

# ICOPE : INTEGRATED CARE FOR OLDER PEOPLE

- Un programme de prévention de la dépendance et de maintien de la forme physique qui utilise des outils numériques
- Une entrée dans le droit commun en mars 2026 avec la publication d'un décret et d'un arrêté au Journal Officiel

## POUR QUI?

Les plus de 60 ans autonomes



## LES ÉTAPES

ICOPE est un programme en 4 étapes



## LES PARCOURS

Perspectives parcours avec ICOPE



Cognition



Mobilité



Nutrition



Audition



Vision



Psychologie



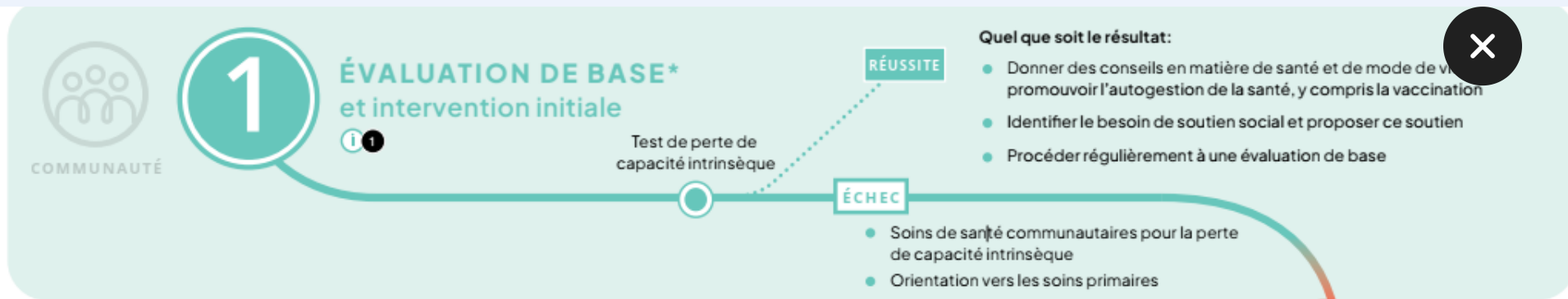
Soins sociaux  
et aides



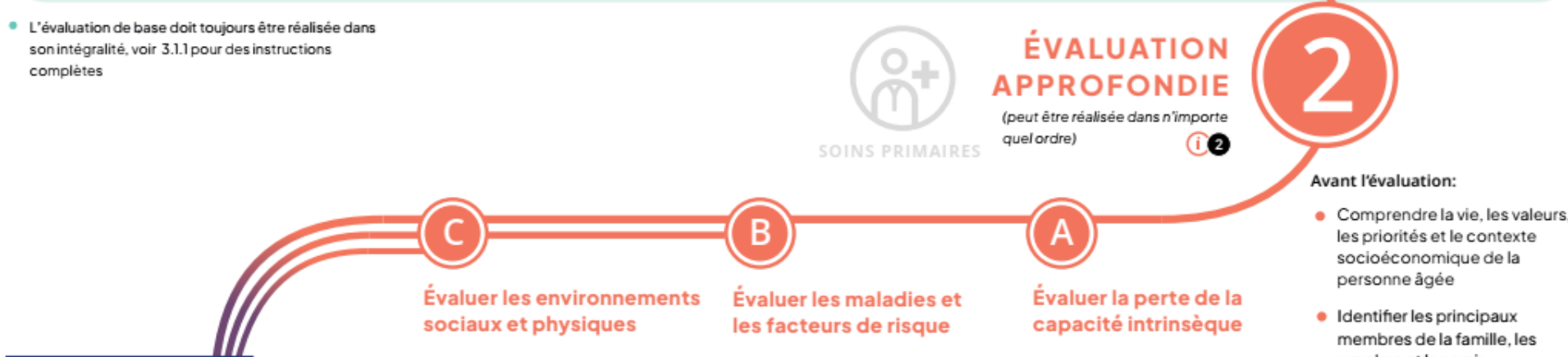
Aide aux aidants



Incontinence  
urinaire



• L'évaluation de base doit toujours être réalisée dans son intégralité, voir 3.1.1 pour des instructions complètes



Avant l'évaluation:

- Comprendre la vie, les valeurs, les priorités et le contexte socioéconomique de la personne âgée
- Identifier les principaux membres de la famille, les proches et les amis



Identifier et consolider les interventions en tenant compte de tous les résultats

Discuter avec la personne âgée et le ou les aidant(s) pour:

- Définir l'objectif des soins
- Concevoir un plan de soins intégré


Réévaluer

- Selon le plan de soins
- Après un événement ou une maladie aiguë
- En cas de changement de rôle social ou de situation de vie



## ICOPE : un programme pour quel public?

Peuvent bénéficier d'ICOPE les personnes :

- De plus de 60 ans, une souplesse sur cet âge minimum semble envisageable hors recherche clinique
- Autonomes avec un ADL >5 
- Non bénéficiaires de l'APA ( GIR>5)
- Vivant à domicile ou en habitat intermédiaire



### Prioriser les personnes avec facteurs de risque de déclin fonctionnel:

- Isolement social et/ou géographique ;
- Précarité socio-économique;
- Situations familiales, événement de vie: être aidant, passage à la retraite, veuvage, divorce...
- Eloignement des soins ou d'un suivi régulier.

# ICOPE : un outil numérique



Un test que l'on peut réaliser de différentes façons :



Avec mon téléphone ou ma tablette, je télécharge l'application mobile



Sur mon ordinateur, je me laisse guider



Je ne suis pas équipé(e), je me fais accompagner

Le mode de réalisation du test détermine l'appartenance à une cohorte :

- Seul en autotest
- Accompagné par un non professionnel de santé : proche, aide de vie, travailleur social...
  - ⇒ Cohorte digitale : gérée par l'équipe UPSAV du CHU
- Accompagné par un professionnel de santé
  - ⇒ Cohorte care : des centres de gestions d'alertes sont en cours de construction sur 3 territoires CPTS

Principe central : la mesure et la préservation :

- De 6 fonctions essentielles au maintien de l'autonomie :



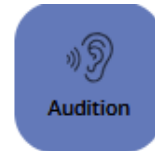
Mémoire



Nutrition



Vision



Audition



Psychologie



Mobilité

- De 3 facteurs importants pouvant influencer la santé :



Soins sociaux et aides



Aide aux aidants



Incontinence urinaire



# ICOPE : UN PROGRAMME EN 4 ÉTAPES



Alerter si  
déclin

## STEP 1 : repérer

- Des questions et épreuves simples → Test
- Une quinzaine de minutes
  - Pour tester les six fonctions et les 3 facteurs importants
  - Pour identifier un ou plusieurs déclin
- À réitérer tous les 6 mois : monitoring



## STEP 2 : évaluer

- Explorer différents domaines et/ou facteurs clefs touchés (utilise les outils de l'évaluation Gériatrique Standardisée)
- Évaluer les besoins sociaux et environnementaux



## STEP 3 : construire le plan de soins personnalisé

- Faire des recommandations selon les domaines altérés
- Centrées sur la personne
- Interventions pluri-disciplinaires
- S'appuyer sur les ressources de proximité



## STEP 4 : assurer le suivi du parcours de soins

- S'assurer de la mise en pratique des interventions, lever les freins rencontrés
- Fléchage du parcours de soins

Implication de la collectivité, de l'aide aux aidants, des CPTS, d'équipes hospitalières, CRT, etc... →



# ICOPE : la gestion d'alertes

En cas d'alerte à l'étape 1, une personne est en charge de vérifier l'alerte, c'est la gestion de l'alerte. Elle s'effectue via la base de données ICOPE

**+ Créer**

- Nouvelle Etape 1
- Nouvelle Etape 2
- Nouveau Participant

**Lister**

- Etapes 1 - Dépistages
- Etapes 2 - Evaluations
- Entretiens motivationnels
- Réunions de coordination
- Participants
- Centres

**Tableaux de bord**

- Alertes**
- Prochaines Etapes 1
- Statistiques Etapes 1
- Statistiques Etapes 2
- Indicateurs d'activité

Naissance		Date de l'alerte	Statut	Tendance	Dernière action	Centre étape 1	
28/06/1952	Participant	15/11/2022	Non traitée	●		Justine De Kerimel	Alerte
15/08/1960	Participant	15/11/2022	Non traitée	●		Justine De Kerimel	Alerte
10/10/1935	Participant	15/11/2022	Non traitée	●		Justine De Kerimel	Alerte
10/10/1935	Participant	30/08/2022	En cours		30/08/2022	Justine De Kerimel	Alerte
15/08/1960	Participant	30/08/2022	Traitée		12/09/2022	Justine De Kerimel	Alerte

Le statut de l'alerte change en fonction du traitement effectué :

