

Projet PARUR – COVID-19
Etude du vécu et de l'impact de la crise sanitaire du COVID-19
chez les personnes âgées vivant en milieu rural
comparativement à celles vivant en milieu urbain en Gironde

Rapport final



Rédactrice de ce rapport : Karine Pérès, chargée de recherche Inserm – équipe ACTIVE, Coordinatrice scientifique du projet PARUR-COVID19.

Résumés

Résumé court

Contexte. Les conséquences de la crise du COVID-19 sont encore mal connues chez les personnes âgées, voire très âgées, notamment sur les effets à plus long terme de l'infection et ceux induits par les mesures sanitaires (perturbation des systèmes de prise en charge, des habitudes de vie des personnes, isolement et solitude...). De multiples conséquences potentielles sont suspectées telles qu'une surmortalité, une accélération du vieillissement cognitif et fonctionnel, une détérioration de la santé mentale ou encore une perte de qualité de vie et de bien-être. Nos objectifs ont été d'étudier le vécu de la crise du COVID-19 et son impact sur la mortalité et la santé des sujets âgés (mentale, cognitive, physique et fonctionnelle), en explorant les différences et inégalités selon le milieu de vie urbain / rural. En effet, le cadre de vie a-t-il permis de vivre moins négativement le premier confinement ? La proximité familiale et l'entraide de voisinage plus répandues en milieu rural ont-elles réduit l'impact des mesures sanitaires ? L'application moins stricte des gestes barrières en milieu rural a-t-elle fini par impacter la santé des personnes âgées ?

Méthodes. Cette recherche repose sur l'étude PACOVID adossée à trois cohortes épidémiologiques sur le vieillissement préexistantes (Paquid, 3Cités et AMI). Les données analysées portent sur les différentes phases clés de la période épidémique (confinement, déconfinement, à 18 et 36 mois), mais également sur les données individuelles antérieures à la crise recueillies dans les cohortes. Depuis la fin d'année 2022, nous avons pu redémarrer les visites de suivi à domicile par des enquêtrices psychologues (étude PACO24) ; visites qui avait été remplacées par des entretiens téléphoniques durant la période critique de la crise sanitaire (2020-2021). Les données ainsi collectées durant l'épidémie de COVID-19 ont permis d'évaluer l'état cognitif, physique, mental, le bien-être, ainsi que d'autres variables d'intérêt (douleurs, chutes, pertes perçues attribuées au contexte sanitaire..).

Principaux résultats. Première étude en France portant sur le vécu et l'impact du COVID-19 sur des personnes relevant du 4ème âge et s'intéressant spécifiquement à comparer la situation en milieu rural et en milieu urbain. Ces travaux ont tout d'abord montré que le premier confinement (strict) avait été vécu moins négativement en milieu rural qu'en ville, que les difficultés rencontrées étaient différentes, ainsi que les stratégies mises en œuvre pour y faire face et que les personnes en milieu rural pouvaient bénéficier d'un plus grand soutien familial (qui se maintenait après 18 mois de crise), malgré un moindre recours au numérique. Après 18 mois de crise sanitaire, les représentations restaient globalement négatives (catastrophe, inquiétude, enfermement, lassitude) et que la vaccination (certes massive dans cette population âgée) était de loin le premier des facteurs de stress évoqué. Quel que soit le milieu de vie, près de la moitié des personnes déclaraient s'être dégradées ou avoir subi des pertes significatives depuis le début de la crise. Nos travaux montrent également une accélération du déclin cognitif et fonctionnel, que nos travaux ultérieurs viseront à confirmer avec les dernières données recueillies grâce au financement de la MSA.

Résumé long

Contexte.

Face aux crises sanitaires, les personnes âgées figurent parmi les plus à risque comme l'a montré la canicule de 2003. Les statistiques de Santé Publique France de l'épidémie de COVID-19 ont confirmé que la population âgée était celle qui avait payé le plus lourd tribut. Outre les problématiques de mortalité, les conséquences de cette crise, notamment à moyen et long terme restent encore mal connues, notamment chez les plus âgés. Elles peuvent être appréhendées selon deux principales approches : les effets directs de la maladie et les effets de la crise sanitaire sur la fragilisation et l'aggravation des problèmes de santé, d'autonomie, de vulnérabilité et d'inégalités. Les personnes âgées, voire très âgées représentent un groupe à haut risque du fait de vulnérabilités sociales et médicales préexistantes. En outre, d'autres facteurs peuvent également avoir joué le rôle d'amortisseur de ces effets ou au contraire de catalyseur. Parmi ces facteurs, nous nous intéresserons plus particulièrement au milieu de vie, rural et urbain. La population vivant en milieu rural est en moyenne plus âgée, en plus mauvaise santé et bénéficie de conditions de vie matérielles par certains aspects (des ressources financières plus faibles, un confort moindre de certains logements, un accès plus difficiles aux commerces, services et soins, ou encore un recours moindre au numérique pour la télémedecine ou la communication avec les proches). En revanche, les personnes vivant en milieu rural présentent certains modes de vie plus favorables (sédentarité, tabagisme), peuvent bénéficier d'une plus grande solidarité et entraide de voisinage, une plus grande proximité familiale, des logements plus vastes permettant d'éviter le surpeuplement, un accès facilité à la nature et un bouleversement peut être moindre de leur quotidien par les mesures sanitaires (maintien d'activités de jardinage, de promenade, de chasse...). Enfin, concernant les indicateurs épidémiques, les zones rurales ont été globalement moins touchées par l'épidémie en raison notamment d'une moindre densité de population. Ainsi, les questions que nous nous sommes posé sont les suivantes : Le cadre de vie a-t-il permis de vivre moins négativement le premier confinement ? La proximité familiale et l'entraide de voisinage plus répandus en milieu rural ont-ils réduit l'impact des mesures sanitaires ? L'application moins stricte des gestes barrières en milieu rural a-t-elle eu un à plus long terme ? La santé a-t-elle été impactée de manière significative par la pandémie et si oui, l'a-t-elle été de la même manière selon le milieu de vie ?

Objectifs.

Cette recherche a été développée autour de deux grands objectifs, explorant systématiquement les éventuelles différences et inégalités entre milieux de vie urbain et rural. Le premier visait à analyser le vécu de cette crise sanitaire en termes de stress, d'inquiétudes, de difficultés rencontrées, de stratégies pour y faire face, de soutien social, de représentations, de sentiment de stigmatisation par rapport aux plus jeunes... Le second portait sur l'étude de l'impact de la crise sur la mortalité et la santé des personnes âgées, que ce soit en termes de santé physique, mentale, cognitive ou fonctionnelle.

Méthodes.

Cette recherche repose sur l'étude PACOVID adossée à trois cohortes épidémiologiques sur le vieillissement cérébral et fonctionnel, que sont Paquid, 3Cités et AMI, menées en Région Sud-Ouest depuis de nombreuses années sur 6883 personnes âgées suivies pour certaines depuis plus de 30 ans. Les données de l'enquête spécifique au COVID ont été collectées sur 944 personnes âgées (âge moyen 88,1 ans, écart type=5,5 ans) par des psychologues spécialement formées auprès des participants de ces cohortes pour lesquels de nombreuses données avaient donc été collectées avant la crise sanitaire (pouvant ainsi servir de référence quant à l'état et la situation attendus hors situation de crise sanitaire). L'originalité de notre design d'étude réside également dans le fait qu'elle couvre les différentes phases clés de la période épidémique (le premier confinement strict, le déconfinement ainsi qu'après 18 mois de crise) et qu'elle repose sur une

collecte téléphonique et non pas par Internet comme la très grande majorité des études durant la crise (ce qui aurait entraîné un biais de sélection majeur de cette population très âgée, encore fortement concernée par la fracture numérique). Un large panel de données a été ainsi collecté, telles que les conditions de vie matérielles et sociales, le vécu psychologique et social des personnes âgées dans la période de confinement, l'accès à l'information, aux consignes et aux mesures gouvernementales, le niveau de compréhension et d'adhésion à ces consignes, les représentations de l'épidémie, ainsi que des données de santé (physique, mentale et cognitive) et d'autonomie. Enfin, après trois années de suspension des visites à domicile (remplacée par trois entretiens téléphoniques durant la période critique de la crise), nous avons pu redémarrer nos visites à domicile permettant des mesures et évaluations plus fines que celles permises par téléphone, notamment sur l'état cognitif et fonctionnel, sur la santé mentale, la santé physique, le bien-être, en intégrant de nouvelles variables d'intérêt telles que l'optimisme, les douleurs, les chutes et la peur de chuter, le vieillissement rachidien ainsi que les pertes perçues liées au contexte sanitaire. Au total, sur les 587 personnes contactées, 280 ont pu être vues, 108 sont décédées et 125 ont refusé la visite de la psychologue.

Principaux résultats de l'étude.

Les premières analyses montrent que les personnes vivant en milieu rural ont mieux vécu la période de confinement strict que celles vivant en ville, pouvant bénéficier d'un plus grand soutien de la part de leurs proches, d'un cadre de vie plus favorable (logement plus spacieux, accès à l'extérieur, à la nature...), et avec des journées probablement moins impactées par les mesures sanitaires (maintien d'activités telles que le jardinage ou la marche par exemple). A noter également que les mesures de distanciation avec les proches ont été moins bien respectées en moyenne par les personnes vivant en milieu rural. Les difficultés rencontrées étaient nombreuses (deux tiers des sujets en rapportaient au moins une) ; avec des différences observées selon le milieu de vie. Les personnes vivant en milieu urbain ont rencontré davantage de difficultés d'approvisionnement et rapportaient plus souvent souffrir d'enfermement, tandis que les ruraux étaient plus sujets l'inquiétude pour leur entourage et vivaient plus mal l'arrêt de leurs activités. D'autre part, nos travaux ont montré une importante adhésion des personnes aux mesures de protection gouvernementales, mais également une colère assez fréquente (27%) vis-à-vis de la stigmatisation ressentie par rapport aux plus jeunes (« sacrifiés pour protéger les plus âgés »). Les taux de vaccination étaient massifs (90%) avec des taux un peu plus faibles en milieu rural (mais toujours très élevés). A noter que malgré ces chiffres, la vaccination représentait de loin la première cause de stress rapportée par les personnes interrogées. D'autre part, le travail mené sur les représentations ont mis en évidence globalement une vision plutôt négative de la situation après 18 mois de crise sanitaire (« catastrophe », « inquiétude », « enfermement »...), avec certaines différences observées selon l'âge, le sexe et le milieu de vie (dans une moindre mesure). En ce qui concerne l'impact à moyen terme (18 mois), nous avons mis en évidence une moindre mortalité des femmes vivant en milieu rural par rapport aux femmes vivant en ville, alors qu'aucune différence de ce type n'était observée chez les hommes. Nos analyses montrent également une accélération des trajectoires de déclin fonctionnel (perte d'autonomie) et cognitif, que l'on pouvait attribuer à la crise sanitaire (comparativement aux déclinés observés hors période épidémique). Des analyses exploratoires menées à moyen terme sur les données recueillies à 18 mois, suggèrent que les personnes vivant en milieu rural seraient plus à risque de déclin fonctionnel (perte d'autonomie) que les urbains âgés, que ce soit pour les activités domestiques de la vie quotidienne (telles que faire ses courses, préparer ses repas ou gérer son budget) ou les activités de base (comme s'habiller ou faire sa toilette), mais ces résultats doivent être considérés avec prudence compte tenu de certaines limites méthodologiques qui pourront être traitées dans les prochaines analyses en incluant les données à 3 ans (données non disponibles en raison du retard pris dans la collecte des données (les personnes étant très âgées, le temps de recueil a été plus long que prévu).

Discussion et conclusions.

Méthodologiquement solide, avec ses nombreux suivis antérieurs à la crise et différentes vagues de recueil lors des principales phases de la pandémie, il s'agit, à notre connaissance, des tous premiers travaux permettant d'étudier, chez des personnes âgées, voire très âgées, le vécu et l'impact à court, moyen et long-terme de l'épidémie de COVID-19, et ce, en explorant spécifiquement les différences et inégalités entre territoires urbains et ruraux. Le soutien financier de la part de la MSA a permis de collecter des données à distance de la « déflagration » qu'a représenté cette pandémie, c'est-à-dire à plus de trois ans du début de la crise sanitaire. L'approche psycho-épidémiologique développée dans ce projet a permis d'une part de quantifier le phénomène par des analyses quantitatives, mais également de questionner de manière plus qualitative le vécu et l'expérience qu'en ont fait les personnes âgées en comparant toujours le milieu de vie urbain/rural. Nos travaux suggèrent donc que l'environnement de vie rural a pu se montrer **protecteur** dans ce contexte de crise, les ruraux ayant mieux vécu par exemple le premier confinement strict, se sentant plus privilégiés par leur cadre de vie (accès à la nature par exemple) et nettement plus entourés par leur proches ; présentant un risque de vécu négatif du confinement réduit de moitié en milieu rural par rapport au milieu urbain. Les personnes âgées ont rapporté une forte adhésion aux mesures de protection gouvernementales mises en œuvre pour les protéger (même si certains ont composé avec ces dernières, notamment en milieu rural où les mesures de distanciation physique ne concernaient pour certains pas les proches par exemple). Concernant la **vaccination** : nous montrons que les craintes autour du vaccin restent importantes, même si celles-ci n'ont pas remis en cause la vaccination de masse des personnes âgées. Les résultats montrent que la couverture vaccinale était excellente quel que soit le milieu de vie (même si légèrement plus faible en milieu rural). Cependant les nombreuses polémiques qui s'en sont suivies auront-elles des conséquences sur les campagnes de vaccination à venir ? Nos résultats confirment également un **accès au numérique** plus faible en milieu rural. La fracture numérique représentant un désavantage social important au regard de la digitalisation massive de notre société (démarches administratives en ligne, téléconsultation, lien avec les proches...), cette fragilité doit rester un point de vigilance pour cette population spécifique. D'autre part, contrairement aux résultats attendus, les aînés auraient plutôt mieux traversé la crise que certaines catégories de la population, notamment les plus jeunes et les plus précaires, faisant preuve de meilleures **capacités de résilience et d'adaptation à la crise**. Le parcours de vie et les expériences vécues ont pu permettre aux personnes âgées de mieux accepter la situation et de mieux y faire face. Toutefois, cette crise a eu des **conséquences sur la santé** de ces personnes âgées, voire très âgées : la moitié déclaraient avoir perdu des éléments importants de leur vie au cours des 18 premiers mois de crise. Nous avons en effet pu objectiver une accélération du déclin de l'autonomie dans la vie quotidienne et de la cognition. Pour ce qui est d'un déclin différentiel entre milieux de vie, les résultats doivent être confirmés par des analyses conduites sur les dernières données collectées. Pour conclure ces résultats nous l'espérons permettront de tirer des enseignements de cet épisode afin d'être mieux préparés à faire face à une éventuelle nouvelle crise (sanitaire ou autre).

Table des matières

Résumés	2
Liste des tableaux	8
Liste des figures	9
Liste des sigles et abréviations	10
1. Introduction	11
2. Contexte	12
Objectifs	14
3. Méthodologie	14
3.1. Les cohortes Paquid, 3Cités et AMI	14
3.2. L'étude PACOVID adossée aux trois cohortes bordelaises	15
4. Lots réalisés	17
4.1. Visites de suivi PACO24 dans l'étude PACOVID : Préparation et mise en œuvre	17
4.2. Analyses statistiques des lots 2 et 3	18
5. Résultats	20
5.1. Etude du vécu du premier confinement : différences entre milieux de vie	20
5.1.1. Echantillon d'étude lors du confinement	20
5.1.2. L'expérience du confinement et de la sortie de confinement	20
5.1.3. Le vécu du confinement : différences et similitudes entre milieux de vie	21
5.2. Analyse de la situation après 18 mois de crise sanitaire	26
5.2.1. Etude des représentations de la situation à 18 mois du début de la crise	26
5.2.2. Description de la peur et du stress vis-à-vis de la crise sanitaire lors de l'entretien à 18 mois	29
5.2.3. Contamination et vaccination selon le milieu de vie	29
5.2.4. Facteurs psychologiques et COVID-19 selon le milieu de vie	30
5.2.5. Description des sorties et contacts sociaux après 18 mois de crise sanitaire	30
5.3. Etude de l'impact de la crise sur la santé	31
5.3.1. Description des pertes perçues par les participants après 18 mois de crise sanitaire	31
5.3.2. Dépendance et COVID-19 selon le milieu de vie	32
5.3.3. Cognition et COVID-19 selon le milieu de vie	35
5.3.4. Mortalité et COVID-19 selon le milieu de vie	35

6. Synthèse des principaux résultats et discussion	37
7. Retombées pour la MSA	43
8. Valorisation scientifique	44
9. Tableau des dépenses financières	47
Références citées	54

Annexe 1

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques générales des trois cohortes : Paquid, 3Cités et AMI.....	15
Tableau 2. Présentation synthétique des résultats de la visite de suivi PACO24 (au 2 février 2024)	17
Tableau 3. Caractéristiques des participants lors du premier confinement selon le type de répondant : participants eux-mêmes, proche ou personnel d’EHPAD	20
Tableau 4. Soutien et accompagnement social et professionnel lors du premier confinement selon le milieu de vie	22
Tableau 5. Inquiétudes et difficultés rencontrées lors du premier confinement : Différences rural-urbain	23
Tableau 6. Stratégies d'adaptation pour faire face au confinement et à la situation de crise.	24
Tableau 7. Différences rural/urbain des données de santé pendant le confinement	25
Tableau 8. Différences entre milieux de vie selon différences facteurs psychologiques.....	30
Tableau 9. Fréquence et type de sorties rapportées par les participants après 18 mois de crise sanitaire : différences selon le milieu de vie	31
Tableau 11. Risque de dégradation fonctionnelle (selon l’aggravation du score ≥ 1 point ou l’entrée en dépendance) aux IADL et aux ADL entre la visite précédent la pandémie, celle menée en plein confinement et celle menée après 18 mois de crise sanitaire.	34
Tableau 12. Comparaison du risque de décès à 1 an au cours de la crise COVID entre le milieu rural et urbain	36
Tableau 13. Présentation synthétique du rapport financier final projet PARUR-COVID19.....	47
Tableau 14. Présentation détaillée du rapport financier final projet PARUR-COVID19 : Etat récapitulatif des dépenses	48

Liste des figures

Figure 1. Schématisation du suivi longitudinal des trois cohortes et de l'enquête PACOVID.....	15
Figure 2. Les différentes dimensions explorées lors de la visite PACO24 réalisées 3 ans après le début de la crise sanitaire	19
Figure 3. Comparaison de la fréquence et du risque de vécu négatif du confinement selon le milieu de vie.....	25
Figure 4. Nuage de mots obtenu après re-catégorisation du premier mot évoqué en référence à la situation actuelle lors de la visite à 18 mois du suivi PACOVID.....	27
Figure 5. Nuage de mots obtenu après re-catégorisation du premier mot évoqué en référence à la situation actuelle lors de la visite à 18 mois du suivi PACOVID : Différences selon l'âge, le sexe et le milieu de vie	28
Figure 6. Raisons du stress ressenti dans la situation actuelle : différences selon le milieu de vie (visite à 18 mois).....	29
Figure 7. Pertes perçues rapportées par les participants : différences selon le milieu de vie (visite à 18 mois).....	32
Figure 8. Schématisation des différentes visites exploitées dans l'analyse du déclin fonctionnel au cours de la période pandémique (visites 0, 1 et 3)	33

Liste des sigles et abréviations

3Cités (3C)	Etude des Trois Cités
ACTIVE	Equipe Aging, Chronic diseases, Technology, Disability and Environment
ADL	Activities of Daily Living
AIT	Accident ischémique transitoire
AMI	Approche Multidisciplinaire Intégrée – Agrica – MSA – IFR de santé publique
ANR	Agence Nationale de la Recherche
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPH	Bordeauxd Population Health
CCMSA	Caisse Centrale de la MSA
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression scale)
COVID-19	COrona VIRus Disease 2019
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ET	Ecart-Type
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IC	Intervalle de Confiance
HR	Hazard Ratio
MMSE	Mini Mental Status Examination
NPAI	N'habite Plus à l'Adresse Indiquée
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds-Ratio
PACO24	Etude PACO24
PAQUID	Personnes Agées QUID
PARUR-COVID19	Personnes Agées Rural Urbain COVID19
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à domicile
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TICS	Telephone Interview for Cognitive Status

1. Introduction

Face aux crises sanitaires, les personnes âgées figurent parmi les plus à risque comme l'a montré la canicule de 2003. Depuis le début de l'épidémie de COVID-19, les statistiques confirment que la population âgée est celle qui en paie le plus lourd tribut.¹ Outre les données de mortalité, les conséquences de cette crise sont et seront très probablement multiples, mais restent mal identifiées, notamment sur les effets à plus long terme. Les conséquences de l'épidémie de COVID-19 peuvent être appréhendées selon deux principales approches : 1) les **effets directs de la maladie elle-même**, conduisant à une surmortalité en phase aigüe comme évoqué précédemment, mais également avec ses conséquences et séquelles à plus long-terme avec le COVID-Long ; et 2) les **effets de la crise sanitaire** sur la fragilisation et l'aggravation des problèmes de santé, d'autonomie, de vulnérabilité et d'inégalités. C'est cette deuxième approche qui a fait l'objet de nos recherches dans le cadre du projet PARUR-COVID19. En effet, en sus de l'impact propre de l'infection à coronavirus SARS-CoV-2, viennent se surajouter les conséquences de la crise sanitaire. En premier lieu, la désorganisation du système de santé avec déprogrammation massive des interventions, examens, prises en charge, dépistage... a conduit à un défaut ou un retard de prise en charge de pathologies aiguës ou maladies chroniques avec des pertes de chance potentiellement majeures pour les patients.² En outre, les mesures sanitaires notamment la distanciation physique par le biais des différents confinements a conduit dans certains cas à conduit à une forte fragilisation du tissu social, ayant probablement eu un impact non négligeable mais encore mal connu. Plusieurs mécanismes ont pu entrer en compte : l'aggravation de l'isolement social et de la solitude,³⁻⁵ la baisse des stimulations physiques, cognitives et sociales, et la perturbation des routines, des habitudes de vie et des activités des personnes.^{6 7} Mais certains facteurs contextuels ont-ils modulé ce vécu et ces conséquences ? C'est le cas par exemple du milieu de vie rural/urbain sur lequel a spécifiquement porté ce projet PARUR-COVID19.

2. Contexte

Face aux crises sanitaires, les personnes âgées figurent parmi les plus à risque comme l'a montré la canicule de 2003 ; la surmortalité avec l'âge étant particulièrement marquée chez les personnes vivant seules ou en EHPAD. Depuis le début de l'épidémie de COVID-19, les données statistiques confirment que la population âgée est celle qui en paie le plus lourd tribut. Selon les données de Santé Publique France d'octobre 2020, 65% des personnes admises en réanimation étaient âgées de 65 et plus, 92% des cas de COVID-19 décédés étaient également âgés de 65 ans ou plus et un tiers des décès rapportés concernaient des personnes vivant en EHPAD.⁸ Outre les données de mortalité, les conséquences de cette crise sont et seront très probablement multiples, mais restent à ce jour non identifiées après un peu plus d'une année d'épidémie, notamment sur les effets à plus long terme. Les conséquences de l'épidémie de COVID-19 peuvent être appréhendées selon deux principales approches : 1) **les effets directs de la maladie** elle-même, conduisant à une surmortalité en phase aiguë comme évoqué précédemment, mais également avec ses conséquences et séquelles à plus long-terme avec le COVID-Long ; et 2) **les effets de la crise sanitaire** sur la fragilisation et l'aggravation des problèmes de santé, d'autonomie, de vulnérabilité et d'inégalité.

