

09:30 – 10:30

AUDITORIUM RONSARD

Quelles sont les actualités en Gériatrie et Gériatologie – Part 1

Modérateurs : L. JOLY (Géronte, Nancy), M. LILAMAND (Géronte, Paris)

- Actualités en Gériatrie et Gériatologie
P. CHASSAGNE (Géronte, Rouen)
- Actualités dans le domaine des sciences humaines et sociales
K. CHARRAS (Directeur, Living Lab Vieillessement et Vulnérabilités (LL2V), CHU de Rennes)





Médecine Interne Gériatrie



Actualités en gériatrie et gérontologie. 2024-2025

6^{emes} JVMA. Tours

chaproph24@gmail.com



Normandie Université



Actions, obligations, rémunérations au long cours : néant

Liens d'intérêt (depuis 2010) : Amgen, bayer, BMS,
Boehringer-Ingelheim, Edwards, Ipsen-Beaufour,
Kyowa-Kirin, Lilly, Medtronic, Mundi-Pharma, Novartis,
Pfizer, Sanofi-Aventis, Shire, Vifor-Pharma

En lien avec cette communication : non

Dr Ph CHASSAGNE. (Février 2025)





Journal of the American Heart Association

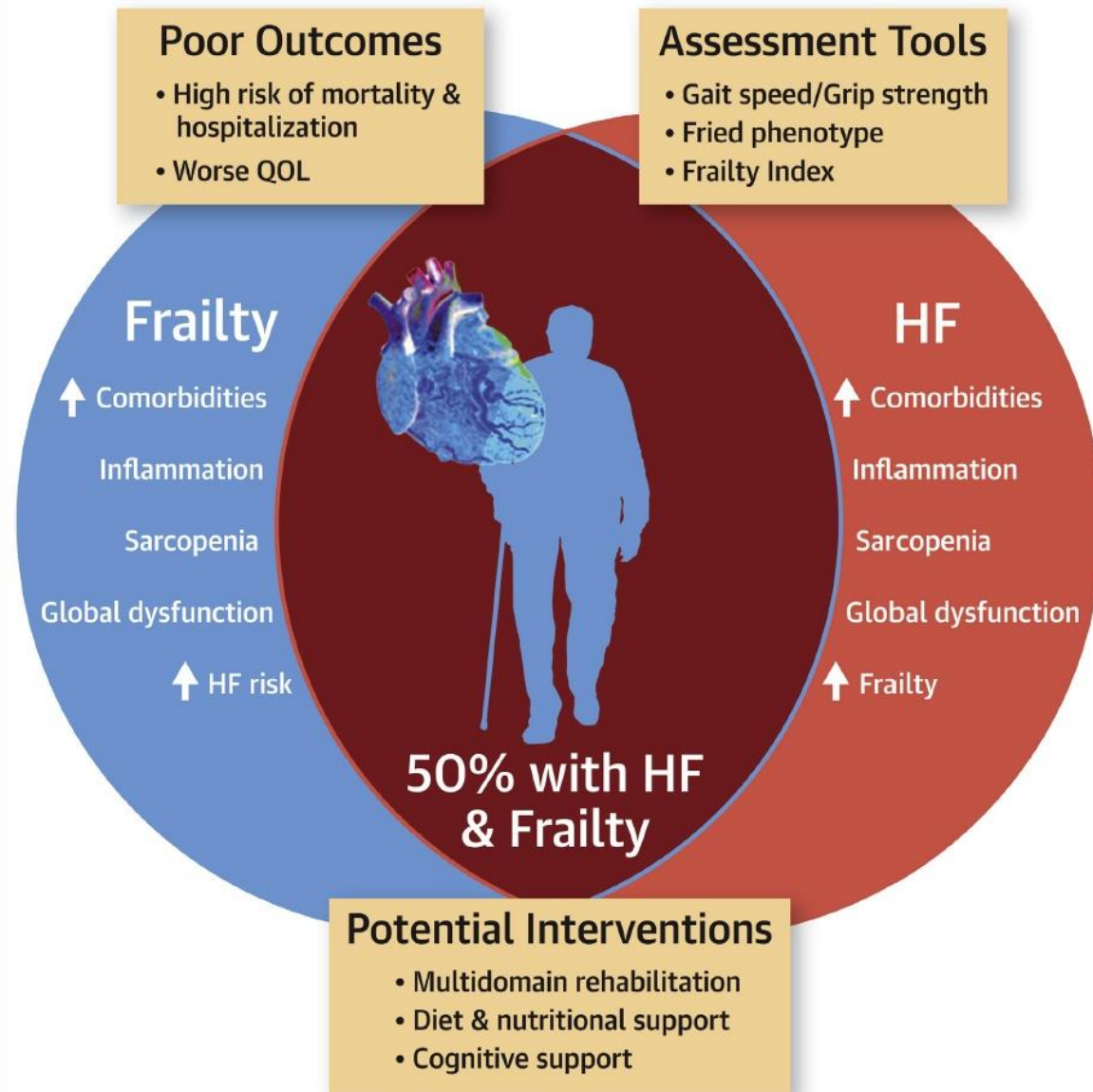
ORIGINAL RESEARCH

Temporal Trends in Mortality and Hospitalization Risk in Patients With Heart Failure According to the Hospital Frailty Risk Score

Noor K. Abassi , MBS; Nina Nouhravesh , MD; Mariam Elmegaard, MD; Marte Austreim , MBS; Deewa Zahir, MD; Caroline Hartwell Garred , MD; Jawad H. Butt , MD; Camilla Fuchs Andersen , MD; Jarl E. Strange , MD, PhD; Caroline Sindet-Pedersen , MD, PhD; Daniel M. Christensen , MD, PhD; Emil Fosbøl , MD, PhD; Charlotte Andersson , MD, PhD; Lars Køber , MD, PhD; Morten Schou , MD, PhD

J Am Heart Assoc. 2025;14:e037973. DOI: 10.1161/JAHA.124.037973





Pandey, A. et al. J Am Coll Cardiol HF. 2019;7(12):1001-11.

Frailty and heart failure share common pathological mechanisms, often coexist and associated with worse clinical and patient-oriented outcomes. Screening for frailty using simple, easy to use tests followed by detailed assessments is important to identify and target frail HF patients with multi domain interventions to improve outcomes.



Méthodes

- Etude longitudinale (1999-2027), coupes transversales tous les 5 ans
- Inclusion : âge de 18 à 90 ans (médiane : 74 ans), incidence d'une IC (toute variété)
- Utilisation des données nationales d'un registre (ICD 10)
- Identification d'une fragilité (HFRS) et conséquences sur le parcours de soins des malades ayant une IC :
 - Mortalité (sans distinction des causes)
 - Nb d'hospitalisation pour IC
 - Nb d'hospitalisation (non liées à une IC)
- Utilisation des traitements recommandés donc bloqueurs du SRE



Development and validation of a Hospital Frailty Risk Score focusing on older people in acute care settings using electronic hospital records: an observational study



Thomas Gilbert*, Jenny Neuburger*, Joshua Kraindler*, Eilis Keeble, Paul Smith, Cono Ariti, Sandeepa Arora, Andrew Street, Stuart Parker, Helen C Roberts, Martin Bardsley, Simon Conroy



Lancet 2018; 391: 1775–82

Validation dans un cluster (UK) de PA ≥ 75 ans hospitalisées d'un score de fragilité prédictif de la survie à 30 jours, d'une durée de séjour prolongée ou d'un taux supérieur de ré-hospitalisations précoces (≤ 30 jours)



Category		Prevalence in group	Ratio to overall cohort
Frailty			
F00	Dementia in Alzheimer's disease	11.5%	3.8
F05	Delirium	18.8%	3.1
G30	Alzheimer's disease	15.3%	3.1
I69	Sequelae of cerebrovascular disease	7.0%	3.1
Z75	Problems related to medical facilities and	8.9%	3.1

Category		Prevalence in group	Ratio to overall cohort
(Continued from previous column)			
Acute heart problems			
I08	Multiple valve disease	31.2%	5.3
Z82	Family history of certain disabilities and chronic diseases leading to disablement	9.4%	5.3
I24	Other acute ischaemic heart diseases	5.0%	5.2

Statut	Index	VPP
Robuste Non Fragile	0-4	
Fragilité modérée	5-15	0.88
Fragilité sévère	> 15	

Z92	Personal history of medical treatment	47.8%	2.3
I48	Atrial fibrillation and flutter	51.3%	2.1
Elective cataracts			
H25	Senile cataract	12.0%	3.2
H26	Other cataract	24.6%	2.6
(Table 3 continues in next column)			

ICD-10=International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. NA=not applicable. NEC=not elsewhere classified.	
Table 3: Breakdown of ICD-10 codes at least twice as prevalent in each cluster compared with the overall cohort	



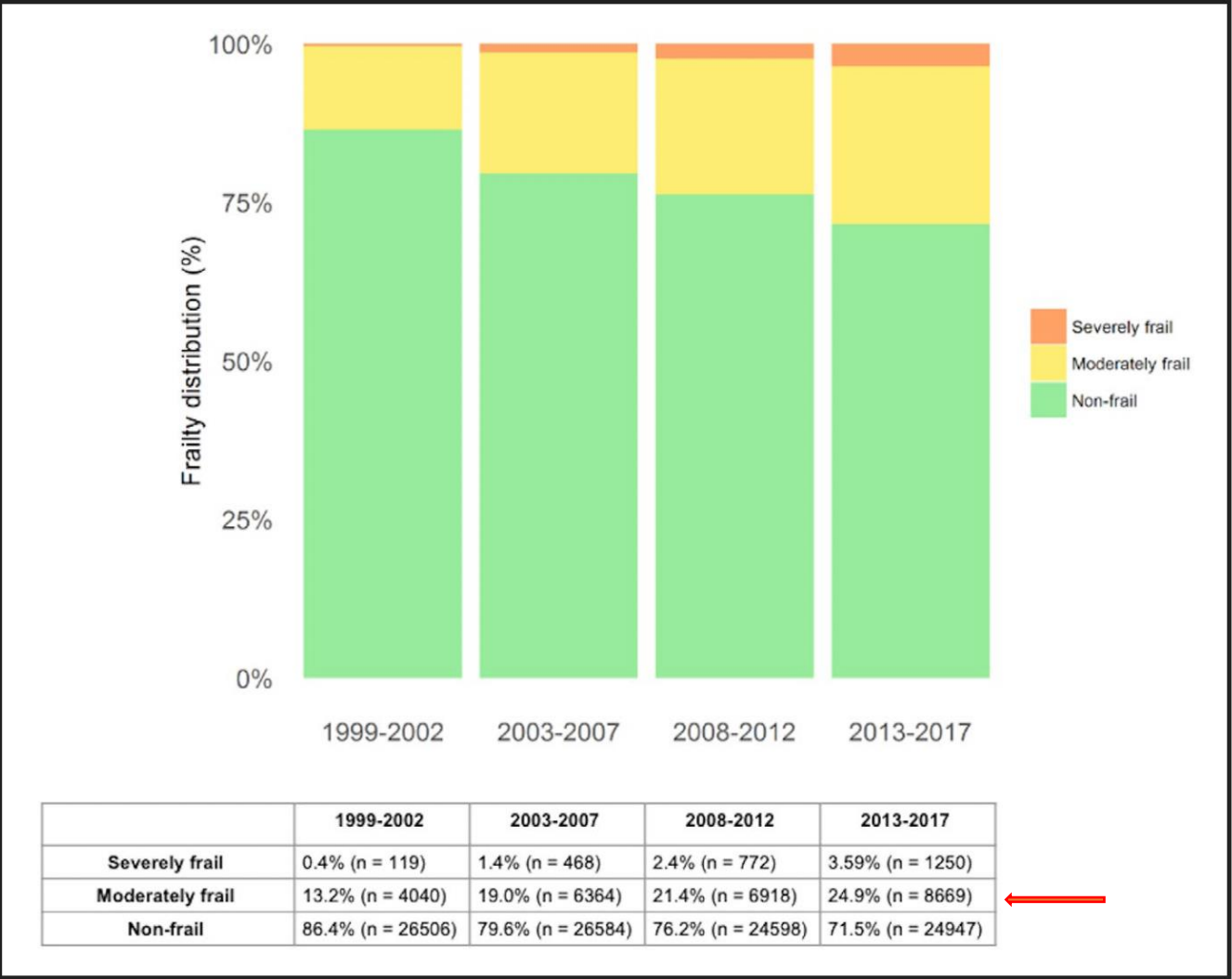


Figure 2. Temporal trend of frailty status in patients with new-onset HF.

Stacked bar chart illustrating the trend of frailty status in patients with new-onset HF stratified by year group: 1999 to 2002, 2003 to 2007, 2008 to 2012, 2013 to 2017. HF indicates heart failure.





Figure 5. All-cause mortality in frail patients vs nonfrail patients.

Forest plot illustrating adjusted hazard ratios between frail patients vs nonfrail patients for all-cause mortality and corresponding 95% CIs, for the year groups 1999 to 2002, 2003 to 2007, 2008 to 2012, and 2013 to 2017, and the *P* value for the interaction between frailty and year group. Hazard ratios were estimated using the Cox proportional hazards model adjusted for year group, frailty status, the interaction between year group and frailty status, as well as sex, age group, and inpatient or outpatient diagnosis. HF indicates heart failure; and HR, hazard ratio.



- La mortalité est supérieure chez les sujets fragiles (indicateur pronostic) et diminue au cours du temps (indicateur thérapeutique) chez les malades âgés robustes
- Les taux d'hospitalisations pour IC ou autre motif en cas de fragilité patente, ne sont pas modifiés,
- Si pas de fragilité la variable recours à l'hospitalisation est réduite (- 12 %)



Commentaires

- Un malade de sur 2 souffrant d'une IC est fragile, dont la prévalence a été multipliée par 2 sur 20 ans
- Cette association Fragilité et IC est péjorative, les événements de santé survenant dans le parcours de soins des malades (hospitalisations et / ou mortalité), persistent au cours du temps malgré l'optimisation des TTT
- Les recommandations médicamenteuses si elles sont appliquées améliorent le pronostic des malades non fragiles (moins utilisation chez les fragiles possibles)





ESC HEART FAILURE

ESC Heart Failure (2025)

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/ehf2.15218

ORIGINAL ARTICLE

The efficacy and safety of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors in patients aged over 80 years with heart failure

Kenji Nakano¹ , Kenji Kanenawa^{1*} , Akihiro Isotani¹, Takashi Morinaga¹, Kaori Yamamoto², Norihisa Miyawaki¹, Euihong Ko¹, Miho Nakamura¹, Yuichi Tanaka¹, Kenichi Ishizu¹, Toru Morofuji¹, Masaomi Hayashi¹, Masato Fukunaga¹, Makoto Hyodo¹, Shinichi Shirai¹ and Kenji Ando¹

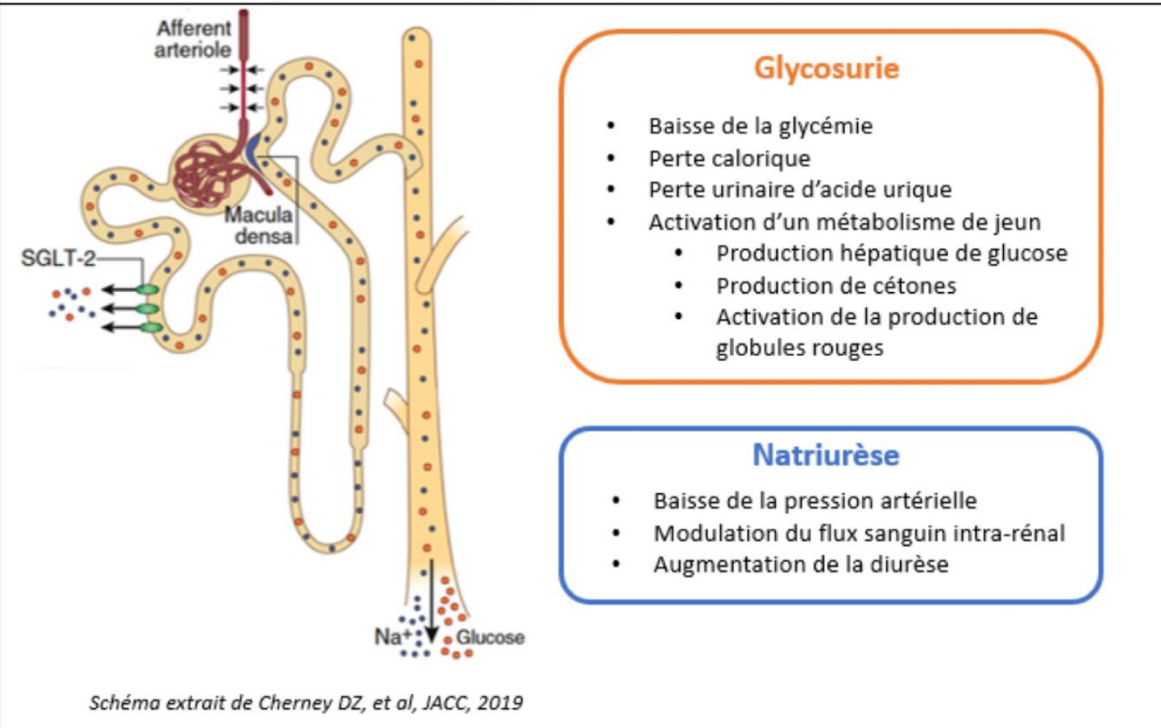
¹Department of Cardiology, Kokura Memorial Hospital, Kitakyushu, Japan; and ²Department of Medical Information Management Section, Kokura Memorial Hospital, Kitakyushu, Japan



SGLT2 i : l'outil de prévention universel (1)

- AMM : diabète, insuffisance cardiaque (FES préservée ou diminuée), Maladie Rénale Chronique (MRC)

Figure 1 : Fonction du transporteur SGLT2 et conséquences de son inhibition pharmacologique



SGLT2 i (Gliflozines) : l'outil de prévention universel (2)

- Effets secondaires associés : infection urinaire et génitale, sarcopénie et perte de poids, ostéoporose (risque très modéré)
- Etudes pivotales réalisées dans des populations jeunes et ayant peu de syndromes gériatriques
- But : analyse rétrospective longitudinale dans une population âgée « real setting » de l'efficacité et de la tolérance de cette classe de médicaments



Méthodes

- 1 559 malades ≥ 80 ans avec IC et un passé d'hospitalisations
- 2 groupes : n = 233 avec SGLT2 i (20 % recevaient déjà le médicament) et 1 326 sujets contrôles, suivis pendant 12 mois (date index premier séjour)
- Critère composite d'efficacité : décès (tte cause) ou ré-hospitalisations pour IC instable
- Evaluation de la tolérance (sécurité) : hospitalisation pour AVC ou déshydratation ou Infection urinaire (non génitale)
- Analyse Post-hoc selon le risque de dénutrition (GNRI) et de fragilité



Figure 2 Kaplan–Meier curves for (A) composite outcome, (B) all-cause death and (C) heart failure hospitalization in the non-SGLT2i and SGLT2i groups. Follow-up was censored for 1 year. SGLT2, sodium-glucose cotransporter 2; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor.

