

Module Gériatrie DES de MPR (2025)

Dépendance, autonomie et fragilité du sujet âgé



Karine Pérès

Equipe ACTIVE (Activity, Chronic diseases, Technology, Disability and Environment)

Centre de recherche Inserm Bordeaux Population Health

Définitions, concepts et classifications

Perte d'autonomie ou dépendance ?

Deux notions complémentaires mais non opposées

Dépendance

= incapacité à effectuer sans aide humaine les activités de la vie courante (physiques, mentales, économiques ou sociales)

→ C'est la **capacité à "faire l'action"** ; le "**pouvoir**"
(Relève du domaine neuro-sensoriel et moteur)

Autonomie

= faculté de se gouverner seule et de décider par soi-même ; capacité d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir pour les assumer

→ C'est la **capacité à "penser l'action"** ; le "**vouloir**"
(Relève du domaine intellectuel, cognitif et affectif)

Perte d'autonomie ou dépendance ?

Deux notions complémentaires mais non opposées

Une personne peut être...

- **Autonome et indépendante**

- capable de choisir et d'effectuer sans aide les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, économiques ou sociales

- **Dépendante mais autonome**

- ne pas pouvoir faire seule certains actes mais être capable de décider

- **Indépendante et non autonome**

- peut effectuer seule les actes de la vie quotidienne, mais doit être dirigée, ayant perdu sa liberté de choix

- **Dépendante et non autonome**

- ne pouvant faire seule, ni décider seule

Confusion entre ces deux mots → Perte d'autonomie +++

Evolution sémantique vers l'AUTONOMIE

Changer le regard sur le handicap et la vieillesse

- **Evolution claire vers une terminologie positive**

- Classification Internationale du Handicap (1980) → Classification du Fonctionnement (2001)
- Dépendance → Perte d'autonomie
- Prestation spécifique dépendance PSD → APA Allocation Personnalisée d'Autonomie
- RPA → Résidence Autonomie
- CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- Ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie (2012-14)
- Secrétaire d'Etat chargée de la Famille, de l'Enfance, des PA et de l'Autonomie
- Dépendance disparaît de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (2015)
- Projet de loi Grand âge et Autonomie (2021)
 - 10 propositions clés pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie »
- EHPAD → « Maison du grand âge » / « Maison médicalisée des seniors »

Evolution sémantique vers l'AUTONOMIE



Vie publique
Au cœur du débat public

Rechercher

Qui sommes-nous ? Actualités Les Fiches Ressources Multimédia La Documentation française

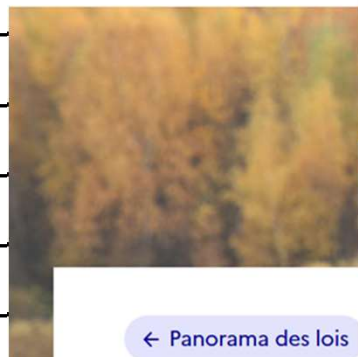


Vie publ
Au cœur du dé

Accueil > Actualités > Panorama des lois > Ordonnance du 1er décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la Sécurité sociale n
l'autonomie

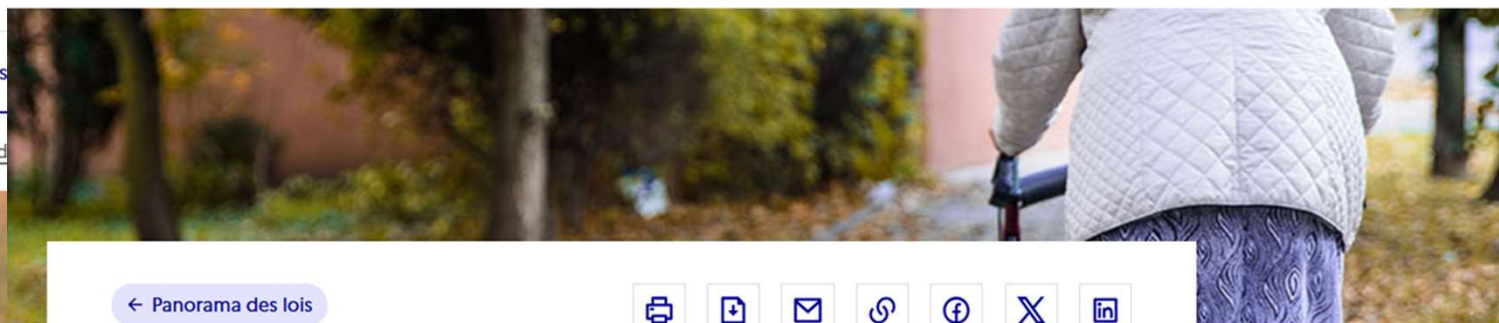
Qui sommes-nous ? Actualités

Accueil > Actualités > Panorama d



← Panorama des lois

Loi du 8
pour bâtir la société du bien-être et au soutien à l'autonomie
de l'autonomie



← Panorama des lois



Ordonnance du 1er décembre 2021
relative à la mise en œuvre de la
création de la cinquième branche du
régime général de la Sécurité sociale
relative à l'autonomie

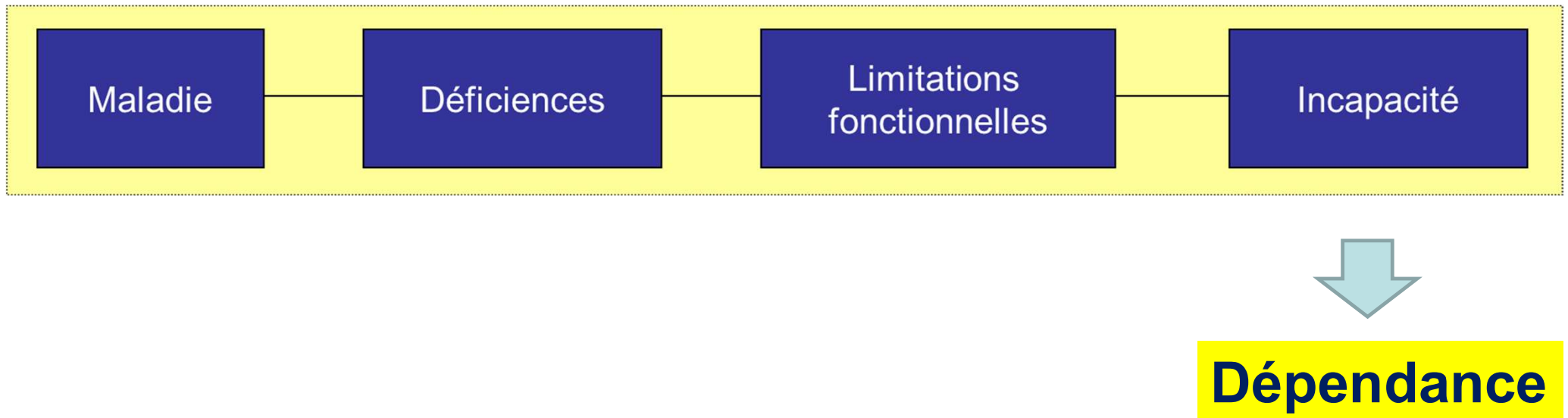
Où en est-on ?

- ✓ Habilitation
14 décembre 2020
- ✓ Conseil des ministres
1er décembre 2021

« au soutien à l'autonomie »
sée des seniors »

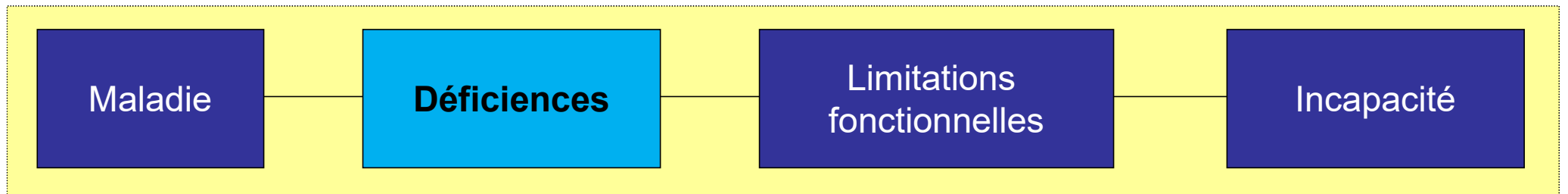
Lien entre maladie et dépendance

Le disablement process Verbrugge



Lien entre maladie et dépendance

Le disablement process Verbrugge

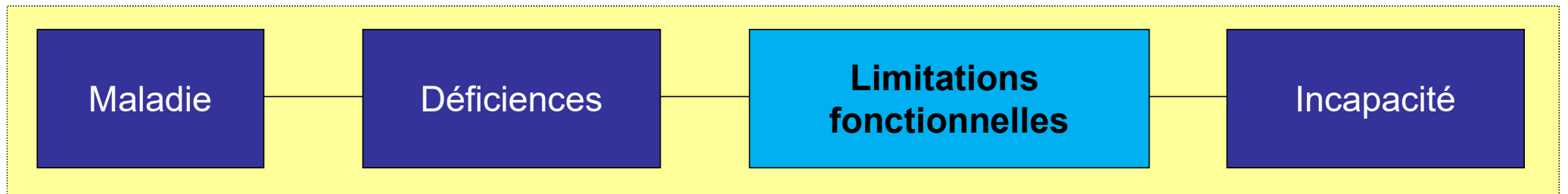


= Conséquence de la pathologie décrite comme une perte ou une anomalie au niveau des tissus, organes ou à l'échelle de l'organisme

(Verbrugge (1994) Soc Sci Med)

Lien entre maladie et dépendance

Le disablement process Verbrugge

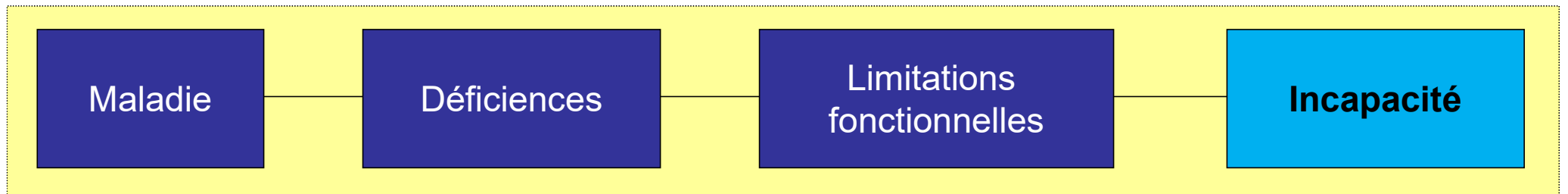


= Limitation pour un individu à exécuter des actions dans ses activités quotidiennes normales (*i.e.* voir, marcher, écouter)

(Verbrugge (1994) Soc Sci Med)

Lien entre maladie et dépendance

Le disablement process Verbrugge

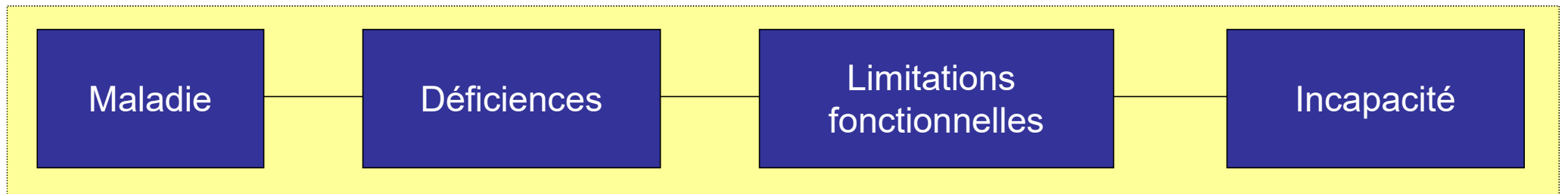


= Réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une **activité** d'une façon ou dans les limites considérées comme normale pour un être humain

(Verbrugge (1994) Soc Sci Med)

Lien entre maladie et dépendance

Le disablement process Verbrugge



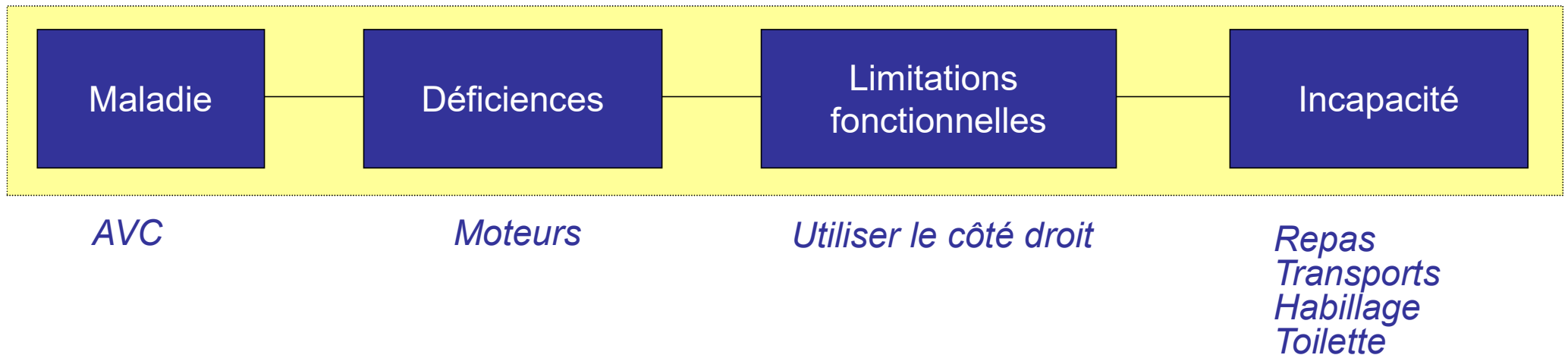
→ **Dépendance** : toute difficulté rencontrée dans la vie quotidienne par une personne âgée rendant nécessaire le recours à une aide humaine

(Verbrugge (1994) Soc Sci Med)

Lien entre maladie et dépendance

Le disablement process Verbrugge

AVC



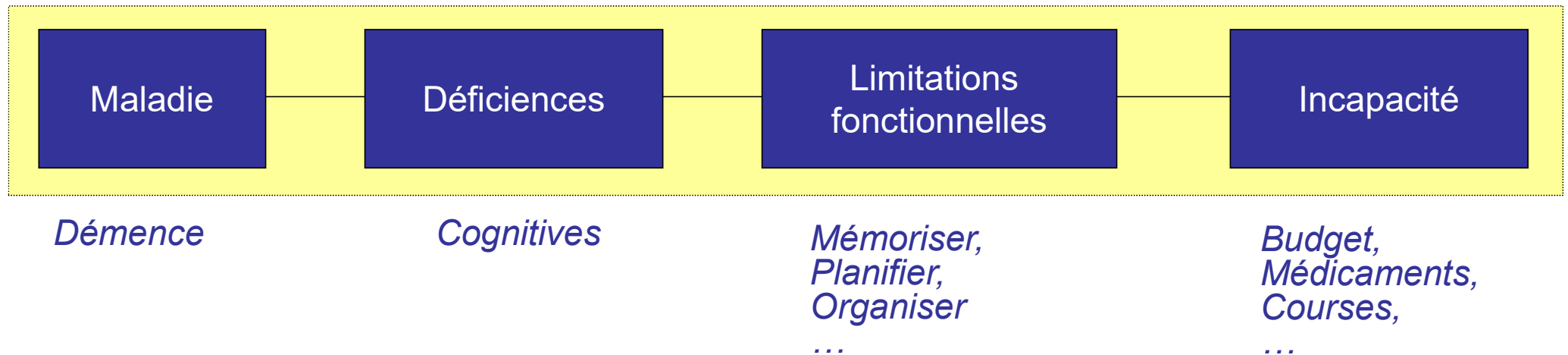
→ La personne pourra alors être dépendante d'une aide humaine pour réaliser ces tâches

(Verbrugge (1994) Soc Sci Med)

Lien entre maladie et dépendance

Le disablement process Verbrugge

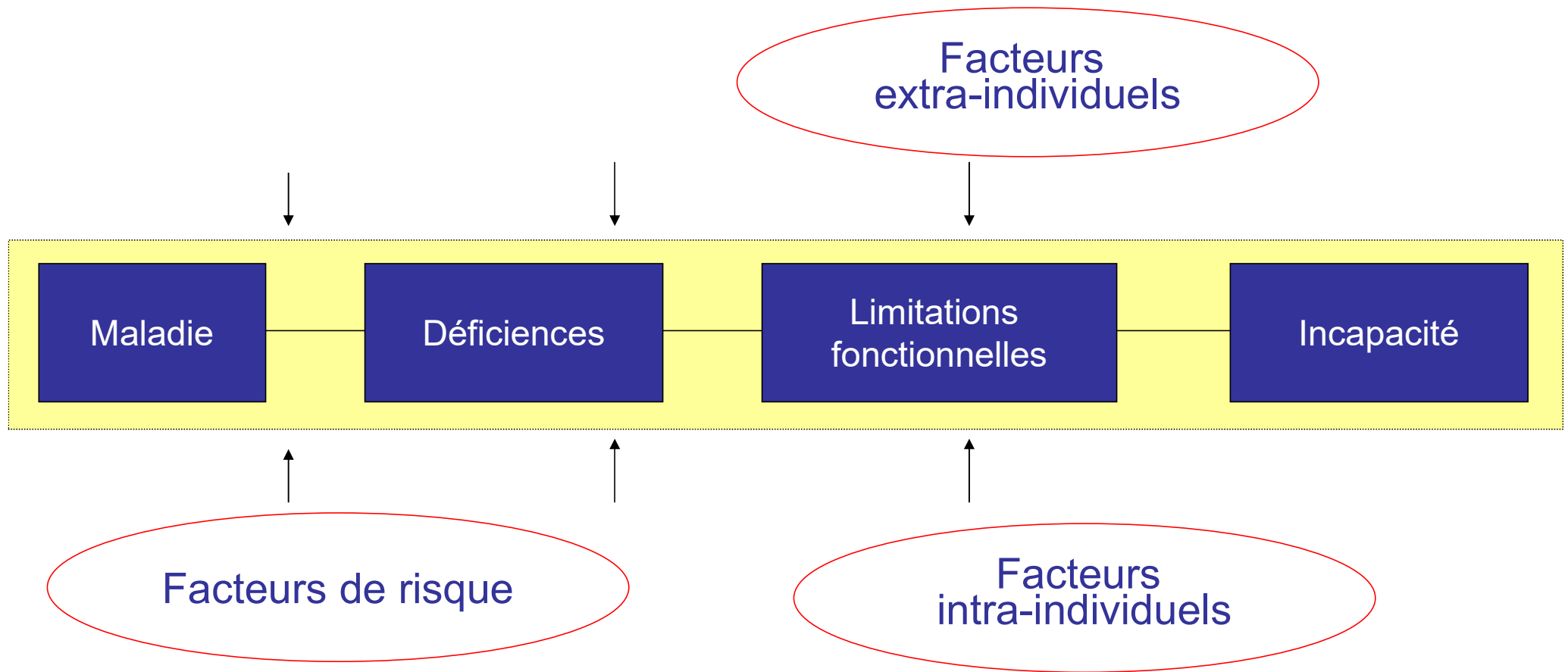
Démence



→ La personne pourra alors être dépendante d'une aide humaine pour réaliser ces tâches

(Verbrugge (1994) Soc Sci Med)

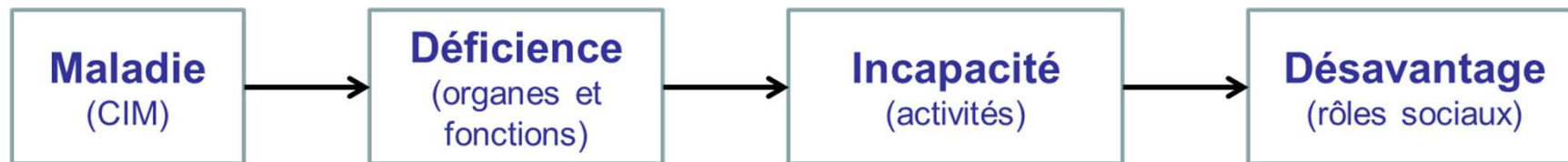
Le disablement process Verbrugge



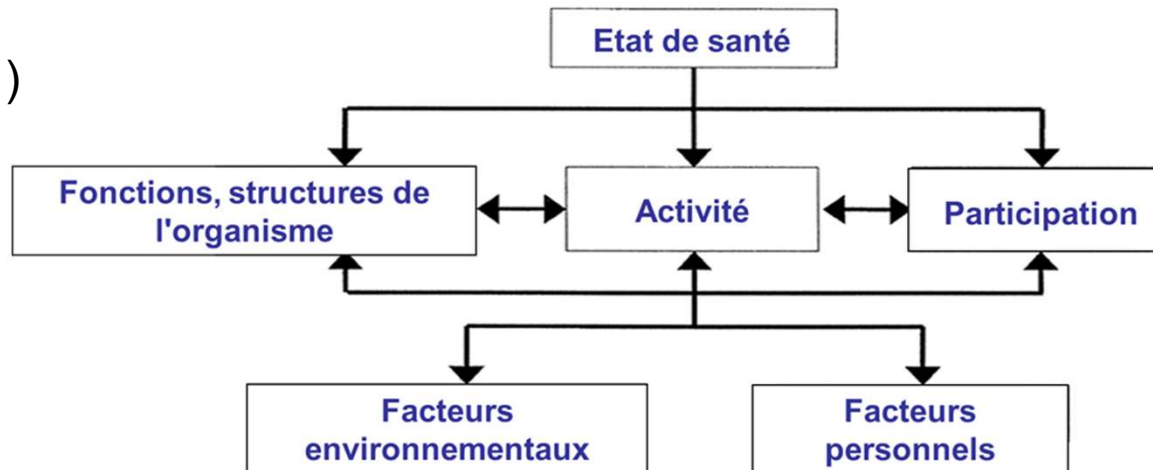
(Verbrugge (1994) Soc Sci Med)

Evolution des classifications internationales

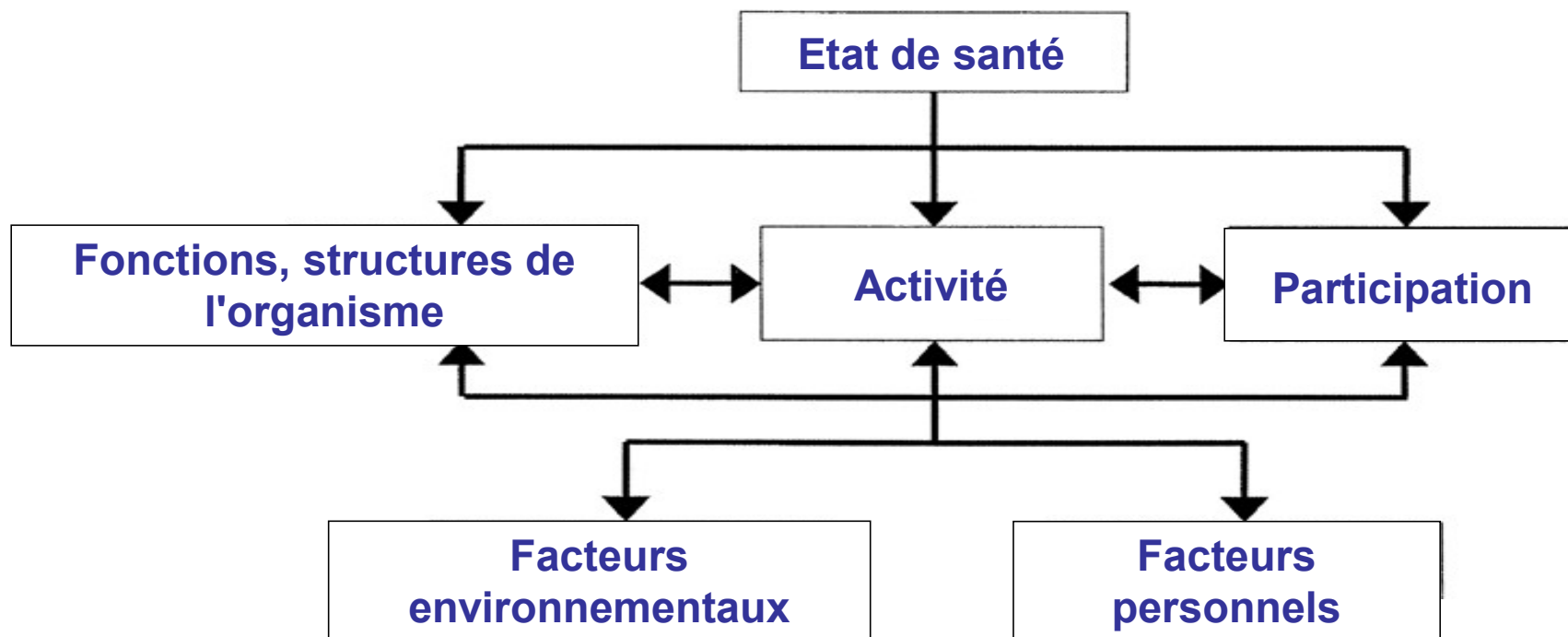
La CIH (1980)



La CIF (2001)

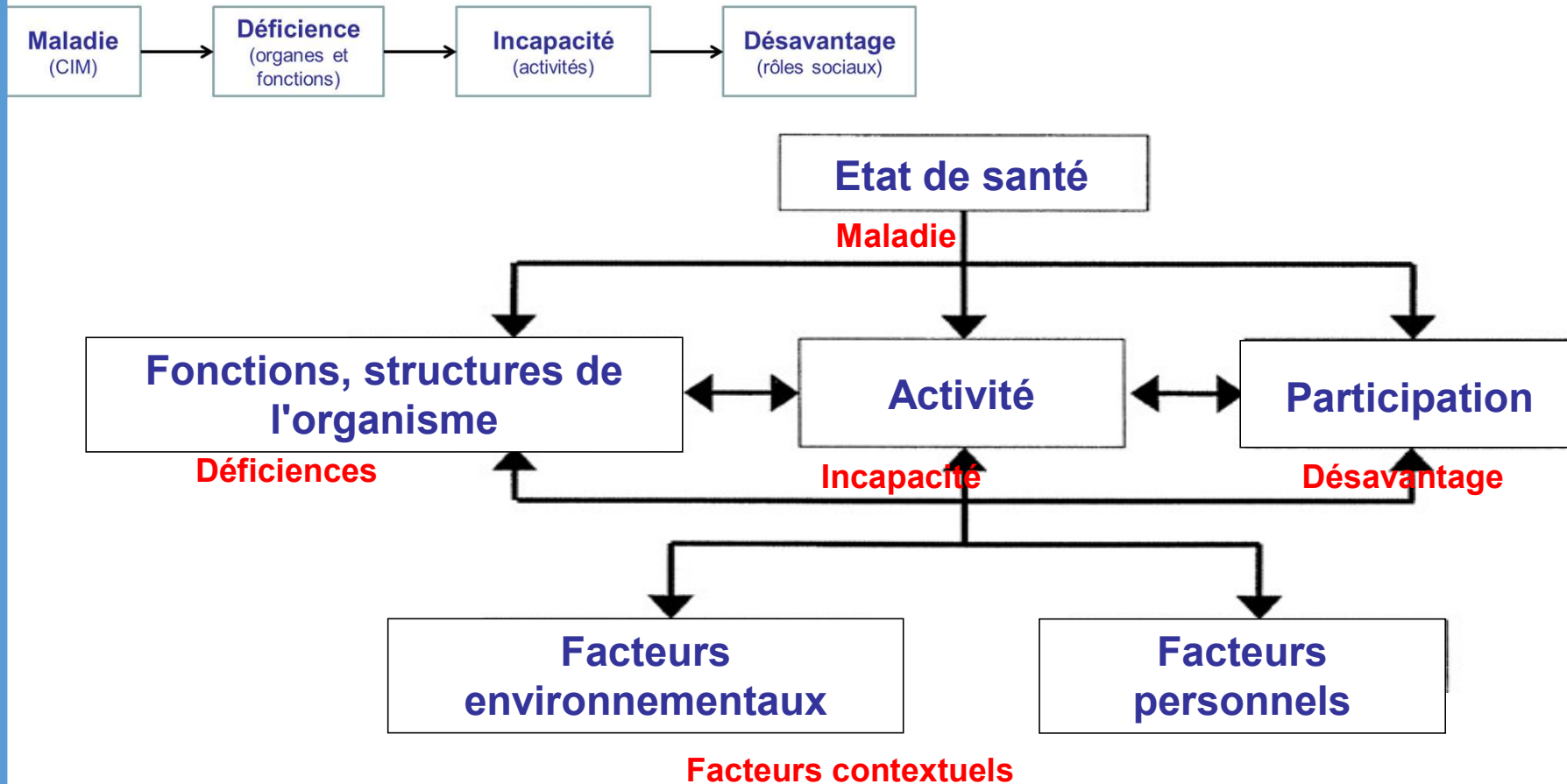


La classification internationale du fonctionnement CIF (2001)



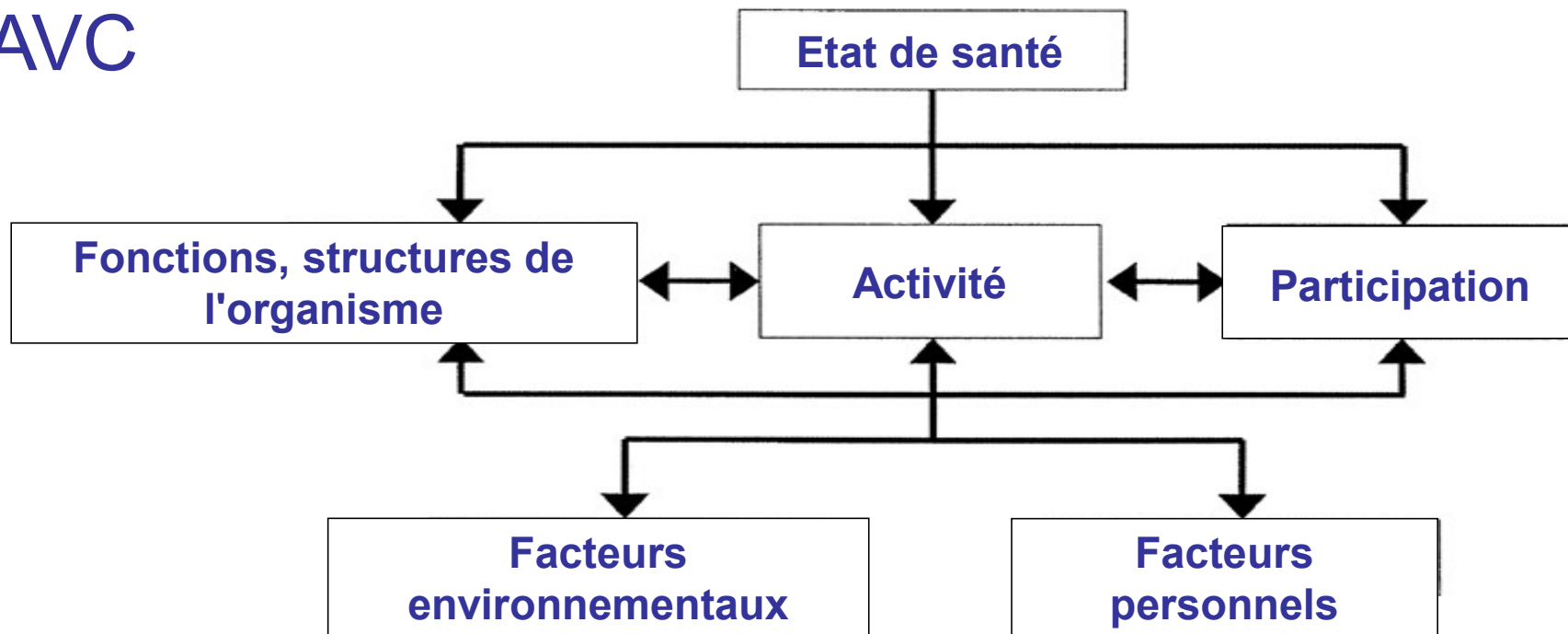
La classification internationale du fonctionnement CIF (2001)

CIH



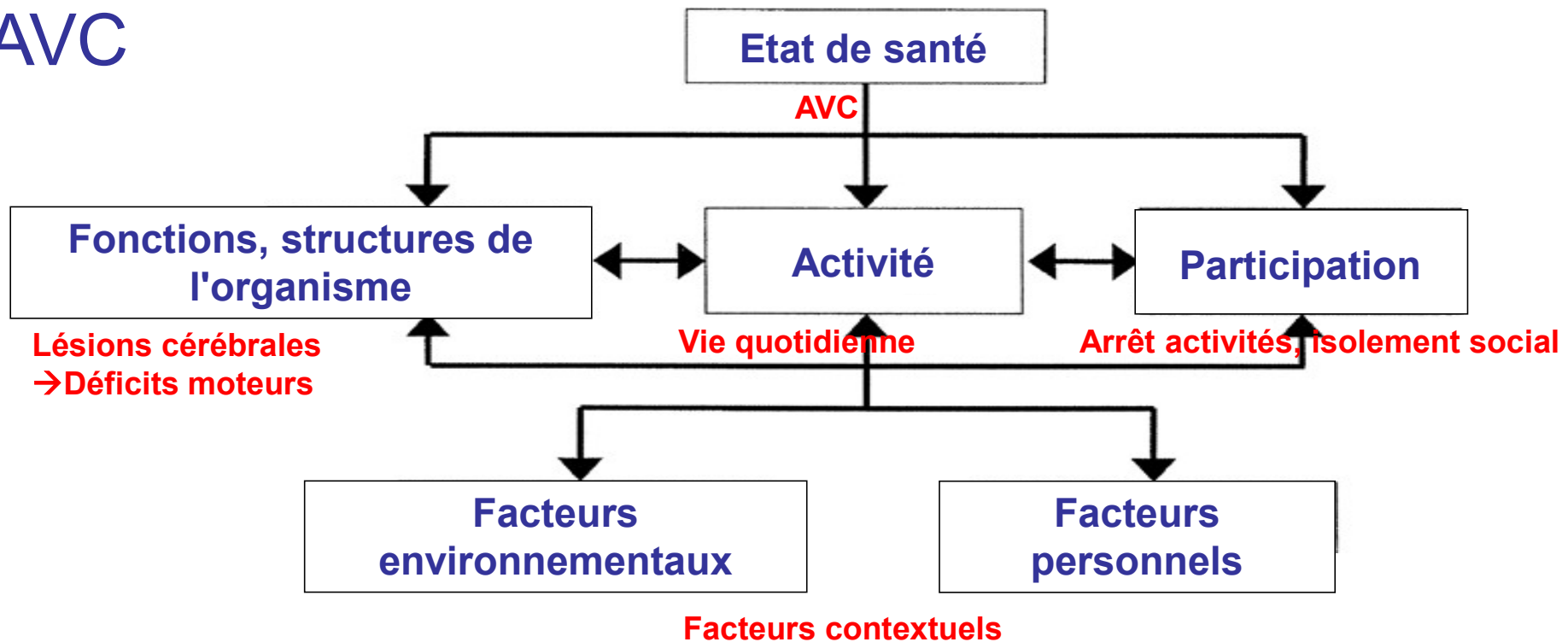
La classification internationale du fonctionnement CIF (2001)

AVC



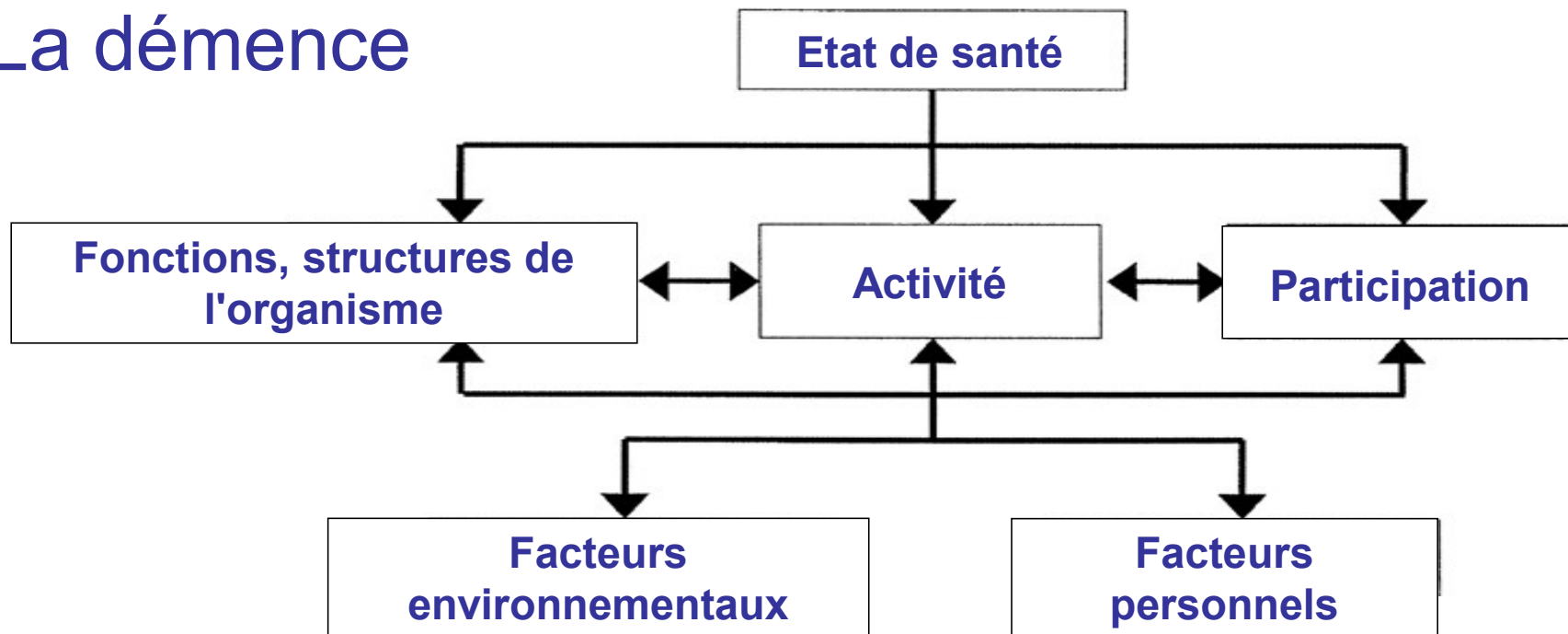
La classification internationale du fonctionnement CIF (2001)

AVC



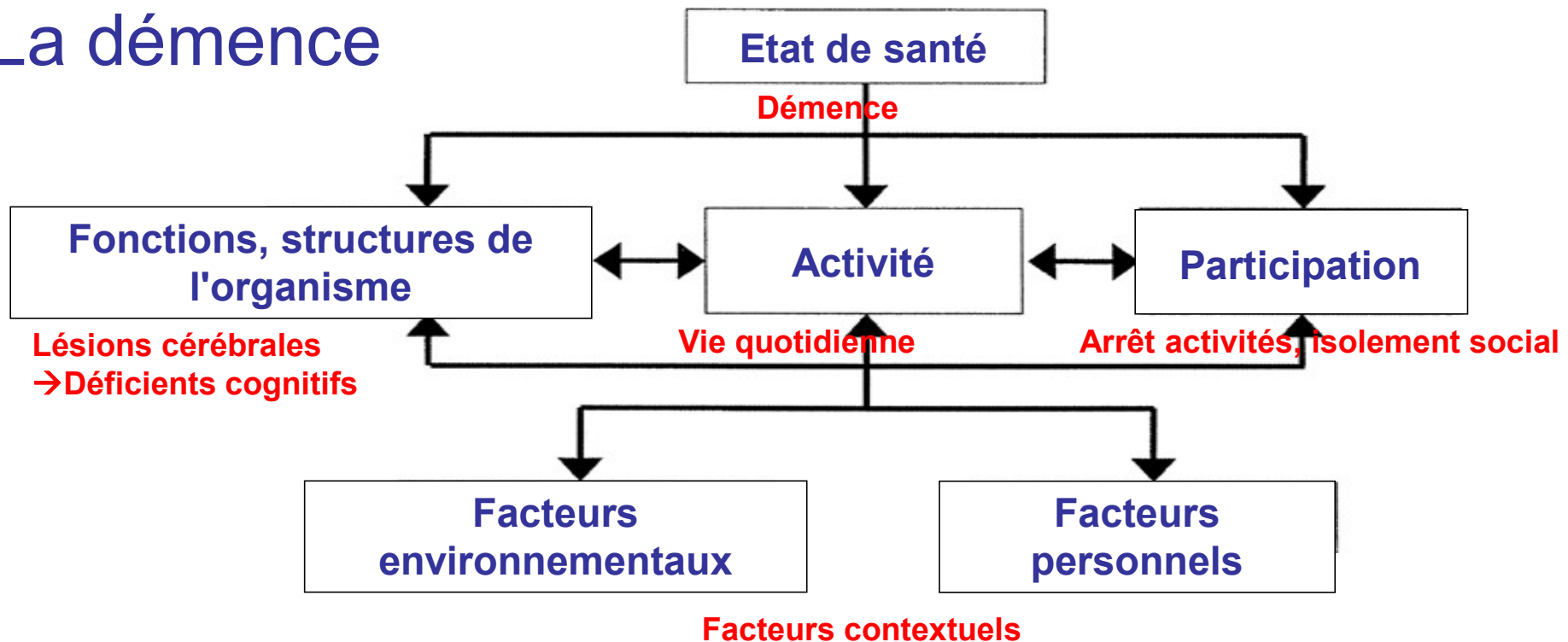
La classification internationale du fonctionnement CIF (2001)

La démence



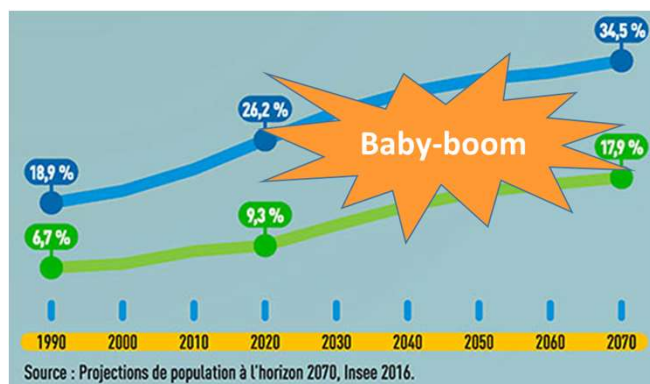
La classification internationale du fonctionnement CIF (2001)

La démence



Chiffres clés de la dépendance
donnant la mesure du défi que représente
le vieillissement pour notre société

Une population vieillissante...



