

# Communications orales et affichées

## Jeudi 5 avril

### SYMPOSIUM

#### **S1 - L'activité physique comme continuum de soins pour contrer la Fragilité**

M Aubertin-Leheudre

(UQAM, Dpt Sc Activité physique (SB-4615), Montreal, Quebec, Canada)

##### *Communication 1*

#### **Activité physique adaptée et gérontechnologie pour contrer la perte d'autonomie physique au sein des résidences pour aînés**

M Aubertin-Leheudre

(UQAM, Dpt Sc Activité physique (SB-4615), Montreal, Quebec, Canada)

Au Canada, 30% des personnes de 80 ans et plus résident dans des résidences pour personnes âgées (RPA). Les interventions en activité physique sont efficaces pour maintenir les capacités fonctionnelles, mais seulement 10% des personnes vivant en RPA sont actives. Or, un tel niveau de sédentarité (90%) pourrait contribuer à l'aggravation de leur état fonctionnel et physique qui est déjà pré-fragile ou fragile. Néanmoins, même si la présence de kinésiologues peut augmenter le taux de personnes âgées actives, leur présence dans les RPA en tout temps est impossible. Ainsi, des programmes d'activité physique adaptée (APA) développées avec l'utilisation de gérontechnologie pourrait lutter contre la sédentarité et la fragilité. Ainsi, la première conférencière présentera les résultats d'études menées pour déterminer la faisabilité, l'acceptabilité et les bénéfices potentiels d'interventions en APA via une gérontechnologie en RPA 42 personnes ont été assignées aléatoirement à un groupe exercice (n=28) ou contrôle (n=14). L'intervention consistait à réaliser de manière autonome 2 séances d'activité physique via la gérontechnologie (Jintronix ©) durant 12 semaines. Le groupe EX a complété 89% des séances, atteignant un niveau de qualité des mouvements de 87% et réalisé 67% en totale autonomie. De plus, 93,8% d'entre eux ont beaucoup apprécié les exercices, et 92,8% les ont jugés faciles ou légèrement difficiles. Suite à l'intervention, des différences entre les groupes pour la vitesse de marche (EX:+0.10 vs CON:-0.04 m/s) et le score SPPB (EX:+1.1 vs CON:-0,4) ont été observées. Ainsi, l'intervention via une gérontechnologie chez des personnes âgées vivant en RPA semble faisable et acceptable, mais surtout entraîne une amélioration des principaux prédicteurs de la mortalité chez les personnes âgées.

##### *Communication 2*

#### **Prévenir la fragilité post urgence: L'initiative canadienne**

MJ Sirois

(Canada)

Au Canada, près de 400 000 personnes de plus de 65 ans sont victimes de blessures qui ne menacent pas leur vie mais qui peuvent limiter leur mobilité et affecter leur statut fonctionnel quotidien.

Dans les cohortes canadiennes CETI d'aînés encore autonomes consultant les urgences pour des blessures mineures, le taux de déclin fonctionnel 3 à 6 mois post-blessure est de 16%. Les aînés pré-fragiles/fragiles étant 10 fois plus à risque que les robustes de limitation dans leur mobilité et leur fonctionnement quotidien. Or, 65% des coûts de soins de santé sont liés à la population âgée. Or, actuellement aucune directive de prise en charge adaptées de ces aînés post-urgences a été mise en place. Ainsi, la deuxième conférencière montrera au cours de sa présentation comment l'équipe CETI a mis en place et évalué les effets potentiels d'exercices physiques sur la mobilité et les capacités fonctionnelles, chez des aînés pré-fragile à risque de déclin fonctionnel après une blessure mineure. 135 aînés (72.6±6.2ans, pré-fragiles:45%) vivant en communauté consultant les urgences pour une blessure mineure et non-hospitalisés ont été randomisés dans un groupe intervention (n=75; à domicile via une gérontechnologie ou en communauté) ou contrôle (n=60) à travers 2 services d'urgence. L'intervention consistait à 2 séances d'une heure/semaine durant 12 semaines. Après 3 mois, lorsque comparé au CONTR, le groupe INTER avait amélioré significativement (p<0.05) sa vitesse de marche (78% vs 70%), sa force aux membres inférieurs (71% vs 55%), son fonctionnement physique général (73% vs 59%), et maintenu/amélioré son statut fonctionnel (84% vs 60%). Ainsi cette étude montre que l'intervention en exercices physiques misant via la gérontechnologie ou des groupes communautaires semble efficace pour limiter les pertes fonctionnelles et de mobilité chez les aînés après à une blessure mineure.

##### *Communication 3*

#### **L'activité physique : comme outil de prise en charge au sein des cliniques de jour**

M Bonnefoy

(Centre Hospitalier Lyon, France)

Après avoir identifié le potentiel de l'activité physique dans la prévention de la perte de mobilité au sein des résidences pour aînés ou post-urgence, le 3eme conférencier présentera une étude réalisée au sein d'une clinique de jour, visant à établir une approche de prise en charge des personnes âgées fragiles et pré-fragile et vivant dans la communauté. En effet, intervenir de façon efficace en établissant un protocole de prévention systématique de la mobilité pour les personnes âgées consultant dans les cliniques de jour est essentiel car cela limitera les besoins en ressources en santé et donc les couts et surtout aura comme effet à long terme d'améliorer ou maintenir la qualité de vie de ces derniers. Ainsi, le troisième conférencier montrera au cours de sa présentation comment l'équipe hospitalière de Lyon a mis en place et évalué des interventions réalisées au sein de sa clinique de jour afin de contrer la fragilité des personnes âgées consultant leur service. Plus spécifiquement, plus de 100 patients ont été pris en charge à partir des critères de repérage. Suite à cette prise en charge, une évaluation initiale et post-intervention assurée par une équipe multidisciplinaire en HDJ a été effectuée. Les patients

présentant un score SPPB\* 8 ont bénéficié durant 10 semaines de 20 séances collectives ou individuelles destinées à prévenir la perte de mobilité. Les résultats préliminaires montrent clairement une tendance à l'amélioration du SPPB, de la vitesse de marche, de la force musculaire de la qualité de vie, une augmentation de l'activité physique (RAPA) et de la qualité de vie. Ainsi, cette étude montre qu'une telle prise en charge apparaît donc faisable et utile pour des patients âgés à risque de perte de mobilité.

## S2 - Évaluation et suivi des patients âgés fragiles en soins premiers

S Oustric

(Département Universitaire de Médecine Générale, Toulouse, France)

### Communication 1

#### Etat des lieux du repérage et de l'évaluation des personnes âgées fragiles en Maison de Santé Pluriprofessionnelle : étude descriptive transversale

E Escourrou, V Milon, F Durrieu, B Chicoulaa, S Oustric

(Département Universitaire de Médecine Générale, Toulouse, France)

**Contexte:** Initialement réalisée en hospitalier, l'évaluation d'une personne âgée repérée fragile est maintenant réalisable en soins premiers. Cette évaluation gérontologique peut être réalisée dans les Maisons de Santé Pluri-professionnelle (MSP), par un infirmier formé, via le protocole de délégation de tâches «médecin vers infirmier» proposé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). **Objectif:** Établir un état des lieux du fonctionnement du protocole de délégation de tâche en MSP dans notre région. **Méthode:** Étude descriptive transversale réalisée entre octobre 2016 et janvier 2017. Population cible : MSP de Midi-Pyrénées engagées dans un protocole de repérage et d'évaluation des personnes âgées fragiles. Recueil des données : questionnaire basé sur le protocole de coopération de l'ARS et les deux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2013, comprenant une partie visant à recueillir le fonctionnement du protocole concernant, une seconde partie visant à recueillir le ressenti des professionnels impliqués. Le questionnaire a été soumis par entretien téléphonique ou physique avec l'infirmier ou le médecin généraliste responsable du protocole dans la MSP concernée. **Résultats:** Les 16 MSP de Midi-Pyrénées adhérant au protocole ont été incluses. Le repérage était réalisé par le médecin généraliste et l'infirmier en charge du protocole pour 9 MSP sur 16. Cinq MSP utilisaient la grille de repérage «GFST» proposée dans le protocole. Concernant l'évaluation, 14 MSP utilisaient le protocole de coopération de l'ARS sous la responsabilité d'un médecin généraliste et d'un infirmier. Les synthèses des évaluations étaient présentées en réunion de concertation pour l'ensemble des MSP, avec réalisation d'un compte rendu inséré dans le dossier médical du patient. Concernant la prise en charge et le suivi : sept MSP ont élaboré un protocole de suivi par l'infirmier. Trois profils de MSP se détachaient : (1) les MSP avec mise en place du protocole depuis plus d'un an, en perte de vitesse pour le recrutement de nouveaux patients, (2) les MSP où le protocole est soutenu exclusivement par l'infirmier rendant parfois difficile la coopération inter professionnelle, (3) les MSP où la mise en place du protocole date de moins de 3 mois, actuellement en période de perfectionnement. **Conclusion:** L'échantillon de petite taille sur une région ne permet qu'une description à un instant «t» du fonctionnement de cette population. Cependant, cette étude

originale permet de se rendre compte que le protocole de délégation de tâche est un outil prometteur, d'utilisation hétérogène et parfois difficile.

### Communication 2

#### Caractéristiques des patients âgés repérés fragiles et évalués en soins premiers au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la région Midi Pyrénées\*

B Chicoulaa, L Savary, F Durrieu, A Stillmunkes, E Escourrou, S Oustric

(Département Universitaire de Médecine Générale, Toulouse, France)

**Contexte:** L'évaluation de patients âgés potentiellement fragiles sur des plateformes hospitalières existe depuis 2011. Le nombre potentiel de patients pré fragiles ou fragiles dans la population générale rend difficile une évaluation uniquement hospitalière. Les soins premiers peuvent s'approprier cette évaluation. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ont la possibilité de s'engager sur ce thème, offrant de nombreux avantages pour cette évaluation. Contrairement à la population évaluée en milieu hospitalier, les caractéristiques de patients évalués en MSP ne sont pas connues. Définir cette population était l'objectif de ce travail. **Méthode:** Etude épidémiologique, descriptive transversale. Population cible: personnes de plus de 65 ans, repérées fragiles, et ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique au sein des MSP de la région Midi Pyrénées, inscrites dans le protocole de délégation de tâche médecin généraliste-infirmier pour l'évaluation du patient âgé fragile selon le protocole proposé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le recueil des dossiers d'évaluation et des plans de soins proposés a été réalisé au sein de chaque MSP, après anonymisation. L'analyse était une analyse descriptive des caractéristiques des patients évalués. **Résultats:** L'étude s'est déroulée de mai à septembre 2017. 11 MSP sur les 16 impliquées de notre région ont participé. 235 évaluations ont été réalisées, demandées dans 87 % par le médecin traitant, et réalisées dans 77 % des cas par une infirmière seule. La population étudiée était à 64,6 % (n=152) des femmes. L'âge moyen était de 83,3 ans. 39,7% (n= 93) des patients étaient fragiles et 45,5 % (n= 107) étaient pré fragiles. L'ADL moyen était de 5,6 et l'IADL moyen de 6,25. 20% de la population (n=46) bénéficiait de l'APA. 19,8% des patients avaient un MMSE inférieur à 21, et 56 % de la population était à risque d'un syndrome dépressif. Le SPPB moyen était de 7,6. 47% des MNA réalisés étaient inférieur à 23. **Conclusion:** La majorité des patients évalués étaient effectivement fragiles ou pré fragiles. Les évaluations semblent s'adresser à la bonne population. Le suivi de ces patients devra être analysé et les plateformes hospitalières pourront être un avis de deuxième ligne pour recevoir les patients les plus complexes.

### Communication 3

#### Le suivi de patients fragiles évalués par les médecins généralistes

B Chicoulaa, E Escourrou, F Durrieu, A Stillmunkes, S Oustric

(Département Universitaire de Médecine Générale, Toulouse, France)

**Introduction:** Le repérage en soins premiers des patients âgés potentiellement fragiles, et leur évaluation sur des plateformes hospitalières sont maintenant bien codifiés. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) et la mise en place d'un plan personnalisé de soins (PPS) en soins premiers de ces patients commencent à se structurer. Le défi des prochaines années, pour les médecins

généralistes (MG), sera d'assurer le suivi de ces patients fragiles évalués. L'objectif de notre travail était d'identifier par les MG leurs difficultés à mettre en place un PPS, et à assurer le suivi médical de leurs patients fragiles. **Méthode:** Etude épidémiologique descriptive transversale. Population cible : MG de la métropole universitaire dont les patients fragiles avaient été évalués sur une plateforme hospitalière et qui avaient reçu un plan de soin. Le recueil des données a été effectué par questionnaire en ligne. Les principales thématiques portaient sur les éventuelles difficultés, les freins possibles à la mise en place du PPS, la négociation et le suivi des objectifs avec le patient. **Résultats:** Le recueil s'est effectué de septembre à décembre 2016. 62 questionnaires ont été analysés sur 161 MG interrogés. 64% des MG interrogés qui en amont de l'EGS, avaient des attentes précises concernant leurs patients, ont été aidés dans le suivi par les conclusions de l'EGS et du PPS. La réalisation de la première EGS et les messages transmis semblaient influencer le suivi du médecin et le ressenti du patient. L'adhésion des patients au PPS était estimée selon les MG à 58 %, et 49,6 % des patients avaient accepté une réévaluation à 1 an. La plus grande difficulté pour les MG interrogés était que 33 % des patients évalués n'avaient pas compris l'intérêt médical de l'EGS. **Conclusion:** Une amélioration de la communication envers les patients fragiles évalués en amont et aval de l'EGS pourraient potentiellement améliorer l'adhésion au suivi de ces patients.

## COMMUNICATIONS ORALES

### CO1. Analyse coûts-bénéfices de la réduction de la fragilité chez les aînés québécois de la cohorte CETIe

R Langevin, MJ Sirois, V Fillion, S Jean  
(Centre d'Excellence sur le Vieillessement de Québec, Canada Québec, Canada)

**Contexte:** La progression de la fragilité chez les aînés est liée à une augmentation de l'utilisation des ressources médicales, ce qui fait encourir des coûts supplémentaires aux systèmes de santé. À l'heure actuelle, il existe peu d'études sur l'efficacité économique des traitements ciblant la fragilité. **Objectifs:** Estimer les économies en coûts de soins médicaux associés à une réduction de la fragilité chez des aînés non-institutionnalisés. **Méthodes:** Devis et sources de données : Analyses coûts-bénéfices basées sur les données de cohorte CETIe appariées aux données administratives de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ). Population : 1390 aînés non-institutionnalisés ayant consulté une urgence pour un traumatisme mineur entre 2009 et 2015. Mesures : La fragilité a été mesurée par le «Elderly Risk Assessment Index». Les coûts des Services médicaux rémunérés à l'acte par la RAMQ ont été considérés. Analyses : Deux approches distinctes sont développées, soit une approche de « coût total » à deux parties en mesures répétées et une approche « par acte » qui estiment séparément les coûts des actes médicaux associés à la fragilité à l'aide de modèles binomiaux négatifs multivariés en mesures répétées. **Résultats:** À l'entrée dans la cohorte, l'âge moyen était de 75,6 ans. Les proportions d'hommes et de femmes étaient de 48% et 62 %. La distribution des niveaux de fragilité à l'entrée dans la cohorte était de 26 % de personnes robustes, 60 % de personnes pré-fragiles et 14 % de fragiles. Le modèle d'analyse « par acte » estime des économies variant entre 2000 \$ et -1500 \$ par point de fragilité perdu par période de 3 mois pendant la période d'observation. **Conclusion:** Cette étude suggère que des économies substantielles peuvent être générées lorsque le

niveau de fragilité des aînés se stabilise ou diminue dans le temps.

### CO2. Performance prédictive de quatre outils de dépistage de la fragilité chez les personnes âgées vivant dans la communauté : Résultat de la cohorte FrÉLE

C Dupré, A Buisson, F Béland, R Gonthier, T Celarier, B Bongue  
(CETAF, Saint-Etienne, France)

**Contexte:** L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) est la référence pour diagnostiquer et évaluer la fragilité. Cependant, c'est un outil long et coûteux en pratique ambulatoire. Plusieurs outils assez simples de dépistage de la fragilité existent mais il est difficile d'en choisir un préférentiel. Le dépistage précoce de la fragilité permettrait de détecter le risque de dépendance. **Objectifs:** Nous proposons donc de comparer la capacité de prédiction de la dépendance de quatre outils d'évaluation de la fragilité, l'indice de Fried, le GFI, l'aCGA, et le VES-13, selon l'indicateur hiérarchisé de dépendance de Barberger-Gateau. **Méthodes:** Notre étude porte sur la cohorte canadienne Fréle (Fragilité, une Etude Longitudinale de ses Expressions). Il s'agissait d'une étude de deux ans portant sur 1643 individus. Nous avons déterminé la capacité de ces outils à prédire la survenue de la fragilité, de l'institutionnalisation ou du décès en utilisant la courbe ROC. Des régressions logistiques et modèle de COX ont été réalisés pour comparer les risques dans les groupes fragiles et non fragiles des quatre outils. **Résultats:** L'âge moyen était de 77,7 ans. La prévalence de la fragilité dans cet échantillon variait de 15,0% (Fried) à 52,2% (VES-13). Selon l'échelle de Barberger-Gateau, 52,5% des individus étaient totalement indépendants, 32,0% légèrement dépendants, 9,6% modérément dépendants, et 5,8% gravement dépendants. L'outil avec la plus grande sensibilité était VES-13 (91,0% pour la dépendance, 89,7% pour la mortalité et 92,3% pour l'institutionnalisation). Les valeurs de l'aire sous la courbe (AUC) des quatre outils variaient de 0,63 à 0,75. Les risques étaient significativement plus élevés chez les personnes âgées identifiées comme étant fragiles: le risque de développer une dépendance était de 3,6 (OR) pour AcGA et 3,5 pour Fried. Les personnes fragiles selon VES13 présentaient un risque de mortalité de 2,7, (OR=4,6 pour l'institutionnalisation). **Conclusion:** Les analyses ont montré que le VES-13 peut prédire la survenue de la dépendance, la mortalité et l'institutionnalisation mais l'AUC a montré une mauvaise capacité discriminatoire. Ces résultats suggèrent qu'il existe toujours un besoin d'un outil de dépistage avec une performance prédictive élevée.