En effet, outre la surmortalité observée en phase aiguë on s'attend à observer un **impact à plus long terme** de l'infection sur l'état de santé physique, mental et fonctionnel des personnes ayant été infectées. Après plus d'une année de pandémie, les symptômes du COVID-Long commencent à être documentés : asthénie, dyspnée, céphalées, parésie, anosmie, agueusie, toux, palpitations, douleurs musculaires et articulaires, dépression ou encore troubles cognitifs.⁹ En revanche, l'impact fonctionnel (répercussions sur le fonctionnement dans la vie quotidienne) chez les malades âgés ayant été infectés reste encore très peu exploré à ce jour. Incapacités et dépendance représentent pourtant un indicateur global d'état de santé pertinent pour évaluer les répercussions sur la vie quotidienne du vieillissement et des états morbides qui lui sont associés.¹⁰ Une revue de la littérature portant sur neuf études réalisées sur des patients COVID-19 hospitalisés, rapportait un déclin fonctionnel significatif avec dépendance sévère (pour les activités de base de la vie quotidienne, ADL). Les facteurs de risque d'un déclin fonctionnel plus prononcé étaient l'âge et les complications durant l'hospitalisation (réanimation, intubation, oxygénation, delirium...)^{11 12-14} et plusieurs facteurs influençaient significativement les chances de récupération fonctionnelle en phase de convalescence.¹⁵ Cependant, aucune étude n'a permis d'étudier l'impact fonctionnel en population générale âgée incluant également les patients non hospitalisés, qui représentent une part substantielle des malades notamment parmi ceux vivant en institution. D'autre part, l'immense majorité des travaux portaient sur des niveaux élevés de dépendance (ADL), pourtant certaines conséquences fonctionnelles moins sévères (au stade des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL), mobilité, limitations fonctionnelles) sont également attendues. Ces travaux sont d'autant plus importants qu'il est aujourd'hui bien admis que le fait même de basculer dans la dépendance (même au stade léger ou modéré) représente un facteur de risque majeur de dégradation fonctionnelle ultérieure.¹⁶⁻¹⁸ Enfin, l'autre limite importante de tous ces travaux concerne l'absence de données disponibles avant l'infection, ne permettant pas de faire la part des choses entre l'impact fonctionnel de la COVID-19 et une éventuelle dépendance préexistante avant l'infection. Les recherches à venir doivent donc s'attacher à étudier l'impact sur des niveaux moins sévères de dépendance, sur l'ensemble de la population (et non seulement celle hospitalisée), avec des temps de suivi plus longs que les quelques semaines consécutives à l'hospitalisation des patients et en s'appuyant sur des données antérieures à l'épidémie afin d'identifier d'éventuelle cassure dans les trajectoires fonctionnelles en lien avec l'épisode COVID-19.

En sus de l'impact propre de l'infection à coronavirus SARS-CoV-2, viennent se surajouter les conséquences de la crise sanitaire. En premier lieu, la désorganisation du système de santé avec déprogrammation massive des interventions, examens, prises en charge, dépistage... a conduit à un défaut

ou un **retard de prise en charge** de pathologies aiguës ou maladies chroniques (AVC, infarctus, cancers, diabète, dépression...) avec des pertes de chance potentiellement majeures pour les patients.² En outre, les mesures mises en place pour réduire les risques de contamination et la propagation du virus telles que le confinement, la distanciation physique et sociale, le couvre-feu... ont eu un impact probablement non négligeable mais encore inconnu, sur l'isolement social, la baisse des stimulations (physiques, cognitives et sociales), et la perturbation des routines et habitudes de vie. On sait en effet à ce jour que les mesures sanitaires ont modifié les consommations d'alcool et de tabac, les habitudes alimentaires, la pratique d'activités physiques avec une sédentarité quasi forcée pendant les confinements, ou encore l'arrêt des activités sociales, culturelles et de loisirs.^{6 7} Enfin, à la crise sanitaire est venue s'ajouter une « crise sociale », avec les problématiques d'**isolement social et de solitude**,^{3 4 19} qui se sont largement aggravées chez les personnes déjà touchées par ce phénomène, mais se sont aussi possiblement étendues à d'autres personnes qui se sont trouvées nouvellement dans cette situation d'isolement et de solitude, que ce soit à domicile ou en EHPAD, en raison notamment de l'arrêt ou de la limitation drastique des visites des proches. Ces conséquences plus indirectes de la crise, touchant donc également les personnes non affectées par la maladie, ne sont pas encore connues à ce jour, mais pourraient être considérables. Enfin, d'autres conséquences majeures sont également déjà mises en évidence, notamment sur la **santé mentale** des populations. Selon les données de Santé Publique France, les états dépressifs ont doublé entre fin septembre et début novembre 2020, accompagnés d'une augmentation des états anxieux, d'une dégradation de la qualité de vie et de la satisfaction de la vie.⁸ Concernant l'âge, nous avons des raisons de penser que les aînés pourraient être particulièrement vulnérables du fait de certaines caractéristiques psychosociales, notamment de capacités d'ajustement psychologique diminuées, qui font qu'une partie serait encore plus à risque (personnes dépendantes, troubles cognitifs, personnes isolées, vivant en institution). Pourtant, certains travaux sur la santé mentale semblent suggérer que les personnes âgées auraient plutôt mieux traversé la crise que certaines catégories de la population, notamment les plus jeunes et les plus précaires,^{8 20 21 22} faisant preuve de meilleures capacités de résilience et d'adaptation à la crise. Le parcours de vie et les expériences vécues pourraient permettre aux personnes âgées de mieux accepter la situation et de mieux y faire face.²²⁻²⁴ D'autre part, cette meilleure acceptation de la situation peut également s'expliquer par le fait que leur vie quotidienne a été moins entravée que celle d'autres catégories de la population, notamment les plus jeunes. Malgré tout, parmi les plus âgés, certains ont probablement vécu très négativement cet épisode si particulier à tous égards, notamment les personnes déjà fragilisées par la maladie (démence, dépression, cancer...), la dépendance et celles souffrant du manque de contact avec leurs proches.

COVID-19 et ruralité

De nombreux facteurs de santé et de facteurs contextuels ont pu jouer un rôle sur l'impact de la maladie et de la crise sanitaire et le vécu de cette période inédite : état de **santé**, **environnement matériel** (surpeuplement des logements, accès à un extérieur, sécurité financière...), **environnement social** (soutien affectif, contacts réguliers, entraide...), traits de **personnalité** (caractère résilient), **accès aux soins et aux aides**, accès au **numérique** et aux outils de communication permettant de garder le lien malgré la distanciation physique. Au regard de l'ensemble de ces critères, **le milieu de vie (urbain/rural)** pourrait avoir joué un rôle important à la fois dans le vécu de la crise et dans son impact. Pourtant les données de la littérature sur ce sujet sont très limitées, notamment chez les plus âgés. En effet, sur les 143 929 publications portant sur la COVID-19 identifiées dans PubMed au 11 juin 2021, moins de 10% concernent spécifiquement les personnes âgées (65+, avec seulement 13 935 articles) et lorsque l'on affine encore la recherche pour étudier la ruralité, seuls 144 articles sont référencés. Ces derniers concernent pour la très grande majorité les pays en développement (Chine, Inde, Pakistan, pays d'Afrique et d'Amérique du Sud) et moins de la moitié permettent de comparer le milieu rural avec le milieu urbain (66 articles). Les nombreuses différences entre ces milieux de vie peuvent pourtant avoir joué un rôle important durant cette

période épidémique. En effet, la population vivant en milieu rural est en moyenne plus âgée,²⁵ en plus mauvaise santé²⁵⁻²⁷ et bénéficie de conditions de vie matérielles par certains aspects plus difficiles, telles que des ressources financières plus faibles,^{25 26} un confort moindre de certains logements, un accès plus difficiles aux commerces, services et soins,²⁷ ou encore un recours moindre au numérique²⁸ pour la télémédecine²⁹ ou la communication avec les proches.²⁶ En revanche, les personnes vivant en milieu rural présentent certains modes de vie plus favorables tels qu'une moindre sédentarité, un moindre tabagisme, une plus grande solidarité et entraide de voisinage,³⁰ une plus grande proximité familiale. Ils bénéficient souvent de logements plus vastes permettant d'éviter le surpeuplement (particulièrement délétère en période épidémique), un accès facilité à la nature^{31 32} et un bouleversement peut-être moindre de leur quotidien par les mesures sanitaires (maintien d'activités de jardinage, de promenade, de chasse...). Enfin, concernant les indicateurs épidémiques, les zones rurales ont été globalement moins touchées par l'épidémie en raison notamment d'une moindre densité de population.²⁷ **A notre connaissance, il n'existe pas d'étude s'intéressant aux conséquences de la crise sanitaire chez les personnes âgées sous l'angle d'éventuelles différences et inégalités selon ces deux milieux de vie, hormis nos travaux actuellement en cours (article soumis à *International Journal of Geriatric Psychiatry*).** Enfin, pour des raisons évidentes de praticité et de coût, la très grande majorité des travaux ont été menés à partir d'enquêtes réalisées en ligne. Or, lorsque l'on s'intéresse au public âgé, voire très âgé, ce design d'étude entraîne un biais de sélection majeur en raison de la fréquence encore élevée de la fracture numérique chez les personnes âgées, plus marquée encore en milieu rural qu'en ville.²⁸ Selon l'enquête des Petits Frères des Pauvres de 2017, en France 31% des 60 ans et plus n'ont pas d'accès Internet et cette prévalence grimpe à plus de 70% chez les 85 ans et plus.³³

Objectifs

Ce projet PARUR-COVID19 a été développé autour des deux grands objectifs suivants :

1) Comparer entre milieu rural et urbain, **le vécu de la crise de la COVID-19** chez les sujets âgés

2) Etudier **l'impact de la crise de la COVID-19 sur la mortalité et la santé** (mentale, cognitive, physique et fonctionnelle) et les différences en fonction du **milieu de vie**.

3. Méthodologie

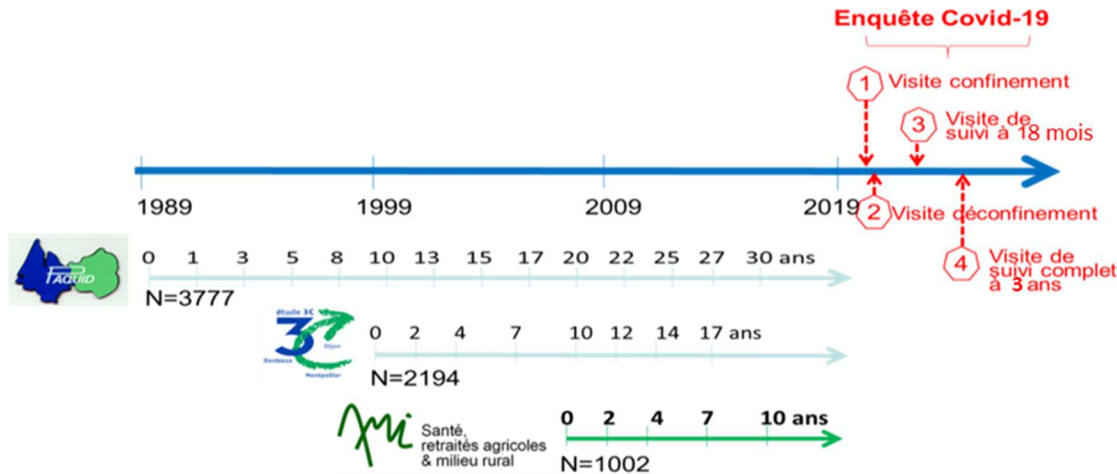
3.1. Les cohortes Paquid, 3Cités et AMI

La recherche PACOVID³⁴ a été réalisée dans le cadre de trois cohortes épidémiologiques existantes sur le vieillissement cérébral et fonctionnel que sont : Paquid,³⁵ 3Cités³⁶ et AMI³⁷ (cette dernière ayant été menée en partenariat avec la MSA33, la CCMSA et le groupe AGRICA à partir de 2007). Au total, plus de 14 000 personnes initialement âgées de 65 ans et plus ont été suivies à leur domicile (personnel ou institution) par

une enquêtrice psychologue tous les 2-3 ans (Cf. **Figure 1**), avec des périodes de suivi particulièrement longues comme dans le cadre de cohorte Paquid, qui compte plus de 30 ans de suivi individuel.

Un très large panel de données a été ainsi collecté au fil des années de suivi à l'aide de procédures standardisées avec des questionnaires et des outils d'évaluation et de mesure validés, incluant : les caractéristiques sociodémographiques et économiques, les habitudes de vie, les conditions de vie matérielles, l'environnement social, ainsi que de nombreuses données relatives à la santé et à la perte d'autonomie. Les dernières visites de suivi se sont achevées en février 2020, soit quelques jours avant le premier confinement mis en place pour faire face à l'épidémie de COVID-19.

Figure 1. Schématisation du suivi longitudinal des trois cohortes et de l'enquête PACOVID



Ces études ont été construites selon des design et méthodologie les plus comparables possibles pour permettre des analyses combinant les trois études, néanmoins chacune présente ses spécificités, comme synthétisé dans le **Tableau 1**.

Tableau 1. Caractéristiques générales des trois cohortes : Paquid, 3Cités et AMI

	Paquid	3Cités	AMI
Année d'inclusion	1989	1999	2007
Taille d'échantillon	3777	9294	1002
Age à l'inclusion	65 ans et +	65 ans et +	65 ans et +
Lieu de vie	Domicile	Domicile	Domicile et institution
Urbain/rural	Urbain/Rural	Urbain	Rural
Aire géographique	Gironde et Dordogne	Métropole de Bordeaux, Dijon et Montpellier	Gironde
Population cible	Population générale	Population générale	Retraités agricoles MSA
Base de sondage	Listes électorales	Listes électorales	Assurance maladie MSA
Taux de participation	68%	37%	52%
Temps de suivi	32 ans	22 ans	14 ans
Suivi COVID-19	Oui	Oui	Oui

3.2. L'étude PACOVID adossée aux trois cohortes bordelaises

Chaque participant (en vie en 2020) a été contacté par téléphone pour un entretien téléphonique avec une psychologue spécialisée en gérontologie permettant d'étudier spécifiquement le vécu et l'impact de la pandémie sur leur santé, leurs habitudes de vie et leur bien-être. Cette étude a été réalisée soit auprès des participants eux-mêmes, soit lorsque cela n'était pas possible, auprès d'un proche aidant ou d'un membre du personnel de l'EHPAD pour la personne vivant en institution et n'étant pas en mesure de répondre par elle-même.³⁴ L'enquête PACOVID couvre l'ensemble de la période épidémique avec une première phase correspondant au confinement et au déconfinement (points 1 et 2 **Figure 1**), alors que les phases 2 et 3 concernent les périodes plus distantes du début de l'épidémie, soit après 18 mois et 36 mois (Cf. **Figure 1**). Les entretiens ont été réalisés par une psychologue, avec un recueil de données à la fois quantitatives et qualitatives et selon une procédure standardisée.

Phase 1 : Confinement – Déconfinement (respectivement points 1 et 2, Figure 1)

Alors que la plupart des recherches sur le COVID-19 ont été réalisées par Internet, nous avons fait le choix d'entretiens téléphoniques permettant d'inclure également les plus vulnérables (malades, dépendants, isolés, en fracture numérique) afin de limiter le biais de sélection. Les données collectées ont donc été collectées par téléphone par des psychologues dès le début du confinement (de mars à mai 2020) et en phase de déconfinement (de juillet à septembre 2020) ; phase de la recherche financée par l'ANR. Les données portaient sur les conditions de vie matérielles et sociales, le vécu psychologique et social des personnes âgées dans la période de confinement, l'accès à l'information, aux consignes et aux mesures gouvernementales, le niveau de compréhension et d'adhésion à ces consignes, les représentations de l'épidémie, ainsi que des données de santé (physique, mentale et cognitive) et évaluant la perte d'autonomie.^{38 39 40} Au total 719 entretiens ont été réalisés : 480 auprès des participants eux-mêmes, 172 auprès d'un proche et 67 d'un personnel d'EHPAD pour les personnes vivant en institution. L'âge moyen de l'échantillon d'étude était de près de 90 ans (89,0 ans, ET=5,8), 60% de l'échantillon étaient des femmes et 43% vivaient en milieu rural.³⁴ Plus d'un tiers de l'échantillon présentait une dépendance sévère dans les activités de base de la vie quotidienne (i.e. besoin d'aide pour la toilette, l'habillage, les transferts...) et 63% une dépendance modérée (ayant besoin d'aide pour les activités domestiques telles que les courses, les transports, la préparation des repas...). Au total, 84% des sujets rapportaient au moins une maladie chronique et 41% estimaient leur santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise.

Phase 2 : Suivi à 18 mois du début de l'épidémie en France (point 3 Figure 1)

Au regard du risque infectieux après 18 mois de crise sanitaire, les entretiens ont également été réalisés par téléphone (démarrage mai 2021). Ce suivi avait pour objectif de documenter l'impact à moyen terme de la crise sur la survie et la santé - physique (COVID-19, consommations médicamenteuses, santé subjective, pathologies), cognitive, psychique (dépression, anxiété) et fonctionnelle (dépendance). Enfin, des facteurs psycho-sociaux ont également été évalués tels que la satisfaction de la vie, la solitude, le soutien social perçu, ou encore l'accès au numérique.

Phase 3 : Suivi 3 ans (point 4 Figure 1)

Enfin, cette dernière phase a pu être à nouveau menée en se rendant au domicile des participants. Ces entretiens avaient pour objectif d'étudier l'impact à plus long terme de la crise sur la survie et la santé (physique, cognitive, psychique et fonctionnelle). Cette phase de l'étude PACOVID a pu être réalisée grâce au soutien financier de la MSA et sera détaillée dans les parties ultérieures de ce rapport.

4. Lots réalisés

Cette recherche PARUR s'articule autour de trois lots principaux portant sur l'étude du **vécu de la crise sanitaire** et de son **impact sur l'état de santé et la mortalité** des personnes en explorant spécifiquement les **différences et inégalités selon le milieu de vie rural/urbain**. Le premier lot concernait la collecte de données réalisée au domicile des participants pour analyser l'impact éventuel à plus long terme (i.e. suivi PACO24).

4.1. Visites de suivi PACO24 dans l'étude PACOVID : Préparation et mise en œuvre

Le présent financement a permis la réalisation d'une visite de suivi supplémentaire (PACO24) à celles réalisées dans le cadre de l'étude PACOVID.¹⁴¹ Après près de quatre années d'interruption de nos visites menées au domicile des participants des cohortes, notre équipe a pu ainsi redémarrer cette procédure de collecte de données permettant d'explorer plus finement certaines dimensions que ne le permet un entretien téléphonique. Au cours du printemps 2022, un travail de co-construction avec les différents membres de l'équipe de recherche ACTIVE Inserm a permis d'élaborer le nouveau questionnaire de recueil des données.

L'objectif principal de ce suivi PACO24 était d'estimer l'impact à 3 ans de la crise sanitaire sur le vieillissement, la santé et le bien-être des participants de nos cohortes.

Le questionnaire est proposé en annexe 1 de ce document et de manière synthétique **Figure 2**. Il permet de couvrir les différentes dimensions suivantes :

- **Caractéristiques sociodémographiques**
- **Sorties et contacts sociaux**
- **Autonomie** objective et perçue et vieillissement en bonne santé de l'OMS⁴²
- **Environnement matériel et social** : soutien social perçu, aidant familial, aides professionnelles (SAAD, infirmiers, portage repas...) ;
- **Santé** : COVID (infection, vaccin, conséquences), santé perçue, mesures anthropométriques et capacités physiques (poids, taille, malnutrition, équilibre, force musculaire, lever de chaise...), chutes et peur de chuter, douleurs, déficiences sensorielles, maladies chroniques et hospitalisation récente ;
- **Psychologie et neuropsychologie** : dépression, anxiété, et cognition (à l'aide d'une batterie de tests spécialement pensée pour évaluer les principaux domaines cognitifs, tout en veillant à la faisabilité et l'acceptabilité des tests pour une population âgée, voire très âgée).

Bilan du suivi PACO24 (point au 2 février 2024)

Sur les 587 participants toujours en vie lors du précédent suivi, 266 (45%) personnes ont accepté la visite de la psychologue à leur domicile (163 dans l'étude AMI en milieu rural et 103 dans 3C en milieu urbain), 108 sont décédées (18%), 125 (21%) ont refusé l'entretien et 74 (13%) restent à contacter comme indiqué **Tableau 2**.

Tableau 2. Présentation synthétique des résultats de la visite de suivi PACO24 (au 2 février 2024)

	Vus		Refus		Décès		NPAI		Déménagement		Restant à contacter		Total
AMI	163	54%	55	18%	57	19%	2	1%	2	1%	21	7%	300
3C	103	36%	70	24%	51	18%	1	0%	9	3%	53	18%	287
Total	266	45%	125	21%	108	18%	3	1%	11	2%	74	13%	587

4.2. Analyses statistiques des lots 2 et 3

- La première partie de nos analyses a porté sur l'étude du vécu du premier confinement strict en comparant les différences entre milieux de vie rural et urbain ;
- La seconde partie a permis d'analyser la situation après 18 mois de crise sanitaire ;
- Enfin la dernière partie de nos recherches s'est intéressée à l'étude de l'impact de la crise sur la santé (en prenant comme indicateur indirect d'état de santé l'autonomie) et la survie.

Figure 2. Les différentes dimensions explorées lors de la visite PACO24 réalisées 3 ans après le début de la crise sanitaire

<p>SITUATION PERSONNELLE ET SORTIES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situation familiale actuelle • Vit avec ? Seul, avec le conjoint, avec la famille, en cohabitation non familiale... • Type de logement • Sorties au cours de la semaine (si oui : nombre) <ul style="list-style-type: none"> • Courses (alimentaires ou pharmacie, shopping, autres commerces...) • Voir de la famille, des amis, des voisins • Visites reçues de la famille, des amis, des voisins • Autres activités/sorties à l'extérieur de votre domicile (services religieux, activités en club, association...) 	<p>AUTONOMIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie subjective : « Que signifie être autonome pour une personne de votre âge ? » (question ouverte) • Et vous, vous considérez-vous autonome ? • Eprenez-vous actuellement des difficultés à vous déplacer ? • Mobilité : Lesquelles des tâches suivantes pouvez-vous encore faire sans aide ? <ul style="list-style-type: none"> • Marcher entre 500 m et 1 km • Monter et descendre un escalier de 2 étages • Activités de base de la vie quotidienne (dépendance sévère) : ADL <ul style="list-style-type: none"> • Toilette, habillage, Aller aux W.C, Transferts, Alimentation, Continence • Activités instrumentales de la vie quotidienne (dép. modérée) : IADL <ul style="list-style-type: none"> • Capacité à utiliser le téléphone, Faire les courses, Moyen de transport, Responsabilité pour la prise des médicaments, Capacité à gérer son budget 	<p>AIDES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Globalement, vous sentez-vous soutenu(e) dans votre quotidien ? • Au quotidien, bénéficiez-vous de soins et de services (plusieurs réponses possibles) ? Soins infirmiers à domicile / Service d'aide à domicile / Portage de repas / Autre / Proche aidant
<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>
<p>CARACTÈRES SUBJECTIFS DU VIEILLISSEMENT ET OPTIMISME</p> <ul style="list-style-type: none"> • En quelques mots, pourriez-vous nous indiquer ce qui compte le plus pour vous dans votre vie actuellement ? (choix de vie, activités, moments partagés, relations...) • Considérez-vous que votre état (santé, physique, moral...) vous permet de continuer à faire ce qui compte le plus pour vous ? • Considérez-vous que votre environnement de vie (votre maison, votre quartier, votre entourage, etc.) vous permet de continuer à faire ce qui compte le plus pour vous ? • Etes-vous en général satisfait(e) de votre vie actuelle ? Pas du tout → tout à fait • Optimisme (10 items, optimiste, important de rester occupé apprécie ses proches, s'attend à des choses plutôt bonnes que mauvaises arrivent...) 	<p>SANTÉ COVID</p> <ul style="list-style-type: none"> • A eu le Covid-19 • A été hospitalisé pour COVID • Comment s'en est il remis ? • Vaccin <ul style="list-style-type: none"> • Si oui, nombre de doses reçues ? • Si non, pour quelles raisons (plusieurs réponses possibles) ? • Depuis le début de la pandémie, diriez-vous que vous avez perdu des capacités ou des aspects importants de votre vie ? Avez-vous perdu beaucoup de choses durant cette pandémie ? <ul style="list-style-type: none"> • Si oui, sur quel(s) plan(s) avez-vous le plus perdu (question ouverte) ? <ul style="list-style-type: none"> • Contacts sociaux, Activités (loisirs, club, sorties, restaurants...), Capacités cognitives (problèmes de mémoire, de concentration, d'attention...), Santé, forme physique, Moral, État général tout, autre 	<p>SANTÉ HORS COVID</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé subjective (de très bonne à très mauvaise) • Médicaments consommés • Dénutrition <ul style="list-style-type: none"> • Poids mesuré • Perte involontaire récente de poids (au cours du dernier mois) • Perte d'appétit ? • Mesure du tour de mollet • Epreuve du lever de chaise • Evaluation de la posture (Mesure + Photo de profil avec repères)
<p>4</p>	<p>5</p>	<p>6</p>
<p>SANTÉ PHYSIQUE HORS COVID (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi pour maladies chroniques <ul style="list-style-type: none"> • Diabète Hypertension artérielle Maladie cardiovasculaire AVC, AIT Maladie de Parkinson, Arthrose, Cancer, Maladie oculaire, Maladie respiratoire chronique, Autres • Hospitalisation au cours des 2 dernières années • Vision : Santé visuelle subjective (Excellente à très mauvaise) • Audition : Entendez-vous ce qui se dit dans une conversation (si besoin avec l'aide de votre appareil auditif) ? Port d'une prothèse auditive ? 	<p>SANTÉ PHYSIQUE HORS COVID (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essoufflement dans la vie quotidienne • Chutes <ul style="list-style-type: none"> • Peur de tomber (dans 7 situations : habillage, douche, escaliers, sorties...) • Avez-vous fait une chute au cours des 2 dernières années (depuis le début de la pandémie) ? Si oui, à quelle fréquence chutez-vous ? • Douleurs <ul style="list-style-type: none"> • 21 questions : localisation, fréquence, intensité, type, prise en charge, impact sur la vie quotidienne 	<p>SANTÉ MENTALE ET COGNITIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé mentale <ul style="list-style-type: none"> • Symptomatologie dépressive Echelle de la CESD-20 items : triste, déprimé, isolé, craintif, crises de larmes, d'appétit, sommeil... • Anxiété Echelle STAI état (10 items) : inquiet, contrarié, tendu, dérouté... • Tests des performances cognitives <ul style="list-style-type: none"> • MMSE, TICS, Fluence verbale (Couleurs, Animaux, Fruits, Villes)
<p>7</p>	<p>8</p>	<p>9</p>

5. Résultats

5.1. Etude du vécu du premier confinement : différences entre milieux de vie

5.1.1. Echantillon d'étude lors du confinement

Le **Tableau 3** propose une description générale des participants à l'étude PACOVID selon trois groupes : i) ceux ayant répondu par eux-mêmes, ii) ceux pour lesquels les données ont été principalement ou totalement complétées par un proche (le participant n'étant pas en mesure de le faire par lui-même) et iii) ceux vivant en institution et pour lesquels un personnel de l'EHPAD a été interrogé. Les participants ayant été en capacité de répondre par eux-mêmes étaient en moyenne plus jeunes, moins souvent de sexe féminin, vivaient plus souvent seul et avaient de meilleures performances cognitives selon le test du MMSE (26,2 points en moyenne contre seulement 23,0 et 17,5 respectivement pour les deux autres groupes).

