



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

Prévention de la dépendance

avant-propos

Pour une action de masse

SOMMAIRE

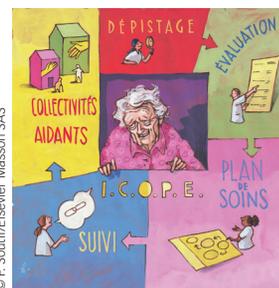
Dossier coordonné par Bruno Vellas

- Pour une action de masse..... 11
- Icope : pour aider les professionnels de santé à prévenir la dépendance chez les seniors 12
- Le dépistage *step 1* : expérimentation en Occitanie avec les infirmiers et les pharmaciens 16
- Le télé-suivi infirmier, une innovation en gériatrie 20
- Contenu et application du *step 2* d'Icope, retour d'expérience des infirmières 23
- La prise en charge complète du *step 1* au *step 5* 26
- Éléments de bibliographie 29

Selon l'Organisation mondiale de la santé, vieillir en bonne santé ne signifie pas l'absence de maladies, mais pouvoir continuer à faire ce qui est important pour soi. À ce titre, son programme Integrated Care for Older People (Icope) est un enjeu de santé publique.

À son étape 1 (*step 1*), il propose de mesurer les fonctions essentielles de la capacité intrinsèque d'une personne âgée : mobilité, bien-être psychique, mémoire, vue, audition et état nutritionnel. Cela peut être effectué par le senior, par son entourage ou par un professionnel de santé. Puis, la perte éventuelle des fonctions est à estimer et à contextualiser par un soignant. Si la personne a une ou deux atteintes, il est nécessaire de réaliser une évaluation approfondie (étape 2, *step 2*). L'étape 3 (*step 3*) consiste à mettre en place un plan de soins. Celui-ci peut être simple, tel qu'organiser le suivi d'une perte de vue liée à une cataracte, ou plus complexe chez une personne fragile ayant plusieurs fonctions atteintes. Des interventions multidomaines sont proposées, associant activité physique, nutrition, exercices cognitifs et prise en charge sociale. Il est important de suivre les fonctions essentielles (étape 4, *step 4*) car le vieillissement est un processus continu. La médecine digitale et le télé-suivi par les infirmiers permettent de repérer précocement leur déclin afin d'intervenir rapidement, grâce à l'application Icope monitor, au chatbot Icopebot et aux différents outils digitaux du programme.

Enfin, l'étape 5 (*step 5*) consiste à développer un écosystème favorable autour du senior,



comme lui proposer des parcours de marche pour lui permettre l'exercice physique.

Le programme Icope devrait jouer un rôle important dans le plan "grand âge". Les infirmiers y tiennent une place essentielle, aux côtés des médecins traitants et des autres professionnels de santé. Leur approche clinique,

classiquement curative, prend ici son sens dans la prévention. Cela constitue un changement pour une médecine jusque-là centrée sur des diagnostics et des traitements qui échouent face à la dépendance.

Icope a vocation à être déployé à large échelle afin de diminuer de 150 000 d'ici à 2025 le nombre de seniors dépendants en France. Il est urgent de le mettre en place dans les activités hospitalières et libérales ; il s'agit d'ailleurs d'un des objectifs du projet de recherche Inspire¹. ■

¹ Inspire. Vieillir en bonne santé. Plateforme de recherche translationnelle en gérosiences pour favoriser un vieillissement en bonne santé. <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/>.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts concernant cet article.

Bruno Vellas*

Gérialtre, responsable du Gérontopôle de Toulouse

Véronique Bezombes

Cadre de pôle

Gérontopôle, centre hospitalier universitaire, place Lange, 31059 Toulouse, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : vellas.b@chu-toulouse.fr

(B. Vellas).

évaluation gériatrique

Icobe : pour aider les professionnels de santé à prévenir la dépendance chez les seniors

CHRISTINE LAFONT*
Médecin

NÉDA TAVASSOLI
Pharmacien

Hôpital La Grave,
Cité de la santé, 1^{er} étage,
gérontopôle, centre hospitalier
universitaire de Toulouse,
place Lange,
31059 Toulouse, France

■ Le programme Icobe proposé par l'Organisation mondiale de la santé pour diminuer le nombre de sujets dépendants se décline en cinq étapes réalisables dans la filière des soins primaires : dépistage, évaluation intégrée, plan de soins personnalisé, suivi du plan de soins, implication des collectivités et aide aux aidants ■ La population cible est celle des seniors autonomes de 60 ans et plus ■ Des outils numériques ont été développés pour faciliter l'évaluation et le suivi des sujets intégrés dans ce projet de soins.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – évaluation gériatrique ; outil numérique ; prévention ; programme Icobe ; soin primaire ; sujet âgé

Icobe: to help health professionals to prevent dependency among seniors. The ICOPE program proposed by the WHO to reduce the number of dependent subjects is composed of 5 steps that can be carried out in primary care: screening, integrated assessment, personalized care plan, monitoring of the plan care, community involvement and support for caregivers. The target population is independent seniors aged 60 years and over. Digital tools have been developed to facilitate the assessment and follow-up of the subjects included in this care project.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – comprehensive geriatric assessment; digital tool; ICOPE program; older people; prevention; primary care

Le programme Integrated Care for Older People (Icobe) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1,2] a pour objectif de favoriser le vieillissement en bonne santé en optimisant les capacités et les aptitudes de la personne grâce à un suivi régulier de six fonctions essentielles au maintien de l'indépendance : la mobilité, la nutrition, la vision, l'audition, l'humeur et la cognition. En cas d'altération ou de fléchissement d'une de ces fonctions, des interventions personnalisées ciblées et hiérarchisées sont proposées, après une évaluation intégrant les fonctions déficitaires, les pathologies associées et le contexte socio-environnemental. La cible de cette action de prévention est la population des sujets âgés de 60 ans et plus autonomes et vivant à domicile. Sa mise en œuvre repose essentiellement sur les acteurs du premier recours : professionnels de santé, mais aussi professionnels du secteur médico-social et social. Dans cette démarche, l'implication de la collectivité et le rôle des aidants sont mis en lumière.

UN PROGRAMME EN CINQ ÉTAPES

La finalité du programme Icobe est de répondre aux besoins de la personne âgée en matière de soins et de prise en charge sociale, dans une démarche de soins intégrés, avec un parcours fondé sur la filière des soins primaires (*figure 1*).

Étape 1, le dépistage

Le dépistage sert à repérer dans la population âgée d'éventuelles anomalies portant sur une ou plusieurs fonctions. Il s'appuie sur un outil d'utilisation facile (*figure 2*) qui permet, à l'aide de quelques questions et épreuves simples, d'évaluer en une dizaine de minutes les six fonctions de la capacité intrinsèque¹ [3,4]. Il peut être réalisé par des professionnels de santé, mais aussi par toute personne préalablement formée ainsi que par le sujet lui-même, seul ou avec l'aide d'un proche. À cet effet, un accompagnement de la part des soignants est prévu afin d'aider la personne à devenir acteur de l'évaluation et du suivi de ses capacités.

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
lafont.c@chu-toulouse.fr
(C. Lafont).

Prévention de la dépendance

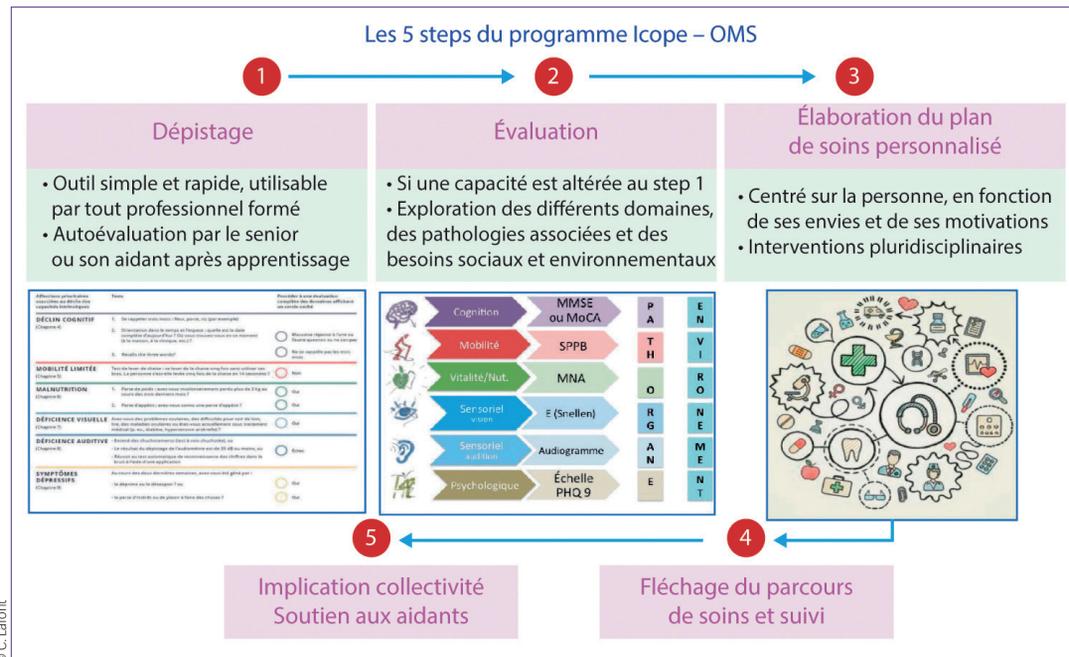


Figure 1. Les cinq étapes du programme Icope.

Ce même outil (*step 1*) peut être utilisé pour le suivi des fonctions au cours du temps. L'intervalle préconisé entre deux évaluations est de quatre mois pour l'autoévaluation et de six mois si l'évaluation est effectuée par un professionnel de santé. En l'absence d'anomalie lors du dépistage, des mesures de prévention (vaccination, suivi bucco-dentaire, etc.) et des conseils d'hygiène de vie sont dispensés aux seniors. Pour favoriser la réalisation du *step 1* par les professionnels de santé, des formations gratuites en webinaire sont proposées chaque mois par le gérontopôle de Toulouse (31), centre collaborateur de l'OMS dans le cadre du projet Inspire [5].

Étape 2, l'évaluation approfondie

L'évaluation doit être complète et axée sur la personne. Elle prend en compte et intègre le statut fonctionnel du sujet, les pathologies associées expliquant ou non la perte de fonction, et le contexte social et environnemental. Cette évaluation est recommandée lorsque l'on observe le déclin d'une ou de plusieurs fonctions lors du dépistage, ou la détérioration d'une ou de plusieurs fonctions entre deux évaluations successives. Si l'anomalie constatée au *step 1* concerne plus d'une fonction majeure (mobilité, cognition, nutrition, humeur), il est conseillé d'évaluer tous les domaines de la capacité intrinsèque.

Les outils d'évaluation proposés sont connus des soignants puisque la plupart d'entre eux sont déjà

utilisés dans l'évaluation gériatrique standardisée [6] ainsi que dans le bilan de fragilité :

- *mini-mental state examination* [7] pour la cognition ;
- batterie courte de performance physique [8] pour la mobilité ;
- *mini-nutritional assessment* [9] pour la nutrition et la vitalité ;
- échelle d'acuité visuelle et audiométrie pour le domaine sensoriel ;
- *patient health questionnaire-9* [10] pour le domaine psychologique.

