonctionnement des thérapeutiques mises en place, afin **d'augmenter l'observance et l'adhésion**. L'objectif est également **d'améliorer la qualité de vie du patient** ainsi que **celle de son entourage**.

L'ETP peut aussi être utilisée pour effectuer de la réadaptation de la personne âgée par exemple en apprenant à celle-ci à se servir de **nouvelles aides techniques** permettant ainsi de démocratiser leurs utilisations (commande vocale, repères visuels, ustensiles de cuisine adaptés, brosse à dent électrique, etc.). Les aides techniques jouent un **rôle important dans le maintien à domicile** des personnes âgées.

L'enseignement à l'ETP nécessite une généralisation dans la **formation initiale** pour l'ensemble des étudiants en santé. Ces enseignements doivent garantir la possibilité de participer aux programmes d'ETP validés par les ARS. Il serait pertinent de réaliser ces enseignements théoriques et pratiques en interprofessionnalité.

Un **modèle de financement adéquat** doit être repensé, afin d'augmenter son déploiement en ville, mais également pour favoriser la coordination entre les équipes hospitalières et les équipes mobiles.

Utiliser le numérique comme levier de promotion de la prévention chez les seniors

Le **Dossier Médical Partagé**, est un outil pertinent, permettant notamment de **favoriser la collaboration** entre les professionnels de santé, afin d'améliorer la prise en charge du patient. A l'heure où le secteur de la santé se digitalise, il est nécessaire d'accélérer son **développement**.

Alors qu'en France métropolitaine, on note 3,9 millions de proches aidants¹² déclarés par une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile, il pourrait être envisagé de donner un accès régulé aux **aidants** pour le Dossier Médical Partagé du senior.

Le numérique doit favoriser la **mission de prévention** des professionnels de santé, et doit permettre d'effectuer une **prévention ciblée** auprès des patients âgés. Il pourrait être envisagé par exemple de mettre à disposition des professionnels de santé des **outils de prévention en ligne**¹³.

Grâce à l'intelligence artificielle, ces outils pourraient être proposés aux professionnels de santé en fonction d'une analyse des différentes pathologies et facteurs de risque du patient, puis disponibles par la suite en version patient sur l'**Espace Numérique de Santé**.

Le **développement du numérique en santé**, en particulier des outils de mise en relation et des sites d'informations certifiées à destination des patients, devrait permettre à de nombreux patients de **s'autonomiser** en leur donnant l'opportunité de **s'impliquer davantage dans leur parcours de soins**. Cependant, l'**accessibilité** aux outils numériques de santé est un **frein** dans certains territoires qui doit être levé, afin de donner les moyens à l'ensemble des professionnels de santé mais également à l'ensemble de la population de pouvoir y avoir accès. En effet, l'**inhabilité numérique** dans le domaine de la santé est majoritairement représentée dans le grand âge, il est donc essentiel de prendre en compte ce facteur lors de la création et de l'adaptation des outils de la santé numérique.

Favoriser le dépistage précoce des pathologies chroniques

Le biologiste médical a un rôle fondamental à jouer dans le **dépistage primaire des maladies chroniques**. Par l'arrivée des **nouveaux scores de risques** dans l'insuffisance rénale chronique, les maladies cardiovasculaires ou encore le diabète, il semble évident que l'aspect **post-analytique**, incluant une **interprétation ciblée des examens** et des **entretiens biologiques**, pour le suivi et le dépistage des pathologies affectant les personnes âgées, **soit valorisé et pris en charge par le système de soin**. De ce fait, de nombreuses complications telles que l'athérosclérose, les neuropathies/troubles visuels du diabétique et hospitalisation pourraient être évitées et permettre de retarder une perte d'autonomie.

Prévenir les conséquences du vieillissement au sein de la cavité buccale

Physiologiquement, la structure osseuse permettant le maintien des dents sur l'arcade va diminuer : plus le patient est âgé et plus l'édentement sera étendu. Ces pertes dentaires successives vont avoir différentes conséquences sur le sujet âgé. La mastication fonctionnelle est impérative pour la suite des étapes de la digestion et donc pour la **nutrition** du patient. Un défaut fonctionnel peut donc engendrer une **dénutrition** et des **troubles digestifs**. En plus d'une diminution de l'esthétique du sourire sans éléments prothétiques adaptés, le manque d'une ou plusieurs dents engendre un **trouble de la phonation** rendant les interactions sociales plus complexes et **discriminatoires**. Souvent associée à des comorbidités, on retrouve une modification quantitative et qualitative de la salive, qui joue un rôle important dans l'équilibre du milieu buccal et de la prévention des caries. On trouve également des maladies systémiques en lien étroit avec la qualité de l'hygiène bucco-dentaire comme le diabète¹⁴ par exemple. Il est donc primordial de prévenir de tous ces risques par l'enseignement à l'**hygiène bucco-dentaire** du patient. Chaque professionnel de santé doit être en mesure de fournir une explication claire au patient vis-à-vis du maintien de l'hygiène bucco-dentaire et de l'importance de **remplacer chaque dent perdue** pour pérenniser l'apport nutritionnel et la qualité des interactions sociales du patient. La perte des dents est perçue par les patients comme une mutilation, aussi bien physique que psychique. L'image renvoyée est celle de la vieillesse et du corps qui se dégrade. Prendre soin de nos aînés, c'est aussi accorder une attention majeure à l'état psychologique, et l'intégrité bucco-dentaire permet une alimentation variée et saine, primordiale pour leur santé morale.

