

Programme d'interventions multi-domaines de prévention primaire du déclin cognitif

Alain Bérard, directeur adjoint – référent Plaidoyer
Fondation Médéric Alzheimer



L'intervenant déclare les relations ou soutiens financiers suivants en lien avec sa présentation :

Aucun conflit d'intérêts à déclarer

La prise de photographies du diaporama est la bienvenue



La prévention primaire



- Concerne une population non malade mais avec des facteurs de risque
- Vise à réduire l'incidence (nombre de nouveaux cas sur une période donnée)
- En France :
 - Vaccination
 - Campagnes d'information et de sensibilisation
 - Education à la santé / pour la santé
 - **Lutter contre les facteurs de risque (prévention)**
 - **Promouvoir les comportements/facteurs protecteurs (promotion de la santé)**



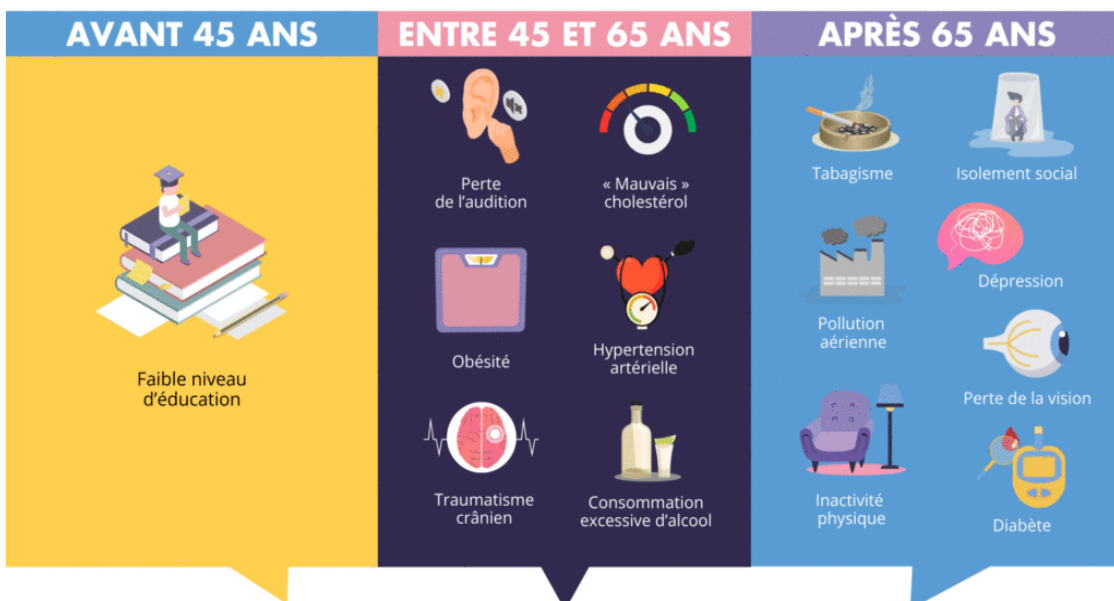
La prévention primaire du déclin cognitif

Agir sur quoi ?

Faire quoi ?

14 FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES

Avoir un facteur de risque, c'est avoir un risque plus élevé de développer la maladie, mais en aucun cas une certitude.
Un facteur de risque modifiable est un facteur sur lequel on va pouvoir agir au niveau collectif ou individuel par la prévention.



Si toutes les actions de prévention étaient mises en place pour « gommer » les effets de ces 14 facteurs de risque, 45 % des cas de maladie d'Alzheimer pourraient être évités.

Source : Livingston G et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Commission. Lancet 2024; 404 :572-628. 10 août 2024 © Fondation Médéric Alzheimer.

FINGER (2009-2014)

Design de l'étude

- Etude prospective interventionnelle cas/témoin randomisée (1/1)
- Suivi de 2 ans par 6 centres hospitaliers + extension du suivi de 7 ans
- 1 260 patients de 60 – 77 ans, sans signe de la maladie d'Alzheimer mais à haut risque de survenue de la maladie

Interventions multi-domaines :

- Activité physique adaptée / Nutrition / Stimulation cognitive
- Activités sociales
- Contrôle cardiovasculaire

Principaux résultats par rapport au groupe-contrôle

- + 25 % cognition
- + 40 % mémorisation
- + 150 % vitesse de traitement des informations
- + 83 % amélioration des fonctions exécutives
- - 60 % comorbidités



Expérimentation en soins primaires d'un programme de prévention primaire du déclin cognitif, à Montpellier

➤ **Critère d'âge : 60 ans – 77 ans**

ET

➤ **Sans signe clinique de la maladie d'Alzheimer :**
ICOPE (step 1)

ET

➤ **Score CAIDE** (*Cardiovascular Risk Factors, Aging and Incidence of Dementia*)

≥ 6 (sur 15)

Orientations vers PREVALZ

<= centre de prévention Agirc-Arrco

The CAIDE *dementia risk score*

Risk factor		Points
Age	<47 years	0
	47-53 years	3
	>53 years	4
Education	≥ 10 years	0
	7-9 years	2
	< 7 years	3
Sex	Female	0
	Male	1
Blood pressure	≤ 140 mmHg	0
	> 140 mmHg	2
BMI	≤ 30 kg/m ²	0
	> 30 kg/m ²	2
Total cholesterol	≤ 6.5 mmol/l	0
	> 6.5 mmol/l	2
Physical activity	Yes	0
	No	1



PREVALZ => Montpellier 2026 : organisation et motivation

Niveau 1 : temps « humain »

- ⇒ ateliers activité physique adaptée (1/semaine, pendant 4 mois)
- ⇒ ateliers alimentation (1 /2 semaines, pendant 4 mois)
- ⇒ ateliers stimulation cognitive (1 /2 semaines, pendant 4 mois)

Phase
d'évaluation

Niveau 2 : soutien via une plateforme numérique
(activité physique, alimentation, stimulation cognitive...)

Niveau 3 : application numérique
soutien à l'autonomisation

Entretien motivationnel tous les 3 mois pendant les 12 mois de PREVALZ



Premier retour d'expérience à M4 : construction du projet

- Pas de problème de légitimité... mais il faut savoir gérer les « amis » et rester sur un projet simple et cohérent, et éviter les multicouches (ex. : dosages sanguins)
- La prévention primaire, ce n'est pas si intuitif : on parle en prévention primaire... mais on agit en prévention secondaire
- La France compte un peu plus de « 68,6 millions d'experts » en prévention !
- Peu de recommandations, d'expérimentations sur la prévention primaire sur lesquelles s'appuyer : il faut convaincre !
- Forte prégnance du sanitaire dans les réflexions (très axées sur la maladie) sur le projet
- Il faut faire avec ce qui existe... mais tout n'est pas totalement fonctionnel.



Premier retour d'expérience à M4 : le projet avec qui ?

- Pas de problème pour associer des professionnels hors du champ santé avec des professionnels de la santé
- Difficulté à s'appuyer sur des professionnels (médecine de ville) déjà saturés : difficulté à mobiliser les médecins généralistes +++ et en particulier sur de la prévention primaire
 - ⇒ Centre de prévention Agirc-Arrco, clubs 3e âge, associations...
 - ⇒ Attention au calendrier électoral !
- Anticiper le temps administratif des procédures de signature de convention, et identifier le bon signataire : le national, le régional, le local ; passer par les différentes étapes intermédiaires de présentation et de validation...
 - => de la version finale de la convention à la signature : 6 mois
- Financement interne par la Fondation ; financement Art. 51 : complexe et lourd.



Merci de votre attention

berard@med-alz.org

Mon Bilan Prévention

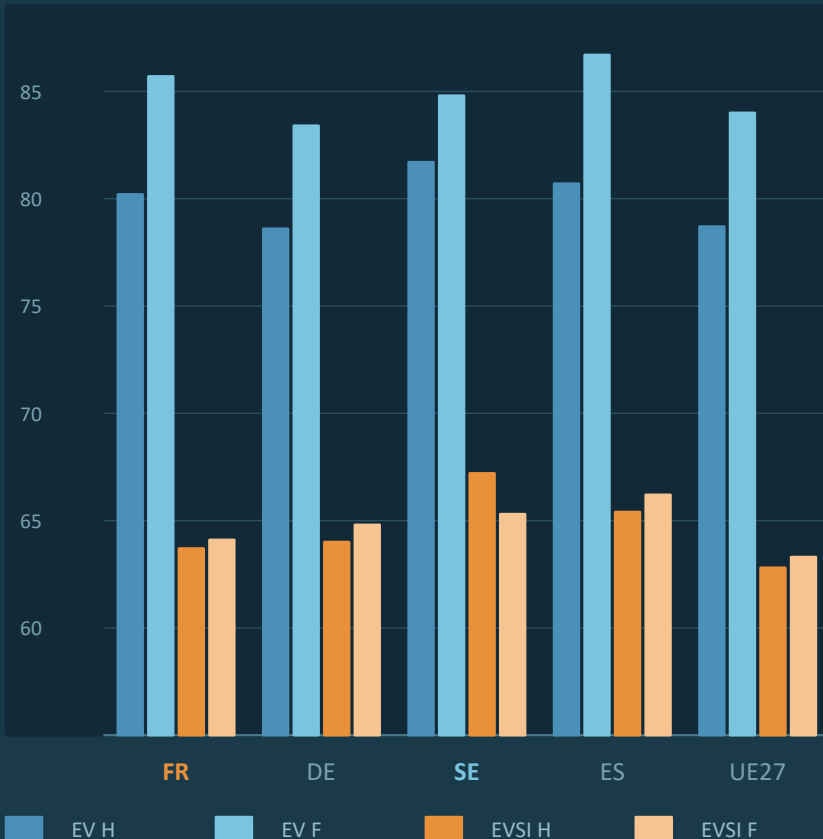
& prévention de la fragilité chez les 60–75 ans

Articulation avec l'Examen de Prévention en Santé
dans les Centres d'Examens de Santé français

Par **Bienvenu BONGUE**

Vieillesse de la population en France

Contexte & Enjeux de la Prévention EV vs EVSI — comparaison européenne



L'ESPÉRANCE DE VIE : QUANTITÉ VS QUALITÉ

Espérance de vie totale

83,1 ans (H) · 85,7 ans (F) en 2023
+10 ans en 40 ans
Tendance à la hausse continue

Espérance de vie sans incapacité (EVSI)

~64 ans (H) · ~65,5 ans (F)
Écart croissant avec EV totale
Années vécues avec limitations

RÔLE DE LA PRÉVENTION : RÉDUIRE LE GAP EV / EVSI

Objectif : compresser la morbidité — vivre plus longtemps **en bonne santé** grâce à des interventions précoces, multi-niveaux et intégrées au parcours de soins/ santé.

MULTIPLICITÉ DES DISPOSITIFS EN FRANCE

MBP

Mon Bilan de Prévention

- Loi 2023 – déploiement depuis 2024
- Entretien aux âges clés (25, 45, 65, 70 ans)
- 4 effecteurs : médecins, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes

ICOPE

Integrated Care for Older People (OMS)

- Dépistage des déclin cognitif, locomoteur, nutritionnel...
- 5 domaines fonctionnels surveillés
- Parcours coordonné médico-social

EPS

Examen de Prévention en Santé

- Bilan de santé gratuit (Assurance Maladie)
- Prévention secondaire ciblée
- Repérage précoce des facteurs de risque

LES CES: UN RESEAU NATIONAL

LES MISSIONS DES CES



- **Une centaine** de CES sur le territoire
- **1 300** professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs
- **Près de 380 000** examens de prévention en santé par an

- **Réaliser des interventions en prévention en priorité auprès des personnes vulnérables, éloignées du système de santé**
- **Être acteur de la politique de gestion du risque de l'Assurance Maladie en agissant sur les comportements en santé, en complément du médecin traitant et de leurs partenaires**

2 - OBJECTIFS

2.1 – OBJECTIF GENERAL

- Intégrer l'offre MBP dans les CES

2.2 – OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Étudier la faisabilité du MBP dans les CES.
- Décrire le parcours des assurés
- Identifier les freins et leviers
- Éclairer les conditions d'une éventuelle généralisation

3 - Méthodes

Étude mixte sur 11 CES expérimentateurs — Focus sur les 60–75 ans

Quantitatif

11 CES (3 vagues : avr. 2024 → nov. 2025)

Outil LimeSurvey dédié

Variables : sociodémographie, thématiques,
orientations, satisfaction (n=455)

Analyses : descriptives + régression logistique
multivariée (Stata V18)

Qualitatif

3 focus groupes + entretiens individuels

CES : Bordeaux, Toulouse, Marseille, Nanterre,
Paris, Bobigny, Chartres, Tarn, Hainaut...

