

Du soin médical isolé au vieillissement en bonne santé et l'implémentation d'ICOPE : un siècle d'évolution des soins prodigués aux personnes âgées

From isolated medical care to healthy ageing and the implementation of ICOPE: a century of evolution in care for the elderly

GILLAIN S.¹ et MENOZZI C.²

¹Cheffe du Service de Gériatrie du CHU de Liège, Chargée de cours pour l'Université de Liège, Belgique

²Infirmière cheffe de services, Coordinatrice infirmière du programme de soins pour le patient gériatrique, CHU de Liège, Belgique

RÉSUMÉ

Les concepts et les pratiques liés aux soins prodigués à nos aînés ont fortement évolué au cours du siècle dernier. Développé au début du XXI^e siècle, le concept de vieillissement en bonne santé ne fait plus de lien entre âge avancé et maladies, mais promeut la résilience ainsi que le maintien des aptitudes fonctionnelles (dont les capacités intrinsèques) pour mener des activités associées à un sentiment de bien-être. Développé par l'Organisation mondiale de la Santé, le programme ICOPE permet l'évaluation systématique des capacités intrinsèques, la prévention de leur déclin et leur support, le maintien de l'autonomie et le soutien des aidants proches. Même s'il reste perfectible et doit probablement être adapté aux ressources disponibles sur le terrain, le programme ICOPE a été largement implémenté ces dernières années dans la recherche et la pratique clinique. Une seconde version du programme est disponible depuis peu et présente des améliorations notables. Il reste toutefois à convaincre nos responsables politiques de l'intérêt d'implémenter ce programme (ou une version adaptée de celui-ci) en Belgique afin de favoriser un vieillissement en bonne santé au sein de notre population.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 288-295

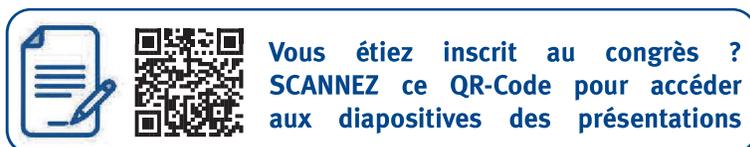
Mots-clés : vieillissement en bonne santé, santé publique, ICOPE, capacités intrinsèques

ABSTRACT

Concepts and practices relating to the healthcare of older people have evolved considerably over the last century. Developed at the beginning of the 21st century, the concept of healthy ageing no longer links advanced age with disease, but promotes resilience and the maintenance of functional skills (including intrinsic capacity domains) to carry out activities associated with a sense of well-being. Developed by the World Health Organization, the ICOPE program enables intrinsic capacity domains to be systematically assessed, prevented when they decline and maintained when they are insufficient, and, same program supports autonomy and suggests helping caregivers. Although improvement is still needed, essentially to be adapted to the practical local resources available, the ICOPE program has been widely implemented in research and clinical practice in recent years. A second version of the program has recently been made available, with significant improvements. However, we still need to convince our political leaders of the benefits of implementing this program (or an adapted version of it) in Belgium in order to promote healthy ageing in our population.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 288-295

Keywords : healthy ageing, public health, ICOPE, intrinsic capacity domains



Si vous n'avez pas pu assister au congrès, retrouvez ces séances en e-learning (avec accréditation INAMI)

Plus d'infos sur notre site internet : <https://www.amub-ulb.be/evenement/59e-congres-de-l-amub>

INTRODUCTION

Les concepts, les pratiques et les enjeux en lien avec l'art de soigner ont considérablement évolué depuis le 19^e siècle. Si de nombreuses personnes ont contribué à faire évoluer nos pratiques, certaines ont réellement incarné un changement, tant dans la conception des soins et de leurs objectifs que dans leur pratique. Ainsi, comment ne pas évoquer Florence Nightingale (1820-1910), infirmière issue de la haute société britannique, et son combat pour l'organisation d'aspects non strictement « médicaux » comme l'alimentation, l'hygiène, l'environnement et la récupération fonctionnelle. Elle rédigea les bases de soins infirmiers holistiques dont les éléments principaux sont encore enseignés aujourd'hui¹.

Concernant le développement de la gériatrie, il faut attendre le début du 20^e siècle. C'est en 1909 que le Dr Ignatz Leo Nascher, suggère que les personnes âgées ne doivent pas être traitées de la même manière que les adultes plus jeunes et qu'une spécialité médicale à part entière devrait leur être consacrée ; il décide de l'appeler « gériatrie » du grec « geros », homme âgé et « iatros » guérisseur². Il enseigne « *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment* » à l'Université de Philadelphie en 1914 et inaugure la première unité de soins dédiés aux patients âgés à Boston en 1940. A la même époque, en Angleterre, le Dr Marjorie Warren pose les fondements de soins médicaux holistiques propres aux personnes âgées. Elle décrit les principes soutenant la récupération de l'autonomie. Elle rassemble également les membres de la première société scientifique s'intéressant aux soins dédiés aux plus âgés³. En Belgique, la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie (SBGG) naît en 1950⁴ et, en 2007, un Arrêté royal publie les critères de qualité de la formation des médecins gériatres et les critères nécessaires à l'agrément des services de gériatrie⁵.