Tableau 3. Caractéristiques des participants lors du premier confinement selon le type de répondant : participants eux-mêmes, proche ou personnel d'EHPAD

	Participants N=587		Proches N=245		Personnel d'EHPAD N=112	
	N	%	N	%	N	%
Age moyen années (ET)	88,1 (5,5)		91,2 (5,3)		94,9 (5,3)	
Sexe féminin	349	59,5	131	53,5	90	80,4
Vit seul	212	46,5	39	40,0	*	*
Bas niveau études	289	49,2	153	62,5	67	59,8
Rural	275	46,9	98	40,0	38	33,9
Conditions de vie						
Vit seul	211	45,9	39	25,7	*	*
En couple	166	36,1	39	25,7	*	*
En famille	37	8,0	18	11,8	*	*
En cohabitation non familiale	46	10,0	56	36,8	112	100,0
Etat cognitif* (score moyen ET)	26,2 (3,3)		23,0 (4,9)		17,5 (7,8)	

*Etat cognitif évalué par le test du MMSE : score allant de 0 à 30 points et croissant avec les capacités cognitives (ET = écart type)

5.1.2. L'expérience du confinement et de la sortie de confinement

Un travail réalisé sur le vécu de la crise visait à caractériser l'expérience subjective des personnes âgées de la pandémie dans ses principales dimensions et leurs associations potentielles avec la santé mentale pendant et après le confinement.

Les variables d'intérêt étaient :

- L'expérience subjective comprenant le sentiment de soutien social
- La solitude
- L'isolement social perçu
- L'efficacité perçue des mesures restrictives
- Les conséquences majeures perçues de la pandémie pour les proches et pour eux-mêmes
- L'enfermement perçu
- L'inquiétude pour eux-mêmes
- L'inquiétude pour les autres
- L'inquiétude pour le pays
- L'ennui

L'association des dimensions a été évaluée avec trois indicateurs de santé mentale pendant les deux périodes considérées (confinement et post-confinement) : un état d'anxiété élevé, deux symptômes dépressifs (sentiment d'être déprimé et tristesse) et une mauvaise santé perçue.

Ces travaux ont permis d'identifier quatre dimensions principales de l'expérience subjective : (1) l'« isolement » ; (2) la « conscience épidémique » ; (3) le « sentiment de confinement » ; et (4) l'« inquiétude ». Les plus forts prédicteurs de mauvaise santé mentale en per- et post-confinement étaient les dimensions « Isolement » et « Inquiétude », les deux autres dimensions étaient plus liées au contexte pandémique sans conséquences majeures sur la santé mentale. Ce travail a mis en évidence les dimensions subjectives les plus associées à une mauvaise santé mentale : dimensions liées à l'isolement et à l'inquiétude. En cas de nouveaux épisodes pandémiques, les futures interventions auprès des personnes les plus âgées devraient cibler particulièrement ces dimensions (*travail en cours de publication, sans comparaison spécifique entre milieu de vie*).

5.1.3. Le vécu du confinement : différences et similitudes entre milieux de vie

Méthodes

Cette étude a été réalisée sur les 464 participants de PACOVID ayant répondu par eux-mêmes à l'entretien téléphonique (244 vivant en milieu urbain et 220 en milieu rural). Les données analysées concernaient les conditions de vie, les difficultés rencontrées, le soutien reçu (professionnel et familial), les stratégies mises en place pour faire face, des données de santé, ainsi que des données relatives au vécu du confinement.

Ce **vécu du confinement** a été évalué à partir de quatre items directement en lien avec la période de confinement que sont :

- Une symptomatologie anxieuse élevée
- La présence d'au moins un symptôme dépressif (tristesse, déprime et solitude)
- L'expression de difficultés rapportées (isolement, sentiment d'enfermement, difficultés d'approvisionnement, ennui...)
- Le sentiment d'un défaut du support social pour faire face à l'épisode.

Nous avons défini un vécu négatif à partir de la présence d'au moins deux de ces quatre critères.

Les participants vivant en milieu rural étaient significativement plus jeunes, moins souvent de sexe féminin, vivaient moins souvent seuls à leur domicile, avaient un niveau de diplôme plus bas (69,1% vs 27,9%) et bénéficiaient presque tous d'un jardin (vs. 56,1% en milieu urbain).

Soutien social et professionnel

Une très grande majorité de l'échantillon (93%) a déclaré avoir été suffisamment **soutenu par son entourage** pendant le confinement, mais les personnes vivant en milieu rural se sentaient significativement

plus soutenues qu'en ville (trois fois plus avec un Odds-Ratio OR = 3,09, IC à 95 % 1,11–8,59) (**Tableau 4**). En analysant les **contacts** au cours de cette période de confinement, aucune différence entre milieu de vie n'a été observée concernant les appels **téléphoniques**, mais les personnes vivant en milieu rural avaient reçu significativement plus de **visites** que les personnes vivant en milieu urbain, et principalement par des proches. En effet, malgré un confinement strict imposé par les mesures sanitaires du moment, les personnes âgées vivant en milieu rural avaient reçu en moyenne 3,3 visites (ET=6,5) au cours de la semaine écoulée contre seulement 1,0 visite (2,6) en milieu urbain ($p < .0001$) et cette différence persistait en tenant compte de l'âge et du sexe. De plus, les participants vivant en milieu rural avaient quatre fois plus de chance de recevoir des visites de la famille que les participants urbains (OR = 3,93, IC à 95 % = 2,41–6,42).

En tenant compte de l'âge et du sexe, nous avons également observé que les personnes âgées vivant en milieu rural étaient moins susceptibles que les urbaines (réduction de 62% de la probabilité) d'utiliser un outil **numérique** pour rester en contact avec leur proche (OR = 0,38, IC à 95 % = 0,20-0,73). Enfin, la moitié des personnes âgées vivant en milieu urbain bénéficiaient d'une **aide et de soins professionnels** (infirmière, aide-soignante, portage de repas...) contre seulement 30,1% des personnes en milieu rural. Cependant cette différence ne persistait pas après ajustements, notamment en tenant compte de l'âge ($p=0,5911$. NB : les différences initialement observées étaient en réalité expliquées par le fait que les urbains étaient plus âgés que les ruraux).

Tableau 4. Soutien et accompagnement social et professionnel lors du premier confinement selon le milieu de vie

	Milieu de vie		p-value	Régressions logistiques ajustées sur l'âge et le sexe	
	Urbain n (%)	Rural n (%)		OR (95%CI)	p-value
Bon soutien social perçu	202 (89,0%)	204 (97,1%)	0,0009	3,09 (1,11-8,59)	0,0310
Appels téléphoniques					
Famille	221 (93,6%)	202 (94,8%)	0,5893	0,89 (0,35-2,27)	0,8059
Amis	160 (68,1%)	157 (74,1%)	0,1651	0,96 (0,58-1,58)	0,8603
Voisins	71 (30,2%)	66 (31,1%)	0,8333	0,77 (0,46-1,30)	0,3325
Visites					
Famille	74 (31,8%)	127 (59,6%)	<,0001	3,93 (2,41-6,42)	<,0001
Nombre moyen de visites de la famille au cours de la semaine	1,0 (2,6)	3,3 (6,5)	<,0001	3,37 (0,56) ‡	<,0001
Amis	8 (3,4%)	18 (8,5%)	0,0218	2,20 (0,79-6,14)	0,1318
Voisins	29 (12,3%)	26 (13,2%)	0,7837	1,50 (0,78-2,89)	0,2241
Bénévoles	1 (0,4%)	5 (2,4%)	0,0742	3,68 (0,29-46,72)	0,3147
Utilisation d'outils numériques	56 (24,1%)	39 (18,4%)	0,1406	0,38 (0,20-0,73)	0,0034
Services professionnels†	121 (50,2%)	66 (30,1%)	<,0001	0,88 (0,55-1,41)	0,5911

† Infirmier, aide à domicile, portage de repas...

Le surlignement en bleu indique les différences statistiquement significatives au seuil de 5%

Inquiétudes et difficultés rencontrées pendant le confinement

Comme présenté **Tableau 5**, les **deux tiers** des participants ont rapporté des difficultés ou inquiétudes liées à la pandémie et au confinement, proportion totalement comparable entre les deux milieux de vie (65,2% vs. 65,0%). Néanmoins, en s'intéressant spécifiquement aux difficultés et inquiétudes rapportées, certaines différences sont apparues, avec notamment moins de difficultés rapportées par les participants vivant en milieu rural pour s'approvisionner, un sentiment d'enfermement moins fréquemment rapporté, mais une tendance à davantage d'inquiétudes pour leur entourage du fait de la situation et plus de difficultés en lien avec l'arrêt des loisirs.

Tableau 5. Inquiétudes et difficultés rencontrées lors du premier confinement : Différences rural-urbain

	Urbain	Rural	p	Régressions Ajustées sur l'âge et le sexe	
	n (%)	n (%)		OR (95%CI)	p
Au moins une difficulté ou inquiétude	161 (65,2%)	143 (65,0%)	0,9671	0,84 (0,52-1,34)	0,4585
Sentiment d'emprisonnement	86 (34,8%)	51 (23,2%)	0,0058	0,60 (0,36-0,99)	0,0469
Isolement	54 (21,9%)	54 (24,6%)	0,4924	1,18 (0,68-2,04)	0,5540
Difficultés d'approvisionnement	33 (13,4%)	12 (5,5%)	0,0039	0,16 (0,06-0,43)	0,0003
Ennui	12 (4,9%)	19 (8,6%)	0,1016	1,63 (0,63-4,17)	0,3118
Inquiétude pour les proches	16 (6,5%)	26 (11,8%)	0,0440	2,63 (1,23-5,80)	0,0128
Inquiétude pour soi	8 (3,2%)	14 (6,4%)	0,1116	1,02 (0,29-3,55)	0,9738
Inquiétude pour le pays	5 (2,0%)	8 (3,6%)	0,2905	2,58 (0,71-9,36)	0,1496
Arrêt des prise en charge	6 (2,4%)	4 (1,8%)	0,6489	0,37 (0,05-2,49)	0,3034
Arrêt des activités de loisir	3 (1,2%)	10 (4,6%)	0,0290	3,73 (0,81-17,27)	0,0917
Problème de santé en lien avec le confinement	7 (2,8%)	3 (1,4%)	0,2732	1,00 (0,23-4,31)	0,9965
Autres	5 (2,0%)	7 (3,2%)	0,4300	0,39 (0,06-2,50)	0,3175

Stratégies d'adaptation pour faire face au confinement

Des différences significatives ont été observées pour les trois principales stratégies d'adaptation (**Tableau 6**). Les personnes vivant en milieu rural étaient plus susceptibles de pratiquer davantage d'activités pour se distraire par des activités de loisirs (telles que lire, regarder la télévision, jardiner... OR=1,54, p=0,0865). Ils rapportaient moins qu'en ville le fait de maintenir leurs activités ou routines quotidiennes (OR=0,58, p=0,0418) et nettement moins, d'appliquer strictement les mesures sanitaires pour faire face à la situation (gestes barrières, distanciation physique, organisation des courses...) (OR=0,21, soit une réduction de 79% de la probabilité, p<0,0001). Nous n'observons pas de différences quant aux autres stratégies d'adaptation rapportées, telles que l'acceptation de la situation, une recherche accrue de soutien social ou encore le coping religieux.

Tableau 6. Stratégies d'adaptation pour faire face au confinement et à la situation de crise.

	Urbain	Rural	p	Régressions Ajustées sur l'âge et le sexe	
	n (%)	n (%)		OR (95%CI)	p
Se distraire	150 (62,0%)	156 (72,9%)	0,0133	1,54 (0,94-2,51)	0,0865
Activité domestiques (ménage, repas...)	81 (33,5%)	34 (15,9%)	<,0001	0,58 (0,34-0,98)	0,0418
Respect des gestes barrière	67 (27,7%)	28 (13,1%)	0,0001	0,21 (0,11-0,42)	<,0001
Acceptation de la situation	41 (16,9%)	33 (15,4%)	0,6601	0,80 (0,42-1,50)	0,4863
Comportement de santé	28 (11,6%)	22 (10,3%)	0,6600	0,99 (0,49-2,02)	0,9834
Recherche de soutien social	16 (6,6%)	11 (5,1%)	0,5065	0,73 (0,26-2,05)	0,5531
Non-respect des gestes barrière	10 (4,1%)	6 (2,8%)	0,4416	0,59 (0,16-2,19)	0,4299
Recherche d'information	7 (2,9%)	2 (0,9%)	0,1336	0,56 (0,11-2,96)	0,4972
Affects négatifs	1 (0,4%)	7 (3,3%)	0,0287	5,54 (0,49-62,26)	0,1654
Refus de l'information	3 (1,2%)	2 (0,9%)	0,7549	0,82 (0,10-6,84)	0,8514
Coping religieux	3 (1,2%)	1 (0,5%)	0,3774	0,32 (0,02-5,99)	0,4453

Caractéristiques de santé

Le Tableau 7 présente les différences entre milieux de vie sur les facteurs de santé.

Globalement, en tenant compte de l'âge et du sexe, nous n'avons pas observé de différences significatives sur ces critères de santé entre milieu rural et urbain, à l'exception des symptômes dépressifs, significativement plus fréquents chez les urbains (33,3 % contre 19,7 % chez les personnes âgées vivant en milieu rural, $p = 0,0011$). Cette différence persistait après prise en compte de l'âge et du sexe. Ainsi, les personnes vivant en milieu rural avaient un risque environ deux fois plus faible de présenter des symptômes dépressifs que les personnes vivant en ville (OR = 0,54, IC à 95 % 0,31-0,93, $p = 0,0274$). La symptomatologie anxieuse était également plus fréquente en ville (31,2 % contre 22,6 % en milieu rural, $p = 0,0413$), mais cette différence ne persistait pas en tenant compte de l'âge et du sexe ($p = 0,5908$). Cependant, si l'on considère le score moyen d'anxiété, les personnes vivant en zone urbaine avaient en moyenne 2,1 points de plus et cette différence était presque significative après contrôle de l'âge et du sexe ($p = 0,0757$). La dépendance apparaissait plus fréquente en milieu urbain (par exemple 51.5% de dépendance aux IADL* vs .38.9%), mais cette différence était en réalité expliquée par le fait que les urbains étaient plus âgés en moyenne. En effet, en tenant compte de l'âge, cette différence disparaissait et s'inversait même. En effet, à âge et sexe égaux, les personnes vivant en milieu rural étaient plus susceptibles d'être dépendantes aux IADL (sur-risque de 61%, $p=0.0608$).

* IADL : Activités instrumentales de la vie quotidienne telles que faire ses courses ou utiliser les transports

Tableau 7. Différences rural/urbain des données de santé pendant le confinement

	Urbain	Rural	p-value	Régression logistiques ajustées sur l'âge et le sexe	
	n (%)	n (%)		OR (95%CI)	p
Bonne santé subjective	136 (56,0%)	135 (63,8%)	0,1381	0,89 (0,55-1,40)	0,5790
Maladies chroniques†	167 (67,6%)	161 (73,2%)	0,1888	1,33 (0,81-2,20)	0,2609
Dépendance aux IADL	124 (51,5%)	84 (38,9%)	0,0071	1,61 (0,98-2,63)	0,0608
Dépendance aux ADL	48 (19,8%)	17 (7,9%)	0,0002	0,70 (0,36-1,35)	0,2886
Symptômes dépressifs‡	79 (33,3%)	42 (19,7%)	0,0011	0,54 (0,31-0,93)	0,0274
Haut niveau d'anxiété§	74 (31,2%)	46 (22,6%)	0,0413	0,86 (0,50-1,48)	0,5908
Score moyen d'anxiété (ET)	19,7 (7,5)	17,6 (5,7)	0,0012	-1,51 (0,85)	0,0757

OR = Odds ratio et son intervalle de confiance à 95%

† Au moins une pathologie parmi les pathologies suivantes : diabète, hypertension, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, cancer, maladie respiratoire chronique ou autres

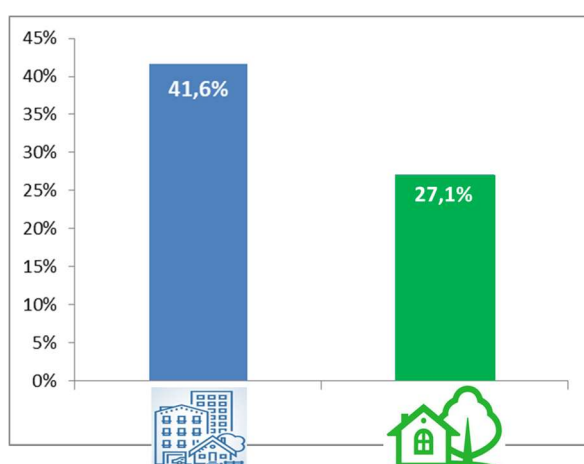
‡ Au moins un symptôme dépressif (senti déprimé, triste et solitude)

§ A STAI score (version courte de l'échelle avec pour seuil ≥ 23)

Vécu négatif de la pandémie pendant le confinement

Le vécu négatif (défini par la présence d'au moins 2 des 4 critères directement en lien avec la première période de confinement (symptômes dépressifs, anxiété, difficultés ou inquiétudes, soutien insuffisant) était significativement plus fréquemment observé en ville qu'en milieu rural (41,6% contre seulement 27,1% en milieu rural (**Figure 3**). Cette différence restait significative même en tenant compte de l'âge, du sexe, du fait de vivre seul et de la présence de maladies chroniques : les personnes âgées vivant en milieu rural avaient un risque environ deux fois plus faible de présenter un vécu négatif du premier confinement que les urbains (OR = 0,55, IC à 95 % 0,33– 0,92, $p=0,0223$).

Figure 3. Comparaison de la fréquence et du risque de vécu négatif du confinement selon le milieu de vie



Risque réduit de moitié d'un vécu négatif en milieu rural par rapport au milieu urbain
OR = 0,55 [0,33–0,92], $p=0,0223$
 Modèle ajusté sur âge, sexe, vivre seul et maladies chroniques (au moins 1)

Living in rural area: A protective factor for a negative experience of the lockdown and the COVID-19 crisis in the oldest old population?

Karine Pérès  | Camille Ouvrard | Michèle Koleck | Nicole Rasclé | Jean-François Dartigues | Valérie Bergua  | Hélène Amieva

INSERM, U 1219 Bordeaux Population Health,
University of Bordeaux, Bordeaux, France

Correspondence

Karine Pérès, INSERM, U 1219 Bordeaux
Population Health, University of Bordeaux,
146 Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux,
France.
Email: karine.peres@u-bordeaux.fr

Funding information

Fondation de France; Agence Nationale de la
Recherche [ANR-20-COVI-0010-01]

Abstract

Objectives: Some factors influence the experience of the COVID-19 pandemic (health, loneliness, digital access...), but what about the living area? The objective was to compare between rural and urban areas, the psychological and social experiences of the older individuals with regard to the COVID-19 crisis during the first French lockdown.

Methods: The sample included participants of three existing population-based cohorts on aging. Telephone interviews conducted by psychologists focused on the lockdown period. Data collected included living environment, professional assistance, social support, contacts with relatives, difficulties encountered, health, and

5.2. Analyse de la situation après 18 mois de crise sanitaire

Après 18 mois de crise sanitaire, 607 personnes ont accepté de participer au suivi téléphonique (295 en milieu urbain et 312 en milieu rural). Comme dans les travaux précédents, l'échantillon urbain était plus âgé en moyenne (92,5 ans contre 86,4 ans en milieu rural), plus souvent de sexe féminin (69,2% vs 46,5% respectivement).

5.2.1. Etude des représentations de la situation à 18 mois du début de la crise

Cette analyse a été basée sur la question suivante : « Lorsque vous pensez à la situation actuelle, quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit ? ».

La **Figure 4** propose le nuage de mots obtenu après un travail de re-catégorisation du premier mot rapporté. Comme attendu, la grande majorité des mots faisait référence à une représentation négative de la situation : « Catastrophe », « Inquiétude », « Enfermement », « Epidémie » et « Lassitude ». A noter également la présence non négligeable de mots positifs, tels que « Tranquillité », « Adaptation », « Privilégié », « Santé » (pour bonne santé) et « Solidarité ».

Figure 4. Nuage de mots obtenu après re-catégorisation du premier mot évoqué en référence à la situation actuelle lors de la visite à 18 mois du suivi PACOVID

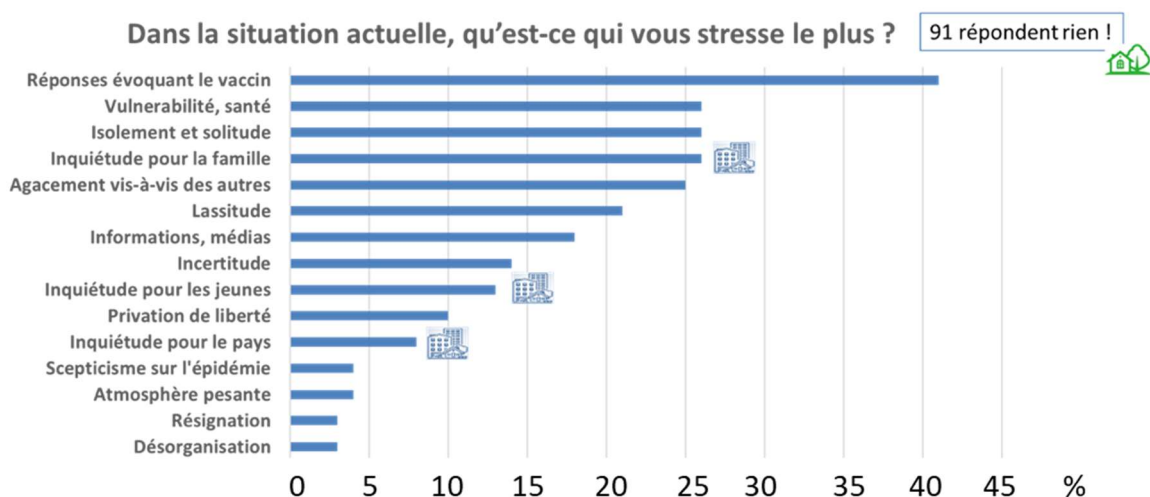


Les **Figures 5 A – B et C** présentent les différences de représentations selon l'âge, le sexe et le milieu de vie respectivement. Les plus âgés (90+) ont tendance à rapporter plus souvent souffrir d'isolement, alors que les plus jeunes (<90 ans tout de même !) rapportent plus fréquemment des mots relatifs à l'incertitude de la situation, à sa sévérité, et souffrent plus souvent d'enfermement et de tristesse. Enfin les différences apparaissent relativement moins marquées selon le milieu de vie. Les ruraux rapportent plus souvent le fait de se sentir privilégiés, mais évoquent aussi plus fréquemment des questions relatives à la propagation du virus. Les urbains en revanche évoquent plus souvent les contraintes ressenties, l'isolement, la dangerosité de la situation, mais également la tranquillité qu'en milieu rural.