Analyse thématique (Braun & Clarke, 2006)

Verbatims sur organisation, acceptabilité,
freins et leviers — focus seniors identifié

Parcours de prévention ciblé 60–75 ans :

MBP
(entretien IDE)



EPS
(bilan clinique)



APA · Diététicien
Kiné · Spécialistes

Tableaux 1 & 2 — Répartition des MBP et caractéristiques de la population

Tableau 1 — Répartition des MBP par CES

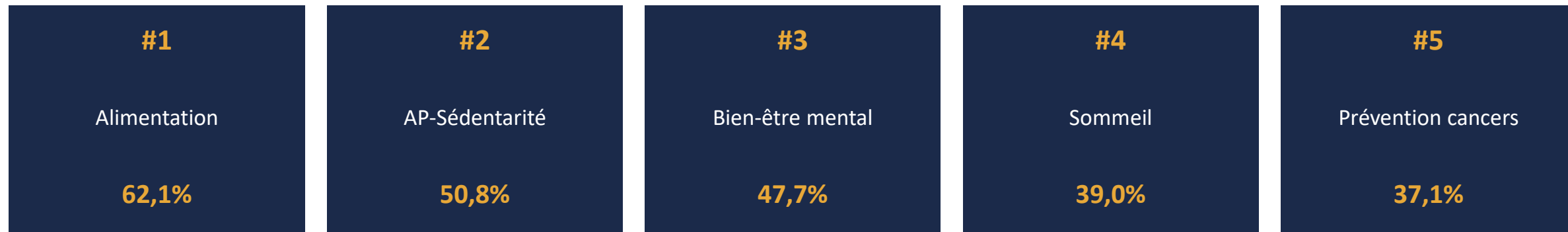
CES Expérimentateur	MBP	Vague
CES Bègles	106	1ère
CES Hainaut (Valenciennes, Maubeuge)	34	2ème
CES Nanterre	22	2ème
CES Toulouse	20	1ère
CES Perpignan	17	3ème
CES Chartres	16	1ère
CES Tarn Aveyron (Albi, Castres)	15	2ème
CES Marseille	12	1ère
Paris IPC	11	2ème
CES Saint-Étienne	9	3ème
Autres CES (0 MBP)	0	—
TOTAL	264	

Qui? Infirmiers : 254 (96,6%)

Tableau 2 — Caractéristiques de la population bénéficiaire

Caractéristique	Sur site	Hors murs	Total
Sexe (n=260)			
Femme	106 (44,7%)	15 (55,6%)	121 (46,5%)
Homme	128 (53,8%)	11 (40,7%)	139 (53,5%)
Tranches d'âge (n=264)			
60 - 65 ans	186 (78,5%)	18 (66,7%)	204 (77,3%)
70 - 75 ans	51 (21,5%)	9 (33,3%)	60 (22,7%)
Vulnérabilité sociale (n=258)			
Oui	78 (33,5%)	18 (72,0%)	96 (37,2%)
Non	155 (66,5%)	7 (28,0%)	162 (62,8%)
Médecin traitant (n=260)			
Oui	201 (85,9%)	19 (73,1%) / 7	220 (84,6%)
Non	33 (14,1%)	(26,9%)	40 (15,4%)

Tableau 3 — Fréquence des thématiques abordées (n=264)

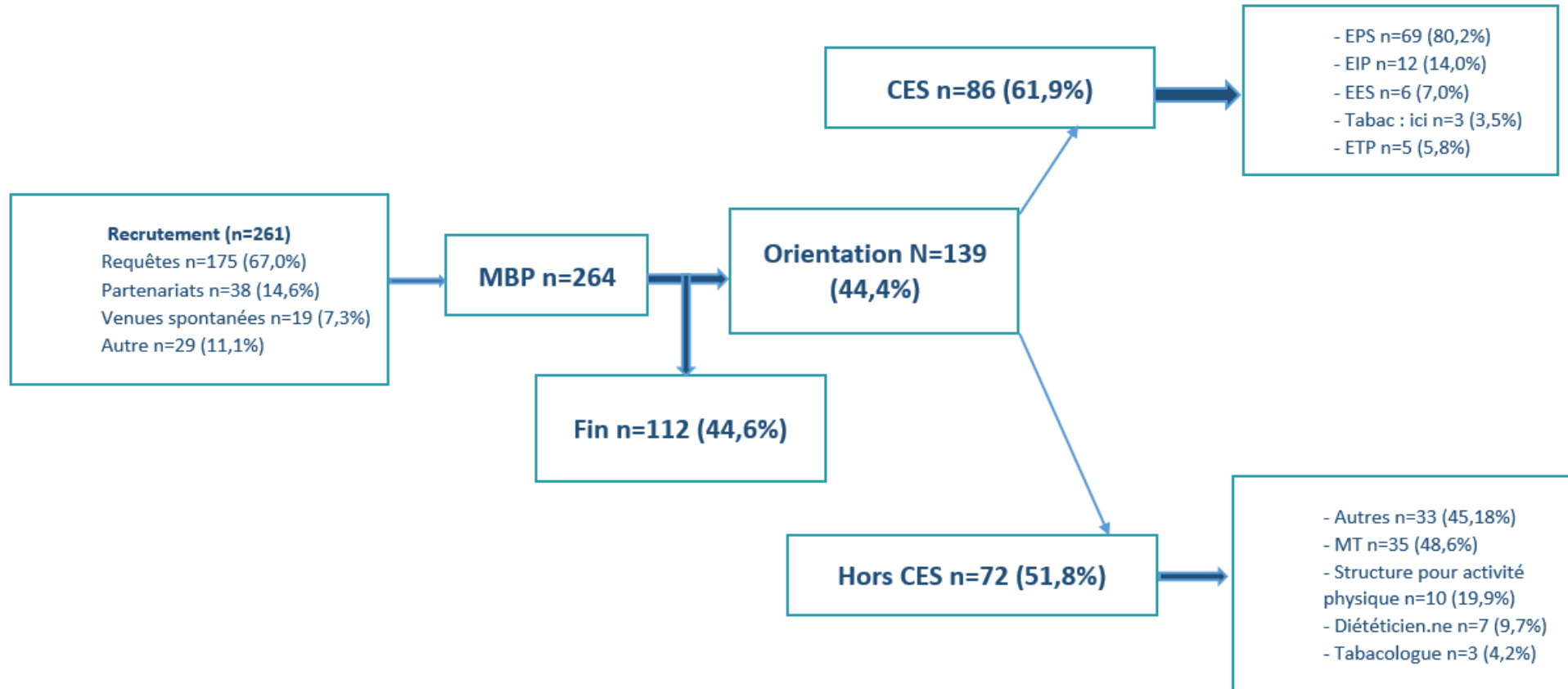


Thèmes abordés	Freq.	%	Rg
Alimentation	164	62,1%	1
AP-Sédentarité	134	50,8%	2
Bien-être mental et social	126	47,7%	3
Sommeil	103	39,0%	4
Prévention des cancers	98	37,1%	5
Vaccination	70	26,5%	6
Prévention autres maladies chroniques	63	23,9%	7
Tabac	47	17,8%	8
Prévention de la perte d'autonomie	44	16,7%	9

Thèmes abordés	Freq.	%	Rg
Alcool	41	15,5%	10
Santé bucco-dentaire	34	12,9%	11
Violences	25	9,5%	12
Santé et environnement	24	9,1%	13
Autre addiction	20	7,6%	14
Santé sexuelle	18	6,8%	15
Accès aux droits	16	6,1%	16
Ménopause	6	2,3%	17
Chlordécone	3	1,1%	18

- *Densité thématique (DT)= 3,0 thèmes /*
- *entretien sur 18 du référentiel national (taux de couverture 16,8 %)*

Parcours des bénéficiaires du MBP dans CES



***Chaque bénéficiaires peut avoir plusieurs orientation**

Enquête menée auprès de 455 répondants (échantillon représentatif)

9,1 / 10

Score moyen
de satisfaction
(écart-type : 1,2)

95 %

Recommandent
le MBP
à un proche

71 %

Déclarent vouloir
changer au moins
une habitude de santé

« C'est rare qu'on prenne autant de temps pour parler de ma santé » — Femme, 48 ans, CES Nanterre

Analyse qualitative — Focus groupes & entretiens

Résultats centrés sur les seniors 60–75 ans et l'articulation MBP–EPS

✓ Points positifs

- Approche globale très appréciée
- Autonomie des IDE (entretien motivationnel)
- Parcours MBP → EPS jugé pertinent
- Durée 50 min perçue positivement

✗ Freins spécifiques

- Confusion MBP / EPS chez les seniors
- Double courrier créant incompréhension
- CES absents de sante.fr (non référencés)
- Taux de retour faible sur invitations (3 %)

⚙️ Leviers identifiés

- Communication différenciée selon l'âge
- Positionner le MBP en "parcours prévention"
- Ciblage CPAM : jeunes retraités 60–65 ans
- Référencement national des CES

Discussion — MBP vs ICOPE : complémentarité chez les 60–75 ans

Critère	Mon Bilan Prévention (MBP)	Programme ICOPE (OMS)
Public cible	60–65 ans et 70–75 ans (+ 18–25 et 45–50)	≥ 60 ans autonomes vivant à domicile
Objectif	Entretien motivationnel Plan personnalisé de prévention	Dépistage des capacités fonctionnelles intrinsèques
Outil	Entretien IDE ~50 min 18 thématiques ouvertes	Auto-questionnaire ~10 min 6 capacités structurées
Domaines	Alimentation, AP, sommeil santé mentale, addictions...	Mobilité, nutrition, cognition santé mentale, vision, audition
Angles morts	<i>Vision, audition perte d'autonomie (DT 2,5 %)</i>	<i>Comportements de santé motivation au changement</i>
Suivi	Ponctuel sans périodicité définie	Tous les 6 mois suivi longitudinal intégré
Rôle dans le CES	<i>Porte d'entrée comportementale vers EPS + orientations</i>	<i>Complément fonctionnel déclencheur d'EPS si alerte</i>

Pas de redondance — une complémentarité structurée : le MBP ouvre le dialogue comportemental, ICOPE détecte les déclins fonctionnels. Les deux convergent vers l'EPS et le parcours personnalisé.

Conclusion & Perspectives

En conclusion,

- Les CES peuvent être des acteurs majeurs dans la prévention de la perte de l'autonomie.
- Leur expérience dans l'accueil des populations de 60 ans et plus vulnérables mais encore autonome et leur capacité à articuler (les trois offres MBP- ICOPE- EPS) et ensuite orienter vers les soins de proximité en fait des points d'entrée privilégiés pour la prévention de la perte d'autonomie.
- La généralisation du programme nécessite clarifications

Clarifier

Distinguer MBP et EPS dans toute communication nationale et locale

Référencer

Obtenir la reconnaissance officielle des CES comme effecteurs sur sante.fr

Recruter

Intensifier le ciblage seniors via requêtes CPAM (jeunes retraités 60–65 ans)

Évaluer

Suivi longitudinal à 6 et 12 mois : comportements, recours aux soins, Fried, SEGA

Merci pour votre attention

Interconnaissance des secteurs gérontologique et handicap dans l'accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) :

Retours d'une étude menée par le CREAI Centre - Val de Loire

J. Giner Pérot, C. Perrot-Dessaux, P. Chalmeton, P. Noël





Soutien financier, déclaration de conflit d'intérêt et positionnement du CREAI - CVL

- Etude réalisée avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé - Centre Val de Loire
- Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Le CREAI Centre-Val de Loire est un organisme d'étude indépendant dont la mission est la production de connaissances permettant l'aide à l'orientation des politiques territoriales. Les préconisations énoncées sont issues de l'analyse des données provenant de l'enquête, selon une méthodologie rigoureuse et scientifique. Le CREAI n'intervient pas dans l'application des préconisations.