Au début des années 2000, le concept de « fragilité », développé par des cliniciens comme Winograd⁶, Fried⁷, Mitnitski et Rockwood⁸, met en lumière l'importance de différencier les patients, non seulement sur base de leur âge et de leurs comorbidités mais également sur leur capacité de faire face à un événement aigu et leur évolution fonctionnelle ultérieure⁹.

Enfin, en 2015, l'organisation mondiale de la santé (OMS) publie un rapport dédié au vieillissement dans lequel elle définit le concept de vieillissement en bonne santé¹⁰.

En résumé, les concepts supportant les soins aux personnes âgées ont évolué d'un acte médico-chirurgical isolé vers une prise en charge holistique spécifique, puis vers des soins personnalisés, adaptés à la fragilité du patient, et intégrant enjeux fonctionnels et réalités socio-économiques. Depuis peu, le concept de « vieillissement en bonne santé » soutient l'idée que la « bonne santé » n'est pas seulement « l'absence de maladie » mais, aussi, la capacité de jouir d'un état de bien-être. Dix ans après son développement, ce texte présente les notions constitutives de ce concept,

son application en pratique clinique et son intégration aux actions et aux politiques de santé publique.

LE VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ ET SES COMPOSANTES

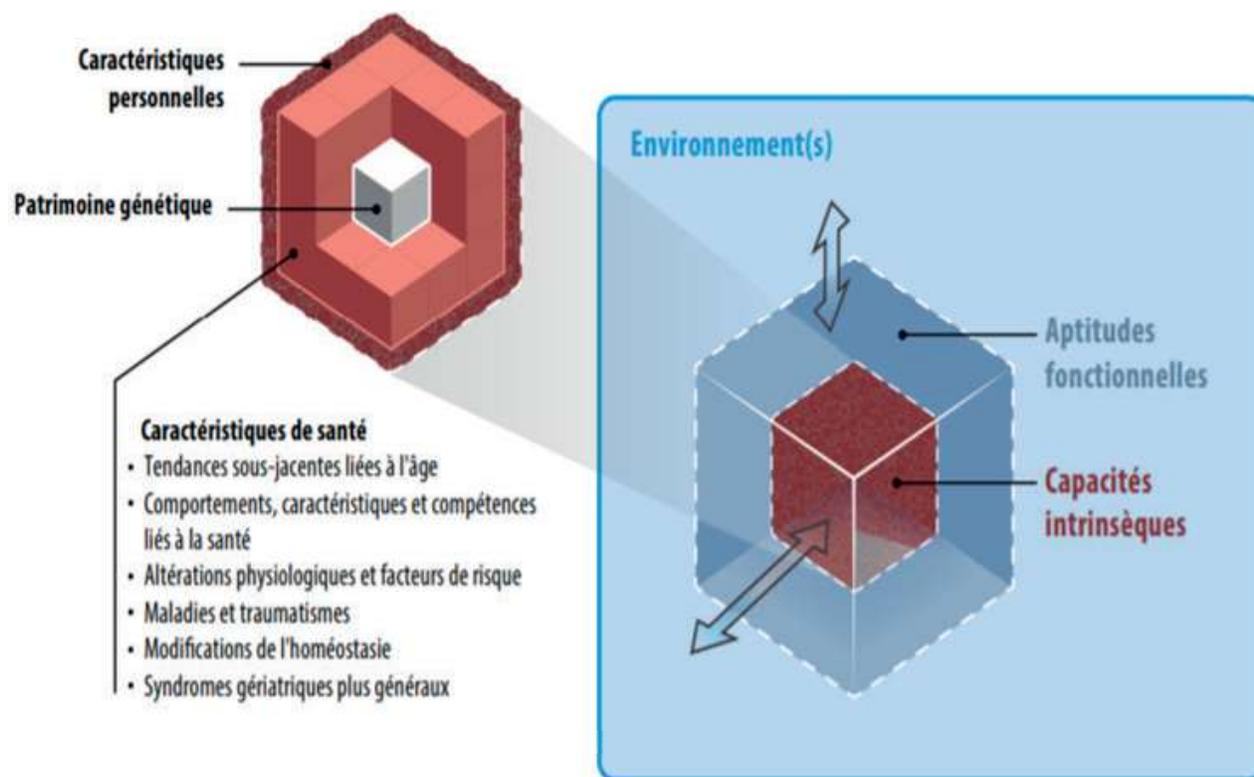
En 2015, l'OMS décrit le vieillissement en bonne santé comme « le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles »¹⁰. Les aptitudes fonctionnelles y sont décrites comme « constituées des capacités intrinsèques de l'individu (CI), des caractéristiques pertinentes de l'environnement et des interactions entre l'individu et ces caractéristiques »¹⁰. Enfin les CI « constituent l'ensemble de toutes les capacités physiques et mentales d'un individu »¹⁰. Les CI telles que décrites par l'OMS sont composées des caractéristiques génétiques de l'individu, de ses caractéristiques de santé et de ses caractéristiques personnelles. L'illustration ci-jointe, réalisée par l'OMS les représente servant « d'interface » entre l'individu et son environnement (figure).

