

# Communications orales et affichées

## Jeudi 3 avril

### SYMPOSIUM

#### **S2 - Place des Hôpitaux de Jour Gériatriques dans le repérage et la prise en charge de la fragilité (Session de l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Agées)**

J.-M. Michel

(Hôpitaux Civils de Colmar - Pôle de Gériatrie Clinique, Colmar, France)

#### *Communication 1*

#### **Repérage de la fragilité en soins primaires : utilisation de la grille du Gérontopôle de Toulouse dans le 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris**

F. Raimbault, S. Lacaille, A. Raynaud-Simon

(Service de Gériatrie – Hôpital Bichat – APHP Paris)

Contexte : D'après les données de la littérature, les sujets âgés fragiles sont plus à risque de chutes, de déclin fonctionnel, d'institutionnalisation, de décès et présente une diminution de leur qualité de vie. En l'absence de bio-marqueurs objectifs, la définition du syndrome de fragilité relève d'arguments médico-psycho-sociaux, sans consensus établi. Ceci complique son repérage, en particulier en soins primaires. Comment proposer des interventions efficaces sans pouvoir repérer les sujets cibles? Le Gérontopôle de Toulouse a élaboré une grille de repérage de la fragilité, proposée en soins primaires par la SFGG et l'HAS. Cette grille comporte 6 items s'intéressant à l'isolement social, la perte de poids, l'asthénie, les difficultés à la marche, la plainte mnésique et la vitesse de marche. Une question dite d'«évaluation subjective», où le médecin donne son impression sur la fragilité de son patient, complète la grille. Cet outil a été largement utilisé par les médecins généralistes après un travail rapproché avec le Département Universitaire de Médecine Générale du CHU de Toulouse, dans le cadre de l'expérimentation de la « Plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance ». Face au projet de développement de l'Hôpital de Jour d'évaluation gériatrique des Hôpitaux Bichat-Bretonneau (PARIS), nous souhaitions savoir si cet outil pouvait être aisément utilisé par les médecins généralistes afin de repérer la fragilité parmi leur patientèle âgée. L'appréhension des attentes et des besoins de ces médecins en matière de fragilité a également été recherchée. Matériel et Méthode : Objectif principal : évaluer la mise en place d'un dispositif de repérage de la fragilité par les médecins généralistes du 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris (utilisation de la grille de repérage de la fragilité du Gérontopôle de Toulouse). Objectifs secondaires: 1/ évaluer les attentes des médecins généralistes en terme de fragilité 2/ évaluer les difficultés liées à

l'utilisation de l'outil de repérage proposé 3/ évaluer la prévalence des sujets âgés fragiles vus en consultation de médecine générale, dans le 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Méthode : Etude prospective de mi septembre à mi octobre 2013, auprès des médecins généralistes du 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Chacun des médecins a été contacté par téléphone et par courrier de juillet à aout 2013 afin de lui proposer de participer. A l'issue d'une brève présentation du projet à leur cabinet médical, 30 grilles de repérage de la fragilité élaborée par le Gérontopôle de Toulouse ont été remis à chacun des praticiens ayant confirmés leur participation. Les médecins ont complété la grille de repérage de la fragilité pour leurs patients âgés de plus 70 ans ; autonomes (ADL 6/6) et à distance d'une pathologie aiguë. Au terme de la période de recueil, une évaluation qualitative de la grille de repérage sous forme d'un questionnaire leur a été remise. Celui ci porte sur les connaissances des médecins sur la fragilité, leurs attentes, leurs besoins et les difficultés rencontrées lors de l'utilisation de cet outil. Résultats : 16 médecins généralistes sur les 102 de l'arrondissement ont accepté de participer, et ont complété un total de 100 grilles de repérage de la fragilité, soit une moyenne de 6.25 grilles remplies par médecin. Présence d'au moins un «oui» sur les 6 items de la grille pour 87 patients. Les médecins généralistes ont répondu à la question «subjective» (« Votre patient vous paraît-il fragile ? ») dans 82 cas. Pour 5 patients, les médecins ne se sont pas prononcés. Dans près des 2/3 de ces cas (54 « non » soit 65,8%), le praticien considère son patient comme non fragile, et dans près d'un tiers des cas (27 «oui» soit 32,9%) l'impression de fragilité était confortée, justifiant alors une proposition d'évaluation en HDJ de gériatrie. Sur les 27 patients repérés comme fragile par leur médecin généraliste, 16 (soit 59,3%) accepteraient une évaluation en HDJ, contre 11 refus (soit 40,7%). Les questionnaires portant sur l'évaluation qualitative par les médecins de la grille proposée est en cours d'analyse : les données seront communiquées au plus vite. Conclusion : La grille de repérage de la fragilité de Toulouse semble facilement utilisable en pratique courante de médecine générale. L'utilisation de cet outil par un nombre restreint de médecins durant un mois, a permis de repérer 27 patients supposés fragiles. La programmation d'un Hôpital de Jour de prévention de la Dépendance pour 16 d'entre eux aurait été indiquée. Ces résultats encourageants invitent à une collaboration entre les généralistes et les gériatres autour de la fragilité. Cela permettra la mise en place rapide au sein de notre Hôpital de Jour de programmes de prévention de la dépendance pour cette population repérée comme fragile.

**Communication 2****Fragilité et hôpital de jour gériatrique : lien avec la polyopathie et la dépendance. Etude monocentrique prospective**

M. Debray, G. Bouchet, M. Allard-Reynier, B. Moreaux, V. Peuchet  
(Pôle de Gériatrie, Centre Hospitalier, Annecy)

Polypathologie, dépendance et fragilité sont 3 termes communément utilisés pour identifier le sujet âgé vulnérable. La fragilité est décrite comme un état de diminution des réserves physiologiques s'accompagnant d'une vulnérabilité particulière aux situations de stress. Différentes définitions phénotypiques de la fragilité ont été proposées avec actuellement 2 grandes écoles. La première approche est multidimensionnelle prenant en compte le cumul des déficits et incapacités de la personne, approche développée entre autre par Rockwood. La deuxième approche est centrée sur le composant moteur et a été privilégiée par Fried & al qui valident en 2001 un phénotype de la fragilité basé sur la force musculaire, la perte de poids, l'épuisement, l'activité physique, la vitesse de marche. Fried montre que la fragilité se différencie malgré des recouvrements, des états polypathologiques et de la dépendance même si chacun de ces 3 états semblent s'exacerber mutuellement. Les hôpitaux de jour gériatriques (HDJ) MCO représentent une alternative à l'hospitalisation conventionnelle pour des patients âgés souvent polypathologiques et/ou dépendants. Ils constituent des lieux privilégiés de prévention basée sur l'évaluation gériatrique multidisciplinaire. Nous avons rapporté sur une étude de 2008 une prévalence de la fragilité dans notre structure d'HDJ MCO d'Annecy de 28.3% selon les critères de Fried. Nous rapportons ici les liens entre fragilité dépendance et polyopathie dans cette cohorte. Méthode : étude de cohorte prospective des patients admis en hospitalisation de jour MCO de gériatrie d'Annecy entre mars et juillet 2008. Recueil des données de l'évaluation gériatrique (équilibre et marche, nutrition, comorbidités, fonctions cognitives, dépendance, environnement social). Evaluation des 5 critères de fragilités de Fried. La dépendance est évaluée pour les 6 ADL par une échelle allant de 6 (pas de dépendance) à 30 (dépendance totale) et pour les 8 IADL par une échelle allant de 8 (pas de dépendance) à 32 (dépendance totale). Les patients sont dits dépendants pour les ADL si le score aux ADL est supérieur ou égal à 8/30. De la même façon pour les IADL si le score est supérieur à 10/32. Le caractère polypathologique est défini par un CIRS composite égal ou supérieur à 2. Résultats: 261 patients (données exploitables pour 240 patients), 80.9 ans de moyenne d'âge. 82.8% des patients vivent à domicile. 28.3 % fragile. 46.3% préfragiles 25.4% robustes. Prévalence de la polyopathie: 77.4% des patients, dépendance 72.4% (ADL) et 89.3% (IADL). Tous les patients fragiles sont soit polypathologiques soit dépendants ou bien les 2. Pour les personnes pré fragiles, 9 % sont uniquement pré fragiles et non dépendants ou polypathologiques. La poly pathologie est significativement plus élevée (85.3%) dans le groupe des fragiles comparativement aux robustes (63,9 %). La dépendance est plus importante chez les patients fragiles. Seules 7 personnes parmi les fragiles (10,3 %) étaient considérées comme autonomes. Conclusion : dans une population d'HDJ MCO gériatrique marquée d'une forte prévalence de la polyopathie et de la dépendance, la recherche des critères de fragilité permet d'identifier une sous population probablement particulièrement à risque d'une évolution défavorable. L'identification de cette population particulière pourra conduire à renforcer le suivi de la mise en œuvre des recommandations préventives proposées à ces patients particulièrement vulnérables.

**Communication 3****Repérage de la fragilité chez les patients admis en Hôpital de Jour Gériatrique : état des lieux en 2014. Enquête de l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Agées (APHJPA)**

S. Lacaille, F. Bonté, L. Volpe-Gillot, M. Debray, D. Strubel, M.H. Coste, J.M. Michel, N. Michel-Laaengh, X. de Pétigny  
(Service de Gériatrie – Hôpital Bichat, Paris)

Contexte : Les Hôpitaux de Jour Gériatriques (HDJ), MCO et SSR, prennent en charge des personnes âgées, vivant à leur domicile. Cette population est très hétérogène en terme d'autonomie, de comorbidités, et probablement de fragilité. Une étude monocentrique faite à Annecy sur un effectif limité, montre que 28,3% des patients accueillis dans un HDJ MCO sont fragiles selon le phénotype de Fried. La fragilité devrait inciter à renforcer le suivi de ces patients et la mise en place effective des recommandations issues de l'évaluation gériatrique. L'objectif de cette étude est de confirmer la prévalence des fragiles dans la population prise en charge dans les Hôpitaux de Jour gériatriques et de décrire les niveaux de dépendance et de comorbidités de cette population. Méthode: - Objectif principal : évaluer la prévalence de la fragilité chez les patients admis en HDJ Gériatrique en France en 2014. - Objectifs secondaires : 1. Évaluer les liens entre polyopathie, dépendance et fragilité; 2. Évaluer de manière qualitative les limites des outils de diagnostic de la fragilité dans cette population; - Méthode : enquête prospective dans 10 Hôpitaux de Jour français, MCO, SSR et mixte. Les 20 premiers patients vus dans chaque HDJ à partir du 14 janvier 2014 seront pris en compte. La fragilité est évaluée par 2 méthodes : la mesure des 5 critères de FRIED (perte de poids involontaire, sensation subjective d'épuisement, niveau d'activité physique, vitesse de marche sur 4 mètres, force musculaire) et l'utilisation de la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment), actuellement en cours de validation comme outil de repérage de la fragilité à domicile par les réseaux gérontologiques. La prévalence de la fragilité sera mesurée selon les 2 outils, en recherchant une corrélation avec la comorbidité et la dépendance et en évoquant les difficultés rencontrées dans l'utilisation de ces outils en HDJ. Résultats: 200 patients seront évalués. Les premiers résultats seront disponibles le 15 février 2014 et seront transmis avant publication des abstracts. Conclusions: cette étude descriptive est une première étape indispensable à une réflexion plus poussée sur la place des HDJ dans la prise en charge de la fragilité. Un travail sur la validité des outils de repérage de la fragilité en HDJ est indispensable : les outils et les programmes de prévention de la dépendance doivent probablement être réfléchis différemment, chez les patients fragiles ou pré fragiles autonomes, et chez les patients fragiles dépendants ou avec des comorbidités sévères.

**S5 - La mise en place de consultations de repérage de la fragilité chez le sénior**

A. Rieucou, F. Bozon-Auclair, M. Gmiz, A. L'Aumonier, R. Durand, S. Lakroun, F. Menasria, I. Fromentin  
(Service de Gériatrie Ambulatoire, Hôpital Emile Roux, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, APHP, Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé – EA 4057, Université Paris Descartes, Boulogne Billancourt)

Au cours de ces trois dernières années, deux consultations dont l'objectif est de repérer et de prendre en charge les facteurs de

fragilité des personnes vieillissantes ont vu le jour au sein du Service de Gériatrie Ambulatoire de l'Hôpital Emile Roux. La première, appelée consultation « vieillir avec succès » repère les facteurs de fragilité des personnes consultants. La seconde, centrée sur la population particulière que sont « les aidants familiaux », leur propose, à l'issue du repérage des facteurs de fragilité, une prise en charge psychologique. L'objet du symposium proposé ici est d'illustrer trois des différentes composantes de ces consultations en abordant la fragilité selon la spécialisation des différents intervenants : « Relations entre qualité de vie et fonctionnement cognitif chez les personnes « pré-fragiles », « Repérer la fragilité chez l'aidant familial », et « La consultation diététique et sportive dans la prévention de la fragilité ».

### Communication 1

#### Relations entre qualité de vie et fonctionnement cognitif chez les personnes « pré-fragiles »

F. Bozon-Auclair

(Service de Gériatrie Ambulatoire, Hôpital Emile Roux, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, APHP, Paris)

Contexte : Le vieillissement normal correspond à une période de la vie qui peut être le prémisses à une certaine fragilité. La notion de fragilité en gériatrie est conçue, comme « un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante » (Trivalle, 2000). Certaines études montrent que l'humeur et le niveau de qualité de vie ressenti par les personnes vieillissantes influencent leur fonctionnement cognitif. Dans cette étude, nous mettons en relation, comme facteurs de fragilité potentiels, les dimensions de qualité de vie que sont la perception qu'ont les patients de leur santé psychique, physique et cognitive et leur profil neuropsychologique. Méthode : Les données de cette étude sont recueillies auprès de 222 patients de la consultation « vieillir avec succès ». Nous analysons, conjointement au facteur âge : - Six dimensions cognitives : efficacité cognitive générale (MMSE), troubles exécutifs et frontaux (BREF), Attention et vitesse de traitement (test de Stroop, version Grefex : scores d'interférence et de lecture), mémoire épisodique (cinq mots de Dubois) et visuo-construction (Horloge); - Six mesures de qualité de vie : quatre dimensions issues de l'IOWA (score total, balance émotionnelles, échelle de statut cognitif et échelle de santé physique), le score de dépression (GDS) et l'existence, ou non, d'une plainte mnésique. Résultats : Les participants préoccupés par leur vieillissement ont un fonctionnement cognitif normal (MMS=29, ET=1) et leur âge médian est de 62 ans. Dans deux tiers des cas, il s'agit de femmes (68%) et le niveau d'étude des patients est dans 63% des cas, supérieur ou égal au baccalauréat. Les résultats montrent d'une part, que le profil des plaintes relatives à l'humeur (dépression vs. anxiété) varie au cours du vieillissement. D'autre part, l'analyse corrélationnelle montre que : - Pour les personnes sans plainte, le vieillissement corrèle avec la vitesse de traitement et les capacités attentionnelles, tel qu'il est classiquement décrit dans la littérature; - Pour les personnes ayant au moins une plainte, le vieillissement corrèle avec la vitesse de traitement et l'échelle de santé physique. Les scores de qualité de vie issus de l'IOWA corréleront chacun avec le MMS et sont interprétés comme un index de pré-fragilité cognitive. Conclusions : Le suivi des patients présentant au moins une plainte est nécessaire car les signes de pré-fragilité identifiés pourraient être reliés à une prédisposition à un futur déclin cognitif.

### Communication 2

#### Repérer la fragilité chez l'aidant familial

A. Rieucan

(Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé – EA 4057, Université Paris Descartes, Boulogne Billancourt; Service de Gériatrie Ambulatoire, Hôpital Emile Roux, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, APHP, Paris, France)

Contexte : Les premiers travaux ayant étudié le vécu des aidants familiaux se sont centrés sur la notion de fardeau (Braitwaite, 1992). De nombreux auteurs ont par la suite opposé ces répercussions négatives à des bénéfices secondaires retirés dans la relation d'aide (Fortinsky et al., 2002). Il existe ainsi des différences interindividuelles importantes, aussi bien dans les aspects positifs que négatifs relatifs au rôle d'aidant (Buyck et al., 2011). Différences qu'il est nécessaire d'objectiver. Méthode : Notre étude porte sur 113 participants aidants familiaux de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. A l'aide d'échelles évaluant le type de difficultés (CADI), de satisfactions (CASI) ressenties et de stratégies (CAMI) utilisées dans la relation d'aide, nous cherchons à mettre en évidence des différences de vécu en fonction de facteurs relationnels (lien de parentés) et situationnels (lieu de résidence de la personne accompagnée). Résultats : Des liens statistiquement significatifs apparaissent entre types de difficultés auxquels certains aidants seraient plus sensibles et types de satisfactions ressenties ou de stratégies utilisées. Par exemple, les aidants ressentant le plus de stress à ne recevoir aucun signe de reconnaissance de la part de leur proche sont également ceux qui seront le plus satisfaits par la reconnaissance familiale et sociale apportées par ce rôle et qui utiliseront préférentiellement des stratégies leur permettant de demeurer acteur de la situation. Des facteurs relationnels et situationnels influencent également ce vécu. Ainsi, pour notre exemple, les sujets les plus stressés par le manque de reconnaissance de la personne accompagnée sont ceux qui vont évaluer le plus négativement la relation qu'ils entretenaient avant la maladie et consacrer le moins d'heures à ce rôle. Ce sont également des aidants qui témoigneront d'une méconnaissance des répercussions de la maladie sur le comportement de leur proche. Conclusions : L'accompagnement régulier d'un parent ou conjoint souffrant d'une perte d'autonomie psychique est susceptible de fragiliser le sujet, tant au niveau physique que psychique. Aider les aidants est donc nécessaire pour permettre à ces derniers de continuer à accompagner leur proche, mais également pour prévenir leurs propres risques de vieillissement pathologique. Cependant, tous les aidants ne sont pas susceptibles d'être fragilisés par les mêmes dimensions de ce vécu, ni de retirer les mêmes bénéfices secondaires. Difficultés, satisfactions et stratégies constituent un équilibre permettant à l'aidant d'investir son rôle. Différents aspects d'un même vécu nécessitant une évaluation si l'on souhaite proposer des aides pour renforcer, et non fragiliser, cet équilibre. C'est la raison de la mise en place d'une composante de la consultation « vieillir avec succès » spécifiquement dédiée aux aidants familiaux et intégrant une consultation avec un psychologue clinicien.

**Communication 3****La consultation diététique et sportive dans la prévention de la fragilité**

A. L'Aumonier, R. Durand

*(Service de Gériatrie Ambulatoire, Hôpital Emile Roux, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, APHP, Paris)*

Contexte : La Haute Autorité de la Santé recommande d'intégrer une évaluation diététique et sportive au sein des consultations de repérage de la fragilité chez la personne âgée. Ainsi, les patients pris en charge dans les consultations « vieillir avec succès » et « aidants familiaux » bénéficient d'une évaluation diététique et sportive complète. Méthode : Au préalable de la consultation, le patient rempli des outils d'évaluation du comportement nutritionnel (recueil alimentaire sur trois jours, estimation des quantités consommées) et d'activité physique (questionnaire SF-36, ISP25 et le score d'activité physique de Dijon). Lors de la journée d'évaluation diagnostique, ces données sont complétées par la rencontre avec une diététicienne et un professeur d'activité physique. A la suite de ces deux consultations, un compte rendu est remis au médecin. Un livret de synthèse avec proposition de prise en charge et conseils personnalisés est donné au patient lors du rendez-vous de synthèse. Résultats : A travers trois vignettes cliniques, nous illustrerons le parcours diététique et physique du patient bénéficiant de la consultation Vieillir Avec Succès. Conclusions : Intégrer une évaluation diététique et sportive au sein d'une consultation de repérage de la fragilité responsabilise le sujet de plus de 50 ans tant au niveau de ses comportements alimentaires que de son activité physique. Lorsqu'une prise en charge est proposée à l'issue de cette consultation, elle est volontairement courte pour favoriser l'autonomie du patient. Il s'agit de permettre l'intégration de comportements alimentaires et physiques bénéfiques favorisant un vieillissement réussi.

**CONFERENCES****C1 - L'approche des systèmes dynamiques complexes : un cadre théorique heuristique pour la compréhension de la fragilité**

J.J. Temprado

*(Aix-Marseille Université - Institut des Sciences du Mouvement, Marseille)*

Contexte : L'amélioration de l'espérance de vie active est un des défis majeurs auxquels doivent faire face les politiques de santé publique dans les pays industrialisés. Dans cette perspective, la mise en œuvre de stratégies de prévention efficaces nécessite une meilleure compréhension des mécanismes conduisant à la perte d'autonomie au cours de l'âge. Le concept de fragilité possède à cet égard un statut particulier. En effet, il rend compte d'un état de vulnérabilité globale de l'organisme qui se traduit par une diminution (plus ou moins progressive) de la flexibilité et de l'adaptabilité comportementale. Cependant, paradoxalement, alors même que les définitions courantes de la fragilité font référence à un dysfonctionnement systémique (e.g. Clegg et al., 2013), les approches dominantes restent phénoménologique ou cumulative (e.g. Fried et al., 2001 ; Clegg et al., 2013). Elles reposent en effet : i) sur la caractérisation des altérations séparées qui se déroulent au sein des différents systèmes (neural, cognitif, musculaire, sensorimoteur...) et ii) sur l'identification de mécanismes biologiques sous-jacents aux déficits observés au sein des différents systèmes (Clegg

et al., 2013). Cette approche a permis d'améliorer la compréhension des différents composants de la fragilité. Cependant, elle ne permet pas d'étudier spécifiquement les synergies qui s'établissent entre les différents sous-systèmes de l'organisme et qui sont à l'origine de la modification de l'état fonctionnel global du système neuro-musculo-squelettique. Par conséquent, une approche plus intégrée - inspirée par la biologie des systèmes - est nécessaire pour articuler pour aller au-delà de la vision réductionniste classique des relations structure-fonction-comportement. Méthode : La nécessité d'une approche permettant d'appréhender les changements de la complexité systémique qui s'opèrent au cours du vieillissement et de la fragilité semble faire l'objet d'un consensus dans la littérature (Clegg et al., 2013). Cela suppose de pouvoir caractériser : i) les principes qui sous-tendent les interactions dynamiques entre les différents systèmes, ii) la modification de ces interactions lors de la transition vers la fragilité, iii) les conséquences de ces modifications sur l'adaptabilité comportementale. L'hypothèse de la perte de complexité proposée par Lipsitz et Goldberger peut être heuristique pour étudier les modifications des interactions intra- et inter-systèmes liées au vieillissement et à la fragilité (1992 ; Lipsitz, 2002, 2004 voir aussi Manor et al., 2012). Elle comporte cependant des limites qui peuvent expliquer pourquoi elle est peu utilisée par la communauté des chercheurs et des cliniciens. Au cours de cette présentation, nous montrerons l'intérêt d'une approche s'appuyant sur les concepts, les modèles et les méthodes issus de l'analyse des systèmes dynamiques non linéaires et les théories de la complexité pour étudier le vieillissement du système neuro-musculo-squelettique et la transition fragilité. Après une introduction aux principes généraux de l'analyse des systèmes dynamiques non linéaire appliquée aux systèmes vivants, nous montrerons comment on peut identifier les markers pertinents de l'évolution des couplages qui s'opèrent au sein et entre les différents niveaux (neural, musculaire, physiologique, comportemental). En particulier, à partir des travaux récents développés dans le cadre du projet Coord-Age au sein de l'Institut des Sciences du Mouvement de Marseille, nous illustrerons : i) comment la complexité inhérente au système neuro-musculo-squelettique est perdue au cours du vieillissement et, plus spécifiquement, au cours de la fragilité, et ii) comment et pourquoi la perte de complexité observée au niveau cérébral, musculaire et comportemental affecte la robustesse des fonctions physiologiques, cognitives et motrices ainsi que la flexibilité comportementale lors de la réalisation des mouvements complexes (marche, posture, saisie...). Les effets de l'entraînement sur la restauration de la perte de complexité seront également envisagés. Discussion : Cette présentation insiste sur l'intérêt de traiter la fragilité comme un syndrome de dysfonctionnement systémique avant d'envisager les relations entre structures, fonctions et comportement. Dans cette perspective, les outils et les méthodes issues de l'analyse des systèmes dynamiques non linéaires et les théories de la complexité peuvent constituer un cadre opérationnel, pour les chercheurs comme pour les cliniciens.

