

	Dossier de présentation	Création le 26/07/2024 Par : Elise Cornu	Modification le 17/09/2024 par Elise Cornu	Validation le par
	Parcours en gériatrie – Vitalité et Agilité des seniors			Version : 1.24 Page : 17

LA PRISE EN CHARGE DE LA CAPACITE PHYSIQUE, COGNITIVE ET DES RISQUES IATROGENIQUE CHEZ LES PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS

Table des matières

Introduction générale.....	3
1. LANCEMENT DU PARCOURS PERSONNE AGEÉ	4
1.1 L'état des lieux.....	4
1.2 Le diagnostic territorial	4
2. LE PROJET VITAGE (Vitalité et Agilité des Seniors).....	6
2.1 La prise en charge de la capacité physique	6
2.1.1 Les objectifs.....	6
2.1.2 Le périmètre d'intervention	7
2.1.3 Les acteurs impliqués dans l'élaboration du parcours.....	8
2.1.4 Le planning prévisionnel.....	8
2.2 CONSTRUCTION DE VITAGE	9
2.2.1 Les acteurs du premier recours.....	9
2.2.2 Les acteurs de santé du second recours.....	10
2.2.3 Méthode de communication.....	10
2.3 LE DEPLOIEMENT	10
2.3.1 Quatre sessions	10
2.3.2 Organisation des séances	11
2.3.3 Pérennisation de l'offre.....	11
2.4 EVALUATION	12
2.5 PISTES D'EVOLUTION	12
3. LA PRISE EN CHARGE DE LA CAPACITÉ COGNITIVE ET LES RISQUES IATROGENIQUES	13
4. La capacité cognitive.....	14
4.1 La capacité cognitive chez les plus de 65 ans.....	14
4.2 Diagnostic des capacités cognitives	15
4.3 Le logigramme du parcours coordonné de prise en charge de la personne âgée	16
4.4 Les acteurs principaux du territoire impliqués dans la prise en charge des seniors	18

4.5 Mesures organisationnelles	19
4.6 Evaluation du dispositif.....	19
5. Les risques iatrogéniques	19
5.1 Former les professionnels de santé.....	20
5.2 Perspectives.....	22
Annexes	23
Annexe 1 : Liste des participants au programme Vitage.....	24
Annexe 2 : Les chiffres détaillés concernant le programme	24
Annexe 3 : Questionnaire satisfaction patients	25
Annexe 4 : Le suivi du patient	27
.....	27
Sources	30



Introduction générale

En 2021, en France, 12 millions de patients souffraient d'une maladie chronique reconnue dans le cadre du dispositif d'affection de longue durée (ALD). La prévalence de ces maladies (tumeurs malignes, diabètes, affections cardio neuro-vasculaires, rénales...) est passée de 14,6% en 2008 à 17,8 % en 2021, notamment à cause du vieillissement de la population. (DRESS, 2023)¹. Ces dernières, altèrent non seulement la durée de vie des individus mais entraînent également une diminution de la qualité de vie.

Face à ces difficultés grandissantes et aux inégalités territoriales présentes en France la loi de modernisation du système de santé est votée. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) s'inscrivent dans un dispositif visant notamment à améliorer l'accès aux soins et à faciliter au quotidien les parcours de santé².

Les CPTS sont la base de la stratégie de réorganisation du système de santé présentée dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ». Elles ont vocation à devenir « un outil indispensable à la réorganisation du soin autour du patient, incitant à la coopération interprofessionnelle, au dialogue et laissant place à l'initiative de terrain »³.

Pour la CPTS Lyon 5, la création et la mise en place de parcours coordonnés pluri professionnels (PCPP) correspondent à la mission socle n°2 définie dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel.

Selon les objectifs issus du guide d'élaboration des PCPP⁴, il vise à répondre aux objectifs suivants :

- ✓ Viser le « juste soin, au bon moment
- ✓ Répondre à un besoin populationnel de santé identifié sur le territoire ;
- ✓ Formaliser et harmoniser les pratiques existantes tenant compte des recommandations référencées officiellement ;
- ✓ Faciliter le travail collectif des professionnels en considérant les spécificités du territoire
- ✓ Pouvoir mobiliser et motiver autour du PCPP, un maximum de professionnels adhérents à la CPTS ;
- ✓ Définir un partage formalisé de l'information médicale entre acteurs de soins

En pratique, le PCPP désigne « un ensemble d'étapes prédéfinies que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de la situation en vue de rétablir la santé ou la conserver » CPAM Auvergne Rhône Alpes, 2022.

¹ Mieux connaître et évaluer la prise en charge des maladies chroniques : lancement de l'enquête PaRIS en septembre 2023 / Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiqu-e-de-presse/mieux-connaître-et-evaluer-la-prise-en-charge-des-maladies-chroniques#:~:text=En%202021%2C%20en%20France%2C%2012,du%20vieillessement%20de%20la%20population.>

² Loi de modernisation de notre système de santé – Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (2023, 16 février). Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. <https://sante.gouv.fr/archives/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante-503/>

³ RIST Stéphanie, ROGÉZ Raphaël, « Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale », *Les Tribunes de la santé*, 2020/1 (N° 63), p. 51-55. DOI : URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-51.htm>

⁴ Guide d'élaboration des PCPP, Assurance maladie, 2022

1. LANCEMENT DU PARCOURS PERSONNE AGÉE

1.1 L'état des lieux

Le contexte : un vieillissement important de la population mondiale

Le vieillissement de la population repose sur une mécanique démographique à plusieurs composantes : d'une part, l'arrivée aux âges avancés des générations du baby-boom et l'allongement de leur vie ; d'autre-part, les effectifs des populations plus jeunes. En effet, les données démographiques (réelles et estimées à 2050) disponibles actuellement concourent à mettre en évidence une nette augmentation de la population des plus de 60 ans.

En 2050, au niveau mondial, les projections indiquent que la part des plus de 60 ans aura doublée et atteindra le seuil de 2.1 milliards de personnes (OMS, 2022)⁵.

En France, les estimations laissent penser qu'un tiers supplémentaire de la population aura 60 ans ou plus. (SPF, 2022)⁶.

L'augmentation attendue du nombre de seniors au sein des populations se justifie notamment par l'accroissement conséquent de l'espérance de vie sur le dernier siècle, s'élevant à 85.2 ans pour les femmes et 79.3 ans pour les hommes (INED, 2020)⁷.

Le vieillissement et la santé

Néanmoins, selon le ministère de la santé et des solidarités, l'espérance de vie en bonne santé en France (nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne), continue de stagner et s'élève en France à 64,1 ans pour les femmes et à 62,7 ans pour les hommes. Malgré l'allongement de la durée de vie, le public âgé comprend des personnes fragiles de plus en plus exposées à des pathologies et notamment à de la dépendance physique et psychique. L'apparition de déficits auditifs, visuels, cervicalgies, lombalgies, dépression, démences, est de plus en plus observée.

1.2 Le diagnostic territorial

Territoire d'intervention : le 5^{ème} arrondissement de Lyon

La population du 5^{ème} arrondissement de la ville de Lyon compte, en 2019, 49667 habitants référencés avec une moyenne d'âge de 40 ans, majoritairement peuplés de célibataires. Il s'agit d'une population plutôt stable voire en diminution sur les 50 dernières années, mais en

⁵ World Health Organization : WHO. (2022, 1 octobre). Vieillesse et santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

⁶ Bien vieillir. (s. d.). Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>

⁷ Espérance de vie. (s. d.). Ined - Institut National D'études Démographiques. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>

augmentation sur les 4 dernières années⁸. L'arrondissement n'a pas suivi le développement démographique de certains autres quartiers de Lyon, mais du fait du développement récent immobilier il passera probablement la barre des 50 000 habitants dans les années à venir. Les taux de chômage et de pauvreté sont dans les moyennes régionales et nationales (13%) et l'accès au revenu médian est très légèrement au-dessus de la moyenne départementale.