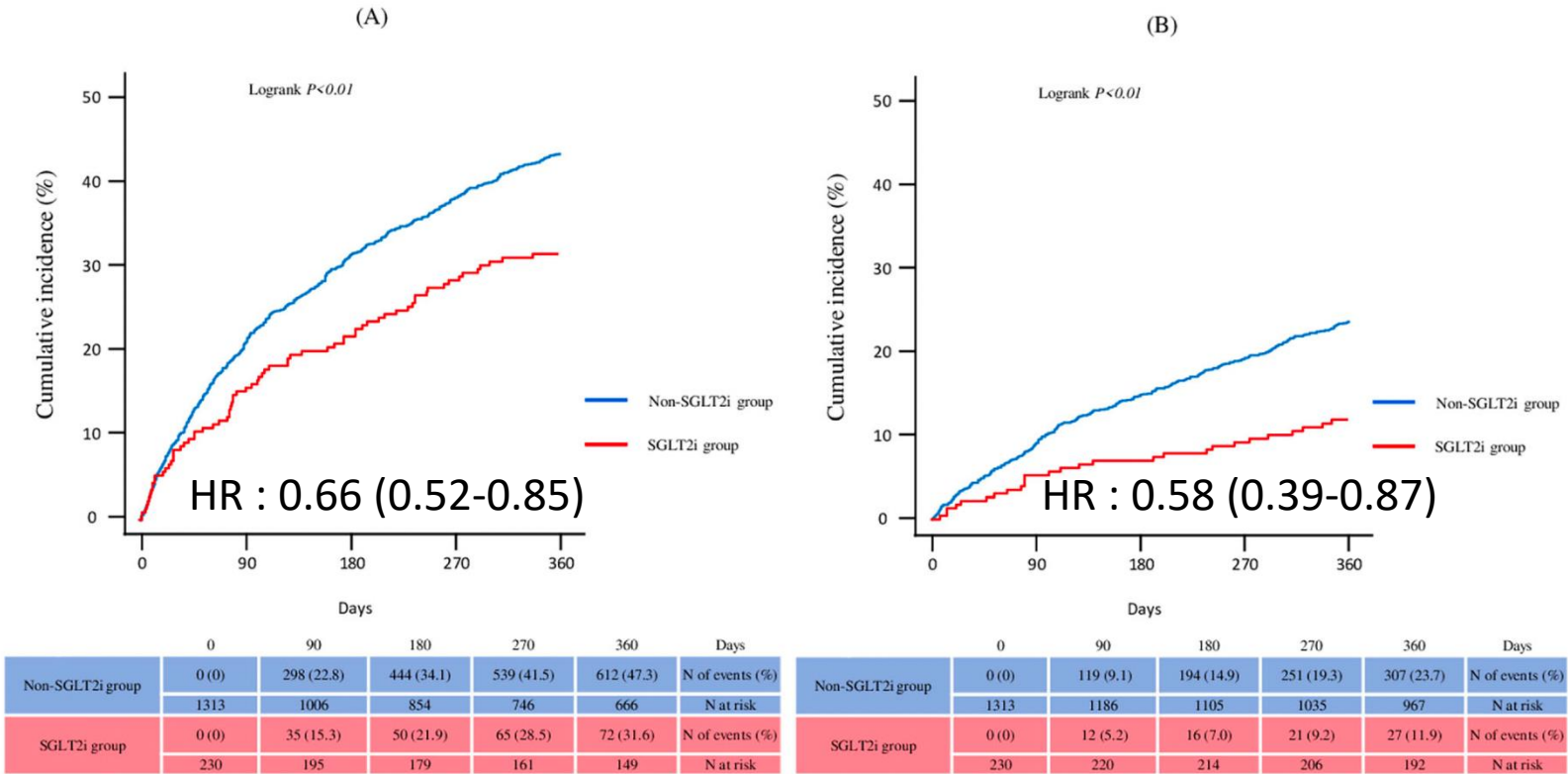


Figure 2 Kaplan–Meier curves for (A) composite outcome, (B) all-cause death and (C) heart failure hospitalization in the non-SGLT2i and SGLT2i groups. Follow-up was censored for 1 year. SGLT2, sodium-glucose cotransporter 2; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor.

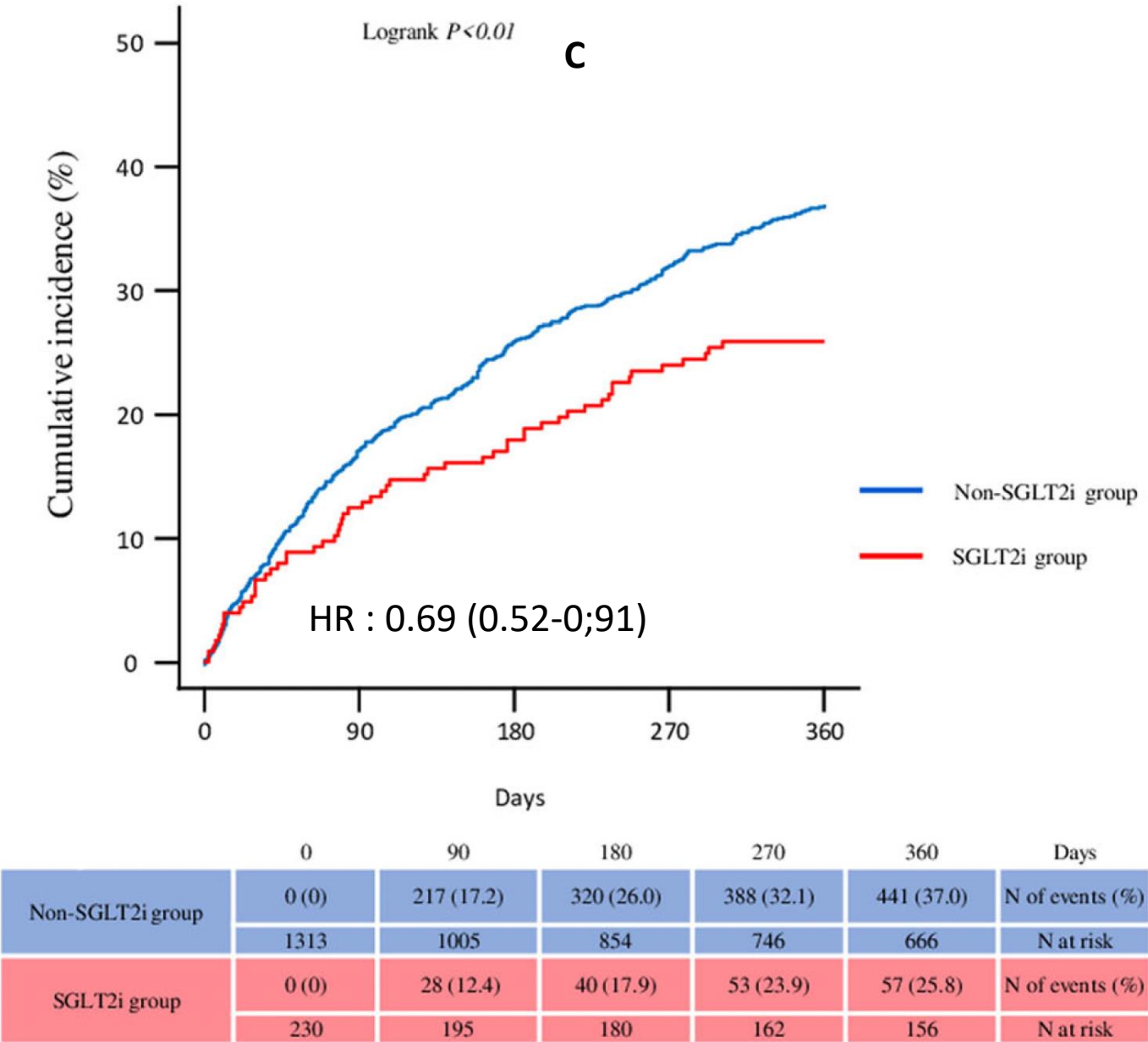
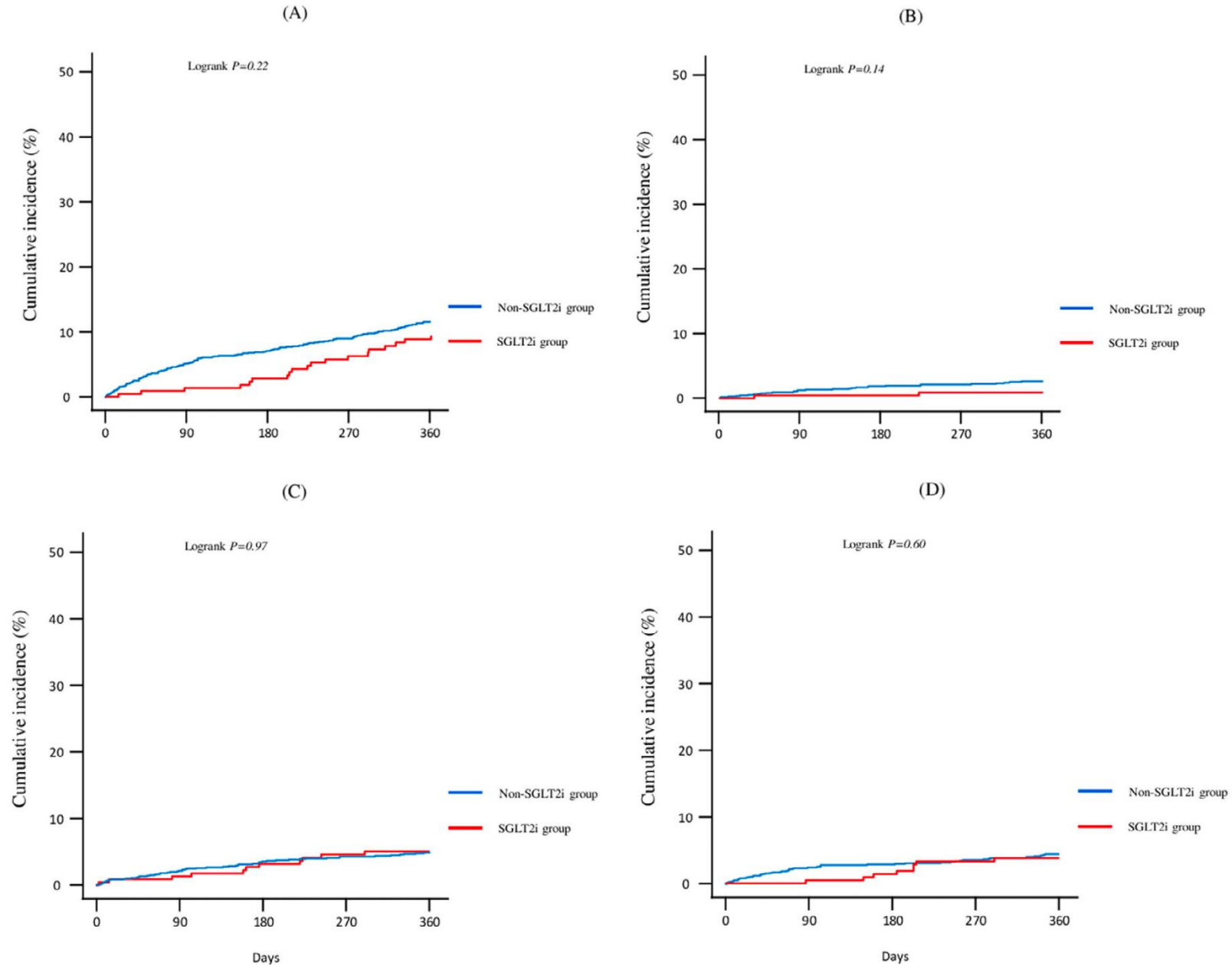


Figure 3 Kaplan–Meier curves for (A) safety composite outcome, (B) ischaemic stroke, (C) urinary tract infection and (D) dehydration. SGLT2, sodium-glucose cotransporter 2; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor.



Gliflozines et personnes très âgées ayant une IC

- Efficacité +++ (survie et qualité de vie), penser à la MRC +++
- Tolérance bonne et cela malgré le statut de dénutrition et de fragilité des malades
- Limites :
 - Analyse rétrospective (biais de sélection : nature des associations médicamenteuses et titration des médicaments non intégrés au modèle multivarié)
 - D'autres complications comme une OP n'ont pas été recherchées (risque faible)





JAMA Internal Medicine | **Original Investigation**

Thick Liquids and Clinical Outcomes in Hospitalized Patients With Alzheimer Disease and Related Dementias and Dysphagia

Alexander Makhnevich, MD; Alexandra Perrin, BA; Dristi Talukder, BS; Yan Liu, PhD; Stephanie Izard, MPH; Codruta Chiuzan, PhD; Stefani D'Angelo, MS; Rebecca Affoo, SLP, PhD; Nicole Rogus-Pulia, PhD, CCC-SLP; Liron Sinvani, MD

JAMA Intern Med. 2024;184(7):778-785. doi:[10.1001/jamainternmed.2024.0736](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0736)
Published online May 6, 2024.



MA (sd apparentés) et déglutition

- 86% des personnes âgées avec TNCM hospitalisées ont des troubles de déglutition qui altèrent l'efficacité (dénutrition, déshydratation) et surtout la sécurité (inhalation, infection, décès)
- La réponse : adaptation des textures alimentaires (solides) et des liquides (épaississants) et positionnement pendant les repas, l'adhésion des malades et de leurs proches à ces mesures de compensation est médiocre à court terme
- Niveau de preuve lors d'une VFS : réduction des inhalations avec solutions épaissies

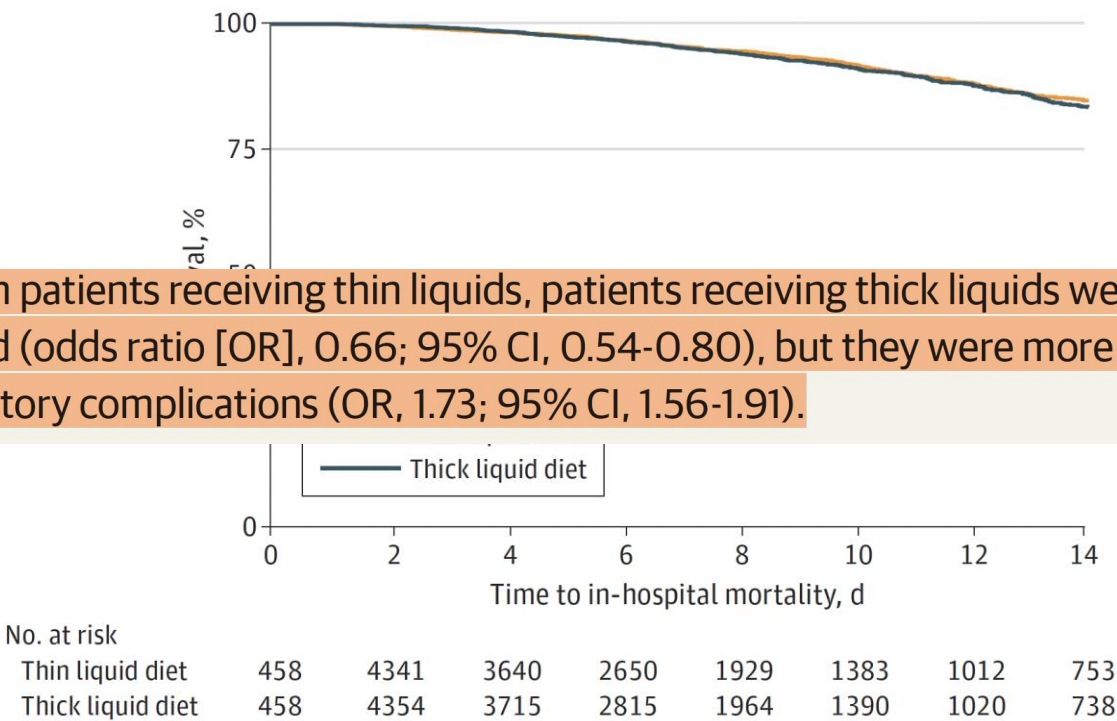


Méthodes

- Etude rétrospective, 11 hôpitaux (NY), 8 516 malades hospitalisés (90 % $\geq$ 75 ans) ayant **un TNCM et des Td de déglutition** identifiés (3 Ozz ou orthophonie ou algorithme sans dépistage standardisé) au cours des premières 24 heures du séjour
- 2 groupes (score de propension) avec texture alimentaire libre (nle, mixée ou purée) **mais distincts** par la nature des liquides (épaissis ou non au moins pour 70 % des volumes)
- Critères de jugement :
 - principal : décès dans les 14 jours
 - secondaires : complications respiratoires, détresse respiratoire et ventilation mécanique, durée de séjour



Figure 2. Kaplan-Meier Survival Estimates According to Thick or Thin Liquid Diet for the First 14 Days Only



Compared with patients receiving thin liquids, patients receiving thick liquids were less likely to be intubated (odds ratio [OR], 0.66; 95% CI, 0.54-0.80), but they were more likely to have respiratory complications (OR, 1.73; 95% CI, 1.56-1.91).



Commentaires (très personnels) les toujours...