Démocratisation des actions de prévention des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) à destination des métiers du grand âge dans le but de diminuer la sinistralité

Dans le cadre du rapport¹⁵ El Khomri, différentes propositions ont été émises afin de **lutter contre la sinistralité et améliorer la qualité de vie au travail**. Les principales causes d'invalidité chez le personnel d'aide à la personne sont les maladies névrotiques et les troubles ostéoarticulaires.

Il est important que des mesures soient mises en place à destination des métiers du grand âge, dans **la conception et la conduite de démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage des TMS**.

Il serait cohérent d'inclure les **kinésithérapeutes-préventeurs** et les **formateurs en prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP)**, aux futures mesures de **prévention** et de **démocratiser leurs actions**, en tenant compte du nombre important de soignants à former et de l'urgence que cette situation représente, auprès d'un public présentant des facteurs de risques de développer des TMS. Cependant, cette urgence ne doit pas nous interdire de remettre en question les actions de prévention réalisées actuellement, en particulier les formations basées sur la modification des gestes et des postures qui ont scientifiquement démontrées leurs limites depuis plusieurs années¹⁶.

FAIRE ÉVOLUER L'EXERCICE DE NOS MÉTIERS

PRÉVENTION DES CHUTES

Promouvoir la prévention des chutes à domicile ou en structure, une urgence sanitaire

Chaque année, environ 30% des personnes âgées de plus de 65 ans et 50% des plus de 80 ans chutent¹⁷. La chute du sujet âgé est liée à une **réduction du réflexe de posture** survenant au cours du vieillissement, mais aussi à une **diminution des capacités neuro-sensorielles**. 25% des motifs de recours aux urgences des personnes âgées sont de la traumatologie, ce qui en fait le premier motif de recours aux urgences des personnes âgées. Il s'agit d'un problème de santé publique et économique majeur qui est voué à croître rapidement.

A travers les dispositifs de **Maintien à Domicile (MAD)**, les professionnels de santé doivent **optimiser la prise en charge du patient, sa qualité de vie à domicile, ses capacités cognitives** ainsi que **l'adaptation de son environnement physique**, afin d'éviter sa prise en charge en structure pouvant entraîner une modification du rythme de vie du patient.

Les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes doivent agir en **prévention de la récurrence**, dans leur rôle de **rééducation, de réadaptation** et **d'aide** pour la reprise de confiance de la personne âgée après ce traumatisme. Il est aussi à rappeler que **l'alerte précoce des infirmiers** auprès de l'équipe de rééducation est le premier maillon de la **chaîne de prévention**.

Cependant, **la prévention avant la chute** ne doit pas non plus être négligée. L'INSERM le préconise¹⁸, "les interventions [...] reposant sur la pratique d'exercices physiques sont efficaces pour réduire le nombre de chutes et le nombre de chuteurs chez les personnes vivant à domicile".

Alors que le rapport Libault¹⁹ met en avant comme priorité le "**renforcement de la prévention**", il apparaît maintenant nécessaire de miser sur le rôle essentiel de la **prévention des chutes**, qui a déjà fait ses preuves²⁰, avec un impact positif sur la **réduction du taux de chute** (- 32%) et sur le **risque de chuter** (-22%).

Cependant, ces actes de prévention, généralement réalisés en dehors de toute prise en charge conventionnée, doivent être **démocratisés** grâce à la création d'un **parcours spécifique** afin que ce type de prise en charge soit réalisé par un très grand nombre de professionnels de santé sur tout le territoire français, au domicile ou en structure.

Promouvoir la prévention de l'incontinence urinaire, un des facteurs principaux de la perte d'autonomie et du placement en structure de la personne âgée

L'incontinence joue un rôle important dans la **santé physique et mentale** de la personne âgée, se traduisant par un cap difficile à accepter : la perte d'une certaine forme d'autonomie. La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge jusqu'à atteindre 74%²¹ pour les femmes de plus de 75 ans et 40%²² pour les hommes de 70 à 79 ans. Il faut également noter que **6% des institutionnalisations sont dues à l'incontinence urinaire**²³, elle-même présente chez 43 à 72% des femmes vivant en institution²⁴.