Projection de population 2021-2070



	Villes	Nb habitants
1	Paris	2 145 906
2	Marseille	870 321
3	Lyon	522 228
4	Toulouse	498 003
5	Nice	343 732
6	Nantes	320 732
7	Monpellier	299 096
8	Strasbourg	290 576
9	Bordeaux	259 809
10	Lille	236 234
	Total	5,7 millions

75+



+ 5,7 millions entre 2021 et 2070

Projection de population 2021-2070



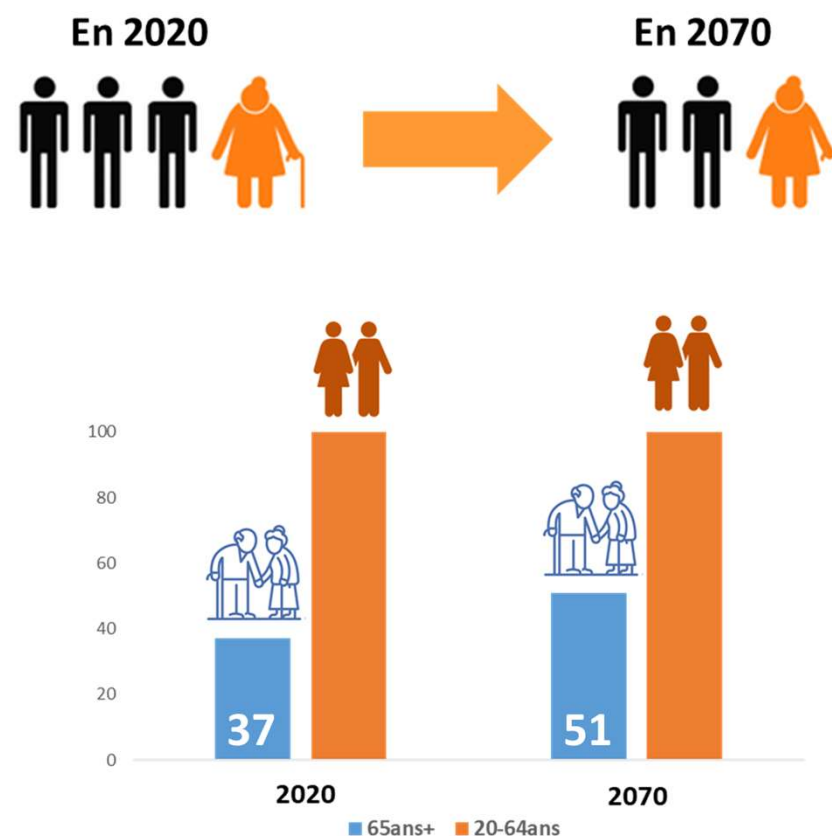
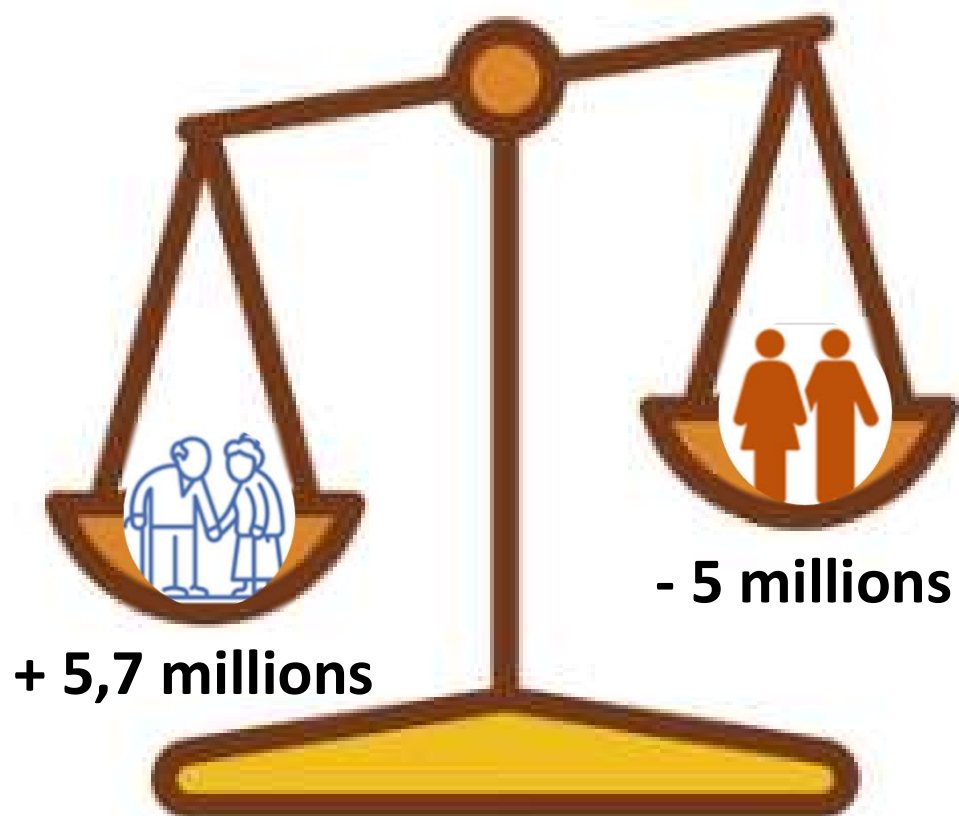
	Villes	Nb habitants
1	Paris	2 145 906
2	Marseille	870 321
3	Lyon	522 228
4	Toulouse	498 003
5	Nice	343 732
6	Nantes	320 732
7	Monpellier	299 096
8	Strasbourg	290 576
9	Bordeaux	259 809
10	Lille	236 234
	Total	5,7 millions

85+



+ 3 millions entre 2021 et 2070

Une croissance différentielle selon la catégorie d'âge

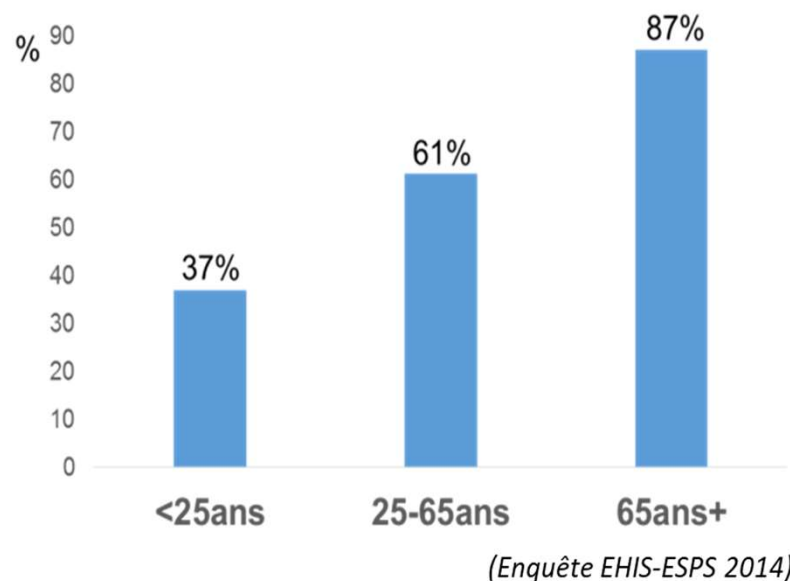


Quelles sont les conséquences du vieillissement ?

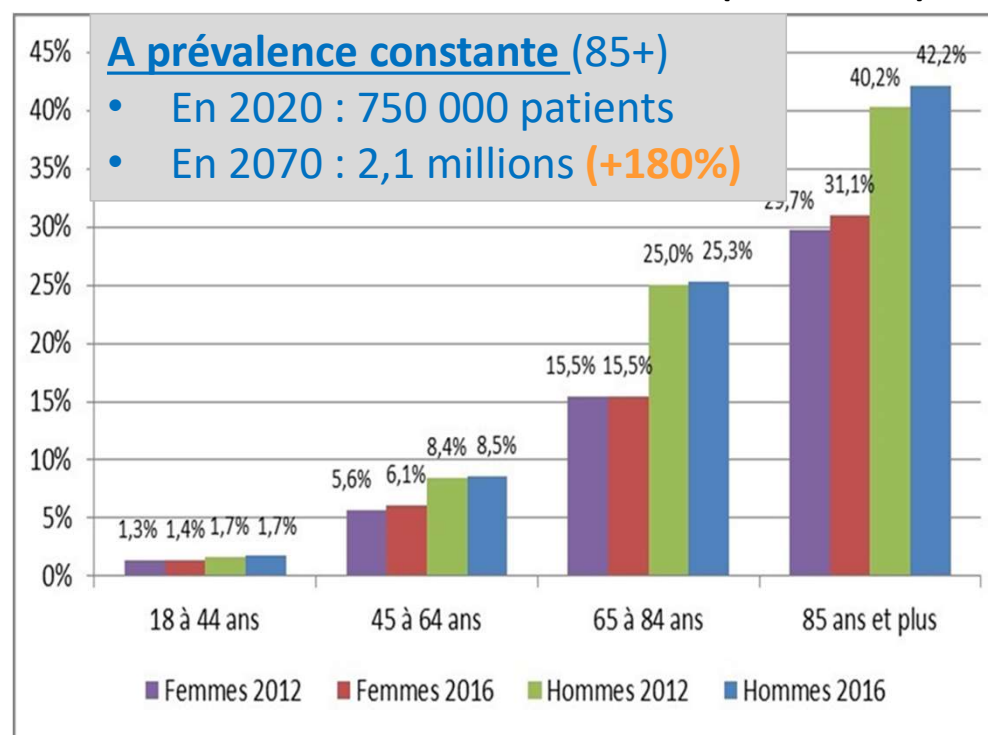
Sanitaires

? Explosion des maladies liées à l'âge

« Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces **maladies ou problèmes de santé** ? »



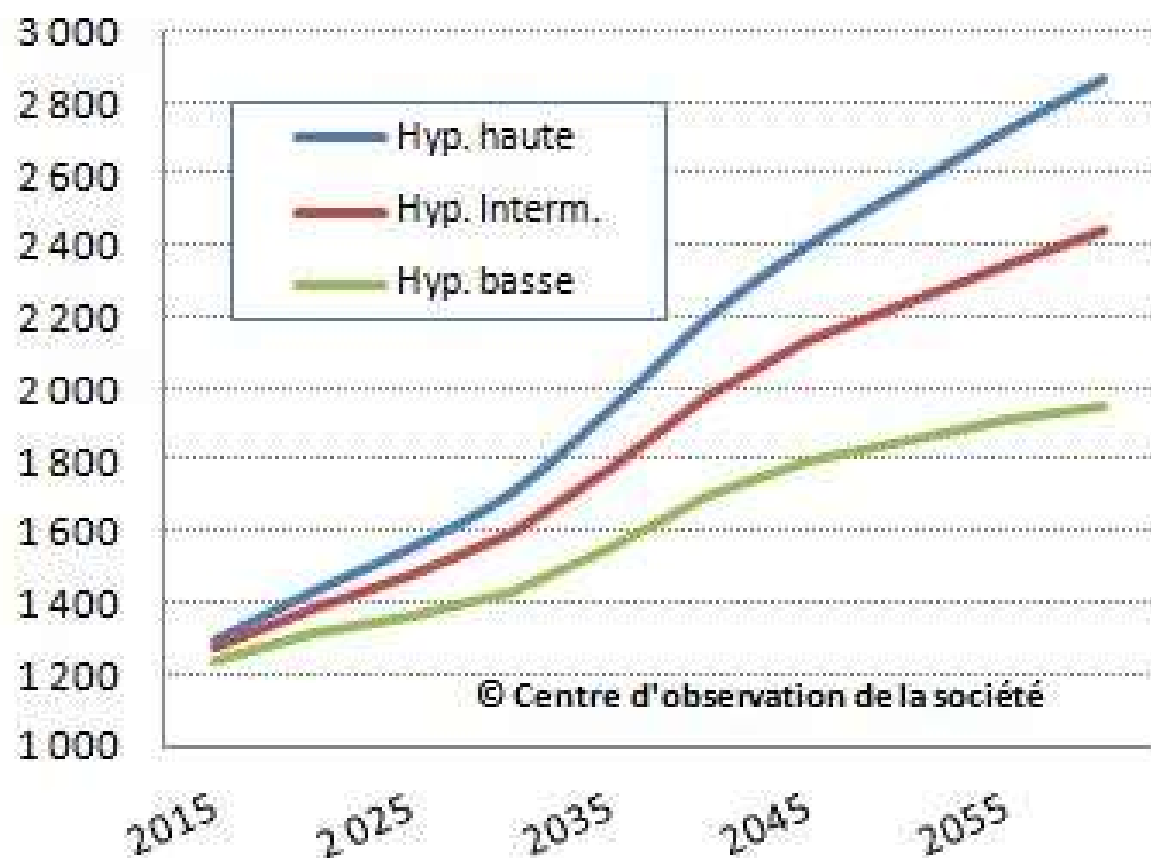
Prévalence de la multi-morbidité (2012-2016)



Quelles sont les conséquences du vieillissement ?

Dépendance

Projections du nombre de pers. âgées dépendantes



Source : Insee, Drees

Création d'une 5^e branche de la Sécurité sociale

- **Dédiée à l'autonomie** (loi du 7 août 2020 loi relative à la dette sociale et à l'autonomie)
 - Vient s'ajouter aux 4 branches
 - Maladie
 - Famille
 - Accidents du travail
 - Retraite
 - Risque perte d'autonomie désormais inscrit dans le Code de la sécurité sociale ; *«un risque assuré par la Nation à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé »*
 - **Objectif** : permettre **d'optimiser** et de **rationaliser** les prises en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap

Quelles sont les conséquences du vieillissement ?

Organisationnelles



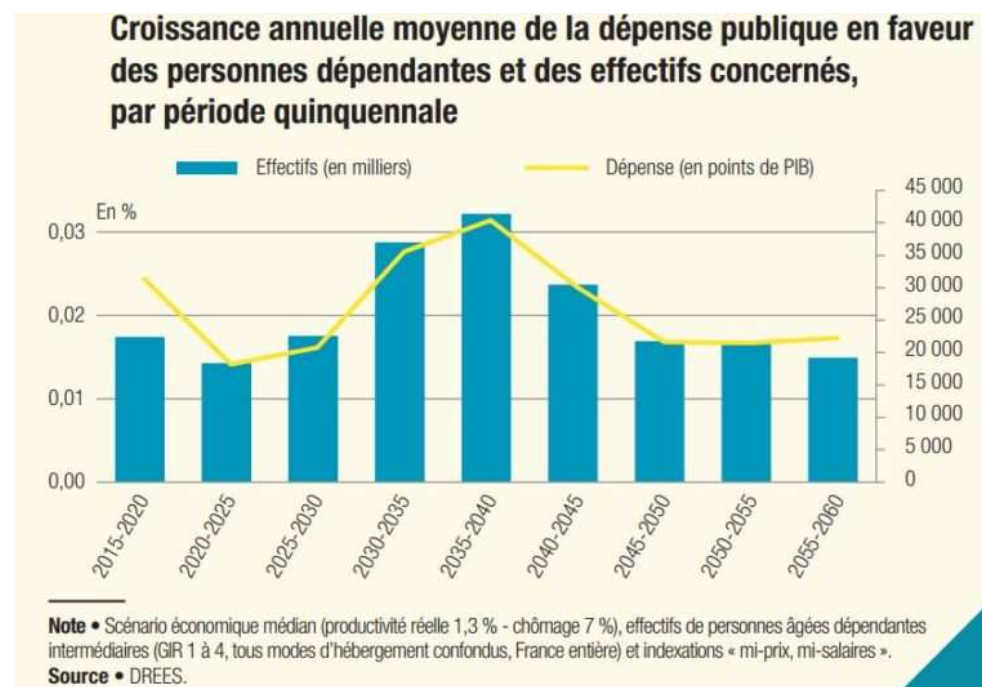
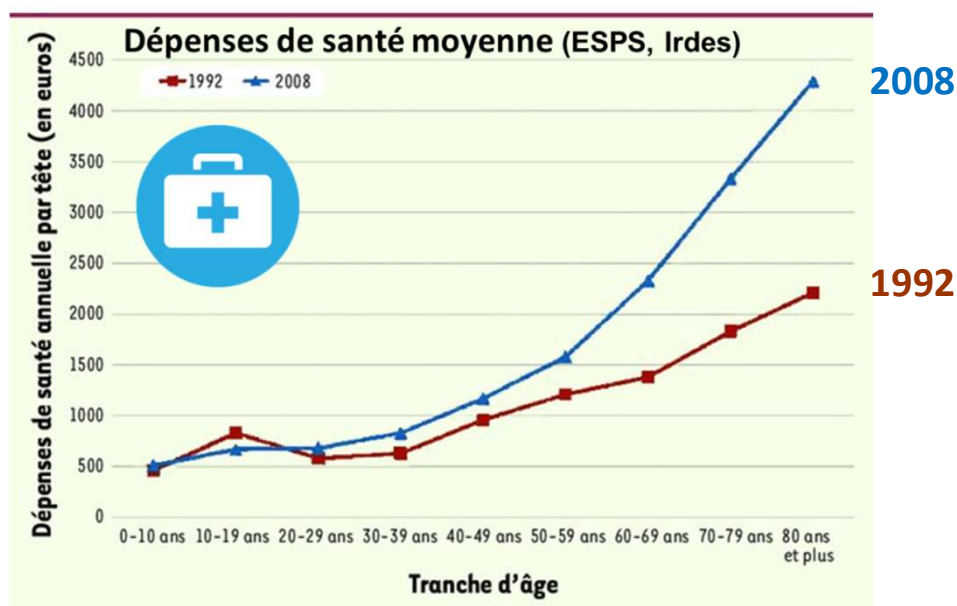
- Soins spécialisés
- Soins gériatriques
- SSR
- USLD
- Hôpitaux de jour
- Déserts médicaux...



Quelles sont les conséquences du vieillissement ?

Economiques

Explosion des coûts de prise en charge



GRAND ÂGE ET AUTONOMIE : LES CHIFFRES CLÉS

Source Drees 2018 (Comité Consultatif National d'Ethique, ateliers de la concertation)

Démographie



4,8 millions

de personnes de
85 ans et plus en 2050.

x3,2

augmentation du nombre de
personnes de 85 ans et plus
entre 2017 et 2050.

GRAND ÂGE ET AUTONOMIE : LES CHIFFRES CLÉS

Source Drees (Comité Consultatif National d'Ethique, ateliers de la concertation)

Démographie



4,8 millions

de personnes de
85 ans et plus en 2050.

x3,2

augmentation du nombre de
personnes de 85 ans et plus
entre 2017 et 2050.

Perte d'autonomie



2,2 millions

de personnes en perte
d'autonomie en 2050, contre
1,3 million en 2017.

40% des personnes qui dé-
cèdent en France ont connu
la perte d'autonomie.

GRAND ÂGE ET AUTONOMIE : LES CHIFFRES CLÉS

Source Drees (Comité Consultatif National d'Ethique, ateliers de la concertation)

Démographie



4,8 millions

de personnes de
85 ans et plus en 2050.

x3,2

augmentation du nombre de
personnes de 85 ans et plus
entre 2017 et 2050.

Perte d'autonomie



2,2 millions

de personnes en perte
d'autonomie en 2050, contre
1,3 million en 2017.

40% des personnes qui dé-
cèdent en France ont connu
la perte d'autonomie.

Dépenses publiques



30 Mds €

consacrés à la prise en
charge de la perte
d'autonomie en 2014, dont
80% de dépenses publiques.

Forte progression d'ici 2060

Dépense publique : 1,1 → 2,1 pt PIB

Coût global : 1,4 → 2,9 pt PIB

GRAND ÂGE ET AUTONOMIE : LES CHIFFRES CLÉS

Source Drees (Comité Consultatif National d'Ethique, ateliers de la concertation)

Métiers du grand âge



830 000 équivalents
temps plein employés auprès
de personnes âgées en perte
d'autonomie.

63 % des EHPAD déclarent
avoir au moins un poste non
pourvu depuis 6 mois ou plus.

Accompagnement à domicile



760 000 personnes âgées
bénéficient de l'allocation
personnalisée d'autonomie
(APA) à domicile.

60 % des bénéficiaires de
l'APA vivent à leur domicile.

Accompagnement en EHPAD



21 % des personnes de plus
de 85 ans vivent en établisse-
ment.

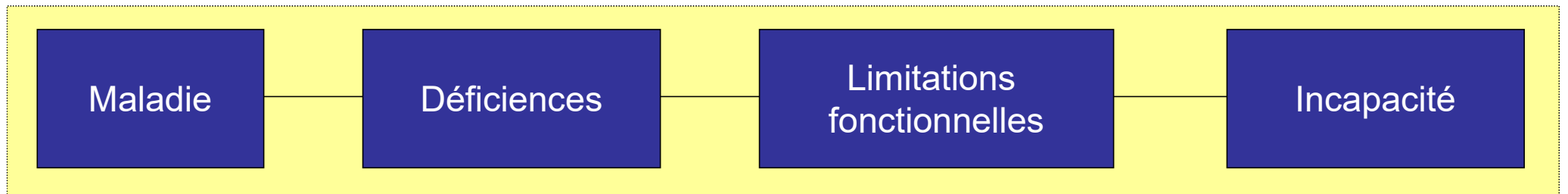
7 573 EHPAD accueillent
chaque année 608 000 rési-
dents.

50 % des places en EHPAD
dans le secteur public,

Outils d'évaluation de la dépendance

Lien entre maladie et dépendance

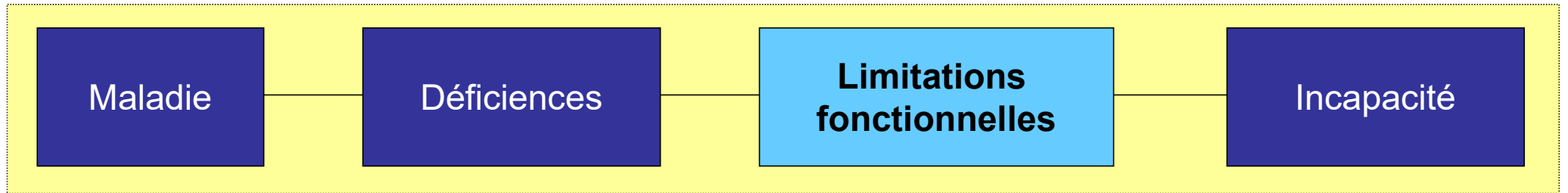
Le disablement process Verbrugge



→ **Dépendance** : toute difficulté rencontrée dans la vie quotidienne par une personne âgée rendant nécessaire le recours à une aide humaine

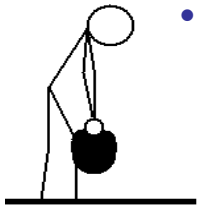
Lien entre maladie et dépendance

Le disablement process Verbrugge



= Limitation pour un individu à exécuter des actions dans ses activités quotidiennes normales (*i.e.* voir, marcher, écouter)

Limitations fonctionnelles



- **Pouvez-vous porter un objet de 5kg sur une distance de 10m**
(par exemple un filet de provisions) ?

- **Vous coupez-vous les ongles des orteils sans l'aide de quelqu'un ?**



- **Lorsque vous êtes debout, pouvez-vous vous pencher pour ramasser un objet sur le plancher ?**



- **Dans la vie courante, éprouvez-vous des difficultés de lecture, d'écriture ou de calcul ?**



- **Pouvez-vous effectuer des mouvements de rotation ou de torsion ?**

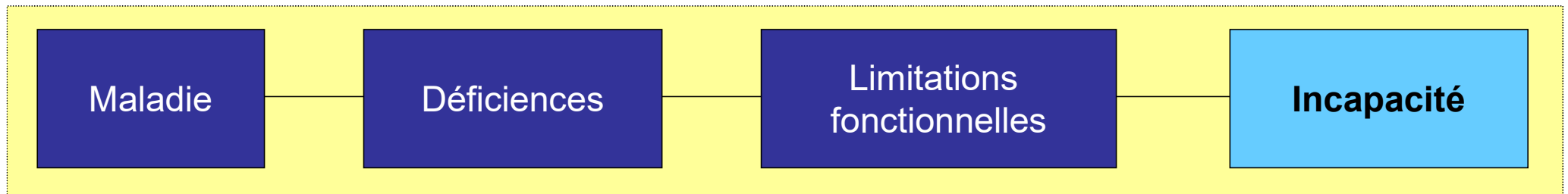


(Sans difficultés / Avec Difficultés / Impossible)

Lien entre maladie et dépendance

Le disablement process Verbrugge

= Réduction de la capacité d'accomplir une **activité** d'une façon considérée comme normale



→ **Dépendance** : toute difficulté rencontrée dans la vie quotidienne par une personne âgée rendant nécessaire le recours à une aide humaine

De nombreuses échelles

- Des outils généralistes
- Des outils spécifiques selon le contexte clinique

De nombreuses échelles

- **Outils généralistes**

- ADL de Katz
- IADL de Lawton
- AGGIR
- Barthel Index (version modifiée de ADL de Katz sur 100)



- SMAF
- Mesure de l'Indépendance fonctionnelle (MIF)
- GALI (enquêtes nationales)
 - « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » 1. Oui, fortement limité(e) 2. Oui, limité(e), mais pas fortement 3. Non, pas limité(e) du tout

- La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources)



- Evaluer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l' APA (l'Allocation Personnalisée d'Autonomie)

- ...

3 domaines de l'incapacité

- Mobilité

- Activités Instrumentales (domestiques)

- Activités de base

Mobilité (Rosow et Breslau)

Lesquelles des tâches suivantes pouvez-vous encore faire sans aide ?



- **Gros travaux domestiques**
(changer la tapisserie, lessiver les murs...)



- **Marcher**
(entre 500 m et 1 km)



- **Monter et descendre un escalier de 2 étages**

Activités instrumentales de la vie quotidienne

(échelle des IADL de Lawton)

- Utiliser le téléphone
- Faire les courses
- Utiliser les moyens de transport
- Gérer la prise de médicaments
- Gérer son budget



- Pour les femmes uniquement :
 - Préparation des repas
 - Entretenir la maison
 - Faire la lessive



Activités instrumentales de la vie quotidienne (échelle des IADL de Lawton)

- **Capacité à utiliser le téléphone**

- 1 Je me sers du téléphone de propre initiative, cherche, compose
- 2 Je compose un petit nombre de numéros bien connus
- 3 Je réponds au téléphone mais n'appelle pas
- 4 Je suis incapable d'utiliser le téléphone



- **Faire les courses**

- 1 Je fais toutes mes courses de façon indépendante
- 2 Je fais seulement les petits achats tout(e) seul(e)
- 3 J'ai besoin d'être accompagné(e), quelle que soit la course
- 4 Je suis totalement incapable de faire les courses



- **Moyen de transport**

- 1 Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante
- 2 Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus
- 3 Je peux prendre les transports en commun si accompagné(e)
- 4 Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
- 5 Je ne me déplace pas du tout



Activités instrumentales de la vie quotidienne

(échelle des IADL de Lawton)

- **Responsabilité pour la prise des médicaments**

- 1 Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire
- 2 Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- 3 Je suis incapable de les prendre de moi-même



- **Capacité à gérer son budget**

- 1 Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...)
- 2 Je me débrouille pour dépenses au jour le jour, mais besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier grosses dépenses)
- 3 Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour



IADL (activités “féminines”)

- **Préparation des repas**

- 1 Je prévois, prépare et sers des repas de façon indépendante
- 2 Je les prépare si on me fournit les ingrédients
- 3 Je suis capable de réchauffer des plats déjà préparés
- 4 J'ai besoin qu'on me prépare et serve les repas



- **Entretien de la maison**

- 1 J'entretiens maison seul(e) ou avec aide occasionnelle (gros travaux)
- 2 Ne fais que petits travaux d'entretien quotidiens : vaisselle, lit, ptt brico
- 3 Fais petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté
- 4 J'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison
- 5 Je ne peux pas participer du tout à l'entretien de la maison

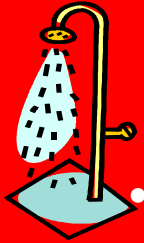


- **Lessive**

- 1 Fais toute ma lessive personnelle ou la porte moi-même au pressing
- 2 Je lave les petites affaires
- 3 Toute la lessive doit être faite par d'autres



Activités de base de la vie quotidienne (*ADL de Katz*)

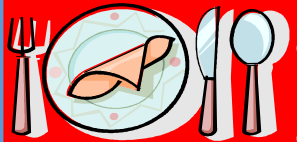


- Toilette

- Habillage



- Alimentation

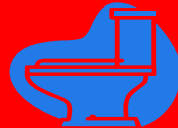


- Transfert lit-fauteuil

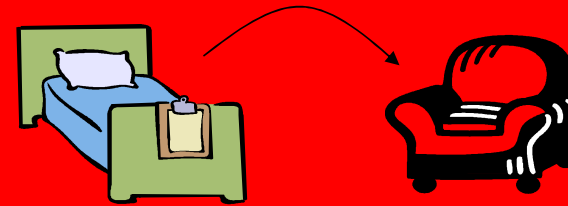


- Locomotion

- Utilisation des WC



- Continence (déficiency)



→ Pour chaque item : 3 degrés (besoin d'aides) et seuil de dépendance

Activités de base de la vie quotidienne (*ADL de Katz*)

- **Toilette** (lavabo, bain ou douche)

0 aucune aide

1 aide pour une partie du corps (dos ou jambes)

2 aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible



- **Habillage** (prend ses vêtements, utilise boutons, fermeture éclair...)

0 aucune aide

1 aide uniquement pour lacer ses chaussures

2 aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller



- **Aller aux WC** (uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)

0 aucune aide (aide possible pour se rendre aux WC : canne (...), utilise lui-même le bassin)

1 besoin d'aide

2 ne va pas aux W,C, ou n'utilise pas le bassin



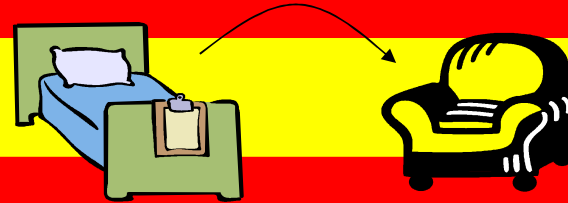
Activités de base de la vie quotidienne (*ADL de Katz*)

- **Transfert**

0 aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme canne ou déambulateur)

1 besoin d'aide

2 ne quitte pas le lit

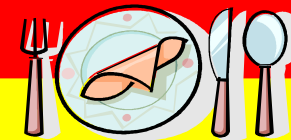


- **Alimentation**

0 aucune aide

1 aide pour couper la viande ou beurrer le pain

2 aide complète ou alimentation artificielle



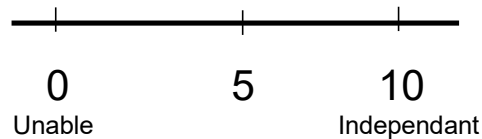
- **Continence** * Incontinence est plutôt une déficience qu'une incapacité

0 contrôle complet des urines et des selles

1 accidents occasionnels

2 incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente

Barthel Index (version modifiée de ADL de Katz sur 100)



FEEDING

0 = unable
5 = needs help cutting, spreading butter, etc., or requires modified diet
10 = independent

BATHING

0 = dependent
5 = independent (or in shower)

GROOMING

0 = needs to help with personal care
5 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)

DRESSING

0 = dependent
5 = needs help but can do about half unaided
10 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)

BOWELS

0 = incontinent (or needs to be given enemas)
5 = occasional accident
10 = continent

BLADDER

0 = incontinent, or catheterized and unable to manage alone
5 = occasional accident
10 = continent

TOILET USE

0 = dependent
5 = needs some help, but can do something alone
10 = independent (on and off, dressing, wiping)

TRANSFERS (BED TO CHAIR AND BACK)

0 = unable, no sitting balance
5 = major help (one or two people, physical), can sit
10 = minor help (verbal or physical)
15 = independent

MOBILITY (ON LEVEL SURFACES)

0 = immobile or < 50 yards
5 = wheelchair independent, including corners, > 50 yards
10 = walks with help of one person (verbal or physical) > 50 yards
15 = independent (but may use any aid; for example, stick) > 50 yards

STAIRS

0 = unable
5 = needs help (verbal, physical, carrying aid)
10 = independent

TOTAL SCORE= _____ / 100 points

- Une autre grille d'évaluation importante en France
 - La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources)
 - Evaluer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l' APA (l'Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour
 - déterminer si le demandeur a droit à l'APA
 - Et le niveau d'aides dont il a besoin → plan d'aide
- Groupes GIR (1 à 6)



La grille AGGIR



		Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
			S	T	C	H	
1. Transferts							
2. Déplacements intérieurs							
3. Toilette	haut						
	bas						
4. Elimination	urinaire						
	fécale						
5. Habillage	haut						
	moyen						
	bas						
6. Cuisine							
7. Alimentation	se servir						
	manger						
8. Suivi du traitement							
9. Ménage							
10. Alerter							
11. Déplacements extérieurs							
12. Transports							
13. Activités temps libre							
14. Achats							
15. Gestion							
16. Orientation	dans le temps						
	dans l'espace						
17. Cohérence	communication						
	comportement						

Construction de la grille AGGIR

Variables **discriminantes** / Variables **illustratives**

ADL

1. Transferts
2. Déplacements à l'intérieur
3. Déplacements à l'extérieur
4. Toilette
5. Elimination
6. Habillage
7. Alimentation

IADL

8. Cuisine
9. Suivi du traitement
10. Ménage
11. Transports
12. Achats
13. Gestion
14. Alerter
15. Activités du temps libre

+ Fonctions mentales

16. Orientation
17. Cohérence

Outil critiqué en cas de troubles cognitifs !

Construction autour de 17 variables

10 var. discriminantes

activité corporelle et mentale

1. Toilette
2. Habillage
3. Alimentation
4. Elimination urinaire et fécale
5. Transferts
6. Déplacements intérieurs
7. Déplacements extérieurs
8. Alerter
9. Cohérence
10. Orientation

7 var. illustratives

activité domestique et sociale

1. Budget
2. Cuisine
3. Ménage
4. Transports
5. Courses
6. Médicaments
7. Activités du temps libre

Construction autour de 17 variables

10 var. discriminantes

activité corporelle et mentale

1. Toilette *
2. Habillage *
3. Alimentation *
4. Elimination urinaire et fécale *
5. Transferts
6. Déplacements intérieurs
7. Déplacements extérieurs
8. Alerter
9. Cohérence *
10. Orientation *

7 var. illustratives

activité domestique et sociale

1. Budget
2. Cuisine
3. Ménage
4. Transports
5. Courses
6. Médicaments
7. Activités du temps libre

** Plusieurs "sous-variables"*

		Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
			S	T	C	H	
1. Transferts							
2. Déplacements intérieurs							
3. Toilette	haut						
	bas						
4. Elimination	urinaire						
	fécale						
5. Habillage	haut						
	moyen						
	bas						
6. Cuisine							
7. Alimentation	se servir						
	manger						
8. Suivi du traitement							
9. Ménage							
10. Alerter							
11. Déplacements extérieurs							
12. Transports							
13. Activités temps libre							
14. Achats							
15. Gestion							
16. Orientation	dans le temps						
	dans l'espace						
17. Cohérence	communication						
	comportement						

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
1. Transferts						
2. Déplacements intérieurs						
3. Toilette	haut					
	bas					
4. Elimination	urinaire					
	fécale					
5. Habillage	haut					
	moyen					
	bas					
6. Cuisine						
7. Alimentation	se servir					
	manger					
8. Suivi du traitement						
9. Ménage						
10. Alerter						
11. Déplacements extérieurs						
12. Transports						
13. Activités temps libre						
14. Achats						
15. Gestion						
16. Orientation	dans le temps					
	dans l'espace					
Orientation						

Dans le temps et l'espace

La personne sait-elle se situer par rapport aux saisons, au moment de la journée (matin, soir), dans les lieux habituels de vie (la maison ou l'appartement, le quartier, l'unité de vie...) ?
Connaît-elle l'année, le mois ?