## ATELIER

### Repérage de la fragilité des personnes âgées en Médecine générale par une évaluation gériatrique de 2ème niveau : «Étude ADONIAS»

G. Gentile<sup>1</sup>, F. Yahi<sup>2</sup>, M.A. Guillemin<sup>3</sup>, S. Gentile<sup>2</sup>, S. Bonin-Guillaume<sup>4</sup>

(1. Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, Université Aix Marseille; 2. Laboratoire de Santé Publique. Evaluation Hospitalière, Faculté de médecine, Université Aix Marseille; 3. Agence Régionale de la Santé, région Provence Alpes Côte d'Azur; 4. Service de Médecine Interne Gériatrie, Hôpital Sainte Marguerite Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille)

Contexte: Les personnes âgées autonomes présentent le risque de basculer dans la dépendance à tout moment suite à une cascade d'événements indésirables, ce qui n'est pas sans conséquences et affecte à la fois leur santé, leur environnement familial, le système de soins et la société. Le taux de prévalence de la perte d'autonomie s'accroît avec l'âge. Dans le cadre de la future loi Autonomie (annoncée pour janvier 2015) ayant parmi ses objectifs l'anticipation et la prévention de la dépendance, ce projet de recherche en médecine générale tend à développer l'évaluation de la fragilité et le dépistage des facteurs susceptibles d'accroître le risque de rentrer dans la dépendance. L'hypothèse est que le repérage précoce des vulnérabilités du sujet âgé par le médecin généraliste peut réduire la dépendance, améliorer la prise en charge et limiter les coûts. Objectif: Mesurer l'impact sur la dépendance du patient âgé de plus de 75 ans d'un meilleur repérage en médecine générale de sa fragilité et faciliter ce repérage. Méthodes: Lieu et période de la recherche. Le projet de recherche se déroulera de janvier à décembre 2014 au sein des cabinets médicaux libéraux des dix médecins généralistes participants, dans les différents arrondissements de la ville de Marseille intra-muros. Population: Dix Médecins Généralistes volontaires procéderont au recrutement des 200 personnes âgées de 75 ans et plus (calcul de sujet nécessaire pour un seuil de signification de 5%, à partir du critère de jugement principal), parmi leurs patientèles respectives, en respectant les critères d'inclusion et conformément aux règles de l'éthique. Deux cohortes seront constituées par tirage au sort. Un groupe Intervention (détection des facteurs de fragilité) et un groupe Témoin (sans détection). Un questionnaire commun aux deux groupes (socio-démographiques, médico-sociales, médicales) sera administré à T0 et à T12. L'intervention est définie par une évaluation gériatrique de 2ième niveau à travers laquelle les médecins généralistes utiliseront des échelles standardisées pour détecter les facteurs de fragilité chez les patients. L'évaluation sera suivie de préconisations en collaboration avec un gériatre référent. Critère principal de jugement Evolution du score ADL. Type de mesure: Les données recueillies seront analysées à l'aide du logiciel PASW/SPSS version 20.0. Une procédure d'anonymisation des données attribuée à chaque individu un numéro. Une table de correspondance sera émise, distincte de la base d'exploitation. Seul le numéro est saisi dans la base de données informatique. Le plan d'analyse sera mis à jour et validé au moment du gel de la base de données. Dans un second temps, une analyse descriptive sera conduite sur l'ensemble de l'échantillon, puis sur chacun des deux groupes de patients, portant sur les variables sociodémographiques, les variables cliniques et para-cliniques disponibles à l'inclusion. Les variables quantitatives seront résumées par la moyenne et écart-type, médiane, 25ème et 75ème percentile, minimum et maximum. Les variables catégorielles ou ordinales le

seront par le nombre et pourcentage de chaque modalité. La comparabilité initiale des 2 groupes sera explorée. L'analyse comparative entre les deux groupes portera sur les variables cliniques. Elle sera réalisée à l'aide du test du chi-2 ou du test exact de Fisher pour les variables qualitatives, et de tests de Student ou d'analyses de variance pour les variables quantitatives. Si les conditions d'application de l'utilisation de ces tests ne sont pas vérifiées, la comparaison se fera à l'aide des tests non paramétriques appropriés (test de Mann-Whitney, test de Kruskal-Wallis). L'analyse de l'impact sera conduite à partir du critère d'évaluation principal. Elle consistera en la comparaison entre les 2 groupes du score d'ADL. Si, pour certaines variables (cliniques, facteurs de fragilité...), des différences sont mises en évidence entre les 2 groupes lors de l'exploration de leur comparabilité initiale, des analyses de variance avec ajustement sur ces facteurs de confusion pourront être mises en oeuvre. Les analyses porteront sur la comparaison entre les 2 groupes des scores d'ADL à T0 et à T12, ainsi que sur la comparaison des autres critères d'évaluation finaux. Résultats attendus: Le repérage précoce et la prise en charge des vulnérabilités du sujet âgé par le médecin généraliste peut ralentir le processus de limitation fonctionnelle conduisant à la dépendance, améliorer la qualité de la prise en charge et limiter les coûts. Conclusion: La fragilité constitue souvent un état intermédiaire entre l'autonomie et le développement d'un état de dépendance partiel ou total. Pour avoir un réel bénéfice de l'inclusion de l'évaluation de la fragilité dans la pratique quotidienne, il est fortement recommandé de l'inclure dans l'activité clinique des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire, comme préconisé par les travaux récents du gérontopôle de Toulouse. Mots clés : repérage ; autonomie ; qualité de vie ; dépendance ; vulnérabilité ; médecine générale ; évaluation gériatrique

## COMMUNICATIONS ORALES

### Prescriptions médicamenteuses chez les sujets âgés: Analyse à partir des ordonnances de ville du risque iatrogène de neuf classes médicamenteuses concernant les chutes

X. Andreu

(Pôle Médecine Interne Gériatrie, Allauch)

Introduction: Les chutes chez les personnes âgées représentent la première cause des motifs d'hospitalisation en gériatrie. Objectif: Évaluer le risque iatrogène de neuf classes médicamenteuses chez les personnes âgées hospitalisées. Matériels et Méthodes: Étude observationnelle, monocentrique, rétrospective de type Cas-Témoins de janvier à mi-avril 2013, réalisée en unité de court séjour gériatrique et Soins de Suite et de Réadaptation à Marseille. Les prescriptions de ces neuf classes ont été comparées à partir des ordonnances de ville chez les patients « chuteurs » et « non-chuteurs ». Résultats: Sur 200 patients inclus, 65 étaient rentrés pour chute ou complication de chute (32,5% de la population) contre 135 patient rentrés pour autre motif (67,5%). L'étude a analysé le lien direct entre l'exposition des patients à ces classes et la survenue d'une chute. Il n'a pas été retrouvé de lien pour les classes suivantes: les diurétiques (p=0,461; intervalle de confiance à 95% sur le Test de Fisher); les bêtabloquants (p=0,205); les autres antihypertenseurs (p=0,455); les antipsychotiques (p=0,135); les sédatifs/hypnotiques (p=0,499); les antidépresseurs (p=0,503); les benzodiazépines (p=0,430). Il a été retrouvé un lien significatif pour les morphiniques (p=0,022) et une tendance sans réel lien significatif pour les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) avec un p=0,08. Conclusion:

Les principaux résultats mettent en relief le rôle des antalgiques dans les chutes chez ce type de patient. Les prescriptions de morphiniques et AINS à but antalgique doivent être réfléchies en terme de bénéfice-risque afin d'éviter la survenue de chutes. Les consommations d'antihypertenseurs et de psychotropes ne se sont pas quant à elles révélées comme pourvoyeuses de chutes, mêmes si ces derniers restent très prescrits dans cette population.

### **La production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase est un facteur prédictif indépendant de mortalité chez les sujets âgés**

G. Baptista<sup>1</sup>, N. Kuster<sup>2</sup>, J. Lano<sup>2</sup>, J.-P. Cristol<sup>2</sup>, C. Jeandel<sup>1</sup>  
(1. Département de Gériatrie, CHU de Montpellier; 2. Département de Biochimie, CHU de Montpellier)

**Introduction:** Nous avons montré dans une étude précédente que la production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase était associée à la fragilité du sujet âgé [1], en utilisant la vitesse de marche [2] comme marqueur clinique. **Objectifs:** Etudier si la production d'anion superoxyde par la NADPH oxydase est associée à la mortalité toutes causes confondues chez le sujet âgé. **Méthodes:** De 2003 à 2009, nous avons recruté 500 sujets âgés au sein de l'hôpital de jour gériatrique du Centre Antonin Balmès du CHU de Montpellier, pour lesquels nous avons dénombré les comorbidités grâce au score CIRS-G, analysé les paramètres biologiques de l'inflammation, de la dénutrition, le taux d'hémoglobine. Par ailleurs, nous avons analysé la production sanguine d'anion superoxyde par une technique de chemiluminescence après adjonction de lucigénine. Le statut vital, après accord de la CNIL, a été demandé auprès de l'INSEE. **Résultats:** Parmi les 500 patients inclus dans l'étude de 2003 à 2009, 155 étaient décédés fin 2009 selon les données de l'INSEE. En analyse multivariée, les facteurs reliés de façon indépendante à la mortalité toutes causes confondues dans notre population sont: l'âge (HR=3.941, p<0.001), le sexe masculin (HR=2.548, p<0.001), le score de comorbidités évalués par le CIRS-G (HR=1.576, p=0.013), l'albuminémie (HR=0.572, p=0.006), et la production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase (HR=1.719, p=0.01). **Conclusion:** La production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase est un facteur prédictif indépendant de mortalité chez le sujet âgé. **Bibliographie:** 1. Baptista, G., et al., Low-grade chronic inflammation and superoxide anion production by NADPH oxidase are the main determinants of physical frailty in older adults. *Free Radical Research*, 2012(0): p. 1-7. 2. Van Kan, G.A., et al., Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people. *International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. The journal of nutrition, health & aging*, 2009. 13(10): p. 881-889.

### **Effet de l'entraînement des capacités de traitement de l'information sur les performances cognitives et sensorimotrices au cours du vieillissement normal et pathologique**

L.M. Decker<sup>1</sup>, J. Bulla<sup>2</sup>, L. Mari<sup>3</sup>, F. Retornaz<sup>3,4</sup>, J.-J. Temprado<sup>1</sup>  
(1. Institut des Sciences du Mouvement Etienne-Jules Marey (ISM), UMR 7287, CNRS & Aix-Marseille Université, Marseille; 2. Laboratoire de Mathématiques Nicolas Oresme (LMNO), UMR 6139, CNRS & Université de Caen Basse-Normandie, Caen; 3. Pôle Gériatrique, Centre Gérontologique Départemental, Marseille; 4. Evaluation des Systèmes de Soins et Santé Perçue, EA 3279, Aix-Marseille Université, Marseille)

**Contexte:** De nombreuses études corrélationnelles, utilisant des paradigmes de double tâche, ou réalisées en neuro-imagerie, ont

démonstré une interpénétration de plus en plus importante des systèmes cognitif et sensorimoteur au cours du vieillissement. Une hypothèse avancée pour expliquer ce phénomène est celle de la dédifférenciation (ou cause commune), selon laquelle les ressources qui sous-tendent les tâches cognitives et sensorimotrices deviennent de plus en plus partagées chez la personne vieillissante, tant d'un point de vue structurel que fonctionnel [1-3]. Cette hypothèse pourrait également s'appliquer aux personnes fragiles qui présentent une altération dans de multiples domaines (cognitif, sensorimoteur, neuromusculaire, etc.). Cette étude s'appuie sur nos travaux précédents qui suggèrent que la diminution des capacités de traitement de l'information (CTIs) du système nerveux central constitue une cause commune du ralentissement observé dans les tâches motrices et cognitives [3-4]. En accord avec ces travaux, l'hypothèse d'une dédifférenciation des CTIs dans les domaines cognitif et sensorimoteur amène à penser que l'amélioration de la CTI dans un domaine (e.g., sensorimoteur) obtenue par apprentissage devrait se répercuter sur l'autre domaine (e.g., cognitif). Dans ce contexte, notre étude visait à examiner si : i) les CTIs telles qu'évaluées dans les domaines sensorimoteur (loi de Fitts) et cognitif (loi de Hick et loi de Sternberg) deviennent davantage similaires avec le vieillissement, et ii) l'entraînement de ces capacités dans la tâche motrice (Fitts) se transfère aux tâches cognitives. **Méthode:** 13 sujets âgés sains et 10 patients présentant un syndrome dysexécutif ont participé à l'étude. Dans un premier temps, tous ont réalisé les tâches cognitives de temps de réaction de choix de Hick et de balayage en mémoire de Sternberg ainsi que la tâche sensorimotrice de pointage discret de Fitts. Les tâches étaient réalisées suivant différents niveaux de difficulté de façon à obtenir les lois usuelles caractéristiques de chacune de ces tâches qui renseignent sur la CTI. Egalement, les patients ont suivi un entraînement sur la tâche de Fitts qui incluait 12 sessions d'entraînement réparties sur une période de 4 semaines, à raison de 3 sessions de 30 minutes par semaine. La CTI a été évaluée avant, pendant et après entraînement pour la tâche entraînée de Fitts et après entraînement pour les tâches non entraînées de Hick et de Sternberg. **Résultats:** Les résultats montrent que la CTI au sein de chacune des tâches est plus faible chez les patients atteints de troubles dysexécutifs que chez les sujets âgés contrôles. De plus, les CTIs des trois tâches sont plus corrélées chez ces patients que chez les personnes âgées saines. Enfin, l'entraînement suivi par les patients sur la tâche de Fitts a conduit à une amélioration de leur CTI sur cette même tâche, ramenée à un niveau comparable à celle des sujets contrôles, ainsi qu'à une amélioration de leur CTI sur les tâches cognitives. **Conclusions:** Notre étude montre l'existence d'un ralentissement du traitement de l'information au cours du vieillissement normal et pathologique, avec des degrés de ralentissement comparables dans les domaines sensorimoteur et cognitif. Ces résultats confirment ceux obtenus dans des études précédentes et les étendent aux patients souffrant de troubles dysexécutifs. Cette diminution de la CTI s'accorde bien avec l'hypothèse d'une dédifférenciation cérébrale qui s'installe progressivement chez la personne âgée. Un élément important en faveur de cette hypothèse réside dans le gain de CTI observé au sein des tâches cognitives alors que l'entraînement des patients portait sur la tâche sensorimotrice. Cette étude constitue une base conceptuelle et méthodologique solide pour étudier la dédifférenciation des CTIs chez les personnes fragiles. **Références:** 1. Baltes PB, Lindenberger U. Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: a new window to the study of cognitive aging? *Psychol Aging*. 1997; 12(1): 12–21. 2. Lindenberger U, Ghisletta P. Cognitive and sensory

declines in old age: gauging the evidence for a common cause. *Psychol Aging*. 2009; 24(1): 1–16. 3. Sleimen-Malkoun R, Temprado JJ, Berton E. Age-related dedifferentiation of cognitive and motor slowing: insight from the comparison of Hick-Hyman and Fitts' laws. *Front Aging Neurosci*. 2013; 5: 62. 4. Temprado JJ, Sleimen-Malkoun R, Lemaire P, Rey-Robert B, Retornaz F, Berton E. Aging of sensorimotor processes: a systematic study in Fitts' task. *Exp Brain Res*. 2013; 228(1): 105–16.

### Un exemple d'organisation innovante de la prise en charge des personnes âgées intégrant la coopération Ville-Hôpital

C. Roy, A. Servadio, P. Lambert  
(Paris)

Contexte : Le réseau de santé gérontologique AGEF (Association Gériatrique de l'Est Parisien) a été fondé en 2001. Il intervient auprès des personnes âgées et des professionnels du territoire de santé 75-2 rive droite (11ème, 12ème et 20ème arrondissements de Paris). Son objectif est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées à domicile. C'est un réseau pluri-professionnel qui regroupe deux travailleurs sociaux, un ergothérapeute, trois diététiciennes, un odontologue et deux médecins libéraux. En mars 2012, un infirmier libéral titulaire d'un Master en Sciences Cliniques Infirmières en Gérontologie a été recruté. Dans l'objectif de mise en place de parcours de santé sécurisé des personnes âgées et de prise en charge de la fragilité, le réseau AGEF porte depuis mai 2011 un dispositif de coordination hôpital-ville centré sur les sorties d'hospitalisation. Le réseau propose que lui soient signalées les personnes de 75 ans ou plus du territoire, arrivées aux Urgences, dont l'évaluation révèle une fragilité médico-sociale ne justifiant pas une prise en charge hospitalière, ainsi que les personnes de 75 ans et plus hospitalisées, dont l'isolement social rend difficile la mise en oeuvre du retour à domicile. Peuvent aussi être concernés : les patients pour lesquels la sortie est organisée mais qui semblent fragiles, les patients qui ne se sont pas présentés en consultation de suivi et les personnes en difficultés au domicile du fait de l'hospitalisation de leur conjoint. L'AGEF offre alors une évaluation à domicile pour les patients déjà sortis d'hospitalisation ou un accompagnement de la sortie pour ceux qui le nécessitent. Objectifs : Un premier bilan de ce dispositif a été fait à partir des signalements reçus du 18 juin 2011 au 21 mars 2013. Les objectifs étaient de déterminer le profil des patients signalés, l'origine des signalants, le contenu de leurs demandes et les réponses apportées par le réseau. Il convenait également d'évaluer l'impact de ce dispositif et de proposer des pistes d'amélioration du projet. Méthode : L'analyse des signalements reçus porte sur les personnes signalées sur l'âge, le sexe, l'arrondissement d'habitation, le fait qu'ils vivent seuls ou non, les pathologies et le lieu de prise en charge initial. Concernant le signalant, ont été relevés le lieu d'exercice et la fonction. Les demandes ont été répertoriées et séparées en demandes d'accompagnement de sortie d'hospitalisation et demandes d'évaluation à domicile. En cas de demande d'évaluation à domicile, nous avons recensé les professionnels sollicités. L'impact du projet a été évalué sur l'adhésion des hospitaliers au dispositif. Les pistes d'améliorations ont été proposées à partir des recommandations de l'HAS « Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? » et « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? », ainsi que sur les projets PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) Résultats : Sur 21 mois, 182 signalements ont été reçus. 37 % concernaient des hommes. Les patients signalés avaient une moyenne d'âge de 82 ans, 62 %

vivaient seuls. 84 % ont été signalés à l'occasion d'une hospitalisation. Les travailleurs sociaux ont adressé 70 % des signalements, les médecins 23 %. 14 % des signalements demandaient une collaboration en amont de la sortie d'hospitalisation et 86 % une évaluation (sociale pour 80 % et gériatrique pour 51 %) à domicile après la sortie. 10 % des signalements n'ont pas abouti à une prise en charge par le réseau (réhospitalisations précoces, décès, refus). 7 % des patients ont été rencontrés par un professionnel du réseau au cours de leur hospitalisation. 63 % ont bénéficié d'au moins une visite à domicile après leur sortie. 10 % des patients n'ont bénéficié que d'un étayage téléphonique par le réseau. La montée en charge du nombre de signalements reçus (6 par mois en moyenne pour les 6 derniers mois de 2011, 9 par mois pour 2012 et 11 par mois pour les 3 premiers mois de 2013) tend à montrer que le lien hôpital-ville trouve petit à petit sa place dans les habitudes de travail de chacun. Conclusions: La mise en place de ce projet a permis de renforcer les liens hôpital-ville, et aujourd'hui des évolutions sont proposées. Le ciblage des patients doit être précisé, les médecins hospitaliers et de ville plus impliqués, les collaborations en amont des sorties développées. Chaque patient bénéficiera de visites de suivi à domicile dont la première devra avoir lieu dans la semaine suivant la sortie. Les évaluations réalisées par l'infirmier de pratique avancée en gérontologie (IPAG) à domicile doivent être un appui pour le médecin traitant pour mettre en place un Plan Personnalisé de Santé (PPS). L'évaluation de l'IPAG permet également d'alerter le médecin traitant sur le risque d'hospitalisation lié à la dénutrition, les chutes, la dépression. Par ailleurs, elle permet d'améliorer la prise en charge sociale avec les autres acteurs concernés (CLIC, CCASVP, ...). Les patients actuellement signalés dans le cadre de ce dispositif expérimental ont quasiment tous déjà une pathologie source de perte d'autonomie, et ne sont donc pas ceux ciblés par le dépistage de la fragilité. Cependant, l'évaluation gériatrique standardisée effectuée par l'IPAG est un bon moyen de détecter la fragilité en soins ambulatoires et nous travaillons donc à élargir le dispositif à la détection de la fragilité de façon préventive et en amont de l'hospitalisation.

