

L'Unité de prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement : une approche innovante en santé publique et recherche sur la prévention de la perte d'autonomie du sujet âgé en Limousin

Thierry DANTOINE, Cécile LAUBARIE-MOURET, Noëlle CARDINAUD, Nicolas SIGNOL, Marion CHARENTON BLAVIGNAC, Murielle MALICHIER, Marie-Jeanne VERGER, Sophie SINGER, Karen LEMASSON, Christine CHAUMONT, Cédric PAROT, Caroline GAYOT

En France, au cours des cinquante dernières années, la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale a augmenté de 40% alors que celle des jeunes de moins de 20 ans a diminué de 15%. La plus forte croissance concerne les tranches d'âges élevés de plus de 75 ans. Ainsi, la part des 85 ans ou plus s'est multipliée par 4 et celle des centenaires par 5, soit un accroissement du nombre des 75 ans et plus de 52,1% au cours du dernier quart du XX^e siècle ⁽¹⁾.

Le Limousin se distingue par le caractère très prononcé du vieillissement de sa population. Ainsi en 2003, 23,1% de la population avaient 65 ans ou plus contre 16,3% en France métropolitaine. La part des plus de 75 ans dépasse les 12%, atteignant respectivement 15% et 13% en Creuse et Corrèze (les secteurs ruraux étant préférentiellement concernés) ⁽¹⁾. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en collectivité a peu augmenté malgré le vieillissement accru de la population. Sur la période 1968-1999, elle passe de 5,2 à 5,5% pour deux raisons : jusqu'à 85 ans le maintien à domicile a été largement développé et à partir de 90 ans, l'institutionnalisation s'est au contraire fortement accentuée ⁽¹⁾.

Les études épidémiologiques montrent une répartition très inégale de trois catégories de personnes âgées individualisées en fonction de leur état de santé et donc de leur autonomie ⁽²⁾. Chaque année environ, 12% de la population indépendante de plus de 75 ans

vivant à domicile, perd son autonomie pour une des activités de la vie quotidienne et bascule dans la fragilité ⁽³⁻⁴⁾.

Le concept de fragilité, « frail elderly », tente de décrire des situations propres à la gériatrie. Il s'agit d'un concept opérant surtout dans le domaine de la prévention où il détermine des stratégies de soins spécifiques. Le vieillissement, variable selon les individus, est caractérisé par une diminution des réserves physiologiques conduisant ainsi à un équilibre précaire et à une déstabilisation ⁽⁵⁻⁷⁾. Les principales modifications physiologiques associées à la fragilité sont la sarcopénie, les dysrégulations neuro-endocriniennes et les anomalies du système immunitaire ⁽⁷⁻²³⁾. La fréquence de l'état de fragilité et son évolution sont très variables selon les individus. Des études épidémiologiques et d'intervention sont nécessaires pour mieux définir ce concept et montrent l'intérêt préventif du dépistage précoce.

L'intérêt de repérer les sujets âgés fragiles réside en effet dans la possibilité d'appliquer des stratégies préventives et des stratégies de soins spécifiques pour réduire les risques de décompensation. L'évaluation gériatrique globale (EGG) est actuellement la méthode de référence pour détecter la population fragile. Les effets bénéfiques de l'EGG au cours de l'hospitalisation ont été reconnus dans la littérature internationale avec une réduction de la mortalité de 14%, une réduction de la fréquence des nouvelles hospitalisations de 12%, une augmentation de la survie des patients à domicile de 26%, une améliora-

tion des fonctions cognitives de 41% et une amélioration du statut fonctionnel de 72%⁽²⁴⁾.

La complexité liée à l'hétérogénéité du vieillissement et le caractère chronophage de toute EGG rendent cette approche plus difficile pour les soignants ou les médecins traitants des personnes âgées à domicile qui doivent intégrer le dépistage et le suivi de multiples pathologies concomitantes à l'évaluation de la fragilité du sujet âgé.

Dans ce contexte, nous avons mis en place une organisation innovante visant à favoriser l'EGG en tant que bilan de santé et d'autonomie préventif et à mettre en place un outil de recherche en santé publique gériatologique.