Justification de l'étude

- Augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap - «Nouvelle Longévité» (Azéma et Martinez, 2003)
- Défis en termes d'accompagnements dans des dimensions quantitatives et qualitatives
- Cloisonnement entre les secteurs de la gérontologie et du handicap
- Quid de l'accueil des PHV en EHPAD



Commanditaire : Agence Régionale de Santé CVL en concertation avec les Conseils Départementaux






Objectifs de l'étude

- Recueillir les expériences des acteurs médico-sociaux, des champs du handicap et de la gérontologie, concernés par le vieillissement des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV)
- Identifier les impacts liés au vieillissement de ces personnes
- Etudier les leviers et les freins dans l'accompagnement des PHV





Calendrier

Méthodes d'enquêtes	Entretiens individuels (printemps 2024)	Questionnaires (été 2024)	Entretiens collectifs (automne 2024)
Etablissements et dispositifs			
<ul style="list-style-type: none"> EHPAD accompagnant des PHV 			
<ul style="list-style-type: none"> Services d'Accompagnement à la Vie Sociale Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés Foyers d'Accueil Médicalisé Maisons d'Accueil Spécialisé Etablissements et Services d'Aide par le Travail Etablissements d'Accueil Non Médicalisé 			
<ul style="list-style-type: none"> Etablissements des champs du handicap et de la gérontologie 			



Participation des établissements et dispositifs en CVL

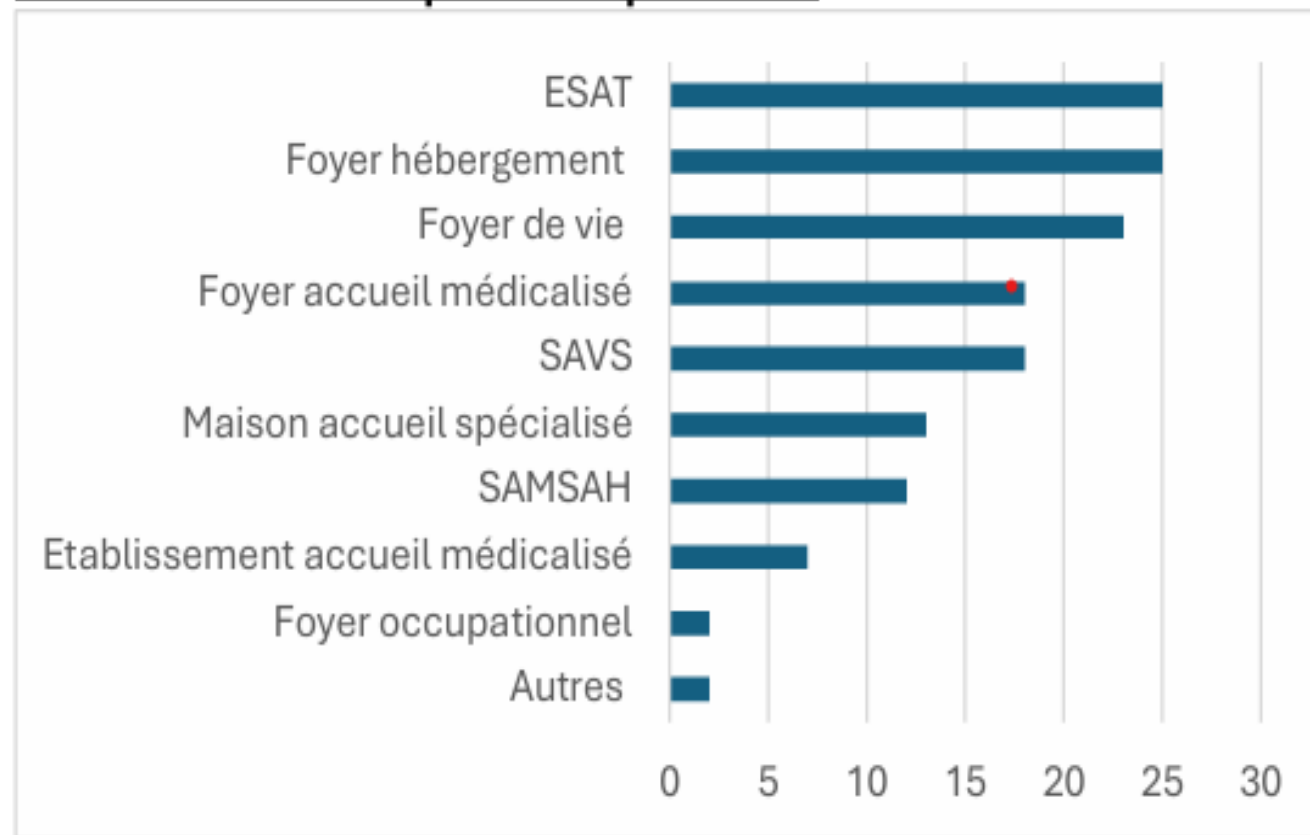
- Réalisation de **5 entretiens individuels** avec des EHPAD accueillant des PHV
- Réponse de **145 Etablissements et Services Médico-Sociaux** au questionnaire
- Réunion de **60 directions d'établissements et services** lors des entretiens collectifs





Profils des établissements et dispositifs

Statut des ESMS/dispositifs répondants



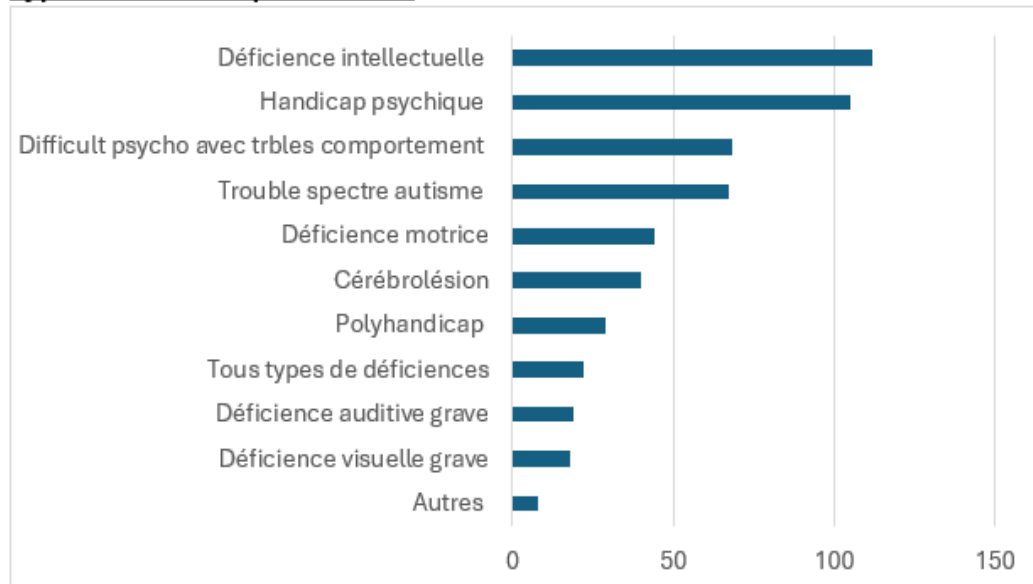
Les ESMS les plus représentés dans l'étude sont les **ESAT**, les **Foyers d'hébergement** et les **Foyers de Vie**

Les ESMS les moins représentés sont les **SAMSAH**, les **Établissements d'Accueil Médicalisé**, les **Foyers occupationnels**





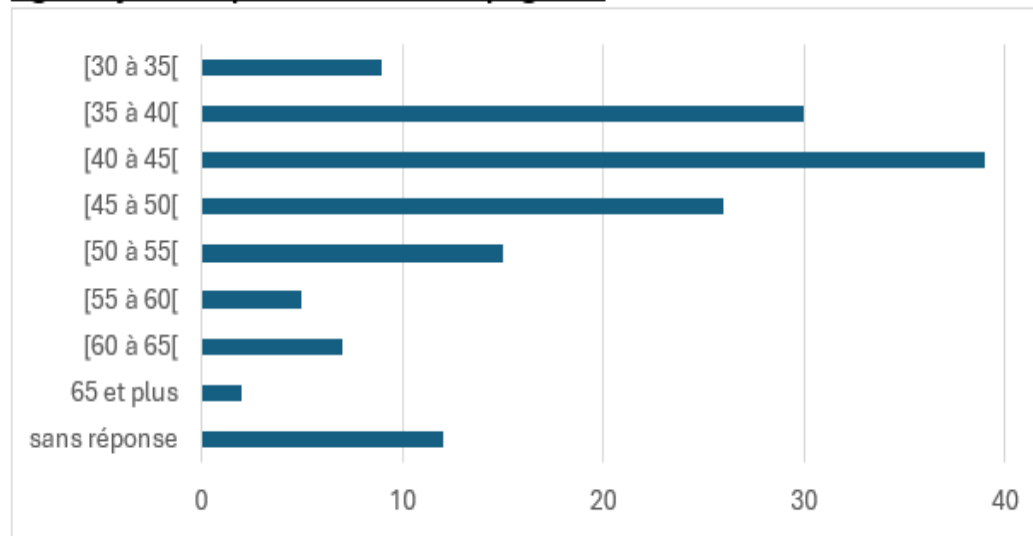
Types de handicaps/troubles



Les troubles les plus représentés sont la déficience intellectuelle, le handicap psychique et les difficultés psychologiques avec des troubles du comportement

Profils des personnes accompagnées

Age moyen des personnes accompagnées



Tous les ESMS/dispositifs accueillent au moins une personne de plus de 45 ans

Plus d'1/3 des répondants déclarent accueillir des personnes d'une moyenne d'âge supérieure à 45 ans

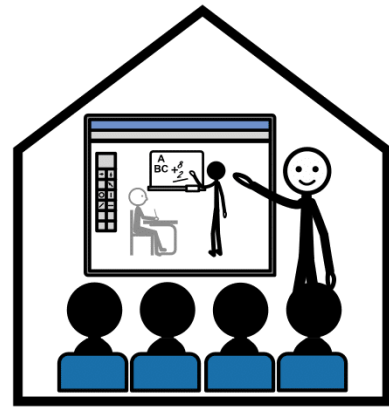


Interconnaissance et besoins des professionnels

Message 1 : Positionner le processus de vieillissement comme sujet de réflexion des équipes « handicap »

Besoins de formations :

- ❖ Repérage du vieillissement et de ses manifestations
- ❖ Évaluation des besoins
- ❖ Pathologies fréquentes et problématiques liées aux situations de handicap
- ❖ Prévention du vieillissement
- ❖ Prise en compte de l'entourage/des aidants
- ❖ Accompagnement à la retraite
- ❖ Accompagnement de la fin de vie





Interconnaissance et besoins des professionnels

Message 2 : Travailler sur les représentations et craintes des professionnels

Secteur du handicap

- Suivi médical, compétences soignantes et missions
- Inquiétude et bientraitance
- Sentiment d'abandon
- Représentations négatives et EHPAD

Secteur de la gérontologie

- Besoins éducatifs/psychiques et missions
- Habitudes de vie non transférables
- Problématiques psychiatriques et gestion des troubles du comportement
- Absence de relais





Interconnaissance et besoins des professionnels

Message 3 : Comprendre l'adaptation spécifique de chaque dispositif et structure

Passage de relais secteur PA

Accueil au cas par cas en
Ehpad

Unités PHV ou protégées
en EHPAD, filières

Passage vers autres ESMS PH

Même locaux, même
porteur?

Créations de
partenariats, filières PHV
et/ou par handicap?

Adaptation jusqu'où ?

Adaptation projet ESMS,
formation, RH

Adaptation au cas par
cas

Appuis externes
(conventions ...)



Interconnaissance et besoins des professionnels

Message 4 : Permettre la fluidité des parcours et l'hybridation des accompagnements

Fluidité des parcours PHV

- Passerelles
- Temps d'essai, droit au renoncement
- Critères d'entrée par besoins plutôt que par âges

Accompagnement multiple

- Foyer d'Accueil Médicalisé et Groupe d'Entraide Mutuelle
- Foyer d'Hébergement et Hospitalisation à Domicile
- EHPAD et Groupe d'Entraide Mutuelle

Montée en compétence, collaboration

- Rencontre, forum
- Formation commune, analyse de pratique professionnelle intersectorielle
- Mutualisation, ressource ponctuelle, « Vis ma Vie », journée d'observation





Limites de l'étude

- **Non-inclusion des PHV sans accompagnement**, vivant seules à domicile ou avec le soutien de proches aidants
- **Hétérogénéité des publics** au sein du collectif constituant les personnes handicapées vieillissantes
- **Diversité des pratiques** au sein des 6 départements de la région Centre - Val de Loire
- **Pas d'enquête** menée directement auprès des **personnes concernées**



[CREAI-CVL-Rapport-tude-2024-laccompagnement-des-personnes-handicapes-veillissantes.pdf](#)





Merci pour votre attention !
Avez-vous des questions ?