### Mise en ligne de fiches de bon usage du médicament chez la personne âgée fragile

B. de Wazieres<sup>1</sup>, D. Strubel<sup>1</sup>, A. di Castri<sup>1</sup>, H. Richard<sup>2</sup>, S. Armand<sup>3</sup>, A. Pohyer<sup>3</sup>  
(1. Pôle de Gérontologie, CHU Nîmes; 2. Pharmacie, CHU Nîmes; 3. CH de Beaucaire Tarascon)

De même que les hôpitaux sont tenus de rédiger un document concernant le bon usage des antibiotiques, nous avons rédigé un document sur le bon usage du médicament chez la personne âgée fragile. Des fiches ont été élaborées par un groupe de travail collégial, comprenant les médecins du pôle de Gérontologie, les pharmaciens de plusieurs hôpitaux, et des médecins de la communauté hospitalière de territoire du Gard. Le but a été de rédiger des fiches simples, courtes, avec un argumentaire réduit au minimum, de façon à ce qu'elles soient appropriées par un maximum de médecins de toutes spécialités confondues. Nous sommes partis du principe que toute personne âgée de plus de 75 ans hospitalisée est potentiellement fragile, polypathologique, polymédiquée et avec des troubles cognitifs. Elle nécessite donc une attention particulière et une prise en charge thérapeutique spécifique. Les volumes concernés sont importants puisque dans notre région, le Languedoc-Roussillon, 10 % de la population générale a plus de 75 ans

(250 000 personnes) et elle représente : - presque 27 % des journées d'hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), 60 000 personnes sont dépendantes et bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), - 25 000 sont en EHPAD, 1 700 en Long Séjour, - et 5 000 prises en charge par des Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD). L'évitabilité des effets secondaires des médicaments est un élément essentiel de la bonne prise en soin, avec des impacts directs sur les durées de séjour, les complications, et les coûts en général. Ces patients prennent, en moyenne, entre 7 et 10 principes actifs par jour. L'équilibre est donc précaire. Au moindre événement stressant, le « château de cartes » s'écroule... (Diarrhées et insuffisance rénale, confusion et antalgiques...). Nous devons donc appliquer un principe de prudence et de précaution maximum, ne proposer que le strict nécessaire, avec des médicaments éprouvés. Nos propositions reposent sur des données de la littérature mais, également, sur l'expérience personnelle du groupe de travail. En effet, dans le domaine de la gériatrie, nous manquons souvent d'evidence-based medicine. Nos fiches vous aideront à mettre au point votre livret thérapeutique personnel, même si de nombreux groupes de travail sont actuellement à l'œuvre, notamment par le biais de l'OMEDIT (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques) ou de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, dans l'établissement de listes de médicaments ou de grand principe de traitement pour les EHPAD. Vous accédez à ces fiches de prescription sur le site du CHU de Nîmes avec le lien dans le menu Espace Professionnels >> Professionnels de santé >> Le guide du bon usage du médicament en gériatrie. Vous pouvez alors choisir soit un système, soit une pathologie, soit une molécule avec des menus déroulants. Nous avons volontairement rédigé des fiches courtes et synthétiques qui reflètent notre façon de travailler avec un choix délibéré de certaines molécules qui sont disponibles à la pharmacie de notre hôpital. Nous avons fait le choix d'opinions tranchés: par exemple dans la fiche antalgiques nous avons décidé de ne choisir aucun palier 2. Vous pouvez télécharger les fiches en totalité sur un format PDF ce qui facilite après leur utilisation. Nous vous demandons à la première connexion votre adresse mail de façon à pouvoir référencer le nombre de personnes intéressées par notre travail et éventuellement, avec votre accord, vous envoyer des informations lors de mises à jour. Le site a été présenté aux diverses instances de notre établissement qui ont apprécié sa pertinence et son accessibilité. Il est demandé aux internes en fonction dans notre établissement de l'appliquer. Le but est évidemment que les fiches soient appropriées par les services ayant des difficultés dans la prise en charge des patients âgés fragiles, par exemple en orthopédie, les patients avec fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Les fiches ont également été diffusées au sein de notre association des médecins coordinateurs en EHPAD. Le but à terme et d'effectuer une évaluation des pratiques professionnelles de type avant-après particulièrement sur la consommation des médicaments à index thérapeutique étroit dans cette tranche d'âge des plus de 75 ans. Le CHU de Nîmes s'est doté d'une équipe de pharmaciens qui sont présents dans les services cliniques et nous aide à améliorer nos prescriptions (adéquation avec les protocoles en cours et nos fiches, associations à risque, pertinence de la voie intraveineuse...) et à vérifier la bonne compréhension de l'ordonnance par le patient et son observance à domicile. Nous espérons à terme que ces fiches seront adoptées par l'ensemble des prescripteurs ayant à prendre en charge des personnes âgées fragiles avec une réduction attendue des effets secondaires liés aux médicaments dans notre établissement.

### **Conseils sur activité physique et comportement sédentaires procurés par les médecins généralistes aux patients âgés et âgés fragiles : proposition d'un outil d'aide au conseil**

P. de Souto Barreto

*(Gérontopôle de Toulouse, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse)*

Contexte : L'inactivité physique constitue un problème de santé publique très important et persistant aussi bien en France que dans le monde entier. Un style de vie physiquement inactif ou peu actif est considéré comme étant le quatrième facteur de risque le plus important pour la mortalité globale, avec environ 3.2 millions de décès lui étant attribué par an. De plus, l'inactivité physique est la dixième cause principale dans le monde (cinquième en Europe) de «disability-adjusted life years » et elle est aussi associée au développement et progression de plusieurs maladies chroniques, plus particulièrement certains types de cancer, des maladies cardiovasculaires et le diabète. De même, la pratique d'un exercice physique régulier est associée à un retard des déclinés physiques et fonctionnels au cours du vieillissement. Vu que la fragilité chez le sujet âgé représente le risque augmenté de développer des problèmes de santé, étant considérée comme une condition souvent préalable aux déclinés fonctionnels, des initiatives visant à augmenter le niveau d'activité physique des personnes âgées semble être indispensable afin de réduire le risque et la sévérité de la fragilité et, donc, de la dépendance. La relation privilégiée que ont les médecins généralistes auprès des patients (professionnels de santé régulièrement vu par les patients) fait que ces professionnels sont dans une excellente position pour stimuler la pratique d'activité physique chez les personnes âgées. L'objectif de ce travail est de proposer un outil d'aide au conseil court, simple et pratique qui aiderait les médecins généralistes à procurer des conseils sur activité physique et comportement sédentaire à leurs patients. Méthode : Sur la base de mon expérience passée en tant que professionnel dans un programme de santé publique dont le but est de promouvoir l'activité physique chez des personnes de tous les âges et aussi à partir des données actualisées issues de la littérature sur l'épidémiologie de l'inactivité physique, j'ai élaboré un outil d'aide au conseil composé de 7 questions et 3 recommandations: 4 questions concernant l'activité physique des patients pendant le temps de loisirs, 1 question afin d'évaluer la promptitude des patients afin d'augmenter leur activité physique de loisirs, 1 question sur l'activité physique pour le transport et 1 question sur le temps dépensé dans des activités sédentaires. Les 3 recommandations concernent : les activités physiques de loisirs, les activités physiques pour le transport et la réduction du temps sédentaire. Conclusions : Une fois que la faisabilité et l'efficacité de cet outil d'aide au conseil sera confirmée, son implémentation auprès des médecins généralistes pourrait aider les patients à améliorer leur style de vie, ce qui pourrait retarder l'apparition / sévérité de la fragilité et de la dépendance chez le sujet âgé.

### **Résultats des travaux de l'association des équipes mobiles gériatriques de provence**

S. Tournier Louvel<sup>1</sup>, C. Butaud<sup>2</sup>, E. Crete<sup>3</sup>

*(1. Hôpital Saint Joseph Marseille; 2. Hôpital Sainte Musse Toulon, 3. CHU Marseille Timone, AEMG-Provence)*

Introduction : AEMG-Provence est une association fondée en 2011 regroupant 20 EMG exerçant en Provence. Elle regroupe l'ensemble des personnels travaillant dans les différentes équipes, et ses



missions sont : - d'entreprendre, de coordonner et d'encourager toute action éducative, informative et de formation médicale, formation des soignants et des familles de patients dans les domaines de la gériatrie, de la gérontologie, de la psycho gériatrie et de l'oncogériatrie. - D'entreprendre, de coordonner et d'encourager la recherche dans le domaine des équipes mobiles de gériatrie et de gérontologie. L'association réunit l'ensemble de ces membres 2 fois dans l'année sous la forme de journée d'informations et d'échanges. Méthode : En 2011, le bureau a souhaité répartir l'ensemble des membres en groupes de travail avec pour chacun un rapporteur et un secrétaire permettant un rendu d'activité régulier. Le travail de ces groupes était de répondre à un objectif précis. Le rapport de chaque groupe était ensuite discuté avec l'ensemble de l'assemblée et à pu être validé par l'AEMG-Provence. Chaque groupe avait des objectifs ciblés : - Groupe 1 : outil évaluant la satisfaction des médecins hospitaliers vis-à-vis de l'activité de l'EMG; - Groupe 2 : outil évaluant la satisfaction des familles et/ou aidant; - Groupe 3 : Améliorer la transmission de l'information dans les services; - Groupe 4 : Améliorer la transmission de l'information vers l'extérieur; - Groupe 5 : Aides aux aidants : fiches d'informations diverses dans le domaine de la gériatrie. Résultats : Au bout de 3 rencontres, des outils ont pu être réalisés et validés par l'Association. - Questionnaire de satisfaction pour les médecins hospitaliers; - Questionnaire de satisfaction pour les patients, famille et/ou aidant; - Les bonnes pratiques concernant la transmission des informations en interne et en externe. - Création de fiches d'information. Conclusion et perspectives : exploitation de ces outils par les différentes EMG au sein de leur structure hospitalière respective à but, d'amélioration des compétences, d'évaluation qualitative, d'information générale. L'AEMG-Provence est un lieu de partage et d'échanges d'expérience, mais aussi de création et de mise en place d'outils communs.

#### **Protocole de coopération professionnelle de repérage de la fragilité du sujet âgé en médecine ambulatoire**

O. Toulza, T. Godet, N. Pascon, F. Nourashemi  
(CHU Toulouse, Gérontopôle, ARS Midi Pyrénées)

Contexte : La fragilité doit être comprise comme une situation dynamique ou même un état instable, qui peut évoluer vers une rupture d'équilibre et une perte d'autonomie, mais qui peut également être réversible grâce à des interventions adaptées, le but de la prise en charge étant de rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi. Il apparaît donc nécessaire de repérer précocement cette fragilité. Actuellement le diagnostic de fragilité est insuffisamment objectivé pour deux raisons essentielles : - les médecins sont insuffisamment sensibilisés sur cette notion émergente de fragilité du sujet âgé, - il s'agit d'une démarche chronophage, non compatible avec un temps de consultation classique. Méthode / Résultats : Un protocole de coopération consiste à opérer entre professionnels de santé et à leur initiative des transferts d'activité ou d'acte de soin (délégué-délegant). Ce protocole de coopération, réalisé en collaboration entre le Gérontopôle de Toulouse, l'ARS Midi Pyrénées et les professionnels de deux maisons de santé pluridisciplinaires, a récemment été validé par l'HAS. Il implique une prise en charge en deux étapes, réalisées par l'IDE, préalablement formée sur le syndrome de fragilité du sujet âgé. Dans un premier temps l'IDE (déléguée) réalise une démarche diagnostique du syndrome de fragilité après signalement par le médecin traitant (délégué). Dans un 2ème temps, si le diagnostic est posé, l'IDE va initier sa prise en charge. Celle-ci sera validée, suivie et réévaluée par le médecin traitant. Ce protocole doit être

expérimenté sur deux maisons de santé pluri professionnelles (Aspet en Haute-Garonne et Brassac dans le Tarn). Conclusion : Ce protocole est innovant pour plusieurs raisons. Il s'agit tout d'abord du premier protocole de coopération en gériatrie. Il s'appuie ensuite sur le concept récent (sur le plan clinique) de syndrome de fragilité. Ce protocole est également innovant de par son lieu de réalisation, au domicile du patient, apportant une dimension supplémentaire, écologique dans l'évaluation du patient. Il associe enfin médecine libérale et institutionnelle dans une nécessaire collaboration pour la prise en charge des personnes âgées.

#### **Une semelle intelligente pour promouvoir l'activité physique des patients âgés fragiles**

A. Piau<sup>1,2,3</sup>, Y. Charlon<sup>2,3</sup>, E. Campo<sup>2,3</sup>, F. Nourhashemi<sup>1,4</sup>  
(1. CHU de Toulouse, Gérontopôle, Toulouse; Université Paul Sabatier, Toulouse; 2. CNRS, LAAS, Toulouse; 3. Université de Toulouse, UTM, LAAS, Toulouse; 4. Inserm UMR 1027, Université de Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse)

Contexte: La dépendance, dont la prévalence augmente, nous interroge sur la soutenabilité de nos systèmes de soins peu orientés vers la prévention. Le vieillissement fragile est défini comme un état de vulnérabilité pouvant conduire à une décompensation en réaction à un événement « minime ». L'intérêt du repérage de ce syndrome est lié à son caractère réversible (Gill 2006) et à l'existence d'interventions efficaces (Singh 2012, Daniels 2008). Si la fragilité peut être aisément dépistée (Fried 2001), il semble difficile d'assurer un suivi rigoureux de son évolution, et d'améliorer l'adhérence aux recommandations d'hygiène de vie. Méthode: Notre objectif est d'encourager les personnes âgées fragiles à pratiquer l'exercice physique régulier et de télé-surveiller les paramètres clefs de la fragilité. Notre objectif est de développer une semelle de chaussure amovible intelligente pour assurer ce suivi au domicile des sujets de manière transparente et pour promouvoir la marche par du soutien motivationnel (via une tablette ou un smartphone). Résultats: La semelle mesure automatiquement les paramètres de la marche et du poids et transmet automatiquement les informations sans fil à une base de données locale au domicile de la personne. Les données peuvent également être consultées à distance par le médecin référent de manière sécurisée. La semelle est autonome, sans fil et ne nécessite aucune manipulation. Nous présentons ici les spécifications générales de la semelle intelligente, son design, et les grandes lignes de la méthode pour mesurer les paramètres de la marche. Nous présentons ensuite les résultats préliminaires des tests en laboratoire, ainsi que l'évaluation multidimensionnelle (projet RESPECT 2014-2018 financement ANR-13-TECS-0007). Conclusion: Notre solution pourrait faciliter la prévention de la perte d'autonomie en ambulatoire par une stratégie centrée sur le patient et cela sans augmenter la charge de travail des soignants.

#### **L'histoire naturelle de la dépendance fonctionnelle chez les personnes âgées : hiérarchie et trajectoires des IADL et ADL. Un modèle IRT longitudinal sur 22 ans de suivi de la cohorte Paquid**

A. Edjolo<sup>1,2</sup>, C. Proust-Lima<sup>1,2</sup>, F. Delva<sup>1,2</sup>, J.-F. Dartigues<sup>1,2</sup>, K. Pérès<sup>1</sup>  
(1. INSERM, Centre INSERM U897 Bordeaux; 2. Univ. Bordeaux, ISPED Bordeaux)

Le but de cette étude était de décrire la hiérarchie d'une échelle combinée d'activités instrumentales (IADL) et basiques (ADL) de

la vie quotidienne, ainsi que les trajectoires de dépendance fonctionnelle jusqu'au décès dans la population âgée en utilisant un modèle issu de la théorie de réponse à l'item (IRT). Les analyses se sont basées sur un sous-échantillon de 3238 personnes âgées de 65 ans et plus au moment de leur inclusion dans l'étude Paquid, cohorte prospective en population sur le vieillissement cérébral et fonctionnel et décédées au moment de l'analyse. Les IADL (courses, téléphone, gestion du budget et des médicaments, utilisation des transports) et ADL (toilette, habillage, alimentation, aller au WC, transfert, continence) ont été recueillies à domicile tous les 2 à 3 ans sur 22 ans de suivi selon une cotation en 3 points (incapacité absente, partielle ou totale). Un modèle IRT longitudinal a étudié la séquence des 11 items de l'échelle combinée, ainsi que les trajectoires fonctionnelles ajustées sur le niveau d'éducation et le sexe. Les résultats ont confirmé une hiérarchie de l'échelle combinée avec les premières atteintes sur la moitié des activités IADL (courses, transport partiel, gestion des finances et utilisation du téléphone), les dernières atteintes dans les ADL (transfert, toilette totale, continence et alimentation), avec un chevauchement d'activités instrumentales et basiques concomitantes au milieu du continuum dépendance, la toilette et l'habillage étant les premières atteintes ADL. Les items les plus discriminants concernaient des ADL : la toilette, le fait d'aller aux WC, l'habillage et l'alimentation. Les résultats sur les trajectoires fonctionnelles ont montré le bénéfice de l'éducation jusqu'au décès chez les hommes et en cours de processus chez les femmes qui se retrouvent à un même niveau de dépendance au décès quelque soit le niveau d'éducation. Ainsi, la capacité à effectuer les activités quotidiennes chez les personnes âgées est hiérarchiquement affectée allant d'une incapacité partielle pour les courses à une incapacité totale au transfert. La trajectoire fonctionnelle est spécifique du genre et du niveau d'éducation. L'IRT autorise une compréhension plus approfondie de cette séquence qui demande à être poursuivie. Mieux comprendre la séquence fournirait un avertissement précoce du déclin fonctionnel ou un signal pour poursuivre des évaluations fonctionnelles supplémentaires, permettant ainsi de sélectionner et de contrôler des candidats à la réadaptation, des individus sujets à un déclin précipité ou à une démence naissante, et enfin de mieux adapter la prise en charge de la population concernée. Mots-clés: IADL, ADL, hiérarchie, IRT longitudinal, trajectoires, dépendance fonctionnelle

#### **Mise en place de la plateforme de dépistage et d'évaluation de la fragilité dans le pôle de Gérontologie du CHU de Nice**

V. Mailland<sup>1</sup>, G. Sacco<sup>1,2,3</sup>, S. Gonfrier<sup>1,2,3</sup>, J.M. Turpin<sup>1,3</sup>, P. Brocker<sup>1</sup>, O. Guérin<sup>1,3,4,5</sup>

(1. Pôle de Gérontologie, CHU de Nice; 2. EA CobTek, Université Nice Sophia-Antipolis; 3. Centre d'Innovation et d'Usages en Santé (CIUs); 4. CNRS UMR6267/INSERM U998, Université Nice Sophia-Antipolis; 5. Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie (CNRSanté))

Contexte: La fragilité a été identifiée comme un précurseur médical spécifique de la perte d'autonomie, indépendamment des maladies chroniques. Le dépistage de la fragilité est donc un enjeu majeur pour notre société. Le Gérontopôle de Toulouse a créé dès 2011 une plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. Le pôle de gérontologie du CHU de Nice souhaite également s'inscrire dans cette politique de prévention de la dépendance en créant aussi une plateforme de dépistage et d'évaluation des fragilités. L'objectif principal de la mise en place de la plate forme d'évaluation des déterminants de la fragilité est de

prévenir et/ou de retarder la dépendance fonctionnelle. La fragilité étant un concept dynamique, l'équipe de l'hôpital de jour Fragilité a également comme mission en partenariat avec le médecin référent Méthode : 1- Population cible : Les patients qui bénéficieront de l'accès à la plateforme pluridisciplinaire d'évaluation des fragilités doivent : - être âgés de plus de 70 ans; - vivre à domicile; - être autonome pour les actes de la vie quotidienne : score ADL supérieur ou égal à 5/6; - bénéficier d'un dépistage positif; 2- Modalités du dépistage : Le temps du dépistage est un temps essentiel. L'outil choisi est le questionnaire élaboré par le Gérontopôle de Toulouse qui a été retenu comme pertinent par la SFGG et le Conseil National Professionnel de Gériatrie pour le repérage de la fragilité en soins primaires. Le médecin traitant référent est bien entendu l'acteur de choix pour effectuer ce dépistage. Trois autres modalités de recrutement sont pressenties : - dépistage par les pharmaciens, autres professionnels de premier recours; - dépistage par les médecins impliqués dans l'attribution de l'APA ; en effet, certains patients font la demande d'APA et à la vue de leur autonomie, ne peuvent pas en bénéficier; - dépistage systématique par les gériatres du pôle de la fragilité chez les aidants principaux de plus de 70 ans des patients suivis au sein de notre structure pour une maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés. Résultat : 1- Première phase : Diffusion et formation à l'utilisation de l'outil de dépistage des différents professionnels. Cette phase va démarrer dès Janvier 2014. 2- Deuxième phase : Démarrage des consultations pluridisciplinaires de dépistage de la fragilité : Les consultations seront réalisées par les membres de l'équipe de l'hôpital de Jour de Gériatrie avec l'intervention d'un médecin gériatre, d'une infirmière, d'un kinésithérapeute, d'une aide soignante. Cette consultation comprend: - un temps d'évaluation pluridisciplinaire évaluant les différents déterminants de la fragilité; - l'élaboration et présentation d'un plan de soin personnalisé au patient; - la rédaction d'un courrier au médecin traitant; Conclusion : La création de cette plate forme d'évaluation des fragilités nous semble essentielle en terme de politique de prévention dans le contexte médicosocial actuel : tous les moyens permettant de lutter contre la dépendance doit être mis en oeuvre. A terme, un rapprochement avec l'Institut de Recherche Cancer et Vieillesse de Nice (IRCAN) permettra d'intégrer l'identification de biomarqueurs de la fragilité, notamment télomériques. La fragilité est un concept dynamique : la réversibilité des déterminants de la fragilité nécessite la mise en oeuvre d'interventions qui seront proposées au décours de l'évaluation. La création des différentes plateformes d'évaluation des fragilités va permettre à terme : - une meilleure identification des sujets âgés fragiles; - d'évaluer l'impact de ces structures en terme : survenue d'événements indésirables : chutes, hospitalisation, décès, maintien de l'autonomie du sujet âgé, qualité de vie du sujet âgé.

#### **L'examen de santé pour les seniors dans les Centres d'Examens de Santé : Un outil pour la prévention de la dépendance du sujet âgé**

B. Bongue, L. Beyragued, E. Amsallem, A. Colvez, C. Ducolombier, E. Etehami, T. Godefroy, O. Lantieri, C. Poujol, C. Vannier-Nitenberg, C. Sass, C. Marchand  
(Saint Etienne)

Contexte: Suite au vieillissement de la population qui a pour conséquences majeures une transition démographique et une transition épidémiologique (cumul des maladies chroniques, incapacités et handicaps), la prévention de la dépendance et de la perte d'autonomie est actuellement un enjeu majeur de santé publique. Les Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie,

une centaine de sites répartis sur le territoire français, proposent aux assurés sociaux des examens de santé, intitulés Examen Périodique de Santé (EPS), qui sont entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie. L'EPS est un examen de prévention modulé selon le sexe, l'âge et les facteurs de risque de la personne, il comporte un examen clinique et des examens complémentaires (selon la modulation : examen bucco-dentaire, examens biologiques, électrocardiogramme, spirométrie, examens visuels et auditifs, examens gynécologiques,...). Cet examen de santé s'adresse prioritairement aux personnes éloignées du système de santé. La population âgée de 55 ans et plus accueillie dans les CES représente plus de 150 000 personnes par an dont 63% sont âgées de 55/64 ans, et, 40% se trouvent en situation de vulnérabilité sociale. Ainsi, dans la perspective d'adapter au mieux le contenu de l'examen de santé aux besoins de la population senior reçue dans les CES, une réflexion a été menée pour enrichir l'examen de santé sur des thèmes de prévention complémentaires, spécifiques à la personne âgée. Cette réflexion devrait conduire à la mise en œuvre d'un EPS pour les seniors, harmonisé sur l'ensemble des CES et validé par la HAS, l'EPS senior. Objectif: Le projet EPS senior a pour objectif d'enrichir l'examen de santé actuel en proposant des thématiques de prévention complémentaires spécifiques aux personnes âgées en s'appuyant sur une démarche structurée opérationnelle de prévention, prenant en compte l'état des connaissances et des recommandations dans le domaine de la prévention chez les personnes âgées. Méthode: Trois éléments sont pris en compte pour le choix des modules spécifiques d'un « EPS-Senior » : 1) l'importance de la maladie ou de l'entité péjorative de santé, 2) l'existence de méthode de ciblage de la population la plus à risque pour chaque entité considérée, 3) l'efficacité et la faisabilité des mesures préventives de cet événement de santé. Parmi une liste de syndromes gériatriques précédemment identifiés par un groupe de travail constitué de professionnels des CES et du Cetaf, les Sociétés Savantes ont sélectionné les modules prioritaires à intégrer dans l'EPS. Plus particulièrement, pour chacun de ces modules, une analyse est conduite pour savoir si les outils permettant d'identifier les populations à risque sont adaptés à la population reçue et à la pratique des CES. Pour chaque module, une stratégie de prévention est construite comportant non seulement le repérage des personnes

à risque mais également selon le niveau de risque les actions à réaliser dans le CES et les orientations à faire à l'issue de l'examen de santé. La construction des partenariats pour l'orientation des personnes est également prise en compte. Chaque module fait l'objet d'une saisine auprès de la HAS pour avis. Résultats: Pour enrichir l'examen de santé pour les personnes âgées, trois modules prioritaires ont été identifiés : la prévention des chutes, la gestion de la plainte mnésique et les états dépressifs. L'usage inapproprié des médicaments et les troubles du sommeil ont été considérés comme des modules transversaux à aborder conjointement avec les modules prioritaires. Pour le module chute, un outil de repérage du risque de chute a été développé, adapté à la pratique des CES. Cet outil permet de classer les personnes âgées en 3 groupes (risque faible, modéré et élevé) et d'adapter les réponses préventives aux niveaux de risque. Pour la gestion de la plainte mnésique, un arbre décisionnel permettant de rassurer les personnes âgées ayant une plainte « banale » et d'orienter celles qui présentent une plainte « suspecte » vers le médecin traitant pour une « évaluation initiale » a été proposée. Cet arbre décisionnel s'appuie sur l'analyse de la plainte avec le questionnaire de plainte mnésique (QPC) et le test des 5 mots de Dubois. En ce qui concerne les troubles dépressifs, l'arbre décisionnel s'appuie sur l'utilisation graduelle de la Mini – GDS et de la GDS 15 items et les recommandations actuelles. Discussion et conclusion: Le projet d'enrichissement de l'examen de santé pour les seniors dans les CES s'appuie sur les données de la littérature et les recommandations actuelles. Il cible les principales interventions efficaces en prévention de la perte de l'autonomie (chutes et santé mentale) ayant un impact sur le vieillissement en bonne santé. Sur le plan populationnel, cet examen cible les personnes âgées autonomes vivant à domicile. Il cible également selon la distinction de l'OMS, les « jeunes vieux » (en amont des problèmes de vie en incapacité) qui représentent la population à laquelle devrait en priorité s'adresser la démarche préventive chez les seniors. Il devrait permettre de repérer les signes de fragilité en amont, inscrire les personnes âgées dans une démarche préventive et ainsi repousser l'entrée dans la dépendance ; il constitue également une offre de service au médecin traitant pour l'accompagner dans le repérage des facteurs de risque de fragilité et faciliter la prise en charge de ses patients âgés.