La structure

Afin d'optimiser la prévention de la dépendance au grand âge, une unité expérimentale : Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPS AV) a vu le jour le 4 janvier 2010 au sein de la filière gériatrique du CHU de Limoges. Il s'agit d'une structure organisationnelle innovante puisque, pour la première fois, l'expertise gériatrique et gériatologique est mise à disposition des sujets âgés à leur domicile, gratuitement sur simple demande.

C'est à partir de fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et des fonds recherche de l'agence régionale de santé (ARS) du Limousin que l'unité a pu être constituée et démarrer son activité pour une durée expérimentale de 3 ans. Forte de son bilan, les financements ont été pérennisés en mai 2012, sous la forme d'une mission d'intérêt général.

Cette équipe gériatologique pluridisciplinaire est composée d'un gériatre, d'une infirmière (IDE), d'une psychomotricienne, d'un ergothérapeute, d'une assistante sociale, d'un attaché de recherche clinique (ARC), d'une psychologue et d'une secrétaire. Ses locaux sont situés au sein du CHU dont elle constitue une unité fonctionnelle.

L'UPS AV se déplace au domicile des personnes âgées d'au moins 75 ans ou d'au moins 65 ans si elles sont polypathologiques. Elle réalise une EGG préventive au sein même de leur lieu de vie afin de dépister les risques de rupture d'autonomie et de proposer une coordination d'actions préventives médicales et sociales avec l'ensemble des acteurs de proximité et la personne âgée, en étroite relation avec le médecin traitant.

Ses missions

Une action de Santé Publique et de Prévention : "Prévenir et accompagner le risque de rupture d'autonomie de la personne âgée à domicile" sur le territoire de la Haute-Vienne

L'UPS AV intervient à la demande de la personne âgée ou de sa famille, du médecin traitant ou des autres professionnels de santé libéraux, des référentes gériatologiques de secteur, des associations d'aide au maintien à domicile sous réserve de l'accord de la personne âgée.

Dans un premier temps, le gériatre se déplace avec l'IDE coordonnatrice. Ce binôme réalise une EGG. Cette EGG comporte deux volets :

- un volet sanitaire comprenant un listing des facteurs de risque cardiovasculaire, des antécédents médicaux et chirurgicaux de la personne, de ses traitements ; une évaluation sphinctérienne, sensorielle, cognitive, nutritionnelle ; des capacités physiques ; de l'équilibre/mobilité ;

- un volet social et médico-social établissant la situation socio-familiale de la personne, son autonomie fonctionnelle (ADL, IADL, GIR, SMAF). Ce volet peut également être réalisé en collaboration avec les référentes gériatologiques de secteur.

Enfin, le gériatre prescrit une analyse biologique sanguine à réaliser à domicile par une IDE libérale.

Dans un second temps, l'EGG peut être complétée, selon l'évaluation médicale initiale, par l'ergothérapeute et si nécessaire la psychomotricienne qui interviennent au domicile de la personne à distance de la consultation effectuée par le gériatre et l'IDE. Elles analysent la situation environnementale et les réserves fonctionnelles physiques et psychiques de la personne par leurs propres évaluations. L'assistante sociale et la psychologue de l'UPS AV peuvent être aussi amenées à se rendre au domicile de la personne si nécessaire.

Même en l'absence d'événement nouveau, chaque personne est réévaluée tous les 6 mois afin d'identifier les facteurs de fragilisation et surtout de réévaluer et réadapter le plan de soins et de prévention.

Après l'évaluation initiale et durant le suivi, l'UPS AV assure la coordination autour de la personne. En fonction des résultats obtenus au cours de l'évaluation, un plan d'intervention est établi.

Le schéma, ci-dessous, représente les différentes étapes des actions de coordination menée par l'équipe de l'UPSAV. Il explique l'élaboration du plan d'accompagnement ou d'intervention qui pourra être mis en place et comment les acteurs sanitaires et médico-sociaux en prendront connaissance.

Un premier niveau de coordination est réalisé en interne sous forme de réunions de concertation. Les membres de l'UPSAV élaborent leurs propositions (investigations médicales complémentaires (secteur public ou libéral) ; participation à des activités de loisir (à visée de stimulation cognitive et physique) ; aménagement du domicile, aides techniques, humaines, programme d'activités etc...)