Le maintien d'une population vieillissante : 5^{ème} arrondissement de Lyon

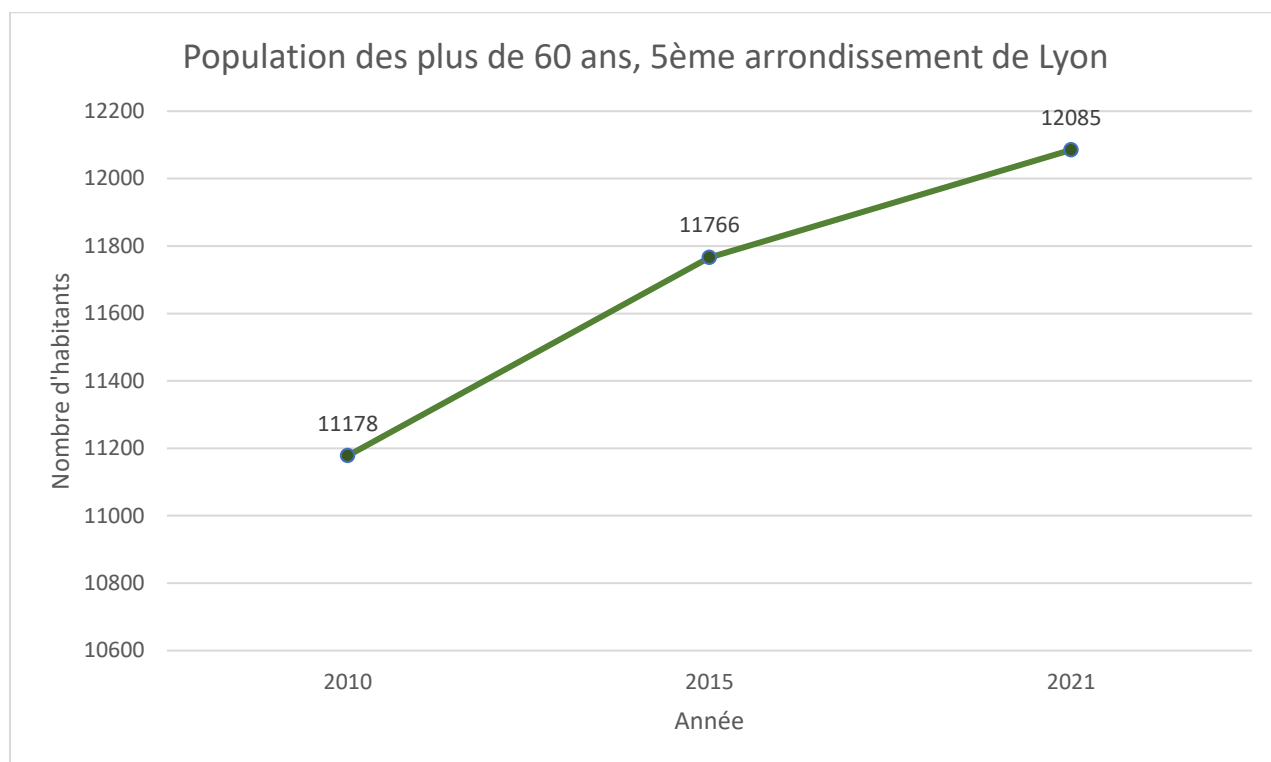


Figure 1 Sources : Insee, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations principales, géographie au 01/01/2024.

Effectivement, nous pouvons remarquer dans le schéma ci-dessus que la population des plus de 60 ans résidant sur le 5^{ème} arrondissement de Lyon ne cesse d'augmenter⁹.

⁸ Comparateur de territoires – Comparez les territoires de votre choix - Résultats pour les communes, départements, régions, intercommunalités. . . | Insee. (s. d.). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-69385>

⁹ Dossier complet – Commune de Lyon 5e Arrondissement (69385) | Insee. (s. d.). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-69385>

POP T5 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle

	2009	%	2014	%	2020	%
Ensemble	39 889	100,0	40 356	100,0	42 036	100,0
Agriculteurs exploitants	9	0,0	8	0,0	7	0,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 155	2,9	1 108	2,7	1 386	3,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 164	15,5	6 339	15,7	6 836	16,3
Professions intermédiaires	6 288	15,8	6 560	16,3	6 518	15,5
Employés	5 699	14,3	5 561	13,8	5 802	13,8
Ouvriers	2 728	6,8	2 570	6,4	2 431	5,8
Retraités	9 551	23,9	9 524	23,6	9 749	23,2
Autres personnes sans activité professionnelle	8 294	20,8	8 685	21,5	9 308	22,1

Sources : Insee, RP2009, RP2014 et RP2020, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2023.

Figure 2 Sources : Insee, RP2009, RP2014 et RP2020, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2023.

On note également que la population la plus représentée parmi les habitants du 5^{ème} arrondissement est celle des retraités. Les deux raisons précédentes amènent à penser que le vieillissement de la population du 5^{ème} arrondissement ne cesse d'accroître.

2. LE PROJET VITAGE (Vitalité et Agilité des Seniors)

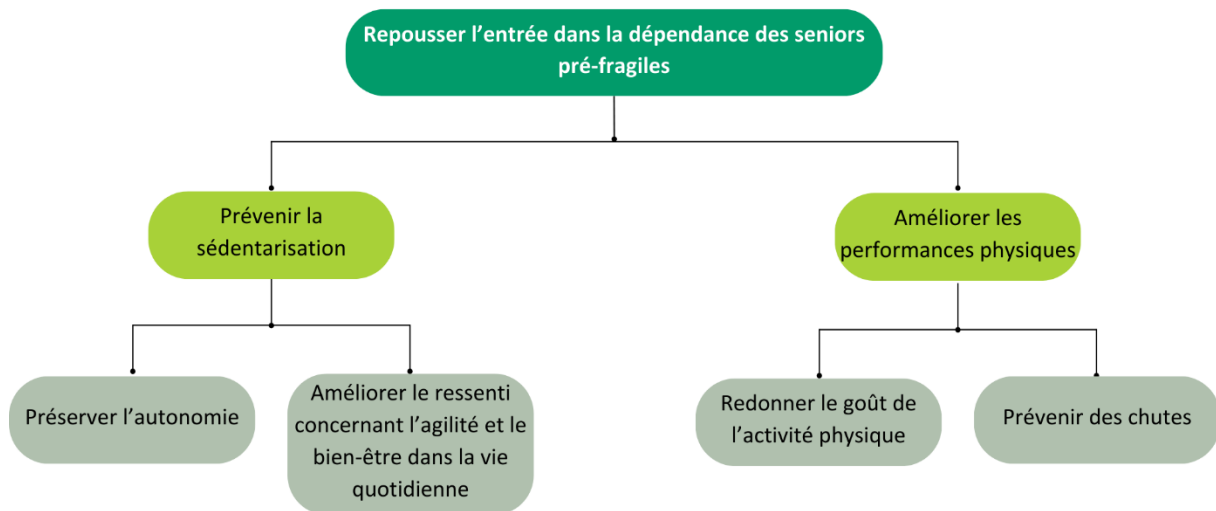
2.1 La prise en charge de la capacité physique

2.1.1 Les objectifs

L'objectif principal du programme VITAGE est de repousser l'entrée dans la dépendance en identifiant les seniors pré-fragiles. Ces seniors présentent des limitations fonctionnelles et une baisse des capacités d'adaptation au stress, mais n'entrent pas dans la définition de la dépendance.

Le programme VITAGE est un programme collaboratif qui participe à la prévention du développement de cette fragilité des seniors.

Les objectifs



2.1.2 Le périmètre d'intervention

Le programme Vitage s'adresse à des seniors pré-fragiles, sélectionnés par les acteurs de soins de ville, souhaitant s'impliquer activement dans le maintien en santé.

Les personnes âgées concernées par le programme peuvent ressentir différentes craintes. La première concerne l'âge, le patient prend de l'âge et est inquiet concernant sa perte d'autonomie. Il peut se sentir de moins en moins agile dans les mouvements de la vie quotidienne et renoncer progressivement à certains efforts.

Ses principales attentes sont de se rassurer, de corriger ses craintes et d'être plus « en forme » physiquement.

Il faut que le patient ait 65 ans ou plus et qu'il soit confronté à un ou deux des facteurs suivants :

- Perte de poids sans cause identifiée
- Fatigabilité non expliquée
- Baisse de la force musculaire progressive
- Lenteur à la marche
- Sédentarisation

La dernière condition est que le patient soit disponible et motivé pour suivre un programme préventif sur une durée de 2 mois.

2.1.3 Les acteurs impliqués dans l'élaboration du parcours

Professionnels de santé référents du parcours	
Florian Picard, Masseur Kinésithérapeute, à Lyon 5 06 32 06 77 03 florianpicardmkosteo@gmail.com	Laurent Vicard, Masseur Kinésithérapeute à Lyon 5 06 81 45 22 91 laurentvicard.osteo@free.fr

Groupe de travail : programme Vitage

Sophie SCHIR, chef de service soins de rééducation et réadaptation
 Giuseppina LANFRANCHI, chef de service adjoint, soins de rééducation et réadaptation
 Mickael SIBEUD, directeur administratif hôpital Pierre-Garraud
 Xavier FOURNIE, médecin référent, soins de rééducation et réadaptation
 Dominique SOUPARD, directrice groupement hospitalier nord HCL
 Florence SZULCZEWSKI, assistante médico-administrative
 Laurent VICARD, masseur-kinésithérapeute
 Florian PICARD, masseur-kinésithérapeute
 Alban CHERDEL, masseur-kinésithérapeute
 Manon GABRIEL, masseur-kinésithérapeute
 Léo PAGNUCCO, masseur-kinésithérapeute
 Tatiana GUIGANRD, masseur-kinésithérapeute

Partenaires du territoire mobilisés :

Hospices civils de Lyon (HCL) – Hôpital Pierre Garraud
 Hôpital de Fourvière

2.1.4 Le planning prévisionnel

	Planning prévisionnel	Création Date : Par :	Modification Date : 01/08/2024 Par : Elise Cornu
	Parcours gériatrique - Vitage		Version 1.01 Rev : 1
			Page : 1