# Vendredi 4 avril

## SYMPOSIUM

### S9 - Rôle des IPA dans le repérage de la fragilité

E. Poulin<sup>1</sup>, M. Pédra<sup>2</sup>

(1. Marseille; 2. Toulouse)

#### Communication 1

#### Réflexion sur le rôle de l'infirmier en sciences cliniques infirmières de pratiques avancées coordonnateur de parcours complexes de soins dans le repérage de la fragilité et la prise en charge des personnes âgées dans les services hospitaliers non gériatriques

M. Bourriquen<sup>1</sup>, G. Delalande-Ridou<sup>2</sup>, P. Villani<sup>3</sup>, J.C. Pical<sup>4</sup>

(1. CHU de la Timone, Marseille ; 2. Centre Gérontologique Départemental, Marseille ; 3. CHU de la Timone, Marseille ; 4. Centre Gérontologique Départemental, Marseille)

Le nombre des personnes âgées en France est en constante augmentation. Selon des études réalisées par l'INSEE et la DREES, en 2020 la France comptera près de 17 millions de personnes âgées de plus de 60 ans et plus de 4 millions de plus de 80 ans pour atteindre les 7 millions en 2040. En 2060, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devrait représenter près de 16.2% de la population totale contre 8.5% en 2007 soit près du double. Avec l'allongement de l'espérance de vie, apparaissent les notions de fragilité et dépendance. En raison du fort risque de perte d'autonomie, physique, psychique ou sociale, la population âgée le plus souvent polypathologique ou simplement fragile, nécessite d'être repérée afin d'élaborer une prise en charge non plus orientée sur le soin mais axée sur la personne, faisant intervenir de nombreux professionnels du secteur intra et extra hospitalier, tous corps de métiers confondus. Pour répondre aux besoins des personnes âgées et proposer des prises en charge adaptées, la Haute Autorité de Santé propose la mise en place d'expérimentations parmi lesquelles l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 (LFSS 2012). Cette expérimentation définit les modalités de mise en oeuvre des projets pilotes dans le but d'optimiser le parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, comprenant ainsi la population âgée fragile, en prévenant leur hospitalisation, en gérant leur sortie et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge autour de la personne âgée. Le projet a pour objectif la construction d'une filière gériatrique sur Marseille entre la médecine hospitalière et la médecine de ville en mettant notamment en avant l'importance d'un binôme médecin gériatre et infirmier de pratiques avancées coordonnateur de parcours complexes de soins. Dans ce contexte, tout comme le médecin, l'infirmier diplômé d'un master 2 en sciences cliniques infirmières de pratiques avancées coordonnateur de parcours complexes de soins a sa place dans le repérage et la prise en charge des patients âgés fragiles hospitalisés en secteur hospitalier non gériatrique. Il peut également occuper une position centrale dans la mission de lien ville-hôpital et dans le suivi du patient après son hospitalisation par sa capacité de gestion des cas complexes et sa connaissance des ressources existantes. Ces capacités se justifient par une expérience professionnelle indispensable dans le domaine de la gériatrie, de la gérontologie et de la coordination; mais aussi par des connaissances théoriques, un savoir-faire nécessaires pour les

prises de décisions complexes et des compétences d'expertises cliniques. Ainsi en secteur hospitalier, l'infirmier coordonnateur de parcours complexes de soins apparaît au coeur de la prise en charge de la personne âgée hospitalisée et peut se présenter comme le référent du sujet âgé. Impliqué dès l'admission à l'hôpital, et en amont dans la mesure du possible, il va pouvoir dépister la ou les fragilités du sujet âgé par des outils de repérage simples et validés, en vue d'élaborer en collaboration avec les professionnels du secteur intra et extra hospitalier des recommandations gériatriques et gérontologiques voire un plan personnalisé de santé. Il peut anticiper et coordonner le parcours de soins jusqu'à sa sortie et organiser la prise en charge extra-hospitalière à court terme (organisation de la prise en charge immédiate par le dispositif de soutien à domicile ou dispositif de coordination de proximité : infirmiers libéraux, médecin traitant, réseau gérontologique, planification de consultations spécialisées ou d'hôpitaux de jour...), tout en l'intégrant au sein de la filière gériatrique. Il devient ainsi un pivot dans un dispositif de coordination d'appui. Par ailleurs, le repérage de la fragilité et l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée peuvent se trouver enrichie par sa formation universitaire. Ce faisant cette formation peut permettre un travail de recherche scientifique. Par exemple, dans le cadre de l'expérimentation portant sur l'article 70 de la LFSS 2012, l'infirmier de pratiques avancées coordonnateur de parcours complexes de soins occupe une place à part entière dans le repérage de la fragilité en participant à l'élaboration d'un outil de repérage simple, conjoint à un outil de dépistage du risque de réhospitalisation, utilisable par les professionnels médicaux mais aussi paramédicaux. Au-delà du test de l'outil dans des unités de soins gériatriques et non gériatriques, de l'évaluation des écarts constatés entre les résultats souhaités et obtenus, et de sa participation au réajustement de cet outil, il élabore également des recommandations gériatriques et gérontologiques adaptées à chacun des sujets pris en charge en secteur hospitalier. A travers cette expérimentation, nous pouvons voir le rôle d'un infirmier coordonnateur de parcours complexes de soins comme un professionnel novateur dans le repérage et la proposition d'organisations nouvelles dans la prise en charge des personnes âgées fragiles ou non, hospitalisées.

#### Communication 2

#### Utiliser le rôle propre de l'infirmier libéral dans le dépistage de la fragilité et la prévention de la dépendance

M.L. Lamarque

(St Hilaire)

Contexte: Actuellement infirmière libérale je constate une modification de mon activité professionnelle. Sur un roulement basique de vingt-cinq actes quotidiens, vingt concernent l'accompagnement au domicile de personnes de plus de soixante-quinze ans. Le principal motif d'intervention étant « administration et surveillance de traitement » ou « aide à la toilette ». L'infirmier libéral ne peut intervenir que sur prescription médicale. La notion de fragilité ou de prévention de la dépendance est récente. Jusque là médecin traitant et partenaires de proximité œuvraient pour le maintien des capacités, prise en charge complexe, lorsque nous connaissons l'ensemble des facteurs intervenant dans le maintien de la santé : logement, situation géographique, ressources

financières, ressources familiales, disponibilité des services de proximité, capacités d'acceptation, réserves physiques-cognitives de la personne, ... Le maintien au domicile est une situation fragile qui peut basculer brutalement soit parce qu'un des éléments de soutien est brusquement défaillant, soit parce que petit à petit les capacités de la personne âgée se sont dégradées sans que les réseaux de soutien n'aient évolués, la réponse n'est plus adaptée aux besoins. Le repérage de la fragilité est le domaine des intervenants de proximité, de part le passage quotidien et la relation de confiance qui se construit. A ce jour l'IDEL a deux solutions en cas d'inquiétude pour une personne âgée au domicile : - prévenir le médecin traitant ; la visite médicale est prévue, elle dure environ une demi-heure, la personne âgée mobilise ses ressources cognitives face au médecin, et faute de signes objectifs l'alerte est « modulée ». - demander des moyens supplémentaires, cela prend du temps. Trop souvent c'est « l'accident » qui amène une réévaluation de la situation. Dans la nomenclature concernant la tarification des actes infirmiers, il existe une tarification particulière, l'AMI 4. Cette codification représente la reconnaissance du rôle propre infirmier, elle peut être coté une fois par semaine, elle reconnaît la compétence de l'infirmier à agir de manière autonome comme le précise le décret de compétences n° 2004-802 du 29 juillet Article R. 4311-1 et particulièrement « ... participation à des actions de prévention, ... ». Cette séance hebdomadaire dure environ une demi-heure. Méthode: Proposer une grille standard pré-imprimée : - que les Hôpitaux Gériatrique locaux enverraient aux infirmiers libéraux de leur secteur, afin d'évaluer géographiquement en temps réel, le degré de fragilité de la population âgée vivant au domicile. Cette grille serait accompagnée d'une présentation succincte et d'une enveloppe retour. - A ce jour, les Infirmiers Libéraux ont l'obligation annuelle de développement professionnel continu (DCP), deux jours de formation par an, la Fragilité peut faire l'objet d'une formation : présentation de la plateforme d'évaluation des fragilités la plus proche ; présentation de la grille, des différents critères ; interprétations de résultats ; transmission au médecin traitant ; décision médecin/infirmier pour conduite à tenir ; surveillance ; mise en contact avec l'équipe de la plateforme ; participation à un programme pluridisciplinaire de prévention de la dépendance.

La grille :

NOM	SEM 1	SEM 2	SEM3	SEM4
Age				
Amaigrissement, poids				
Asthénie/ Affaiblissement				
Ralentissement marche : 4s pour 4m.				
Perte de la force musculaire				
Activité physique, sorties, dépenses énergétiques				
Activités de la vie quotidienne				
Total				
menace si 3 réponses au moins montrent une réduction de l'autonomie.				

Résultats : La diffusion de la grille peut-être rapide. Le document est simple, pratique, utilisable par tous, les données sont exploitables de suite, et vérifiables. L'infirmier libéral peut effectuer l'évaluation toute les semaines pendant la visite infirmière. L'observation quotidienne permet d'évaluer les différents critères de manière

objective. L'infirmier libéral est le partenaire idéal face au problème de la perte d'autonomie. C'est l'intervenant quotidien qui peut évaluer le niveau de santé d'une personne âgée. L'infirmier libéral agit dans l'intimité, jour après jour il est le témoin des changements qui interviennent dans la vie des personnes : problème financiers, soutien psychoaffectif, visites, difficultés administratives, querelles, capacités de résolution des problèmes, isolement, ... Donner le moyen aux Infirmiers libéraux d'évaluer et d'agir en prévention avec la possibilité de partenariat pluridisciplinaire permettra un repérage direct, efficace et valorisant pour ces professionnels qui parfois sont seuls au domicile dans des situations « précaires ». Conclusion : Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 Article R 4311-2 : relatif aux dispositions réglementaires de l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière : énumère les actions légales auxquelles l'IDEL recourt pour la mise en œuvre de ce projet : 1- De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ; 2- De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ; 3- De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ; 4- De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ; Ce projet propose d'utiliser le rôle propre infirmier, reconnu par l'AMI4, pour évaluer systématiquement l'état de santé de la personne âgée au domicile. Il procure à l'IDEL un outil (la grille) objectif. Il permet le développement d'une prise en charge préventive au domicile en lien avec le médecin traitant, et la plateforme de la fragilité. Les Infirmiers Libéraux interviennent tous les jours, parfois deux fois par jour et la fréquence des passages ne permet pas de masquer longtemps les dysfonctionnements de tout genre. La gériatrie est un domaine où lorsqu'une situation se déséquilibre, il y a danger vital, et la réponse médicale devient une urgence. Les signes de fragilités sont nombreux, l'infirmier libéral est le lien infaillible entre la personne âgée et la société.

## TABLE RONDE

### 1- L'innovation au service de la fragilité

#### Comment allier la prévention et la prise en charge des fragilités par un Hôpital de Jour Gériatrique en milieu rural : place à l'innovation !

I. Moldoveanu, J.P. Lembelembe  
(Malestroit)

Contexte : Situé au sein d'une Clinique de profil gériatrique à Malestroit, Morbihan, l'Hôpital de Jour Gériatrique (HJG) a été mis en place pour diagnostiquer et prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) et les maladies apparentées. L'arrivée de la T2A et le passage à la MCO ont réorienté notre activité et provoqué le sentiment d'insuffisance dans l'équipe: notre activité s'est concentré désormais sur le diagnostic au détriment de l'accompagnement et de la prise en charge non-médicamenteuse. Pour améliorer notre activité perçue comme insuffisante nous avons introduit la dimension de la prévention et de promotion de la santé, nous avons diversifié le spectre de nos

interventions en faisant appel à d'autres formes d'intervention, moins « classiques », nous avons établi des partenariats avec divers acteurs du secteur gérontologique. Méthode : notre méthode s'est concentrée sur l'évolution d'une approche basée essentiellement sur le diagnostic et la prise en charge des personnes atteintes de la MA et maladies apparentées vers l'action sur les déterminants de santé. Résultats : Historiquement le but principal de l'HJG était le diagnostic et la PEC de la MA. En quête d'une approche plus globale et plus riche nous avons introduit d'autres activités dans notre pratique :- Aide aux aidants : séances d'information pour les familles des malades Alzheimer. Nous combinons, lors de ces séances, des éléments d'un groupe de parole et de séances de formation. Il s'agit d'un cycle de 7 séances de 2 h chacune avec un double objectif – permettre aux aidants d'exprimer leurs difficultés, leur épuisement et d'apporter des réponses à leurs questions. Toute l'équipe de l'HJG participe à ces réunions : le médecin, l'IDE, la psychologue-clinicienne et la neuropsychologue, la diététicienne, l'ergothérapeute, la kinésithérapeute. Au total entre 20 et 30 personnes participent à ces groupes chaque année. Ces réunions sont financées par l'ARS Bretagne. - Ateliers de 8 à 88 : ateliers créatifs pour les malades d'Alzheimer ensemble avec des enfants de l'école primaire. L'objectif est de permettre aux malades de participer à des activités ludiques entourés par les enfants et aux enfants (et leurs parents) de changer leur regard sur la maladie, les malades et leurs capacités. Ce projet a été financé par la Fondation Médéric Alzheimer. - Bistrot-mémoire : des après-midi autour d'une tasse de café dans un bistrot de ville – une psychologue, des malades Alzheimer et leurs proches, des bénévoles (des élèves aides-soignants). L'objectif est redonner aux malades et aux proches leur place de citoyen dans la cité, les sortir de l'isolement. Ce projet a été financé par la Fondation de France - Formations : Il est important, à notre avis, non seulement de prendre soin et d'apporter nos compétences aux malades et leurs proches mais également de partager notre expérience avec les autres. Nous commençons à développer des propositions de formation, en partenariat avec le Centre de Formation St Michel : notre équipe participe à la formation ASG, nous proposons également des formations continues. La prévention et la promotion de la santé sont des enjeux émergents, notamment à travers la Stratégie nationale de santé. Prévention de la dépendance est également une des priorités de notre HJG. Pour cela nous avons mis en place l'éducation thérapeutique du patient (ETP) avec des plaies chroniques d'origine vasculaire et pied diabétique (car depuis 2007 il existe, au sein de la Clinique la Consultation Plaies Chroniques). Les personnes porteuses des plaies chroniques cumulent diverses fragilités et le risque de la dépendance est important. Nous proposons quatre ateliers dans le cadre du programme : atelier sur l'hygiène de vie, sur la douleur, l'alimentation et la prise en charge des plaies. Si ce programme a reçu l'autorisation de l'ARS nous n'avons pas pour l'instant de financement alloué et aménageons notre temps de travail pour réaliser les ateliers. Nous agissons également pour la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale des personnes âgées : dans le milieu rural l'isolement des personnes âgées, l'éloignement des familles sont un véritable problème. Nous avons, dans ces conditions, mis en place des ateliers créatifs adressés à des personnes âgées isolées pour créer du lien social et sortir ces personnes de chez elles. Le repérage et le transport de ces personnes se fait par nos partenaires locaux (les relais gérontologiques du secteur, les équipes qui interviennent au domicile, les centres sociaux, les associations des bénévoles). Le projet est financé par l'ARS Bretagne. Nos difficultés. Evidemment, nous rencontrons un certain nombre de

difficultés : les financements qui proviennent des Fondations ou de l'ARS ne sont pas toujours pérennes. Faire les dossiers de financement, être attentifs à des appels à projets, anticiper – tout cela demande beaucoup de temps et d'énergie. Il existe toujours, malgré notre offre assez variée des personnes âgées fragiles à qui nous ne pouvons rien proposer. Nous essayons, dans ce cas, de signaler ces situations à nos partenaires. Une des difficultés reste l'attitude parfois négative de nos collègues au sein de l'établissement quant au dépassement du périmètre strictement curatif. Nos projets. Il nous reste encore beaucoup de choses à réaliser. Dans le futur proche il nous semble important d'investir le volet recherche-action afin d'approfondir la démarche de l'innovation. Nous voulons également renforcer la formation, activité déjà commencée mais qui mérite d'être élargie. Conclusion : Malgré les difficultés inhérentes à toute activité novatrice et dynamique nous sommes persuadés qu'il est judicieux de dépasser la démarche curative en ce qui concerne la personne âgée fragile. Le contexte économique et politique actuel encourage l'innovation et une petite structure en milieu rural peut également y participer. Elle peut devenir un acteur incontournable d'une vision globale des personnes âgées.

## 2- PAERPA : Gestion des sorties d'hospitalisation et prévention des hospitalisations évitables

### Gestion des sorties d'hospitalisation de la personne âgée

G. Delalande-Ridou<sup>1</sup>, M. Bourriquen<sup>2</sup>, J.C. Pical<sup>3</sup>, P. Villani<sup>4</sup>

(1. Centre Gérontologique Départemental, Marseille; 2. CHU de la Timone, Marseille; 3. Centre Gérontologique Départemental, Marseille; 4. CHU de la Timone, Marseille)

Contexte : Marseille est un territoire urbain important en construction pour sa filière gériatrique. L'article 70 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012 est une opportunité de progression dynamique et répond à un enjeu de santé publique. Les projections INSEE pour 2060 selon lesquelles 1/6ème de la population française sera âgée de plus de 65 ans, soit environ 12 millions de personnes avec plus de 200000 centenaires et une modification de la pyramide des âges nous incitent à agir rapidement et à définir des moyens efficaces de maintenir la population de plus de 65 ans en bonne santé. Le bien vieillir est un moyen. Le repérage des personnes âgées à risque de perte d'autonomie en est un autre. Le but commun est de ne pas laisser basculer de trop nombreuses personnes âgées dans la dépendance. Le projet pilote répondant à l'article 70 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012 comprend 2 modules. Le premier module à Marseille correspond à la mise en place de l'équipe mobile gériatrique externe et le second module se décline sur une modélisation de la gestion des sorties d'hospitalisation de la personne âgée. Méthodologie: Notre équipe s'est d'abord attachée à définir un outil de repérage des personnes âgées à haut risque de ré-hospitalisation : utilisation de l'outil TRST initialement validé par les services d'accueil des urgences et repris par la HAS pour encourager ce test en unités hospitalières. Rapidement l'opportunité d'utiliser un questionnaire simple et rapide, et en parallèle la similitude de certaines questions avec les critères de fragilité nous ont poussés à tenter un repérage conjoint de la fragilité dans les 72 heures suivant l'admission d'une personne âgée de plus de 75 ans. A partir de cet outil de repérage il est nécessaire de valider un logigramme définissant des conduites à tenir adéquates et hiérarchisées en fonction des scores obtenus et de l'état de santé de la personne âgée. De même l'élaboration précise de ces conduites à tenir conduit à se poser les questions suivantes :

qui les réalise ? A quel moment ? Et comment en assure-t-on le suivi ? Résultats: Les résultats attendus sur la proportion des réhospitalisations évitables sont estimés à 23% de la totalité des réadmissions (Van Walraven 2012, document HAS juin 2013). En ce qui concerne le dépistage de la fragilité, le temps d'hospitalisation peut être un moment privilégié de repérage et de transfert de cette information au médecin traitant avec des recommandations gériatologiques pour anticiper et conjurer des situations de rupture. L'outil élaboré a d'abord été testé sur sa faisabilité dans le service de médecine polyvalente et post-urgences de l'hôpital de la Timone. 50 patients ont ainsi été questionnés. Les premiers résultats recueillis après suivi à 1 mois posent la question d'un score seuil du TRST à 3 au lieu de 2 pour la réalisation d'une EGS et d'un PPS. Cette analyse est a contrario à balancer par un taux de ré-hospitalisation à 3 mois pas toujours en parallèle avec un score élevé du TRST. Une analyse à 3 mois, actuellement en cours, doit permettre de retenir un score seuil de 3 pour le TRST ou une nécessité de compléter de cet outil. 200 patients sont en cours d'évaluation sur un court séjour gériatrique et deux services de SSR gériatrique pour éprouver plus largement le logigramme et adapter les niveaux d'intervention d'une équipe de référents gériatriques. Cette phase est aussi un temps de mise à l'épreuve plus globale de l'outil de repérage auprès des paramédicaux et des médecins hospitaliers. En fonction des résultats, une modélisation sera précisée par la suite sur d'autres services hospitaliers en vue d'une diffusion généralisée après avis de la HAS. Conclusions: Le module 2 du projet pilote Article 70 amène à la modélisation d'un parcours de santé de la personne âgée sur Marseille pendant et en aval de l'hospitalisation. Par extension une réflexion et un travail généralisable sur l'amont de l'hospitalisation s'impose. La réussite de ce projet reposera sur la diffusion de la culture gériatrique dans les services hospitaliers de Marseille en lien avec les équipes mobiles intra-hospitalières ou avec des référents gériatologiques formés à l'Evaluation Gériatrique Standardisée et à l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé. Cette diffusion doit également s'appuyer sur une sensibilisation du monde soignant libéral à tout niveau : médical, paramédical et social.