5.2.2. Description de la peur et du stress vis-à-vis de la crise sanitaire lors de l'entretien à 18 mois

Près de la moitié des personnes interrogées ne se disaient pas stressées par la crise sanitaire sans différence statistiquement significative entre milieu rural et urbain (43,3% vs. 54,0% respectivement, $p=0.1820$). En revanche, les personnes vivant en milieu rural rapportaient plus fréquemment avoir peur d'attraper le COVID : 27,7% (contre 19,3% en ville, $p=0.0874$). Des analyses par strate d'âge (85-90 vs. 90ans+) ont mis en évidence que cette différence n'était observé que chez les « plus jeunes », les ruraux avaient davantage peur d'attraper le COVID (probabilité plus de deux fois supérieure aux urbains, $OR=2,24$, $IC=0,90-5,61$). Une analyse qualitative des raisons de leur stress a été réalisée, mettant en évidence une place particulièrement importante prise par le **vaccin (Figure 6)**. Viennent ensuite, la vulnérabilité et la santé, l'isolement et la solitude, l'inquiétude pour les proches, un certain agacement vis-à-vis des autres et la lassitude de la situation. Ces travaux ne mettent **pas en évidence de différences majeures entre milieux de vie** (légèrement davantage de personnes inquiètes en milieu urbain qu'en milieu rural : pour leur famille et pour l'avenir de notre pays et l'avenir des jeunes). A noter que 91 personnes répondent « Rien ne les stresse » dans la situation actuelle, avec une proportion légèrement supérieure en milieu rural.

Figure 6. Raisons du stress ressenti dans la situation actuelle : différences selon le milieu de vie (visite à 18 mois)



5.2.3. Contamination et vaccination selon le milieu de vie

Lors de l'entretien téléphonique à 18 mois, très peu de personnes déclaraient avoir été contaminées (environ 7,5%), en revanche la contamination d'un proche était plus élevée, avec un tiers des participants l'évoquant tandis que moins de 8% déclaraient avoir perdu un proche depuis le début de l'épidémie ; sans différence pour ces trois paramètres entre milieux de vie. Concernant le vaccin, nous constatons un **taux de vaccination très élevé** dans les deux groupes, mais significativement **plus important encore chez les urbains** (95,0% vs. 90,1% en milieu rural, $p=0,0588$).

5.2.4. Facteurs psychologiques et COVID-19 selon le milieu de vie

Cet entretien a également permis d'évaluer les symptômes dépressifs (tristesse, sentiment de déprime et de solitude), l'anxiété ainsi que l'éventuelle stigmatisation ressentie notamment vis-à-vis des plus jeunes. Pour cette dernière dimension, la psychologue a interrogé le participant à l'aide des trois questions suivantes :

- Dans cette lutte contre la pandémie, beaucoup de mesures ont été prises pour protéger les personnes âgées. Que pensez-vous de ces mesures ?
- Il a été dit dans les médias que « les jeunes étaient sacrifiés pour sauver les personnes âgées ». Lorsque vous avez lu/entendu cela, avez-vous ressenti de la culpabilité ?
- Il a été dit dans les médias que « les jeunes étaient sacrifiés pour sauver les personnes âgées ». Lorsque vous avez lu/entendu cela, avez-vous ressenti de la colère ?

Sans tenir compte de l'âge, nous ne constatons pas de différences entre les deux groupes sur ces paramètres psychologiques (petite tendance proche de la significativité à davantage d'accord avec les mesures sanitaires prises par le gouvernement en milieu rural, 93,1% vs. 87,6%, $p=0,1123$).

En revanche, les analyses tenant compte de l'âge mettent en évidence des différences significatives chez les plus âgés uniquement ; les **très âgés vivant en milieu rural** présentant près de quatre fois plus souvent que les très âgés urbains les symptômes de **tristesse** (OR=3,77, $p=0,0662$) et de **solitude** (OR=3,69, $p=0,0401$).

Tableau 8. Différences entre milieux de vie selon différences facteurs psychologiques

	Urbain		Rural		
	n	%	n	%	
Au - 1 symptôme dépressif	30	22.90	16	25.81	0.6582
Les symptômes dépressifs					
Tristesse	14	10.69	8	12.90	0.6510
Déprime	8	6.11	5	8.06	0.6124
Solitude	24	18.32	13	20.97	0.6627
Anxiété (n=281)	17	13.49	26	16.77	0.4472
Stigmatisation					
D'accord avec les mesures	113	87.60	148	93.08	0.1123
Ressenti de la culpabilité	5	4.07	6	3.97	0.9694
Ressenti de la colère	33	27.27	41	27.15	0.9823

5.2.5. Description des sorties et contacts sociaux après 18 mois de crise sanitaire

Le **Tableau 9** décrit les différences urbain/rural relatives aux sorties pour les courses, les activités de loisir, ainsi que les visites de et à la famille. Les personnes vivant en milieu rural rapportent davantage de contacts avec leur famille (46,8% ont rendu visite à leur famille durant la dernière semaine vs. 27,1% en ville, avec 3,63 visites reçues en moyenne contre 2,52 en milieu urbain). Cependant, en tenant compte de l'âge, chez **les plus âgés**, les ruraux rapportaient moins de sorties pour les courses et la pratique d'activités (près de deux fois moins) et plus de visite rendues aux proches (+87%). Chez **les plus jeunes**, pas de différences observées selon le milieu de vie, hormis pour les courses toujours moins fréquemment réalisées en milieu rural qu'en ville (-60% par rapport aux urbains).

Tableau 9. Fréquence et type de sorties rapportées par les participants après 18 mois de crise sanitaire : différences selon le milieu de vie

	Urbain		Rural		p
	n	%	n	%	
Courses 1^{er} nécessité	94	56,6	137	63,1	0.1971
Nombre moyen de sorties (ET)	0.65 (1,45)		0.45 (1,08)		0.1412
Autres courses	46	27,9	57	26,6	0.7874
Nombre moyen de sorties (ET)	0.66 (0,44)		0.48 (0,32)		0.1973
Activités	63	38,2	87	40,5	0.6517
Nombre moyen de sorties (ET)	1.16 (2,08)		1.17 (2,14)		0.9712
Rendre visite à la famille	45	27,1	101	46,8	<.0001
Nombre moyen de sorties (ET)	0.46 (1,01)		0.82 (1,35)		0.0029
Recevoir des visites de la famille	129	78,2	177	81,6	0.4117
Nombre moyen de visites (ET)	2.52 (2,12)		3.63 (2,86)		0.0117

5.3. Etude de l'impact de la crise sur la santé

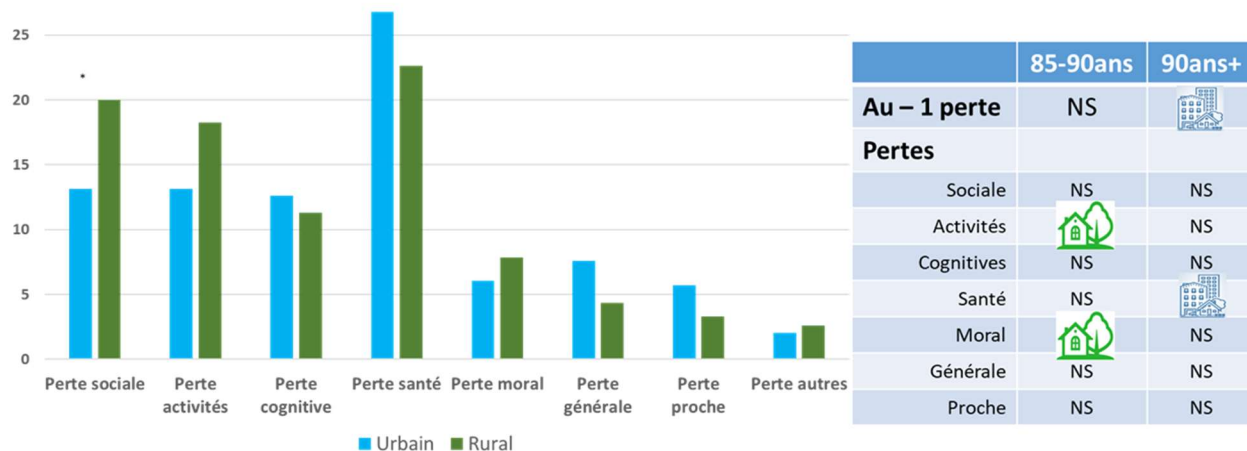
Le protocole initial prévoyait une analyse de l'impact à long terme de la crise (à 3 ans) sur la santé et la mortalité à partir des données collectées lors du suivi financé grâce au soutien financier de la MSA. Malheureusement, la collecte de ces données a pris du retard (notamment dû au très grand âge des participants qui a nécessité un temps d'entretien plus long que prévu et donc un plus grand échelonnement des visites dans le temps, sans compter la grande disparité géographique des participants en milieu rural rallongeant les temps de trajet des psychologues). Avec 587 personnes contactées, 280 personnes ont pu être interrogées. La collecte de ces données est aujourd'hui terminée, mais ne sont malheureusement pas encore disponibles pour analyses (saisie, contrôle, et nettoyage en cours). Cette partie portera donc sur l'impact sur la santé après 18 mois de crise sanitaire et sur la mortalité à 3 ans.

5.3.1. Description des pertes perçues par les participants après 18 mois de crise sanitaire

Ces pertes ont été évaluées à l'aide de la question suivante : « Depuis le début de la pandémie, diriez-vous que vous avez perdu des capacités ou des aspects importants de votre vie ? Avez-vous perdu beaucoup de choses durant cette pandémie ? »

Les réponses libres ont été cotées selon les catégories suivantes : pertes sociales, d'activités, cognitives, de santé, de moral, perte générale, perte d'un proche et autres pertes. La **Figure 7** présente la distribution des différents types de perte, avec en bleu le milieu urbain et en vert le milieu rural. **La moitié des participants rapportaient avoir subi au moins une de ces pertes** en lien avec le contexte pandémique et/ou avec l'infection (sans différence selon le milieu de vie : 49,6% en milieu rural et 53,0% en milieu urbain, $p=0,5542$). En tenant compte de l'âge (partie droite de la **Figure 7**), les plus « **jeunes** » **ruraux** rapportaient davantage de pertes **d'activités** et de **moral**, alors que chez les plus **âgés**, ce sont les **urbains** qui ont davantage perdu au **global** (pour au moins une perte) et en terme de **santé**. Pour ces quatre résultats significatifs, le sur-risque estimé était de l'ordre de deux ($OR \approx 2,0$).

Figure 7. Pertes perçues rapportées par les participants : différences selon le milieu de vie (visite à 18 mois)



5.3.2. Dépendance et COVID-19 selon le milieu de vie

L'analyse du déclin fonctionnel selon le milieu de vie n'a pas pu être réalisée comme initialement envisagée. Nous souhaitons en effet modéliser des trajectoires fonctionnelles (en comparant celle des personnes vivant en milieu rural et celle des personnes en ville), avec l'analyse d'une éventuelle cassure de trajectoire lors de la pandémie (témoignant d'une accélération du déclin). Seulement pour ce faire nous avons besoin des données à plus long terme (à 3 ans) qui ne sont malheureusement pas encore exploitables.

*Nos analyses se sont donc concentrées sur l'étude de l'évolution de la dépendance aux activités domestiques IADL (courses, transports, repas...) et aux activités de base ADL (faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter...) entre le suivi précédent des cohortes et le suivi à 18 mois, avec un point intermédiaire au moment du confinement strict (suivis 0, 1 et 3 respectivement sur la **Figure 8***

Figure 8).

Avec le soutien de l'équipe Biostatistique du centre de recherche BPH, notamment Cécile Proust-Lima, directrice de recherche Inserm et spécialiste de la modélisation de trajectoires, nous avons réalisé une analyse de l'impact fonctionnel du confinement et plus largement des 18 mois de crise sanitaire sur la santé fonctionnelle des participants âgés. Ces travaux confirment que comparativement aux trajectoires hors contexte COVID, les personnes suivies se sont significativement plus dégradées sur le plan fonctionnel. Nous montrons également que cette accélération du déclin ne se limite pas à la période de confinement strict, mais se poursuit 18 mois après le début de la crise. Nos travaux montrent également que les plus âgés sont les plus touchés par ces dégradations. De manière plus surprenante, nous mettons en évidence que les personnes qui souffraient de solitude avant la crise auraient un risque moindre de dégradation que les autres. Cet article est actuellement soumis pour publication.

Pour ce qui est des analyses par milieu de vie (urbain/rural), deux analyses du déclin ont été menées estimant :

- Le risque d'aggravation du score de dépendance (IADL, ADL et global combinant les deux échelles IADL+ADL) selon le milieu de vie
- Le risque d'entrée en dépendance aux IADL et aux ADL pour les personnes initialement non dépendantes

Figure 8. Schématisation des différentes visites exploitées dans l'analyse du déclin fonctionnel au cours de la période pandémique (visites 0, 1 et 3)



Selon cette analyse, les personnes vivant en milieu rural sont significativement plus à risque de décliner sur le plan fonctionnel, que ce soit en terme d'aggravation de l'état (gain de point au score de dépendance ou de survenue d'une dépendance parmi les participants non dépendants avant la pandémie) (Cf. **Tableau 11**). Par exemple pour ce qui est de la dépendance aux activités domestiques IADL (transports, courses, repas, gestion des médicaments...) les ruraux présentent un sur-risque de 56% de s'aggraver au score et un sur-risque de 74% d'entrée en dépendance aux IADL, et ce à niveau égal de dépendance initiale. Des résultats comparables sont également observés pour les activités de base ADL.

Tableau 10. Risque de dégradation fonctionnelle (selon l'aggravation du score ≥ 1 point ou l'entrée en dépendance) aux IADL et aux ADL entre la visite précédant la pandémie, celle menée en plein confinement et celle menée après 18 mois de crise sanitaire.

	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p
IADL						
Gain d'au -1 point (343 sujets se sont dégradés sur les 573 étudiés)						
Rural	1,49	(1,15-1,95)	0.0030	1,56	(1,18 -2,06)	0.0017
Sexe féminin	1,07	(0,85-1,34)	0.5531	1,08	(0,86-1,36)	0.5107
Score IADL initial	*	*	*	0,98	(0,95-1,02)	0.2733
Entrée en dépendance* (152 sujets entrés en dépendance sur les 353 initialement non dépendants)						
Rural	1,85	(1,19-2,86)	0.0059	1,74	(1,11-2,72)	0.0153
Sexe féminin	1,02	(0,74-1,42)	0.8959	0,94	(0,67-1,31)	0.7015
Score IADL initial	*	*	*	1,66	(1,26-2,18)	0.0003
ADL						
Gain d'au -1 point (224 sujets se sont dégradés sur les 633 étudiés)						
Rural	1,45	(1,06-1,99)	0.0202	1,38	(1,00-1,90)	0.0500
Sexe féminin	0,98	(0,74-1,31)	0.9043	0,96	(0,72-1,29)	0.7990
Score ADL initial	*	*	*	1,07	(1,00-1,15)	0.0468
Entrée en dépendance* (120 sujets entrés en dépendance sur les 562 initialement non dépendants)						
Rural	1,46	(0,93-2,27)	0.0992	1,50	(0,95-2,36)	0.0834
Sexe féminin	1,15	(0,78-1,70)	0.4948	1,15	(0,77-1,72)	0.4841
Score ADL initial	*	*	*	2,22	(1,64-3,01)	<.0001
DEP						
Gain d'au -1 point (357 sujets se sont dégradés sur les 565 étudiés)						
Rural	1,47	(1,13-1,90)	0.0037	1,47	(1,12-1,93)	0.0052
Sexe féminin	1,03	(0,83-1,29)	0.7702	1,03	(0,82-1,28)	0.8207
Score DEP initial	*	*	*	1,00	(0,97-1,03)	0.9029

* Analyses réalisées sur les personnes initialement non dépendantes à la visite de suivi précédant la crise sanitaire

Cependant ces résultats sont à interpréter avec précaution car la méthodologie utilisée ne permet pas de prendre en compte tous les paramètres nécessaires à l'analyse de trajectoire, ni les risques compétitifs de décès ou d'entrée en institution. Ces nouveaux travaux seront fournis ultérieurement.

5.3.3. Cognition et COVID-19 selon le milieu de vie

Un premier travail réalisé sur PACOVID et publié dans la revue *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* en 2022 (*Longitudinal Study of Cognitive Decline before and after the COVID-19 Pandemic: Evidence from the PA-COVID Survey. Amieva H et al.;51(1):56-62*) s'est intéressé à la trajectoire de déclin cognitif en lien avec le confinement. En analysant les données collectées antérieurement à la crise (jusqu'à 15 ans avant) et celles initialement recueillies dans PACOVID (selon le test du TICS permettant d'évaluer les performances cognitives par téléphone), ce travail a été le premier à mettre en évidence une accélération du déclin cognitif en lien avec le confinement. Un travail complémentaire est actuellement en cours afin de déterminer si l'accélération du déclin persiste ou non après 18 mois de crise sanitaire (une fois encore, nous nous sommes confrontées à la problématique de l'absence de données à 3 ans, ne nous permettant pas encore d'analyser les différences d'impact entre milieux de vie (urbain/rural).

RESEARCH ARTICLES | FEBRUARY 16 2022

Longitudinal Study of Cognitive Decline before and after the COVID-19 Pandemic: Evidence from the PA-COVID Survey

Topic Article Package: [Topic Article Package: Coronavirus \(COVID-19\)](#)

Subject Area: [Geriatrics and Gerontology](#), [Neurology and Neuroscience](#), [Psychiatry and Psychology](#)

[Helene Amieva](#); [Noelia Retuerto](#); [Virgilio Hernandez-Ruiz](#) ^{ORCID}; [Céline Meillon](#); [Jean-François Dartigues](#); [Karine Pérès](#) ^{ORCID}

Dement Geriatr Cogn Disord (2022) 51 (1): 56–62.

5.3.4. Mortalité et COVID-19 selon le milieu de vie

Parmi les 629 participants suivis dans le cadre de l'étude PACOVID entre avril 2020 et janvier 2022, 132 personnes sont décédées, soit un taux de mortalité de 21% en l'espace de 1,31 ans (écart-type (ET)=0,35 ans). Cette mortalité élevée s'explique en partie par l'âge très élevé des personnes suivies dans cette étude (âge moyen=88,2 ans (ET=5,4 ans)). La cohorte 3C étant plus âgée que celle d'AMI, il a été décidé de mener l'étude sur la mortalité sur les 465 participants âgés de 85 ans et plus (parmi lesquelles 121 sont décédés au cours de ce suivi) ; pour rendre les échantillons urbain / rural les plus comparables possibles sur l'âge. La méthode de survie appliquée (modèles de Cox à entrée retardée) permet également de tenir compte des différences d'âge entre échantillons. Enfin, les hommes et les femmes présentant des taux de mortalité très différents, ces analyses ont également été réalisées séparément chez les hommes et les femmes.

Nos analyses confirment que les femmes présentent un risque de décès significativement moindre (réduit de 37%) par rapport aux hommes, $p=0,0200$ (Cf. **Tableau 12**).

Les analyses réalisées séparément chez les hommes et chez les femmes font apparaître des différences selon le milieu de vie. Alors que chez les hommes, nous ne constatons aucune différence de mortalité depuis le début de la crise sanitaire selon le milieu de vie ($p=0,7077$), les femmes vivant en milieu rural présentent un risque réduit de 62% de décéder par rapport aux femmes urbaines ; ce risque étant très proche de la significativité au seuil de 5% (risque=0,38, IC95%=(0,13-1,08), $p=0,0695$). Nous confirmons également le caractère prédictif de la dépendance chez les hommes comme chez les femmes (risque multiplié par 4 de

décès chez les dépendants initialement). Nous observons également que le faible niveau d'études est prédicteur de mortalité, mais uniquement chez les femmes (les femmes de bas niveau d'études ayant deux fois plus de risque de décéder au cours de la pandémie que les femmes de plus haut niveau, HR=1,92, IC95%=(0,94-3,93), p=0,0740).

Tableau 11. Comparaison du risque de décès à 1 an au cours de la crise COVID entre le milieu rural et urbain

	HR	CI	p
Echantillon des sujets de 85ans + (N=465)		<i>(121 évènements)</i>	
Rural vs. Urbain	0,84	(0,54-1,29)	0,4129
Sexe féminin	0,63	(0,43-0,93)	0,0200
Hommes (N=176)		<i>(52 évènements)</i>	
Rural vs. Urbain	1,24	(0,40-3,90)	0,7077
Bas niveau d'études	0,67	(0,22-2,05)	0,4869
Dépendance (IADL)	4,51	(1,80-11,26)	0,0013
Femmes (N=289)		<i>(69 évènements)</i>	
Rural vs. Urbain	0,38	(0,13-1,08)	0,0695
Bas niveau d'études	1,92	(0,94-3,93)	0,0740
Dépendance (IADL)	3,45	(1,28-9,25)	0,0141

NB : ces analyses ont été réalisées sur des échantillons de faible taille, notamment chez les hommes, ce qui a pu induire un manque de puissance statistique et ne nous a pas permis d'ajuster sur un nombre important de facteurs, ici seuls l'âge, le sexe, le niveau d'étude et la dépendance aux IADL au début du COVID).

6. Synthèse des principaux résultats et discussion

Méthodologiquement solide, avec ses nombreux suivis antérieurs à la crise et différentes vagues de recueil lors des principales phases de la période épidémique (confinement, déconfinement, et situation après 18 mois), cette étude représente, à notre connaissance, les tous premiers travaux permettant d'étudier, chez des personnes âgées, voire très âgées, le vécu et l'impact à court, moyen et long-terme de l'épidémie de COVID-19, et ce, en explorant spécifiquement les différences et inégalités entre territoires urbains et ruraux. Le soutien financier de la MSA a permis de collecter des données à distance de la « déflagration » qu'a représenté cette pandémie, c'est-à-dire à plus de trois ans du début de la crise sanitaire. L'approche psycho-épidémiologique développée dans ce projet a permis d'une part de quantifier le ou les impacts potentiels du contexte pandémique, mais également de proposer une démarche plus qualitative permettant de questionner le vécu et l'expérience qu'en ont fait les personnes âgées, et ce, selon une approche comparative systématique entre milieux de vie rural et urbain.

Ce travail distingue trois grandes parties :

- Les différences de vécu du confinement strict
- Le vécu de la pandémie après 18 mois de crise sanitaire
- L'impact de la pandémie sur la santé et la mortalité

➔ Le vécu du confinement strict : des différences entre milieu rural et urbain ?

Résultats clés

- Un meilleur soutien de la part de la famille en milieu rural (quitte à ne pas respecter les consignes sanitaires !), mais pas de différences sur la prise en charge professionnelle (aides et soins professionnels).
- Un moindre accès au numérique en milieu rural (malgré un échantillon de ruraux bien plus jeunes)
- Pas de différence sur la proportion de personnes ayant rencontré des difficultés/inquiétudes (2/3 des personnes) mais sur le type de difficultés : milieu urbain (approvisionnement, un sentiment d'enfermement) / milieu rural (davantage d'inquiétudes pour leur entourage du fait de la situation et plus de difficultés en lien avec l'arrêt des loisirs)
- Des stratégies d'adaptation pour faire face au confinement différentes selon le milieu de vie : distraction en milieu rural vs respect des gestes barrières et routine quotidiennes
- Pas de différences significatives observées sur les critères de santé sauf sur la santé mentale (meilleure en rural qu'urbain sur les symptômes dépressifs et anxiété)
- En milieu rural avaient un risque environ deux fois plus faible de présenter un vécu négatif du premier confinement que les urbains

Cette étude est la première à montrer qu'à un âge très avancé, vivre en milieu rural avait réduit l'impact psychologique et social du confinement et de la pandémie par rapport au milieu urbain. Les conditions de vie, avec un accès à la nature, une moindre perturbation des routines quotidiennes, des activités de la vie quotidienne moins impactées par le confinement qu'en ville (cinéma, restaurant, musée...), une plus grande présence familiale et un soutien social plus fort pourraient avoir contribué à ces résultats. Cependant, ces travaux ne concernent que la première période de confinement strict. Les mois de mesures restrictives ont été prolongées avec des conséquences potentielles sur le plan sanitaire, économique et sociale qui peuvent également différer entre milieux de vie.