### CO3. Expérimentation d'un bilan gériatrique standardisé en médecine de ville : bilan à 12 mois sur la dépendance

S Bonin-Guillaume, A-C Durand, G Gentile, S Gentile  
(Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Hôpitaux Sud, Marseille, France)

**Contexte:** Les personnes âgées autonomes présentent le risque de basculer dans la dépendance. Une prise en charge gériatrique précoce de ces patients âgés (PA) réduit la dépendance, la mortalité, l'institutionnalisation et les hospitalisations. L'objectif était de montrer qu'un bilan gériatrique et des préconisations réalisées par le médecin généraliste réduisent ces risques. **Objectifs:** L'objectif était de montrer qu'un bilan gériatrique et des préconisations réalisées par le médecin généraliste réduisent ces risques. **Méthodes:** Une étude prospective expérimentale randomisée, constituée de deux groupes de PA de plus de 75 ans, vivant à domicile a été menée. Le groupe intervention avait une évaluation gériatrique réalisée par le médecin

traitant et la mise en place d'un plan personnalisé de santé (PPS) pour un risque déposé. Le groupe témoin a eu une prise en charge standard. Le critère de jugement principal était l'évolution du score ADL, mesuré à l'inclusion et à 12 mois. Une diminution de 0,5 point de ce score, des hospitalisations et de l'institutionnalisation était attendue pour le groupe intervention. Selon ce critère, le nombre de sujets nécessaires était de 64 par groupe. **Résultats:** Ont été inclus 99 patients : 50 dans le groupe intervention et 49 dans le groupe témoin. A l'inclusion, les groupes étaient comparables pour toutes les variables hormis le nombre moyen de médicaments, plus important chez les témoins ( $6,4 \pm 3,2$  versus  $5,1 \pm 2,3$ ,  $p = 0,03$ ). Dans le groupe intervention, seuls 2 ne présentaient aucun risque au bilan gériatrique. Les autres avaient en moyenne  $3,2 \pm 1,7$  risques: 19 un risque iatrogénique, 23 un risque de chute, 12 un risque de malnutrition, 45 un déficit sensoriel, 30 des troubles cognitifs, et 22 un risque de dépression. Ils ont bénéficié en moyenne de  $2,8 \pm 1,6$  préconisations dans les PPS. A 12 mois, 6 PA étaient décédés : 3 dans chacun des groupes. Le score ADL était identique dans les groupes. Enfin, 20,7% étaient hospitalisés et 2,2%, institutionnalisés, sans différence significative. **Conclusion:** Cette étude montre le faible impact d'un bilan gériatrique en médecine de ville en termes de prévention d'évolution défavorable. Cependant, deux limites : le nombre de sujets nécessaires non atteint entraînant potentiellement un manque de puissance, et l'absence de certitude sur le suivi des préconisations.

#### CO4. Prévalence et facteurs associés à la fragilité : étude de la cohorte UPSAV (Unité de prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement)

N Cardinaud<sup>1</sup>, C Bimou<sup>3</sup>, J Trimouillas<sup>2</sup>, S Boyer<sup>2,3</sup>, M Charenton-Blavignac<sup>1</sup>, D Marchesseau<sup>1</sup>, F Mekhiche<sup>1</sup>, C Gayot<sup>2</sup>, MJ Verger<sup>1</sup>, G Hygonneti<sup>1</sup>, C Chanadeau-Branthôme<sup>1</sup>, C Suran<sup>1</sup>, C Roux<sup>1</sup>, L Bichaud<sup>1</sup>, E Tran<sup>1</sup>, K Lemasson<sup>1</sup>, P Jaglini<sup>1</sup>, C Chaumont<sup>1</sup>, I Reix-Mercier<sup>1</sup>, M Marginieri<sup>1</sup>, S Baudu<sup>1</sup>, C Laubarie-Mouret<sup>1</sup>, T Dantoine<sup>1,2,3,4</sup>, A Tchalla<sup>1,2,3,4</sup>

(1. Unité de Prévention, de suivi et d'Analyse du vieillissement, Médecine Gériatrique CHU de Limoges Dupuytren, Limoges; 2. Unité de recherche clinique en gériatrie, CHU de Limoges Dupuytren, Limoges; 3. EA 6310 HAVAE Université de Limoges, Limoges; 4. Université de Limoges, Limoges)

**Contexte:** Les personnes âgées fragiles ont fréquemment recours aux ressources collectives, hôpitaux et établissements de soins à long terme. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences par la mise en place d'interventions ciblées. Afin d'optimiser la prévention de la dépendance au grand âge, l'UPSAV a vu le jour en janvier 2010 au sein de la filière gériatrique du CHU de Limoges. Cette équipe pluridisciplinaire réalise une évaluation gériatrique globale au sein du milieu de vie afin de dépister les risques de rupture d'autonomie et de proposer une coordination d'actions préventives médicales et sociales. **Objectifs:** Evaluer la prévalence de la fragilité en population générale et description des facteurs de risque associés.

**Méthodes:** Etude transversale en population générale réalisée sur les données d'évaluation de la population UPSAV. La fragilité est évaluée par les critères de FRIED et l'autonomie par le SMAF, le GIR, les ADL et IADL. L'analyse descriptive est suivie d'une analyse multivariée dont le but est de détecter les facteurs prédictifs de la fragilité. **Résultats:** L'étude concerne une cohorte de 1994 sujets évalués entre 2010 et 2017 dont 1527 présentent une évaluation de la fragilité. L'âge moyen de la cohorte est de

82,5 ans (+/- 6,8). Les femmes représentent 62,4% ; Les veufs sont majoritaires avec un taux de 45,8%. 41,6% des sujets ont le certificat d'étude primaire. La prévalence des sujets robustes est de 13% (IC 95% : 8,8 - 18,1), les préfragiles représentent 63,4% (IC 95% : 60,4 - 66,4) et les fragiles 23,2% (IC 95% : 18,8 - 27,6). La régression logistique montre que l'autonomie évaluée par le score SMAF-16 (OR= 7,9, IC 95% : 4,31-14,5), les antécédents de maladie de Parkinson (OR= 4,8, IC 95% : 1,8-12,3) ou de dépression (OR= 2,12, IC 95% : 1,3-3,4), les troubles de l'équilibre (OR= 4,7, IC 95% : 2,5-8,9) sont des bons prédicteurs de la fragilité. **Conclusion:** Les deux tiers des sujets évalués par l'UPSAV sont préfragiles. Les principaux facteurs associés à la fragilité sont le niveau d'autonomie, les troubles de l'équilibre et les comorbidités telles que la maladie de Parkinson, la dépression.

#### CO5. Une application mobile pour mesurer la capacité intrinsèque

J-P Michel

(Genève, Suisse)

#### CO6. Etude EMMAP : efficacité clinique des ateliers « Equilibre En Mouvement » sur la fonctionnalité musculaire et la mobilité des personnes âgées : une étude contrôlée, en vie réelle

A Raynaud-Simon, A Bichon, L Fernandez, I Dufour, C Mairesse, C Flouquet, O Hanon

(Hôpital Bichat APHP, Paris, France)

**Contexte:** Le PRIF (Prévention Retraite Ile-de-France) propose aux retraités franciliens, des ateliers concernant divers aspects du bien vieillir. En particulier, les ateliers « Equilibre en mouvement » proposent des exercices et des conseils personnalisés pour prévenir la perte d'équilibre et les chutes. Chaque retraité participe à un atelier par semaine pendant 12 semaines. **Objectifs:** L'objectif de l'étude EMMAP est de mesurer l'efficacité des ateliers d'activité physique adaptée sur la fonction musculaire, chez les personnes âgées vivant à domicile participant spontanément aux ateliers de prévention proposés par le PRIF. L'objectif de ce travail préliminaire est de décrire la population des personnes âgées participant spontanément aux ateliers de prévention. **Méthodes:** Etude observationnelle, prospective, comparative sur groupes parallèles. Le groupe intervention participe aux ateliers «Equilibre en Mouvement», le groupe contrôle participe aux ateliers «Mémoire». Le critère principal de jugement est la variation de la vitesse de marche entre la première session (semaine 1) et la dernière session des ateliers (semaine 12), qui sera comparée entre les deux groupes. Le nombre de sujets nécessaires pour montrer une amélioration de 10 % de la vitesse de marche est de 540 (270 par groupe). Les autres paramètres mesurés comprennent : la station unipodale, le get-up-and-go (GUG) test, les 5 levers de chaise, la force de préhension et le SSPB. Sur le plan nutritionnel, l'IMC, la circonférence du mollet (CM), la masse grasse et la masse maigre (impédancemétrie). Un questionnaire déclaratif estime le niveau d'activité physique, les apports alimentaires et la survenue de chutes. **Résultats:** Les données concernant les 184 premiers sujets inclus dans les deux ateliers montrent un âge à  $73 \pm 7,4$  ans, femmes 85 % et 37,5 % des sujets ont chuté dans les 12 derniers mois. Vitesse de marche  $1,2 \pm 0,3$  m/s, test unipodal  $13,8 \pm 9,3$  secondes, GUG  $9,3 \pm 3,3$  secondes, 5 levers de chaise  $11,7 \pm 4,4$  secondes, la force de préhension  $23,8 \pm 7,6$  kg, SPPB  $9,6 \pm 1,9$ . Sur le plan nutritionnel, l'IMC est à  $26,7 \pm 5,1$ , la CM à  $36,8 \pm 4,0$ , masse grasse  $31,1 \pm 9,1$  % du poids corporel, masse maigre 68,5 %. **Conclusion:** Les caractéristiques des retraités

inclus montrent qu'il s'agit d'une population à risque de chute (plus d'un tiers des patients sont tombés dans les 12 mois précédant le début de l'étude), avec une fonction musculaire modérément altérée, ce qui en fait une population cible pour les interventions de prévention des chutes. Les résultats finaux détermineront si les ateliers Equilibre en Mouvement du PRIF permettent d'améliorer la fonction musculaire.

**CO7. Relation entre le débit expiratoire de pointe, les capacités physiques et l'incidence de la fragilité chez les personnes âgées résidant en maison de repos : résultats de la cohorte SENIOR**

A. Charles, F. Buckinx, J.-Y. Reginster, X. Rygaert, O. Bruyère  
(Université de Liège, Belgique)

**Contexte:** Certaines études ont suggéré qu'il existe des associations entre la force musculaire, les performances physiques et la fragilité. **Objectifs:** L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact d'un débit expiratoire de pointe (DEP) faible sur les capacités physiques et l'incidence de la fragilité des personnes âgées résidant en maison de repos. **Méthodes:** Les données récoltées au moment de l'inclusion et après un an de suivi chez les sujets issus de la cohorte SENIOR ont été analysées. Les capacités fonctionnelles ont été évaluées grâce au Short Physical Performance Battery (SPPB) et au test du Timed Up and Go. La force de préhension maximale a été mesurée au moyen d'un dynamomètre de type Jamar. Le statut de fragilité a été évalué via l'échelle de Fried. L'incidence de la fragilité au cours de la première année de suivi a été définie comme étant le passage

d'un état « non-fragile » ou « pré-fragile » à un état « fragile ». Le DEP a été mesuré via un débitmètre (Mini-Wright meter). Les valeurs théoriques de DEP en fonction de l'âge, de la taille et du sexe, ont été calculées en incluant seulement les sujets n'ayant pas de pathologies respiratoires diagnostiquées. Une valeur du DEP observée inférieure à 80% de la valeur théorique était considérée comme « faible ». **Résultats:** Les données de 646 sujets ( $83,2 \pm 8,9$  ans et 72,1% de femmes) ont été utilisées. Les 45,7% de la population ayant un DEP faible présentaient des mesures plus basses de circonférence du mollet ( $P=0,03$ ), de capacités fonctionnelles ( $P$ -valeurs de 0,01 et  $<0,001$ ) et de force musculaire ( $P<0,001$ ). Après ajustement sur l'âge et l'IMC, un DEP faible était associé à un risque accru d'incidence de la fragilité après un suivi d'un an. Cependant, le DEP n'était plus associé à cette survenue de la fragilité lorsque le SPPB et la force de préhension maximale étaient ajoutés en tant que variables confondantes supplémentaires dans le modèle statistique. **Conclusion:** Le DEP n'apporte pas de valeur ajoutée au SPPB et à la force de préhension pour prédire l'incidence de la fragilité mais reste un paramètre intéressant et facile à collecter en l'absence de ces données.

**CO8. Comment explorer la masse musculaire chez le sujet âgé fragile**

G. Abellan  
(Gérontopôle, Toulouse, France)

# Vendredi 6 avril

## SYMPOSIUM

### S3 - L'importance de l'activité physique dans la qualité de vie des personnes âgées

Y Matillon

(Université Lyon 1, Lyon, France)

#### Communication 1

##### Activité physique et prévention de la fragilité de la personne âgée

M Bonnefoy

(Université Lyon 1, Lyon, France)

L'objectif de ce symposium sera de présenter dans cette première communication les intérêts de la pratique d'une activité physique adaptée de la personne âgée en risque de perte d'autonomie comme facteur déterminant dans l'amélioration de sa qualité de vie mais également en matière de prévention de la fragilité et ralentissement des effets délétères du vieillissement. Depuis dix ans, l'intérêt pour la population avançant en âge est de plus en plus marqué et les politiques de santé publique s'orientent vers la prévention de la perte d'autonomie, la lutte contre la sédentarité et le ralentissement des effets du vieillissement, notamment au travers de la pratique d'activités physiques. Par conséquent, comment contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et à la prévention des risques de perte d'autonomie? Une approche globale du vieillissement est nécessaire, facilitée par une approche de son parcours de vie, pour permettre des résultats durables touchant non seulement un mieux-être physique mais également un mieux-être psychologique ainsi que d'autres éléments contribuant à une meilleure qualité de vie.

#### Communication 2

##### Les dispositifs réglementaires de l'activité physique et la place des acteurs professionnels ainsi que leur coordination

C Smentek

(Université Lyon 1, Lyon, France)

Le Collège Américain de la Médecine du Sport dresse le portrait des effets délétères du vieillissement et de la situation particulière des aînés en précisant que « Les modifications physiologiques liées au vieillissement se traduisent, dans le quotidien des personnes âgées, par des difficultés respiratoires (essoufflement), une sensation de faiblesse, un manque d'endurance ainsi que des raideurs dans les articulations qui limitent l'amplitude de leurs mouvements et modifient de façon générale leur posture, leur équilibre, leur agilité et leur démarche ». Il sera donc présenté et discuté dans une seconde communication la question de la législation et de son évolution avec un état des lieux des dispositifs réglementaires récents précisant la place des différents intervenants. L'objectif sera d'explicitier les spécificités et les complémentarités des divers métiers, les cursus de formation, et les compétences requises pour cette pratique.

#### Communication 3

##### Organisation de la mise en oeuvre des différentes interactions des sous systèmes notamment les financements

L Geffroy

(Université Lyon 1, Lyon, France)

Selon la Haute Autorité de Santé, le manque d'activité physique et l'augmentation de la sédentarité sont des problèmes majeurs de santé publique. Déjà en 2013 le Rapport Aquino « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société » souhaite avec la fiche 12 promouvoir et développer la pratique de l'activité physique et sportive (APS) Il stipule que la pratique régulière d'une APS modérée contribue à un vieillissement sain et à améliorer le statut fonctionnel des personnes âgées fragiles ou en cours de fragilisation. Ce rapport précise que la pratique physique doit être considérée comme « une modalité thérapeutique à part entière et validée dans la prise en charge de nombreuses pathologies ». Depuis, la loi de modernisation du système de santé prévoit la prescription d'une activité physique pour les personnes en affection longue durée et les personnes âgées. Mais dans quelles conditions? Une approche plus globale systémique est indispensable pour tenir compte des interactions avec les différents sous-systèmes que sont le financement, la place des différents professionnels et des métiers et l'articulation entre chacun d'eux. Cette troisième intervention soulèvera la question des problématiques liées à l'organisation de la mise en oeuvre de tels dispositifs et en particulier, les financements nécessaires privés, publics qui devront être mobilisés.

## COMMUNICATIONS ORALES

### CO9. Initier un parcours de la personne âgée à partir d'un passage au service d'accueil des urgences

G Delalande, M Bourriquen, A Dumas, N Persico, X Barbaud, S Fabries, JC Pical, A Roch, P Villani

(CHU Timone, Marseille, France)

**Contexte:** 15% des passages aux urgences marseillaises concernent les personnes âgées de plus de 75 ans. L'Hôpital Nord compte 6 723 passages aux urgences de personnes âgées de plus de 75 ans soit 13,2% de l'ensemble des passages. (Données ORU PACA chiffres 2016). Dans le cadre de l'expérimentation Article 70, un processus de repérage de la fragilité a été conçu par les acteurs de la gérontologie marseillaise (AP-HM, Centre départemental gérontologique et ILHUP). **Objectifs:** Utiliser un outil commun de repérage de la fragilité/facteurs de risques d'aggravation de la personne âgée (Tableau d'Aide ou Grille du Repérage du Risque d'Aggravation de la Personne Agée - TAGRAVPA) dès son admission au SAU. Organiser une réponse graduée après ce repérage. Définir les actions pour éviter l'aggravation de l'état de santé de la personne âgée. Consolider la sortie d'hospitalisation. Eviter les réadmissions précoces. **Méthodes:** Formation des médecins urgentistes à la passation de la grille de repérage TAGRAVPA. Intégration de la grille de repérage sur le terminal des urgences (TU). Passation de la grille par le médecin urgentiste pour tout patient de plus de 75 ans sur un mois. Génération d'une alerte mail systématique à l'EMG dès qu'un repérage TAGRAVPA est réalisé. Avis EMG si score positif. Envoi d'un Compte rendu au médecin traitant avec conduite

à tenir graduée (recommandations simples, fiches pratiques remises au patient, Plan Personnalisé de Santé). **Résultats:** Sur une période d'un mois au sein du service des urgences de l'Hôpital Nord, 169 alertes ont été générées. 15% des patients vus par l'EMG, 41% ont bénéficié d'un parcours. TAGRAVPA permet d'inclure directement au processus d'accueil des urgences une évaluation rapide du besoin de faire appel à l'EMG. Elle a une vertu pédagogique car elle donne des questions clés à se poser. Potentiellement, elle peut être utilisée par d'autres services et par des profils infirmiers. **Conclusion:** L'ensemble des outils utilisés (TAGRAVPA et arbre décisionnel gradué d'orientation) sont facilement transposables dans tout établissement sanitaire souhaitant formaliser le parcours de la personne âgée de plus de 75 ans hospitalisée. Un guide méthodologique a été finalisé. L'objectif actuel est un essaimage du processus TAGRAVPA auprès de l'ensemble des équipes mobiles marseillaises.

#### **CO10. Eléments phénotypiques précoces de fragilité selon l'âge, au sein de la cohorte SUCCEED, dans une population de sujets âgés de 50 ans et plus**

A Broussier, L. Segaux, N Oubaya, H Naga, S Sadeddine, I Fromentin, S. Bastuji- Garin, J-P. David  
(Université de Paris, France)

**Contexte:** L'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée jusque dans les années 2010, d'une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. Depuis, on note une inflexion de la courbe avec une stagnation voire une diminution de l'espérance de vie en bonne santé alors que l'espérance de vie globale continue d'augmenter. Nous avons formulé l'hypothèse que les éléments de fragilité déterminant l'émergence des principales pathologies du vieillissement apparaissaient précocement, après 50 ans, et que c'est à cette période que commençait à se constituer la diminution silencieuse et partielle des ressources fonctionnelles qui aboutira quelques années plus tard au syndrome de fragilité constitué. **Objectifs:** Décrire les éléments phénotypiques précoces de la fragilité, selon les différentes classes d'âge, à partir de 50 ans, au sein de la cohorte SUCCEED. **Méthodes:** Il s'agit d'une enquête de cohorte prospective monocentrique réalisée au sein du service de Gériatrie Ambulatoire de l'Hôpital Emile Roux, Groupe Hospitalo-Universitaire Henri Mondor (Val de Marne). Les sujets, âgés de 50 ans à 70 ans, s'étant présentés volontairement, entre 2011 et 2014, à la consultation « vieillir avec succès », pendant laquelle était organisée une évaluation gérontologique standardisée multi-domaines ont été inclus. **Résultats:** Entre octobre 2011 et octobre 2014, 575 patients, d'âge médian 60.6 ans ont été inclus. L'évaluation gérontologique a mis en évidence que ; certains facteurs tels que l'incontinence urinaire, la diminution de force musculaire, la diminution de performance physique, les troubles de l'équilibre, le risque de dépression, la plainte mnésique spontanée; s'installaient de façon très précoce, avec une prévalence élevée dès la classe 50-55 ans. La fréquence d'un certain nombre de paramètres de fragilité organique (comorbidités) et fonctionnelle (ralentissement des vitesses de marche, hypoacousie, syndrome dysexécutif, anomalie de la densité minérale osseuse) augmentait progressivement avec l'âge. **Conclusion:** Notre étude a permis de montrer qu'un grand nombre de sujets présentait un état de pré-fragilité dès l'âge de 50 ans, avec certains facteurs s'installant probablement avant 50 ans, et une augmentation de la fréquence de ces facteurs selon les classes d'âges. Cette approche permet d'identifier une population à risque nécessitant une prise en charge

spécifique précoce.