En outre, l'OMS conceptualise la résilience d'une personne âgée comme « la capacité à maintenir ou à améliorer un certain niveau d'aptitudes fonctionnelles dans l'adversité ». Cette capacité de résilience « comprend à la fois les composantes intrinsèques à chaque individu et les composantes environnementales qui peuvent atténuer les carences »¹⁰.

Ces concepts novateurs et leur représentation ainsi schématisée révolutionnent la représentation de ce que des soins adaptés aux personnes âgées doivent être capables de leur apporter. La personne âgée, même malade, peut encore développer (ou maintenir) des aptitudes qui vont lui permettre de s'adapter aux effets de l'âge, résister puis de s'adapter à des périodes plus difficiles et enfin de jouir d'un état de bien-être. Outre cette vision positive du vieillissement, l'OMS insiste sur le rôle de l'environnement et des politiques de santé publiques afin de favoriser, également, le vieillissement en bonne santé des personnes présentant, déjà, un déclin des CI (physiques et/ou mentales).

LES SOINS INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Dans le cadre de la décennie du vieillissement en bonne santé élaboré par les Nations Unies, l'OMS définit les objectifs, les partenaires et les étapes nécessaires à la mise en place de trajectoires de soins favorisant le vieillissement en bonne santé ; les Soins Intégrés pour les Personnes Agées (SIPA), en anglais *Integrated Care for Older People* (ICOPE), sont nés¹¹. En janvier 2017, l'OMS publie le « *WHO Integrated Care for Older People* »¹² comprenant un ambitieux programme ayant pour objectif d'organiser, à partir de 60 ans, l'évaluation systématique des capacités intrinsèques, la prévention de leur déclin et un support lorsqu'elles sont insuffisantes, le maintien de l'autonomie et le soutien des aidants proches. Les principales cibles de ce programme de soins intégrés sont l'amélioration



© Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. (Consulté le 10/05/25). 2016. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf

et le maintien des fonctions musculosquelettiques, de la mobilité, de la vitalité et de la nutrition, la prévention du déclin cognitif, la promotion du bien-être psychologique, le maintien des capacités sensorielles (vision et audition), la prévention des chutes, la prise en charge des troubles associés à l'âge telle l'incontinence urinaire et le soutien des aidants¹¹.

LE DÉVELOPPEMENT D'ICOPe

Pour supporter l'intégration de ce programme dans la pratique quotidienne, l'OMS a développé un outil en 5 étapes intégrant le dépistage du déclin d'un des domaines des CI, la confirmation du déficit, l'élaboration d'un plan de soins personnalisés, l'organisation de la filière de soins et du suivi, le soutien des aidants et la mobilisation de la communauté. Différentes lignes de soins sont incluses dans ce programme : le patient lui-même et son entourage (notamment pour le dépistage), les soins de première ligne (notamment pour la confirmation du déclin d'une ou de plusieurs CI), les soins spécialisés (si nécessaire) et enfin les structures d'aides sanitaires et communautaires. Cet outil propose une compilation de tests sélectionnés afin d'évaluer les principaux domaines des CI : la vision, l'audition, la cognition, l'humeur, la locomotion et la nutrition. Pour chacune des CI, la première étape (*step 1*) consiste à poser une question ou à mesurer une performance laissant suspecter un déclin. La

seconde étape (*step 2*) comprend un test pour infirmer ou confirmer la présence de ce déclin. Selon le résultat de cette seconde étape, le patient est orienté vers un professionnel de santé spécialisé ou non. Les éléments constitutifs (question et/ou tests) utilisés lors des *steps 1* et *2* sont présentés dans le tableau. L'outil ICOPe et son manuel d'utilisation sont disponibles gratuitement et permettent une utilisation sur tablette et smartphone.