Certaines études ont suggéré que les personnes âgées vivant en milieu rural auraient été plus à risque durant cette période de pandémie en raison des inégalités préexistantes entre milieu rural et urbain en matière d'accès aux soins, aux services, et aux aides, en raison de ressources financières plus faibles et un d'un accès réduit aux outils numériques.^{25 26} Pourtant, d'autres travaux, en particulier celles menées dans des pays à revenu élevé, ont suggéré qu'au contraire, vivre en milieu rural pouvait être un facteur protecteur au moins pendant la première phase de la pandémie (selon une étude britannique menée en soins primaires⁴³ ou encore une étude menée sur des sources de données médico-administratives de 34 pays de l'OCDE²⁵). En ce qui concerne les différences entre milieu de vie concernant le vécu psychologique et social du confinement, la littérature est assez pauvre, en particulier chez les personnes les plus âgées. Dans le monde, la mise à l'isolement a été l'une des principales stratégies pour contenir la propagation du virus afin d'éviter l'effondrement des systèmes de santé. Cependant, il est maintenant bien établi que l'isolement social et la solitude pouvait générer également d'autres impacts.^{4 43 44} Une étude menée lors du premier confinement strict auprès de 38 217 adultes vivant au Royaume-Uni a montré que vivre en milieu rural protégeait contre des niveaux de solitude plus élevés par rapport au milieu urbain (réduction de 25% du risque, OR=0,76, p<0,001).³⁴ Dans notre étude, nous avons montré que les personnes âgées vivant en milieu rural déclaraient davantage avoir bénéficié d'un soutien social pendant la période de confinement (OR = 3,09, IC à 95 % 1,11–8,59). Ils avaient reçu en moyenne trois fois plus de visites de leur famille à leur domicile qu'en ville (en moyenne 3,3 par semaine, contre 1,0 parmi les citadins, p<0,0001). En revanche, la probabilité d'utiliser un outil numérique pour communiquer avec leurs proches était significativement plus faible dans la population rurale âgée (réduction de 62%, OR=0,38). Enfin, nos résultats ont souligné le fait que les personnes âgées vivant en milieu rural étaient moins susceptibles d'appliquer les recommandations de distanciation physique avec leur famille malgré des recommandations strictes en ce sens. Ils comptaient également moins souvent sur la stricte application des mesures de sécurité pour se rassurer et faire face à la situation. D'autres études ont suggéré que les personnes vivant en milieu rural appliquaient moins les mesures barrières, telles que la distanciation sociale, le port de masque, le lavage des mains et avaient une moindre connaissance de la maladie.⁴⁵

Une autre différence importante entre ces deux groupes était les **conditions de vie pour faire face** au premier confinement strict. Alors que seulement la moitié des citadins disposaient d'un jardin, cela concernait la quasi-totalité des participants ruraux, qui bénéficiaient également d'un accès facilité à la **nature**. Malgré un contexte de confinement strict, les personnes ont déclaré continuer leurs activités extérieures (jardinage, marche...), évidemment plus limitées pour les personnes vivant en milieu urbain. De plus, ils ont moins souffert du sentiment d'enfermement durant cette période (risque réduit de 40% par rapport aux urbains). Selon une autre étude (qualitative), le fait de se retrouver à l'extérieur n'était soudainement plus seulement agréable, mais pouvait potentiellement sauver des vies ; les espaces extérieurs étaient alors devenus des « espaces de coping[†] » pour faire face à la situation.³² Une autre étude a montré que le contact avec la nature avait atténué l'effet négatif du confinement sur la santé mentale. Les personnes ont alors perçu que la nature les aidait à mieux faire face au confinement et que l'accès aux espaces extérieurs et à la nature était associé à des émotions plus positives.³¹

Concernant la **santé mentale**, la littérature sur le COVID-19 a rapporté que les personnes âgées avaient traversé cet épisode globalement moins négativement que les plus jeunes, présentant des taux d'anxiété, de dépression et de stress plus faibles que les plus jeunes.⁴⁶⁻⁴⁸ Mais rares ont été les études ayant comparé la situation par milieu de vie. Une étude a rapporté que l'anxiété généralisée diminuait avec l'âge, mais que la peur liée au COVID-19 était plus prononcée chez les participants plus âgés (objectivement plus à risque de formes graves) et que l'anxiété généralisée était plus répandue en milieu rural, tandis que la peur liée au COVID-19 était plus élevée dans les grandes villes.⁴⁹ Nos résultats ont montré que les personnes âgées

[†] Coping : Ensemble des pensées et des actes développés par une personne pour résoudre les problèmes auxquels il est confronté et ainsi de réduire le stress qu'ils engendrent.

vivant en milieu rural avaient un risque plus faible de présenter des symptômes dépressifs, un score moyen d'anxiété plus faible, mais pas de différence en termes de symptomatologie d'anxiété élevée.

→ Le vécu de la pandémie après 18 mois de crise sanitaire : des différences entre milieu rural et urbain ?

Résultats clés

- Adhésion massive des âgés aux mesures gouvernementales de protection (90%), relative colère (27%) vis-à-vis de la stigmatisation des vieux au détriment des jeunes, et faible niveau de culpabilité par rapport à la jeunesse ; et ce sans aucune différence entre milieux de vie
- Un taux de vaccination très élevé (90%), avec des niveaux encore plus élevés en ville
- Après 18 mois de crise sanitaire, les représentations de la situation étaient logiquement plutôt négatives, mais des termes positifs étaient également rapportés (notamment la tranquillité). Des différences de représentations intéressantes observées selon l'âge, le sexe et le niveau de vie
- Les ruraux étaient plus nombreux à se dire non stressés dans leur vie actuelle. Le vaccin arrivait très nettement en 1^{ère} position parmi les facteurs de stress.
- Un quart des personnes présentaient des symptômes dépressifs, sans différences entre urbains et ruraux ; la solitude était le symptôme le plus fréquent (20%)
- Comme lors du confinement strict, des interactions familiales plus importantes en milieu rural qu'en ville.

Les personnes âgées de cette étude ont massivement adhéré aux **mesures de protection gouvernementales** (confinement, couvre-feu, distanciation physique...), et se sont très majoritairement fait vacciner (90%, avec des taux de vaccination légèrement supérieurs en ville). Ces chiffres sont donc rassurants sur le fait que les campagnes de vaccination ont été d'une efficacité relativement comparable entre milieux de vie. Les données collectées à 3 ans (bientôt disponibles pour analyses) permettront d'affiner ces statistiques permettant d'analyser le nombre de doses reçues (schéma vaccinal complet ou non) et les raisons justifiant d'une non-vaccination le cas échéant (impossible de prendre un RDV, refus de la personne, de sa famille, déconseillé par le médecin traitant...). Les questions permettant d'identifier que le sentiment de stigmatisation par rapport aux plus jeunes (« sacrifice des plus jeunes pour protéger les plus vieux »), était fréquent avec plus d'une personne sur quatre évoquant de la colère par rapport aux messages relayés dans les médias (27% de personnes en colère sans aucune différence entre ruraux et urbains). Le sentiment de culpabilité vis-à-vis des plus jeunes était exceptionnel avec seulement 4% des personnes interrogées.

Une partie importante de ce travail sur le vécu a porté sur l'analyse des **représentations** des personnes vis-à-vis de cette situation pandémique. Comme attendu, les représentations étaient logiquement plutôt négatives, même si certains évoquaient des mots positifs, tels que tranquillité, adaptation, privilégié. Cependant, les personnes ont majoritairement exprimé une vision assez catastrophique de la situation, de l'inquiétude, mais également de la lassitude après ces 18 mois de crise sanitaire. Des différences selon le milieu de vie ont été rapportées (les ruraux se sentant davantage privilégiés par leur cadre de vie), mais ces différences étaient moindres que celles observées selon la catégorie d'âge ou entre hommes et femmes. Les plus âgés ont davantage souffert d'isolement et de solitude, tandis que les plus jeunes évoquaient plutôt de l'inquiétude, de la tristesse et un sentiment d'enfermement.

Nous nous sommes également intéressés au **stress** généré par cette situation hors du commun. Les ruraux rapportaient plus fréquemment ne pas se sentir stressés par la situation actuelle. Parmi les facteurs générateurs de stress, la problématique du vaccin est ressortie en première position, largement devant la

vulnérabilité et la solitude. Même si les personnes âgées se sont massivement fait vacciner, ce n'est pas sans inquiétude, ou au moins sans questionnement par rapport aux conséquences de cette démarche. Enfin, pour compléter notre approche du vécu de la crise, nous nous sommes intéressés à trois symptômes dépressifs que sont la tristesse, le sentiment d'être déprimé et la solitude. Au total, une personne sur quatre présentait au moins un de ces symptômes, le premier étant, loin devant les autres, la **solitude**. Comme souligné dans le baromètre des Petits Frères des Pauvres de 2021,⁵⁰ la solitude des personnes âgées a encore progressé durant la crise, atteignant des niveaux préoccupants. Selon cette étude, le nombre de personnes âgées isolées des cercles familiaux et amicaux a progressé de 122%, passant de 900 000 à 2 millions entre 2017 et 2021, tandis que le nombre de personnes en situation de mort sociale est passé de 300 000 à 560 000 personnes au cours de la même période. Contrairement à ce que certains travaux ont pu montrer, durant cette crise la prévalence de la solitude n'était pas plus faible en milieu rural qu'en ville.

Enfin, comme lors du confinement strict, nous avons pu observer des **interactions familiales** (visites reçues, et visites rendues) plus importantes en milieu rural, que ce soit, en nombre ou en fréquence, ce qui pourrait sembler contredire le résultat précédent sur la solitude. Cependant, ces résultats montrent que la fréquence du sentiment de solitude durant la crise n'était pas différente entre milieux de vie, en revanche, que ceux qui ont été entourés, bénéficiaient d'un soutien et d'un support social probablement plus important en milieu rural qu'en milieu urbain.

→ L'impact de la pandémie sur la santé et la mortalité : des différences entre milieu rural et urbain ?

Résultats clés

- En milieu rural comme urbain, 50% rapportaient avoir subi des pertes en 18 mois de pandémie (santé, qualité de vie, moral...); chez les plus « jeunes », les ruraux rapportaient davantage une perte de moral, tandis que chez les plus âgés, les urbains rapportaient plus souvent une perte, notamment de santé
- Nos travaux globaux ont mis en évidence que les personnes âgées avaient présenté une accélération du déclin cognitif et fonctionnel en raison de la pandémie. Concernant le déclin fonctionnel, les ruraux ont davantage perdu de leur autonomie que les personnes vivant en ville (*résultats qui restent à confirmer dans les travaux ultérieurs* sur les données à 3 ans)
- Concernant la mortalité à 18 mois, les femmes vivant en milieu rural auraient eu un risque moindre de décéder qu'en ville (près de 60%), alors qu'aucune différence n'est observée chez les hommes.

A notre connaissance, il n'existe **pas d'étude** s'intéressant aux conséquences de la crise sanitaire chez les personnes très âgées sous l'angle d'éventuelles différences et inégalités selon le milieu de vie urbain / rural. De plus, pour des raisons évidentes de praticité et de coût, la **très grande majorité des travaux** ont été menés à partir d'enquêtes réalisées en ligne. Or, lorsque l'on s'intéresse au public âgé, voire très âgé, ce design d'étude entraîne un **biais de sélection majeur** en raison de la fréquence encore élevée de la **fracture numérique chez les personnes âgées**, plus marquée encore en milieu rural qu'en ville.²⁸ Selon l'enquête des Petits Frères des Pauvres de 2017, en France 31% des 60 ans et plus n'ont pas d'accès Internet et cette prévalence grimpe à plus de 70% chez les 85 ans et plus.³³

Au cours des 18 premiers de la crise, la moitié des personnes déclaraient avoir **perdu significativement** sur des indicateurs de santé (physique, cognitive, mentale), de bien-être, mais également sur la participation

sociale (activités de loisir...), et ce, de manière comparable entre milieux de vie. Seulement en détaillant les différentes dimensions explorées, il apparaît que les ruraux (les moins âgés) rapportaient plus souvent une perte de moral, alors que les plus âgés urbains une dégradation de leur santé globale. Nos premiers travaux portant spécifiquement sur le déclin cognitif et fonctionnel (perte d'autonomie) semblent suggérer que la crise a eu un impact sur les trajectoires évolutives (comparativement à la période de référence hors pandémie), avec une accélération des processus, qui semble se maintenir au cours du temps (les analyses à venir sur l'impact après 3 ans permettront de confirmer ce maintien de l'impact dans le temps). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette accélération des déclin. D'une part, l'impact direct des mesures de protection avec la distanciation physique conduisant pour certains à une importante distanciation sociale difficile à vivre, notamment pour ceux n'ayant pas vraiment expérimenté la solitude avant cette épreuve. En effet, certains travaux suggèrent que les personnes souffrant déjà de solitude avant la pandémie ont été moins impactées par la solitude générée par les mesures sanitaires.⁵¹ Elles étaient en effet plus armées pour y faire face, trouvant même du sens à cette solitude subie qui devenait alors protectrice. Parmi les autres facteurs pouvant expliquer cette accélération des trajectoires de vieillissement, on peut également citer la problématique de l'arrêt de toute activité extérieure ou partagée avec d'autres, avec pour conséquence une baisse significative de toutes les formes de stimulations et de sollicitations qu'elles soient physiques, cognitives ou sociales. Aux âges particulièrement élevés tels que ceux étudiés dans ces travaux, le fait de ne plus marcher, de ne plus sortir faire ses courses, de ne plus stimuler son cerveau en raison de l'arrêt des activités en club par exemple et de ne plus interagir directement avec les personnes ont forcément eu un impact significatif. Sans compter les perturbations de certaines prises en charge médicales et paramédicales, de l'aide à domicile... Malheureusement les données à 3 ans n'étant pas disponibles, nos travaux se sont limités à l'étude de l'impact à 18 mois. Nos travaux sur la dépendance semblent suggérer que les personnes en milieu rural auraient davantage décliné que celles vivant en ville ; mais ces résultats doivent être interprétés avec précaution car certains paramètres n'ont pas été pris en compte comme l'entrée en EHPAD dans l'intervalle, ou le décès (risque compétitif : les personnes décédant ne participent plus aux analyses et ont pourtant subi la plus importante des dégradations ayant conduit au décès). Les résultats complémentaires sur les données à 3 ans seront fournis prochainement.

Enfin concernant le décès, le taux de mortalité global à 18 mois ne diffère pas selon les milieux de vie, seulement lorsque l'on analyse séparément la situation des hommes et des femmes, le taux de mortalité est réduit de près de 60% chez les femmes vivant en milieu rural comparativement à celles vivant en ville. Ces analyses seront également menées à plus long terme pour déterminer si ce résultat persiste et tenteront d'apporter des arguments pouvant expliquer cette différence entre milieu de vie.

→ Considérations méthodologiques

Comme évoqué précédemment, cette recherche repose sur des données scientifiquement solides : bénéficiant de données de cohortes avec suivi à long terme, avec un recueil réalisé par entretiens avec des psychologues (plutôt que par Internet comme la plupart des études sur le COVID qui induit inévitablement un biais de sélection majeur, incluant les personnes connectées, de certaines catégories socio-professionnelles, en meilleure santé...). Le protocole de recherche a également proposé une approche mixte (quantitative et qualitative), et couvrant les différentes phases clés de la période épidémique, y compris à distance avec un suivi à plus de 3 ans. Elle a enfin permis une analyse systématique des différences entre milieu rural et urbain et une étude détaillée des conditions dans lesquelles la population âgée voire très âgée a vécu cette période hors du commun et son impact sur le vieillissement et sur la santé.

Cependant ces travaux présentent également des limites méthodologiques qui sont mentionnées ici. Tout d'abord, les deux groupes (rural/urbain) différaient significativement selon l'âge (les participants urbains ayant en moyenne 6 ans de plus que les ruraux) et le sexe (la cohorte AMI, dont sont issus les participants ruraux, surreprésentait les hommes en raison des procédures de constitution de l'échantillon initial ; seules les personnes en droit direct pouvant être recrutées). Pour tenir compte de ces spécificités, nous avons systématiquement fourni des analyses tenant compte de ces différences d'âge et de sexe (par des modèles statistiques multivariés, ajustés ou stratifiés). D'autre part, la taille des échantillons était parfois relativement modeste selon les analyses conduisant parfois à un manque de puissance statistique. Enfin, la dernière limite, probablement la plus frustrante, est le retard pris pour la collecte des données à 3 ans qui devait permettre d'analyse de manière solide (notamment par des analyses par trajectoires) l'impact à long terme de la pandémie. La collecte étant tout juste terminée (fin février 2024), les données ne sont pas encore exploitables et feront l'objet d'analyses confirmatoires très prochainement.

7. Retombées pour la MSA

Ce travail de recherche a permis de décrire et d'analyser le vécu et l'impact de la crise sanitaire du COVID-19 sur la santé et le bien-être des personnes âgées et très âgées, en proposant une approche comparative systématique entre les personnes vivant en milieu urbain et rural en Gironde. L'objectif était de tenter de faire la part des choses entre les effets du vieillissement, de ceux imputables à la crise sanitaire elle-même, et de ceux liés au milieu de vie. Ces recherches visaient également à analyser les premiers enseignements que l'on pouvait tirer de cette expérience afin d'être mieux préparés à faire face à une éventuelle nouvelle crise (sanitaire ou autre) qui mettrait particulièrement en difficulté les plus âgés et les plus vulnérables. La perspective étant in fine de mieux accompagner les personnes les plus à risque sur lesquels il serait souhaitable d'intervenir en priorité. Parmi ces enseignements nous pouvons citer :

- L'environnement rural qui a pu se montrer **protecteur** dans ce contexte de crise, les ruraux ayant mieux vécu par exemple le confinement, se sentant plus privilégiés par leur cadre de vie (accès à la nature par exemple) et nettement plus entourés par leur proches, avec pour conséquence un vécu moins négatif du confinement, réduit de moitié en milieu rural par rapport aux urbains âgés.
- Les personnes âgées ont rapporté une forte adhésion aux mesures de **protection gouvernementales** mises en œuvre pour les protéger (même si certains ont composé avec ces dernières, notamment en milieu rural où les mesures de distanciation physique ne concernaient pour certains pas les proches par exemple). Concernant la **vaccination** : nous montrons que les craintes autour du vaccin restent importantes, même si celles-ci n'ont pas remis en cause la vaccination de masse des personnes âgées. Les résultats montrent que la couverture vaccinale était excellente quel que soit le milieu de vie (même si légèrement plus faible en milieu rural). Cependant les nombreuses polémiques qui s'en sont suivies auront-elles des conséquences sur les prochaines campagnes de vaccination ?
- Nos résultats confirment également un **accès au numérique** plus faible en milieu rural. **La fracture numérique représentant un désavantage social important au regard de la digitalisation massive de notre société (démarches administratives en ligne, téléconsultation, lien avec les proches...)**, cette fragilité doit rester un point de vigilance pour cette population spécifique.
- Contrairement aux résultats attendus, les aînés auraient psychologiquement plutôt mieux traversé la crise que certaines catégories de la population, notamment les plus jeunes et les plus précaires, faisant preuve de meilleures **capacités de résilience et d'adaptation à la crise**. Le parcours de vie et les expériences vécues ont pu permettre aux personnes âgées de mieux accepter la situation et de mieux y faire face.
- Toutefois, cette crise a eu des conséquences sur **la santé** des personnes âgées, voire très âgées : la moitié déclarait avoir perdu des éléments importants de leur vie au cours des 18 premiers mois de crise. Nous avons en effet pu objectiver une **accélération du déclin de l'autonomie dans la vie quotidienne et de la cognition**. Pour ce qui est d'un déclin différentiel entre milieux de vie, les résultats doivent être confirmés par des analyses conduites sur les dernières données collectées.

8. Valorisation scientifique

→ Publications acceptées



RESEARCH ARTICLE

Living in rural area: A protective factor for a negative experience of the lockdown and the COVID-19 crisis in the oldest old population?

Karine Pérès  Camille Ouvrard, Michèle Koleck, Nicole Rasclé, Jean-François Dartigues, Valérie Bergua, Hélène Amieva

First published: 10 August 2021 | <https://doi.org/10.1002/gps.5609> | Citations: 6

[Read the full text >](#)

 PDF  TOOLS  SHARE

Abstract

Objectives

Some factors influence the experience of the COVID-19 pandemic (health, loneliness, digital access...), but what about the living area? The objective was to compare between rural and urban areas, the psychological and social experiences of the older individuals with regard to the COVID-19 crisis during the first French lockdown.

Methods

The sample included participants of three existing population-based cohorts on aging. Telephone interviews conducted by psychologists focused on the lockdown period. Data collected included living environment, professional assistance, social support, contacts with relatives, difficulties encountered, health, and knowledge and representations of the epidemic. The negative experience was defined by the presence of at least two of the following items: high anxiety symptomatology, depressive symptoms, worries or difficulties during the lockdown and insufficient social support.

Results

The sample included 467 participants, aged on average 87.5 years (5.2), 58.9% were female and 47.1% lived in rural areas. Persons living in rural area had better social support, greater family presence, a less frequent feeling of imprisonment (OR = 0.60, 95 CI% = 0.36-0.99), 95% had a garden (vs. 56%), fewer depressive symptoms and lower anxiety scores, but also tended to lower comply with the health measures. Finally, they had an almost twofold lower risk of having a negative experience of the lockdown compared to their urban counterparts (OR = 0.55, 95% CI = 0.33–0.92, $p = 0.0223$).

Conclusions

The oldest old living in rural area experienced the first lockdown better than the urbans. Living conditions, with access to nature, a greater social support and family presence, could have contributed to these findings.

RESEARCH ARTICLES | FEBRUARY 16 2022

Longitudinal Study of Cognitive Decline before and after the COVID-19 Pandemic: Evidence from the PA-COVID Survey

Topic Article Package: [Topic Article Package: Coronavirus \(COVID-19\)](#)



Subject Area:  Geriatrics and Gerontology ,  Neurology and Neuroscience ,  Psychiatry and Psychology

[Helene Amieva](#); [Noelia Retuerto](#); [Virgilio Hernandez-Ruiz](#)   ; [Céline Meillon](#); [Jean-François Dartigues](#); [Karine Pérès](#) 

Dement Geriatr Cogn Disord (2022) 51 (1): 56–62.

<https://doi.org/10.1159/000521999>  [Article history](#)

 Split-Screen

 Views 

 Download 

 Share 

 Tools 

Abstract

Introduction: Even though several studies reported good resilience capacities in older adults in the first period of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, in the long run, social isolation induced by the protective measures adopted by most countries may negatively impact cognitive functioning. Taking the advantage of measures collected up to 15 years before the pandemic in participants followed up in epidemiological studies, we compared cognitive decline before and after the start of the pandemic. **Methods:** PA-COVID is a phone survey designed in the framework of ongoing population-based studies (PAQUID, 3-City, Approche Multidisciplinaire Intégrée cohorts). Data on social functioning and mental health were collected in participants aged 80 years and older during the pandemic. Prior to the pandemic, the participants followed up in the prospective studies completed the Mini-Mental State Examination. During the PA-COVID survey, they underwent the Telephone Interview for Cognitive Status. A score was computed with the 11 items shared by the 2 tests. Our analysis was carried out in the participants for whom a cognitive measure was available up to 15 years before the pandemic and during the pandemic ($n = 263$). **Results:** Compared to the slow decline of the cognitive subscore observed during the 15 years preceding the pandemic, mixed models showed an acceleration of decline after the start of the pandemic ($\beta = -0.289$, p value <0.001). **Conclusions:** With a design allowing comparing cognitive trajectory before and after the pandemic, this is the first study reporting an accelerated decline in older adults. Future COVID research in older adults will need to pay special attention to cognitive outcomes.

→ Publications à venir

- Comparaison de l'impact d'un vécu négatif de la crise sanitaire sur le vieillissement ultérieur entre milieux de vie
- La crise du COVID-19 a-t-elle généré une cassure dans les trajectoires de déclin cognitif et fonctionnel avec l'âge et si oui est ce de manière comparable entre milieu rural et urbain ?

→ Communications en congrès, colloque

- Communication orale au 9ème Congrès Francophone - Fragilité et prévention de la dépendance du Sujet Agé : *Covid-19 et personnes âgées : un vécu du confinement plus négatif en milieu urbain qu'en milieu rural*. Pérès K, Ouvrard-Brouillou C, Bergua V, Amieva H - 10 Juin 2021, Toulouse
- Communication orale aux Journées d'études Covid, âges de la vie et relations intergénérationnelles de la CNAV : *PACOVID, une enquête en population sur le vécu du confinement et les effets de la pandémie chez les personnes âgées*. Pérès K, Ouvrard-Brouillou C, Bergua V, Letenneur L, Amieva H. 11 et 12 décembre 2023, Saint-Denis

9. Tableau des dépenses financières

Le rapport financier final est présenté dans sa version synthétique **Tableau 12** et dans sa version détaillée **Tableau 13**.

Le rapport validé sera transmis à la MSA après contrôle et validation de la DF.