#### **CO11. Place des soins primaires dans le repérage de la fragilité**

S Oustric  
(Toulouse, France)

#### **C12. Fragilité et fin de vie**

S Sourdet  
(Toulouse, France)

#### **C13. Présentation des Assises Nationales du Livre Blanc au service des acteurs locaux de la prévention de la perte d'autonomie liée à l'augmentation de l'espérance de vie**

C Geisler  
(Paris, France)

#### **C14. Implémenter le repérage de la fragilité en pratique clinique: modèle du Rapid Geriatric Assessment aux USA**

B Fougère  
(Saint-Louis, USA)

#### **C15. Bilan à un an de la mise en place de la conciliation thérapeutique par l'équipe mobile de gériatrie dans les services de chirurgie orthopédique de l'hôpital de la Timone à Marseille**

P Caunes, H Capelle, G Hache, P Bertault-Pérès, P Villani, JN Argenson, P Tropiano, A Daumas, S Honoré  
(Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Marseille, France)

**Contexte:** Depuis janvier 2017 l'équipe mobile de gériatrie réalise la conciliation thérapeutique pour les patients âgés hospitalisés en urgence dans les services d'orthopédie/traumatologie de la Timone. **Objectifs:** Il s'agit d'évaluer les bénéfices obtenus pour les patients ainsi que les modalités d'implémentation et d'organisation, d'identifier les freins et leviers. **Méthodes:** Nous avons réalisé une première étude comparant les recommandations émises pour les premiers patients inclus dans notre projet, par rapport aux patients vus par l'EMG avant l'intégration du pharmacien clinicien. Nous avons également réalisé une étude pilote afin d'étudier l'application des recommandations thérapeutiques à moyen terme par les centres SSR. **Résultats:** - Entre le 1er janvier 2017 et le 1er novembre 2017, parmi 615 patients éligibles, 174 patients ont été pris en charge par l'équipe mobile, en moyenne 48h après leur admission dans le service. 161 conciliations des traitements médicamenteux ont été réalisées pour réaliser le bilan de médication, et 157 avis ont été rendus par l'équipe. - Impact thérapeutique à court terme : réduction du Drug Burden Index du traitement chronique des patients (1,09 +/- 0,72 vs 0,81 +/- 0,58, p <0,01), ce qui illustre l'impact sur l'exposition des patients aux médicaments anticholinergiques et sédatifs. - Impact thérapeutique à moyen terme (SSR): 58% d'entre eux en avaient eu connaissance des recommandations via le courrier de sortie du service d'orthopédie ; 42% ne les avaient pas reçus. Les médecins ayant eu connaissance de nos recommandations les ont appliquées à 94%. **Conclusion:** La conciliation thérapeutique par l'EMG en orthopédie a un impact favorable pour le patient à court et moyen terme. Elle est chronophage en configuration EMG et tous les patients n'ont pu en bénéficier. Des études sont nécessaires pour évaluer le bénéfice à plus long terme mais en premier lieu la transmission des recommandations doit être améliorée à tous les niveaux.

**C16. Action conjointe européenne ADVANTAGE : « La fragilité, une approche globale pour promouvoir un vieillissement en bonne santé » - Etape intermédiaire**

L Carcaillon-Bentata, D Soleymani, E Vanhecke, N Beltzer  
(Santé publique France, Saint-Maurice, France)

**Contexte:** Le maintien de l'autonomie des personnes âgées constitue un enjeu central de santé publique et est inscrit comme une priorité dans l'agenda européen. **Objectifs:** Le 3<sup>e</sup> programme européen de santé de l'Union européenne 2014-2020 co-finance une action européenne, ADVANTAGE, à laquelle participe 22 Etats membres (EM), dont la France, afin de promouvoir un concept de la fragilité partagé par les EM et proposer une approche commune de sa prise en charge. **Méthodes:** Plusieurs groupes de travail (WP) ont été constitués et couvrent les champs de l'épidémiologie, de la prévention et promotion de la santé, de la prise en charge, de la formation et de la recherche. Chaque WP a réalisé en 2017 une revue systématique de la littérature et un recueil des bonnes pratiques identifiées au niveau national par les EM entre 2002 et 2017 (protocole PROSPERO) et a formulé des premières recommandations pour construire une approche européenne commune. **Résultats:** Il n'existe pas de définition stable et partagée de la fragilité au niveau individuel. Ce concept se heurte à son utilisation clinique ou fonctionnelle. Il est néanmoins recommandé que toute définition reprenne à minima les cinq éléments de fragilité identifiés : phénotype, caractéristiques, pathogénèse, vulnérabilité et autres déclencheurs. Les mesures de fréquence de la fragilité en population générale sont trop hétérogènes. Elles nécessitent d'être standardisées et de reposer sur des données probantes. Les transitions entre les différents niveaux de sévérité de la fragilité doivent être davantage décrites. La prévention de la fragilité doit commencer à mi-vie avec une approche holistique privilégiant le développement d'interventions multidimensionnelles. Enfin, les personnes à risque devraient être identifiées dès leur contact avec le système de soins primaires, afin de mieux prévenir et prendre en charge la fragilité. **Conclusion:** Cette revue de la littérature synthétise l'état actuel des connaissances et propose de premières recommandations pour une prise en charge efficace de la fragilité, à la fois au niveau individuel et au niveau populationnel. Elle sera complétée par les résultats d'un questionnaire adressé en 2018 aux décideurs politiques nationaux et régionaux avec notamment comme objectif d'identifier de nouveaux projets ou programmes pertinents de gestion et de prévention de la fragilité. L'élaboration de recommandations politiques fera l'objet d'un rapport final attendu en 2019.

**C17. Diagnostic et prise en charge de la fragilité par les IDE en libéral : expérience du protocole de coopération en Occitanie**

F Nourhashémi  
(Gérontopôle, Toulouse, France)

**C18. Projet APTITUDE-Programme POCTEFA**

N Tavassoli  
(Toulouse, France)

**C19. Précarité et fragilité chez les personnes âgées de 50 ans et plus suivies pour une infection à VIH**

P Enel, F Retornaz, I Ravaux, A Darque, N Petit, S Chadapaud, P Granet, F Tollinchi, L Pelissier, R Cohen-Valensi, G Pichancourt et le groupe d'étude Visage  
(Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, Marseille, France)

**Contexte:** Les patients infectés par le VIH ont une espérance de vie augmentée grâce à l'efficacité des nouveaux antirétroviraux. Cependant certains accumulent comorbidités, altération de l'état physique et psychologique et marqueurs de fragilité phénotypique, plus précocement que des personnes non infectées. Ils présentent également un contexte socio-économique défavorable. **Objectifs:** Il s'agit de déterminer la prévalence de la précarité et son lien avec la fragilité phénotypique chez les personnes vivant avec le VIH  $\geq 50$  ans (PVVIH). **Méthodes:** Une étude transversale multicentrique de 18 mois a été mise en place en 2013 dans les services VIH en région PACA. La précarité sociale était mesurée selon le score EPICES (SE) et définie comme  $SE \geq 30.17$ , la fragilité selon les 5 marqueurs de Fried. Les données sur l'infection à VIH étaient issues des dossiers médicaux, les autres recueillies par auto-questionnaires et mesures physiques: sexe, âge, BMI, comorbidités, consommations de tabac et alcool, données gériatriques : autonomie (ADL), risque dépressif (mini GDS), chutes, fractures, douleur chronique (échelle visuelle analogique EVA  $\geq 2/10$ ). **Résultats:** Parmi 509 PVVIH, 494 avaient une mesure de SE et de fragilité. La moyenne d'âge était de 58.5 ans, 72.9% étaient des hommes. La prévalence de la fragilité était de 8,3%, la prévalence de la précarité de 49.0%. Seules 11.0% des PVVIH n'avaient aucun critère de précarité ( $SE < 7.10$ ). 39,1% avaient  $\geq 3$  comorbidités, 43.3% une douleur chronique, 39,3% un risque dépressif et 7,9% une perte d'autonomie. En analyse multivariée, la précarité était liée à la consommation d'alcool (OR:4.1), au risque de dépression (OR:3.6), à la présence d'une maladie broncho-pulmonaire obstructive (OR:3.1), d'une hépatite virale C (OR:2.0) et d'une douleur chronique (OR:1.1). La précarité n'était pas liée à la fragilité. **Conclusion:** Cette étude confirme le haut niveau de précarité des PVVIH, l'importance de la consommation d'alcool et le risque de dépression. Aucun lien n'a été retrouvé entre la fragilité phénotypique et la précarité. Les cliniciens pourraient mieux prendre en compte ces éléments, d'une part en évaluant la situation sociale de leurs patients lors de leur prise en charge, d'autre part en proposant plus systématiquement un soutien social et psychologique afin de réduire l'impact de la précarité sur leur état de santé.

**C20. Qualité de vie, fragilité et statut nutritionnel chez les patients de plus de 75 ans hospitalisés en cardiologie. Etude QUALINUT**

M Saintout, C Laouenan, M Vigan, A Bichon, L Tourame, A Bremilla, B Iung, D Himbert, A Raynaud-Simon, M Lilamand  
(Département de Gériatrie, Hôpital Bichat, Paris, France)

**Contexte:** Une part importante des patients souffrant de pathologies cardiovasculaires sont âgés. Si certains patients peuvent être en surcharge pondérale ou obèses, les complications médicales, la polyopathie et la sédentarité les menacent de sarcopénie et de dénutrition, susceptibles d'altérer leur qualité de vie. **Objectifs:** L'objectif de ce travail était de déterminer si le statut fonctionnel et nutritionnel était associé à la qualité de vie chez les patients de plus de 70 ans hospitalisés en cardiologie. **Méthodes:** Etude observationnelle transversale. Nous avons inclus prospectivement



100 patients de plus de 70 ans hospitalisés en cardiologie, capables de marcher sans aide humaine et de comprendre le français. Ont été recueillis leurs pathologies cardiaques, la dyspnée (NYHA), leur autonomie (ADL, IADL), état nutritionnel (MNA, perte de poids, IMC), leur statut fonctionnel (SPPB, force de préhension) et leur qualité de vie (questionnaire EORTC QLQ C30). Sur le plan biologique, seule la CRP a pu être recueillie de manière exhaustive. Les facteurs associés à la qualité de vie ont été étudiés en analyse univariée puis multivariée. **Résultats:** Les 100 patients avaient en moyenne  $79,3 \pm 6,7$  ans, 59% étaient des hommes, 74 % souffraient de valvulopathie, 61 % de troubles du rythme ou de la conduction, 49 % de maladie coronarienne et 45 % d'insuffisance cardiaque. Ils étaient autonomes pour les ADL ( $5,8 \pm 0,5$ ) et pour les IADL ( $3,7 \pm 0,6$ ). Sur le plan fonctionnel, 51% d'entre eux avaient un score SPPB < 8 et 62 % une force de préhension diminuée. Ils étaient en moyenne à  $7,6 \pm 6,9$  kg en dessous de leur poids de forme, 42 % avaient présenté une perte de poids récente et 57 % étaient à risque de dénutrition sur le MNA. La qualité de vie était globalement médiocre avec un score EORTC QLQ C30 à  $51,2 \pm 14,6$  sur 120. En analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés à la qualité de vie étaient la classe NYHA ( $p < 0.0001$ ), la vitesse de marche ( $p=0.0004$ ), le MNA ( $p=0.03$ ), la perte de poids / poids de forme ( $p=0.03$ ) et la CRP ( $p=0.003$ ). **Conclusion:** Dans cette population âgée hospitalisée en cardiologie, l'altération du statut fonctionnel et le risque de dénutrition étaient associés à une diminution de la qualité de vie. L'effet d'une optimisation de la prise en charge incluant une dimension fonctionnelle et nutritionnelle devra être étudiée, dans l'objectif d'améliorer leur qualité de vie.

#### **C21. L'utilisation de la Geriatric Depression Scale au cours d'un bilan de prévention dans un centre de Prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco**

F Martin, V Bataille, A Saint-Laurent  
(Fédérations Agirc-Arrco, Paris, France)

**Contexte:** Les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco sont au nombre de 16 et couvrent 70 départements. Ils proposent des parcours de prévention, associant actions individuelles (bilan de prévention médico-psycho-social) et actions collectives (ateliers, conférences, tables rondes) aux retraités ou personnes actives de plus de 50 ans en situation de vulnérabilité (chômeurs, aidants). Le bilan individuel avec un médecin gériatre et un psychologue aborde toutes leurs préoccupations physiques, morales et sociales. Une « ordonnance » de prévention (conseils uniquement) le conclut. **Objectifs:** L'objectif de cette observation était de présenter la tendance dépressive chez les bénéficiaires d'un bilan, en prenant comme indicateur la Geriatric Depression Scale à 30 items. **Méthodes:** En 2016, les personnes invitées au bilan ont renseigné systématiquement la GDS en 30 items. 16 406 GDS ont été entièrement remplies (> 94% de l'effectif). Les non-remplissages étaient essentiellement des difficultés de compréhension de la langue et quelques refus. Le score médian était de 6 et 25,5% avaient un score > ou = à 11, témoignant d'une tendance dépressive. **Résultats:** L'analyse multivariée (régression logistique) confirme certains facteurs indépendants, liés à un score de GDS élevé : âge, sexe, vivre seul, ressources jugées insuffisantes, non imposition, fumer, consommer peu de fruits et légumes, ces 2 derniers facteurs étant probablement en relation avec un « laisser-aller » induit par la tendance dépressive. Autres facteurs influant: réseau social peu développé, manque d'activités associatives, bénévoles, manque d'activités culturelles. L'état de santé constaté

(nombre de médicaments, fréquence des consultations chez le médecin, évoquant une pathologie chronique), mais aussi l'état de santé ressenti sont largement corrélés au score. 44% des personnes prenant plus de 5 médicaments avaient un score de GDS > ou = 11, contre 17% chez ceux n'en prenant aucun. 81% des personnes se jugeant en très mauvaise santé avaient un score > ou = à 11, contre seulement 8% chez les personnes s'estimant en excellente santé. **Conclusion:** L'approche globale des centres Agirc Arrco permet, par un repérage basé sur un entretien psychologique et médical s'appuyant sur les résultats de la GDS, un accompagnement des personnes en difficulté vers une prise en charge spécialisée de leur trouble dépressif.

#### **C22. Evaluer et prévenir le risque de déclin fonctionnel chez la personne âgée à domicile**

M Karlen, N Bacq  
(Association Vaudoise d'aide et de soins à domicile, Lausanne Suisse)

**Contexte:** Vieillesse de la population : En 2030, un vaudois sur 5 aura plus de 65 ans. Aujourd'hui, 51% des clients pris en charge par les centres médicaux-sociaux vaudois sont âgés de < 80 ans. 21% de la clientèle globale, 28% des plus de 65ans bénéficient uniquement d'aide pratique (aide aux activités instrumentales de la vie). La survenue d'une dépendance pour la réalisation des activités instrumentales de la vie quotidienne se situe à un moment clé du risque de déclin fonctionnel. La réalisation d'une évaluation précoce de la situation de la personne âgée permet d'identifier les premiers signes de fragilité. L'analyse clinique permet de proposer des mesures de prévention pour la personne afin d'éviter ou retarder le déclin fonctionnel. Ceci présente donc un enjeu important pour les personnes âgées concernées. **Objectifs:** Présentation du test d'un outil d'évaluation de la famille interRAI ayant pour but d'identifier les premiers signes de déclin fonctionnel et de développer une approche préventive pour les personnes concernées. **Méthode:** Test d'un outil d'évaluation de la famille interRAI dans le but d'identifier les premiers signes de déclin fonctionnel et de développer une approche préventive de ces situations. Sur la base de critère de fragilité et de vulnérabilité, un outil de la famille interRAI a été choisi et complété. Les collaborateurs ont été formés à son usage, à l'analyse des données et à développer une posture préventive. **Résultats:** Les résultats issus de l'évaluation permettent d'identifier les domaines de risque pour le client concerné, d'en faire l'analyse en lien avec sa situation et son projet de vie, et de proposer des actions de prévention. **Conclusion:** Ce projet met en évidence la nécessité d'un changement d'orientation d'une pratique de suppléance vers une pratique préventive. Cette transformation s'inscrit dans une évolution de la culture institutionnelle.

#### **C23. Effet de l'exercice physique pour prévenir les déclins cognitifs cliniquement pertinents chez des sujets fragiles: une revue systématique avec méta-analyse**

P. de Souto Barreto  
(Gérontopôle Toulouse, Toulouse, France)

#### **C24. Fragilité et Oncologie**

S. Sourdet  
(Toulouse, France)

### C25. Impact du statut de fragilité des résidents de maisons de repos sur le coût lié à la consommation de produits pharmaceutiques: résultats de la cohorte SENIOR

F Buckinx<sup>1</sup>, A Charles<sup>1</sup>, A Quabron<sup>1</sup>, T Van Hees<sup>2</sup>, J Petermans<sup>3</sup>, JY Reginster<sup>1</sup>, O Bruyère<sup>1</sup>

(1. Département de Santé Publique, Epidémiologie et Economie de la Santé. Centre collaborateur de l'OMR pour l'étude de la santé et du vieillissement de l'appareil musculo-squelettique, Université de Liège, Belgique; 2. Département de pharmacie, Université de Liège, Belgique; 3. Département de gériatrie, Université de Liège, Belgique)

**Contexte:** L'impact financier lié à la consommation de produits pharmaceutiques est important, tant pour la personne âgée résidant en maison de repos que pour la sécurité sociale. Néanmoins, cet impact a rarement été investigué chez les sujets «fragiles».

**Objectifs:** L'objectif de cette étude est donc de déterminer le coût mensuel moyen lié à la consommation de produits pharmaceutiques chez les personnes âgées résidant en maison de repos, selon leur statut de fragilité. **Méthodes:** Les données récoltées durant la première année de suivi de la cohorte SENIOR (Sample of Elderly Nursing home Individuals : an Observational Research) font l'objet de cette analyse. Lors de l'inclusion dans l'étude, tous les sujets SENIOR ont été classés comme « fragiles » ou « non-fragiles », selon la définition phénotypique de Fried. Durant la période de suivi, les factures personnelles mensuelles des résidents, issues de la pharmacie, ont été analysées et comptabilisées dans le but de déterminer le montant mensuel moyen des dépenses liées aux produits pharmaceutiques, en fonction du statut de fragilité. **Résultats:** Un échantillon de 87 résidents (83,8 ± 9,33 ans et 75,9% de femmes) représentatif de la cohorte SENIOR a été inclus dans cette analyse. La prévalence de la fragilité dans l'échantillon était de 28%. Le nombre médian de médicaments consommés quotidiennement par les résidents était de 9 (P25-P75: 6-12) (8,5 (5-11) chez les sujets fragiles et 9 (7-13) chez les sujets non fragiles; p=0,15) et le coût mensuel médian global lié à la consommation de produits pharmaceutiques s'élevait à 109,6 (79,4-153,4), dont 49% était pris en charge par la sécurité sociale belge. Ce coût mensuel lié à la consommation de produits pharmaceutiques n'était pas significativement différent (p=0,057) entre les sujets fragiles (113,2' (87,2-243,5)) et les sujets non-fragiles (104,4 (73,7-141,5)). Néanmoins, le montant restant à charge du patient, après l'intervention de la sécurité sociale Belge, était significativement plus important plus important au sein du groupe « fragiles » (65,7) que du groupe « non-fragiles » (47,6 ; p=0,017). **Conclusion:** La fragilité semble avoir un impact sur les dépenses liées à la consommation de produits pharmaceutiques, en augmentant la quote-part personnelle des résidents en maison de repos.