L'UTILISATION D'ICOPe

L'intérêt de la communauté scientifique pour cet outil a été immédiat et de nombreux centres de recherche et/ou de soins ont implémenté son utilisation en recherche et/ou en pratique clinique. Les articles récemment publiés s'intéressent à son implémentation (coûts, ressources humaines et structures sanitaires nécessaires), au taux de prévalence d'une moindre performance lors de l'étape de dépistage. D'autres s'intéressent aux conséquences du déclin des CI, et à l'efficacité des mesures mises en place pour les limiter. Les études disponibles sont assez hétérogènes concernant la taille de l'échantillon et les populations étudiées (mode de recrutement, âge, statut de santé ...), mais également concernant les questions/ tests utilisés pour réaliser l'étape de dépistage (*step 1*) ou l'étape de confirmation (*step 2*).

Principales composantes des deux versions de l'outil ICOPe.

Etape 1 : Dépistage		Etape 2 : Confirmation
ICOPe version 2017	ICOPe version 2024	Recommandations 2017
Cognition	Cognition	Cognition
///	Question : éprouvez-vous des difficultés de mémorisation et/ou d'orientation ? Si « OUI » → confirmation	2017 : MiniCog ou MoCA ou MMSE ou GPOG
Écoute et répétition des trois mots	Si « NON » → Écoute et répétition des trois mots	
Question d'orientation temporo-spatiale	ET Question d'orientation temporo-spatiale	
Rappel des trois mots	ET Rappel des trois mots	
Mobilité	Mobilité	Mobilité
5 levers de chaise ≤ 14 secondes	5 levers de chaise ≤ 14 secondes	2017 : SPPB
Nutrition (vitalité)	Nutrition (vitalité)	Nutrition (vitalité)
Perte de > 3 kilos en < 3 mois	Perte de > 3 kilos en < 3 mois	2017 : MNA forme complète (/30)
Perte d'appétit	Perte d'appétit	
Vision	Vision	Vision
Question : présentez-vous des difficultés pour lire, pour voir de loin, des pathologies oculaires ou des maladies générales ayant des conséquences sur votre vision ?	Question : présentez-vous des difficultés pour lire, pour voir de loin, des pathologies oculaires ou des maladies générales ayant des conséquences sur votre vision ? Si « OUI » → confirmation	2017 : Test de la vision de loin (<6/12) et Test de la vision de près (<N6)
///	Si « NON » Inspection visuelle de l'oeil	
///	ET Test de la vision de loin (<6/12)	
///	ET Test de la vision de près (<N6)	
Audition	Audition	Audition
///	Question : présentez-vous des problèmes d'audition ? Si « OUI » → confirmation	2017 : Audiométrie diagnostique
Test de voix chuchotée ou Test reconnaissance des nombres dans un environnement bruyant ou Audiométrie de dépistage (≤ 35 décibels)	Si « NON » → Test de voix chuchotée ou Test reconnaissance des nombres dans un environnement bruyant ou Audiométrie de dépistage (≤ 35 décibels)	
Humeur dépressive	Humeur dépressive	Humeur dépressive
Ces deux dernières semaines avez-vous ressenti - Un sentiment de déprime ou de désespoir ? - Une perte d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?	Ces deux dernières semaines avez-vous ressenti - Un sentiment de déprime ou de désespoir ? - Une perte d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?	2017 : GDS-15 items
Besoin d'aide/support social	Besoin d'aide/support social	Besoin d'aide/support social
Besoin d'aide pour les activités basiques et/ou instrumentales ?	Besoin d'aide pour les activités basiques et/ou instrumentales ?	2017 : Dépistage = confirmation
Problème de logement/finance ?	Problème de logement/finance ?	
Sentiment de solitude ?	Sentiment de solitude ?	
Activités valorisantes maintenues ?	Activités valorisantes maintenues ?	
Risque de maltraitance ?	///	
Support des aidants	Support des aidants	Support des aidants
Votre rôle d'aidant a un impact négatif sur votre vie ?	Avez-vous tout le soutien dont vous avez besoin en tant qu'aidant ?	2017 : Dépistage = confirmation
Vous sentez-vous non soutenu dans votre rôle d'aidant ?	Vous sentez-vous confiant dans votre rôle d'aidant ?	
///	Incontinence urinaire	Incontinence urinaire
///	Avez-vous des pertes accidentelles d'urine ?	Dépistage = confirmation du problème