Dans chaque domaine, l'évaluation doit être complétée par la recherche des pathologies chroniques associées ou de toutes pathologies susceptibles d'expliquer l'altération des capacités correspondantes. Celles-ci doivent être prises en charge de manière conventionnelle. Enfin, il est recommandé d'évaluer les besoins sociaux et environnementaux domaine par domaine.

Une évaluation réalisable en soins primaires

Cette évaluation peut être effectuée par le médecin traitant selon sa pratique habituelle, par des infirmiers diplômés d'État (IDE) libéraux ou des IDE salariés formés au bilan de fragilité, mais aussi par d'autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, nutritionnistes, pharmaciens,

NOTES

- ¹ La capacité intrinsèque est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme la somme des capacités physiques et mentales d'une personne.
- ² 13 avril 2017 (Ref. Nb.MMS/OSS/NDT171027, autorisation n° 19141154).

RÉFÉRENCES

- [1] Handbook. Guidance on person-centered assessment and pathways in primary care. 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19-1-eng.pdf;jsessionid=31CB3214293723D1D9A7D2B822B92D0E?sequence=1> (accessed April 2, 2020).
- [2] Takeda C, Guyonnet S, Sumi Y, et al. Integrated care for older people and the implementation in the INSPIRE care cohort. *J Prev Alzheimers Dis* 2020;7(2):70–4.
- [3] WHO ICOPE Handbook App. Google Play. <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.universaltools.icope&hl=en>.
- [4] WHO ICOPE Handbook App. Apple Store. <https://apps.apple.com/fr/app/who-icopehandbook-app/id1482388332>.
- [5] Tavassoli N, Piau A, Berbon C, et al. Framework implementation of the INSPIRE ICOPE-CARE program in collaboration with the World Health Organization (WHO) in the Occitania region. *J Frailty Aging* 2021;10(2):103–9.
- [6] Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996;54(1 Pt 2):S59–65.

ICOPE MONITOR STEP 1 DE L'OMS			
Date du test à la consultation du Gérotopôle :		Date et ville de naissance :	
Nom et prénoms :		Adresse e-mail :	
Téléphone portable :			
Adresse postale :			
Nom et ville du médecin traitant :			
Nom du médecin consultant au Gérotopôle :			
Le step 1 a été réalisé : <input type="checkbox"/> avant la consultation <input type="checkbox"/> après la consultation			
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 quatre derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	3. Apprentissage de trois mots : citron, clé, ballon		
	4. Orientation temporo-spatiale : Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?		
	- Année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- Jour de la semaine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- Mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- Jour du mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nutrition	1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3 kilos au cours des trois derniers mois ?	Poids actuel : kg	
	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	Whisper Test (test de chuchotement)* :		
	- Oreille droite capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- Oreille gauche capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Psychologie	Au cours des deux dernières semaines :		
	1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mobilité	Test de lever de chaise** :	Temps en sec	
	1. Réalisation des cinq levers ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	2. Si non, combien de levers de chaise réalisés ?		
	3. Si aucun, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras sans aide d'autrui ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Figure 2. Outil de dépistage et de suivi step 1 d'après l'Organisation mondiale de la santé [1].

RÉFÉRENCES

- [7] Beard JR, Jotheeswaran AT, Cesari M, Araujo de Carvalho I. The structure and predictive value of intrinsic capacity in a longitudinal study of ageing. *BMJ Open* 2019;9(11):e026119.
- [8] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.

psychologues, ergothérapeutes, etc.) peuvent également participer à l'évaluation en fonction de leurs compétences. La pluridisciplinarité, lorsqu'elle est possible, constitue un atout majeur. Pour les cas complexes (altération sévère d'une fonction ou altération de multiples fonctions), il est possible d'avoir recours aux spécialités gériatriques par le biais de consultations spécialisées ou de la télémédecine.

Étape 3, le plan de soins personnalisé

À l'issue de l'évaluation, un plan de soins est établi. Il intègre l'ensemble des données fournies

par l'évaluation. Les objectifs de soins sont définis avec la personne et ses proches et doivent prendre en compte ses souhaits et ses aspirations. Les recommandations proposées ont pour cible le ou les domaines altérés et tiennent compte, pour chaque domaine, de l'importance de l'altération constatée afin de hiérarchiser les actions correctrices. Chaque fois que possible, l'intervention s'appuie sur les ressources de proximité offertes par la collectivité, ce qui implique de la part des professionnels de santé une bonne connaissance des ressources communautaires à leur disposition. Il est aussi demandé de privilégier une prise en charge au design multidomaine en raison de l'interaction existant entre les différentes fonctions de la capacité intrinsèque. Les soignants doivent, enfin, aider le sujet à devenir autonome dans sa prise en charge. Le recours aux nouvelles technologies peut être proposé lorsque existent des applications adaptées aux seniors, telles que le programme d'activité physique Vivifrail [8].

Étape 4, le suivi du plan de soins

Un suivi régulier et soutenu est essentiel à la mise en œuvre des interventions recommandées. Il est le plus souvent effectué dans la filière des soins primaires par le professionnel de santé qui a réalisé l'évaluation et établi le plan de soins. Dans le cadre d'une activité de soins coordonnés, cette tâche appartient au coordonnateur. Le suivi consiste à vérifier la mise en pratique des interventions proposées et à aplanir les obstacles rencontrés. Le recours aux spécialistes est proposé pour la gestion des cas complexes et, en principe, le gériatre réalise, ou complète, l'évaluation et dessine le parcours de soins. Il apporte son soutien et son expertise aux équipes de premier recours lorsque des soins spécialisés sont nécessaires, notamment pour la prise en charge des principaux syndromes gériatriques. Cette assistance peut s'appuyer sur des consultations spécialisées ou sur la télémédecine (téléconsultation ou téléexpertise). Le programme Icope est fondé sur le suivi des fonctions avec une périodicité de quatre-six mois. Les évaluations de suivi (step 1) sont réalisées par le sujet lui-même en autoévaluation à l'aide d'outils numériques (voir "Des outils numériques facilitateurs"), ou par les soignants. Il est souhaitable d'encourager les sujets à s'autoévaluer, seuls ou avec l'aide d'un proche, la participation active et l'autonomisation du patient face aux soins étant l'un des objectifs de ce programme.

Prévention de la dépendance

Étape 5, mobilisation et soutien aux aidants

Cette étape ne doit pas être considérée comme chronologique dans le parcours de soins mais plutôt comme un chapitre à part signant l'engagement de la collectivité à favoriser le vieillissement en bonne santé des seniors et de leurs proches.

■ **La collectivité** intervient à différentes étapes de ce programme de prévention : diffusion d'informations (sur le bien vieillir, la santé, les pathologies liées à l'âge, etc.), offres de services, aménagement de l'espace public et des transports, développement de l'aide à domicile, etc. Autant d'éléments devant figurer au programme de la politique de santé régionale, mais aussi nationale, car il est nécessaire de mettre à disposition des ressources en termes de formation, d'emplois, d'infrastructures, et donc d'allouer les budgets permettant d'offrir aux seniors les moyens indispensables à un vieillissement en bonne santé. La possibilité de faire participer la communauté aux soins doit aussi être examinée en encourageant le bénévolat et en favorisant la contribution des personnes âgées par le biais d'associations.

■ **Le soutien aux aidants** consiste en premier lieu à les reconnaître comme étant des partenaires dans le programme de soins, tout en évaluant la charge psychologique et financière qui en découle afin de leur apporter les aides nécessaires pour y faire face.

DES OUTILS NUMÉRIQUES FACILITATEURS

Deux outils numériques ont été créés par le gérontopôle de Toulouse pour faciliter le dépistage et le suivi des fonctions (*step 1*) :

- l'application Icope monitor, téléchargeable gratuitement sur Apple Store ou Google Play. Elle est utilisable sur tablettes et smartphones [2] ;
- le robot conversationnel Icopebot, accessible sur Internet depuis un ordinateur, une tablette ou un smartphone [11].

Ces deux outils peuvent être utilisés aussi bien par les seniors que par les professionnels de santé, l'enregistrement se faisant en mode autoévaluation ou professionnel. Afin d'en faciliter l'usage, des tutoriels sont accessibles sur le site Inspire [12]. Ils décrivent les modalités

d'inscription pour les professionnels de santé et les seniors souhaitant s'autoévaluer. Une courte vidéo sur Youtube présente par ailleurs l'application Icope monitor.

Avec l'accord du participant, les données recueillies sont directement transmises à la base de données "Fragilité Icope" du gérontopôle (centre hospitalier universitaire de Toulouse) [13], dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité.

■ **La base de données "Fragilité Icope"** est sécurisée et répond au règlement général sur la protection des données². Elle est dotée de plusieurs fonctionnalités facilitant le suivi à distance des sujets :

- génération d'une alerte en cas de déclin d'une fonction au *step 1* initial ou au *step 1* de suivi ;
- tableau de bord listant les sujets pour lesquels une alerte a été notée, indication sur la trajectoire des fonctions (déclin, stabilité, amélioration) et information sur le statut de l'alerte (traitée, en cours de traitement ou non traitée) ;
- calendrier des réévaluations (*step 1* de suivi) à prévoir.

Une application et un robot

conversationnel ont été créés

pour faciliter le dépistage et le

suivi des fonctions des seniors

pour assurer leur suivi. Une seule adresse e-mail et un seul mot de passe sont requis pour l'utilisation des deux outils numériques ainsi que de la base de données.

Sur requête, il est possible d'éditer à partir de la base de données la synthèse de l'évaluation.