### C26. Des valeurs de CRP élevées sont associées à la trajectoire de l'index de fragilité : une étude prospective

M Maltais, C Hooper, P de Souto Barreto, B Vellas  
(Gérontopôle, Toulouse, France)

**Contexte:** Les marqueurs inflammatoires, notamment la protéine C-réactive, sont associés avec la fragilité. Cependant, peu d'études ont vérifié si des valeurs de CRP élevée sont associées à la trajectoire de l'index de fragilité. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est d'évaluer si les valeurs de CRP sont associées à la trajectoire de l'index de fragilité chez des personnes âgées. Notre hypothèse est que les valeurs de CRP élevé influenceront négativement les

valeurs de l'index de fragilité. **Méthodes:** La présente étude utilise les données de l'étude MAPT, un essai randomisé contrôlé qui a voulu tester l'impact d'une intervention multidomaine (exercice, conseil nutritionnel, et exercice cognitif) d'une supplémentation en omega-3 ou la combinaison de ces deux interventions versus le groupe placebo sur la cognition. Mille-six-cent-soixante-dix-neuf (n=1679) sujets âgés de 75 ± 4.4 ans ont participé à cette étude d'une durée de 3 ans. La fragilité a été définie avec l'index de fragilité (31 déficits, incluant des variables physiques et de cognition) et a été mesurée à 5 différents temps (au début, 6 mois, 1 an, 2 ans et à 3 ans). Tous les participants ayant des valeurs de CRP au-dessus de 10 mg/L ont été exclus des analyses. Les sujets ayant des valeurs de CRP au-dessus de 3 mg/L au début de l'étude étaient catégorisés comme le groupe « CRP élevé ». Des analyses multiniveaux ont été réalisées sur l'index de fragilité et les groupes de CRP (faible, élevé) avec un effet aléatoire sur les participants. **Résultats:** Les résultats démontrent que les valeurs élevées de CRP sont associées positivement et significativement à la trajectoire de l'index de fragilité entre CRP élevée et CRP faible (différence moyenne de 0.02 déficit, 95% IC : 0.008-0.003, p<0.001). D'autres analyses ont démontré que les individus ayant de l'inflammation chronique (1 an avec une CRP élevée) sont aussi associés positivement et significativement à la trajectoire de l'index de fragilité (p<0.001). **Conclusion:** Cette étude démontre que des valeurs de CRP élevé peuvent accélérer l'apparition du nombre de déficits mesuré par l'index de fragilité. Cette étude démontre l'importance de considérer d'atténuer l'inflammation pour prévenir l'apparition précoce de la fragilité auprès des aînés.

### C27. Swiss CHEF Trial : une étude randomisée pour la prévention des chutes et la qualité de vie des personnes âgées

M Hager, R. Hilfiker, N. Mathieu  
(HES-SO Valais-Wallis, Leukerbad, Suisse)

**Contexte:** Les chutes concernent un tiers des personnes de plus de 65 ans et la moitié des personnes de plus de 80 ans. La pratique d'exercices physiques permet de diminuer l'incidence des chutes et améliorent les capacités fonctionnelles. Malgré cela, les personnes âgées pratiquent peu d'exercices physiques ou cessent de le faire après quelques temps. Nous avons créé un programme d'exercices à domicile basé sur l'auto-efficacité et l'autonomisation afin de motiver les personnes âgées à pratiquer des exercices physiques à long terme. Ce programme se nomme Test and Exercise (T&E). **Objectifs:** L'objectif de cette étude est de comparer le programme T&E à deux autres programmes d'exercices à domicile sur l'incidence des chutes, la qualité de vie et l'adhésion à l'exercice. **Méthodes:** Le Swiss CHEF Trial est une étude multicentrique de non-infériorité, randomisée, assesseur-aveugle. Initiée en novembre 2016 elle est prévue jusqu'en mai 2020. 405 personnes de plus de 65 ans, identifiées à risque de chute, sont randomisées en trois groupes. Le groupe-intervention est assigné au programme T&E, le groupe- contrôle actif au programme Otago et le groupe-contrôle aux soins habituels (Helsana). L'intervention dure six mois, le suivi également six mois. Les chutes et les exercices physiques sont auto-reportés sur des calendriers mensuels. Le risque de chute est évalué avant la randomisation, à six et à douze mois. **Résultats:** A ce jour 99 personnes ont retournés leur consentement éclairé et dix-neuf ont terminé la phase intervention.

### **C28. Fragilité et vulnérabilité sociale : concordances et discordances à partir de données issues de l'HDJ du CHU de St-Etienne**

R Jugand, C Dupré, B Bongue, L Martinez, R Gonthier, E Ojardias, T Celarier

(CHU Saint-Etienne, Saint Etienne, France)

**Contexte:** La fragilité est un syndrome gériatrique en partie réversible après la mise en place de préconisations individualisées suite à une évaluation gériatrique standardisée. Cette population est hétérogène sur le plan sociodémographique et notamment en raison de facteurs de vulnérabilité ; comme l'isolement social ou des ressources financières faibles. **Objectifs:** Nous nous sommes intéressés au lien éventuel entre le score de fragilité et le niveau de précarité chez des sujets faisant l'objet d'un bilan dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude observationnelle portant sur 142 patients de plus de 65 ans, pris en charge en hôpital de jour de Mai 2017 à Octobre 2017. La fragilité était évaluée par le score de Fried (robuste, pré-fragile et fragile) et le niveau de vulnérabilité sociale par le score EPICES, qui permet de distinguer les sujets vulnérable (> à 30/100) des non vulnérables (< à 30/100). Deux types d'analyses ont été réalisées: Les analyses par recouplement pour étudier les concordances et discordances entre les deux outils et les analyses de régressions pour étudier les liens entre la fragilité, la vulnérabilité et les facteurs de confusion. **Résultat:** L'âge moyen de notre population était de 81,2 ans. Selon le critère de Fried, 22,5% des sujets étaient pré-fragiles et 73,2% étaient fragiles. Seuls 6 individus sur 142 étaient considérés comme robustes. Le score EPICES a classé 69,2% de notre population en vulnérables. Le score EPICES et le score de FRIED sont corrélés : 16,1% sont robustes/pré-fragiles et non vulnérables, et 56,2% sont fragiles et vulnérables, soit 72,3% de concordance. Il semble y avoir une augmentation de l'âge moyen avec la vulnérabilité et la fragilité. De même, il semblerait que les visites au domicile et le suivi par l'ergothérapeute soient moins bien réalisés chez les individus en situation de vulnérabilité sociale. Enfin, les individus fragiles semblent réaliser plus de visites et de suivi à domicile spécialisés. **Conclusion:** L'utilisation concomitante d'un score de fragilité et d'un score de vulnérabilité sociale semble pertinente dans une population âgée car au-delà d'une concordance de plus de 72%, ils restent complémentaires et ne peuvent se substituer l'un à l'autre dans l'évaluation des sujets à risque de perte d'autonomie. Tous ces résultats seront à confirmer avec des effectifs plus importants sur 2018.

### **C29. Évaluation de l'autonomie fonctionnelle chez le sujet âgé, mieux connaître l'activité des Travailleurs sociaux au Québec**

M Salles, R Jugand, C Dupré, B Bongue, L Martinez, R Gonthier, E Ojardias, T Celarier

(Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada)

**Contexte:** L'évaluation des personnes en perte d'autonomie est confiée aux travailleurs sociaux (TS), entre autre professionnels du réseau québécois de la santé. Or, leurs formations initiales abordent peu le vieillissement et l'activité d'évaluation. Pourtant, le 1/3 des TS exercent auprès des aînés. Nous approfondissons la question des savoirs mobilisés dans le cadre d'une thèse. Ils seraient construits dans l'expérience. **Objectifs:** Décrire l'activité évaluative mise en oeuvre par les TS, Reconstruire certains des savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle, Contribuer à mettre en forme ces savoirs pour les rendre disponibles et

transmissibles à des fins de formation à l'activité évaluative des TS. **Méthodes:** Partant des théories de l'activité, nous recrutons six TS expérimentés et volontaires. Nous combinons plusieurs outils de recherche qualitative (observation, récit de contexte de pratique, récit de pratique et entretien d'explicitation) et partageons avec eux les premières analyses (entretien d'autoconfrontation croisée et groupe de discussion). **Résultats:** Pour évaluer, le TS maîtrise les procédures administratives de l'activité et l'outil en usage dans le réseau de la santé (OEMC). En situation, alors qu'il guide son activité avec l'OEMC, il croise ce que dit la personne avec ce qu'il voit, sent à domicile. Si les informations sont cohérentes: l'activité d'évaluation est une collecte d'informations. S'il y a dissonance, l'activité devient complexe. Le TS doit identifier où il y a dissonance pour poursuivre et mener à terme son activité. Pour ce faire, le TS devient médiateur entre la personne et son quotidien dans un mouvement de distanciation, d'objectivation de sa situation pour y remédier. Les savoirs alors mobilisés oscillent entre normes (professionnelles, organisationnelles), affectivité (instinctuelles et personnelles) sensibles à la situation d'intervention. Au fil de l'expérience, les TS construisent un registre de savoirs génériques (pertes cognitives ou physique, maltraitements, épuisement des aidants) leur permettant de reconnaître en situations certains facteurs de complexité aggravant la perte d'autonomie fonctionnelle. **Conclusion:** La recherche nous a permis d'entrer dans l'activité dont il est dit qu'« Il existe une abondante littérature sur l'évaluation qui dit pourtant peu de choses sur l'activité en situation réelle et son apprentissage » (Tourmen, 2008, p. 53)

### **C30. Les technologies comme outil de prévention et de compensation de la fragilité chez les aînés : une nouvelle classification**

S Piccard, C Boulanger, J Petermans  
(Université de Liège, Liège, Belgique)

**Contexte:** On observe un développement croissant des technologies au service des aînés. Toutefois une difficulté persiste : comment les classer afin de mieux rendre compte de l'adaptation de ces outils selon les contextes cliniques et plus spécifiquement dans le domaine de la fragilité chez la personne âgée. **Objectifs:** Pour répondre à cette question, nous avons analysé de manière approfondie les technologies existantes dans le domaine du vieillissement. Cela nous a permis de répertorier un grand nombre de technologies. Nous avons toutefois constaté l'absence de consensus concernant leur classification. Il semble également qu'aucune classification ne tient compte de l'évolution de l'état de dépendance de la personne âgée. Il nous paraissait donc primordial de créer une nouvelle classification prenant en considération cette évolution. **Méthodes:** Pour cela nous avons analysé différents projets européens et réalisé une revue de la littérature scientifique (via Pubmed, PsycInfo et Sciencedirect). Nous avons ensuite classifié les technologies en tenant compte des différents stades possibles liés au vieillissement (indépendance, fragilité, dépendance). **Résultats:** Notre classification permet donc de diviser les technologies en trois catégories : (1) les technologies de prévention, permettant d'identifier les signes précoces de problèmes de santé chez la personne âgée robuste (capteurs) ; (2) les technologies de compensation, qui visent à pallier les difficultés rencontrées par la personne âgée fragiles grâce à des « prothèses » technologiques (rappels de médicaments, chemins lumineux) ; (3) les technologies d'alertes, qui permettent de détecter l'apparition d'un problème urgent nécessitant l'intervention d'un tiers (chute). Par ailleurs, pour chaque catégorie, les technologies peuvent

être classées selon les fonctions qu'elles ciblent : cognitives, motrices, vitales, sensorielles et émotionnelles. **Conclusion:** Cette classification, en cours de validation, permet de mieux cerner les objectifs généraux d'une technologie mais également les fonctions plus spécifiques qui sont visées. Elle permet donc de déterminer avec plus de pertinence quelle est la technologie qui semble la plus adaptée aux besoins, à l'évolution et au contexte clinique spécifiques de la personne. En effet, dans le contexte de la fragilité, il est primordial de pouvoir fournir, aux personnes âgées, des outils de prévention et de compensation adéquats, pouvant s'adapter à l'évolution de leur état de santé.

### C31. Evaluation de la coordination et de la symétrie de l'activité de marche chez le sujet âgé

J Mantilla, JM Eychenne, L Oudre, A Vienne, PP Vidal  
(Paris, France)

**Contexte:** L'évaluation objective de l'activité de marche est utile pour le diagnostic, le suivi longitudinal et l'identification précoce des troubles de la locomotion, qui sont une source majeure de dégradation fonctionnelle et de morbidité chez les seniors. **Objectifs:** Le but de l'étude est d'évaluer la coordination bilatérale de la marche, et la symétrie du cycle de marche afin d'identifier et d'extraire les différences structurelles entre la marche des sujets âgés et jeunes. **Méthodes:** Pour cette étude, nous nous sommes intéressés à la marche libre à vitesse de confort chez 30 sujets sains âgés (âge: 68.86 /6.17) et 30 sujets sains jeunes (27.43/9.86). Pour cela, nous avons enregistré les accélérations 3D et les vitesses angulaires 3D grâce à trois capteurs XSens MTw (100 Hz) situés dans le bas du dos, sur le pied droit et sur le pied gauche. A partir des signaux obtenus, nous avons identifié les instants caractéristiques du pas (début et fin des phases d'appui, début et fin des phases oscillantes). Deux caractéristiques ont été calculées pour caractériser les cycles de marche. Le premier d'entre eux est l'indice de coordination (PCI pour Phase Coordination Index) qui mesure la relation entre le déroulé du pas du pied gauche et du pied droit. Le deuxième est le ratio harmonique (HR pour Harmonic Ratio) qui mesure la symétrie pas-après-pas au sein d'une foulée, à partir des tracés d'accélération du bas du dos. **Résultats:** Les vitesses de marche sont similaires pour les deux groupes : 1.39 (0.19) m/s pour les sujets âgés et 1.32 (0.19) m/s pour les sujets jeunes. L'indice de coordination (PCI) est plus élevé pour le groupe âgé : 3.31 (1.64) contre 2.80 (1.17), ( $p < 0.001$ ). Ceci signifie que les valeurs de phase chez les sujets âgés dévient plus de la phase de symétrie de référence ( $180^\circ$ ). Le ratio harmonique (HR) est aussi plus faible chez les sujets âgés : 2.94 (0.51) contre 3.96 (0.81), ( $p < 0.005$ ). **Conclusion:** Une valeur élevée pour le PCI reflète une détérioration de la coordination bilatérale. Les valeurs obtenues prouvent l'effet du vieillissement de la capacité à maintenir une coordination temporelle du cycle de marche d'une jambe vis à vis de l'autre. Une valeur faible de HR indique une accélération irrégulière pendant la marche. Ces valeurs sont en accord avec la littérature dans laquelle il a été observé que des faibles valeurs pour le ratio harmonique étaient corrélées avec le risque de chute.

### C32. Architecture musculaire : un outil clinique pour identifier le déclin fonctionnel des personnes âgées hospitalisées?

LP Carvalho, D Martel, M Narici, M Bonnefoy  
(UQAM, Montréal, Québec, Canada)

**Contexte:** Le déclin musculaire lors du vieillissement amène à des incapacités fonctionnelles (inC F). Or, il est connu que ces déclins sont encore plus importants durant une hospitalisation, favorisant ainsi à la sortie de cet événement le risque de chutes, fractures ou perte d'autonomie physique. Les conditions psycho-physiques (douleur, appareillage, démotivation, dépression etc..) pendant l'hospitalisation peuvent être des barrières pour évaluer et suivre le statut fonctionnel de ces patients objectivement (SPPB). Identifier des nouveaux outils cliniques pour dépister la perte de mobilité est donc important. **Objectifs:** 1) Comparer les mesures musculaires (architecture :AM, masse, force) chez les personnes âgées ayant des niveaux fonctionnels différents; 2) évaluer l'association entre l'AM et les CF. **Méthodes:** Quarante-quatre sujets hospitalisés divisés comme suit: Pre-InC (SPPBscore :6-9(n=21), 81±7ans, SPPBscore:7.6±1.1) et InC (SPPBscore :<6(n=23), 83±7ans, SPPBscore:3.6±1.6). L'évaluation des CF (SPPB), de la composition corporelle (BIA), de la force de préhension relative (FP/PC) et de l'AM (ultrasonographie): Angle de pennation (Ap), épaisseur du muscle (Em), Longueur de fibre (Lf) et Gras sous-cutané (Gsc). **Résultats:** La FP/PC (0,28±0,08 vs 0,34±0,09), Ap (10,6±1,8 vs 12,3±1,9°) et Em (16,4±0,4 vs 19,2±0,4mm) ( $p < 0.05$ ) diffèrent entre InC et Pre-InC respectivement. Des associations entre l'Ap et le SPPBscore ( $r=0,37$ ) ou la vitesse de marche ( $r=0,38$ ); entre le Gsc et la vitesse de marche ( $r=-0,36$ ); et entre l'Em et le SPPBscore ( $r=0,29$ ) ou la vitesse de marche ( $r=0,31$ ) ont été observées. **Conclusion:** L'AM est associée aux CF et semble être un outil de dépistage objectif potentiel pour les cliniciens afin d'adapter les soins durant l'hospitalisation.

### C33. Détection et évaluation des patients âgés fragiles en soins premiers: résultats à 2 ans issues de l'étude FAP

B Fougère<sup>1,2</sup>, B Chicoulaa<sup>3</sup>, M Secher<sup>1</sup>, C Lagourdette<sup>1</sup>, E Escourrou<sup>3</sup>, S Oustric<sup>2,3</sup>, B Vellas<sup>1,2</sup>  
(1. Gérontopôle, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France; 2. Inserm UMR1027, Université de Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse, France; 3. Département de médecine générale, Toulouse, France)

### C34. Fragilité et comorbidités chez les patients âgés en médecine générale

M Flouquet, M Sanchez, M Lilamand, A Raynaud-Simon  
(Hôpital Bichat, Paris, France)

**Contexte:** Les médecins généralistes sont les premiers concernés par le repérage de la fragilité chez les personnes âgées vivant à domicile. Il existe plusieurs définitions de la fragilité, certaines concernant principalement la nutrition et la fonction musculaire (Fried) et d'autres un ensemble de paramètres incluant la dépendance et les pathologies (Rockwood). Le but de cette étude est de déterminer si les patients fragiles ont un score de comorbidités plus élevé que les non fragiles chez les individus identifiés comme fragiles dans une population de plus de 65 ans, non dépendante, vue en consultation de médecine générale. **Objectifs:** Le but de cette étude est de déterminer si les patients fragiles ont un score de comorbidités plus élevé que les non fragiles chez les individus identifiés comme fragiles dans une population de plus de 65 ans, non dépendante, vue

en consultation de médecine générale. **Méthodes:** La grille HAS et le score CIRS-G ont été renseignés par des médecins généralistes en cabinet. Le statut fragile était considéré selon l'évaluation subjective du médecin généraliste indépendamment des critères identifiés aux 6 questions de dépistage. Le score global du CIRS-G était utilisé pour évaluer le niveau de comorbidités. **Résultats:** Les données ont été établies pour 101 patients (âge médian 72 ans, 58,4% de femmes). Cinquante-neuf patients ont été identifiés comme fragiles. Le CIRS-G était significativement plus élevé chez les patients fragiles : 10 (6-13) vs 5 (3-7), médiane (IQ),  $p < 0,0001$ . Les critères les plus fréquemment identifiés chez les patients fragiles étaient la diminution de la vitesse de marche, l'asthénie, la sédentarité et l'isolement social. Le CIRS-G était significativement plus élevé chez les patients présentant une asthénie, une sédentarité et une vitesse de marche diminuée. **Conclusion:** Il existe une corrélation entre le statut fragile identifié grâce à la grille HAS et le score de comorbidités CIRS-G. Cette association semble plus forte en présence d'une asthénie, d'une vitesse de marche diminuée ou d'une sédentarité. La plainte mnésique ou la perte de poids ont été peu identifiées et n'étaient pas associées au CIRS-G.