Un deuxième niveau de coordination est effectué auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge du patient. L'UPSAV informe le médecin traitant du patient de sa visite par des comptes rendus détaillés (gériatre + ergothérapeute + psychomotricienne) et échange sur la conduite à tenir. Elle informe et se concerta également avec chaque partie concernée par le plan d'intervention (référénte gérontologique, assistante sociale, famille, médecin traitant...) afin d'aboutir à une action consensuelle.

Dans ce modèle de coordination, le médecin traitant a un rôle essentiel à jouer :

- dans l'acceptation du plan de soins proposé à son patient ;

- pour le retour d'informations médicales et médico-sociales nécessaires au gériatre et au reste de l'équipe pour la réadaptation du plan de soin si nécessaire ;
- en tant que référent médical de son patient.

L'UPSAV se place au centre d'un réseau mêlant professionnels de la santé et médico-sociaux et entourage familial du patient. Le plan d'intervention personnalisé implique chaque acteur et la coordination de l'UPSAV est primordiale pour un accompagnement préventif des personnes âgées.

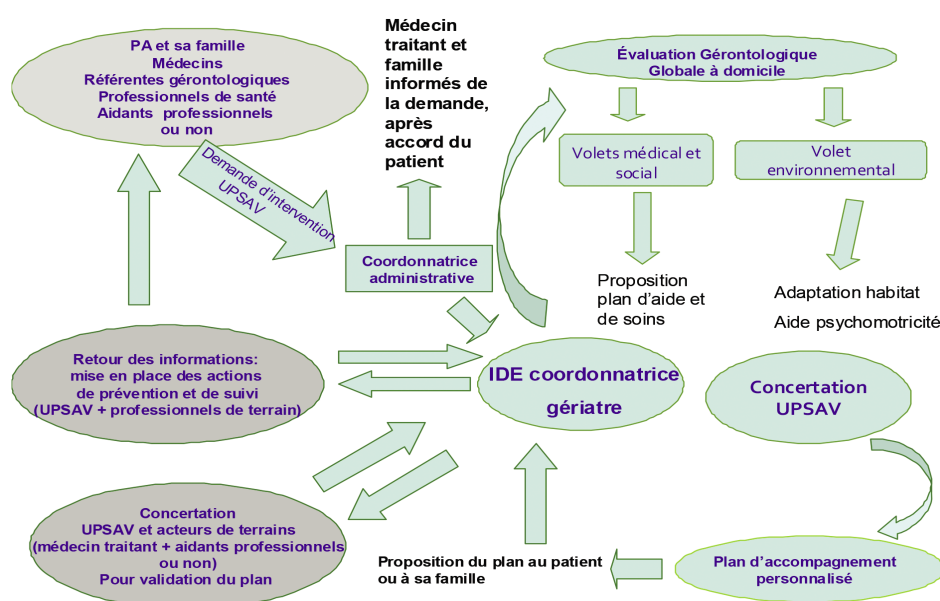
Pour cette action les populations "cibles" restent les personnes de 75 ans et plus ou de 65 ans polyopathologiques ; il s'agit d'un niveau de prévention secondaire mais également primaire :

- Personnes sans comorbidité vivant à domicile mais qui du fait de l'avancée en âge risquent de présenter des critères de fragilité nécessitant, pour le maintien de son autonomie, des conseils et une prise en charge personnalisée ;
- Personnes en perte d'autonomie dont le souhait est de rester à domicile en favorisant qualité de vie et sécurité.

Une mission de Recherche et d'Innovation

L'UPSAV apporte une expertise scientifique et élabore des projets de recherche autour de l'innovation organisationnelle ou des projets de recherche clinique concernant l'autonomie de la personne âgée à son domicile, en permettant un suivi de l'EKG exhaustif au domicile des personnes.

Schéma de présentation de l'UPSAV



L'UPSAV participe ainsi à des expérimentations innovantes des territoires en apportant une aide à la méthodologie d'étude mais également en mettant à disposition son équipe pluridisciplinaire pour réaliser des consultations d'évaluations qui intègrent des données médicales mais aussi socio-environnementales, médico-économiques, d'usages et médico-économiques. Dans ce cadre, l'UPSAV peut être coordinatrice ou prestataire.