	2022												2023												2024				
Liste des tâches	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai
P1 - Lancement																													
Echanges																													
Rencontres des partenaires																													
Visite des locaux																													
P2 - Cadrage																													
Définition des objectifs																													
Identifications des acteurs																													
Réalisation du planning																													
P3 - Mise en œuvre déploiement																													
Première session																													
Deuxième session																													
Troisième session																													
Quatrième session																													
P4 - Evaluation																													
Points d'étapes																													
Point actualisé par mail																													

2.2 CONSTRUCTION DE VITAGE

2.2.1 Les acteurs du premier recours

Les acteurs santé du premier recours constituent la principale porte d'entrée dans le système de soins. Ils correspondent aux professionnels de santé ayant un rôle dans les soins de premiers recours, définis par l'article L.1411-11 du code de la Santé Publique comme :

1. La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
2. La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
3. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
4. L'éducation pour la santé

Concernant le programme Vitage, le professionnel de santé de ville (médecin, kinésithérapeute, infirmier ou pharmacien traitant) établit un courrier de demande de consultation pour le programme Vitage incluant le score total du FRAIL (échelle de pré-fragilité). Ce score est basé sur 5 questions avec des réponses oui/non. Chaque oui est égal à un point. Le score total varie donc de 0 à 5. Un score supérieur ou égal à 3 traduit un syndrome de fragilité pour lequel le programme Vitage n'est pas adapté. Dans ce cas, une consultation gériatrique est indiquée. A l'inverse, un score à 0 est peu évocateur de pré-fragilité et donc exclut le sujet du programme Vitage.

A noter que pour participer le patient doit être stable sur le plan médical et ne pas présenter de pathologies incompatibles avec des exercices musculaires réalisés en groupe. Les non-indications au programme Vitage seront évaluées en détail lors de la consultation médicale initiale à l'hôpital Pierre Garraud.

5 questions du FRAIL	Oui (=1)	Non (=0)
Fatigue – Etes-vous fatigué ?		
Résistance – Vous ne pouvez pas monter un escalier ?		
Aérobic – Vous ne pouvez pas marcher 100m ?		
Maladie (Illness) – Avez-vous plus de 5 maladies sous-jacentes ?		
(Léger) Perte de poids – Avez-vous perdu plus de 5% de votre poids corporel au cours des 6 derniers mois ?		
TOTAL des Oui (0 à 5) Score total = 1 ou 2 = Sénior éligible		

Le courrier de demande de consultation pour le programme doit inclure également les coordonnées du médecin traitant du patient ainsi que les antécédents médicaux significatifs connus.

2.2.2 Les acteurs de santé du second recours

Les soins de deuxième recours sont assurés par des médecins spécialistes, hors médecine générale, qui peuvent exercer en ambulatoire ou en établissements de santé. Cela désigne les professionnels spécialisés, à savoir : les médecins spécialistes (gériatres, biologistes, radiologues...), l'infirmière en pratique avancée, ainsi que l'ensemble des structures proposant un accompagnement de prise en charge complexe : équipes mobiles de gérontologies, service de soins de rééducation et réadaptation, etc...

Après l'envoi du courrier par un professionnel de santé, le senior pré-fragile prend rendez-vous pour une consultation Vitage. Il doit apporter sa dernière ordonnance ainsi que ses derniers comptes-rendus médicaux pour rencontrer le médecin référent du service de soins de rééducation et réadaptation de l'hôpital Pierre Garraud. Ce dernier confirmera ou non son admissibilité au programme. Si l'admission est confirmée les séances de rééducation seront planifiées sur deux demi-journées par semaine pendant deux mois.

2.2.3 Méthode de communication

Courrier et mailing

La CPTS de Lyon étant récente, nous avons envoyé des courriers à tous les professionnels de santé pour nous faire connaître. Dans ses courriers nous avons ajouté la plaquette de présentation du programme Vitage afin de le faire connaître de tous.

Nous avons ensuite utilisé la plateforme de Plexus Santé afin de réaliser une communication plus large en envoyant à tous nos adhérents la plaquette de présentation Vitage.

Groupe de pairs

Lors du groupe de pairs des kinésithérapeutes, nous avons évoqué le programme Vitage. Florian Picard, kinésithérapeute exerçant au sein du programme ainsi que Dr Xavier Fournie, médecin référent du programme étaient présents pour expliquer le fonctionnement de ce dernier et pour répondre aux différentes questions.

Hôpital Pierre Garraud

Le programme étant réalisé en lien avec l'hôpital Pierre Garraud, des affiches et flyers sont disponibles au sein de l'établissement et des informations sont présentes sur le site internet de l'hôpital.

2.3 LE DEPLOIEMENT

2.3.1 Quatre sessions

Après plusieurs réunions d'échanges entre les porteurs du projet de la CPTS et les membres du service de soins et de réadaptation de Pierre Garraud l'équipe se met d'accord sur le lieu

des sessions. Les séances de reconditionnement à l'effort, de re musculation et de prévention des chutes se dérouleront sur le plateau technique de l'hôpital Pierre Garraud qui dispose de tout le matériel nécessaire.

Une soirée de présentation du programme a lieu afin de le présenter aux professionnels de santé de ville.

Après avoir reçu plusieurs dossiers patients et effectué les bilans médicaux de ces derniers afin de confirmer leur admissibilité, la première session du programme Vitage a eu lieu. Elle s'est déroulée d'octobre à novembre 2022. Ensuite, 3 autres sessions de deux mois ont eu lieu sur la période de février 2023 à avril 2024.

Au total, 56 patients ont effectué le programme (total des 4 sessions, voir annexe 2).

2.3.2 Organisation des séances

Les séances s'organisent en plusieurs temps :

- 1^{er} temps : échauffement global, travail de l'équilibre et de la mobilité articulaire
- 2^{ème} temps : travail de renforcement spécifique membres inférieurs et supérieurs grâce à des exercices comme des squats, montés de marches, des pompes, soulevés de terre, des tirages
- 3^{ème} temps : Hiit afin de travailler en anaérobie. Temps de travail de 30 secondes coupés par 10 secondes de récupération. Exemple d'exercices : monter sur les pointes de pieds, mini-squat, mouvement latéral de hanche, boxe training. Le but est de faire les exercices de façon la plus rapide possible.
- 4^{ème} temps : Phase anaérobie, pédalier manuel, cycloergomètre, tapis de marche

Avant chaque séance et après chaque séance une prise de saturation et de fréquence cardiaque est réalisée.

Cotation kiné : RPE 8.5

La frise avec les étapes concernant le suivi du patient est en annexe 4.

2.3.3 Pérennisation de l'offre

Les perspectives futures sont d'intégrer le programme dans le service de médecine gériatrique, de l'hôpital Pierre Garraud qui ouvre notamment un hôpital de jour.

A court terme, il est également prévu une 5^{ème} session du programme Vitage.

Nous souhaitons aussi continuer la communication auprès des professionnels de santé en ville afin qu'ils connaissent mieux le programme et qu'ils orientent les patients répondant aux critères.

2.4 EVALUATION

A la fin du programme, évaluation rapide est réalisée par le kinésithérapeute.

De plus, une nouvelle plus complète est réalisée par le médecin gériatre avec une indication de poursuite, d'arrêt ou de soin. Un retour par courrier ou mail est effectué au médecin traitant du patient ainsi qu'aux professionnels de ville.

Le patient repart avec un livret d'exercice à faire chez lui dans la continuité du programme.

Ci-dessous le nombre de patients ayant changé de statut de performance entre l'évaluation 1 et l'évaluation 2 (pour ceux ayant eu 2 évaluations).

Sessions	Amélioration	Dégradation	Stable	Total
Session 1	0	1	7	8
Session 2	3	0	5	8
Session 3	5	1	8	14
Session 4	4	0	9	13
Total	12	2	29	43*
En %	27.9%	4.7%	67.4%	

