

2023

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Jean-François AUBRY

le jeudi 15 juin 2023

Intégration du programme ICOPE (Integrated Care for Older PEople) en soins primaires au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Membres du jury :

Madame la Professeure PERRET-GUILLAUME Christine

Présidente

Monsieur le Docteur VAUTHIER Jean-Charles

Juge

Monsieur le Docteur CANTON Antoine

Directeur et Juge

Madame le Docteur ABRAHAM Eliane

Juge

Présidente de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Asseseurs :

- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUSSION et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD
Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD
Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER
Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN
Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER
Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL
Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN
Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL
Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE -
Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick
NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : Physiologie

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL - Professeur Jacques JONAS

3^e sous-section : Biologie cellulaire

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : Nutrition

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : Parasitologie et Mycologie

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

4^e sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

2^e sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : Immunologie

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : Génétique

Professeur Philippe JONVEAUX

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Philippe GUERCI

2^e sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD

5^e sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2° sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -
Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4° sous-section : Pédo-psychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5° sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2° sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3° sous-section : Dermato-vénérologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2° sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeure Batic POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT

4° sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -
Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU -
Professeur Patrice GALLET

2° sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2^e sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2^e sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

4^e sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Docteure Maud D'AVENI

2^e sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA -

Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^e sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : *Pédiatrie*

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3° sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*

Docteur Charline BERTHOLD

4° sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : **SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

63° Section : **GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES**

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64° Section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –

Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69° Section : **NEUROSCIENCES**

Madame Sylvie MULTON

90° Section : **MAÏEUTIQUE**

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A ma présidente de Jury,

Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME.

Professeure des Universités - Praticienne Hospitalière en gériatrie.

Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Je vous remercie grandement pour l'éclairage que vous m'avez apporté au commencement de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Charles VAUTHIER

Docteur en médecine générale et Maitre de Conférences Associé de médecine générale.

Je vous remercie pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Recevez ici l'expression de mon profond respect ainsi que de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Antoine CANTON, Directeur de cette thèse

Docteur en médecine générale et Maitre de Conférences Associé de médecine générale.

Merci beaucoup pour votre investissement, votre disponibilité et votre réactivité.

J'ai eu de la chance de vous avoir comme directeur de thèse.

Recevez ici l'expression de mon profond respect ainsi que de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Eliane ABRAHAM

Docteur en médecine - Praticienne Hospitalière en gériatrie.

Je vous remercie pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Sans vous, vos échanges avec le Docteur CANTON, je n'aurais probablement pas traité de ce sujet pour lequel j'ai très rapidement manifesté de l'intérêt.

Recevez ici l'expression de mon profond respect ainsi que de ma reconnaissance.

A mes maîtres

A toi Antoine, on se connaît maintenant depuis un petit moment ... Le jour où j'ai appris que tu serais mon directeur de thèse, j'ai été ravi et soulagé. Tu as toujours dégagé un sentiment d'épanouissement dans ton travail ce qui m'a conforté dans ce choix de la médecine générale. Merci pour ta contribution au recrutement des participants de cette étude. J'ai beaucoup d'estime pour toi.

Au Docteur Sébastien Hingray, je te remercie pour cet excellent stage passé auprès de toi durant l'externat. Tout comme Antoine, merci de m'avoir transmis ton envie d'exercer ce métier ce qui m'a conforté dans mon choix.

Au Docteur Patrick Vauthier pour tout ce que j'ai pu apprendre auprès de vous lors de ce 1^{er} semestre d'internat, que soit sur le plan médical, mais pas seulement.

Aux Docteurs Pasquini Audrey et Franck, Alain Bessel et Dominique Pancher. Je garde un excellent souvenir de mon SASPAS, merci pour tout ce que j'ai pu apprendre sous votre supervision. C'est toujours un plaisir de vous revoir lors des remplacements à la maison de santé.

Aux professionnels de santé de la MSP de Clairlieu

A toi Magali qui a permis l'intégration du programme ICOPE au sein de la MSP de par ta présence et ton implication. Merci pour la distribution des questionnaires nécessaires à la réalisation de ce travail, mais aussi pour ta bonne humeur naturelle.

A toi Fanny pour ton accompagnement dans la communication du programme ICOPE ainsi que pour ta bonne humeur communicative.

A Philippe, Hélène, Anastassia et Laura, merci beaucoup pour votre soutien en contribuant au recrutement des participants. Plus que de la bonne volonté, vous y avez mis du cœur, ça m'a touché.

A Mme De Kerimel pour son accessibilité et sa réactivité dans les réponses apportées à mes questions relatives au programme ICOPE.

A Monsieur Keita pour sa sympathie et sa réactivité dans la transmission des données démographiques figurant dans ce travail.

A ma famille

A mes parents. Voilà, il semblerait que les études se finissent... Merci de m'avoir soutenu de toutes les façons possibles et inimaginables dès la première minute ou je vous ai fait part de ce projet de reprise d'études. J'aime à dire que l'on ne se rend jamais complètement compte de la chance que l'on a, cela n'empêche pas d'en percevoir une bonne partie. En voyant tout ce que vous m'avez apporté, j'ai grandi dans un environnement aimant, rempli d'affection et de plaisirs simples. Pour tout cela, je ne vous dirai jamais assez merci. Je vous aime.

Mamie Paulette et Papi Roger, de par vos valeurs vous m'avez énormément apporté. Je n'en serais pas là sans vous aujourd'hui. Merci d'avoir contribué, avec mes parents, aux excellentes conditions dans lesquelles j'ai pu mener à bien ces études. J'ai eu beaucoup de chance d'être votre petit-fils.

Mamie Madeleine, ces études que tu idéalisais touchent à leur fin. Je suis content d'avoir pu te procurer cette fierté ces dernières années. Je me rappelle de nos rituels du mercredi comme si c'était hier. Merci pour tous ces bons souvenirs que tu me laisses.

A Parrain et Martine pour ces bons moments passés ensemble depuis toutes ces années, pour votre gentillesse, votre générosité et votre simplicité. Parrain que ce soit avec une chaîne ou un cardan les choses sérieuses vont pouvoir reprendre.

A Catherine pour ta gentillesse, ta douceur et ton sourire qui ne te quittent jamais.

A toi Sébastien, mon cousin qui ne l'est pas tout en étant beaucoup plus... Tu as toujours pris soin de moi, cru en moi. Merci d'avoir toujours été là pour moi. Merci pour ton soutien, ton aide dans la relecture et la mise en page de ce travail qui, à présent, va pouvoir laisser un peu de place au tapis volant à cardan. Tu es un modèle de sérieux et de volonté pour moi, si j'en suis là, c'est en partie grâce à toi. J'ai beaucoup de chance de t'avoir à mes côtés ainsi que Laëtitia, Cléa et Maxens.

A mes amis

A Jérôme, mon Zé, ma Chouquette. Depuis la 1^{ère} il s'en est passé des choses... Ta générosité, ta gentillesse et ta ténacité sont toujours intactes. Tu m'as toujours soutenu, parfois stimulé pour que je me bouge un peu, au sens propre comme au figuré. J'en suis là pour partie grâce à toi. J'ai beaucoup de chance de t'avoir à mes côtés.

A Mathieu, ma Senap à la myrtille, depuis la 6^{ème} que de souvenirs : le sacro-saint barbecue estival des grandes vacances qui a vu naître l'aphorisme « Si ça caille, ça va cailler », la tarte tatin, les après-midi vidéoprojecteur + gaufres, la Suède ... La distance ne nous a pas séparé, j'ai toujours le grand privilège de t'avoir à mes côtés.

A Julie : Je ne crois pas que tu l'aies su, mais cette idée de reprendre les études a germé suite à une discussion que nous avons eu pendant nos études à l'IFSI. Je te remercie pour cela mais aussi et surtout pour tout ce que tu as pu m'apporter humainement. Tu étais d'une telle générosité... Tout le monde devrait avoir la chance de connaître quelqu'un comme toi.

A Alex et Solène. Solène merci beaucoup pour le tutoriel Excel/Word et la relecture de ce travail au pied levé. Merci à vous 2 pour votre soutien, ces nombreux bons moments passés ensemble ayant pu conduire à la question : « t'aurais pas vu ma gorge ? » Comme aurait pu le dire un grand sage : « Cette amitié, c'est pas de la voliche. »

A Julien, la 5^{ème}, j'ai l'impression que c'était hier... En vrai plus vraiment, mais les moments simples à discuter, partager sont toujours d'actualité pour mon plus grand plaisir.

A Rémi, mon biquet on peut enfin dire que nous avons fini tous les deux nos secondes études. Je garde de très bons souvenirs de nos sessions révisions P1 à l'appartement comprenant café, parfois gâteaux by maman Aubry saupoudré de blagues de Desproges.

A Sophie. Depuis l'IFSI les années sont passées... Je te remercie encore de m'avoir naturellement et tellement aidé pour mon mémoire d'infirmier qui d'une certaine manière constitue la base de ce projet professionnel qui arrive enfin à son terme. Merci pour ces bons moments passés ensemble même si ces dernières années nos disponibilités les ont rendu trop rares.

A Marie, pour ton aide et tes conseils précieux concernant les résultats. Merci de l'avoir fait avec tout le naturel et la gentillesse qui te caractérisent si bien, sauf lors d'une partie d'Exploding Kittens.

A Philippe #mon MARF #gourmet et gourmand #mécanicien de (très) bonne facture Si tu lis ce message c'est j'ai eu une crise de courage et que la thèse est faite. Il ne manque plus qu'une bonne riorée pour que la team 4L performance soit prête à taquiner la zone ketchup.

A Mathilde #Sézanette semi professionnelle #pilote de ballon #meuf #plus jeune que le frère à Guigui et Guillaume #Guigui #crépologue semi breton #mec #Boeing #bobsleigh

A Anaïs #ambilight résistante #débrief de fin de thèse #top chef addict #propriétaire d'un vrai F3 #tediberologue

A Lise #copine Lise #bourson2u #colonnel #rires en amphi #saxo presque VTS

Plus généralement à toute la dream team Alice, Delphine, Gérald, Medhi, Léon, Maud, Ségolène pour ces bons moments passés ensemble lors des différentes retrouvailles.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

Listes des abréviations	14
1. Introduction.....	16
1.1. Vieillessement de la population	16
1.1.1. Mondiale	16
1.1.2. Nationale	16
1.2. Concepts	17
1.2.1. Vieillessement	17
1.2.2. Autonomie.....	18
1.2.3. Fragilité.....	18
1.2.4. Dépendance	19
1.3. Programme ICOPE	20
1.3.1. Genèse.....	20
1.3.2. Présentation du programme	21
1.3.3. Point de départ en France	22
1.3.4. Métropole du Grand Nancy	24
1.3.5. Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) de Villers-lès-Nancy Clairlieu.....	25
2. Matériels et méthodes.....	27
2.1. Objectifs de l'étude	27
2.2. La population	28
2.3. Mode de Recrutement	28
2.4. Echantillon	28
2.5. Déroulement de la consultation STEP 1	28
2.6. Méthodologie de l'étude	29
2.7. Analyse.....	29
3. Résultats.....	30
3.1. Questionnaire pré STEP 1	31
3.2. Questionnaire post STEP 1	36

4.	Discussion	40
4.1.	Discussion des résultats.....	40
4.2.	Points forts de l'étude	43
4.3.	Points faibles de l'étude	44
5.	Conclusion	44
	Bibliographie	46
	Annexes	50
	Annexe 1 : Echelle de fragilité clinique selon Rockwood.....	50
	Annexe 2 : Liste de déficits utilisés pour définir l'indice de fragilité de Rockwood.....	51
	Annexe 3 : Gérontopole Frailty Screening Tool	52
	Annexe 4 : Grille SEGA-A	53
	Annexe 5 : Grille ADL.....	55
	Annexe 6 : Grille IADL.....	56
	Annexe 7 : Actions et leurs impacts sur le vieillissement	58
	Annexe 8 : ICOPE en 5 étapes	59
	Annexe 9 : Statistiques démographiques.....	60
	Annexe 10 : Flyer.....	61
	Annexe 11 : Protocole STEP 1 au sein de la MSP de Clairlieu	62
	Annexe 12 : Questionnaire pré STEP 1.....	65
	Annexe 13 : Test STEP 1	68
	Annexe 14 : Questionnaire post STEP 1	70
	Annexe 15 : Appel à projet ICOPE de la métropole du Grand Nancy	72

Listes des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

CNEG : Collège National des Enseignants en Gériatrie

GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

CNPG : Conseil National Professionnel Gériatrie

HAS : Haute Autorité de Santé

SEGA : Short Emergency Geriatric Assessment

ICOPE : Integrated Care for Older PEople

ADL : Activities Daily Living

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

AGIR : Autonomie Groupe Iso Ressource

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

SIPA : Soins Intégrés pour les Personnes Agées

MMSE : Mini Mental State Examination

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

SPPB : Short Physical Performance Battery

MNA : Mini Nutritional Assessment

PHQ9 : Patient Health Questionnaire 9

PPS : Plan Personnalisé de Soins

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe

IDSP : Infirmière Déléguée à la Santé Publique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

HDJ : Hôpital De Jour

UGED : Unité Gériatrique d'Entrées Directes

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EMLG : Equipe Mobile de Liaison Gériatrique

ARS : Agence Régionale de Santé

1. Introduction

1.1. Vieillesse de la population

1.1.1. Mondiale

A l'échelle mondiale nous assistons à un vieillissement populationnel qui représente un défi civilisationnel. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans.

Quelques exemples illustrent cette transition démographique :

En 2018, pour la première fois, le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde a dépassé celui des enfants âgés de moins de 5 ans(1).

En 2030, un dixième de la population mondiale aura 60 ans ou plus(2).

En 2050, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde dépassera cette fois-ci celui des adolescents et des jeunes (15-24 ans)(1).

Cette situation est la résultante :

De la diminution de la mortalité infantile dans les pays précaires et émergents au cours des cinq dernières décennies(3) ce qui explique qu'en 2050, 80% des personnes âgées vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire(2).

D'un meilleur taux de survie des personnes âgées dans les pays favorisés(3).

D'une baisse du taux de fécondité défini par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) comme étant « le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer » Celui-ci est passé de 4.7 en 1950 à 2.4 en 2017 soit une diminution de 49% (4).

1.1.2. Nationale

Pour 2023, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus représente actuellement 21.2% de la population(5).

En 2050, la proportion des personnes appartenant à cette même tranche d'âge est estimée à 32.8 % (1 français(e) sur 3) ce qui est supérieur aux moins de 20 ans représentant 22.3% (1 personne / 5) de la population(5).

En 2050 l'INSEE estime à 4 millions le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus qui seront en perte d'autonomie soit 16,4 % de la population contre 15,3 % en 2015(6).

1.2. Concepts

1.2.1. Vieillesse

L'OMS donne la définition suivante :

« Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ces changements ne sont ni linéaires ni réguliers et ne sont pas étroitement associés au nombre des années. »

Cette définition est axée sur la physiologie mais il est important de percevoir le vieillissement plus globalement « vieillir est un processus universel complexe, multifactoriel et non programmé »(7) en prenant compte de la composante psychosociale qui a une importance majeure : « Le vieillissement affecte la représentation de soi. Tout au long de la vie, l'idée que chacun se construit de lui-même repose en partie sur des représentations sociales »(8)

Le vieillissement est donc un processus universel complexe non linéaire et multifactoriel impliquant des facteurs biologiques et psychosociaux. L'âge à lui seul ne peut donc être un reflet fidèle du vieillissement. Preuve en est que si le temps s'écoule à la même vitesse, avoir 60 ans en 1950 n'est pas comparable à ce même âge en 2023.

L'âge en lui-même est actuellement considéré sous 2 angles différents :

- L'âge chronologique correspondant aux années écoulées depuis la naissance. Il a pour avantage d'être une norme standardisée donc aisément comparable.
- L'âge biologique qui est un sujet de recherche actuel visant à donner, en comparaison à l'âge chronologique, une représentation plus fidèle de la vitesse du vieillissement. A ce jour sa détermination repose sur le dosage de bio marqueurs ainsi que l'évaluation de la fragilité(9). Le choix des bio marqueurs, leur nombre ainsi que la méthode pour évaluer la fragilité ne font pas consensus à ce jour(10).

La vieillesse de son côté est la résultante du vieillissement, ce n'est pas un processus dynamique mais « un état biologique, psychologique et social que l'on atteint à un certain âge de la vie »(11). La vieillesse qualifie une personne « d'âgée ».

1.2.2. Autonomie

Le Collège National des Enseignants en Gériatrie la définit comme la « capacité à se gouverner soi-même, et présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. »

1.2.3. Fragilité

La fragilité est un syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress (12).

Elle est potentiellement réversible(13,14) et permet de prédire le risque de dépendance, de chute, d'hospitalisation et de décès(15,16) . La fragilité est donc un état précédant la dépendance sur laquelle une intervention est possible en vue de la faire régresser partiellement ou totalement. Des études montrent qu'elle est un facteur de risque et pronostique cardiovasculaire(17–19). Elle vise à expliquer l'hétérogénéité des trajectoires personnelles vis-à-vis du vieillissement biologique ainsi que la réponse à la maladie.

Lorsque l'on aborde la fragilité deux modèles différents prévalent :

Fried décrit le phénotype fragile(15)avec une approche fonctionnelle reposant sur 5 critères :

- Perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg ou $\geq 5\%$ en un an
- Fatigue, sensation d'épuisement
- Vitesse de marche inférieur au 20^{ème} percentile
- Faiblesse musculaire évaluée par la force de préhension à la main dominante inférieure au 20^{ème} percentile
- Activité physique réduite, sédentarité.

Les résultats de l'évaluation de ces critères amènent à définir 3 catégories selon le nombre de critères perturbés :

- 0 critère : robuste
- 1 ou 2 critères : pré fragile
- 3 ou plus : fragile

Rockwood de son côté définit un indice de fragilité avec une approche multidimensionnelle puisque médico psychosociale. Il se base sur l'accumulation de déficits, prend en compte les comorbidités et l'incapacité (20). De ce modèle a été créé une échelle(20)

Il est à souligné qu'il y aurait un lien entre fragilité et polymédication chez le sujet âgé(21).

Ces 2 modèles sont complémentaires. Le modèle de Fried, du fait d'être centré sur la dimension fonctionnelle, permet de distinguer la fragilité de la comorbidité et de l'incapacité. Ce modèle présente aussi un avantage d'être plus opérationnel du fait du faible nombre de variables.

La fragilité est un concept qui est actuellement très majoritairement associé à la gériatrie, toutefois une étude(22) suggère l'intérêt de sa prise en compte également au sein d'une population plus jeune ayant une pathologie oncologique.

Outils de repérage

Concernant la réalisation de celui-ci en soins primaires, le questionnaire Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) se basant sur l'échelle de Fried a été reconnu comme étant pertinent par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie et le Conseil National Professionnel Gériatrie (CNPG). Il fait l'objet d'une recommandation de l'Haute Autorité de Santé (HAS)(12) à cet effet.