### **C35. Survie paradoxale liée à l'obésité chez les patients âgés atteints de cancer: résultats de l'étude de cohort prospective PF-EC**

F Pamoukdjian, T Aparicio, F Canoui-Poitrine, B Duchemann, V Lévy, P Wind, N Ganne, G Sebbane, L Zelek, E Paillaud  
(APHP, Hôpital Avicenne, Bobigny, France)

**Contexte:** La survie paradoxale liée à l'obésité est une question émergente en oncologie mais son existence reste non démontrée chez les patients âgés atteints de cancer. **Objectifs:** Le but de cette étude était d'évaluer l'existence de la survie paradoxale liée à l'obésité chez les patients âgés atteints de cancer dans la population globale d'étude et selon l'extension métastatique du cancer. **Méthodes:** Tous les patients âgés d'au moins 65 ans atteints d'un cancer et adressés pour une évaluation gériatrique approfondie (EGA) avant décision thérapeutique oncologique entre Novembre 2013 et Septembre 2016 étaient recrutés à partir de l'étude observationnelle de cohorte prospective consécutive et dynamique PF-EC (Physical Frailty in Elderly Cancer patients) au sein des Hôpitaux Universitaires de Paris Seine Saint Denis. La date d'inclusion correspondait à la date de l'EGA. Cette étude à été approuvée par le comité d'éthique local de l'hôpital Avicenne. Une régression uni et multivariée par modèle de Cox sur la survie globale à 6 mois étaient réalisées à partir des variables de l'EGA, des variables oncologiques (site et extension tumorale, modalités thérapeutiques) et de la c reactive protein. La valeur pronostique des catégories de l'indice de masse corporelle ( $< 21\text{kg/m}^2$  = dénutrition;  $21-24,9\text{kg/m}^2$  = poids normal;  $25-29,9\text{kg/m}^2$  = surcharge pondérale et  $> 30\text{kg/m}^2$  = obésité) était évaluée dans la cohorte globale et en fonction du statut métastatique. **Résultats:** 433 patients d'âge moyen de 81,2 (+/-6) ans étaient consécutivement inclus, 51% de femme, 44,3% de cancers digestifs, 18% de cancers du sein, 14,5% de cancers du poumon et 45% de cancers métastatiques. 88 (20,3%) patients étaient obèses à l'entrée dans l'étude. Le taux de mortalité était de 17% durant les 6 premiers mois de suivi. L'obésité (par référence au poids normal) était inversement et indépendamment

(après ajustement au sexe, la vitesse de marche, le score MMSE, le site tumoral et les soins de supports exclusifs) associée à la mortalité globale seulement dans le sous groupe métastatique: HR ajusté = 0,17 (0,03-0,92),  $P=0,04$ . **Conclusion:** Notre étude confirme la survie paradoxale liée à l'obésité chez les patients âgés atteints de cancer, seulement dans le sous groupe métastatique.

### **C36. Signification d'un phenotype de (pre-)fragilité au seuil de la vieillesse: suivi de la mortalité sur 12 ans dans la cohorte Ic65+**

B Santos-Eggimann, S Fustinoni, Y Henchoz  
(Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Institut de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne, Suisse)

**Contexte:** Analyser prospectivement la mortalité en fonction du phenotype de fragilité observé entre 66 et 71 ans dans une population générale vivant initialement à domicile. **Méthodes:** Analyse des données du premier échantillon de la cohorte Lc65+ (N=1 564) recruté en 2004 sur la base de l'année de naissance (1934 à 1938) et du lieu de domicile (ville de Lausanne, domicile privé). Lors de l'année suivant le recrutement, le phenotype de fragilité a été évalué pour 1'315 participants suivis jusqu'en 2016 (durée moyenne 10.2 ans  $\pm 2.2$  ans). Des modèles de Cox spécifiques au sexe explorant le risque de décéder selon la présence de critères de fragilité ont été progressivement ajustés pour l'âge, la situation socio-économique et les caractéristiques de santé (nombre d'affections chroniques, symptômes dépressifs et difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne). **Résultats:** Lors de l'évaluation initiale, 401 participants (30.5 %) remplissaient au moins 1 critère de fragilité. Moins de 3% étaient qualifiés de fragiles. Pour les deux sexes, la présence de 1+ critères de fragilité est significativement associée au risque de décéder dans les 12 ans, de façon plus marquée pour les hommes (HR 3.14,  $p < .001$ ) que pour les femmes (HR 1.92,  $p < .001$ ). Cet effet significatif persiste pour les deux sexes après ajustement pour l'âge et les caractéristiques socio-économiques, ainsi que dans un modèle contrôlant également la polymorbidité, la présence de symptômes dépressifs et les difficultés fonctionnelles. Cependant, la présence de 1+ critères de fragilité n'est que faiblement prédictive de la mortalité des individus (C de Harrell 0.64 pour les hommes et 0.59 pour les femmes). **Conclusion:** Bien que la (pré-)fragilité à l'âge de 66-71 ans soit associée à une augmentation de la mortalité sur 12 ans pour les hommes et les femmes, elle ne permet pas de prédire la mortalité des individus sur cette période.

### **C37. Déploiement des bilans de médication en pharmacie d'officine en Occitanie – Collaboration avec les médecins traitants**

S Qassemi  
(Gérontopole CHU Toulouse, Toulouse, France)

### **C38. Vitesse de marche, temps au trail making test A (TMTA) et prédiction du risque de démence chez la personne âgée**

M Tabue Teguo, C Kuate-Tegueu, A Avila-Funes, M Le Goff, N Simo-Tabue, H Amiéva, J-F Dartigues  
(CHU de Pointe-à-Pitre, Guadeloupe; Inserm U1219, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux cedex; Geriatrie, C.H Villeneuve-sur-Lot, France)

# Posters

## P-1. Conciliation médicamenteuse chez patients âgés atteints de cancer et traités par Chimiothérapie

AL Couderc, F Correard, C Tabélé, S Levillain, R Brun, A Daumas, P Bertault-Peres, P Villani, S Honoré  
(Hôpital Sainte Marguerite AP-HM, Marseille, France)

**Contexte:** En plus des problèmes d'observance, les patients âgés atteints de cancer sont très sensibles aux effets indésirables médicamenteux, en raison de l'index thérapeutique étroit des molécules anticancéreuses et du risque d'effets indésirables liés aux interactions médicamenteuses en lien avec la prise concomitante de traitements personnels. La conciliation médicamenteuse devient une stratégie importante en oncogériatrie pour accroître la sécurité de l'utilisation des médicaments. **Objectifs:** L'objectif est de connaître l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire au sein d'un Hôpital de Jour (HDJ) Oncogériatrique comprenant l'avis et le suivi pharmaceutique chez des patients âgés atteints de cancer et traités par une chimiothérapie. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude prospective et monocentrique mise en place chez les patients âgés pris en charge sur l'HDJ Oncogériatrique de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Marseille, adressés par les services d'Oncologie pour une évaluation avant décision de traitement par chimiothérapie. Les buts étaient le recueil de la survie globale, le taux d'admissions aux urgences ou d'hospitalisations non programmées à 1, 3 et 6 mois (dues à des effets indésirables médicamenteux EIM), le taux de modification de la dose de chimiothérapie et des traitements personnels et le recueil des variables gériatriques. **Résultats:** Sur 94 patients suivis, la moyenne d'âge était de 81,3 ans. Le taux de mortalité était de 17,7 % à 3 mois, le taux d'admissions aux urgences à 3 mois de 12% et le taux d'hospitalisations non programmées à 3 mois de 10,2%. La réduction de dose de la chimiothérapie a été réalisée chez 33% des patients et des modifications des traitements personnels chez 43% des patients à 3 mois. Les patients étaient relativement fragiles avec 20,2% des patients ayant ADL <5/6, 31% ayant un IADL <2/4 et 19,5% ayant un MMSE <23/30. **Conclusion:** Dans cette population des patients âgés atteints de cancer, les fragilités et comorbidités entraînent des adaptations de doses de chimiothérapie et des modifications de traitements personnels comme le montre notre étude prospective. Nous analyserons par la suite au bout de 12 mois de suivi (décembre 2017), l'impact sur la survie, les hospitalisations non programmées et les EIM de cette action multidisciplinaire impliquant la pharmacie clinique au sein de l'évaluation oncogériatrique.

## P-2. Etude PREDOMOS: Précarité chez le sujet âgé atteint de cancer : impact sur la qualité de vie d'une approche domotique et par téléassistance pour les patients âgés pris en charge pour un cancer métastatique ou localement avancé et isolés socialement : étude multicentrique, prospective, comparative, randomisée.

AL Couderc, E Nouguerède, F Rousseau, L Greillier, S Loubière, J Dhorne, P Villani, P Auquier, K Baumstarck, A Daumas  
(Hôpital Sainte Marguerite AP-HM, Marseille, France)

**Contexte:** En France, l'isolement social et la prévalence du cancer augmentent avec le vieillissement de la population : on estime qu'en 2050, 1 cancer sur 2 sera diagnostiqué chez des patients âgés de

plus de 75 ans. Parallèlement, la part de cette population âgée en situation d'isolement est passée de 16 à 24% entre 2010 et 2013. Il est démontré que les patients âgés précaires sur le plan social ont un risque majoré de décéder d'un cancer. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) permet d'évaluer des paramètres de fragilité gériatriques tels que les réserves fonctionnelles et le risque de complications liées au traitement du cancer. Parmi les domaines de l'EGS, l'évaluation sociale tient un rôle important. Elle peut être évaluée par un auto-questionnaire à 8 items dérivé du MOS-SS (Medical Outcomes Study Social Support Survey) et validé chez le sujet âgé pris en charge pour un cancer : le m-MOS-SS (modified Medical Outcomes Study Social Support). **Objectifs:** Une meilleure prise en charge sociale pourrait favoriser une meilleure prise en charge du cancer chez le patient âgé isolé. **Méthodes:** Nous formulons l'hypothèse que le renforcement du support social par la mise en place d'un Plan d'Intervention Gériatrique Social associé à des techniques de Domotique et de Téléassistance (PS-DT), peut avoir un intérêt sur la QdV de patients âgés de plus de 70 ans, présentant un risque d'isolement social ou un isolement social, pris en charge pour un cancer localement avancé ou métastatique. D'autres critères secondaires seront également analysés comme la toxicité secondaire au traitement, la compliance, la survie globale et sans progression, le suivi gériatrique, les hospitalisations non prévues et le coût sociétal. **Résultats:** Les inclusions de cette étude vont débuter en janvier 2018 sur l'AP-HM et les 9 autres centres. **Conclusion:** L'isolement social peut être amélioré par des mesures adéquates qui relèvent de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Dans ce domaine, les techniques de domotique et de téléassistance pourraient avoir un intérêt. Elles ont déjà démontré leur impact sur la prévention des chutes, la dépendance, le sentiment d'isolement social et la qualité de vie (QdV). Nous allons analyser ces techniques chez des patients âgés atteints de cancer et isolés.

## P-3. Bien Vivre Chez soi à la Métropole de Lyon

O Carillo, M Lac, J Blond, D Demonet  
(Métropole de Lyon, Lyon, France)

**Contexte:** Les différentes études menées auprès des personnes âgées montrent qu'elles souhaitent massivement pouvoir vivre le plus longtemps possible au sein de leur domicile historique. Organiser l'adaptation du domicile d'une personne âgée est une solution moins coûteuse que la prise en charge des pathologies et accidents dus à un environnement inadapté. Les chiffres : - Au niveau national, 1 personne sur 5 a plus de 60 ans, ce sera une sur 3 en 2060. - on estime que seulement 6% des logements sont aujourd'hui adaptés à l'avancée en âge; - Sur la métropole de Lyon, 273 000 personnes de plus de 60 ans en 2015, augmentation prévue de 54 000 ces 15 prochaines années; - 95 % des personnes âgées vivent à domicile. - 75% des plus de 65 ans sont propriétaires de leur logement. - 180 000 logements sont occupés par des personnes de plus de 60 ans. Le projet Bien Vivre chez soi à la Métropole est porté par la Métropole de Lyon dans le cadre du plan d'action 2017 de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. **Objectifs:** Il s'agit de co-construire avec les bénéficiaires des solutions pour faciliter l'adaptation du domicile. La démarche vise à répondre à deux objectifs : - Désigmatiser la démarche d'adaptation du domicile; - Améliorer l'information

sur les dispositifs de financement et d'aménagements. **Méthodes:** La démarche de co-construction avec les personnes âgées s'est appuyée sur deux événements majeurs : - Un atelier participatif . Il s'agissait de tester trois prototypes de préventions développés par l'équipe projet et d'y apporter des améliorations. - Une table ronde citoyenne . Il s'agissait de définir les besoins non ou mal pourvus des personnes âgées sur la question de l'adaptation du domicile. Des professionnels médico-sociaux et des acteurs financeurs ont également été consultés au cours de rencontres bilatérales. **Résultats:** 3 prototypes de prévention ont été développés : - Une table tactile. Cet outil, est qu'il permet de réaliser une recherche par critères, ce qui garantit un accès à l'information rapide et agréable, en y intégrant des informations sur les dispositifs de financement. - Une maison miniature Outil médiation et de sensibilisation, il permet de reproduire à échelle réduite des espaces et des aménagements pour qu'un animateur puisse échanger avec des utilisateurs sur l'adaptation du domicile. - Un jeu sérieux sur casque de réalité virtuelle. L'objectif de ce jeu est de sensibiliser les personnes âgées à la question de l'autonomie et de déstigmatiser la démarche d'adaptation du domicile. **Conclusion:** La démarche de co-construction permet d'apporter des solutions qui correspondent aux usages et aux besoins des personnes âgées. Les prototypes ont vocation à être repris et améliorés par les acteurs de la prévention en santé et de l'adaptation du domicile.

#### **P-4. Les outils les plus adaptés au repérage de la fragilité chez les plus de 65 ans en soins primaires : une revue de la littérature**

M Charpigny  
*Centre de Santé de Saint Denis, Saint Denis, France*

**Contexte:** Dans le cadre d'un Master : Santé publique, spécialité: Evaluation des soins : méthodes et applications, parcours: sciences infirmières en gériatrie, j'ai réalisé un mémoire portant sur les outils les plus adaptés au repérage de la fragilité chez les plus de 65 ans en soins primaires. Le concept de fragilité est de plus en plus reconnu comme important dans la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile. Des outils de repérage fiables, facilement utilisables en soins primaires, sont nécessaires. **Objectifs:** Cette étude avait pour but d'identifier et d'évaluer les outils permettant le repérage de la fragilité dans le contexte des soins primaires pluridisciplinaires en France. **Méthodes:** Cette revue de littérature s'est effectuée à partir des bases Pubmed, Embase et Cinahl, sur des études antérieures à mai 2017, portant sur le repérage de la fragilité chez les personnes de 65 ans et plus, vivant à domicile. **Résultats:** A partir des 12 361 articles repérés, 18 ont été sélectionnés ; 19 outils ont été étudiés. Les outils repérés ont montré une grande disparité de validité, l'outil PRISMA-7 a montré des qualités intéressantes, alliant une bonne sensibilité et une bonne spécificité, avec une simplicité d'utilisation. **Conclusion:** Des outils pour le repérage de la fragilité des plus de 65 ans sont utilisables dans le contexte du développement des soins primaires pluridisciplinaires en France. Certains mériteraient d'être testés de manière plus approfondie.

#### **P-5. Enjeux sociétaux de la notion de fragilité : entre sanitisation et médicalisation de l'expérience du vieillissement.**

A Faya Robles

*(INSERM, Toulouse, France)*

**Contexte:** Proposant une sociohistoire de «la fragilité», l'approche sociologique postule le principe selon lequel il faut éviter

d'appréhender les catégories médicales comme des phénomènes naturels et évidents, car ce sont des constructions sociales. La notion de fragilité est construite comme une notion médicale, devant établir ses frontières nosographiques, un domaine symptomatique et des pratiques cliniques. Elle apparaît aussi en tant que nouvelle pratique réorganisant les dispositifs de soins et devant constituer un groupe cible d'intervention. L'émergence de la « fragilité » des personnes âgées se situe à l'intersection de la « construction sociale de la vieillesse » et de la « construction sociale de la maladie », tout en bouleversant les contours de ces deux réalités. En effet, cette catégorie participe d'un re-façonnage de la vieillesse, notamment du corps vieillissant, et transforme, en même temps, les frontières du normal et du pathologique. **Objectifs:** Effectuer une sociohistoire de la notion et une analyse de la construction sociale 'experte' de cette catégorie. **Méthodes:** Le corpus de matériaux empiriques est issu d'observations exploratoires (de rencontres scientifiques et publiques autour de la fragilité, des discussions informelles avec les professionnels de santé et sur des forums). Plus particulièrement, l'enquête se base sur une révision de la littérature réalisée pendant deux mois où nous avons consulté environ 200 articles scientifiques en sciences médicales et de la « littérature grise ». **Résultats:** Les données de l'enquête exploratoire révèlent deux voies différentes empruntées par les usages de la notion de « fragilité »: un premier, que nous pourrions appeler avec Conrad (2007) de sanitisation, et un deuxième, provoquant sa ré-médicalisation. Ces deux processus englobent différents registres et logiques d'action et peuvent ainsi ouvrir sur deux modèles de soins différenciés. La médicalisation intègre plusieurs phénomènes comme la pathologisation de corps sains, ou encore la pharmacologisation ou technicisation de ceux-ci. Une autre dimension importante de la médicalisation est une certaine concentration de la régulation des corps par les médecins à partir de leurs définitions du normal et du pathologique. Mais, le champ de la fragilité tend à produire aussi un processus différent, que nous appelons sanitisation, en suivant la définition d'healthization de Conrad (2007). En promouvant une définition élargie de la santé, comprenant les habitudes des individus et les comportements ou styles de vie, la sanitisation trouve moins son ancrage dans le registre de la maladie et du corps physiologique que dans celui du bien-être physique et psychique. Ce processus se caractérise par le brouillage des frontières entre le normal et le pathologique, par l'inclusion de catégories comme celle de « risque » et par l'incorporation de nouveaux acteurs de la santé dans la régulation des corps. **Conclusion:** Une vision non-normative de la sanitisation et de la médicalisation s'impose. L'une comme l'autre peuvent constituer tout tant des instruments de contrôle et de stigmatisation que des leviers d'intégration sociale et d'amélioration de la santé des personnes âgées.