- Dépistage des troubles de déglutition (VVST ¹)
- Positionnement, verre échancrure nasale et non canard
- Epaississant : essai et adhésion et réévaluation du malade
- Dans les états avancés sévères de TNCM « on peut ne pas poursuivre » et s'interroger sur la poursuite à long terme de cette mesure de compensation et reconsidérer les médicaments « indispensables »
- Privilégier l'hydratation : hypodermoclyse

¹ Clavé P Clin Nutri 2008





JAMDA 26 (2025) 105393



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Original Study

Over- and Underuse of Proton Pump Inhibitors in Nursing Homes: A Multisite Longitudinal Cohort Study



IPP : pré-requis

- AMM : ulcère (duodénal, gastrique), prophylaxie du risque hémorragique (ATT, AINS), Ttt symptomatique du RGO +/- œsophagite
- Depuis 1989 : + 1 318 % des prescriptions (Australie de 1995-2006), 50 % des résidents en EHPAD
- Effets Indésirables des IPP au long cours :
 - Liés à l'hypochlorydrie : pneumonie, infection intestinale, Op, carences (martiale, Vitamine B 12)
 - Divers : hyponatrémie, colite microscopique, néphrite interstitielle chronique
- Référentiels (HAS 2022), critères de Beers ¹ (PMI de type Overuse) ou omise (« underuse »)

¹ Beers Criteria JAGS 2023

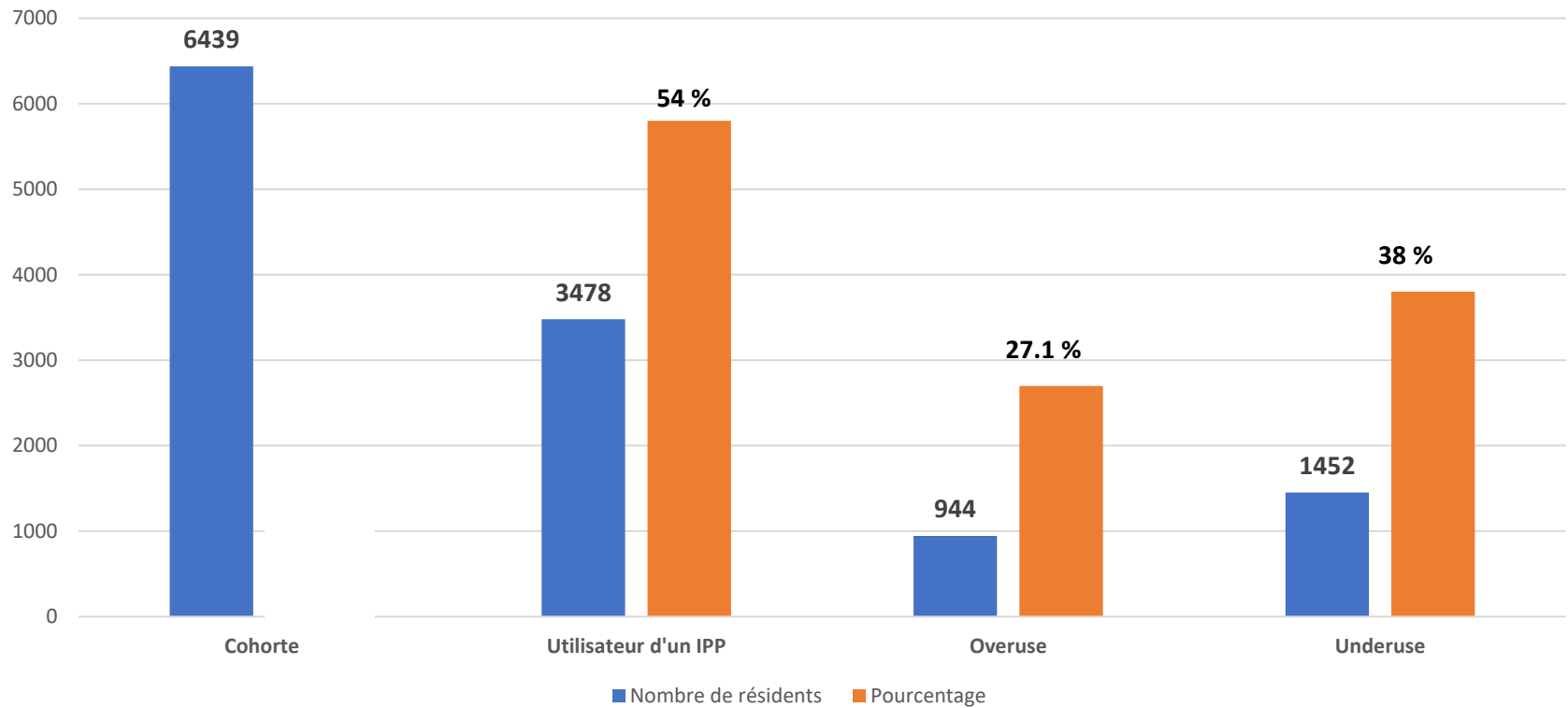


Etude rétrospective de pratiques, registre électronique, 34 EHPAD

- Analyse de la prescription d'IPP pendant 10 années (date index : 2014)
- Caractéristiques et facteurs de risque des PMI (Overuse) versus les recommandations en particulier d'une durée excessive ≥ 12 semaines
- Caractéristiques des situations d'Underuse : prophylaxie incomplète du risque hémorragique ≤ 30 jours (Bleeding Risk-Induced Drugs)

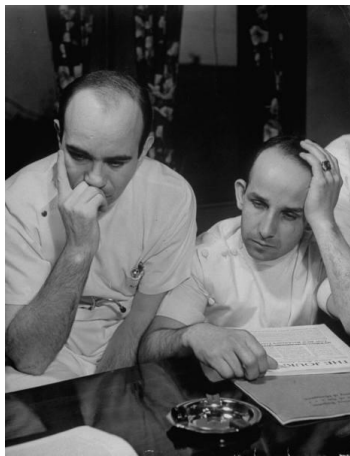


IPP : prescription totale et inadaptée
(« Overuse ») ou omise (« Underuse »)



- Etude multisite longitudinale, 54 % des résidents reçoivent un IPP, médiane de prescription 46 semaines
- Selon les recommandations (durée ≤ 12 semaines) cette prescription est inadaptée (prolongée) dans 27 % des cas, principal facteur de risque de prescription trop longue : ulcère ou RGO ancien (OR : 2.45)
- Omission de prescription : 38 %
- Rappel : RGO (+/- oesophagite) : 4 semaines





Aging Clinical and Experimental Research (2024) 36:66
<https://doi.org/10.1007/s40520-024-02724-8>

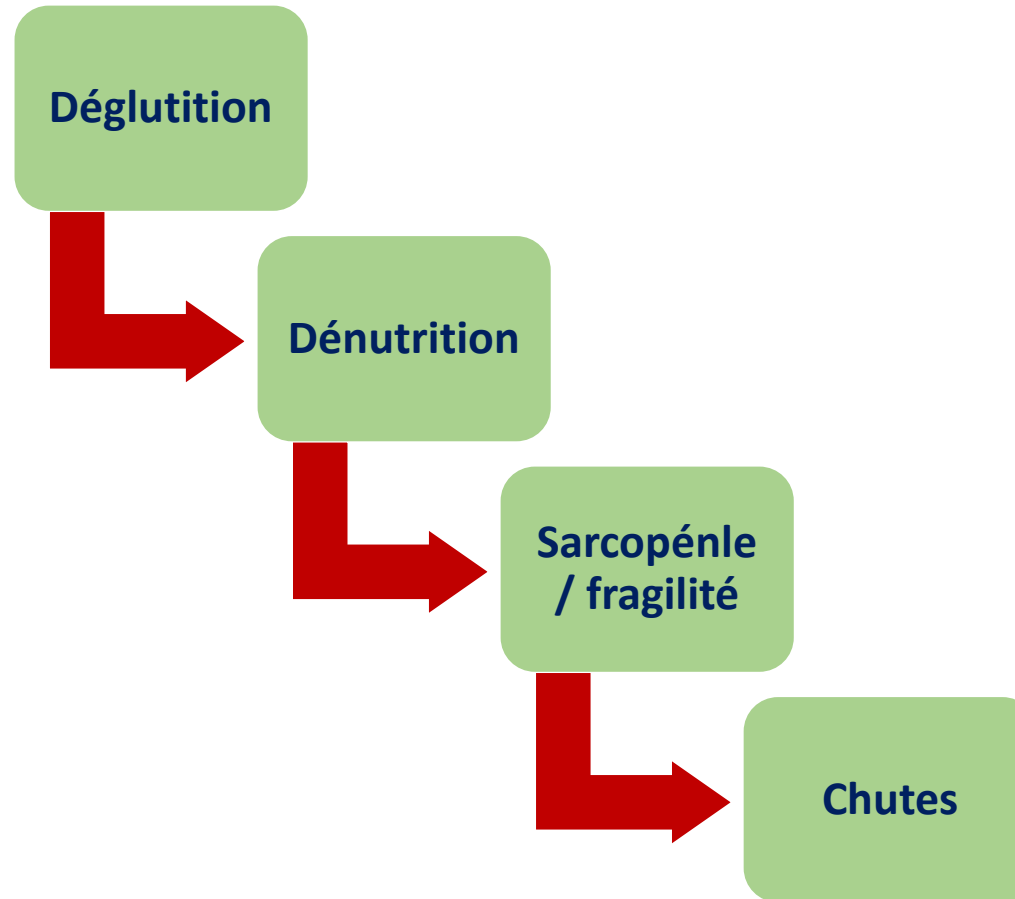
ORIGINAL ARTICLE

The prevalence and co-existence of geriatric syndromes in older patients with dementia compared to those without dementia

Pinar Soysal^{1,3} · Lee Smith²



Cascade événementielle



Méthodes

- 738 personnes âgées (moyenne : 80 ans), consultation ambulatoire
- Analyse des comorbidités et identification d'un TNCM (toute cause)
- Estimation de la fréquence et co-existence des Sd ger selon le statut cognitif (avec ou sans TNCM) des personnes
- Pas d'analyse des traitements ni du stade la maladie démentielle ou de son ancienneté
- Recherche de 11 syndromes Gériatriques



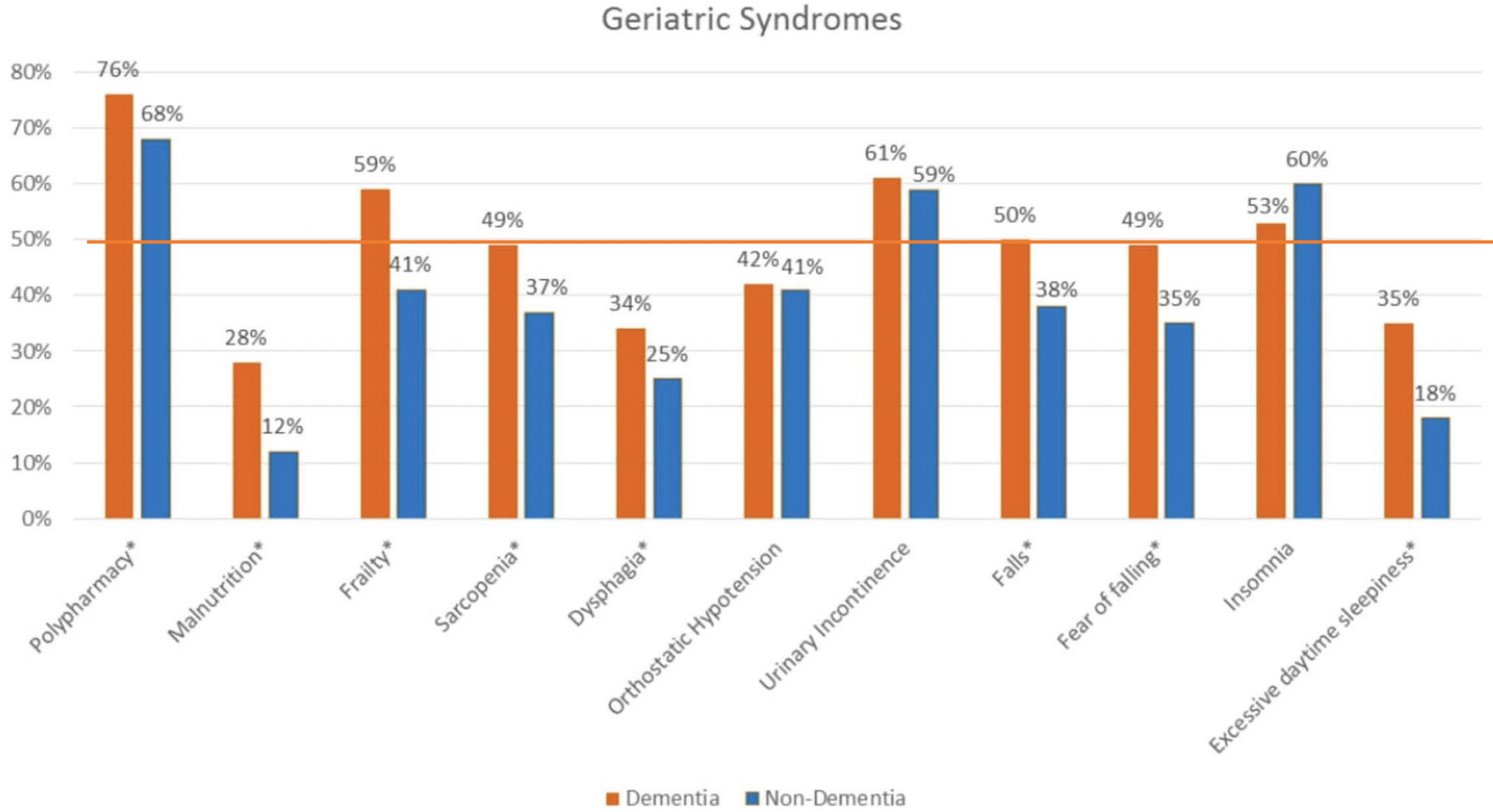


Fig.1 Frequency of geriatric syndromes according to the presence of dementia



- $\frac{3}{4}$ des personnes ont au moins 4 Sd gériatriques, chez 60 % des participants ≥ 5 Sd Ger. associés
- Fréquence significativement supérieure de Sd Ger multiples chez les malades avec TNCM
- Les associations « cascades » :
 - IU - Troubles du sommeil - HO
 - Dénutrition – Fragilité - Chutes
- La polypharmacie n'est pas un Sd gériatrique,
- « Je pense que tous les patients sarcopéniques sont fragiles et pas nécessairement l'inverse »





« Less is more when
more is too much ».
Franck Llyod





Research

JAMA Internal Medicine | [Original Investigation](#) | LESS IS MORE

Antihypertensive Medication and Fracture Risk in Older Veterans Health Administration Nursing Home Residents

Chintan V. Dave, PharmD, PhD; Yongmei Li, PhD; Michael A. Steinman, MD; Sei J. Lee, MD, MAS; Xiaojuan Liu, MS; Bocheng Jing, MS; Laura A. Graham, PhD; Zachary A. Marcum, PharmD, PhD; Kathy Z. Fung, MS; Michelle C. Odden, PhD

JAMA Intern Med. 2024;184(6):661-669. doi:[10.1001/jamainternmed.2024.0507](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0507)
Published online April 22, 2024.



HTA et résidents âgés

- 70 % des personnes ont une HTA
- Prévention des MCV et neurodégénératives établie
- Risque iatrogène : **les chutes** [3.6 chutes /an/ résident vs 1.5 au domicile soit un risque X 2)
- Rapport Dress 2019 : 730 000 résidents en France donc 2 628 000 chutes/an... 5 % de fractures
- «Target Trial Emulation» : la réduction du Ttt antihypertenseur est-elle associée à une réduction du risque de chutes graves compliquées de fractures ?
- Hypothèse : hypotension orthostatique



Méthodes

- Etude rétrospective de résidents ayant une HTA traitée :
 - Phase 1 : validation du protocole et vérification du CJP (réduction du risque fracturaire dans les 30 jours (probabilité d'HO) suivant l'initiation d'une nouvelle classe médicamenteuse vs tt stable (inchangé) au cours des 4 dernières semaines
 - Phase 2 : base de données (2006-2019), score de propension un cas (augmentation du Ttt) versus 4 sujets contrôles
- 13 000 participants (âge moy. : 78.5 ans), 98 % H, 6.6 % ont un passé d'OP ou de fractures, 65 % des antécédents de chutes (≤ 30 jours dans 25 % des cas)
- Focus sur les fractures survenant chez les malades ayant un TNCM (55 % des participants)



Table 3. Risk of Fall-Related Events Among Nursing Home Residents Initiating Antihypertensive Medication

Event	Pooled analysis		
	No. of events (IR) ^a		
	Treated (n = 12 942)	Control (n = 51 768)	HR (95% CI)
Fracture ^b	46 (5.4)	56 (2.2)	2.42 (1.43-4.08)
Severe fall	246 (28.8)	386 (15.5)	1.80 (1.53-2.13)
Syncope	135 (15.8)	231 (9.3)	1.69 (1.30-2.19)
Expanded outcome definition ^b	52 (6.1)	66 (2.6)	2.30 (1.44-3.69)

Abbreviations: HR, hazard ratio; IR, incidence rate.

^a Incidence rate per 100 person-years of follow-up. The mean (SD) follow-up in the treatment group was 18.2 (8.7) days and in the control arm was 16.8 (8.7) days.