Les personnes âgées en institution avec une incontinence urinaire ont souvent une santé mentale fragile et une force physique inférieure, un handicap plus grand, une faible estime de leur état de santé et plus de symptômes dépressifs²⁵. De plus, ces fuites urinaires sont à l'origine de problèmes d'hygiène, d'isolement et de restriction des activités sociales, elles sont souvent un sujet tabou.

Pourtant, l'incontinence urinaire n'est pas – et ne doit pas être – une fatalité ni un scénario noir puisqu'il existe aujourd'hui des solutions adaptées et efficaces.

Toutes les recommandations²⁶ sont en accord sur l'utilité d'une **prise en charge rééducative**, quel que soit l'âge, et sur l'utilisation de la **rééducation périnéale**, en première intention, chez la personne âgée, avec une efficacité qui n'est plus à démontrer.

Il nous apparaît donc pertinent, d'après cette analyse, de **valoriser ce type de rééducation** réalisée par les kinésithérapeutes et les sages-femmes. Enfin, pour améliorer la prévention de la perte d'autonomie, il est nécessaire de réfléchir à la **valorisation financière** d'une prise en charge préventive de la perte d'autonomie liée à l'incontinence urinaire.

LIEN VILLE-HÔPITAL

Garantir la sécurité du patient en systématisant la conciliation médicamenteuse

Il est essentiel de **promouvoir le lien ville-hôpital** et de **sécuriser la prise en charge** du patient en **interceptant les erreurs médicamenteuses**²⁷ dues aux défauts de transmission d'informations entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier. La conciliation médicamenteuse doit être **systématisée** pour l'ensemble des patients. Elle consiste à **formaliser au moment de l'admission** du patient une liste complète et exacte des médicaments pris par le patient à son domicile incluant le nom, le dosage, la posologie, la forme galénique et la voie d'administration ; puis faire de même **au moment de sa sortie** en explicitant les différences entre l'ordonnance d'entrée et d'hospitalisation et de sortie, afin de garantir la continuité du traitement médicamenteux.

Le numérique au service du lien ville-hôpital

Le compte-rendu de la conciliation doit permettre de transférer les informations de l'hôpital vers la ville et de la ville vers l'hôpital, de manière sécurisée par le biais de la dématérialisation de la **lettre pharmaceutique de liaison**²⁸, garantissant la **sécurité** et la **qualité** de la prise en charge du patient lors de sa sortie. Ces informations doivent permettre à tous les professionnels de santé de comprendre les évolutions thérapeutiques du patient au cours de son séjour.

Pour ce faire, il est indispensable que l'ensemble des professionnels de santé, que ce soit en établissements de santé, ou en libéral, aient accès au **Dossier Pharmaceutique** et au **Dossier Médical Partagé** du patient.

Il est important de sensibiliser l'ensemble des acteurs du système de soin aux **enjeux de l'interopérabilité** afin que la **connexion entre les différents systèmes** puisse être profitable à chaque niveau de la prise en charge du patient : au sein des structures hospitalières, des structures de villes ou encore dans les établissements médico-sociaux.

Les hospitalisations étant fréquentes chez le sujet âgé, le lien ville-hôpital se doit d'être fort. Il est urgent d'avoir un **échange de données efficace, facilité et sécurisé** entre les différentes étapes du parcours de soins, grâce à une liaison efficace entre les différents Systèmes Informatiques (SI).

PRISE EN CHARGE À DOMICILE

Favoriser une prise en charge rapide au domicile du patient à la suite d'une hospitalisation par la création d'un Forfait de Retour à Domicile de la personne âgée

Afin de décharger du temps médical au médecin généraliste, les compétences des professionnels de santé au contact permanent avec les patients à domicile doivent être valorisées. Comme le souligne le rapport Libault²⁹, les **sorties d'hospitalisation** des personnes âgées en perte d'autonomie "sont des **moments à risque** qui devraient bénéficier d'une attention toute particulière". Et pourtant, il existe plus de 15%³⁰ de réhospitalisation à 30 jours (RH30) des personnes âgées de plus de 65 ans. La **fluidité** et la **continuité du parcours de soins** des personnes âgées en sortie d'hospitalisation doit être repensée et améliorée. Les forfaits d'accompagnement du retour à domicile post-chirurgie orthopédique et post-AVC (FAD et FRD) incitent aujourd'hui les kinésithérapeutes à prendre en charge plus rapidement les patients à leur domicile après une chirurgie orthopédique ou après un AVC.