#### **P-6. Evaluer les besoins des aidants informels - Regards croisés entre aidants informels et professionnels**

H Kalfat

*(USSAP, Limoux, France)*

**Contexte:** La souffrance des aidants informels qui accompagnent les personnes âgées dépendantes, répercute chez eux une charge physique, mentale et psychologique qui a été démontrée par de multiples travaux. Afin de les aider, il paraît utile que les professionnels cherchent à apprécier correctement les besoins et les attentes des aidants. **Objectifs:** Estimer l'intérêt de procéder à une évaluation systématique des besoins des aidants informels qui côtoient les personnes âgées dépendantes. **Méthodes:** L'étude a eu

lieu dans le territoire de la Moyenne et Haute Vallée de l'Aude, en juillet et août 2008. Elle a concerné des aidants, des professionnels territoriaux et des professionnels institutionnels d'un service de psychogériatrie. La population des aidants était constituée des 117 personnes vivant avec des personnes âgées souffrant de séquelles de maladie d'Alzheimer et/ou d'autres maladies apparentées. Les professionnels territoriaux (164) et institutionnels (47) appartiennent au champ sanitaire, médico-social du même territoire. L'enquête a consisté à recueillir des informations sur les besoins exprimés par les aidants, qui ont été confrontés aux évaluations effectuées par les professionnels. Deux séries de questionnaires ont été adressés en même temps, respectivement aux aidants et aux professionnels. Pour le traitement des résultats nous avons rapproché les pourcentages de chaque item, selon les aidants, les professionnels territoriaux et professionnels institutionnels. Afin de comparer les données concernant les besoins perçus par les 3 protagonistes, nous avons utilisé le Chi 2. **Résultats:** Concernant les attentes de l'aidant, celui-ci souhaite être aidé sur les phénomènes psychosociaux qui se passent en lui et qui peuvent avoir une relation avec l'état de dépendance de son parent et de sa famille. Il s'agit notamment du changement de statut parent/enfant, de la reconnaissance de la charge morale, de la nouvelle organisation systémique de la famille, de sa réaction face au fait que son propre parent ne le reconnaît plus. La charge physique que subit l'aidant est exprimée par les professionnels plus que par l'aidant. Les professionnels territoriaux sont principalement convaincus des besoins de l'aidant à réaliser des activités de loisirs à l'extérieur et de rencontrer des gens vivant une situation comparable. S'agissant de l'évaluation des besoins, aidants et professionnels expriment que ces attentes ne sont pas suffisamment prises en compte par les professionnels de la santé et de l'accompagnement social, mais les professionnels territoriaux se prêtent volontiers à cette tâche davantage que leurs collègues institutionnels. Beaucoup d'entre eux ne formalisent pas leur évaluation dans le cadre de leur démarche. Le principe d'utiliser un outil d'évaluation interdisciplinaire adapté semble acquis par l'ensemble des professionnels. **Conclusion:** Cette étude permet de constater que les aidants et les professionnels expriment une perception globalement convergente des besoins des aidants. Professionnels et aidants reconnaissent la nécessité d'évaluer les besoins des aidants. Ce travail indique que examiner la perception conjointe des aidants et des professionnels de santé peut être une démarche intéressante pour valider les instruments d'élaboration des besoins des aidants.

### **P-7. L'audition dans les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco**

F Martin

(Fédérations Agirc-Arrco, Paris, France)

**Contexte:** Un des objectifs de cette étude a été d'évaluer l'impact d'un atelier audition proposé dans les centres de prévention Agirc-Arrco. **Méthodes:** 1920 bénéficiaires d'un bilan de prévention au cours du 1<sup>o</sup> semestre 2016 déclaraient être appareillées (1057) ou envisageaient de l'être (863). Un atelier audition faisant intervenir plusieurs professionnels (médecin, psychologue, audioprothésiste et orthophoniste), ainsi que des associations de malentendants leur a été proposé. Les personnes non contactées (injoignables ou non appelées pour cause d'atelier complet), ont constitué le groupe témoin. Les refus ou participations insuffisantes ont été exclues de l'analyse. L'effectif était donc de 138 participants (dont 20 proches) dont l'attente principale était un apport de connaissances, et 1273

témoins. **Résultats:** Après atelier, le niveau de connaissances passe de (21 à 38%) à (83 à 93%), avec des intentions de changements de comportements déclarées (protection contre le bruit, renforcement du réseau social et des relations avec ses proches, attitude plus adaptée des proches) mais peu d'intention de poursuivre la lecture labiale. 6 mois après la fin des ateliers, aucune différence significative en terme d'appareillage (parmi les personnes en réflexion pour l'être), ni en durée de port des appareils (pour les personnes déjà appareillées), ni d'évolution concernant l'autoévaluation de la santé, la régularité des relations, la tendance dépressive, n'a été constatée. Une légère tendance à l'augmentation des consultations ORL est relevée après atelier. **Conclusion:** Cet atelier collectif a clairement amélioré le niveau de connaissance des participants sur l'audition et la reconnaissance et l'acceptation de leurs difficultés. Même s'il n'a pas permis un changement de comportement rapide (6 mois), il a parfaitement répondu aux attentes des participants et leur permettra probablement d'être mieux sensibilisés aux conséquences d'un trouble et d'être mieux informés sur les solutions possibles, afin de préserver un réseau social de qualité.

### **P-8. Evaluation Assistée de la Fragilité via une Application Mobile : Apports d'une Base de Connaissance de Tests et des Données issues d'Objets Connectés**

E Lamine

(Ecole ISIS, INU Champollion, Castres, France)

**Contexte:** Pour enrichir le processus d'évaluation de la fragilité avec l'aide de solutions numériques, nous étudions deux directions originales : 1) L'évaluation multifactorielle de la fragilité repose aujourd'hui sur une utilisation complémentaire de tests choisis parmi ceux proposés par la communauté gérontologique. Au travers d'une analyse bibliographique, nous avons mis en évidence que certains tests se recouvrent partiellement dans leur objectif et leurs questions. Si cette caractéristique est encore peu exploitée actuellement, la gestion des connaissances permet une mise en correspondance de ces tests. 2) Nous avons étudié le renseignement systématique de certaines questions à l'aide d'informations collectées automatiquement (objets connectés, dossier médical informatisé) et sans présence du personnel médical. Ces informations apportent un complément aux bilans cliniques dans le souci d'améliorer le suivi de l'état de fragilité et la coordination des interventions. **Objectifs:** Nous proposons d'utiliser les technologies mobiles pour une large accessibilité et une relation de proximité avec la personne âgée concernée dans l'évaluation de la fragilité. Nous donnons accès à une connaissance augmentée des tests d'évaluation aux praticiens de santé. **Méthodes:** Pour y parvenir, nous avons tout d'abord procédé à une analyse sémantique de 29 tests basés sur des questions à choix multiples. Cette analyse nous a permis de proposer des correspondances entre des tests nativement indépendants : une réponse à une question sur un test X peut être propagée vers d'autres tests Y, Z identifiés. **Résultats:** Un prototype d'application mobile a été réalisé et des expériences de propagation de données ont été menées. Cette application a été enrichie par connexion sans fil avec une balance connectée pour effectuer des mesures quotidiennes du poids. Ces mesures sont automatiquement intégrées dans l'évaluation afin de connaître leur effet sur le niveau de fragilité. Les scores et le taux de complétude de chaque test sont systématiquement calculés dès l'arrivée de nouvelles données et l'historique est conservé afin de faciliter les interprétations par des gériatres. **Conclusion:** Nous pensons que le développement de services numériques de ce type faciliterait la collaboration entre



tous les acteurs, médicaux ou non, dans l'évaluation de la fragilité. Les dispositifs connectés et les technologies mobiles offrent un moyen de communication léger et familier qui a le potentiel de faciliter l'implication des acteurs et leurs échanges.

### P-9. Le STAPA : Soutien Téléphonique Aux Personnes Agées

F Xemar<sup>1</sup>, E Le Duigou<sup>1</sup>, V Renard Martin<sup>1</sup>, N Hingre<sup>2</sup>

(1. Centre Psychothérapique de Nancy, France; 2. MDD de Lunéville, France)

**Contexte:** Présentation d'un dispositif de prévention du suicide de la personne âgée Sur le Lunévillois. Par un professionnel du conseil départemental et un professionnel de la psychiatrie. **Objectifs:** Les chiffres du suicide chez nos séniors sont alarmants. En 2004, le service de psychiatrie adulte a eu la volonté d'agir en prévention en créant le dispositif STAPA qui a rapidement fédérer l'adhésion des partenaires accompagnant la personne âgée sur le Lunévillois (Conseil Départemental, Réseau Gérontologique, un Représentant des Usagers). **Méthodes:** Depuis 13 ans, le dispositif a évolué. Il s'adresse à des personnes âgées de plus de 65 ans, habitant le Pays du Lunévillois avec antécédent ou risque de dépression de l'humeur et/ou souffrant d'une grande solitude et/ou en perte d'autonomie, indicateurs du risque suicidaire. Les partenaires engagés dans le repérage de la fragilité des personnes orientent celles-ci vers le dispositif. Toute situation proposée avec l'accord de la personne est évaluée par le comité de pilotage en présence du psychiatre responsable du dispositif. Le professionnel sollicitant le service accompagne le futur appelant lors d'une visite à domicile qui confirme ou non l'inclusion dans le STAPA, en coordination avec le médecin traitant. **Résultats:** Les appelants sont infirmiers au Centre Médico Psychologique. Ils appellent les personnes chaque semaine pour un soutien psychologique. Ils évaluent l'état psychique et en font part lors d'une réunion mensuelle. Ce temps est tant un travail de reprise clinique que de coordination avec les partenaires. Ce travail a créé un maillage des professionnels et permet une coordination rapide. **Conclusion:** Les appels maintiennent un contact régulier avec la personne âgée et permettent de prévenir les difficultés pouvant affecter son moral et/ou sa qualité de vie. Une situation clinique illustrera le propos. Il montrera les bienfaits ressentis, comment le dispositif a permis d'enrayer le processus dépressif notamment en réinscrivant la personne dans la vie de la cité. Les échanges évoquent tant la pluie et le beau temps que des sujets plus délicats tels que les problèmes familiaux, financiers, l'institutionnalisation, la fin de vie... A jour, nous comptabilisons 0 suicide.

### P-10. Grille de fragilité de l'aidant

O Frézet

(Maison de Santé Protestante Bordeaux Bagatelle, Talence, France)

**Contexte:** La fragilité du sujet âgé convoque divers acteurs professionnels, familiaux... La difficulté est de l'anticiper le plus en amont possible pour y répondre adéquatement, tout en gérant au mieux son impact sur les proches, notamment sur les aidants. La grille de fragilité de l'aidant a été réalisée dans cet objectif : 1.construire un outil simple visant à repérer le plus précocement possible un aidant (un membre de la famille, un ami ou un voisin) qui, face à l'altération de la santé d'un sujet âgé dont il s'occupe, est à risque d'épuisement ; 2.orienter cet aidant vers une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans le soutien aux aidants, en

l'accompagnant vers le professionnel le plus adéquat. **Objectifs:** La grille de fragilité est un outil de liaison s'appuyant sur un professionnel qui connaît parfaitement le couple aidant / aidé (salarié d'une association d'aide à domicile, médecin généraliste, pharmacien ou tout autre professionnel en contact fréquent avec ce couple), un outil qui permet également un suivi de l'aidant et un ajustement rapide à des situations souvent très mouvantes. **Méthodes:** Le point de départ de la grille est totalement empirique, s'appuyant sur une large expérience d'accompagnement des aidants de la part de professionnels de l'aide à domicile. 9 items centrés sur des facteurs connus d'épuisement de l'aidant sont retenus. Leur cotation en « oui » ou « non » est simple et rapide. La grille a été testée sur plusieurs mois, jusqu'à obtenir un accord inter-juges satisfaisant (supérieur à 90%). Un guide d'utilisation facilite son usage. **Résultats:** Nous avons pu montrer que si deux cases « oui » étaient cochées, cela nécessitait une évaluation de l'équipe précitée. Nous constituons actuellement un échantillon de plus d'une centaine de cas qui nous permettra de présenter des éléments normatifs plus développés et plus détaillés, avec des « profils types ». **Conclusion:** Cet outil accessible à tous et utilisable par de nombreux professionnels, centré sur une évaluation de la personne aidante, facilite une détection rapide de situations peu prises en compte. Il constitue donc une avancée dans l'accompagnement des personnes à risque de fragilité.

### P-11. Prise en charge des patients présentant un syndrome de fragilité

M Vincenot, A Marfisi-Dubost, C Breysse

(Centre hospitalier gériatrique du mont d'or, Albiigny sur Seine, France)

**Contexte:** Nous avons récemment ouvert (26/09/17) une unité d'hospitalisation Évaluation/Rééducation de jour des fragilités, le premier du Rhône. La dichotomie Robuste/Dépendant est depuis le milieu des années 90 modérée par un troisième groupe, celui des fragiles (35% des plus de 65 ans). Leur prise en charge est d'une importance cruciale. **Objectifs:** Notre objectif est de proposer une prise en charge adaptée aux patients fragiles pour leur permettre une réversibilité de leur fragilité. **Méthodes:** Le service d'hospitalisation de jour-SSR des fragilités réalise un bilan gériatrique complet pluri professionnel (examen médical, évaluation socio-environnementale, évaluation sensorielle, nutritionnelle, de l'équilibre et de la force musculaire, un bilan ergotherapique et un bilan neuropsychologique complété par une proposition d'optimisation de l'ordonnance. Ce bilan est suivi d'une proposition de rééducation adaptée. La rééducation s'articule autour de quatre axes : nutrition, prévention des chutes/équilibre, renforcement musculaire et cognition. Trois matinées comprenant deux ateliers de rééducation (2-6 patients) sont proposées sur 15 semaines. Cette prise en charge groupale est complétée par un carnet de suivi personnalisé afin d'impliquer davantage le patient avec la proposition d'exercices (physiques et cognitifs) à réaliser au domicile, et permet un suivi (exercices au domicile et nutrition). A l'issue de cette prise en charge un relais est pris avec des structures en ambulatoire. Nous avons sélectionné différents indicateurs : thymiques (GDS), cognitifs (MMSE, échelle de MacNair), kinésithérapiques (6 minutes marche, score d'activité physique de Dijon, force de préhension...), nutritionnels (MNA, Poids). Ses indicateurs sont réalisés en début et fin de PEC dans le but d'évaluer notre action et son impact sur les patients fragiles. **Résultats:** A ce jour, nous n'avons pas suffisamment de données

pour permettre une interprétation statistiquement viable de l'impact de notre prise en charge des patients fragiles. **Conclusion:** Le repérage et la prise en charge adaptée des patients âgés de plus de 65 ans dits fragiles est un bon moyen de prévention et ce d'autant que la population vieillissante s'accroît. Le syndrome de fragilité est un processus réversible, sans quoi le patient fragile deviendra dépendant au décours d'un épisode aigu. Vivre vieux c'est bien mais vieillir bien c'est mieux.

**P-12. Carsat Rhône-Alpes- Direction de l'Action sociale / La Poste- Repérer les besoins des retraités fragiles : une action innovante et volontariste**

M Penet

(Carsat Rhône-Alpes, Lyon, France)

**Contexte:** L'un des objectifs de la Carsat Rhône-Alpes est le repérage des personnes en risque de fragilité sociale et économique, ou d'isolement, afin de leur proposer, en prévention, des conseils et orientations pour un maintien durable de leur autonomie à domicile. **Objectifs:** L'objectif est de proposer à ces retraités, en prévention, des conseils et orientations pour un maintien durable de leur autonomie à domicile. **Méthodes:** Contact est pris avec des retraités du Régime Général de la CARSAT Rhône-Alpes résidant sur des territoires ciblés, susceptibles de rencontrer des difficultés dans leur vie quotidienne (isolement, risque de chute, habitat inadéquat), et non bénéficiaires de l'action sociale. - Par l'intermédiaire d'un acteur de proximité, bénéficiant d'une image de confiance du public, le «facteur». Avec un questionnaire simple, complété en vis-à-vis au domicile, confidentiel, exploité par les services d'action sociale. - Puis un entretien téléphonique en prévention, personnalisé, proposé par un psychologue. - Pour délivrer des conseils personnalisés, permettre l'adaptation du logement, orienter vers un atelier collectif de prévention. En l'absence d'entretien, une offre de service et/ou des informations sont adressées par courrier, avec indication d'un mode de contact. **Résultats:** Depuis 2015, des actions déployées sur le Rhône et la Métropole de Lyon, ciblant annuellement entre 1500 et 2000 retraités, soit près de 10 000 personnes contactées. des partenariats mis en oeuvre : Conférence des Financeurs du Rhône, groupe APICIL, Mutualité Sociale Agricole, collectivités locale - Plus de 50 % des retraités ciblés initialement ont complété le questionnaire - Plus de 1200 entretiens conduits par nos psychologues avec les retraités. Une offre de service adaptée en fonction des attentes du retraité et du mode de relation : envoi d'information et documentation, offre de prévention pour bien vieillir, entretien conseil en prévention, évaluation à domicile dans le cadre d'un Plan d'action personnalisé, aide à l'aménagement de l'habitat **Conclusion:** Une offre à développer en affinant encore davantage le repérage des points de fragilité des publics, afin de proposer en retour au retraité un diagnostic ou des orientations adaptées à ses besoins. La stratégie de la Carsat Rhône-Alpes est de promouvoir spécifiquement l'accès à la prévention en santé, l'adoption d'attitudes favorisant le bien vieillir, et l'utilisation des dispositifs d'aide à la rénovation du logement, pour préserver l'autonomie et lutter contre la précarité énergétique.

**P-13. Favoriser le bien vieillir des personnes en situation de handicap présentant des signes précurseurs de vieillissement: Une fluidité de parcours assurée, un accompagnement individualisé et adapté**

D Dambre, D Leclercq

(GCS filière gériatrique du Valenciennois, Saint Amand les Eaux, France)

**Contexte:** Dans un contexte d'augmentation marquée du nombre de personnes vieillissantes en situation de handicap accueillies par l'APEI du Valenciennois, la préoccupation de la qualité de vie et du devenir de celles-ci ne cesse de s'intensifier. Le travail collaboratif entre le Centre Hospitalier de Saint Amand les Eaux et l'APEI du Valenciennois promeut la complémentarité des savoirs faire et des expertises dans les champs du handicap et de la personne âgée, afin de favoriser le bien vieillir des personnes en situation de handicap. **Objectifs:** Le travail collaboratif entre le Centre Hospitalier de Saint Amand les Eaux et l'APEI du Valenciennois promeut la complémentarité des savoirs faire et des expertises dans les champs du handicap et de la personne âgée, afin de favoriser le bien vieillir des personnes en situation de handicap. **Méthodes:** Une étude menée en 2016 à l'APEI a mis en exergue l'hétérogénéité des critères d'évaluation du vieillissement retenus par les professionnels. Cela a induit la création d'un outil d'évaluation spécifique et standardisé à destination des professionnels, en 2017. Une convention entre le Centre hospitalier de Saint Amand les Eaux et l'APEI a été signée. **Résultats:** La collaboration permet : De prévenir les risques de perte d'autonomie liés au vieillissement. De Faciliter l'inclusion des personnes handicapées avancées en âge dans des établissements d'accueil adaptés. De Contribuer au développement de la formation des professionnels sollicités et à la construction d'une culture commune entre milieu du handicap et de la gériatrie. 297 personnes ont été évaluées dans 13 établissements de l'APEI du VALENCIENNOIS par l'outil de détection des signes précoces de vieillissement. \* Au total 108 personnes ont été détectées à risque de perte d'autonomie, majoritairement en situation de travail, dont 89 % avec un risque faible permettant une intervention précoce, versus 243 par une enquête subjective réalisée en 2016. L'outil permet donc un repérage plus précis de la population ciblée, qui dépasse le simple critère d'âge. Le partenariat entre le secteur sanitaire et médico-social est effectif. **Conclusion:** Grace à la volonté de l'ensemble des acteurs concernés et leur acculturation le partenariat vise le développement d'actions innovantes. L'outil élaboré permet donc un repérage plus précis de la population ciblée, qui dépasse le simple critère d'âge. L'examen des dossiers ciblés par un gériatre permet de vérifier la cohérence des données et projeter les actions potentielles à mettre en place.