- Non traitée** : le traitement n'a pas débuté
- En cours** : le traitement a débuté mais n'est pas fini (senior indisponible, attente de réponses...)
- Traitée** : le traitement est terminé

La tendance est l'évolution des résultats entre deux étapes 1 :

- **Aggravation**
- **Stabilité**
- **Amélioration**

**2**

Bouton « alerte » = prise en charge de l'anomalie



# LES ÉCHELLES D' AUTONOMIE

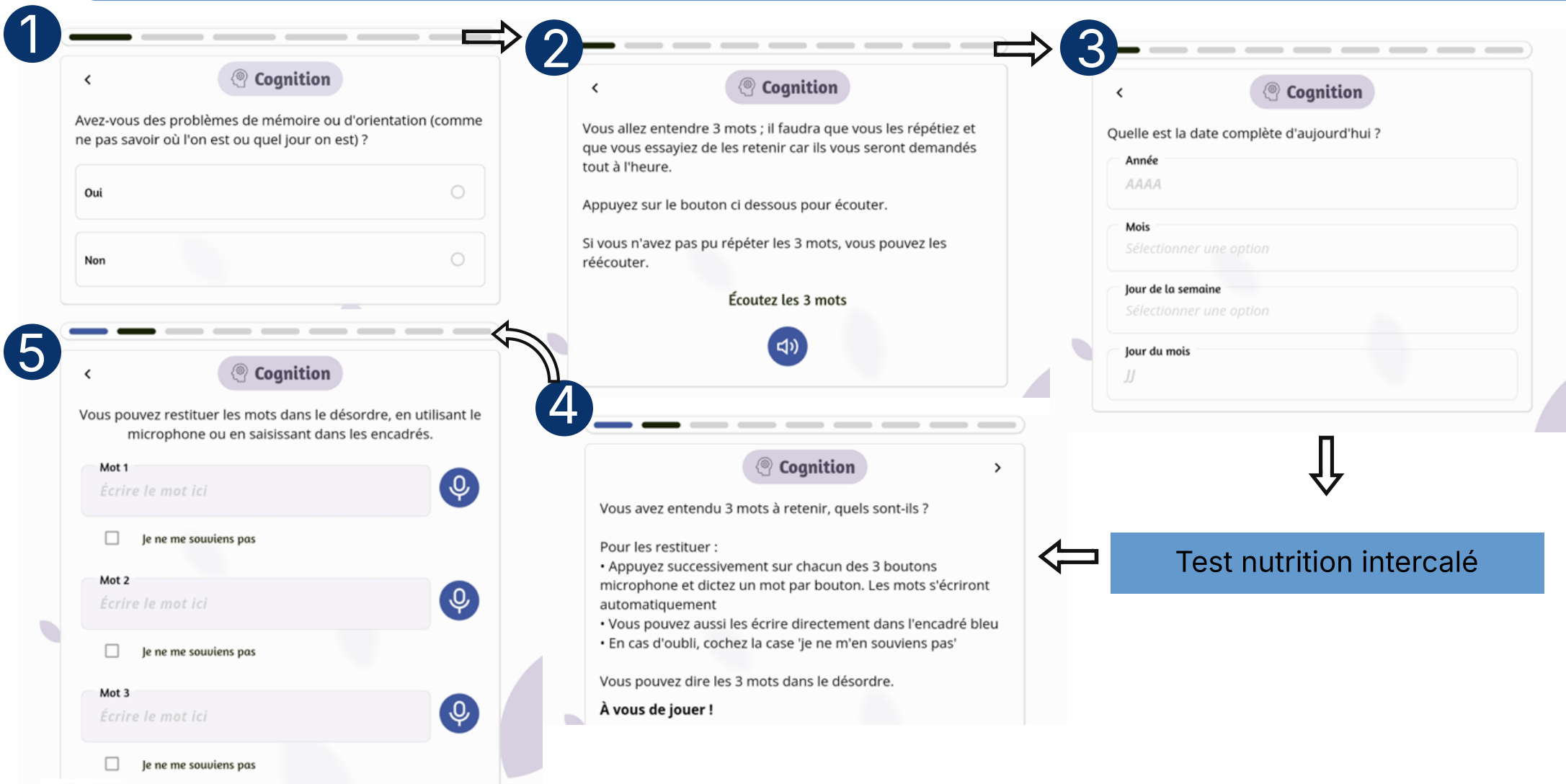
## Échelle ADL

<b>Hygiène Corporelle</b>	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
<b>Habillage</b>	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 ½ 0
<b>Aller aux toilettes</b>	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
<b>Locomotion</b>	Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
<b>Continence</b>	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
<b>Repas</b>	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0



# STEP 1 OU ÉTAPE 1 : LE TEST DE DÉPISTAGE

Focus sur les questions du STEP 1 pour la capacité " mémoire "



Test nutrition intercalé



# LES PARCOURS ICOPE - À PARTIR DU GUIDE OMS ICOPE V2



COMMUNAUTÉ

## 1

### ÉVALUATION DE BASE\* et intervention initiale

**i 1**

Test de perte de capacité intrinsèque

**RÉUSSITE**


**Quel que soit le résultat:**

- Donner des conseils en matière de santé et de mode de vie et promouvoir l'autogestion de la santé, y compris la vaccination
- Identifier le besoin de soutien social et proposer ce soutien
- Procéder régulièrement à une évaluation de base

**ÉCHEC**

- Soins de santé communautaires pour la perte de capacité intrinsèque
- Orientation vers les soins primaires

L'évaluation de base doit toujours être réalisée dans son intégralité, voir 3.1.1 pour des instructions complètes



SOINS PRIMAIRES

## 2

### ÉVALUATION APPROFONDIE

(peut être réalisée dans n'importe quel ordre)

**i 2**

**Avant l'évaluation:**

- Comprendre la vie, les valeurs, les priorités et le contexte socioéconomique de la personne âgée
- Identifier les principaux membres de la famille, les proches et les amis

**Réévaluer**

- Selon le plan de soins
- Après un événement ou une maladie aiguë
- En cas de changement de rôle social ou de situation de vie

**A** Évaluer la perte de la capacité intrinsèque

**B** Évaluer les maladies et les facteurs de risque

**C** Évaluer les environnements sociaux et physiques

## 3

### ÉLABORER UN PLAN DE SOINS PERSONNALISÉ

**i 3**

Identifier et consolider les interventions en tenant compte de tous les résultats

Discuter avec la personne âgée et le ou les aidant(s) pour:

- Définir l'objectif des soins
- Concevoir un plan de soins intégré

## 4

### METTRE EN ŒUVRE ET SUIVRE

**i 4**

- Réunir une équipe pluridisciplinaire dans le domaine de la santé et des services sociaux, ainsi que dans d'autres secteurs, le cas échéant
- Coordonner la mise en œuvre
- Assurer un suivi régulier



Société de Gériatrie  
et Gérontologie

LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

# ICOPE & FRAGILITÉ COGNITIVE: Partage d'expérience Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPS AV)

Journées Annuelles de la Société de Gériatrie et Gérontologie du  
Limousin – Nouvelle Aquitaine

23 avril 2026

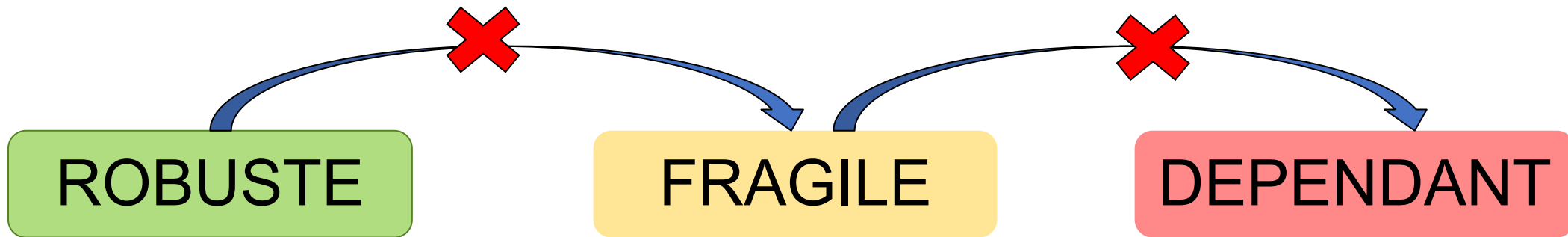


# UPSAV : Présentation

- Equipe mobile **pluriprofessionnelle** extra hospitalière
- Evaluation multidimensionnelle
- Au domicile des personnes
- Prévenir la perte d'autonomie
- **> 65 ans poly pathologiques ou > 75 ans**
- **3 missions :**
  1. Parcours de soin
  2. Expertise Pharmaco-Gérontologique
  3. Prévention