*Tous n'ont pas effectué l'évaluation complète avec le gériatre

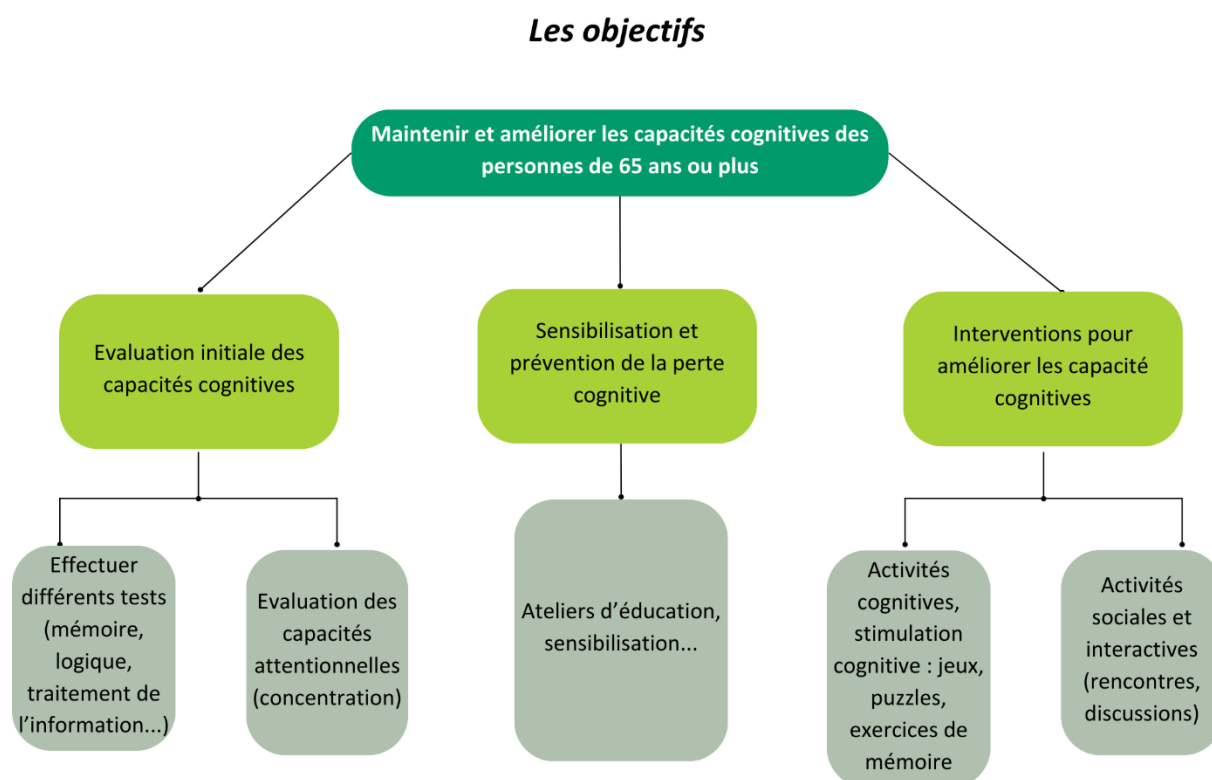
2.5 PISTES D'EVOLUTION

Dans le futur il serait intéressant de développer un suivi concernant les patients ayant fini le programme. Il serait envisageable d'appeler les patients pour vérifier s'ils effectuent toujours des exercices chez eux ou s'ils sont encore en mouvement (sortir de chez eux sans difficulté).

Nous pourrions aussi réfléchir à une forme d'évaluation qui permettrait aux patients d'évaluer le module dans le but de l'améliorer.

3. LA PRISE EN CHARGE DE LA CAPACITÉ COGNITIVE ET LES RISQUES IATROGENIQUES

3.1 Les objectifs



L'objectif principal du parcours est de maintenir et d'améliorer les capacités cognitives des personnes de 65 ans et plus.

3.2 Le périmètre d'intervention

Le parcours s'adresse aux personnes de plus de 65 ans résidants sur le territoire de la CPTS Lyon 5 (5^{ème} arrondissement de Lyon).

3.3 Les acteurs impliqués

Professionnelles référentes du parcours	
Maud Girin, infirmière, maudgirin@gmail.com	Céline Canitia, infirmière, celine_canitia@hotmail.fr

Groupe de travail

Maud Girin, infirmière
Céline Canitia, infirmière,
Julien Giroud, médecin généraliste
Virginie Dulac Bertani, médecin généraliste
Emilie Baldet, Neuropsychologue
Elise Cornu, chargée de missions santé CPTS Lyon 5
Laurent Dayot, Directeur Médical Fourvière

Partenaire mobilisé

CH de Fourvière
CH Pierre Garraud, Xavier Fournie, Médecin Gériatre

Agenda des rencontres

- Jeudi 20 Mars
- Vendredi 20 Juin

Le Centre Hospitalier de Fourvière étant en pleine phase de transition sur plusieurs aspects, nous avons privilégié la communication par mail pour de nombreux points.

4. La capacité cognitive

Ce sont les capacités de notre cerveau qui nous permettent d'être en interaction avec notre environnement : elles permettent de percevoir, se concentrer, acquérir des connaissances, raisonner, s'adapter et interagir avec les autres¹⁰.

Il existe plusieurs fonctions cognitives : l'attention, la mémoire, la mémoire de travail, les fonctions exécutives, les fonctions visuo-spatiales, la cognition sociale.

4.1 La capacité cognitive chez les plus de 65 ans

Selon l'OMS, la prévalence des troubles neurocognitifs majeurs double tous les cinq ans à partir de 65 ans.

Un trouble neurocognitif (TNC) est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité¹¹.

¹⁰ Centre ressource réhabilitation. (2023, 17 février). Fiche thématique : les fonctions cognitives – Centre ressource réhabilitation. Centre Ressource Réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/fiche-thematique-les-fonctions-cognitives#:~:text=D%C3%A9finition,et%20interagir%20avec%20les%20autres>.

¹¹ HAS, Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs, 2018, [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcaipcgicfindmkaj/https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf)

4.2 Diagnostic des capacités cognitives

Le parcours suivant décrit les étapes de la prise en charge d'un patient âgé identifié comme fragile, depuis son domicile jusqu'à une éventuelle prise en charge par le Centre Hospitalier de Fourvière, via l'intervention coordonnée d'une infirmière libérale et d'un médecin généraliste.

Une infirmière intervient au domicile du patient dans le cadre de son suivi habituel ou d'une demande spécifique. Elle détecte une situation de fragilité chez le patient suivi ou chez son aidant. L'infirmière utilise la grille de fragilité A.D.L pour évaluer l'état général du patient. Lorsque les résultats de la grille révèlent une situation de fragilité, l'infirmière engage la procédure. Elle transmet les résultats de l'évaluation au médecin traitant qui va proposer et organiser une consultation.

Le médecin traitant procède à une évaluation clinique approfondie du patient. A l'issue de cette évaluation, le médecin peut :

- Confirmer la présence d'une fragilité cognitive nécessitant une prise en charge spécialisée.
- Ecarter l'hypothèse de fragilité cognitive, tout en mettant en place une surveillance régulière de l'évolution de l'état du patient

Il prévient l'équipe mobile de gériatrie du Centre Hospitalier de Fourvière (hôpital de référence sur le secteur du 5ème). L'EMG réalise une évaluation complémentaire et décide en coordination avec le médecin traitant de la prise en charge adaptée qui convient le mieux au patient.

La grille d'évaluation utilisée par les infirmières s'appuie sur un outil déjà éprouvé dans le cadre du programme « Repérage et dépistage des fragilités des personnes âgées en Auvergne Rhône-Alpes ». Ce dispositif a été mis en place par le Centre Hospitalier de Roanne dans le cadre du parcours de santé des aînés (PAERPA)¹² visant à anticiper et mieux coordonner les prises en charge des personnes âgées en situation de fragilité.

Cette grille, reconnue pour son efficacité, servira de support aux infirmières pour identifier les premiers signes de fragilité chez les patients âgés. Une fois l'évaluation réalisée, les résultats seront transmis au médecin généraliste via la messagerie sécurisée MonSisra, garantissant la confidentialité des données de santé.

Il est important de souligner que cette transmission ne pourra se faire qu'avec le consentement préalable de la personne âgée concernée, ou, le cas échéant, celui de son représentant légal. Ce respect du droit à l'information et au consentement s'inscrit dans une démarche éthique et réglementaire essentielle à la qualité de la prise en charge.

¹² Le dispositif PAERPA, 09/05/17, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

Au cours des 3 derniers mois :	OUI	NON	NE SAIT PAS
Observez-vous un changement de l'aidant ? (épuisement, amaigrissement, irritabilité, hospitalisation.....)			
Y a-t-il eu des évènements marquants ? (deuils, maladie, déménagement, perte animal de compagnie....)			
A-t-elle perdu ou pris du poids ?			
Se sent-elle plus fatiguée ?			
A-t-elle plus de difficultés pour se déplacer ?			
A-t-elle des troubles de la mémoire ?			
Observez-vous un changement dans son comportement ? (tristesse, agressivité,.....)			
A-t-elle des difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne ? (toilette, habillage, repas, prise du traitement...)			
Observez-vous des signes de douleur ? (plaintes, retrait, gestes de protection, crispation du visage...)			
Observez-vous un changement dans ses habitudes ? (dégradation de l'état de son logement, réduction des sorties sur l'extérieur,.....).			

Le médecin généraliste réalise une évaluation des fonctions cognitives au cours d'une consultation dédiée à cela. S'il s'agit du médecin traitant, il a la particularité de connaître son patient depuis souvent plusieurs années et pouvoir évaluer l'évolution d'éventuels troubles. Le bilan cognitif comprend différents tests cognitifs tels que le MMSE, la MOCA ou encore la BREF qui sont les plus couramment utilisés (et ceux cités dans les recommandations de la HS, cf tableau).

Cette évaluation permettra d'évaluer si le recours à une équipe mobile de gériatrie est nécessaire si l'évaluation cognitive globale conforte les éléments de fragilité repérés par les infirmiers ou si une surveillance simple avec une réévaluation 3 à 6 mois plus tard est suffisante. La consultation dédiée sera cotée par un acte ALQP006 au titre de la tarification à l'acte.