Au sein du Grand Nancy la grille Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA) dans sa version modifiée en 2014 pour le domicile est habituellement utilisée. En plus de la repérer, elle présente l'avantage de grader la fragilité en trois catégories : peu fragile, fragile, très fragile. Un atout non négligeable est son accessibilité car les items la constituant sont aisément évaluables y compris par une tierce personne non professionnelle de santé.

Dorénavant un outil supplémentaire à vocation de diffusion nationale est disponible : L'étape 1 (STEP1) du programme Integrated Care for Older PEople (ICOPE) qui est le sujet de cette étude.

1.2.4. Dépendance

Définie par le CNEG comme étant pour la personne « la perte partielle ou totale de la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne, qu'elle soit physique, psychique ou sociale, et de s'adapter à son environnement. » Elle est irréversible contrairement à la fragilité.

Outils d'évaluation

La dépendance et l'autonomie sont deux concepts exclusifs opposés graduels dans lesquels se situe l'individu. De ce fait, des outils comme l'échelle Activities Daily Living (ADL), l'échelle Instrumental Activities of Daily Living (IADL) ou encore la grille Autonomie Groupe Iso Ressource (AGIR) peuvent être considérés comme des outils évaluant l'autonomie mais également la dépendance.

L'échelle ADL évalue l'autonomie par le biais de 6 items en lien avec les activités de la vie quotidienne : Hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, transferts, continence, repas. Un score obtenu supérieur ou égal à 5 caractérise l'autonomie. C'est l'outil qui a été choisi par le gérontopôle de Toulouse, point de départ du programme ICOPE en France, pour statuer rapidement sur l'autonomie/dépendance des participants.

L'échelle IADL, est axée sur les activités complexes qui mettent en jeu les fonctions cognitives. Elle est composée de 9 items : Utiliser le téléphone, faire les courses, préparer les repas, faire le ménage, faire la lessive, utiliser les transports, prendre des médicaments, gérer ses finances, bricoler et entretenir sa maison.

La Grille AGIR, permet de classer plus précisément le niveau d'autonomie ou de sa perte selon six catégories (GIR) qui graduent la transition de l'autonomie (GIR 6) à la dépendance complète (GIR1). Elle est uniquement utilisée en vue d'obtenir l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA).

1.3. Programme ICOPE

1.3.1. Genèse

En 2002 se tient à Madrid la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement qui met en lumière une « mutation démographique profonde » concernant l'ensemble des pays de la communauté internationale ce qui n'était pas encore le cas lors de la première assemblée en 1982. Un rapport « Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation »(23) est réalisé. Vieillir en restant actif est l'objectif de vieillissement à atteindre, il est défini par « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse. »

En 2015 l'OMS publie le rapport mondial sur le vieillissement et la santé(3) introduisant le concept de vieillir en bonne santé définit par «le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être ».

Les capacités fonctionnelles sont définies(3) par «les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant. » mais c'est aussi :« l'association et l'interaction des capacités intrinsèques avec l'environnement dans lequel vit une personne »

Quant à elles, les capacités intrinsèques se réfèrent à « l'ensemble de toutes les capacités physiques et intellectuelles dans lesquelles un individu peut puiser à tout moment »(3).

Nous comprenons donc que vieillir en bonne santé ne signifie pas l'absence de maladie mais de continuer à faire ce qui est important pour soi, et également, que le maintien ou le développement des capacités fonctionnelles repose sur l'optimisation des capacités intrinsèques et de l'environnement.

Il apparaît dans ce rapport l'introduction du concept de Soins Intégrés pour les Personnes Agées (SIPA) visant à atteindre cet objectif de vieillissement en santé. Les soins intégrés consistent en une organisation du système de santé de manière « à ce que les individus

fassent l'expérience d'une continuité de prise en charge au sein de l'ensemble de ces prestations de santé comprenant la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement, la gestion des maladies, le rétablissement et les services palliatifs, selon leurs besoins et tout au long de leur vie »(24).

En 2017 publication par l'OMS de « Soins intégrés pour les personnes âgées : lignes directrices sur les interventions au niveau communautaire pour gérer le déclin de la capacité intrinsèque »(25) posant les bases du programme ICOPE.

1.3.2. Présentation du programme

En 2019 est publié le « manuel ICOPE : Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires » (26) avec la mise à disposition d'une application numérique « ICOPE Monitor » utilisable sur smartphone et tablette ainsi qu'un robot conversationnel «ICOPE BOT » pour ordinateur et tablette. Ceci dans le but d'une diffusion massive d'ICOPE.

Au Niveau mondial l'objectif est de prévenir la perte d'autonomie de 15 millions de personnes d'ici à 2025 (27).

Ce programme s'articule en 5 étapes (STEP) :

- STEP 1 : Dépistage de la fragilité en réalisant un test via deux outils numériques en libre accès que sont ICOPE Monitor et ICOPE BOT.
Il permet d'évaluer 6 fonctions essentielles définies par l'OMS comme étant les composantes de la capacité intrinsèque : La cognition, la mobilité, la nutrition, la vision, l'audition, l'humeur.
Au sein de ces fonctions, sont considérées comme majeures : La cognition, la mobilité, la nutrition et l'humeur.
Ce test peut être réalisé par un professionnel de santé, par toute personne formée ou par le sujet du test.
Le STEP 1 a vocation à être réitéré pour monitorer la fragilité dans le temps.
- STEP 2 : Evaluation approfondie de la(des) fonction(s) perturbée(s) mise(s) en évidence après traitement des résultats du STEP 1 par un professionnel de santé formé. Si plus d'une fonction majeure est perturbée, une évaluation de l'ensemble des 6 domaines de la capacité intrinsèque est conseillée (28).

Cette étape repose sur des outils d'évaluation standardisés concernant chacune des six fonctions auxquelles on associe une évaluation des besoins sociaux et environnementaux :

- Cognition : Le Mini Mental State Examination (MMSE)(29) ou le Montreal Cognitive Assessment (MoCA)(30)
- Mobilité : Short Physical Performance Battery (SPPB)(26)
- Nutrition : Mini nutritional assessment (MNA)(31)
- Vue : Test d'acuité visuelle : E de Snellen(26)
- Audition : Audiogramme
- Humeur : Patient Health Questionnaire 9 (PHQ9)(32)

La vue ainsi que l'audition requièrent un avis médical spécialisé.

- STEP 3 : Plan Personnalisé de Soins (PPS). Les objectifs sont fixés avec le patient.
- STEP 4 : Suivi et fléchage du parcours de soins correspondant à l'application du plan soins associé à un suivi régulier en lien avec un gériatre.
- STEP 5 : Implication des collectivités et soutien aux aidants. Cette étape ne succède pas au STEP 4. Elle est transversale aux 4 étapes précédentes et consiste à mettre en avant le soutien aux aidants ainsi que les efforts à fournir par la communauté pour mener à bien ce projet.

1.3.3. Point de départ en France

Début en Occitanie

En France, le Plan National de Santé Publique (PNSP)(33) « Priorité prévention – rester en bonne santé tout au long de sa vie », définit les axes de la stratégie nationale de santé (SNS)(34) concernant la période 2018-2022. Cette SNS est à l'origine du plan contre la perte d'autonomie « Vieillir en bonne santé » 2020-2022 dans lequel l'expérimentation ICOPE a une place importante.

D'un point de vue démographique, 1% des personnes de 60 ans et plus dans le monde sont françaises(35). L'objectif de l'OMS concernant notre pays est de prévenir la perte d'autonomie pour 150 000 français d'ici à 2025 par le biais d'ICOPE(35).

Le programme ICOPE a pour point de départ le Gérontopôle du CHU de Toulouse ayant le statut de centre collaborateur de l'OMS depuis 2017. Centre au sein duquel a été créé en 2018 le programme INSPIRE porté par le Professeur Vellas. C'est une plateforme de recherche

translationnelle en gérosiences visant à identifier des biomarqueurs du vieillissement biologique et à déterminer l'âge biologique d'un individu. Une composante de ce programme est INSPIRE ICOPE CARE avec l'implémentation d'ICOPE en Occitanie ainsi que son suivi au cours du temps. A l'échelle mondiale la France est le premier pays à avoir débuté ICOPE (36).

Dans son cahier des charges (37) la population cible est définie par :

- Les critères d'inclusion : Personnes âgées de 60 ans et plus, autonomes, qu'elles soient robustes, pré-fragiles, fragiles et vivant à domicile. Les seniors en situation de vulnérabilité (précarité socio-économique, isolement social ou géographique, éloignement des soins, statut d'aidant) ont vocation à être intégrés prioritairement.
- Les critères d'exclusion concernant ces personnes âgées de 60 ans et plus :
 - Situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) à domicile ou en Etablissement ou Service Médico-Social (ESMS)
 - Bénéficiaires de l'APA
 - Hospitalisation au long cours
 - Situation de handicap hébergé
 - Bénéficiaires de prestations d'aides à la toilette, l'habillage, la prise des repas, les transferts ou les déplacements.

L'entrée dans le programme ICOPE par la réalisation du STEP 1 est possible selon deux modalités différentes (38) :

D'une part l'autoévaluation : le participant débute directement avec l'outil numérique qui est en libre accès. Pour cela des campagnes de communication ont été lancées par le gérontopôle de Toulouse (communiqués de presse, conférences grand public, flyers, affiches, vidéos). Hors alerte nécessitant la réalisation d'un STEP 2, la réévaluation est prévue à 4 mois. Dans ce cadre d'autoévaluation une plateforme téléphonique composée d'IDE contacte les participants pour traiter les alertes et programmer un STEP 2 si besoin.

L'autre possibilité étant l'hétéroévaluation par toute personne formée au STEP 1 étant professionnel de santé ou non. Dans cette situation, hors alerte nécessitant la réalisation d'un STEP 2, la réévaluation est prévue à 6 mois.

Quel que soit le mode de réalisation, le traitement des alertes est obligatoirement réalisé par un professionnel de santé formé.

Concernant l'Occitanie l'objectif de recrutement est de 200 000 personnes âgées de 60 ans et plus d'ici à 2025(39).

1.3.4. Métropole du Grand Nancy

La métropole bénéficie d'une filière gériatrique forte et structurée s'inscrivant dans le Contrat Local de Santé (CLS) reposant sur :

- La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) 54 visant à permettre la coordination des professionnels de santé au sein de la métropole autour d'un projet de santé territorial.
- Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) 54 qui est une entité départementale nouvelle créée en 2022 suite à une politique nationale d'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes. Il inclut les réseaux de santé, les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ainsi que Les Coordinations Territoriales d'Appui (CTA) de l'expérimentation parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Sept antennes sont présentes en Meurthe et Moselle dont une à Nancy : le réseau Gérard Cuny.

Ses missions comprennent (40) :

- D'assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels en concertation avec le médecin traitant. Le DAC réalise une analyse rapide de la demande dès sa réception, permettant une réactivité d'intervention et assure un retour au demandeur dans les 48 heures ouvrées.
 - De contribuer, avec d'autres acteurs et de façon coordonnée, à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage de situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation et de mise en relation et d'accompagnement.
 - De participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé.
- Le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) disposant d'une filière gériatrique complète : court séjour gériatrique, soins continus, Hôpital De Jour (HDJ), Unité Gériatrique d'Entrées Directes (UGED), Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), Unité de Soins de Longue Durée (USLD), soins palliatifs en lit dédiés ou par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), Equipe Mobile de Liaison Gériatrique (EMLG).

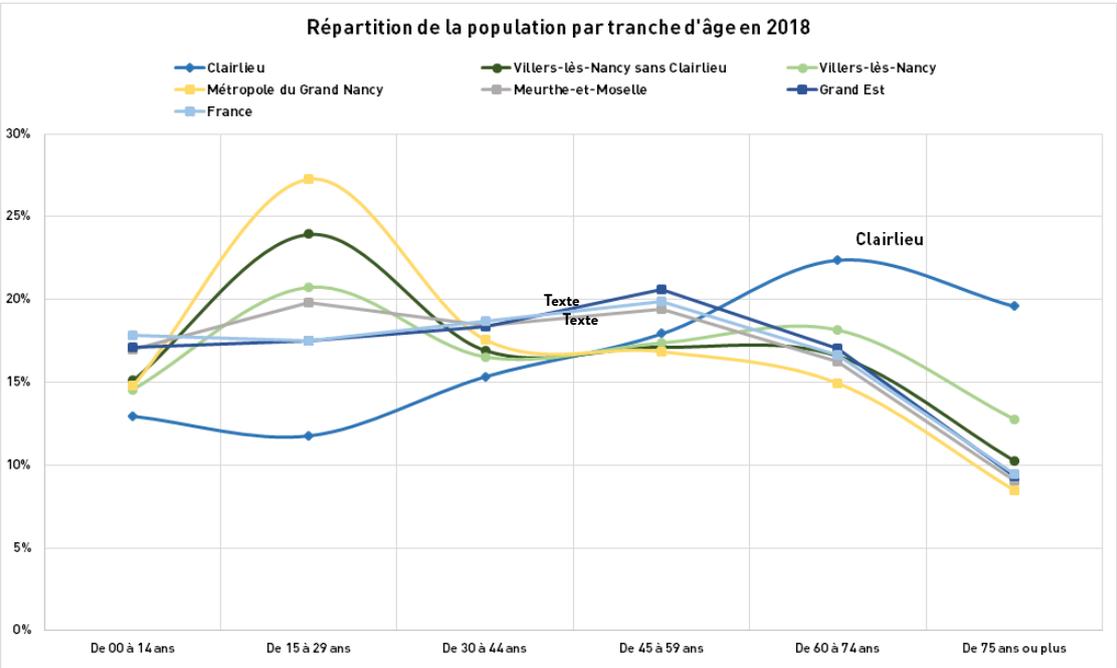
Tous ces acteurs territoriaux ont la volonté de maintenir l'autonomie des individus au sein du territoire par une prévention précoce. Dans cette optique, un appel à projet a été réalisé (Annexe 15) pour candidater auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en vue d'obtenir une enveloppe budgétaire par l'article 51 (41), permettant la rémunération des professionnels de santé participant. Cette candidature n'a pas été retenue, empêchant de ce fait la mise en place généralisée d'ICOPE en soins primaires au sein de la métropole.

1.3.5. Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) de Villers-lès-Nancy Clairlieu

D'après L'OMS, les soins primaires sont « le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »(42).

La MSP est un modèle de structure de soins primaires ayant pour avantage d'offrir aux patients une prise en charge globale ainsi qu'un parcours de soin simplifié, tout en restant un acteur de soin de proximité.

En mars 2021 s'est ouverte celle de Villers-lès-Nancy Clairlieu sur un territoire présentant un phénomène de vieillissement populationnel amplifié en comparaison à la moyenne nationale (+61%) et à celle de la métropole du grand Nancy (+79%) ce qui a d'autant plus motivé l'implémentation d'ICOPE.



Source des données : INSEE // Conception et Réalisation : Scalen, 2023

Figure 1: Statistiques de la population (Source INSEE 2018)

Au sein de cette structure l'offre de soins proposée repose sur : 5 médecins généralistes, 4 dentistes, 2 IDE libérales, 2 kinésithérapeutes, 2 orthophonistes, 1 assistante médicale, 1 diététicienne, 1 IDE d'Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE), 1 podologue, 1 sophrologue ainsi que la réalisation d'entretiens pharmaceutiques par les pharmaciennes de Villers-lès-Nancy Clairlieu. L'ensemble des professionnels de la MSP ont été sensibilisés à l'existence du programme ICOPE dès le début de sa mise en place.

L'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) d'Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE)

L'IDE ASALEE est une Infirmière Déléguée à la Santé Publique (IDSP), salariée de l'association éponyme exerçant en soins primaires en collaboration avec le médecin généraliste. Son objectif est d'améliorer la prise en charge globale des patients présentant des pathologies chroniques. Elle s'inscrit dans une démarche globale ciblant les 3 niveaux de prévention : primaire, secondaire, tertiaire. De par son statut, elle est accessible sans avance de frais par le patient.

Le mode de prise en soin repose sur une démarche centrée sur le patient au sein de laquelle l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) a une importance majeure.

Selon l'OMS « L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »

L'IDE ASALEE est formée à l'utilisation d'un outil de communication important : l'entretien motivationnel. C'est : "un entretien guidé centré sur le patient pour l'encourager à changer de comportement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence face au changement" (43). Une composante essentielle de cet entretien est le sentiment d'efficacité personnelle.

L'entretien motivationnel amène à percevoir l'importance du changement de comportement tandis que le sentiment d'efficacité personnelle développe l'estime de soi permettant au patient de se sentir capable d'effectuer ce changement.

Concernant le programme ICOPE, au vu de l'absence de financement obtenu dans le cadre de l'article 51 afin de rémunérer les professionnels de santé s'y investissant, mais aussi des compétences propres à ses fonctions, l'IDE ASALEE est la pierre angulaire qui a rendu possible la mise en place d'ICOPE.

Pour son implémentation au sein de la MSP, le choix a été fait de réaliser l'intégration d'ICOPE en passant systématiquement par l'IDE ASALEE pour les raisons suivantes :

- En autonomie, contrairement à l'Occitanie, il n'existe pas à ce jour de plateforme téléphonique gérant les alertes pour définir la nécessité de s'orienter vers le STEP2. En autonomie une notification apparaît à la fin du test conseillant de faire part des résultats à son médecin traitant.
L'IDE ASALEE formée aux STEP 1 et 2 remplit ce rôle, elle recontacte également les participants n'ayant pas réitéré leur STEP 1 à distance pour s'assurer du côté volontaire de cette abstention et non d'un oubli.
- La barrière du numérique peut être un facteur limitant à la participation. L'accompagnement de l'IDE ASALEE vise à surmonter cet obstacle à la phase initiale et à autonomiser le participant en vue de la réalisation des STEP 1 futurs. Si cette autonomisation n'est jamais atteinte par certains participants, elle leur permet de bénéficier de ce programme.
- Sur le plan des transmissions d'informations le médecin traitant et l'IDE ASALEE exercent dans les mêmes locaux et utilisent le même logiciel médical. Cela permet des transmissions orales rapides et tracées par l'envoi systématique du compte rendu du STEP1 par Mailiz qui est une messagerie sécurisée certifiée MSSanté.

2. Matériels et méthodes

2.1. Objectifs de l'étude

L'Objectif principal était d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité du programme ICOPE au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle.

L'Objectif secondaire était d'évaluer la perception du vieillissement chez la personne autonome âgée de 60 ans et plus.

2.2. La population

Les critères suivants ont été définis :

Critères d'inclusion :

- Patient ayant 60 ans et plus, autonome (ADL supérieur ou égal à 5),
- Ayant leur médecin traitant au sein de la MSP de Clairlieu.

Critères de non inclusion :

- Patient domicilié en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
- Score avec la grille ADL inférieur à 5. Si le score est inférieur à 5 le test sera réalisé en version papier pour ne pas figurer dans la base de données fragilité du Gérontopôle de Toulouse.