L'UPSAV est porteuse de projets de recherche clinique. Elle crée ses propres études :

- ESOPPE en Corrèze,
- GEROPASS et TELEHPAD, en Haute-Vienne,
- DOMOLIM en Creuse,
- GETBETTER sur la Corrèze, la Creuse et la Haute-Vienne.

Elle peut également se positionner en tant que prestataire de services en étant missionnée pour des travaux à la demande d'organismes comme EVAL-EHPAD pour l'évaluation de la bientraitance médicale en EHPAD (commandée par l'ARS Limousin)

Son bilan sur deux ans : quelles actions de prévention ?

Caractéristiques des personnes évaluées

860 évaluations ont été réalisées en 2011 contre 671 en 2010 soit une augmentation d'activité de 28% en un an :

- Population UPSAV : 2/3 femmes et 1/3 d'hommes d'âge moyen de 84 ans ;
- Population déjà en perte d'autonomie avec un GIR moyen évalué à 4,57 ;
- 51% de personnes seules contre 40% en couple et 9% en famille ;
- 73% résident sur des cantons urbains contre 27% sur des cantons ruraux ;
- 79% de la population évaluée prend plus de 4 classes thérapeutiques par jour.

Quelques exemples de prévention

Rôle dans le dépistage précoce des troubles cognitifs de la population âgée à domicile, facteur majeur de perte d'autonomie ⁽²⁵⁾.

Au cours de l'année 2011, sur 347 personnes évaluées (âge moyen 83,9 ± 6,3), 281 (81,0%) ne présentaient pas d'antécédent de démence (MMSE 25,3 ± 4,0). Après passation des tests de dépistage (MMSE, Dubois, Horloge, Fluences), une atteinte cognitive a été suspectée

chez 102 patients (MMSE 23,2 ± 4,3). Le bilan rapporte :

- 46 atteintes cognitives confirmées (39,0%),
- 31 refus d'investigations complémentaires (26,3%),
- 12 suspicions infirmées (10,2%),
- 16 attentes de résultats complémentaires (13,5%),
- pour 13 personnes, il a été décidé de ne pas aller plus loin dans les investigations (11,0%).

Ainsi l'UPSAV joue un rôle important dans le dépistage précoce des troubles cognitifs. Le dépistage au domicile permettrait d'intervenir plus précocement dans l'évolution de la maladie. Bien que des confirmations diagnostiques soient toujours en attente, la sensibilité globale des tests réalisés de 84,4% confirme l'intérêt de ces outils à domicile. La forte proportion de personnes ayant refusé les investigations complémentaires, souligne la crainte du diagnostic dans la population âgée. La mission d'évaluation gériatrique de l'UPSAV fait le diagnostic au stade léger de la maladie. Elle permet la mise en place d'un traitement spécifique et de mesures non médicamenteuses. Elle s'inscrit dans une attitude de prévention des problématiques inhérentes aux maladies démentielles.

Impact de la prise en charge par l'UPSAV sur la prévention des chutes au domicile ⁽²⁵⁾

Plus de 60% des chutes se produisent au domicile. Chaque année, 35% des PA de 65-79 ans chutent, 45% des 80-89 ans et 50% des plus de 90 ans. Le risque de récurrence annuel après une première chute est évalué à 50%.

Sur 347 interventions (244 femmes, 103 hommes) réalisées par l'UPSAV, 230 personnes (66,3%) avaient des antécédents de chute. Des soins préventifs ont été mis en place : évaluation par l'ergothérapeute et la psychomotricienne, prescription de séances de kinésithérapie ou d'ateliers chute, conseils alimentaires, dépistage et prise en charge de pathologies, évaluation des ordonnances... Un suivi à domicile a été réalisé à 6 et 12 mois. À 1 an, 22 d'entre eux ont fait une nouvelle chute, soit 9,6%. On compte 13 femmes (59%) et 9 hommes (41%). L'âge moyen est de 85,4 ans (± 8,6 ans) et le GIR moyen 4 (± 1,5).

L'UPSAV mène son action dans une région où les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 12,9% de la population. Les plans d'actions et de soins préventifs délivrés par l'UPSAV ont permis de diminuer significativement la récurrence de chute par rapport au risque de la population générale de cette tranche d'âge (9,6% contre 50%).