Tableau 12. Présentation synthétique du rapport financier final projet PARUR-COVID19

35 Place Pey Berland
33000 BORDEAUX
Tél : +33 (0)5 57 57 10 10

ÉTAT RÉCAPITULATIF DES DÉPENSES	
Code Opération	OPE-2022-0015
Intitulé du projet	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole - Etude du vécu et de l'impact de la crise sanitaire de la COVID-19 chez les personnes âgées vivant en milieu rural comparativement à celles vivant en milieu urbain en Gironde - PARUR-COVID-19
Référence externe	605 DSP • 6066R BPH • 6066R-6 CONV
Structure de rattachement	CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE ET AGRICOLE (CCMSA)
Financier principal	
TOTAL CHARGES DE PERSONNEL	49 239,96
TOTAL INVESTISSEMENTS & ÉQUIPEMENTS	0,00
TOTAL MISSIONS, DÉPLACEMENTS, VOYAGES, COLLOQUES, PUBLICATIONS & REPAS DE TRAVAIL	8 516,21
Sous-Total 1 - Déplacements, Colloques	2 448,92
Sous-Total 2 - Ordres de Mission	6 067,29
TOTAL ACHATS & CONSOMMABLES	55,48
TOTAL PRESTATIONS INTERNES	6 567,10
TOTAL PRESTATIONS EXTERNES	11 060,00
AUTRES CHARGES	5 338,44
TOTAL FRAIS DE GESTION	9 000,00
TOTAL DES DÉPENSES ÉLIGIBLES	89 777,19 €

Bordeaux, le 14/03/2024
Certifié exact,

Thierry PESTANA
Agent Comptable

Dean LEWIS
Président



Tableau 13. Présentation détaillée du rapport financier final projet PARUR-COVID19 : Etat récapitulatif des dépenses

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

35 Place Pey Berland
33000 BORDEAUX
Tél : +33 (0)5 57 57 10 10

ÉTAT RÉCAPITULATIF DES DÉPENSES

Code Opération	OPE-2022-0015	Début de Période d'exécution	01/12/2021
Intitulé du projet	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole - Etude du vécu et de l'impact de la crise sanitaire de la COVID-19 chez les personnes âgées vivant en milieu rural comparativement à celles vivant en milieu urbain en Gironde - PARUR-COVID-19	Fin de Période d'exécution	15/01/2024
Référence externe		TVA déductible (OUI / NON)	NON
Structure de rattachement	605 DSP • 6066R BPH • 6066R-6 CONV	Date de Validation Administrative	20/12/2023
Financier principal	CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE ET AGRICOLE (CCMSA)	Date de fin de Paiement	15/01/2024

CHARGES DE PERSONNEL

Mois	Nom, Prénom	Salaire Brut	Cotisations Patronales	Corrections budgétaires	Montant Budgétaire	
2022 07 - JUILLET 2022	GBESSEMEHLAN ANTOINE	2 686,91	1 068,04		3 754,95	
2022 08 - AOUT 2022	GBESSEMEHLAN ANTOINE	2 737,31	1 069,25		3 806,56	
2022 09 - SEPTEMBRE 2022	GBESSEMEHLAN ANTOINE	2 712,11	1 068,65		3 780,76	
2022 10 - OCTOBRE 2022	GBESSEMEHLAN ANTOINE	2 712,11	1 068,65		3 780,76	
2022 11 - NOVEMBRE 2022	GBESSEMEHLAN ANTOINE	2 712,11	1 069,85		3 781,96	
2022 12 - DECEMBRE 2022	GBESSEMEHLAN ANTOINE	2 712,11	1 069,85		3 781,96	
2023 01 - JANVIER 2023	GBESSEMEHLAN ANTOINE	2 712,11	1 069,24	-3 781,35	0,00	
2023 06 - JUIN 2023	GBESSEMEHLAN ANTOINE	2 717,06	1 069,24		3 786,30	
2023 05 - MAI 2023	PIC OCEANE	238,87	97,38	-336,25	0,00	
2023 06 - JUIN 2023	PIC OCEANE	2 478,44	1 010,47		3 488,91	
2023 02 - FEVRIER 2023	RETUERTO NOELIA	2 061,55	814,65		2 876,20	
2023 03 - MARS 2023	RETUERTO NOELIA	2 066,11	842,34		2 908,45	
2023 04 - AVRIL 2023	RETUERTO NOELIA	2 366,11	842,34		3 208,45	
2023 05 - MAI 2023	RETUERTO NOELIA	2 066,11	842,34		2 908,45	
2023 06 - JUIN 2023	RETUERTO NOELIA	2 720,50	1 109,15		3 829,65	
2023 07 - JUILLET 2023	RETUERTO NOELIA	2 218,04	904,28		3 122,32	
2023 12 - DECEMBRE 2023	RETUERTO NOELIA	700,00	285,39		985,39	
Sous-Total 1 - Charges de Personnel					49 801,07	
Objet de l'engagement juridique	Fournisseur	N° Facture Fournisseur	Date de Facturation	Date du Service Fait	Numéro Service Fait	Montant Budgétaire
DIV / Abondement ligne en PRS pour manque dispo paie decembre +	Non Présent	VIR-2023-017661	20/12/2023			-561,11
Sous-Total 2 - Charges de Personnel					-561,11	
TOTAL CHARGES DE PERSONNEL					49 239,96	

Tableau 13 (suite1)

INVESTISSEMENTS & ÉQUIPEMENTS								
Objet de l'engagement juridique	Fournisseur	N° Facture Fournisseur	Date de Facturation	Date du Service Fait	Numéro Service Fait	Montant Budgétaire	Date de Paiement	N° Demande de Paiement
TOTAL DES INVESTISSEMENTS								

MISSIONS, DÉPLACEMENTS, VOYAGES, COLLOQUES, PUBLICATIONS & REPAS DE TRAVAIL								
Objet de l'engagement juridique	Fournisseur	N° Facture Fournisseur	Date de Facturation	Date du Service Fait	Numéro Service Fait	Montant Budgétaire	Date de Paiement	N° Demande de Paiement
Réservation billet de train A / R pour K.Peres pour réunion Constances à	VELOCE 21 VOYAGES	F-001 1177450	20/04/2023	12/05/2023	SF-2023-022996	150,80	16/05/2023	DP-2023-035739
ACTIVE COMMANDE DE 3 PLATEUX POUR R2UNION DE TRAVAIL LE	CAPDEVIELLE TRAITEUR	F23071902-29939	19/07/2023	21/07/2023	SF-2023-037666	63,00	04/09/2023	DP-2023-055642
ACTIVE réservation hôtel pour Marie Sendra	VELOCE 21 VOYAGES	F-001 1196445	13/07/2023	20/09/2023	SF-2023-044275	181,64	20/09/2023	DP-2023-064446
F-001 1196200 [ROP-2023-B63E]	VELOCE 21 VOYAGES	F-001 1196200	12/07/2023			100,15	04/10/2023	DP-2023-063511
F-001 1196201 [ROP-2023-B63F]	VELOCE 21 VOYAGES	F-001 1196201	12/07/2023			100,15	04/10/2023	DP-2023-063512
F-001 1196840 [ROP-2023-B6DD]	VELOCE 21 VOYAGES	F-001 1196840	18/07/2023			116,44	04/10/2023	DP-2023-062994
F-001 1196844 [ROP-2023-B6DF]	VELOCE 21 VOYAGES	F-001 1196844	18/07/2023			103,59	04/10/2023	DP-2023-063113
F-001 1197138 [ROP-2023-B738]	VELOCE 21 VOYAGES	F-001 1197138	19/07/2023			449,63	04/10/2023	DP-2023-063503
Frais d'hébergement et restauration pour les personnes chargées de l'Ét.	VILLAGE LANDAIS ALZHEIMER	1020	12/05/2022	11/10/2023	SF-2023-048316	6,00	12/10/2023	DP-2023-068068
Frais d'hébergement et restauration pour les personnes chargées de l'Ét.	VILLAGE LANDAIS ALZHEIMER	1021	12/05/2022	11/10/2023	SF-2023-048316	8,00	12/10/2023	DP-2023-068052
ACTIVE commande traiteur pour 25 personnes	CAPDEVIELLE TRAITEUR	F23101127-30561	11/10/2023	11/10/2023	SF-2023-048289	213,00	19/10/2023	DP-2023-072406
ACTIVE commande de 7 plateaux pour le 13 octobre pour réunion de trav	CAPDEVIELLE TRAITEUR	F23101614-30669	16/10/2023	18/10/2023	SF-2023-049968	134,00	23/10/2023	DP-2023-073582
ACTIVE Réservation d'1 billet d'avion pour J.A Avila Funes (Jury de thèse	VELOCE 21 VOYAGES	F-001 1213980	12/10/2023	18/10/2023	SF-2023-050026	621,40	20/11/2023	DP-2023-080926
ACTIVE Réservation Hotel pour Marie SENDRA du 6 /11 /23 au 7/11/23	VELOCE 21 VOYAGES	F-001 1217529	25/10/2023	08/11/2023	SF-2023-054164	93,47	20/11/2023	DP-2023-080389
ACTIVE réservation pour P.Lecompte Du 25 au 26 octobre Landes	VELOCE 21 VOYAGES	F-001 1216272	20/10/2023	25/10/2023	SF-2023-051411	107,65	20/11/2023	DP-2023-080548
Sous-Total 1 - Déplacements, Colloques						2 448,92		

Tableau 13 (suite2)

MISSIONS, DÉPLACEMENTS, VOYAGES, COLLOQUES, PUBLICATIONS & REPAS DE TRAVAIL								
Objet de l'Engagement Juridique	Fournisseur	Numéro de Mission	Début Mission	Fin Mission	Date de Visa Compta	Montant Budgétaire	Date de Paiement	N° Demande de Paiement
Déplacement dans le cadre de la journée "Repérage et fragilité" à Périgueux	PERES KARINE	MIS-2022-839	18/01/2022	18/01/2022	15/02/2022	142,30	15/02/2022	DP-2022-006603
Déplacement dans le cadre des enquêtes	RAOUX NADINE	MIS-2022-12119	18/07/2022	18/07/2022	27/07/2022	32,64	27/07/2022	DP-2022-056883
Déplacement dans le cadre des enquêtes	RAOUX NADINE	MIS-2022-12120	19/07/2022	19/07/2022	27/07/2022	31,40	27/07/2022	DP-2022-056933
Déplacement dans le cadre des suivis PACOVID 24	PECH MARION	MIS-2022-12317	18/07/2022	18/07/2022	27/07/2022	53,38	27/07/2022	DP-2022-057076
Déplacement dans le cadre des suivis PACOVID 24	PECH MARION	MIS-2022-12335	19/07/2022	19/07/2022	27/07/2022	61,72	27/07/2022	DP-2022-057090
Déplacement dans le cadre des enquêtes	RAOUX NADINE	MIS-2022-12122	21/07/2022	21/07/2022	29/08/2022	42,92	30/08/2022	DP-2022-057570
Déplacement dans le cadre des enquêtes PACovid	RAOUX NADINE	MIS-2023-377	04/01/2023	04/01/2023	17/01/2023	71,26	17/01/2023	DP-2023-002818
Déplacements dans le cadre des enquêtes Pacovid 24 à domicile sur 2 jours	CUENCA CELIA	MIS-2023-1225	16/01/2023	17/01/2023	26/01/2023	172,60	26/01/2023	DP-2023-003736
2 déplacements a/r dans le cadre des enquêtes de Pacovid 24 à domicile	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-1510	16/01/2023	17/01/2023	26/01/2023	139,96	26/01/2023	DP-2023-004411
2 déplacements a/r dans le cadre des enquêtes de Pacovid 24 à domicile	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-1653	23/01/2023	23/01/2023	26/01/2023	63,04	26/01/2023	DP-2023-006299
Déplacement dans le cadre des enquêtes PACovid	RAOUX NADINE	MIS-2023-1580	20/01/2023	20/01/2023	31/01/2023	54,94	31/01/2023	DP-2023-007443
Déplacements dans le cadre des enquêtes Pacovid 24 à domicile	CUENCA CELIA	MIS-2023-1850	23/01/2023	23/01/2023	02/02/2023	64,86	02/02/2023	DP-2023-008028
2 déplacements A/R dans le cadre des enquêtes Pacovid 24 à domicile	CUENCA CELIA	MIS-2023-2115	30/01/2023	31/01/2023	02/02/2023	125,88	02/02/2023	DP-2023-008029
2 déplacements a/r dans le cadre des enquêtes de Pacovid 24 à domicile	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-2112	30/01/2023	31/01/2023	02/02/2023	142,58	02/02/2023	DP-2023-008037
Déplacement au VLA pour enquête	HERNANDEZ RUIZ VIRGILIO	MIS-2023-1130	17/01/2023	18/01/2023	02/02/2023	52,50	02/02/2023	DP-2023-008062
Déplacement dans le cadre du VLA avec mon véhicule en covoiturage avec un collègue	OUVRARD-BROUILLOU CAMILLE	MIS-2023-2107	03/02/2023	03/02/2023	21/02/2023	112,08	22/02/2023	DP-2023-012862
Déplacement dans le cadre des suivis PACOVID 24 sur la Gironde	PECH MARION	MIS-2023-3199	09/02/2023	10/02/2023	21/02/2023	149,44	22/02/2023	DP-2023-012880
Déplacement dans le cadre des enquêtes PACo24	RAOUX NADINE	MIS-2023-3210	10/02/2023	10/02/2023	21/02/2023	60,38	22/02/2023	DP-2023-012883
2 déplacements a/r dans le cadre des enquêtes de Pacovid 24 à domicile	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-2565	06/02/2023	07/02/2023	23/02/2023	134,97	23/02/2023	DP-2023-012932
2 déplacements A/R dans le cadre des enquêtes Pacovid 24 à domicile	CUENCA CELIA	MIS-2023-2563	06/02/2023	07/02/2023	23/02/2023	138,68	23/02/2023	DP-2023-013833
2 déplacements A/R dans le cadre des enquêtes Pacovid 24 à domicile	CUENCA CELIA	MIS-2023-3544	20/02/2023	21/02/2023	13/03/2023	134,84	13/03/2023	DP-2023-013838
2 déplacements a/r dans le cadre des enquêtes de Pacovid 24 à domicile	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-3555	20/02/2023	21/02/2023	23/02/2023	149,85	23/02/2023	DP-2023-013842
2 Déplacements dans le cadre des suivis PACOVID 24 sur la Gironde sur 2 jours	PECH MARION	MIS-2023-3563	15/02/2023	16/02/2023	23/02/2023	123,64	23/02/2023	DP-2023-013858
2 Déplacements dans le cadre des suivis PACOVID 24 sur la Gironde sur 2 jours	PECH MARION	MIS-2023-4152	23/02/2023	24/02/2023	02/03/2023	142,20	02/03/2023	DP-2023-015646
2 déplacements A/R dans le cadre des enquêtes Pacovid 24 à domicile	CUENCA CELIA	MIS-2023-5160	06/03/2023	07/03/2023	16/03/2023	137,40	16/03/2023	DP-2023-020448
2 déplacements a/r dans le cadre des enquêtes de Pacovid 24 à domicile	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-5178	13/03/2023	14/03/2023	16/03/2023	149,78	16/03/2023	DP-2023-020458
2 déplacements a/r dans le cadre des enquêtes de Pacovid 24 à domicile	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-4160	06/03/2023	07/03/2023	16/03/2023	127,48	16/03/2023	DP-2023-020464
2 déplacements A/R dans le cadre des enquêtes Pacovid 24 à domicile	CUENCA CELIA	MIS-2023-5186	13/03/2023	14/03/2023	16/03/2023	107,34	16/03/2023	DP-2023-020516
1 déplacements a/r dans le cadre des enquêtes de Pacovid 24 à domicile	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-5422	20/03/2023	20/03/2023	22/03/2023	69,06	22/03/2023	DP-2023-021892
1 déplacement A/R dans le cadre des enquêtes Pacovid 24 à domicile	CUENCA CELIA	MIS-2023-5425	20/03/2023	20/03/2023	06/04/2023	67,50	11/04/2023	DP-2023-025405
2 déplacement A/R dans le cadre des enquêtes Pacovid 24 à domicile	CUENCA CELIA	MIS-2023-6638	27/03/2023	28/03/2023	06/04/2023	174,20	11/04/2023	DP-2023-025409
1 déplacement A/R dans le cadre des enquêtes Pacovid 24 à domicile	CUENCA CELIA	MIS-2023-6645	03/04/2023	03/04/2023	06/04/2023	91,10	11/04/2023	DP-2023-025410
1 déplacements a/r dans le cadre des enquêtes de Pacovid 24 à domicile	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-6647	03/04/2023	03/04/2023	06/04/2023	93,30	11/04/2023	DP-2023-025414
Déplacement à Paris pour Réunion Constance	PERES KARINE	MIS-2023-11569	10/05/2023	10/05/2023	19/06/2023	10,00	19/06/2023	DP-2023-045363
Déplacement A vers VLA pour Enquête sur site	SENDRA MARIE	MIS-2023-10475	05/06/2023	09/06/2023	13/07/2023	281,30	17/07/2023	DP-2023-051869
1 déplacements a/r dans le cadre des enquêtes de Pacovid 24 à domicile	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-6648	11/04/2023	11/04/2023	17/07/2023	17,50	17/07/2023	DP-2023-053892
2 déplacements A/R dans le cadre des enquêtes 3C à domicile sur 2 jours	CUENCA CELIA	MIS-2023-8453	02/05/2023	03/05/2023	18/07/2023	40,00	18/07/2023	DP-2023-054537
Déplacement vers VLA	SENDRA MARIE	MIS-2023-13202	11/07/2023	13/07/2023	19/07/2023	219,70	19/07/2023	DP-2023-054837
Déplacement vers VLA en train et retour en tant que passagère de C.Ouv	SENDRA MARIE	MIS-2023-13341	17/07/2023	17/07/2023	19/07/2023	14,50	19/07/2023	DP-2023-055062
Déplacement pour suivi	HAMELIN SOLANGE	MIS-2023-15790	25/07/2023	25/07/2023	25/09/2023	30,30	25/09/2023	DP-2023-065480
déplacements dans le cadre des suivis en EHPAD dans les Landes	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-15746	27/09/2023	27/09/2023	04/10/2023	79,10	05/10/2023	DP-2023-067519
déplacements dans le cadre des suivis au VLA à Dax	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-15739	25/09/2023	26/09/2023	04/10/2023	166,40	05/10/2023	DP-2023-067520
déplacements dans le cadre des suivis au VLA à Dax	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-16272	02/10/2023	04/10/2023	19/10/2023	240,20	19/10/2023	DP-2023-073298
déplacements dans le cadre des suivis en EHPAD dans les Landes	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-16307	09/10/2023	11/10/2023	19/10/2023	244,40	19/10/2023	DP-2023-073300
Déplacement au VLA co-voiturage /	OUVRARD-BROUILLOU CAMILLE	MIS-2023-15988	30/09/2023	30/09/2023	19/10/2023	107,60	19/10/2023	DP-2023-073301
Réunion conseil scientifique à Paris	AMIEVA HELENE	MIS-2023-17828	18/10/2023	20/10/2023	23/10/2023	109,65	23/10/2023	DP-2023-074146
Déplacement pour assemblée générale en Séminaire	HAMELIN SOLANGE	MIS-2023-17131	23/10/2023	24/10/2023	10/11/2023	57,50	10/11/2023	DP-2023-078086
Déplacement vers VLA	SENDRA MARIE	MIS-2023-18165	06/11/2023	07/11/2023	22/11/2023	177,52	22/11/2023	DP-2023-081905
Déplacements dans le cadre des suivis de cohorte	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-19248	07/11/2023	07/11/2023	20/11/2023	66,00	20/11/2023	DP-2023-081906
Déplacements dans le cadre des suivis de cohorte	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-19252	09/11/2023	09/11/2023	20/11/2023	100,80	20/11/2023	DP-2023-081920
Déplacements dans le cadre des suivis en EHPAD dans les Landes sur 2 jours	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-16323	18/10/2023	20/10/2023	20/11/2023	374,00	20/11/2023	DP-2023-081921
Déplacements dans le cadre des suivis en EHPAD dans les Landes sur 2 jours	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-17826	25/10/2023	26/10/2023	20/11/2023	223,60	20/11/2023	DP-2023-081934
Déplacements dans le cadre des suivis de cohorte	LECOMPTE PAULINE	MIS-2023-19245	06/11/2023	06/11/2023	20/11/2023	92,00	20/11/2023	DP-2023-081935
Sous-Total 2 - Ordres de Mission						6 067,29		
TOTAL DES MISSIONS						8 516,21		

Tableau 13 (suite3)

ACHATS & CONSOMMABLES

Objet de l'engagement juridique	Fournisseur	N° Facture Fournisseur	Date de Facturation	Date du Service Fait	Numéro Service Fait	Montant Budgétaire	Date de Paiement	N° Demande de Paiement
ACTIVE commande fourniture de bureau selon commande du 25/09/2023	MARCHES PUBLICS D AQUITAINE	ve/2023/21008	28/09/2023	03/10/2023	SF-2023-046809	29,10	07/11/2023	DP-2023-077272
ACTIVE commande fourniture de bureau selon commande du 25/09/2023	MARCHES PUBLICS D AQUITAINE	ve/2023/21603	03/10/2023	03/10/2023	SF-2023-046809	26,38	14/11/2023	DP-2023-079932
TOTAL DES ACHATS & CONSOMMABLES						55,48		

PRESTATIONS INTERNES

Objet de l'engagement juridique	Fournisseur	N° Facture Fournisseur	Date de Facturation	Date du Service Fait	Numéro Service Fait	Montant Budgétaire	Date de Paiement	N° Demande de Paiement
Avis d'échéance de l'assurance dans le cadre de l'étude AMI Programme	VERLINGUE	6310929	07/06/2022	08/06/2022	SF-2022-029630	816,00	08/07/2022	DP-2022-042402
Sous-Total 1 - Prestations Internes						816,00		
Objet de l'engagement juridique						Montant Budgétaire	Date de Paiement	N° Demande de Paiement
Facture Interne / COM-2023-002141 / FAC-2023-001918 / BORDEAUX POPULATION HEALTH (UMRS 1219) / selon devis CREDIM/DVS-HEB-Parur-ACTIVE-2023-001 - prestations 2022-2023 :*) Prestat						4 980,00	23/08/2023	VIR-2023-009948
Facture Interne / COM-2023-002495 / FAC-2023-002241 / IMPRIMERIE CENTRALE CAMPUS PEIXOTTO/BORDES / Impression de documents / fait par C.Lacour						176,26	28/09/2023	VIR-2023-012539
Facture Interne / COM-2023-002606 / FAC-2023-002345 / IMPRIMERIE CENTRALE CAMPUS PEIXOTTO/BORDES / Commande de 500 enveloppes kraft facture 2023-3029 / fait C.Lacour						51,04	04/10/2023	VIR-2023-012881
Facture Interne / COM-2023-002824 / FAC-2023-002556 / IMPRIMERIE CENTRALE CAMPUS PEIXOTTO/BORDES / Poster équipe Active / fait par C.Lacour						52,57	18/10/2023	VIR-2023-013326
Facture Interne / COM-2023-002852 / FAC-2023-002581 / IMPRIMERIE CENTRALE CAMPUS PEIXOTTO/BORDES / poster Antoine Gbessemehlan selon pilpse 5380 / Fait par C.Lacour						61,09	20/10/2023	VIR-2023-013378
Facture Interne / COM-2023-002927 / FAC-2023-002647 / IMPRIMERIE CENTRALE CAMPUS PEIXOTTO/BORDES / impression questionnaire selon facture 3373 / Fait par C.Lacour						430,14	26/10/2023	VIR-2023-013542
Sous-Total 2 - Prestations Internes						5 751,10		
TOTAL DES PRESTATIONS INTERNES						6 567,10		

PRESTATIONS EXTERNES

Objet de l'engagement juridique	Fournisseur	N° Facture Fournisseur	Date de Facturation	Date du Service Fait	Numéro Service Fait	Montant Budgétaire	Date de Paiement	N° Demande de Paiement
selon devis DV2200236 - Projet PARUR - prestations prises de rendez-vous	ADERA SAS	n°F422561	20/10/2022	25/10/2022	SF-2022-054140	5 530,00	25/10/2022	DP-2022-075790
selon de DV2300497 - Projet PARUR - prestations prises de rendez-vous	ADERA SAS	F432227	25/09/2023	18/09/2023	SF-2023-043414	5 530,00	26/10/2023	DP-2023-066577
TOTAL DES PRESTATIONS EXTERNES						11 060,00		

Tableau 13 (suite4)