2.3. Mode de Recrutement

Une présentation a été réalisée aux professionnels de santé de la MSP suite à une réunion de concertation pluridisciplinaire afin de porter à leur connaissance l'existence du programme ICOPE ainsi que les critères d'éligibilité pour pouvoir en faire la promotion auprès de leur patientèle.

La communication a également reposé sur des flyers et affiches présents dans les 4 salles d'attente de la MSP ainsi que l'envoi de mails d'informations.

2.4. Echantillon

L'effectif initialement défini est de 30 participants.

2.5. Déroulement de la consultation STEP 1

La totalité des STEP 1 ont été réalisés avec accompagnement de l'IDE ASALEE. La consultation auprès d'elle débute par la réalisation d'une évaluation par l'échelle ADL puis le programme est présenté. Un consentement concernant les données récoltées pour utilisation dans le cadre du programme INSPIRE est signé. Ensuite le compte du participant est créé : un

identifiant est attribué et le participant choisit son mot de passe. Ce compte permet l'intégration, dans la base de données fragilité ICOPE du Gérontopôle de Toulouse, du STEP 1 initial ainsi que les STEP 1 de suivi.

Le STEP 1 est réalisé sur le support numérique choisi par le participant à savoir son smartphone ou l'ordinateur de l'IDE ASALEE. Dans le cas du smartphone l'application est donc téléchargée à ce moment et installée dès lors que le participant dispose d'un internet mobile.

Le STEP 1 est standardisé mais peut être réalisé grâce à deux outils numériques :

- ICOPE Monitor qui est une application disponible sur smartphone ou tablette
- ICOPE BOT qui est un robot conversationnel utilisable sur Ordinateur ou tablette via un lien de site web transmis sur l'espace personnel ICOPE du participant.

2.6. Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative comprenant une enquête observationnelle en deux temps.

Tous les participants ayant réalisé le STEP 1 se sont vus proposer de remplir un questionnaire avant et après la réalisation de celui-ci.

- Questionnaire pré STEP 1 évaluant :
 - Les facteurs ayant amené le participant à débiter le programme.
 - La perception du vieillissement.
- Questionnaire post STEP 1 ayant pour objectif : l'évaluation de l'acceptabilité.

Cette réalisation en deux temps dans le but d'éviter un biais dans la perception du vieillissement induit par le STEP 1.

2.7. Analyse

L'intégralité des réponses obtenues ont été retranscrites par dactylographie à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Une analyse a été réalisée pour chacun des deux questionnaires.

La rédaction et présentation des résultats est effectuée sous forme de nombre et de pourcentage pour la majorité des données.

3. Résultats

Aucun participant n'a présenté de critères de non inclusion.

Pas de perdu de vue : aucun abandon des participants lors de la réalisation du STEP 1.

45 questionnaires pré et post réalisation du STEP 1 ont été obtenus de la part des participants sur la période du 1 septembre au 18 novembre 2022.

Tableau 1 : caractéristiques des participants

Caractéristiques	N = 45
Genre	
Homme	23 (51%)
Femme	22 (49%)
Age	74,6 (σ 6,7)
Actif	2 (4,4%)
Retraité	43(95,6%)
Catégorie socio professionnelle	
Agriculteur(trice)	0 (0%)
Artisan(e)	0 (0%)
Commerçant(e)	0 (0%)
Chef(fe) d'entreprise	0 (0%)
Ouvrier(e)	2 (4,4%)
Employé(e)	11 (24,4%)
Profession intermédiaire	18 (40%)
Cadre et profession intellectuelle supérieure	13 (28,9%)
Homme/Femme au foyer	1 (2,2%)

3.1. Questionnaire pré STEP 1

1. Comment avez-vous eu connaissance du programme ICOPE ?

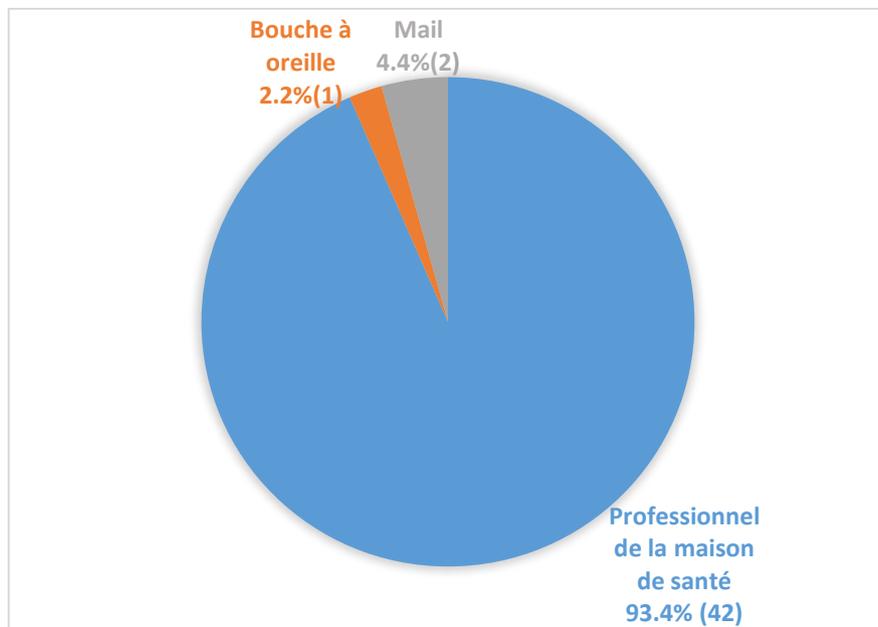


Figure 2 : Prise de connaissance du programme ICOPE

2. Avez- vous déjà eu une consultation auprès d'une infirmière ASALEE ?

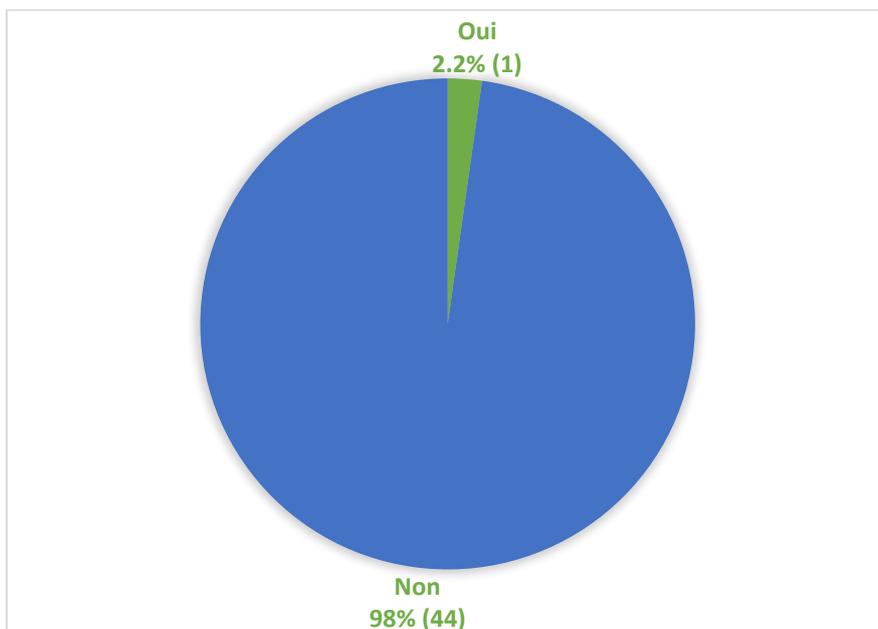


Figure 3 : Taux de consultation auprès d'une IDE ASALEE

3. Parmi les fonctions suivantes évaluées dans le programme ICOPE, laquelle/ lesquelles est/sont actuellement une source de difficultés ?

Tableau 2 : Fonctions perturbées en pré STEP 1

Mémoire	35,6% (n=16)
Audition	33,3% (n=15)
Aucune	31,1% (n=14)
Mobilité	17,8% (n=8)
Vue	11,1% (n=5)
Nutrition	8,9% (n=4)
Humeur	8,9% (n=4)

4. Considérez-vous que le fait de vous sentir en bonne santé est un frein à la motivation de débiter le programme ICOPE ?

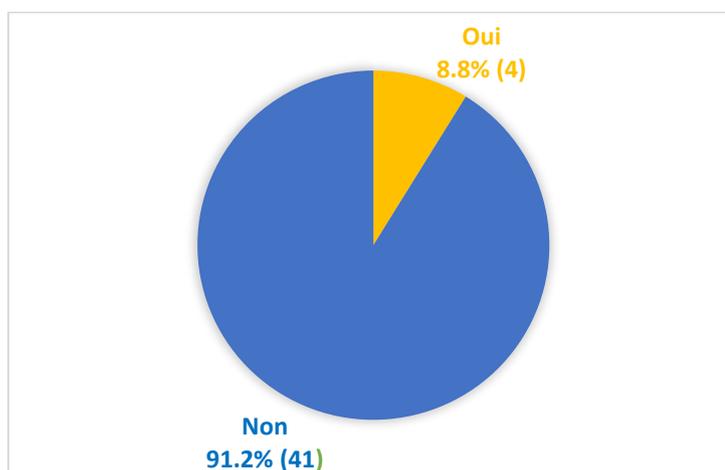


Figure 4 : Bonne santé perçue vs motivation de participer à ICOPE

5. Quelle(s) est(sont) votre(vos) motivations(s) principale(s) concernant ce programme ICOPE ?

Tableau 3 : Motivations principales à la participation du programme ICOPE

Maintenir votre autonomie sur le long terme	73,3% (n=33)
Renforcer votre suivi médical car les informations sont transmises à votre médecin traitant	40% (n=18)
Faire un bilan de santé	31,1% (n=14)
Peu d'attente mais la curiosité vous a motivé à essayer	22,2% (n=10)
Faire plaisir à votre médecin traitant qui vous a proposé de participer à ce programme	17,8% (n=8)
Autre : précisez :	0% (n=0)

6. Selon vous, laquelle(lesquelles) des propositions contribue(nt) le plus à s'inscrire dans le « bien vieillir » ?

Tableau 4 : Facteurs du « bien vieillir »

La prise en compte de l'activité physique, de la nutrition ou d'un éventuel traitement de maladie chronique dans ses habitudes de vie	78,1% (n=35)
La recherche / les progrès de la médecine	51,2% (n=23)
Ne pas être isolé grâce à sa famille et ses amis	48,9% (n=22)
Les possibilités logistiques (avoir un accès aux soins)	35,5% (n=16)
La qualité de vie matérielle (ne manquer de rien)	31,1% (n=14)
Le patrimoine génétique	28,9% (n=13)

7. Selon vous, quelle est l'espérance de vie sans incapacité en France ? (L'espérance de vie sans incapacité correspondant au nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes)

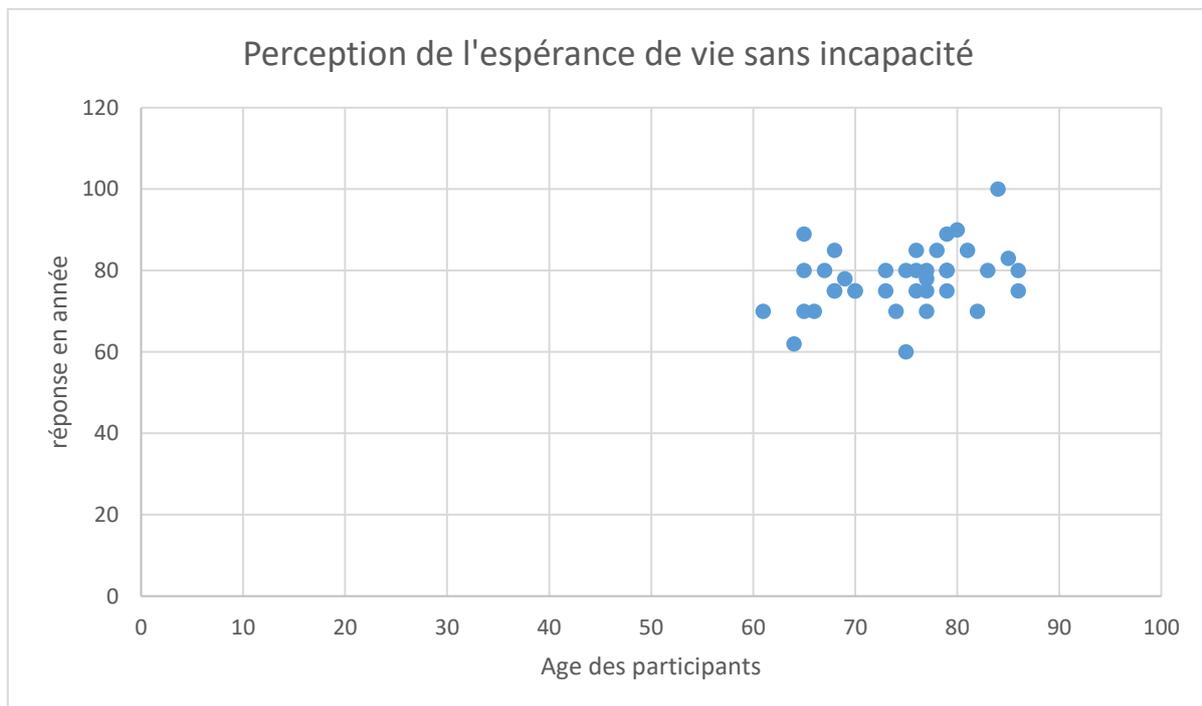


Figure 5 : Perception de l'espérance de vie sans incapacité

Les 84,4% (n=38) des participants ayant répondu perçoivent en moyenne une espérance de vie sans incapacité en France de 78 ans. 15,6% (n=7) des participants n'ont pas répondu.

8. Selon vous à partir de quelle tranche d'âge est-on une personne âgée ?

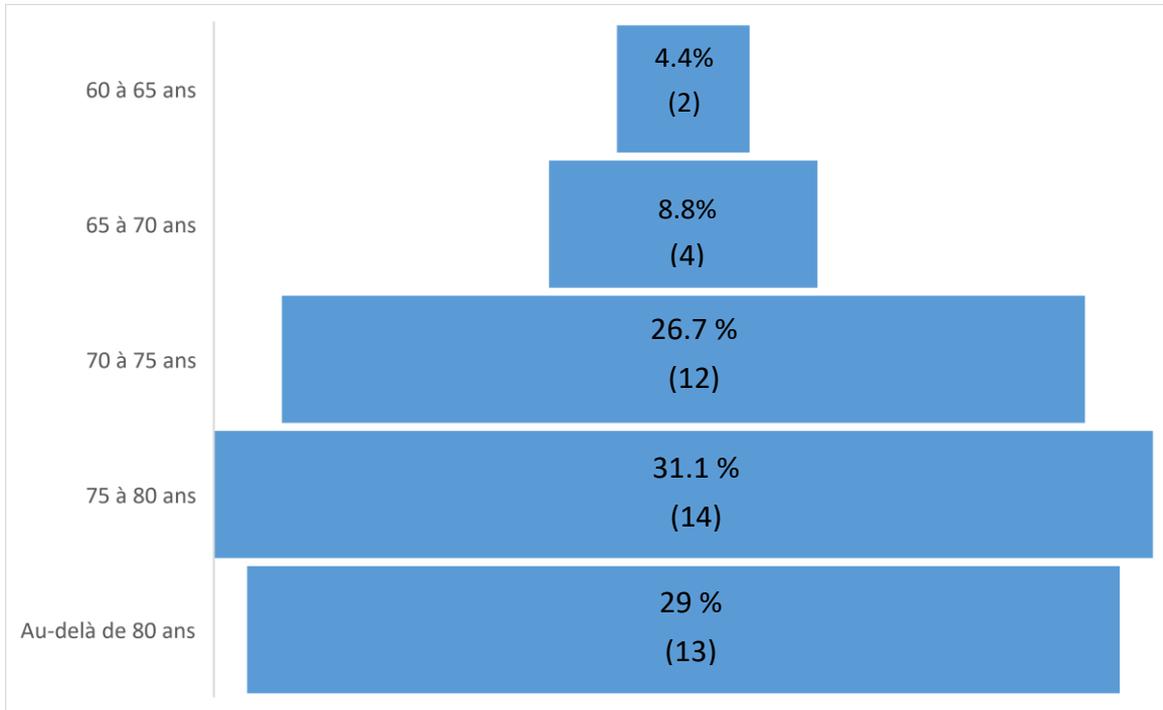


Figure 6 : Association personne âgée par tranche d'âge

9. Quel âge avez-vous ?

10. Vous êtes ? Homme / femme

11. Etes-vous retraité ?

12. Quelle catégorie correspond à l'activité professionnelle principalement exercée au cours de votre carrière ?

Les résultats des questions 9 à 12 ont été présentés dans le tableau 1.