Tous les professionnels de santé ayant réalisé au moins une évaluation peuvent avoir accès aux données de leurs patients

CONCLUSION

Le programme Icope mis en place au gérontopôle de Toulouse est déployé en Occitanie depuis le 1^{er} avril 2020. Aujourd'hui, les données de 18 639 seniors sont enregistrées dans la base de données, dont 10 683 ont bénéficié d'un *step 1* et 8 577 d'un *step 2*. Quelque 2 376 professionnels de santé utilisent les outils numériques Icope et près de 2 000 ont été formés à la réalisation du *step 1*. Ces résultats encourageants montrent qu'il est possible de mettre en pratique Icope dans le parcours de soins primaire et laissent raisonnablement envisager la possibilité de déployer à moyen terme ce programme dans les autres régions françaises. ■

RÉFÉRENCES

- [9] Briggs AM, Araujo de Carvalho I. Actions required to implement integrated care for older people in the community using the World Health Organization's ICOPE approach: a global Delphi consensus study. *PLoS One* 2018;13(10):e0205533.
- [10] Izquierdo M. [Multicomponent physical exercise program: Vivifrail]. *Nutr Hosp* 2019;36(Spec n°2):50-6.
- [11] Centre hospitalier universitaire de Toulouse. Icopebot. <https://icopebot.botdesign.net>.
- [12] Inspire. Vieillir en bonne santé. Les outils digitaux. <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/outils-digitaux/>.
- [13] Centre hospitalier universitaire de Toulouse. Base de données Fragilité. <https://icope.chu-toulouse.fr/webLogin>.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994;49(2):M85-94.
- Somme D, Rousseau C. L'évaluation gériatrique standardisée ou l'approche gérontologique globale : où en est-on ? *Rev Med Interne* 2013;34(2):114-22.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire. *JAMA* 1999;282(18):1737-44.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

retour d'expérience

Le dépistage *step 1* : expérimentation en Occitanie avec les infirmiers et les pharmaciens

CÉLINE MATHIEU^{a,*}
Chef de projet

CÉCILE McCAMBRIDGE^a
Pharmacienne

JUSTINE DE KERIMEL^a
Chef de projet

DOMINIQUE JAKOVENKO^b
Infirmier diplômé d'État libéral

CHRISTINE LAFONT^a
Médecin

^aHôpital La Grave, Cité de la
santé, 1^{er} étage, gérontopôle,
centre hospitalier universitaire
Toulouse, place Lange,
31059 Toulouse, France

^b211 avenue Jean-Moulin,
30380 Saint-Christol-les-Alès,
France

■ Le dépistage (*step 1*) est le mode d'entrée dans le programme Icope ■ Cette étape préliminaire est principalement une initiative des professionnels de santé du premier recours, présents quotidiennement auprès des seniors ■ En Occitanie, dans le cadre du déploiement du programme Icope, infirmiers et pharmaciens d'officine, acteurs de santé de proximité, ont été invités à inclure le *step 1* dans leurs pratiques ■ Ils ont pu bénéficier, s'ils le souhaitaient, d'une formation gratuite en webinaire.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – dépistage ; fragilité ; nouvelle technologie ; personne âgée ; prévention ; programme Icope ; suivi

Step 1 screening: experimentation in Occitania with nurses and pharmacists. Screening with the step 1 tool is the principal modality of entry into the ICOPE program. This preliminary step is particularly an initiative of primary care health professionals, who are daily caring older people. In Occitania, as part of the deployment of ICOPE program, nurses and pharmacists, were invited to integrate the step 1 in their practices. They benefited, if they wished, from a free webinar training.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – frailty; ICOPE program; monitoring; new technologies; older people; prevention; screening

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) subordonne le « *vieillesse en bonne santé* » au maintien de l'aptitude fonctionnelle, garant du « *bien-être* » personnel [1]. Cette définition implique le maintien des capacités fonctionnelles de la personne âgée et l'adaptation de son environnement. Pour y parvenir, il importe d'évaluer et de surveiller à intervalle régulier six fonctions : la vue, l'audition, la mémoire, la mobilité, l'état psychologique et la nutrition. Cette première étape du programme (*step 1*) de l'OMS Integrated Care for Older People (Icope) permet de dépister dès la seconde moitié de la vie tout fléchissement fonctionnel afin d'apporter, si besoin, des actions correctives. L'outil de dépistage proposé est d'utilisation facile et rapide et peut s'inscrire naturellement dans la pratique des soignants du premier recours. Parmi ceux-là, les infirmiers et les pharmaciens d'officine occupent auprès de la population vieillissante une position privilégiée. Ils représentent donc un relais possible pour amorcer le déploiement du *step 1* au niveau régional.

CADRE DE L'EXPÉRIMENTATION

Conformément aux récentes recommandations de l'OMS [2], le programme de prévention

Icope est déployé en Occitanie depuis mai 2020. Le *step 1*, étape préliminaire du programme, est fondé sur le suivi des fonctions essentielles au maintien de l'autonomie des seniors. Afin de favoriser son intégration en pratique clinique, une expérimentation régionale s'appuyant dans un premier temps sur les infirmiers et les pharmaciens d'officine a été mise en œuvre.

OBJECTIFS ET CHOIX DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

De par leur proximité au quotidien avec les sujets âgés vivant à domicile, les infirmiers libéraux et les pharmaciens d'officine constituent en première intention une ressource indispensable au déploiement d'Icope. Présents au sein de chaque bassin de vie, y compris dans les zones les plus isolées ou faiblement médicalisées, ils ont à la fois un contact privilégié avec la population âgée et des liens étroits avec les autres professionnels de santé, notamment les médecins traitants. Intégrer ce dépistage de manière systématique auprès des patients de plus de 60 ans permet à ces professionnels de jouer un rôle important dans la prévention de la dépendance. Cela constitue aussi pour eux

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :
mathieu.ce@chu-toulouse.fr
(C. Mathieu).

Prévention de la dépendance

un moyen d'acquérir une approche globale du patient, d'affiner leur jugement clinique, d'enrichir leur pratique en appliquant les recommandations de l'OMS, et d'améliorer ainsi la prise en charge et le service rendu au malade. Enfin, ces évaluations sont l'occasion de toucher un public plus jeune et plus autonome, apte à devenir acteur de sa santé et qu'ils pourront accompagner vers l'autoévaluation en l'aidant à utiliser les outils numériques conçus à cet effet.

MOYENS MIS EN ŒUVRE

Plusieurs actions ont été mises en place. Une campagne de communication multimédia a été lancée auprès des professionnels de santé du premier recours pour diffuser largement des informations sur le programme Icope, à l'aide d'articles de presse [3], d'entretiens, d'affiches, de plaquettes, d'un tutoriel et d'un film promotionnel [4]. Une formation spécifique en webinaire leur est également proposée depuis mai 2020. Gratuite au *step 1*, elle est dispensée par visioconférence et dure quarante minutes. Elle permet de présenter le programme Icope, de détailler le contenu et les modalités de passation du test du *step 1*, ainsi que l'utilisation des outils digitaux. Des documents utiles à la mise en pratique de cette première étape sont également proposés aux participants¹.

REGARDS CROISÉS SUR LA RÉALISATION DU STEP 1

En Occitanie, dans le cadre du déploiement du programme Icope, infirmiers et pharmaciens d'officine, acteurs de santé de proximité, ont été invités à inclure le *step 1* dans leurs pratiques.

Par l'infirmier

Les infirmiers formés à cette première étape du programme Icope sont à même de dépister, en toute autonomie du fait de leur rôle propre [5], le fléchissement d'une ou de plusieurs des six fonctions essentielles pour « *vieillir en bonne santé* ». Ils effectuent des tests de suivi tous les quatre à six mois auprès des seniors de leur patientèle afin de repérer précocement une vulnérabilité pouvant être compensée par une prise en charge adaptée, qui permet ainsi de prévenir une dépendance irréversible.

■ Par ce mode de prise en charge, l'infirmier répond à sa mission de prévention. Lorsque le *step 1* d'Icope est effectué à domicile, à l'occasion d'un soin ou chez l'aidant d'un patient

dépendant, les infirmiers libéraux prennent quinze minutes sur leur tournée afin de réaliser l'évaluation des fonctions de la personne. Il est donc nécessaire de trouver un temps dédié où elle sera réceptive et disponible. Mais cette évaluation des seniors dans leur environnement est souvent riche en informations, et facilite l'interprétation du test de dépistage. Elle est aussi la source d'un contact privilégié qui crée la confiance et favorise l'adhésion de la personne au programme sur le long terme. Le suivi régulier des patients permet d'identifier les premiers signes de dysfonctionnement afin d'alerter le corps médical et de mettre en route des actions préventives concernant le déclin cognitif, les difficultés à la mobilité avec risque de chute, l'iatrogénie et la santé mentale. Les infirmiers peuvent suivre l'évolution de l'état clinique des patients en traçant les évaluations sur l'application mobile et dans le dossier de soins.

■ Les infirmiers libéraux assurent à cette occasion un rôle de coordination, avec le médecin traitant mais aussi avec d'autres professionnels de santé qui vont, si besoin, prendre en charge les déficits constatés (kinésithérapeute, pharmacien, podologue, etc.). Ils peuvent à cette occasion coordonner des actions avec les infirmiers formés à l'évaluation gériatrique standardisée pour que soit réalisée une évaluation approfondie ; celle-ci permettra d'affiner le diagnostic et d'adapter les prises en charge à l'aide d'un plan de soins personnalisé soumis au médecin traitant. Les infirmiers libéraux prennent en charge chaque jour un grand nombre de personnes âgées de plus de 60 ans à leur domicile. Nombre d'entre elles sortent peu, surtout en milieu rural, et la réalisation d'un dépistage de masse demande donc une intervention de l'infirmier libéral. Les professionnels peuvent aussi mettre en œuvre ces dépistages dans les centres de vaccination, lors des actions de sensibilisation dans les clubs de personnes âgées, les résidences autonomie, les centres communaux d'action sociale ou la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Par le pharmacien d'officine

Outre ses missions de dispensation et de conseils de bon usage des médicaments, le pharmacien d'officine participe aux actions de santé publique, de prévention et de dépistage [6].

Pourquoi ?

Il coopère avec les autres professionnels de santé au sein des différents réseaux de santé (équipes

NOTE

¹ Pour s'inscrire à la formation *step 1* : webinaire en direct avec Quick Response (quarante minutes) : <https://app.livestorm.co/chu-toulouse/formation-au-step-1-icope>. Replay vingt-quatre heures sur sept : <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/formulaire-video-step1>.

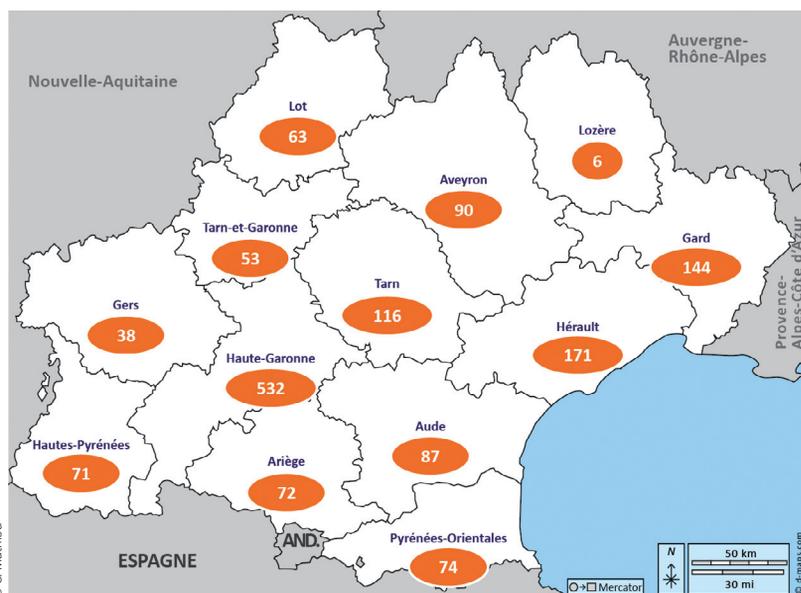


Figure 1. Nombre de professionnels de santé formés dans chaque département en Occitanie : 83 % sont des infirmiers ou des pharmaciens (mai 2021).