## COMMUNICATIONS ORALES

### Quel est l'impact du zona sur le déclin fonctionnel, et la diminution des capacités d'adaptation ?

G. Gavazzi<sup>1</sup>, N. Attal<sup>2</sup>, C. Deback<sup>3</sup>, P. Gorwood<sup>4</sup>, M. Labetoulle<sup>5</sup>, F. Liard<sup>6</sup>, G. Pickering<sup>7</sup>

(1. Hôpital Nord Michallon, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, La Tronche; 2. (a) INSERM U 987 & CETD, Hôpital Ambroise Paré, APHP, Boulogne Billancourt; (b) Université Versailles Saint Quentin en Yvelines, Versailles; 3. Service de Virologie, Hôpital Paul Brousse, APHP, Université Paris Sud, Villejuif, INSERM U996 Clamart; 4. CMME, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Université Paris Descartes & INSERM U894, Paris; 5. Service d'Ophthalmologie, CHU Bicêtre, APHP, Université Paris Sud, Kremlin-Bicêtre, CNRS – UMR 3296, Gif sur Yvette; 6. Saint-Epain; 7. (a) CHU Clermont-Ferrand, Centre de Pharmacologie Clinique, Clermont-Ferrand; Inserm, CIC 501, Inserm Neurodol 1107, Clermont-Ferrand; (b) Clermont Université, Laboratoire de Pharmacologie, Faculté de médecine, Clermont-Ferrand)

Contexte: La lutte contre la dépendance est un enjeu majeur de santé publique ; la prévention du déclin fonctionnel en particulier dans la population âgée est donc un objectif prioritaire, en lien avec une vulnérabilité physique, cognitive, sociale et psychologique. Le zona est une pathologie infectieuse douloureuse fréquente, dont

l'incidence et la sévérité augmentent avec l'âge. L'objectif de ce travail est de rapporter les liens établis et potentiels entre le zona et le déclin fonctionnel. Méthodologie: Un groupe multidisciplinaire d'experts (pharmacologiste, médecin généraliste, gériatre, ophtalmologiste, spécialistes de la douleur, psychiatre, virologue) ont réalisé une analyse narrative de la littérature concernant les liens entre le zona et le déclin fonctionnel, la diminution des capacités cognitives, et l'altération des capacités d'adaptation du sujet âgé. Cette analyse conduit à une réflexion sur les axes de recherche à promouvoir pour favoriser les actes de prévention. Résultats: Le déclin fonctionnel peut être défini par réduction des capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne. Avec l'avancée en âge, ces capacités sont affaiblies par un processus dégénératif lié à l'âge per se et par une accumulation de pathologies chroniques. Le déclin fonctionnel favorise l'apparition d'infections, mais il est également facilité par les infections. Le zona peut avoir des conséquences sérieuses (ex : hospitalisation) ou des complications à long terme (ex : les douleurs post-zostériennes ou DPZ). Il semble qu'il soit aussi pourvoyeur de modifications de la qualité de vie, des fonctions cognitives, sociales, et physiques, des troubles du sommeil, de l'humeur et pourrait détériorer l'avenir des patients porteurs de pathologies chroniques. Si le zona peut être considéré comme un événement de vie stressant (i.e., sollicitant des stratégies d'adaptation), constituant un facteur déclenchant de dépression quand l'adaptation est inefficace, plusieurs études tendent à démontrer aussi que les événements de vie stressants sont des facteurs de risque d'apparition d'un zona. Bien que des traitements soient disponibles, la prise en charge du zona et de ses complications, en particulier les DPZ, est difficile : la présence de comorbidités, la polymédication, et les modifications de la pharmacocinétique associés à l'âge augmentent le risque d'effets indésirables iatrogènes et d'interactions médicamenteuses chez le senior. Conclusion: Le zona et son impact physique, cognitif, social et psychologique peuvent promouvoir ou accélérer le déclin fonctionnel chez des individus fragiles, avec des capacités d'adaptation réduites aux événements de vie stressants. Le traitement du zona chez les seniors, et la prévention du zona par la vaccination devrait aider à réduire le déclin fonctionnel lié au zona et favoriser ainsi le "Bien Vieillir". Une évaluation de l'intérêt d'une prévention du zona et de ses complications sur les paramètres fonctionnels semble particulièrement nécessaire.

### Etude SAFER : Développement d'un outil de repérage des sujets âgés fragiles aux SAU

M. Curiel-Berruyer, O. Lacroix, S. Bonin-Guillaume, S. Gentile, A.C. Durand (Marseille)

Le passage par les Services d'Accueil des Urgences (SAU) est le mode d'hospitalisation le plus fréquent des sujets âgés. L'afflux croissant du nombre de personnes âgées dans les services d'urgence est un indicateur des difficultés d'accessibilité à la filière gériatrique en particulier chez les personnes âgées fragiles. Il est donc indispensable d'améliorer le repérage des sujets âgés à risque de fragilité dès lors qu'ils sont adressés dans un SAU afin d'améliorer leur signalement aux compétences gériatriques. Or les outils actuellement disponibles répondent peu à cet objectif. Nous avons mené une étude prospective pilote afin de développer un outil rapide et simple d'utilisation à l'usage des urgentistes leur permettant, à partir de questions usuelles, de repérer dès leur arrivée au SAU, les patients âgés de plus de 75 ans pour lesquels une prise en charge gériatrique était nécessaire. Méthode : Conception de l'étude pour le

développement de l'échelle SAFER (Short Assesment for Frailty in Emergency Room) comprenait quatre phases sur une période de deux ans : - Phase 1 génération des items : identification de tous les éléments possibles en fonction d'une analyse exhaustive de la littérature. Les éléments ont été générés à partir de la combinaison de : six items de la fiche ISAR et quatre autres questions dont trois questions les plus pertinentes de l'échelle SEGA et la dernière question : « vit seul » qui est un élément de l'environnement menant à l'admission à l'urgence fréquentes. Au total 10 items ont été sélectionnés. - Phase 2, Test des 10 items générés : Nous avons réalisé une étude interventionnelle et de faisabilité auprès de des médecins urgentistes, au SAU de l'Hôpital Nord (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille) de novembre 2007 à février 2008. 118 patients âgés de 75 ans et plus ont été inclus consécutivement. - Phase 3, réduction des items : en sélectionnant les éléments les plus pertinents liés à détecter la fragilité sur un avis d'experts sur la base de l'Évaluation gériatrique standardisée. 4 étaient associés de façon significative à l'avis du gériatre expert sur la fragilité des patients: - Le patient a des aides à domicile ( $p = 0,001$ ) ; - Le patient a besoin de plus d'aide depuis la survenue de la pathologie le conduisant aux urgences ( $p=0.037$ ) ; - Le patient a des problèmes de mémoire ( $p = 0,027$ ) ; - Le patient prend plus de 3 médicaments par jour ( $p = 0,05$ ). Ces 4 items constituent notre outil de dépistage des sujets âgés fragiles aux urgences, le SAFER. - Phase 4, Test des items sélectionnés : analyse des propriétés psychométriques des items sélectionnés. Nous avons fait une nouvelle étude pour tester le SAFER dans un autre SAU et pour déterminer un score seuil. L'étude a été menée dans le service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital Sainte Marguerite (Assistance Publique des hôpitaux de Marseille. Tous les patients de 75ans et plus, admis au SAU entre 08h00 et minuit sur une période de 15 jours consécutifs, du 02 au 16 juin 2009, et acceptant de participer, ont été inclus consécutivement. En l'absence de définition consensuelle de la fragilité du sujet âgé, un score composite explorant les facteurs : nutritionnel, fonctionnel, psychologique et cognitif, évalués par des outils validés en gériatrie, a été élaboré à partir de l'évaluation gériatrique réalisée aux urgences. Ce score est composé de 6 items, déterminé par le score seuil validé de chaque outil : MNA $\leq$ 7 (1 point), présence de troubles cognitifs ou du comportement (1 point), GDS $\geq$ 1 (1point), ADL <6 (1 point), IADL <4 (1 point), la notion de chute (1point). Les patients sont considérés comme fragiles pour un score global  $\geq$  3. Pour tester ses qualités psychométriques, notre outil a été comparé à cette score composite de fragilité (SCF) avec un test de Pearson et un test Spearman entre ces 2 outils. Résultats : L'outil SAFER, développé dans notre étude pilote, a été réalisé pour tous les patients inclus. Les analyses d'items montrent mettre les résultats bruts. Devant ce résultat nous avons décidé de tester à nouveau notre outil en enlevant ce dernier item pour voir si la corrélation avec le SCF restait forte. La corrélation entre le score composite de fragilité et le SAFER retrouve une corrélation de Pearson à 0.558 ( $p=0.0001$ ) et un coefficient de corrélation  $\rho$  de Spearman à 0.547 ( $p=0.0001$ ) traduisant l'existence d'un lien fort entre les 2 outils ceci signifie que notre outil évalue effectivement bien la fragilité définie par le SCF. Si on considère les différents scores seuil, celui qui offre le meilleur compromis avec une sensibilité de 0.78 et une spécificité de 0.76 est le score  $\geq$  2. Conclusion : SAFER était fortement corrélé à la fragilité et est effectivement pertinent dans le dépistage de la fragilité. Il s'agit d'un outil simple, rapide pouvant être réalisé dans un SAU pour repérer la fragilité des sujets âgés afin de leur proposer une prise en charge gériatrique adaptée.

### Rôle des marqueurs de fragilité dans l'évaluation des patients âgés atteints de cancer vus avant initiation du traitement

A. Farcet<sup>1</sup>, L. De Decker<sup>2</sup>, V. Pauly<sup>3</sup>, F. Rousseau<sup>4</sup>, H. Bergman<sup>5</sup>, C. Molines<sup>1</sup>, F. Retornaz<sup>1,6,7</sup>

(1. Unité de coordination en oncologie gériatrique, Centre Gérontologique Départemental, Marseille; 2. Pôle de gérontologie clinique, Centre hospitalier universitaire de Nantes, Nantes; 3. Service de Santé Publique et de l'Information Médicale, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Marseille, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille; 4. Unité de coordination en oncologie gériatrique, Institut Paoli Calmette, Marseille; 5. Division de gériatrie, Hôpital général juif, Montréal, Québec, Canada; 6. EA3279. Évaluation des Systèmes de Soins - Santé Perçue. Université de la Méditerranée, Marseille; 7. Unité de recherche en médecine interne et maladies infectieuses, Hôpital Européen, Marseille)

Introduction : Déterminer le rôle des marqueurs de fragilité dans l'évaluation oncogériatrique en consultation pré-thérapeutique. Matériel et méthode : Étude prospective sur 3 ans des patients  $\geq$  65 ans, vus en consultation d'évaluation gériatrique avant traitement. Domaines évalués : Statut fonctionnel, comorbidités, médicaments, cognition, humeur, déficits neurosensoriels, nutrition, statut social, chutes et marqueurs de fragilité phénotypique (MFP) (nutrition, énergie, force de préhension, activités physiques et mobilité). Recommandations thérapeutiques (RT) faites à l'issue de l'évaluation rapportées. Résultats : 217 patients inclus. Moyenne d'âge 83 ans (S.D.  $\pm$  5,2), 60% de femmes. Les cancers colorectaux et urologiques étaient les plus fréquents (respectivement 40% et 20%). 20% étaient métastatiques, 52% des patients étaient adressés avant chimiothérapie. 90% vivaient à domicile, un tiers avaient un ADL pathologique, moins de 20% étaient polypathologiques, 47% étaient polymédiqués, 40% avaient des troubles cognitifs et de l'humeur. Un tiers étaient chuteurs. Seulement 7% étaient fragiles selon la classification de L. Balducci. Le MFP le plus fréquent était la mobilité (71%). 90% des patients présentaient au moins un MPF et près de 45% étaient fragiles selon le concept de Fried. Le gériatre était en accord avec le traitement standard (avec ou sans adaptation) dans 2 tiers des cas. Dans le modèle de régression multivariée seuls le nombre de MFP et l'ADL étaient significativement associés aux RT (respectivement  $p<0.001$ ,  $p=0.012$ ). Les patients sans MFP étaient significativement plus orientés vers le traitement standard que vers des soins de support, comparé aux patients présentant au moins 3 MPF (OR : 33, IC(3-342),  $p=0.003$ ). Conclusion : Les MPF pourraient être un moyen de détecter la vulnérabilité et d'ajuster le traitement dans cette population.

### Un programme de prévention des chutes au sein du réseau ville-hôpital : de l'évaluation à la réadaptation

K. Faure, F. Lanoe  
(Chantepie)

Contexte : L'Unité d'Évaluation Gérontologique et d'Orientation se situe à l'interface du réseau ville-hôpital, en amont de la filière gériatrique du Centre Régional Gériatrique, situé dans l'agglomération Rennaise en Ille et Vilaine. Un numéro d'appel direct permet aux médecins généralistes du secteur de contacter un médecin gériatre du lundi au vendredi de 9h à 19h. En fonction de la problématique évoquée, le médecin gériatre propose la prise en charge la plus adaptée : consultation, bilan pluridisciplinaire en hôpital de jour, hospitalisation programmée ou hospitalisation en



court séjour en cas de décompensation aigue. Après une quinzaine d'année d'existence, une collaboration avec environ 200 médecins généralistes du secteur a été mise en place. Avec le développement de l'activité d'hôpital de jour à visée diagnostique au sein de l'unité, l'équipe soignante est amenée à prendre en charge de plus en plus de patients pour « bilan de chutes ». Méthode : Face à cette situation, l'unité a élaboré une prise en charge spécifique, mettant à profit l'expérience des rééducateurs du plateau technique de rééducation présents au sein même de l'établissement. En effet, en partenariat avec la Carsat et Kiné Ouest Prévention, des ateliers collectifs Equilibr'Age ont été mis en place à compter d'octobre 2013. Une ergothérapeute a été formée par Kiné Ouest Prévention à l'utilisation du parcours Equilibr'Age. Ces ateliers sont proposés pour des patients en Groupe Iso Ressource 4-5, résidant dans un secteur

géographique proche de 15 Kms. Un bilan d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire en hôpital de jour à visée diagnostique (bilan d'autonomie par l'ergothérapeute, bilan de troubles de l'équilibre par le kinésithérapeute, bilan cognitif ...) est préalablement organisé. En fonction de l'évaluation et des critères d'inclusion, le patient peut être orienté dans un second temps vers les ateliers Equilibr'Age, au rythme d'une fois par semaine pendant 8 semaines. Résultats : L'expérimentation est en cours d'évaluation et des données statistiques plus précises pourront être communiquées dans les mois à venir (données d'évaluation fonctionnelle, taux de participation, satisfaction et impact sur le risque de récurrence de chute...). Conclusion : La mise en place de ces ateliers au sein même de l'établissement sanitaire, permet une continuité de prise en charge : de l'évaluation à la réadaptation, de la ville à l'hôpital...

## Posters

### **P-1. Prévalence du zona chez les personnes âgées fragiles : étude au sein de l'hôpital de jour Fragilité du Gérontopôle de Toulouse** S. Gérard, G. Abellan van Kan, S. Guyonnet, B. Vellas (Toulouse)

Pas de résumé.

### **P-2. Difficultés, satisfactions et stratégies dans la relation d'aide: un vécu en équilibre**

A. Rieucan<sup>1,2</sup>, J.P. David<sup>2</sup>, I. Fromentin<sup>2</sup>, C. Bungener<sup>1</sup>  
(1. Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé – EA 4057, Université Paris Descartes; 2. AP-HP, Hôpital Emile Roux, Limeil Brévannes)

Contexte : Les travaux portant sur le vécu de l'aidant familial abondent de données sur les conséquences négatives de ce rôle. Emerge depuis peu une littérature encourageant une conceptualisation de la situation d'aide dans sa globalité, en prenant en compte aussi bien la charge ressentie, que les bénéfices secondaires retirés, ou encore l'expertise acquise au fur et à mesure de l'avancée dans la maladie (Nolan, 2001). Et bien qu'il ait été mis en évidence que des répercussions positives et négatives relatives à cette situation pouvaient coexister au sein du vécu d'un même aidant (Kinney et Stephens, 1989), le lien entre ces différents aspects n'a pas fait l'objet de recherches. Nous pouvons pourtant considérer qu'il s'agit ici des différentes facettes d'un même vécu, les unes interdépendantes des autres, créant ainsi un équilibre nécessaire à l'aidant pour qu'il puisse investir ce rôle. Méthode : Notre étude porte sur 113 participants aidants familiaux de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Nous cherchons à mettre en évidence les liens pouvant exister entre difficultés (CADI), satisfactions (CASI) ressenties et stratégies (CAMI) utilisées dans la relation d'aide. Résultats : Des liens statistiquement significatifs apparaissent entre types de difficultés auxquels certains aidants seraient plus sensibles et types de satisfactions ressenties ou de stratégies utilisées. Par exemple, les aidants qui vont le plus souffrir de répercussions négatives sur leur qualité de vie seront en revanche ceux qui éprouveront le plus de satisfactions à se représenter leur investissement comme un témoignage d'amour envers la personne qu'ils accompagnent. Ils auront également plus facilement recours à la recherche de soutien auprès de groupes. Conclusion : Réfléchir

en termes de difficultés, de satisfactions et de stratégies conduit à passer d'un modèle où l'aidant subit sa situation, à un modèle dynamique où ce dernier évolue au cours de la maladie. Il existe une interdépendance entre les différents aspects du vécu de l'aidant. Différents aspects qui vont s'influencer mutuellement pour permettre au proche de continuer à s'investir dans un accompagnement sur le long cours.

### **P-3. Place d'une consultation diététique dans le repérage de la fragilité**

A. L'Aumonier  
(Diététicienne, Service de Gériatrie Ambulatoire, Hôpital Émile Roux, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, APHP, Paris)

Contexte : La revue de littérature témoigne de l'intérêt d'une intervention nutritionnelle pour améliorer les facteurs de fragilités (Chan et al. 2012, Bonnefoy, 2012). La perte de poids non intentionnelle ou encore la diminution de la force musculaire semblent être des indicateurs de fragilité chez le senior (Fried et al. 2001). Une analyse approfondie de l'alimentation du patient doit être menée pour rechercher les facteurs de risques nutritionnels tels qu'un apport protéino-énergétique inadéquat (Beasley et Al. 2010) ou une insuffisance d'apport en vitamines et minéraux (Michelson et Al. 2006). Méthode : Au sein d'une consultation de repérage des fragilités de la personne âgée, il a été mis en place une évaluation diététique. L'objectif est d'appliquer dans la pratique clinique les recommandations de la littérature internationale. L'entretien avec la diététicienne a une place dans l'organisation de la journée d'évaluation. Une réflexion a été menée quant à l'organisation de cette consultation avec notamment le choix des outils à utiliser pour évaluer l'alimentation du consultant. Résultats : Au préalable de la consultation avec la diététicienne, les patients doivent remplir, un recueil alimentaire sur 3 jours dont un jour de week-end. Ils notent chaque prise alimentaire ainsi que son contexte et évaluent les quantités consommées. Lors de l'entretien, la diététicienne précise, à l'aide d'un manuel photos validé, les quantités. De plus, elle analyse l'alimentation du patient et notamment la fréquence de consommation de certains aliments n'apparaissant pas nécessairement durant les 3 jours du carnet alimentaire. A l'issue de cette première consultation, elle donne les premiers conseils qui seront ensuite repris et approfondis dans un livret de synthèse remis

lors d'une consultation de synthèse. Le livret de synthèse est personnalisé et reprends les problématiques et objectifs à atteindre par le patient afin d'enrayer ses facteurs de fragilités. Le patient est mis au centre de la prise en charge et définis lui-même ses priorités. L'objectif est donc de parvenir à son autonomie. Conclusions : Intégrer une consultation diététique au sein de la journée d'évaluation diagnostique permet une analyse approfondie de l'alimentation du patient tout en maintenant au maximum l'autonomie du patient. La prise en charge des facteurs de fragilité doit être globale et la consultation diététique s'inscrit donc dans une démarche pluridisciplinaire. A long terme et avec davantage de consultants, il sera intéressant d'objectiver un lien entre consultation diététique et amélioration de la qualité de vie.

#### **P-4. Prévalence des marqueurs de fragilité chez les sujets âgés de plus de 50 ans infectés par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine)**

P. Enel<sup>1</sup>, I. Ravaux<sup>1</sup>, N. Petit<sup>2</sup>, P. Philibert<sup>1</sup>, M.S. Antolini<sup>1</sup>, A. Darque<sup>1</sup>, S. Bregigeon<sup>2</sup>, F. Retornaz<sup>4</sup> pour le groupe VISAGE, Marseille

(1. CHU Conception; 2. CHU Sainte Marguerite; 3. Hôpital Européen; 4. Centre Gérontologique Départemental; Marseille)

Introduction :Le syndrome de fragilité ou «frail elderly» a été défini en 2001 par L.P. Fried comme étant un état physiologique de vulnérabilité accrue aux perturbations extérieures. Les cinq critères physiques et physiologiques validés par Fried (perte de poids, lenteur, faiblesse musculaire, fatigue et réduction de l'activité physique) sont les plus utilisés. Ils permettent de classer les personnes âgées en trois catégories : fragile, pré-fragile et non fragile. La prévalence de la fragilité dans la population générale a été estimée à environ 7%, elle augmente avec l'âge, pour se situer entre 10 % et 20% chez des personnes de plus de 65 ans, et 45 % chez les plus de 85 ans. Ce concept est exploré en gériatrie et dans certaines maladies chroniques, notamment en cancérologie, dans le but de prévenir la perte d'autonomie, les recours aux soins, l'évolution vers le décès, et d'adapter les schémas thérapeutiques. Dans la population porteuse du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une seule étude rétrospective nord-américaine a montré que ce phénotype de fragilité se manifestait plus précocement, 10 ans avant, que dans la population générale. Diverses études montrent dans cette population spécifique une fréquente accrue de pathologies liées à l'âge, suggérant un vieillissement accéléré et précoce. Ces pathologies surviennent avec l'augmentation de la durée de vie des patients, grâce aux antirétroviraux, et sont accrues par les effets secondaires de ces mêmes traitements et par l'impact du virus à long terme. La prise en compte du phénotype de fragilité pourrait permettre d'optimiser la prise en charge de la population porteuse du VIH, en proposant la mise en place d'actions correctrices spécifiques, et en adaptant la prévention des principales comorbidités et le dépistage de leurs facteurs de risque. Objectif de l'étude : Etudier la prévalence des marqueurs de fragilité (selon Fried) dans la population des patients âgés de plus de 50 ans infectés par le VIH prise en charge dans les établissements de santé de la région Provence, Alpes et Corse, correspondant à la zone géographique du comité de Coordination Régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) Paca Ouest Corse : CHU de Marseille, 10 CH, 3 établissements privés, 2 hôpitaux militaires, répartis sur 5 départements (13, 04, 05, 83, 84). La file active des patients suivis dans les établissements de santé du COREVIH était

de 7 020 en 2009, la part des 50 ans et plus d'environ 20%. Matériel et Méthode : Etude descriptive, transversale, multicentrique, de mesure de la prévalence de la fragilité selon les critères de Fried chez les patients  $\geq 50$  ans pris en charge dans les établissements de santé participants. La durée de l'étude est de 12 mois. Seront relevés: les données démographiques et les principales caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques de l'immunodéficience humaine, ainsi que les principales co-morbidités, notamment la coinfection par l'hépatite C. L'analyse portera sur la description des patients selon le sexe, la tranche d'âge, les critères de Fried, les caractéristiques de l'infection VIH, ainsi que la répartition des patients par classe de fragilité. En complément une Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS) sera réalisée auprès de chaque patient inclus avec étude de : la dépendance (Activities of Daily Living ou ADL et Instrumental Activities of Daily Living ou IADL simplifié), les troubles cognitifs (MMS), la dépression (Geriatric Depression Scale ou GDS), le statut nutritionnel (Mini Nutritional Assessment ou MNA). La précarité sera étudiée selon le score EPICES. L'analyse portera sur la description des patients selon l'EGS et le score EPICES et l'association entre fragilité, EGS, précarité et infection à VIH. Résultats : 300 patients ont été inclus à ce jour. Les données seront présentées lors du congrès