Elle peut très normalement ne pas connaître la date exacte

Pour le repérage dans les lieux, il convient d'observer si la personne sait se situer précisément dans des lieux habituels de vie et plus globalement dans des lieux nouveaux pour elle

		Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
			S	T	C	H	
1. Transferts							
2. Déplacements intérieurs							
3. Toilette	haut						
	bas						
4. Elimination	urinaire						
	fécale						
5. Habillage	haut						
	moyen						
	bas						
6. Cuisine							
7. Alimentation	se servir						
	manger						
8. Suivi du traitement							
9. Ménage							
10. Alerter							
11. Déplacements extérieurs							
12. Transports							
13. Activités temps libre							
14. Achats							
15. Gestion							
16. Orientation	dans le temps	Deux sous-variables 1) Communication (verbale et/ou non) 2) Comportement (se comporter de fa					
	dans l'espace						
17. Cohérence	communication						
	comportement						

Cohérence

Deux sous-variables

- 1) Communication (verbale et/ou non)
- 2) Comportement (se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société)

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

- 4 adverbess

- Spontanément
- Totalement
- Correctement
- Habituellement

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

- 4 adverbess

- **Spontanément**

- Plutôt du domaine cognitif, voire psychiatrique
 - Suppose qu'il n'est besoin ni d'incitation, ni de stimulation de la part d'un tiers
 - Sans avoir à lui dire, lui rappeler, lui expliquer ou lui montrer

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

- 4 adverbess
 - **Totalement**
 - Plutôt du domaine quantitatif
 - *Toutes les étapes sont-elles réalisées ?*

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

- 4 adverbess

- **Correctement**

- Plutôt du domaine qualitatif

- Les étapes sont-elles correctement réalisées, conformément aux usages et à la sécurité ?
 - » la qualité de la réalisation, de manière conforme aux usages et à la sécurité vis-à-vis de la personne et des autres
 - » Sans se mettre en danger, en utilisant éventuellement les aides techniques adaptées

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

- 4 adverbess
 - **Habituellement**
 - Référence au temps
 - *chaque fois que nécessaire et souhaité*

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

- 4 adverbess

- Spontanément
- Totalement
- Correctement
- Habituellement

→ 3 niveaux de cotation

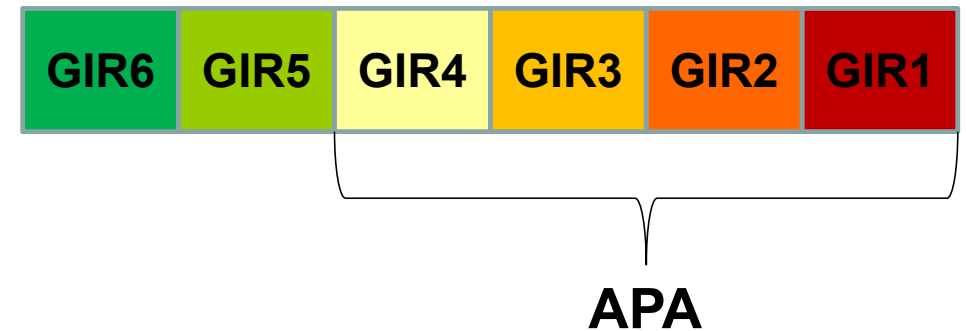
Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

- **Pas de problème**
 - Fait spontanément, totalement, correctement et habituellement
- **Ne fait pas**
 - Fait ni spontanément, ni totalement, ni correctement, ni habituellement
 - Elle ne la fait jamais seule, même partiellement, même difficilement
 - Il faut faire à la place, ou faire faire ou refaire en totalité et à chaque fois
- **Cas intermédiaires**

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
1. Transferts						
2. Déplacements intérieurs						
3. Toilette	haut					
	bas					
4. Elimination	urinaire					
	fécale					
5. Habillage	haut					
	moyen					
	bas					
6. Cuisine						
7. Alimentation	se servir					
	manger					
8. Suivi du traitement						
9. Ménage						
10. Alerter						
11. Déplacements extérieurs						
12. Transports						
13. Activités temps libre						
14. Achats						
15. Gestion						
16. Orientation	dans le temps					
	dans l'espace					
17. Cohérence	communication					
	comportement					



Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

Cas 1

La toilette est réalisée en totalité et correctement chaque fois que nécessaire à la seule initiative de la personne

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut	x					

Cas 1

La toilette est réalisée en totalité et correctement chaque fois que nécessaire à la seule initiative de la personne.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

Cas 2

La personne ne prend pas l'initiative de faire sa toilette.
Si on l'incite à la faire, certaines étapes sont oubliées et celles réalisées ne le sont pas correctement, nécessitant de tout refaire.

De son propre chef, elle ne se laverait presque jamais.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						x

Cas 2

La personne ne prend pas l'initiative de faire sa toilette.
Si on l'incite à la faire, certaines étapes sont oubliées et celles réalisées ne le sont pas correctement, nécessitant de tout refaire.

De son propre chef, elle ne se laverait presque jamais.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

Cas 3

La personne ne prend pas l'initiative de faire sa toilette. De son propre chef, elle ne se laverait presque jamais. Mais si on l'incite à la faire, toutes les étapes sont correctement réalisées.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut		x			x	

Cas 3

La personne ne prend pas l'initiative de faire sa toilette. De son propre chef, elle ne se laverait presque jamais. Mais si on l'incite à la faire, toutes les étapes sont correctement réalisées.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

Cas 4

La personne se lave quotidiennement et selon sa propre initiative.

Toutes les étapes sont réalisées, mais le rinçage est systématiquement insuffisant, nécessitant une aide complémentaire.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut				x		

Cas 4

La personne se lave quotidiennement et selon sa propre initiative.

Toutes les étapes sont réalisées, mais le rinçage est systématiquement insuffisant, nécessitant une aide complémentaire.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

Cas 5

La personne souhaite faire sa toilette quotidiennement et exprime ce souhait.

Cependant, ses capacités physiques (hémiplégie) ne lui permettent pas de réaliser toutes les étapes de la toilette, mais celles réalisées le sont de manière satisfaisante.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut			x			

Cas 5

La personne souhaite faire sa toilette quotidiennement et exprime ce souhait.

Cependant, ces capacités physiques (hémiplégie) ne lui permettent pas de réaliser toutes les étapes de la toilette, mais celles réalisées le sont de manière satisfaisante.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

Cas 6

La personne souhaite faire sa toilette quotidiennement et exprime ce souhait.

Cependant, ses capacités physiques (hémiplégie + arthrose) ne lui permettent pas de réaliser toutes les étapes de la toilette et celles réalisées nécessitent une intervention complémentaire.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut			x	x		

Cas 6

La personne souhaite faire sa toilette quotidiennement et exprime ce souhait.

Cependant, ces capacités physiques (hémiplégie + arthrose) ne lui permettent pas de réaliser toutes les étapes de la toilette, et celles réalisées nécessitent une intervention complémentaire.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

Cas 7

La personne ne prend pas l'initiative de faire sa toilette. De son propre chef, elle ne se laverait presque jamais. Mais si on l'incite à la faire, certaines étapes sont réalisées et de manière adéquate.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut		x	x		x	

Cas 7

La personne ne prend pas l'initiative de faire sa toilette. De son propre chef, elle ne se laverait presque jamais. Mais si on l'incite à la faire, certaines étapes sont réalisées et de manière adéquate.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

Cas 8

La personne se lave 10 fois par jour.
Elle ressort à chaque fois propre comme un sou neuf !

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut					x	

Cas 8

La personne se lave 10 fois par jour.
Elle ressort à chaque fois propre comme un sou neuf
!

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut						

Cas 9

La personne ne se lave que très rarement et sent très mauvais.

Mais lorsqu'elle décide de se laver, elle est capable de se laver tout à fait correctement.

Cotation de la grille AGGIR

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
3. Toilette haut					x	

Cas 9

La personne ne se lave que très rarement et sent très mauvais.

Mais lorsqu'elle décide de se laver, elle est capable de se laver tout à fait correctement.

Cotation de la grille AGGIR

		Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
			S	T	C	H	
1. Transferts							
2. Déplacements intérieurs							
3. Toilette	haut						
	bas						
4. Elimination	urinaire						
	fécale						
5. Habillage	haut						
	moyen						
	bas						
6. Cuisine							
7. Alimentation	se servir						
	manger						
8. Suivi du traitement							
9. Ménage							
10. Alerter							
11. Déplacements extérieurs							
12. Transports							
13. Activités temps libre							
14. Achats							
15. Gestion							
16. Orientation	dans le temps						
	dans l'espace						
17. Cohérence	communication						
	comportement						



- **GIR 6** : autonomes **APA**
- **GIR 5** : aide ponctuelle pour toilette et domestique
- **GIR 4** : dépendance transferts, parfois aussi toilette ou habillage, OU autonome transferts mais besoin d'aide aux ADL dont alimentation
- **GIR 3** : aides plusieurs fois par jour pour ADL
- **GIR 2** : confinées OU altération fonctions mentales
- **GIR 1** : confinées au lit ou au fauteuil ET fonctions intellectuelles gravement altérées

Personnes en GIR 6

- Personnes indépendantes pour tous les activités discriminantes de la vie courante

10 var. discriminantes

1. Toilette
2. Habillage
3. Alimentation
4. Elimination urinaire et fécale
5. Transferts
6. Déplacements intérieurs
7. Déplacements extérieurs
8. Alerter
9. Cohérence
10. Orientation

Personnes en GIR 5

- Personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules
- Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques

10 var. discriminantes

1. Toilette
2. Habillage
3. Alimentation
4. Elimination urinaire et fécale
5. Transferts
6. Déplacements intérieurs
7. Déplacements extérieurs
8. Alerter
9. Cohérence
10. Orientation

7 var. illustratives

1. Budget
2. Cuisine
3. Ménage
4. Transports
5. Courses
6. Médicaments
7. Activités du temps libre

Personnes en GIR 4

- **Deux sous-groupes**

- 1) Personnes n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules

10 var. discriminantes

- | |
|-----------------------------------|
| 1. Toilette |
| 2. Habillage |
| 3. Alimentation |
| 4. Elimination urinaire et fécale |
| 5. Transferts |
| 6. Déplacements intérieurs |
| 7. Déplacements extérieurs |
| 8. Alerter |
| 9. Cohérence |
| 10. Orientation |

Personnes en GIR 4

- **Deux sous-groupes**

- 1) Personnes n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules
- 2) Personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas

10 var. discriminantes

- | |
|-----------------------------------|
| 1. Toilette |
| 2. Habillage |
| 3. Alimentation |
| 4. Elimination urinaire et fécale |
| 5. Transferts |
| 6. Déplacements intérieurs |
| 7. Déplacements extérieurs |
| 8. Alerter |
| 9. Cohérence |
| 10. Orientation |

10 var. discriminantes

- | |
|-----------------------------------|
| 1. Toilette |
| 2. Habillage |
| 3. Alimentation |
| 4. Elimination urinaire et fécale |
| 5. Transferts |
| 6. Déplacements intérieurs |
| 7. Déplacements extérieurs |
| 8. Alerter |
| 9. Cohérence |
| 10. Orientation |

Personnes en GIR 3

- Personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles
- Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire

10 var. discriminantes

- | |
|-----------------------------------|
| 1. Toilette |
| 2. Habillage |
| 3. Alimentation |
| 4. Elimination urinaire et fécale |
| 5. Transferts |
| 6. Déplacements intérieurs |
| 7. Déplacements extérieurs |
| 8. Alerter |
| 9. Cohérence |
| 10. Orientation |

Personnes en GIR 2

- Les " grabataires lucides "

- confinées au lit ou au fauteuil
- gardant des fonctions mentales non totalement altérées
- nécessitent prise en charge pour la plupart des activités, surveillance permanente et actions d'aides répétitives jour et nuit

- Les " déments perturbateurs "

- fonctions mentales altérées mais conservation des capacités locomotrices et certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées
- troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles

10 var. discriminantes

- | |
|-----------------------------------|
| 1. Toilette |
| 2. Habillage |
| 3. Alimentation |
| 4. Elimination urinaire et fécale |
| 5. Transferts |
| 6. Déplacements intérieurs |
| 7. Déplacements extérieurs |
| 8. Alerter |
| 9. Cohérence |
| 10. Orientation |

10 var. discriminantes

- | |
|-----------------------------------|
| 1. Toilette |
| 2. Habillage |
| 3. Alimentation |
| 4. Elimination urinaire et fécale |
| 5. Transferts |
| 6. Déplacements intérieurs |
| 7. Déplacements extérieurs |
| 8. Alerter |
| 9. Cohérence |
| 10. Orientation |

Personnes en GIR 1

- Personnes
 - confinées au lit ou au fauteuil,
 - ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale,
 - et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
- + personnes en fin de vie

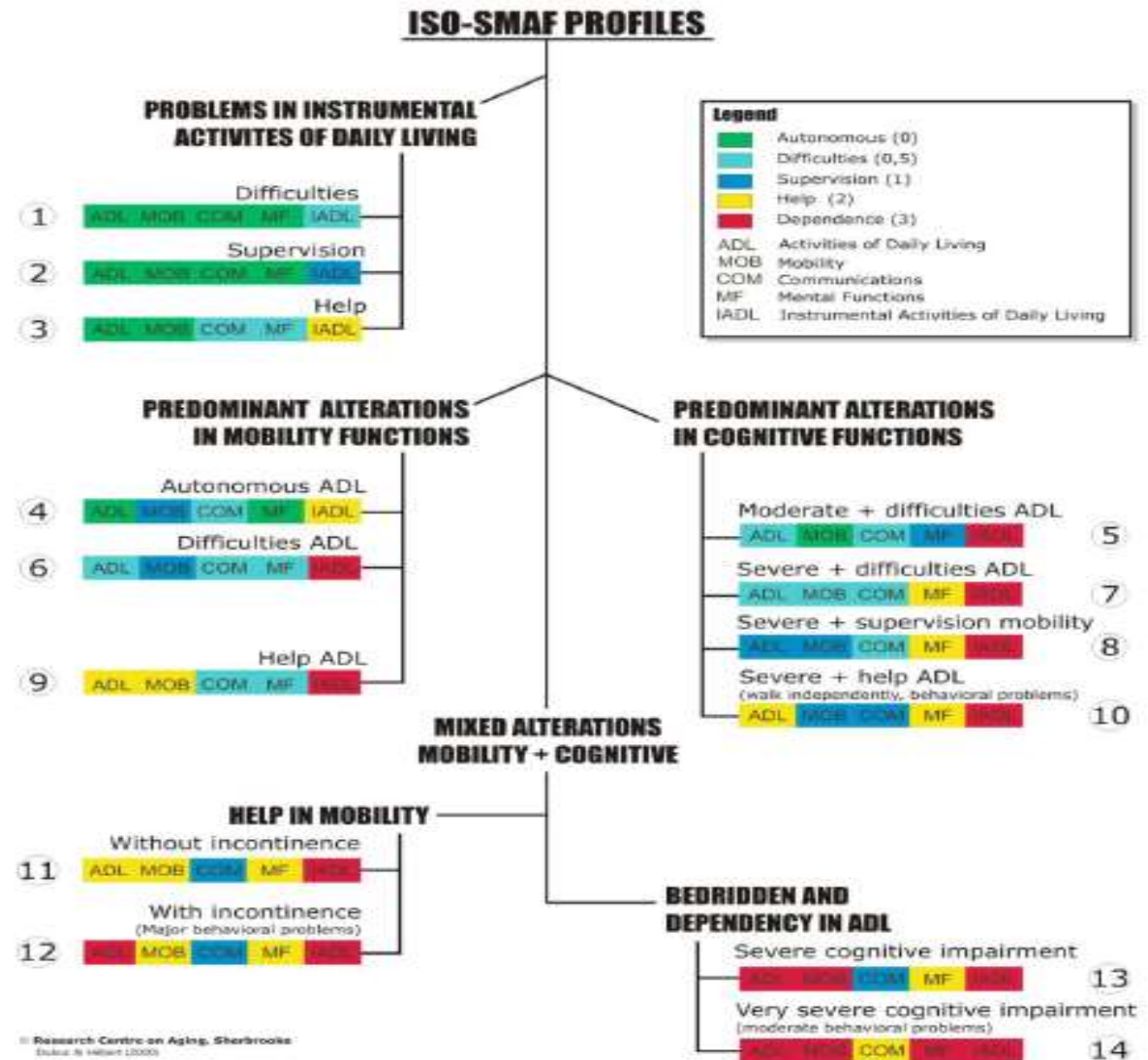
10 var. discriminantes

- | |
|-----------------------------------|
| 1. Toilette |
| 2. Habillage |
| 3. Alimentation |
| 4. Elimination urinaire et fécale |
| 5. Transferts |
| 6. Déplacements intérieurs |
| 7. Déplacements extérieurs |
| 8. Alerter |
| 9. Cohérence |
| 10. Orientation |



SMAF Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

- Développé à des fins cliniques et de gestion
- Système de classification → Groupes homogènes de personnes avec des caractéristiques semblables et requérant des services similaires à des coûts similaires selon le milieu de vie considéré
 - 14 profils Iso-SMAF
 - basés sur 29 items
 - regroupés dans 6 dimensions
- Prend en compte les aides et leur stabilité
- Peu utilisé hors du Québec



Outils validés dans des contextes cliniques spécifiques

- Dementia

- Functional Activities Questionnaire (FAQ, IADL)
- Blessed dementia rated scale (non validée en français)
 - 2 parties: maison et soins personnels (0-17)
 - sensible au changement (démence)
- Cleveland Scale of Activities of Daily Living (CSADL) (physique et cognitive)
- Functional Assessment Staging Test (FAST, Reisberg)
- Direct Assessment of Functional Status (DAFS) (démence, schizophrénie)

- Stroke

...

Functional Activities Questionnaire (FAQ)

- Le *questionnaire sur les activités fonctionnelles* a été conçu pour évaluer les **capacités d'une personne âgée à effectuer ses activités de la vie domestique**, soit les capacités qui demandent un plus **haut niveau de fonctionnement cognitif** comme se préparer un repas, gérer ses finances...
- La FAQ permet ainsi d'identifier les personnes vivant des difficultés cognitives qui entravent l'exécution des activités domestiques
 - Utile pour détecter les premières difficultés : les personnes ayant une atteinte neurocognitive plus légère peuvent être autonomes lorsqu'elles accomplissent des activités quotidiennes plus simples (ADL), mais avoir des difficultés lorsqu'elles exécutent des activités plus complexes (IADL)

Functional Activities Questionnaire (FAQ)

Administration

Ask informant to rate patient's ability using the following scoring system:

- Dependent = 3
- Requires assistance = 2
- Has difficulty but does by self = 1
- Normal = 0
- Never did [the activity] but could do now = 0
- Never did and would have difficulty now = 1

1.	Writing checks, paying bills, balancing checkbook	
2.	Assembling tax records, business affairs, or papers	
3.	Shopping alone for clothes, household necessities, or groceries	
4.	Playing a game of skill, working on a hobby	
5.	Heating water, making a cup of coffee, turning off stove after use	
6.	Preparing a balanced meal	
7.	Keeping track of current events	
8.	Paying attention to, understanding, discussing TV, book, magazine	
9.	Remembering appointments, family occasions, holidays, medications	
10.	Traveling out of neighborhood, driving, arranging to take buses	
TOTAL SCORE:		

BLESSED DEMENTIA SCALE

Patient Name: _____ Date: _____

Rater Name: _____

Instructions: Total incapacity in an activity is rated 1 and partial; variable or intermittent incapacity is awarded a half-point. Overall score ranges from 0 (normal) to 28 (extreme incapacity).

CHANGES IN PERFORMANCE OF EVERYDAY ACTIVITIES

Inability to perform household tasks	
Inability to cope with small sums of money	
Inability to remember shortlist of items (e.g., in shopping list)	
Inability to find way about indoors	
Inability to find way about familiar streets	
Inability to interpret surroundings (e.g., recognize whether in hospital or at home; discriminate between patients, doctors, nurse, relatives, etc.)	
Inability to recall recent events (e.g., recent outings, visits of relatives or friends to hospital, etc.)	
Tendency to dwell in the past	

Blessed dementia scale (suite)

CHANGES IN HABITS

Eating: _____

- (0) = cleanly, with proper utensils
- (1) = messily, with spoon only
- (2) = simple solids (for example, biscuits)
- (3) = has to be fed

Dressing: _____

- (0) = unaided
- (1) = occasionally misplaced buttons, etc.
- (2) = wrong sequence, commonly forgetting items
- (3) = unable to dress

Sphincter control: _____

- (0) = complete control
- (1) = occasional wet bed
- (2) = frequent wet bed
- (3) = doubly incontinent

CHANGES IN PERSONALITY, INTERESTS, DRIVE

Blessed dementia scale (suite)

Increased rigidity	
Increased egocentricity	
Impairment of regard or feeling for others	
Coarsening of affect	
Impairment of emotional control (for example, increased petulance and irritability)	
Hilarity in inappropriate situations	
Diminished emotional responsiveness	
Sexual misdemeanour (arising de novo in old age)	
Hobbies relinquished	
Diminished initiative or growing apathy	
Purposeless hyperactivity	

References: Blessed G et al. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Br J Psychiatry*. 1968;114:797–811.
Stern et al. Measurement and prediction of functional capacity in Alzheimer's disease. *Neurology*. 1990;40:8–14.
Zillmer et al. Comparison of two cognitive bedside screening instruments in nursing home residents: a factor analytic study." *Journal of Gerontology*. 1990;45:69–74.

En post AVC plusieurs échelles utilisées en MPR pour évaluer l'autonomie fonctionnelle des patients

1. Échelles globales d'autonomie

- **Indice de Barthel** : Évalue la capacité du patient à réaliser 10 activités de la vie quotidienne (AVQ) comme la marche, l'alimentation, l'habillage, ou l'hygiène. Très utilisé en MPR post-AVC.
- **Échelle de Rankin modifiée (mRS)** : Classe les patients en 7 niveaux selon leur degré de dépendance, de l'indépendance complète (score 0) à la dépendance totale (score 6 = décès).
- **Functional Independence Measure (FIM)** : Mesure l'indépendance fonctionnelle sur 18 items couvrant la motricité et la cognition, avec une grande sensibilité aux progrès du patient.

2. Échelles spécifiques de la motricité et de la marche

- **Motricity Index** : Évalue la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs après un AVC.
- **Berg Balance Scale (BBS)** : Évalue l'équilibre statique et dynamique, fondamental pour la réadaptation à la marche.
- **Timed Up and Go (TUG)** : Mesure la vitesse et l'aisance des transferts assis-debout et de la marche.
- **6-Minute Walk Test (6MWT)** : Évalue l'endurance et la capacité fonctionnelle à la marche.

3. Échelles spécifiques aux membres supérieurs

- **Box and Block Test (BBT)** : Évalue la dextérité manuelle après un AVC.
- **Action Research Arm Test (ARAT)** : Mesure la récupération fonctionnelle du membre supérieur, particulièrement en rééducation post-AVC.

Les principales difficultés d'évaluation

- A réaliser en dehors d'un état transitoire aigu → état stable
- Difficultés de distinguer « Peut faire » ou « Fait vraiment »
 - Mise en situation
 - Problème d'un contexte le plus écologique possible
- L'importance d'un informant fiable
 - Dans la démence +++ (Déni et anosognosie)
- Pourtant essentiel pour évaluer les difficultés et élaborer un plan d'aide (SAAD, IDE...), adapter le logement (équipement spécifiques, éclairage, tapis...), envisager un autre lieu de vie (EHPA, EHPAD...)

La dépendance : état binaire ou continuum ?



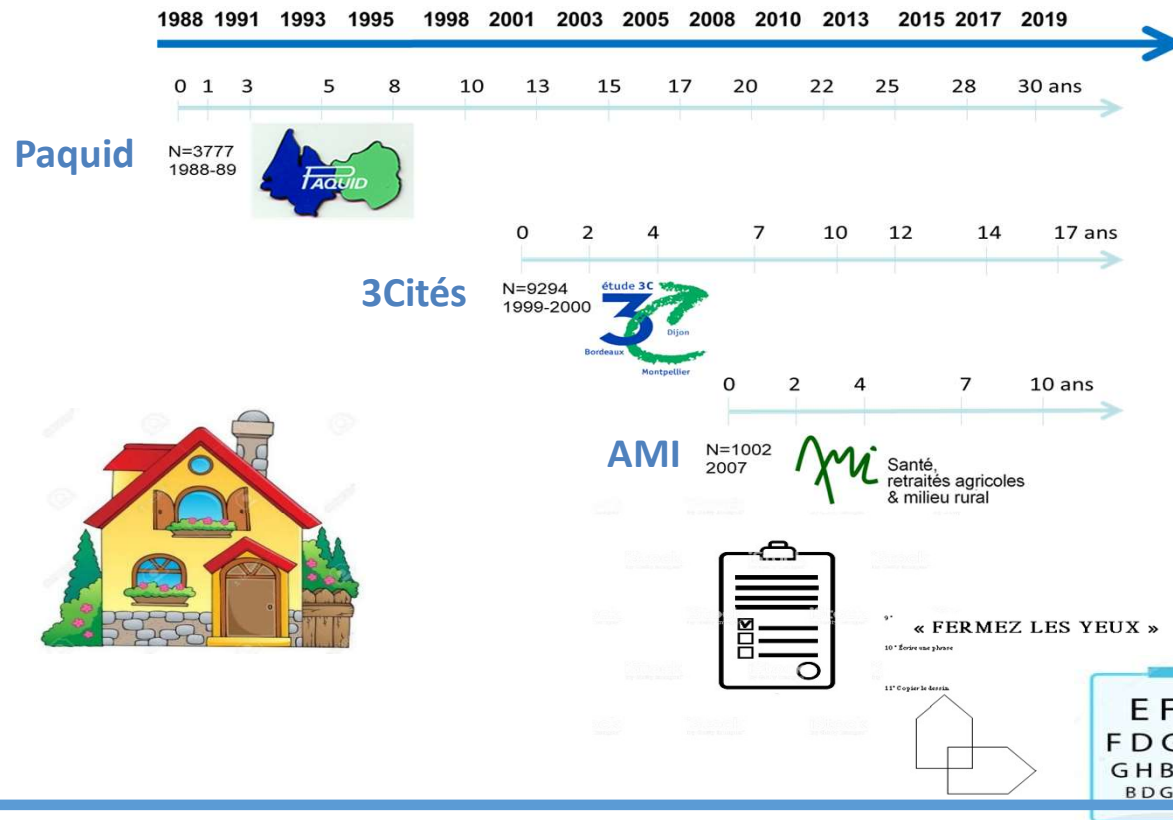
Le processus dynamique de
dépendance du sujet âgé



Les Cohortes bordelaises sur le vieillissement

Paquid, 3Cités et AMI

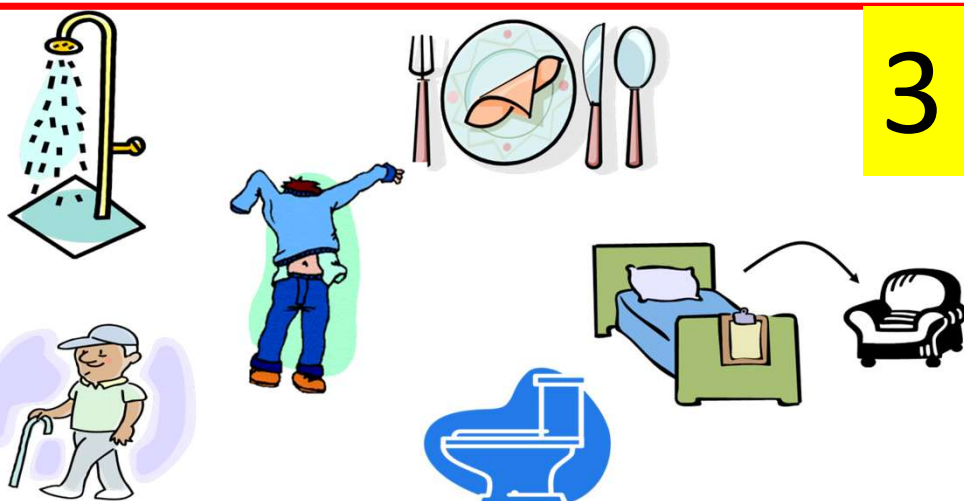
- Les grandes enquêtes épidémiologiques sur le vieillissement cérébral et fonctionnel
- N=14 073 sujets (65+)
- Neuropsychologues +/- Neurologue



Diagnostic de démence +++



ADL



3

Mobilité



1

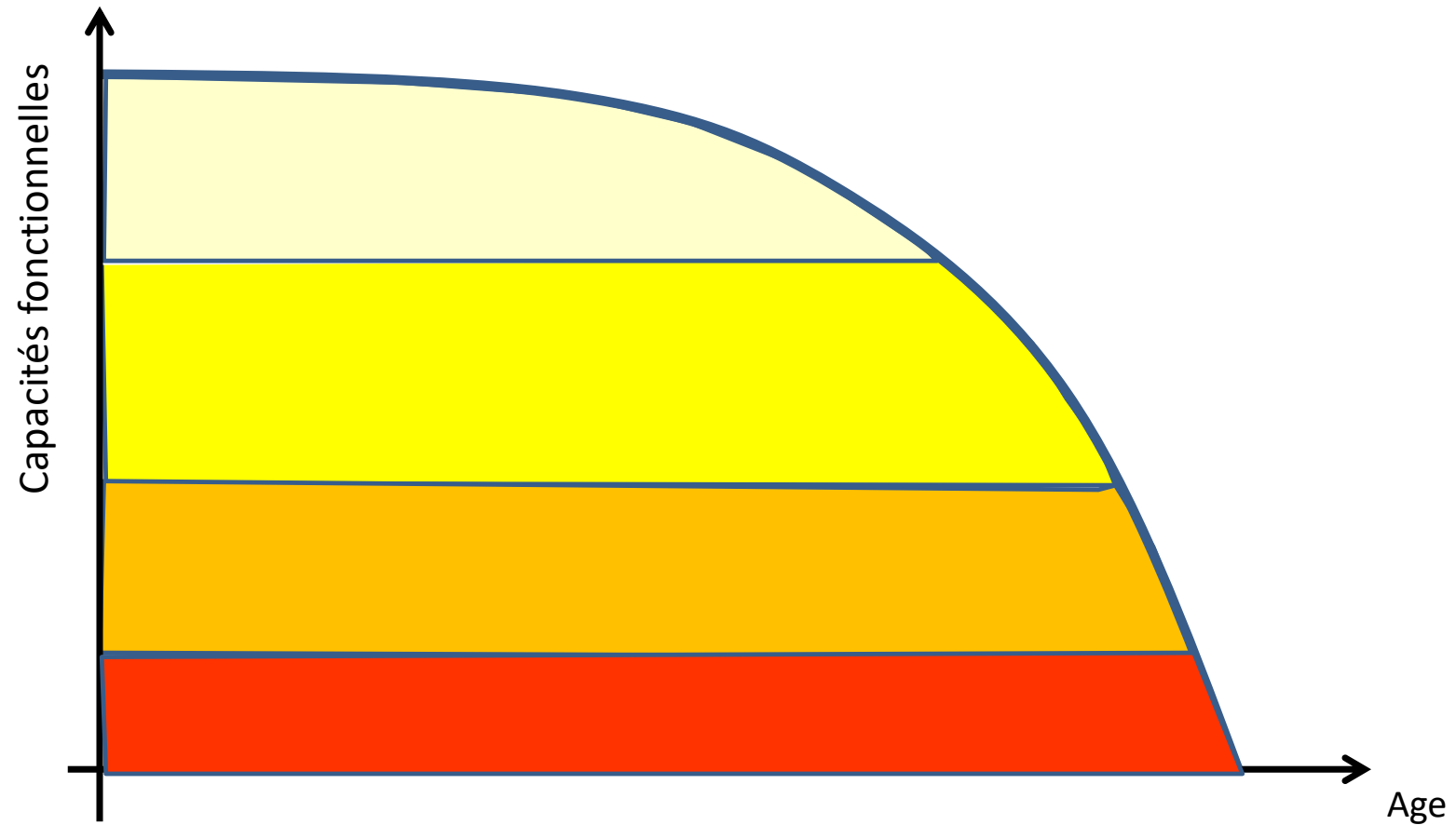
Quel est l'ordre d'apparition des difficultés ?