RÉFÉRENCES

- [1] Organisation mondiale de la santé. Décennie pour le vieillissement en bonne santé. 2020-2030. www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing.
- [2] Organisation mondiale de la santé. Manuel. Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires. 2019. www.who.int/ageing/publications/manuel-conseil-sur-levaluation-et-les-filières-axes-sur-la-personne--9789290313274-fre.pdf.
- [3] Collectif. Dossier spécial fragilité. Dispositif Icope: pourquoi on fait appel à nous. *Ilomag* n° 11 – Le magazine des infirmiers libéraux en Occitanie. www.urpsinfirmiers-occitanie.fr/IMG/pdf/ilomag_no11_v3.pdf.
- [4] Centre hospitalier universitaire de Toulouse. Vieillir en bonne santé avec Icope Monitor. <https://youtu.be/09lgFOLC1JE>.
- [5] Décret n(2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000421679/.

de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, établissements pour personnes âgées, etc.) pour permettre une prise en charge globale du patient et faciliter ainsi son parcours de soins.

■ **Disponibles sans rendez-vous et proches des patients**, pharmaciens et préparateurs en officine sont des interlocuteurs privilégiés pour faire connaître le programme Icope et proposer le *step 1*. Grâce à leur expertise dans le champ des médicaments, ils sont les acteurs de choix pour faire le lien entre le déclin de certaines fonctions et la prise de médicaments. En effet, qu'elle soit ponctuelle ou chronique, la prise de médicaments expose toujours les patients à un bénéfice pour leur santé et à un risque d'effets indésirables. Ces effets non souhaités sont parfois responsables d'une altération des capacités fonctionnelles des patients, et ce risque est d'autant plus important que le nombre de médicaments augmente.

■ **La France se situe au deuxième rang de la consommation de benzodiazépines** en Europe [7]. Ces médicaments, le plus souvent connus pour leurs propriétés anxiolytiques et hypnotiques, altèrent la cognition par un effet d'amnésie antérograde. Les psychotropes, mais aussi les médicaments cardio-vasculaires, qui représentent la classe la plus fréquemment prescrite chez les personnes âgées avec, notamment, celle des antihypertenseurs, peuvent être responsables de vertiges, d'hypotension

orthostatique, voire de chutes, et altérer ainsi la mobilité des patients. À l'inverse, l'absence de médicament chez un patient qui en aurait besoin, par exemple un antidiabétique dans un contexte d'hémoglobine glyquée et/ou de glycémie supérieur à la cible, pourrait affecter à terme sa vision. De manière plus générale, la polymédication (au-delà de cinq médicaments consommés chaque jour de façon chronique), associée aux propriétés intrinsèques des médicaments, peut conduire à une perte d'appétit ou à des troubles digestifs qui, au long cours, sont susceptibles d'affecter le statut nutritionnel des patients.

Comment ?

Outre les occasions ponctuelles lors de la venue des patients au comptoir de la pharmacie d'officine, deux situations semblent propices à la passation du *step 1* d'Icope :

- lors du temps de surveillance postvaccinale, car les pharmaciens d'officine intègrent désormais dans leur quotidien la vaccination contre la Covid-19 et antigrippale en hiver [8,9]. Les quinze minutes de surveillance à l'issue de l'injection peuvent être mises à profit pour poser les questions du *step 1* et présenter l'application au patient ;
- lors d'un entretien pharmaceutique, des rendez-vous sont proposés par le pharmacien à certains patients dans le cadre de l'avenant 21 à la convention nationale pharmaceutique (asthme, anticoagulants oraux, anticancéreux oraux, bilans partagés de médication) [10]. Ils ont pour objectif d'accompagner les patients dans le suivi de leur traitement afin qu'ils le comprennent, se l'approprient et y adhèrent.

Si le *step 1* est initialement réalisé en dehors d'un bilan partagé de médication, cet entretien pourra être secondairement proposé au patient, en accord avec le médecin traitant. Ce sera l'occasion de faire le point sur chaque médicament potentiellement iatrogène et permettra d'optimiser le *step 3*. Tout patient âgé de 65 ans et plus, et consommant au moins cinq médicaments de façon chronique, peut bénéficier d'un bilan partagé de médication réalisé par son pharmacien.

Qui ?

Les pharmaciens d'officine et les préparateurs en pharmacie de la région Occitanie ont été sensibilisés au programme Icope par le réseau d'enseignement et d'innovation pour la pharmacie d'officine. À l'issue des réunions d'information, ils étaient conviés à se former au cours des sessions proposées par le gérontopôle de Toulouse (31). Les étudiants

Prévention de la dépendance

 TABLEAU 1. Nombre total de *step 1* réalisés par les infirmiers et les pharmaciens en Occitanie (mai 2021).

	Ensemble des professionnels de santé	Infirmiers	Pharmaciens
Ariège	222	154	6
Aude	176	66	1
Aveyron	234	193	7
Gard	185	156	9
Gers	190	76	21
Haute-Garonne	7 047	2 356	224
Hautes-Pyrénées	420	361	1
Hérault	204	161	0
Lot	264	191	2
Lozère	10	6	0
Pyrénées-Orientales	339	278	29
Tarn	439	225	73
Tarn-et-Garonne	149	80	0

ont également été informés lors de sessions de formation organisées à la faculté de pharmacie et aux centres de formation des apprentis (CFA de pharmacie Toulouse et de Montpellier [34]).

PREMIER BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION EN OCCITANIE

Depuis le lancement de l'expérimentation en Occitanie au printemps 2020, vingt-huit sessions ont été organisées, permettant de former 1 070 infirmiers et 223 pharmaciens. Ces derniers représentent près de 83 % des professionnels formés dans la région (figure 1). En une année, cette formation, toujours en cours, a permis de toucher environ 7 % des infirmiers et 5 % des pharmaciens d'officine en Occitanie, ce qui constitue des résultats encourageants pour une action récente et innovante. Hormis la Haute-Garonne, à l'initiative du projet, certains départements se présentent comme des leaders en la matière, tels le Gard et l'Hérault, ce qui correspond à une implantation forte de réseaux infirmiers.

RÉALISATION DES STEPS 1

À ce jour, 11 304 *steps 1* ont été réalisés par l'ensemble des professionnels de la région Occitanie (tableau 1). Plus de la moitié (6 000) ont été effectués par des infirmiers et des pharmaciens. Ici encore, on note une hétérogénéité de la mise en pratique du *step 1* au niveau départemental. D'un point de vue opérationnel, deux départements semblent avoir pris le leadership.

Parmi ces professionnels formés, 31 % des infirmiers et 37 % des pharmaciens ont réalisé au moins un *step 1*, ce qui témoigne d'un impact positif de la formation, avec passage de la théorie à la pratique chez près d'un soignant sur trois. Après analyse de ces données, une réflexion est en cours pour obtenir une prise en charge homogène des patients sur l'ensemble de l'Occitanie et amener progressivement les autres professionnels de santé à réaliser le *step 1* d'Icope.

CONCLUSION

L'expérimentation menée en Occitanie avec les infirmiers et les pharmaciens d'officine constitue une étape préalable à un déploiement plus large du programme Icope. Cette stratégie doit inclure l'élargissement de la réalisation du *step 1* à tout professionnel du secteur sanitaire mais aussi à d'autres professionnels formés, ainsi que la mise en place des étapes ultérieures d'Icope (évaluation approfondie, plan de soins et suivi).

En parallèle, ce programme Icope est maintenant intégré dans la politique de santé au niveau national. Le ministère des Solidarités et de la Santé a présenté en janvier 2020 la stratégie "Vieillir en bonne santé 2020-2022" [11] qui s'appuie sur les recommandations du programme Icope de l'OMS. Depuis janvier 2021, la Direction générale de l'offre de soins, à travers un appel à manifestation d'intérêt, travaille à une stratégie de déploiement du programme à l'échelle nationale. ■

RÉFÉRENCES

- [6] Code de la santé publique. Article L5125-1-1A. www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688/.
- [7] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 5 avril 2017. http://dev4-afssaps-marche2017.integra.fr/content/download/103771/1314799/version/4/file/ANSM_Rapport_Benzo_2017-2.pdf.
- [8] Décret n° 2019-357 du 23 avril 2019 relatif à la vaccination par les pharmaciens d'officine. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIA RTI000038412651/2019-04-26/.
- [9] Décret n° 2021-248 du 4 mars 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000043216602.
- [10] Avis relatif à l'avenant n° 21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042376947.
- [11] Ministère des Solidarités et de la Santé. Vœux à la presse le 28 janvier 2020. 28 janvier 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/voeux-a-la-presse-le-28-janvier-2020>.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

outil

Le télésuivi infirmier, une innovation en gériatrie

CAROLINE BERBON*
Infirmière diplômée d'État

SANDRINE AUGUSTO
Infirmière diplômée d'État

LAURE BOUCHON
Infirmière diplômée d'État

MÉLANIE COMTE
Infirmière diplômée d'État

FLORENCE DA COSTA
Infirmière diplômée d'État

MAGALI POLY
Infirmière diplômée d'État

CATHERINE TAKEDA
Médecin

MARIA SOTO
Professeur de médecine
gériatrique et chercheur en
santé publique

VÉRONIQUE BEZOMBES
Cadre de pôle
Hôpital La Grave, Cité de la
santé, 1^{er} étage, Gérontopôle,
centre hospitalier universitaire
de Toulouse, place Lange,
31059 Toulouse, France

■ Le programme de l'Organisation mondiale de la santé *Integrated care for older people* implique le suivi au long cours des nombreux seniors inscrits ■ Cela est rendu possible par le télésuivi infirmier, mais nécessite l'appropriation de nouvelles compétences par les infirmiers qui le mettent en œuvre.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – gériatrie ; infirmière ; médecine digitale ; programme Icope ; télésuivi

Tele-nursing, an innovation in geriatrics. The World Health organization programme Integrated Care for Older People involves the long-term monitoring of the many senior citizens who are registered. It is made possible by tele-nursing, but requires new skills for the nursing who implement it.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – digital medicine; gerontology; ICOPE programme; nursing; tele-monitoring

Une fois le senior inclus dans le programme Integrated Care for Older People ([Icope] pour “soins intégrés pour les personnes âgées”) de l'Organisation mondiale de la santé, un suivi au long cours est prévu. Il est principalement assuré par les infirmières, aidées d'outils digitaux. Celles-ci doivent gérer l'altération d'une fonction repérée lors de l'étape 1 (dépistage) et orienter le participant en conséquence. Elles assurent également l'accompagnement des personnes dans la réalisation de l'étape 1 de suivi tous les quatre à six mois. Ce télésuivi est effectué en première intention par l'infirmière qui a inclus le senior (libérale, travaillant en structure de soins, en maison de santé pluriprofessionnelle, etc.) ou par la plateforme du gérontopôle de Toulouse (31) en Occitanie, où l'application du programme est expérimentée depuis le printemps 2020, si besoin.