Pauline NOËL
Directrice



Blandine GAILLARD
Assistante
Administrative



Martion PORTAT
Conseillère technique



Lucie RIVIERE
Conseillère technique



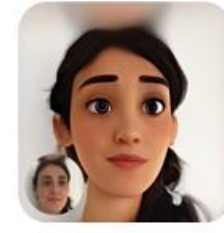
**Vincent
ROMEYER-DHERBEY**
Conseiller technique



Mathilde BEAUVALLET
Conseillère technique



Cécile DRAULT
Conseillère technique



**Julie
GINER-PEROT**
Conseillère technique



**Stéphanie
BALTACI-LAVIGNON**
Assistante
de Direction (CDD)



RÉSEAU EHPAD PAYS BASQUE 2024/2025

Retour sur un programme antichute basé sur l'Activité Physique Adaptée en EHPAD

Évaluation d'impact social et exploration des facteurs de réussite — un programme mis en place par ReSanté-Vous, porté par l'EHPAD Adina du Réseau EHPAD Pays Basque, et financé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.



Les chutes : un enjeu de santé publique majeur bien connu

En France, chaque année

2M

Chutes

130K

Hospitalisations

10K

Décès

2Md€

Coût annuel

🎯 **Une ambition nationale et régionale**
Réduire de **20 %** les chutes mortelles ou invalidantes

Déploiement du plan antichute par **Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine**

- Prévention en **EHPAD** et à domicile
- Programmes d'**activité physique adaptée**
- Repérage systématique du risque de chute



Une méta-analyse de Sherrington et al. (2020) montre que les programmes d'APA comportant des exercices de mobilité, d'équilibre et de renforcement musculaire peuvent **réduire de 28 % le risque de chutes**. C'est dans ce contexte qu'un plan national antichute a été lancé en 2022.



Le Programme Antichute par l'APA : trois axes d'action

LE PROGRAMME



Séances hebdomadaires d'APA

Groupes de 6 à 12 résidents (GIR 2-4), 45-60 min, thématiques sportives variées : tir à l'arc, boxe, athlétisme, sports basques, escrime.



Grande Rencontre Sportive

Événement inter-établissements inspiré des JO : cérémonie d'ouverture, ateliers partagés, remise de prix valorisant l'investissement social des résidents.



Sensibilisation & Compagnonnage

Sessions pour résidents, familles et professionnels. En 2025 : formation « devenir référent en activité physique » pour **28 professionnels** dans les 11 établissements + Compagnonnage en situation de travail



MÉTHODOLOGIE

Une évaluation mixte et multi-parties prenantes

Suivi des résidents (2024)

Tests cliniques et questionnaires sur **3 sessions** (T1 : jan/fév, T2 : juin/juil, T3 : déc 2024) auprès de **144 résidents**, dont **80** présents aux 3 sessions. Indicateurs : SPPB, TUG, équilibre, force, peur de chuter (FES-I), santé perçue (Nottingham).

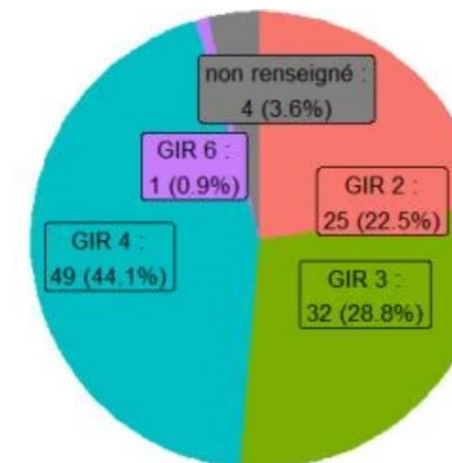
Profil des résidents

Âge moyen : **87 ans** — 104 femmes, 40 hommes — durée moyenne dans le programme : **37 semaines** — moyenne de **41 séances** réalisées.

Données complémentaires (2025)

- Questionnaire post-programme : **58 résidents**
- Questionnaire mi-programme : **15 référents** sur 28 formés
- Entretiens semi-directifs : **5 directions** sur 11 établissements

Répartition par GIR

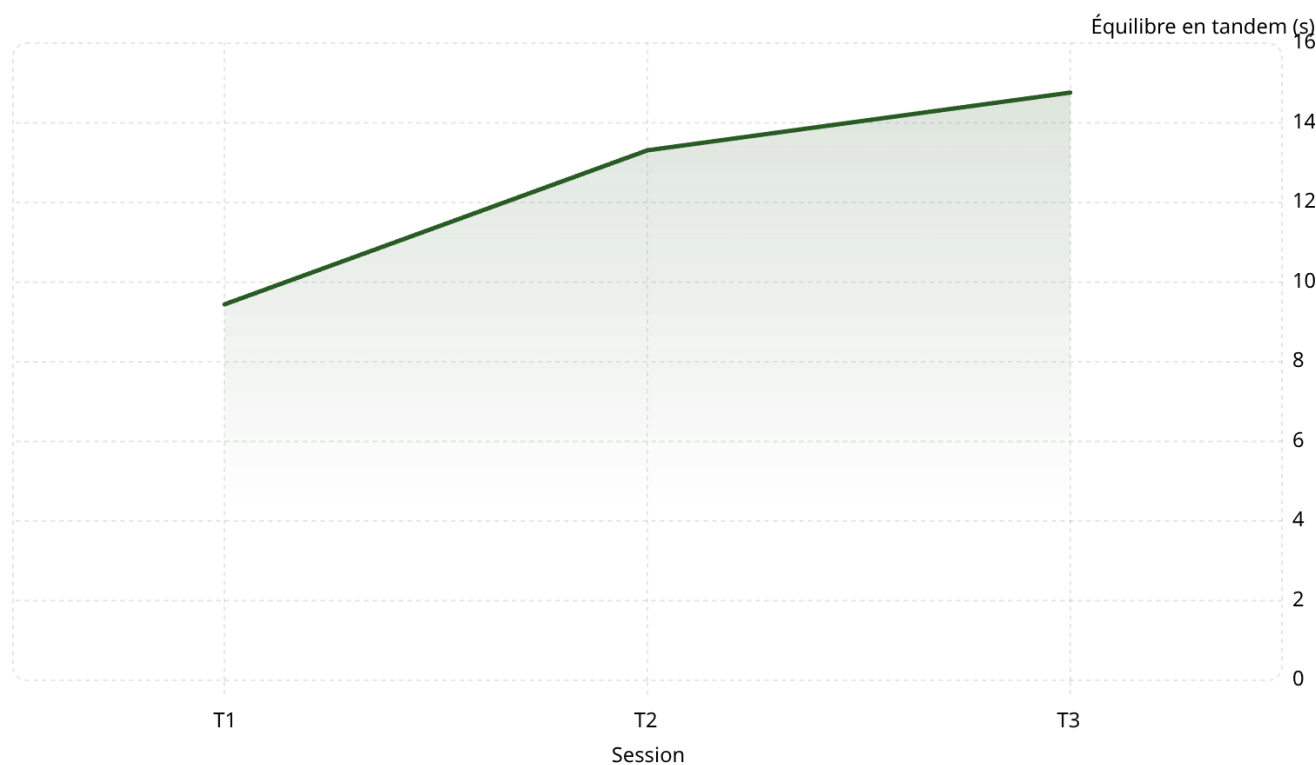




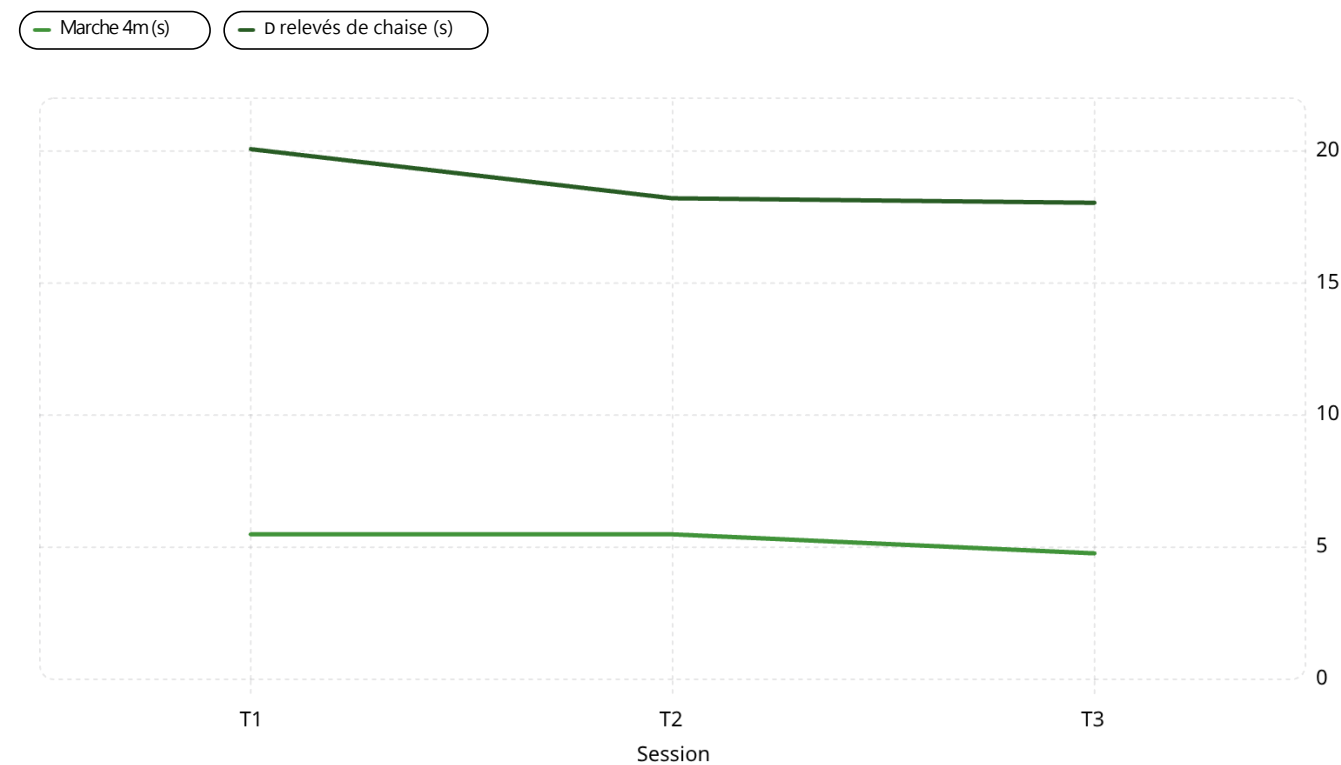
RÉSULTATS — RÉSIDENTS

Amélioration des capacités physiques

Le test de Wilcoxon révèle des améliorations significatives ($p < 0,05$) sur l'équilibre, la vitesse de marche et la force musculaire entre T1 et T3.



↑ Équilibre en tandem : +5,32 s en moyenne (n=49). Un temps plus élevé = meilleure performance.