IADL

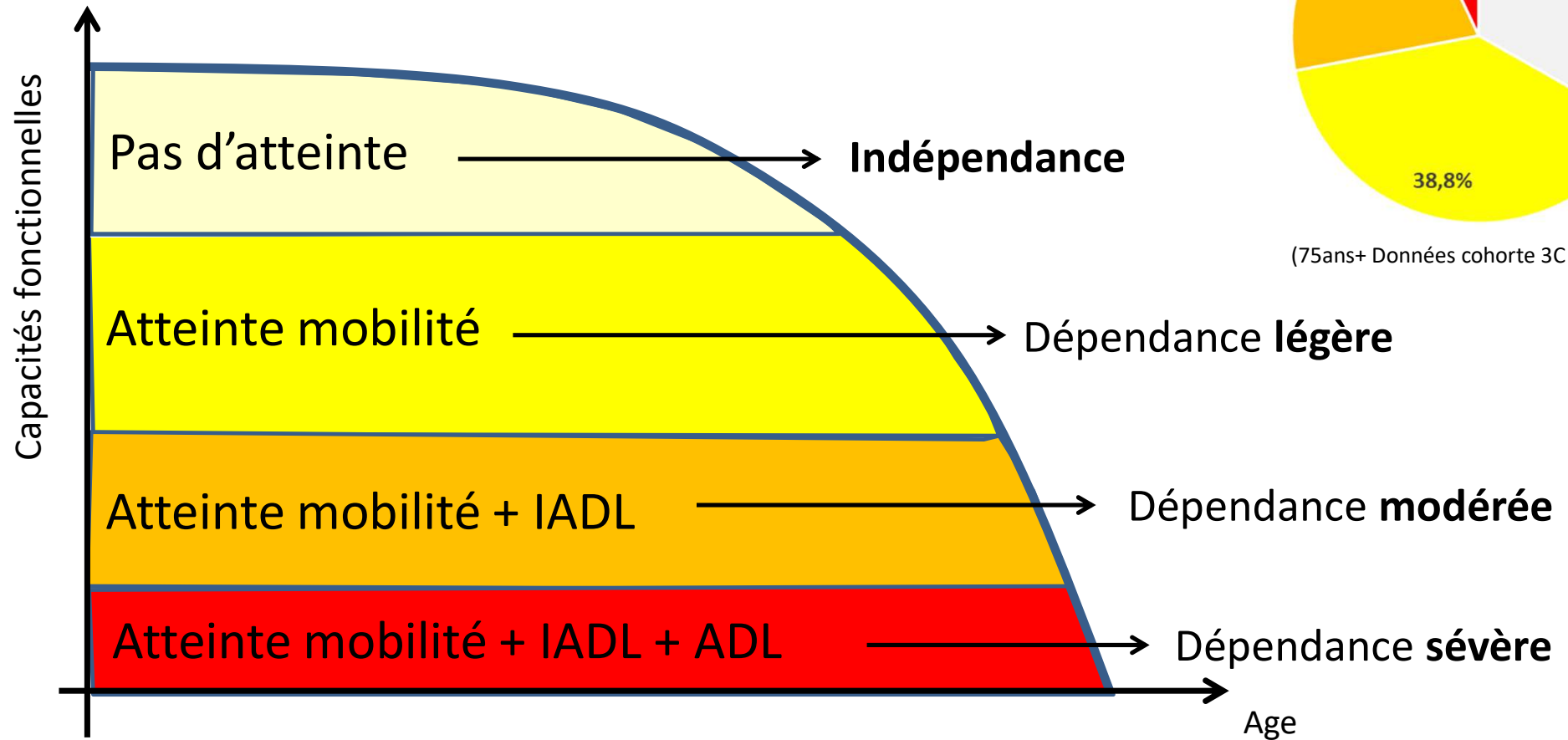


2

Hiérarchie des atteintes

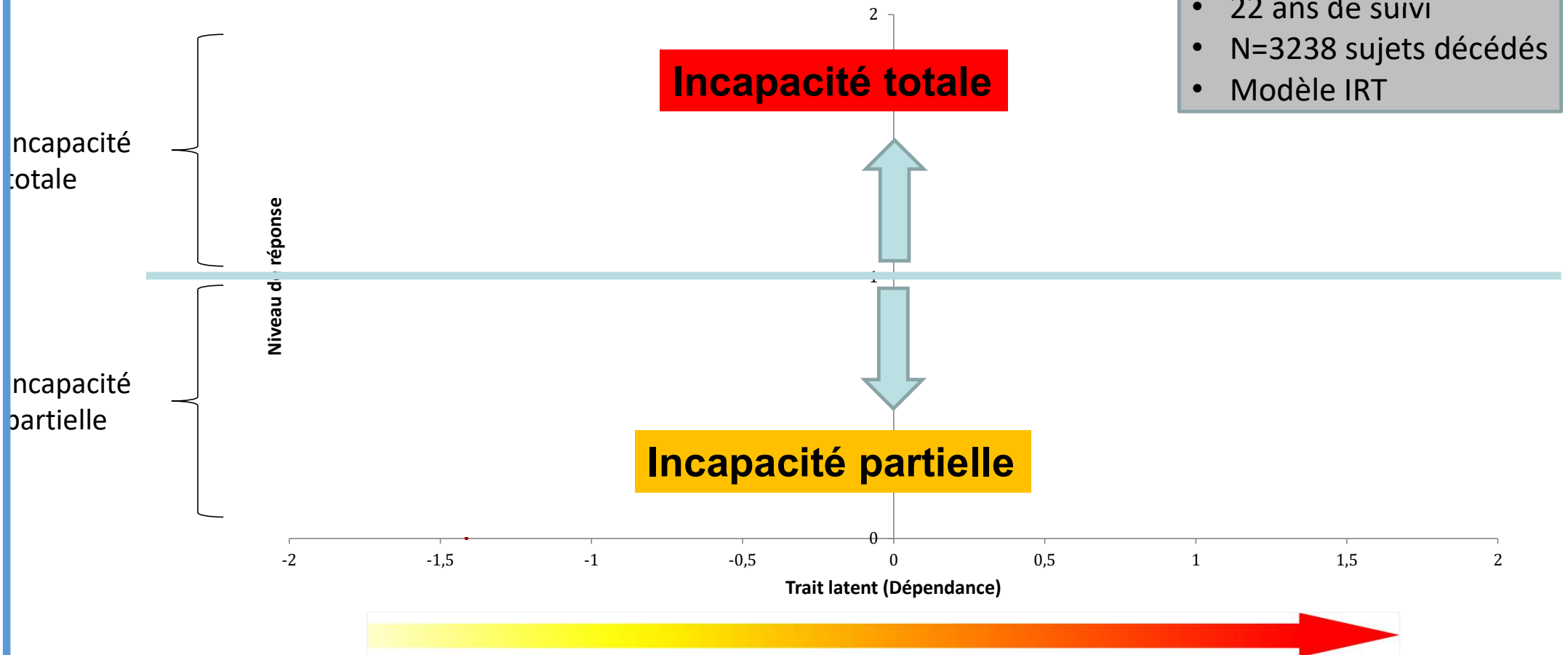


Une atteinte hiérarchisée

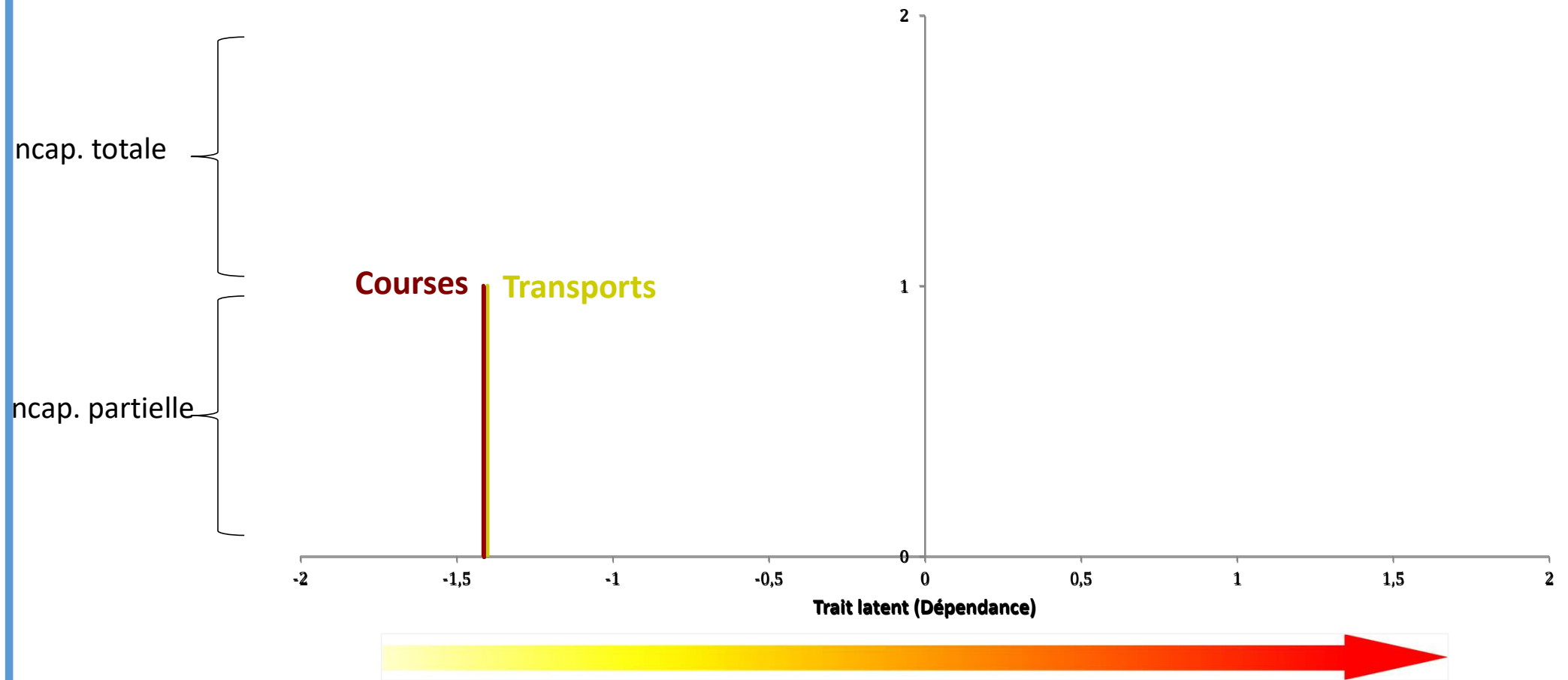


Séquence d'apparition des incapacités

- Paquid 
- 22 ans de suivi
- N=3238 sujets décédés
- Modèle IRT

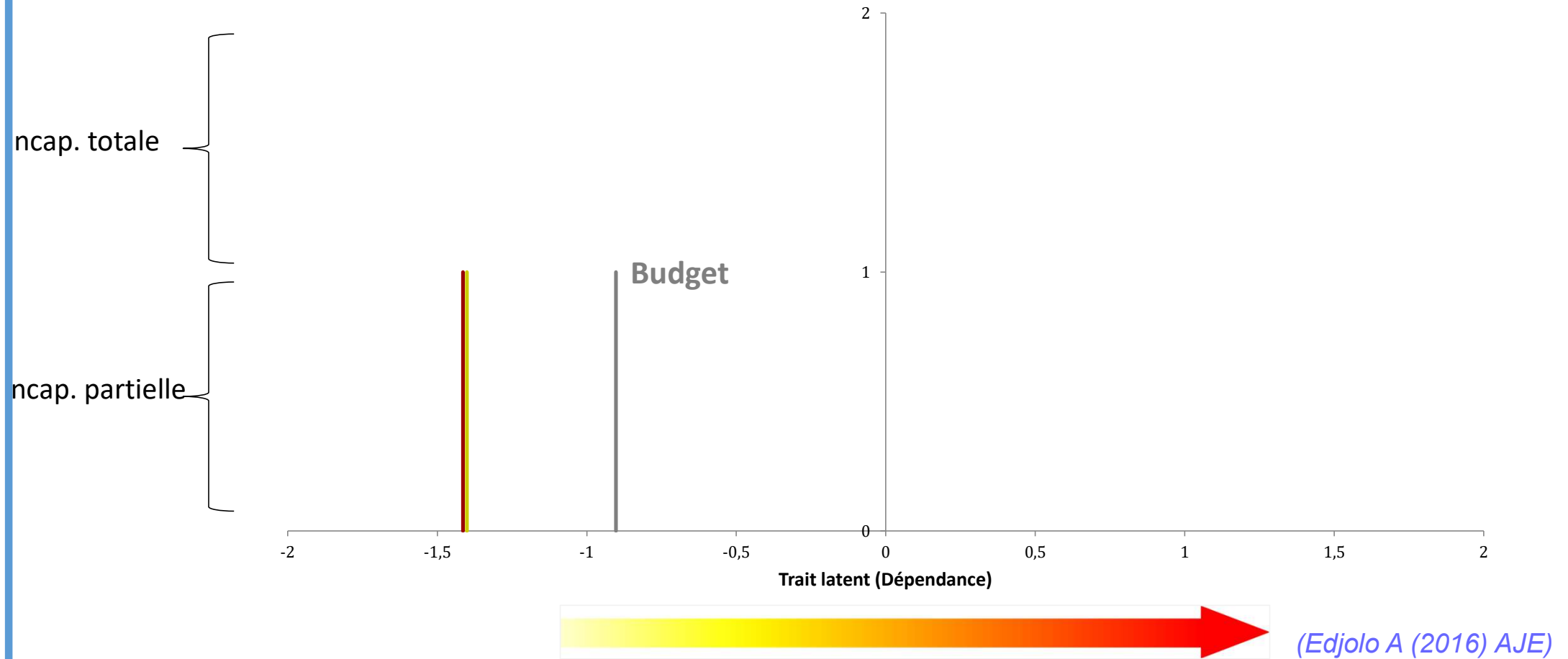


Séquence d'apparition des incapacités

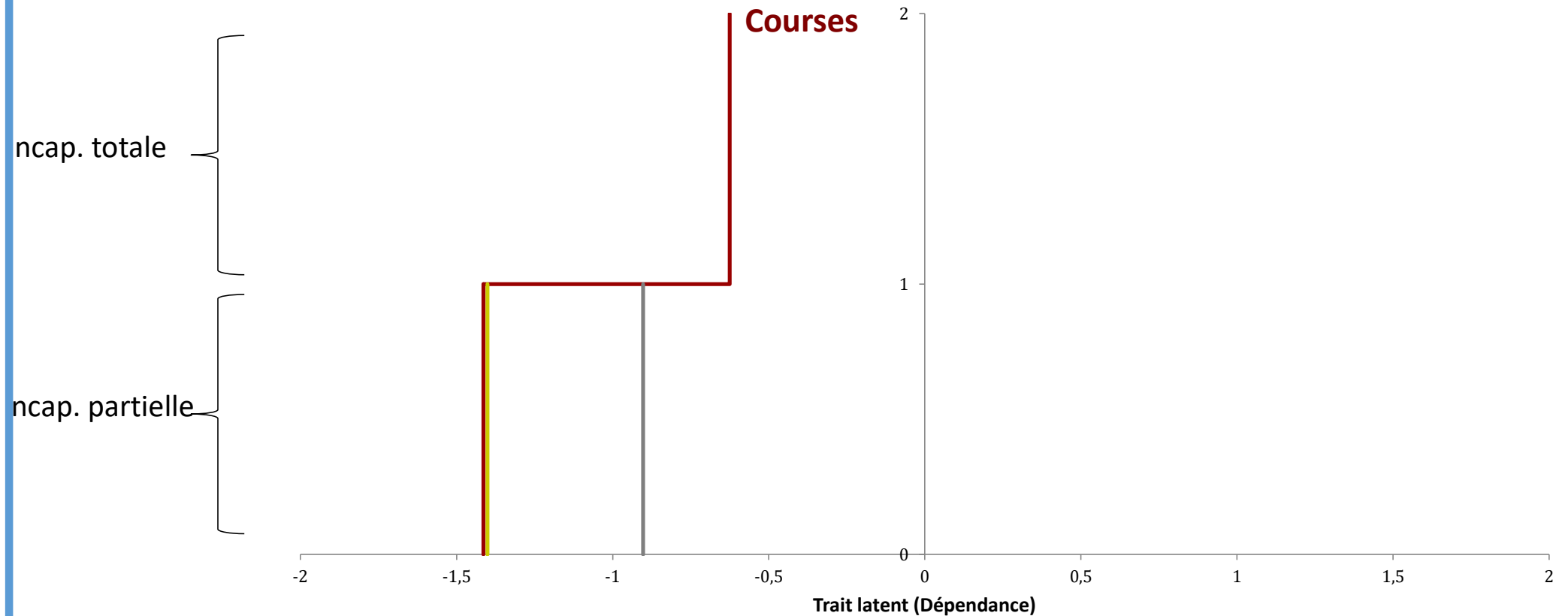


(Edjolo A (2016) A IE)

Séquence d'apparition des incapacités

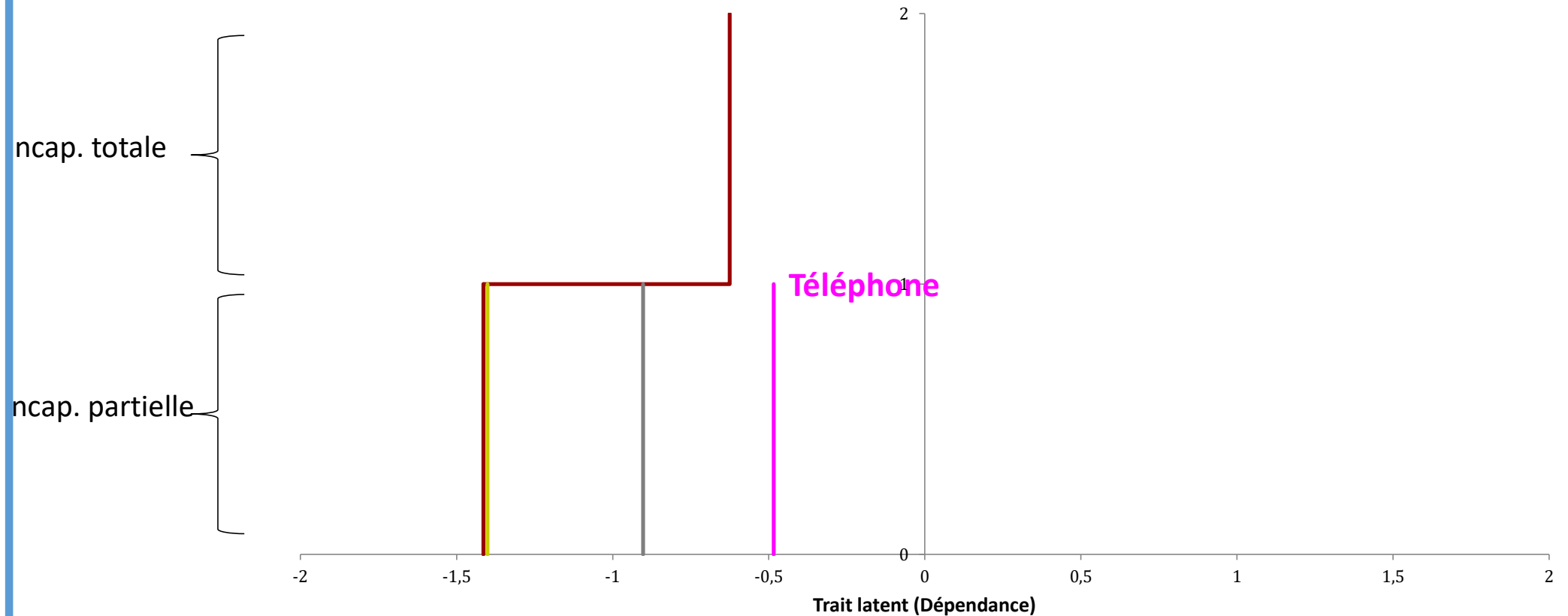


Séquence d'apparition des incapacités



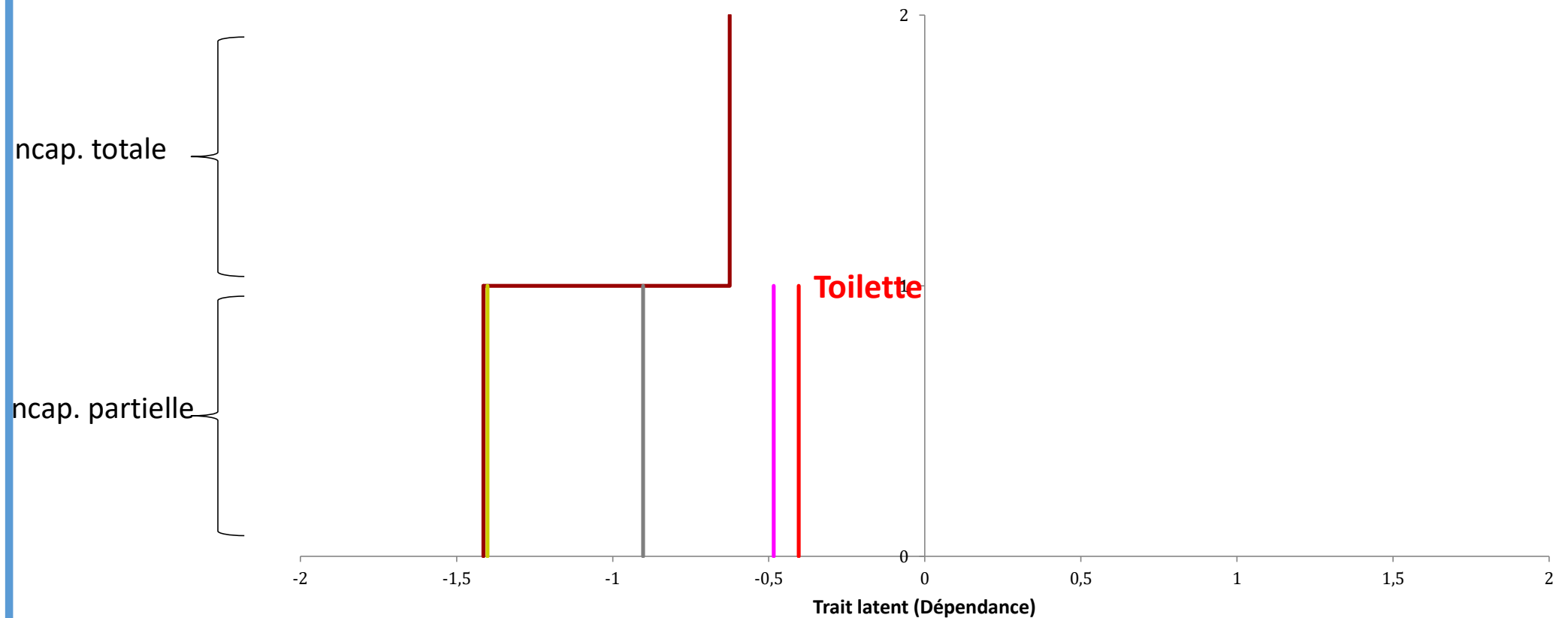
(Edjolo A (2016) A IE)

Séquence d'apparition des incapacités



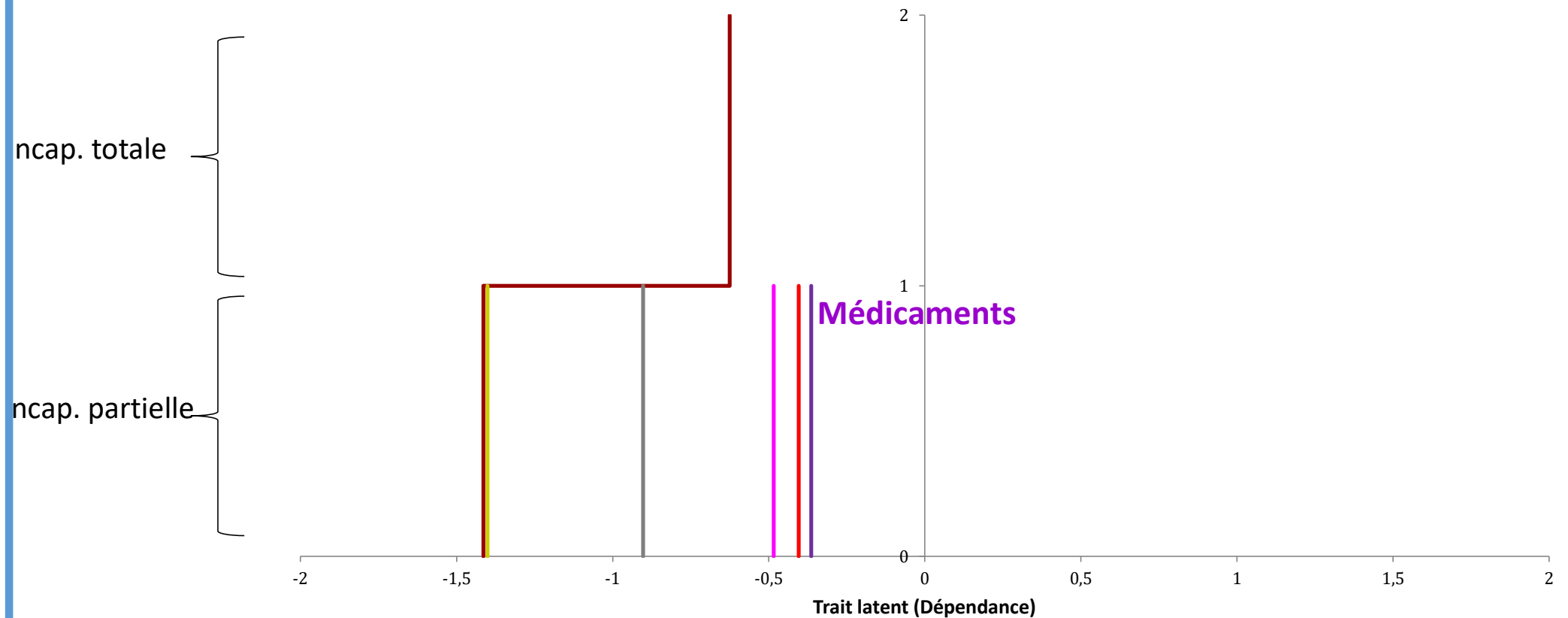
(Edjolo A (2016) A IE)

Séquence d'apparition des incapacités



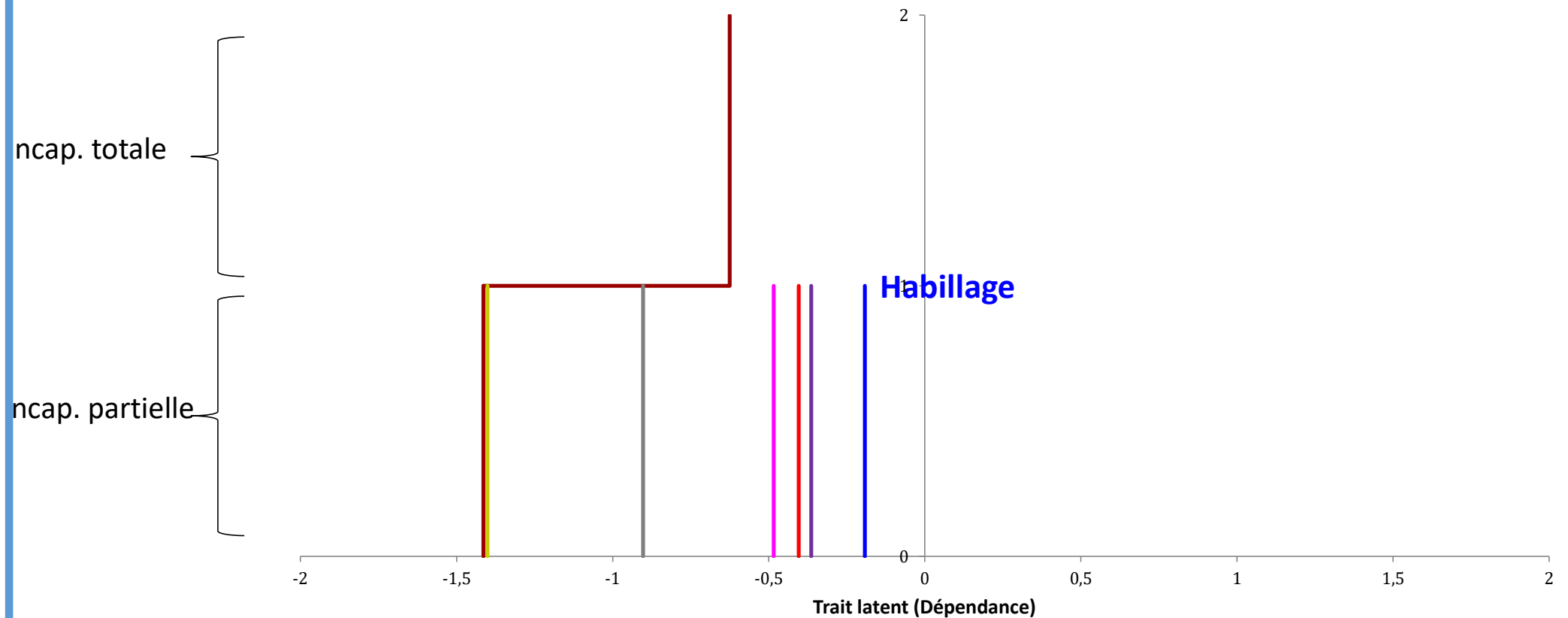
(Edjolo A (2016) A IE)

Séquence d'apparition des incapacités



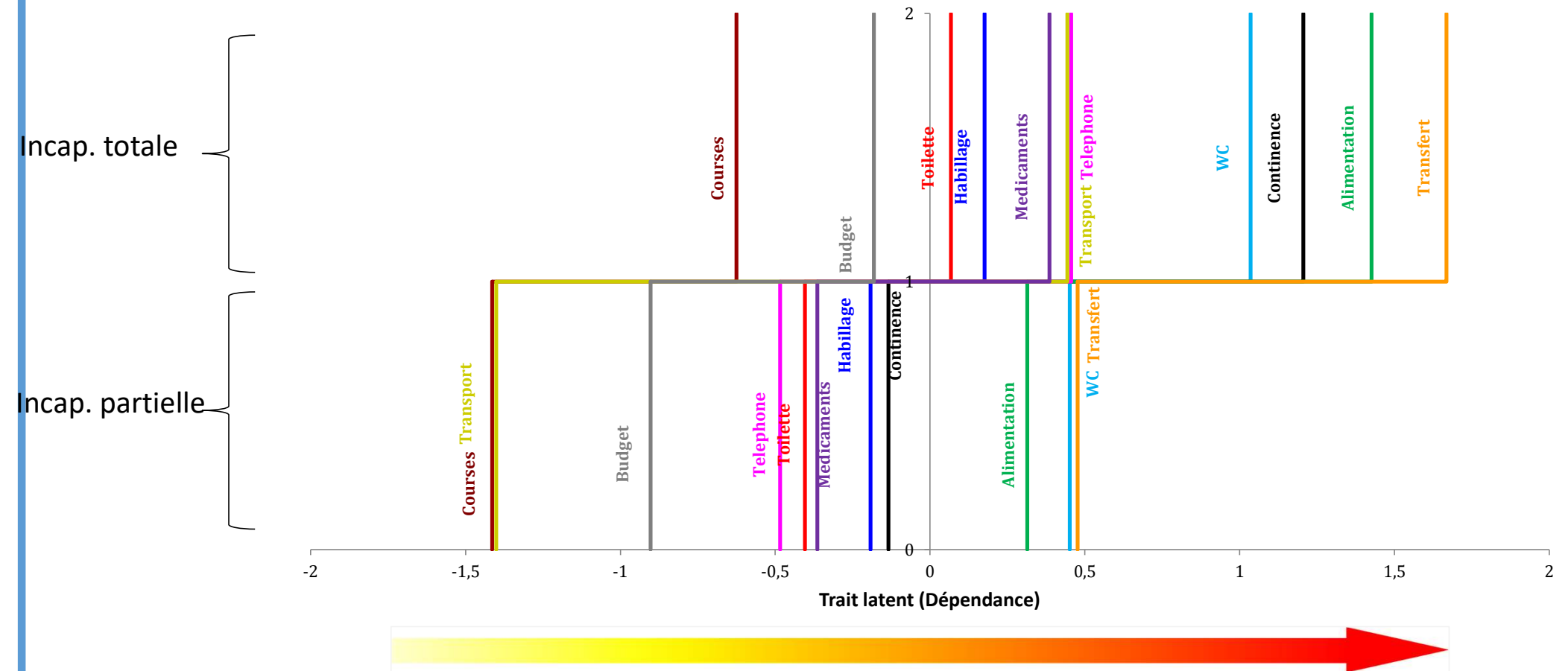
(Edjolo A (2016) A IE)

Séquence d'apparition des incapacités



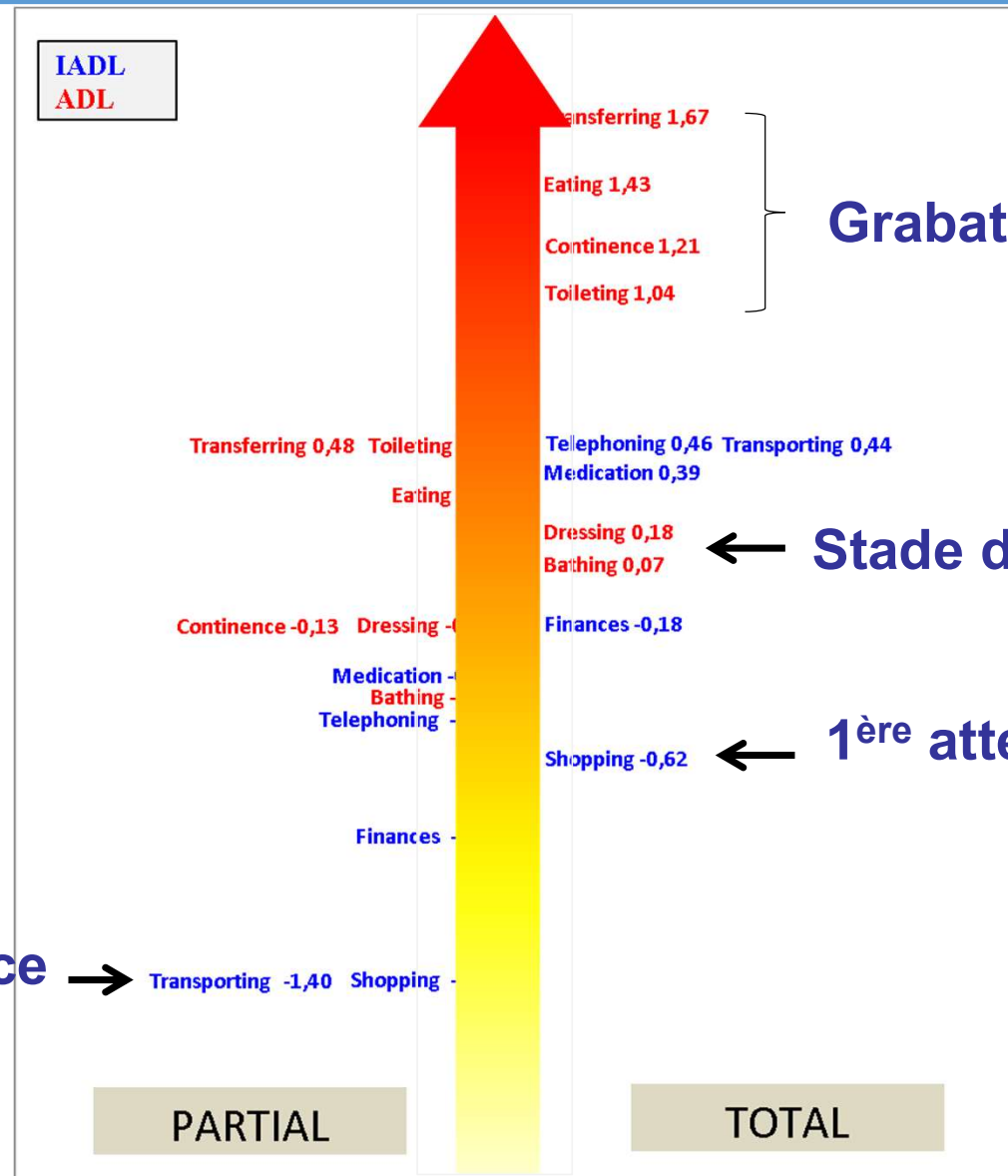
(Edjolo A (2016) A IE)

Séquence d'apparition des incapacités



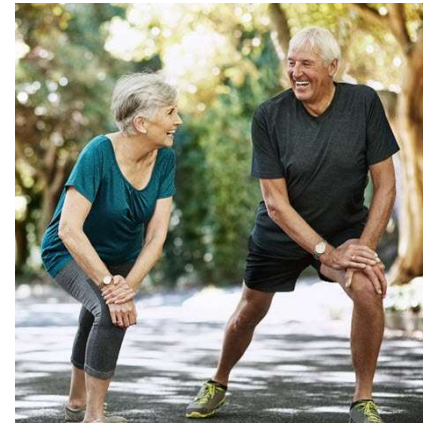
(Edjolo A (2016) AJE)

Stades clés

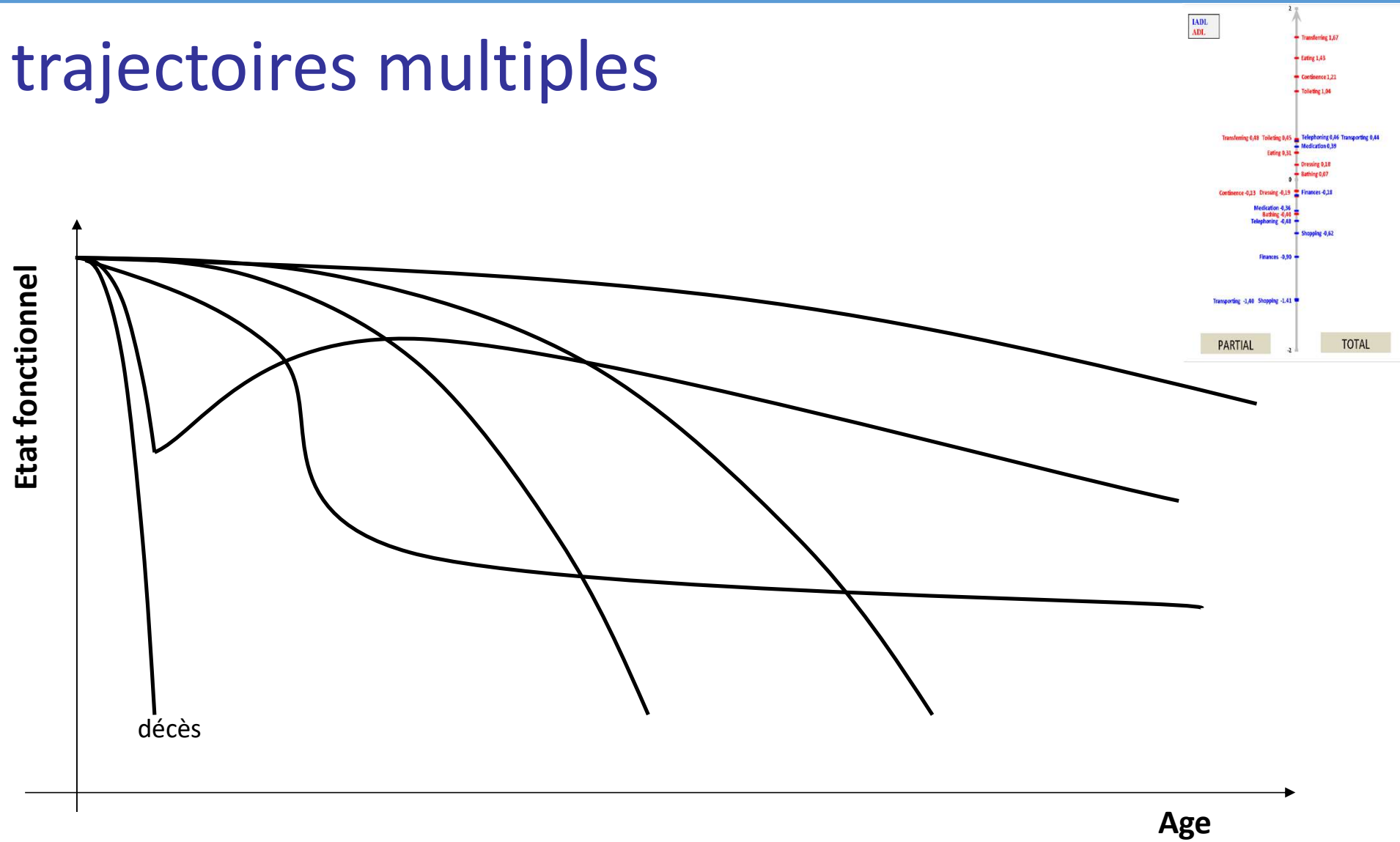


(Edjolo A. Am J Epidemiol. 2016)

Une population très hétérogène dans son vieillissement



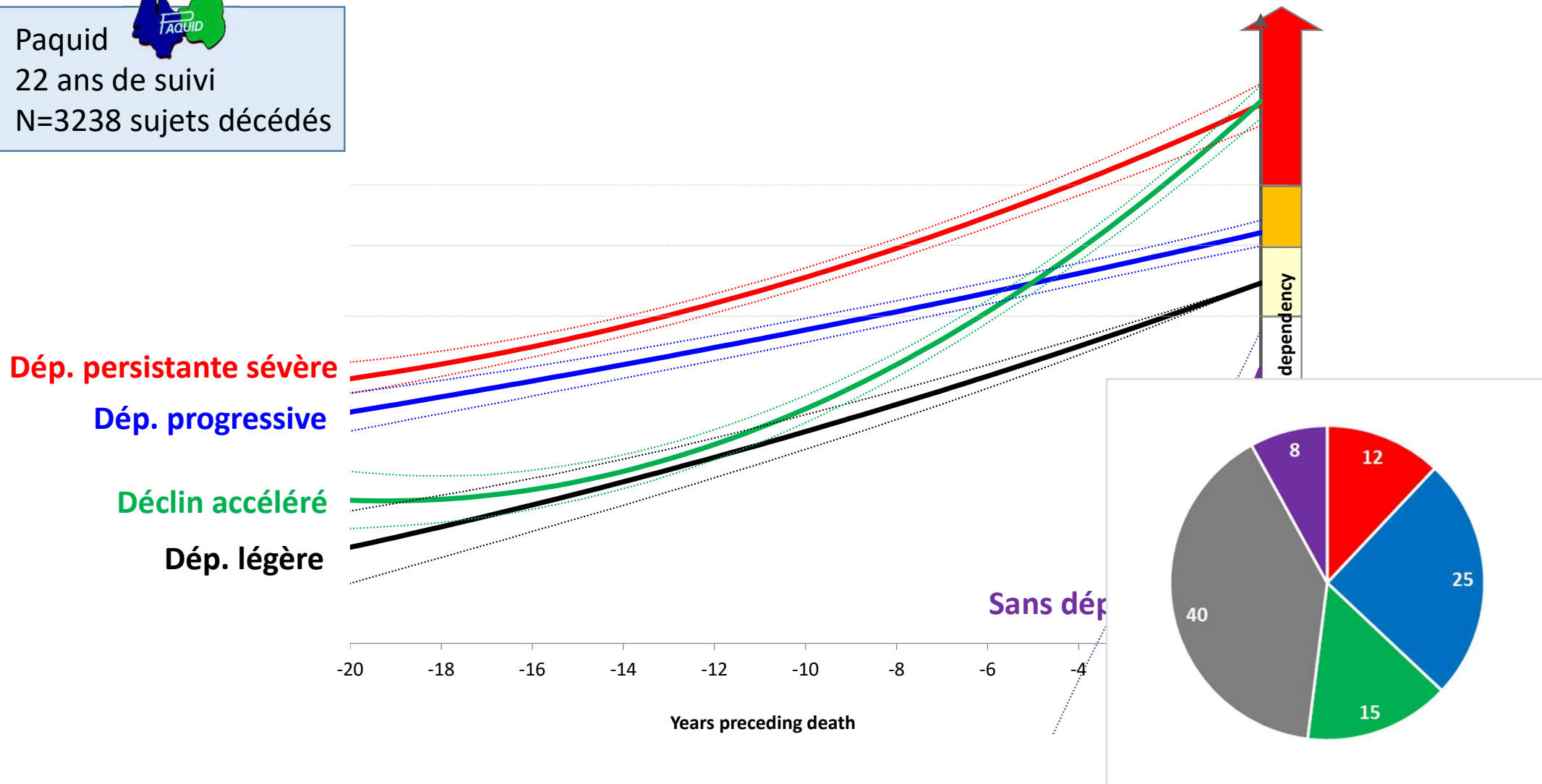
Des trajectoires multiples



Cinq trajectoires fonctionnelles



- Paquid
- 22 ans de suivi
- N=3238 sujets décédés

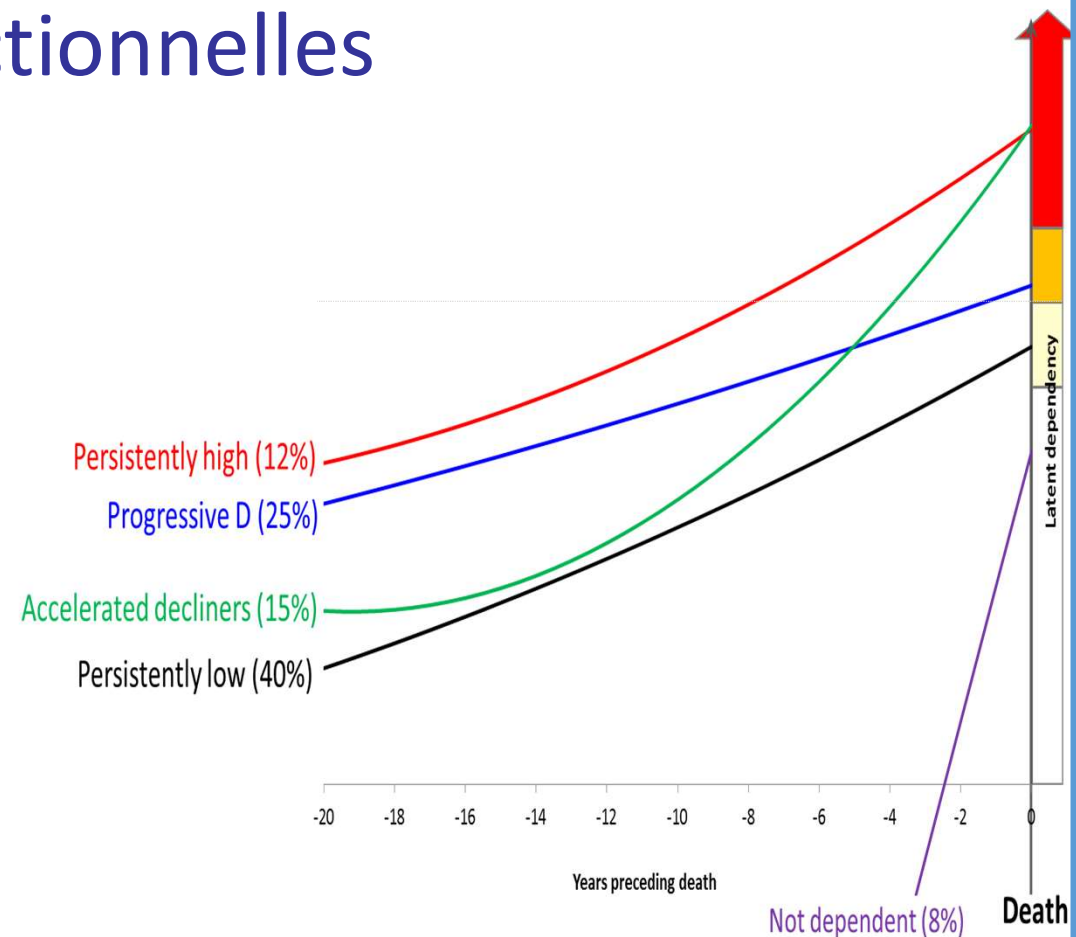




Cinq trajectoires fonctionnelles

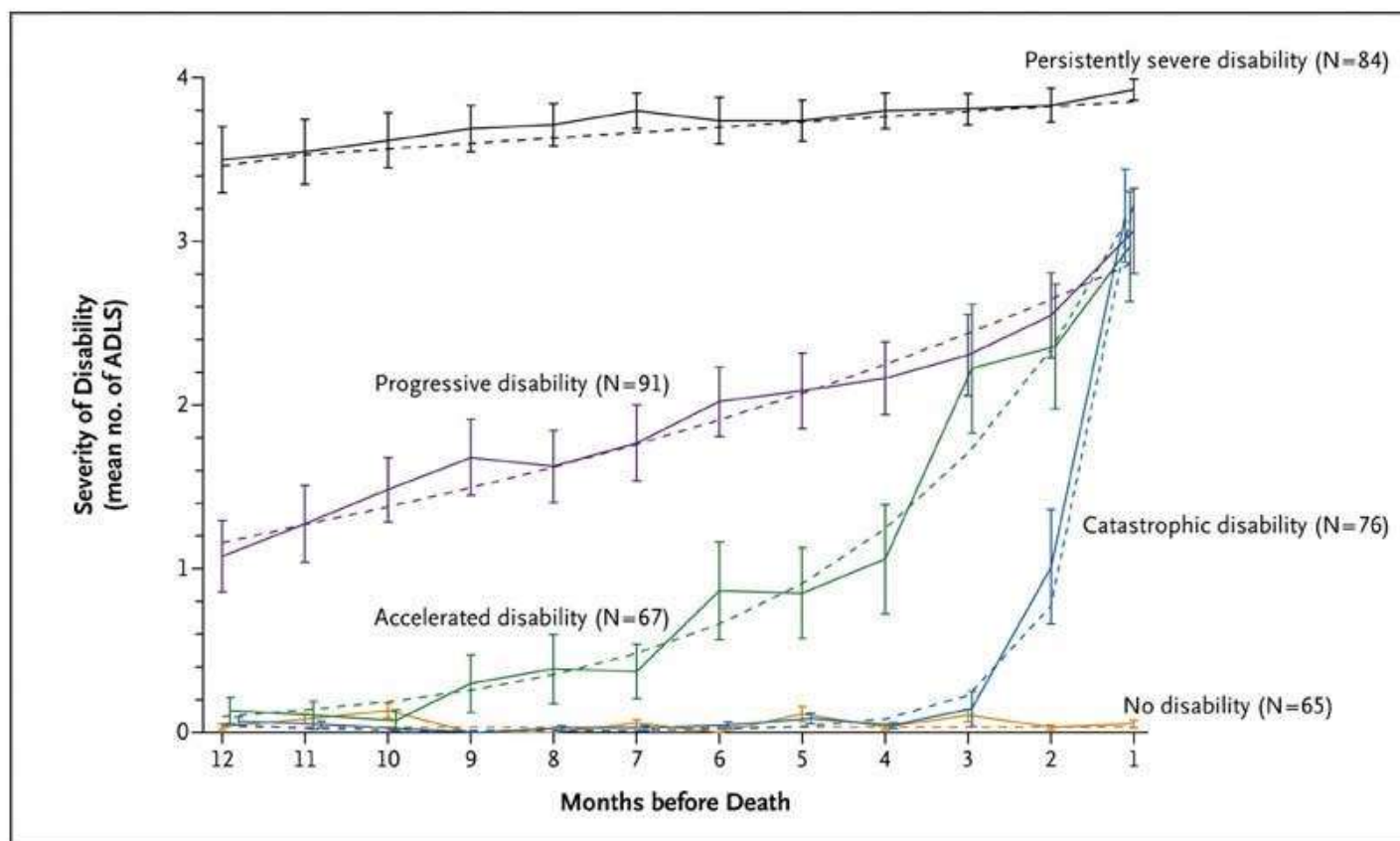
- D'importants indicateurs de santé publique
 - Environ 50% meurent sans dépendance majeure (hommes & haut niveau d'études)
 - Environ ¼ meurent en dépendance modérée (IADL) (femmes +++)
 - ¼ en dépendance sévère → besoin d'assistance avant le décès : 2 à 5 ans (femmes, démence+++)

40% des personnes qui décèdent en France ont connu la perte d'autonomie.