Malgré cette grande disparité, il est intéressant de noter que, selon ces études, une diminution des performances des CI serait fréquemment suspectée par l'étape de dépistage. En effet selon une méta-analyse récente incluant 16 études, en moyenne 76,1 % (IC [intervalle de confiance]: 68 - 84,2 %) des personnes âgées présenteraient, selon le dépistage, un déclin pour au moins un domaine des CI¹³, une étude objectivant jusqu'à 94,3 % de personnes présentant une moindre performance dans au moins un des domaines des CI¹⁴. Certaines études soulignent la distinction entre la multimorbidité et le déclin des CI. L'étude du MAPT/DSA group présente les résultats du *step 1* appliqué à une population de 693 patients âgés de 75,2 ± 4,22 ans avec peu de comorbidités (78 % ont un score de 0 et seules 6 % ont un score ≥ 2 points au *Charlson Comorbidity Index*) et au sein de laquelle près de 90 % des volontaires présentaient, à l'issue du dépistage, un déclin dans au moins un domaine des CI¹⁵. On retrouve également une grande disparité des taux de déclin considérés par domaine. Ainsi, parmi la vingtaine d'études récentes considérées, la fonction locomotrice a été dépistée déficiente pour 11,1 %¹⁶ à 50 %¹⁷ des participants, la cognition a été dépistée déficiente pour 11,1 %¹⁸ à 59,5 %¹⁴ des participants, l'humeur a été dépistée insuffisante pour 11,8¹⁶ à 39 %¹⁹ des participants, la vitalité a été dépistée insuffisante pour 7¹⁵ à 34,7 %¹⁶ des participants, les capacités visuelles ont été dépistées insuffisantes pour 5²⁰ à 68,1 %¹⁴ des participants et les capacités auditives ont été dépistées insuffisantes pour 10²⁰ à 56,1 %¹⁹ des participants. Enfin la proportion de « *step 2* » confirmant les déficits suspectés au « *step 1* » sont très variables d'une étude à l'autre et il est peu fréquent de trouver les données permettant de calculer le taux de faux négatifs (CI estimée « non déficiente » selon le dépistage mais confirmée « déficiente » au *step 2*).

L'ÉVOLUTION D'ICOPE

Si l'outil ICOPE a le mérite d'exister, il est probablement perfectible voire adaptable. En effet, les éléments de dépistage reposant sur une question sont, en cas d'anosognosie ou de minimisation, moins sensibles qu'une mesure quantifiable de la performance réelle²⁰. Enfin, certaines équipes ont choisi de modifier les composantes du *step 1* (dépistage) et *step 2* (confirmation) afin de les adapter à leur pratique quotidienne. Dans un souci d'amélioration, une seconde version de l'outil a été publiée en décembre 2024 ; cette version comprend toujours les 4 phases principales : la phase de dépistage du déclin d'une ou de plusieurs CI, la phase de confirmation du déclin suspecté, l'élaboration d'un plan de soins personnalisé, et enfin l'implémentation de ce plan de soins et le suivi du patient. A nouveau, outre l'évaluation des CI, et dès la première phase, l'outil propose des conseils relatifs au statut de santé et/ou à l'identification d'un besoin d'aide et/ou support social. Cette nouvelle version comprend plusieurs évolutions dont les plus importantes semblent être l'ajout de « questions

filtres » et l'enrichissement de la phase de dépistage. Les « questions filtres » concernent la mémoire, l'audition et la vision ; si la réponse à la « question filtre » est « oui », l'étape de dépistage n'est pas réalisée, on passe directement à l'étape de confirmation. Autre différence importante, l'étape de confirmation du déficit invite le professionnel de santé à implémenter les tests/instruments validés et disponibles selon la structure de soin considérée. Enfin, la seconde version d'ICOPE inclut l'évaluation de la continence et l'impact d'une potentielle incontinence urinaire. Comme la première version, la seconde version intègre la nécessité de considérer les antécédents médicaux, le mode de vie, et les désidératas du patient concernant les soins dont il souhaite bénéficier. Cette seconde version présente également les conseils nécessaires au maintien des CI et à un bon statut de santé de façon plus synthétique. Le tableau résume les principales composantes des deux versions de l'outil.

DISCUSSION

Le concept de vieillissement en bonne santé repose sur le maintien des capacités intrinsèques, des capacités fonctionnelles et l'importance d'un environnement favorable. Les capacités intrinsèques semblent être tant un marqueur qu'un acteur du vieillissement en bonne santé²¹. Parmi les personnes âgées, le déclin des CI est associé au développement de la fragilité^{18,22}, du déclin fonctionnel^{23,24} à la perte d'autonomie^{16,18,22,25,26}, à la majoration du risque de chute à répétition^{18,25} et d'admission dans le service d'urgences²⁵, à la réduction de la qualité de vie²⁵ et à la majoration du risque de décès^{26,27}. Si l'espérance de vie à la naissance continue à augmenter dans la plupart des pays industrialisés, l'espérance de vie en bonne santé n'augmente pas autant²⁸. En 2021 en Belgique et selon les estimations de l'OMS, l'espérance de vie d'une personne âgée de 60 ans vivant en Belgique était de 24 ans [24-24,1] ; pour les hommes 22,3 ans [22,3-22,3] et pour les femmes 25,6 ans [25,6-25,7]. Au sein de la même population (même groupe d'âge résidant en Belgique), l'espérance de vie en bonne santé est estimée à 18 ans [17,3-18,7] ; pour les hommes 17,1 ans [16,5-17,7] et pour les femmes 18,8 ans [18,2-19,5]²⁸. Outre le poids des maladies, le déclin des CI expliquerait ce temps vécu en « mauvaise santé »²¹.