#### **P-5. Obstacles et résistances pour le dépistage du risque suicidaire en EHPAD: Comment y remédier ?**

C. Chapelier-Meeus, P. Saunière (Leyme)

L'importance du nombre de suicide chez les personnes âgées représente un réel problème de santé publique. En effet, on estime que 28% des suicides survenus en France en 2010 ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus. Cet état de fait conduit actuellement à la mise en place d'un plan de sensibilisation et de prévention du suicide coordonné par le ministère de la santé. Les données concernant les suicides en EHPAD sont assez mal connues. Mais certains auteurs comme Casadebaig ont pu estimer que le nombre de suicides en EHPAD était proportionnellement plus élevé qu'au domicile. En outre, ces chiffres ne tiennent pas compte de ce qu'on pourrait nommer les suicides masqués, comme les refus alimentaires, médicamenteux, ou encore le classique "syndrome de glissement". Ce travail propose une réflexion sur les différents facteurs qui peuvent parasiter la reconnaissance de la problématique suicidaire en EHPAD en termes de prévention, dépistage et prise en charge. En prenant conscience et en tenant compte de ces obstacles, il est possible de dégager une ligne de conduite permettant un meilleur dépistage des facteurs de risque suicidaire et une meilleure prise en charge de la crise suicidaire en tant que telle. C'est cette réflexion que nous aimerions faire partager, en tant que psychologue et psychiatre, intervenants de terrain sur plusieurs EHPAD de la région Midi Pyrénées. Quelle sont les difficultés et les résistances au repérage de la problématique du suicide des personnes âgées en EHPAD ? Le suicide des personnes âgées en EHPAD est mal connu d'abord parce qu'il y a peu d'études sur le sujet, et que les études existantes donnent peu de précisions sur les caractéristiques des personnes suicidées, ou encore sur le contexte suicidaire. Pour autant, il est très probable que son incidence soit au moins aussi importante que celle qu'on rencontre dans la population générale, l'institutionnalisation jouant d'avantage un rôle de facteur de risque supplémentaire qu'un rôle protecteur, comme on pourrait le souhaiter. Notre pratique permet de repérer, chez les professionnels

des EHPAD, un certain nombre de résistances à dépister le risque suicidaire : Angoisse ou évitement face à ce sujet potentiellement dérangeant, fatalisme ou défaitisme des soignants et de l'entourage face à la douleur morale et au mal être des personnes âgées. De plus, le suicide des personnes âgées peut être considéré par certains comme une « démarche logique » consécutive aux représentations a priori de la vieillesse (pertes d'autonomie, de l'intégrité physique ou psychique, pertes socio familiales), démarche logique qui peut dans certains cas faire l'objet d'un accompagnement et d'une "médicalisation". Or, certains auteurs estiment que la majorité des personnes âgées émettant une demande de suicide médicalement assistée revient sur cette demande une fois leur douleur morale ou physique prise en charge. Une fois le suicide survenu, il est fréquent de repérer des phénomènes de déni ou de minimisation chez les professionnels, ou encore des mécanismes projectifs et de clivage qui auront pour fonction de protéger l'institution du traumatisme potentiel. La dépression des personnes âgées, fortement liée au risque suicidaire, est difficile à dépister de par son atypicité et de la banalisation dont elle fait l'objet. De plus, une présentation "somatique" occupe souvent le devant de la scène. De surcroît, le ratio tentative de suicide / suicide étant beaucoup plus bas chez les personnes âgées que chez les personnes jeunes, il y a moins souvent de signes précurseurs tangibles et le suicide peut sembler survenir sans signe avant coureur chez les personnes âgées. Comment peut-on agir dans le sens d'une meilleure prévention du risque suicidaire en EHPAD ? Nous proposons trois grands axes d'actions qui sont : 1/ Les mesures d'information générale 2/ la mise en place d'outils et de protocoles de repérage et de traçage du risque 3/ des réunions cliniques à propos des cas rencontrés sur le terrain. 1/ Il paraît tout d'abord essentiel d'informer et de sensibiliser les professionnels intervenants en EHPAD en axant l'information sur deux grands principes : La lutte contre les idées reçues concernant le suicide des personnes âgées en EHPAD et la formation pour reconnaître les signes de dépression dans ces populations, qui sont quasiment superposables aux facteurs de risque suicidaire. L'ensemble des personnels des EHPAD devraient bénéficier de cette sensibilisation, puisque les résidents évoluent dans un microcosme comprenant des soignants mais également des agents administratifs, des bénévoles, des personnels de service qui peuvent tous être confrontés à ce problème. A ce titre, les professionnels des EHPAD peuvent faire l'objet d'actions de sensibilisation organisées en interne ou encore par le biais d'équipes mobiles de gérontopsychiatrie comme dans le département du Lot, ou encore grâce à l'intervention de formateurs spécialisés dans le cadre de la "formation Terra" coordonnée par l'ARS en Midi-Pyrénées. 2/ Mise en place d'outils spécifiques de repérage et de traçage du risque et de la crise suicidaire. Ces outils facilitent l'objectivation du risque en utilisant des échelles validées. De plus, ils permettent d'ouvrir le débat au sein de l'institution et de sensibiliser les soignants sur l'importance de ce sujet. 3/ Enfin, il est important de proposer des temps de réunions d'analyse clinique pluridisciplinaires au sein des EHPAD. Ces réunions d'analyse clinique visent à offrir un temps d'échange à propos d'un résident dont la souffrance dépressive ou le risque suicidaire a été relevé. En effet, il nous paraît fondamental de solliciter les professionnels dans leurs approches et leurs missions propres, en terme d'observation, de recueils de données (biographiques, familiales, contextuelles) et de réflexion sur la singularité du vécu du résident. Cette recherche de sens permet de définir une ligne de conduite pratique, relayée par des équipes qui se sentent investies et dont la réunion de synthèse accompagne et soutient la capacité soignante, de même qu'elle renforce le sentiment de cohésion interne dans les équipes. Ces

réunions de synthèses peuvent être organisées sur la base des ressources internes, en particulier par le biais des psychologues des structures, ou grâce à l'intervention des équipes ambulatoires de gérontopsychiatrie comme nous le proposons aux EHPAD du département du Lot.

#### **P-6. Attractivité de différentes formulations de finger foods pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et troubles cognitifs apparentés**

L. Benattar<sup>1</sup>, A. Giboreau<sup>3</sup>, G. Cuvelier<sup>2,3</sup>, V. Pouyet<sup>1,2,3,4</sup>

(1. Groupe ORPEA, 1-3 rue Bellini – F92800 Puteaux; 2. AgroParisTech, UMR Ingénierie Procédés Aliments, AgroParisTech – F 91300 Massy; 3. INRA, UMR Ingénierie Procédés Aliments, AgroParisTech – F 91300 Massy; 4. Centre de Recherche de l'Institut Paul Bocuse, château du Vivier – F 69130 Ecully)

Contexte : Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées présentent parfois des troubles praxiques et deviennent alors incapables de reconnaître et de se servir correctement de leurs couverts. Une des solutions, pour répondre à ces difficultés, est de proposer les aliments sous une forme préhensible : les finger foods afin de préserver l'autonomie des patients, redonner l'envie de manger et ainsi favoriser la prise alimentaire (Benattar & Lemoine, 2009). Bien que cette solution soit communément jugée utile par les professionnels (Ford, 1996; Jean, 1997; Soltesz & Dayton, 1993), il est parfois difficile de savoir comment proposer les finger foods pour qu'ils soient adaptés aux difficultés des patients mais aussi pour qu'ils leur soient attractifs. En effet, peu d'études se sont intéressées aux leviers de l'attractivité des aliments chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ; dans le but d'améliorer leur consommation alimentaire. C'est dans cette optique que le groupe ORPEA, AgroParisTech et le Centre de Recherche de l'Institut Paul Bocuse ont décidé de se pencher sur la solution finger food. Cette étude le visant vise à déterminer des leviers de consommation des finger foods pour des malades atteints de la maladie d'Alzheimer. Méthode: Afin que les finger foods puissent convenir aux sujets présentant des troubles de mastication et déglutition, tous les finger foods ont été réalisés sur la base de textures modifiées. Les finger foods étaient produits par les cuisiniers de chaque résidence, à partir du menu du jour et selon des procédures de fabrication standardisées. Trois paramètres de formulation des finger foods ont été étudiés indépendamment : la forme, la sauce et l'homogénéité (couleur) des finger foods. Des expérimentations ont été conduites en situation réelle de repas dans 8 EHPAD, pendant 12 repas de midi (4 midis étudiés par paramètre de formulation) auprès de 114 sujets avec des troubles cognitifs et présentant des troubles praxiques (88 femmes, 26 hommes, moyenne d'âge : 86 ans). Chaque midi et pour le plat principal, les sujets se voyaient attribuer individuellement une assiette contenant deux types de finger foods variant suivant un paramètre donné. Pour le paramètre sauce, les sujets recevaient une assiette avec des finger foods avec vs. sans sauce, pour le paramètre forme des finger foods découpés (carrés) vs. moulés (forme plus sophistiquée) et pour l'homogénéité des finger foods bicolores (où l'accompagnement et l'apport protéidique étaient séparés en deux couches) vs. unicolores (où l'ensemble des ingrédients étaient mélangés). Les soignants remplissaient au cours du repas un questionnaire pour recueillir des informations concernant le 1er choix de chaque sujet, son comportement et sa consommation alimentaire. Résultats: Les finger foods formulés durant cette étude

sont bien acceptés et consommés par les sujets : en moyenne sur l'ensemble de l'étude les sujets consomment plus de 80% de la quantité qui leur est servie. De plus, les résultats montrent des effets significatifs pour les paramètres sauce et homogénéité. En effet, les finger foods avec sauce (vs. sans sauce) et bicolores (vs. unicolores) sont significativement plus choisis en 1er (respectivement  $p < 0.001$  et  $p = 0.015$ ) et consommés (respectivement  $p = 0.010$ ,  $p = 0.045$ ) sur l'ensemble des repas servis pour ces paramètres. Au contraire, les résultats ne montrent pas d'impact de la forme sur les choix ( $p = 0.954$ ) et consommations ( $p = 0.345$ ) des sujets. Cette étude supporte finalement l'idée que les malades Alzheimer sont toujours capables de faire un choix entre deux différentes offres alimentaires et qu'il est donc important de s'intéresser à leurs préférences. Conclusion: Sur la base des résultats de cette étude, de nouvelles recettes de finger foods sont aujourd'hui disponibles pour améliorer la qualité des repas chez les malades Alzheimer (et maladies apparentées) dans les résidences du groupe ORPEA. Des études plus approfondies sont cependant nécessaires pour mieux comprendre le rôle d'autres paramètres de formulation comme l'enrichissement en flaveur mais également l'importance de l'attractivité des aliments dans la consommation alimentaire chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Bibliographie: Benattar, L., & Lemoine, P. (2009). Manger Alzheimer. In L. Benattar & P. Lemoine (Eds.), *La vie Alzheimer* (pp. 145-155). Paris: Armand Colin. Ford, G. (1996). Putting feeding back into the hands of patients. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 34(5), 35-39. Jean, L. A. (1997). "Finger food menu" restores independence in dining. *Health care food & nutrition focus*, 14(1), 4-6. Soltész, K. S., & Dayton, J. H. (1993). Finger foods help those with Alzheimer's maintain weight. *Journal of the American Dietetic Association*, 93(10), 1106-1107.

#### **P-7. Polypathologie chronique et iatrogénie en gériatrie**

A. Mzabi, I. Miniaoui, A. Rezgui, O. Ben Abdallah, F. Ben Fredj Ismail, M. Karmani, C. Laouani Kechrid  
(Service de Médecine Interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie)

Introduction: La polypathologie chronique entraîne une polymédication qui correspond à l'utilisation d'au moins 5 médicaments différents et expose donc à une iatrogénie. Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective de 56 dossiers de patients âgés ayant présenté des effets indésirables médicamenteux. Résultats: Il s'agit de 27 hommes et 29 femmes. L'âge moyen était de 74 ans et 3 mois avec des extrêmes de 65 et 90 ans. Parmi les 56 patients : 27 patients avaient 4 pathologies chroniques, 20 malades en avaient 5 ou 6 et neuf patients âgés présentaient 7 ou plus maladies traitées au long cours. Une polymédication était observée chez 38 malades. Dans notre série, le nombre moyen de médecins traitants, de spécialités différentes, par patient était de 2,42 avec des extrêmes de 1 et 5 médecin(s). Cinquante malades en avaient 2 ou plus. Conclusion: Les principales conséquences de la polypathologie chronique et de la polymédication sont les événements iatrogènes avec augmentation du risque de déclin fonctionnel, de détérioration de la qualité de vie et de morbi-mortalité.

#### **P-8. Colonisation à Entérobactéries Multi Résistantes (E-BMR) des patients entrant en Soins de Suite et Réadaptation (SSR)**

P. Etienne, S. Buffet-Delmas, C. Lebrun, S. Duvnjak, B. Escoffier, P. Le Floch, B. Bicaïs, L. Bardagi  
(RésOInfectiO-PACA-EST, La Seyne sur Mer)

Problématique : L'épidémie régionale à Entérobactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques nous a incités à rechercher systématiquement un portage non connu d'E-BMR chez les patients entrant dans notre établissement. Méthode : Il s'agit d'une enquête prospective réalisée durant un mois au sein d'un SSR de la région PACA de 148 lits. Chaque nouveau patient entrant était inclus quel que soit l'établissement d'origine. Un écouvillonnage rectal et un ECBU dans les 48 heures suivant l'admission étaient réalisés systématiquement. Les E-BMR étaient définis par la détection d'une céphalosporinase déréprimée, d'une Bétalactamase à Spectre Elargi (BLSE) ou d'une carbapénémase. La notion de portage d'E-BMR du patient reposait sur le document d'admission où l'information est systématiquement renseignée. Résultats : 124 patients étaient inclus, dont 2 étaient déclarés colonisés à E-BMR, et provenaient de 8 établissements différents. Un total de 121 ECBU et 116 écouvillonnages rectaux étaient réalisés. Neuf patients (7%) étaient porteurs d'E-BMR, diagnostiqués dans 2 cas par l'ECBU seul, dans 3 cas par le prélèvement rectal seul, et dans 4 cas l'ECBU et le prélèvement rectal étaient concordants. Les bactéries identifiées étaient : E. Coli (7/9), E. Cloacae (1/9), K. pneumoniae (1/9). Les mécanismes de résistance étaient une BLSE chez 8 patients et une céphalosporinase déréprimée chez 1 patient. Aucune carbapénémase n'était détectée. Aucun de ces 9 patients détectés porteurs d'E-BMR n'étaient déclarés porteur par les établissements d'origine mais 8/9 avaient été exposés à un antibiotique. Conclusion : Un patient sur 14 entrant dans notre SSR est porteur d'E-BMR (7%), sans distinction des établissements d'origine. Le repérage de ces patients, qui nécessitent des mesures d'hygiène hospitalière complémentaires, pourrait être basé sur les antécédents d'antibiothérapie.

#### **P-9. Etude épidémiologique urinaire au sein d'un service de soins de suite et réadaptation (SSR) gériatrique : importance de la bactériurie asymptomatique**

P. Etienne, S. Buffet-Delmas, C. Lebrun, S. Duvnjak, B. Escoffier, B. Bicaïs, L. Bardagi  
(RésOInfectiO-PACA-EST, La Seyne sur Mer)

Problématique : En collaboration avec cliniciens, pharmacien et microbiologiste, nous avons souhaité mener une action de bon usage des antibiothérapies urinaires. Le concept de bactériurie asymptomatique était d'appréhension difficile dans le contexte de sujets âgés souvent pauci-symptomatiques. Nous avons donc réalisé une enquête épidémiologique prospective afin de rechercher cette bactériurie asymptomatique et de guider nos protocoles d'antibiothérapie probabiliste par des données d'épidémiologie locale. Méthode : Tous les patients entrant dans notre SSR de 148 lits se sont vus proposer un ECBU à l'entrée dans le service. Etait renseignée la notion de sondage préalable. La bactériurie asymptomatique était définie par la présence de signes fonctionnels urinaires à l'interrogatoire ou à l'examen clinique associés à une bactériurie. Résultat : 124 patients ont été inclus permettant la réalisation de 121 ECBU. La moyenne d'âge était de 82 ans. 32 ECBU (26.4%) étaient positifs. 2/32 présentaient des signes fonctionnels urinaires. Aucun des patients avec bactériurie asymptomatique n'a reçu d'antibiothérapie suite à ce prélèvement.

Les germes retrouvés étaient : *Escherichia Coli* (59%), *Pseudomonas aeruginosa* (12.5%), *Klebsiella pneumoniae* (9%), *Enterobacter aerogenes* (6.25%), *Proteus Mirabilis* (6.25%), *Serratia Marcescens* (3%). Il s'agissait d'une bactérie multirésistante aux antibiotiques (BMR) dans 9/32 cas (22%). 4/9 étaient aussi associée avec une résistance aux fluoroquinolones. Il n'y avait pas de relation avec le fait d'avoir eu une sonde à demeure. Conclusion : Notre étude trouve une bactériurie asymptomatique dans 26.4% des patients. Cette donnée est fondamentale pour ne pas traiter par excès nos patients. De plus, l'écologie rapporte 1/4 de BMR qui nous amène à adapter nos protocoles d'antibiothérapie probabiliste.

#### **P-10. Etude de la fragilité en milieu cardiogériatrique**

O. Toulza, B. Fontan  
(Toulouse)

Pas de résumé.

#### **P-11. Évaluation en kinésithérapie : les fragilités à la loupe**

A. Marteu<sup>1</sup>, J. Casali<sup>2</sup>, V. Mailland<sup>3</sup>, O. Guérin<sup>4</sup>  
(1. Masseur Kinésithérapeute, Département de rééducation, Pôle Neurosciences Cliniques, Pôle Gériatrie CHU Nice - Hôpital Cimiez ; 2. Enseignante en Physiothérapie- Ergonome, Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nice & Marseille; 3. PH, responsable Hôpital de jour, Pôle de gériatrie, Hôpital Cimiez, CHU Nice ; 4. MD, PhD, PUPH Nice Sophia-Antipolis, CNRS UMR6267/INSERM U998, Pôle de Gériatrie CHU, Nice-Hôpital Cimiez ; Pr Patrice BROCKER, Chef de Pôle de Gériatrie CHU NICE - Hôpital Cimiez)

Contexte : Dans le repérage des fragilités, l'évaluation en kinésithérapie est une ressource et un atout, dont l'exploitation reste insuffisante. Le bilan bien que partie intégrante des compétences du masseur kinésithérapeute se limite la plupart du temps, en gériatrie à la passation d'échelles (TINETTI, TMM, BERG...) et de tests (test des 6 min, de vitesse de marche, Time up and go, appui monopodal...) centrés sur les capacités. L'accent est trop souvent mis sur le fonctionnel dans la rééducation en gériatrie. Les données ainsi recueillies participent à l'établissement du diagnostic de fragilité, mais ne permettent pas de repérer finement les réseaux de causalité. Il est indispensable d'aborder cette approche d'une démarche à la loupe, d'un passage au « tamis fin » permettant la mise en lien des déficiences avec des incapacités pour donner sens aux restrictions d'activités et de participations. Les déficiences articulaires, d'extensibilité musculaires, proprioceptives, extéroceptives, posturales, liées à la douleur ainsi que le défaut d'intégrité des circuits d'anticipation et d'adaptation sont souvent considérées comme inéluctables avec l'avance en âge et donc peu repérées et encore moins traitées. D'autre part, du point de vue physique l'organisme humain est un système complexe où l'avance en âge, les polyopathologies, la variabilité psycho-émotionnelle, et les représentations sociales fabriquent une accumulation et une intrication de déficiences structurelles anatomo-physiopsychosociales-émotionnelles. Dans un premier temps, ces déficiences mineures sont facilement compensées par l'organisme et passent inaperçues. Au fil des pathologies, accidents, représentations sociales vécues ou imposées « je suis vieux maintenant je me repose », « ce n'est plus de mon âge »... ces déficiences structurelles s'amalgament avec les compensations fonctionnelles qui elles-mêmes deviennent des déficiences. Le patient quant à lui estime ses déficiences normales, dues à l'âge, et/ou ne se souvient plus des

traumatismes, maladies, accidents qui les ont fait naître. Méthode : Nous proposons ici de construire la trame des hypothèses diagnostiques de kinésithérapie par des mouvements de maillage en va-et-vient à l'aide d'une procédure de linéarisation, structurant la réflexion du professionnel : PL-DIPA (Procédure Linéarisation-Déficiences, Incapacité, Participation, Activité) : · Revue systématique des déficiences structurelles et des compensations induites et leur mise en lien avec les restrictions de capacité, d'activité et de participation; · Mise en évidence des incapacités par les échelles et tests habituels en gériatrie et s'interroger sur les déficiences sous-jacentes, réseaux de causalité des incapacités · Partir de la plainte du patient et lister les incapacités et déficiences qui peuvent y participer; · Soumettre les hypothèses diagnostiques au patient pour recueillir son sentiment; · Établir à partir des objectifs thérapeutiques le choix des outils les plus adaptés au patient et à sa situation; · Évaluation des thérapies par le patient sur ses critères spécifiques de qualité de vie; · Évaluation de la pertinence des hypothèses diagnostiques par le professionnel au vu des résultats quantitatifs des marqueurs de fragilité qu'il a privilégié. La trame ainsi construite, permet de faire un diagnostic différentiel de kinésithérapie en choisissant un réseau préférentiel de causalité plutôt qu'un autre. Résultats : Cette méthodologie met en lumière : · La multiplicité des diagnostics de kinésithérapie pour un même diagnostic médical. · La complexité des réseaux de causalité, c'est-à-dire les liens qui sont faits par le professionnel pour expliquer, comprendre, donner sens aux troubles perçus par le patient ou constatés par son entourage. · Ces réseaux permettent d'établir les hypothèses diagnostiques d'où découlent des objectifs thérapeutiques précis et clairs communs au binôme patient-thérapeute. Conclusion : L'évaluation de type « tamis fin » permet une vision à la loupe des déficiences structurelles, des incapacités, des restrictions de participation en rapport avec les critères de fragilité consensuels ou repérés comme spécifiques à la situation du patient. Il propose des objectifs thérapeutiques de récupération, d'amélioration, de compensation. Ce processus nécessite des connaissances actualisées en gériatrie, le rejet des attitudes dogmatiques, d'allier l'expertise relationnelle à l'expérience auprès des personnes âgées, et de développer ses capacités d'imagination et de créativité. Dans cette démarche, le kinésithérapeute qui prend en charge le patient en première intention, a ainsi l'opportunité de communiquer toute information susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical.

#### **P-12. Evolution de la fragilité de la population hébergée en EHPAD entre 2007 et 2011**

F. Bertin-Hugault, P. Clos Faybesse, N. Cohen  
(Paris)

Contexte : Suite à l'enquête EHPA commandé par le gouvernement en 2007, nous avons pu consolider en 2008 les résultats du groupe Korian, entreprise gérant plus de 100 EHPAD en France, et des cliniques de SSR. Cela représentait à l'époque à une population de 9637 résidents. Nous avons alors pu démontrer que les données enregistrées correspondaient au résultat national publié à l'époque en 2010. Méthode : En 2011, une nouvelle étude a été commandée par le gouvernement. Nous vous présenterons les résultats de la consolidation faite au niveau du groupe Korian, les résultats nationaux n'ayant pas encore été publiés. Il s'agit d'une étude observationnelle sur l'ensemble des EHPAD du groupe Korian soit une population de 10661 résidents en 2011 contre 9637 résidents en 2007. Un échantillon tiré aux hasards des dates anniversaires des

résidents, est analysé de façon plus fine particulièrement tout ce qui concerne la pathologie. Cela représente au sein de l'étude, 689 résidents en 2011 contre un échantillon de 799 résidents en 2007, répartis sur 116 EHPAD. Résultats: On observe une augmentation de la proportion des gir 1 & 2 (56% en 2011 contre 49% en 2007) soit 10 minutes de plus par résident et par jour pour le personnel les accompagnant dans les actes de la vie quotidienne. La population hébergée est plus âgée, plus féminine (77,8% en 2011 contre 74,8% en 2007). Les résidents entrent plus tard à 83,8 ans d'âge moyen à l'entrée (84,2 ans chez les femmes) contre 83,6 ans (84,2) en 2007. La population plus atteinte de troubles du comportement, passant de 26,5% en 2007 à 39,3% en 2011, avec également une augmentation de plus de 20% des états dépressifs et anxieux. On observe également des taux de dénutrition en hausse de 77%. Le risque de chute est également fortement augmenté. On observe plus de problème de communication, plus de nécessité d'aide à l'alimentation. Le nombre moyen de consommation de médicament a été réduit de 6,36 à 6,28, malgré une augmentation du nombre de diagnostics de 6,39 à 7,34 en moyenne, réalisés chez nos résidents. Conclusions: L'évolution vers l'hébergement de personne d'une plus grande fragilité semble se confirmer dans les EHPAD en France. Ces résultats font donc part d'une plus grande fragilité de la population accueillie dans nos établissements, mais également d'une plus importante sensibilisation de nos personnels au dépistage des grands syndromes gériatriques, ainsi qu'une amélioration de la sensibilisation des médecins à la iatrogénie médicamenteuse.