(Edjole et al. 2020 J Gerontol A Biol Sci Med Sci)

Trajectoires dans la dernière année de vie

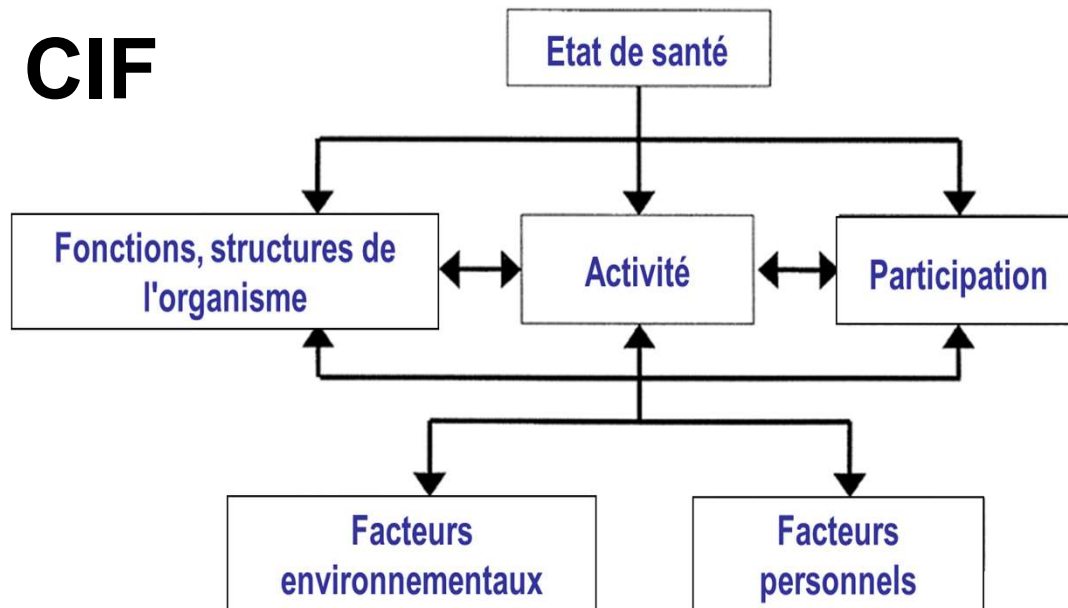


(Gill N Engl J Med 2010; 362:1173-1180)

Les principales causes de dépendance

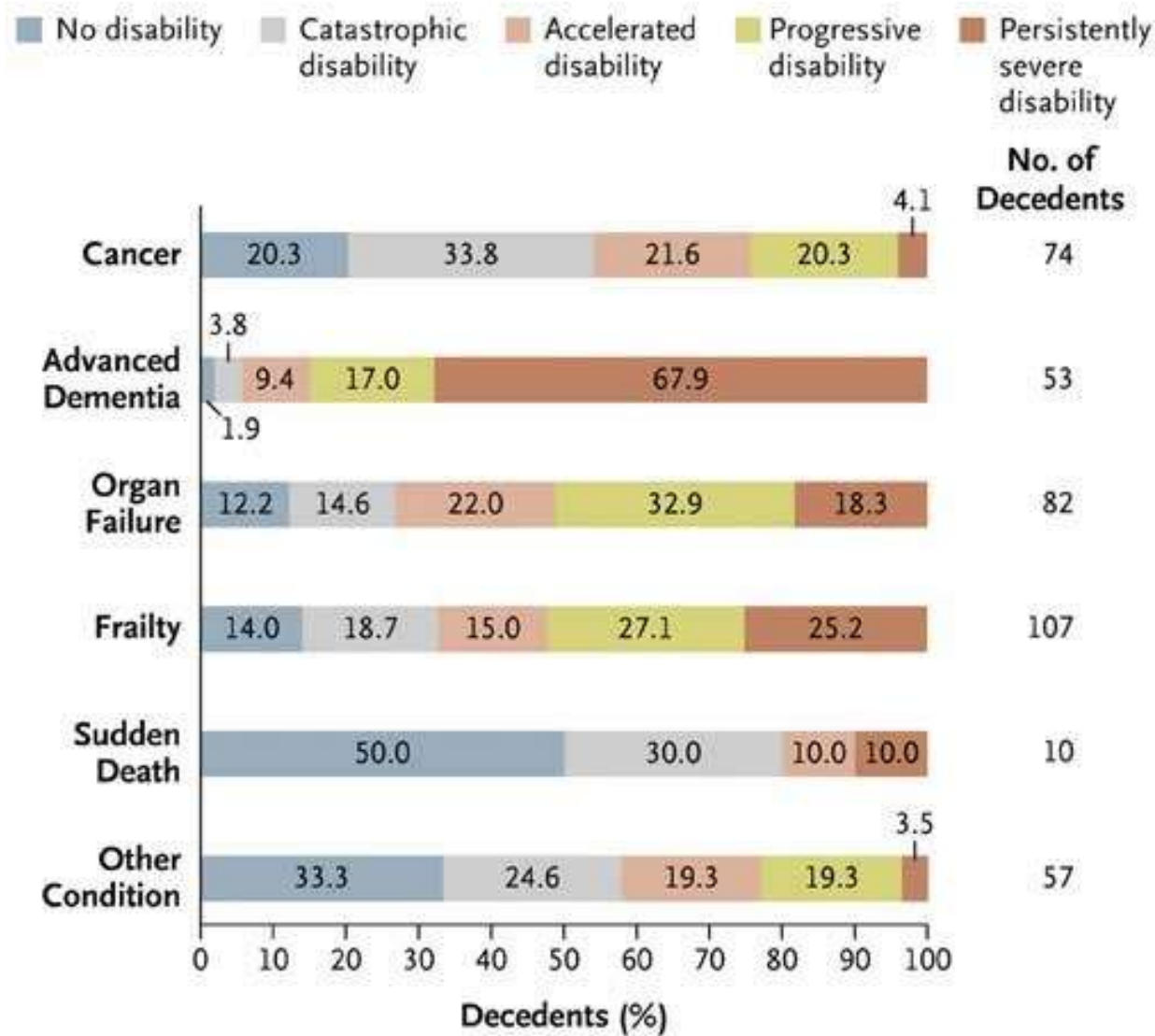
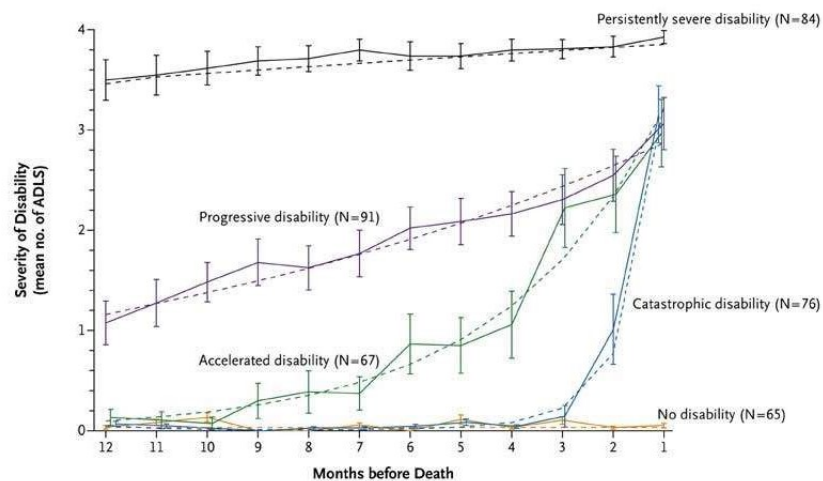
Quelle est la cause principale de la perte d'autonomie et de la dépendance ?

CIF



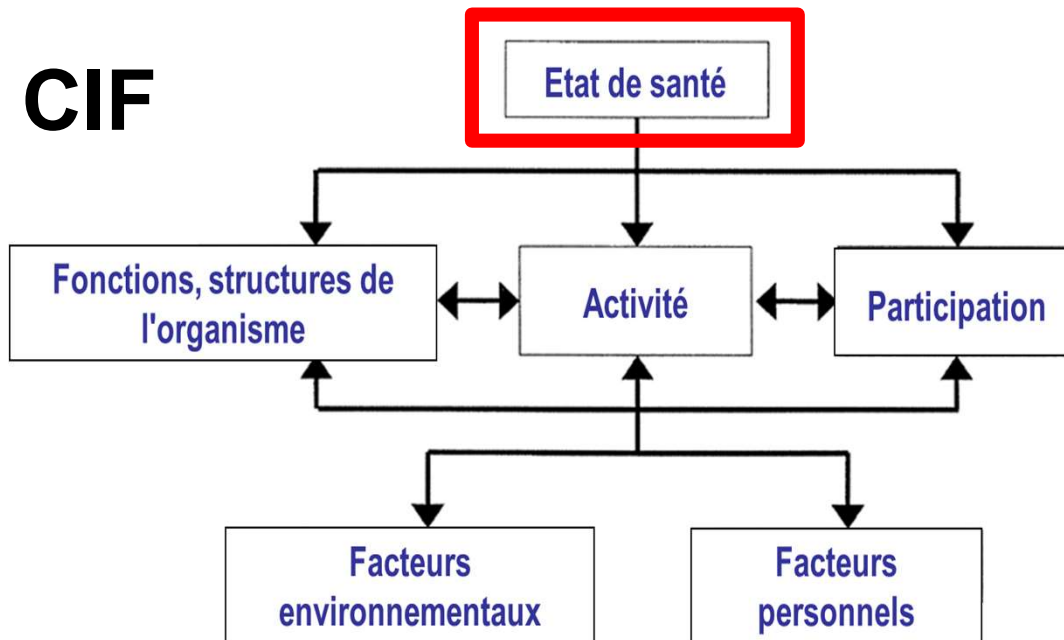
Maladie ou handicap





(Gill N Engl J Med 2010; 362:1173-1180)

Un processus hautement multifactoriel



Un processus hautement multifactoriel

Pathologies

Démence

AVC

MCV

Diabète

Obésité

Cancers

Path. articulaires

Path. respiratoires

Maladie de Parkinson

Déf. sensorielles

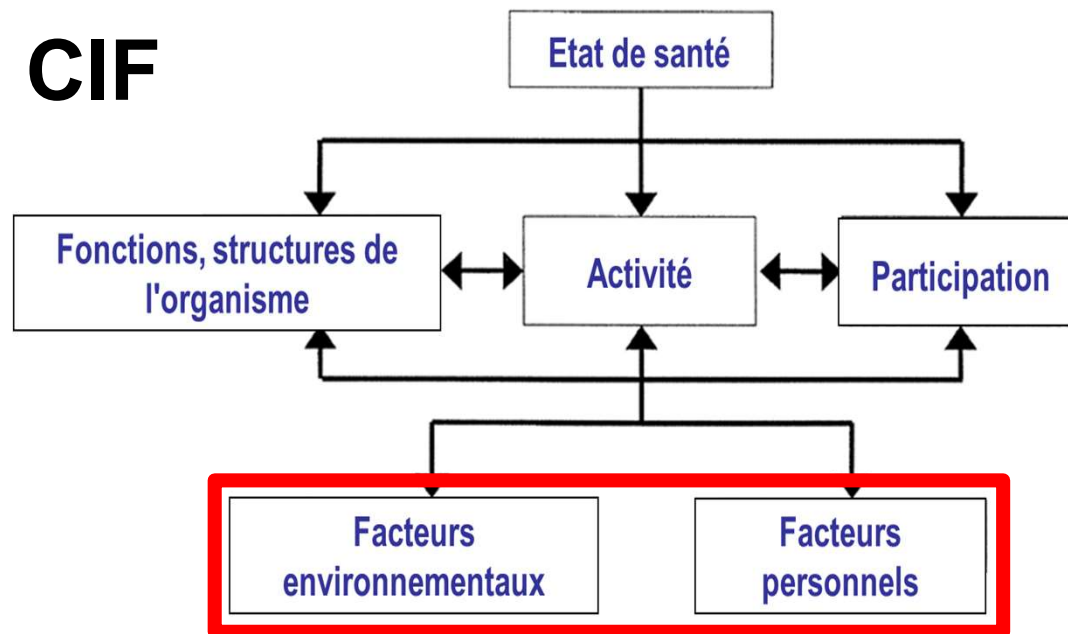
Dépression

Fragilité...

*van der Vorst (2016) Plos One
Stuck (1999) Soc Sci Med
Gill (2010) N Engl J Med
Pérès (2005) Disabil Rehabil
Manton (2008) Annu Rev Public Health*

Un processus hautement multifactoriel

CIF



Un processus hautement multifactoriel

Pathologies	Facteurs socio-démo	Facteurs psycho-sociaux	Facteurs environnementaux
Démence	Age	Isolement	Prise en charge médicale
AVC	Femmes	Nutrition	Prévention
MCV	CSP	Maigreur	Prise en charge sociale
Diabète	Niveau d'éducation	Tabac	Rééducation
Obésité	Urbain/rural	Alcool	Adaptation du logement
Cancers	Revenu	Activité physique	Outils adaptés
Patho. articulaires	Statut marital...	Activités cognitives	Nouvelles technologies
Path. respiratoires		Loisirs	Support social
Maladie de Parkinson		Vie sociale riche	
Déf. sensorielles		Repli sur soi	
Dépression		...	
Fragilité...			

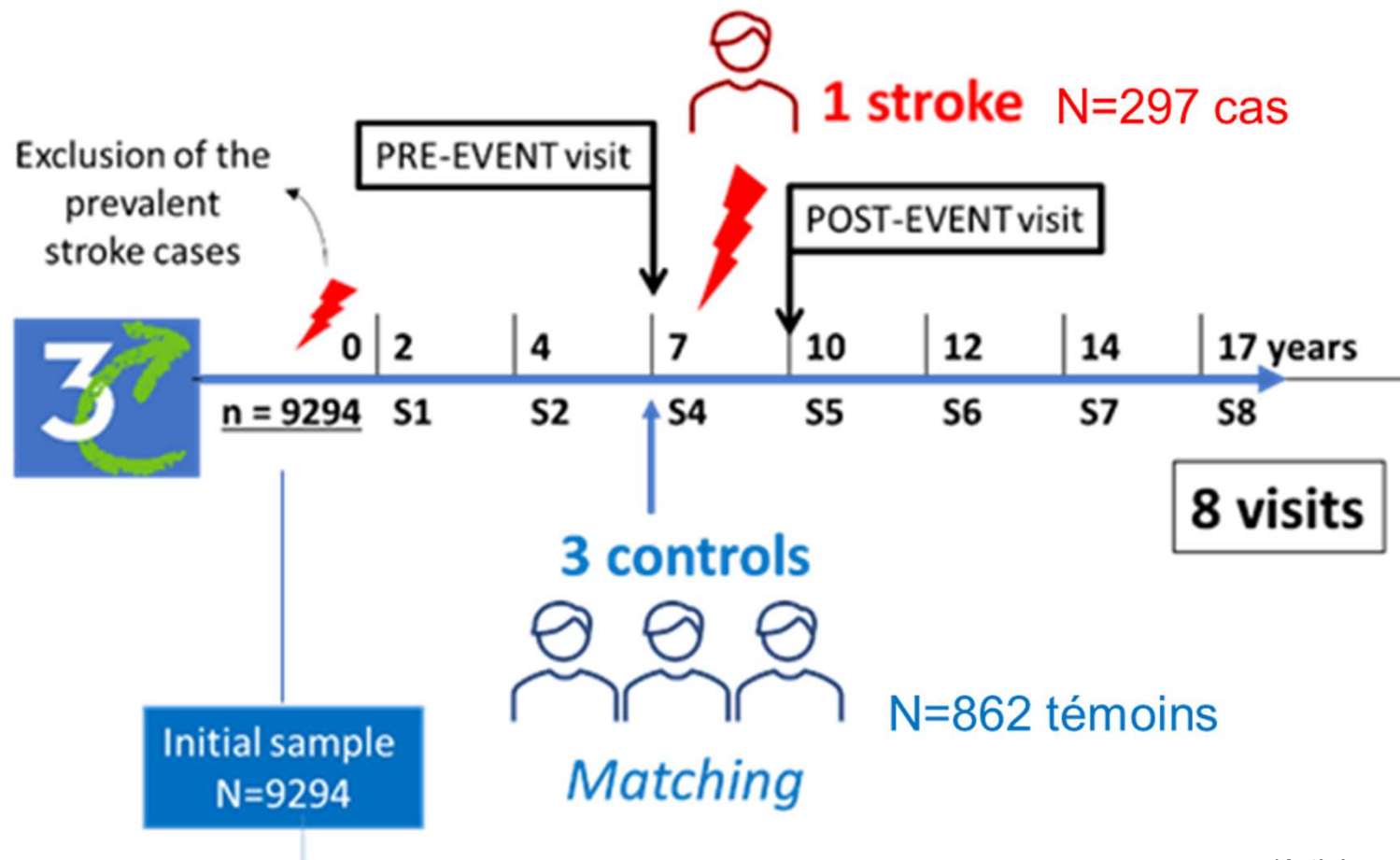
van der Vorst (2016) Plos One
Stuck (1999) Soc Sci Med
Gill (2010) N Engl J Med
Pérès (2005) Disabil Rehabil
Manton (2008) Annu Rev Public Health

Un processus hautement multifactoriel

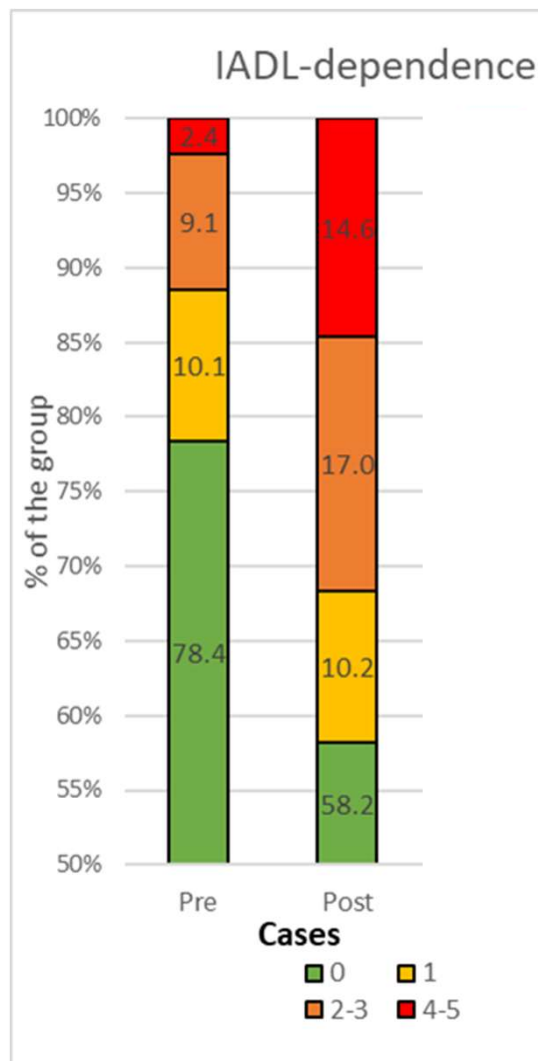
Pathologies	Facteurs socio-démo	Facteurs psycho-sociaux	Facteurs environnementaux
→ De nombreux leviers d'action possibles dans la prévention de la dépendance			
Diabète	Niveau d'éducation	Tabac	Rééducation
Obésité	Urbain/rural	Alcool	Adaptation du logement
Cancers	Revenu	Activité physique	Outils adaptés
Patho. articulaires	Statut marital...	Activités cognitives	Nouvelles technologies
Path. respiratoires		Loisirs	Support social
Maladie de Parkinson		Vie sociale riche	
Déf. sensorielles		Repli sur soi	
Dépression...		...	

van der Vorst (2016) Plos One
Stuck (1999) Soc Sci Med
Gill (2010) N Engl J Med
Pérès (2005) Disabil Rehabil
Manton (2008) Annu Rev Public Health

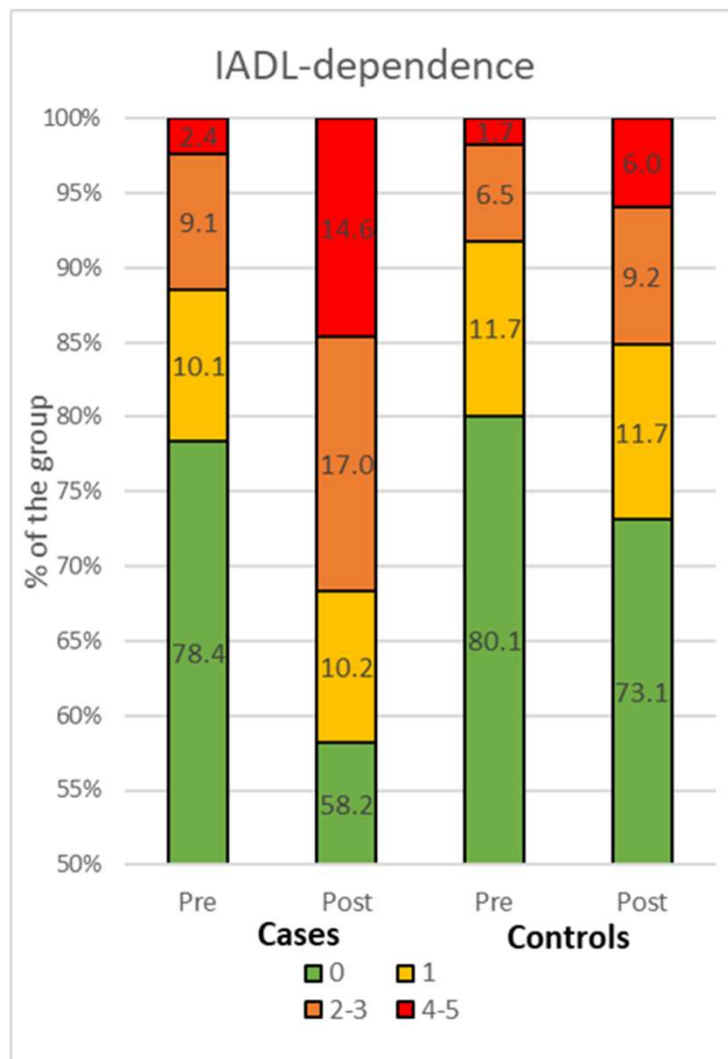
Étude épidémiologique de l'impact fonctionnel des AVC (cohorte 3C en population générale 65+)



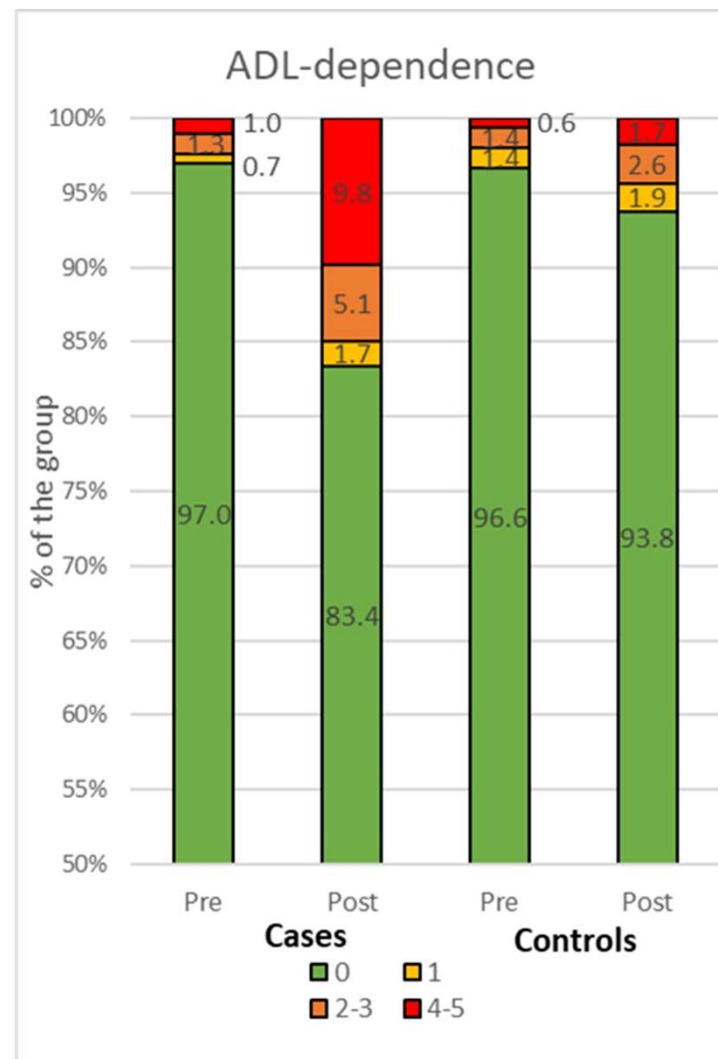
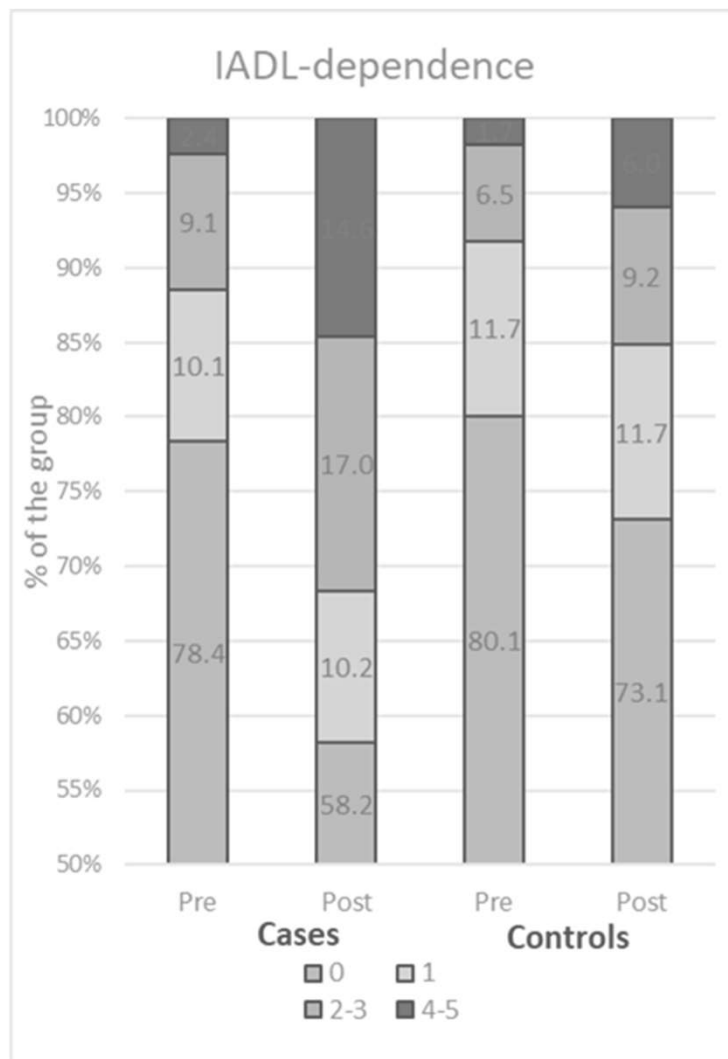
(Article en cours soumission)



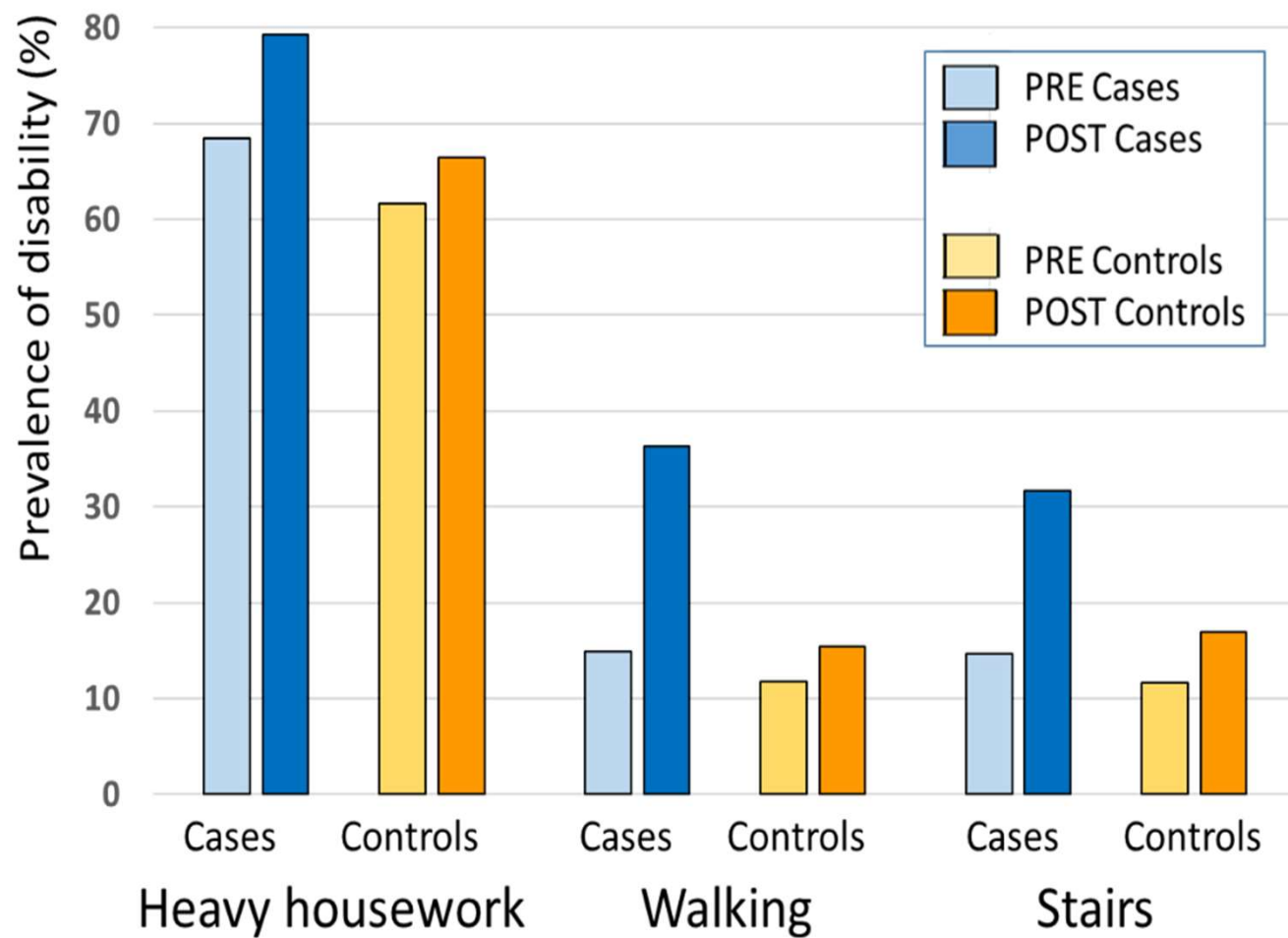
(Article en cours soumission)



(Article en cours soumission)



(Article en cours soumission)

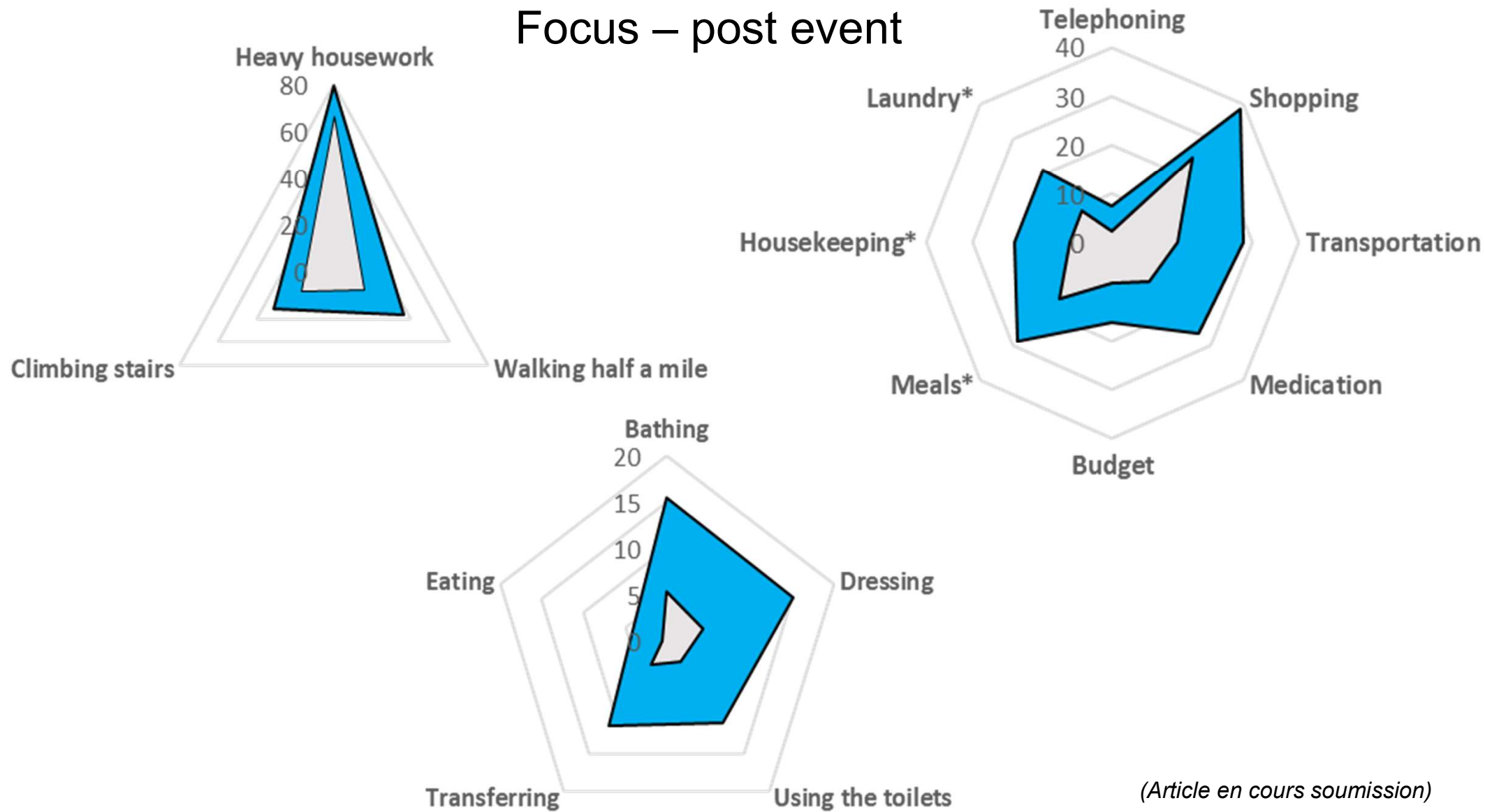


(Article en cours soumission)



(Article en cours soumission)

Focus – post event



(Article en cours soumission)

Risques de détérioration fonctionnelle pré-post AVC par rapport à un groupe témoin

	Number events	Adjusted * regression model		
		OR	(95%CI)	p
Mobility-restriction (walking / climbing stairs)	(156/950)	3,58	(2,23-5,75)	<.0001
IADL-disability				
Deterioration of the IADL score	(316/1142)	2,95	(2,05-4,25)	<.0001
Occurrence of IADL-disability	(149/898)	2,59	(1,70-3,94)	<.0001
ADL-disability				
Deterioration of the ADL score	(132/1142)	8,23	(4,40-15,40)	<.0001
Occurrence of ADL-disability	(74/1110)	5,18	(2,65-10,13)	<.0001

*Models controlled for Rosow, subjective health and heart diseases

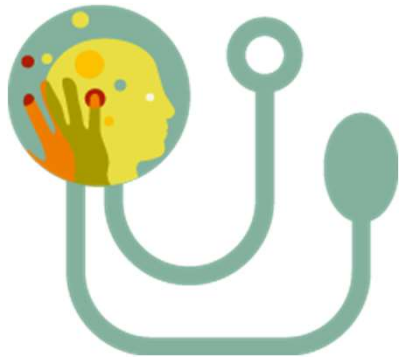
(Article en cours soumission)

Un processus hautement multifactoriel

Pathologies	Facteurs socio-démo	Facteurs psycho-sociaux	Facteurs environnementaux
Démence+++	Age	Isolement	Prise en charge médicale
AVC	Femmes	Nutrition	Prévention
MCV	CSP	Maigreur	Prise en charge sociale
Diabète	Niveau d'éducation	Tabac	Rééducation
Obésité	Urbain/rural	Alcool	Adaptation du logement
Cancers	Revenu	Activité physique	Outils adaptés
Patho. articulaires	Statut marital...	Activités cognitives	Nouvelles technologies
Path. respiratoires		Loisirs	Support social
Maladie de Parkinson		Vie sociale riche	
Déf. sensorielles		Repli sur soi	
Dépression...		...	

van der Vorst (2016) Plos One
Stuck (1999) Soc Sci Med
Gill (2010) N Engl J Med
Pérès (2005) Disabil Rehabil
Manton (2008) Annu Rev Public Health

DSM-5 : trouble neurocognitif majeur



- A. Présence d'un déclin cognitif significatif à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, cognition perceptivo-motrice ou sociale)
- B. Le déclin cognitif retentit sur l'autonomie dans les activités quotidiennes** (c'est-à-dire nécessite au minimum une assistance dans les activités instrumentales complexes comme payer ses factures ou gérer ses médicaments)
- C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas uniquement dans le contexte d'un delirium (syndrome confusionnel dans la terminologie française)
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par une autre affection mentale (par exemple épisode dépressif majeur, schizophrénie)

Mini-Mental Status Examination (MMSE)

- 1) Quel jour de la semaine sommes-nous?
- 2) Quelle est la date aujourd'hui ?
- 3) En quel mois sommes-nous ?
- 4) En quelle saison sommes-nous ?
- 5) En quelle année sommes-nous ?
- 6) Où sommes-nous ici ? (hôpital, maison de retraite, rue, lieu-dit ...)
- 7) A quel étage sommes-nous ?
- 8) Dans quelle ville sommes-nous ?
- 9) Dans quel département sommes-nous ?
- 10) Dans quel pays sommes-nous ?