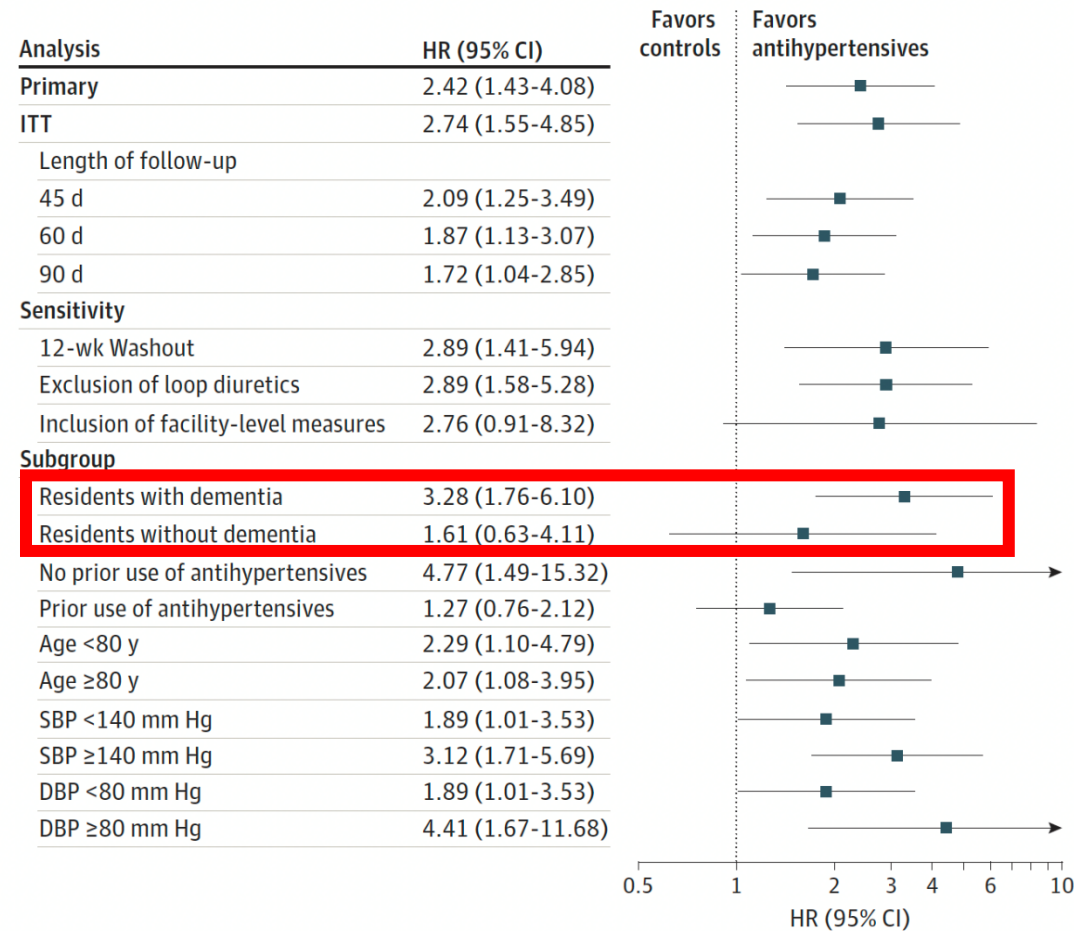
^b The primary outcome was a composite end point of nontraumatic pelvic

fracture; surgically treated hip fracture; and fractures of the humerus, radius, or ulna requiring intervention. In the expanded outcome definition, this definition was expanded to encompass traumatic brain injury hospitalization and other less frequently occurring fractures affecting the rib, sternum, thoracic, and lumbar regions.

« Severe Falls » : chutes graves, recours à une hospitalisation ou aux Urgences



Figure. Adjusted Risk of Fracture Among Nursing Home Residents Initiating Antihypertensive Medication: Sensitivity and Subgroup Analyses



Analyses were adjusted using 1:4 propensity score matching for baseline covariates described in Table 2. For all subgroup analyses, the propensity scores were re-estimated and the cohorts were rematched. DBP indicates diastolic blood pressure; HR, hazard ratio; ITT, intention to treat, and SBP, systolic blood pressure.



Commentaires

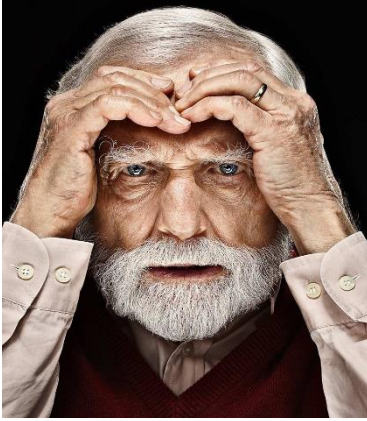
- Les bénéfices de l'optimisation thérapeutique dans l'HTA : Insuffisance cardiaque, MRC, TNCM (population communautaire)
- La majoration du TTT antihypertenseur est associé à un risque supérieur de chutes graves, de fractures et tout particulièrement en cas de TNCM (Fdr supplémentaire) en lien avec une HO possiblement
- Une décision individualisée : personnes fragiles, comorbidités, espérance de vie (Etude Partage)





Brèves





RESEARCH

 OPEN ACCESS

 Check for updates

Time to nursing home admission and death in people with dementia: systematic review and meta-analysis

Chiara C Brück,¹ Sanne S Mooldijk,² Lieke M Kuiper,^{3,4} Muhammed L Sambou² Silvan Licher,^{2,5} Francesco Mattace-Raso,³ Frank J Wolters^{2,6}

Cite this as: *BMJ* 2025;388:e080636

[http://dx.doi.org/10.1136/
bmj-2024-080636](http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2024-080636)

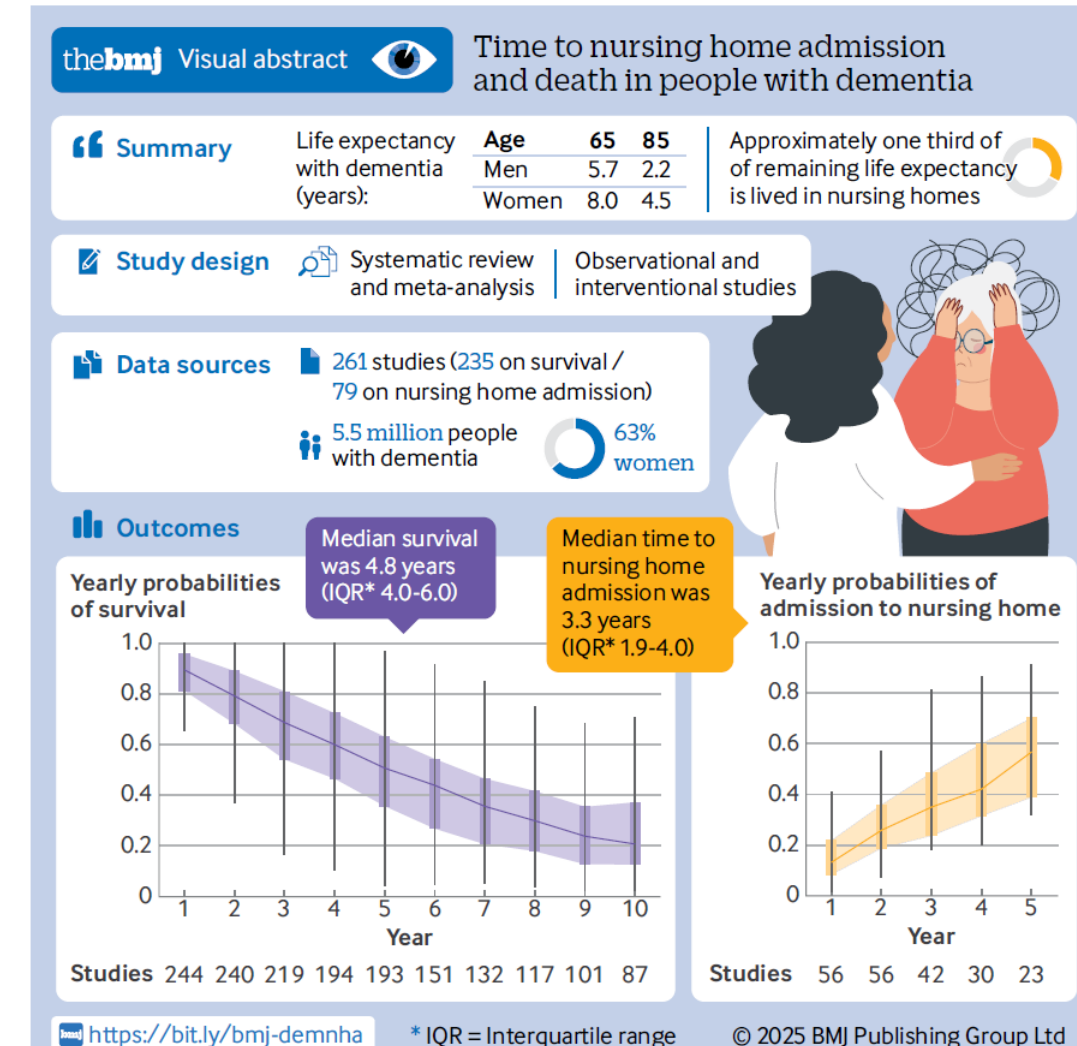
Accepted: 11 November 2024



TNCM, ce que l'on sait :

- 10 millions de nouveaux cas dans le monde chaque année
- Cause de dépendance fonctionnelle, de handicap et de réduction de l'espérance de vie sans et surtout avec incapacité
- Etudes récentes portant sur l'espérance de vie des personnes nouvellement diagnostiquées : 3.3 à 6.6 ans
- Donc estimation à partir d'une revue systématique de la littérature de la survie et du délai de recours à une institution





**Survie inférieure chez les femmes
en raison d'un diagnostic plus tardif**





Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the *Lancet* standing Commission

Gill Livingston, Jonathan Huntley, Kathy Y Liu, Sergi G Costafreda, Geir Selbæk, Suvarna Alladi, David Ames, Sube Banerjee, Alistair Burns, Carol Brayne, Nick C Fox, Cleusa P Ferri, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Mika Kivimäki, Eric B Larson, Noeline Nakasujja, Kenneth Rockwood, Quincy Samus, Kokoro Shirai, Archana Singh-Manoux, Lon S Schneider, Sebastian Walsh, Yao Yao, Andrew Sommerlad*, Naaheed Mukadam*

Lancet 2024; 404: 572–628



L'idée de puis 2017

- Pas de traitement curatif des TNCM
- Analyse de la littérature ciblant les facteurs de risque modifiables comme l'HTA publiée et réévaluée périodiquement (*Livingston G Lancet 2020;396:413-446*)
- Aux 12 facteurs de risque s'ajoutent 2 nouvelles pistes



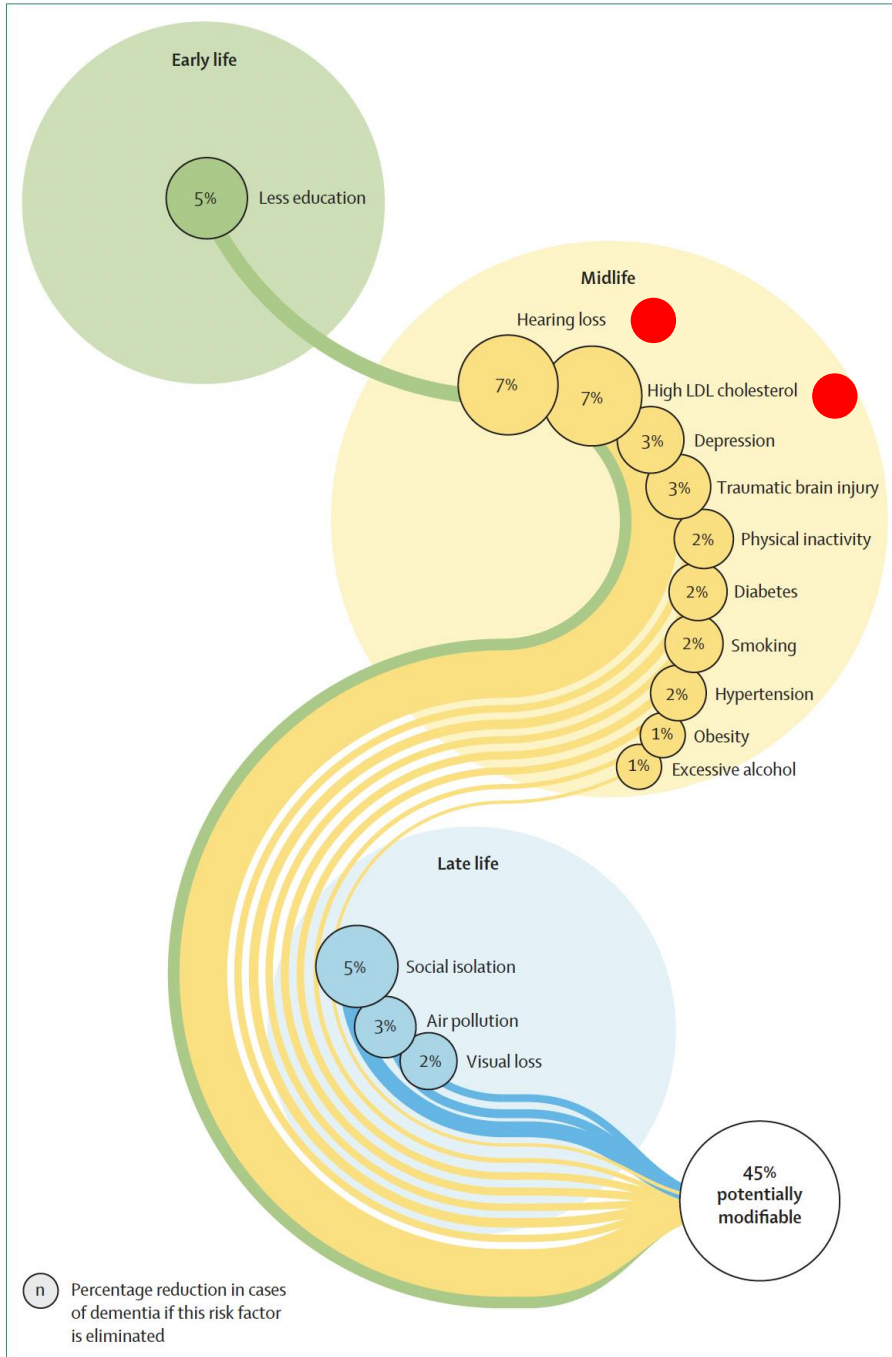


Figure 9: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

Specific actions to reduce dementia risk across the life course

We recommend several specific actions across the 14 risk factors:

- Ensure good quality education is available for all and encourage cognitively stimulating activities in midlife to protect cognition
- Make hearing aids accessible for people with hearing loss and decrease harmful noise exposure to reduce hearing loss
- Treat depression effectively
- Encourage use of helmets and head protection in contact sports and on bicycles
- Encourage exercise because people who participate in sport and exercise are less likely to develop dementia
- Reduce cigarette smoking through education, price control, and preventing smoking in public places and make smoking cessation advice accessible
- Prevent or reduce hypertension and maintain systolic blood pressure of 130 mm Hg or less from age 40 years
- Detect and treat high LDL cholesterol from midlife
- Maintain a healthy weight and treat obesity as early as possible, which also helps to prevent diabetes
- Reduce high alcohol consumption through price control and increased awareness of levels and risks of overconsumption
- Prioritise age-friendly and supportive community environments and housing and reduce social isolation by facilitating participation in activities and living with others
- Make screening and treatment for vision loss accessible for all
- Reduce exposure to air pollution







Supermarket/hypermarket opportunistic screening for atrial fibrillation (SHOPS-AF) using sensors embedded in the handles of supermarket trolleys: A feasibility study



Ian D. Jones, PhD^{a,b}, Deirdre A. Lane, PhD^{b,c}, Robyn R. Lotto, PhD^{a,b}, David Oxborough, PhD^{b,d}, Lis Neubeck, PhD^e, Peter E. Penson, PhD^{b,f}, Emma Johnston Smith, MSc^a, Aimeris Santos, MD^{a,b}, Emily E. McGinn, MRes^{a,b}, Aderonke Ajiboye, MPH^{a,b}, Nicola Town, PhD^{a,b}, Gabriela Czanner, PhD^{b,g,h}, Andy Shaw, PhDⁱ, Hala El-Masri, MD^j, and Gregory Y.H. Lip, MD^{b,c} *Liverpool, UK; Aalborg, Denmark; Edinburgh, UK; Bratislava, Slovakia*

Am Heart J. 2024 May;271:164-177.



Méthodes

- 4 supermarchés (100 000 visites hebdomadaires), recrutement de « client » avec Caddie pré-équipé (matériel validé), 210 participants (60 % âgés de plus de 65 ans et 67 % de femmes...)
- Détection d'une arythmie et mesure du pouls (Interne en pharmacie du magasin) et ECG en complément et identification d'une FA prévalente
- Calculs des variables : sensibilité, spécificité, VPP et VPN



Table 6. Range of index test accuracy as a summary from the sensitivity analysis

	Range of values
Sensitivity (%)	0.70-0.93
Specificity (%)	0.15-0.97
Positive predictive value (%)	0.24-0.56
Negative predictive value (%)	0.55-1.00



Commentaires

- Bonne acceptation
- Nombreux faux positifs (arythmie détectée) et surtout nombreux échecs de l'enregistrement lors de la marche dans les rayons ...
- Pour un test de dépistage la sensibilité de la méthode est médiocre +++
- Les hommes n'ont pas de raisons supplémentaires pour faire les courses...



CONVALESCENCE * FIÈVRES
Anémie — Débilité — Cachexies

QUINIUM LABARRAQUE

Approbation de l'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

VIN TONIQUE — FÉBRIFUGE — DIGESTIF
Exactement titré et dosé. — Contient tous les principes utiles du quinquina.
(3 gr. de principes toniques et 1 gr. 50 d'alcaloïdes par litre.)
DOSE. — *Un verre à liqueur avant ou après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny et C^{ie}), 19, rue Jacob, Paris



Actualité G ronto en SHS : inclusion, autonomie, style de vie

Dr Kevin Charras

Living Lab Vieillessement et Vulnérabilités

CHU de Rennes



Quel avenir pour le CNRS ?

par Bernard Meunier

En cette période difficile pour notre pays, c'est peut-être le moment de redéfinir les missions de nombreux organismes de l'Etat pour leur redonner leur vigueur d'origine. Dans le domaine de la recherche, essentiel pour l'avenir, la question de la restructuration du CNRS ne manquera pas de se poser. Plutôt que de subir des modifications venant de personnes n'ayant pas de connaissances précises sur la vie des laboratoires et la démarche scientifique, la communauté des chercheurs devrait faire des propositions.

Depuis sa création par Jean Perrin en 1939, le Centre national de la recherche scientifique a beaucoup évolué. Les fondateurs voulaient un organisme dynamique, avec un recrutement de haut niveau et une structure administrative légère et efficace, pour remettre la recherche française au meilleur niveau international. Force est de constater que l'organisme s'est alourdi avec une réticulation administrative qui, trop souvent, désespère les chercheurs et une grande partie des administratifs eux-mêmes. Ces derniers souhaitant rester au service de la recherche et non devenir les exécutants de systèmes normatifs créés par des cabinets plus influencés par l'air du temps que par le souci de faire avancer les connaissances scientifiques.