13. Participeriez-vous à ce programme si cette consultation d'intégration au programme ICOPE par l'infirmière ASALEE était :

- Payante et remboursée :

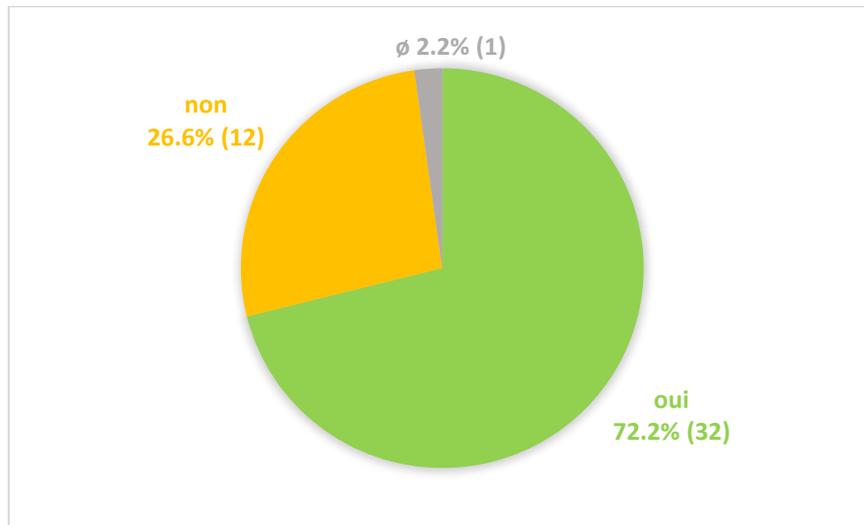


Figure 7 : Intention de participation en cas de consultation IDE ASALEE payante et remboursée

- Payante et non remboursée :

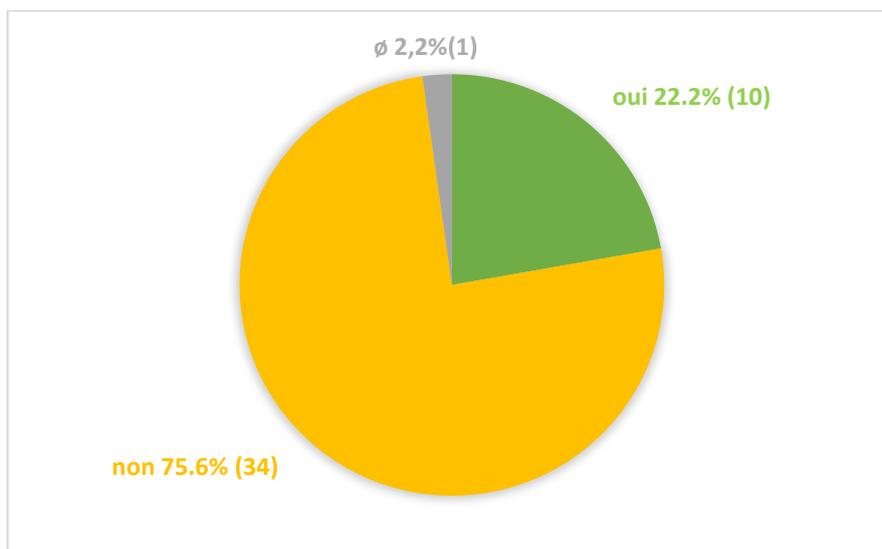


Figure 8 : Intention de participation en cas de consultation IDE ASALEE payante et non remboursée

14. Avez-vous des choses à ajouter qui vous sembleraient importantes à dire concernant ICOPE ?

A cette dernière question, 43 participants (95.6%) n'ont rien répondu, 2 participants (4.4%) ont mentionné :

« D'un premier abord le programme semble intéressant »

« Je suis intéressée par la recherche et la prévention »

3.2. Questionnaire post STEP 1

Tableau 4: réponses des questions 1 et 2

Questions	Oui	Non	Non répondu
1. Ce programme semble-t-il correspondre à vos attentes ?	93.4% (42)	4.4% (2)	2.2% (1)
2. L'outil numérique (ordinateur ou smartphone) est-il un obstacle pour vous ?	26.7% (12)	73.3% (33)	0% (0)

3. Concernant la réalisation du test initial quel outil numérique a eu votre préférence ?

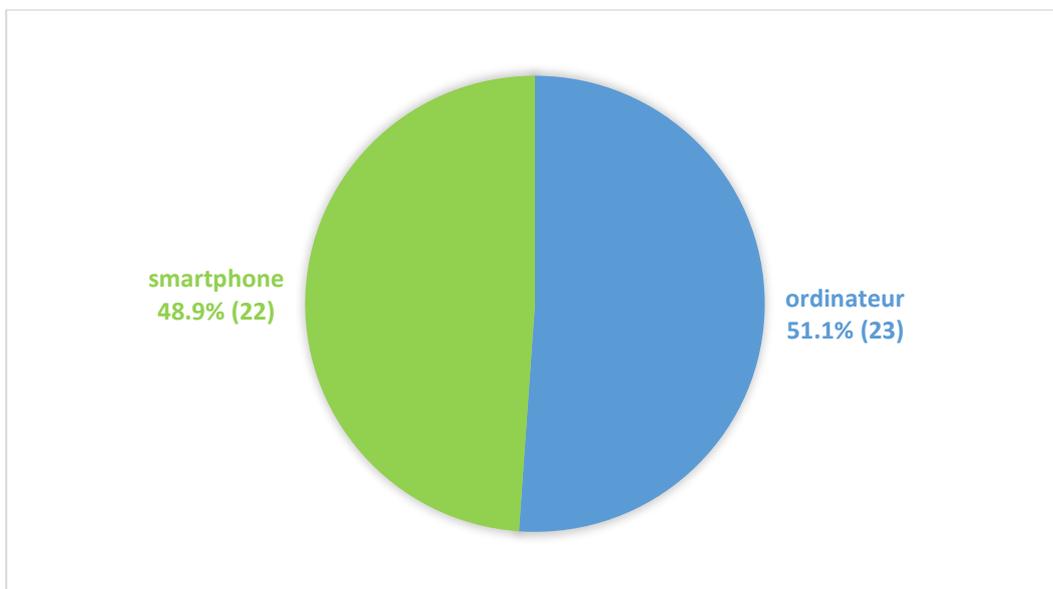


Figure 9 : Outil numérique choisit pour le STEP1 initial

Tableau 5 : réponses des questions 4,5,6 et 7

Questions	Oui	Non	Non répondu	Seul(e)	Avec l'aide d'un proche
4. L'accompagnement de l'infirmière ASALEE vous a-t-il semblé utile pour débiter le programme ICOPE ?	45 (100%)	0 (0%)			
Si oui pensez- vous qu'il était même nécessaire ?	43 (95.5%)	2 (4.4%)			
5. Auriez - vous débuté le programme ICOPE sans cet accompagnement par l'infirmière ASALEE ?	7 (15.6%)	38 (84.4%)			
6. Envisagez - vous de poursuivre le programme ICOPE avec réalisation de la prochaine évaluation dans 6 mois ?	45 (100%)	0 (0%)			
7. Vous sentez-vous apte à effectuer chez vous (à cote domicile) le test de réévaluation prévu à 6 mois ?	34 (75,5%)	11 (24,4%)			
Si oui, seul(e) ou avec l'aide d'un proche ?				20 (44,4%)	14 (31,1%)

8. Que pensez-vous du délai de réévaluation fixé à 6 mois ?

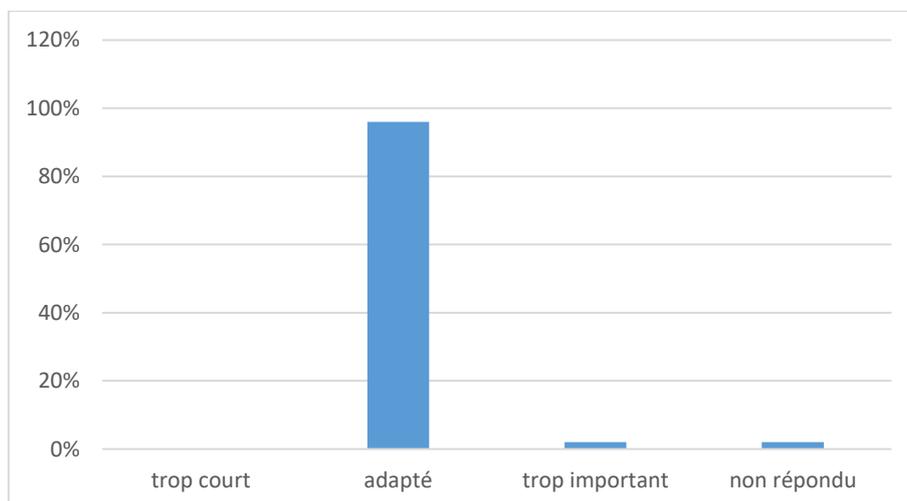


Figure 10 : Avis sur le délai de réévaluation

Concernant le délai de réévaluation fixé à 6 mois celui a été jugé

Adapté : 95.6 % (n=43), trop important : 2.2% (n=1).

Ce participant a précisé qu'il considérait le délai de 4 mois comme étant adapté.

1 participant (2.2%) n'a pas répondu à la question.

Tableau 6 : Apport du programme ICOPE

Question	Oui	Non
9. Le programme ICOPE apporte-t-il quelque chose de supplémentaire dans votre suivi lors des consultations effectuées auprès de votre médecin généraliste ?	84.4% (38)	15.6% (7)

Si oui, pouvez-vous dire ce qu'il vous apporte ?

Sur les 38 participants ayant répondu « oui », 10 n'ont pas répondu, 28 ont répondu : cf ci-dessous

Tableau 7 : Description de l'apport du programme ICOPE

Catégories	Réponses obtenues
Amélioration du suivi médical (37.7%)	Le suivi médical
	Le suivi médical
	Meilleur suivi
	Meilleur suivi de santé
	Analyse plus large que pendant une consultation
	Bonnes informations pour le médecin traitant
	Suivi de l'évolution en fonction de l'âge
	Ecoute supplémentaire
	Prise en compte de paramètres supplémentaires (vue, poids, mémoire, audition)
	Des critères objectifs
	Prise en charge complémentaire
	Un meilleur suivi médical
	Prise de conscience de consulter un gynécologue et un ORL
	Prise en charge plus complète
	Avoir une personne qui a plus de temps pour vous écouter et pouvoir entrer dans les détails des problèmes
Une vision globale que l'on n'ose pas forcément aborder si on a pas de problème particulier	
Prévention	
Informations (8.8%)	Plus d'informations
	La connaissance
	Des réponses à certaines interrogations
	Plus d'explications, d'orientation et de savoir faire
Bilan de santé (8.8%)	Informations sur ma situation de santé
	Stimulation - évaluation
	Bilan de santé complet
	Une mise au point
Tranquillité (6.7%)	Un suivi à la personne rassurant
	La sécurité
	Confiance au suivi de la médecine

10. Recommanderiez-vous ce programme à des personnes de votre entourage de 60 ans et plus ?

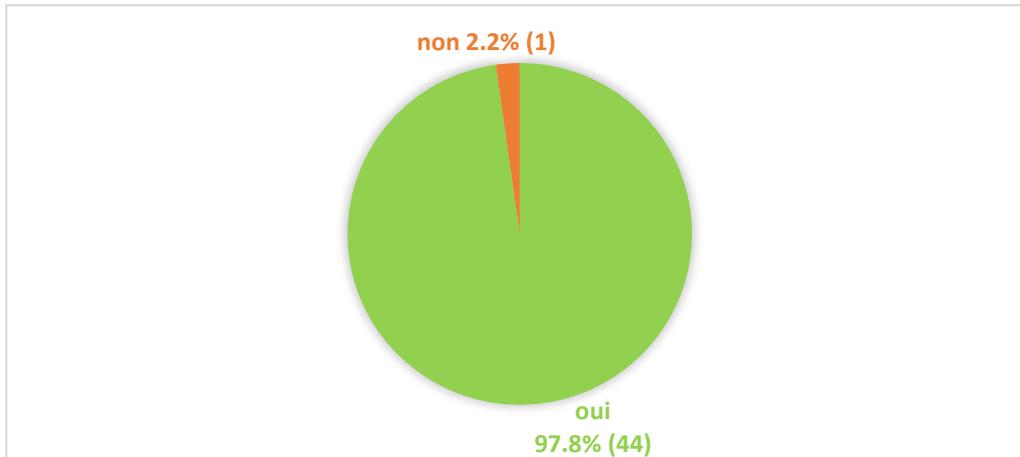


Figure 11 : Taux de recommandation du programme ICOPE

11. Quelle serait la raison principale de l'arrêt de votre participation à ce programme ICOPE ?

48.9 % (22) des participants n'ont pas répondu, 23 ont répondu : cf ci-dessous

Tableau 8: Raison principale d'un éventuel arrêt du programme ICOPE

Catégories	Réponses obtenues
Suivi par le médecin traitant (4.4%)	Suivi médical suffisant
	Suivi médical suffisant du fait de mon ALD
Manque d'envie (6.6%)	Manque de temps
	Le temps, mon humeur
	Le manque d'envie
Baisse d'intérêt (6.6%)	Manque d'intérêt
	Manque d'intérêt
	Je vais voir ce que cela donne dans 6 mois
Etat de santé (17.8%)	Incapacité sur maladie
	Incapacité
	Une incapacité
	La maladie
	Problèmes de santé
	Une invalidité ou hospitalisation
	Un problème grave de santé
	Incapacité intellectuelle
Absence de résultat perçu (2.2%)	Si les progrès sont absents ou incomplets
Aucun Motif (13.3%)	Je ne sais pas
	Pas de raison d'arrêt aujourd'hui
	Aucune raison
	Je ne sais pas
	Pas de raison
	Pas de raison

4. Discussion

4.1. Discussion des résultats

Les résultats de cette étude confirment sa faisabilité avec un recrutement de 45 participants sur la période du 1/09/2022 au 18/11/2022 pour un objectif initial fixé à 30 participants.

L'âge moyen des 45 participants est de 74.6 ans. La quasi-totalité (95.6%) des participants sont retraités. Concernant les actifs, au vu des statistiques nationales ils sont sous représentés (4.4%). La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) établit l'âge moyen de départ à la retraite proche de 63 ans (62.9 ans)(44). D'après l'INSEE la part des 60-63 ans pour l'année 2020 représente 11.5% de la population des 60 ans et plus.

Ceci peut avoir différentes causes :

Sur le plan pratique, le fait que la consultation auprès de l'IDE ASALEE afin de réaliser le STEP 1 ait lieu la semaine, en journée est un facteur limitant.

Lors du recrutement, les praticiens ont possiblement pu limiter la promotion du programme auprès de certains patients robustes, éligibles, de part le dynamisme perçu ou bien par appréhension de leur renvoyer une image de la vieillesse à travers laquelle ils ne se reconnaissent pas.

Les patients eux-mêmes ont pu ne pas se sentir concernés par ce programme du fait de leur absence de déficit fonctionnel associé à un âge qu'ils n'associent pas avec la vieillesse. Comme le montrent les résultats, un seuil à 70 ans apparaît concernant les tranches d'âge qualifiant la personne « d'âgée ». Ce qualificatif est minoritairement rapporté par les participants avant l'âge de 70 ans (13.2%).

Il aurait été intéressant de poser une question aux participants quant à l'âge perçu comme opportun pour préparer le « bien vieillir ».

Les résultats de cette étude montrent une perception de l'espérance de vie sans incapacité de 78 ans ce qui est très proche des statistiques de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). En 2021 La DREES rapportait une espérance de vie sans incapacité à 65 ans de 11.3 ans pour les hommes (76.3 ans) et 12.6 (77.6ans) ans pour les femmes (34).

91.2% des participants ont déclaré que le fait de se sentir en bonne santé n'était pas un frein concernant la motivation à débiter le programme ICOPE ce qui est encourageant mais cela

ne peut être extrapolé à l'ensemble de la population éligible comprenant les personnes ayant choisi de ne pas débiter ICOPE.

Concernant le recrutement, il s'est déroulé à 94% dans les suites d'un échange direct lors d'une consultation auprès des professionnels de santé de la MSP. Aucun participant n'a rapporté avoir décidé de débiter ICOPE par la communication sur support papier (flyer ou affiche) disponible en salle d'attente. Cela renvoie l'effort de recrutement quasiment exclusivement sur les praticiens. La promotion du programme lors d'une consultation est chronophage. Après avoir répondu aux demandes du patient lors d'une consultation de 15 minutes, il est en effet très peu fréquent d'avoir le temps nécessaire à cela. Nous avons donc constaté que la consultation n'était pas un bon moyen de recrutement pour s'inscrire durablement dans le temps.

En plus de la performance du recrutement, se pose la question de la nature de la population recrutée. Effectivement ICOPE est destiné aux personnes de 60 ans et plus, autonomes, mais son cahier des charges initial(37) mentionne la notion de priorité aux individus vulnérables (précarité socio-économique, isolement social ou géographique, éloignement des soins, statut d'aidant). Des critères de vulnérabilité présents chez certains patients de la MSP qui, de part leur statut d'utilisateur de la structure, ne sont pas éloignés des soins.

Afin d'augmenter le recrutement en visant également à inclure une population précaire non utilisatrice de la MSP une démarche « d'aller vers » est nécessaire. Elle pourrait prendre différentes formes :

- Envoi de courrier par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie aux habitants de plus de 60 ans.
- Promotion auprès d'acteurs locaux comme le groupe Orchidée porté par le conseil départemental qui est un groupe de parole destiné aux proches ayant le statut d'aidant, le club de gymnastique, le club de marche ou encore le club de bridge.
- Action flash de promotion sur le parking du supermarché qui est le centre de Villers-lès-Nancy Clairlieu entouré d'autres commerces de proximité (boulangerie, bistrot, boucher, poste).

Avec cette démarche peut-être pourrions-nous envisager un recrutement de 500 participants sur une période identique de 2,5 mois.

A l'origine de la décision de débiter ICOPE, les participants ont rapporté différentes motivations. La principale est le maintien de l'autonomie sur le long terme (73.3%). Cela confirme la compréhension de la philosophie du programme que ce soit à propos de son objectif principal ou l'obtention de ce dernier dans le temps. Une attente de bénéfice immédiat est également présente à travers cette participation que ce soit pour faire plaisir à

son médecin traitant (17.8%), assouvir sa curiosité (22.2%), renforcer son suivi médical en transmettant des informations au médecin traitant (40%) ou encore la réalisation d'un bilan de santé (31.1%).

Concernant le « bien vieillir » 78.1% des participants considèrent que les habitudes de vie en sont le premier déterminant. Cela traduit la perception de la nécessité d'être acteur pour atteindre cet objectif, état d'esprit pouvant favoriser la poursuite d'ICOPE dans le temps.

Les résultats ont permis d'évaluer le choix de passer systématiquement par l'IDE ASALEE pour débiter le programme ICOPE. Sur le plan de l'accessibilité, 27% des participants considèrent l'outil numérique comme un obstacle qui est surmonté grâce à l'IDE ASALEE. L'objectif d'autonomiser les participants pour qu'ils réalisent les STEP 1 de suivi à domicile n'a pas totalement été atteint car 24.4% d'entre eux ne se sentent pas aptes à effectuer le prochain test à domicile. Il serait intéressant d'en connaître la(les) raison(s) rapportée(s) par ces derniers. L'objectif de faciliter l'accès au programme est clairement rempli. L'intégralité des participants ont jugé que l'accompagnement de l'IDE ASALEE était utile, 96% d'entre eux l'ont jugé nécessaire, 84% indiquent qu'ils n'auraient pas débuté ICOPE sans cela. A posteriori il n'était pas obligatoire de faire la différence être utile et nécessaire. Dans tous les cas, les résultats permettent de valider l'intervention systématique de l'IDE ASALEE pour la réalisation du STEP 1 initial.

Une minorité de participants (15.6%) rapportent s'être sentis capables de débiter le programme ICOPE de façon autonome. Le STEP 1 en autonomie leur serait donc adapté. Bien que minoritaire ce taux n'en est pas moins significatif. Cette modalité de réalisation rend le patient acteur dès sa prise de connaissance d'ICOPE via les différents moyens de promotion. Cela laisse envisager une participation au programme plus durable, ce que confirme cette étude sur la mise en œuvre du programme ICOPE (38) intégrant 10903 participants : Sur l'ensemble des STEP 1 initiaux 14.1% d'entre eux ont été réalisés en autonomie. Concernant les STEP 1 de réévaluation, la proportion réalisée en autonomie s'élève à 19%. Au vu de ces résultats, le STEP 1 en autonomie pourrait, à terme, être développé auprès de la population de Villers-lès-Nancy Clairlieu dès lors qu'un nouveau mode de recrutement, comme détaillé précédemment, et qu'une plateforme téléphonique traitant les alertes, comme c'est le cas en Occitanie, seraient mis en place.

Dans l'éventualité d'une cohabitation future des 2 modes de réalisation du STEP 1 au sein de la MSP de Villers-lès-Nancy Clairlieu, il serait intéressant d'étudier également le mode de réalisation favorisant une participation plus durable ; de voir si l'IDE ASALEE, du fait de son approche centrée patient et utilisant l'entretien motivationnel, amènerait à des résultats différents quant à l'adhésion du programme au long cours.