**P-14. Prise en charge de la fragilité grâce à l'expérimentation PAERPA sur le Territoire du Valenciennois Quercitain en ambulatoire**

D Dambre, N Lévêque, M Thumerelle

(GCS filière gériatrique du Valenciennois, Saint Amand Les Eaux, France)

**Contexte:** Les expérimentations de parcours de santé des aînés «PAERPA» s'inscrivent dans le dépistage des signes de fragilité par les professionnels de premier recours et leur prise en charge. **Objectifs:** Appliqué sur le territoire du Valenciennois Quercitain de près de 40 000 personnes âgées de plus de 75 ANS, le projet

veut améliorer les soins gériatriques avec un accompagnement individualisé des professionnels de santé libéraux au changement de pratiques avec la mise en place de plans personnalisés de santé (PPS) réalisés en pluri-professionnel. **Méthodes:** La montée en charge de ces PPS, leur contenu notamment dans l'évaluation des risques de perte d'autonomie et leur prise en charge seront décrits ainsi que l'appui de la plateforme de Territoire. **Résultats:** Plus de 800 PPS ont été élaborés depuis le début de l'expérimentation en 2015 pour près de 1000 alertes traitées. Actuellement l'analyse des PPS retrouve dans 64% d'entre eux 6 risques de perte d'autonomie évalués (dénutrition, dépression, médicaments, chute, Troubles cognitifs, Risque social). 87% des PPS ont au moins un risque évalué modéré ou élevé particulièrement pour le risque chute. Une action au moins est mise en place dans 63% des PPS. Quant à elle, la Plateforme de Territoire, à destination des professionnels et des usagers, a pour missions, l'information, l'orientation et l'activation d'expertise. D'avril 2015 à juin 2017, elle cumule 11 445 appels soit en moyenne 424 appels par mois dont 42% de patients, familles, aidants et 58% de professionnels. Le traitement et l'analyse de l'appel amènent à : Planifier une consultation. Aider, accompagner et orienter dans les problématiques de maintien à domicile. Apporter une expertise médicale gériatrique. Faire le lien avec les partenaires. Traiter des situations complexes demandant plus de 30 min d'intervention et plus de 2 appels vers des partenaires différents. **Conclusion:** Le lancement de la démarche montre une dynamique active grâce à l'accompagnement soutenu de la Coordination territoriale d'appui proposé aux professionnels de santé.

#### **P-15. Déterminants territoriaux de la fragilité gériatrique : l'exemple de l'archipel des Saintes (Guadeloupe)**

C Bellemare, C Baudot, S Riquet, D Mikolajczyk  
(Centre Hospitalier de la Basse Terre, Guadeloupe, France)

**Contexte:** Le Centre Hospitalier de la Basse Terre (CHBT), a créé une équipe mobile de gériatrie (EMG) pour répondre aux besoins d'une population rapidement vieillissante dans un territoire insulaire et rural comprenant l'archipel des Saintes. (9 îles, 2 communes avec une offre de soins limitée). L'EMG intervient dès l'entrée du patient aux urgences pour dépister la fragilité, participer à la prise en charge et préparer la sortie. La spécificité géographique dans un territoire sujet aux aléas climatiques et présentant une démographie sociale et médicale complexe a généré cette réflexion sur l'impact de la double insularité sur la fragilité gériatrique. **Objectifs:** Nos objectifs ont été d'observer l'impact de la particularité territoriale Saintoise sur la prise en charge gériatrique, identifier les facteurs modifiables et les axes de prévention envisageables. **Méthodes:** Le travail se base sur des entretiens avec les patients et les familles rencontrés par l'EMG, et sur les données sociodémographiques publiques et concernant l'offre de soins. **Résultats:** Après étude de 15 dossiers sur la période 2016-2017, nous avons mis en évidence un faible taux de recours aux soins hospitaliers et gériatriques pour les patients en situation de double insularité. Par ailleurs des facteurs structurels, environnementaux, climatiques, démographiques et d'offre de soins fragilisent la population saintoise. Une organisation spécifique logistique et soignante ainsi qu'une durée de séjour hospitalier plus longue afin d'évaluer l'ensemble des facteurs de fragilité gériatrique s'avèrent nécessaires pour ces patients à haut risque. **Conclusion:** En conclusion, la problématique très spécifique de la double insularité nécessite une réponse sur mesure. Une attention particulière doit être portée aux patients gériatriques Saintois par les quel que soit le niveau de recours de soins. Les besoins doivent

être anticipés, les réponses coordonnées et une vigilance particulière des autorités de tutelle s'impose. A la fragilité gériatrique s'ajoute une fragilité territoriale, imposant une réponse pluridisciplinaire, flexible et inclusive.

#### **P-16. La Guadeloupe face au vieillissement de sa population : Contexte socioculturel guadeloupéen et impacts de son évolution historique sur la fragilité gériatrique**

C Bellemare, C Baudot, S Riquet, D Mikolajczyk  
(Centre Hospitalier de la Basse Terre, Guadeloupe, France)

**Contexte :** D'une structure familiale matriarcale et élargie où tous, des personnes âgées aux plus jeunes, se côtoient et prenaient soin les uns des autres, on assiste à une transition de la société guadeloupéenne vers un isolement familial des personnes âgées. **Objectifs :** Comprendre les particularités historiques et sociales guadeloupéennes et leur impact sur la place des aînés dans la société et leur prise en charge médicosociale. **Méthodes:** Ce travail résulte d'observations et d'entretiens familiaux menés en 2016 et 2017 par une nouvelle Equipe Mobile de Gériatrie dans un Centre Hospitalier isolé de Guadeloupe, rencontrant notamment des personnes âgées en situation d'isolement social accueillies aux urgences. **Résultats:** Avec la mondialisation, de nombreux jeunes quittent la Guadeloupe pour leurs études, peu reviennent. Les autres, «restés au pays» découvrent un marché du travail fortement impacté par le chômage imposant souvent un départ plus tardif. Dans le même temps, on assiste au retour de retraités qui, après avoir mené leur carrière professionnelle dans l'hexagone par le biais du BUMIDOM (Bureau pour les Migrations intéressant les Départements d'Outre - Mer) s'installent de nouveau en Guadeloupe sans leur enfants nés «là-bas». Il en résulte une population vieillissante où souvent dans les familles, sur une fratrie, un seul s'occupe de ses parents. On observe ainsi souvent un épuisement des aidants qui utilisent l'hôpital comme lieu de répit. Parallèlement, le contexte d'économie de pays en voie de développement que connaissait la Guadeloupe de la seconde moitié du XXème siècle a conduit nombre d'actifs à travailler à leur compte sans cotiser au régime de retraite. Aujourd'hui, ces actifs devenus âgés vivent avec un minimum vieillesse et dépendent des aides financières publiques. L'isolement social observé résulte aussi de la méconnaissance des dispositifs existants ainsi que de leur accessibilité difficile aux personnes âgées et à leurs aidants dans une société où la communication reste essentiellement orale. **Conclusion:** Ce travail a permis d'identifier les impacts concrets de cette évolution sociale sur la fragilité gériatrique et l'adaptation nécessaire des prises en charges médicosociales. Les Equipes Mobiles de Gériatrie et les filières de soins gériatriques: doivent en prendre conscience et l'intégrer dans leur activité pour élaborer des plans d'action efficaces.

#### **P-17. Syndrome confusionnel induit par un plâtre**

N Lermithé, A Simon, M Bruno, S Rossignol, C Jauniot Gibert  
(Hôpital Gaston Ramon, Sens, France)

**Contexte:** Si le syndrome confusionnel est un motif fréquent d'hospitalisation en Court Séjour Gériatrique, ses causes sont très variées. Nous rapportons le cas d'un patient de 80 ans, pour lequel l'étiologie retrouvée est l'immobilisation par un plâtre. **Objectifs:** Décrire l'immobilisation comme une cause de syndrome confusionnel. **Méthodes:** Nous rapportons le cas d'un patient hospitalisé pour bilan d'un syndrome confusionnel persistant depuis plusieurs semaines alors qu'il n'y avait pas de trouble préexistant

et que le patient était autonome. Ce syndrome confusionnel était apparu suite à la pose d'un plâtre crurupédieux pour une fracture tibia péroné. **Résultats:** Les causes les plus fréquentes de syndrome confusionnel ont été éliminées. L'examen clinique ne retrouvait pas de pathologie somatique aigue. Il n'y avait pas de signe de complication sous plâtre. Il n'y avait pas d'argument pour une cause médicamenteuse. Les examens complémentaires (scanner cérébral et examens biologiques) n'étaient pas contributifs. Le patient présentait des idées délirantes d'emprisonnement, de complot à son encontre. Il n'était pas possible de le faire critiquer ces idées. Devant les résultats des examens pratiqués et la chronologie de l'apparition du syndrome confusionnel, nous avons évoqué une imputabilité de l'immobilisation qui a pu être vécue par ce patient comme une contention. Après accord des orthopédistes, le plâtre a pu être réduit à une botte plâtrée. Dès le lendemain, le patient présentait une diminution des idées délirantes. Il a ensuite été transféré en Soins de Suite et de Réadaptation où il a appris à utiliser un fauteuil roulant ce qui lui a permis de retrouver plus d'autonomie. Parallèlement, le syndrome confusionnel s'est amendé. Le bilan neuropsychologique et l'IRM cérébrale sont en faveur d'une pathologie neurodégénérative débutante pour laquelle le patient va être suivi. **Conclusion:** Le syndrome confusionnel est fréquent et a des causes variées dont le traitement orthopédique d'une fracture par immobilisation fait partie. Pour ce patient, cela a été un mode de révélation d'une pathologie neurodégénérative.

**P-18. Prévenir la fragilité : quand les personnes âgées définissent un lieu de vie propice au bien vieillir, une étude en psychologie sociale et environnementale**

A Valette, M de Battista

(Fondation I2ML, Nîmes, France)

**Contexte:** Rester chez soi le plus longtemps possible, en bonne santé et de manière autonome, est sans nul doute l'expression même du « bien vieillir » (Alaphilippe, 2009). La Fondation partenariale de l'Université de Nîmes (i2ml) mène actuellement une étude de terrain auprès des retraités gardois vivant à domicile. **Objectifs:** L'objectif de cette étude, est d'appréhender les aspects objectifs et symboliques qui entrent en compte dans les interactions entre un individu et son espace de vie (domicile et quartier). Selon les modèles en psychologie environnementale et plus particulièrement celui de Low & Altman (1992) il importe de penser l'environnement tant du point de vue des affordances que des conceptions identitaires qu'il offre à son occupant. Ce postulat est d'autant plus important pour les personnes âgées fragiles dont les activités extérieures s'amenuisent et qui, de surcroît, peuvent être amenées à réaliser des aménagements de leur domicile susceptibles de heurter les significations identitaires que le logement véhicule. **Méthodes:** Cette étude s'inscrit dans une démarche psychosociale et pluri méthodologique. Des entretiens semi-directifs questionnent les personnes âgées sur les conditions environnementales perçues comme nécessaires au « bien vieillir », les éléments importants à prendre en compte pour répondre à leurs besoins selon leurs possibilités, ainsi que l'adéquation perçue entre leur lieu de vie et leur vieillissement. Ces entretiens sont complétés par des cartes mentales (Lynch, 1969, Chapon et al., 2010) afin d'accéder à la connaissance et à l'usage réel de l'espace. Enfin, la façon dont les individus se représentent cet espace à travers l'approche structurale des représentations sociales (Abric, 2001) est appréhendée via une analyse de similitude (Flament & Rouquette, 2003). **Résultats:** L'étude étant toujours en cours, les résultats ne sont pas encore

disponibles. Démarrée en octobre 2017 la phase de terrain sera terminée en février 2018 ce qui permettra de présenter l'intégralité des résultats lors de la communication. Ces derniers porteront sur les critères (physiques, sociaux, environnementaux, etc.) définis par les retraités pour identifier un lieu qui favorise le bien vieillir. **Conclusion:** Après avoir exposé les apports de l'approche psychosociale et les résultats de l'étude cette communication ouvrira des perspectives sur l'intérêt des démarches centrées utilisateurs.

**P-19. Projet PAERPA du Valenciennois, Equipe Mobile de PsychoGériatrie à domicile (EMPG) : retour d'expérience**

D Dambre, A Duvivier, M Fenez, C Dubois

(GCS filière gériatrique du territoire du Valenciennois, Saint Amand les Eaux, France)

**Contexte:** L'EMPG a été créé dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. Il apparaît que les personnes âgées présentant des difficultés psychologiques ou un trouble psychiatrique caractérisé ont des besoins spécifiques : - La possibilité d'intervenir à domicile afin de faciliter un accès aux soins le plus précocement possible, - La mise à disposition d'une compétence en psychiatrie pour une évaluation de la situation et aider à l'orientation adaptée, - La facilitation d'une prise en charge coordonnée entre le médecin traitant, les différents intervenants libéraux et l'hôpital. - La prévention des récurrences des épisodes dépressifs. **Objectifs:** L'EMPG a débuté son activité en avril 2015 ayant pour but de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus, vivant à domicile en situation de souffrance psychique. L'équipe est composée d'une psychiatre, d'une infirmière, une psychologue et d'une secrétaire. Nos missions sont de REPERERER, afin d'optimiser le dépistage précoce des situations psycho-gériatriques non suivies, d'EVALUER en apportant un avis psycho-gériatrique, et d'ORIENTER vers une offre de soin adaptée. **Méthodes:** Nous proposons deux types d'interventions : l'évaluation psychogériatrique à domicile et la mise en place de sessions d'éducation thérapeutique sur le thème de la dépression sur un territoire qui recouvre 6 secteurs de psychiatrie. **Résultats:** Depuis le début de notre activité nous avons eu 590 demandes de prises en charges, et effectué 1699 visites à domicile. En 2017, notre délai d'intervention est de 33 jours en moyenne, les pathologies rencontrées concernent pour 85 % des troubles psychiatriques (trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble délirant, trouble de la personnalité) et pour 15 % des troubles psycho-comportementaux dans le cadre de troubles cognitifs. Les réorientations s'effectuent à 42 % sur les médecins traitants avec des préconisations thérapeutiques, à 20 % sur les CMP et à 18 % sur des consultations psychogériatrique et mémoire. **Conclusion:** L'EMPG est un dispositif complémentaire s'inscrivant dans une démarche de prévention et de soin. Cela est rendu possible par un travail de mobilité et de disponibilité en lien fort avec le médecin traitant, et en complémentarité avec la psychiatrie, la gériatrie et les différents intervenants gravitant autour de la personne âgée.

**P-20. Expérimentation d'un programme de prévention des AVC chez les séniors à risque vivant à domicile : protocole d'étude «Prévent AVC »**

N Barth, B Bongué, T Célarié, N Herazo Padilla, D Hupin, J Raffin, C Dupré, C Nitenberg, P Livet

(Université de Saint Etienne, Saint Etienne, France)

**Contexte:** Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) continuent de tuer plus de 30.000 personnes par an en France. Ils représentent la

première cause de handicap chez les adultes. S'il n'y a généralement pas d'éléments précurseurs (signe d'alarme), la survenue d'un AVC est favorisée par des facteurs de risque clairement établis : l'hypertension artérielle (HTA), le tabagisme, l'obésité abdominale, le type d'alimentation, la sédentarité, la consommation d'alcool, le stress et la dépression... Cet état des lieux montre que la prévention des AVC est possible. **Objectifs:** L'objectif général de cette expérimentation est de tester la faisabilité d'un programme de prévention des AVC. Il s'agira de repérer les personnes âgées à risques de 65 ans et plus et d'orienter les participants vers un parcours prévention (consultation auprès du médecin traitant et actions collectives de prévention). **Méthodes:** L'expérimentation prévue sur 2 ans se déroule dans deux départements (Rhône et Loire): 30 pharmacies, deux centres d'examen de santé de l'assurance maladie et le centre de prévention Agirc-arcco de Lyon. Il s'agit d'une recherche action. Les participants sont dotés d'un boîtier connecté (brassard au bras et deux électrodes fixées sur le thorax) permettant l'enregistrement de trois facteurs de risque de survenue d'un AVC (fibrillation atriale, apnées du sommeil, et perturbations du système nerveux autonome. 2000 enregistrements sont prévus. Un suivi à 3 mois auprès des participants permettra d'évaluer le respect des suggestions. **Résultats:** Les premiers résultats portant sur l'évaluation quantitative s'appuyant sur l'épidémiologie descriptive et analytique, à 6 mois d'expérimentation, sera présentée lors du congrès (description des caractéristiques des participants (âge, sexe, GIR, mode de vie), taux de participation à l'étude, répartition des participants en fonction du niveau de risque obtenu sur les résultats des trois paramètres enregistrés, taux d'acceptation de réalisation des actions préventives suggérées). **Conclusion:** Les résultats de cette étude permettront d'étudier la faisabilité d'un programme de prévention des AVC chez les seniors à risques vivant à domicile. Le recrutement réalisé en population générale implique les acteurs de santé de proximité. Ce programme permettra de sensibiliser un public fragilisé par l'âge et/ou la maladie à l'adoption de comportements de santé visant à améliorer leur qualité de vie et in fine leur longévité.

#### **P-21. Ensemble! Comme à la maison**

C Barthelemy, C Lantelme  
(Colmars les Alpes, France)

**Contexte:** Alternative d'hébergement entre le domicile et la maison de retraite. **Objectifs:** vieillir dans la dignité en toute sécurité, entretenir le niveau d'indépendance des personnes âgées, déculpabiliser les familles, spécialiser le personnel, maintenir le lien social. **Méthodes:** colocation de trois personnes âgées, elles mutualisent les frais de charges de vie; via le CESU elles rémunèrent les employés au nombre de deux, ce qui leur permet de récupérer les charges en crédit d'impôt. La proximité permet et facilite l'implication des familles au fonctionnement de la colocation. Le lien social est préservé, en effet une coopération avec le club du troisième se met en place, l'école primaire propose des spectacles, les commerçants s'impliquent exemple le coiffeur qui vient une fois par mois gracieusement. spécialiser le personnel La prise en charge médicale et para médicale leur est connue, donc rassurante. En effet, les intervenants sont les libéraux de leur village. **Résultats:** Ce concept permet aux personnes âgées de rester au plus près de leur maison, de leur famille, de leurs amis. Ce concept permet aux familles de se déculpabiliser du sentiment d'abandon de leurs parents. Pour les employées, le nombre restreint de personnes leur permet d'adapter leur travail à chacune des colocataires.