Il est urgent de revenir aux fondamentaux, à un CNRS dirigé par des scientifiques de haut niveau, avec un périmètre restreint allant des mathématiques à la biologie, avec les sciences expérimentales comme socle commun. Le CNRS est devenu trop lourd au fil du temps en essayant également de couvrir tous les domaines des humanités. Ne faudrait-il pas revenir à son rôle initial et accepter

Le Centre national de la recherche scientifique est devenu trop lourd au fil du temps en essayant également de couvrir tous les domaines des humanités.

qu'une partie importante des sciences sociales reviennent dans le giron de l'université, en gardant au CNRS celles qui s'appuient sur de l'instrumentation de haut niveau pour mener à bien ses travaux. Les outils analytiques les plus sophistiqués sont devenus essentiels pour la paléontologie humaine ou l'examen des œuvres d'art.

Le CNRS doit être armé pour appréhender les grands enjeux nationaux et internationaux en assurant le continuum recherche fondamentale, innovations, applications. Ses missions doivent être remplies en assurant des crédits d'investissement et de fonctionnement à la hauteur de ces enjeux. La masse salariale représente 90 % de la dotation de l'Etat, alors qu'elle était inférieure à 50 % dans les années 1960. Si l'on ajoute les sommes consacrées aux engagements internationaux du CNRS, il ne reste que quelques petits pourcents à la direction du CNRS pour animer une politique d'investissement dans ses unités. Nous sommes loin

des possibilités qui existent à l'étranger dans des institutions équivalentes.

En un demi-siècle, le CNRS a été considéré comme le centre de la recherche scientifique en France, sans que les laboratoires n'aient été entendus. Le CNRS n'a pas été entièrement remplacé par des projets, qu'ils soient nationaux ou internationaux. Ce n'est pas parce qu'il ne doit pas être dirigé par des personnes n'ayant pas de connaissances précises sur la vie des laboratoires et la démarche scientifique, la communauté des chercheurs devrait faire des propositions.

Il est urgent de revenir aux fondamentaux, à un CNRS dirigé par des scientifiques de haut niveau, avec un périmètre restreint allant des mathématiques à la biologie, avec les sciences expérimentales comme socle commun. Le CNRS est devenu trop lourd au fil du temps en essayant également de couvrir tous les domaines des humanités. Ne faudrait-il pas revenir à son rôle initial et accepter

qu'une partie importante des sciences sociales reviennent dans le giron de l'université, en gardant au CNRS celles qui s'appuient sur de l'instrumentation de haut niveau pour mener à bien ses travaux. Les outils analytiques les plus sophistiqués sont devenus essentiels pour la paléontologie humaine ou l'examen des œuvres d'art.

Le CNRS doit être armé pour appréhender les grands enjeux nationaux et internationaux en assurant le continuum recherche fondamentale, innovations, applications. Ses missions doivent être remplies en assurant des crédits d'investissement et de fonctionnement à la hauteur de ces enjeux. La masse salariale représente 90 % de la dotation de l'Etat, alors qu'elle était inférieure à 50 % dans les années 1960. Si l'on ajoute les sommes consacrées aux engagements internationaux du CNRS, il ne reste que quelques petits pourcents à la direction du CNRS pour animer une politique d'investissement dans ses unités. Nous sommes loin

Bernard Meunier est ancien président du CNRS et de l'Académie des sciences.

« Ne faudrait-il pas revoir son périmètre et accepter qu'une partie importante des sciences sociales reviennent dans le giron de l'université, en gardant au CNRS celles qui s'appuient sur de l'instrumentation de haut niveau pour mener à bien ses travaux. »



Les SHS ...

- Les **sciences humaines et sociales** sont un ensemble de disciplines académiques sur l'étude de la **réalité humaine**, des interactions sociales, des groupes et de leur environnement en regard à de sujets de société. On les oppose souvent aux sciences « dures » en raison de leurs sujets d'investigations.
- **Origine** : certain la situe au siècle des Lumières (environ 275 ans avant 2025)... peut-être plus...
- **Disciplines** : sociologie, philosophie, psychologie, économie, démographie, management, théorie des organisations, géographie, science politique, histoire, anthropologie, ethnologie, ethnographie, sexologie, science de l'occupation, criminologie, linguistique, architecture...
- **Méthodologies** : quantitative, qualitative, observationnelle, participative, topologique...
- **Substrat social** : grande variabilité, difficulté d'analyse.



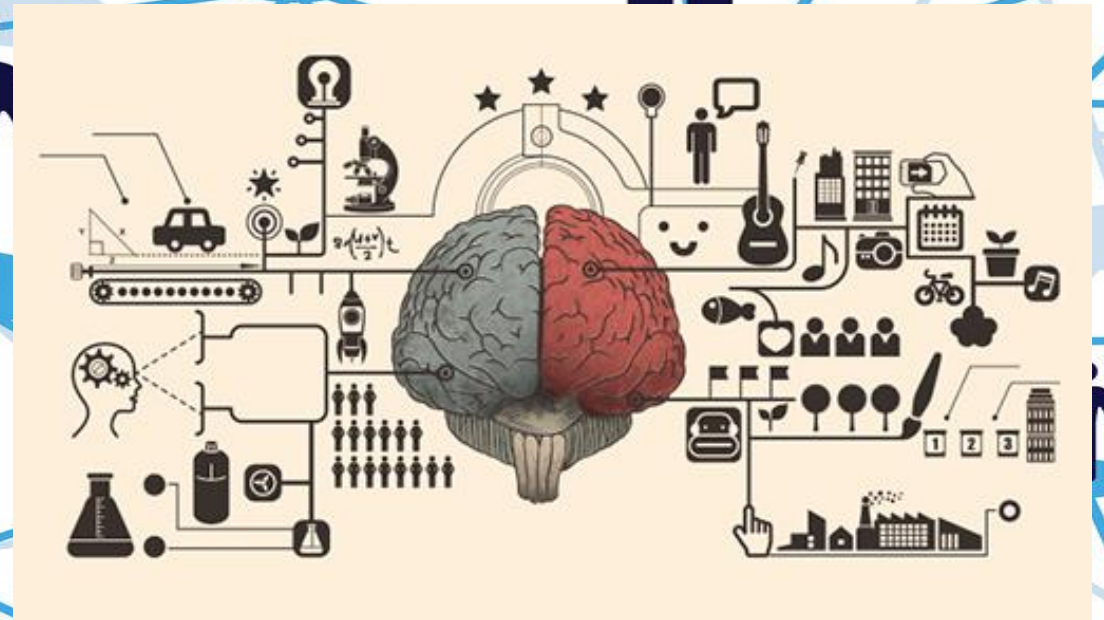
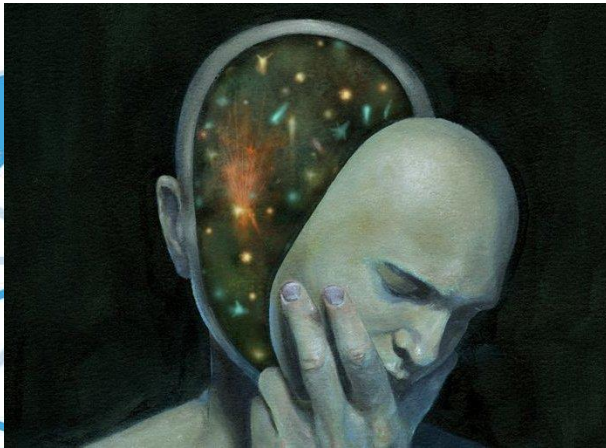
Constats épistémologiques : Substrat biologique Vs. Substrat social

- Représentation des sciences biomédicales : Concrètes, sciences dures et complexes, rigueur, élite, observables, sérieuses.



Constats épistémologiques : Substrat biologique Vs. Substrat social

- Représentation des sciences sociales : abstraites, sciences molles et improbables, mystérieuses, discutables, non palpables...

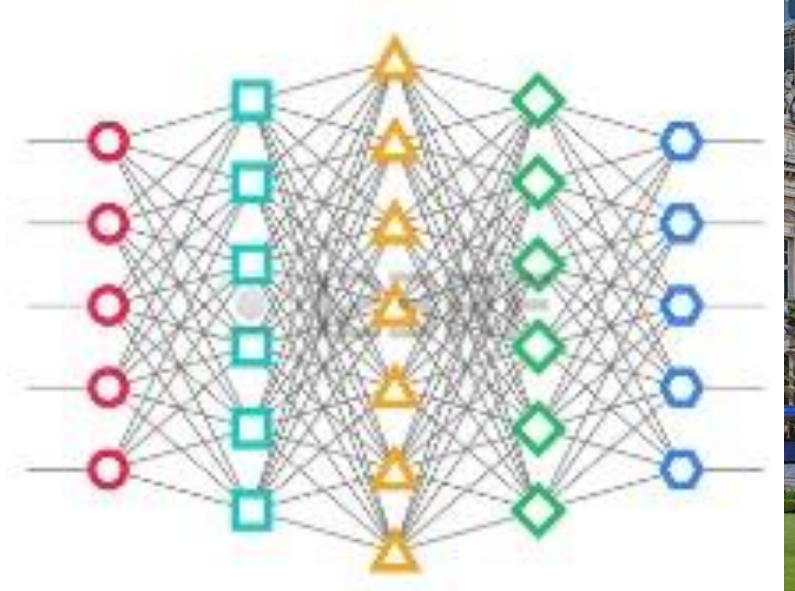
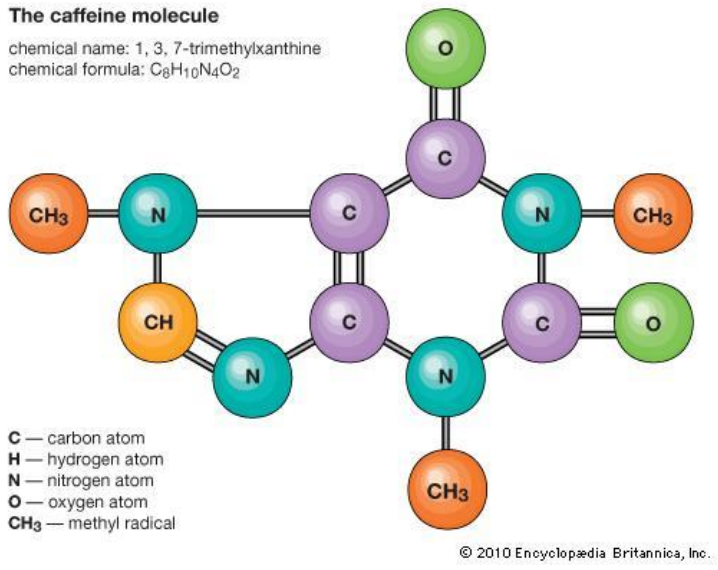


Constats épistémologiques : Complexités, incertitudes et variabilités

Modélisation moléculaire
→ Déterministe

Modélisation biomédicale
→ Quasi déterministe

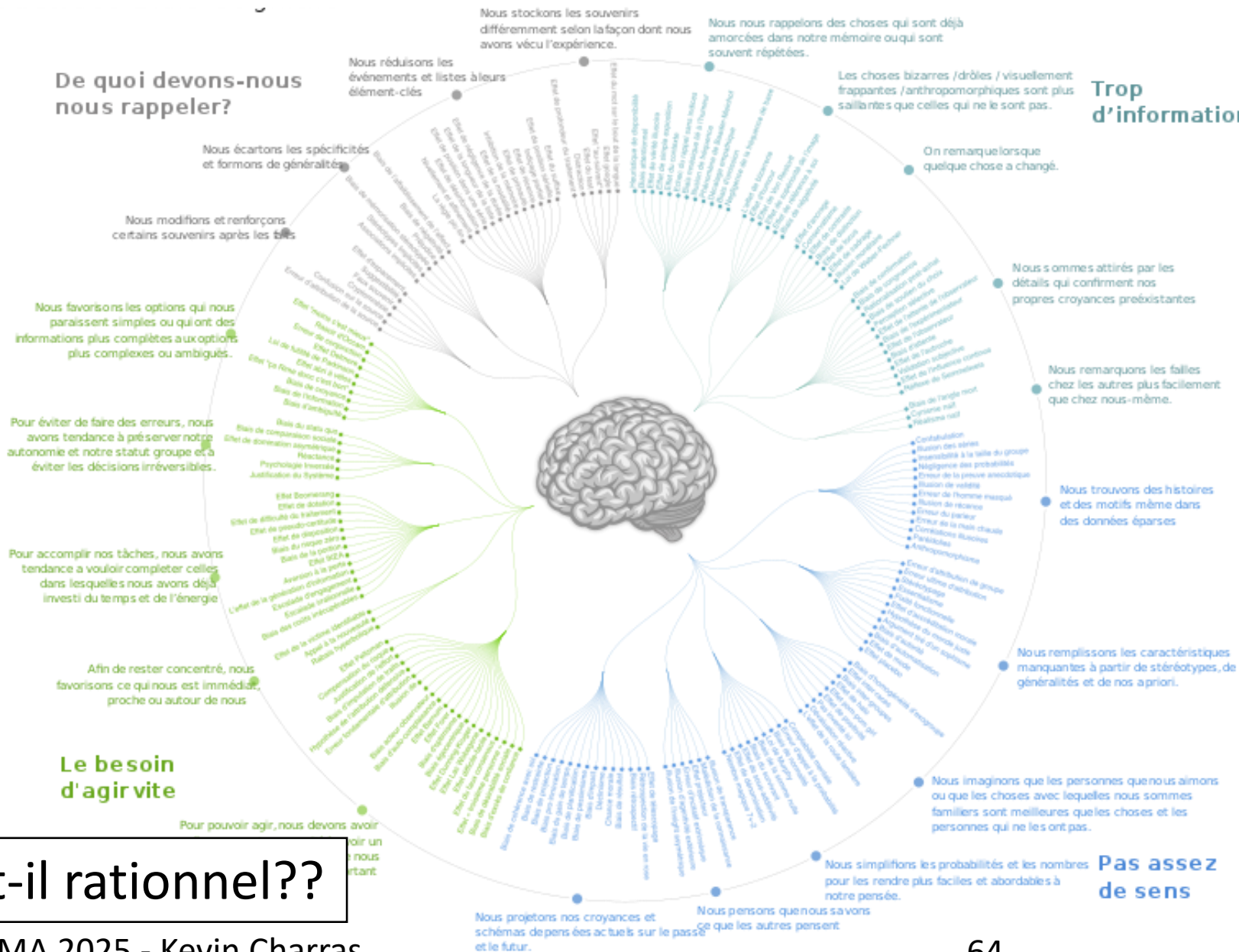
Modélisation psychosociale
→ Probabiliste



**Complexité des sciences : des outils statistiques parfois inadaptés à la
complexité et la variabilité du substrat social...**

Code des Biases Cognitives

Journées Vieillesse
et Maintien de l'Autonomie



L'être humain est-il rationnel??

16/05/2025

JVMA 2025 - Kevin Charras

64



living.v2
Lab.3



Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the *Lancet* standing Commission

Gill Livingston, Jonathan Huntley, Kathy Y Liu, Sergi G Costafreda, Geir Selbæk, Suvarna Alladi, David Ames, Sube Banerjee, Alistair Burns, Carol Brayne, Nick C Fox, Cleusa P Ferri, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Mika Kivimäki, Eric B Larson, Noeline Nakasujja, Kenneth Rockwood, Quincy Samus, Kokoro Shirai, Archana Singh-Manoux, Lon S Schneider, Sebastian Walsh, Yao Yao, Andrew Sommerlad*, Naaheed Mukadam*

Facteurs de risques de la démence :
→ **Participation sociale** : il y a peut-être une place pour les SHS pour la compréhension de ces facteurs de risques et le développement de la prévention??

	Study	Search year	Studies (n)	Participants
Less social engagement				
Cognitive leisure activities	Yates et al ²³¹	2014	2	1120
Cognitive leisure activities	Yates et al ²³¹	2014	3	193
Cognitive leisure activities	Yates et al ²³¹	2014	2	108
Social and community activity	Kuiper et al ²¹³	2012	6	771
Mentally-stimulating leisure activities	Valenzuela and Sachdev ²²¹	2004	4	706
Social activity	Penninkilampi et al ²²²	2017	6	1118
Less social contact				
	Kuiper et al ²²¹	2012	8	1576
	Penninkilampi et al ²²²	2017	8	2051
Smaller social network				
	Kuiper et al ²²¹	2012	5	775
	Penninkilampi et al ²²²	2017	4	689
Less social support				
	Penninkilampi et al ²²²	2017	4	1579
Unmarried marital status				
	Sommerlad et al ²³³	2016	6	812 04
	Penninkilampi et al ²²²	2017	6	229517
Loneliness				
	Lara et al ²³⁴	2018	8	3355
	Kuiper et al ²²¹	2012	3	325
	Penninkilampi et al ²²²	2017	4	469
Dissatisfaction with social networks				
	Kuiper et al ²²¹	2012	4	578
	Penninkilampi et al ²²²	2017	2	385



Figure 7: Different aspects of social participation and risk of dementia
Adapted from Sommerlad et al,²²⁵ by permission of Springer Nature. *Inverted from the published paper for consistency

Linking Social Cohesion to Biological Markers of Aging: Evidence From the National Health and Aging Trends Study

Tara C. Klinedinst^{1,2} , Nicholas Hollman³, Michael J. Hanks^{4,5}, and Raymond Jones^{5,6} 

- Hypothèse de stress provoqué par manque de cohésion sociale (Axe HHCS).
- Nécessité de mieux comprendre les processus psycho-socio-biologiques en vue de proposer des interventions qui puissent améliorer la cohésion sociale.

L'isolement des personnes âgées : un vrai sujet!