Les résultats de cette étude rapportent une satisfaction notable suite à la réalisation du STEP 1 initial ce qui est de nature à favoriser la poursuite d'ICOPE dans le temps. Ainsi 84.4% des participants estiment que ce programme apporte une amélioration à leur suivi médical. Cela se manifeste par l'intention déclarée de réaliser le STEP 1 de suivi pour l'intégralité des participants et de recommander ICOPE à leurs proches éligibles pour 97.8% d'entre eux. Concernant le motif éventuel susceptible de provoquer l'arrêt de la participation au programme, l'absence de motif représente 62.2% des effectifs, le premier motif rapporté étant une incapacité en rapport avec l'état de santé. Quant au délai de réévaluation fixé à six mois, il est très majoritairement (95.6%) considéré comme adapté.

Les résultats montrent que l'absence de coût pour les participants est indispensable à leur adhésion à ICOPE. Nous avons proposé un modèle faisable, acceptable, reposant sur l'IDE ASALEE qui ne se limite pas au STEP 1 puisqu'elle réalise également le STEP 2, à l'exception des fonctions « vue » et « audition ». La suite de la prise en charge consistant à élaborer un PPS par le DAC (STEP 3) ainsi que son application (STEP4), impliquant le CHRU, est d'ores et déjà opérationnelle puisque bénéficiant de la coordination locale des acteurs issue de PAERPA et dorénavant partie intégrante du DAC.

4.2. Points forts de l'étude

Cette étude aborde un nouvel outil de dépistage et de suivi de la fragilité en soins primaires jusqu'ici non utilisé en Lorraine.

Elle met en lumière un système financièrement pérenne pour appliquer le programme ICOPE à une échelle locale par le biais d'une MSP avec IDE ASALEE en lien avec un DAC.

Ce travail a contribué au lancement du programme ICOPE dans la MSP de Villers-lès-Nancy Clairlieu en réunissant l'effectif nécessaire à ce travail d'étude.

L'Effectif (n=45) des participants est supérieur à celui initialement prévu (n=30) et l'intégralité des participants ayant débuté le programme ICOPE ont accepté de remplir les questionnaires pré et post consultation.

Une partie « commentaires libres » a été proposée dans certains items du questionnaire afin de permettre une expression spontanée des participants.

4.3. Points faibles de l'étude

Au rang des points faibles, nous pouvons lister les points suivants :

- L'étude évalue l'acceptabilité du programme de débiter le STEP 1 pas son suivi.
- Elle permet de mesurer l'intention de réaliser la réévaluation à 6 mois et non de constater le nombre de réévaluation effectuée à 6 mois.
- Biais de sélection : Population urbaine.
- Mode de fonctionnement non généralisable aux structures de soins primaires ne bénéficiant pas d'IDE ASALEE.

Piste d'amélioration du questionnaire :

Concernant la question 6 : Selon vous, laquelle (lesquelles) des propositions contribue(nt) le plus à s'inscrire dans le « bien vieillir » ?

Il aurait été intéressant d'individualiser les 3 propositions de l'item « la prise en compte de l'activité physique, de la nutrition ou d'un éventuel traitement de maladie chronique dans ses habitudes de vie » afin de percevoir l'importance respective de chacune d'entre elles.

Concernant la perception du vieillissement, il aurait été intéressant de questionner les participants sur leur estimation de l'âge (en année et non par tranche d'âge) d'entrée dans la vieillesse afin de la situer par rapport à leur estimation d'espérance de vie sans incapacité.

5. Conclusion

Pour faire face à ce défi que représente le maintien de l'autonomie au sein d'une population vieillissante dans le but de vieillir en santé, l'OMS a donc créé un programme novateur de suivi longitudinal de la capacité intrinsèque basé sur les soins intégrés et l'e-médecine, dans l'optique de repérer la fragilité et d'intervenir sur cette dernière avant qu'elle n'aboutisse à la dépendance.

Le programme ICOPE opère un suivi différent de la personne âgée de par son approche fonctionnelle centrée sur le patient. A sa phase initiale STEP 1 étudiée ici, il repose sur les professionnels de soins primaires qui nécessitent d'être rémunérés pour y consacrer de leur temps. En l'absence de budget spécifiquement alloué à cette tâche la diffusion du programme s'en trouve sérieusement compromise.

Dans ce contexte nous proposons un modèle faisable, acceptable et reproductible de l'implémentation du programme ICOPE à son étape 1 au sein d'une MSP bénéficiant de la présence d'un(e) IDE ASALEE.

Nous invitons le dispositif de pilotage d'ICOPE et d'ASALEE à se rapprocher afin de reproduire ce modèle dans les différents territoires en proposant qu'ICOPE soit un champ de prévention supplémentaire proposé par l'ensemble des IDE ASALEE.

Si un tel partenariat venait à se créer, il serait intéressant d'en évaluer les bénéfices sur les effectifs recrutés au sein de territoires non subventionnés, à un an du début de sa mise en œuvre.

Bibliographie

1. WPP2019_PressRelease_FR.pdf [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_FR.pdf
2. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. 9789240694842_fre.pdf [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf
4. Murray CJL, Callender CSKH, Kulikoff XR, Srinivasan V, Abate D, Abate KH, et al. Population and fertility by age and sex for 195 countries and territories, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. nov 2018;392(10159):1995-2051.
5. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
6. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 [Internet]. [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
7. Toussaint JF. Bien vieillir : à quelles conditions ? *Gérontologie et société*. 2012;35 / HS 1(5):41-53.
8. Alaphilippe D, Bailly N. Chapitre 4. Aspects psychosociaux du vieillissement. In: *Psychologie de l'adulte âgé* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014 [cité 20 avr 2023]. p. 69-86. (Le point sur... Psychologie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-de-l-adulte-age--9782804181994-p-69.htm>
9. Diebel LWM, Rockwood K. Determination of Biological Age: Geriatric Assessment vs Biological Biomarkers. *Curr Oncol Rep*. 2021;23(9):104.
10. Determination of Biological Age: Geriatric Assessment vs Biological Biomarkers - PMC [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8284182/>
11. Bersay C. Vieillir. *Études sur la mort*. 2004;126(2):37-42.
12. fiche_parcours_fragilite_vf.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
13. Binder EF, Schechtman KB, Ehsani AA, Steger-May K, Brown M, Sinacore DR, et al. Effects of Exercise Training on Frailty in Community-Dwelling Older Adults: Results of a Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(12):1921-8.

14. Monteserin R, Brotons C, Moral I, Altimir S, San José A, Santa Eugenia S, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial. *Family Practice*. 1 juin 2010;27(3):239-45.
15. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
16. Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 1 juill 2011;11(1):33.
17. Krivoschapova KE, Vegner EA, Barbarash OL. [Frailty syndrome as an independent predictor of adverse prognosis in patients with chronic heart failure]. *Kardiologiia*. 31 mars 2022;62(3):89-96.
18. Pandey A, Kitzman D, Reeves G. Frailty Is Intertwined With Heart Failure: Mechanisms, Prevalence, Prognosis, Assessment, and Management. *JACC: Heart Failure*. 1 déc 2019;7(12):1001-11.
19. Farooqi MAM, Gerstein H, Yusuf S, Leong DP. Accumulation of Deficits as a Key Risk Factor for Cardiovascular Morbidity and Mortality: A Pooled Analysis of 154 000 Individuals. *J Am Heart Assoc*. 28 janv 2020;9(3):e014686.
20. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 30 août 2005;173(5):489-95.
21. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero Á, Inzitari M, Martínez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. juill 2018;84(7):1432-44.
22. Ribeiro AR, Howlett SE, Fernandes A. Frailty—A promising concept to evaluate disease vulnerability. *Mechanisms of Ageing and Development*. 1 avr 2020;187:111217.
23. mipaa-fr.pdf [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-fr.pdf>
24. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report [Internet]. World Health Organization; 2015 [cité 8 avr 2023]. Report No.: WHO/HIS/SDS/2015.6. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>
25. Brochure: Soins intégrés pour les personnes âgées (SIPA) Directives applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-MCA-17.06.10>
26. 9789290313274-fre.pdf [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329945/9789290313274-fre.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

27. ICOPE MONITOR, une application pour prévenir le déclin des fonctions chez les personnes âgées - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/icope-monitor-une-application-pour-prevenir-le>
28. Masson E. Icope : pour aider les professionnels de santé à prévenir la dépendance chez les seniors [Internet]. EM-Consulte. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1486051/figures/icope-pour-aider-les-professionnels-de-sante-a-pre>
29. MMSE.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.reseaucuny.fr/wp-content/uploads/2022/02/MMSE.pdf>
30. Montreal Cognitive Assessment - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/montreal-cognitive-assessment>
31. MNA.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.reseaucuny.fr/wp-content/uploads/2022/02/MNA.pdf>
32. PHQ9_French_for_France.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: https://www.prevention-depression.lu/wp-content/uploads/PHQ9_French_for_France.pdf
33. plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf
34. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2018 [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022-1>
35. Takeda C, Guyonnet S, Vellas B. Politique de prévention de la perte de l'autonomie. Stratégie ICOPE de l'OMS, mise en œuvre opérationnelle en Occitanie. Regards. 6 oct 2020;57(1):87-94.
36. Fragilité des personnes âgées : un programme de dépistage inédit dans le monde – SFGG [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). 2018 [cité 8 avr 2023]. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/fragilite-des-personnes-agees-un-programme-de-depistage-inedit-dans-le-monde/>
37. icope_cahier_des_charges_220322.pdf [Internet]. [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/icope_cahier_des_charges_220322.pdf
38. Tavassoli N, Barreto P de S, Berbon C, Mathieu C, Kerimel J de, Lafont C, et al. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. The Lancet Healthy Longevity. 1 juin 2022;3(6):e394-404.
39. Soins : ICOPE O.M.S [Internet]. INSPIRE. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/soin-icope-o-m-s/>

40. Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) : l'unification est lancée [Internet]. 2022 [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/dispositifs-dappui-la-coordination-dac-lunification-est-lancee>
41. Déposer un projet innovant [Internet]. 2023 [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/deposer-un-projet-innovant>
42. Crismer A, Belche JL, Van der Vennet JL. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. Santé Publique. 2016;28(3):375-9.
43. L'entretien motivationnel [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/elips/entretien-motivationnel>
44. Âge de départ à la retraite | Statistiques, recherches et prospective de la Cnav [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/age-de-depart-a-la-retraite.html>

Annexes

Annexe 1 : Echelle de fragilité clinique selon Rockwood

Score de Fragilité Clinique	
 <p>1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.</p>	 <p>7 Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).</p>
 <p>2 Bien - Personnes qui ne présentent aucun symptôme de maladie active mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très actives par période. (par exemple des variations saisonnières).</p>	 <p>8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.</p>
 <p>3 Assez bien - Personnes dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés, mais ne sont pas régulièrement actives au-delà de la marche quotidienne.</p>	 <p>9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une espérance de vie < 6 mois, qui sinon ne sont pas fragiles de façon évidente.</p>
 <p>4 Vulnérable - Sans être dépendantes des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs symptômes limitent leurs activités. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.</p>	<p>Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.</p> <p>Le degré de fragilité correspond au degré de démence.</p> <p>Les symptômes courants de démence légère inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.</p> <p>Dans la démence modérée, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.</p> <p>Dans la démence grave, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.</p>
 <p>5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un ralentissement plus évident, et ont besoin d'aide dans les activités d'ordre élevé de la vie quotidienne (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.</p>	
 <p>6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour toutes les activités à l'extérieur et pour l'entretien de la maison. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour prendre un bain et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.</p>	

(Rockwood et al, CMAJ 2005)

Annexe 2 : Liste de déficits utilisés pour définir l'indice de fragilité de Rockwood

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

(Rockwood et al, CMAJ 2005)

Annexe 3 : Gérontopole Frailty Screening Tool

Personne à prévenir pour le RDV :
 Nom :
 Lien de parenté :
 Tél :
 Nom du médecin traitant :
 Tél :
 Email :
 Nom du médecin prescripteur :
 Tél :



Informations patient
 Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Tél :
 Adresse :

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë./

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

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.

Juin 2013

Annexe 4 : Grille SEGA-A

Comment repérer le niveau de fragilité ? Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).¹

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____

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

INTERPRETATION

Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

A QUI TRANSMETTRE ?

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.
Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

¹ Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

Grille SEGA-A : guide d'utilisation

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

(FL : Foyer Logement)

Médicaments : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?* Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ?* La question posée est celle du « moral ». On peut demander : *Vous sentez-vous bien ? Etes-vous anxieux ? Etes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*

Perception de sa santé : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?* Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?* Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

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

Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ;

Si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ;

Si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2).

Si vous renseignez le poids et la taille dans l'EGS, cela permettra de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Dénutrition si IMC < 21.

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

Mobilité : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?* Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (cane, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : *La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ?* Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne

(AIVQ) : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir... ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

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

Version SEGA-A modifiée pour le domicile (2014) – Validation par l'Université de Reims Champagne-Ardenne, Faculté de Médecine, EA 3797, Reims (France).

D'après version originelle de Didier Schovaerdt (2004) – Université catholique de Louvain (Belgique), adaptée par le Réseau REGECA (Réseau Champagne-Ardenne- France).

Avec le soutien de la CARSAT- Nord-Est, France.

Annexe 5 : Grille ADL

Tableau 110.1 Les 6 items des activités de la vie quotidienne (ADL).

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	

Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ;
score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités.
Source : Katz S, et al. *Progress in the development of the index of ADL.*
Gerontologist. 1970; 10 : 20-30.

Annexe 6 : Grille IADL

Tableau 110.2 Les 14 items des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).

	Score
I. Activités courantes	
1. Aptitude à utiliser le téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
2. Courses	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
3. Préparation des aliments	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
4. Entretien ménager	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
5. Blanchisserie	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
6. Moyens de transport	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
7. Responsable à l'égard de son traitement	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
8. Aptitude à manipuler l'argent	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
Total des points « Activités courantes »	.../8

(Suite)

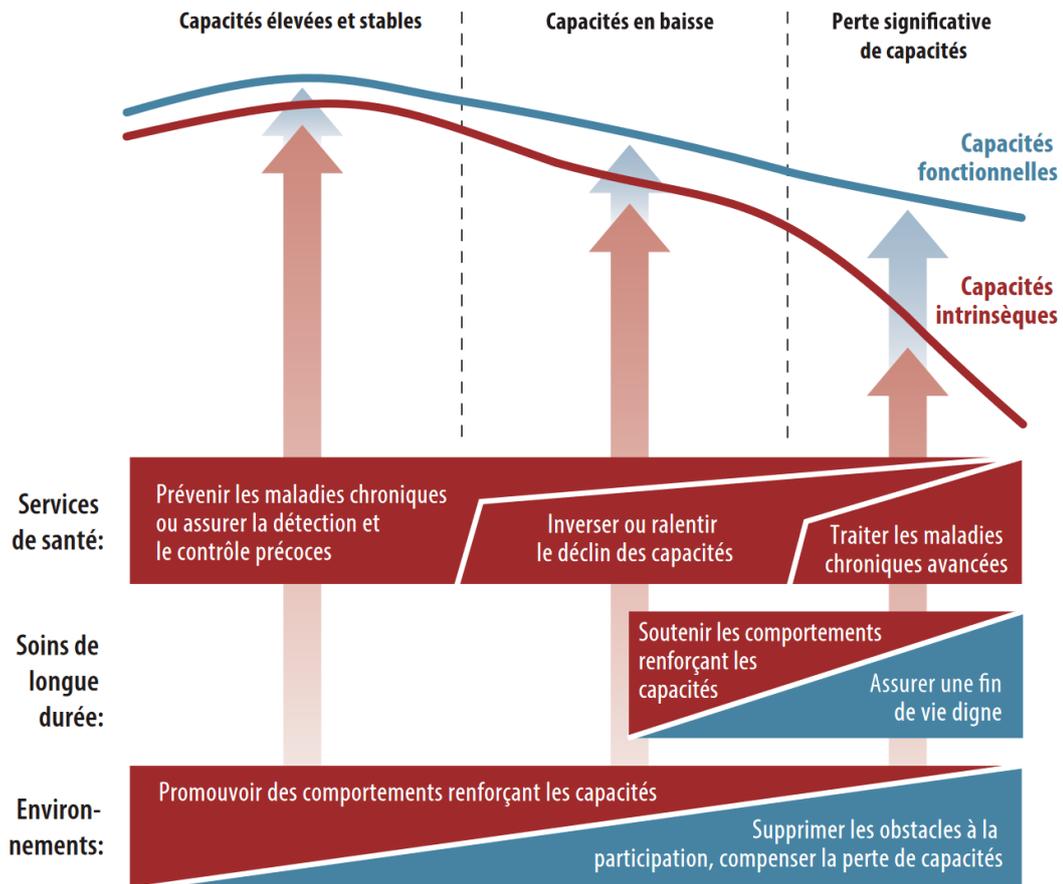
Tableau 110.2 Suite.

II. Entretien quotidien	
1. Propreté	
Se débrouille seul aux toilettes, pas d'incontinence	1
On doit rappeler au patient qu'il doit aller aux toilettes, ou il a besoin d'aide, ou il a quelques accidents (au plus une fois par semaine)	0
Se souille en dormant plus d'une fois par semaine	0
Se souille éveillé plus d'une fois par semaine	0
Aucun contrôle sphinctérien	0
2. Alimentation	
Mange sans aide	1
Mange avec aide mineure aux heures de repas et/ou avec une préparation spéciale de la nourriture ou une aide pour se nettoyer après les repas	0
S'alimente seul avec une aide modérée et est « négligé »	0
Nécessite une aide importante pour les repas	0
Ne s'alimente pas seul du tout et résiste aux efforts des autres pour s'alimenter	0
3. Habillage	
S'habille, se débrouille et sélectionne ses vêtements de sa propre garde-robe	1
S'habille, se déshabille seul si les vêtements sont présélectionnés	0
A besoin d'une aide pour s'habiller même lorsque les vêtements sont présélectionnés	0
A besoin d'une aide importante pour s'habiller mais coopère à l'habillage	0
Complètement incapable de s'habiller seul et/ou résiste à l'aide des autres	0
4. Soins personnels (propreté, cheveux, ongles, mains, visage, vêtements)	
Toujours proprement vêtu, bien tenu sans aide	1
Prend soin de lui de façon appropriée, avec une aide mineure occasionnellement (p. ex. pour se raser)	0
Nécessite une aide modérée et régulière ou une supervision	0
Nécessite une aide totale mais peut rester bien net après l'aide de l'entourage	0
Refuse toute aide de l'entourage pour rester net	0
5. Déplacements	
Se déplace dans les étages ou en ville	1
Se déplace dans le quartier, dans les environs proches	0
Se déplace avec l'aide de quelqu'un ou utilise une aide (clôture, rampe), une canne, un fauteuil roulant	0
S'assoit sur un siège ou dans un fauteuil roulant, ne peut se mouvoir seul, sans aide	0
Alité la plupart du temps	0
6. Bains	
Se lave seul (baignoire, douche, etc.) sans aide	1
Se lave seul avec une aide pour entrer dans la baignoire ou pour en sortir	0
Se lave le visage et les mains facilement mais ne peut se laver le reste du corps	0
Ne se lave pas seul mais coopère lorsqu'on le lave	0
N'essaie pas de se laver seul et/ou résiste à l'aide de l'entourage	0
Total des points « Entretien quotidien »	.../6
Total IADL = points « Activités courantes » + « Entretien quotidien »	.../14

Source : Lawton M, Brody EM. Assessment of older people : self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist. 1969; 9 : 179-86.