Dans la continuité de ces mesures, nous sommes convaincus que la mise en place d'une **incitation financière** similaire pour la **prise en charge rapide des personnes âgées** en sortie d'hospitalisation améliorerait l'attractivité de la prise en charge de ces patients au moment où ils sont le plus fragiles. Ce forfait de retour à domicile des personnes âgées (FRDPA) pourrait être envisagé pour les kinésithérapeutes, les infirmiers et les ergothérapeutes afin de proposer à ces patients une prise en charge globale.

Améliorer la compensation financière de l'activité des professionnels de santé au domicile des personnes en perte d'autonomie en modifiant le financement des actes et le forfait de déplacement

La population âgée étant grandissante, il est essentiel de s'assurer que les patients pris en charge à **domicile** puissent bénéficier de **prestations équivalentes** à celles proposées en **structure**. Ainsi, un travail doit être effectué sur l'**attractivité financière** des professionnels de santé exerçant au domicile des sujets âgés. La prise en charge à domicile peut présenter pour le professionnel des contraintes supplémentaires avec une organisation des rendez-vous plus complexe, un cadre et un confort de travail moins attractifs, une perte de temps sur le trajet aboutissant à une baisse de chiffre d'affaires, etc. Le **modèle de financement** doit être repensé, de même que le **forfait d'indemnisation des déplacements**.

Pour les kinésithérapeutes, l'acte de « **Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée** », correspondant à l'acte de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) « AMK 6 », est majoritairement prescrit pour des patients ne pouvant pas se déplacer dans un cabinet.

Factuellement, malgré la création d'une **indemnité forfaitaire de déplacement** spécifique pour le maintien de l'autonomie de la personne âgée d'un montant de 4€ (contre 2,5€ avant l'Avenant 6), la prise en charge d'un patient possédant une prescription « AMK 6 » représente une rémunération de 16,90€, soit une rémunération supérieure de 0,77€ par rapport à l'acte avec la rémunération la plus basse réalisée en cabinet (16,13€ pour un AMS 7,5).

Une réelle dynamique doit être insufflée, afin de favoriser la prise en charge kinésithérapique au domicile des patients en perte d'autonomie. Cette dynamique passe par une **revalorisation financière** de la prise en charge kinésithérapique de la personne âgée et nous proposons donc deux axes d'amélioration :

Le **retrait de l'AMK 6**, peu rémunérateur comparé à un exercice en cabinet. Cette décision participerait activement à améliorer l'attractivité de l'exercice à domicile auprès des plus âgés.

La **mise en place d'une indemnité forfaitaire de déplacement unique** d'une valeur de 4€, faisant passer l'acte kinésithérapique dédié à la personne âgée de « Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé » (AMK 8,3), à une valeur de 21,85€, soit une rémunération supérieure de 5,72€ par rapport à l'acte avec la rémunération la plus basse réalisée en cabinet (16,13€ pour un AMS 7,5).

Favoriser la prise en charge globale à domicile des personnes âgées

Dans la continuité de la prise en charge à domicile des personnes âgées par les médecins, les infirmiers et kinésithérapeutes, et afin d'assurer des soins les plus pertinents possibles, il nous semble essentiel d'envisager un **élargissement du remboursement actuel** pour d'autres professions de santé.

Premièrement, dans des circonstances prédéfinies, une **prise en charge médico-pharmaceutique à domicile** doit être prévue, avec la création d'un **acte de visite pharmaceutique**, prescrit par le médecin, et réalisé par l'équipe officinale dans laquelle évolue le **pharmacien correspondant** du patient. Cette visite serait l'occasion pour le pharmacien de réaliser un **Bilan Partagé de Médication**, ou encore d'**évaluer** sur demande du médecin la **situation du patient**, avec formulation de propositions dans un objectif de **simplification des traitements, d'amélioration de l'observance** et de **réduction de la iatrogénie**.

De même, les **thérapies non médicamenteuses** proposées par les ergothérapeutes, les orthophonistes et les psychomotriciens, qui ont fait leurs preuves en institution, permettent d'**améliorer** significativement l'**indépendance** et l'**autonomie** des personnes âgées, de **prévenir la dégradation de leurs capacités physiques et cognitives, favorisant** donc leur **maintien à domicile**. De plus, la HAS a reconnu leurs efficacités sur la **diminution des troubles du comportement**³¹ et la prise en charge de la douleur. La mise en place de prestations à domicile mais surtout la prise en charge de celles-ci par la sécurité sociale permettrait donc d'améliorer la prise en soin de la personne âgée.