Considérant le vieillissement démographique en cours à l'échelle mondiale, la prévention du déclin des CI et le soutien des personnes âgées présentant déjà un déclin des CI devraient donc être une priorité en matière de développement de politique de santé publique.

En pratique, certaines initiatives (régionales le plus souvent) présentent les résultats de l'implémentation d'ICOPE et en discutent les freins et facilitateurs. Son utilisation semblerait possible, le plus souvent moyennant une adaptation des tests suggérés dans la première version d'ICOPE^{14,15,19,22,29}, notamment l'emploi de critères « objectifs »²⁰. Les facilitateurs relevés semblent être la formation et le nombre de personnes responsables du dépistage systématique des plus âgés, la coordination des différents

partenaires de soins, et le financement adéquat^{14,30}. Une fois l'implémentation du dépistage du déclin des CI réalisée, une intervention « multi-domaine » est nécessaire. Les études s'y intéressant, restent encore peu nombreuses, mais certaines preuves de l'efficacité d'une intervention ciblant les différents domaines des CI sont déjà accessibles^{31,32}.

En Belgique, comme dans d'autres pays, l'organisation des soins de santé est morcelée en différents niveaux de pouvoir : le fédéral, les régions, les provinces. Si les deux dernières entités sont responsables de l'organisation de la prévention en matière de soins de santé, donc potentiellement de la prévention du déclin des CI, elles dépendent du fonctionnement de structures de soins organisées et financées par le niveau fédéral. Or, que ce soit en utilisant ICOPE ou un autre outil, la prévention du déclin des CI et leur support nécessitent un plan national coordonnant les actions et les moyens alloués au niveau fédéral, régional et provincial. Enfin, considérant que l'étape de dépistage doit être suivie, le cas échéant, d'une étape de confirmation (elle-même suivie de l'élaboration d'un plan de soins personnalisé et de son suivi), différentes lignes de soins doivent être impliquées dans le processus.

Actuellement en Belgique, plusieurs freins à l'implémentation des deux premières étapes d'ICOPE par la première ligne de soins peuvent être évoqués. Tout d'abord, en raison de l'âgisme et de la banalisation de l'existence et des conséquences de ce déclin ; par les personnes âgées elles-mêmes (« c'est normal, je vieillis » ou « il n'y a de toute façon rien à y faire ») par leurs proches, mais également par les soignants souvent « pétris » de cette certitude que vieillissement est synonyme de maladie, de perte d'autonomie et d'une longue grabatisation progressive jusqu'au décès³³. Ensuite l'accès aux soins de première ligne est assez inégal ; beaucoup de patients âgés ne bénéficient plus des soins d'un médecin généraliste passant au domicile et parfois n'ont pas de médecin généraliste. En 2021 en Wallonie, 20 % des patients n'avaient pas de dossier médical global (DMG), en région bruxelloise ce taux monte à 30 %³⁴. Enfin, l'accès aux soins spécialisés de gériatrie est également compliqué par le nombre

restreint de gériatres disponibles et la nécessité d'y être adressé par un médecin généraliste. Ces éléments n'encouragent ni le dépistage systématique du déclin des CI par la première ligne de soins telle qu'elle existe actuellement, ni le recours aux médecins spécialisés en cas de confirmation du déclin. Les difficultés actuelles à implémenter ICOPE dans les pratiques de la première ligne de soins ont d'ailleurs été récemment objectivées lors d'une étude clinique (non publiée) à laquelle ont participé des médecins généralistes et maîtres de stage en médecine générale de la région liégeoise. Si les médecins participants soulignent l'intérêt du dépistage, ils trouvent l'outil peu adapté à la pratique de la médecine générale, notamment en raison de son caractère chronophage avec les patients présentant déjà un déclin dans une ou plusieurs CI.