L'équipe mobile de gériatrie de Fourvière est sollicitée par un appel téléphonique. Les médecins généralistes n'orientent pas directement les patients vers l'hôpital de jour. L'orientation passe systématiquement par l'équipe mobile de l'hôpital de Fourvière, qui assure le relais. C'est cette équipe qui évalue la situation et oriente ensuite le patient vers le service le plus adapté à ses besoins.

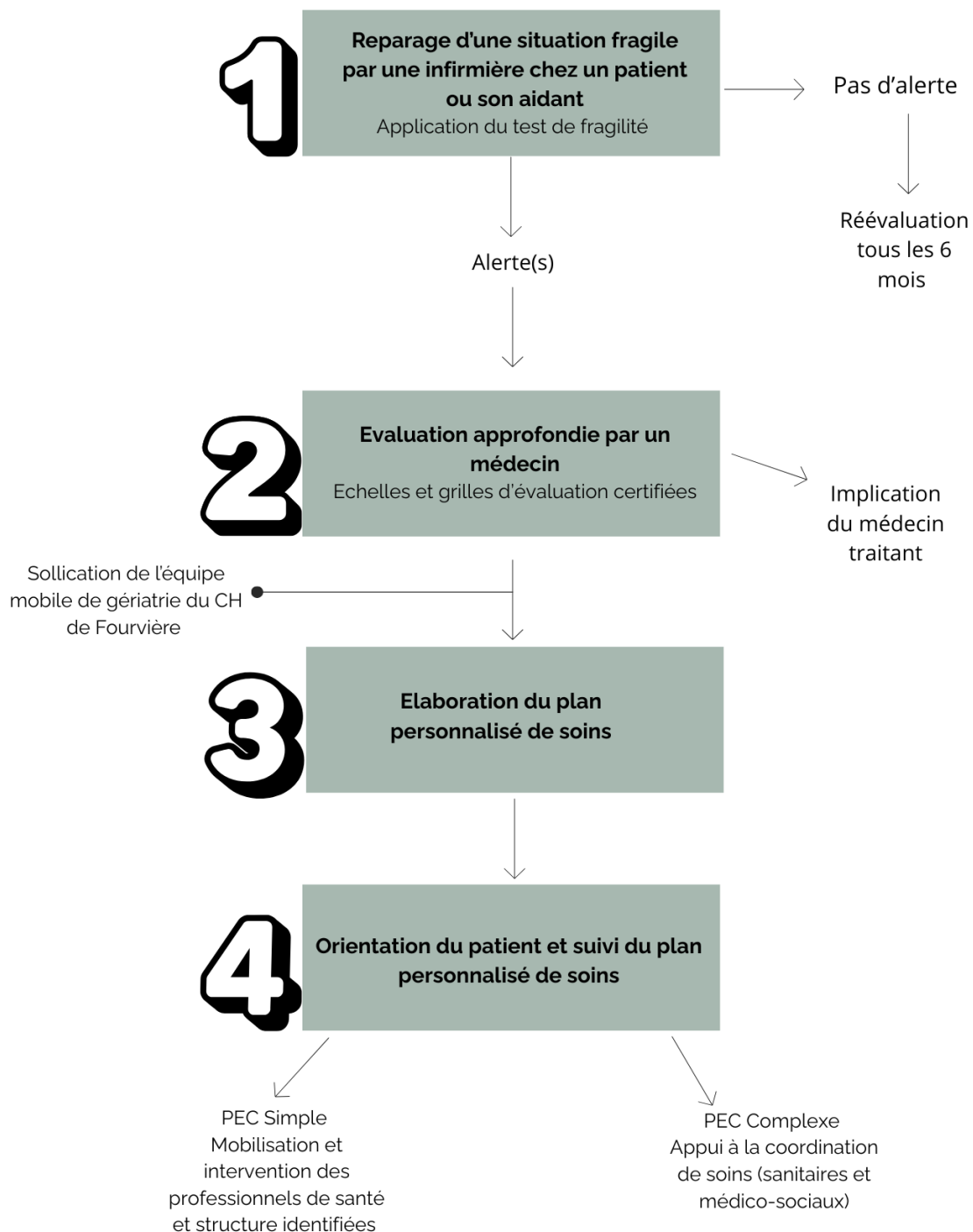
4.3 Le logigramme du parcours coordonné de prise en charge de la personne âgée

Méthodologie de construction du logigramme

Le logigramme s'appuie sur les ressources (humaines, structurelles et organisationnelles) disponibles et mobilisables du territoire. Pour correspondre aux réalités du terrain, des retours

d'expériences ont également été recueillis auprès des professionnels du territoire, présents lors des groupes de travail pluriprofessionnel.

Logigramme Repérage et dépistage des fragilités



4.4 Les acteurs principaux du territoire impliqués dans la prise en charge des seniors

Les acteurs sociaux accompagnent des usagers parfois éloignés des soins, dans des démarches administratives d'accès aux soins ou à des prestations de droits en santé. Sur sollicitation des usagers ou orientation par un professionnel de santé, les agents du secteur social peuvent intervenir pour améliorer l'environnement de vie du patient, ainsi qu'organiser la gestion d'aides à domicile des patients. Accueillant également un public parfois précaire, voire éloigné des dispositifs de santé, ils peuvent être également à l'origine du repérage de fragilités intrinsèques et peuvent réaliser et solliciter les orientations vers des professionnels de santé du premier recours.

Les acteurs de santé du premiers recours : interviennent au premier niveau de contact entre la population et le système de santé. Ils correspondent aux professionnels de santé ayant un rôle dans les soins de premiers recours, définis par l'article L.1411-11 du Code de la santé publique comme :

- 1°- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- 2°- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- 3°- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- 4°- L'éducation pour la santé

Il s'agit donc dans le cadre du parcours gériatrique : des médecins généralistes, des infirmières et des masseurs kinésithérapeutes.

Certaines structures de premiers recours hébergeant ces différents collèges professionnels sont également qualifiées de premiers recours, telles que : les maisons pluri professionnelles de santé (MSP), le centre de santé, la maison médicale de garde.

On peut par ailleurs également ici lister les structures dont l'accès peut directement s'établir avec les usagers sans obligation d'orientation par un tiers professionnel tels que : les services d'aides à domicile (SSIAD, SAD, SPASAD, etc.)

Les acteurs de santé du second recours : correspondent à l'ensemble des professionnels et des soins qui n'interviennent pas ou ne peuvent être pris uniquement en charge par la médecine générale. Cela désigne les professionnels spécialisés à savoir : les médecins spécialistes (gériatres, biologistes, radiologues, etc.), l'infirmière de pratique avancée, ainsi que l'ensemble des structures proposant un accompagnement de prise en charge complexes : équipes mobiles gériatriques et géronte psychiatriques, hotlines gériatriques, dispositif d'appui à la coordination.

Les acteurs du troisième niveau de soins caractérisent la nécessité du recours à un plateau technique important ou à une médecine de pointe. Il s'agit des établissements spécialisés regroupant un ensemble de biens de santé (compétences professionnelles spécifiques, matériels d'imagerie/de biologie/ pharmaceutique/dispositifs médicaux) permettant une

prise en charge pluri disciplinaire rapide, pour faire face à une détérioration importante de l'état de santé du patient.

4.5 Mesures organisationnelles

Un appui à l'orientation des patients pour une recherche d'un médecin traitant est également possible, directement auprès de la CPTS (voir procédure standard de la CPTS) pour faciliter la mise en relation du patient avec un médecin volontaire, acceptant de réaliser le suivi du patient. Non indispensable pour accéder aux différents dispositifs de prise en charge présentés, le suivi du par un médecin traitant reste toutefois vivement recommandé pour développer la prise en charge en ville du patient et le relai avec les acteurs locaux.

Un annuaire de listing des ressources du territoire. Pour faciliter les orientations et la mise en lien des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, un annuaire est réalisé pour répertorier les acteurs intervenant dans la prise en charge du public ciblé. Celui-ci a pour finalité de référencer les acteurs concernés, pouvant être sollicité suivant l'avancement du patient dans le parcours. Il tend à intégrer les coordonnées des structures du territoire, ainsi que les acteurs libéraux pour diffusion auprès des professionnels adhérents et partenaires. L'annuaire sera construit et mis à disposition via le site internet de la CPTS Lyon 5.

4.6 Evaluation du dispositif

Plusieurs indicateurs permettront d'évaluer le dispositif :

- Le nombre de patients repérés par les infirmières à l'aide la grille A.D.L reflétant la diffusion effective de l'outil et de son utilisation en pratique quotidienne.
- Le taux de transmission des résultats au médecin traitant via MonSisra, garantissant la continuité et la sécurité des informations.
- Proportion des patients orientés vers l'EMG, indicateur de l'adéquation entre le besoin identifié et l'accès à un expertise spécialisée.

L'analyse de ces données fournira une vision d'ensemble de la qualité du repérage et de la pertinence de l'orientation, tout en mettant en évidence les éventuels point de blocage dans la coordination entre les professionnels.