VALORISATION DE L'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Développer et valoriser les activités occupationnelles et de bien-être

Dans un objectif de **lutte contre la perte d'autonomie, la dépression et l'isolement**, il est nécessaire de réfléchir à une **valorisation du temps** que passent les professionnels de santé pour les **activités occupationnelles** des personnes âgées en institution (jeux de sociétés, cuisine, musicothérapie, etc.). Ces animations et activités permettent notamment de recueillir des informations indispensables pour les soignants. Concernant les personnels en structure, du temps devrait être consacré pour cela. Une **cotation des actes** pour les professionnels libéraux permettrait de les développer, ainsi que d'ouvrir cette pratique au plus grand nombre. En effet, il serait intéressant d'étendre ces pratiques en dehors des structures, notamment **au domicile** de la personne âgée, en proposant la mise en place d'**équipes mobiles grand âge**. Le **remboursement des interventions** par l'assurance maladie pourrait également être envisagé dans l'esprit de l'accompagnement réalisé par les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)³².

Ces activités, déjà réalisées par certaines professions, pourront ainsi évoluer vers un travail d'**équipe pluridisciplinaire** cadrant les objectifs de ce temps d'échange dans l'**observation, le bien-être** et la **réhabilitation** de la personne âgée. C'est également grâce à ces activités que le professionnel de santé pourra détecter des **situations de détresse sociale** et de **dépression** de la personne âgée.

Promouvoir la déclaration d'opinions pharmaceutiques^{33,34}

L'opinion pharmaceutique fait état d'une **recommandation efficiente**, visant à alerter, modifier, interrompre, ou suggérer d'entreprendre un traitement. Il s'agit d'un **avis motivé du pharmacien** à destination du prescripteur, spécifique pour un patient, faisant suite à une analyse pharmaceutique, et portant sur un traitement ou un ensemble de traitements prescrits. L'opinion peut être rédigée suite à une prescription du mauvais dosage (non justifiée, ou sans prise en compte de la pharmacocinétique liée à l'âge), un oubli de prescription, une prescription d'un médicament sans indication justifiée, une interaction médicamenteuse dangereuse etc.

A l'image de ce qui est réalisé au Québec depuis plusieurs années, il pourrait être envisagé de faire de l'opinion pharmaceutique un **acte remboursable**. Des outils de déclaration informatique de l'opinion pharmaceutique, présents sur le bouquet de services numériques, devraient permettre au pharmacien de pouvoir en informer rapidement le prescripteur.

La valorisation de l'opinion pharmaceutique peut également avoir pour objectif d'assurer une **traçabilité de l'adaptation du traitement**, qui est une mission du "**pharmacien correspondant**", de conserver en mémoire le **témoignage de l'acte effectué** afin d'alimenter le suivi du patient, d'**apporter une lisibilité sur l'acte** en montrant le **cheminement de la réflexion**. En effet, la rétention d'informations pertinentes par le dispensateur ne va pas dans l'intérêt du patient.

Agir contre la précarité à l'accès prothétique de qualité en améliorant le remboursement de ces actes pour les personnes âgées

Aujourd'hui, le remplacement des dents manquantes impose aux patients un investissement conséquent pour des thérapeutiques prothétiques. Qu'elles soient fixes ou amovibles, ces solutions de traitement sont très préconisées notamment pour les catégories d'âge les plus élevées où l'on constate des édentements plus nombreux et étendus. La mise en place du "100% Santé" qui garantit un reste à charge nul sur certaines options thérapeutiques est certes un pas en avant dans l'accès au soin mais n'offre pas assez le choix d'un traitement de qualité qui réponde aux dernières données acquises de la science. Les personnes âgées doivent disposer d'une chance de voir leurs édentements comblés par des **solutions thérapeutiques de premier choix** sans que celles-ci alourdissent leur précarité.

NOUVEAUX MODES DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Favoriser le dépistage de la fragilité chez tout individu dès l'âge de 55-60 ans

Selon l'OMS, vieillir en bonne santé ne se limite pas à l'absence de maladie mais implique aussi le "développement et le maintien des aptitudes fonctionnelles qui permettront aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être". L'objectif est de prévenir les **facteurs de fragilité**.

La recommandation de l'OMS³⁵ est : "que chez tout individu, dès l'âge de 55-60 ans, soit dépisté un état de fragilité". Cependant, cet objectif doit nécessairement être **pluridisciplinaire** du fait de l'augmentation constante du nombre de citoyens de cette tranche d'âge.

La continuité de ce dépistage est de supprimer, ou tout au moins, d'**atténuer les situations** et les **facteurs de l'environnement** renforçant cette fragilité.

Les 5 capacités intrinsèques impactées par l'émergence de la fragilité sont la **mobilité**, la **vitalité**, la **capacité neurosensorielle**, le **bien-être psycho-social**, la **cognition** et la **locomotion**.

L'ensemble des professionnels de santé doivent être sensibilisés aux **premiers signes de fragilité**.