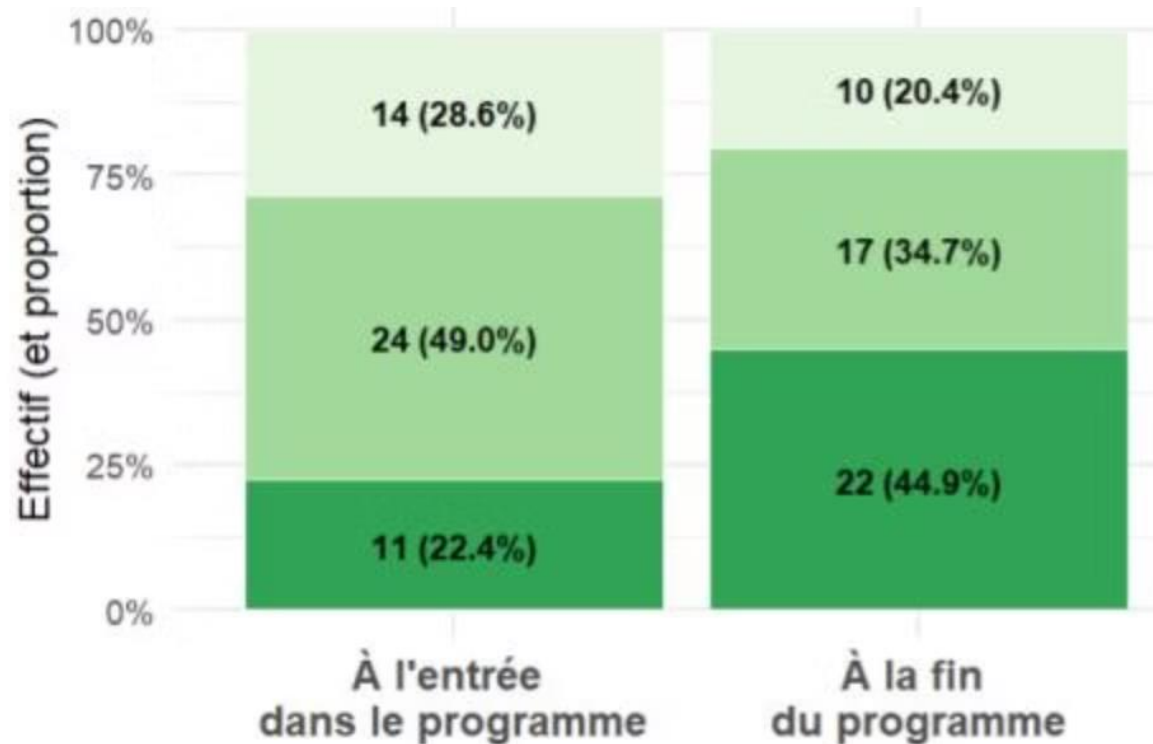


↓ Relevés de chaise et vitesse de marche : un temps plus faible = meilleure performance (n=61-67).



RÉSULTATS — RÉSIDENTS

Score SPPB : les capacités motrices doublent



Réponses :

- Altération sévère de la capacité motrice (SPPB < 6)
- Perte modérée de la capacité motrice (7 ≤ SPPB ≤ 9)
- Capacité motrice normale (10 ≤ SPPB ≤ 12)

Un indicateur prédictif du risque de chute

17 résidents sur 49 présentent une amélioration significative de leur score SPPB, dont 2 passés d'une altération sévère à une capacité normale.



Le SPPB est reconnu pour prédire le risque de chute, de perte d'autonomie et de troubles neurologiques (Welch et al., 2021).

Peur de chuter (FES-I)

Le score moyen passe de 10,76 (T1) à 10,03 (T3). La régression linéaire confirme : 10 séances supplémentaires réduisent le score FES-I de ~1 point, soit -9 % de risque de chute (Kamide et al., 2019).



RÉSULTATS — RÉSIDENTS

Satisfaction, fierté et dépassement de soi



Plaisir et fierté

93 % des résidents ont pris plaisir à faire de l'activité physique. 79,3 % se sentent fiers d'avoir participé aux séances.

« Ils ont encore les médailles autour du cou de la dernière rencontre sportive. Monsieur T, il ne se remet pas de sa médaille, un grand sentiment de fierté. » *(directrice 5)*

Dépassement de soi

81 % des personnes interrogées déclarent avoir réalisé quelque chose dont il ne se pensait pas capable.

Lien social

60,3 % des résidents ont développé des liens d'affinité avec d'autres résidents participants — un bénéfice majeur contre l'isolement social, facteur de risque de chute.



RÉSULTATS — PROFESSIONNELS

Un changement de regard sur les résidents

Une vision plus capacitaire

14 référents sur 15 ont été agréablement surpris par les capacités montrées par les résidents durant les activités.

« On voit vraiment la capacité des gens et c'est vrai que quand on voit une dame faire du basket, ça permet aussi de les replacer dans autre chose qu'un objet de soins. » *(directrice 5)*

Plus de confiance face au risque

Près de 3 référents sur 4 (73,4 %) se sentent plus en confiance et moins inquiets face au risque de chute dans leur accompagnement quotidien.

« Cette fausse idée de les surprotéger a changé pour nous côté soignants. » *(référente 3)*

86,7 % des référents encouragent davantage les résidents à être actifs et à solliciter leurs capacités préservées dans les activités du quotidien.



RÉSULTATS — PROFESSIONNELS

Des pratiques et des projets renouvelés

Déplacements actifs

Les professionnels privilégient la marche accompagnée plutôt que le fauteuil : « *on prend plus le temps de les accompagner en marchant* » (directeur 1). Déplacements sans fauteuil, marche vers la salle à manger, sorties extérieures.

Nouveaux projets

Mise en place d'affiches d'exercices dans les couloirs, pédalier en salon commun, thé dansant, parcours de marche. La formation a fourni des « *outils clé en main* » aux référents (directrice 5).



EXERCICES SPÉCIFIQUES
4 Classic squat

NIVEAU FACILE
Les mains posées sur les cuisses, ou en appui sur la main-courante du couloir, effectuer 10 flexions en respirant profondément.

NIVEAU SPORTIF
Les mains posées sur les cuisses, effectuer 10 flexions en soufflant et en relevant les bras droits devant soi.

NIVEAU INTENSIF
Départ en fléchissant les jambes, les mains en appui sur la main-courante du couloir. Effectuer 10 sauts verticaux.



Compagnonnage et outillage : levier central

FACTEURS DE RÉUSSITE

Un rôle valorisant et mobilisateur

28 référents formés en janvier 2025 : animateurs, rééducateurs, aides-soignants, kinésithérapeutes, AMP, ASG, gouvernante, directrice.

Deux tiers trouvent le rôle de référent valorisant. Tous ceux ayant mis en place des actions souhaitent continuer à les développer.

Ce que la formation a apporté

« Le côté vraiment positif de cette deuxième version, c'était cette formation qui a vraiment apporté un plus, parce qu'elles ont pu ouvrir leur champ de réflexion. » *(directeur 2)*

La formation a permis d'envisager des approches différentes : danse, jardinage, jeux physiques, en complément de la gym douce classique. Elle a fourni des outils concrets pour créer un environnement favorable à l'activité physique.

- ❑ Limite : seulement 6 référents sur 15 estiment avoir contribué à faire évoluer les pratiques de leurs collègues — les contraintes organisationnelles freinent la diffusion.



Conclusion et discussion



AÎNÉ·E·S ET PROFESSIONNEL·LE·S :
**UN DILEMME DE SENS
COMMUN ?**

Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

Des équipes et une démarche innovante pour la
prévention en EHPAD dans les Hauts de France.

02 Avril 2026

- ▶ Séverine Laboue, directrice du GHLH,
- ▶ Hacène Chekroud, médecin régional des ESPrévE Hauts de France,
- ▶ Ian Hocmert, Coordonnateur de l'ESPrévE Lille Métropole Weppes et coordonnateur régional des ESPrévE Hauts de France,
- ▶ Camille Scappe, coordinatrice régionale de ESPrévE Hauts de France



Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

Genèse du projet:

- *Feuille de route « grand âge et autonomie » Mai 2018*
 - *Plan des maladies neurodégénératives 2014-2019*
 - *Projet « ma santé 2022 »*
 - *Plan régional de santé (PRS)*
- L'ARS HDF lance un appel à candidatures à partir de 2019 pour la mise en place de 13 ESPrévE à titre expérimental sur 3 ans.

● **Accompagner**
les équipes des EHPAD
dans la mise en place
d'actions de prévention au
sein de leur établissement

● **Soutenir**
les médecins coordonnateurs
dans leur mission de
Prévention



Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

Déploiement progressif entre 2020 et 2022:

- *6 équipes en 2020:*

CH Boulogne / CH Le Cateau / Groupe Hospitalier Loos Haubourdin / CH Le Quesnoy / CH Riaumont et Arras / CHI Wasquehal

- *3 équipes en juin 2021:*

CH Somain / CH Abbeville / CH Beauvais

- *3 équipes en avril 2022:*

CH Armentières / HLR Villiers st Denis/ CH St Quentin

- *2 territoires couverts fin 2022 par des anciennes équipes:* CHB: Audomarois – CH Riaumont-Arras : Béthunois

- *1 équipe en septembre 2022:*

CH Compiègne Noyon – Senlis

Equipes spécialisées de prévention inter-EHPAD (ESPrévE)



Région Hauts-de-France

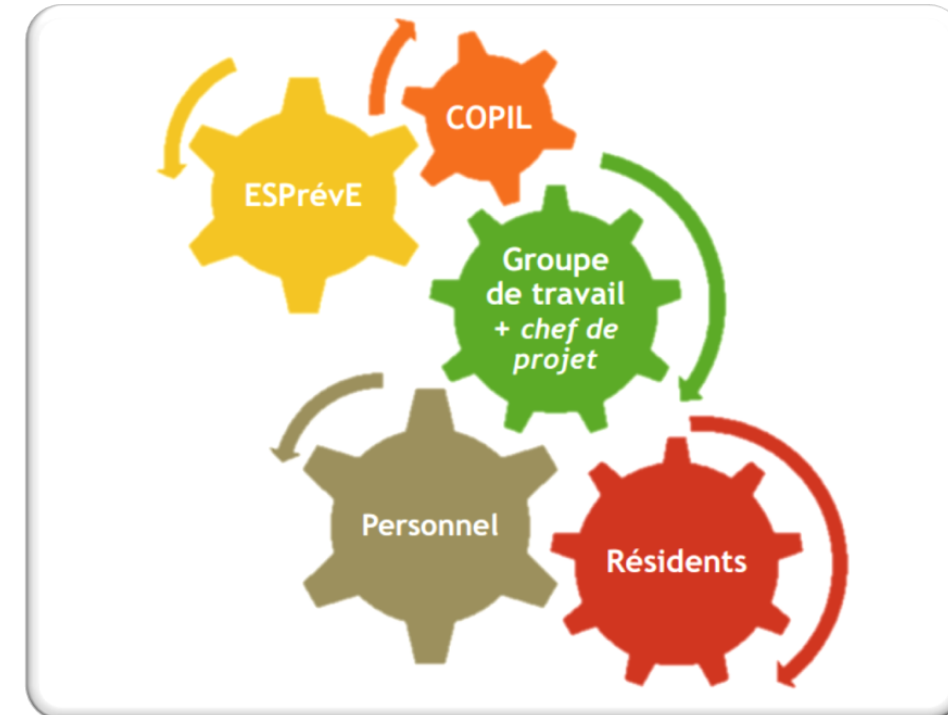




Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

Composition des ESPrévE (cahier des charges):

- Ergothérapeute
 - Et/ou Psychomotricien
 - Diététicien
 - Enseignant en Activité Physique Adaptée
 - Autres: IDE, Psychologue...
- Les membres de l'ESPrévE = en support des équipes présentes au sein des EHPAD.
- Ils ne réalisent pas de soin ni d'intervention directe auprès du résident





Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

- **Objectif général :**

Développer une politique, une culture et des actions de prévention

- **Objectifs opérationnels :**

Des thématiques définies/risques prioritaires ciblés (en correspondance avec les recommandations de l'Anesm d'abord 6, puis 8, puis 10...)

La chute et la mobilité

La douleur

Les complications liées à la maladie de Parkinson

La dénutrition et les troubles de la déglutition

L'ostéoporose et la sarcopénie

La contention

Les addictions

L'hygiène Bucco-dentaire

La vie intime, affective et sexuelle

La gestion des troubles cognitifs par les INM



Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

Principes d'intervention :

- Accompagner et soutenir les professionnels
- Ne pas intervenir au chevet des résidents
- Développer/rappeler les partenariats/compétences existantes (ex : autres équipes mobiles : EMSP, EMPG....)