Si l'intérêt d'un « parcours du vieillissement réussi » semble évident pour les personnes âgées, son organisation, sa faisabilité, et son efficacité restent à considérer. Un parallèle peut être fait avec les programmes de soins intégrés dédiés aux personnes âgées fragiles vivant au domicile auxquels se sont intéressés l'INAMI et le KCE³⁵. En 2009, après différentes phases d'études et d'appel à projets, le service fédéral de santé et les entités fédérées ont conclu un accord concernant le financement du « Protocole 3 » visant à repérer les personnes âgées fragiles, analyser leurs besoins et leur apporter une prise en charge pluridisciplinaire au domicile ; l'objectif principal étant le maintien au domicile. Le BelRAI a été sélectionné pour discerner les personnes fragiles et définir leurs besoins. En 2019, le KCE a été sollicité pour réaliser l'analyse coût-efficacité de ce Protocole 3 résumée dans un rapport dont les conclusions sont peu favorables à l'implémentation de BelRAI dans le contexte prédéfini³⁵. Or, si la prise en charge coordonnée des personnes âgées fragiles au domicile est importante, la prévention de la fragilité l'est tout autant. Le BelRAI et le BelRAI screener n'étant pas adaptés à cette fin (leur utilisation est chronophage et ils n'envisagent pas toutes les CI), un processus d'analyse adressant la question de la faisabilité et de l'efficacité de l'implémentation d'ICOPE (ou une version adaptée) semble nécessaire et opportun.

CONCLUSION

Le concept de vieillissement en bonne santé développé par l'OMS traduit une évolution majeure dans la façon de penser et d'organiser les soins dispensés aux personnes âgées. Dans nos sociétés vieillissantes, la prévention du déclin des capacités intrinsèques est une priorité en termes de santé publique. L'organisation actuelle des soins et des structures sanitaires ne permet pas de réaliser cet objectif ambitieux. Il est crucial que les responsables politiques et les organisateurs des soins réfléchissent, dès à présent, aux modalités nécessaires à l'implémentation d'un programme d'évaluation systématique des capacités intrinsèques. Ce programme devra être adapté aux différentes lignes de soins et aux structures sanitaires disponibles en Belgique, et permettre l'élaboration et le suivi d'un plan de soins personnalisé tenant compte des souhaits et des ressources du patient.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