### P-13. Une fuite de fragilité

G. Silvestre-Beccarel<sup>1</sup>, S. Coreau Guillier<sup>2</sup>, C. Le Du<sup>3</sup>, D. Somme<sup>4</sup>  
(1. psychologue-neuropsychologue; 2. médecin psychiatre; 3. gériatre; 4. PU-PH de gériatrie, chef du service de gériatrie ; CHU-CMRR Rennes)

Sylviane est née en 1932 dans les Vosges. Sa mère est brodeuse, son père peintre en bâtiment. Après son certificat d'étude, elle devient couturière dans l'atelier de sa sœur. A 25 ans, elle se marie et fonde sa famille en Bretagne. Son mari travaille dans les télécom mais c'est surtout un passionné de tennis. Le couple aura trois enfants dont deux sont professeurs de tennis. Les cinq petits enfants qui ont entre 10 et 20 ans, pratiquent ce sport. Tous les moments de loisirs familiaux apparaissent centrés sur le tennis. Sylviane, femme au foyer, a ses propres activités sportives (gym et natation) et culturelles (théâtre, lecture...). La trajectoire n'a pas rapproché le couple, chacun restant dans ses activités, le tennis prend encore plus de place. En 2008, décès brutal d'un fils. La vie s'arrête pour Sylviane : interruption de toutes les activités, perte d'envie au point de simplifier les tâches de la vie quotidienne, ruminations, perte d'élan vital. Sylviane reste confinée chez elle et s'enferme dans les mots fléchés et le Sudoku. Elle ne souhaite pas prendre de traitement antidépresseur. En 2011, une plainte sur la mémoire de Sylviane est exprimée par l'entourage. Le neurologue oriente vers un psychiatre qui oriente à son tour vers la consultation mémoire du CHU – CMRR de Rennes. La fragilité de Sylviane se matérialise par une précipitation dans la dépendance. Le facteur déclenchant de fragilité semble bien être le décès du fils de Sylviane, mais comment pouvons-nous définir sa fragilité actuelle si liée à son histoire de vie? Nous étudierons les facteurs psychiques et environnementaux qui déterminent l'expression de cette fragilité puis nous examinerons comment les symptômes psychologiques, cognitifs et comportementaux s'enchaînent et s'intriquent jusqu'à discuter l'étiologie neurologique des pertes de mémoire et d'autonomie.

Nous nous questionnerons aussi sur notre propre impuissance professionnelle à laquelle Sylviane nous renvoie, refusant toute proposition d'accompagnement formalisée, défendant le droit « de ne pas aller mieux pour ne pas souffrir plus », pour ne pas être plus fragile ?

### P-14. Appropriation de l'échelle algoplus® dans les services de soins

R. Lauretta, F. Capriz, A. Lucas, P. Cimerman, P. Schindelholz, G. Didier, A. Vidal, P. Rat  
(Collectif Doloplus, Salon de Provence)

Introduction: Il est recommandé pour évaluer la douleur des patients âgés ayant des troubles de communication verbale de recourir à des échelles comportementales. La plupart évaluent la douleur chronique et sont consommatrices de temps : ainsi seuls 11 % des soignants y ont recours systématiquement d'où une insuffisance de prise en charge. C'est pourquoi le collectif Doloplus a développé Algoplus® (Rat et al, 2010), échelle comportementale fiable, détectant en moins d'une minute la douleur aiguë chez les patients âgés non communicants. But : Evaluer la façon dont Algoplus® est acceptée et utilisée par les soignants. Méthode : Analyses multicentriques associant études sur dossiers de soins et questionnaires qualité ( 2009 à 2013). Résultats : 1/ Etude prospective sur la mise en place d'Algoplus® en USLD (70 dossiers): le pourcentage d'utilisation systématique passe de 0% à 59% après un an. 2/ Etudes qualitatives sur l'utilisation d'Algoplus®: - En court séjour, Algoplus® a été estimée facile à comprendre par 55% des soignants (IDE), rapide à utiliser par 36% et adaptée aux patients par 27% d'entre eux. - En unité mobile de soins palliatifs Algoplus® a été estimée facile à comprendre par 86% des soignants (médecins, CS, IDE, AS), facile à utiliser par 94% et présentant un intérêt dans la prise en charge par 88% d'entre eux. - Dans l'étude REGARDS (prise en charge de 35000 gestes douloureux) Algoplus® a été évaluée par échelle numérique (0 à 10): 74% des 303 soignants ont attribué une note ≥ 7/10 pour la facilité et la rapidité d'emploi et 60% pour son intérêt dans la prise en charge. - En EHPAD, Algoplus® a été estimée facile à utiliser et appropriée par 80% des soignants et fiable par 82%. Conclusion : L'échelle comportementale Algoplus® présente globalement une bonne appropriation par les soignants avec un indice de satisfaction élevé.

### P-15. Les pneumopathies du sujet âgé dans un service de médecine interne

M. Maïza, M. Eleuch, M. Lamoum, I. Ben Ghorbel, F. Said, T. Ben Salem, A. Hamzaoui, M. Khanfir, M.H. Houman  
(Service de médecine interne la Rabta, Tunis, Tunisie)

Contexte : Les sujets âgés constituent un groupe de patients fragiles. Ce concept de fragilité du sujet âgé est bien connu et il est essentiellement lié au vieillissement d'organes et à la polyopathie. Ceci rend utile de relever les caractéristiques gériatriques des différentes pathologies rencontrées dans ce groupe de patient. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques des pneumopathies chez les sujets âgés. Matériel et méthodes : Etude rétrospective incluant 130 dossiers de patients suivis dans notre service de médecine interne entre 2002 et 2012, ayant présenté une pneumopathie de différentes causes (infectieuse, médicamenteuse, maladie systémique...). Nous avons étudié les caractéristiques clinico-radiologiques, étiologiques, thérapeutiques

et évolutives chez les patients âgés de plus de 65ans. Nous avons pratiqué une étude comparative entre ce groupe de patients et les patients de moins de 65 ans suivis dans la même période. Résultats: Il s'agit de 34 patients plus de 65ans, 9 hommes et 25 femmes, d'âge moyen de 70 ans (65-85). La pneumopathie était révélée par une dyspnée d'effort dans 10 cas, une toux sèche dans 4 cas, une toux productive dans 7 cas, une hémoptysie dans un cas, une fièvre isolée dans 2 cas et associée aux autres signes dans 6 cas et chez 10 patients, elle était asymptomatique. Une hypoxie était observée dans 2 cas. La radiographie avait montré un syndrome interstitiel dans 20 cas, un syndrome alvéolaire dans 4 cas, un foyer pulmonaire dans 5 cas et elle était normale dans 5 cas. La tomodensitométrie thoracique était pratiquée chez 25 patients, ayant montré une condensation alvéolaire dans 2 cas, des images en verre dépoli dans 13 cas, des images réticulo-nodulaires dans 5 cas, un aspect en rayon de miel dans 1 cas. Une fibrose pulmonaire était notée dans 4 cas. La plétismographie était pratiquée chez 8 patients, concluant à un syndrome restrictif dans les 8 cas, sévère dans 1 cas. Une fibroscopie bronchique avec lavage bronchiolo-alvéolaire était pratiquée dans 10 cas concluant à une cytologie normale dans 3 cas, une alvéolite lymphocytaire dans 6 cas et à un liquide bronchique riche en polynucléaires neutrophiles dans 1 cas. Sur le plan étiologique, il s'agissait d'une pneumopathie infectieuse dans 10 cas (30%) traitée par bi-antibiothérapie dans 6 cas et mono antibiothérapie dans 4 cas avec une kinésio thérapie dans tous les cas. Parmi ces patients, 9 étaient immunodéprimés (4 sous corticothérapie systémique, 4 sous immunosuppresseurs et 1 traité par chimiothérapie pour un myélome multiple). Dans 24 cas (70%), il s'agissait de pneumopathies interstitielles diffuses liées à un syndrome de Goujerot Sjogren dans 13 cas, une sclérodémie dans 8 cas, une dermatomyosite dans un cas, une scléro-myosite dans 1 cas, une sarcoïdose systémique dans un cas. chez ces patients, le traitement avait consisté en une corticothérapie à forte dose dans 16 cas et/ou un traitement immunosuppresseur (Cyclophosphamide) dans 12 cas. L'évolution était favorable dans 12 cas. En comparant les deux groupes de patients (groupe1=96 patients de moins de 65 ans et groupe2= 34 patients de plus de 65ans), nous avons noté que les causes infectieuses étaient responsables du tiers des cas dans les deux groupes (33% versus 30%) et les maladies systémiques étaient observées dans les deux tiers des cas (67% versus 70%) avec prédominance nette du syndrome de Goujerot Sjogren dans les deux groupes (20% versus 38%). Cliniquement, la pneumopathie était plus fréquemment asymptomatique chez les sujets âgés (18% versus 30%). L'évolution vers l'aggravation était plus fréquente chez les sujets jeunes (26% versus 17%). Conclusion : Devant une pneumopathie du sujet âgé, pensez aux vascularites et connectivites notamment au syndrome de Goujerot Sjögren. Les causes infectieuses nécessitent une prise en charge rigoureuse notamment l'association de la kinésio thérapie aux antibiotiques. Les formes asymptomatiques sont favorisées par la réduction chronique de l'activité physique.

#### **P-16. Rôle de la visite à domicile pré-accueil de jour dans le repérage de la fragilité et la prévention de la dépendance**

G. Mauclert, V. Gaudin  
(Saint André de Sangonis)

Contexte : L'EHPAD Yves Couzy à St André de Sangonis (34) propose différents types d'accueils, dont l'accueil de jour depuis 2006. Il assure une prise en charge thérapeutique de la personne âgée, tout en permettant aux aidants familiaux de s'accorder des

temps de répit. Les visites à domicile précèdent la prise en charge en accueil de jour, et représente donc la première rencontre entre la personne âgée et ses proches, avec 2 membres de l'équipe soignante. Il nous a paru pertinent de rencontrer la personne dans son environnement, afin d'être au plus près de la réalité de son quotidien, et ainsi d'évaluer la fragilité, avec différents outils, et de prévenir la dépendance, en conseillant et orientant la personne et ses proches vers une meilleure organisation du quotidien. Méthode : L'évaluation de la fragilité se fait par un bilan d'autonomie. Celui-ci est constitué d'un questionnaire concernant les activités de la vie quotidienne (alimentation, toilette, déplacements...) et de l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL). Ces outils nous permettent d'établir un constat objectif de la dépendance de la personne âgée que nous rencontrons. Un entretien poussé avec les proches de la personne permet également de recueillir les éventuelles difficultés que ces aidants peuvent rencontrer au quotidien dans la prise en charge de leur proche âgé. Le contexte du domicile est alors idéal pour percevoir au mieux ces problématiques du quotidien. Ces visites à domicile sont également l'occasion d'évaluer l'ergonomie de l'environnement de la personne : l'ergothérapeute est présente pour analyser l'accessibilité des différents espaces de vie. Des conseils peuvent être donnés aux familles pour faciliter les déplacements, la sécurité lors des activités de la vie quotidiennes (barres d'appui...) ainsi que pour limiter la dépendance liée à l'environnement. En fonction de nos observations, nous pouvons informer les personnes sur les différents professionnels extérieurs intervenant à domicile, et ainsi prévenir la dépendance de la personne et soulager les aidants. Résultats : Sur l'année 2013, 7 visites à domicile ont eu lieu. Leurs répercussions ont été à chaque fois différentes, selon la fragilité et le degré de dépendance des personnes rencontrées. Pour la majorité, elles ont abouties à une prise en charge en accueil de jour. Pour l'une d'entre elles, l'accueil de jour a évolué en accueil définitif au sein de l'EHPAD. Grâce à la visite à domicile, l'institutionnalisation de cette dame a été personnalisée, en fonction de toutes les observations et informations recueillies sur ses habitudes de vie à la maison. Pour chacune des visites, y compris celles n'ayant pas abouties sur un accueil de jour, des préconisations d'aides techniques, humaines, ou d'aide aux transferts, ont été faites, selon les besoins des sujets âgés rencontrés. Conclusion : Visiter les personnes âgées fragilisées à leur domicile nous a permis de mieux comprendre les problématiques personnelles rencontrées au quotidien. Cet environnement, qui leur est familier, permet de prendre contact dans un cadre moins formel que l'EHPAD et donc de favoriser les échanges. Cela nous a permis d'entrer en relation avec des personnes âgées désorientées sans pâtir d'un environnement qui leur serait inconnu et donc éventuellement anxiogène. Ces visites ont permis de proposer une intégration et un accompagnement adaptés à chaque personne, selon son degré de dépendance. Les familles apprécient également cette démarche qui leur permet d'une part de présenter concrètement leurs difficultés auxquelles ils sont confrontés en tant qu'aidant, et d'autre part de réfléchir à des améliorations.

#### **P-17. Etude de faisabilité d'une intervention multidomaine destinée à prévenir le déclin cognitif en cure thermique**

M. Sécher, S. Guyonnet, B. Vellas  
(Gérontopôle, Toulouse)

Contexte : Plusieurs études épidémiologiques ont montré que l'alimentation, l'exercice physique, l'exercice cognitif et le maintien des activités sociales, jouaient un rôle significatif dans le maintien

des facultés cognitives. A ce stade des connaissances, la mise en place d'études d'intervention pour la prévention de la maladie d'Alzheimer (MA) s'avère nécessaire. Le Gérontopôle de Toulouse coordonne l'étude MAPT (Multidomain Alzheimer Preventive Trial) qui vise à démontrer l'efficacité d'un programme d'intervention multidomaine associant des recommandations nutritionnelles, des exercices cognitifs et physiques, le dépistage de troubles sensoriels et la prise en charge des maladies cardiovasculaires, dans la prévention de la MA. L'intervention testée ici s'inspire de l'étude MAPT et le projet a été conduit en collaboration avec l'Afreth (Association Française pour la Recherche Thermale). L'intérêt d'adapter le programme de l'étude MAPT en cure thermale réside principalement dans la disponibilité des sujets pendant la cure thermale à des activités annexes et à celle d'une équipe de professionnels. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la faisabilité d'une intervention multidomaine en cure thermale, portant sur la prévention des troubles de la mémoire en agissant de façon simultanée sur la nutrition, l'exercice physique, et la stimulation cognitive chez des personnes âgées fragiles de 70 ans et plus. L'objectif secondaire est d'évaluer la satisfaction des sujets et des professionnels du centre à la conduite de ce type d'intervention. Méthode : Il s'agit d'une étude de faisabilité réalisée dans trois centres de thermalisme du sud de la France (Capvern les bains-Bagnères de Bigorre- Barbotan) sur une période initiale de 3 mois. L'intervention multidomaine a consisté en une consultation de promotion de la santé individualisée et des séances de formation et d'entraînement de 2h dispensées durant 3 semaines en groupes de 8 personnes volontaires maximum (4 sessions/semaine). La durée du séjour en cure étant de 3 semaines, nous avons testé durant 3 mois la faisabilité de cette intervention chez 3 groupes différents dans chaque établissement (maximum 72 volontaires). Le programme étant jugé trop contraignant le nombre de sessions a été réduit secondairement à 2 séances/semaine et l'étude a été poursuivie sur 3 mois supplémentaires. Les personnes pouvant participer à ce programme étaient âgées de 70 ans ou plus, ne présentant pas de démence et ayant un MMSE  $\geq 24$ . Les critères de jugement retenus étaient : Le taux de participation : registre de tous les sujets à qui l'étude a été proposée et étude des raisons liées à l'acceptation du programme ou au refus d'y participer (enquête ACCEPT) ; Le nombre de sujets inclus; L'observance aux différentes interventions proposées; Le taux de sorties prématurées; La satisfaction des curistes et des professionnels du centre de thermalisme (médecins et animateurs). Résultats : 125 curistes ont été pressentis par l'animateur pour être inclus sur les 144 prévus (86.8%) dans le protocole. 46 curistes ont accepté de participer à l'étude et 45 ont été inclus (1 exclusion à tort). Sur les 46, la majorité (91.3%) ont accepté de remplir le questionnaire de l'enquête ACCEPT. Durant les 3 premiers mois, 14 sujets ont été inclus sur 41 pressentis (34.1%). Le taux d'arrêts prématurés était de 78.6%. L'observance était de 86% (10.3 séances/ 12 en moyenne). La majorité des curistes ont trouvé le programme trop contraignant (fréquence et durée des sessions). Afin d'améliorer l'adhésion, le programme a donc été allégé et l'étude poursuivie sur 3 mois supplémentaires. Pour ce programme adapté, 31 sujets ont été inclus sur 84 pressentis (39.6%). Cet allègement des séances a permis une réduction des arrêts prématurés (25.8%) et une amélioration du niveau d'observance (96.7%; 5.8 séances/ 6 en moyenne). 80% des curistes étaient satisfaits à très satisfaits de l'intervention proposée après allègement des séances et la grande majorité étaient prêts à participer à nouveau à un tel projet au sein des cures thermales. Conclusion : L'intervention multidomaine destinée à prévenir le déclin cognitif en

cure thermale s'est avérée faisable et les résultats de cette étude sont encourageants. Nous constatons néanmoins que les résultats de cette étude sont très disparates selon les centres. Le centre de Barbotan se détache considérablement des autres centres notamment par le nombre de sujets inclus au cours du programme. Ce programme reste contraignant et à l'issue du projet nous avons proposé un certain nombre d'adaptations afin d'en améliorer les résultats (diminuer la durée des séances à 1h30 ; alléger la consultation de prévention et la fusionner avec la consultation habituelle de milieu de cure moins longue que la consultation d'entrée ; abaisser l'âge d'inclusion à 65 ans afin de faciliter le recrutement). Ce type de programme réalisé en cure thermale pourrait également être proposé dans la prévention d'autres pathologies liées à l'âge et particulièrement dans le domaine de la fragilité. Dans ces circonstances, nous pourrions envisager un autre type de projet d'intervention multidomaine en choisissant de repérer les sujets fragiles à leur entrée en cure thermale en s'appuyant sur une vitesse de marche ralentie.

#### **P-18. Une approche écologique et holistique de la fragilité : la méthode Kaïros**

F. Raschilas, B. Oberti, V. Theoris, L. Ouattara, L. Omaire  
(Montpellier)

Contexte: La fragilité est un état qui expose les personnes âgées au risque de dépendance. Elle a des composantes biologique, psychologique, sociale et économique. Elle est possiblement réversible, mais nécessite pour cela une intervention multidisciplinaire impliquant des professionnels couvrant le champ de ses différentes composantes. Méthodes: La méthode Kaïros cherche à appréhender la fragilité dans son ensemble en proposant aux personnes fragiles un programme d'activités et d'enseignements ciblés sur les points de fragilité individuelle repérés lors d'une évaluation initiale. Le programme se déroule à proximité du domicile des personnes grâce au soutien de partenaires institutionnels (CCAS, CARSAT). Critères d'inclusion : vivre à domicile et présenter  $\geq 1$  critère de fragilité parmi les suivants : isolement social, revenus inférieurs au seuil de pauvreté, fatigabilité à l'effort, difficultés motrices et/ou dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, fragilité psychologique. Critères d'exclusion : existence d'une dépendance et/ou d'une contre-indication médicale à l'activité physique. Contenu des évaluations initiale et finale : - bilan médical (PA, poids, IMC, score GIR, vitesse de marche, hand grip test, score de comorbidités (CIRS-G), qualité du sommeil (PSQI), calcul du risque fracturaire, du risque d'événements cardiovasculaires, évaluation cognitive, indice de santé ressentie, analyse des prescriptions médicamenteuses selon les critères START and STOPP. - évaluation par une enseignante en APA (VT) de la motivation des participants pour l'activité physique et de leurs capacités physiques (Senior Fitness Test, SFT). - évaluation psychosociale du vieillissement (LO) avec évaluation de l'estime de soi et des relations interpersonnelles, de l'humeur (MADRS). - évaluation du statut nutritionnel (IMC, MNA), des connaissances et des représentations de l'alimentation au cours du vieillissement par une nutritionniste (BO). Le programme se déroule sur 4 mois et comporte : deux séances collectives d'enseignement en santé sur le vieillissement, 13 séances d'APA, quatre ateliers psychologiques et 3 ateliers nutritionnels et culinaires au cours desquels les participants préparent et partagent des repas élaborés avec l'aide d'un chef cuisinier (LM). L'évaluation finale reprend les mêmes mesures et permet d'informer les participants sur leurs progrès accomplis durant



le programme. Résultats: La première application de la Méthode Kaïros est en cours auprès de 11 participants (9 femmes, 2 hommes) dans le canton de Gignac (Hérault). L'âge moyen des participants est de 68,5 ans (extrêmes : 62-79). Tous sont indépendants (2 classés GIR 5, 9 GIR 6). Les critères de fragilité présents sont : la fatigabilité à l'effort (9/11, 82% des cas), l'isolement social (4/11, 36% des cas), la fragilité psychique (6/11, 54% des cas), des difficultés motrices (4/11, 36% des cas) et des revenus inférieurs au seuil de pauvreté (1/11, 9% des cas). L'évaluation médicale initiale retrouve des résultats normaux pour la vitesse de marche et les résultats au hand grip test. L'IMC moyen est de 25,8 kg/m<sup>2</sup> (extrêmes : 20,7-30,5), la PAs moyenne de 142 mm Hg (extrêmes: 114-162). Huit participants (73%) sont traités pour HTA, 3 (27%) pour dépression, 2 (18%) sont diabétiques. Le nombre moyen de médicaments est de 5 par participant (extrêmes : 0-12). Le score de comorbidité (CIRS-G) est supérieur à 5 dans à 45% des cas. Le risque de fracture ostéoporotique majeure est de 6,5% (extrêmes : 1,3-16%) et de fracture du col fémoral de 2,7% (extrêmes : 0,3-6,3%). Le risque d'accident cardiovasculaire à 10 ans est de 28,2 % en moyenne (extrêmes : 14,1-59,5%). L'évaluation cognitive retrouve des résultats moyens de 35,4/40 au set test d'Isaacs, de 5,1/7 au test de l'horloge et de 2,9/3 au rappel de 3 mots appris (mémoire épisodique). Le sommeil est médiocre avec un score moyen au PSQI de 5,1 (extrêmes : 1-11). Six erreurs ou omissions thérapeutiques ont été identifiées : absence d'antiagrégant plaquettaire chez un diabétique de type 2 à haut risque vasculaire (2 cas), prescription de benzodiazépines et faiblesse musculaire des membres inférieurs (risque de chute), absence d'antiagrégant plaquettaire chez un patient en FA chronique hypertendu, prescription de bêta-bloqueur chez un diabétique, absence de supplémentation vitamino-calcique chez une patiente ayant un antécédent de fracture vertébrale. Concernant la motivation à l'APA, 6 participants (54%) sont au stade de maintien de leur niveau d'activité physique, 1 (9%) au stade d'action et 4 (36%) au stade de préparation. L'évaluation des capacités physiques par le SFT retrouve en moyenne une force musculaire aux membres inférieurs au 59e percentile (extrêmes : 20-90), aux membres supérieurs au 53e percentile (extrêmes : 20-90), une souplesse aux membres inférieurs au 53e percentile (extrêmes : 30-90), aux membres supérieurs au 44e percentile (extrêmes : 5-90), une endurance aérobie au 47e percentile (extrêmes : 5-65) et un équilibre au 51e percentile (extrêmes : 20-80). L'évaluation psychologique révèle une estime de soi faible dans 73% des cas, moyenne dans 9% des cas et forte dans 18% des cas. Les relations interpersonnelles impliquent la famille dans 56% des cas, les collègues dans 42% des cas. Elles sont globalement décevantes car perçues comme harmonieuses dans seulement 46% des cas, valorisantes dans 46% des cas et satisfaisantes dans 47% des cas. L'humeur évaluée par la MADRS est correcte sauf chez une participante (score moyen : 6,9/60, extrêmes : 0-17). Les connaissances en matière d'alimentation sont globalement faibles avec de fausses représentations. Une personne sur deux sous-estime les portions recommandées par le PNNS. Pour 70% des participants, la priorité est de ne pas prendre de poids avec l'âge et de moins manger. Seulement 30% pensent qu'ils peuvent conserver les mêmes habitudes alimentaires. Ils sont 80% à penser que la perte de poids diminue le risque de maladies cardio-vasculaires et seulement 30% qu'elle peut avoir des conséquences néfastes sur la santé. Conclusions: L'intervention d'une équipe pluridisciplinaire dans l'environnement proche des personnes âgées fragiles permet d'appréhender la fragilité dans toutes ses composantes. La méthode Kaïros a pour but d'éviter le passage à la dépendance par un

programme établi sur 4 mois adapté à chaque participant avec un suivi longitudinal ultérieur. L'évaluation de l'habitat par une ergothérapeute est en projet.