L'examineur doit prononcer les mots suivants. En cas de difficultés, recommencer jusqu'à 5 fois

Répétez les mots suivants : **citron, clé, ballon**

- 11) 1er mot cité
- 12) 2nd mot cité
- 13) 3ème mot cité

Soustraire 7 de 100 ainsi de suite.

14) 93

15) 86

16) 79

17) 72

18) 65

Vous souvenez-vous des 3 mots que vous avez répétés tout à l'heure ?

19) 1er mot cité

20) 2nd mot cité

21) 3ème mot cité

22) Qu'est-ce-que c'est que cela (montrer un crayon)

23) Qu'est-ce-que c'est que cela (montrer la montre)

24) Répétez : **pas de si ni de mais**

Faire exécuter au sujet les trois ordres successifs

25) **Prenez cette feuille de papier,**

26) **pliez-la par le milieu, et**

27) **posez-la par terre.**

28) Lisez ce qui est écrit et faites l'action : **fermez les yeux**

29) Ecrivez une phrase de votre choix sur cette feuille

30) Copiez ce dessin sur cette feuille



Mini-Mental Status Examination (MMSE)

capacités visio-constructives

- 1) Quel jour de la semaine ?
- 2) Quelle est la date du jour ?
- 3) En quel mois ?
- 4) En quelle saison ?
- 5) En quelle année ?
- 6) Où sommes-nous ici ?
- 7) A quel étage ?
- 8) Dans quelle ville
- 9) Dans quel département ?
- 10) Dans quel pays ?

Répétez les mots suivants : **citron, clé, ballon (11-13)**

Soustraire 7 de 100 (5 fois de suite) (14-18)

Rappel des 3 mots répétés tout à l'heure (19-21)

22) Qu'est-ce-que c'est que cela (montrer un crayon)

23) Qu'est-ce-que c'est que cela (montrer la montre)

24) Répétez : **pas de si ni de mais**

Faire exécuter au sujet les trois ordres successifs

25) **Prenez cette feuille de papier,**

26) **pliez-la par le milieu, et**

27) **posez-la par terre.**

28) Lisez ce qui est écrit et faites l'action : **fermez les yeux**

29) Ecrivez une phrase de votre choix sur cette feuille

30) Copiez dessin

mémoire

calcul

dénomination

orientation dans le temps

orientation dans l'espace

langage

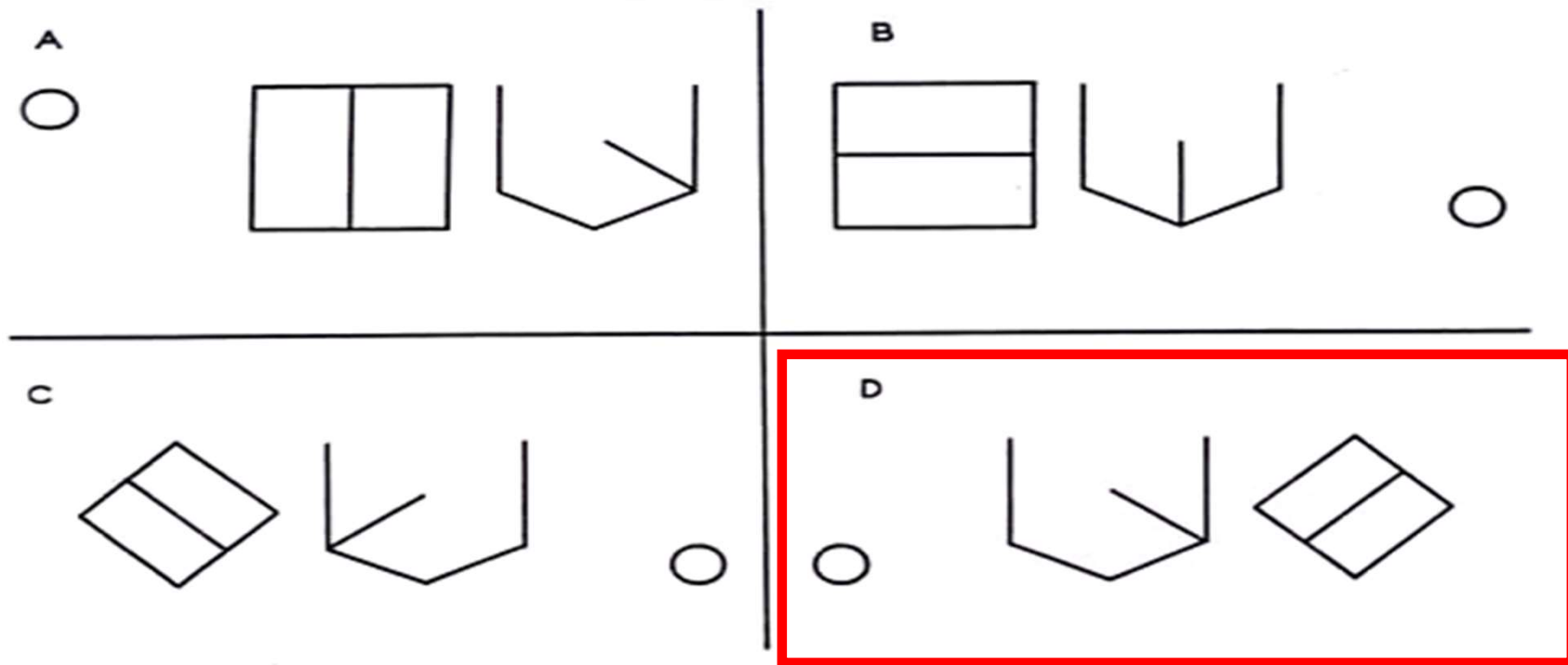
Isaacs set test (fluency verbale)

	15"	30"	60"
Couleurs	/ _ / _ / _	/ _ / _ / _	/ _ / _ / _
Animaux	/ _ / _ / _	/ _ / _ / _	/ _ / _ / _
Fruits	/ _ / _ / _	/ _ / _ / _	/ _ / _ / _
Villes	/ _ / _ / _	/ _ / _ / _	/ _ / _ / _
Total	/ _ / _ / _	/ _ / _ / _	/ _ / _ / _

Benton Visual Retention Test (mémoire visuelle)

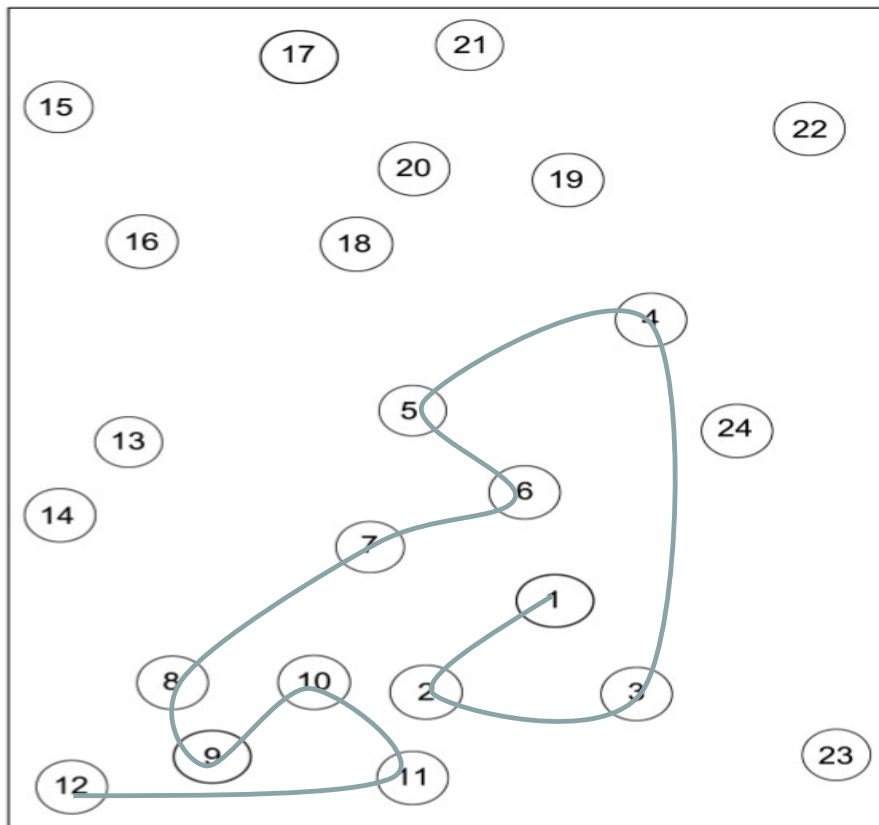


Benton Visual Retention Test (mémoire visuelle)

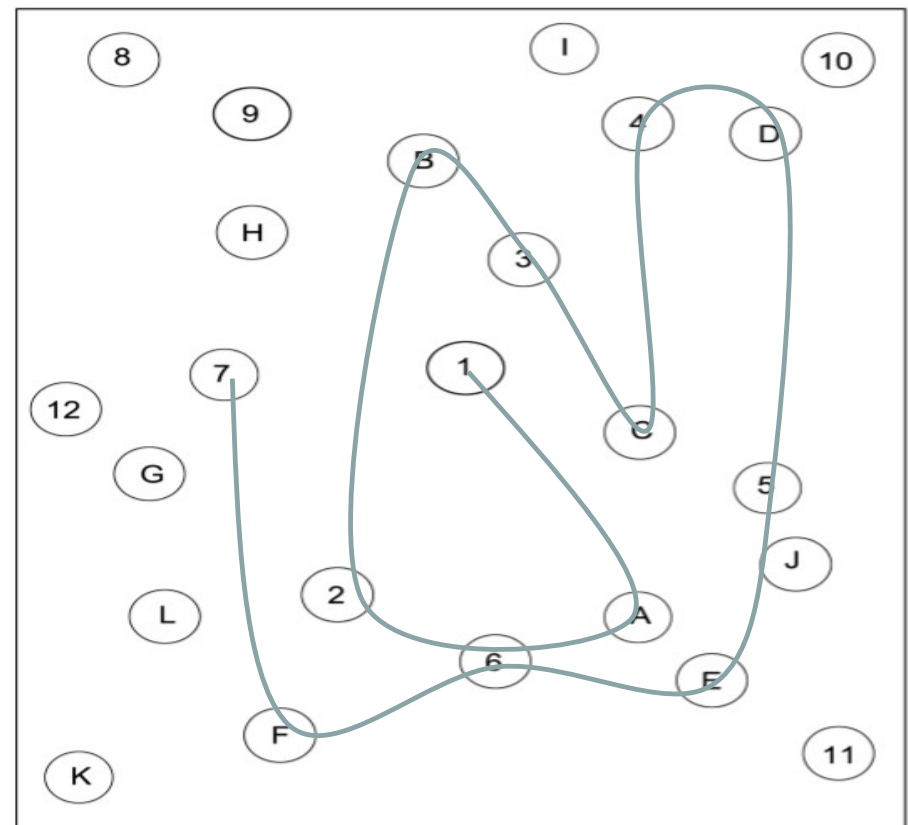


Trail Making Test (vitesse et fonctions exécutives)

TMT A (vitesse)



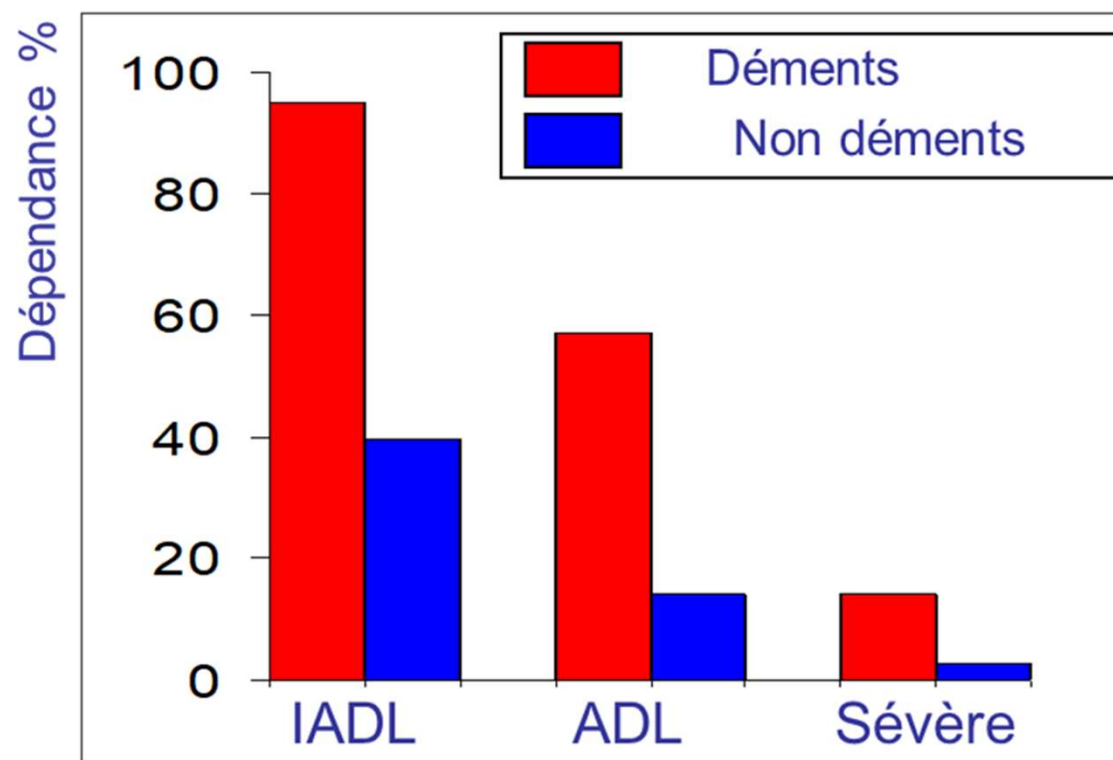
TMT B (mental shifting)



DSM-5 : trouble neurocognitif majeur

- A. Présence d'un déclin cognitif significatif à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, cognition perceptivo-motrice ou sociale)
- B. Le déclin cognitif retentit sur l'autonomie dans les activités quotidiennes (c'est-à-dire nécessite au minimum une assistance dans les activités instrumentales complexes comme payer ses factures ou gérer ses médicaments)
- C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas uniquement dans le contexte d'un delirium (syndrome confusionnel dans la terminologie française)
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par une autre affection mentale (par exemple épisode dépressif majeur, schizophrénie)

Démence et dépendance



(Helmer, Dement Geriatr Cogn Disord 2006;22(1):87-94)

Pourquoi un tel impact fonctionnel de la maladie ?

Pourquoi un tel poids ?

- De nombreuses fonctions cognitives nécessaires au fonctionnement dans la vie quotidienne
 - Mémoire, attention, fonctions exécutives, raisonnement complexe...

Ex. téléphone



- planifier l'appel
- se souvenir de passer l'appel
- initier la tâche
- rechercher le numéro
- composer le numéro
- mener une conversation cohérente
- gérer les interférences

→ Nombreuses fonctions cognitives nécessaires pour 1 seule activité de la vie quotidienne → IADL

Autre exemple avec les courses

- Ex. Courses

- prendre l'initiative de faire l'inventaire des réserves
- prévoir les besoins à venir (menus de la semaine, repas familial à préparer, jours d'absence...)
- en déduire la liste des courses (à mémoriser ou préparer la liste
- prévoir le circuit pour les différentes courses (boulangier, boucher, poissonnier, primeur, super marché...)
- planifier les différentes courses, le circuit et les moyens de transports associés
- prévoir les sacs et les modes de paiement
- se souvenir d'aller faire les courses
- initier la tâche
- gérer les impondérables (produits manquants à substituer, commerce fermé...)
- gérer les interférences

➔ Mémoire de travail, attention, fonctions exécutives, raisonnement complexe...

Review

> [Neurol Sci.](#) 2024 Jun;45(6):2427-2443. doi: 10.1007/s10072-024-07366-2.

Epub 2024 Feb 13.

The relation between cognitive functioning and activities of daily living in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia: a meta-analysis

Simona Raimo ^{1 2}, Gianpaolo Maggi ³, Ciro Rosario Ilardi ³, Nicola Davide Cavallo ³,
Valentina Torchia ⁴, Michael Andrew Pilgrom ³, Maria Cropano ³, María Dolores Roldán-Tapia ⁵,
Gabriella Santangelo ³

The relation between cognitive functioning and activities of daily living in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia: a meta-analysis

Simona Raimo^{1, 2}, Gianpaolo Maggi³, Ciro Rosario Ilardi³, Nicola Davide Cavallo³,
Valentina Torchia⁴, Michael Andrew Pilgrom³, Maria Cropano³, María Dolores Roldán-Tapia⁵,
Gabriella Santangelo³

Examine la nature et la force de l'association entre le fonctionnement cognitif et les activités de la vie quotidienne (ADL/IADL)

- Les **IADL et ADL**, sont significativement **cognitif global** et la **mémoire verbale** modérateur de l'état clinique (du niveau
- Les **IADL** : association significative avec notamment la capacité d'abstraction, la flexibilité mentale, la vitesse de traitement, l'attention complexe et la mémoire de travail

Cette fonction définit la capacité de changer de tâche ou de stratégie mentale et à passer d'une opération cognitive à une autre. Elle peut requérir le désengagement d'une tâche pour se réengager dans une autre
→ Permet donc l'adaptation aux situations nouvelles

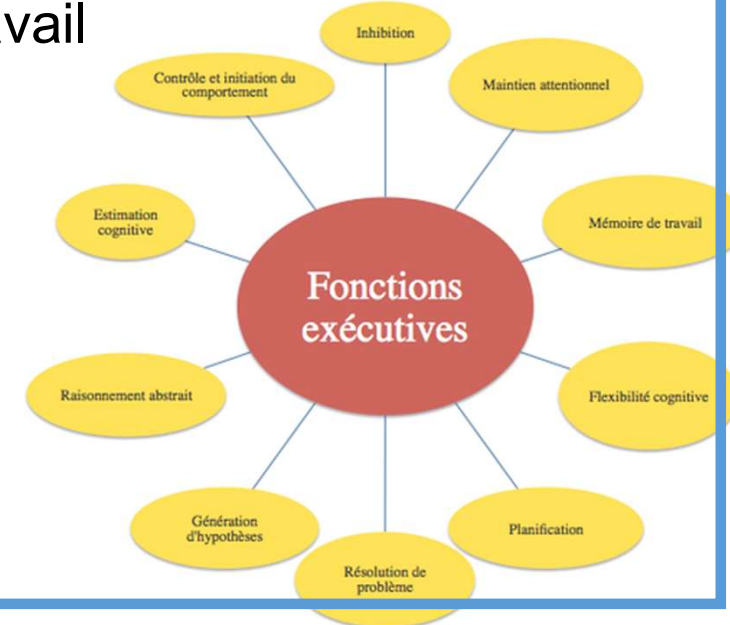
The relation between cognitive functioning and activities of daily living in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia: a meta-analysis

Simona Raimo^{1,2}, Gianpaolo Maggi³, Ciro Rosario Ilardi³, Nicola Davide Cavallo³,
Valentina Torchia⁴, Michael Andrew Pilgrom³, Maria Cropano³, Maria Dolores Roldán-Tapia⁵,
Gabriella Santangelo³

Examine la nature et la force de l'association entre le fonctionnement cognitif et les activités de la vie quotidienne (ADL/IADL)

- Les **IADL et ADL**, sont significativement corrélées avec le **fonctionnement cognitif global** et la **mémoire verbale à long terme**, avec un effet modérateur de l'état clinique (du niveau de déficience cognitive)
- Les **IADL** : association significative avec les **fonctions exécutives+++**, notamment la capacité d'abstraction, la flexibilité mentale, la vitesse de traitement, l'attention complexe et la mémoire de travail

L'ensemble des processus mentaux que met en œuvre une personne pour gérer ses **comportements**, ses **pensées** et ses **émotions** pour atteindre un but ou lors d'une situation nouvelle qui nécessite de résoudre un problème pour lequel nos stratégies habituelles et connues ne suffisent pas.



The relation between cognitive functioning and activities of daily living in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia: a meta-analysis

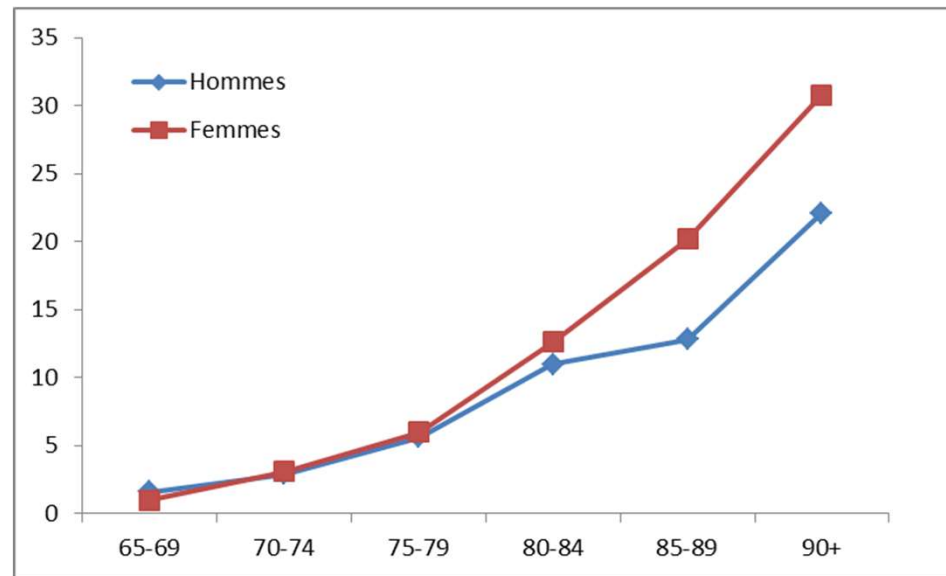
Simona Raimo ^{1 2}, Gianpaolo Maggi ³, Ciro Rosario Ilardi ³, Nicola Davide Cavallo ³,
Valentina Torchia ⁴, Michael Andrew Pilgrom ³, Maria Cropano ³, María Dolores Roldán-Tapia ⁵,
Gabriella Santangelo ³

Examine la nature et la force de l'association entre le fonctionnement cognitif et les activités de la vie quotidienne (ADL/IADL)

- Les **IADL et ADL**, sont significativement corrélées avec le **fonctionnement cognitif global** et la **mémoire verbale à long terme**, avec un effet modérateur de l'état clinique (du niveau de déficience cognitive)
- Les **IADL** : association significative avec les **fonctions exécutives+++**, notamment la capacité d'abstraction, la flexibilité mentale, la vitesse de traitement, l'attention complexe et la mémoire de travail
- Les **ADL** : forte corrélation avec les **capacités visuospatiales et langagières**
- Ces résultats soulignent
 - **l'importance de l'évaluation neuropsychologique** chez les personnes âgées afin d'identifier précocement celles qui sont les plus à risque de déclin fonctionnel
 - la nécessité de prise en compte des **capacités cognitives** spécifiques dans les **programmes de rééducation**

La dépendance cognitive : Pourquoi un tel poids ?

- Une maladie fréquente



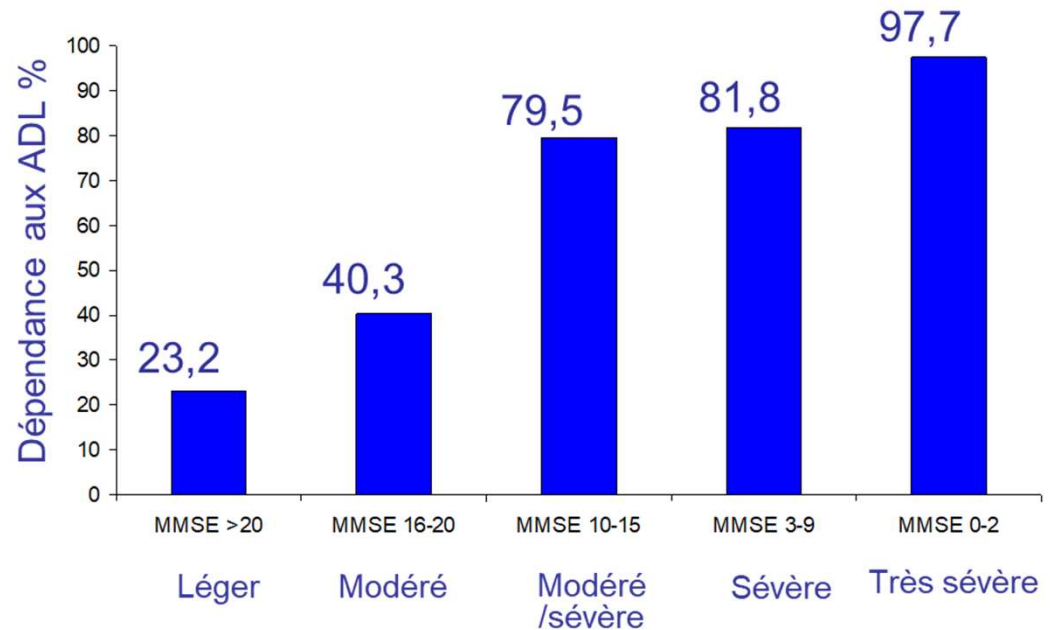
Estimation du nombre de déments chez les personnes de 75 ans et plus en France métropolitaine : données réactualisées de la cohorte Paquid*

Âge	Hommes	Femmes	Total
75 – 79 ans	67 374	73 175	140 549
80 – 84 ans	41 707	96 392	138 099
85 – 89 ans	65 194	190 417	255 611
90 ans et plus	31 607	203 017	234 624
Total	205 882	563 001	768 883

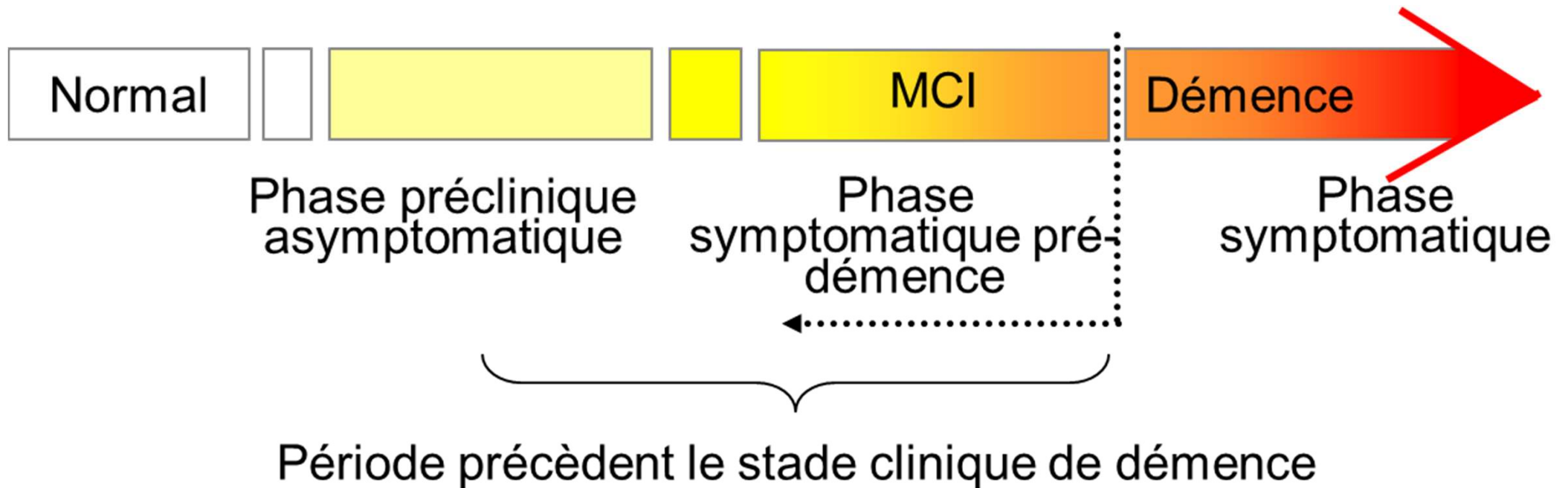
* Source : Ramaroson et al. Rev Neurol 2003 ; 159:405-411

Pourquoi un tel poids ?

- Une maladie fréquente
- Non curable
- Évolutive
- Irréversible
- A évolution lente
- Survie avec la maladie de plusieurs années
- Évolution inéluctable vers la dépendance très lourde et l'état grabataire



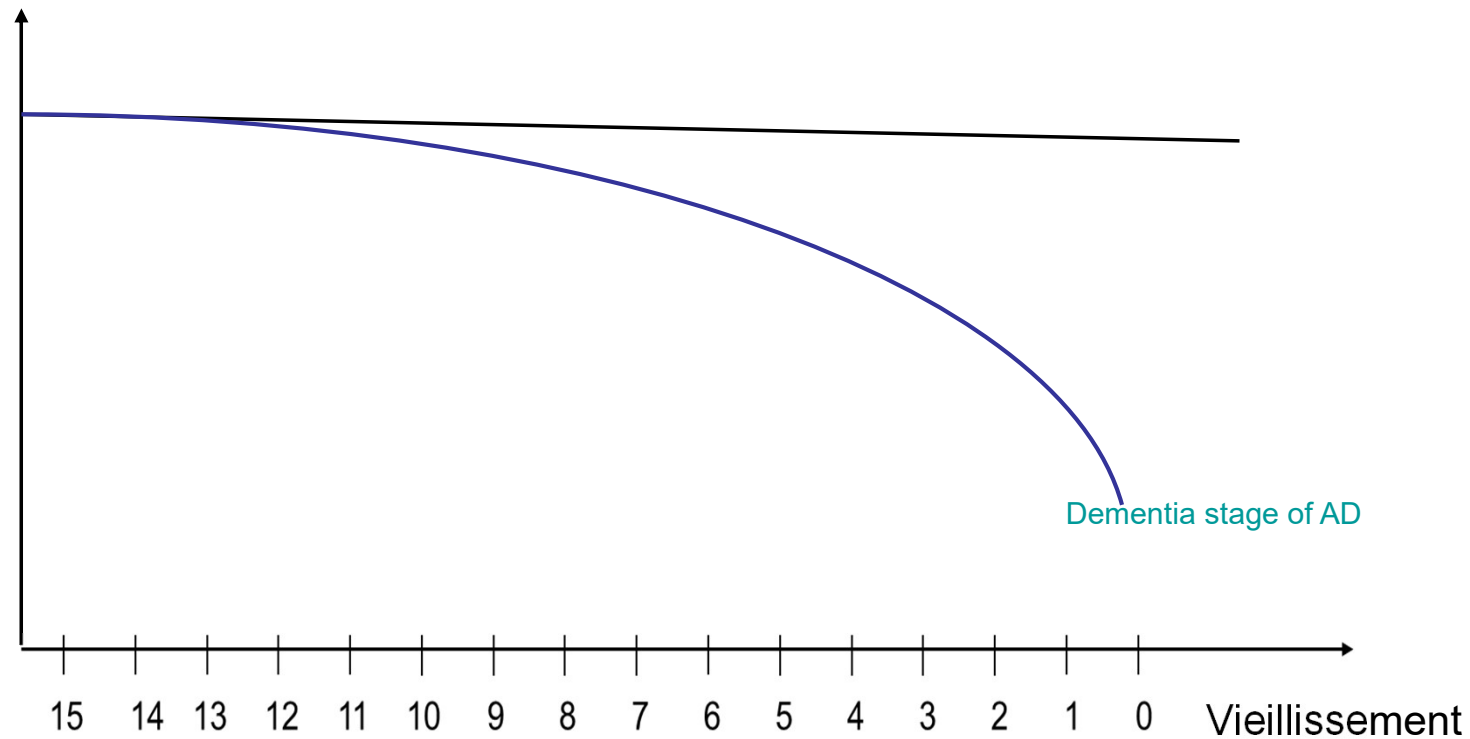
Manifestations fonctionnelles comme conséquences de la démence, mais également en amont du processus



Des symptômes cognitifs et non-cognitifs précoces avant la
démence

Séquence d'apparition des symptômes cognitifs et non-cognitifs avant la démence

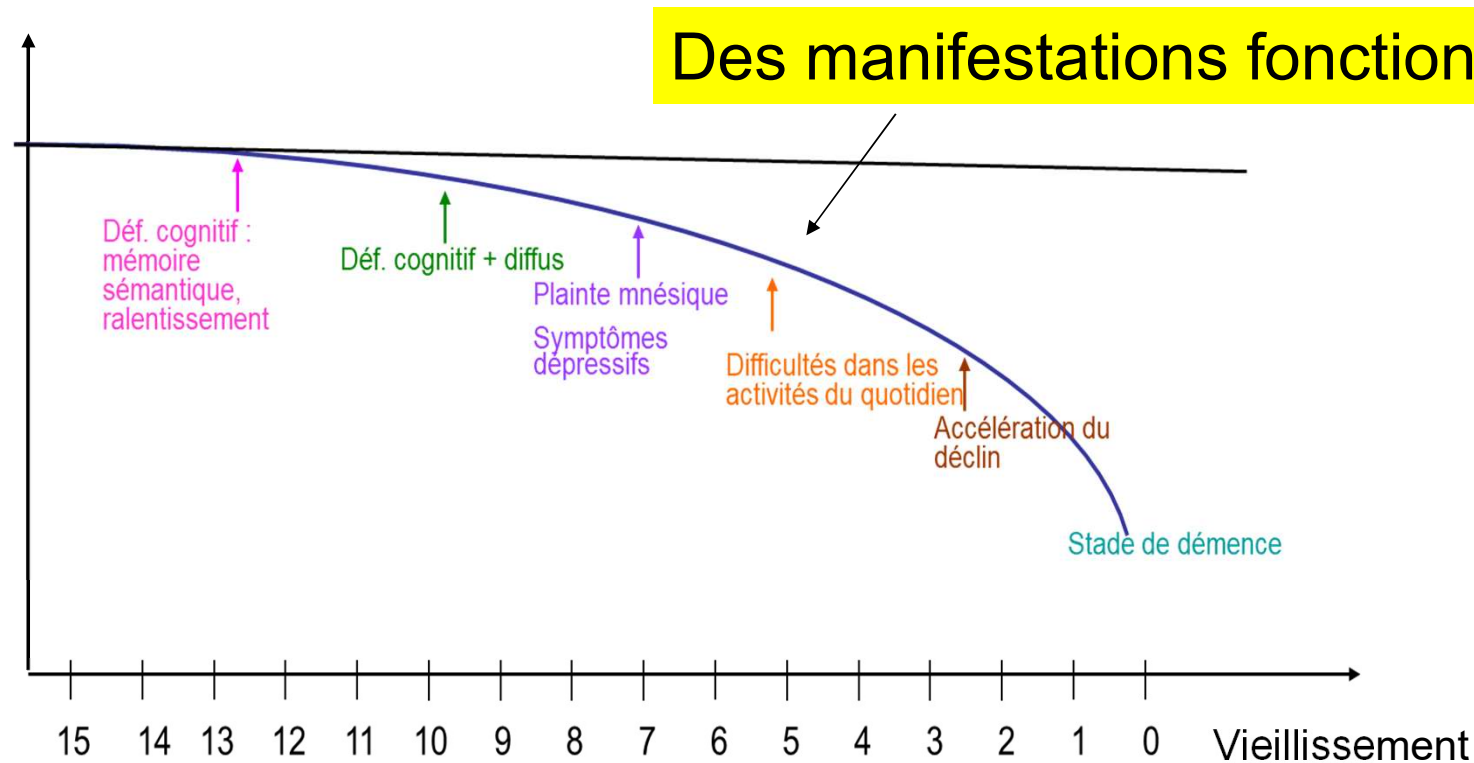
Statut cognitif



(Amieva H, et al. Ann Neurol 2008 ;64:492-8)

Séquence d'apparition des symptômes cognitifs et non-cognitifs avant la démence

Statut cognitif



(Luck 2011 Psychol Med)
(Pérès 2006 Neurology)
(Pérès 2008 JAGS)

(Amieva H, et al. Ann Neurol 2008 ;64:492-8)

Et la fragilité dans tout ça...