16/05/2025 JVMA 2025 - Kevin Charras

- Etude rétrospective
- Cohésion sociale : qualité des interactions sociales et du sentiment d'appartenance à une communauté.
- Indicateurs inflammatoires : CRP et Interleukin 6
- N = 4648 Age = 65 +

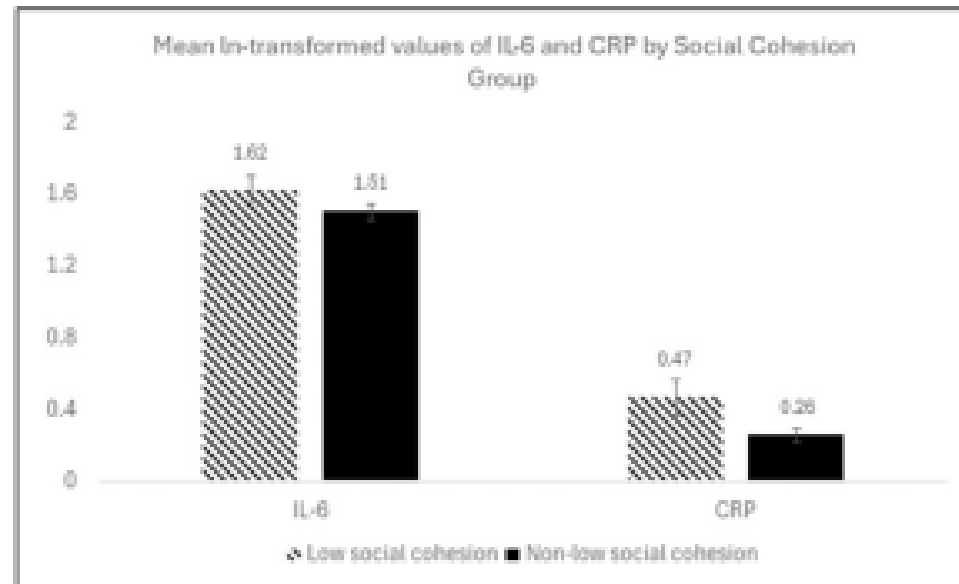


Figure 1. Mean ln-transformed values of IL-6 and CRP by social cohesion group.

RESEARCH

Open Access

Everyday life and boredom of people living with dementia in residential long-term care: a merged methods study

Doris Gebhard^{1*} and Julia I. Frank¹

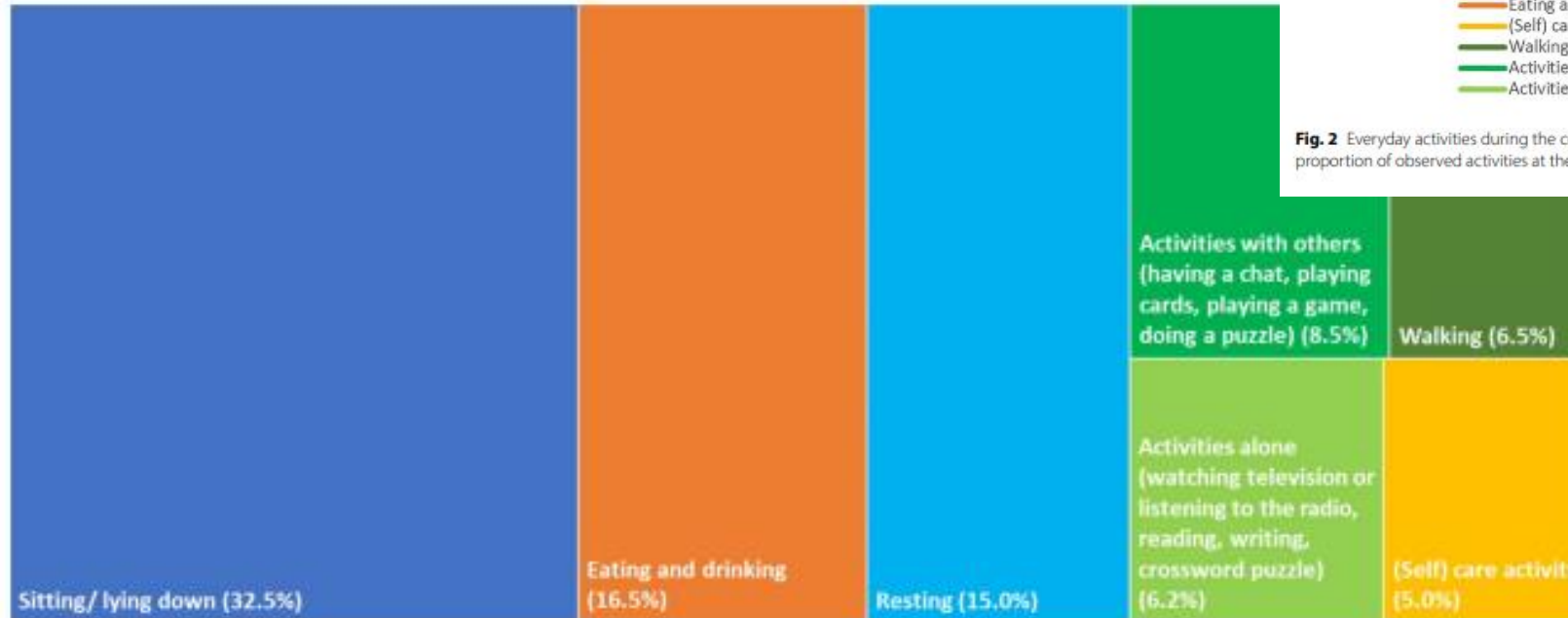


Fig. 1 Most frequent everyday activities, n = 7774. Note: All other activities were observed < 1% of the time, the sum of the observed proportion of these activities is 4.0% in total. In 5.2% of the time points, the activity was not observable

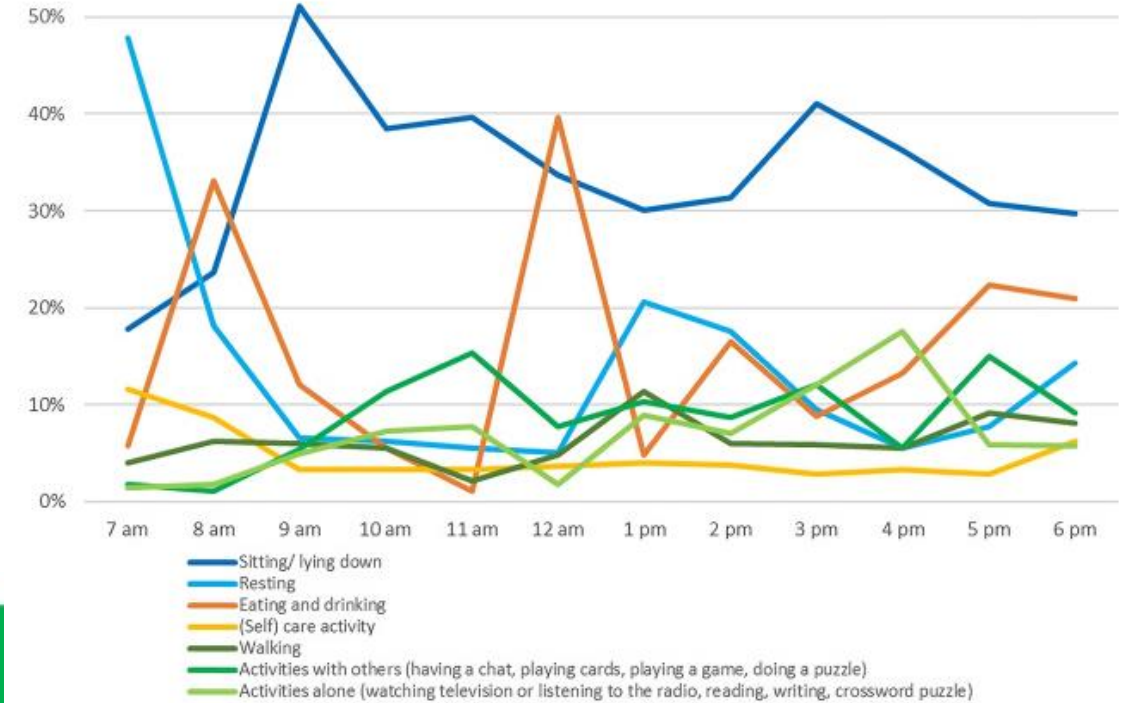
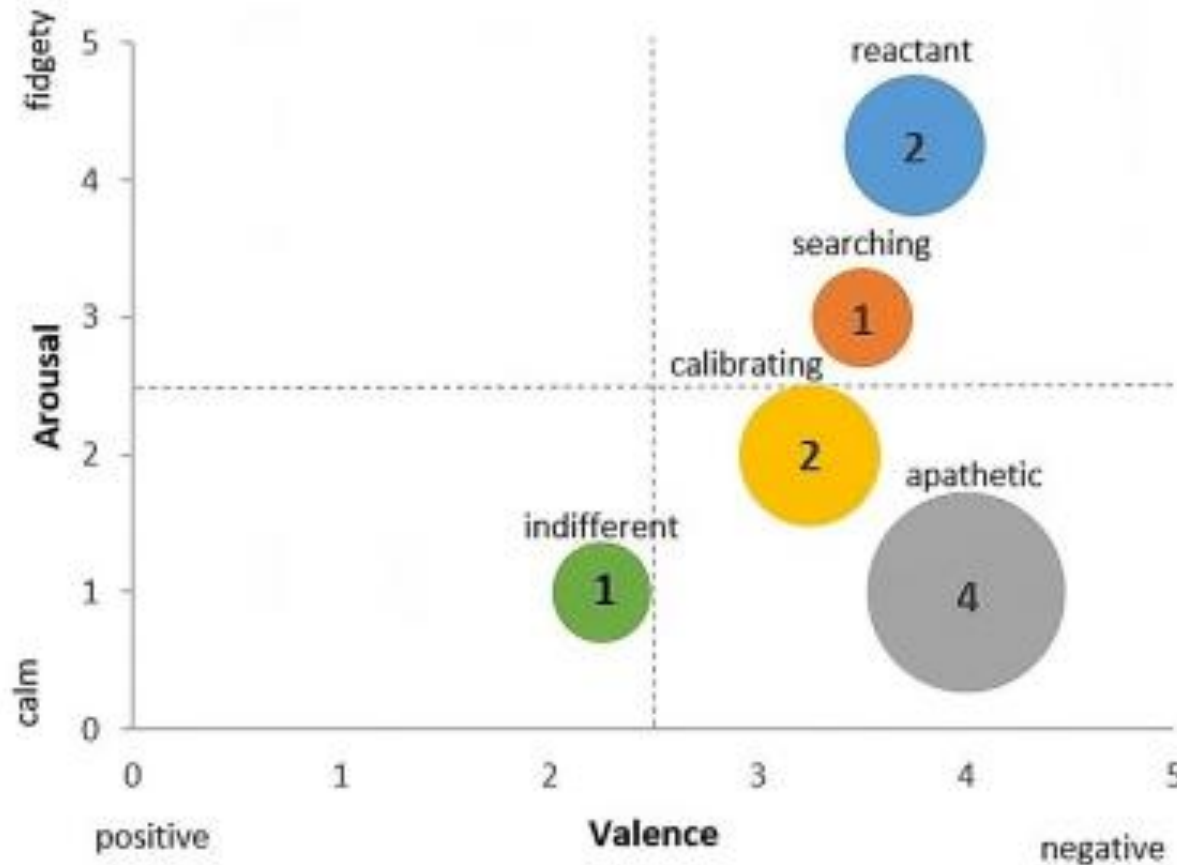


Fig. 2 Everyday activities during the course of the day, n = 2466. Note: The 100% represent all observed activities. The percentages therefore refer to the proportion of observed activities at the respective time point

Etude observationnelle avec
 méthodologie mixte (quantitatif et
 qualitatif)
 2724 observations recueillies
 17 entretiens
 5 EHPAD

living
 Lab. 3





"Yes, but then I go out when I realise that I'm bored, then I go out and meet people. Then I go out and run away, yes."

"Yes, maybe a bit out of boredom. I don't yet know how I can get reading material here. I still have to find out."

"Yes, sometimes I think, my god, if my husband was still here, we'd do this or that."

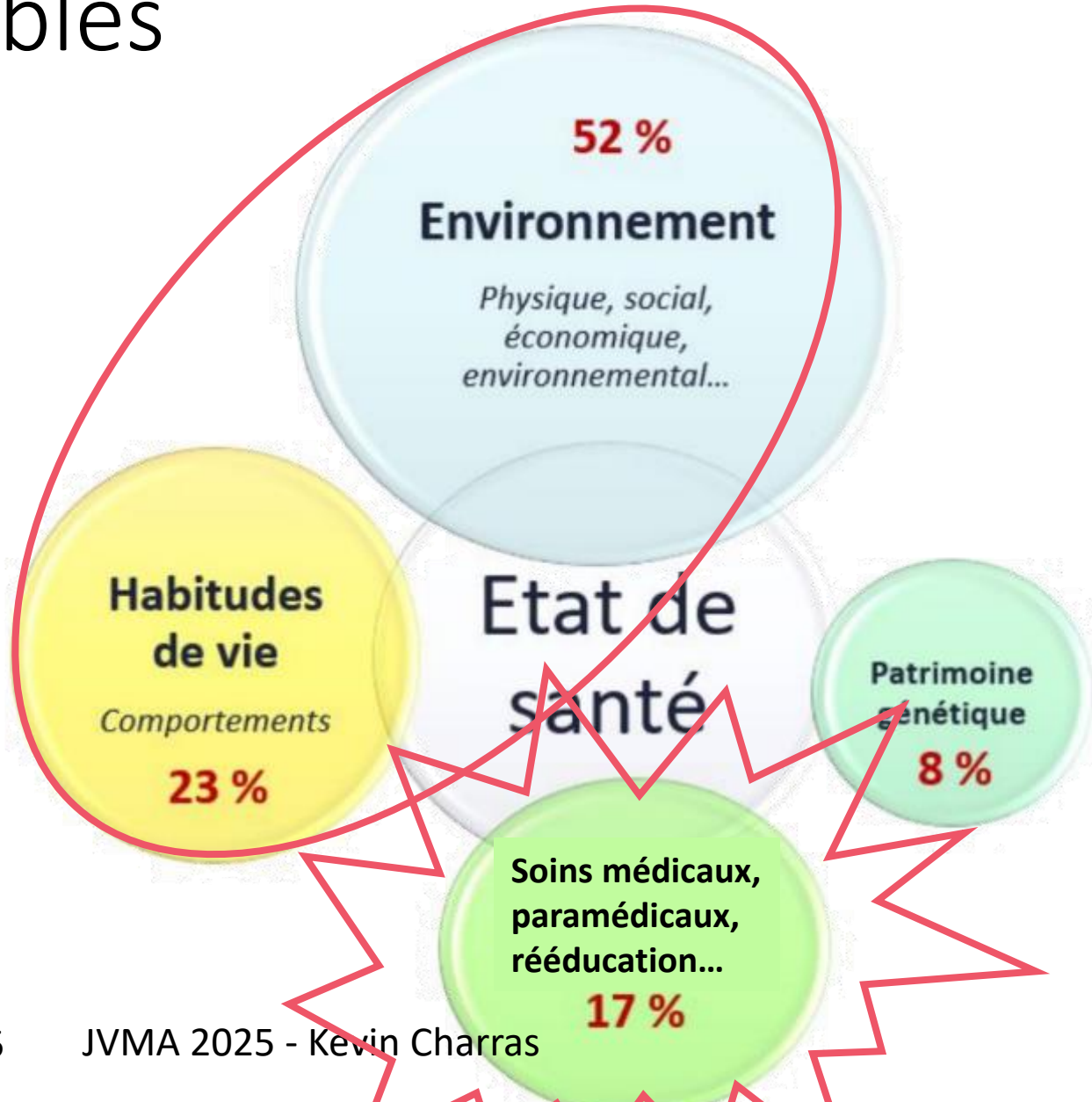
"It's good for resting, but the thing is, we talked a lot at the petrol station (where she worked), right."

"Yes, boring, what can you do about it... That is the situation, but we can't kill ourselves just because of that."

Fig. 4 Types of boredom, n = 10. Note: the illustration of boredom types is inspired by Fig. 1 in the publication by Raffaelli et al. [14, p.2457]

Impuissance acquise... certains disent
"s'ennuyer à mourrir"... ca laisse songeur...

Déterminants de la santé et facteurs modifiables



75% des déterminant de santé proviennent de l'environnement et des habitudes de vie... et on ne se focalise que sur 17%!



De Coninck et al. *BMC Geriatrics* (2024) 24:275
<https://doi.org/10.1186/s12877-024-04797-6>

BMC Geriatrics

RESEARCH

Open Access



Promoting meaningful activities by occupational therapy in elderly care in Belgium: the ProMOTE intervention

Leen De Coninck^{1,2*}, Anja Declercq³, Leen Bouckaert⁴, Carola Döpp⁵, Maud J.L. Graff⁵ and Bert Aertgeerts^{1,2*}



RESEARCH

Promoting meaningful activity by occupational therapy in Belgium: the ProMOTE in

Leen De Coninck^{1,2*}, Anja Declercq³, Leen Bouckaert⁴, Carola C

Table 2 Determinants of success and barriers to the OT intervention

Facilitators	Barriers
Innovation - Computerized decision support system which detects physically frail older adults or older adults at risk of physical frailty - System that links evidence to the electronic health record (e.g., Evidence Linker) - Secure digital information exchange system - Intervention is evidence based	- Lack of supportive electronic devices
Individual professional - Health professionals involved receive basic education and training in collaborating with patients with complex chronic conditions - Local health professionals know each other - Health professionals have knowledge of the evidence-based practice method - Methodology for health literacy is part of the basic competences of occupational therapist and other involved health professionals - Freely available scientific evidence translated to local context - Professional pride	- Professionals not believing in the added value of the interventions
User - Congruence between personal expectations of user(s) and set goals - Insight into the problem, potential cause, and potential consequences for user and, if relevant, informal caregiver - Actions tailored to the pace of user with special attention to actions of assessment phase - Experienced support from peers and family	- Denial of the problem - Lack of motivation - Additional costs of intervention such as the purchasing of assistive devices - Experienced social stigma
Social context - Congruence between expectations of informal caregiver and set goals - Insight into the problem, potential cause, and potential consequences for informal caregiver - Positive attitude of colleagues towards innovation - Opinion leaders who support the innovation - Collaborative leadership	- Denial of the problem - Lack of motivation or interest of informal caregiver - Content and value of OT in primary care not well known by informal caregivers and health professionals
Organizational context - Structurally embedded procedure which detects physically frail older adults or high-risk individuals - Integrated care is routine in primary care - OT is already integrated in the daily clinical practice - Innovative intervention implemented within routine actions - Innovative intervention adapted to local context - Indicators (effect-process-structure) available at start of implementation of the intervention	- Ingrained, inflexible organizational system
Economic and political context - Sufficient allowances for assistive devices and home adaptations - Sufficient compensations for OT intervention	- OT not structurally embedded in primary care in Belgium

RESEARCH

Open Access

Promoting meaningful activities by occupational therapy in elderly care in Belgium: the ProMOTE intervention

Leen De Coninck^{1,2*}, Anja Declercq³, Leen Bouckaert⁴, Carola Döpp⁵, Maud J.L. Graff⁵ and Bert Aertgeerts^{1,2*}

Evaluating

To measure if the goals of the intervention are achieved, the older adult's levels of functional performance and social participation are objectively reassessed using performance-based measurement instruments and/or by means of an interview with the older adult regarding their perception of their own functional performance and social participation. Where relevant, the informal caregiver will be involved. A report of the levels of functional performance and social participation is shared with the relevant health professionals.