AUTRES CHARGES									
Objet de l'engagement juridique	Fournisseur	N° Facture Fournisseur	Date de Facturation	Date du Service Fait	Numéro Service Fait	Montant Budgétaire	Date de Paiement	N° Demande de Paiement	
Commande de Licence EndNote pour 1 monoposte	RITME INFORMATIQUE	FCT202203000633	04/03/2022	10/03/2022	SF-2022-011031	183,67	11/03/2022	DP-2022-016986	
Dot ACTIVE Gratification de Cuenca Celia du 10/10/22 au 11/04/23	CUENCA CELIA	GRATIF JANVIER CUENCA	27/01/2023	01/02/2023	SF-2023-004087	170,10	02/02/2023	DP-2023-007183	
Gratification de Pauline Lecompte du 10/10/22 au 11/04/2023	LECOMPTE PAULINE	GRATIF JANVIER LECOMP	27/01/2023	01/02/2023	SF-2023-004085	170,10	02/02/2023	DP-2023-007178	
Dot ACTIVE Gratification de Cuenca Celia du 10/10/22 au 11/04/23	CUENCA CELIA	GRATIF FEVRIER CUENCA	23/02/2023	23/02/2023	SF-2023-008349	226,80	24/02/2023	DP-2023-014406	
Gratification de Pauline Lecompte du 10/10/22 au 11/04/2023	LECOMPTE PAULINE	GRATIF FEVRIER LECOMP	27/01/2023	23/02/2023	SF-2023-008350	226,80	24/02/2023	DP-2023-014408	
Gratification de Pauline Lecompte du 10/10/22 au 11/04/2023	LECOMPTE PAULINE	GRATIF MARS LECOMPTE	23/03/2023	23/03/2023	SF-2023-013892	226,80	29/03/2023	DP-2023-023374	
Dot ACTIVE Gratification de Cuenca Celia du 10/10/22 au 11/04/23	CUENCA CELIA	GRATIF MARS CUENCA	28/03/2023	23/03/2023	SF-2023-013891	198,45	26/04/2023	DP-2023-031051	
ACTIVE SUBROGATION de Antoine Gbessemehlan pour inscription au cc	GBESSEMEHLAN ANTOINE	SUBRO RBT INSCRIPTION	15/05/2023	02/06/2023	SF-2023-026793	300,00	07/06/2023	DP-2023-041271	
Dot ACTIVE Gratification de Cuenca Celia du 10/10/22 au 11/04/23	CUENCA CELIA	GRATIF AVRIL CUENCA	28/03/2023	30/05/2023	SF-2023-025897	56,70	14/06/2023	DP-2023-044940	
ACTIVE Conservation annuelle de conteneur standard selon devis pour l'	EVERIAL	FL23DRM02642	27/01/2023	04/07/2023	SF-2023-033884	2 513,28	11/09/2023	DP-2023-061803	
ACTIVE commande de licence NVivo selon devis 2023-0022803	RITME INFORMATIQUE	FCT202310002604	13/10/2023	12/10/2023	SF-2023-048434	994,00	18/10/2023	DP-2023-072715	
ACTIVE Demande de Subrogation de Mme Amieva H du 10/10/23	AMIEVA HELENE	SUBRO RBT ACHAT ALIM	11/10/2023	18/10/2023	SF-2023-049938	71,74	19/10/2023	DP-2023-073430	
TOTAL DES AUTRES CHARGES						5 338,44			

FRAIS DE GESTION					
Objet de l'engagement juridique			Montant Budgétaire	Date de Paiement	N° Demande de Paiement
FG CONV / OPE-2022-0015			9 000,00	17/01/2022	VIR-2022-001259
TOTAL DES FRAIS DE GESTION			9 000,00		

Tableau 13 (suite5)

Bordeaux, le 14/03/2024
Certifié exact,

Thierry PESTANA
Agent Comptable

Dean LEWIS
Président



TOTAL DES DÉPENSES ÉLIGIBLES

89 777,19 €

IDENTIFICATION						RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE				
35 Place Pey Berland 33000 BORDEAUX Tél : +33 (0)5 57 57 10 10						TRESOR PUBLIC - 24 Rue François de Sourdis 33060 BORDEAUX CEDEX Identification national de compte bancaire - RIB				
SIREN	SIRET	APE	T.V.A. Intracommunautaire	N° Déclaration d'existence	RNE	Domiciliation	Code Banque	Code Guichet	N° Compte	Clé RIB
130 018 351	130 018 351 00010	8542 Z	FR 23 130 018 351	72330934133	03333298F	TP BORDEAUX TRES GALE	10071	33000	00001001241	28
N° EORI FR 130 018 351 00010						Identification international compte bancaire - IBAN FR76 1007 1330 0000 0010 0124 128				
N° Juridique 7383						Identification international de l'établissement bancaire - BIC TRPUFRP1				
N° INSEE R33016521258						Titulaire du Compte UNIVERSITE DE BORDEAUX 35 PLACE PEY BERLAND 33000 BORDEAUX				
Personne habilitée Dean LEWIS (Président)										

Références citées

1. Amieva H, Avila-Funes JA, Caillot-Ranjeva S, et al. Older People Facing the Crisis of COVID-19: Between Fragility and Resilience. *J Frailty Aging* 2021;10(2):184-86. doi: 10.14283/jfa.2020.60 [published Online First: 2021/02/13]
2. Kaczorowski J, Del Grande C. Beyond the tip of the iceberg: direct and indirect effects of COVID-19. *Lancet Digit Health* 2021;3(4):e205-e06. doi: 10.1016/S2589-7500(21)00024-8 [published Online First: 2021/02/23]
3. Wong SYS, Zhang D, Sit RWS, et al. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract* 2020;70(700):e817-e24. doi: 10.3399/bjgp20X713021 [published Online First: 2020/09/30]
4. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health* 2020;5(5):e256. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30061-X [published Online First: 2020/03/23]
5. van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, et al. Loneliness and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Study Among Dutch Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2021;76(7):e249-e55. doi: 10.1093/geronb/gbaa111 [published Online First: 2020/08/07]
6. Salazar-Fernandez C, Palet D, Haeger PA, et al. COVID-19 Perceived Impact and Psychological Variables as Predictors of Unhealthy Food and Alcohol Consumption Trajectories: The Role of Gender and Living with Children as Moderators. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(9) doi: 10.3390/ijerph18094542 [published Online First: 2021/05/01]
7. Elran-Barak R, Mozeikov M. One Month into the Reinforcement of Social Distancing due to the COVID-19 Outbreak: Subjective Health, Health Behaviors, and Loneliness among People with Chronic Medical Conditions. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(15)
8. Santé Publique France. COVID-19 : Point épidémiologique hebdomadaire du 22 octobre 2020, 2020:1-41.
9. Chippa V, Aleem A, Anjum F. Post Acute Coronavirus (COVID-19) Syndrome. *StatPearls. Treasure Island (FL).*2021.
10. Organization WH. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicap-a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva, WHO 1980
11. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol* 2021;93(2):1013-22. doi: 10.1002/jmv.26368 [published Online First: 2020/07/31]
12. Belli S, Balbi B, Prince I, et al. Low physical functioning and impaired performance of activities of daily life in COVID-19 patients who survived hospitalisation. *Eur Respir J* 2020;56(4) doi: 10.1183/13993003.02096-2020 [published Online First: 2020/08/09]

13. Curci C, Pisano F, Bonacci E, et al. Early rehabilitation in post-acute COVID-19 patients: data from an Italian COVID-19 Rehabilitation Unit and proposal of a treatment protocol. *Eur J Phys Rehabil Med* 2020;56(5):633-41. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06339-X [published Online First: 2020/07/16]
14. Pizarro-Pennarolli C, Sanchez-Rojas C, Torres-Castro R, et al. Assessment of activities of daily living in patients post COVID-19: a systematic review. *PeerJ* 2021;9:e11026. doi: 10.7717/peerj.11026 [published Online First: 2021/04/20]
15. Liu K, Zhang W, Yang Y, et al. Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. *Complement Ther Clin Pract* 2020;39:101166. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101166 [published Online First: 2020/05/08]
16. Barberger-Gateau P, Rainville C, Letenneur L, et al. A hierarchical model of domains of disablement in the elderly: a longitudinal approach. *Disabil Rehabil* 2000;22(7):308-17.
17. Edjolo A, Proust-Lima C, Delva F, et al. Natural History of Dependency in the Elderly: A 24-Year Population-Based Study Using a Longitudinal Item Response Theory Model. *Am J Epidemiol* 2016;183(4):277-85. doi: kwv223 [pii]
10.1093/aje/kwv223 [published Online First: 2016/01/31]
18. Morris JN, Berg K, Fries BE, et al. Scaling functional status within the interRAI suite of assessment instruments. *BMC Geriatr* 2013;13:128. doi: 10.1186/1471-2318-13-128 [published Online First: 2013/11/23]
19. van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, et al. Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2020 doi: 10.1093/geronb/gbaa111 [published Online First: 2020/08/07]
20. Luchetti M, Lee JH, Aschwanden D, et al. The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *Am Psychol* 2020;75(7):897-908. doi: 10.1037/amp0000690 [published Online First: 2020/06/23]
21. Lipskaya-Velikovsky L. COVID-19 Isolation in Healthy Population in Israel: Challenges in Daily Life, Mental Health, Resilience, and Quality of Life. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(3) doi: 10.3390/ijerph18030999 [published Online First: 2021/01/28]
22. Minahan J, Falzarano F, Yazdani N, et al. The COVID-19 Pandemic and Psychosocial Outcomes Across Age Through the Stress and Coping Framework. *Gerontologist* 2021;61(2):228-39. doi: 10.1093/geront/gnaa205 [published Online First: 2020/12/16]
23. Bigarre I, Landon C, Boyer P, et al. Reactivated world war two traumatic memories in COVID-19 lockdown period. *Clin Case Rep* 2020 doi: 10.1002/ccr3.3591 [published Online First: 2020/12/29]
24. Marini CM, Pless Kaiser A, Smith BN, et al. Aging veterans' mental health and well-being in the context of COVID-19: The importance of social ties during physical distancing. *Psychol Trauma* 2020;12(S1):S217-S19. doi: 10.1037/tra0000736 [published Online First: 2020/06/12]
25. Ergonul O, Akyol M, Tanriover C, et al. National case fatality rates of the COVID-19 pandemic. *Clin Microbiol Infect* 2021;27(1):118-24. doi: 10.1016/j.cmi.2020.09.024 [published Online First: 2020/09/27]

26. Henning-Smith C. The Unique Impact of COVID-19 on Older Adults in Rural Areas. *J Aging Soc Policy* 2020;32(4-5):396-402. doi: 10.1080/08959420.2020.1770036 [published Online First: 2020/06/02]
27. Ali H, Kondapally K, Pordell P, et al. COVID-19 Outbreak in an Amish Community - Ohio, May 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69(45):1671-74. doi: 10.15585/mmwr.mm6945a2 [published Online First: 2020/11/13]
28. Reiners F, Sturm J, Bouw LJW, et al. Sociodemographic Factors Influencing the Use of eHealth in People with Chronic Diseases. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(4) doi: 10.3390/ijerph16040645 [published Online First: 2019/02/24]
29. Jaffe DH, Lee L, Huynh S, et al. Health Inequalities in the Use of Telehealth in the United States in the Lens of COVID-19. *Popul Health Manag* 2020;23(5):368-77. doi: 10.1089/pop.2020.0186 [published Online First: 2020/08/21]
30. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Loneliness during a strict lockdown: Trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 38,217 United Kingdom adults. *Soc Sci Med* 2020;265:113521. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113521 [published Online First: 2020/12/02]
31. Pouso S, Borja A, Fleming LE, et al. Contact with blue-green spaces during the COVID-19 pandemic lockdown beneficial for mental health. *Sci Total Environ* 2021;756:143984. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.143984 [published Online First: 2020/12/06]
32. Naomi AS. Access to Nature Has Always Been Important; With COVID-19, It Is Essential. *HERD* 2020;13(4):242-44. doi: 10.1177/1937586720949792 [published Online First: 2020/08/18]
33. Institut CSA. Solitude et isolement quand on a plus de 60 ans en France en 2017. In: *Les Petits Frères des Pauvres*, ed., 2017.
34. Amieva H, Avila-Funes J, Caillot-Ranjeva S, et al. Older People Facing the Crisis of COVID-19: Between Fragility and Resilience. *J Frailty Aging* 2020;https://doi.org/10.14283/jfa.2020.60
35. Dartigues JF, Gagnon M, Barberger-Gateau P, et al. The Paquid epidemiological program on brain ageing. *Neuroepidemiology* 1992;11:14-8.
36. The 3C Study Group. Vascular factors and risk of dementia: design of the Three-City Study and baseline characteristics of the study population. *Neuroepidemiology* 2003;22(6):316-25.
37. Barberger-Gateau P, Lambert JC, Feart C, et al. From genetics to dietetics: the contribution of epidemiology to understanding Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 2013;33 Suppl 1:S457-63. doi: 10.3233/JAD-2012-129019 [published Online First: 2012/06/12]
38. Rosow I, Breslau N. A Guttman health scale for the aged. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1966;21(4):556-9.
39. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.
40. Katz S, Downs TD, Cash HR, et al. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20-30.

41. Hernandez-Ruiz V, Meillon C, Avila-Funes J, et al. Older Adults and the COVID-19 Pandemic, What About the Oldest Old? The PACOVID Population-Based Survey. *Front Psychiatry* 2021;12(711583)
42. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* 2016;387(10033):2145-54. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4 [published Online First: 2015/11/02]
43. de Lusignan S, Dorward J, Correa A, et al. Risk factors for SARS-CoV-2 among patients in the Oxford Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre primary care network: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis* 2020;20(9):1034-42. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30371-6 [published Online First: 2020/05/19]
44. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health* 2015;105(5):1013-9. doi: 10.2105/AJPH.2014.302427 [published Online First: 2015/03/20]
45. Haischer MH, Beilfuss R, Hart MR, et al. Who is wearing a mask? Gender-, age-, and location-related differences during the COVID-19 pandemic. *PLoS One* 2020;15(10):e0240785. doi: 10.1371/journal.pone.0240785 [published Online First: 2020/10/16]
46. Bruine de Bruin W. Age Differences in COVID-19 Risk Perceptions and Mental Health: Evidence From a National U.S. Survey Conducted in March 2020. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2021;76(2):e24-e29. doi: 10.1093/geronb/gbaa074 [published Online First: 2020/05/30]
47. Czeisler ME, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic - United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69(32):1049-57. doi: 10.15585/mmwr.mm6932a1 [published Online First: 2020/08/14]
48. Gonzalez-Sanguino C, Ausin B, Castellanos MA, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun* 2020;87:172-76. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040 [published Online First: 2020/05/15]
49. Schweda A, Weismuller B, Bauerle A, et al. Phenotyping mental health: Age, community size, and depression differently modulate COVID-19-related fear and generalized anxiety. *Compr Psychiatry* 2021;104:152218. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152218 [published Online First: 2020/11/25]
50. Sénécal I. Baromètre 2021 Petits Frères des Pauvres Solitude et isolement, quand on a plus de 60 ans en France. In: *Pauvres LPFd*, ed. CSA, 2021:1-112.
51. Khan MSR, Yuktadatta P, Kadoya Y. Who Became Lonely during the COVID-19 Pandemic? An Investigation of the Socioeconomic Aspects of Loneliness in Japan. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(10) doi: 10.3390/ijerph19106242 [published Online First: 2022/05/29]

Annexe 1 : questionnaire PACO24

**SUIVI 3C - 23 ANS
ETUDE PACO24**

Date de la visite _____ / _____ / 202____

Numéro enquêteur _____

Date de naissance (mois/année) _____ / _____

Sexe 1 Homme 2 Femme

PARTIE MARIE-HELENE

Numéro de téléphone portable (participant) :

Informations médecin traitant

0 Inchangées 1 Informations réactualisées

Nom :

Adresse :

Informations personne ressource

0 Inchangées 1 Informations réactualisées

Nom :Prénom :

Lien de parenté ou de relation :

Téléphone :

Répondant

1 Participant

2 Participant aidé d'un proche

3 Tierce personne → attention les 2 items subjectifs devront être évalués par la psychologue (**point 3 à stabyloter par Marie-Hélène**)

4 Personnel maison de retraite / accueillant familial

→ En cas de refus, précisez les raisons

1 Refus des visites (ne veut plus participer)

2 Sujet trop fatigué, trop malade

3 Autre. Précisez :

Quelle est votre situation familiale actuelle ?

- 1 Marié(e) ou en couple
- 2 Veuf(ve)
- 3 Célibataire
- 4 Divorcé(e) ou séparé(e)
- 5 Autre. Précisez :
- 9 NSP

Vivez-vous actuellement ?

- 1 Seul(e)
- 2 En couple
- 3 Avec d'autres membres de votre famille
- 4 En cohabitation non familiale (*si vit en institution* → *cohabitation non familiale*)
- 5 Autre (couple + autre membre de la famille).
Précisez :
- 9 NSP

Type de logement

- 1 Domicile personnel
- 2 Domicile familial (chez enfant, petit-enfant, frère, sœur...)
- 3 Famille d'accueil
- 4 Foyer-Logement (FL), Résidence pour Personnes Agées (R.P.A.)
- 5 Maison de retraite, EHPAD → **Date d'entrée** ____/____/____
- 6 Autre. Précisez :
- 9 NSP

Globalement, vous sentez-vous soutenu(e) dans votre quotidien ?

- 0 Plutôt non 1 Plutôt oui 9 NSP

Chez les participants qui ne sont pas en EHPAD :

Au quotidien, bénéficiez-vous (plusieurs réponses possibles) ?

- De soins infirmiers à domicile : 0 non 1 oui 9 NSP
- D'un service d'aide à domicile : 0 non 1 oui 9 NSP
- D'un service de portage de repas : 0 non 1 oui 9 NSP
- D'un service d'un autre
professionnel du domicile : 0 non 1 oui 9 NSP

→ **Si oui**, précisez le(s)quel(s) :

.....

- Proche aidant (personne de votre entourage proche qui vous aide régulièrement dans la vie quotidienne : pour les courses, le ménage, les papiers, les médicaments, les soins, les rendez-vous médicaux...) 0 non 1 oui 9 NSP

→ **Si oui**, précisez le lien de parenté ou de relation

- 1 conjoint(e) / époux(se)
- 2 enfant
- 3 (beau-)frère / (belle-)sœur
- 4 petit-enfant
- 5 voisin / ami
- 6 autre. Précisez :

Avez-vous eu le Covid-19 ?

- 0 Non 1 Oui 9 NSP

→ **Si oui** :

Avez-vous été hospitalisé(e) ?

- 0 Non 1 Oui 9 NSP

Est-ce que vous trouvez que vous vous êtes bien remis(e) ?

- 2 Oui assez rapidement
- 1 Oui mais cela a pris du temps
- 0 Non
- 9 NSP

Si non, quels sont les symptômes persistants :

.....

Avez-vous été vacciné(e) contre le Covid-19

- 0 Non 1 Oui 9 NSP

→ **Si oui**, nombre de doses reçues ? /__/

→ **Si non**, pour quelles raisons (plusieurs réponses possibles) ?

- N'a pas réussi à prendre RDV ou n'a pas pu se rendre dans un centre de vaccination ou en pharmacie
- N'a pas voulu se faire vacciner
- Refus de la famille
- Son médecin le lui a déconseillé
- Contre-indication médicale
- Autre. Si autre, précisez :

Actuellement, diriez-vous que votre santé est (1 seule réponse possible)

- 1 Très bonne
- 2 Bonne
- 3 Moyenne
- 4 Mauvaise
- 5 Très mauvaise
- 9 NSP

COMMENTAIRES MARIE-HELENE

PARTIE PSYCHOLOGUE

MESURES

Poids mesuré (en Kg) :

/_/_/_/_/ , /_/_/ kgSi

mesure non réalisable, poids déclaré (999 si NSP)

/_/_/_/_/ , /_/_/ kg

Perte involontaire récente de poids (au cours du dernier mois)

0 Perte de poids de plus de 3 kg

1 Ne sait pas

2 Perte de poids entre 1 et 3 kg

3 Pas de perte de poids

La personne présente-t-elle une perte d'appétit ? A-t-elle moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

0 Baisse sévère des prises alimentaires

1 Baisse modérée des prises alimentaires

2 Pas de baisse des prises alimentaires

9 NSP



Montrez à la personne l'épreuve du lever de chaise, bras croisés sur la poitrine.

Lui demander si elle se sent capable de se lever ainsi plusieurs fois sans s'aider des bras (sans s'appuyer sur les accoudoirs, la canne, le siège, la table...)

0 Ne s'en sent pas capable **1** S'en sent capable **9** NSP

Si elle s'en sent capable, demandez-lui de se lever plusieurs fois de sa chaise sans l'aide des bras (bras sur la poitrine) le plus rapidement possible. Le test s'arrête si la personne a réussi les 5 levers en 15 secondes ou moins ou si le temps excède 15 secondes (on peut arrêter la série des levers).



0 arrêt du test à 15 secondes

1 test réussi en 15 secondes ou moins

7 test stoppé en cours. Préciser les raisons :

.....

→ **Si codage 0 ou 7** : nombre de levers corrects effectués : /_/_/

Si elle ne s'en sent pas capable, demandez-lui de se lever de la chaise sans la consigne des bras croisés

- 0 Normal (Possible, sans aide des bras)
1 Adapté (Possible, en s'aidant des bras, sur les accoudoirs ou sur son aide habituelle)
2 Anormal (Impossible sans aide extérieure, ou nombreux essais nécessaires)
3 Impossible
7 Ponctuellement non évaluable → Auto-déclaré: (de 0 à 3) /_/_/

Mesure en cm de la flèche cervicale C7 (posture spontanée) : /_/_/_/, /_/_/_/

Mesure en cm de la flèche lombaire : /_/_/_/, /_/_/_/

A cocher si mesure non réalisable

De profil (avec mousse)

0 Non réalisée

1 Réalisée

S'asseoir sur une chaise

- 0 Normal (Peut s'asseoir en un seul mouvement)
1 Adapté (S'aide des bras pour se guider dans le fauteuil, ou mouvement irrégulier)
2 Anormal (Tombe dans le fauteuil, calcule mal la distance)
3 Impossible

Mesure du tour de mollet

/_/_/_/, /_/_/_/ cm

Le genou, faisant un angle de 90 degrés, le ruban est placé autour du mollet et mobilisé le long de celui-ci afin de mesurer la circonférence la plus importante. Le ruban ne doit pas comprimer les tissus sous-cutanés.

Mesure réalisée avec bas de contention

Non mesurable

SATISFACTION DE LA VIE, OPTIMISME ET SANTE COVID

Etes-vous en général satisfait(e) de votre vie actuelle ?

- 1 Pas du tout
2 Très peu
3 Peu
4 Moyennement
5 Assez
6 Plutôt
7 Tout à fait
9 NSP

Optimisme. Indiquer le degré avec lequel, pour chaque item, le code suivant représente le sentiment de la personne (cotation allant de la gauche « **pas du tout d'accord** » à la droite 4 « **fortement d'accord** »)

	Pas d'accord du tout ←————→ Fortement d'accord					NSP
	0	1	2	3	4	
1. Dans les périodes où vous vous demandez de quoi l'avenir sera fait, vous vous attendez généralement au meilleur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
2. Vous vous détendez facilement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
3. Si quelque chose risque de mal se passer pour vous. alors vous vous dites que ça va <i>vous</i> arriver (exemples : panne de chauffage. eau coupée, cambriolage dans le quartier.....)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
4. En général, vous êtes toujours optimiste sur votre avenir	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
5. Vous appréciez beaucoup vos amis, vos proches	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
6. Il est important pour vous de rester occupé(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
7. Vous ne vous attendez presque jamais à ce que les choses aillent comme vous voulez (bien pour vous)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
8. Vous ne vous énervez pas facilement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
9. Vous vous attendez rarement à ce que de bonnes choses vous arrivent	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
10. Généralement, vous vous attendez à ce qu'il vous arrive plus de bonnes choses que de mauvaises	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

Doute sur la fiabilité des réponses (compréhension des items...)

Si passation incomplète Raison principale de passation incomplète :

- 1. Difficultés de compréhension des questions
- 2. Refus (autre que digression)
- 3. Incapable intellectuellement
- 4. Incapable physiquement
- 5. Trop déprimé
- 6. Autres.....

Depuis le début de la pandémie, diriez-vous que vous avez perdu des capacités ou des aspects importants de votre vie ? Avez-vous perdu beaucoup de choses durant cette pandémie ?

0 Plutôt non 1 Plutôt oui 9 NSP

Si oui, sur quel(s) plan(s) avez-vous le plus perdu (question ouverte, à cocher selon réponse de la personne, plusieurs réponses possibles) ?

- Contacts sociaux (visite amis, famille...)
- Activités (loisirs, club, sorties, restaurants...)
- Capacités cognitives (problèmes de mémoire, de concentration, d'attention...)
- Santé, forme physique
- Moral
- Etat général (tout)
- Autre : _____

SORTIES ET CONTACTS SOCIAUX

Au cours de la semaine qui vient de s'écouler (dans les 7 jours précédents)

	<i>Non / OUI / NSP</i>	Si oui, combien de fois (99 NSP)
Etes-vous <u>sorti(e)</u> de votre domicile pour faire <u>des courses</u> (alimentaires ou pharmacie, shopping, autres commerces...) ?	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui 9 <input type="checkbox"/> NSP	/__/_/
Etes-vous <u>sorti(e)</u> de votre domicile pour voir de la <u>famille, des amis, des voisins</u> ?	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui 9 <input type="checkbox"/> NSP	/__/_/
Avez-vous <u>reçu</u> de la famille, des amis, des voisins ?	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui 9 <input type="checkbox"/> NSP	/__/_/
Avez-vous <u>fait d'autres activités/sorties</u> à l'extérieur de votre domicile (services religieux, activités en club, association...) ?	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui 9 <input type="checkbox"/> NSP	/__/_/

COGNITION

MMSE

- 1) Quel jour de la semaine sommes-nous ? / _ /
- 2) Quelle est la date d'aujourd'hui ? / _ /
- 3) En quel mois sommes-nous ? / _ /
- 4) En quelle saison sommes-nous ? / _ /
- 5) En quelle année sommes-nous ? / _ /
- 6) Où sommes-nous ici ? (Quel hôpital, quelle maison de retraite, rue, lieu-dit ...) / _ /
- 7) A quel étage sommes-nous ? / _ /
- 8) Dans quelle ville sommes-nous ? / _ /
- 9) Dans quel département sommes-nous / _ /
- 10) Dans quel pays sommes-nous ? / _ /

L'examineur doit prononcer les mots suivants au rythme de un par seconde.