Les syndromes gériatriques

- Affections fréquemment observées chez les PA qui peuvent avoir plusieurs causes sous-jacentes
- Quelques exemples
 - Dépendance ADL
 - **Fragilité**
 - Incontinence urinaire
 - Chutes
 - Polymédication
 - Dénutrition
 - Troubles cognitifs
 - Déficiences sensorielles
 - Symptômes dépressifs

Qu'est ce que la fragilité ?

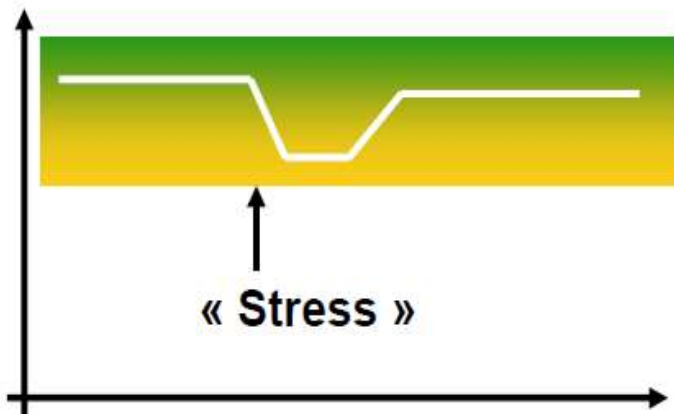
« ...Ce qui se brise facilement... » Larousse

« Diminution des capacités physiologiques de réserve à faire face à un stress, qu'il soit médical, psychologique ou social »

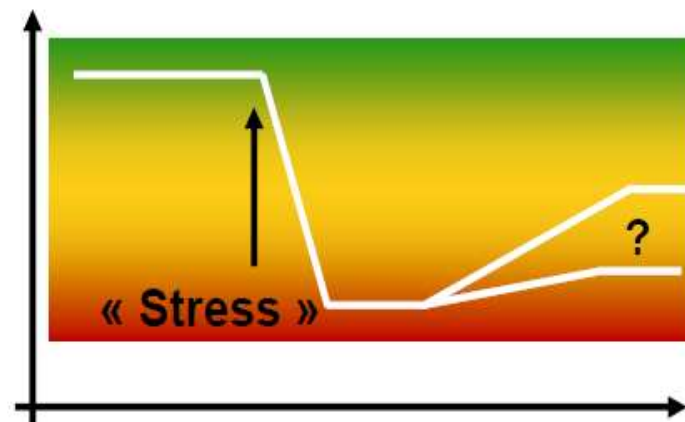


Stress : fracture du col du fémur, maladie, chute, veuvage, déménagement, brouille avec famille...

Le sujet âgé robuste



Le sujet âgé « fragile »



Définition de la Société française de gériatrie et de gérontologie

- Syndrome clinique qui reflète une **diminution des capacités physiologiques de réserve** qui altère les mécanismes **d'adaptation au stress**
- Son expression clinique est **modulée** par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux
- Marqueur de risque de **mortalité** et **d'événements péjoratifs** (incapacités, chutes, hospitalisation, institutionnalisation)
- L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un **processus potentiellement réversible** »

Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables.

Les deux principaux modèles

- **Modèle de Fried** : fragilité « physique » sur 5 critères (2001)
- **Modèle de Rockwood** (2005) : fragilité multi-domaine d'accumulation des déficits

Les deux principaux modèles

- **Modèle de Fried** : fragilité « physique » sur 5 critères (2001)

1. Dénutrition/Perte involontaire de poids
(ou $\geq 5\%$ du poids)
2. Fatigue/Épuisement ressenti par le patient
3. Vitesse de marche ralentie
4. Faiblesse musculaire
5. Sédentarité

3 critères ou + → Fragiles
1 à 2 critères → Pré-fragiles
0 critère → Robustes

Les deux principaux modèles

- Modèle de Fried : fragilité « physique » sur 5 critères (2001)
- **Modèle de Rockwood** (2005) : fragilité multi-domaine d'accumulation des déficits

Clinical Frailty Scale (Rockwood)

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

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Changes in everyday activities • Head and neck problems • Poor muscle tone in neck • Bradykinesia, facial • Problems getting dressed • Problems with bathing • Problems carrying out personal grooming • Urinary incontinence • Toileting problems • Bulk difficulties • Rectal problems • Gastrointestinal problems • Problems cooking • Sucking problems • Problems going out alone • Impaired mobility • Musculoskeletal problems • Bradykinesia of the limbs • Poor muscle tone in limbs • Poor limb coordination • Poor coordination, trunk • Poor standing posture • Irregular gait pattern • Falls | <ul style="list-style-type: none"> • Mood problems • Feeling sad, blue, depressed • History of depressed mood • Tiredness all the time • Depression (clinical impression) • Sleep changes • Restlessness • Memory changes • Short-term memory impairment • Long-term memory impairment • Changes in general mental functioning • Onset of cognitive symptoms • Clouding or delirium • Paranoid features • History relevant to cognitive impairment or loss • Family history relevant to cognitive impairment or loss • Impaired vibration • Tremor at rest • Postural tremor • Intention tremor • History of Parkinson's disease • Family history of degenerative disease | <ul style="list-style-type: none"> • Seizures, partial complex • Seizures, generalized • Syncope or blackouts • Headache • Cerebrovascular problems • History of stroke • History of diabetes mellitus • Arterial hypertension • Peripheral pulses • Cardiac problems • Myocardial infarction • Arrhythmia • Congestive heart failure • Lung problems • Respiratory problems • History of thyroid disease • Thyroid problems • Skin problems • Malignant disease • Breast problems • Abdominal problems • Presence of snout reflex • Presence of the palmomental reflex • Other medical history |
|--|---|---|

	1	Très bonne condition physique Les personnes de cette catégorie sont robustes, actives, pleines d'énergie et motivées. Elles s'entraînent régulièrement et présentent la meilleure forme dans leur tranche d'âge.
	2	Moyennement actif Les personnes de cette catégorie ne présentent aucun symptôme pathologique actif , mais ne sont pas en aussi bonne forme que les personnes de la catégorie 1. Elles sont moyennement actives ou temporairement très actives , p. ex. de manière saisonnière.
	3	Se débrouille bien Les symptômes pathologiques de ce groupe de personnes sont bien contrôlés, mais, en dehors de la marche dans le cadre d'activités quotidiennes, elles ne bougent pas régulièrement .
	4	Vulnérable Même si elles ne dépendent pas d'aides externes au quotidien , les personnes de cette catégorie sont souvent limitées dans leurs activités en raison de leurs symptômes pathologiques . Elles se plaignent fréquemment de fatigue diurne et/ou rapportent que les activités quotidiennes prennent plus de temps.
	5	Faiblement fragile Les personnes de cette catégorie sont manifestement ralenties dans leurs activités et ont besoin d'aide lors d'activités exigeantes telles que les affaires financières, le transport, les tâches ménagères lourdes et la gestion des médicaments.
	6	Moyennement fragile Les personnes de cette catégorie ont besoin d'aide pour toutes les activités extra-ménagères et la gestion financière . A la maison, elles ont souvent des difficultés avec les escaliers et nécessitent éventuellement d'être guidées ou légèrement assistées pour s'habiller.
	7	Très fragile En raison de handicaps physiques ou cognitifs, les personnes de cette catégorie dépendent complètement d'une aide externe pour les soins corporels. Leur santé est toutefois stable . La probabilité de décès dans les 6 prochains mois est faible.
	8	Extrêmement fragile Dépendant complètement d'une assistance et se rapprochant de la fin de vie . Les personnes de cette catégorie se rétablissent rarement de maladies légères.
	9	Malade en phase terminale Personnes de cette catégorie ont une espérance de vie <6 mois . La catégorie se réfère à des personnes qui ne présentent autrement aucun signe de fragilité .

Mais aussi d'autres modèles...

FRAIL scale

**F
R
A
I
L**

Fatigue	How much time during the previous 4 weeks did you feel tired? (all of the time, most of the time = 1 points)
Resistance	Do you have any difficulty walking up 10 steps alone without resting and without aids? (Yes = 1 point)
Ambulation	Do you have any difficulty walking several hundred years alone with without aids? (Yes = 1 point)
Illness	How many illnesses do you have out of a list of 11 total? (5 or more = 1 point)
Loss of weight	Have you had weight loss of 5% or more? (Yes = 1 point)

(The illnesses include hypertension, diabetes, cancer (other than a minor skin cancer), chronic lung disease, heart attack, congestive heart failure, angina, asthma, arthritis, stroke, and kidney disease).

3 critères ou + → Fragiles
1 à 2 critères → Pré-fragiles
0 critère → Robustes

Gérontopôle Toulouse

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

DÉPISTAGE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient s'est-il senti plus fatigué ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de problèmes de mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient présente-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, votre patient accepte-t-il de participer à une évaluation de sa fragilité en hôpital de jour ?

☐ OUI ☐ NON

OUTIL DE DÉPISTAGE DE L'APPROCHE ICOPE DE L'OMS

Affections prioritaires associées au déclin des capacités intrinsèques

Tests

Procéder à une évaluation complète des domaines affichant un cercle coché

DÉCLIN COGNITIF

(Chapitre 4)

1. Se rappeler trois mots : fleur, porte, riz (par exemple)
2. Orientation dans le temps et l'espace : quelle est la date complète d'aujourd'hui ? Où vous trouvez-vous en ce moment (à la maison, à la clinique, etc.) ?
3. Recalls the three words?

- ☐ Mauvaise réponse à l'une ou l'autre question ou ne sait pas
- ☐ Ne se rappelle pas les trois mots

MOBILITÉ LIMITÉE

(Chapitre 5)

Test de lever de chaise : se lever de la chaise cinq fois sans utiliser ses bras. La personne s'est-elle levée cinq fois de la chaise en 14 secondes ?

- ☐ Non

MALNUTRITION

(Chapitre 6)

1. Perte de poids : avez-vous involontairement perdu plus de 3 kg au cours des trois derniers mois ?
2. Perte d'appétit : avez-vous connu une perte d'appétit ?

- ☐ Oui
- ☐ Oui

DÉFICIENCE VISUELLE

(Chapitre 7)

Avez-vous des problèmes oculaires, des difficultés pour voir de loin, lire, des maladies oculaires ou êtes-vous actuellement sous traitement médical (p. ex., diabète, hypertension artérielle) ?

- ☐ Oui

DÉFICIENCE AUDITIVE

(Chapitre 8)

- Entend des chuchotements (test à voix chuchotée), ou
- Le résultat du dépistage de l'audiométrie est de 35 dB ou moins, ou
- Réussit au test automatique de reconnaissance des chiffres dans le bruit à l'aide d'une application

- ☐ Échec

SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

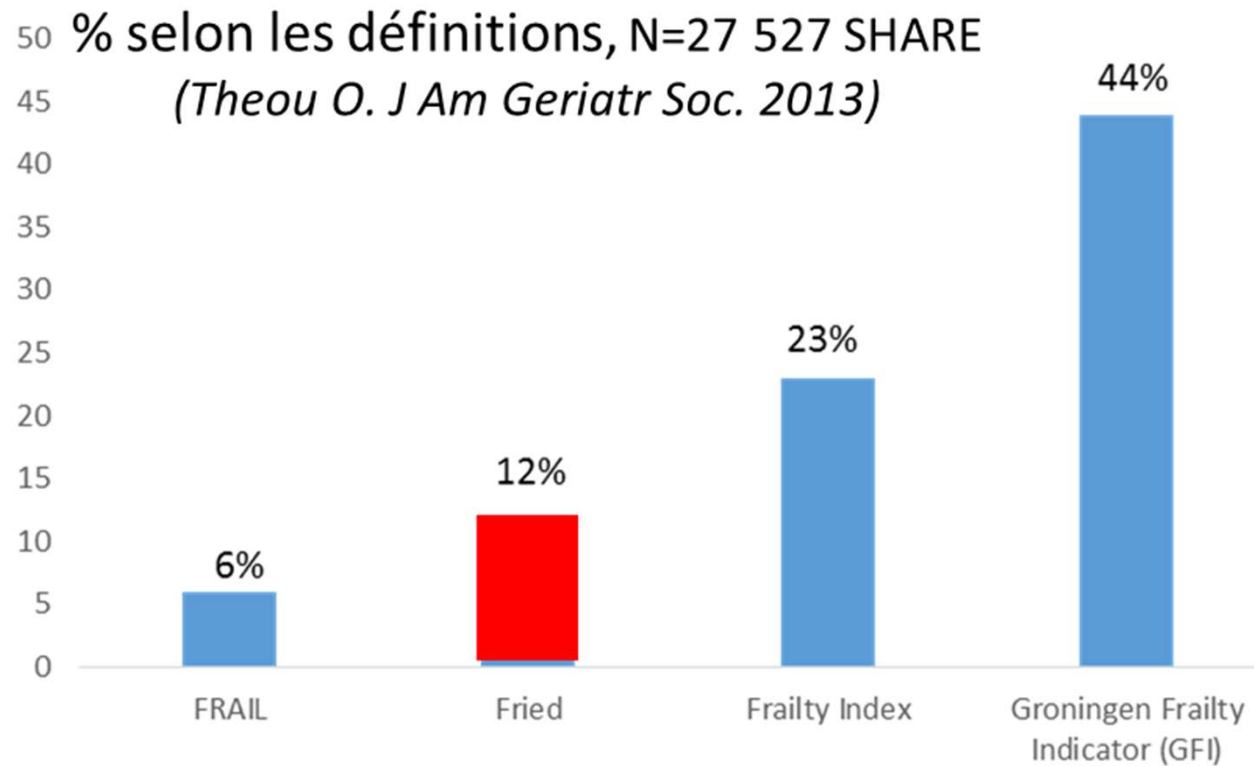
(Chapitre 9)

Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné par :

- la déprime ou le désespoir ? ou
- la perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?

- ☐ Oui
- ☐ Oui

Des prévalences très différentes selon les critères appliqués

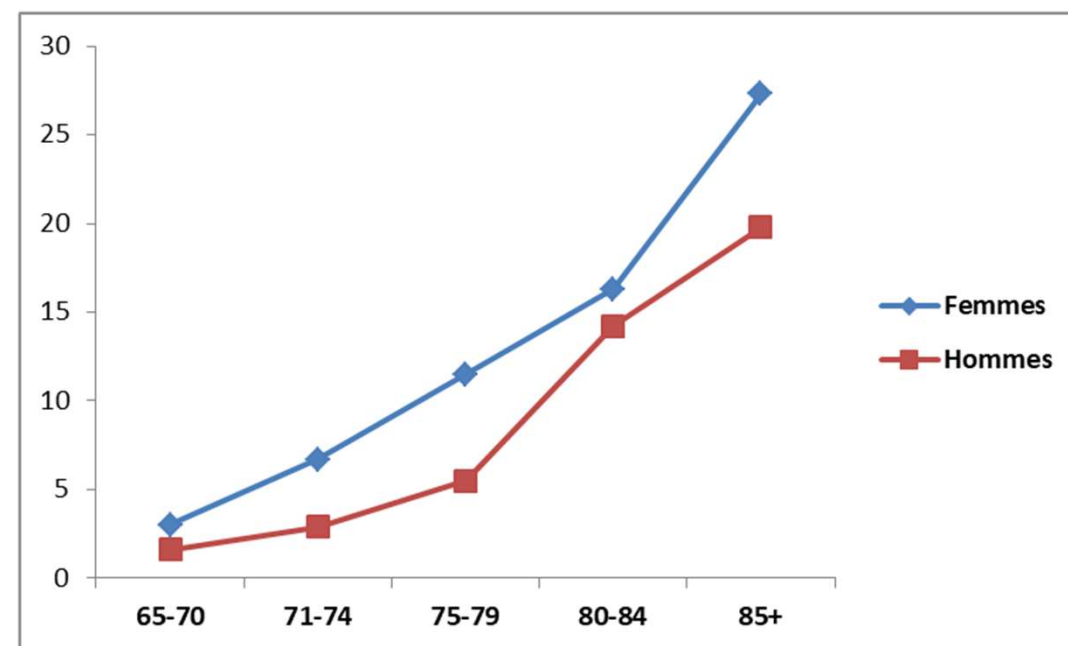
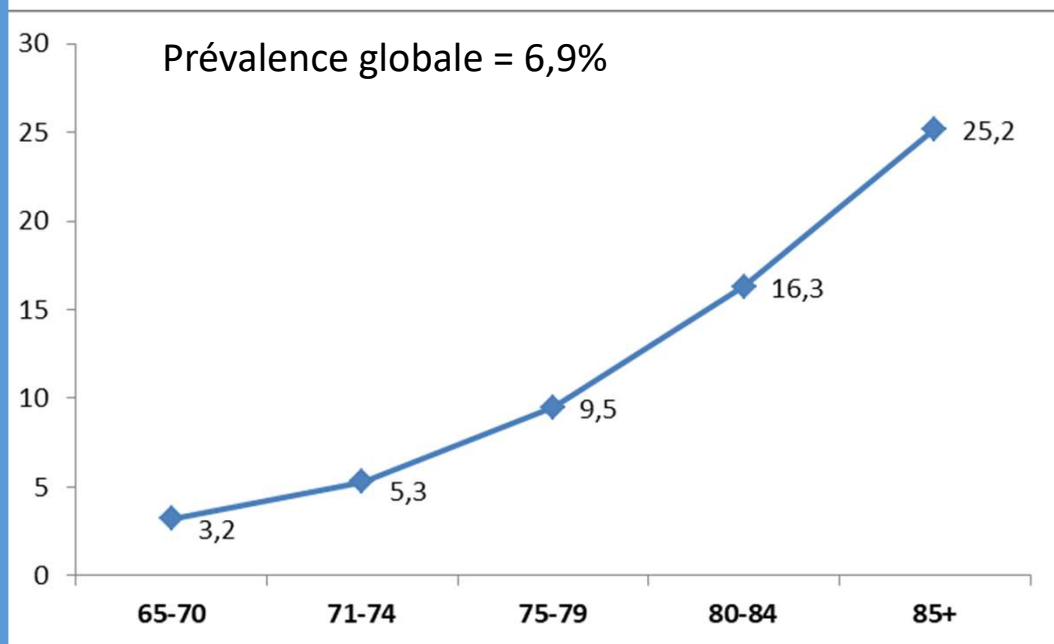


F Fatigue
R Resistance
A Ambulation
I Illness
L Loss of weight

15 items évaluant les domaines physique, cognitif, social et psycho-social

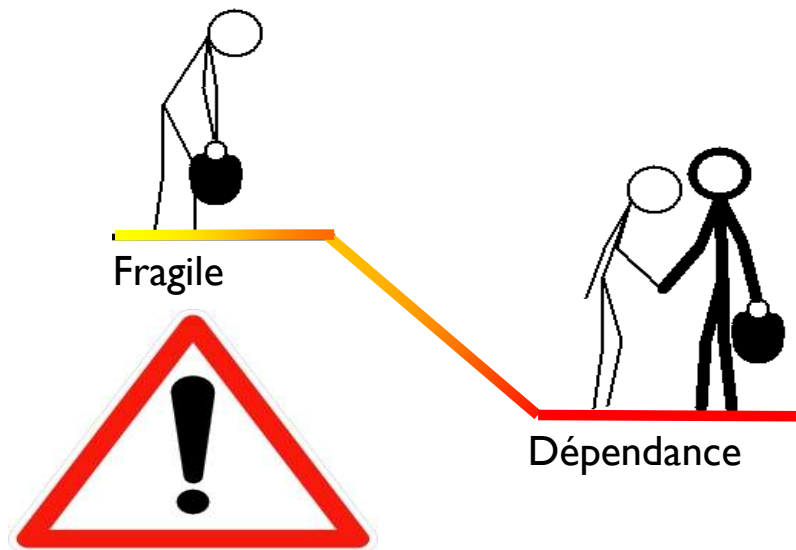
Prévalence de la fragilité (Fried) selon l'âge et le sexe

Prévalence augmente avec l'âge & > chez les femmes



(Fried J GerontolA 2001.56(3):M146–M157)

Quels risques associés à la fragilité ?



Fragilité (Fried) et risques d'évolution défavorable

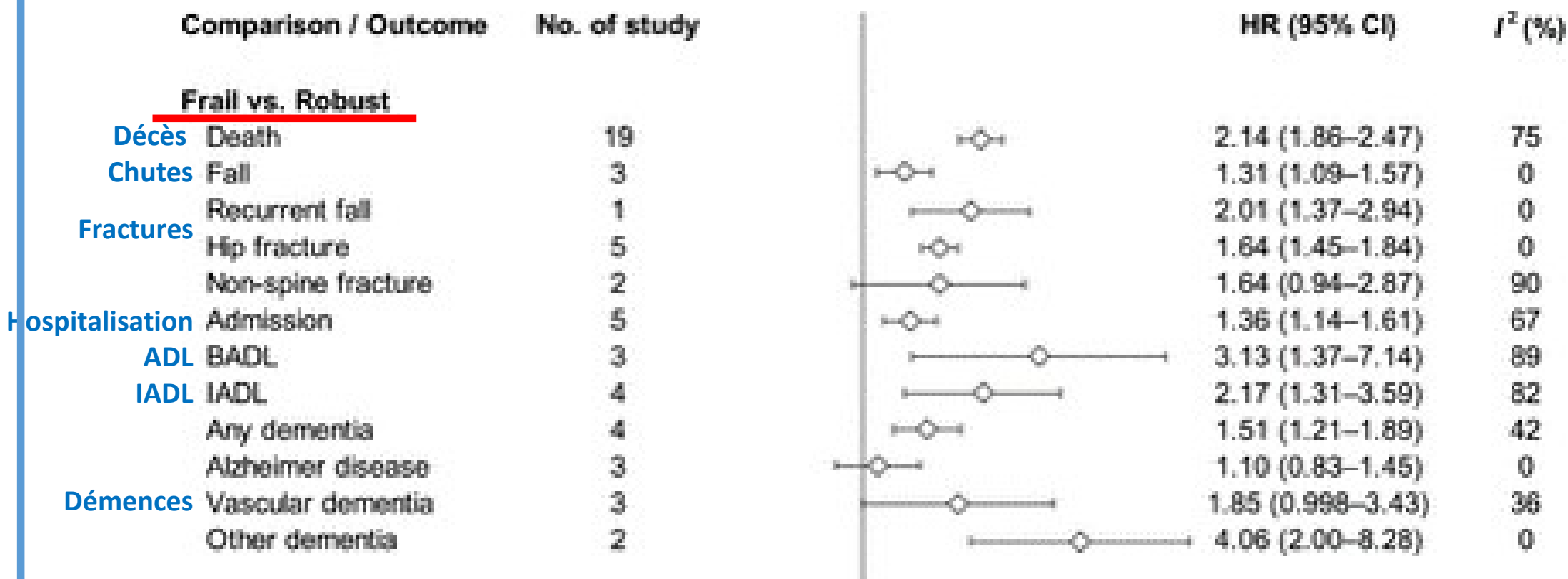
(Fried J Gerontol 2001;56(3):M146-M157)

		No Frailty (reference)	Hazard Ratios Intermediate	Risques à 3 ans	Hazard Ratios Estimated Over 7 Years	
					Intermediate	Frail
Chutes	Incident Fall	HR* = 1.0	HR = 1.36 CI = (1.18,1.56) <i>p</i> < .0001	HR=1,3 (1,0-1,7)	HR = 1.28 CI = (1.15,1.43) <i>p</i> < .0001	HR = 1.82 CI = (1.50,2.21) <i>p</i> < .0001
	Covariate Adjusted	HR = 1.0	HR = 1.16 CI = (1.00,1.34) <i>p</i> = .056		HR = 1.12 CI = (1.00,1.26) <i>p</i> = .045	HR = 1.23 CI = (0.99,1.54) <i>p</i> = .064
Mobilité	Worsening Mobility†	HR = 1	HR = 1.94 CI = (1.75,2.15) <i>p</i> < .0001	HR=1,5 (1,2-1,8)	HR = 1.72 CI = (1.58,1.87) <i>p</i> < .0001	HR = 2.45 CI = (2.11,2.85) <i>p</i> < .0001
	Covariate Adjusted	HR = 1	HR = 1.58 CI = (1.41,1.76) <i>p</i> < .0001		HR = 1.41 CI = (1.29,1.54) <i>p</i> < .0001	HR = 1.36 CI = (1.15,1.62) <i>p</i> = .0003
ADL	Worsening ADL‡ Disability	HR = 1.0	HR = 2.54 CI = (2.16,3.00) <i>p</i> < .0001	HR=2,0 (1,5-2,6)	HR = 2.14 CI = (1.92,2.39) <i>p</i> < .0001	HR = 4.22 CI = (3.55,5.01) <i>p</i> < .0001
	Covariate Adjusted	HR = 1.0	HR = 1.67 CI = (1.41,1.99) <i>p</i> < .0001		HR = 1.55 CI = (1.38,1.75) <i>p</i> < .0001	HR = 1.79 CI = (1.47,2.17) <i>p</i> < .0001
Hospitalisation	First Hospitalization	HR = 1.0	HR = 1.38 CI = (1.26,1.51) <i>p</i> < .0001	HR=1,3 (1,1-1,5)	HR = 1.34 CI = (1.25,1.43) <i>p</i> < .0001	HR = 2.14 CI = (1.89,2.42) <i>p</i> < .0001
	Covariate Adjusted	HR = 1.0	HR = 1.13 CI = (1.03,1.25) <i>p</i> = .014		HR = 1.11 CI = (1.03,1.19) <i>p</i> = .005	HR = 1.27 CI = (1.11,1.46) <i>p</i> = .0008
Décès	Death	HR = 1.0	HR = 2.42 CI = (1.84,3.19) <i>p</i> < .0001	HR=2,2 (1,5-3,3)	HR = 2.01 CI = (1.73,2.33) <i>p</i> < .0001	HR = 4.46 CI = (3.61,5.51) <i>p</i> < .0001
	Covariate Adjusted	HR = 1	HR = 1.49 CI = (1.11,1.99) <i>p</i> < .0001		HR = 1.32 CI = (1.13,1.55) <i>p</i> = .0006	HR = 1.63 CI = (1.27,2.08) <i>p</i> = .0001

Note: Covariate adjustment includes: age, gender, indicator for minority cohort, income, smoking status, brachial and tibial blood pressure, fasting glucose, albumin, creatinine, carotid stenosis, history of CHF, cognitive function, major ECG abnormality, use of diuretics, problem with IADLs, self-report health measure, CES-D modified depression measure.

Fragilité et risque d'évènements défavorables

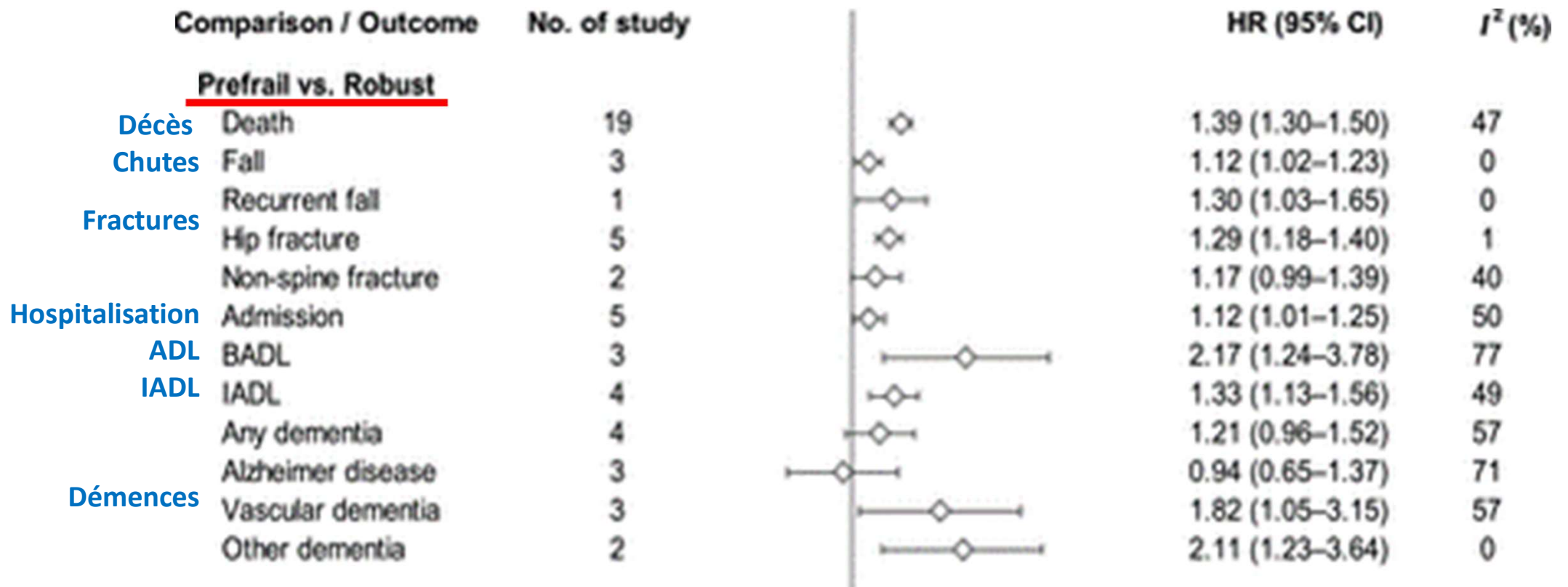
Association Between Frailty Stage and Adverse Health Events (Evidence Review 2021:18(4)282-289)



(Evidence Review 2021:18(4)282-289)

Fragilité et risque d'évènements défavorables

Association Between Frailty Stage and Adverse Health Events (Evidence Review 2021:18(4)282-289)



Clinical Frailty scale : risque de décès et institutionnalisation

CLINICAL FRAILTY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g., seasonally.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled, even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILTY	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5	LIVING WITH MILD FRAILTY	People who often have more evident slowing, and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.

	6	LIVING WITH MODERATE FRAILTY	People who need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILTY	Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILTY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise living with severe frailty. (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

SCORING FRAILTY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

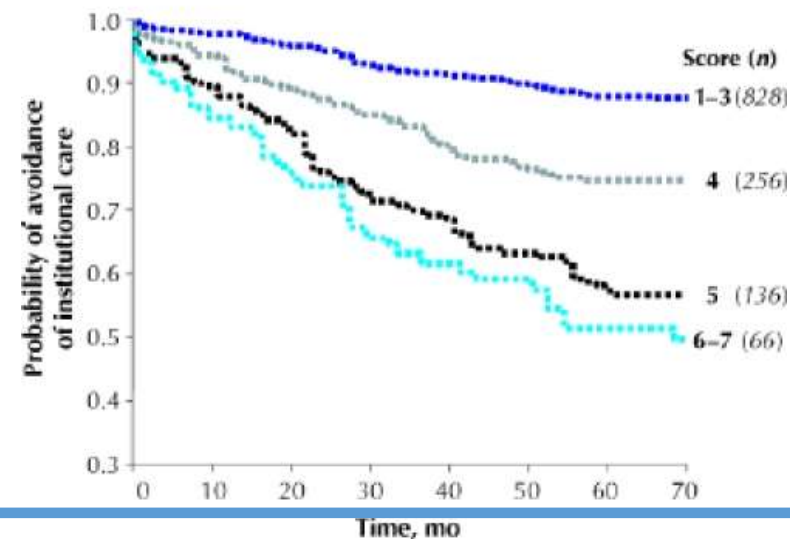
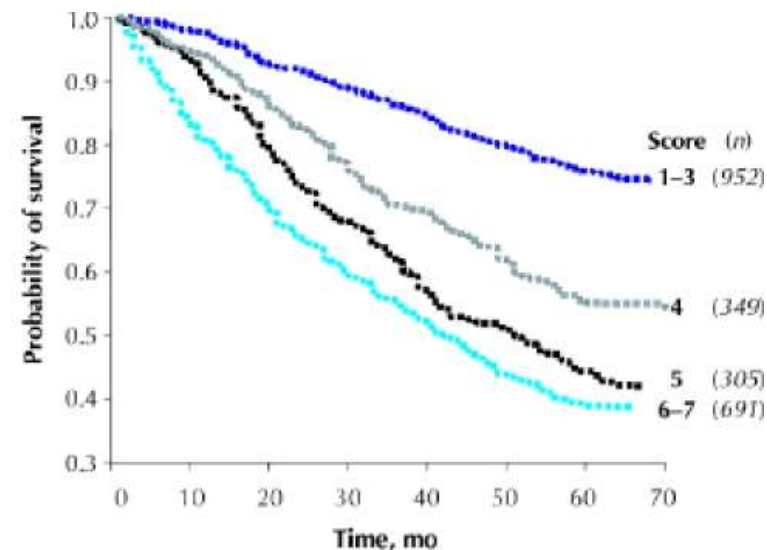
In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In severe dementia, they cannot do personal care without help.

In very severe dementia they are often bedfast. Many are virtually mute.



Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.



(Rockwood CMAJ. 2005 Aug 30;173(5):489-95)

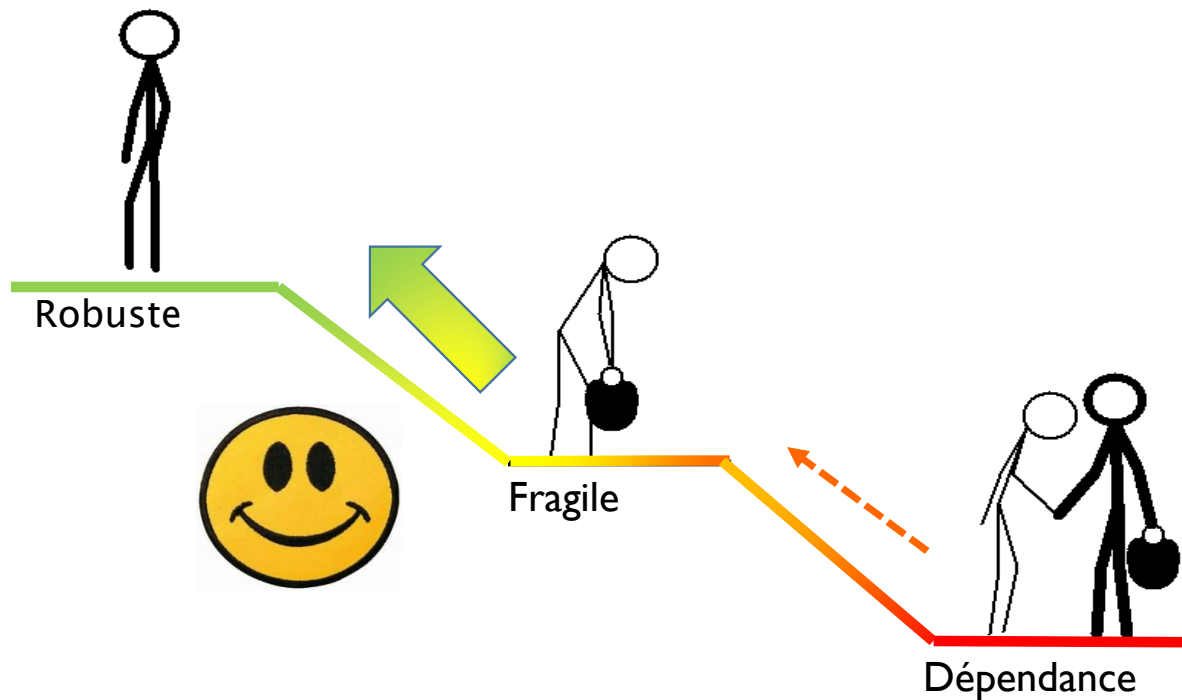
Un continuum allant de la robustesse à la dépendance sévère



Robustesse Pré-fragilité Fragilité Dép. modérée Dép. sévère

- Le repérage précoce de la fragilité (voire de la pré-fragilité) chez les PA a pour objectif **d'agir précocement** sur ses déterminants afin de retarder la **dépendance dite « évitable »** et de **prévenir la survenue d'événements défavorables**

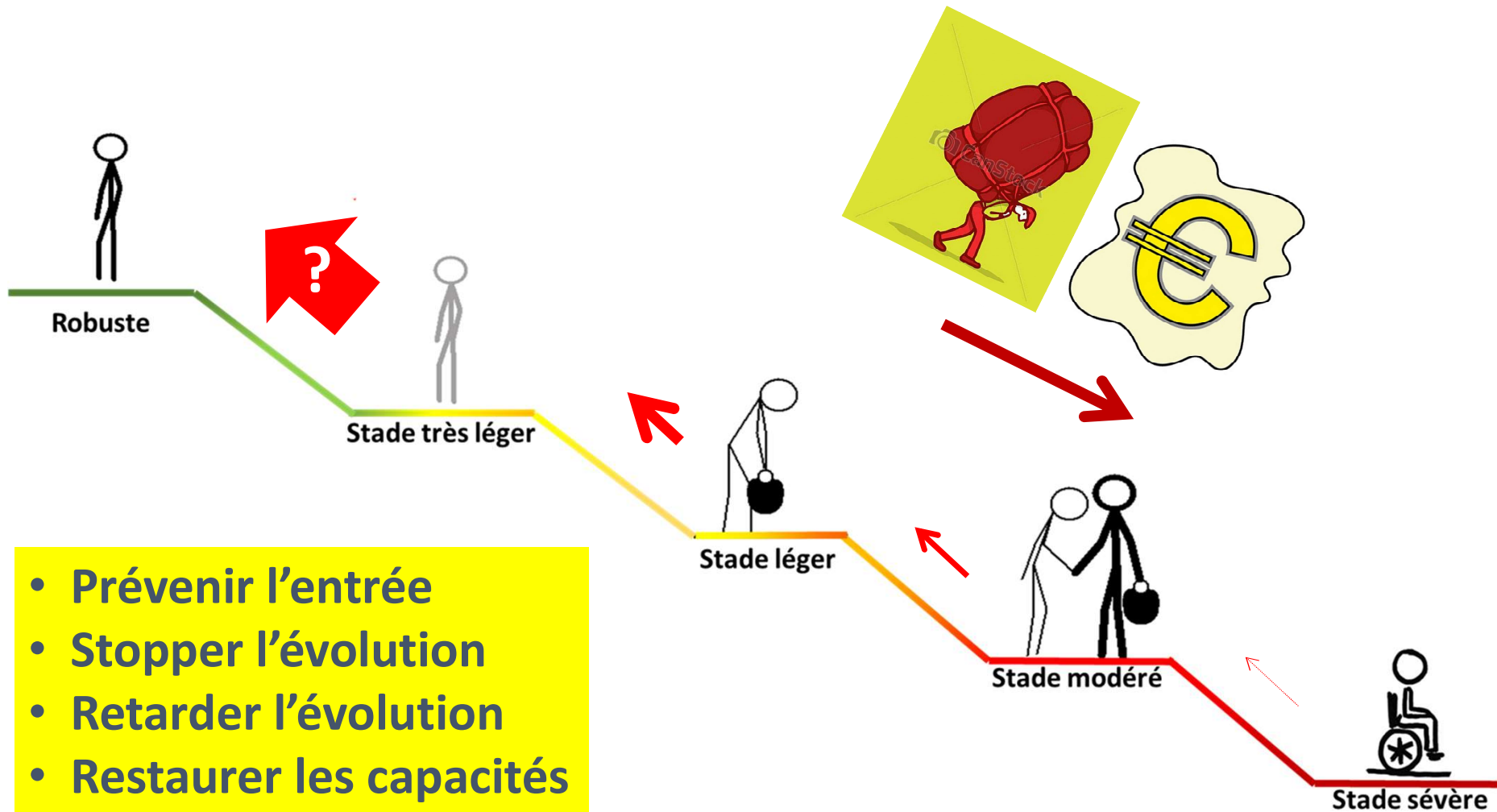
La fragilité : un état réversible !!!