GESTION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Quand un senior en autoévaluation ou un professionnel effectuent l'étape de dépistage du programme Icope, les résultats sont automatiquement implémentés dans une base de données sécurisée. Les infirmiers les consultent alors et les analysent afin de confirmer ou non l'altération d'une ou de plusieurs fonctions. Les alertes et leur prise en charge ont été définies, après avis d'experts, pour chaque domaine. Ainsi, les infirmières ont à leur disposition un protocole de gestion des alertes sous la forme d'algorithmes décisionnels les guidant dans la conduite à tenir (*annexe A*). Son utilisation

est à adapter aux pratiques et aux organisations propres à chaque professionnel de santé.

Dans un premier temps, les réponses au test sont directement analysées à l'écran. Elles sont mises en lien avec le protocole de gestion des alertes, l'expertise clinique des infirmières et les éventuelles informations à disposition concernant le senior. Par exemple, une altération de la vision sans aggravation récente ne nécessitera pas d'appeler la personne. Il s'agira d'une alerte non avérée, qui sera classée. En revanche, si le test de cognition passé par le senior présente des erreurs, une investigation complémentaire sera nécessaire. En fonction de celle-ci, il pourra être appelé.

APPEL DU SENIOR

Il s'agit alors de confirmer ou d'infirmier l'alerte. Il y a parfois des erreurs de passation du test, notamment du fait de la nécessaire appropriation des outils digitaux (application Icope monitor et chatbot). Certaines altérations demandent des précisions, le protocole décrit alors les questions complémentaires à poser. Au niveau cognitif, le test des trois mots est refait par téléphone pour vérifier l'erreur. Au niveau psychologique, il s'agit d'évaluer le risque dépressif et sa gravité en termes de risque suicidaire. Quand l'altération est confirmée, plusieurs niveaux d'intervention existent selon l'importance de celle-ci. Des recommandations sont données au senior sur le bien vieillir et la prévention en santé de manière systématique : conseils nutritionnels, activité physique, suivi médical ou informations sociales.

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
berbon.c@chu-toulouse.fr
(C. Berbon).

Prévention de la dépendance

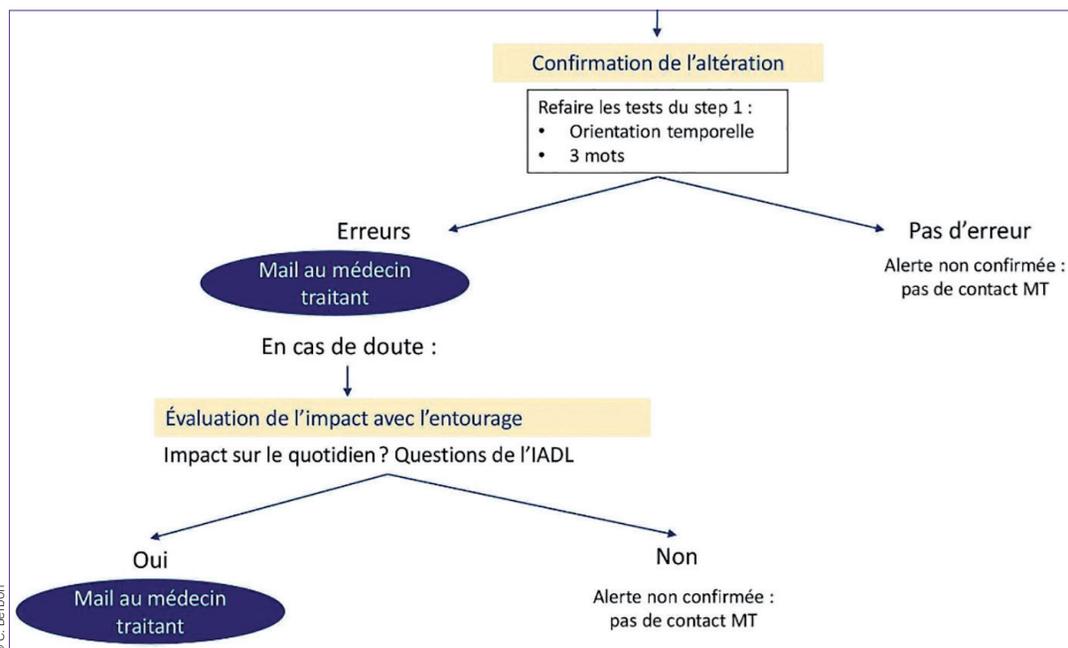


Figure 1. Exemple d’algorithme de gestion d’alerte pour le domaine de la locomotion.

MT : médecin traitant; échelle IADL : instrumental activities of daily living scale.

Si l’altération le nécessite, avec l’accord du sujet, le médecin traitant est sollicité.

MÉDECIN TRAITANT

Le contact avec le médecin traitant du senior est très important. Par e-mail ou par courrier postal de l’infirmière (cosigné par un gériatre pour le gérontopôle de Toulouse), il permet d’informer celui-ci de l’altération repérée ; il décidera ensuite de la prise en charge à mettre en place. À sa demande, des contacts peuvent lui être transmis pour la réalisation de l’étape 2 du programme Icope (évaluation complète). Celle-ci peut notamment être réalisée par une infirmière libérale ou par une salariée formées. Si besoin, le médecin peut adresser le patient à une consultation spécialisée, faire appel à une téléconsultation ou à une télé-expertise. De plus, deux fois par semaine, des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées entre l’infirmière et le médecin référent pour traiter les cas complexes et travailler à l’amélioration des pratiques. En cas de problématique majeure ou urgente, le médecin référent de l’équipe infirmière du gérontopôle appelle le médecin traitant, ce qui permet une orientation rapide du senior vers l’évaluation de l’étape 2.

SUIVI

Le programme Icope implique un monitoring des fonctions de la personne tous les quatre à six mois

afin de veiller au maintien de ses capacités. Les seniors sont encouragés à effectuer eux-mêmes leur évaluation, ou avec l’aide d’un aidant. Quand cela n’est pas possible, le professionnel de santé référent doit assurer le suivi. Si besoin, afin de répondre aux problématiques de distances géographiques et de disponibilité des professionnels, l’outil a été adapté pour une passation par téléphone. Ainsi, le test de chuchotement n’est pas effectué et l’audition est évaluée par la réponse à deux questions : la baisse d’audition déclarée par le senior et celle rapportée par l’entourage. De même, le lever de chaise ne peut être réalisé, pour des raisons de sécurité du senior et de rigueur de la passation du test. Il est alors demandé au sujet s’il est autonome pour se lever d’une chaise. L’alerte est directement gérée par l’infirmière au moment de la réalisation du *step 1*, ou *a posteriori* si c’est facilitant pour son organisation. Quand le professionnel référent n’a pas la possibilité d’assurer le suivi des seniors qu’il a inclus, il peut confier celui-ci à une plateforme de télésuivi infirmier qui l’assurera par téléphone. Il s’agit actuellement de celle du gérontopôle, mais d’autres plateformes territoriales sont appelées à se développer dans le cadre de l’expérimentation du programme.

LIEN VILLE-HÔPITAL

Le gérontopôle assure la promotion du programme, propose des formations et des outils de communication aux professionnels de ville, sert de relais dans le



© Justlight/stock.adobe.com

Les tâches de gestion d'alertes et de suivi par téléphone sont assez nouvelles dans les missions des infirmières. Elles demandent une très bonne connaissance des besoins de la personne âgée et de la prévention primaire.

suivi en cas d'impossibilité du soignant, et accompagne tous les professionnels impliqués. Il est à la disposition de ces derniers pour aider au déploiement du programme au cœur du lieu de vie des seniors. Les professionnels de ville sont en première ligne pour la mise en place d'Icope ; ils en imaginent une adaptation à leurs pratiques et à leurs réseaux. Au quotidien, dans le cadre du suivi des seniors, la décision d'évaluation plus approfondie (*step 2*) appartient au médecin traitant, qui peut notamment faire appel à la filière gériatrique de l'hôpital. Le suivi, dans le programme Icope, prend tout son sens dans le cadre d'un lien ville-hôpital étroit.

MISSIONS INNOVANTES

Ces tâches de gestion des alertes et de suivi par téléphone sont assez nouvelles dans les missions des infirmières, notamment en gériatrie. Elles nécessitent une très bonne connaissance des besoins de la personne âgée et de la prévention primaire. Il s'agit de proposer au senior une orientation en lien avec ses motivations, son projet de vie et inséré dans son environnement. Il est nécessaire de bien connaître le tissu médico-social local : professionnels de santé, associations, services de mairie comme services sociaux. Le protocole de gestion d'alertes sert de guide, mais leur gestion s'inscrit dans un cadre global de prise en soins, qui mobilise le sens clinique des infirmières. Le format digital et l'objectif d'un outil simple et rapide de passation

impliquent d'être capable de synthétiser et de prioriser les propositions faites au senior. Les infirmières doivent faire preuve d'autonomie et adapter leur relation soignante à la relation à distance. Ce télésuivi est également novateur pour les sujets âgés. Il nécessite un accompagnement par le professionnel de santé pour expliquer l'objectif des appels, leur périodicité, l'utilisation des outils digitaux et les actions pouvant en découler. Le senior doit être impliqué dans sa prise en charge et rassuré malgré la distance.

CONCLUSION

Le télésuivi permet aux infirmières d'occuper une place majeure dans le programme Icope. Elles peuvent ainsi assurer la surveillance régulière des fonctions de la personne âgée et prévenir la dégradation de son état ainsi que le risque de dépendance. Au 11 mai 2021, 3907 *steps 1* de suivi ont été réalisés en Occitanie par le gérontopôle de Toulouse et ses partenaires, dont 1901 à distance. Quelque 8826 alertes ont été traitées pour des *steps 1* initiaux et de suivi. Environ 20 % ont nécessité un contact avec le médecin traitant, pour des problématiques touchant principalement les domaines cognitif, psychologique ou la locomotion. Le programme Icope prévoit alors une évaluation plus approfondie (*step 2*) du ou des domaines concernés, afin de proposer au senior une prise en charge adaptée. ■

Déclaration de liens d'intérêts
 Les auteurs déclarent
 ne pas avoir de liens
 d'intérêts.

expérimentation

Contenu et application du *step 2* d'Icope, retour d'expérience des infirmières

■ Avec la mise en œuvre du programme Icope, les infirmiers ont suivi une formation spécifique, théorique et pratique, qui leur a permis d'élargir leur champ de compétences ■ Cette démarche a été l'occasion d'agrandir et de consolider leur réseau professionnel de coopération tout en consolidant leur place, cruciale, dans la prévention au sens large auprès de la personne âgée ■ L'objectif du programme Icope est de proposer un suivi au long cours du senior, intégré à son projet de vie.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – coopération ; dépendance ; formation ; personne âgée ; prévention ; programme Icope

Content and application of ICOPE step 2, feedback from nurses. With the ICOPE programme, the nurses received specific, theoretical and practical, training, that enabled them to broaden their field of competence. This approach has enabled them to expand and consolidate professional cooperation networks and to consolidate their, crucial, position in prevention in the broad sense of the term with the elderly. The aim of the Icope programme is to offer long-term monitoring of the senior citizen, as part of his or her life project.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – cooperation; dependence; ICOPE program; older people; prevention; training

L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité majeure représente un enjeu médico-économique important et la prévention de la dépendance des personnes âgées reste un défi de taille. Pour cette raison, une dizaine d'années auparavant, nous avons élaboré un protocole de coopération pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome de fragilité du sujet âgé validé par la Haute Autorité de santé (HAS) [1]. L'objectif était de cibler les personnes les plus à risque de dépendance. Pour mémoire, le syndrome de fragilité du sujet âgé n'est pas lié à une maladie déterminée, mais résulte d'une réduction multisystémique des aptitudes physiologiques qui limite les capacités d'adaptation au stress (épisode infectieux, fracture, stress psychologique, etc.) ou au changement d'environnement [2]. Ainsi, plus de deux cents infirmiers¹ ont été formés et accompagnés en Occitanie pour réaliser des évaluations complètes de ces personnes à risque de dépendance et établir des plans de soins individuels ciblés, en concertation avec les médecins traitants. Ces infirmiers ont suivi une formation spécifique théorique et pratique leur permettant d'élargir leur champ de

compétences. Au fur et à mesure des retours d'expérience, nous avons constaté que cette pratique avait été l'occasion pour bon nombre d'entre eux d'élargir et de consolider leur réseau professionnel de coopération et de consolider leur place, cruciale, dans le champ de la prévention au sens large.