Pour favoriser la réalisation du dépistage de la fragilité, il apparaît nécessaire de promouvoir et de valoriser sa **réalisation en accès direct** par un grand nombre de professionnels de santé qualifiés. Dans la continuité de ce que réalisent les médecins généralistes ; les kinésithérapeutes, les infirmiers, les psychomotriciens, les orthophonistes, les pharmaciens, les ergothérapeutes, les chirurgiens-dentistes, acteurs de prévention, peuvent intervenir directement auprès des personnes âgées dans le cadre du **dépistage de la fragilité**. Une réorientation vers le médecin généraliste doit être mise en place, lorsqu'une capacité intrinsèque décline ou fait défaut.

Systematiser l'évaluation de l'état nutritionnel du patient âgé

Dans le cadre d'un **parcours coordonné**, le professionnel de santé ayant repéré un déséquilibre alimentaire (dénutrition, obésité...) pourrait, sur la base d'un **protocole de coopération** validé, évaluer les besoins du patient et l'accompagner dans les modifications du régime hygiéno-diététique en accord avec les recommandations du Plan National Nutrition Santé (PNNS). L'information et la communication avec les autres acteurs (médecins traitants, infirmiers, associations de patients...) serait ainsi formalisée. Chaque professionnel de santé doit être en capacité de déceler un défaut de mastication, première étape de la digestion. Il est également important de pouvoir signifier au patient un défaut dans son hygiène bucco-dentaire pour que ce dernier la corrige et maintienne une denture stable et fonctionnelle.

Donner l'accès aux données biologiques afin de permettre d'être réactif face au traitement

Les **changements physiologiques** des sujets âgés de plus de 65 ans, l'**altération de fonctions organiques**, l'**arrêt ou la reprise** de certains **traitements**, opèrent des variations sur les paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques d'un médicament, et nécessitent la plupart du temps un **ajustement posologique**, afin d'éviter des phénomènes de toxicité ou au contraire une inefficacité thérapeutique.

Afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients et dans un souci de **réactivité**, une **collaboration** doit s'inscrire entre le biologiste médical, l'infirmier, le pharmacien d'officine et le médecin généraliste.

Dans le cadre de **protocoles**, et en fonction des **cibles thérapeutiques définies**, l'accès aux données biologiques permettrait au biologiste médical, à l'infirmier et au pharmacien d'officine de pouvoir **ajuster la posologie** du traitement, en regard du **dosage de certains marqueurs biologiques**, tels que la clairance rénale, le dosage des folates, du calcium, de la kaliémie ainsi que de la natrémie et des INR.

De plus, le biologiste médical, pourrait être en mesure de réaliser des **interprétations personnalisées du bilan biologique**, mais également d'ajouter si besoin des **analyses complémentaires**. Le prescripteur doit cependant en être informé, afin d'accélérer le processus de prise en charge et ainsi optimiser les chances du patient.

Valoriser le rendu de résultats par le biologiste médical

L'entretien biologique a pour objectif de permettre au patient de **mieux comprendre ses résultats**, de lui **apporter des conseils** ainsi que de le **réorienter** au besoin, en fonction des résultats, vers un professionnel de santé spécialisé. Cependant il est nécessaire de **réglementer** et de mieux **formaliser** cet entretien biologique, afin qu'il fasse partie intégrante du parcours de soins, permettant d'**améliorer le suivi de la pathologie chronique du patient**. Cet entretien doit inclure le suivi thérapeutique pharmacologique, le suivi des pathologies chroniques (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque) et le rappel des mesures préventives.

Adopter une approche pluridisciplinaire dans l'adaptation de la forme galénique

Dans certaines situations cliniques, comme la **dysphagie** qui est fréquente chez la personne âgée, l'**intervention coordonnée** de différents acteurs, devrait permettre de **personnaliser, sécuriser et faciliter l'administration des thérapeutiques**. Cette approche doit être renforcée en **ville** comme à **l'hôpital**, avec l'obligation d'en informer le prescripteur, afin d'accélérer le processus de prise en charge du patient. En fonction des thérapeutiques, des formes galéniques de substitution doivent être cadrées afin que le choix reste **adapté**. L'infirmier sur conseil du pharmacien, doit pouvoir avoir la possibilité de **modifier la forme galénique** sur l'ordonnance originale dans le but de faciliter l'observance. De plus, si le patient est pris en charge par un orthophoniste précisant la dysphagie, le pharmacien hospitalier ou officinal doit être en mesure de proposer une adaptation de forme pharmaceutique en fonction de l'inefficacité et de la toxicité.

Développer de nouvelles compétences en lien avec la coordination du parcours des personnes en perte d'autonomie

La prise en charge des personnes en perte d'autonomie connaît aujourd'hui un changement de paradigme majeur et la coordination du parcours de soins de ces patients fait l'objet d'une attention toute particulière de par l'**aspect central** de ce poste. Depuis 2005, tous les EHPAD se voient dans l'obligation d'avoir un médecin coordonnateur au sein de la structure. Cependant, selon le rapport parlementaire de mission sur les EHPAD³⁶, un tiers des EHPAD en seraient actuellement dépourvus, ce qui correspondrait à des milliers de patients ne bénéficiant pas d'un suivi correct de leur parcours de soins.