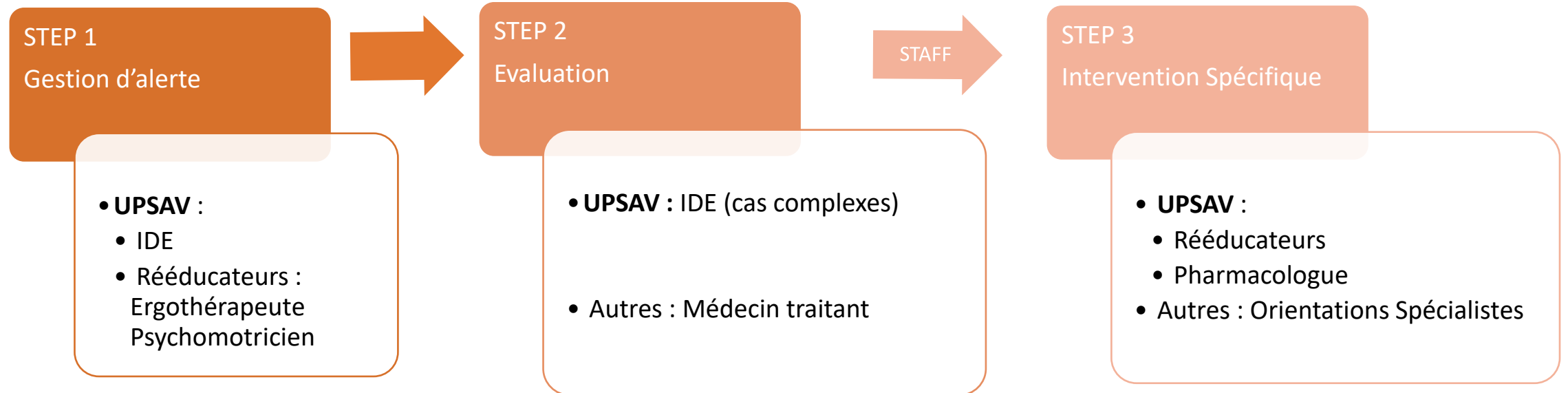
## ICOPE et l'UPSAV

- Intégration du programme dans la mission **Prévention** :



- Cible : Personnes âgées de 60 ans et plus, autonomes.
- Gestion par l'UPSAV des auto-évaluations

# ICOPE UPSAV : Etapes et acteurs





# ICOPE UPSAV : STEP 3

- **Rééducateurs**
  - Psychomotricienne : éviter l'altération des fonctions psychomotrices.
  - Ergothérapeute : éviter l'impact sur les occupations.
- **Pharmacologue**
  - Identifier le risque médicamenteux d'atteinte cognitive.
  - Réduire la fragilité pharmacologique.



# ICOPE UPSAV : Orientations Spécialistes

A partir de 60 ans

- CMT (consultation mémoire du territoire)
- Projet consultation Bien-vieillir UPSAV

A partir de 65 ans

- CMRR Neurologie et Psychiatrie sur le site d'Esquirol

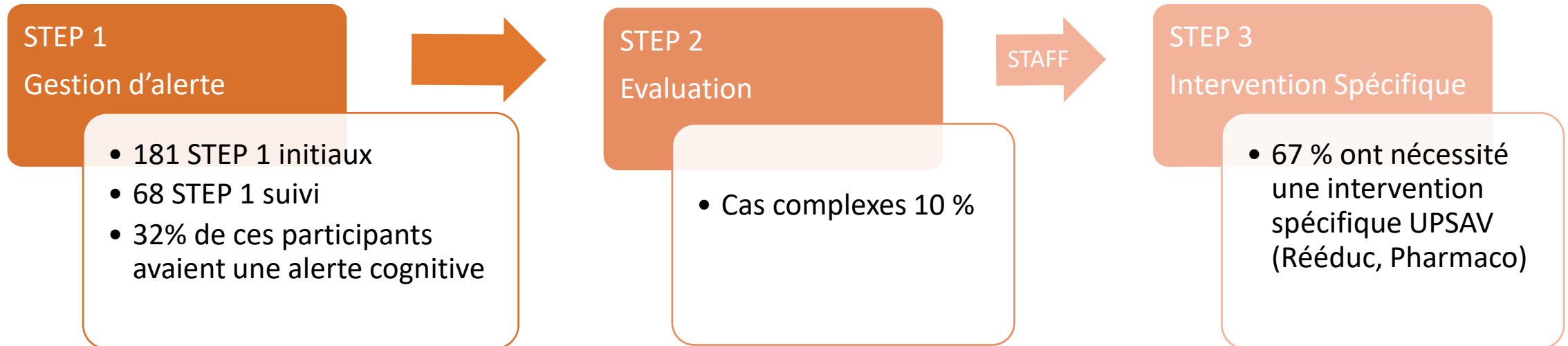
A partir de 75 ans

- HDJ gériatrique
- CMRR Gériatrie

# ICOPE UPSAV : Prévalence Atteintes Cognitives

Implantation prospective : depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2025

Implantation rétrospective : de 1<sup>er</sup> mai au 31 août 2025



Chiffres en date du 1<sup>er</sup> avril 2026

Age moyen  $66.5 \pm 8.8$  ans

Homme : 36%



Société de Gériatrie  
et Gérologie

LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

# MERCI DE VOTRE ATTENTION





Société de Gériatrie  
et Gérontologie  
LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

## Atelier « ICOPE & Fragilité cognitive: Du dépistage au diagnostic »



Centre hospitalier  
de Périgueux

## Evaluation de la fragilité cognitive selon le modèle ICOPE par le Dispositif Infirmier Prévention Santé en Dordogne (DIPS) Retour d'expérience de plus de 2500 évaluations en 10 ans

**Dr Frédéric WONÉ** – Chef de Pôle – Médecin coordonnateur

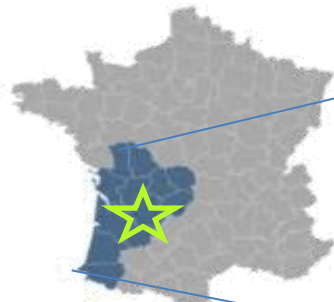
**Véronique CHANEL, Christelle CLÉMENT, Marc GOURGUES**, IDE DIPS

**Aurélia PRINCE**, Chargée de projets



# Périgueux: Pôle hospitalier départemental

## Porteur du DIPS (Dispositif Infirmier Prévention Santé)



Secteur sanitaire : 618 lits+163 places  
Secteur médicosocial **EHPAD** : 477 lits

### Centre Ressources EHPAD (depuis 2014) :

#### ○ 4 axes :

1. Citoyenneté résidents en EHPAD (*CVS Départemental – Tiers lieu EHPAD*)

**2. Prévention seniors : Dispositif Infirmier Prévention Santé (DIPS)**

3. Aide aux aidants

4. Coopérations professionnelles (*EMH – Communauté d'Innovation Dordogne Périgord*)



# Partenaires du DIPS

CHU Toulouse - ICOPE



Gérontopôle Nouvelle Aquitaine



Agence Régionale de  
Santé Nouvelle-Aquitaine



Conseil Départemental de  
Dordogne - CFPPA

(Commission des Financeurs  
Prévention de la Perte d'Autonomie de  
la Dordogne)



Malakoff-Humanis



Groupement Hospitalier  
de Territoire – Dordogne



Personnes de 60 ans et plus  
autonomes - aidants



Dispositif d'Appui  
à la Coordination  
DAC 24 - Dordogne



CARSAT - MSA



ASEPT Périgord  
Agenais



Cassiopea



La Poste Santé  
Autonomie

... Acteurs territoriaux de  
santé/prévention de DORDOGNE  
(CPTS,CLS,MSP,EPCI, Assos,...)

# DIPS - Historique et Méthode

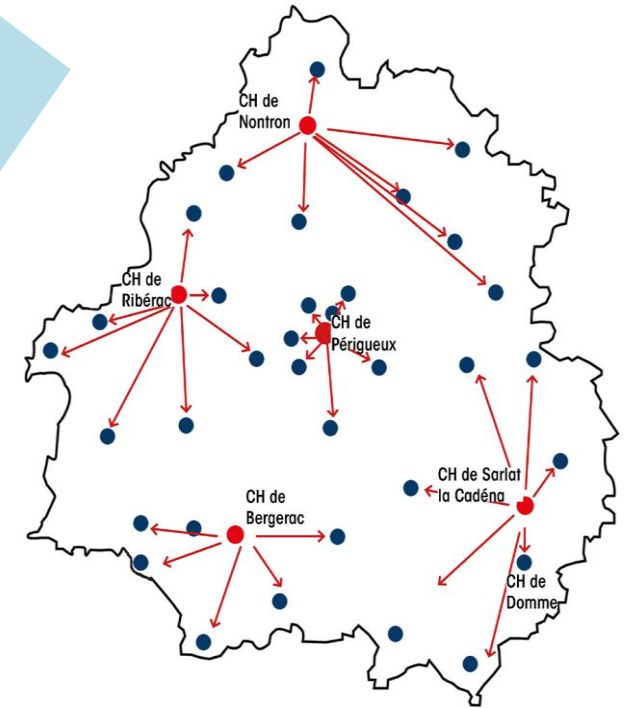
**2014 :**  
Création du  
Centre  
Ressources  
EHPAD

**2016 :**  
Création de la  
première  
consultation  
infirmière à  
Périgueux  
(Pôle EHPAD)

**2019 :**  
Déploiement de  
la **consultation**  
**« Dépistage des  
fragilités »**  
dans tout le  
Département de  
la DORDOGNE  
Modèle **ICOPE**

**Depuis 2022 :**  
De la **Fragilité** à  
la **PREVENTION  
SANTE**  
**Dispositif  
Infirmier  
Prévention  
Santé**  
  
**Le « DIPS »**

**Depuis 2023 :**  
**45 Points de  
consultations de  
proximité** autour des  
**5 CH** de la GHT  
**Points éphémères**  
de consultations à la  
demande des Mairies  
**Gestion des alertes  
Etape 1 ICOPE** pour  
la Dordogne



**Etape 0**  
• Réunions  
d'information

**Etape 1**  
• Dépistage

**Etape 2**  
• Evaluation  
Approfondie

**Etape 3**  
• Plan  
Personnalisé

**Etape 4**  
• Suivi 6 Mois  
& 1 an

**Etape 5**  
• Partenaires  
Territoire

# 3301

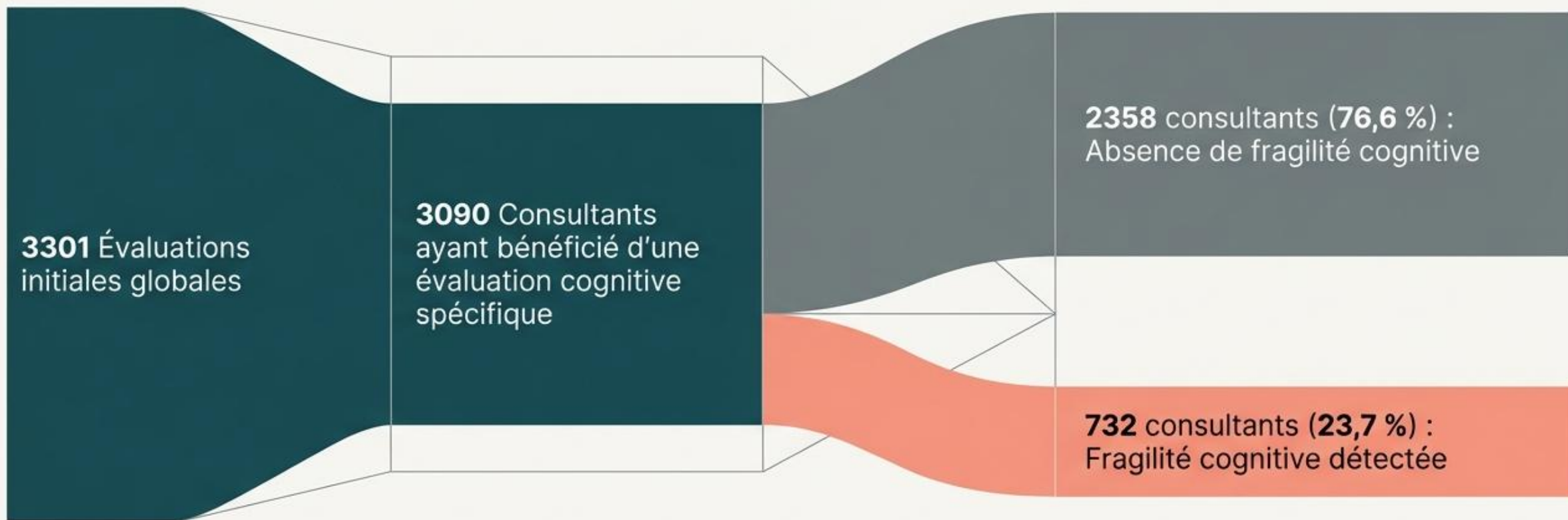
Évaluations initiales réalisées

## Évaluation de la fragilité cognitive en Dordogne

---

Le Modèle ICOPE en Action : Retour  
d'expérience sur 3301 évaluations par le  
Dispositif Infirmier en Prévention Santé

# L'Entonnoir de Dépistage



Notre analyse se concentre sur la cohorte des 732 patients identifiés avec une fragilité cognitive.

# Le Profil Clinique et Social : Qui sont les 732 patients concernés ?

## Démographie



Âge moyen : **76,96 ans**

Sexe : **64,2 % Femmes** | **35,8 % Hommes**

## Niveau d'Études

Brevet / CAP / BEP : **39,5 %**

Certificat d'étude : **21,0 %**

Bac + : **15,6 %**

## Isolement & Mode de vie



**53,3 %** vivent en couple

**41,5 %** vivent seuls

**89,7 %** maintiennent des fréquentations régulières

## Contexte Médical Initial



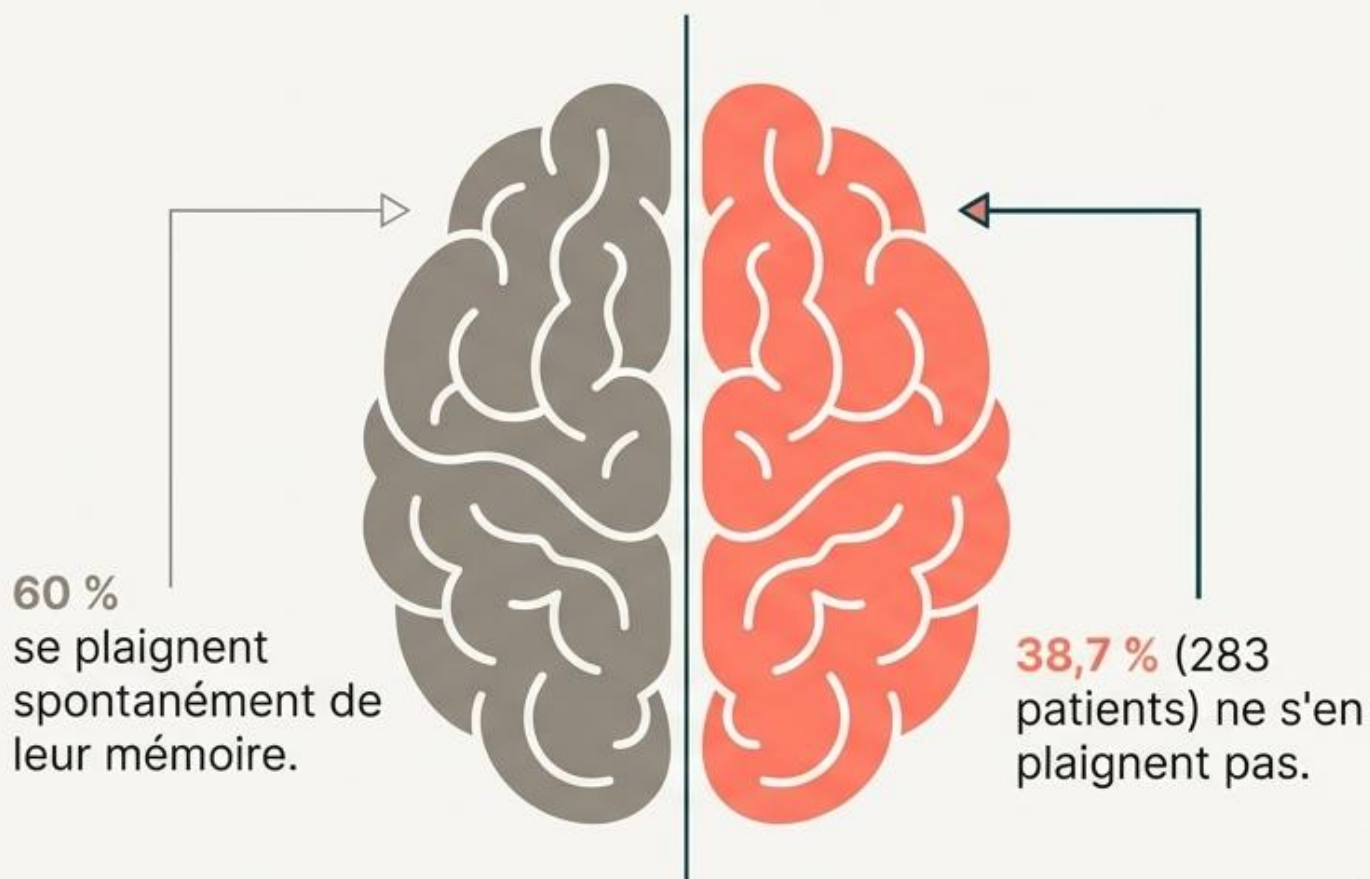
Médecin traitant : **96,3 %**

**1,96** comorbidités & **3,84** traitements en moyenne

**50,3 %** stade pré-fragile | **49,3 %** stade fragile



# Le Paradoxe de la Plainte : L'urgence d'un dépistage proactif



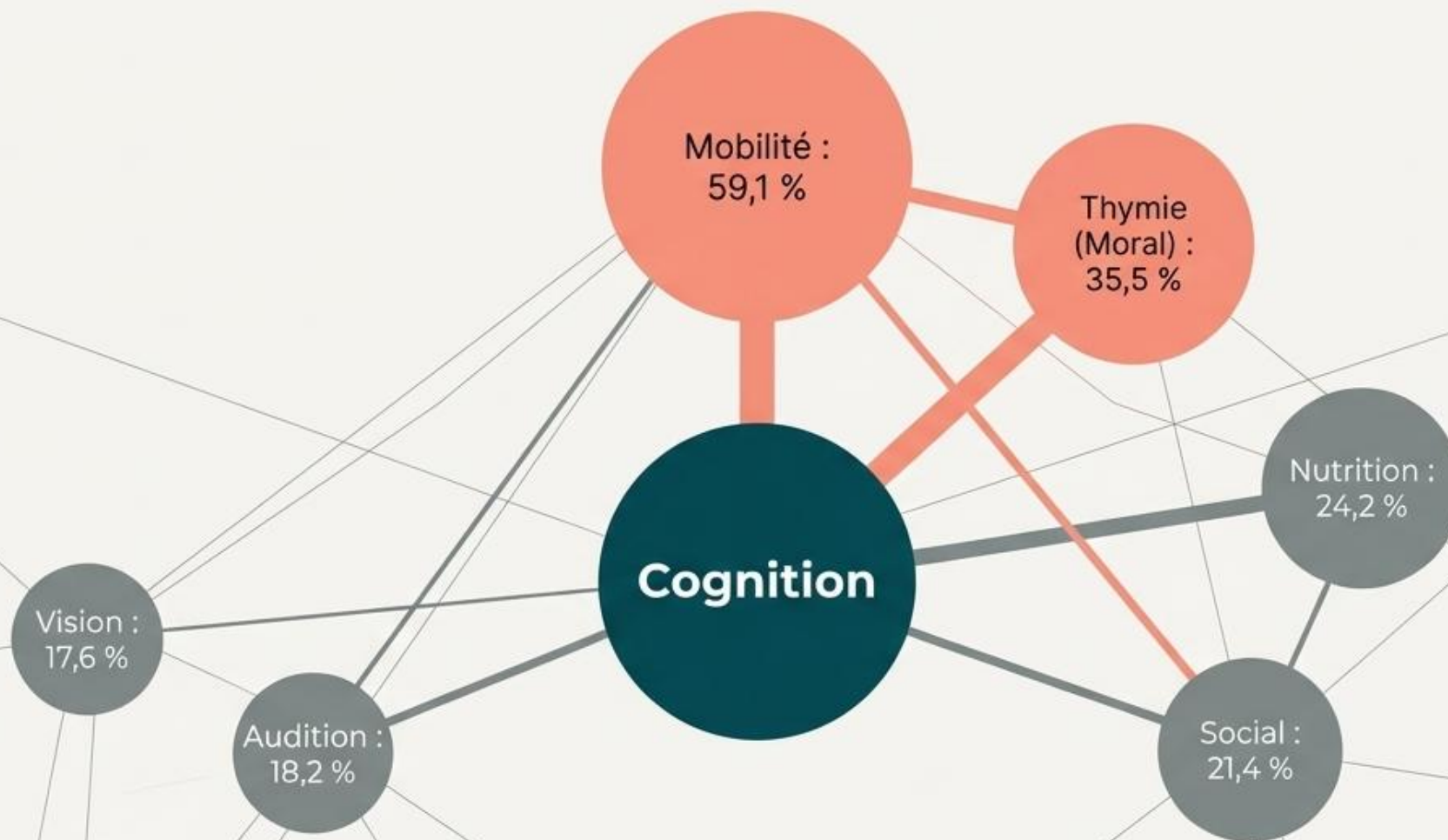
## Qui sont ces patients sans plainte apparente ?

- 62,5 % sont des femmes.
- Altération massive de la mobilité (58,3 %).
- Déclin objectif confirmé : MMSE moyen à 24,47 et MoCA moyen à 22,46.

L'absence de plainte spontanée n'écarte pas le risque.  
L'évaluation systématique lève le voile sur les troubles ignorés ou compensés.

# L'Effet Domino : La cognition ne décline jamais seule

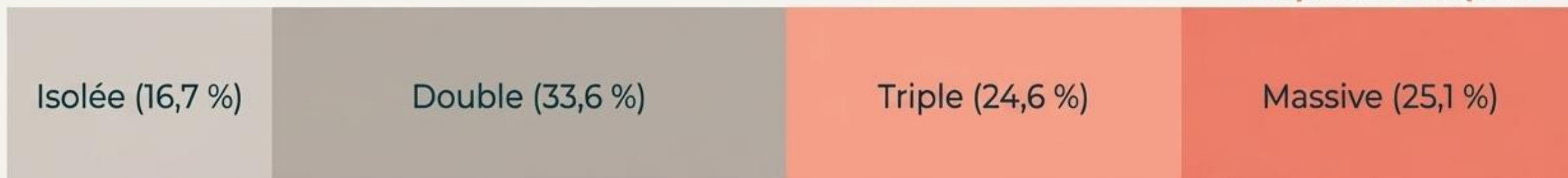
Seulement  
16,7 % des patients  
n'ont aucune  
autre fragilité  
associée.



**Près de 6 patients sur 10** présentant une fragilité cognitive souffrent également d'un déclin de leur mobilité, confirmant l'**axe neuro-moteur** du vieillissement.

# Le Fardeau Multi-Domaine : L'accumulation des fragilités

4 capacités ou plus



## Le Focus sur les profils Triples

### Le Trio Majeur : Cognition + Thymie + Mobilité (52 patients)

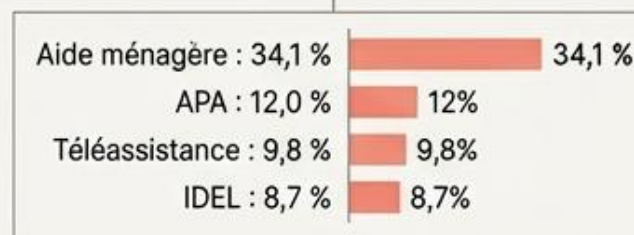
Le Trio Métabolique : Cognition + Mobilité + Nutrition (25 patients)

Le Trio Moteur/Sensoriel : Cognition + Audition + Mobilité (24 patients)

50 % de la cohorte nécessite une prise en charge complexe et multidisciplinaire (3 fragilités ou plus).

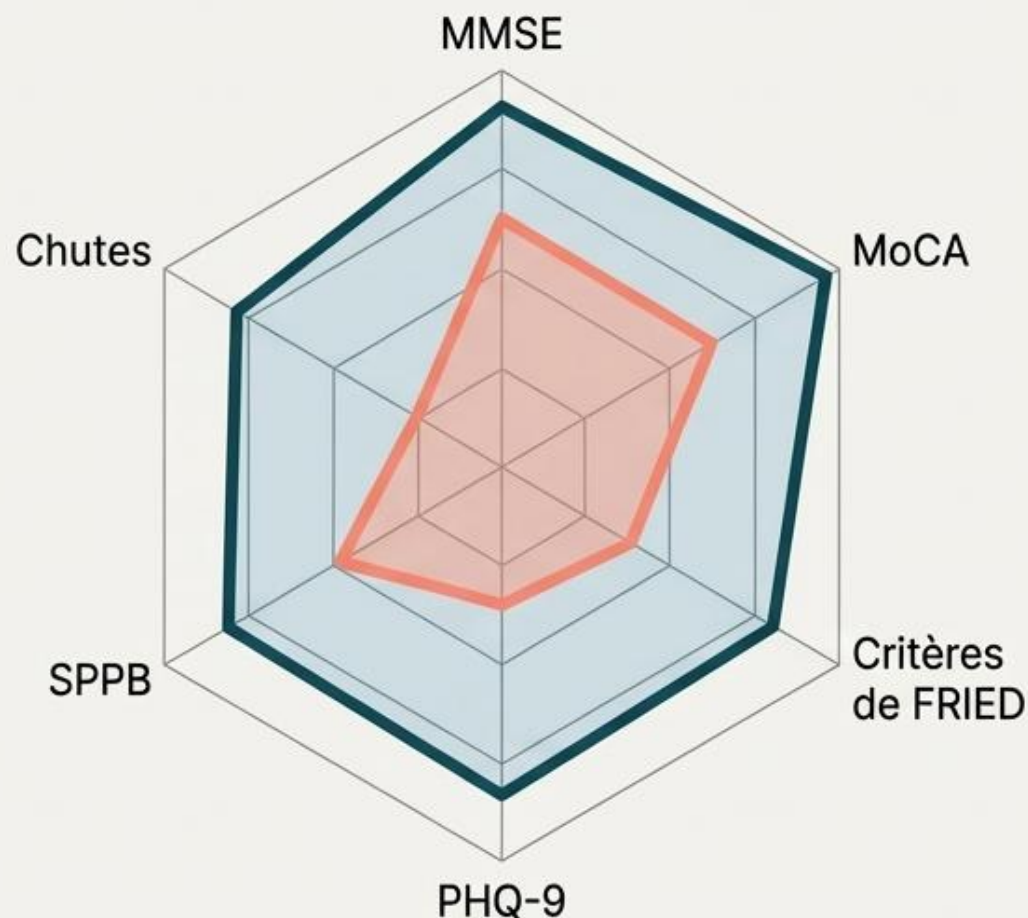
# Matrice Sociale : Différencier les profils Robustes et Fragiles

	Sans Fragilité (2358)	Avec Fragilité (732)
Âge moyen	<b>72,9 ans</b>	<b>76,9 ans</b>
Vit seul(e)	<b>39,5 %</b>	<b>41,5 %</b>
Niveau d'études Supérieur (Bac+)	<b>26,2 %</b>	<b>15,6 %</b>
Antécédents familiaux Alzheimer	<b>10,2 %</b>	<b>13,5 %</b>
Présence d'aides à domicile	<b>22,7 %</b>	<b>37,8 %</b>



*Le patient fragile est plus âgé, vit plus souvent seul avec un réseau de soutien médicalisé, et présente un niveau d'instruction initial statistiquement plus faible.*

# Matrice Clinique : L'épreuve des tests standardisés







	Robuste	Fragile
MMSE (Cognition) :	27,5	→ 24,07
MoCA (Cognition fine) :	27,5	→ 22,86
Critères de FRIED (Fragilité physique) :	0,86	→ 1,60
PHQ-9 (Dépression) :	4,54	→ 5,70
SPPB (Fonction physique) :	10,7	→ 9,52
Consultants chuteurs :	9,2 %	→ 16,9 %

La fragilité cognitive agit comme un marqueur de déclin systémique, se reflétant nettement dans l'altération simultanée des scores moteurs (Fried, SPPB) et thymiques (PHQ-9).

# Disparités de Genre : Comment la fragilité s'exprime-t-elle ?







## Femmes (n=470, 64,2%)

- Isolement : 51,3 % vivent seules 
- Thymie fortement altérée : 43,2 % 
- Dépendance accrue : 41,3 % ont des aides à domicile 
- Vulnérabilité physique : 19,8 % d'antécédents de chutes 

Dynamomètre moyen : 18,8



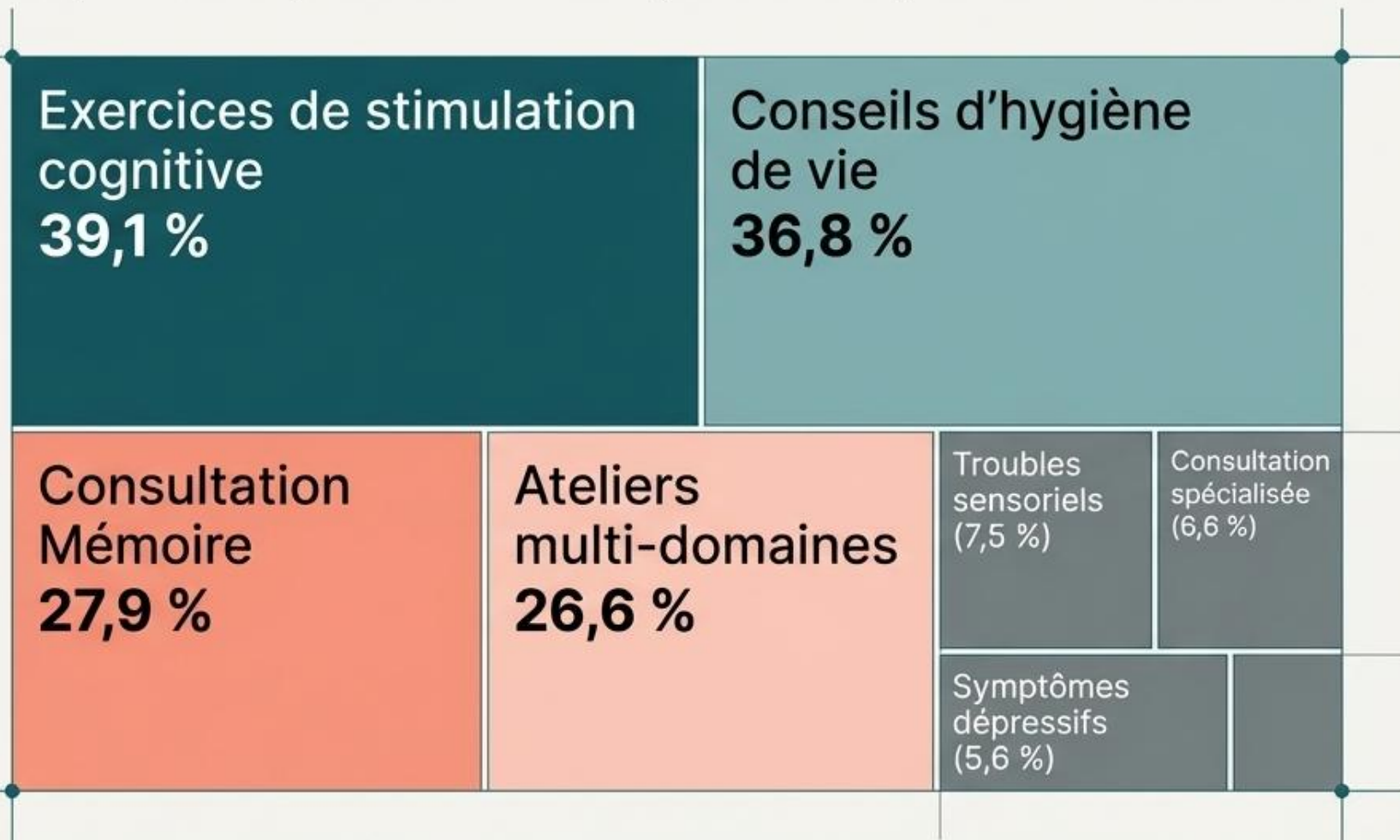
## Hommes (n=262, 35,8%)

- Soutien conjugal : 72,5 % vivent en couple 
- Fragilité auditive : 21,0 % 
- Fragilité nutritionnelle : 25,7 % 
- Force préservée : Score Dynamomètre à 31,7 

La fragilité masculine est plus souvent physiologique et compensée par le couple, tandis que la fragilité féminine cumule déclin physique, isolement social et dépression.

## Du Dépistage à l'Action : L'arsenal des recommandations

**95,5 % des patients ont reçu une ou plusieurs recommandations.**

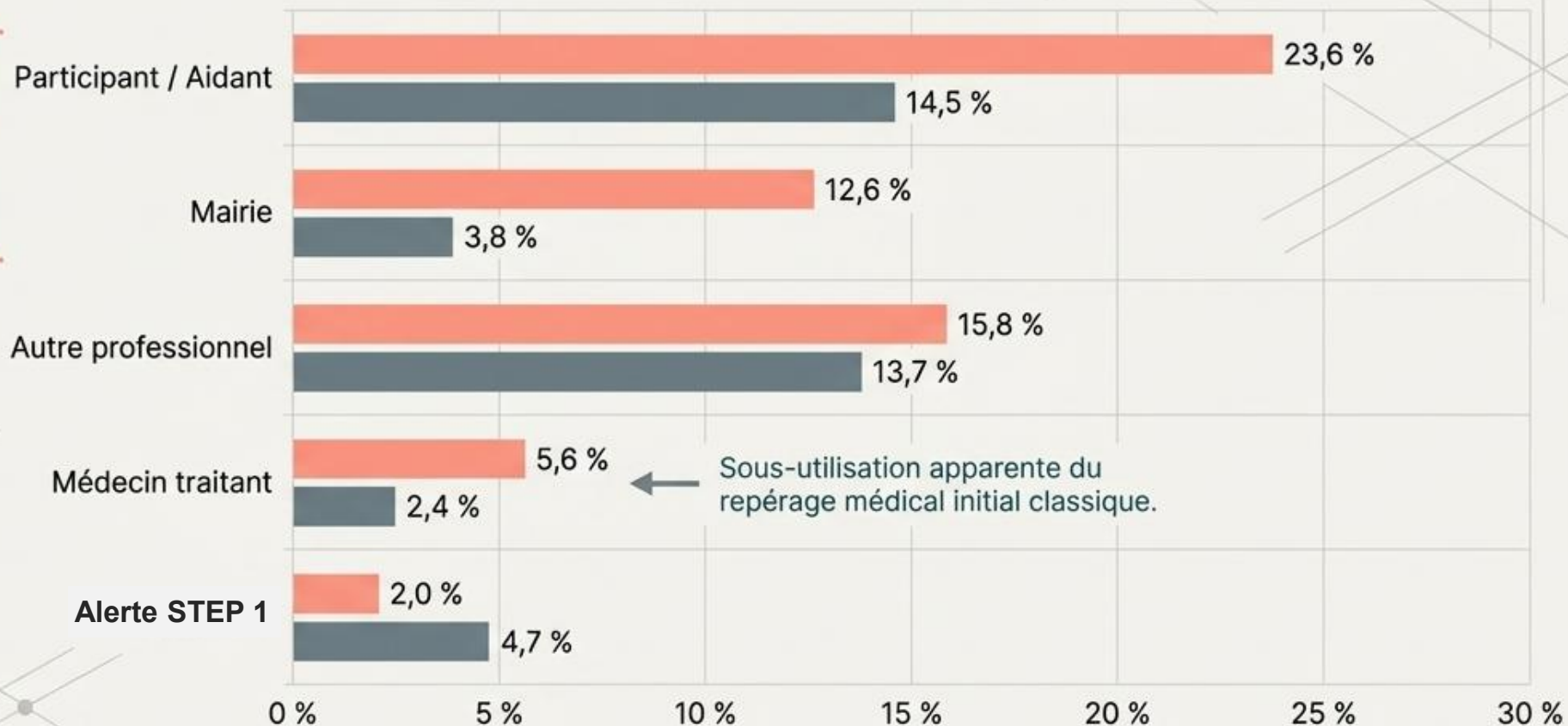


L'approche privilégie massivement le maintien de l'autonomie par la stimulation active et l'hygiène de vie, avant la surmédicalisation.

# Origine des Consultants : Qui déclenche le repérage ?

■ Avec Fragilité (Soft Coral)  
■ Sans Fragilité (Warm Slate Grey)

Les acteurs sociaux  
et l'entourage sont les  
premiers lanceurs  
d'alerte de la fragilité.



# Synthèse : La valeur ajoutée de l'approche ICOPE en Dordogne

## 1. Repérage Proactif

L'attente d'une plainte spontanée est dangereuse (38 % de cas silencieux).  
Le dépistage territorialisé, soutenu par les aidants et les mairies, est essentiel.

## 2. Vision Holistique

La fragilité cognitive est le symptôme d'un système. La considérer nécessite de tenir compte de toutes les fragilités (mobilité, thymie, nutrition...)

## 3. Action Multidimensionnelle

Un taux d'action de 95,5 %.  
Le diagnostic aboutit à une prescription sociale, préventive et cognitive, différenciée selon les facteurs de genre et d'isolement.

**Un modèle éprouvé sur 3301 patients :**  
Transformer la donnée massive en parcours de soin individualisé pour préserver l'autonomie.



# Atelier « ICOPE & Fragilité cognitive: Du dépistage au diagnostic »



Société de Gériatrie  
et Gérontologie  
LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

Les Journées Annuelles  
de la SGCL-NA 2026



## Et vous, Qu'en pensez-vous ?

**DISPOSITIF INFIRMIER DE PRÉVENTION SANTÉ**

**BILAN DE SANTÉ GRATUIT**

**CONSULTATION INFIRMIÈRE APPROFONDIE GRATUITE\***

Bilan de santé global, soit environ 1h30 de consultation.

Présents sur 45 lieux en Dordogne

Plan de prévention personnalisé, Suivi à 1 mois, 3 mois et 6 mois.

\* financée par l'ARS Nouvelle Aquitaine

**INFOS ET RENDEZ-VOUS 05 53 45 30 55**

Mobilité, Mémoire, Audition, Humeur, Nutrition, Vue

### Informations :

#### Centre de Ressources EHPAD

Pôle EHPAD-USLD - Centre Hospitalier de Périgueux  
80 avenue Pompidou – 24000 PERIGUEUX - France  
05 53 45 27 45 - ehpad.ressources@ch-perigueux.fr

**Dr Frédéric WONÉ** – Chef de Pôle – Médecin coordonnateur  
**Véronique CHANEL, Christelle CLÉMENT, Marc GOURGUES**, IDE DIPS  
**Aurélia PRINCE**, Chargée de projets





Société de Gériatrie  
et Gérontologie  
LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

# DEPISTAGE TROUBLES COGNITIFS EN EQUIPE MOBILE EXTRA HOSPITALIERE

**CENTRE HOSPITALIER BRIVE CORREZE  
23 AVRIL 2026**

**Docteur MAGE Evelyne ; Marie ROUGERIE IDE**



# POLE GERIATRIE CH BRIVE

## **1 - Hospitalisation**

\* Filière court séjour et SMR y compris URCC

## **2 - Médico social : UHR, BEL AIR, RIVET, MALEMORT**

## **3 - Consultation mémoire**

\* IPA, neuropsychologues, 3 gériatres, HDJ cognitif à venir

## **4 - Téléconsultation EHPAD**

## **5 - Hotline gériatrique**

## **6 - Equipe mobile : Intra et Extra hospitalière**



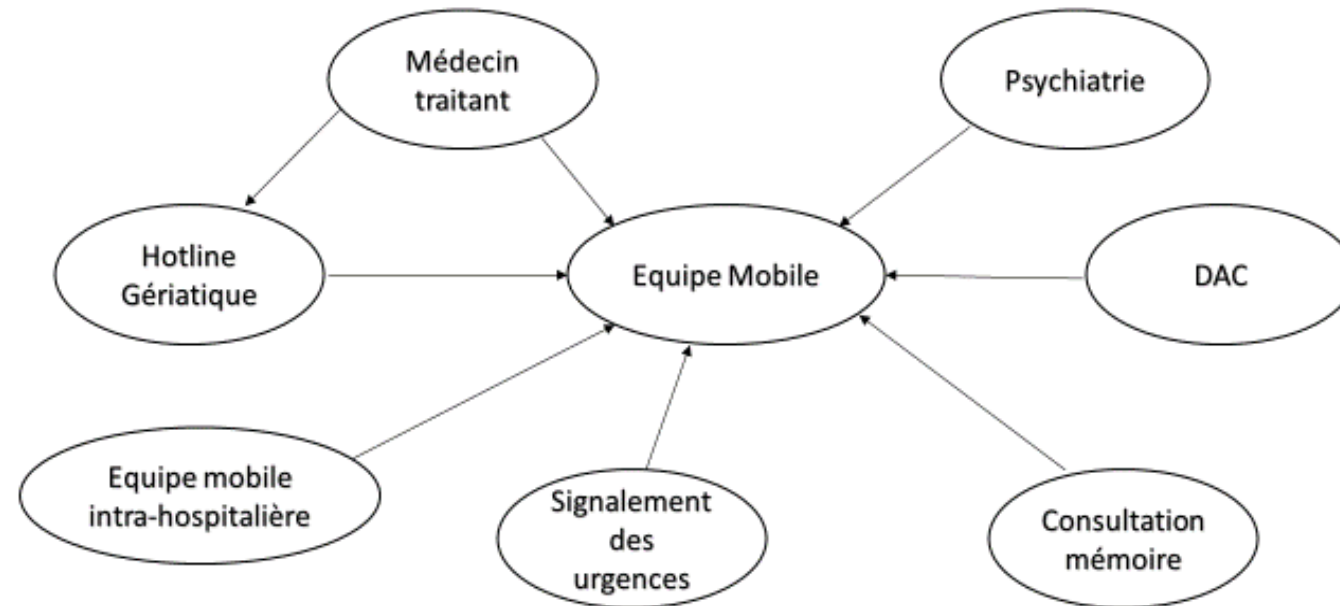
# PROFIL DES PATIENTS DU POLE

- Complexité médico sociale, polypathologies, troubles neurocognitifs
- **Moyenne d'âge : 89 ans**



# DECLACHEMENT EQUIPE MOBILE EXTRA HOSPITALIERE = MEDECIN TRAITANT

Demande d'intervention à  
domicile ou en EHPAD





# FONCTIONNEMENT EQUIPE MOBILE EXTRA HOSPITALIERE

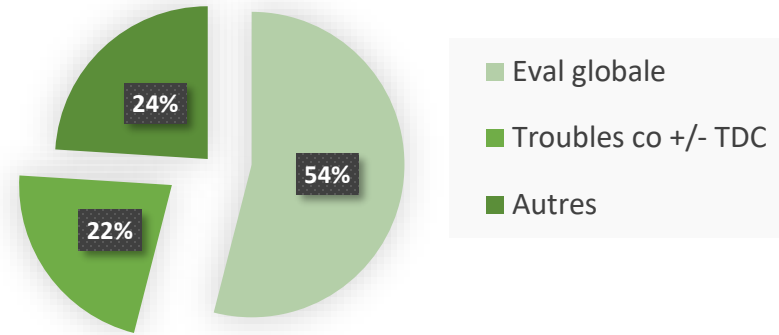
**Evaluation globale avec bilan cognitif systématique depuis 12 ans (pas de suivi) SANS urgence sanitaire**

- **Personnel** : 2,1 ETP médecins (0,6TP pour EH), 3,5 IDE, 2 ETP secrétaires, temps psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute
- **Staff quotidien** : analyse, validation de la demande + constitution équipe
- **Organisation et planification de la visite par secrétariat**
- **Visite effectuée**
- **Appel téléphonique** au médecin traitant, entourage familial et professionnels de santé de proximité
- **CR médical et CR IDE insérés** dans le DPI (et PAACO pour le médecin) avec préconisations validées en collégialité



# ANALYSE DES MOTIFS DE LA DEMANDE (ANNEE 2025)

22% Troubles cognitifs +/- Troubles du comportement  
54% Evaluation globale  
24 % Autres



- **PROFIL :**

**Moyenne âge : 87 ans**

**PROFIL :** situations d'isolement, refus de bilan, refus d'aides, vulnérables, pathologies psychiatriques vieillissantes démentifiées

- **DELAI MOYEN : 15 jours à 3 semaines**

- **SECTEUR : basse Corrèze 40 à 50 km autour du Centre Hospitalier**



# ACTIVITE EQUIPE MOBILE EXTRA HOSPITALIERE 2025

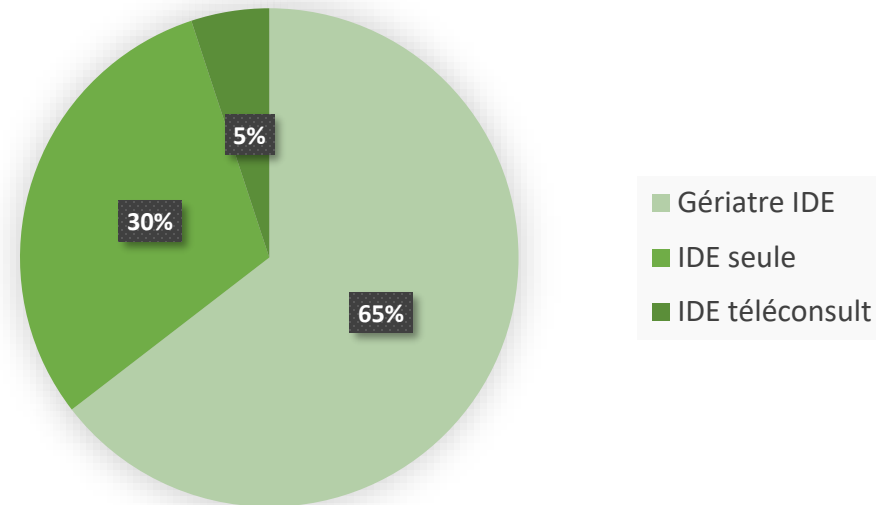
- **NOMBRE** : 235 interventions soit **une par jour en moyenne**

- **Constitution de l'équipe**

**65 % Gériatre IDE**

**30% IDE seule**

**5 % IDE téléconsultation**



⇒ **IDE seule si**

- **Pas de trouble du comportement**
- **Une seule personne à voir**
- **Pas de lien avec une problématique médicale ou thérapeutique spécifique**



# EVALUATIONS PSYCHO COGNITIVES

Société de Gériatrie  
et Gérontologie

LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

- **Bilan mémoire systématique : MMSE / HORLOGE/5 MOTS DE DUBOIS**
- **MOYENNE MMSE : 20/30** (score allant de 5 à 29) :
  - \* **54% > 20**
  - \* 26 % de 16 à 20
  - \* 14 % de 10 à 15
  - \* 5% < 10
- **37% des patients évalués sont orientés vers la consultation mémoire :**
  - \* 51% consultation médicale directe (STADE évolué)
  - \* 49% consultation évaluation neuropsych (dom ou CH)
- **1% des patients sont vus** par IPA (ré évaluation rapide et sécurisation du plan de soins avant la consultation de synthèse avec le gériatre)
- **2% hospitalisés en urgence en gériatrie (6 en 2025)**





# ABSENCE D'ORIENTATION VERS LA CONSULTATION MEMOIRE

- **Trop dégradés pour en tirer un bénéfice**
- **Anosognosie**
- **Opposition**
- **Absence de trouble cognitif**

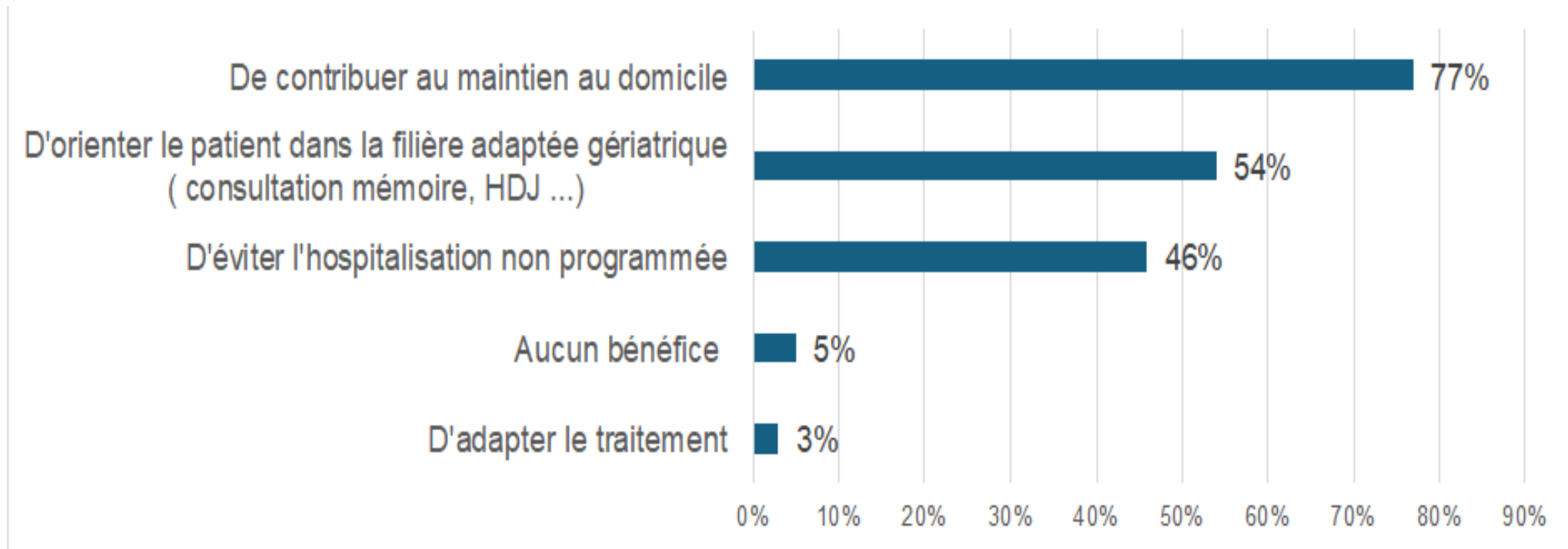
# ORIENTATION VERS LES AUTRES STRUCTURES DE LA FILIERE

**En fonction des possibilités et des souhaits du patient et de son entourage :**

- ADJ de proximité (6 dont CH Brive)
- Plateforme de répit des aidants (CH Brive)/café des aidants
- ESAD
- DAC/Corrèze autonomie
- France Alzheimer
- Psychologue : patient et aidant



# ETUDE DE SATISFACTION DES MEDECINS DE VILLE 2024-2025





# CONCLUSION

**Tous les jours : un patient complexe et vulnérable au domicile est évalué par l'équipe mobile extra hospitalière**

- Absence d'hospitalisation non programmée pour 80 % dans les 3 mois \***
- 50 % d'entre eux intègrent la filière cognitive (consultation mémoire, hospitalisation programmée ou ADJ)**
- 77% des médecins estiment que l'intervention a permis de maintenir le patient à domicile\***

**Données de santé exploitables lors d'une hospitalisation à venir de patients jamais hospitalisés jusque là (création identité dossier par équipe mobile hospitalière)**

**\* Etude 2024-2025**



# PERSPECTIVES

- Consultation mémoire IPA
- Rôle de l'IPA dans l'ensemble du parcours (CPTS, EHPAD)
- Hôpital de jour cognitif