Annexe 7 : Actions et leurs impacts sur le vieillissement

Fig. 2.4. Un cadre de santé publique relatif au *Vieillesse en bonne santé* : opportunités pour des actions de santé publique sur tout le parcours de vie



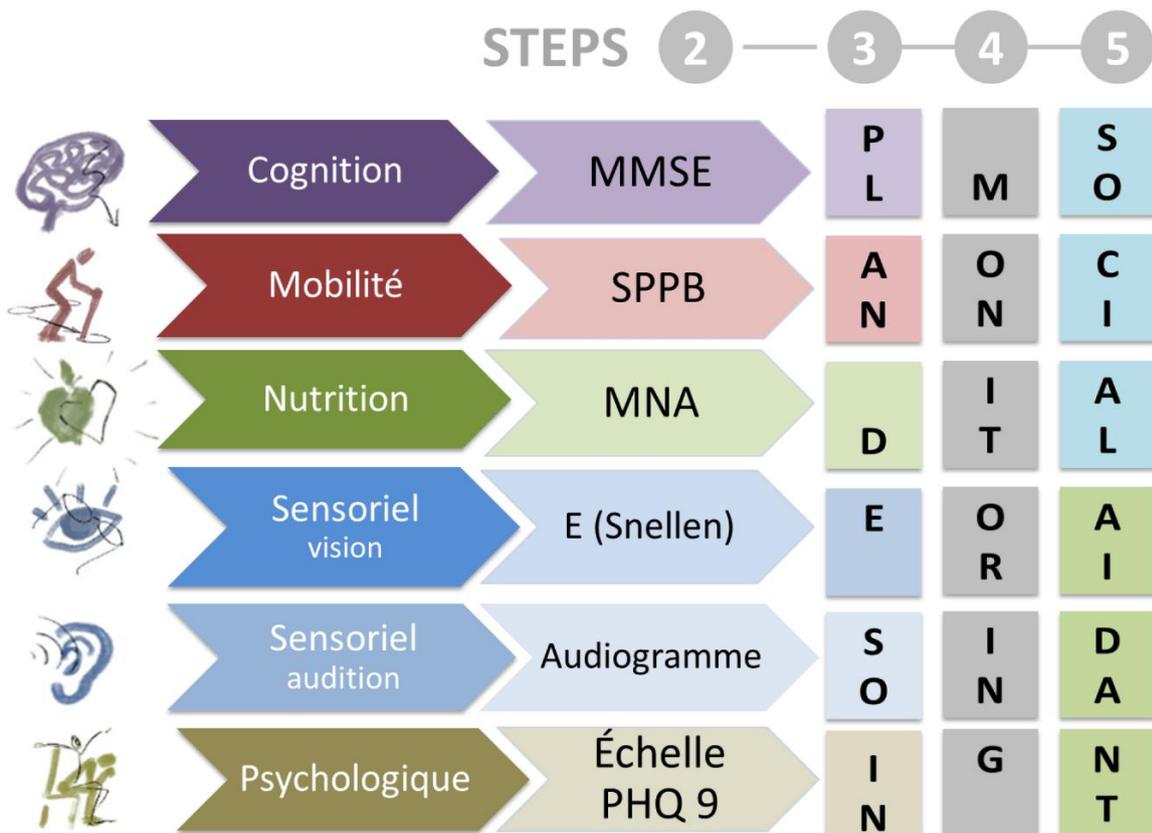
(Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, OMS 2015)

Annexe 8 : ICOPE en 5 étapes

5 Steps du programme ICOPE – OMS



(Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance (ERVPD) gerontopole de Toulouse)



(Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance (ERVPD) gerontopole de Toulouse)

Annexe 9 : Statistiques démographiques

Répartition de la population en 2018 : Les effectifs

Tranches d'âge	Clairlieu	Clairlieu- Champelle Essarts Sanceé	Clairlieu- Valonnière Bois de l'Hospice	Villers-lès-Nancy sans Clairlieu	Villers-lès- Nancy	Métropole du Grand Nancy	Meurthe-et- Moselle	Grand Est	France
De 00 à 14 ans	500	324	176	1 616	2 116	38 070	124 586	950 590	11 586 688
De 15 à 29 ans	454	261	193	2 562	3 016	70 257	145 132	973 362	11 342 331
De 30 à 44 ans	592	394	199	1 812	2 404	45 287	135 427	1 017 583	12 106 221
De 45 à 59 ans	692	422	271	1 834	2 527	43 447	142 370	1 143 410	12 888 238
De 60 à 74 ans	864	536	328	1 776	2 640	38 507	119 253	946 941	10 797 645
De 75 ans ou plus	756	392	363	1 099	1 854	21 863	66 700	518 503	6 122 915
Total	3 858	2 329	1 530	10 699	14 557	257 431	733 468	5 550 389	64 844 038
Moins de 30 ans	954	585	369	4 178	5 132	108 327	269 718	1 923 952	22 929 019
30 à 59 ans	1 284	816	470	3 646	4 931	88 734	277 797	2 160 993	24 994 459
60 ans ou plus	1 620	928	691	2 875	4 494	60 370	185 953	1 465 444	16 920 560
74 ans ou plus	756	392	363	1 099	1 854	21 863	66 700	518 503	6 122 915

Répartition de la population en 2018 : Part

Tranches d'âge	Clairlieu	Clairlieu- Champelle Essarts Sanceé	Clairlieu- Valonnière Bois de l'Hospice	Villers-lès-Nancy sans Clairlieu	Villers-lès- Nancy	Métropole du Grand Nancy	Meurthe-et- Moselle	Grand Est	France
De 00 à 14 ans	13%	14%	12%	15%	15%	15%	17%	17%	18%
De 15 à 29 ans	12%	11%	13%	24%	21%	27%	20%	18%	17%
De 30 à 44 ans	15%	17%	13%	17%	17%	18%	18%	18%	19%
De 45 à 59 ans	18%	18%	18%	17%	17%	17%	19%	21%	20%
De 60 à 74 ans	22%	23%	21%	17%	18%	15%	16%	17%	17%
De 75 ans ou plus	20%	17%	24%	10%	13%	8%	9%	9%	9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Moins de 30 ans	25%	25%	24%	39%	35%	42%	37%	35%	35%
30 à 59 ans	33%	35%	31%	34%	34%	34%	38%	39%	39%
60 ans ou plus	42%	40%	45%	27%	31%	23%	25%	26%	26%
74 ans ou plus	20%	17%	24%	10%	13%	8%	9%	9%	9%

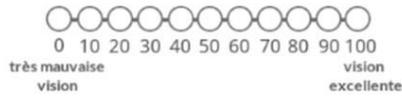
Source des données : INSEE 2018 / Conception et réalisation : Scalen, 2023

Annexe 10 : Flyer

Avez-vous l'impression que votre vue a baissé, avec ou sans vos lunettes, au cours de ces quatre derniers mois ?

Oui Non

Comment considérez-vous la qualité de votre vue (avec vos lunettes si vous en avez) au cours du dernier mois ? Indiquez sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux



Avez-vous l'impression que votre audition a baissé au cours des quatre derniers mois ?

Oui Non

Est-ce que votre entourage se plaint que votre audition a baissé dernièrement ?

Oui Non

Comment considérez-vous la qualité de votre audition (avec vos appareils auditifs si besoin) ? Indiquez sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux.



Vous pouvez désormais prendre rendez-vous au 06. 52. 56. 66. 80 auprès de Mme Magali Bourgery Infirmière Asalée (santé publique)



ICCOPE

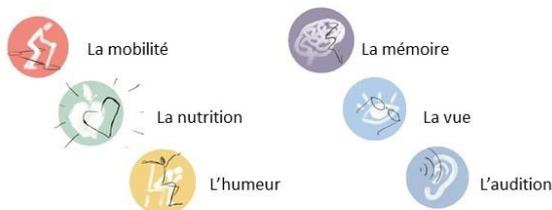
La prévention est le meilleur allié du bien vieillir.



ICCOPE est un programme de santé publique établi pas l'Organisation Mondiale de la Santé pour le mieux vieillir ayant pour objectif le maintien de l'autonomie de la personne âgée en dépistant les fragilités.

La fragilité est une porte d'entrée vers la dépendance.

Elle correspond à l'atteinte d'une des 6 fonctions suivantes :



Dans ce cadre, la maison de santé pluriprofessionnelle de Clairlieu vous propose de participer gratuitement à ce programme de prévention.

Pour cela il suffit de réaliser une évaluation initiale encadrée par notre infirmière Asalée. Elle vous accompagnera également dans la familiarisation avec l'outil numérique (ordinateur ou téléphone) qui sera nécessaire pour que vous puissiez réaliser les prochaines évaluations de suivi (tous les 6 mois).

Dans un premier temps vous pouvez remplir le questionnaire ci-après

Questionnaire

Nom / Prénom :

Date de naissance/ Age :

Avez- vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est et quel jour on est) ?

Oui Non

Avez- vous constaté une aggravation de ces troubles au cours des 4 derniers mois ?

Oui Non

Votre poids : _____ kg

Avez- vous perdu involontairement plus de 3 kg au cours des 3 derniers mois ?

Oui Non

Avez- vous perdu de l'appétit récemment ?

Oui Non

Comment qualifiez-vous votre appétit au cours du dernier mois ?

Indiquez sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100)



Avez- vous des problèmes aux yeux : des difficultés pour voir de loin, pour lire, des pathologies oculaires ou suivez- vous actuellement un traitement (diabète, hypertension) ?

Oui Non

Annexe 11 : Protocole STEP 1 au sein de la MSP de Clairlieu



Protocole « Dépistage précoce des fragilités de la personne âgée, autonome de plus de 60 ans. »

Référence : PT0002 DEPISTAGE FRAGILITES + DE 60 ANS

Version : 1

Date de création :

26/09/2022

Rédaction	Vérification	Validation	Dates de révision
Magalie BOURGERY (Infirmière Asalée) Fanny GRANDJEAN (Coordinatrice)	Dr Antoine Canton (Médecin généraliste) Jean-François Aubry (Médecin remplaçant auteur d'une thèse sur le programme ICOPE en soins primaires)	Dr SIMON Anne (médecin conseil de l'assurance maladie)	
Structure : Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Villers-lès-Nancy – Clairlieu 4000 avenue Paul Muller 54600 VILLERS-LES-NANCY			Référent : Dr Antoine CANTON

I. PROBLEMATIQUE :

L'augmentation du nombre de personnes âgées en état de grande dépendance a entraîné il y a 40 ans la création des services de gériatrie. Or, nous savons d'une part, que le système de santé n'est pas adapté au vieillissement actuel de la population (explosion du nombre de personnes âgées dépendantes), et d'autre part, que d'ici 2050 une personne sur cinq dans le monde aura 60 ans et plus (estimation de l'OMS) [1]. Les six fonctions essentielles au maintien de l'autonomie (mobilité, cognition, audition, vision, psycho-social et vitalité) nécessitent donc d'être précocement évaluées et prises en charge pour permettre un vieillissement en santé*.

*Vieillir en santé ne signifie pas ne pas avoir de pathologies, mais « garder ses fonctions pour continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous et continuer à être ce que l'on est au fond de soi » [2].

II. OBJECTIFS :

Général : Favoriser un vieillissement en bonne santé et prévenir la perte d'autonomie des usagers de la MSP de Villers-Clairlieu.

Opérationnels :

- Implémenter le programme ICOPE recommandé par l'OMS pour un vieillissement en bonne santé et une prévention de la perte d'autonomie au sein de la MSP de Villers-Clairlieu [3].
- Dépister les fragilités liées à l'âge et favorisant la perte d'autonomie au sein de la MSP de Villers-Clairlieu.
- Favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible dans des conditions optimales.

III. DOMAINE D'APPLICATION / PERSONNEL CONCERNE :

Ce protocole décrit la conduite à tenir pour accompagner un patient dans le dépistage des fragilités liées à l'âge. Il s'applique aux usagers de la MSP âgés de plus de 60 ans dont le médecin traitant exerce au sein de la MSP et il est mis en œuvre par l'ensemble des professionnels de la MSP ainsi que la pharmacie de proximité extérieure à la structure.

IV. DOCUMENTS APPELES OU RATTACHES :

OUT 0001 Fiche Infos – Patients ICOPE « Vous avez plus de 60 ans et vous souhaitez prévenir la perte d'autonomie pour favoriser un vieillissement en santé ? Rejoignez le programme ICOPE »

- OUT 0002 Annuaire ICOPE
- OUT 0003 Evaluation gériatrique
- OUT VALIDE 0001 Échelle ADL
- PS 0001 : Protocole de soins : Pec des fragilités Personnes Âgées.

V. SOURCES DOCUMENTAIRES OU REFERENCES :

[1] OMS, Manuel - Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires. Disponible sur : <https://www.who.int/ageing/publications/manuel-conseil-sur-levaluation-et-les-filieres-axes-sur-la-personne--9789290313274-fre.pdf>

Protocole « Dépistage précoce des fragilités de la personne âgée, autonome de plus de 60 ans. »

Référence : PT0002 DEPISTAGE FRAGILITES + DE 60 ANS

Version : 1

Date de
création :

26/09/2022

[2] OMS, Rapport mondial sur le Vieillessement et la Santé, 2016. Disponible sur :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1

[3] C. Takeda, S. Guyonnet, Y. Sumi, B. Vellas I. A. De Carvalho, ICOPE - « Programme de soins intégrés pour les seniors recommandé par l'OMS pour le maintien des capacités et la prévention de la dépendance chez les personnes âgées », *L'Année gériatologique*, Vol. 33, Tome II, 2019.

VI. DEFINITIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ICOPE : Integrated Care for Older People

VII. ACCESSIBILITE DU PROTOCOLE :

Le protocole est consultable dans le classeur Qualité disponible et consultable en salle de réunion.

Il est intégré au logiciel commun PARCEO / CANAL Protocoles.

VIII. DIFFUSION :

Un mail d'information a été envoyé à l'ensemble des professionnels de la MSP afin de prévenir de sa mise en service et sa présentation a été effectuée en réunion d'équipe.

IX. EVALUATION :

Ce protocole sera révisé tous les deux ans par ses rédacteurs.

Indicateurs retenus :

- Nombre de patients ayant été inclus dans le programme ICOPE au sein de la MSP
- Nombre d'alertes générées

MOTS CLES (Maximum 5) :

Gériatrie, fragilités, ICOPE, dépistage, personnes âgées

DESCRIPTION :

Qui ?	Fait quoi ?	Dans quelles modalités ?
Professionnels de la MSP + Pharmacie La Clairière	<p>Élément d'entrée : Patients usagers de la MSP âgés de plus de 60 ans, autonomes, dont le médecin traitant exerce au sein de la MSP.</p>	
	Repérage d'un patient éligible.	OUT 0001 Fiche Infos Patients ICOPE
Assistante médicale de 8h30 à 12h30 et de 14h à 16h30	Orientation pour présentation du dispositif ICOPE.	
Infirmière Asalée	Prise de rdv avec IDE Asalée via agenda Doctolib.	
	Consultation d'orientation gériatrique et passation échelle ADL	OUT VALIDE 0001 Échelle ADL
	Score ADL ≥ 5 .	
	Score ADL < 5 .	
	Inclusion programme ICOPE.	
	Proposition évaluation gériatrique.	
Infirmière Asalée	Recueil consentement patient.	Sortie du protocole, Transmission médecin traitant et suivi au long cours.
Assistante médicale	Création du dossier patient sur ICOPE BOT (mail pour alertes = IDE Asalée et Assistante Médicale)	PEC PPS 0001
Infirmière Asalée		Logiciel ICOPE BOT.
Infirmière Asalée	Réalisation 1 ^{er} STEP 1.	OUT 0002 Annuaire ICOPE
Infirmière Asalée	Remise au patient de la fiche « Annuaire ICOPE »	Intégration des rdv dans Doctolib Asalée.
	Mail Mailiz + Transmission par observation MediStory	
Infirmière Asalée	<p>Patient non autonome numériquement ?</p> <p>Parcours ICOPE accompagné (rdv tous les 6 mois pour réalisation des tests).</p>	Mail sécurisé Mailiz Logiciel MediStory
Infirmière Asalée		PEC PPS 0001
Assistante médicale	Mail + Transmission des résultats par observation	
Infirmière Asalée		
Professionnels de la MSP + Pharmacie La Clairière	<p>Pas de problème détecté : création alerte de suivi à 6 mois.</p> <p>Réalisation STEP 1 tous les 6 mois (en autonomie ou accompagné selon situations)</p>	Logiciel ICOPE BOT.
	Renseignements des usagers sur le processus au besoin.	

Élément de sortie : institutionnalisation ou décès

Annexe 12 : Questionnaire pré STEP 1

Questionnaire pré-consultation IDE ASALEE

1/ Comment avez-vous eu connaissance du programme ICOPE ?

- Par un professionnel de la maison de santé
- Par une affiche dans la salle d'attente d'un professionnel de santé de la MSP de Clairlieu
- Au sein de votre pharmacie
- Bouche à oreille
- Autre : précisez

2/ Avez- vous déjà eu une consultation auprès d'une infirmière Asalée auparavant ?

- Oui
- Non

3/ Parmi les fonctions suivantes évaluées dans le programme ICOPE, laquelle/ lesquelles est/sont actuellement une source de difficultés ? :

- Mobilité
- Nutrition
- Humeur
- Mémoire
- Vue
- Audition
- Aucune

4/ Considérez-vous que le fait de vous sentir en bonne santé est un frein à la motivation de débiter le programme ICOPE ?

- Oui
- Non

5/ Quelle(s) est(sont) votre(vos) motivations(s) principale(s) concernant ce programme ICOPE ?

- Faire un bilan de santé
- Renforcer votre suivi médical car les informations sont transmises à votre médecin traitant exerçant dans la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Clairlieu
- Maintenir votre autonomie sur le long terme
- Peu d'attente mais la curiosité vous a motivé à essayer

- Faire plaisir à votre médecin traitant qui vous a proposé de participer à ce programme
- Autre : précisez :

6/ Selon vous, laquelle (lesquelles) des propositions contribue le plus à s'inscrire dans le « bien vieillir » ?

- Le patrimoine génétique
- La recherche / les progrès de la médecine
- La prise en compte de l'activité physique, de la nutrition ou d'un éventuel traitement de maladie chronique dans ses habitudes de vie
- La qualité de vie matérielle (ne manquer de rien)
- Les possibilités logistiques (avoir un accès aux soins)
- Ne pas être isolé grâce à sa famille et ses amis

7/ Selon vous, quelle est l'espérance de vie sans incapacité en France ?