Afin de **pallier le manque de médecins coordonnateurs** dans ces structures, il serait intéressant de pouvoir **déléguer cette mission, sous le contrôle d'un médecin**, à d'autres professionnels de santé : infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, pharmaciens etc., pour assumer des fonctions de coordination dans les EHPAD déficitaires. Il est important de **renforcer le lien entre l'exercice libéral et les structures médico-sociales** au bénéfice des patients.

Comme pour les médecins, la formation des autres professionnels de santé destinée à la fonction de coordonnateur pourrait prendre la forme d'un diplôme délivré au cours de la formation continue des praticiens, pour que tous aient la **même qualité de formation**.

Approche multidisciplinaire dans la revue des traitements médicamenteux³⁷

La population âgée est particulièrement exposée au **risque iatrogène**, dû à l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques corrélée à l'âge du patient. La polyopathie, de même que les modifications physiologiques, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge, rendent la prise en charge médicamenteuse complexe. De plus, le coût humain et économique de la iatrogénie est très élevé. Trois types de **Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées** (PMI) peuvent être retrouvés : la surprescription, la prescription erronée ou encore la sous-prescription.

Il est nécessaire de contribuer à une **pharmaco-thérapie adéquate et rationnelle**, en assurant la **qualité et la sécurité des prescriptions** des patients âgés. Pour cela, des **équipes pluridisciplinaires** composées a minima d'un gériatre et d'un pharmacien devraient se réunir régulièrement afin d'identifier les PMI, afin d'évaluer les traitements en fonction des objectifs thérapeutiques et de proposer si nécessaire des optimisations thérapeutiques.

Des outils structurés existent, comme l'outil **STOPP/START**, permettant de réfléchir sur la pertinence des traitements en fonction des comorbidités du patient. Une étude menée dans le cadre de la gériatrie de liaison à la Clinique universitaire Saint Luc à Bruxelles, utilisant l'outil STOPP/START a montré que son utilisation permettait de doubler l'arrêt des PMI lors du retour à domicile du patient après hospitalisation, et qu'une bonne partie des modifications était maintenue³⁸. Ces outils ne doivent cependant en aucun cas se substituer au jugement clinique et aux connaissances des professionnels de santé, mais doivent permettre d'aider à déterminer les traitements les plus appropriés au patient.

CONCLUSION

Les étudiants en formation de santé, soucieux de l'avenir de leurs professions, se veulent être des **acteurs de prévention** autant que des **acteurs de soin**. De ce fait, nos propositions ont pour objectif de **valoriser l'exercice des professionnels de santé actuels et prochains** ainsi que de **développer de nouveaux modes de collaboration pluridisciplinaire, afin d'anticiper** les besoins de demain. La confiance accrue qu'ont les patients pour leur médecin généraliste, n'empêche pas leur approbation pour le développement des pratiques avancées pour les autres professions médicales et paramédicales³⁹.

Pour compléter, les étudiants en santé souhaitent que soient engagées de véritables réflexions concernant la perte d'autonomie liée au handicap. En effet, il est nécessaire d'envisager les mesures à venir de lutte contre la perte d'autonomie, non pas seulement au regard de l'avancée en âge mais aussi en lien avec les situations de handicap. Les fédérations d'étudiants en santé resteront donc alertes afin qu'un travail soit entrepris au plus vite sur ce sujet.