5. Les risques iatrogéniques

La iatrogénie médicamenteuse est désignée sur le site de l'assurance maladie comme l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou de plusieurs médicaments. L'exposition à des interactions médicamenteuses pourtant contre-indiquées multiplie par près de 2,5 le risque d'hospitalisation urgente.

Les personnes de plus de 65 ans sont particulièrement touchées par la iatrogénie liée aux interactions médicamenteuses, du fait de leur âge et de la coexistence de plusieurs maladies nécessitant la prise de plusieurs traitements. Les polypathologies sont en effet habituelles et fréquentes chez le sujet âgé et elles s'accompagnent très souvent d'une polymédication qui est un facteur de risque majeur d'iatrogénie médicamenteuse.

En France, 1 personne sur 2 âgée de 65 ans et plus est en situation de polymédication (plus de 5 molécules délivrées au moins 3 fois dans l'année) et 14 % de cette population ont plus de 10 molécules délivrées au moins 3 fois dans l'année, il s'agit dès lors « d'hyper polymédication »¹³.

5.1 Former les professionnels de santé

La prévention du risque iatrogénique constitue un enjeu majeur dans la prise en charge des personnes âgées fragiles, particulièrement exposées en raison de la polymédication, de la fragilité physiologique et des comorbidités fréquentes. Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, une formation spécifique sera proposée aux professionnels de santé impliqués dans le suivi de ces patients.

5.1.1 Les objectifs de la formation

Les objectifs de la formation sont multiples :

- Sensibiliser les soignants aux risques liés aux prescriptions multiples et aux interactions médicamenteuses
- Renforcer les compétences pratiques pour repérer, prévenir et gérer les situations
- Favoriser la coordination interprofessionnelle afin d'assurer un suivi global et cohérent du patient âgé

Cette formation pourra être assurée par un binôme, gériatre et pharmacien, par exemple. Nous préférons une approche pluridisciplinaire pour croiser les regards.

5.1.2 Le contenu

La formation proposée portera sur plusieurs axes complémentaires permettant d'améliorer la prévention et la gestion du risque iatrogénique chez la personne âgée.

1^{er} axe :

Dans un premier temps, les participants seront sensibilisés aux principaux risques iatrogéniques et à leurs conséquences cliniques, notamment les hospitalisations évitables, les chutes, la perte d'autonomie ou encore les épisodes de confusion aiguë.

13

Un deuxième volet sera consacré aux facteurs de vulnérabilité propres aux personnes âgées, tels que la polymédication, les comorbidités, la fragilité physiologique et la diminution des capacités d'élimination rénale ou hépatique.

La formation abordera également les outils de sécurisation des prescriptions aujourd'hui reconnus : les listes de médicaments à risque (beers, stopp-start), les bonnes pratiques de conciliation médicamenteuse lors des transitions de soins, ainsi que l'usage de logiciels d'aide à la prescription.

Enfin, une large place sera donnée à la pratique : des études et des analyses de cas cliniques concrets, des mises en situation et des jeux de rôles, permettront aux professionnels de transposer les apports théoriques dans leur quotidien, en favorisant la réflexion interdisciplinaire et l'acquisition des réflexes sécuritaires.

2^{ème} axe :

La déprescription médicamenteuse correspond à la réduction de la dose et/ou à l'arrêt des médicaments qui peuvent nuire, qui ne fournissent plus de bénéfice ou qui sont considérés comme inappropriés.

Plusieurs guides et outils ont été conçus pour repérer les prescriptions potentiellement inappropriées et orienter la déprescription.

Exemples :

- Critères de Beers (American Geriatrics Society) : la dernière révision date de 2023 et détaille les médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées. Basés sur une méta-analyse d'études exhaustives, ces critères proposent des recommandations pour une prescription adaptée et sécurisée chez les seniors. Ils constituent une ressource essentielle pour les professionnels de santé et les chercheurs.
- STOPP/START (Screening Tool of Older People's Prescriptions / Screening Tool to Alert to Right Treatment) : STOPP recense les traitements pouvant être interrompus (prescriptions inappropriées). START met en évidence les traitements nécessaires mais absents (risque de sous-prescription). Cet outil intègre les pathologies, l'espérance de vie et les redondances thérapeutiques, ce qui en fait un support particulièrement utile en pratique clinique.
- MedStopper : site interactif qui hiérarchise les médicaments selon leur bénéfice, leurs risques et leur priorité de déprescription.

Ces outils, pourtant très pertinents, restent encore méconnus de nombreux professionnels de santé. Il serait donc intéressant d'y consacrer un temps d'approfondissement au cours de notre formation.

5.1.3 L'évaluation

Nous souhaitons évaluer cette formation à l'aide d'une grille d'évaluation à 3 niveaux :

- La satisfaction : les participants ont-ils trouvé la formation utile et adaptée ?
- L'apprentissage : les participants ont-ils réellement acquis de nouvelles connaissances ou compétences ?
- L'impact : la formation va-t-elle modifier leurs pratiques et améliorer la sécurité des patients ?

5.2 Perspectives

Nous avons pleinement conscience que la prévention et la réduction des risques iatrogéniques reposent avant tout sur une collaboration interprofessionnelle renforcée. L'amélioration durable de la sécurité des patients ne peut se concevoir qu'à travers un travail collectif, associant médecins, pharmaciens, infirmiers et l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées.

Dans cette optique, il apparaît essentiel de développer des espaces d'échanges et de partage d'expériences. Les retours d'expériences (REX) à partir de situations cliniques réelles permettront d'identifier les points de vigilance, de valoriser les bonnes pratiques et d'apprendre collectivement des erreurs et des difficultés rencontrées.

Par ailleurs, la mise en place de groupes d'échanges interprofessionnels réguliers constituera un levier majeur pour renforcer la coordination, harmoniser les pratiques et créer une véritable culture commune de prévention du risque iatrogénique.



Annexe 1 : Liste des participants au programme Vitage

Données patients inclus dans VITAGE (4 premières sessions)

Session #	Période session	Patient #	Âge à l'inclusion	Sexe	Date V1	Eligible O/N	Motif essentiel d'exclusion 1= Frail 0 ; 2 = Frail 3+ ; 3 = Etat	Date V2F
1	OCT 2022-NOV 2022	1	70	H	05/09/2022	O	NA	NA
1	OCT 2022-NOV 2022	2	71	H	06/05/2022	O	NA	02/02/2023
1	OCT 2022-NOV 2022	3	79	H	15/05/2022	O	NA	03/01/2023
1	OCT 2022-NOV 2022	4	71	F	16/05/2022	O	NA	03/01/2023
1	OCT 2022-NOV 2022	5	85	F	23/05/2022	O	NA	19/12/2022
1	OCT 2022-NOV 2022	6	82	F	22/08/2022	O	NA	03/01/2023
1	OCT 2022-NOV 2022	7	66	H	05/09/2022	O	NA	19/12/2022
1	OCT 2022-NOV 2022	8	87	F	19/09/2022	O	NA	ND
1	OCT 2022-NOV 2022	9	83	H	19/09/2022	N	3	NA
1	OCT 2022-NOV 2022	10	82	F	19/09/2022	O	NA	NA
1	OCT 2022-NOV 2022	11	81	F	03/10/2022	O	NA	19/12/2022
1	OCT 2022-NOV 2022	12	80	F	10/10/2022	O	NA	12/01/2023
1	OCT 2022-NOV 2022	13	92	H	13/10/2022	O	NA	ND
2	FEV 2023-AVR 2023	14	94	F	21/02/2023	O	NA	18/04/2022
2	FEV 2023-AVR 2023	15	91	F	05/12/2022	N	2 et 3	NA
2	FEV 2023-AVR 2023	16	85	F	19/12/2022	O	NA	18/04/2023
2	FEV 2023-AVR 2023	17	80	F	19/12/2022	O	NA	24/04/2023
2	FEV 2023-AVR 2023	18	80	H	05/01/2023	O	NA	29/08/2023
2	FEV 2023-AVR 2023	19	81	F	12/01/2023	O	NA	13/06/2023
2	FEV 2023-AVR 2023	20	72	F	05/01/2023	O	NA	29/08/2023
2	FEV 2023-AVR 2023	21	77	H	28/11/2022	O	NA	NA
2	FEV 2023-AVR 2023	22	85	H	17/01/2023	O	NA	non effectuée
2	FEV 2023-AVR 2023	23	71	H	02/02/2023	O	NA	13/06/2023
2	FEV 2023-AVR 2023	24	87	F	19/09/2022	O	NA	13/04/2023
2	FEV 2023-AVR 2023	25	73	F	05/12/2022	O	NA	NA
3	SEP 2023-DEC 2023	26	86	F	28/03/2023	O	NA	16/01/2024
3	SEP 2023-DEC 2023	27	86	F	19/09/2023	O	NA	05/12/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	28	92	F	21/09/2023	O	NA	19/12/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	29	86	F	19/09/2023	O	NA	NA
3	SEP 2023-DEC 2023	30	82	F	04/07/2023	N	1	NA
3	SEP 2023-DEC 2023	31	87	F	01/08/2023	O	NA	28/11/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	32	80	F	02/05/2023	O	NA	NA
3	SEP 2023-DEC 2023	33	73	H	09/05/2023	O	NA	NA
3	SEP 2023-DEC 2023	34	86	F	03/10/2023	O	NA	19/12/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	35	80	F	15/06/2023	O	NA	06/12/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	36	74	F	23/05/2023	O	NA	28/11/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	37	79	H	28/09/2023	O	NA	NA
3	SEP 2023-DEC 2023	38	76	F	04/07/2023	O	NA	NA
3	SEP 2023-DEC 2023	39	81	F	13/06/2023	O	NA	30/11/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	40	85	F	06/07/2023	O	NA	05/12/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	41	77	H	05/09/2023	O	NA	05/12/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	42	91	H	22/08/2023	O	NA	28/11/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	43	80	H	12/09/2023	O	NA	05/12/2023
3	SEP 2023-DEC 2023	44	85	H	05/09/2023	O	NA	16/01/2024
3	SEP 2023-DEC 2023	45	77	H	22/08/2023	O	NA	28/11/2023
4	FEV 2024-AVR 2024	46	77	F	10/10/2023	O	NA	16/04/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	47	86	F	17/10/2024	O	NA	23/04/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	48	87	F	23/01/2024	O	NA	23/04/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	49	74	H	09/01/2024	O	NA	30/04/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	50	89	F	23/01/2024	O	NA	30/04/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	51	87	F	17/10/2023	O	NA	NA
4	FEV 2024-AVR 2024	52	80	F	01/02/2024	O	NA	NA
4	FEV 2024-AVR 2024	53	73	F	18/01/2024	O	NA	09/04/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	54	89	F	12/10/2023	O	NA	25/04/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	55	87	F	16/11/2023	O	NA	NA
4	FEV 2024-AVR 2024	56	86	F	19/12/2023	O	NA	02/05/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	57	87	H	25/01/2024	O	NA	14/05/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	58	89	F	18/01/2024	O	NA	14/05/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	59	84	H	10/10/2023	O	NA	14/05/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	60	69	H	05/12/2023	O	NA	16/05/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	61	84	F	30/01/2024	O	NA	11/06/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	62	79	H	16/01/2024	O	NA	28/05/2024
4	FEV 2024-AVR 2024	63	77	H	19/12/2023	O	NA	NA
4	FEV 2024-AVR 2024	64	82	F	09/01/2024	O	NA	NA
4	FEV 2024-AVR 2024	65	75	F	09/01/2024	O	NA	NA
4	FEV 2024-AVR 2024	66	83	F	17/10/2023	O	NA	NA
4	FEV 2024-AVR 2024	67	76	H	04/01/2024	N	1	NA