(L'espérance de vie sans incapacité correspondant au nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes)

..... ans

8/ Selon vous, à partir de quelle tranche d'âge est-on une personne âgée ?

- 60 à 65 ans
- 65 à 70 ans
- 70 à 75 ans
- 75 à 80 ans
- Au-delà de 80 ans

9/ Quel âge avez-vous ?

..... ans

10/ Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

11/ Etes-vous retraité ?

- Oui
- Non

12/ Quelle catégorie correspond à l'activité professionnelle principalement exercée au cours de votre carrière ?

- Agriculteur(trice)
- Artisan(e)
- Commerçant(e)
- Chef(fe) d'entreprise
- Ouvrier(e)
- Employé(e)
- Profession intermédiaire (se situant entre l'employé et le cadre)
ex :infirmier(e),assistant(e) social€, professeur(e) des écoles, technicien(ne), commercial(e) ...
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Homme / Femme au foyer

13/ Participeriez-vous à ce programme si cette consultation d'intégration au programme ICOPE par l'infirmière Asalée était :

Payante et remboursée :

- Oui
- Non

Payante et non remboursée :

- Oui
- Non

14/ Avez-vous des choses à ajouter qui vous sembleraient importantes à dire concernant ICOPE ?

Annexe 13 : Test STEP 1

ICOPE MONITOR STEP 1 DE L'OMS

Date du test :

Evaluation initiale Suivi – monitoring

Nom et prénom :

Date et ville de naissance :

Téléphone Portable:

Adresse mail:

Nom et ville du médecin traitant :

Je certifie avoir obtenu l'accord du sujet Le :

Signature:

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

Tourner la page SVP 

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

- Absence d'anomalie: conseils généraux
- Anomalie connue et prise en charge adaptée: conseils ciblés
- Nouvelle anomalie: conseil de rendez-vous auprès de son médecin traitant
- Nouvelle anomalie: prise de rendez-vous immédiate auprès de son médecin traitant

Instructions

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

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

• **Test de lever de chaise** :**

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

Annexe 14 : Questionnaire post STEP 1

Questionnaire post-consultation IDE ASALEE

1/ Ce programme semble-t-il correspondre à vos attentes ?

- Oui
- Non

2/L'outil numérique (ordinateur ou smartphone) est-il un obstacle pour vous ?

- Oui
- Non

3/ Concernant la réalisation du test initial quel outil numérique a eu votre préférence ?

- Ordinateur
- Smartphone

4/ L'accompagnement de l'infirmière Asalée vous a-t-il semblé utile pour débiter le programme ICOPE ?

- Oui
- Non

Si oui pensez-vous qu'il était même nécessaire ?

- Oui
- Non

5/ Auriez-vous débuté le programme ICOPE sans cet accompagnement par l'infirmière Asalée ?

- Oui
- Non

6/ Envisagez- vous de poursuivre le programme ICOPE avec la réalisation de la prochaine évaluation dans 6 mois ?

- Oui
- Non

7/ Vous sentez-vous apte à effectuer chez vous (à votre domicile) le test de réévaluation prévu à 6 mois ?

- Oui
- Non, je préfère revoir l'infirmière Asalée

Si oui, seul(e) ou avec l'aide d'un proche ?

- Seul(e)
- Avec l'aide d'un proche

8/ Que pensez-vous du délai de réévaluation fixé à 6 mois ?

- Trop court
- Adapté
- Trop important

Si ce délai ne vous paraît pas adapté, quel est celui qui vous semblerait approprié (en mois) ?

_____ mois

9/ Le programme ICOPE apporte-t-il quelque chose de supplémentaire dans votre suivi lors des consultations effectuées auprès de votre médecin généraliste ?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous dire ce qu'il vous apporte ?

.....
.....
.....
.....

10/ Recommanderiez-vous ce programme à des personnes de votre entourage de 60 ans et plus ?

- Oui
- Non

11/ Quelle serait la raison principale de l'arrêt de votre participation à ce programme ICOPE ?

.....

Annexe 15 : Appel à projet ICOPE de la métropole du Grand Nancy



Dossier de candidature

Appel à candidatures

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin

Dossier de candidature à compléter et à renvoyer avant le 12 mars 2022 :

- Aux adresses mails de votre Agence régionale de santé figurant en annexe 2
- Et à l'adresse suivante : icope@sante.gouv.fr

Mentionner en objet du message : « Appel à candidature ICOPE – candidature »





DOSSIER DE CANDIDATURE

- Nature de la structure porteuse du projet**
- Dénomination de la structure : CPTS de la Métropole Nancéienne
 - Raison sociale : CPTS de la Métropole Nancéienne
 - Statut juridique : Association Loi 1901 non Reconnue d'Utilité Publique
 - Numéro FINESS juridique et géographique : 540025798 et 540025806
 - Adresse : 22 rue François de Neufchâteau 54000 NANCY
 - Région : Grand Est



Contact(s)

Il s'agit ici du ou des principaux interlocuteurs (plusieurs contacts possibles)

Contact 1

- Nom et Prénom : GILET Anne-Laure
- Profession : Coordinatrice de la CPTS de la Métropole Nancéienne
- Numéro de téléphone : 06 10 93 02 46
- Adresse mail : cptsmn54@outlook.com
- Signature : 

Contact 2

- Nom et Prénom : CANTON Antoine
- Profession : Médecin généraliste
- Numéro de téléphone : 06 67 39 62 91
- Adresse mail : antoine.canton@gmail.com
- Signature : 

Contact 3

- Nom et Prénom : PECHEY Thierry
- Profession : Infirmier libéral
- Numéro de téléphone : 06 03 06 34 79
- Adresse mail : pechey.t@wanadoo.fr
- Signature : 

Contact 4

- Nom et Prénom : Dr Eliane ABRAHAM
- Profession : Médecin gériatre, directeur du « Réseau Gérard Cuny - PTA Métropole Grand Nancy »
- Numéro de téléphone : 03.83.45.84.90
- Adresse mail : docteur@reseaucuny.fr
- Signature :



Contact 5

- Nom et Prénom : Pr PERRET-GUILLAUME Christine
- Profession : médecin gériatre, chef du service de gériatrie au CHRU de Nancy
- Numéro de téléphone : 03.85.15.33.22
- Adresse mail : c.perret-guillaume@chru-nancy.fr
- Signature :





Coordonnées des partenaires

Structure 1 : Plateforme Territoriale d'Appui de la Métropole du Grand Nancy

- Nom et Prénom : Dr Eliane ABRAHAM
- Profession : Médecin gériatre et directeur du « Réseau Gérard Cuny - PTA Métropole Grand Nancy »
- Numéro de téléphone : 03.83.45.84.90
- Adresse mail : docteur@reseaugcuny.fr

Structure 2 : CHRU de Nancy

- Nom et Prénom : M. Bernard DUPONT
- Profession : Directeur général
- Numéro de téléphone : 03 83 85 14 99
- Adresse mail : direction.generale@chru-nancy.fr

Structure 3 : Métropole du Grand Nancy

- Nom et Prénom : M. Mathieu KLEIN
- Profession : Président

Structure 4 : France Assos Santé

- Nom et Prénom : M. Jean PERRIN
- Profession : Représentant des usagers
- Numéro de téléphone : 06 80 16 29 14
- Adresse mail : opusperrin@hotmail.fr



Description des éléments du contexte territorial utiles au projet :

La métropole du Grand Nancy est le siège d'un partenariat historique et efficace entre les différents acteurs, qui a été un levier majeur de la réponse à la crise sanitaire dans le cadre du contrat local de santé (« aller vers » les publics vulnérables et précaires, dépistage, vaccination de masse, ...)

Ainsi, les partenaires interlocuteurs de ce projet collaborent depuis de nombreuses années dans l'intérêt de la population et de l'amélioration des parcours de santé.

Il existe en particulier un lien fort entre le CHRU de Nancy, la PTA/réseau Gérard Cuny et la CPTS de la Métropole Nancéienne dans le cadre des travaux sur le lien ville-Hôpital, actions de formation initiale et continue, ...

La PTA/réseau Gérard Cuny s'est construite avec les partenaires, en appui de chacun d'entre eux.

Depuis 2014, le territoire de la métropole du Grand Nancy a été également territoire PAERPA.

La création de la CPTS en 2019 a renforcé la coordination sur le territoire, qui compte 3 maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) et 6 équipes de soins primaires (ESP) en fonctionnement. D'autres structures d'exercice coordonné sont en cours de formation avec le soutien de la CPTS.

Ainsi la Maison de Santé de Villers-Lès-Nancy Clairlieu met déjà en place ICOPE depuis septembre 2021 sans financement dédié, et il s'agit ici de permettre l'extension du dispositif à tous les professionnels de santé de la métropole, en exercice isolé ou regroupé.

Une thèse d'exercice de médecine générale est en cours sur le sujet à la maison de santé de Villers-Lès-Nancy, dirigée par le Dr Antoine Canton, médecin généraliste maître de conférence associé au département de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy, et présidée par le Pr Christine Perret-Guillaume, chef du service de gériatrie au CHRU de Nancy.

Ainsi, le volet universitaire et recherche en santé publique est envisagé dès le début de l'action.

Les ESP présentes sur le territoire participeront au déploiement territorial du projet sur l'ensemble de la métropole du Grand Nancy

Aujourd'hui, la volonté de tous les acteurs du territoire est de progresser vers la prévention de la perte d'autonomie, en intervenant le plus en amont possible, mettre en place des actions de conservation des compétences, et ainsi préserver l'espérance de vie sans incapacité. Notre culture de coopération pluriprofessionnelle, permettant de qualifier le territoire de « mature » dans ce domaine, est le terreau qui permettra de développer, grâce à ICOPE, cette ambition.

Les acteurs du projet :

- CPTS de la Métropole Nancéienne ;
- Réseau Gérard Cuny/PTA ;
- Le CHRU de Nancy ;
- Le Centre Florentin (OHS) ;
- Les maisons hospitalières (hôpital gériatrique de proximité ESPIC) ;
- Les MSP et ESP du territoire ;
- La Métropole du Grand Nancy ;
- Le Centre Psychothérapique de Nancy ;
- Les SSIAD et SAAD de la Métropole ;
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie ;
- La CARSAT ;
- La MSA ;
- Les mutuelles ;
- L'Agence Régionale de Santé Grand Est ;
- Les Centres communaux d'action sociale ;
- Le Conseil départemental ;
- Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- France Assos Santé ;
- La conférence des financeurs ;
- La filière d'accueil et d'accompagnement sanitaire et social des publics précaires (« Accueil et réinsertion sociale ») ;
- Le dispositif Orchidée porté par le conseil départemental ;
- La plateforme d'aide aux aidants ;
- Les associations de seniors : exemples ONPA à Nancy, Bien vieillir à Vandoeuvre, ... ;
- Le Dispositif Mona Lisa porté sur le territoire par l'ONPA ;
- Les associations APA (Activité physique adaptée) ;
- Les associations de quartiers (clubs de marche, bridge...) ;
- des clubs service (Rotary et le Lions Club) ;
- Les associations de patients et les associations des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville.

Description synthétique de la structure porteuse (et de la CPTS ou des CPTS partenaires si elles ne sont pas la structure porteuse) :

La CPTS de la Métropole Nancéienne est une association loi 1901 créée par déclaration en préfecture en 2019,

Son projet de santé a été validé en commission en juillet 2020 et ses ACI signés en décembre 2020. La réponse à cet appel à candidature permet de prolonger et d'étendre la dynamique vers une thématique au cœur des préoccupations des professionnels de santé.

La CPTS a notamment vocation à coordonner des équipes de soins primaires, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des professionnels à exercice isolé, pour mieux structurer l'offre de soins primaires sur le territoire de la métropole. Diverses actions y contribuent depuis sa création et le projet ICOPE bénéficiera de son élan et de sa capacité déjà éprouvée à favoriser le travail ensemble.

Pour la CPTS, le projet ICOPE est une motivation supplémentaire pour élargir les liens entre les différents acteurs médicaux et médicosociaux, renforcer une culture commune, pluriprofessionnelle dans le cadre d'actions de repérage / dépistage de la perte des capacités fonctionnelles du sujet âgé et délivrance des soins adaptés.

Son territoire couvre les 20 communes de la Métropole du Grand Nancy avec une population de 257 431 habitants soit 1/3 du département de la Meurthe-et-Moselle, ce qui fait de la CPTS une CPTS de taille 4.

La répartition des habitants est la suivante :

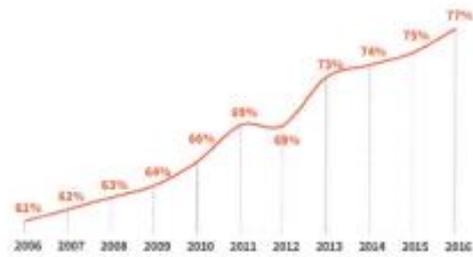
	Nancy		Nancy	
0 à 14 ans	38 070	12 005 261	14,8	18,0
15 à 29 ans	70 257	11 696 734	27,3	17,5
30 à 44 ans	45 287	12 447 723	17,6	18,7
45 à 59 ans	43 447	13 291 253	16,9	19,9
60 à 74 ans	38 507	11 055 645	15,0	16,6
75 ans ou plus	21 863	6 235 921	8,5	9,3
Total	257 431	66 732 538	100,0	100,0

(Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale - 2018)

Le territoire compte ainsi 60 370 habitants de 60 ans et + (dont 21 863 de 75 ans et +), chiffres inférieurs aux données nationales.

Il est par ailleurs constaté un vieillissement de la population.

Evolution de l'indice de vieillissement
dans la Métropole du Grand Nancy



(Source : Atlas Santé Bien-être de la Métropole du Grand Nancy 2020)



Description du projet de mise en œuvre de l'expérimentation :

1. Territoire(s) d'intervention, volume populationnel, effectif prévisionnel d'inclusions

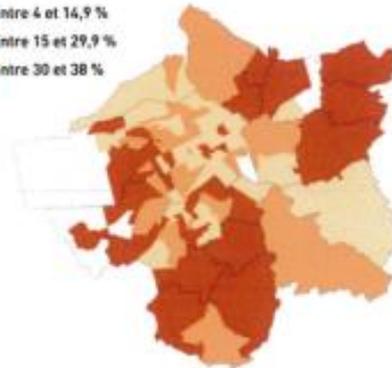
Le projet portera sur le territoire d'intervention de la CPTS soit la métropole du Grand Nancy (cf. ci-dessus).

La métropole du Grand Nancy comporte 8 quartiers prioritaires de la politique de la Ville. Or ces quartiers font face à un vieillissement de la population. Le projet portera donc une attention particulière à ces quartiers avec les acteurs locaux (cf. ci-dessous).



PART DES 65 ANS ET PLUS

- Entre 4 et 14,9 %
- Entre 15 et 29,9 %
- Entre 30 et 38 %



La population cible répondra aux critères de vulnérabilité issus des travaux du Professeur Vellas, notamment la précarité économique et les personnes isolées et vieillissantes.

- ✓ Effectif prévisionnel d'inclusions :

Compte-tenu du nombre de professionnels de santé libéraux du territoire et de la population des personnes de plus de 60 ans, la CPTS de la Métropole Nancéenne envisage l'inclusion de 5000 patients sur la période de l'appel à projets.

2. Acteurs des différentes étapes :

Différents acteurs se succéderont en fonction des étapes du projet.

En amont du step One, une importante animation territoriale :

La sensibilisation des personnes âgées susceptibles de participer à l'expérimentation pourra se faire par différents acteurs sur le territoire de la CPTS de la Métropole Nancéenne qu'ils soient professionnels de santé ou non.

Ces acteurs renverront la personne vers un professionnel en charge de l'inclusion d'ICOPE, formé pour le programme.

Différents modes de sensibilisation sont envisagés auprès des personnes âgées dites « robustes » via :

- les professionnels de santé de la CPTS : information dans les instances de la CPTS et par mailing ;
- Création et diffusion de supports de communication aux professionnels, mentionnant le numéro de téléphone dédié ;
- Partenaires du projet en charge des personnes âgées (cf. ci-dessous) ;
- Envoi de courrier à toutes les personnes âgées de plus de 60 ans (CPAM...);
- Organisation d'événements publics flash dédiés par la CPTS et les partenaires et intégration dans des événements prévus (forum sénior des communes, salon cité santé, ...), visant à sensibiliser la population et recruter des patients (implication lors de ces événements de professionnels libéraux en activité, retraités ou salariés et d'étudiants en santé). Une attention particulière sera apportée dans les quartiers où résident une proportion importante de personnes vulnérables sur le plan socioéconomique où pourront également intervenir des médiateurs en santé ou des ambassadeurs en santé, issus des acteurs des QPV, du CLS ou des CCAS ;
- Les aidants seront ciblés par les professionnels de soins primaires et les structures partenaires de soutien aux aidants ;
- Les personnes éloignées des soins, notamment les patients sans médecin traitant bénéficient déjà d'une réflexion intégrée au projet de santé de la CPTS. Identifiées par la CPAM, une approche individuelle leur sera proposée.

Les partenaires de la sensibilisation seront les suivants notamment :

- La CPAM;
- Le Conseil départemental ;
- France Assos Santé ;
- Les CCAS ;
- La conférence des financeurs ;
- Le programme Orchidée porté par le conseil départemental (groupes destinés aux proches aidants des personnes âgées) ;
- La plateforme d'aide aux aidants ;
- Les associations de seniors : exemples Office Nancéen des Personnes Agées, Bien vieillir à Vandoeuvre, ... ;
- Les associations APA (Activité physique adaptée) ;
- Les associations de quartiers (clubs de marche, bridge...);
- des clubs service (Rotary et le Lions Club).

Step 1 : Dépister

Les personnes sensibilisées seront orientées vers des professionnels de santé formés au step One. L'inclusion des personnes âgées se fera toujours par un professionnel de santé en soins primaires (médecin, IDEL, éventuellement pharmacien). Si besoin, cette inclusion pourra se faire sur le lieu de vie de la personne dans une logique « aller vers ». Les réévaluations pourront ensuite se faire de façon autonome par les patients qui le peuvent et le souhaitent.

Inclusion des patients dans la base de données ICOPE

Un centre ICOPE sur la CPTS va être créé dès le début du projet. Chaque professionnel de santé en charge d'inclusion dans le STEP 1, aura un accès à ce centre et à ses patients inclus.

Les coordonnateurs de projet au niveau de la CPTS de la Métropole Nancéienne auront accès à l'ensemble des patients inclus sur le territoire de l'expérimentation, afin de pouvoir faire un suivi global des inclusions et du projet, et mobiliser également les ressources universitaires précitées dans le cadre de travaux de recherche.

La coordinatrice de la CPTS sera en charge de promouvoir et d'accompagner le recrutement des professionnels intégrant l'expérimentation, et de veiller à leur formation à l'outil ICOPE Monitor.