Participer

En **Développant** une **culture** et une **démarche de prévention individuelle et collective** en EHPAD

Contribuer

En **aidant** les professionnels à se **former, développer des actions adaptées, organiser la vigilance et savoir anticiper les risques** individuels des résidents

Limiter

En **prévenant les conséquences des maladies** sur les actes de la vie quotidienne

Soutenir

Les médecins coordonnateurs et les **médecins traitants dans la mise en place des démarches de prévention**

Diminuer

Le recours aux hospitalisations en urgence et hors urgence **via une prise en soin mieux adaptée**



Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

• Méthodologie et outils



Assurer l'analyse de l'**Autodiagnostic**



Identifier des **priorités d'action**



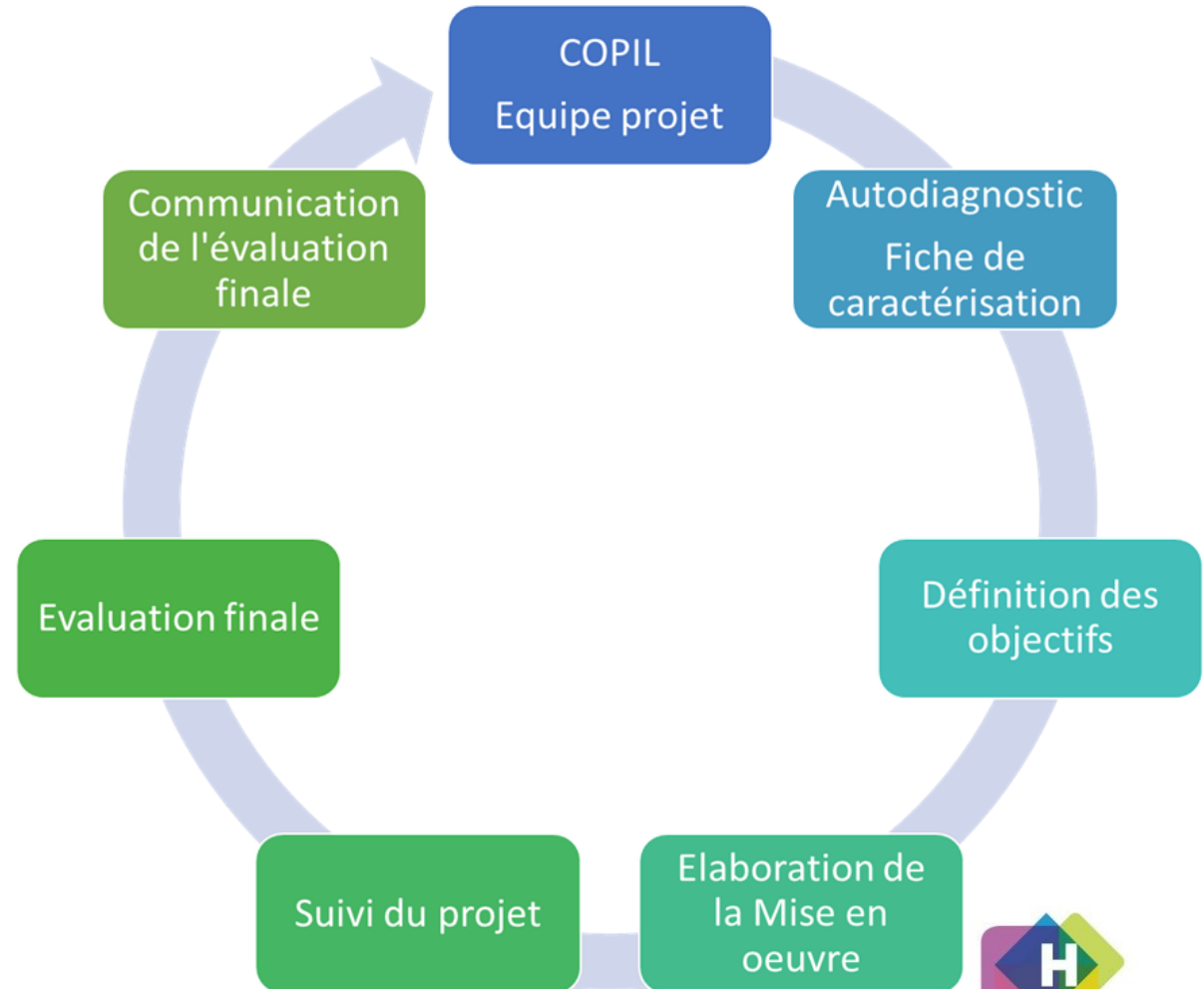
Conseiller, Accompagner, Soutenir, Former les équipes



Proposer des **ateliers ciblés**



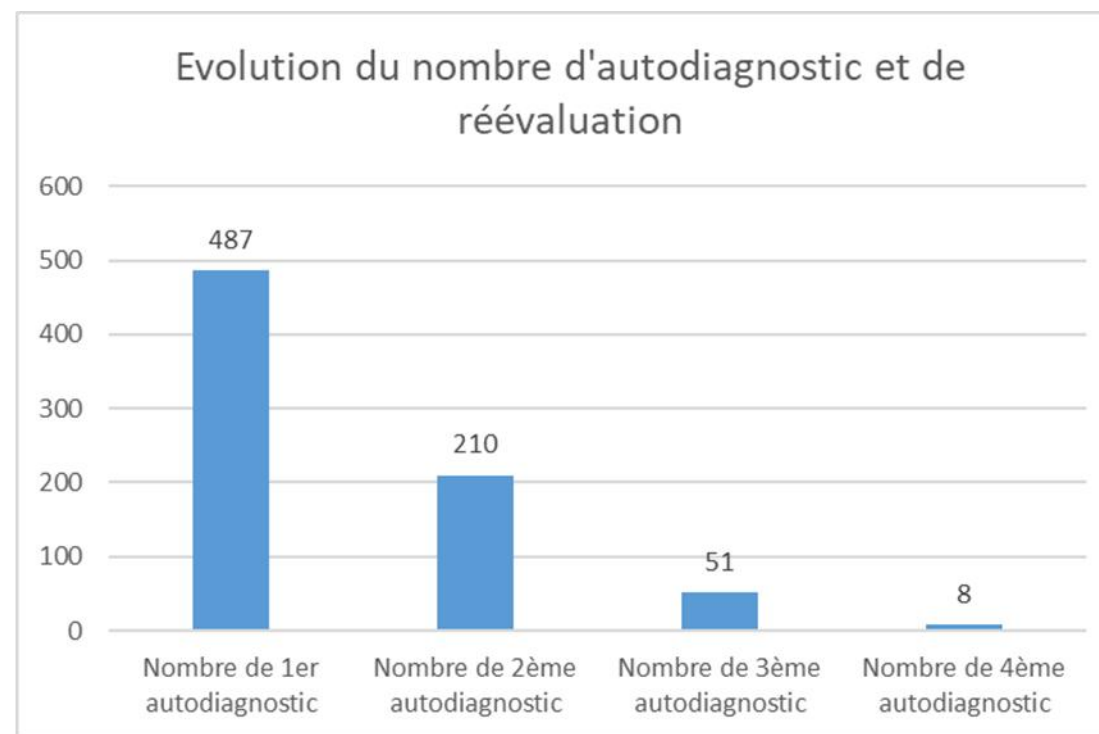
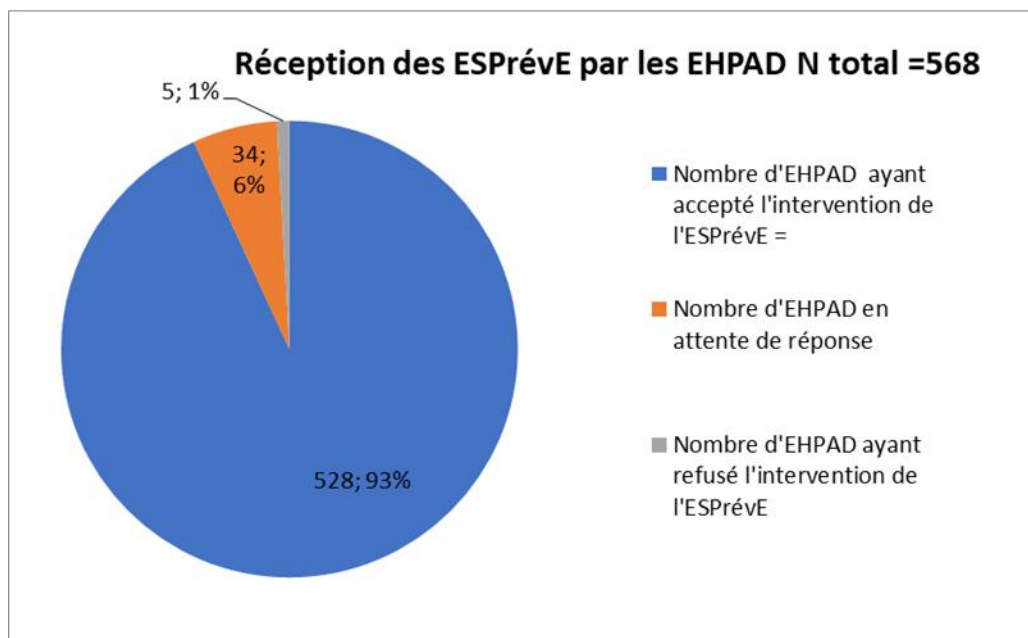
Proposer des **outils clés** en mains personnalisables





Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

• Résultats

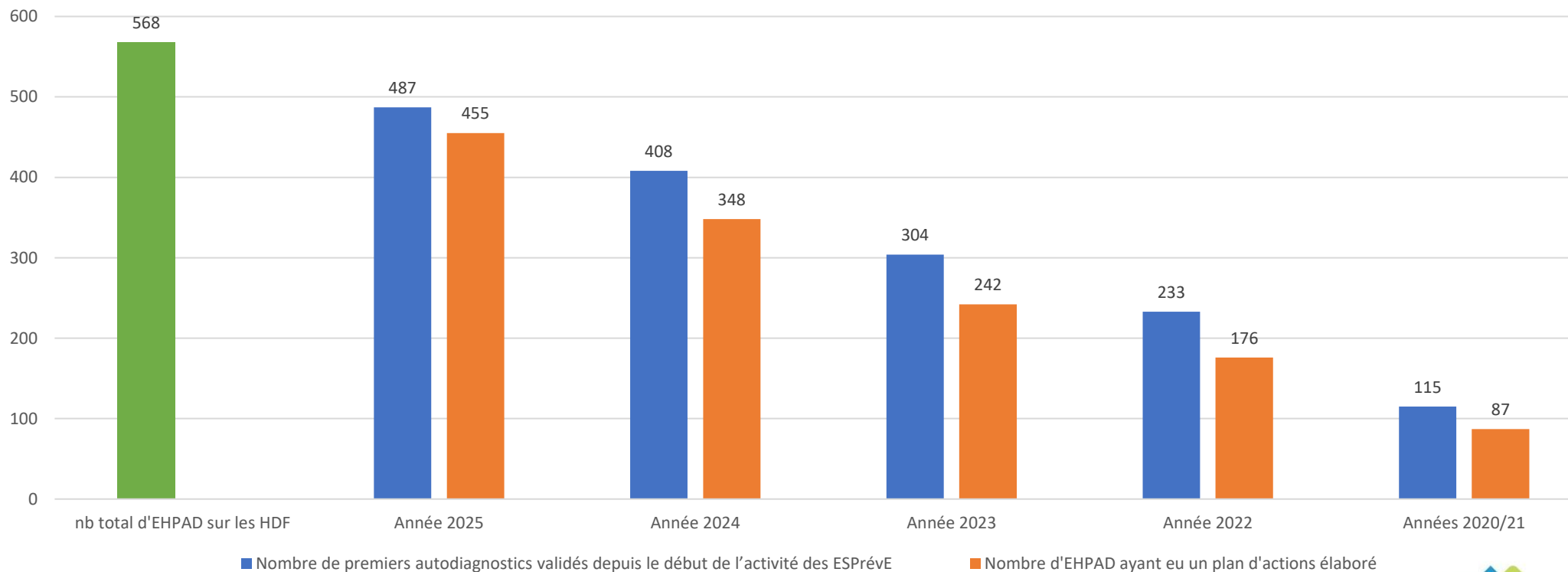




Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

• Résultats

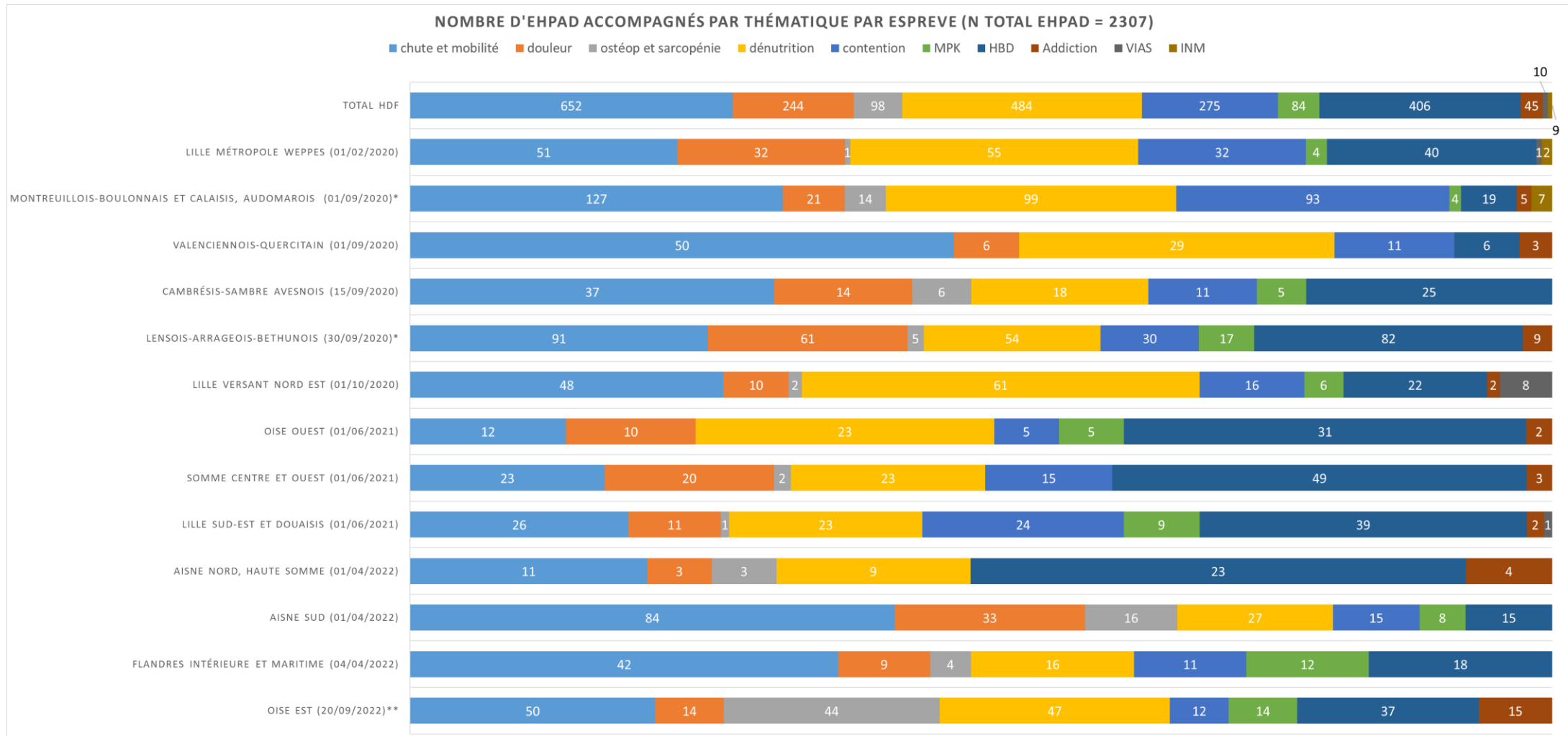
Evolution des autodiagnostic et des plans d'actions dans les EHPAD des HDF depuis 2020





Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

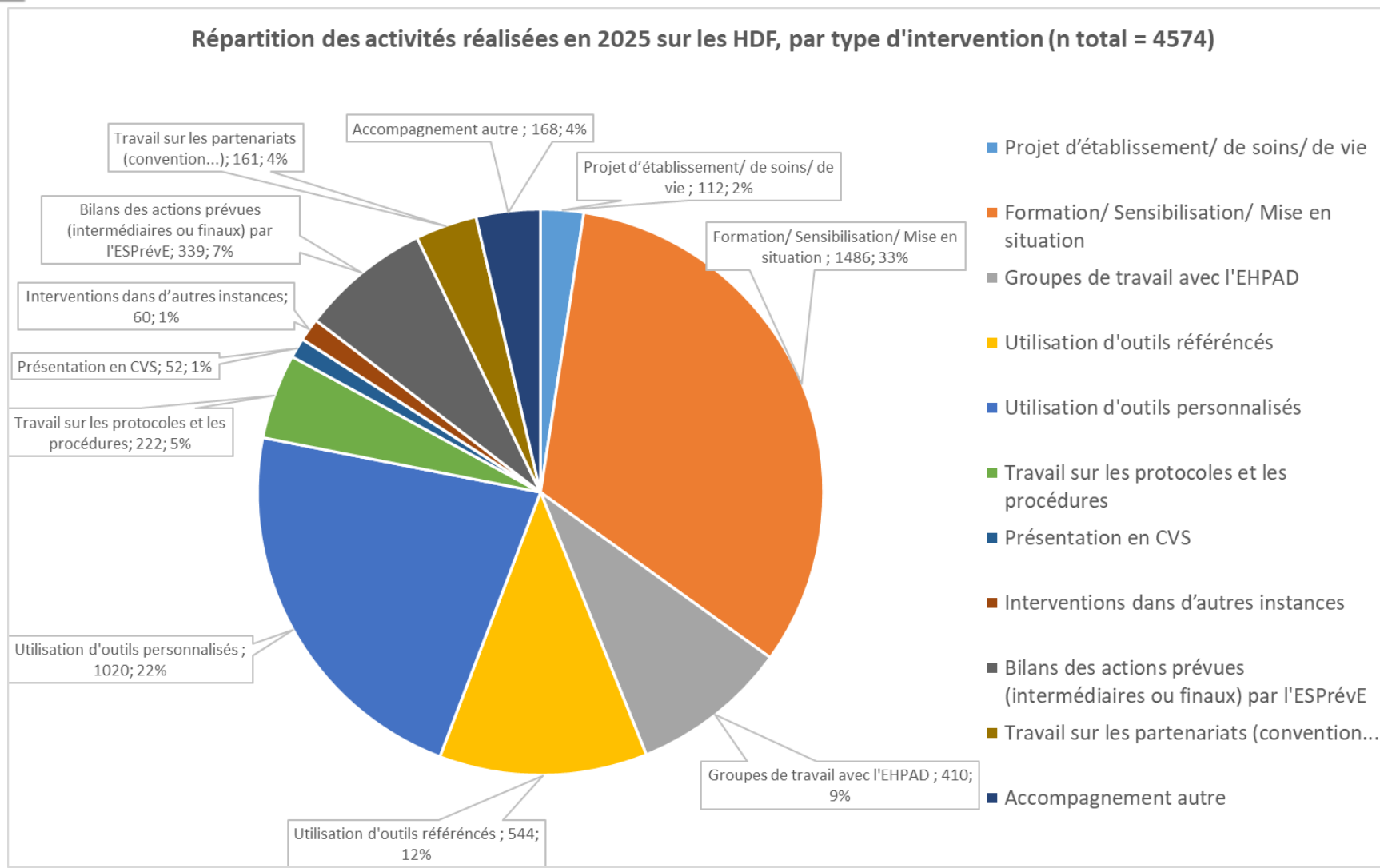
• Résultats





Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

• Résultats

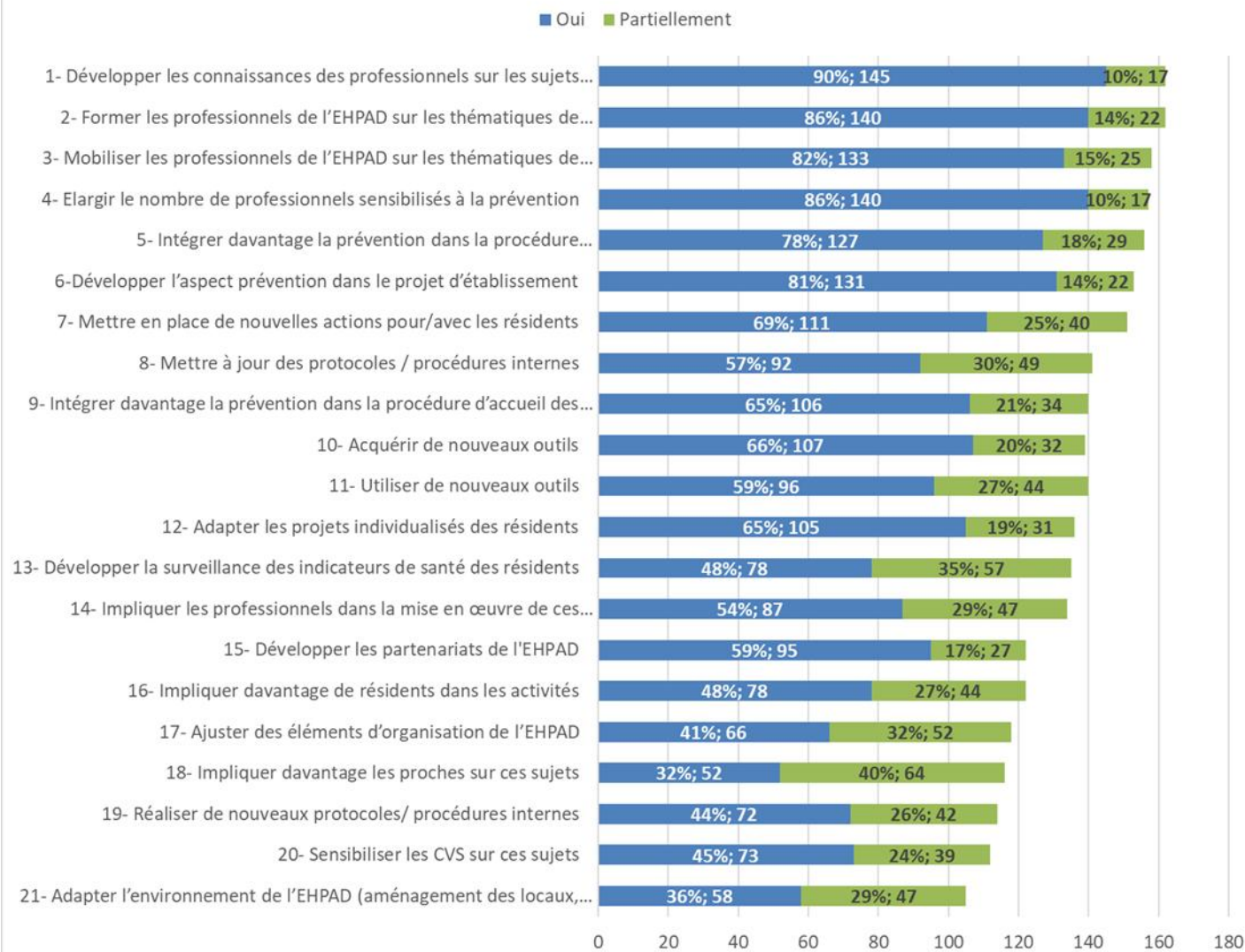




Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

• Données du questionnaire d'impact 2025

L'intervention de l'ESPrévE à permis de réaliser des actions?





Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

• Données qualitatives du questionnaire d'impact 2025:

1. « *C'est un **appui important pour nous**, le rôle de **la prévention est essentiel** au sein de nos établissements.»*
2. « *Le travail avec ESPrévE est d'un bon **appui pour les équipes**, avec **une objectivité** qui permet d'avancer et de nous **faire réfléchir** sur les prises en soins afin que nous restions dans le bien-être et le meilleur accompagnement possible pour nos résidents. »*
3. « *L'intervention d'ESPrévE est **très appréciable** de par son dynamisme et sa réactivité en cas de besoin ; elle a permis de **mettre à jour et consolider des connaissances** ; nous a permis de **mettre en place des protocoles inexistants.**»*
4. « *Equipe **très dynamique et pédagogue** qui apporte des **formations concrètes** pour les professionnels de santé »*
5. « *Interventions **très appréciées** des soignants et **intervenants de qualités** »*



Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

- **Des nouvelles thématiques en 2025**
- **Des outils innovants:**
- Existants (nationaux ou régionaux):
 - Livres, référentiels, CAT, protocoles, Posters
 - Kits IPL, ASSURE, PARK NEEDS...
 - Serious game: GAME ALGO, perki chutes
 - Simulateurs vieillesse
- Créations (régionales ...et par ESPrévE):
 - Kits: Ehpadol, Ostéoporokit
 - Escape game : Prév'Game de l'ESPrévE de Oise Ouest(primé 2*), Dé'nut'mission
- Méthodes interactives:
 - Wooclap, capsules vidéos, etc.





Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

- **Les ESPrévE : ça marche ! Et inspirent !**

- **Localement :**

- Pérennisation - Augmentation du nombre d'équipes (3, 6, 9 et 13)
- Nouveaux thèmes - Nouveaux moyens

- **Régions:**

- Grand Est : Strasbourg , Obernai (EMP3), Reims (ETAPA)
- Nouvelle Aquitaine : La Rochefoulcaud + 6 nouvelles équipes 2025 (EMPréVie)

- **National :**

- Articles de presse professionnelle (RHF * 3; Actu Soins, Géroscope...)
- Intérêt de l'Igas
- Prix : ESPrévE de Oise Ouest (Prév game contention)...et peut-être d'autres ;-)



Les ESPrévE : Equipes Spécialisées de Prévention en EHPAD.

Merci de votre attention

Territoire Flandres intérieure et maritime

☎ : 03.20.18.83.92
@: espreve@ch-armentieres.fr

Territoire Montreuillois, Boulonnais, Calaisis et Audomarois

☎ : 03.21.99.34.89 ou 06.19.10.15.07
@: espreve_coordo@ch-boulogne.fr

Territoire Lille Métropole Weppes

☎ : 03.62.21.05.16 ou 07.86.98.48.32
@: espreve@ghlh.fr



COORDINATION REGIONALE

Camille SCAPPE et Ian HOCMERT

☎ : 07.87.28.95.13 / 06.07.04.58.57

@: cscappe@ghlh.fr / ihocmert@ghlh.fr

Dr Hacène CHEKROUD

@: hchekroud@ghlh.fr

Territoire Cambrésis et Sambre Avesnois :

☎ : 03.61.56.01.88 ou 07.86.80.20.42
@: espreve@ch-lecateau.fr

Territoire Valenciennois - Quercitain :

☎ 03.27.09.22.08
@: espreve@ch-lequesnoy.fr

Territoire Lensois, Arrageois, et Béthunois

☎ : 07.76.09.18.05 ou 03.21.44.80.08
@: esprevelensarras@ahnac.com

Territoire Lille Sud Est et Douaisis

☎ : 06.07.75.50.08
@: espreve@ch-somain.fr

Territoire Versant Nord Est

☎ : 07.61.30.19.66
@: espreve-lille-nord-est@ch-wasquehal.fr

Territoire Oise Ouest

☎ : 06.49.61.86.08
@: espreve@ch-beauvais.fr

Territoire Somme Centre et Ouest

☎ : 07.85.68.87.30
@: espreve@ch-abbeville.fr

Territoire Oise Est

☎ : 07.88.57.89.79 ou 07.89.01.85.85
06.47.14.32.35
@: espreve@ch-compiegneoyon.fr

Territoire Aisne Sud

☎ : 03.23.70.73.86
@: espreve@hlrs-villiers.net

Territoire Aisne Nord/centre et Haute Somme

☎ : 03.23.05.58.88 ou 06.49.54.28.19
@: espreve.aisne-nord@ch-stquentin.fr

Développement et Evaluation d'un programme de réhabilitation des troubles de l'audition et de la communication destiné aux résidents dans les EHPAD

Présenté par : Soumia Taoui

Doctorante laboratoire LERASS

Co-encadrée par :

Nathalie Spanghero-Gaillard (Laboratoire d'études et de recherches appliquées en sciences sociales
LERASS UR827)

Mathieu Marx (PUPH, chef de service ORL, CHU Toulouse)



Sommaire

Contexte

Équipe impliquée dans le projet

Communication interpersonnelle en EHPAD

Contexte

Impact clinique, conséquences et enjeux

Contexte spécifique de la surdité

Prévalence et sous diagnostic

Conséquences cliniques et relationnelles

Méthodologie

Hypothèses et méthodologie générale

Cadre de recherche : description des situations de communication

Premiers résultats

Premiers Enseignements et recommandations



Contexte – Equipe impliquée



Soumia Taoui

Doctorante en Sciences de
l'information et de la communication
LERASS



Jérôme Goust

Patient Partenaire



Pr Mathieu Marx

Professeur d'ORL, CHU de Toulouse



Dr Alain Chaléon

Médecin Coordonnateur EHPAD



Nathalie Spanghero-Gaillard

Professeure des Universités UT2J



Communication interpersonnelle en EHPAD

- **Les EHPAD** = lieux de vie à part entière, à la croisée du soin de l'accompagnement et du quotidien.
- Résidents de différentes catégories socioprofessionnelles, histoires personnelles, vulnérables, avec des troubles cognitifs, sensoriels ou moteurs.
- En 2017, 2/3 des Français ne souhaitent pas vivre dans un EHPAD et 8/10 Français souhaitent maintenir leur proche parent à domicile.
- La **communication interpersonnelle** occupe un rôle central, non limitée à la transmission d'informations ni à la réalisation de soins.
- Elle contribue directement à la reconnaissance de la personne, au maintien du lien social, à la préservation de son autonomie et de sa qualité de vie.



Impact clinique, conséquences et enjeux

Observations :

- La communication interpersonnelle entre résidents et professionnels est "centrée tâches", fragmentée, directive, infantilisante.

Population étudiée :

- Résidents atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade clinique intermédiaire
- Scores au MiniMental State Examination (MMSE) variaient de 12 à 18 sur 30

> *Int Psychogeriatr.* 2014 Apr;26(4):645-55. doi: 10.1017/S1041610213002093. Epub 2013 Nov 28.

Missed opportunities for person-centered communication: implications for staff-resident interactions in long-term care

Marie Y Savundranayagam ¹

Affiliations + expand

PMID: 24284201 DOI: 10.1017/S1041610213002093 [↗](#)

Free article

Abstract

Background: Social interactions in long-term care settings between staff and residents with dementia

FULL TEXT LINKS

ELSEVIER
OPEN ACCESS

ACTIONS

“ Cite

📖 Collections

🔗 Permalink

PAGE NAVIGATION

< Title & authors



Matériel et Méthodes :

- Enregistrements audios de conversations de 13 duos résidents/professionnels
- n=46 enregistrements audios
- Pendant des tâches de soins de routine
- Période de 12 semaines
- Retranscrits sous forme d'énoncés → 4 indicateurs les plus pertinents: la reconnaissance, la négociation, la facilitation et la validation.

Constats:

- Lors des interactions entre professionnels et résidents, les professionnels produisent des énoncés relevant d'une **communication centrée sur la personne**.
- fréquemment suivis de formulation qui constituent **des opportunités manquées, des réponses qui ne soutiennent pas, n'élargissent pas ou interrompent la dynamique relationnelle initiée**.



Contexte spécifique de la surdité : Prévalence et sous diagnostic

- A partir de 65 ans , 1 personne sur 3 présente une baisse d'audition,
- A partir de 75 ans , 1 personne sur 2 présente une baisse d'audition,
- En 2050, 1 personne sur 3 souffrira de presbyacousie.
- En EHPAD, 64% des résidents ont une surdité moyenne à sévère et, seulement 12 % sont équipés d'appareils auditifs (Etude SAGIPHA, 2017).

Conséquences cliniques et relationnelles

- Difficultés environnement bruyant et milieu calme.
- Incapacité à localiser les sons dans l'espace, fondamentale pour interagir physiquement et socialement avec notre environnement.
- Evitement des situations "à risque", repli sur soi, perte de confiance en soi.



Contexte spécifique de la surdité

Les conséquences extra-auditives de la surdité multiples :

- l'isolement social (Mick et al., 2014),
- l'anxiété (Amieva),
- la dépression (Mener et al. 2013) et,
- la démence (Lin et al., 2011).

Rôle bénéfique de l'audioprothèse :

Mise en évidence du rôle bénéfique de l'audioprothèse pour éviter le déclin cognitif et retarder la survenue de la dépendance chez les sujets âgés (Amieva et al., 2015).



Hypothèses

- Quels sont les signes **posturo-mimo-gestuels** suggérant une **perception altérée** de la volonté d'autrui ou une incapacité à entrer en communication verbale?
- Quels apports d'une **aide technique simple** pour amplifier le son et ainsi faciliter la communication ?



Méthodologie générale: matériels et méthodes

1. Etude observationnelle qualitative :

- collecte en situation écologique des éléments de posturo-mimo-gestuelle des personnes âgées en EHPAD dans différentes situations de communication habituelles
- analyse de ces éléments à l'aide d'un logiciel d'annotation de vidéo.
- N= 15 sujets

2. Mise en place d'une étude contrôlée, randomisée de type N of 1 trial comparant :

- un amplificateur de son avec casque utilisable à la demande pour les besoins en communication (déjà utilisé dans d'autres secteurs comme le tourisme ; visite guidée de musée et l'évènementiel...) à,
 - un amplificateur de son avec embouts intraauriculaires mimant les aides auditives usuelles.
- N= 40 sujets



Cadre de recherche : description des situations de communication habituelles observées

Qui ?	Où ?	Quand ?	Quoi ?
Résidents / Animatrice	Salle d'animation	Selon calendrier d'animation	Jeux de sociétés , mémoire, motricité fine, diffusion de film, dessins, clowns, chant
<u>Résidents / Professionnels</u>	Cafétéria, Chambre, couloir, espace commun	Plusieurs fois par jour	Repas à thèmes, moments informels
Résidents / Résidents	Cafétariat, espace commun, couloir, salle d'animation	Plusieurs fois par jour	Moments <u>informels</u> , temps <u>d'attente</u> , couloir



Cadre de recherche : description des situations de communication habituelles observées

The image shows a video player interface. The main video area displays a person sitting at a table with their hands clasped. To the right of the video, a list of subtitles is visible, showing timestamps and event markers. The video player controls at the bottom include a play/pause button, a progress bar, and a volume control icon.

Timestamp	Event	Text
00:03:35,800	[Begin]	...
00:04:04,225	[Event]	...
00:04:05,686	[End]	...
00:04:07,961	[Event]	...
00:04:08,759	[Event]	...
00:04:08,779	[Begin]	...
00:04:10,509	[End]	...
00:04:14,719	[Event]	...
00:04:16,974	[Event]	...
00:04:19,452	[Event]	...
00:04:20,882	[Begin]	...
00:04:23,488	[End]	...
00:04:26,052	[Begin]	...
00:04:27,031	[Event]	...
00:04:34,824	[Event]	...
00:04:34,864	[Event]	...
00:04:34,892	[End]	...
00:04:36,570	[Event]	...
00:04:38,945	[Event]	...
00:04:41,301	[Event]	...

Lecture : '20251010_134405' : 17210 Kbits/s 00:05



Influence de l'arrivée de l'observateur sur les comportements

L'arrivée d'un observateur extérieur, identifié comme chercheur a influencé le cadre habituel de travail.

Professionnels :

- Augmentation des entretiens individuels pour permettre la bonne réalisation de l'étude
- Propositions d'activités lors des ateliers d'animation qui favorisent l'interaction entre résidents vs activités où le résident n'interagit qu'avec l'animatrice
- Réactions variables selon les professionnels

Résidents :

- "ça fait du bien de causer avec vous...on peut continuer, j'ai tout mon temps" M. A
- "Merci de venir, votre venue égaye ma journée" Mme B
- "Je n'arrive pas à trouver des résidents avec lesquels je peux discuter" M. C
- Dans certains cas, l'arrivée d'un tiers extérieur a pu susciter de la réserve ou de l'inhibition.



Premiers résultats

Professionnels:

- La communication est peu centrée sur la personne mais souvent centrée sur l'action
 - Elle n'est pas ignorée mais implicitement reléguée
- Favoriser plus d'interactions à visée relationnelle

Résidents:

- Les effets des interactions avec les professionnels / résidents sont hétérogènes (variation interindividuelle) notamment selon les troubles cognitifs et sensoriels
- La communication est à ajuster et non pas juste à augmenter

Observations clés:

- Pas seulement une compétence individuelle
- Une pratique située, sensible au cadre, aux acteurs présents, aux normes implicites de l'institution
- Sensibilisation ou formation spécifique



Références

- Rapport d'élaboration, Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement, Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social, personnes majeures, HAS, 2024
- <https://www.data.gouv.fr/datasets/le-barometre-dopinion>, DREES, 2017
- Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 3) HAS, Anesm, 2018
- Savundranayagam MY. Missed opportunities for person-centered communication: implications for staff-resident interactions in long-term care. *Int Psychogeriatr*. 2014 Apr;26(4):645-55. doi: 10.1017/S1041610213002093. Epub 2013 Nov 28. PMID: 24284201.



Contact

Soumia Taoui

Doctorante Laboratoire LERASS, CHU Toulouse

soumia.taoui@univ2-tlse.fr