LE STEP 2, PAR QUI ET POURQUOI ?

Lors du déploiement du programme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) intitulé Integrated Care for Older People (Icope) en Occitanie, au printemps 2020, nous avons fait appel à une expertise territoriale, en particulier pour la réalisation de l'évaluation plus approfondie, dite *step 2*. De façon logique, les infirmiers du dispositif expérimental "Action de santé libérale en équipe" (Asalée) [3], qui ont une longue expérience de coopération avec les médecins généralistes, ont été intégrés à celle-ci, dans le but d'améliorer la prise en charge de certaines maladies chroniques.

■ **Les différents outils et échelles du *step 2* permettent de cibler les actions** à mettre en œuvre, en portant l'attention des infirmiers Asalée sur l'éducation thérapeutique. Ces infirmiers ont eu

SANDRINE VAYSSET^{a,*}
Infirmière diplômée d'État

CAROLINE OLIVEIRA SOARES^a
Cadre de santé

BARKA BELGUENDOUZ^b
Infirmier diplômé d'État

FATI NOURHASHEMI^a
Chef du pôle gériatrie

^aHôpital La Grave,
Cité de la santé,
1^{er} étage, Gérontopôle,
centre hospitalier universitaire
de Toulouse, place Lange,
31059 Toulouse, France

^bInfirmiers délégués
à la santé publique Asalée,
groupe médical de Maubourguet,
65700 Maubourguet, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
vaysset.s@chu-toulouse.fr
(S. Vaysset).



Les infirmiers du dispositif expérimental "Action de santé libérale en équipe" peuvent proposer des ateliers de remise en mouvement de type marche en groupe permettant d'engendrer du lien social et du bien-être.

NOTE

¹ Lire partout infirmier(s)-infirmière(s).

accès aux mêmes ressources de formation que leurs homologues du protocole de coopération pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome de fragilité du sujet âgé. La plus-value de cette formation réside dans le lien ville-hôpital qu'elle crée, qui rend plus visible la filière et le réseau gérontologique, surtout au sein des territoires isolés géographiquement et de ceux où la démographie médicale est faible.

■ **L'expérience nous a montré la faisabilité du step 2 par ces professionnels**, aussi bien du point de vue des personnes âgées que de celui des médecins. L'évaluation semble d'autant plus pertinente qu'elle est souvent réalisée en milieu "écologique", dans l'environnement du sujet. Si une alerte sur la cognition apparaît, le *step 2* réalisé au domicile par l'infirmier diplômé d'État est directement transmis au médecin traitant. Ce circuit court permet d'établir un plan de soins ciblé et son suivi dans le temps. Cela renforce le patient dans son parcours de soins et d'autosoins, les acteurs de proximité le rassurant. La dynamique impulsée par le binôme médecin traitant-infirmier est par ailleurs propice à un suivi pas à pas, au plus près des patients. Le plan de soins s'articule autour de leurs besoins sanitaires et sociaux comme de ceux de leur aidant, déterminants pour un maintien au domicile de qualité et sécurisé.

L'évaluation est l'opportunité de détecter des situations instables exposant à un risque de déclin fonctionnel (troubles de l'équilibre, par exemple) et de rechercher des leviers pour améliorer la situation qui, en général, reste réversible lorsqu'elle est détectée à temps. Pour exemple, les ateliers de remise en mouvement que peuvent proposer les infirmiers Asalée, au cours desquels le patient est stimulé de

façon adaptée (hors pandémie de Covid-19), par la marche en groupe notamment, créent à la fois du lien social et un bien-être renforcé par le fait de se mobiliser. Le patient effectue une démarche auto-centrée de prévention et de lien social.

L'ÉVALUATION EN PRATIQUE

L'OMS propose d'adapter le *step 2* au niveau d'alerte généré par l'étape de dépistage (*step 1*) [4]. Autrement dit, une seule capacité intrinsèque altérée ne nécessitera pas forcément une évaluation globale (troubles visuels seuls, par exemple). Notre expérience montre néanmoins que ces professionnels sont certainement les mieux placés pour adapter le niveau d'évaluation aux difficultés repérées sur place (perte de poids permettant de révéler des difficultés sociales, par exemple).

LE CAS DE MME T.

Mme T., âgée de 85 ans, est tombée à son domicile en voulant aider son mari à se relever. Cette chute a permis d'attirer l'attention de l'équipe de soins qui est intervenue auprès d'elle sur son épuisement physique et moral, en lien avec l'aide qu'elle apportait à son mari depuis deux ans, jour et nuit. Le couple vit dans un appartement au premier étage sans ascenseur. Mme T. n'a aucune famille proche, sa fille est à l'étranger. Elle a une femme de ménage autofinancée deux fois par mois pour les gros travaux ménagers mais assure toutes les tâches du quotidien. L'ocotgénénaire est autonome sur le plan fonctionnel (activités de base de la vie quotidienne 6/6 ; activités instrumentales de la vie quotidienne 8/8). Son mari a une maladie de Parkinson avec des troubles du comportement importants à type d'agressivité, d'intolérance à la frustration, de violences verbales fréquentes. Aucune aide professionnelle n'a été sollicitée pour lui (Mme T. lui fait la toilette, l'habille, l'aide à se mobiliser plusieurs fois par vingt-quatre heures, se lève plusieurs fois et dort deux à trois heures par nuit depuis deux ans).

■ L'évaluation step 2 a mis en évidence plusieurs éléments :

- une sédentarité induite par l'état de santé de son mari et par la crise sanitaire liée à la Covid-19. Elle a une vitesse de marche conservée et a fait le test de se lever cinq fois d'une chaise sans difficulté (en 12,49 secondes) mais a quelques troubles de l'équilibre (station unipodale anormale) et souffre d'une importante fatigue physique. Elle était considérée comme robuste selon les critères de Fried [5] et ces

Prévention de la dépendance



Si une alerte sur la cognition apparaît lors de l'évaluation gériatrique, le *step 2* réalisé au domicile par l'infirmier diplômé d'État est directement transmis au médecin traitant.

événements de vie l'ont rendue fragile. Avant le premier confinement, Mme T. faisait de la gymnastique une fois par semaine. Elle a arrêté depuis ;

- un épuisement moral avec perturbation du sommeil, tristesse, pleurs entraînés par l'aide apportée à son mari. Elle accepte difficilement l'idée d'une hospitalisation ou d'une entrée en institution pour celui-ci ;
- une plainte mnésique (*mini-mental status* 23/30). Mme T. est retraitée directrice des ressources humaines ;
- un risque de dénutrition avec perte de trois kilos en quelques mois (elle pèse 47,9 kilos pour 1,65 mètre, indice de masse corporelle ou indice de masse corporelle à 17,6) et une perte d'appétit. Elle est sarcopénique mais prend en revanche plaisir à faire la cuisine.

■ Il lui a été proposé le plan de soins suivant à la suite d'une réunion pluridisciplinaire :

- informations pour la mise en place d'aides professionnelles avec contact avec la maison des solidarités du conseil départemental et le centre communal d'action sociale ;
- informations autour des dispositifs d'aide aux aidants ;
- évocation de la nécessité d'une hospitalisation pour son mari, pour l'aide à la gestion de ses troubles du comportement ;

- séances de kinésithérapie pour travailler son équilibre ;
- surveillance de son poids avec rappels nutritionnels.

Après accord du médecin traitant, l'époux de Mme T. a été hospitalisé et est, quelques semaines après, entré en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. En effet, Mme T. et sa fille, qui est revenue ponctuellement de l'étranger pour soutenir ses parents, ont réalisé que le maintien au domicile devenait impossible et mettait en danger le couple. Depuis, Mme T. a recommencé à prendre soin d'elle et a récupéré ses capacités antérieures, tout en continuant à accompagner son époux.

CONCLUSION

Réduire la survenue de la dépendance est un grand défi. En général, les interventions et les programmes de prévention ne sont efficaces que s'ils ciblent une population particulièrement à risque. L'évaluation *step 2* permet l'exploration de tous les domaines à risque et la mise en place d'un plan de soins approprié (*step 3*). Le programme Icope propose alors le suivi au long cours du senior intégré à son projet de vie (*step 4*). ■

RÉFÉRENCES

- [1] Haute Autorité de santé. Avis n° 2013.0092/AC/SEVAM du 4 décembre 2013 du collège de la HAS relatif au protocole de coopération "Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé". Mars 2014. https://webzine.has-sante.fr/jcms/c_1732927/fr/avis-n-2013-0092/ac/sevam-du-4-decembre-2013-du-college-de-la-has-relatif-au-protocole-de-cooperation-intervention-d-infirmieres-liberales-a-domicile-afin-de-diagnostiquer-et-d-initier-la-prise-en-charge-de-la-fragilite-du-sujet-age.
- [2] Rolland Y, Benetos A, Gentric A, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Viel* 2011;9(4):387-90.
- [3] Agence régionale de santé Grand Est. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers. 26 septembre 2019. www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins.
- [4] Organisation mondiale de la santé (OMS). L'OMS lance une application numérique pour améliorer les soins aux personnes âgées. Journée internationale des personnes âgées. 30 septembre 2019. www.who.int/fr/news/item/30-09-2019-who-launches-digital-app-to-improve-care-for-older-people.
- [5] Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146-57.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

programme Icope

La prise en charge complète du step 1 au step 5

CATHERINE TAKEDA^{a,*}
Géiatre

NICOLAS HOMEHR^b
Médecin généraliste

MATHIEU ARNAU^b
Coordonnateur communauté
professionnelle territoriale
de santé Sud Toulousain

CAROLINE BERBON^a
Infirmière

MARIA SOTO^{a,c}
Professeur des universités,
praticien hospitalier

^aHôpital La Grave,
cité de la santé,
1^{er} étage, gérontopôle,
centre hospitalier universitaire
de Toulouse, place Lange,
31059 Toulouse, France