Le médecin traitant du patient sera informé que le patient est inclus dans ICOPE dès son premier step 1 et de toute alerte au step 1, afin de prendre les dispositions nécessaires. C'est chaque professionnel de santé qui a effectué le premier step one, qui s'engage à s'assurer de la bonne information du médecin traitant de la personne concernée. Cette information concerne une alerte sur une perte fonctionnelle, mais aussi une absence ou un arrêt des réévaluations programmées. Dans ce dernier cas, le médecin pourra déclencher le dispositif « aller vers » dans l'équipe de soins du patient.

Step 2 : Évaluation axée sur la personne dans les soins primaires : déroulé de l'action

Le médecin traitant a été informé de l'alerte. Il examine le patient pour évaluer la perte de fonction dépistée : validation préalable pour prise en charge médicale avant, le cas échéant, organisation de l'évaluation approfondie. Il oriente vers un infirmier libéral formé spécifiquement si l'alerte n'émane pas d'un tel infirmier.

L'étape d'évaluation approfondie sera réalisée par des infirmiers libéraux formés spécifiquement à l'entretien considérant les conditions de vie, les valeurs, le contexte social, les priorités et les motivations de la personne. La réalisation de cette évaluation approfondie gagnera à être réalisée dans le milieu de vie de la personne dans l'esprit « Aller vers ».

Le lien avec le médecin traitant reste essentiel à ce stade, pour coordonner l'évaluation médicale complémentaire utile et mettre en place le plan de prévention concerté, issu de la synthèse effectuée par l'infirmier évaluateur.

Ensuite, arrive la phase d'entretien motivationnel. De nombreux professionnels de premier recours du territoire y sont déjà familiarisés dans le cadre d'une formation préalable à l'ETP (Education Thérapeutique du Patient). Les autres bénéficieront de la formation e-learning prévue dans ICOPE. Dans le cadre du suivi qualité du projet, la coordinatrice de la CPTS veillera au respect de l'application des bonnes pratiques en matière de formation.

L'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé (IREPS) Grand Est et l'association pour le développement de l'éducation thérapeutique en Lorraine (EDULOR) contribueront à la formation complémentaire dans une dynamique territoriale de proximité.

La mobilisation du réseau partenarial précédemment décrit sera sollicitée autant que de besoin pour réaliser les bilans et actions de prévention et de soins, mis en perspective avec les valeurs et motivations de la personne.

La personne (le patient) reste bien ainsi au centre du dispositif.

Sur le territoire, dans l'esprit « aller vers » une articulation sera réalisée à domicile si nécessaire avec :

- le projet de téléconsultation assistée augmentée développé sur le territoire (possibilité d'utiliser cette technologie si besoin) ;
- l'action de dépistage des troubles visuels à domicile, grâce la mise à disposition d'une mallette de matériel spécifique, et en lien avec le service d'ophtalmologie du CHRU
- Selon les besoins, d'autres actions similaires pourront être mises en place (Audiogramme par IDE...)

En l'absence de médecin traitant, la CPTS, répondant à ses missions, est mobilisée pour en rechercher. Un protocole a été mis en place d'une part afin d'identifier les professionnels acceptant de nouveaux patients dans un contexte démographique tendu, et d'autre part d'encourager les patients parfois réticents à accepter un médecin traitant.

Step 3 : Élaborer un plan de soins personnalisé, intégré dans le PPCS

L'évaluation sera transmise à la PTA pour appui à la création d'un dossier patient dans le système d'information collaboratif appelé LIGO du territoire (la métropole est territoire e-parcours) Cette étape permettra de disposer de la traçabilité de proximité, d'élaborer un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS), et d'inscrire le patient dans le processus de suivi de parcours de fragilité.

Les saisies ultérieures via ICOPE Monitor seront importées dans LIGO.

La présence d'un médecin gériatre à temps plein à la PTA est un atout essentiel pour coordonner le parcours de santé, dans une approche biomédico-psycho-sociale, en appui à l'équipe de soins du patient. Soulignons que la PTA s'est développée dans la suite d'un réseau de santé gérontologique fortement orienté vers les soins primaires et le lien ville-hôpital.

Le PPCS est co-construit avec le patient, ses intervenants professionnels, et son entourage s'il le souhaite. Les notions d'empowerment et la concertation sont centrales dans le processus.

Il permettra de dérouler l'accompagnement gradué intégrant les étapes suivantes (step 4 et 5), en lien avec tous les partenaires.

L'équivalent des steps 3 4 et 5 sont déjà en fonctionnement sur le territoire de la métropole depuis le développement de PAERPA.

3. Projet de stratégie d'« aller vers » :

Le volet « aller vers » de ce projet est présenté de manière longitudinale.

Tous les steps intègrent un dispositif « aller vers » :

- Step 1 :
 - Sensibilisation dans les quartiers prioritaires de la ville ;
 - Suivi dans le temps au plus près des patients afin que ceux-ci poursuivent les évaluations ;
- Step 2 :
 - Évaluation faite au domicile du patient ;
 - Action de la CPTS pour les patients sans médecin traitant ;
- Step 3 :
 - Intervention de la PTA/réseau Gérard Cuny qui se déplace depuis toujours dans le

- milieu de vie de la personne ;
- o Suivi au plus près des patients pour la mise en œuvre et le suivi des préconisations du PPCS.

4. Partenariat d'aval :

Ce projet sera soutenu, notamment à partir du step 3, par l'expertise de la PTA qui dispose d'une compétence soignante et médicale spécialisée en gériatrie dans son approche domiciliaire, mais aussi en lien avec les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Des liens seront faits avec les acteurs suivants, notamment :

- Le CHRU (centre mémoire ressource recherche...);
- Le centre Florentin (OHS) (MPR);
- L'établissement Saint-Charles ;
- Les accueils de jour (EHPAD, centre Germaine Marchal) ;
- L'équipe mobile géro-psycho-geriatrique et l'équipe mobile extrahospitalière ;
- Tous les services adaptés...

5. Contexte numérique :

Le système d'information du projet reposera sur deux outils :

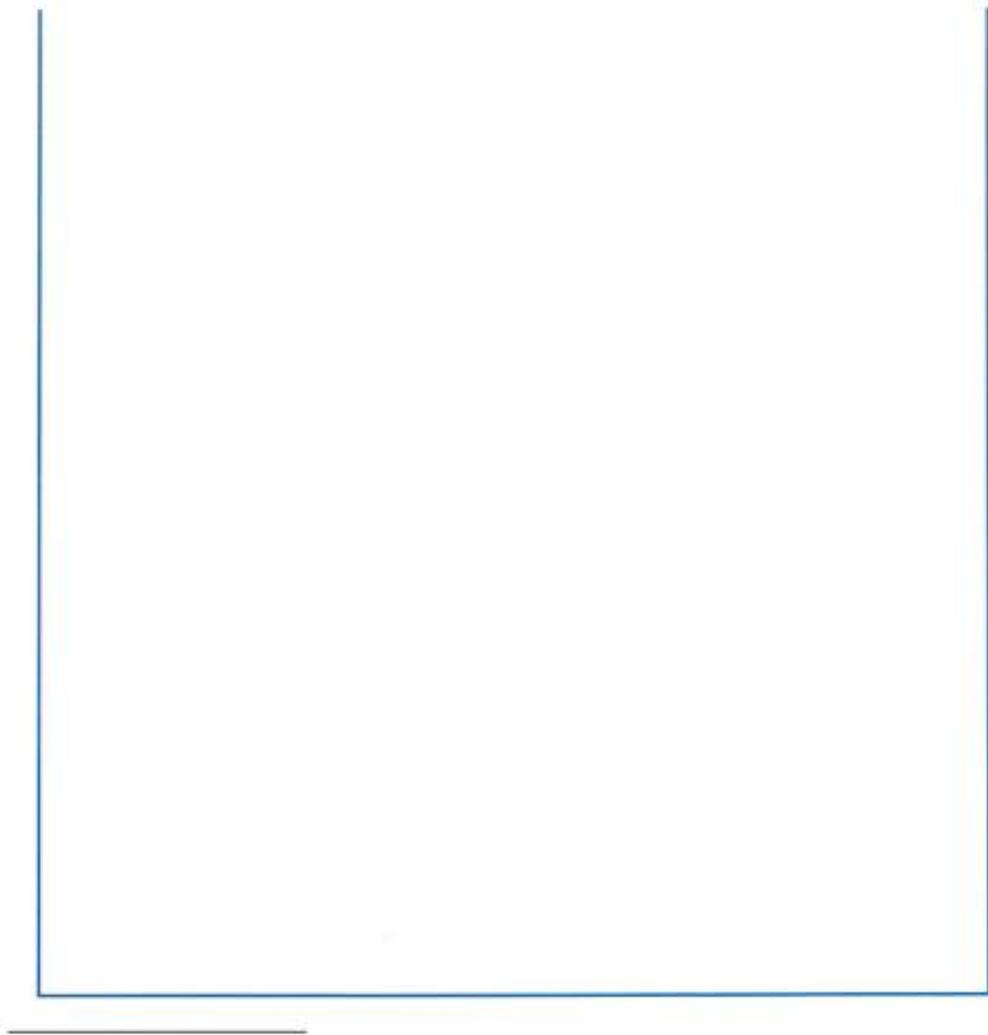
- ICOPE Monitor pour les inclusions, solution déjà utilisée par le CHU de Toulouse ;
- LIGO pour la traçabilité du dossier collaboratif territorial, la rédaction et diffusion du PPCS, etc. Cet outil est d'ores et déjà utilisé par le réseau Gérard Cuny/PTA pour le suivi des patients.

Il est également envisagé le passage au système PARCEO, qui sera issu de la dynamique e-parcours sur le territoire, lorsque celui-ci sera opérationnel. Le lien avec le GRADeS est une force.

Par ailleurs Apicrypt et Mailiz (MS Santé) sont des messageries sécurisées bien implantées sur le territoire, auprès des professionnels de ville et du CHRU, et compatibles avec LIGO.

L'utilisation des deux outils se fera de façon concomitante tout au long du déploiement du projet :

- Tout au long des steps : ICOPE Monitor ;
- Step 1 et 2 et gestion des alertes entre l'infirmier et le médecin traitant : messagerie sécurisée ;
- Step 3, step 4 et Step 5 LIGO et messagerie sécurisée.



Attentes envers l'expérimentation et cohérence avec le projet de santé mis en œuvre par le porteur, justifiant le souhait de participer à la mise en œuvre de l'expérimentation

Ce projet est soutenu par l'existence du Contrat Local de Santé (2^{ème} génération) de la Métropole du Grand Nancy dans lequel la PTA/réseau Gérard Cuny et la CPTS sont incluses. Ce dernier a, entre autres, comme objectif d'agir le plus précocement possible et d'axer les actions en y intégrant la prévention. De ce fait la Métropole du Grand Nancy est partenaire privilégié du projet.

Par ailleurs le projet de santé de la CPTS porte plusieurs actions transversales au projet notamment :

- Action 1 : accès à un médecin traitant : des travaux universitaires ont été lancés avec la faculté de médecine de Nancy en vue de déterminer les freins des médecins à prendre en charge de nouveaux patients. Par ailleurs un questionnaire a été transmis aux adhérents de la CPTS afin d'identifier les professionnels prenant en charge de nouveaux patients. Un premier listing a pu être établi. Enfin en parallèle un protocole de recherche d'un médecin traitant a été développé avec lien avec les ESP et MSP du territoire.
- Action 3 : création d'un circuit court d'accès aux soins ophtalmologiques pour les publics les plus précaires : une médiatrice en santé issue de l'ARS Camille Mathis est mise à disposition de la CPTS pour la réalisation de cette action. Cette action, déjà déployée, rencontre un fort engouement des structures bénéficiaires. Elle pourra facilement être proposée dans le cadre du projet.
- Action 5 : organisation d'un accès facilité au système de soins de droit commun pour les populations migrantes et précaires : en lien avec les soins ophtalmologiques, un interne intervient dans les structures d'accueil et d'hébergement des personnes précaires. Il pourra intervenir pour sensibiliser ces populations et les orienter vers un professionnel formé pour le dépistage.
- Action 7 : promotion des ESP et MSP : le déploiement de ce projet soutiendra les ESP en cours de formation en leur apportant un projet opérationnel.
- Action 11 : promotion des programmes d'ETP : la formation et l'utilisation de l'entretien motivationnel dans le cadre du projet permettra de sensibiliser les professionnels non encore formés à l'ETP et d'envisager le déploiement de ces programmes au sein des ESP/MSP ou en exercice isolé.

Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet

Deux instances de pilotage seront mises en place :

- Un COPIL restreint composé de la CPTS, de la PTA, du CHRU de Nancy et des représentants des ESP et MSP ; son but sera d'assurer la coordination et l'animation du projet, la communication en interne et en direction du réseau partenarial, l'organisation des formations et la gestion du recueil des données nécessaires au suivi et/ou l'évaluation. Il identifiera les difficultés et les bonnes pratiques et les besoins d'arbitrages le cas échéant, à remonter au comité de suivi en région et au comité national.
- Un Comité de suivi (CPAM, ARS, Conseil Départemental, MSP, ESP, représentant des usagers, métropole du Grand Nancy, CHRU de Nancy) : sa mission sera d'assurer la cohésion de l'action entre les différents acteurs et de mettre en œuvre les orientations décidées par le COPIL restreint.

Eventuels partenaires financiers

En parallèle des financements prévus dans le présent appel à candidature, la CPTS envisage également de demander des financements complémentaires à l'ARS Grand EST et à la conférence de financeurs pour les éléments non pris en charge, notamment les réunions de coordination des acteurs en step 2 et 3.

Commentaires libres

Empty rectangular box for free comments.



ANNEXE 1 Les acteurs

Animation territoriale



- Les CCAS ;
- La conférence des financeurs ;
- Le dispositif Orchidée porté par le conseil départemental ;
- La plateforme d'aide aux aidants ;
- Les associations de seniors : exemples ONPA à Nancy, Bien vieillir à Vandœuvre, ... ;
- Les associations APA (Activité physique adaptée) ;
- Les associations de quartiers (clubs de marche, bridge...) ;
- des clubs service (Rotary et le Lions Club)

Step 1



- Professionnels de santé spécialement formés
- ESP et MSP du territoire

Step 2



- Médecins libéraux
- Infirmiers libéraux
- spécialement formés
- ESP et MSP du territoire

Step 3



- Équipe de professionnels de santé autour du patient

Step 4



- Le centre Florentin (OHS) (MPP) ;
- L'établissement Saint-Charles ;
- Les accueils de jour (EHPAD, centre Germaine Marchal) ;
- L'équipe mobile gériatrique psychiatrique et l'équipe mobile extrahospitalière ;
- Tous les services adaptés...

Step 5



- Le centre Florentin (OHS) (MPP) ;
- Les maisons hospitalières (hôpital gériatrique de proximité ESPIC) ;
- Les accueils de jour (EHPAD, centre Germaine Marchal) ;
- L'équipe mobile gériatrique psychiatrique et l'équipe mobile extrahospitalière ;

ANNEXE 2 Contacts ARS

ARS Auvergne Rhône-Alpes	ARS-ARA-ART51@ars.sante.fr
ARS Bourgogne-Franche-Comté	ARS-BFC-ART51@ars.sante.fr
ARS Bretagne	ARS-BRETAGNE-ART51@ars.sante.fr
ARS Centre-Val de Loire	ARS-CVL-ART51@ars.sante.fr
ARS Corse	ARS-CORSE-ART51@ars.sante.fr
ARS Grand-Est	ARS-GRANDEST-ART51@ars.sante.fr
ARS Guadeloupe	ARS-GUADELOUPE-ART51@ars.sante.fr
ARS Guyane	ARS-GUYANE-ART51@ars.sante.fr
ARS Hauts-de-France	ARS-HDF-ART51@ars.sante.fr
ARS Île-de-France	ARS-IDF-ART51@ars.sante.fr
ARS Martinique	ARS-MARTINIQUE-ART51@ars.sante.fr
ARS Normandie	ARS-NORMANDIE-ART51@ars.sante.fr
ARS Nouvelle Aquitaine	ARS-NA-ART51@ars.sante.fr
ARS Occitanie	ARS-OC-ART51@ars.sante.fr
ARS Océan Indien	ARS-OI-ART51@ars.sante.fr
ARS Pays de la Loire	ARS-PDL-ART51@ars.sante.fr
ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur	ARS-PACA-ART51@ars.sante.fr

Résumé

Introduction : A l’instar de la population mondiale, la population française est vieillissante. Pour vieillir en bonne santé, le maintien de l’autonomie est un objectif primordial. Le programme ICOPE de l’OMS vise à y contribuer en dépistant la fragilité par une approche fonctionnelle centrée sur le patient. Cette étude traite de l’intégration de ce programme au sein d’un type de structure de soins primaires (MSP), bénéficiant de la présence d’une IDE ASALEE.

Objectifs :

Évaluer l’acceptabilité et la faisabilité du programme ICOPE en soins primaires au sein d’une maison de santé pluriprofessionnelle.

Évaluer la perception du vieillissement chez la personne autonome âgée de 60 ans et plus.

Méthode :

Étude quantitative comprenant une enquête observationnelle en deux temps : Distribution d’un questionnaire pré et post STEP 1. Les participants éligibles étaient âgés de 60 ans et plus, autonomes et avaient leur médecin traitant au sein de la MSP de Villers-lès-Nancy Clairlieu.

Résultats : Sur la période du 1^{er} septembre au 18 novembre 2022, 45 participants ont été recrutés. Suite à la réalisation du STEP 1, la totalité des participants ont déclaré avoir l’intention de poursuivre le programme à 6 mois, délai de réitération du STEP 1 qui a été jugé adapté pour 95.6% d’entre eux. La majorité des participants (97.8%) recommanderaient ICOPE à leur entourage tandis que 84.4% d’entre eux considèrent qu’il complète le suivi de leur médecin traitant. Concernant l’IDE ASALEE 84.4% des participants n’auraient pas débuté le programme ICOPE sans son accompagnement et l’intégralité d’entre eux ont jugé son intervention utile.

Conclusion : L’initiation du programme ICOPE repose sur les soins primaires. Au sein de la MSP, la présence de l’IDE ASALEE a permis la faisabilité du programme en proposant un modèle économiquement pérenne en l’absence de budget spécifique alloué à ce dernier. L’accompagnement proposé par l’IDE ASALEE a été décisif pour le recrutement des participants.

Titre en anglais : Integration of the ICOPE program (Integrated Care for Older People) in primary care within a community health center.

Thèse : Médecine générale – Année 2023

Mots clés : ICOPE ; Fragilité ; Vieillissement en bonne santé ; Dépendance ; Soins primaires ; Capacité intrinsèque ; Maison de santé pluriprofessionnelle ; Soins intégrés ; ASALEE

Intitulé et adresse :

UNIVERSITE DE LORRAINE – Faculté de médecine
9 Avenue de la Forêt de Haye - 54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex