



---

## DOSSIER DE PRESSE

---

### Visite de Michèle DELAUNAY

*Ministre déléguée en charge des Personnes âgées et de l'Autonomie*

**au Gérontopôle à l'hôpital Garonne (CHU de Toulouse)**

sur le thème

**Recherche et prévention de la perte d'autonomie**

**Vendredi 7 septembre 2012**

## Sommaire

Programme de la réunion de travail.....	3
Le Gérontopôle toulousain : une première en France au service de tous .....	4
La fragilité, un état instable et réversible.....	6
La plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance .....	7
Fragilités des personnes âgées : dépister et prévenir pour bien vieillir .....	8
IQUARE et IDEM : améliorer la qualité de la prise en charge médicale et des soins en EHPAD. ....	10
Evaluation des troubles de la vue chez la personne âgée fragile.....	11
Evaluation et prise en charge des troubles de l'audition chez le sujet âgé.....	12
L'Institut des Sciences du Vieillissement et le blog ensembleprevenonsladedependance.fr .....	13
Espérance de vie/espérance de vie sans incapacité en Europe .....	14

### Contacts presse :

---

**Cabinet de Michèle DELAUNAY :**  
**Stéphanie TISSEROND – Tél. : 01 40 56 54 38 / 06 15 16 29 12**

**Préfecture de Haute Garonne :**  
**Hélène MALAUAUD – Tél. : 05 34 45 38 31 / 06 83 06 87 48**

**CHU de Toulouse**  
**Dominique SOULIE – Tél. : 05 61 77 83 49 / 06 27 59 58 96**

**Avec le vieillissement, apparaissent des fragilités et des pathologies chroniques pouvant entraîner une réduction de l'autonomie et mener peu à peu à la dépendance. Prévenir et dépister ces fragilités auprès des personnes de 65 ans ou plus est donc essentiel pour améliorer et/ou maintenir leur qualité de vie.**

### **Détecter les signes d'une fragilité pour prévenir la perte d'autonomie**

Depuis les années 40, l'espérance de vie à la naissance s'est considérablement allongée (de 65 à 84,5 ans pour une femme et de 60 à 77,8 ans pour un homme). Mais vivre plus longtemps ne signifie pas forcément en pleine capacité de ses moyens et en complète autonomie.

La dépendance ou les incapacités, une fois installées, sont rarement réversibles. Il est donc essentiel de savoir reconnaître les signes d'une fragilité pour prévenir la perte d'autonomie. Parmi les plus de 65 ans, 40% présentent des critères de fragilités.

Il est donc essentiel que la prise en charge débute à un stade plus précoce et encore réversible. Ainsi, bien en amont, la prévention personnalisée et la détection des signes restent le moyen le plus efficace pour bien vieillir.

Le Gérontopôle du CHU de Toulouse, reconnu comme un pôle de référence gériatrique au niveau national et international, voit depuis sa création en 2007 sa lettre de mission initiale reconduite et enrichie chaque fois par les ministres en charge de la santé et des personnes âgées pour élargir son expertise autour de la fragilité et de la préservation de l'autonomie des personnes âgées. Les ressources sont actuellement mobilisées sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes : cette prise en charge est désormais possible dans le cadre des « Plateformes d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance » dont la première a ouvert à Toulouse en septembre 2011.

**Mme Michèle Delaunay, Ministre déléguée en charge des Personnes âgées et de l'Autonomie est à Toulouse, ce vendredi 7 septembre 2012, pour une visite de la « Plateforme d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance » à l'hôpital Garonne et pour participer à une table ronde avec les acteurs et partenaires du Gérontopôle. A cette occasion, les premiers résultats, dont certains inédits, d'études scientifiques sur la recherche et la prévention de la perte d'autonomie lui sont présentés.**

# Programme de la réunion de travail

Hôpital Garonne

3

10h45-10h50 : **Introduction de Madame la Ministre**

10h50-11h05 : **Présentation générale du Gérontopôle du CHU de Toulouse - Pr. B. Vellas**

11h05-11h10 : **Présentation du comité national de coordination de la politique de prévention de la perte d'autonomie - Dr J.P. Aquino**

11h10-11h15 : **Les grands essais de prévention – Pr. S. Andrieu**

11h15-11h20 : **L'étude sur la dépendance acquise à l'hôpital - Pr. F. Nourhashemi**

11h20-11h25 : **Recherches fondamentales sur la fragilité – Pr. A. Parini**

11h25-11h30 : **Présentation de l'étude IQUARE – Pr. Y. Rolland**

11h30-11h50 : **Discussion table ronde, expériences pilotes**

11h50-12h00 : **Conclusion de Madame la Ministre**

12h00-12h15 : **Point presse**

## **Le Gérontopôle toulousain : une première en France au service de tous**

Le vieillissement de la population a entraîné un besoin de projets fédérateurs totalement comparables à ce qui est observé en cancérologie.

En avril 2007, le Ministre en charge de la santé a créé des gérontopôles qui « sur le modèle des « cancéropôles », devaient permettre de fédérer autour d'une même structure des équipes de recherche et des cliniciens, afin de dynamiser la recherche sur la longévité, de mieux prévenir les maladies responsables de la dépendance et de promouvoir la santé des personnes âgées.

Le 12 Avril 2007, le premier Gérontopôle français a vu le jour au CHU de Toulouse à titre expérimental pour une période de deux ans, sous l'autorité du Pr Bruno Vellas.

### **Une concentration de moyens et de compétences en termes de soins et de recherche**

Si le CHU de Toulouse a été choisi pour implanter **le premier Gérontopôle en France**, c'est en raison de la concentration des moyens, des compétences, et d'une activité de soins et de recherche importante. Le CHU de Toulouse accueille en effet au sein du pôle gériatrie gérontologie plus de 15 000 patients par an. La filière gériatrique comprend par ailleurs des équipes mobiles, un plateau technique, un plateau ambulatoire et une consultation mémoire. Il faut également rappeler que c'est à Toulouse qu'a été labellisé **le premier Centre Mémoire de Recherche et de Ressource en France sur la maladie d'Alzheimer**.

Concernant les activités de recherche, le pôle gériatrie gérontologie coordonne le réseau français et le réseau européen sur la maladie d'Alzheimer, qui ont permis de mettre en place un suivi de cohortes de patients atteints de maladie d'Alzheimer et de personnes âgées fragiles. Ces réseaux fédèrent chacun près de 50 centres d'excellence sur la maladie d'Alzheimer. Ces compétences offrent l'opportunité au pôle d'accéder aux thérapies innovantes et de proposer aux patients un projet de soins adapté en prenant compte des avancées scientifiques.

### **Le gérontopôle toulousain pionnier dans la lutte contre la maladie Alzheimer**

Sa première mission a été de développer la recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer.

A ce jour, le gérontopôle associe le pôle gériatrie du CHU déjà porteur de l'Observatoire National de Recherche en Alzheimer, le pôle de santé publique, le département de pharmacie clinique, une unité Inserm ; il a vocation à s'étendre bien sûr à l'ensemble des services et des établissements de gériatrie.

## Les objectifs du Gérontopôle

Les trois objectifs assignés au gérontopôle toulousain doivent lui permettre de servir de levier autour de la recherche, de la prévention, de la promotion du vieillissement à travers des projets multidisciplinaires, sanitaires et médico sociaux :

- la recherche clinique et les essais sur les molécules innovantes
- le développement d'une politique de prévention de la dépendance autour de l'institut du vieillissement et sur la base de recherches épidémiologiques et de grands essais de prévention.
- le développement de la recherche relative à la prise en charge au sein des filières gériatriques en relation avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

## La fragilité, un état instable et réversible

La population âgée est caractérisée par son extrême hétérogénéité. On peut distinguer 3 modes évolutifs principaux de vieillissement.

- **Le vieillissement « robuste et usuel »** avec une absence ou une atteinte très minime des fonctions physiologiques et une absence de pathologie (environ 50% de la population). C'est l'un des objectifs principaux de la gériatrie préventive.
- **Le vieillissement « fragile » :**

*La fragilité est définie comme une diminution des réserves physiologiques de la personne vieillissante. L'adaptation du sujet aux différents événements stressants de la vie (psychologiques, accidentels ou maladies) étant plus difficile, le risque de perte d'autonomie est plus grand. La fragilité est donc un état instable avec risque de perte d'une fonction. Il s'agit par ailleurs d'un état réversible.*

**Ces 2 caractéristiques (instabilité et réversibilité) soulignent toute l'importance du diagnostic de fragilité. En effet, c'est à ce stade que les interventions peuvent être les plus efficaces; le but de la prise en charge étant de rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi. Les données épidémiologiques européennes montrent qu'environ 30% des sujets de plus de 65 ans sont pré-fragiles et 15% fragiles. Les travaux de ces dernières années ont surtout démontré que le dépistage de la fragilité et l'organisation de mesures préventives permettaient de ralentir le déclin fonctionnel. Dépister et traiter la fragilité semble être une réponse pertinente à la prévention de la dépendance.**

**Les critères de fragilités sont multiples :**

- Perte de poids involontaire (4 ou 5 kg en un an)
- Sensation subjective d'épuisement rapporté par la personne elle-même
- Diminution de la force musculaire
- Vitesse de marche lente (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)
- Activité physique réduite (grande sédentarité)

La présence d'un ou deux des symptômes définit l'état pré-fragile, alors que trois symptômes correspondent à la fragilité.

- **Le vieillissement avec « dépendance »** fréquemment associé aux pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou handicap. Cela concerne environ 10% des sujets âgés. Ces sujets sont dépendants, fréquemment hospitalisés ou en institution. Ce sont de consommateurs de soins importants. Malgré les efforts et les moyens délivrés pour les aider, leur état de dépendance est le plus souvent irréversible.

# PLATEFORME D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Un dispositif médical innovant au cœur de la recherche, de la prévention et du soin

Equipe régionale "Vieillesse et Prévention de la Dépendance"

## LA PLATEFORME

### QUEL EST SON OBJECTIF ?

Prévenir la perte d'autonomie liée au vieillissement

### QUI EST CONCERNÉ ?

Les personnes âgées de plus de 65 ans repérées comme fragiles par leur entourage et orientées vers la plateforme par leur médecin traitant

### QUELS SONT LES SERVICES PROPOSÉS ?

Un bilan complet du niveau d'autonomie pour rechercher les causes de fragilités de la personne  
Un plan personnalisé de prévention et un suivi en collaboration avec le médecin traitant et les professionnels de terrain

## LES FRAGILITÉS

### LES SIGNES D'ALERTE

- ✓ Perte de poids involontaire
- ✓ Sensation d'épuisement
- ✓ Difficultés pour se déplacer
- ✓ Difficultés de mémoire
- ✓ Lenteurs à la marche

### LE SAVIEZ-VOUS?

A partir de 65 ans, 40% de personnes présentent des signes de fragilités. Ces signes précèdent la perte d'autonomie.

⇒ Ces FRAGILITÉS sont RÉVERSIBLES si elles sont repérées et prises en charge!

⇒ **SI VOUS REPÉREZ AU MOINS UN DE CES SIGNES, PARLEZ-EN AU MEDECIN TRAITANT, C'EST LE MOMENT D'AGIR!**

## LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES FRAGILITÉS

### INFORMER ET REPÉRER

Familles, aides au domicile, IDE, équipes médico-sociales

### REPÉRER et ORIENTER

Médecins traitants

### PLATEFORME D'ÉVALUATION

Equipe médico-sociale spécialisée dans le vieillissement

### PLAN D'INTERVENTION et SUIVI PERSONNALISÉ

Familles, aides au domicile, IDE, équipes médico-sociales et médecin traitant

### UN BILAN COMPLET DU NIVEAU D'AUTONOMIE

Capacités physiques, mémoire, vision, audition, alimentation, autonomie au quotidien

### PLAN DE PRÉVENTION PERSONNALISÉ

Recommandations médicales, nutritionnelles, fonctionnelles et sociales

### SUIVI PERSONNALISÉ

Un suivi personnalisé en lien avec le Médecin Traitant

RECHERCHE CLINIQUE EN PRÉVENTION



**INFORMATIONS PRATIQUES : La plateforme est accessible sur prescription médicale uniquement**

Hôpital Garonne, 224 avenue de Casselardit, 31059 Toulouse

Pour plus d'informations vous pouvez consulter le site: [www.ensembleprevenonsladeldependance.fr](http://www.ensembleprevenonsladeldependance.fr)



# Fragilités des personnes âgées : dépister et prévenir pour bien vieillir

*Pr. B. Vellas, chef du pôle gériatrie et coordonnateur du Gérontopôle, CHU de Toulouse*

Depuis les années 1940, l'espérance de vie à la naissance s'est considérablement allongée, passant de 65 à 85,3 ans pour une femme et de 60 à 78,2 ans pour un homme en 2010. Mais vivre plus longtemps ne signifie pas forcément ni vivre en pleine capacité de ses moyens et en complète autonomie, ni forcément avec une bonne qualité de vie.

La France n'est pas bien classée en termes d'espérance de vie sans incapacité : du moins, elle connaît des résultats notablement inférieurs aux pays du nord de l'Europe, notamment à la Suède où la culture de prévention est fortement enracinée.

## **La dépendance ou les incapacités, une fois installées, sont rarement réversibles**

Il est donc primordial de savoir reconnaître les signes d'une fragilité pour prévenir la perte d'autonomie. Or, parmi les personnes de plus de 65 ans, 40% présentent des critères de fragilité.

Pour mener une politique publique efficace, il importe de bien distinguer les 3 catégories de personnes âgées (cf supra). De nos jours, la dépendance est très médicalisée, avec notamment une augmentation considérable des flux entre les établissements pour personnes âgées dépendantes et les services d'urgence des hôpitaux, tandis que la fragilité est insuffisamment prise en compte : **c'est pourtant à ce stade qu'il est essentiel d'agir.**

## **Les premiers résultats de l'étude menée au sein de la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance**

Le Gérontopôle du CHU de Toulouse a créé la première plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance dont les premiers résultats sont présentés ce 7 septembre 2012.

Un travail en étroite relation avec les médecins généralistes, partie prenante essentielle à cette dynamique, permet de repérer les patients fragiles et de les adresser à cette plateforme.

La description des 160 premiers patients évalués montre que l'âge moyen de la population est de 82,7 ans. Il s'agit principalement de femmes (61,9 %).

Un peu plus de 66 % des sujets perçoivent une aide ; dans la majorité des cas, il s'agit d'une aide ménagère (51,9 %). Seuls 14 % des sujets perçoivent l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

En ce qui concerne le niveau de fragilité, 65 patients (41,4 %) sont préfragiles et 83 (52,9 %) sont fragiles. Le fait que 93,3 % des sujets adressés à la plateforme soient fragiles ou préfragiles souligne la pertinence de la grille utilisée dans le repérage des patients.

En termes de capacités fonctionnelles, 83,9 % des sujets ont une vitesse de marche < 1 m/s, 53,8 % des sujets sont sédentaires et 57,7 % présentent une diminution de la force musculaire.

Sur le plan des fonctions cognitives, une démence légère a été observée chez 11,6 % des sujets et un déclin cognitif léger mais réel chez 65,8 % des patients.

Les patients sont nombreux à présenter des troubles visuels (76,4 % pour la vision de loin et 10,4 % avec une grille d'Amsler perturbée).

Une baisse auditive est aussi observée mais moins souvent.

La visite à la plateforme a pu ainsi permettre d'objectiver un état de dénutrition protéino-énergétique chez 9 % de patient, un début d'altération du statut nutritionnel chez 34 % et une carence en vitamine D pour la majorité de l'échantillon (94,9 %).

# **IQUARE et IDEM : améliorer la qualité de la prise en charge médicale et des soins en EHPAD**

*Pr. Y. ROLLAND, Professeur des universités - praticien hospitalier, pôle gériatrie CHU de Toulouse*

Environ 700 000 personnes vivent en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) et cette population fragile relève d'une prise en charge spécifique. Très peu de travaux de recherche ont à ce jour été menés en institutions.

Le Gérontopôle du CHU de Toulouse a organisé en 2007 la mise en place d'un réseau de recherche en EHPA (REHPA) afin de développer des projets de recherche clinique, notamment chez les personnes âgées dépendantes. Ce réseau compte actuellement 332 EHPAD. Plusieurs projets de recherches y sont actuellement menés parmi lesquels IQUARE et IDEM.

Le Gérontopôle du CHU de Toulouse et l'Agence Régionale de Santé (ARS) se sont associés en 2011 dans le cadre d'un projet de recherche-action régional et partenarial en faveur du développement de la qualité de la prise en charge médicale en EHPAD. De cette initiative est né le projet IQUARE (Impact de la Démarche Qualité sur l'évolution des pratiques et le déclin fonctionnel des résidents en EHPAD). L'objectif principal de cette étude est d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale et des soins en EHPAD et de réduire le déclin fonctionnel des résidents hébergés. Cette démarche s'adresse à l'ensemble des EHPAD volontaires de la région Midi-Pyrénées (203 EHPAD/7375 résidents inclus) et s'appuie sur un partenariat entre EHPAD et gériatre hospitalier en synergie avec des actions menées par l'ARS.

L'étude IDEM (Intérêt d'un repérage de la DEMence en EHPAD : Apport d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) dans la Maladie d'Alzheimer et les Maladies apparentées) est un PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) national (Code 0910701). Environ 1400 résidents d'EHPAD ont été inclus. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'un repérage systématique des cas de démences effectué dans le cadre de RCP en EHPAD sur le taux d'admissions aux urgences à un an.

Les résultats de ces études pourraient constituer une base pour le développement de nouvelles modalités du travail et l'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents au sein des EHPAD.

# Evaluation des troubles de la vue chez la personne âgée fragile

*Dr. Vincent Soler, Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier  
Centre de la Rétine, CHU de Toulouse*

11

Le syndrome de fragilité est un état de vulnérabilité du sujet âgé, secondaire à de multiples déficiences, dont la déficience visuelle.

Ce syndrome, qui concerne 30% des personnes âgées, expose à la survenue d'évènements péjoratifs tels que les chutes, la perte d'autonomie, les hospitalisations et une mortalité plus élevée.

La déficience visuelle acquise du sujet âgé, même modérée (<4/10), est associée à un risque :

- de perte d'autonomie,
- de chutes (40% des chutes sérieuses amènent à l'hôpital et 40% des chuteurs hospitalisés sont orientés ultérieurement vers des institutions spécialisées),
- d'épisodes dépressifs (14% de sujets dépressifs chez les sujets âgés malvoyants vs 5% des sujets voyants de plus de 75 ans – étude anglaise sur 14000 sujets).

La prévalence de la malvoyance est de 5% chez les personnes de plus de 60 ans, 20% chez les plus de 85 ans et de 38% chez les plus de 90 ans. 61% des déficients visuels ont plus de 60 ans (données INSEE).

Les causes de déficience visuelle les plus fréquentes dans cette population française sont :

- la DMLA, Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (1.5 millions en France),
- la cataracte (acte chirurgical le plus pratiqué en France : près de 560 000 interventions ont été réalisées en 2006 / plus de 60% des personnes âgées de 85 ans sont concernées par cette maladie),
- le glaucome (1 millions de personnes sous hypotonisants oculaires en France),
- la rétinopathie diabétique.

La déficience visuelle est rarement isolée puisque dans 80% des cas, il existe une autre déficience associée. Chez le déficient visuel, les déficiences les plus fréquentes sont : motrice, auditive et métabolique/viscérale.

Le dépistage de la déficience visuelle apparaît donc essentiel et le CHU de Toulouse met en oeuvre une activité nouvelle intitulée « Télédépistage de la Déficience Visuelle chez les Personnes Agées présentant un Syndrome de Fragilité. »

## Quelques données chiffrées

- 
- En France, 1.7 millions de malvoyants, dont 1.2 millions de malvoyants moyens ou profonds
  - 61% des déficients visuels ont plus de 60 ans

# Evaluation et prise en charge des troubles de l'audition chez le sujet âgé

*Dr. Mathieu Marx, Service ORL hôpital Purpan, CHU de Toulouse*

La surdité touche près d'une personne sur 2 chez les plus de 65 ans et représente l'une des affections chroniques les plus fréquentes du sujet âgé (avec l'hypertension artérielle et les troubles arthrosiques). Certains facteurs de risque ont été identifiés, tels que les antécédents familiaux, les co morbidités cardiovasculaires ou le tabagisme. Le handicap lié à la surdité peut être considérable puisque toutes les activités requérant une communication orale de qualité se retrouvent limitées.

L'impact négatif de la surdité est désormais reconnu pour la dépression du sujet âgé et de plus en plus discuté pour les troubles cognitifs. Plusieurs études ont ainsi retrouvé 20 à 30% de patients présentant un syndrome dépressif constitué, associé à la surdité, dans différentes populations de sujets âgés. Bien que ces conséquences délétères de la surdité soient établies, la réhabilitation auditive demeure insuffisante (environ 25% des patients sourds portent effectivement une audioprothèse).

La réhabilitation auditive doit donc être promue et elle est pensée en collaboration par les différents intervenants concernés (ORL, médecin traitant, orthophoniste, audioprothésiste). De multiples modalités de réhabilitation peuvent être envisagées et associées (audioprothèse conventionnelle, aides techniques telles que les systèmes FM ou les boucles magnétiques, rééducation orthophonique favorisant les stratégies de communication s'appuyant sur la vision, implant cochléaire pour les surdités les plus sévères).

Sur la plateforme d'évaluation des fragilités mise en place par le Pr. Vellas, une consultation spécialisée multidisciplinaire va permettre de réunir dans un même espace plusieurs intervenants autour de la surdité liée à l'âge.

## L'Institut des Sciences du Vieillissement et le blog [ensembleprevenonsladependance.fr](http://ensembleprevenonsladependance.fr)



Le **blog ensembleprevenonsladependance.fr** a été créé à l'initiative du CHU de Toulouse et de ses partenaires impliqués dans la création de l'ISV, Institut des Sciences du Vieillissement et de Prévention de la Dépendance.

Ce blog présente l'enjeu fondamental que constitue la prévention de la perte d'autonomie, alors même qu'est ouverte une vaste consultation nationale sur la réforme du financement de ce problème de société. Vous y trouverez des informations sur le contexte social et économique du vieillissement de la population en France, les signes de la perte d'autonomie, les structures médicales et de recherche consacrées au vieillissement et l'ISV, Institut des Sciences du Vieillissement et de Prévention de la Dépendance, créé par le CHU de Toulouse, l'Université Paul Sabatier, le PRES Université de Toulouse et l'Inserm Midi Pyrénées.

## Espérance de vie/espérance de vie sans incapacité en Europe

Données 2010

Pays	Espérance de vie		Espérance de vie sans incapacité	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Autriche	77,9	83,5	59,3	60,7
Bulgarie	70,2	77,4	63,0	67,2
Rép. tchèque	74,5	80,9	62,2	64,6
Danemark	77,2	81,4	62,3	61,9
Estonie	70,7	80,8	54,0	58,1
Finlande	76,2	83,5	58,5	57,8
<b>France</b>	<b>78,2</b>	<b>85,3</b>	<b>61,9</b>	<b>63,5</b>
Allemagne	78,0	83,0	57,9	58,6
Suède	79,6	83,6	71,7	71,0
Lituanie	68,0	78,9	57,7	62,3
Malte	79,1	83,6	70,2	71,6
Rép. Slovaque	71,7	79,3	52,3	52,1
Pays Bas	78,9	83,0	61,1	60,2
Espagne	79,0	85,3	64,3	63,7