Annexe 2 : Les chiffres détaillés concernant le programme

Nombre de patients	Adressés à V1	Eligibles	Ayant effectué le programme
Session 1	13	12	9
Session 2	12	11	8
Session 3	20	19	14
Session 4	22	21	25
Total	67	63	56

Motifs d'exclusion :

- Soit frail 3+ ou pathologie concomitante invalidante
- frail 0

Motifs de non-participation :

- Pathologies intercurrentes ++
- Refus secondaire
- Injoignable

Caractéristiques patients à V1	Sexe		Age		
	Femme	Homme	Min	Max	Moyen
Session 1	7	6	66	92	79.2
Session 2	8	4	71	94	81.3
Session 3	13	7	74	92	82.2
Session 4	15	7	69	89	81.8
Pop totale	43	24	66	94	81.3
Total %	64%	36%			

Nombre de séances MKDE effectuées	Min	Max	Moy
Session 1	4	12	8.7
Session 2	10	12	11.9
Session 3	12	16	14.9
Session 4	2	16	13.0

Remarque : à partir de S3 = 14 séances + 2 évaluations = 16.

Médiane = 15. Les 2 patients ayant effectué uniquement 2 et 9 séances impactent la moyenne.

Annexe 3 : Questionnaire satisfaction patients

A) Le programme a-t-il répondu à vos attentes ?

Sessions	Tout à fait	Partiellement	Pas du tout	Total
Session 1	2	3	3	8
Session 2	5	3	0	8
Session 3	8	6	0	14
Session 4	9	5	0	14
Total	24	17	3	44
Total en %	54.5%	38.6%	6.8%	

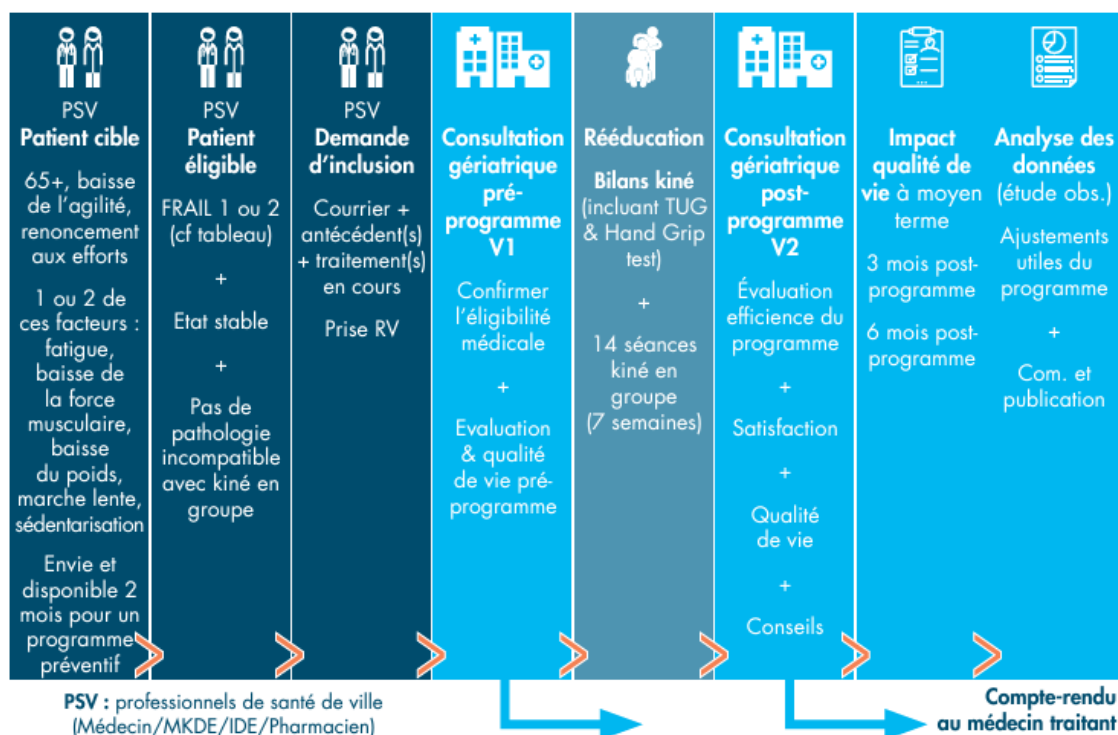
B) Le programme a-t-il été utile dans votre vie quotidienne ?

Sessions	Très utile	Utile	Peu utile	Inutile	Total
Session 1	1	5	0	1	7
Session 2	4	4	0	0	8
Session 3	6	6	2	0	14
Session 4	7	5	2	0	14
Total	18	20	4	1	43
Total en %	41.9%	46.5%	9.3%	2.3%	

C) Recommanderiez-vous le programme à un proche ayant les mêmes problèmes de santé que vous ?

Sessions	Très probablement	Probablement	Peu probablement	Pas du tout	Total
Session 1	7	0	0	1	8
Session 2	8	0	0	0	8
Session 3	12	2	0	0	14
Session 4	13	1	0	0	14
Total	40	3	0	1	44
Total en %	90.9%	6.8%	0.0%	2.3%	

VITAGE en résumé



Professionnelle
Territoriale de Santé





**PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS
PRÉSENTANT UN TROUBLE NEUROCOGNITIF
ASSOCIÉ À LA MALADIE D'ALZHEIMER
OU À UNE MALADIE APPARENTÉE**

5. Tests de repérage d'un trouble cognitif en médecine générale

L'hypothèse d'un déclin cognitif évolutif est d'abord étayée par une analyse minutieuse de la plainte et du trouble cognitifs (le plus souvent plainte autour de la mémoire) et la recherche de signes en faveur d'un changement durable de comportement ou d'activité. La qualité de l'analyse syndromique effectuée par le médecin généraliste est essentielle pour discuter avec le patient de l'intérêt d'une consultation auprès d'un spécialiste des troubles neurocognitifs ou d'un centre mémoire. Le diagnostic d'un déclin cognitif est avant tout une démarche clinique.

L'interrogatoire et l'entretien avec l'entourage recueillent les informations relatives à son histoire personnelle et familiale, ses antécédents médicaux, les médicaments pris au long cours, son mode de vie, son activité professionnelle. Ils permettent au médecin traitant de contextualiser la plainte et les symptômes et de poser l'hypothèse d'un déclin cognitif durable et évolutif sur des arguments cliniques. L'impression clinique du médecin traitant peut être corroborée par des tests standardisés dits de repérage explorant le déficit cognitif, fonctionnel voire comportemental.