En cas de difficultés, recommencer jusqu'à 5 fois

Répétez les mots suivants : **citron, clé, ballon**

- 11) 1^{er} mot cité / _ /
- 12) 2^e mot cité / _ /
- 13) 3^e mot cité / _ /

Soustraire 7 de 100 ainsi de suite.

- 14) 93 / _ _ /
- 15) 86 / _ _ /
- 16) 79 / _ _ /
- 17) 72 / _ _ /
- 18) 65 / _ _ /

Vous souvenez-vous des trois mots que vous avez répétés tout à l'heure ?

- 19) 1^{er} mot cité / _ /
- 20) 2^e mot cité / _ /
- 21) 3^e mot cité / _ /

22) Qu'est-ce que c'est que cela (montrer un crayon) / _ /

23) Qu'est-ce que c'est que cela (montrer la montre) / _ /

24) Répétez : **pas de si ni de mais** / _ /

Faire exécuter au sujet les trois ordres successifs

25) **Prenez cette feuille de papier**, / _ /

26) **pliez-la par le milieu, et** / _ /

27) **posez-la par terre** / _ /

28) Lisez ce qui est écrit et faites l'action : **fermez les yeux** / _ /

29) Ecrivez une phrase de votre choix sur cette feuille / _ /

30) Copiez ce dessin sur cette feuille / _ /

Score total sur 30 :

/ _ _ /

TICS (se référer aux consignes de passation)

Orientation temporelle	Quel est votre âge ?		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Orientation spatiale	Où êtes-vous en ce moment ?	Code postal ? N° de téléphone ?	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Mémoire <i>Ecoutez-les attentivement et essayez de les mémoriser. Quand j'aurais terminé, répétez-moi le plus de mots que vous pouvez, dans n'importe quel ordre. Je vous demanderai également de les répéter une autre fois, après d'autres exercices. Etes-vous prêt à les mémoriser ? Maintenant dites-moi les mots dont vous vous souvenez.</i>			
<i>(temps accordé : 30 secondes)</i>	Je vais vous lire une liste de 10 mots	Manteau Lapin Banane Tulipe Vélo Poupée Tenaille Violon Baleine Armoire	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Nb d'intrusions : /_/ Nb de persévérations : /_/		
Mémoire de travail	Pouvez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Mémoire sémantique	Quel instrument utilise-t-on pour découper le papier ? Quelle est la plante verte épineuse que l'on trouve dans le désert ? Qui est le Président de la République actuel ? Qui était le Président précédent ? Quel est l'opposé de l'Est ? De quel animal vient la laine ?	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Rappel différé <i>(temps accordé : 30 secondes)</i>	Répétez maintenant la liste de 10 mots que je vous ai lue tout à l'heure	Manteau Lapin Banane Tulipe Vélo Poupée	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

		Tenaille	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		Violon	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		Baleine	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		Armoire	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Nb d'intrusions :	/_/_/		
	Nb de persévérations :	/_/_/		
Langage	Dites « L'élève a résolu un problème compliqué »		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Maintenant je vais vous demander de taper 5 fois sur la table			0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Score total			/_/_/	

<i>Tests non passés ou non complet (0=non ; 1=oui) /_/_/</i>	<i>Incident au cours du test (0=non ; 1=oui) /_/_/</i>
<i>Refus (autre que digression) /_/_/</i>	<i>Interruption parasite /_/_/</i>
<i>Incapable intellectuellement /_/_/</i>	<i>(téléphone, famille, animal domestique)</i>
<i>Incapable physiquement /_/_/</i>	<i>Digression de la personne au cours du test* /_/_/</i>
<i>Autre (précisez) : _____ /_/_/</i>	<i>* si cela se produit, ne pas arrêter et dire de reprendre le test, si la digression dure trop longtemps, arrêter le test</i>

Fluence verbale (set test Isaacs)

15" 30" 60"

Couleurs /_/_/_/ /_/_/_/ /_/_/_/

.....
.....
.....
.....
.....

Répétitions non conscientes /_/_/_/ Répétitions avec doute /_/_/_/ Intrusions /_/_/_/

Animaux /_/_/_/ /_/_/_/ /_/_/_/

.....
.....
.....
.....
.....

Répétitions non conscientes /_/_/_/ Répétitions avec doute /_/_/_/ Intrusions /_/_/_/

Fruits /_/_/_/ /_/_/_/ /_/_/_/

.....
.....
.....
.....
.....

Répétitions non conscientes /_/_/_/ Répétitions avec doute /_/_/_/ Intrusions /_/_/_/

Villes

/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /

.....

.....

.....

.....

.....

Répétitions non conscientes / _ / _ /

Répétitions avec doute / _ / _ /

Intrusions / _ / _ /

<i>Tests non passés ou non complet (0=non ; 1=oui) / _ /</i>	<i>Incident au cours du test (0=non ; 1=oui) / _ /</i>
<i>Refus (autre que digression) / _ /</i>	<i>Interruption parasite / _ /</i>
<i>Incapable intellectuellement / _ /</i>	<i>(téléphone, famille, animal domestique)</i>
<i>Incapable physiquement / _ /</i>	<i>Digression de la personne au cours du test* / _ /</i>
<i>Autre (précisez) : _____ / _ /</i>	<i>* si cela se produit, ne pas arrêter et dire de reprendre le test, si la digression dure trop longtemps, arrêter le test</i>

Trail Making - épreuve 1

Notez la séquence en clair :

Codez la séquence en ligne :

Nombre de bons déplacements : /_/_/_/

Nombre de mauvais déplacements : /_/_/_/

Temps total : /_/_/_/ minutes /_/_/_/ secondes

Tests non passés ou non complet (0=non ; 1=oui) /_/_/	Incident au cours du test (0=non ; 1=oui) /_/_/
Refus (autre que digression) /_/_/	Interruption parasite /_/_/
Incapable intellectuellement /_/_/	(téléphone, famille, animal domestique)
Incapable physiquement /_/_/	Digression de la personne au cours du test* /_/_/
Autre (précisez) : _____ /_/_/	* si cela se produit, ne pas arrêter et dire de reprendre le test, si la digression dure trop longtemps, arrêter le test

Trail Making - épreuve 2

Notez la séquence en clair :

Codez la séquence en ligne :

Nombre de bons déplacements : /__/_/

Nombre de mauvais déplacements : /__/_/

Temps total : /__/_/ minutes /__/_/ secondes

<i>Tests non passés ou non complet (0=non ; 1=oui) /__/_/</i>	<i>Incident au cours du test (0=non ; 1=oui) /__/_/</i>
<i>Refus (autre que digression) /__/_/</i>	<i>Interruption parasite /__/_/</i> <i>(téléphone, famille, animal domestique)</i>
<i>Incapable intellectuellement /__/_/</i>	<i>Digression de la personne au cours du test* /__/_/</i>
<i>Incapable physiquement /__/_/</i>	<i>* si cela se produit, ne pas arrêter et dire de reprendre le</i>
<i>Autre (précisez) : _____ /__/_/</i>	<i>test, si la digression dure trop longtemps, arrêter le test</i>

AUTONOMIE

Que signifie être autonome pour une personne de votre âge ?

.....

.....

.....

Et vous, vous considérez-vous autonome ?

0 Plutôt Non 1 Plutôt oui 9 NSP

Eprouvez-vous actuellement des difficultés à vous déplacer ?

- 1 Confinement au lit ou au fauteuil
- 2 Confinement au domicile
- 3 Confinement au voisinage ou au quartier
- 4 Simple difficulté pour utiliser un moyen de transport
- 5 Aucune restriction
- 9 NSP

Echelle de Rosow et Breslau

Lesquelles des tâches suivantes pouvez-vous encore faire sans aide ?

Marcher entre 500 m et 1 km

0 Non 1 Oui 9 NSP

Monter et descendre un escalier de 2 étages

0 Non 1 Oui 9 NSP

IADL (pas en EHPAD)

Cochez la réponse qui correspond le mieux aux performances du sujet, servez-vous des exemples pour affiner la réponse et vous assurer de sa fiabilité.

Capacité à utiliser le téléphone

- 1 Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros etc...
- 2 Je compose un petit nombre de numéros bien connus
- 3 Je répons au téléphone mais n'appelle pas
- 4 Je suis incapable d'utiliser le téléphone

Faire les courses

- 1 Je fais toutes mes courses de façon indépendante
- 2 Je fais seulement les petits achats tout (e) seul (e)
- 3 J'ai besoin d'être accompagné (e), quelle que soit la course
- 4 Je suis totalement incapable de faire les courses

Préparation des repas

- 1 Je prévois, prépare et sers des repas de façon indépendante
- 2 Je les prépare si on me fournit les ingrédients
- 3 Je suis capable de réchauffer des plats déjà préparés
- 4 J'ai besoin qu'on me prépare et serve les repas

Entretien de la maison

- 1 J'entretiens la maison seul(e) ou avec une aide occasionnelle, par exemple pour les gros travaux
- 2 Je ne fais que les petits travaux d'entretien quotidiens (vaisselle, lit, petit bricolage ...)
- 3 Je fais les petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant
- 4 J'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison
- 5 Je ne peux pas participer du tout à l'entretien de la maison

Lessive

- 1 Je fais toute ma lessive personnelle ou la porte moi-même au pressing
- 2 Je lave les petites affaires
- 3 Toute la lessive doit être faite par d'autres

Moyen de transport

- 1 Je peux voyager seul (e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture).
- 2 Je peux me déplacer seul (e) en taxi, pas en autobus.
- 3 Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné (e).
- 4 Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e).
- 5 Je ne me déplace pas du tout.

Responsabilité pour la prise des médicaments

- 1 Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire
- 2 Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- 3 Je suis incapable de les prendre de moi-même

Capacité à gérer son budget

- 1 Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...)
- 2 Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses)
- 3 Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

ADL

Pour chacune des activités fonctionnelles, cochez la description qui s'applique, servez-vous des exemples pour affiner la réponse et vous assurer de sa fiabilité.

Toilette : (lavabo, bain ou douche)

0

- besoin d'aucune aide.
- 1 besoin d'aide pour une partie du corps (dos ou jambes ou pieds).
- 2 besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.

Habillage : *(Prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise boutons et fermeture éclair)*

- 0 besoin d'aucune aide.
- 1 besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures.
- 2 besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou reste partiellement ou complètement déshabillé(e).

Aller aux W.C. : *(Pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)*

- 0 besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.C. : canne, fauteuil roulant ..., utilise lui-même le bassin).
- 1 besoin d'une aide.
- 2 ne va pas aux W.C.

Transferts

- 0 besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).
- 1 besoin d'une aide.
- 2 ne quitte pas le lit.

Continence

- 0 contrôle complet des urines et des selles.
- 1 accidents occasionnels.
- 2 incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.

Alimentation

- 0 besoin d'aucune aide.
- 1 besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain.
- 2 besoin d'aide complète ou alimentation artificielle.

Cochez en cas de doute sur la fiabilité des réponses aux ADL – IADL

SANTE MENTALE

Echelle de la CESD-20 items

Durant la semaine écoulée ...

*Jamais ou très
rarement* *Occasionnellement* *Assez souvent* *Fréquemment,
tout le temps*

1. J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
13. J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
17. J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Score total /__/__/				

Echelle STAI état

Actuellement, juste en ce moment,

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Vous sentez-vous tendu(e), crispé(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous sentez-vous tranquille, bien dans votre peau	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Vous sentez-vous ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous sentez-vous content(e)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Vous sentez-vous à votre aise, vous sentez-vous bien	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Vous sentez-vous nerveux (nerveuse), irritable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous sentez-vous décontracté(e), détendu(e)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Vous sentez-vous satisfait(e)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Vous sentez-vous inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous ne savez plus où vous en êtes, vous sentez-vous déconcerté(e), dérouté(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

SANTE PHYSIQUE

Actuellement êtes-vous suivi(e) par votre médecin ou traité pour :	0 Non / 1 Oui / 9 NSP
Diabète	/ /
Hypertension artérielle	/ /
Angine de poitrine	/ /
Insuffisance cardiaque	/ /
Troubles du rythme cardiaque	/ /
Maladie de Parkinson	/ /
Arthrose	/ /
Maladie oculaire (DMLA, Glaucome...)	/ /
Maladie respiratoire chronique	/ /
Cancer	/ /
Si Oui, quelle(s) étai(en)t la(es) localisation(s) de cancer ?	
<input type="checkbox"/> digestif	/ /
<input type="checkbox"/> poumon	/ /
<input type="checkbox"/> prostate (pour l'homme uniquement)	/ /
<input type="checkbox"/> sein	/ /
<input type="checkbox"/> autre. Précisez :	/ /
Autres. Précisez :	/ /

Avez-vous un pacemaker (pile au coeur) ?

0 Non 1 Oui 9 NSP

Si oui, depuis quand (année de la pose) : /_/_/ /_/_/ /_/_/

Au cours des 3 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs infarctus du myocarde ?

0 Non 1 Oui 9 NSP

Si Oui : Avez-vous été hospitalisé(e) pour ce problème ?

0 Non 1 Oui 9 NSP

Si Oui : date de votre dernière hospitalisation pour cette maladie ?

..... /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ (mois/années)

Dans quel établissement avez-vous été hospitalisé ?

.....

Au cours des 3 dernières années, avez-vous eu une ou plusieurs crises d'angines de poitrine ?

0 Non 1 Oui 9 NSP

Si Oui : Avez-vous été hospitalisé(e) pour ce problème ?

0 Non 1 Oui 9 NSP

Si Oui : date de votre dernière hospitalisation pour cette maladie ?

..... /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ (mois/années)

Dans quel établissement avez-vous été hospitalisé ?

.....

Au cours des 3 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs accidents vasculaires cérébraux (congestions cérébrales, attaques) ?

0 Non 1 Oui 9 NSP

Si Oui : Avez-vous été hospitalisé(e) pour ce problème ?

0 Non 1 Oui 9 NSP

Si Oui : date de votre dernière hospitalisation pour cette maladie ?

..... /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ (mois/années)

Dans quel établissement avez-vous été hospitalisé ?

.....

Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 3 dernières années (depuis le début de la pandémie) ?

- 0 Non 1 Oui 9 NSP

→ **Si Oui**, indiquez-le ou les diagnostic(s) :

Code CIM 10

.....	/_/_/_/_/_/
.....	/_/_/_/_/_/
.....	/_/_/_/_/_/
.....	/_/_/_/_/_/
.....	/_/_/_/_/_/
.....	/_/_/_/_/_/

Etes-vous essoufflé(e) ?

- 1 Dans aucune des circonstances ci-dessous,
- 2 Oui pour des efforts importants (monter plusieurs étages)
- 3 Oui pour des efforts mineurs (marcher à la même vitesse qu'une personne du même âge)
- 4 Oui pour les activités de la vie courante (toilette, habillage ...)
- 5 Couché(e) en permanence
- 9 NSP

Cécité totale 0 Non 1 Oui 9 NSP

Si pas aveugle, mesure de la vision de près avec le Test de Parinaud (la lecture se fait à 33 cm, avec la correction habituelle)

/_/_/_/_/ , /_/_/ (0 si aucun niveau lu)

De loin, reconnaissance d'un visage familier à 4 mètres (avec lunettes ou lentilles, si vous les portez)

0 Non **1** Oui sans difficulté **2** Oui avec difficulté **9** NSP

Entendez-vous ce qui se dit dans une conversation (si besoin avec l'aide de votre appareil auditif) ?

- 1 Oui, sans difficulté, même s'il y a plusieurs personnes
- 2 Oui s'il n'y a qu'une personne qui parle, même normalement
- 3 Oui, s'il n'y a qu'une personne qui parle, et si elle parle fort
- 4 Sans objet : surdité complète
- 9 NSP

Portez-vous une prothèse auditive ?

- 0 Non 1 Oui 9 NSP

Peur de tomber : *Nous aimerions vous poser quelques questions qui ont pour but de déterminer si dans les situations suivantes vous ressentez de l'inquiétude face à la possibilité de tomber.*

	Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Assez inquiet	Très inquiet	NSP
Vous habiller et vous déshabiller	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Prendre une douche ou un bain	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Vous lever d'une chaise ou vous assoir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Monter ou descendre des escaliers	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Descendre ou monter une pente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Sortir (pour par ex. services religieux, réunion de famille, club, association)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

A cocher si non évaluable (personne confinée au lit)

Avez-vous fait une chute au cours des 3 dernières années (depuis le début de la pandémie) ?

0 Non 1 Oui 9 NSP

Si oui, à quelle fréquence chutez-vous ?

- 3 Toutes les semaines
- 2 Une fois par mois
- 1 Quelques fois, rarement
- 0 Jamais
- 9 NSP

Douleurs

D1. Par rapport aux personnes de votre âge, considérez-vous que vous avez...

- 3 Plus de douleurs
- 2 Autant de douleurs
- 1 Moins de douleurs que les autres

Considérez-vous qu'il est normal d'avoir des douleurs à votre âge ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 NSP

D2. En avez-vous parlé à votre médecin ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 7 Pas de douleurs
- 9 NSP

D2.1. Si oui, considérez-vous que votre douleur a été prise en compte ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 NSP

D2.2. A-t-elle été améliorée, atténuée ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 NSP

D3.A. Actuellement, souffrez-vous d'une ou de plusieurs douleur(s) ressenties tous les jours ?

- 0 Non → **Le questionnaire douleur est terminé. Merci**
- 1 Oui
- 9 NSP

D3.B. Depuis combien de temps, souffrez-vous de douleur(s) ressentie(s) tous les jours ?

- 0 Moins de 3 mois → **Le questionnaire douleur est terminé. Merci**
- 1 3 mois ou plus
- 9 NSP

D9. Répercussion de(s) douleurs (chroniques) sur la vie quotidienne : A renseigner uniquement pour les sujets douloureux chroniques (ayant répondu oui à la question D3.A et « 3 mois ou plus » à la question D3.B.

Indiquez sur l'échelle le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec votre vie quotidienne :

Si aucune douleur ressentie au cours des 7 derniers jours, encrer «0» pour chaque item

	N'interfère pas						Interfère complètement					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Activité générale	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Humeur, moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Capacité à marcher	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Travail (ménage, réparation, entretien du jardin...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Relations avec les autres	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Sommeil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Goût de vivre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Soins personnels (se laver, s'habiller, mettre leurs chaussettes, se chausser...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Activités récréatives, de loisir (activité physique, jardinage-loisir, promenade, bricolage-loisir, jeux de carte, lecture...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Activités sociales (aller au restaurant, ciné, événements familiaux, animations proposées par le club senior (ex : repas de Noël), culte...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

En quelques mots, pourriez-vous nous indiquer ce qui compte le plus pour vous dans votre vie actuellement ? (choix de vie, activités, moments partagés, relations...)

.....

.....

.....

Considérez-vous que votre état (santé, physique, moral...) vous permet de continuer à faire ce qui compte le plus pour vous ?

- 3 **Totalement**
- 2 **Plutôt oui**
- 1 **Plutôt non**
- 0 **Absolument pas**
- 9 **NSP**

Considérez-vous que votre environnement de vie (votre maison, votre quartier, votre entourage, etc.) vous permet de continuer à faire ce qui compte le plus pour vous ?

- 3 **Totalement**
- 2 **Plutôt oui**
- 1 **Plutôt non**
- 0 **Absolument pas**
- 9 **NSP**

Quels médicaments prenez-vous en ce moment, de façon quotidienne ou presque ? Indiquez ci-dessous le nom des spécialités :

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....
- 11.....
- 12.....
- 13.....
- 14.....
- 15.....
- 16.....
- 17.....
- 18.....
- 19.....
- 20.....

Nombre de médicaments

 / /

PARTIE RESERVEE A LA PSYCHOLOGUE

Les réponses aux différentes questions ont-elles été données

- 1 Par le sujet
- 2 Par le sujet aidé d'un proche
- 3 Par un proche seul
- 4 Autre. Précisez

Les réponses vous semblent-elles globalement

- 1 Plutôt fiables
- 2 Moyennement fiables
- 3 Peu fiables
- 4 Pas d'avis

Si l'entretien est incomplet, précisez la raison

- 1 Sujet fatigué
- 2 Entretien trop difficile
- 3 Refus du sujet
- 4 Interruption par une raison extérieure
- 5 Autre. Précisez

Si la CES-D est incomplète, précisez la raison

- 1 Car personne trop déprimée
- 2 Car incapacité intellectuelle
- 3 Autre. Précisez

Impression clinique globale :

Cognitive **0** **Normal** **1** **MCI** **2** **Démence**

Si **déficits cognitifs**, sont-ils à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent-ils un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur **0** **Non** **1** **Oui**

Sélectionné(e) par la psychologue **0** **Non** **1** **Oui**

COMMENTAIRES PSYCHOLOGUE

**ETUDE PACO24 - RESIDENTS EN EHPAD
(QUESTIONNAIRE SOIGNANTS)**

Numéro dossier /_/_/_/_/_/_/_/_		
Situation familiale actuelle ?	1 En couple / 2 Veuf / 3 Célibataire / 4 Séparé / 5 Autre / 9 NSP	/_/_/
Covid-19		
A eu le Covid-19	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/_/_/
Si oui, a été hospitalisé	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/_/_/
Si oui, s'en est-il bien remis	0 Non / 1 Oui, mais a pris du temps 2 Oui rapidement / 9 NSP	/_/_/
Vacciné	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/_/_/
Depuis le début de la pandémie, diriez-vous que la personne a perdu des capacités, des aspects importants de sa vie ?	0 Plutôt non / 1 Plutôt oui / 9 NSP	/_/_/
Si oui, lesquelles ?	Contacts sociaux (visite amis, famille...) Activités (loisirs, club, sorties, restaurants...) Capacités cognitives (mémoire, concentration, attention...) Santé, forme physique Moral Etat général (tout) Autre : _____	/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/
Santé physique		
Poids (en Kg)		/_/_/_/_/
Perte involontaire récente de poids (au cours du dernier mois)	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/_/_/
Perte d'appétit récente (ces 3 derniers mois)	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/_/_/
Etat de santé actuel	1 Très bon / 2 Bon / 3 Moyen / 4 Mauvais / 5 Très mauvais / 9 NSP	/_/_/
Maladies chroniques	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/_/_/
Hospitalisation dans les 3 ans	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/_/_/
Si oui précisez le(s) motif(s)	
Dyspnée	0 Plutôt non / 1 Plutôt oui / 9 NSP	/_/_/
Gênes visuelles significatives	0 Plutôt non / 1 Plutôt oui / 9 NSP	/_/_/
Gênes auditives significatives	0 Plutôt non / 1 Plutôt oui / 9 NSP	/_/_/
Prothèse auditive	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/_/_/
A visiblement peur de chuter	0 Plutôt non / 1 Plutôt oui / 9 NSP	/_/_/
Chute dans les 3 ans	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/_/_/
Si oui, fréquence	0 Occasionnellement / 1 Souvent / 9 NSP	/_/_/

Douloureux chronique (tous les jours depuis un certain temps)	2 Oui très douloureux / 1 Oui un peu / 0 Plutôt non / 9 NSP	/__/
Si oui répercussion sur la vie quotidienne	0 Plutôt non / 1 Plutôt oui / 9 NSP	/__/
Nb de médicaments		____/
Etat cognitif et mental		
MMSE Score (99 si instable)		____/
Etat cognitif	0 Pas de troubles / 1 Troubles cognitifs sans démence / 2 Démence / 9 NSP	/__/
Santé mentale (au cours de la semaine écoulée)		
Déprimé	0 Plutôt non / 1 Plutôt oui / 9 NSP	/__/
Seul	0 Plutôt non / 1 Plutôt oui / 9 NSP	/__/
Triste	0 Plutôt non / 1 Plutôt oui / 9 NSP	/__/
Anxieux	0 Plutôt non / 1 Plutôt oui / 9 NSP	/__/
Autonomie : capable de...		
Marcher (500 m et 1 km)	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/__/
Monter et descendre un escalier de 2 étages	0 Non / 1 Oui / 9 NSP	/__/
Faire sa toilette	0 Oui / 1 Besoin d'aide / 2 Non / 9 NSP	/__/
S'habiller	0 Oui / 1 Besoin d'aide / 2 Non / 9 NSP	/__/
Utiliser les WC	0 Oui / 1 Besoin d'aide / 2 Non / 9 NSP	/__/
Faire les transferts lit-fauteuil	0 Oui / 1 Besoin d'aide / 2 Non / 9 NSP	/__/
S'alimenter	0 Oui / 1 Besoin d'aide / 2 Non / 9 NSP	/__/
Continent	0 Oui / 1 Accidents occasionnels / 2 Incontinence totale / 9 NSP	/__/
Groupe GIR (1 à 6)		/__/