SOURCES

- 1 : Blanpain, Nathalie, et Guillemette Buisson. « Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 ». Insee première, 3 novembre 2016. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>.
- 2 : ODOXA. « Baromètre santé 360 : La prise en charge du vieillissement en France ». 18 novembre 2019. <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-prise-charge-grand-age-de-dependance/>.
- 3 : Organisation Mondiale de la Santé. « Vieillir en bonne santé: stratégie et plan d'action de l'OMS », s. d. <https://www.who.int/ageing/global-strategy/fr/>.
- 4 : Jaffrelot, Morgan, et Thierry Pelaccia. « La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants » 82 (2016): 108.
- 5 : Faculté de pharmacie de Lille. « Officine pédagogique », s. d. <http://pharmacie.univ-lille.fr/innovations-pedagogiques/officine-pedagogique.html>.
- 6 : Maradan, Isabelle. « Chirurgie dentaire : accueil de patients fantômes à l'université de Strasbourg ». 25/09/18, s.d. https://www.lemonde.fr/campus/article/2018/09/25/chirurgie-dentaire-accueil-de-patients-fantomes-a-l-universite-de-strasbourg_5359749_4401467.html.
- 7 : Piau, A, et N Mattek. « When will my patient fall? Sensor-based in-home walking speed identifies future falls in older adults. » 16/05/19, The Journals of Gerontology, s. d.
- 8 : « Personnes âgées et médicaments ». Académie nationale de Pharmacie, juin 2005. https://www.acadpharm.org/dos_public/Agees.pdf.
- 9 : « Evolution des inclusions de patients âgés de 75 ans et plus dans un essai clinique ». Institut national du cancer, s. d. <https://lesdonnees.e-cancer.fr/Fiches-Indicateurs/Prise-en-charge/ONCOG/Evolution-des-inclusions-de-patients-ages-de-75-ans-et-plus-dans-un-essai-clinique#graphique>.
- 10 : Libault, Dominique. « Concertation grand âge et autonomie ». Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf.
- 11 : UNECD. « Gardez le sourire », s. d. <https://www.unecd.com/innovationsociale/gardez-le-sourire/>.
- 12 : Ministère des Solidarités et de la Santé. « Les enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors », s. d. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care>.
- 13 : UFSBD. « Oralien, une innovation en santé orale au profit des personnes vulnérables », s. d. <https://www.ufsbd.fr/espace-public/formations-medico-social/oralien-innovation-sante-orale-profit-personnes-vulnerables/>.
- 14 : Sanz, M, et A Ceriello. « Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. » 03/2018, s. d.

15 : El Khomri, Myriam. « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 10/19. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf.

16 : Sowah, D, et R Boyko. « Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. » 09/2018, s. d.

17 : « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier ». Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, mars 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>.

18 : « Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées ». INSERM, 2015. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>.

19 : Libault, Dominique. « Concertation grand âge et autonomie ». Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf.

20 : « Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées ». INSERM, 2015. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>.

21 : Sampsel, Carolyn M. « Prevention of urinary incontinence in adults: population-based strategies », décembre 2004.

22 : Giles, G. « Sexual factors and prostate cancer ». 23/07/2003, s. d.

23 : Morrison, A, et R Levy. « Fraction of nursing home admissions attributable to urinary incontinence. », s. d.

24 : N Erdem FC. Chu Management of overactive bladder and urge urinary incontinence in the elderly patient. Am J Med 2006

25 : Tang, D. H., Colayco, D. C., Khalaf, K. M., Piercy, J., Patel, V., Globe, D., & Ginsberg, D. (2014). Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. BJU International, 113(3), 484-491.

26 : G. Amarenco et al., « Recommandations concernant l'incontinence urinaire de la personne âgée : construction et validation de l'algorithme décisionnel GRAPPPA », Progrès en Urologie, vol. 24, n° 4, p. 215-221, mars 2014

27 : « Observance des traitements médicamenteux en France ». Académie nationale de Pharmacie, décembre 2015.

28 : « Observance des traitements médicamenteux en France ». Académie nationale de Pharmacie, décembre 2015.

29 : Libault, Dominique. « Concertation grand âge et autonomie ». Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf.

30 : Scan Santé. « Taux de réhospitalisation à 30 jours », s. d. https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2018&niv_geo=REG_FRA&indic=rh30.

31 : Haute Autorité de Santé. « Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement », s. d. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/1.6_alternatives_non_medicamenteuses_-_aide_memoire_ami_alzheimer.pdf.

32 : Pour les personnes âgées. « Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) : des interventions à domicile », 15 septembre 2017. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/equipes-specialisees-alzheimer-esa-des-interventions-domicile#combien-a-co-te-nbsp->.

33 : CPCMS. « Dispensation des produits de santé », s. d. https://cpcms.fr/wp-content/uploads/2015/06/Guide_PH6_2015_partie2.pdf.

34 : Gouezin, Manon. « La codification des problèmes pharmaceutiques et les propositions d'actions correctives couplées à l'utilisation du dossier pharmaceutique partagé ». Grenoble, 2012. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00735031/document>.

35 : OMS. « Soins intégrés pour les personnes âgées (SIPA) », 2017. https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE_brochure_fr.pdf?ua=1.

36 : Iborra, Monique, et Caroline Fiat. « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », Assemblée Nationale, 14 mars 2018. http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b0769_rapport-information.

37 : Weibel, Marie-Laure. « Evaluation de la prescription médicamenteuse inappropriée en psychiatrie de l'âge avancé ». Genève, 2013. https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/pha/documents/pha_td_2012_mlwe.pdf.

38 : Dalleur, O, et B Boland. « Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study. », 31 avril 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24566877>.

39 : ODOXA. « Baromètre santé 360 : La prise en charge du vieillissement en France ». 18 novembre 2019. <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-prise-charge-grand-age-de-dependance/>.