Le retour à la robustesse !!!
23% des fragiles (*Gill Arch Int Med 2006*)

→ Cible de
prévention +++

Pourquoi s'intéresser aux stades précoces?



- Prévenir l'entrée
- Stopper l'évolution
- Retarder l'évolution
- Restaurer les capacités

Les points clés...

- Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans.
- On peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.
- Faute d'un outil de repérage uniformément validé et fiable, les professionnels peuvent utiliser un questionnaire dérivé du phénotype de Fried qui est le mieux étudié vis-à-vis du risque d'entrée dans la dépendance, en lui ajoutant une ou deux questions intégrant les dimensions cognitive et sociale.
- L'implication des services sociaux et d'aide à la personne dans le repérage est une voie à explorer et à évaluer.
- Le repérage de la fragilité est la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions de prévention formalisées dans un plan personnalisé de soins (PPS).

Le programme ICOPE



[Donate](#)



[Health Topics](#) ▾

[Countries](#) ▾

[Newsroom](#) ▾

[Emergencies](#) ▾

[Data](#) ▾

[About WHO](#) ▾

Ageing and Health

We organize our work according to the 5 strategic priority areas identified in the Global strategy and action plan on ageing and health 2016-2020.

[About us](#) >

[← Ageing and Health Unit](#)

[Integrated care for older people \(ICOPE\)](#)

Integrated care for older people approach (ICOPE)

Le programme ICOPE

- Programme porté par l'OMS
- Déployé dans plusieurs régions de France avec le soutien du ministère des Solidarités et de la Santé et des ARS
- S'adresse aux 60+, autonomes et vivant à domicile
- Objectif:
 - retarder l'entrée en dépendance par un repérage précoce des facteurs de fragilité chez les seniors et la mise en place d'interventions ciblées
 - inciter les personnes âgées à devenir actrices de leur santé

SYNTHESE

Maintien des capacités motrices des personnes âgées

Prescription d'activité physique

Validée par le Collège le 28 mars 2024

Cette fiche de synthèse complète les données du guide HAS de consultation et de prescription d'activité physique (AP) à des fins de santé chez l'adulte et le [référentiel de prescription d'activité physique \(AP\) chez les personnes âgées](#) (fragiles, à risque de chute ou atteintes de troubles cognitifs).

Elle aborde la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées dans le cadre du programme ICOPE (*Integrated Care for Older People*) en cours d'expérimentation en France et fait le lien avec les travaux de la HAS sur la prescription d'AP. Elle a pour objectif de faciliter la prescription d'AP par les médecins des régions concernées.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/synthese_aps_icope.pdf

Concept du « *Healthy Aging* »



THE LANCET

HEALTH POLICY | [VOLUME 387, ISSUE 10033, P2145-2154, MAY 21, 2016](#)



Subscribe

The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing

[Dr John R Beard, PhD](#) • [Alana Officer, MPH](#) • [Islene Araujo de Carvalho, MD](#) • [Ritu Sadana, ScD](#) •

[Anne Margriet Pot, PhD](#) • [Jean-Pierre Michel, MD](#) • et al. [Show all authors](#)

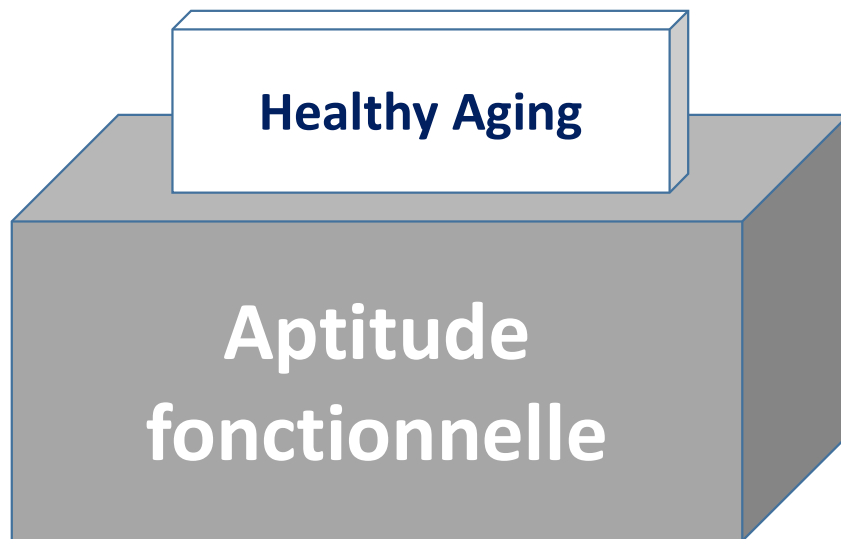
Concept du « *Healthy Aging* »



- Ce n'est plus l'absence de maladies ou d'incapacités
- De nombreuses personnes âgées sont touchées par des maladies qui, si bien prises en charge, impactent peu leur bien-être
- Tout le monde peut atteindre ce vieillissement en bonne santé

(Beard Lancet 2016)

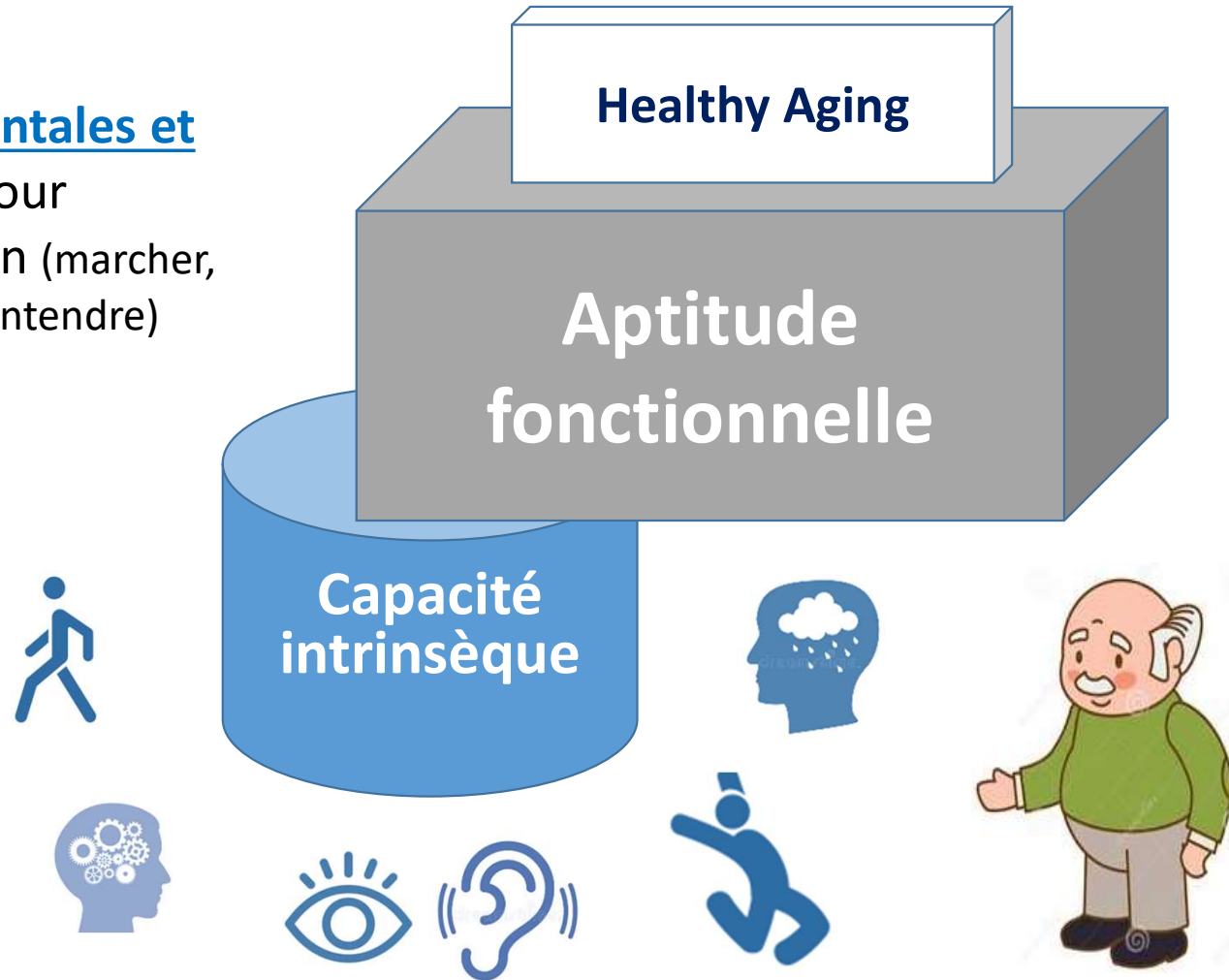
Concept du « *Healthy Aging* »



Processus de maintien (développement, restauration) **de l'aptitude fonctionnelle (AF)** qui permet à la personne **d'être et de continuer à faire ce qui compte pour elle** (état de bien-être)

La capacité intrinsèque

- Toutes les capacités mentales et physiques mobilisées pour fonctionner au quotidien (marcher, penser, se souvenir, voir et entendre)

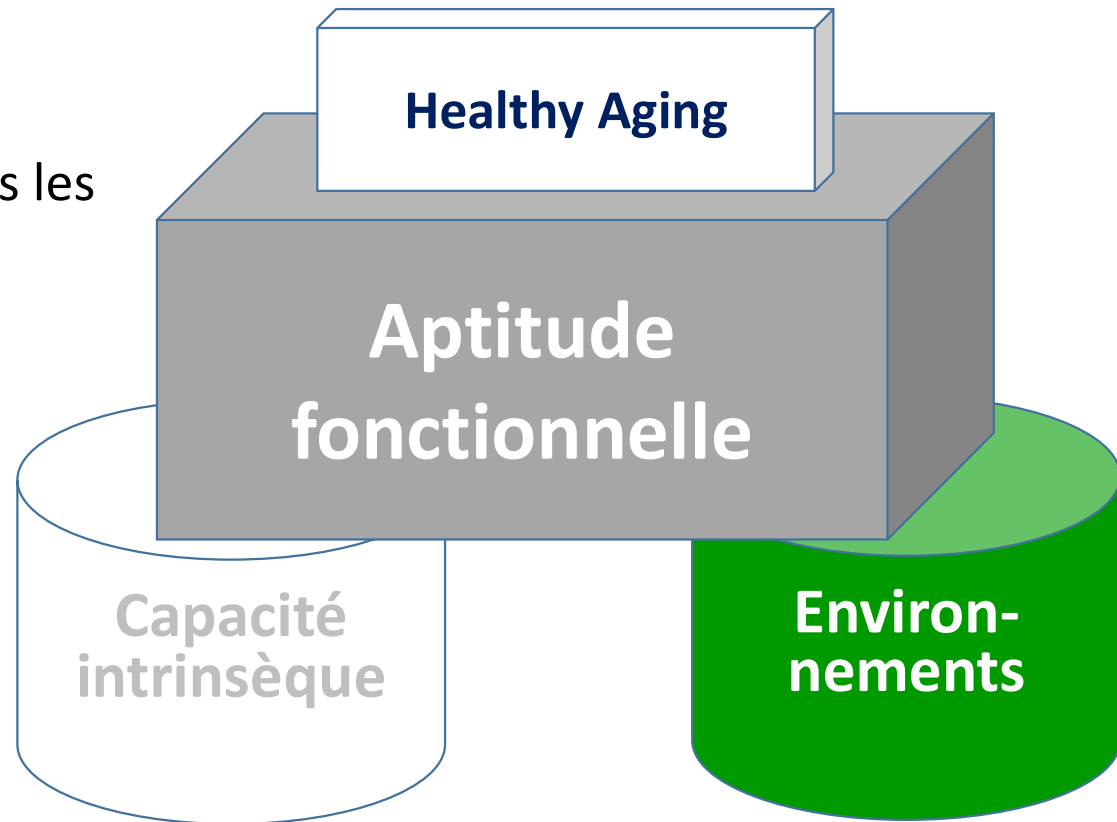


Les environnements

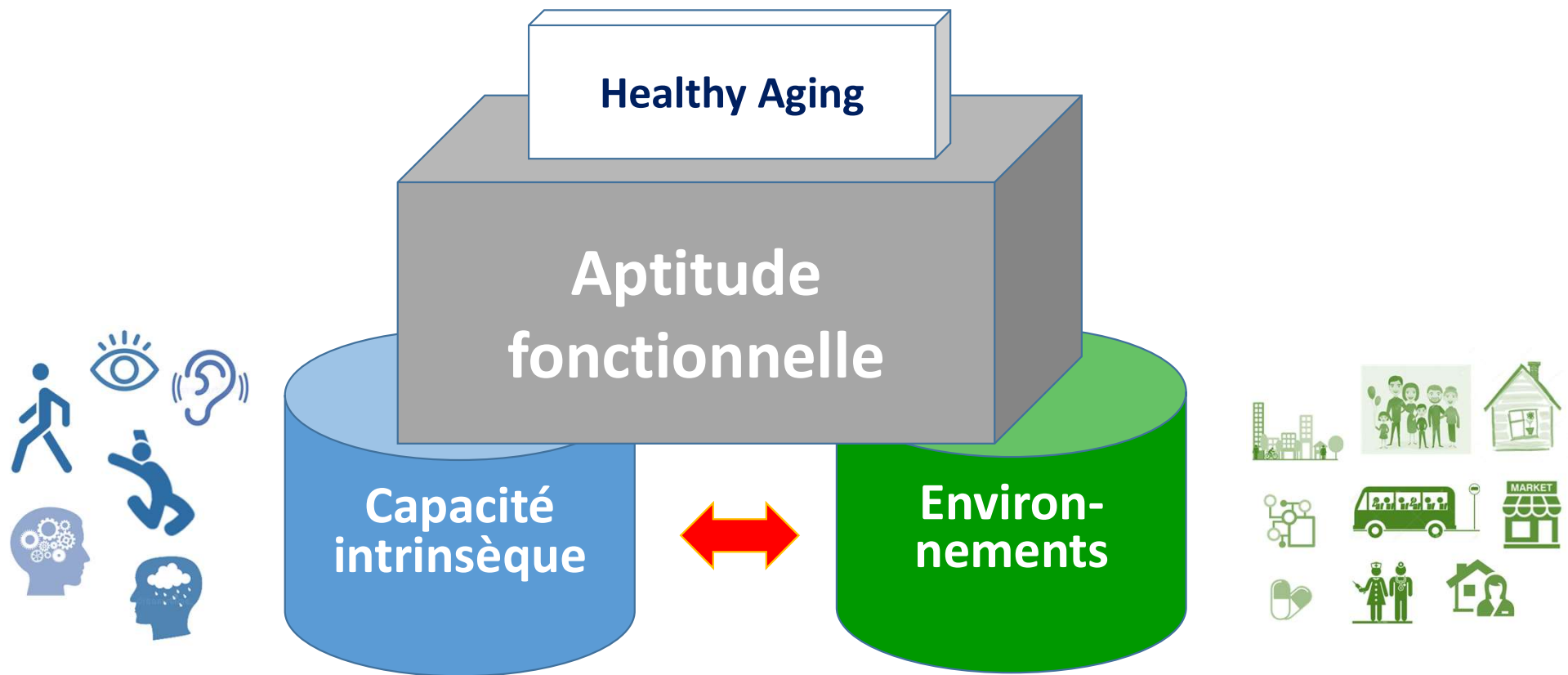
Environnements au sens large du terme : incluant le domicile, la communauté et la société, et tous les facteurs qui les composent



Ressources ou obstacles



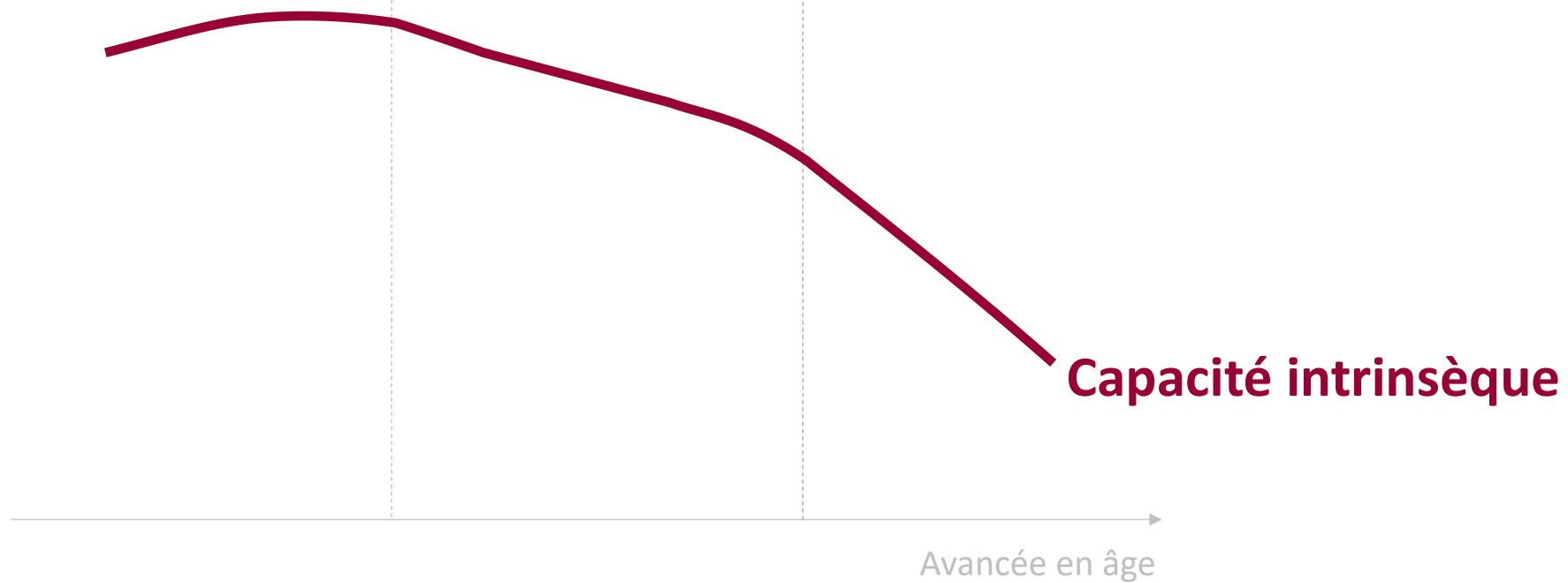
Les interactions entre capacité intrinsèque et environnements

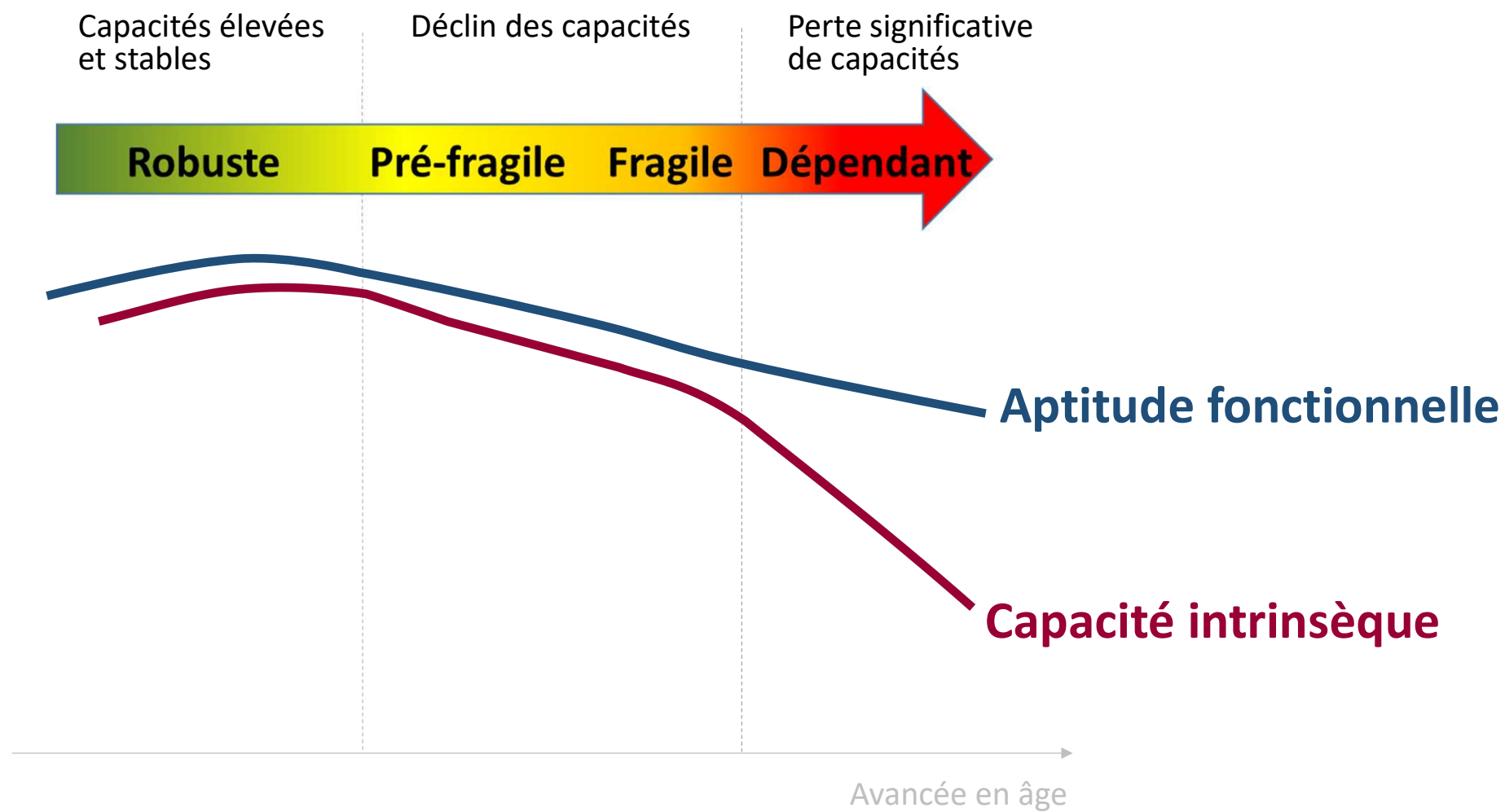


Capacités élevées
et stables

Déclin des capacités

Perte significative
de capacités

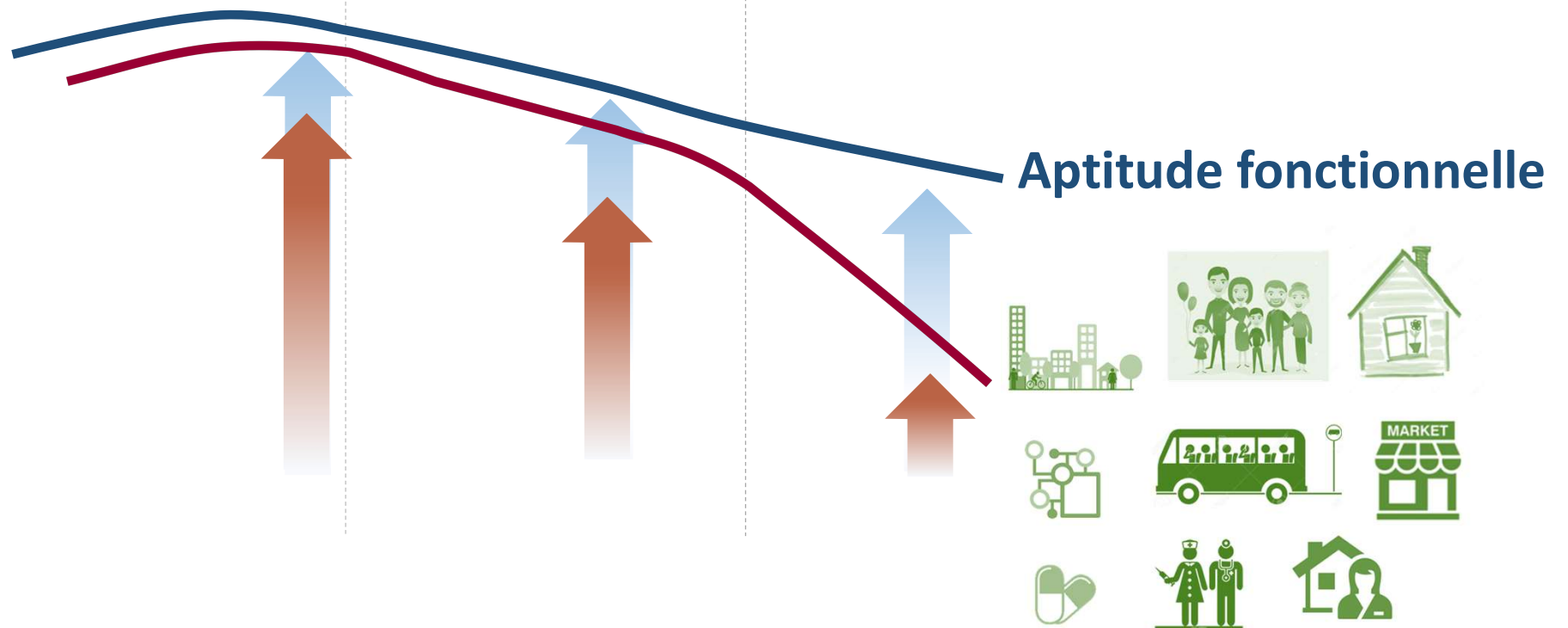




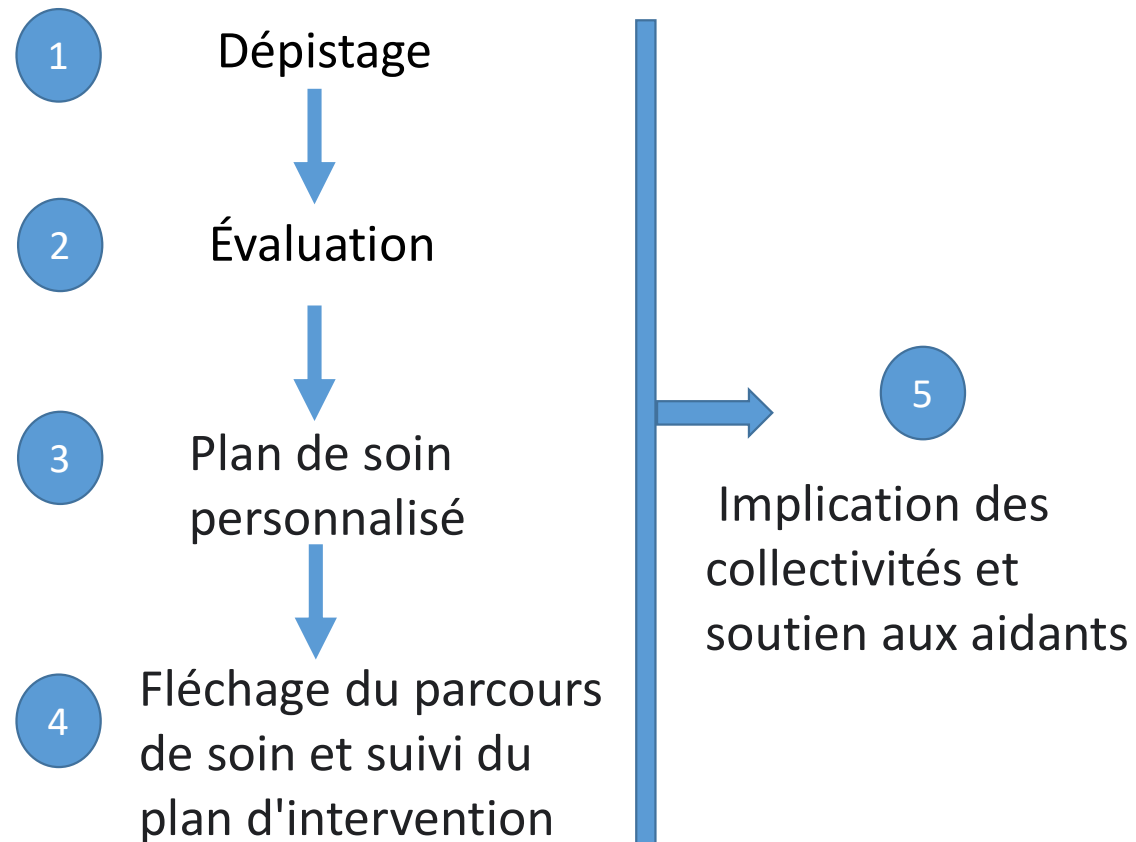
Capacités élevées
et stables

Déclin des capacités

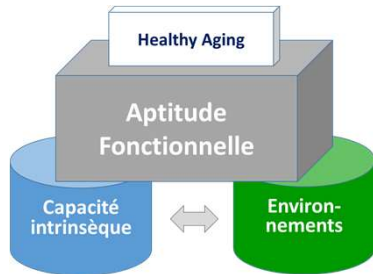
Perte significative
de capacités



Les 5 étapes d'ICOPE



Étape 1 : Dépistage : 6 domaines de CI



DÉCLIN COGNITIF

(Chapitre 4)

1. Se rappeler trois mots : fleur, porte, riz (par exemple)
2. Orientation dans le temps et l'espace : quelle est la date complète d'aujourd'hui ? Où vous trouvez-vous en ce moment (à la maison, à la clinique, etc.) ?
3. Recallis the three words?

- ☐ Mauvaise réponse à l'une ou l'autre question ou ne sait pas
- ☐ Ne se rappelle pas les trois mots

MOBILITÉ LIMITÉE

(Chapitre 5)

Test de lever de chaise : se lever de la chaise cinq fois sans utiliser ses bras. La personne s'est-elle levée cinq fois de la chaise en 14 secondes ?

- ☐ Non

MALNUTRITION

(Chapitre 6)

1. Perte de poids : avez-vous involontairement perdu plus de 3 kg au cours des trois derniers mois ?
2. Perte d'appétit : avez-vous connu une perte d'appétit ?

- ☐ Oui
- ☐ Oui

DÉFICIENCE VISUELLE

(Chapitre 7)

Avez-vous des problèmes oculaires, des difficultés pour voir de loin, lire, des maladies oculaires ou êtes-vous actuellement sous traitement médical (p. ex., diabète, hypertension artérielle) ?

- ☐ Oui

DÉFICIENCE AUDITIVE

(Chapitre 8)

- Entend des chuchotements (test à voix chuchotée), ou
- Le résultat du dépistage de l'audiométrie est de 35 dB ou moins, ou
- Réussit au test automatique de reconnaissance des chiffres dans le bruit à l'aide d'une application

- ☐ Échec

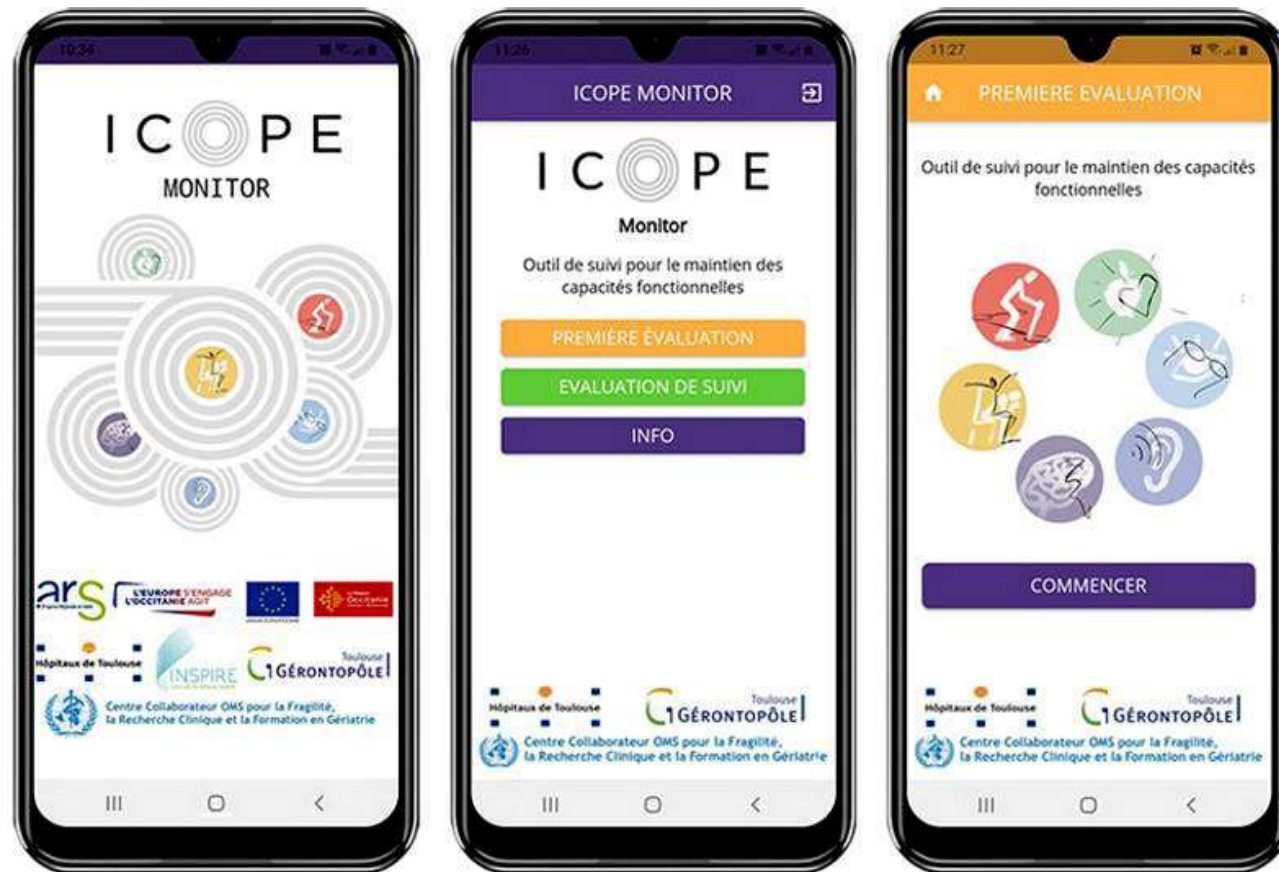
SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

(Chapitre 9)

- Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné par :
- la déprime ou le désespoir ? ou
 - la perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?

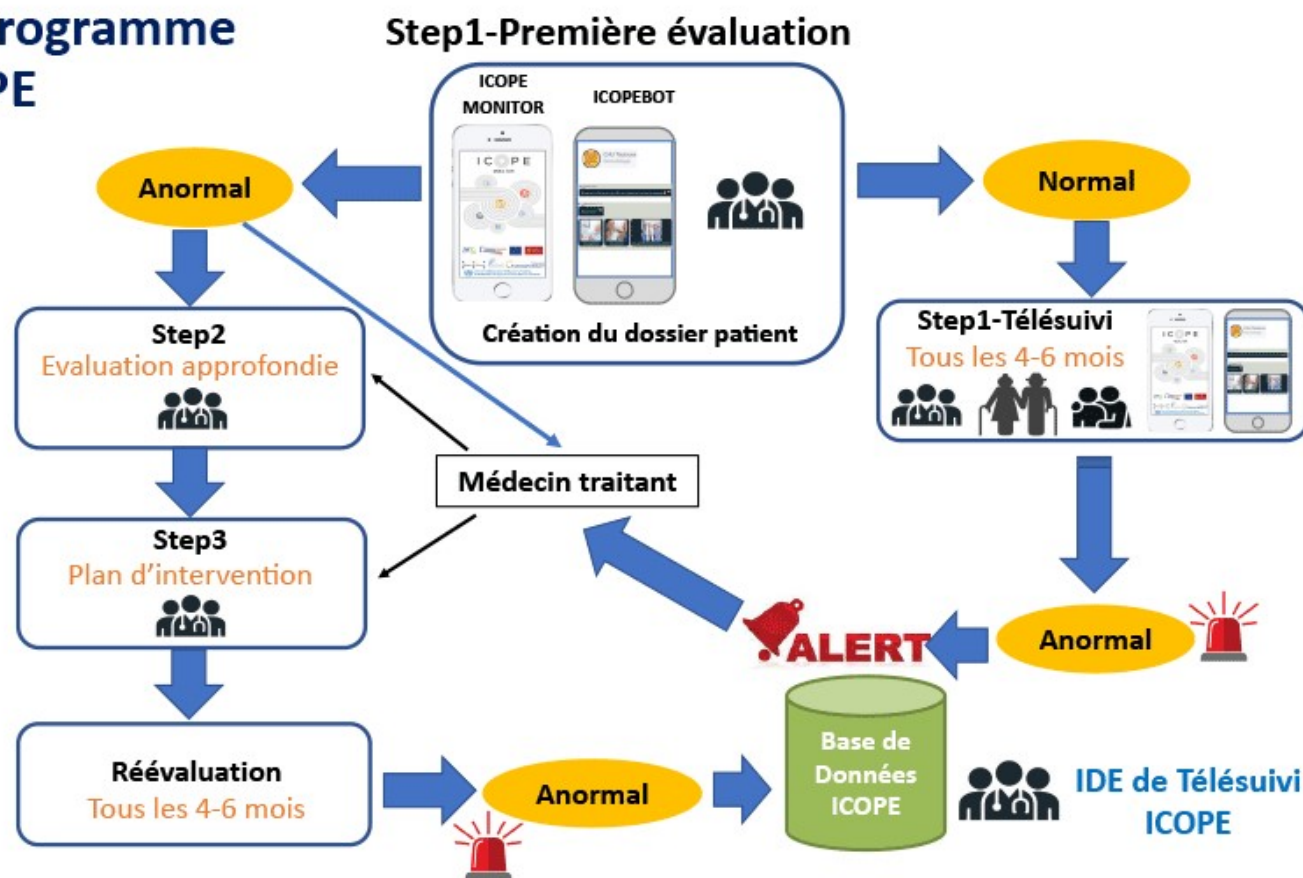
- ☐ Oui
- ☐ Oui

Application ICOPE MONITOR & ICOPEBOT



En résumé

Schéma du Programme ICOPE



60-70 ans: 1 fois /an
>70 ans : 1 fois tous les 6 mois

karine.peres@u-bordeaux.fr