UPSAV et Ergothérapie : Apport des aides techniques dans le maintien de l'autonomie ⁽²⁵⁾

Dans le cadre de sa mission d'évaluation médico-économique, l'UPSAV a débuté un suivi des coûts des aides matérielles mises en place par l'ergothérapeute afin de les comparer aux coûts de ressources humaines nécessaires à la compensation de pertes fonctionnelles similaires évaluées par le SMAF.

Une situation de handicap peut être résolue au moins transitoirement par l'apport d'une aide technique. Le coût financier pour la mise en place d'une aide technique est souvent moindre que le coût d'une aide humaine fréquente et régulière. L'ergothérapeute et l'apport de solutions matérielles ou architecturales ont donc leur place parmi les ressources permettant de répondre à une incapacité dans les activités de la vie quotidienne.

La durée d'efficacité de cette ressource technique, doit être prise en compte dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle telle qu'elle est réalisée au moyen du SMAF d'où le suivi UPSAV mis en place afin d'en valider le modèle économique.

UPSAV et psychomotricité : retrouver un centre d'intérêt pour aller vers plus d'autonomie ⁽²⁵⁾

En complément des informations recueillies par les différents professionnels de l'UPSAV, le psychomotricien intervient dans l'environnement de vie de la personne âgée, ce qui lui permet de répertorier les ressources et les difficultés de la personne. Le domicile, lieu d'évaluation en situation réelle, permet de mettre en évidence les habitudes de vie, les difficultés rencontrées, les centres d'intérêts de la personne.

Le psychomotricien peut alors aider la personne et son entourage à prendre conscience du potentiel constaté à l'instant même de la mise en situation. Il accompagne ainsi la personne âgée pour qu'elle puisse transférer ses compétences dans une situation extérieure au domicile ciblée vers un objectif de plaisir. Pour cela il lui fait une proposition concrète, pratique, ayant suffisamment de sens pour elle afin qu'elle ait envie de l'intégrer à son rituel.

Enfin, le psychomotricien organise un relais pour que la prévention puisse continuer après son intervention.

Face à une difficulté, la personne âgée a tendance à se dévaloriser et à restreindre ses activités. Elle met alors en place des moyens de compensations pour pallier ses

incapacités ponctuelles en faisant intervenir chez elle des aides extérieures et cherche ainsi à éviter les risques liés au fait même de sortir de chez elle.

Or, sortir du domicile avec un objectif de plaisir participe au maintien de l'autonomie. Le psychomotricien a donc bien sa place au sein de l'UPSAV dans ce type de prévention car il permet à la personne âgée de réutiliser son corps dans sa globalité sans qu'elle ne s'en rende compte, donc sans qu'elle ait à faire d'efforts particuliers afin de bénéficier d'une meilleure qualité de vie.

En intégrant de nouveaux professionnels dans ce type d'équipe mobile, la personne âgée bénéficie d'une prise en charge globale et en même temps plus ciblée sur la problématique personnelle de l'individu.

Conclusion et perspectives : vers une UPSAV régionalisée fin 2012

Après de nombreuses campagnes de communication et les résultats de son bilan à 3 ans d'activité, l'UPSAV est maintenant acceptée par le grand public mais aussi par les acteurs de terrain (médecins traitants, IDE, aides ménagères, instances territoriales...). La demande d'évaluation est grandissante nécessitant des moyens complémentaires récemment alloués par l'ARS.

Les départements voisins ont accepté de mettre en place une telle structure. L'ARS Limousin soutient cette démarche de régionalisation de l'UPSAV en proposant une UPSAV coordonnatrice, basée au CHU de Limoges, et des UPSAV relais formées à l'EKG préventive/coordination par l'UPSAV du CHU, au sein des hôpitaux de proximité de la Haute-Vienne et des départements de la Creuse et de la Corrèze (souvent à partir d'équipes mobiles existantes ou créées). L'ARS du Limousin a conforté l'action et l'intérêt de l'UPSAV en pérennisant les structures initiales et en finançant par des MIG, la régionalisation.