#### **P-19. Quel accompagnement proposer pour des patients sarcopéniques ?**

G. Drillet<sup>1</sup>, M.C. Le Gall<sup>1</sup>, C. Le Du<sup>2</sup>, G. Sost<sup>2</sup>, G. Silvestre Beccarel<sup>3</sup>, Y. Goussard<sup>4</sup>, D. Somme<sup>5</sup>

(1. Diététiciennes; 2. Gériatres; 3. psychologue neuropsychologue; 4. Kinésithérapeute; 5. PU-PH de gériatrie, chef du service de gériatrie CMRR CHU Rennes)

Contexte : Nous assurons les consultations diététiques à l'Hôpital de Jour Gériatrique (HDJ), interface de l'hôpital et de la médecine de ville. Les patients présentent des problèmes médico-psycho-sociaux souvent intriqués. Nous savons que pour limiter les risques et le développement d'une sarcopénie, un bon état nutritionnel associé à une activité physique optimale sont préconisés. Nous souhaitons savoir si les patients dépistés sarcopéniques à l'HDJ sont accompagnés et conseillés de manière adaptée. Méthode : La circonférence du mollet (CM) est mesurée systématiquement pour renseigner le Mini Nutritional Assessment. Nous repérons les patients sarcopéniques sur le critère CM < 31 (Y. Rolland et al, 2003). Nous menons une étude exploratoire sur une période de 4 mois pour savoir si tous les patients repérés sarcopéniques ont bénéficié d'une consultation diététique et d'un bilan kinésithérapique. L'existence d'une éventuelle dénutrition a été mise en parallèle (selon les critères HAS : IMC, albuminémie, MNA). Résultats : Nous avons considérés 87 patients. Les 28 patients avec un CM < 31 ont tous bénéficié d'une consultation diététique mais seulement 8 ont eu un bilan kinésithérapique. Quinze sont considérés comme dénutris. Ces résultats seront discutés en fonction des recommandations et des critères HAS ainsi que des missions de l'HDJ. Conclusion : Pour améliorer l'accompagnement des patients, la prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire. Il est convenu qu'une sensibilisation aux risques liés à la sarcopénie sera faite auprès des gériatres. Aussi, la sarcopénie sera signalée explicitement dans les comptes rendus adressés aux médecins afin qu'ils délivrent des conseils ciblés. Dans le suivi des patients sarcopéniques les évaluations diététique et kinésithérapique seront systématiquement prescrites. Nous poursuivrons cette étude pour vérifier le suivi des conseils transmis et leurs effets. Biblio : « Sarcopenia, calf circumference, and physical function of elderly women: a cross-sectional study », Rolland Y, Lauwers-Cances V, Cournot M, Nourhashémi F, Reynish W, Rivière D et al, J Am Geriatr Soc. 2003 août;51(8):1120-4.

#### **P-20. Syndrome de fragilité du sujet âgé et pathologies cardiovasculaires : un état des lieux.**

O. Toulza, F. Nourhashémi, B. Vellas.

(Gérontopôle, Toulouse)

Le syndrome de fragilité du sujet âgé est une notion maintenant clairement reconnue en pratique gériatrique courante. Elle le devient également de plus en plus dans le domaine cardiovasculaire. En effet, on sait aujourd'hui que la fragilité et les pathologies cardiovasculaires partagent plusieurs points communs. En pratique clinique quotidienne tout d'abord, le vieillissement de la population et notamment l'amélioration de la survie des patients atteints de pathologie cardiaque, fait confronter chaque jour d'avantage les cardiologues à cette population hétérogène du 3ème voire du 4ème

âge. On connaît les limites de l'âge chronologique isolé. D'autres marqueurs, plus spécifiquement gériatriques, sont donc nécessaires pour une meilleure approche de ces patients âgés cardiaques. Les innovations thérapeutiques dans le domaine de la cardiologie interventionnelle (angioplastie coronarienne complexe, chirurgie cardiaque, remplacement valvulaire par voie percutanée,...) nécessitent une évaluation plus précise de ces sujets âgés, afin d'adapter les différents traitements et d'évaluer leur efficacité dans une population où les critères cardiaques standards sont parfois insuffisants. Parce que le syndrome de fragilité du sujet âgé est défini par une moins bonne résistance au stress, il est nécessaire de le dépister en amont de toute prise en charge interventionnelle. De nombreux travaux retrouvent un lien entre fragilité et pathologies cardiaques (insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne). La prévalence de la fragilité est ainsi plus importante (multipliée par trois) chez ces patients. Mais on constate également que la fragilité est un facteur de risque de développement d'une pathologie cardiaque, plusieurs années avant l'apparition des premiers symptômes. Ces liens étroits s'expliquent par une physiopathologie proche, complexe, impliquant des phénomènes inflammatoires chroniques, des phénomènes d'insuline résistance et des carences vitaminiques (vitamine D). Tout ceci explique l'engouement actuel sur cette thématique avec une littérature de plus en plus intéressante sur cette proximité entre fragilité et pathologies cardiaques. Cela confirme aussi la nécessité d'une collaboration étroite entre gériatres, cardiologues et chirurgiens cardiaques.

### **P-21. Quand la psychiatrie rencontre la gériatrie pour croiser leurs regards sur la fragilité**

C. Tobie  
(Garches)

La Clinique Géronto-Psychiatrique de Rochebrune à Garches (92) accueille, depuis novembre 2013, des patients de plus de 60 ans présentant une double problématique psychiatrique et gériatrique. Dès le printemps 2014, l'ouverture de son hôpital de jour aura pour missions la détection et la prise en charge des fragilités gérontopsychiatriques. La fragilité des personnes âgées ne peut se réduire à l'aspect physique, d'autant dans une telle structure. De plus, le principe fondamental de la gériatrie est basé sur une « vision globale » du patient. La prise en charge des troubles psychiques reste une des clés de la réversibilité de la perte d'autonomie. De fait, cet hôpital de jour de Rochebrune vise un objectif ambitieux et innovant : la prévention de la perte d'autonomie de patients présentant une fragilité (certains de profil de personnalité, antécédent de troubles psychiatriques) ou une pathologie psychiatrique active. Ces situations complexes nécessitaient l'élaboration d'un projet novateur : - Un concept pluridimensionnel : La réflexion première de l'approche du patient est établie autour de quatre axes majeurs : somatique, cognitif, psycho-affectif et socio-environnemental ; grâce aux regards croisés autant médicaux (neurologue, psychiatre, gériatre), que pluridisciplinaires (rééducateurs, psychologues, neuropsychologues, soignants, arthérapeutes), de l'évaluation à la prise en charge. - Un continuum : L'hôpital de jour de Rochebrune permet une continuité et donc une cohérence entre le temps d'évaluation et celui de la prise en charge des fragilités. L'évaluation a pour finalité la mise en place d'un programme d'interventions personnalisés et individualisés. Le parcours du patient débute avec l'adressage par le médecin traitant, un psychiatre, un gériatre, un neurologue ou autre spécialiste. Le screening des patients se réalise sur un temps de consultation par le psychiatre/gériatre/neurologue,

selon la problématique principale identifiée par l'adresseur. Elle repose sur l'évaluation gériatrique standardisée associée à une évaluation psychologique, neuropsychologique et psychiatrique approfondie. La phase d'évaluation reflète la diversité des compétences et le partage des savoirs. Les conclusions de ces évaluations sont déclinées autour des quatre axes majeurs pré-cités et déterminent ainsi le degré de fragilité sur chaque axe orientant la priorité du programme de prise en charge future. - Un programme pédagogique de prises en charge : Le patient s'inscrit activement dans un programme d'éducation à la santé qui s'appuie sur des bases pédagogiques. La finalité pour le patient et son entourage est d'acquérir les compétences nécessaires lui permettant de lutter contre la perte d'autonomie tout en maintenant le patient dans son environnement. - Des méthodes riches dans leurs diversités. Les techniques de rééducation et de réadaptation utilisées sont issues de la gériatrie, de la psychiatrie, de la neuropsychologie, de chaque spécificité de rééducation en particulier du monde de l'éducation par la présence d'un IAPA (intervenant en activité physique adaptée) qui apporte ses compétences pédagogiques aux compétences soignantes et rééducatives existantes. - Un lieu unique : L'hôpital de jour est au carrefour de la médecine de ville pour des personnes âgées fragiles ou préfragiles, et des unités de SSR et gérontopsychiatrie de la Clinique de Rochebrune dans les phases de consolidation d'une décompensation aigue. Ce projet ambitieux apparaît incontournable pour le monde gériatrique et psychiatrique devant les difficultés d'accès à des soins adaptés pour ces patients aux problématiques psychiques. L'étude cette cohorte apportera des réponses sur la valeur ajoutée de cette approche pluridisciplinaire autant pour l'évaluation que pour la prise en charge.

### **P-22. Optimisation de la prise en charge post fracturaire du sujet âgé fragile : la filière orthogériatrique au coeur du parcours de soins**

P. Clot-Faybesse<sup>1</sup>, S. Parratte<sup>2,3</sup>, X. Flecher<sup>2,3</sup>, J.N. Argenson<sup>2,3</sup>, P. Villani<sup>4</sup>, F. Bertin-Hugault<sup>5</sup>, O. Reynaud-Levy<sup>2</sup>  
(1. EHPAD Korian Perier, Marseille; 2. Service de Chirurgie Orthopédique, pôle IML, CHU Ste Marguerite, 13009 Marseille; 3. UMR-CNRS 7287 Aix-Marseille Université; 4. Service de Médecine Interne, Gériatrie et Thérapeutique, CHU Ste Marguerite Marseille, UMR 912 INSERM-IRD Aix-Marseille Université; 5. Institut du Bien Vieillir groupe Korian, Paris)

Les fractures chez les sujets âgés sont des événements très fréquents\*. Le plus souvent secondaires à une chute, elles représentent une des principales causes d'hospitalisation et de chirurgie. La chute et la fracture peuvent être l'occasion de réaliser une évaluation gériatrique permettant de dépister des critères de fragilité, souvent préexistants. La plus grave d'entre elles, la fracture du col fémoral, est la cause de modifications majeures psychiques, physiques et fonctionnelles entraînant un risque de perte d'autonomie impactant les capacités de retour à domicile. Lors d'une telle fracture, le patient suit un parcours bien connu : fracture, urgences, chirurgie orthopédique, soins de suite et réadaptation (SSR). L'augmentation de l'âge moyen des patients opérés en chirurgie orthopédique impose une réflexion gériatrique. Le SSR est-il pour tous ces patients le meilleur moyen de retrouver le chemin de l'autonomie ? L'événement fracturaire ne doit-il pas être appréhendé différemment chez les patients fragiles ? Etant à l'origine de modifications des capacités d'adaptation de l'individu aux événements de santé et de vie, une rééducation dans un lieu de vie médicalisé plutôt que dans un lieu essentiellement médicalisé ne

serait-elle pas plus pertinente ? C'est ce constat et cette réflexion qui nous ont amenés, en équipe pluridisciplinaire (chirurgiens orthopédistes, gériatre hospitalier et gériatre coordonnateur d'EHPAD), à mettre en place une orientation post opératoire originale pour ces patients âgés fragiles : la rééducation en EHPAD, sous la forme d'un séjour court. Les patients pourraient ainsi profiter de l'environnement plus paisible d'un lieu de vie, tout en bénéficiant d'une réhabilitation fonctionnelle de qualité, leur permettant de préparer un retour à domicile progressif. Cela permettrait aussi un premier contact avec un EHPAD, s'il devait y avoir une éventuelle institutionnalisation. Le lieu, sanitaire et social, permet une prise en charge médicale spécialisée et l'établissement d'un projet de vie, primordiaux dans une situation à haut risque de décompensation. Cette double prise en charge permet d'éviter une perte de temps et donc de chance pour ces patients complexes présentant de nombreuses comorbidités et nécessitant une évaluation sociale. Une telle option nécessite des équipes de kinésithérapeutes volontaires, investis, formés à la rééducation spécifique du sujet âgé fragile et motivés par le travail en institution ; la complexité étant de trouver la juste position entre une rééducation efficace et raisonnable. Les difficultés d'une vie en institution sont un autre écueil à considérer chez ces patients, en raison du risque de syndrome dépressif fréquent lors des institutionnalisations, mais aussi la rencontre avec des résidents présentant des troubles cognitifs qui, lorsqu'elle n'est pas préparée, peut être très douloureuse et risque de majorer une évolution vers la dépendance. Dans ce cadre, nous mettons en place une étude prospective chez tous les patients âgés de plus de 75 ans, ayant présenté une fracture de l'extrémité supérieure du fémur et hospitalisés en service de chirurgie orthopédique du pôle IML du CHU de Marseille. L'objectif principal de ce travail sera de mettre en évidence une amélioration de l'autonomie de certains profils de patients par l'admission directe en EHPAD après une intervention chirurgicale. Pour cela, un repérage systématique de la fragilité sera effectué et conduira à une évaluation gériatrique de tous les patients fragiles. Une rééducation dans un des EHPAD du groupe Korian de la région marseillaise leur sera proposée. Tous les patients, quel que soit le lieu de leur rééducation, bénéficieront d'une réévaluation gériatrique à 6 semaines, 3 mois, 6 mois et 12 mois dans le but d'évaluer leur réhabilitation globale en fonction du lieu de leur rééducation (EHPAD versus autres lieux). Cette expérimentation met bien en évidence le rôle pivot des EHPAD dans le parcours de soins du sujet âgé fragile en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Il nous semble que cette proposition s'inscrit naturellement dans une nécessaire adaptation de nos institutions au vieillissement de la population, et plus largement, à « l'adaptation de la société au vieillissement », future loi de la santé.

**P-23. Comment organiser le repérage et la prise en charge de la fragilité en maison de santé pluriprofessionnelle, en milieu rural**  
F. Fourcade<sup>1</sup>, J. Subra<sup>1</sup>, B. Chicoulaa<sup>1</sup>, S. Sourdet<sup>1</sup>, B. Vellas<sup>1</sup>, S. Oustric<sup>1</sup>

(1. Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse;  
2. Gérontopôle, CHU de Toulouse)

La dépendance est une problématique de santé publique mobilisant les acteurs des soins primaires et secondaires. Cet état est irréversible, contrairement au stade de fragilité dont la prise en soin ambulatoire est insuffisante. A proximité de la population, elle est pourtant la plus adaptée pour repérer les personnes fragiles et tenter de les rendre à nouveau robustes. Ainsi, les professionnels de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Mauvezin dans le

Gers ont développé un programme de repérage et de prise en charge de la fragilité grâce au partenariat instauré avec la Mutualité Sociale Agricole et l'Association Santé Education et Prévention sur les Territoires – Midi-Pyrénées Sud (ASEPT), qui organise des ateliers destinés aux personnes soucieuses d'améliorer leur santé. La MSP de Mauvezin, où exercent 4 médecins généralistes, 4 kinésithérapeutes, 8 infirmières, 1 psychologue, 1 diététicienne, 1 psychomotricienne et les services sociaux de la MSA et du Conseil Général, est située dans un canton rural du Gers où les plus de 60 ans représentent le tiers de la population. Nous allons vous présenter le travail réalisé durant les six premiers mois de cette expérience, projet-pilote dans la prise en charge de la fragilité en soins primaires. Méthode : Après avoir présenté le mode d'emploi de la Gerontopole Frailty Screening Scale lors d'une réunion de coordination, tous les professionnels de santé de la MSP de Mauvezin ont repéré les patients de plus de 65 ans supposés fragiles, en dehors de toute pathologie aigue. Les différentes réunions tenues à intervalle régulier au sein de la MSP ont permis de rappeler la nécessité d'utiliser cet outil. Les patients repérés fragiles sont classés selon les critères de Fried, sur 4 items seulement, par manque de dynamomètre. Ils ont ensuite bénéficié d'une évaluation gériatrique (EGS) basée sur des tests validés, retenus sur la base d'une revue de la littérature, afin de préciser le ou les paramètres déficitaires responsables de la fragilité : évaluation médico-sociale (antécédents ou pathologies médicales pouvant expliquer la fragilité constatée, nombre et classes de médicaments prescrits, contexte social), cognitive (test des 5 mots de Dubois, test de l'horloge et MMS), nutritionnelle (MNA et mesure de l'IMC), motrice (score de Tinetti) et psychologique (GDS). Cette évaluation est réalisée par le docteur Fourcade, médecin coordonnateur du programme, durant une consultation de 30 minutes. Un plan d'action personnalisé (PAP) est proposé à l'issue de l'évaluation. Il est centré sur le caractère déficitaire responsable de la fragilité, notamment par la proposition de participer à des ateliers organisés par l'ASEPT et animés par les professionnels de la maison de santé : atelier « mémoire » animé par un psychologue, atelier « équilibre » animé par un kinésithérapeute et atelier « nutrition » animé par un diététicien. Une réévaluation portant sur l'item déficitaire est réalisée à 3 ou 6 mois. Le recueil et l'analyse des données sont effectués sur un fichier EXCEL. Résultats: De septembre 2013 à janvier 2014, 14 patients fragiles de plus de 65 ans ont été repérés par 5 professionnels de santé (3 médecins généralistes et 2 infirmières). Parmi eux, 13 patients ont été évalués. Le groupe est constitué de 69 % de femmes. La moyenne d'âge est de 81,4 ans [67 - 88]. 12 patients ont choisi comme médecin traitant un des médecins exerçant dans la MSP, ce qui facilite le recueil des données médico-sociales, via le système d'information permettant un partage des données concernant ces patients. Selon les critères de Fried, tous les patients sont fragiles (46 %) ou pré-fragiles (54 %). Sur le plan de la dépendance, ils sont classés GIR 5 (16 %) ou GIR 6 (84 %) et le score ADL est supérieur à 5,5 pour tous les patients. Aucun d'eux ne perçoit l'APA. Sur les 13 patients évalués, 1 patient n'a pas de critère déficitaire et les 12 autres ont un ou plusieurs critères déficitaires : 46 % ont un risque de chute élevé (score de Tinetti inférieur à 23) ; 38,5 % ont un déclin cognitif léger et 15,4 % une démence modérée ; 46 % ont un risque de malnutrition (MNA < 24) ; 46 % ont un probable syndrome dépressif (GDS > 5) ; 1 patient présente une pathologie médicale responsable de la fragilité. L'ordonnance des patients contient en moyenne 3,8 médicaments, dont un psychotrope dans 41 % des cas. Les programmes d'actions personnalisées ont permis à 8 patients de tenter de corriger la fragilité : 5 participations à l'atelier « équilibre »,

2 participations à l'atelier « mémoire », 2 prises en charge sociale, 1 orientation vers un médecin spécialiste rhumatologue et 1 prise en soin psychologique. Les 2 patients présentant une démence modérée et 1 patient présentant des troubles cognitifs légers sont orientés vers la consultation gériatrique « mémoire ». 2 patients ont refusé le PAP. Conclusion : Ce programme a permis de repérer les patients fragiles mais également de dépister des patients déments. L'adhésion des patients au programme est bonne. L'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle permet un repérage par tous les professionnels intervenant auprès des patients, une évaluation multidimensionnelle, l'animation des ateliers par les professionnels formés, un accès facilité aux données médicales des patients et un compte-rendu rapide à leur médecin traitant via le système d'information partagé. Les axes d'amélioration concernent la durée et la qualité de l'EGS qui doit inclure une évaluation sociale plus précise et une évaluation des fonctions sensorielles par la réalisation de tests applicables en pratique ambulatoire. L'acquisition progressive d'une plus grande expérience permettra à l'équipe pluriprofessionnelle de préciser le programme. Enfin, une juste rémunération forfaitaire pourrait faire appel au principe des nouveaux modes de rémunération, appliqué dans les structures pluriprofessionnelles. Reste actuellement à réévaluer les patients ayant bénéficié de ce programme afin de s'assurer d'une correction du paramètre déficitaire.

**P-24. Evaluation “de la fragilité” des patients de plus de 75 ans avant un remplacement valvulaire aortique percutané (TAVI)**

S. Tournier Louvel, V. Costo

(*Hôpital Saint Joseph, Marseille*)

Introduction : Analyse d'un ensemble de personnes âgées hospitalisées en service de cardiologie, évaluées sur le plan gériatrique dans le cadre d'un bilan en vue d'une intervention de type TAVI. Méthode : Etude sur l'année 2013 incluant x patients hospitalisés en service de cardiologie dans le cadre d'un bilan pour TAVI. Chaque patient, à la demande du cardiologue, a été évalué par l'Equipe Mobile Gériatrique en pré opératoire, par la réalisation d'une EGS. Un suivi a été réalisé à 1 mois et à 3 mois par le biais du recueil des durées et du nombre d'hospitalisation en post opératoire, du nombre de décès, de la symptomatologie fonctionnelle, et de certains éléments gériatriques prédéfinis. Résultats : - Analyse des données gériatriques obtenues : profil des patients évalués; - Comparaison des résultats avec les données de la littérature; - Impact de cette évaluation gériatrique sur la décision finale; - Evaluation du nombre de décès pendant hospitalisation, à 1 et 3 mois; - Evaluation du nombre d'hospitalisation et de durée d'hospitalisation à 1 et 3 mois. Conclusion : Intérêt d'une «expertise» gériatrique dans le cadre d'un bilan pour un remplacement valvulaire percutané en pré opératoire.