Ces tests sont nombreux ; certains sont protégés par un copyright (MMSE®, Mini-Cog®)¹. Quel que soit le test utilisé, les consignes d'administration de ces tests doivent être respectées et l'évaluation de la cognition doit être menée à distance de tout épisode aigu (somatique ou psychique) après avoir vérifié l'absence de déficience visuelle ou auditive, ou d'altération de la vigilance (attention au diagnostic par excès au décours d'une hospitalisation). Ces tests nécessitent une maîtrise de la langue française. Le MOCA⁵ et le MMSE® explorent plusieurs fonctions cognitives. Le tableau ci-contre fournit une description succincte des tests et de leurs propriétés psychométriques : validation en soins primaires (MG), durée d'administration, utilisation en consultation mémoire (CM) ou outil de suivi des symptômes (suivi)².

Le « General Practitioner-Cognition (GP-Cog) » est le test le plus évalué en médecine générale. Il est court et intègre, d'une part, le point de vue de l'entourage sur la sévérité des symptômes et leur évolution, et, d'autre part, la cognition du patient. En France, contrairement à d'autres pays, aucun test de repérage² n'est aujourd'hui recommandé en soins primaires³.

Si l'hypothèse d'un trouble cognitif est retenue, il est essentiel de compléter l'analyse clinique par une évaluation de l'autonomie fonctionnelle (échelles IADL⁴ et ADL⁵), par la recherche de symptômes psycho-comportementaux chez le patient (échelles NPI⁶ ou NPI-E⁷) et de prévoir un ou plusieurs entretiens avec l'entourage, en accord avec le patient s'il est en capacité de le donner. Le diagnostic positif d'un trouble cognitif repose sur un faisceau d'arguments : cliniques, cognitifs, fonctionnels, comportementaux, et non sur un seul test.

¹ Ce qui rend a priori leur utilisation payante.

² Letrillard L, Roubaud C, Lainé X, Ecochard R, Krolak-Salmon P. Evaluation des procédures diagnostiques de la maladie d'Alzheimer : une revue systématique des méta-analyses. Les cahiers de l'année gériatrique 2012;3:330-4

³ Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf

⁴ <https://www.masef.com/scores/demenceiadl.htm>

⁵ https://library.univ-sante.fr/00/00/32/00003242-e7a701c7d1bcb5584d108dab312fa205c/orille_adl.pdf

⁶ <http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/NPI.pdf>

⁷ https://www.cmr-nice.fr/doc/NPI_soignant_fr.pdf

Description succincte des tests et de leurs propriétés psychométriques

	En bref	Repère e TNC léger	Repère TNC majeur	MG/durée (min)	CM	Suivi
MMSE®⁸ <i>Mini Mental State Examination</i>	Test global sensible à l'âge et au niveau éducatif. N'évalue pas les fonctions exécutives, faussement négatif si niveau éducatif élevé https://www.parinc.com/	Non	Oui	Non > 15	Oui	Oui
MOCA® <i>Montreal Cognition Assessment</i>	Test global : attention concentration, fonctions exécutives, mémoire épisodique, langage, praxies visuelles constructives, abstraction, calcul, orientation Faussement négatif si niveau éducatif élevé Faussement positif si niveau éducatif faible http://www.mocatest.org/	Oui	Oui	Non > 15	Oui	Oui
GP-COG¹⁰ <i>General Practitioner Cognition</i>	Évalue plusieurs fonctions Adresse à mémoriser, date du jour ?, évocation d'événements récents, rappel de l'adresse ? Test patient (9 pts) complété par test entourage (6 pts) http://qpcog.com.au/	Oui	Oui	Oui 5	Non	?
6-CIT¹ <i>6-Item Impairment test</i>	Évalue plusieurs fonctions. On cote les erreurs : Année ? (4 pts) ; Mois ? (3 pts) ; Adresse (5 éléments à mémoriser) ; Heure ? (3 pts) Distraction par calcul ou épeler à rebours. L'adresse ? (2 pts par erreur) Seuil > 7	Oui	Oui	Oui 5-10	Non	?
MIS®¹¹ <i>Memory Impairment Screening</i>	Évalue la mémoire uniquement. Apprentissage de 4 mots écrits « souris, flûte, violet, pyjama » avec indicage. On cote succès ou échec de l'apprentissage après 5 essais. Si succès, rappel libre et indicé après distraction : 2 pts si rappel libre, 1 pt si indicé. Noter les intrusions. <u>Copyright © 1999 Albert Einstein College of Medicine. All rights reserved.</u>	Oui	Oui	Oui 5	Non	Non
5 mots de Dubois¹²	Évalue la mémoire uniquement Test en 3 étapes. Une feuille avec 5 mots Encodage 1° : « Lisez à voix haute les 5 mots et essayez de les retenir. Tout en regardant la liste demander « Nom de la boisson ? » » Contrôle de l'encodage : sans la feuille, redire les 5 mots ? Indice uniquement pour les mots oubliés. Un pt par mot retrouvé. Si < 5, les mots ne sont pas enregistrés, répéter l'encodage (3 fois max), si > 5 pts, enregistrement effectif. Distraction. Rappel libre et indicé. Noter les intrusions. Score seuil = 10 et = 8 pour les plus de 80 ans. Dubois. B. Presse Med 2002, 31 : 1696-9	Oui	Oui	Non 5	Oui	Non
Codex⁶	2 épreuves (item) : un rappel différé de 3 mots et test de l'horloge simplifié. Si erreur sur une épreuve ; évaluation orientation spatiale. www.testcodex.org	Oui	Oui	Oui 5	Non	?

⁸ TNC trouble neurocognitif L (léger), M (majeur). Pt : point. 1 : Test américain, traduit et validé en français

⁹ Test canadien, traduit et validé en français

¹⁰ Test australien, traduit et validé en français

¹¹ Test britannique, liste de mots en français validée

¹² Test français

Sources

- *Bien vieillir.* (s. d.). Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>
- *Centre ressource réhabilitation.* (2023, 17 février). Fiche thématique : les fonctions cognitives – Centre ressource réhabilitation. Centre Ressource Réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/fiche-thematique-les-fonctions-cognitives#:~:text=D%C3%A9finition,et%20interagir%20avec%20les%20autres.>
- *Comparateur de territoires – Comparez les territoires de votre choix - Résultats pour les communes, départements, régions, intercommunalités. . . | Insee.* (s. d.). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-69385>
- *Dossier complet – Commune de Lyon 5e Arrondissement (69385) | Insee.* (s. d.). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-69385>
- *Guide d'élaboration des PCPP, Assurance maladie, 2022*
- HAS, Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs, 2018, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf
- *Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés.* (s. d.). Ined - Institut National D'études Démographiques. [https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/vieillissement-de-la-population-accelere-en-france-et-dans-la-plupart-des-pays-developpes/#:~:text=La%20France%20n'est%20pas%20le%20pays%20le%20plus%20vieillissant&text=Selon%20le%20sc%C3%A9nario%20central%20de,plus\)%20\(figure%201\).](https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/vieillissement-de-la-population-accelere-en-france-et-dans-la-plupart-des-pays-developpes/#:~:text=La%20France%20n'est%20pas%20le%20pays%20le%20plus%20vieillissant&text=Selon%20le%20sc%C3%A9nario%20central%20de,plus)%20(figure%201).)
- *Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* (s. d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-esperance-de-vie-en#:~:text=R%C3%A9sum%C3%A9,est%20stable%20depuis%20dix%20ans.>
- *Loi de modernisation de notre système de santé – Ministère du travail, de la santé et des solidarités.* (2023, 16 février). Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. <https://sante.gouv.fr/archives/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante-503/>
- *Mieux connaître et évaluer la prise en charge des maladies chroniques : lancement de l'enquête PaRIS en septembre 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* (s. d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/mieux-connaître-et-evaluer-la-prise-en-charge-des-maladies-chroniques#:~:text=En%202021%2C%20en%20France%2C%2012,du%20vieillissement%20de%20la%20population.>
- *Prévention du risque iatrogénique* (s.d), 2025, <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus/prevention-du-risque-iatrogenique-l-essentiel>
- RIST Stéphanie, ROGÉZ Raphaël, « Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale », *Les Tribunes de la santé*, 2020/1 (N° 63), p. 51-55. DOI : 10.3917/seve1.063.0051. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-51.htm>

- VITAGE : programme de rééducation pour les séniors pré-fragiles | Fiche santé HCL. (s. d.). <https://www.chu-lyon.fr/vitage-programme-de-reeducation-pour-les-seniors-pre-fragiles>
- World Health Organization : WHO. (2022, 1 octobre). Vieillesse et santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization : WHO. (2023, 20 octobre). Santé mentale et vieillissement. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults#:~:text=La%20solitude%20et%20l'isolement,de%20la%20part%20d'aidants>

Le dispositif PAERPA, 09/05/17, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