What this study adds

To the best of our knowledge, this study is the first that describes the development and content of a high-adherence-to-therapy and evidence-based evidence based OT intervention aimed at increasing functional performance and social participation of community-dwelling frail older adults.

This study provides researchers, clinicians, and decision makers transparency about the development and therefore also about the validity of the ProMOTE intervention.

- **Evaluation des compétences** en vue de maintenir et développer les habiletés des personnes âgées, plutôt de la dépendance en vue de la compenser...
- Introduire un changement de culture de l'accompagnement
- **Sortir de la logique de compensation de la dépendance**



Review Article

The Impact of Nursing Home Culture Change: An Integrative Review

Laura Deprez MSc^{a,*}, Thérèse Van Durme PhD^b, Olivier Bruyère PhD^c,
Stéphane Adam PhD^a

^a Psychology of Aging Unit, Department of Psychology, University of Liège, Liège, Belgium

^b Faculty of Public Health, Institute of Health and Society, Catholic University of Louvain, Brussels, Belgium

^c Division of Public Health, Epidemiology and Health Economics, WHO Collaborating Center for Public Health Aspects of Musculo-Skeletal Health and Aging, University of Liège, Liège, Belgium

- Méta-analyse de 75 articles
- Approche centrée sur la personne dominante
- Etudes futures devraient se centrer sur les **relations sociales, la prise de décision partagée, et l'approche domiciliaire.**
- **Pour les résidents** : diminution de la dépression et de l'anxiété, engagement ++ dans des discussions sur la fin de vie, plus d'interactions sociales, et amélioration des SPC.
- **Pour les professionnels** : satisfaction au travail, niveau de stress, communication, autonomie au travail.

Environment

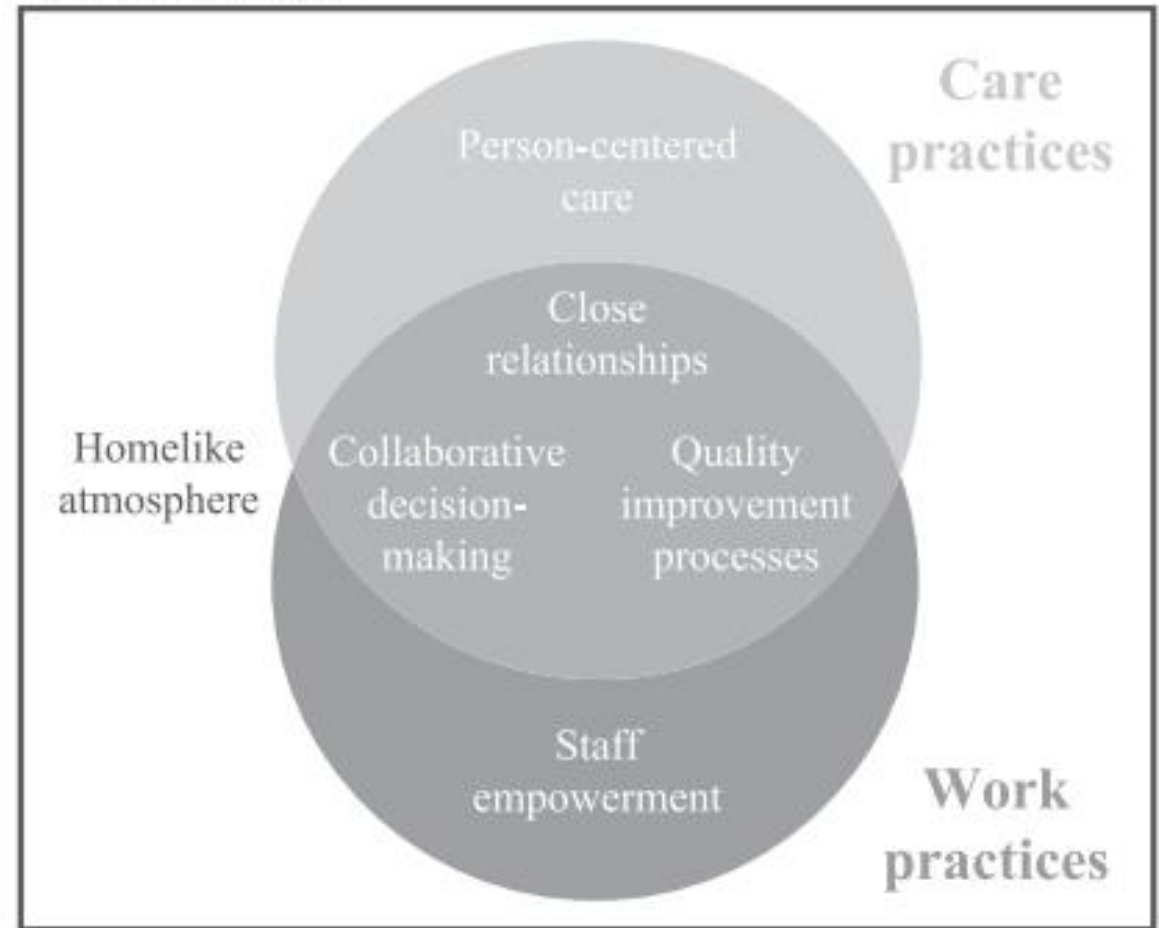


Fig. 1. Illustration of the 6 Culture Change domains integrated into the 3 major areas of care practices, work practices and the environment.

Freins à la culture du changement : régulations et financement de la dépendance, formation des professionnels.

Review Article

The Impact of Nursing Home Culture Change: An Integrative Review



Laura Deprez MSc^{a,*}, Thérèse Van Durme PhD^b, Olivier Bruyère PhD^c,
Stéphane Adam PhD^a

^a Psychology of Aging Unit, Department of Psychology, University of Liège, Liège, Belgium

^b Faculty of Public Health, Institute of Health and Society, Catholic University of Louvain, Brussels, Belgium

^c Division of Public Health, Epidemiology and Health Economics, WHO Collaborating Center for Public Health Aspects of Musculo-Skeletal Health and Aging, University of Liège, Liège, Belgium

- Méta-analyse de 75 articles
- Approche centrée sur la personne dominante
- Etudes futures devraient se centrer sur les relations sociales, la prise de décision partagée, et l'approche domiciliaire.
- Pour les résidents : diminution de la dépression et de l'anxiété, engagement ++ dans des discussions sur la fin de vie, plus d'interactions sociales, et amélioration des SPC.
- Pour les professionnels : satisfaction au travail, niveau de stress, communication, autonomie au travail.

security subsidies allocated to NHs depends almost exclusively on the level of independence of the NH's residents. In other words, in a given NH, if residents become more independent (eg, according to the Katz Index of Independence in Activities of Daily Living), that NH's funding will be cut, possibly leading to financial strain and personnel reduction. Conversely, if their residents' level of independence decreases, their funding will increase. Although the relationship between resident independence and staff workload cannot be denied, this financing system may not only highlight resident dependency but also, in a way, encourage it. At the very least, it fails to encourage

Financement de la dépendance ou financement de la résilience ?



Une grille de lecture pour l'implémentation et la prescription des interventions non médicamenteuses dans les maladies neuro-évolutives en établissements personnes âgées dépendantes

Psychosocial interventions and dement grid for implementing psychosocial inte practice in long-term care facilities

KEVIN CHARRAS^{1,2}
 HERVE PLATEL³
 1. Unité de psychiatrie gériatrique, CHU de Bordeaux
 2. Unité de psychiatrie gériatrique, CHU de Bordeaux
 3. Unité de psychiatrie gériatrique, CHU de Bordeaux

Résumé. Les tentatives d'im évaluées selon les méthodes nos dernières années.

Tableau 1. Grille d'Implémentation et de prescription des INM (GRIP-INM).
 Table 1. NMI implementation and prescription grid (GRIP-INM).

	 Interventions de crise/urgence	 Interventions à visées thérapeutiques ou de réhabilitation	 Programme d'occupation préventif
Contextes	 Crise anxiodépressive Comportements agressifs Aphasie Apathie soudaine Hallucinations/délires... (Liste non exhaustive)	Suite à un bilan clinique, neurocognitif et/ou comportemental Identification de difficultés spécifiques : mémoire immédiate ou ancienne, attention/concentration, coordination motrice...	Maintien des capacités et de l'autonomie /indépendance Lutte contre l'apathie Prérequis : Bilan occupationnel/ Identification des capacités déficitaires et préservées
Objectifs et natures des interventions	 Interventions individuelles ayant pour objectifs un effet de régulation comportementale/émotionnelle ou de stimulation de la communication	Interventions individuelles ou en petits groupes ayant pour objectif de travailler les mécanismes cognitifs, sociaux et comportementaux cibles	Prise en charge quotidienne globale, maintien des fonctions cognitives, communicationnelles et affectives
Temporalité/dosage	 Durée : 15 min à 1 h Fréquence : autant que nécessaire Période d'intervention : ponctuelle	Durée : 1 h Fréquence : 2-3/semaine Période d'intervention : plusieurs mois	Durée : 10 min à 1 h Fréquence : quotidienne Période d'intervention : sur le temps long



Tableau 2. Déclinaison des conditions d'application et de valorisation de la GRIP-INM.
Table 2. Declination of the conditions of application and valorization of the GRIP-INM.

Ressources Établissement Type d'intervention	Espaces dédiés	Implications Personnels médical/ soignant	Thérapeutes formés INM	Ressources Externes	Valorisation AGGIR / PATHOS
Urgence / Crise 	INDISPENSABLE -Pièce dédiée -Chambre du patient	PRESCRIPTION MÉDICALE RECOMMANDÉE - Possible Accompagnement Psy/ Orthophoniste - Equipe soignante alertée et impliquée	RECOMMANDÉ -Personnel formé/ spécialisé -Temps dédiés pour personnels soignants ou paramédicaux formés	PEU APPROPRIÉ EN INTERVENTIONS D'URGENCES Supervision de la gestion des situations de crises	Aggir : Cohérence/ Orientation Pathos : syndrome confusionnel aigu, états dépressifs/ anxieux, psychose, délire, hallucinations
Visée thérapeutique / Réhabilitation 	RECOMMANDÉ -Pièce aménagée et dédiée aux INM -Chambre du patient -Aménagements extérieurs	AVIS MÉDICALE/PSY RECOMMANDÉ -Propositions suite à bilan clinique (neuropsychologique, médical, orthophonique ou ergothérapique)	INDISPENSABLE -Personnel formé/ spécialisé -Temps dédiés pour personnels soignants ou paramédicaux si formés	POSSIBLE voire RECOMMANDE (suivant la nature de l'intervention) -Intervention de spécialistes INM externes sur vacations régulières dans le cadre du parcours de soin	Aggir : Cohérence/ Orientation, Toilette/Habillage, Déplacements Pathos : Troubles comportementaux, états dépressifs/ anxieux, syndromes démentiels, chutes
Programme d'occupation préventif 	POSSIBLE -Pièces communes aménagées pour animations ponctuelles -Espaces extérieurs	PROPOSITIONS PAR L'ÉQUIPE SOIGNANTE -S'inscrit de préférence dans le parcours de soin	POSSIBLE -Palette d'activités suivant les expertises et compétences de l'équipe -Réflexion institutionnelle sur la palette de propositions	POSSIBLE (suivant la nature de l'intervention) -Appel à des intervenants externes -Animations qui ne s'inscrivent pas nécessairement dans le parcours de soin.	Aggir : Cohérence/ Orientation, Toilette/Habillage/ Alimentation Déplacements (int., ext.), Gestion/Cuisine/ Ménage Activités de temps libre Pathos : Chutes, syndrome démentiel, dénutrition



Une grille de lecture pour l'implémentation et la prescription des interventions non médicamenteuses dans les maladies neuro-évolutives en personnes âgées

Psychosocial intervention grid for implementation practice in long-term

KEVIN CHARRAS^{1,2}
HERVE PLATEL³

1. Une nomenclature nationale fondée sur la réalité du terrain

Bien que 97 % des Ehpad déclarent mettre en œuvre des INM pour accompagner les résidents atteints de MA (Fondation Médéric Alzheimer, 2021), la qualité et l'assiduité avec lesquelles elles sont exercées restent très hétérogènes. L'application et le choix des INM dépendent du contexte de leur exercice et des besoins des personnes : situation de crise, réhabilitation, accompagnement du quotidien. Une nomenclature nationale recensant et préconisant ces interventions selon ces trois modalités rendrait plus lisible leur exercice et faciliterait leur implémentation.

2. Un financement à la mesure de l'investissement des professionnels

À défaut de pouvoir valoriser le temps consacré à la pratique des INM dans l'exercice soignant, aucun financement ne leur est spécifiquement dédié. Les directeurs d'Ehpad composent donc avec des arbitrages entre financement de la dépendance et des soins. Un profil de soin ciblant la nécessité de l'usage d'INM pour certains symptômes psychocomportementaux suffirait pourtant à les valoriser. Les Ehpad pourraient ainsi former des soignants aux INM essentielles

3. Une évaluation clinique à grande échelle

Le rapport Jeandel-Guérin [19] plaidait déjà en faveur de la mise en place d'un centre de preuve national des INM. De son côté, la Non Pharmacological Intervention Society a travaillé à l'élaboration d'un modèle consensuel d'évaluation des INM réunissant les principaux chercheurs et praticiens nationaux. L'intégration des INM dans les systèmes de soins informatisés permettrait, outre de valoriser le temps soignant consacré à celles-ci, d'observer leur impact sur les principaux indicateurs de santé par une remontée massive d'information provenant directement des Ehpad et pouvant alimenter un centre de preuve fondé sur les remontées du terrain.

4. Une formation universitaire

La formation reste le principal effecteur des bonnes pratiques d'accompagnement [20]. Dans le cadre du Plan maladie-neurodégénérative 2014-2019, un diplôme universitaire sur les INM s'est par exemple concrétisé par un partenariat public-privé avec l'université de Caen⁶. Reste encore à généraliser la formation sur les INM en l'intégrant systématiquement à celles des professions médicales et paramédicales et à promouvoir la recherche par la création d'une chaire universitaire dédiée.



2021

Architecture, Vieillissement et Autonomie

Physical environmental designs in residential care to improve quality of life of older people (Review)

Harrison SL, Dyer SM, Laver KE, Milte RK, Fleming R, Crotty M

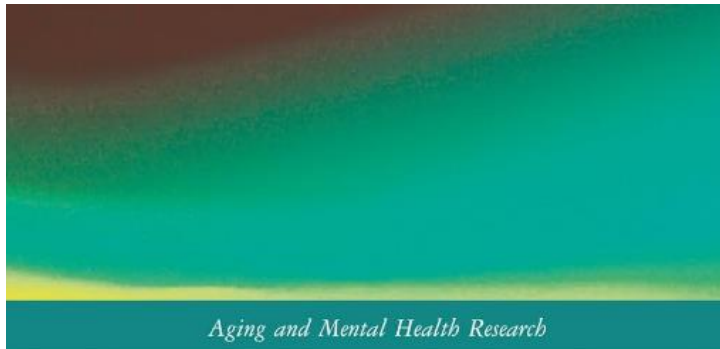
Authors' conclusions

There is currently insufficient evidence on which to draw conclusions about the impact of physical environment design changes for older people living in residential aged care. Outcomes directly associated with the design of the built environment in a supported setting are difficult to isolate from other influences such as health changes of the residents, changes to care practices over time or different staff providing care across shifts. Cluster-randomised trials may be feasible for studies of refurbishment or specific design components within residential aged care. Studies which use a non-randomised design or cluster-randomised trials should consider approaches to reduce risk of bias to improve the certainty of evidence.



living^{v2}
Lab.

Meta analyse sur des modèles archi différents...
Méthodologies de recherches parfois bancales ...



CREATING EMPOWERING ENVIRONMENTS FOR PEOPLE WITH DEMENTIA

ADDRESSING INCLUSIVE DESIGN FROM HOMES TO CITIES

Edited by
Kevin Charras, Eef Hogervorst, Sarah Wallcook,
Saskia Kuliga and Bob Woods

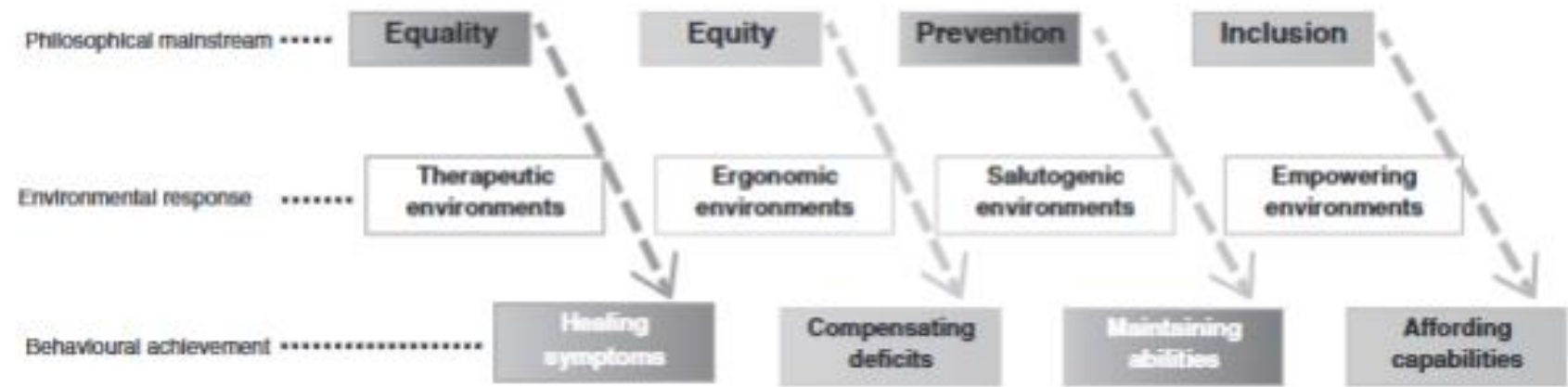


Figure 3.1 Philosophical mainstreams of residential care architecture for people living with dementia.