- Médecins de la Grande Guerre - Florence Nightingale, la véritable créatrice du métier d'infirmière. [Internet]. [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: https://www.1914-1918.be/soigner_florence_nightingale.php
- Clinics in Geriatric Medicine - Export Citations [Internet]. [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.geriatric.theclinics.com/action/showCitFormats?doi=10.1016%2Fj.cger.2023.07.001&pii=S0749-0690%2823%2900064-2>
- Warren M. British Geriatrics Society [Internet]. [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.bgs.org.uk/marjory-warren>
- Histoire – SBGG [Internet]. [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: <https://geriatrie.be/fr/la-sbagg/a-propos/histoire/>
- Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. etaamb.openjustice.be. Moniteur Belge; 2007 [cité 16 avr 2025]. Arrêté Royal du 29/01/2007 arrete royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'accréditation d'hôpitaux et de services hospitaliers. Disponible sur: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-29-janvier-2007_n2007022208
- Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez Jr. F, Vallone R. Screening for Frailty: Criteria and Predictors of Outcomes. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(8):778-84.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, *et al.* Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Ser A.* 2001;56(3):M146-57.
- Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging. *Sci World J.* 2001;1(2):321027.
- Fried LP, Cohen AA, Xue QL, Walston J, Bandeen-Roche K, Varadhan R. The physical frailty syndrome as a transition from homeostatic symphony to cacophony. *Nat Aging.* 2021;1(1):36-46.
- Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241565042>
- who-alc-icope-brochure-fr.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/docs/default-source/ageing/who-alc-icope-brochure-fr.pdf>
- Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
- Liu Y, Du Q, Jiang Y. Detection rate of decreased intrinsic capacity of older adults: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2023;35(10):2009-17.
- Tavassoli N, Barreto P de S, Berbon C, Mathieu C, Kerimel J de, Lafont C, *et al.* Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. *Lancet Healthy Longev.* 2022;3(6):e394-404.
- Pagès A, Costa N, González-Bautista E, Mounié M, Juillard-Condât B, Molinier L, *et al.* Screening for deficits on intrinsic capacity domains and associated healthcare costs. *Arch Gerontol Geriatr.* 2022;100:104654.
- Zhao J, Chhetri JK, Chang Y, Zheng Z, Ma L, Chan P. Intrinsic Capacity vs. Multimorbidity: A Function-Centered Construct Predicts Disability Better Than a Disease-Based Approach in a Community-Dwelling Older Population Cohort. *Front Med.* 2021;8:753295.
- Lu F, Li J, Liu X, Liu S, Sun X, Wang X. Diagnostic performance analysis of the Integrated Care for Older People (ICOPE) screening tool for identifying decline in intrinsic capacity. *BMC Geriatr.* 2023;23(1):509.
- Ma L, Chhetri JK, Zhang L, Sun F, Li Y, Tang Z. Cross-sectional study examining the status of intrinsic capacity decline in community-dwelling older adults in China: prevalence, associated factors and implications for clinical care. *BMJ Open.* 2021;11(1):e043062.
- González-Bautista E, de Souto Barreto P, Andrieu S, Rolland Y, Vellas B, MAPT/DSA group (members are listed under 'Contributors'). Screening for intrinsic capacity impairments as markers of increased risk of frailty and disability in the context of integrated care for older people: Secondary analysis of MAPT. *Maturitas.* 2021;150:1-6.
- Rodríguez-Laso Á, García-García FJ, Rodríguez-Mañas L. The Icope Intrinsic Capacity Screening Tool: Measurement Structure and Predictive Validity of Dependence and Hospitalization. *J Nutr Health Aging.* 2023;27(10):808-16.
- Beyene MB, Visvanathan R, Amare AT. Intrinsic Capacity and Its Biological Basis: A Scoping Review. *J Frailty Aging.* 2024;13(3):193-202.
- Ma L, Chhetri JK, Zhang Y, Liu P, Chen Y, Li Y, *et al.* Integrated Care for Older People Screening Tool for Measuring Intrinsic Capacity: Preliminary Findings From ICOPE Pilot in China. *Front Med.* 2020;7:576079.
- González-Bautista E, de Souto Barreto P, Andrieu S, Rolland Y, Vellas B, for the MAPT/DSA group. What day is today? Cognitive capacity and the risk of incident dementia in the context of integrated care for older people (ICOPE Step 1). *Aging Clin Exp Res.* 2021;33(11):3135-9.
- Gonzalez-Bautista E, de Souto Barreto P, Salinas-Rodriguez A, Manrique-Espinoza B, Sourdet S, Rolland Y, *et al.* Development and Validation of a Cutoff for the Chair Stand Test as a Screening for Mobility Impairment in the Context of the Integrated Care for Older People Program. *J Gerontol Ser A.* 2023;78(1):104-10.
- Yu J, Si H, Qiao X, Jin Y, Ji L, Liu Q, *et al.* Predictive value of intrinsic capacity on adverse outcomes among community-dwelling older adults. *Geriatr Nurs N Y N.* 2021;42(6):1257-63.
- Prince MJ, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Jimenez-Velazquez IZ, *et al.* Intrinsic capacity and its associations with incident dependence and mortality in 10/66 Dementia Research Group studies in Latin America, India, and China: A population-based cohort study. *PLoS Med.* 2021;18(9):e1003097.
- Locquet M, Sanchez-Rodriguez D, Bruyère O, Geerinck A, Lengelé L, Reginster JY, *et al.* Intrinsic Capacity Defined Using Four Domains and Mortality Risk: A 5-Year Follow-Up of the SarcoPhAge Cohort. *J Nutr Health Aging.* 2022;26(1):23-9.
- Global health estimates Life expectancy and healthy life expectancy [Internet]. [cité 23 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>
- Yan Wang N, Liu X, Kong X, Sumi Y, Chhetri JK, Hu L, *et al.* Implementation and impact of the World Health Organization integrated care for older people (ICOPE) program in China: a randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2024;53(1):afad249.
- Yu R, Leung G, Lai D, Tong C, Tam LY, Cheng C, *et al.* Assessing the Readiness for Implementing the World Health Organization's ICOPE Approach in Hong Kong: Perspectives from Social Care and Policy Stakeholders. *J Frailty Aging.* 2023;12(2):126-33.
- Liu W, Qin R, Zhang X, Li G, Qiu Y, Zhang G, *et al.* Effectiveness of Integrated Care for Older People (ICOPE) in Improving Intrinsic Capacity in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Nurs.* 2025;34(3):1013-31.
- Lee WJ, Peng LN, Lin CH, Chen RC, Lin SZ, Loh CH, *et al.* Effects of incorporating multidomain interventions into integrated primary care on quality of life: a randomised controlled trial. *Lancet Healthy Longev.* 2021;2(11):e712-23.

33. Adam S, Missotten P, Flamion A, Marquet M, Clesse A, Piccard S, *et al.* Vieillir en bonne santé dans une société âgiste... NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2017;17(102):389-98.
34. Gerkens S. Performance du système de santé belge : rapport 2024.
35. Intégration des soins aux personnes âgées fragiles en [Internet]. 2021 [cité 5 juin 2025]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/integration-des-soins-aux-personnes-agees-fragiles-en-belgique-une-evaluation-de-la-troisieme-phase>

Travail reçu le 15 mai 2025 ; accepté dans sa version définitive le 16 juin 2025.

AUTEUR CORRESPONDANT :

S. GILLAIN
CHU de Liège
Service de Gériatrie
Bât. NDB GERIATRIE - NDB
Rue de Gaillarmont, 600 - 4032 Chênée
E-mail : sgillain@chuliege.be