^bCommunauté professionnelle
territoriale de santé
sud toulousain,
116 avenue Louis-Pasteur,
31600 Muret, France

^cInstitut national de la santé
et de la recherche médicale
UMR 1295
université Toulouse III,
37 allées Jules-Guesde,
31000 Toulouse, France

■ La prise en charge complète du *step 1* au *step 5* du programme Integrated Care for Older People nécessite la mise en place d'un nouveau parcours de soins ■ Celui-ci doit tenir compte des ressources de chaque territoire et s'orienter vers le maintien des capacités des seniors.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – programme Icope ; parcours de soins ; prise en charge intégrée ; soins primaires

Full support from step 1 to step 5. Comprehensive care from step 1 to step 5 of Integrated Care for Older People programme requires the implementation of a new care pathway. It has to take into account the resources of each territory and to be oriented towards maintaining the capacities of older people.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – care pathways; integrated care; ICOPE programme; primary care

En janvier 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé a intégré l'approche Integrated Care for Older People (Icope), manuel de conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires [1] dans la stratégie "Vieillir en bonne santé 2020-2022" [2]. À travers les nouvelles recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le programme de soins intégrés des seniors Icope [1] met à disposition les outils de prévention en soins primaires pour un vieillissement en bonne santé. L'OMS a proposé un parcours de soins propre à chacune des fonctions en déclin [3]. L'enjeu de notre système de soins actuel est d'arriver à mettre en place un parcours de soins Icope dans la pratique quotidienne, en lien avec l'ensemble des acteurs de santé du soin primaire, qui s'oriente vers le maintien des capacités des seniors [4]. L'information et la formation au programme Icope en soins primaires sont une étape cruciale à son déploiement [4].

PRISE EN CHARGE COMPLÈTE EN SOINS PRIMAIRES

Le modèle de prise en charge Icope a été réalisé au sein de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Sud toulousain [5]. Ce modèle d'expérimentation s'intègre au programme Icope-Care qui vise à implémenter dans les soins courants la prise en charge Icope au niveau de l'Occitanie, en collaboration avec l'OMS et avec le soutien de l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie. Les procédures du

programme Icope-Care ont été décrites en détail précédemment [6].

ÉTAPE 1, DÉPISTAGE DU DÉCLIN D'UNE DES FONCTIONS

La CPTS du Sud toulousain dispose de trois dispositifs permettant d'inclure le patient dans la prise en charge Icope *via* la réalisation du dépistage *step 1*, dit étape 1, de l'OMS.

Dans un centre de vaccination contre la Covid-19

Conformément à la demande de l'ARS Occitanie et en partenariat avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, la CPTS a profité de l'occasion de la vaccination contre la Covid-19 pour sensibiliser les seniors au programme Icope et proposer le dépistage, sur la base du volontariat, lors des quinze minutes de surveillance postvaccinale, par des experts professionnels de santé et des bénévoles formés au programme. Durant la première semaine de la mise en place de cette action, le coordonnateur de la CPTS était présent pour assurer le bon déroulement de l'expérimentation et restait joignable à tout moment en cas de questions. Sur le plan logistique, des tablettes ont été fournies aux experts Icope pour réaliser ce dépistage à partir de l'application Icope Monitor. Des box dédiés permettaient de préserver la confidentialité et l'intimité de la personne tout en offrant la possibilité de réaliser deux dépistages en simultané. Ainsi, la

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
takeda.c@chu-toulouse.fr
(C. Takeda).

Prévention de la dépendance

présence d'Icope au centre de vaccination ne nuisait pas à l'organisation de la structure. Au total, quatre cents étapes 1 ont pu être réalisées de février à mai 2021 et deux mille patients, être informés du programme.

En ville

■ **À domicile**, l'étape 1 peut être réalisée par les patients seuls ou avec un accompagnant, par les infirmiers diplômés d'État (IDE) libéraux (Idel) de façon spontanée ou sur demande du médecin traitant. Dans le cadre d'une expérimentation dans la ville de Muret (31), des facteurs ont été formés à la réalisation de l'étape 1 par le CHU de Toulouse afin d'aider au déploiement du programme Icope. Ils réalisent ce dépistage à domicile sur rendez-vous.

■ **Par un professionnel de santé formé**, le dépistage est effectué en cabinet ou dans une officine disposant d'un lieu permettant de respecter l'intimité du patient, de façon spontanée ou sur rendez-vous, en présence ou par un téléphone. Au total, cent étapes 1 ont été réalisées par un groupe d'IDE experts Icope et une étudiante en quatrième année de pharmacie.

En institution

Un dispositif à adapter en fonction des ressources disponibles dans la structure est actuellement en expérimentation à la clinique du Château de Seysses (31). Un processus a été établi : sept jours après une entrée, il est proposé au patient de plus de 60 ans ayant un *activities of daily living* (ADL) supérieur ou égal à cinq, d'effectuer une étape 1 avec un IDE du service. Sur les six fonctions testées à partir des ressources internes, quatre peuvent bénéficier d'une prise en charge immédiate au cours de l'hospitalisation. L'étape 1 devient alors un outil de dépistage systématique permettant à la structure d'améliorer la qualité de sa prise en charge. Afin de préparer la sortie du patient, l'IDE référent (Idel) CPTS remettra au psychiatre référent un compte rendu du diagnostic réalisé. Celui-ci sera ajouté au dossier de sortie à l'intention du médecin traitant et de la famille, tout en étant accompagné d'un courrier recommandant, si nécessaire, une orientation vers un spécialiste pour la prise en charge en différé d'une fonction n'ayant pas pu l'être durant l'hospitalisation.

Gestion des alertes

Tous les dépistages générés sont transmis de manière sécurisée et enregistrés sur la base de données Fragilités du CHU de Toulouse. Si le dépistage est normal, le patient reçoit automatiquement un rappel à quatre mois pour effectuer une étape 1 de suivi. En cas de déclin d'une des fonctions, une alerte est générée sur la base de données et l'infirmière coordinatrice (Idec), dédiée à la gestion des alertes sur le territoire de la CPTS, la traite. Il s'agit d'en déterminer la véracité et, si l'alerte est confirmée, d'avertir le médecin traitant par un courrier médical lui proposant la prise en charge au *step 2*, dit

Lorsqu'une étape 2 est requise à domicile par le médecin, une infirmière libérale la réalise et en retranscrit une synthèse

étape 2. Cette Idec aura pour rôle d'accompagner les patients qui le souhaitent dans la réalisation de l'étape 1 en autonomie.

Dans la pratique, on observe des médecins demandant directement qu'un bilan approfondi soit réalisé pour leur patient, sans passer par l'étape 1.

ÉTAPE 2, ÉVALUATION APPROFONDIE DE LA PERSONNE

Lorsqu'une étape 2 est requise à domicile par le médecin, l'Idel réalise une évaluation sur place (d'une durée de deux heures) puis en retranscrit une synthèse sur un feuillet de quatre pages (trente minutes) qui sera envoyé au médecin. Cette retranscription est possible grâce à l'utilisation d'un logiciel de l'association "Alliance d'intervenants de santé œuvrant pour le maintien à domicile des aînés fragiles", mais reste chronophage et mal rémunérée. Lors d'une hospitalisation, pour la deuxième étape, les médecins jugeant nécessaire une évaluation approfondie peuvent faire appel à une Idel formée à l'étape 2 pour une évaluation à domicile, à une consultation spécialisée (hôpital de jour, gérontopôle, etc.), à une téléexpertise ou à une téléconsultation avec le gérontopôle.

ÉTAPE 3, CRÉATION D'UN PLAN PERSONNALISÉ DE SOINS

Le *step 3*, dit étape 3, consiste, pour l'Idel, en la création d'un plan personnalisé de soins (PPS) proposé au médecin, qui l'adaptera si nécessaire.

RÉFÉRENCES

- [1] Organisation mondiale de la santé. Manuel. Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires. 2019. www.who.int/ageing/publications/manuel-conseil-sur-levaluation-et-les-filieres-axes-sur-la-personne-9789290313274-fre.pdf.
- [2] Ministère des Solidarités et de la Santé. La santé pour chacun, les solidarités pour tous. Vœux à la presse 28 janvier 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_vœux_a_la_presse_2020-3.pdf.
- [3] Takeda C, Guyonnet S, Sumi Y, et al. Integrated care for older people and the implementation in the INSPIRE care cohort. *J Prev Alzheimers Dis* 2020; 7(2):70-4.
- [4] 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* 2020;(57):87-94.

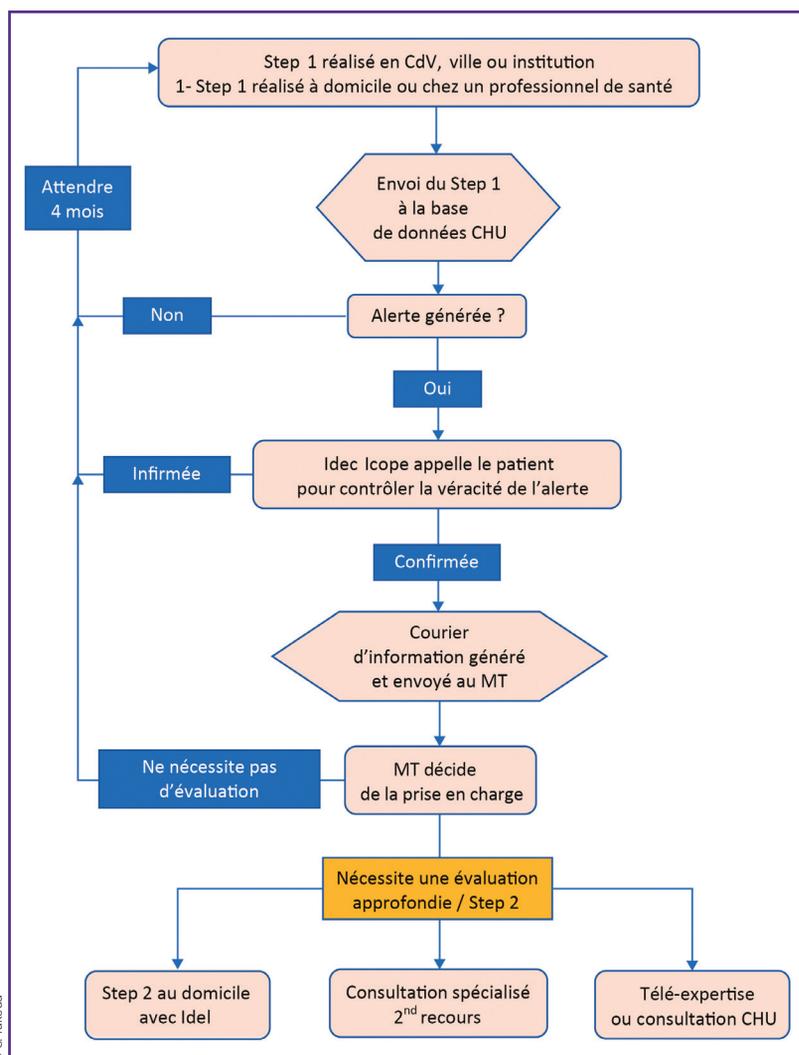


Figure 1. Logigramme d'entrée du patient dans le programme Icope de la communauté professionnelle territoriale de santé du Sud toulousain.