Aller au-delà des capacités pour relever le défi de l'inclusion

Aging and Mental Health Research

CREATING EMPOWERING ENVIRONMENTS FOR PEOPLE WITH DEMENTIA

ADDRESSING INCLUSIVE DESIGN FROM
HOMES TO CITIES

Edited by

Kevin Charras, Eef Hogervorst, Sarah Wallcock,
Saskia Kuliga and Bob Woods



*"Enable each person
living with dementia
to live their best life."*

*Permettre aux personnes vivant
avec la maladie d'Alzheimer de
vivre leur meilleure vie*

Toilets

A key feature for inclusive design.
Newbuild and refurbishment

*Gill Mathews, Mary Marshall
and Heather Wilkinson*

CREATING EMPOWERING ENVIRONMENTS FOR PEOPLE WITH DEMENTIA

ADDRESSING INCLUSIVE DESIGN FROM HOMES TO
CITIES

Edited by

Kevin Charras, Eef Hogervorst, Sarah Wallcook,
Saskia Kuliga and Bob Woods

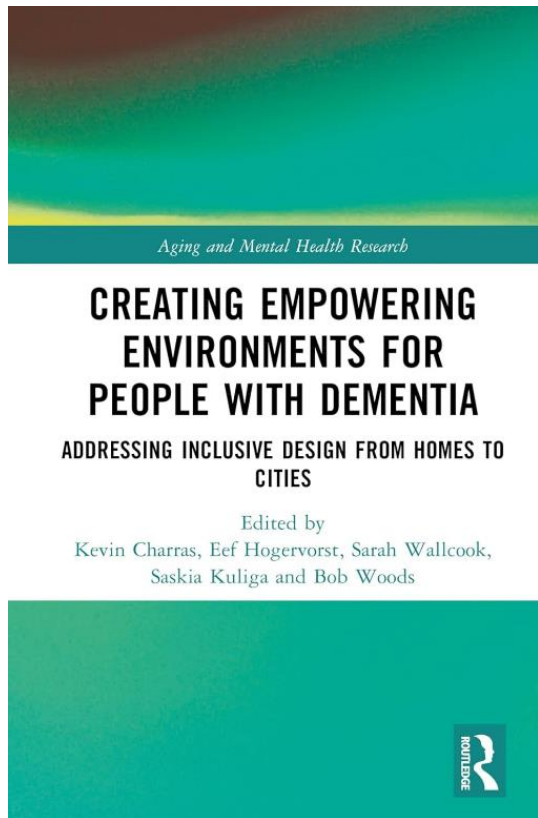


Figure 9.1 Example of a good, clear toilet sign.



Figure 9.2 Clear contrast of essential features in a toilet.

Architecture, Vieillesse & Autonomie



L'énabilité diffère significativement de la réadaptation en ce sens qu'elle ne vise pas à compenser ou retrouver des capacités standard, mais à mettre en œuvre des processus proactifs visant à supprimer les obstacles environnementaux et à créer de nouvelles opportunités pour permettre aux personnes de vivre une vie indépendante, selon leurs propres compétences et leurs propres ressources.

Dans cette approche, nul ne peut être considéré comme handicapé ; chacun a des capacités différentes et vit selon ses propres ressources et ses propres normes d'autonomie.

Enabilité : Une normativité de l'autonomie revisitée

16/05/2025

16/05/2025 - Kevin Charras

81





Habilitation à diriger des recherches
de l'Ecole Normale Supérieure

Recherches sur l'éthique médicale,
le « phénomène Alzheimer » et l'autonomie

Dossier scientifique présenté par

Fabrice GZIL

sous la direction du Professeur Frédéric WORMS

- Une autonomie composée de 3 dimensions interdépendantes :
 - **Fonctionnelle** : Absence de restrictions d'activité et de limitations de participation sociale. L'enjeu n'est plus la mesure des déficiences fonctionnelles, afin de prodiguer un accompagnement adapté, mais l'affirmation d'un droit universel à l'autonomie fonctionnelle.
 - **Morale** (autodétermination) : rôle prépondérant aux choix, aux décisions, grande place donnée à la rationalité et à la réflexivité, et implication d'autrui dans les valeurs qu'elle porte.
 - **Civile** : citoyenneté, personnalité juridique (conférer des droits et des obligations), appartenance au corps social et politique.



Les occupations : Quèsaco?

- **Les occupations comprennent les actes de vie (WFOT, 2012) :**
 - que l'on a besoin de faire (activités dont l'objectif est d'assouvir ses besoins), → **BESOINS/FONCTIONNELLE**
 - Que l'on veut faire (activités dont l'objectif est d'accomplir ses aspirations et son individualité) → **VOLONTES/MORALE**
 - Que l'on attend de nous (activités dont l'objectif est de répondre aux obligations sociales ou sociétales). → **OBLIGATIONS/CIVILE**
- **Performance occupationnelle :** « la capacité de choisir, d'organiser et d'accomplir de manière satisfaisante des occupations significatives, culturellement définies et adaptées à l'âge, pour prendre soin de soi, profiter de la vie et contribuer au tissu social et économique de la communauté».

Les occupations désignent les activités de la vie quotidienne ayant un sens et un but dans la vie des individus, des familles et des collectivités (ANFE).





Lifestyle redesign, quality of life, depressive symptoms in older adults

Y. Zilbershlag^a, T. Maeir^b, A. Beit-Yosef^b, and Y. Gilboa^b

Lifestyle Redesign (LR) is an occupational-based intervention that aims to promote QoL and health, maximize independence, and enhance functioning in the older adult population. This program was developed in the United States and has been studied extensively over the past two decades (Cassidy et al., 2017; Clark et al., 1997, 2012). What makes LR different than other interventions, is the focus on patterns of behavior and the reshaping of daily habits, and not solely on occupational performance (Pyatak et al., 2022). Moreover, previous studies have shown that the LR program could be adapted to participants from different cultures (Johansson & Björklund, 2016; Schepens Niemiec et al., 2019), and those who suffer from various health conditions (Ng et al., 2013; Simon & Collins, 2017).

N= 99 PA de 60 ans et +

Méthodologie mixte, non randomisée, contrôlée, pré- post.

VD: Dépression et QdV, verbatim



Physical domain – ‘I am more aware of the importance of exercise, so now I go on walks every day’ [ILP participant]

Psychological health – ‘I feel that now I can rely on myself, I understand myself better’ [ILP participant]

Social relationships – ‘another great gift I received is that now I have a new friend’ [ILP participant]

Environment – ‘the knowledge about falls has taught me a lot’ [ILP participant]

Symptoms of depression: ‘I shared things I never shared with anyone and started releasing the pains that had weighed on me for many years. I started to feel good.’ [ILP participant]

Table 2. Comparison of changes in QoL and depressive symptoms for the groups before and after the intervention period (mean ± SD) for, by group and time (N = 99).

	Intervention (ILP)		Control					
	Baseline <i>M</i> (<i>SD</i>)	Post- test <i>M</i> (<i>SD</i>)	Baseline <i>M</i> (<i>SD</i>)	Post- test <i>M</i> (<i>SD</i>)	Baseline group difference <i>t</i> (97) (<i>p</i>)	<i>F</i> _{time} (1, 97) (<i>p</i>) (<i>η</i> ²)	<i>F</i> _{group} (1, 97) (<i>p</i>) (<i>η</i> ²)	<i>F</i> _{time X group} (1, 97) (<i>p</i>) (<i>η</i> ²)
WHOQoL-BREF:								
Physical health	74.97 (17.06)	77.97 (14.70)	70.45 (14.90)	75.10 (15.40)	−1.12 (.264)	5.58 (0.020) (0.056)	1.01 (0.317) (0.011)	0.23 (0.629) (0.002)
Psychological health	71.03 (11.48)	75.61 (12.27)	72.05 (11.39)	71.74 (14.23)	0.34 (.735)	2.94 (0.090) (0.031)	0.25 (0.617) (0.003)	3.87 (0.050) (0.040)
Social relationships	65.57 (21.87)	72.22 (18.79)	82.63 (13.48)	81.32 (12.74)	3.18 (.002)	1.80 (.183) (.019)	8.40 (0.005) (0.085)	4.01 (0.048) (0.042)
Environment	75.62 (10.84)	79.63 (11.41)	78.47 (17.94)	76.59 (14.39)	0.57 (0.575)	0.55 (0.462) (0.006)	0.01 (0.975) (0.001)	4.19 0(.044) (0.045)
PHQ-9:								
Depression	3.95 (3.58)	3.23 (2.58)	3.35 (2.76)	4.80 (3.37)	−0.46 (0.647)	4.07 (0.047) (0.041)	1.02 (0.315) (0.011)	7.46 (0.008) (0.074)

Développement d’une « Lyfestyle Medecine » en vue de promouvoir et prescrire des programme de prévention et de promotion de la santé chez les personnes saines.

livingLab

Quel avenir pour le CNRS ?

par Bernard Meunier

En cette période difficile pour notre pays, c'est peut-être le moment de redéfinir les missions de nombreux organismes de l'Etat pour leur redonner leur vigueur d'origine. Dans le domaine de la recherche, essentiel pour l'avenir, la question de la restructuration du CNRS ne manquera pas de se poser. Plutôt que de subir des modifications venant de personnes n'ayant pas de connaissances précises sur la vie des laboratoires et la démarche scientifique, la communauté des chercheurs devrait faire des propositions.

Depuis sa création par Jean Perrin en 1939, le Centre national de la recherche scientifique a beaucoup évolué. Les fondateurs voulaient un organisme dynamique, avec un recrutement de haut niveau et une structure administrative légère et efficace, pour remettre la recherche française au meilleur niveau international. Force est de constater que l'organisme s'est alourdi avec une réticulation administrative qui, trop souvent, désespère les chercheurs et une grande partie des administratifs eux-mêmes. Ces derniers souhaitant rester au service de la recherche et non devenir les exécutants de systèmes normatifs créés par des cabinets plus influencés par l'air du temps que par le souci de faire avancer les connaissances scientifiques.

Il est urgent de revenir aux fondamentaux, à un CNRS dirigé par des scientifiques de haut niveau, avec un périmètre restreint allant des mathématiques à la biologie, avec les sciences expérimentales comme socle commun. Le CNRS est devenu trop lourd au fil du temps en essayant également de couvrir tous les domaines des humanités. Ne faudrait-il pas revoir son périmètre et accepter

Le Centre national de la recherche scientifique est devenu trop lourd au fil du temps en essayant également de couvrir tous les domaines des humanités.

qu'une partie importante des sciences sociales reviennent dans le giron de l'université, en gardant au CNRS celles qui s'appuient sur de l'instrumentation de haut niveau pour mener à bien ses travaux. Les outils analytiques les plus sophistiqués sont devenus essentiels pour la paléontologie humaine ou l'examen des œuvres d'art.

Le CNRS doit être armé pour appréhender les grands enjeux nationaux et internationaux en assurant le continuum recherche fondamentale, innovations, applications. Ses missions doivent être remplies en assurant des crédits d'investissement et de fonctionnement à la hauteur de ces enjeux. La masse salariale représente 90 % de la dotation de l'Etat, alors qu'elle était inférieure à 50 % dans les années 1960. Si l'on ajoute les sommes consacrées aux engagements internationaux du CNRS, il ne reste que quelques petits pourcents à la direction du CNRS pour animer une politique d'investissement dans ses unités. Nous sommes loin

des possibilités qui existent à l'étranger dans des institutions équivalentes.

En un demi-siècle, cet établissement,

considéré comme le cœur de la recherche française, sans que les lances ne soient entendues. Le CNRS doit être entièrement dédié à des projets, qu'ils soient nationaux. Ces projets doivent être des projets et non des provisions. Ils doivent être de la volonté de pilotage, que les chercheurs recrutés de manière volontaire savent comment mener à bien, battus, en évitant de tomber dans le piège de la solution. Les problèmes posés par un tel établissement international de plus en plus compétitif ?

A trop vouloir piloter la recherche, on finit par ne plus rien piloter, ou bien par l'installer dans la moyenne. L'originalité a du mal à être reconnue par des comités de prospectives ou de sélection trop souvent attachés à défendre les chapelles existantes, les plus fortes. Les grandes avancées scientifiques se font sous le regard des pairs, mais elles ne sont pas initiées par les pairs. Aucun comité n'a demandé à Einstein de proposer de nouvelles lois pour la physique du XX^e siècle, c'est en échangeant avec ses pairs que ses travaux ont progressé. Aucun comité français n'avait recommandé de faire des recherches sur les vaccins à ARN avant la crise du Covid-19. Il est temps de refaire confiance aux chercheurs les plus motivés.

Bernard Meunier est ancien président du CNRS et de l'Académie des sciences.

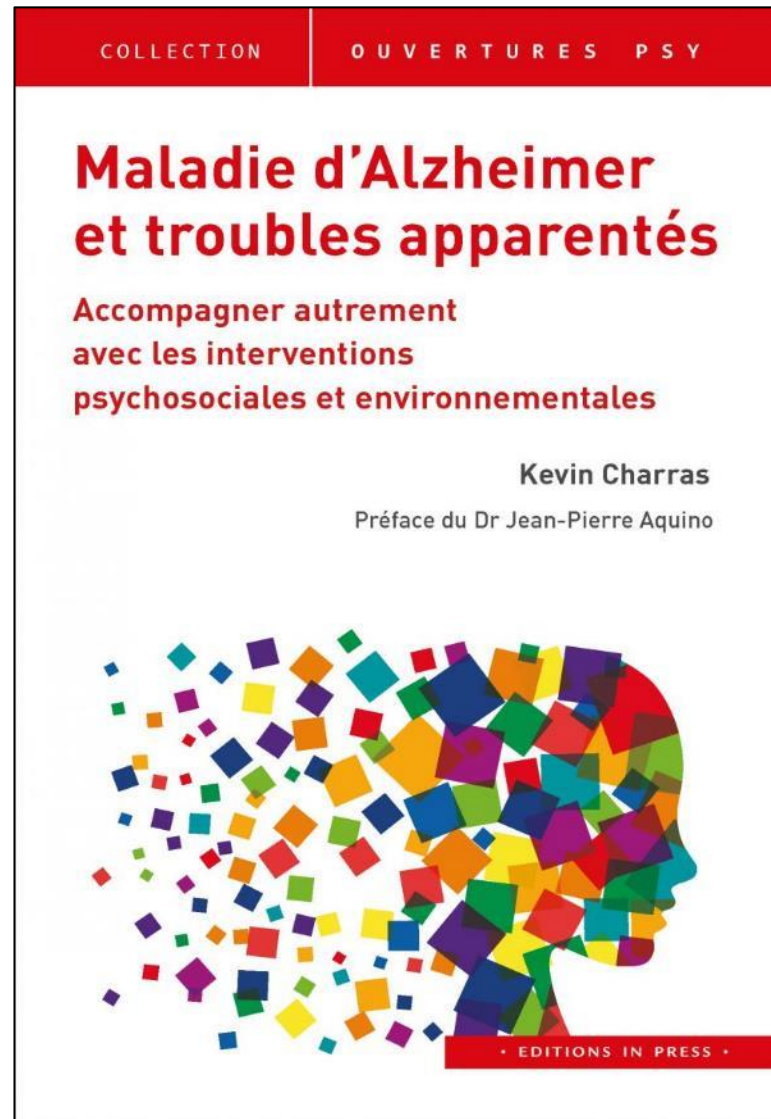
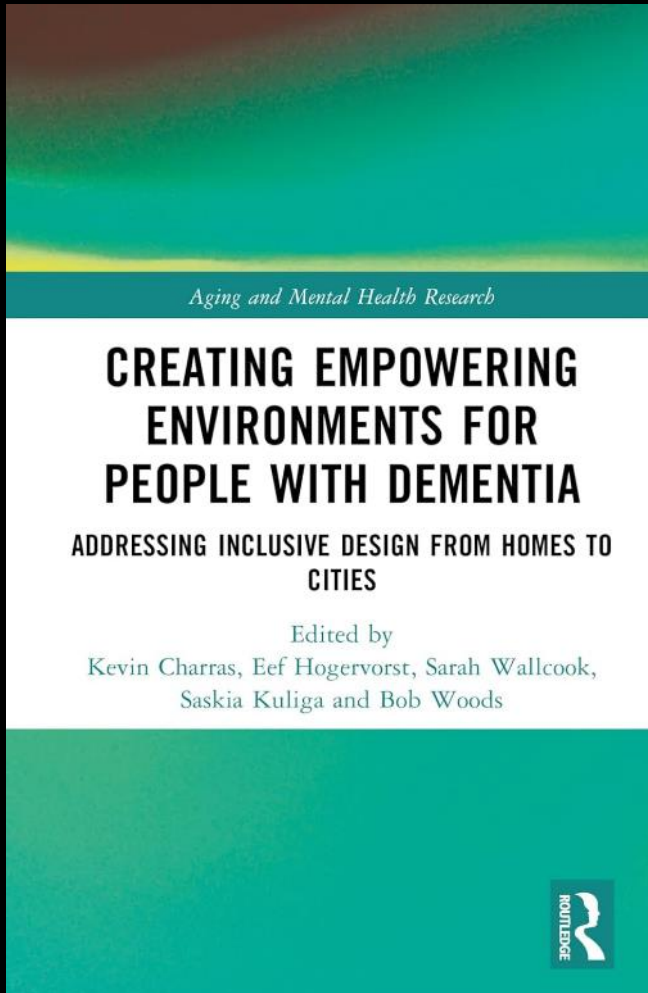
« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme » F.Rabelais

« Ne faudrait-il pas revoir son périmètre et accepter qu'une partie importante des sciences sociales reviennent dans le giron de l'université, en gardant au CNRS celles qui s'appuient sur de l'instrumentation de haut niveau pour mener à bien ses travaux. »

La science doit être soumise à la moralité pour éviter les débordements.

Axer les fonds de la recherche sur les statistiques appliquées pour explorer les sciences complexes !

Merci de votre attention



living^{v2}
Lab. 3