Les spécificités territoriales de la région Limousin sont à l'origine de cette organisation à partir du secteur sanitaire alors que les missions de prévention ne relèvent la plupart du temps pas de ce secteur. Mais, dans cette région, l'enjeu du bien vieillir est non seulement un impératif humain (visant à favoriser le bien-être chez soi au très grand âge) comme ailleurs mais aussi et surtout économique car de l'évolution de ce vieillissement démographique prématuré dépend l'aménagement du territoire notamment en zones rurales où la désertification médicale et des aidants est importante et où les moyens de communications sont plus difficiles. ■

RÉFÉRENCES

1. Données INSEE 2008.
2. **Gonthier R, Blanc P, Farce S, F Stierlam I.** Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins. *Psych Neurophysiol Vieillesse*. 2003 ; 3:187-196.
3. **Hébert R, Brayne C, Spiegelhalter D.** Incidence of functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *Ann Epidemiol*. 1999 ; 150:501-510.
4. **Sauvel C, Barberger-Gateau V, Dequae L, Letenneur L, Dartigues JF.** Facteurs associés à l'évolution à un an de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à leur domicile. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 1994 ; 42:13-23.
5. **Lebel P, Leduc N, Kergoat MJ, Latour J, Leclerc C, Beland F, et al.** Un modèle dynamique de fragilité. *L'Année Gériatologique*. 1999 ; 84-94.
6. **Campbell AJ, Buchner DM.** Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing*. 1997 ; 26:315-318.
7. **Hamerman D.** Toward an understanding of frailty. *Ann Int Med*. 1999 ; 130:945-950.
8. **Rouvenoff R.** Inflammatory and hormonal mediators of cachexia. *J Nutr*. 1997 ; 127:1014-1016.
9. **Ferruci L, Harris TB, Guralnick JM, Tracy RP, Corti MC, Cohen HJ et al.** Serum IL-6 level and the development of disability in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 1999 ; 47:639-646.
10. **Morley JE, Kaiser FE, Sih R, Hajjar R, Perry HM.** Testosterone and frailty. *Clin Geriatr Med*. 1997 ; 13:685-695.
11. **Morrison M, Katz IR, Parmelee P, Boyce A, TenHave T.** Dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and psychiatric and laboratory measures of frailty in a residential care population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1998 ; 6:277-284.
12. **Evans WJ.** What is sarcopenia? *J Gerontol Biol Sci*. 1995 ; 50 A (special issue) : 5.
13. **Morley JE, Silver AJ.** Anorexia in the elderly. *Neurobiol Aging*. 1988 ; 9:9-16.
14. **Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al.** Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol*. 2001 ; 56 A:M146-M156.
15. **Bortz WM.** The physics of frailty. *J Am Geriatr Soc*. 1993 ; 41:1004-1008.
16. **Bortz WM.** The disuse syndrome. *West J Med*. 1984 ; 141:69-74.
17. **Bortz WM.** Disuse and aging. *JAMA*. 1982 ; 248:1203-1209.
18. **Newman AB, Gottdiener JS, McBurnie MA, Hirsch H, Kop WJ, Tracy R et al.** Associations of subclinical cardiovascular disease with frailty. *J Gerontol*. 2001 ; 56 A:M158-M166.
19. **Ross R.** Atherosclerosis - an inflammatory disease. *N Engl J Med*. 1999 ; 340:115-126.
20. **Roubenoff R, Harris TB, Abad LW, Wilson PW, Dallal GE, Dinarello CA.** Monocyte cytokine production in an elderly population : effect of age and inflammation. *J Gerontol Med Sci*. 1998 ; 53 A:M20-M26.
21. **Corti MC, Salive ME, Guralnick JM.** Serum albumin and physical function as predictors of coronary heart disease mortality and incidence in older persons. *J Clin Epidemiol*. 1996 ; 49:519-526.
22. **Harris TB, Ferrucci L, Tracy RP, Chiara Corti M, Wacholder S, Ettinger WH et al.** Associations of elevated interleukin-6 and C-reactive protein levels with mortality in the elderly. *Am J Med*. 1999 ; 103:506-512.
23. **Fried LP, Walston J.** Frailty and failure to thrive. In : Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, eds. Principles of geriatric medicine and gerontology, 4th ed. New York : McGraw Hill ; 1998:1387-1402.
24. **Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J.** Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*. 1993 ; 342:1032-1036.
25. Extraits des communications de l'UPSVA aux 5^{èmes} journées nationales des équipes mobiles de gériatrie.