CHU : centre hospitalier universitaire ; CdV : cabinet de ville ; Idec : infirmière diplômée d'État coordinatrice ; Idel : infirmière diplômée d'État libérale ; MT : médecin traitant.

RÉFÉRENCES

- [5] Communauté professionnelle territoriale de santé du Sud toulousain. www.cptsdusudtoulousain.org/.
[6] Tavassoli N, Piau A, Berbon C, et al. Framework implementation of the INSPIRE ICOPE-CARE program in with the World Health Organization (WHO) in the Occitania region. *J Frailty Aging* 2021;10(2):103-9.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

ÉTAPE 4, MISE EN PLACE DU PARCOURS DE SOINS AVEC UN SUIVI RÉGULIER

Le *step 4*, dit étape 4, est la mise en place d'un PPS et son suivi. Tous les quatre à six mois, les patients seront invités à réaliser une étape 1 de suivi identique à l'étape 1, permettant de faire entrer le malade dans un suivi sur le long terme. Les patients ayant bénéficié d'un dépistage à l'occasion d'une hospitalisation, et de retour à domicile, sont répertoriés dans la base de données CPTS et suivis dans le temps par l'Idec CPTS, au même titre que les autres patients.

ÉTAPE 5, FORMATION DE LA COMMUNAUTÉ EN SOINS PRIMAIRES

Dans le cadre du déploiement du programme Icope à l'occasion de la vaccination contre la Covid-19, la CPTS a organisé plusieurs réunions d'information et d'apprentissage sur le programme Icope et la réalisation d'étapes 1 pour former des experts au niveau du centre de vaccination. Ces réunions étaient destinées aux professionnels de santé, mais aussi à des bénévoles non professionnels. En effet, la facilité de réalisation de l'étape 1, notamment avec l'aide de l'application Icope Monitor, permet à des personnes n'ayant pas de connaissances médicales de participer à l'expérimentation, en accord avec le programme [1]. La CPTS a créé différents documents permettant de simplifier la réalisation des dépistages et d'en garantir la qualité :

- une charte, une fiche de poste et un texte introductif facilitant le contact avec le patient à destination des bénévoles ;
- des *flyers* présentant le programme remis aux personnes à leur arrivée dans le centre ;
- une échelle ADL permettant de mieux cibler les patients autonomes ;
- des questionnaires de dépistage sur papier ;
- un groupe d'échanges en ligne.

À cette occasion, 320 professionnels de santé ont été formés au programme Icope. L'Idec de la CPTS reste disponible pour les accompagner dans la mise en place des actions Icope. La CPTS a mis en place un programme de formation et de suivi des professionnels de santé de la clinique : deux Idec, une Ider, deux médecins ont ainsi été formés au cours de trois sessions, douze IDE seront formées par le binôme Ider-coordonnateur CPTS.

CONCLUSION

Le modèle innovant mis en place au sein de la CPTS du Sud toulousain (*figure 1*) permet la prise en charge complète des patients selon le programme Icope, du *step 1* au *step 5*. Cet exemple revient sur une mise en place spécifique du parcours de soins Icope, qui devra être adapté aux ressources de chaque territoire. ■

Éléments de bibliographie

La bibliographie suivante [1-38] complète le dossier "Prévention de la dépendance".

LIVRES

- [1] **Béland F, Michel H.** La fragilité des personnes âgées. Définitions, controverses et perspectives d'action. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013.
- [2] **Chassagne P, Rolland Y, Vellas B.** La personne âgée fragile. Paris: Springer; 2009.
- [3] **Trivalle C.** Gériatrie préventive. Éléments de prévention du vieillissement pathologique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.

ARTICLES

- [4] **Andrieu S.** Évaluer les programmes de prévention de la dépendance des personnes âgées. *Gerontol Soc* 2012;35(Suppl 1):75-80.
- [5] **Armand S.** Une collaboration dans la prévention de la fragilité. *Rev Infirm* 2017;66(236):21-2.
- [6] **Berasategui C.** La rééducation de la personne âgée : objectifs, techniques et prescription. *Qu'entend-on par maintien de l'autonomie ? Kinesither Rev* 2019;19(205):20-7.
- [7] **Bouchon L, Lagourdette C, Pedra M, et al.** Rôle de l'infirmière dans la prévention de la dépendance. *Soins Gerontol* 2016;21(121):39-41.
- [8] **Delhon L.** Personnes âgées : mission prévention de la fragilité. *TSA* 2015;(67):24-6.
- [9] **Desprez A, Aumar A, Dengehem A, et al.** Dépistage de la fragilité des personnes âgées dans un service d'orthopédie-traumatologie. *Rev Geriatr* 2017;42(1):23-8.
- [10] **Donot PE, El Gharbi-Madelaine A, Lenoble-Boulin C.** Les sentinelles de l'autonomie. *Regards* 2020;(57):105-14.
- [11] **Fougère B, Vellas B, Andrieu S, et al.** Difficultés rencontrées et solutions apportées dans la mise en place d'une intervention multidisciplinaire pour la prévention de la dépendance chez les personnes âgées en milieu rural : étude Minded. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2015;13(3):259-64.
- [12] **Gaussens L, Baziard M, de Mauléon A, et al.** Implémentation du programme Icope dans le parcours de soins du patient atteint d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. *NPG* 2020;20(120 Suppl):120S25-32.
- [13] **Gavazzi G.** Fragilité et vieillissement, concept et définitions. *Rev Infirm* 2017;66(236):18-20.
- [14] **Iglesias A, Da Costa-Ribeiro F, Pedra M, et al.** De la dépendance à l'autonomie, un parcours gériatrique. *Soins Gerontol* 2017;22(126):21-5.
- [15] **Macaron T, Angioni D, Vellas B, Oliveira Soares C.** L'outil numérique au service de la prévention de la dépendance des sujets âgés. *Soins Gerontol* 2021;26(148):20-3.
- [16] **Michel H.** La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive. *Retraite Soc* 2012;(62):174-81.

[17] **Michel JP.** Importance du concept de fragilité pour détecter et prévenir les dépendances "évitables" au cours du vieillissement. *Bull Acad Natl Med* 2014;198(4-5):825-46.

[18] **Michon F, Petit A.** Une meilleure prévention des risques liés à la dépendance au domicile. *Soins* 2019;64(837):49-51.

[19] **Seux ML, Rego-Lopes M, Bourguin C, et al.** L'infirmière en hôpital de jour "Diagnostic" : un rôle essentiel dans l'évaluation gériatrique standardisée. *NPG* 2012;12(72):250-2.

[20] **Somme D, Rousseau C.** L'évaluation gériatrique standardisée ou l'approche gériatrique globale : où en est-on ? *Rev Med Interne* 2013;34(2):114-22.

[21] **Sonnich A, Pistorius MA, Delamare-Damier F, et al.** Validation d'un outil d'orientation vers une évaluation gériatrique standardisée en consultation de spécialité non gériatrique : le test d'alerte gériatrique. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011;9(4):429-35.

[22] **Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, et al.** Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérotopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. *Cah Annee Gerontol* 2012;4(3):269-78.

[23] **Tabue-Teguo M, Simo N, Gonzalez-Colaço Harmand M, et al.** Fragilité de la personne âgée : mise au point. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2017;15(2):127-37.

[24] **Takeda C, Guyonnet S, Vellas B.** Politique de prévention de la perte d'autonomie. Stratégie Icope de l'OMS, mise en œuvre opérationnelle en Occitanie. *Regards* 2020;(57):87-94.

[25] **Tavassoli N, Lafont C, Soto M, et al.** Repérer la fragilité et retarder l'entrée dans la dépendance. *Soins Gerontol* 2015;20(111):14-8.

[26] **Tavassoli N, Soto M, de Kerimel J.** Repérer la fragilité et prévenir la dépendance lourde : exemple de l'expérience menée en Midi-Pyrénées. *Cah Annee Gerontol* 2014;6(3):130-6.

[27] **Trillard A.** Penser les mesures de prévention en faveur du "bien vieillir". *Gerontol Soc* 2012;31(Suppl 1):19-25.

[28] **Vellas B.** Fragilité des personnes âgées et prévention de la dépendance. *Bull Acad Natl Med* 2013;197(4-5):1009-19.

[29] **Zulfiqar AA.** Syndrome de fragilité : concept majeur dans la prévention des syndromes gériatriques. *Rev Med Liège* 2020;75(12):816-21.

DOCUMENTS EN LIGNE

[30] **Haute Autorité de santé.** Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Septembre 2017. www.has-sante.fr/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-lee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees.

[31] **Haute Autorité de santé.** Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Mai 2013. www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires.

[32] **Haute Autorité de santé.** Avis n° 2013.0092/AC/Sevam du 4 décembre 2013 du collège de la HAS relatif au protocole de coopération "Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé". 2013. www.has-sante.fr/jcms/c_1732927/fr/avis-n-2013-0092/ac/sevam-du-4-decembre-2013-du-college-de-la-has-relatif-au-protocole-de-cooperation-intervention-d-infirmieres-liberales-a-domicile-afin-de-diagnostiquer-et-d-initier-la-prise-en-charge-de-la-fragilite-du-sujet-age.

[33] **Libault D.** Concertation. Grand âge et autonomie. Grand âge, le temps d'agir. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf.

[34] **Menini T.** Étude descriptive et analytique des dimensions de fragilité des 2 255 premiers patients de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du gérotopôle de Toulouse [Thèse de doctorat, Médecine]. Toulouse: Université Toulouse III – Paul-Sabatier; 2017. <http://thesesante.univ-tlse.fr/1640/>.

[35] **Michel JP, Dreux C, Vacheron A.** Prévention de la dépendance liée au vieillissement. Paris: Académie nationale de médecine; 2015. www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/12/2-Rapport-final-ANM-Prevention-Vieillesse-24-11-15-4.pdf.

[36] **Organisation mondiale de la santé.** L'OMS lance une application numérique pour améliorer les soins aux personnes âgées. 30 septembre 2019. www.who.int/fr/news/item/30-09-2019-who-launches-digital-app-to-improve-care-for-older-people?fbclid=IwAR1b0n-gz0oWwFMh6yd-79wOOQ-JffAGldN0AnkEna7qFzS6ibHjB5G6iQ.

[37] **Mutualité française.** Le programme Icope au service de la prévention de la dépendance ! 21 septembre 2020. <https://occitanie.mutualite.fr/actualites/programme-icope-service-prevention-dependance/>.

[38] **Société française de gériatrie et gériatrie (SFGG).** Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre blanc. Paris: SFGG; 2015. <http://www.medcomip.fr/~82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite-2015.pdf>.

Liliane Régent,
Documentaliste,

c/o Soins Gériatrie, 65 rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France
Adresse e-mail : soinsgerontologie@elsevier.com

(L. Régent).