Elles peuvent leur permettre de conserver leur indépendance en leur proposant de participer aux différentes tâches ménagères dans la mesure de leur capacité, exemple: épiluchage des légumes, choix des menus, des activités etc. Le personnel est soutenu et formé continuellement par les infirmières qui interviennent quotidiennement. Les aidants naturels peuvent si ils le désirent être accompagnés et soutenus par les infirmières. Le concept permet aussi la création d'emploi dans la vallée. **Conclusion:** Le concept permet un vieillissement harmonieux, respectueux et serein. Les aidants sont soulagés des bouleversements que peut entraîner l'état physique et psychologique de leur parent. Les employées travaillent dans des conditions de confort optimales. La vie sociale des villages s'en trouve enrichi grâce à une nouvelle prise de conscience sur le vieillissement.

#### **P-22. Etude préliminaire nationale d'une population de bénéficiaires d'un bilan de prévention dans un Centre de Prévention Bien Vieillir Agirc Arrco : données médicales et odontologiques**

F Martin, M Folliguet, A Saint-Laurent, L Radoï  
(Fédérations Agirc-Arrco, Paris, France)

**Contexte:** Les 16 centres de prévention Agirc Arrco proposent une approche globale de prévention primaire aux bénéficiaires des régimes de retraite complémentaire Agirc-Arrco, associant actions individuelles (bilan médico-psycho-social) et actions collectives. **Objectifs:** Un projet a été initié pour évaluer les paramètres bucco-dentaires et les comportements de cette population vis-à-vis de la santé orale. **Méthodes:** 10200 femmes et 7541 hommes ont bénéficié du bilan de prévention entre le 02 janvier et le 16 novembre 2017 au cours duquel ils renseignent un autoquestionnaire enregistrant: données socio-démographiques, ressenti de la santé, antécédents médicaux et pathologies, fréquence de consultations médicales et dentaires, type d'aliments consommés, questionnaires évaluant humeur, plainte mémoire, et questionnaire de qualité de vie lié à la santé dentaire (GOHAI)... 1915 femmes et 1449 hommes ont répondu à un questionnaire en lien avec l'état bucco-dentaire: existence de prothèse amovible, hygiène orale, saignements, mobilité. Leur état bucco-dentaire a été évalué et leur coefficient masticatoire calculé. **Résultats:** Les principales pathologies générales relevées sont les maladies cardio-vasculaires ( 34,45 %), le diabète ( 8,23 %), l'ostéoporose ( 10,16 %), les bronchopathies (4,75 %) les cancers (2,58 %), les cancers oraux (0,80 %). Les traitements influant sur la sphère oro-faciale sont : antécédents d'irradiations (0,80 %), prise de neuroleptiques/psychotropes (11 %) ou ATCD de prise (4,3%) et prise de bifosphonates ou anti résorbeurs osseux (3,9%) ou ATCD de prise (2,9%). Les indicateurs bucco-dentaires sont : mobilité dentaire (6 %), saignements (12,8 %), présence de plaque dentaire (14,8 %), tartre (28,9 %) et résidus alimentaires (4,3%). S'agissant des 17708 réponses au GOHAI, plus de 27% ont un score inférieur à 50 considéré comme le cut point de la mauvaise santé buccale perçue. **Conclusion:** Ces données témoignent de l'intérêt qui doit être porté à la santé orale des personnes, afin de garantir une bonne qualité d'avance en âge et d'éviter la fragilité.

**P-23. Ateliers Café Autonomie pour le Bien Vieillir à domicile : retour d'expérience de l'équipe UPSAV (Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillessement)**

P Jaglin<sup>1</sup>, C Chaumont<sup>1</sup>, J Trimouillas<sup>1</sup>, C Roux<sup>1</sup>, K Lemasson<sup>1</sup>, L Bichaud<sup>1</sup>, E Tran<sup>1</sup>, C Suran<sup>1</sup>, MJ Verger<sup>1</sup>, G Hygonnet<sup>1</sup>, C Chanadeau-Branthome<sup>1</sup>, I Reix-Mercier<sup>1</sup>, M Marginier<sup>1</sup>, D Marchesseau<sup>1</sup>, F Mekhiche<sup>1</sup>, M Perrier<sup>1</sup>, S Baudu<sup>1,2</sup>, C Laubarie-Mouret<sup>1</sup>, N Cardinaud<sup>1</sup>, M Charenton-Blavignac<sup>1</sup>, T Dantoine<sup>3,4</sup>, A Tchalla<sup>1,2,3,4</sup>

(1. Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement, médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges; 2. Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges ; 3. EA 6310 HAVAE Université de Limoges, Limoges; 4 Université de Limoges, Limoges)

**Contexte:** Véritable enjeu de cohésion sociale et de santé publique, l'isolement social est massif chez nos aînés et engendre un risque important de perte d'autonomie. Les données de l'UPSAV montrent que préserver le lien social influe sur la fragilité. Lauréat de l'appel à projet de la Conférence des Financeurs de la Haute-Vienne en 2016, les Ateliers Café Autonomie de l'UPSAV, s'inscrivent dans le prolongement des actions de l'unité. Il s'agit de mettre en place des groupes d'échange pour favoriser le lien social et lutter contre l'isolement responsable de la perte d'autonomie chez la personne âgée à domicile. **Objectifs:** Maintenir l'autonomie en favorisant le lien social, rendre la personne âgée actrice de son bien-vieillir, impliquer les partenaires territoriaux et évaluer l'impact des ateliers sur la fragilité. **Méthodes:** Les participants, sélectionnés parmi la file active de l'UPSAV ou proposés par le Conseil départemental, selon des critères d'inclusion, sont répartis en quatre groupes de 10 personnes en secteur rural et urbain. Chaque groupe se rencontre une fois par mois pendant 10 mois dans un café. Les ateliers sont animés par un binôme de professionnels de l'UPSAV (psychomotricienne, infirmière, assistante sociale) spécialisés en gérontologie, autour de thèmes choisis par les groupes, abordant sous différents angles la prévention et le bien vieillir. Chaque participant bénéficie d'une Evaluation Gériatrique Globale avant le premier atelier puis à 5 et 10 mois afin d'évaluer l'impact des cafés autonomie sur le lien social, la fragilité, la thymie et les capacités motrices et cognitives. **Résultats:** Depuis 6 mois, 32 personnes (84,4 ans  $\pm$  4,7) participent régulièrement aux cafés. Les questionnements étant semblables dans les différents groupes, sept thèmes ont été choisis et sont traités de façon ludique et pratique. A ce jour, les participants sont impliqués et actifs dans les échanges (77,8% de taux de participation). L'analyse des données à mi-parcours permettra une première évaluation de l'impact des cafés. **Conclusion:** Le Café autonomie est un outil de prévention de la perte d'autonomie. Ce concept visant à rendre les personnes âgées actrices de leur bien vieillir, pourra être transmis, via une formation par les professionnels de l'UPSAV, aux partenaires territoriaux qui développeront et pérenniseront ses actions.

**P-24. Un outil intelligent et collaboratif de parcours pour les Equipes Mobiles Gériatriques de l'AP-HM**

G Delalande, M Pellerey, P Caunes, N Gobin, AL Couderc, M Bourriquen, MX Barbaud, S Fabries, S Bonnardel, P Villani (CHU Timone, Marseille, France)

**Contexte:** L'article 70 de la LFSS de 2012 a contribué sur Marseille à la mise en place progressive d'un parcours formalisé de la personne âgée. Un financement complémentaire d'AG2R a permis

de développer une application pour les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) de l'AP-HM. Elle vise à accompagner les différentes étapes du parcours. **Objectifs:** L'objectif principal a été de développer un logiciel métier pour les EMG. Cet outil a été pensé pour être collaboratif, utilisable au chevet du patient et sur l'intranet de l'AP-HM. **Méthodes:** Un groupe projet pluridisciplinaire composé de développeurs, experts métiers avec un chef de projet doté de compétences en informatique, ingénierie de projet et en santé a été constitué. La méthode de développement itérative (méthode agile) a été choisie car elle est adaptée aux expérimentations avec un cahier des charges évolutif. Des livraisons rapides ont été testées successivement en s'adaptant aux besoins des équipes. **Résultats:** Cette application dédiée aux EMG intra et extra-hospitalières de l'AP-HM permet l'accès à : - un tableau de bord de suivi des différentes étapes d'intervention de l'équipe à partir de la première évaluation du patient (dossiers à valider, envoi des courriers aux médecins traitants, dates de suivi), - aux différentes échelles d'évaluation gériatrique, - un outil de repérage du risque de ré-hospitalisation précoce avec l'organisation d'une réponse graduée, - un volet «urgence» pour les avis sur le Service d'Accueil des Urgences, - un volet «DIG» (Dossier Individuel Gériatrique) commun pour leurs interventions sur les services hospitaliers et sur les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), - la formalisation du Plan Personnalisé de Santé. **Conclusion:** Les EMG de l'AP-HM bénéficient désormais d'un outil pensé par eux et pour eux, élaboré selon une méthode interactive et réactive, consultable au lit du patient où qu'il soit (SAU, services hospitaliers et EHPAD). Son opérationnalité sera achevée en 2018 lors de l'inclusion pour son volet statistique, actuellement en cours, des indicateurs de l'ANAP. La prochaine étape est l'extension auprès des équipes d'appui gériatrique qui interviennent au domicile sur l'ensemble de l'agglomération marseillaise.

**P-25. La prescription de l'activité physique adaptée (APA) chez les patients en ALD : un projet innovant mais problématique**

N Barth, D Hupin, B Bongué, C Dupré, J Raffin, C Nitenberg (Université de Saint Etienne, Saint-Etienne, France)

**Contexte:** La pratique d'activité physique adaptée (APA) et la lutte contre la sédentarité sont au coeur des politiques de santé publique pour un vieillissement réussi. Elles ont pour objectif de prévenir les pathologies chroniques et la perte d'autonomie, en contribuant à ralentir les effets du vieillissement. Thérapeutique à part entière, l'APA intervient en prévention primaire, secondaire et tertiaire des pathologies chroniques. La loi de modernisation du système de santé français prévoit pour les personnes en affection de longue durée, la prescription d'une APA par le médecin généraliste. Comment les médecins traitants et les médecins de prévention peuvent-ils contribuer à la mise en oeuvre effective du « sport par ordonnance » ? **Objectifs:** Cet article propose de questionner la faisabilité de la prescription d'APA chez les seniors au regard des personnes elles-mêmes, des professionnels de santé, des dispositifs et des financements associés. **Méthodes:** Sur le plan méthodologique, nous avons réalisé une analyse de la littérature scientifique et des textes législatifs ainsi qu'une analyse qualitative auprès des acteurs de prévention qui évoluent dans des contextes sociodémographiques différents dans plusieurs régions françaises. **Résultats:** Si l'ensemble des acteurs considère la loi comme une évolution positive, ils mettent en évidence plusieurs obstacles à la

faisabilité de la prescription d'AP : 1. Le manque de formation des médecins face à cette prescription de pratique et les stéréotypes associés à une personne vulnérable physiquement et/ou socialement, 2. Les résistances initiales des patients vers une thérapeutique non médicamenteuses qui met en jeu le mode de vie, 3. L'absence d'un répertoire des structures relais permettant d'orienter efficacement les personnes pour un engagement durable, 4. L'absence de moyens financiers, face à un projet qui ne propose pas de financement, 5. La difficulté des médecins face à l'établissement d'un certificat médical conforme? **Conclusion:** Si les bénéfices de la pratique d'une APA à tous les âges de la vie ne sont plus à démontrer, la mise en oeuvre de ce dispositif de santé publique innovant reste problématique. Au-delà des représentations de la pratique chez un public vieillissant, les questions d'ordre professionnel persistent : orientation/accompagnement vers des structures adaptées, communication entre l'ensemble des dispositifs de soins et d'éducation, formation de l'ensemble des professionnels et financement.

**P-26. Y a-t-il une alternative à la venue directe des patients des Ehpad aux urgences de l'hôpital de Versailles**

A laboucheix, V Hery, M Harboun

(Centre hospitalier Andre Mignot, Versailles, France)

**Contexte:** Le nombre des personnes âgées de plus de 75 ans (PA), dont celles adressées par les Ehpad, consultant au SAU-CHV est élevé et progresse rapidement : 20% des 58364 passages adultes en 2016, + 7.4 % par rapport à 2015. **Objectifs:** Rechercher une alternative à la venue directe au SAU des PA venant des Ehpad **Méthodes:** 1- L'étude d'une cohorte rétrospective de 287 PA consécutives adressées au SAU-CHV par les Ehpad de janvier à juin 2016 aux heures ouvrables (médecin d'Ehpad et/ou médecin traitant disponibles) a montré les caractéristiques suivantes : âge moyen 90 ans, sexe F 71%, GIR moyen 2,5, absence de directives anticipées 90%, contact médical préalable 45%, présence du dossier médical 60%, absence de fiche de liaison HAS 100%, motifs de recours traumatologique 39% médico-chirurgical 61%, hospitalisation 50%, 2- Un Groupe d'Évaluation (deux médecins urgentistes et un gériatre) a été constitué afin de qualifier la pertinence de la venue des PA au SAU-CHV. Les consultations étaient considérées pertinentes si elles étaient liées à des pathologies traumatiques aiguës ou à des pathologies médico-chirurgicales aiguës pouvant bénéficier d'une prise en charge spécifique dans un contexte d'urgence (AVC thrombolyse, insuffisance coronarienne aiguë, pathologies abdominales aiguës, pathologies métaboliques...) 3- Ces critères ont été appliqués sur un échantillon de 145 observations tirées au sort parmi les dossiers des PA de l'étude de cohorte et relus par le Groupe d'Évaluation en aveugle de la décision d'orientation prise au SAU-CHV. **Résultats:** Le Comité d'Évaluation a jugé pertinente la venue des PA dans 62 % des cas et considéré qu'une de prise en charge alternative, par admission directe en gériatrie aiguë sans passage par le SAU-CHV, était possible dans 38 % des cas. **Conclusion:** Une alternative à la venue directe des patients des Ehpad au SAU-CHV apparaît possible en suivant un circuit centré sur un médecin référent gériatre, informé de la disponibilité des lits de gériatrie aiguë du bassin de vie, joignable aux heures ouvrables par les médecins des Ehpad et qui orienterait les patients sur la base des données d'un échange médical soit au SAU-CHV soit directement en gériatrie aiguë

**P-27. Agisme en maison de repos : résultats de la cohorte SENIOR**

F Buckinx<sup>1</sup>, S Adam<sup>2</sup>, A Charles<sup>1</sup>, X Rygaert<sup>1</sup>, JY Reginster<sup>1</sup>, O Bruyère<sup>1</sup>

(1. Département de Santé Publique, Epidémiologie et Economie de la Santé; Centre collaborateur de l'OMS pour l'étude de la santé et du vieillissement de l'appareil musculo-squelettique; Université de Liège, Belgique; 2. Unité de recherche en psychologie de la senescence, Université de Liège, Belgique)

**Contexte:** L'agisme est un terme proposé initialement par Butler pour désigner toutes les formes de discrimination, de ségrégation ou de mépris fondées sur l'âge. Dans le domaine de la santé, la stigmatisation associée au vieillissement suscite de grandes préoccupations dans la mesure où une littérature abondante souligne ses effets délétères sur la santé physique et mentale des aînés. **Objectifs:** L'objectif de cette recherche est d'étudier la relation entre la perception auto-rapportée du vieillissement et le statut de fragilité des personnes âgées résidant en maison de repos. **Méthodes:** Une analyse transversale des données récoltées au moment de l'inclusion dans la cohorte SENIOR (Sample of Elderly Nursing home Individuals : an Observational Research) a été réalisée. Tous les sujets inclus dans l'étude ont reçu un diagnostic de la fragilité sur base des critères proposés par Fried. Ceux-ci ont également répondu au questionnaire validé AAQ (Attitude to Aging Questionnaire) évaluant leur attitude face au vieillissement afin d'évaluer, in fine, la relation entre cette perception du vieillissement et la fragilité. **Résultats:** Un total de 662 résidents, dont 72,5% de femmes, provenant de 28 maisons de repos différentes situées en province de Liège ont participé à cette étude. Ces sujets étaient âgés de  $83,2 \pm 8,99$  ans et avaient un score au test MMSE de  $24,1 \pm 4,52$  points. Parmi ceux-ci, 166 (25,1%) étaient fragiles, 398 (59,8%) étaient pré-fragiles, alors que 100 (15,1%) étaient robustes. Les résultats de cette étude dévoilent que, d'après le questionnaire AAQ, les sujets fragiles ont une perception plus négative face au vieillissement (score de  $80,3 \pm 10,2$  points au questionnaire) que les sujets pré-fragiles ( $83,6 \pm 10,8$ ) et les sujets robustes ( $86,5 \pm 10,5$ ) ( $p=0,02$ ). Néanmoins, l'âge mental subjectif ( $70,7 \pm 16,6$  ans dans la population étudiée) et l'âge physique subjectif ( $71,8 \pm 18,5$  ans) des résidents ne sont pas significativement différents selon le statut de fragilité (respectivement  $p=0,52$  et  $p=0,18$ ). **Conclusion:** L'attitude face au vieillissement des personnes âgées résidant en maison de repos est potentiellement associée à la fragilité. Des études longitudinales sont nécessaires pour comprendre la causalité entre la vision du vieillissement et la fragilité.

**P-28. Valeurs normatives de la force isométrique pour 8 groupes musculaires différents et leur valeur prédictive de la perte d'autonomie chez les personnes âgées résidant en maison de repos: l'étude SENIOR**

F Buckinx<sup>1</sup>, J-L Croisier<sup>2</sup>, A Charles<sup>1</sup>, J Petermans<sup>3</sup>, JY Reginster<sup>1</sup>, X Rygaert<sup>1</sup>, O Bruyère<sup>1</sup>

(1. Département de Santé Publique, Epidémiologie et Economie de la Santé; Centre collaborateur de l'OMS pour l'étude de la santé et du vieillissement de l'appareil musculo-squelettique; Université de Liège, Belgique; 2. Département des Sciences de la Motricité, Université de Liège, Belgium; 3. Service de Gériatrie, CHU de Liège, Belgium)

**Contexte:** La force musculaire, qui peut être évaluée à l'aide d'un dynamomètre portable, est le prédicteur le plus important de

l'indépendance. Cependant, une limite de cet outil de mesure est le manque de valeurs normatives pour les groupes musculaires des membres inférieurs et pour les populations spécifiques telle que les résidents en maison de repos. **Objectifs:** Déterminer des valeurs normatives pour la force isométrique de 8 groupes musculaires, chez les résidents en maison de repos, et étudier leur valeur prédictive de la perte l'autonomie. **Méthodes:** Il s'agit d'une analyse des données de la première année de suivi de la cohorte SENIOR. La force musculaire isométrique des résidents a été évaluée, lors de leur inclusion dans l'étude, au niveau de 8 groupes musculaires, à l'aide du MircoFET2. La valeur seuil a été définie comme étant le quartile inférieur de la force isométrique normalisée par le poids des résidents. La perte d'autonomie, après un an de suivi, a été définie comme une diminution de 1 point(s) sur l'échelle de Katz. des régressions logistiques ont été utilisées pour évaluer la valeur prédictive de la force isométrique sur la perte d'autonomie. **Résultats:** 204 résidents (83,2±8.99 ans, 72,5% de femmes) ont été inclus dans l'étude. Les valeurs seuils de la force isométrique étaient respectivement 0,94, 1,07, 0,77, 0,88, 0,78, 0,79, 0,99 et 0,71 N/kg pour les fléchisseurs et extenseurs du genou, les fléchisseurs et extenseurs de la cheville, les abducteurs et extenseurs de la hanche, les fléchisseurs et extenseurs du coude. Après ajustement sur l'âge et le sexe, les valeurs seuils pour les extenseurs du genou (p=0,04) et pour les extenseurs de la cheville (p=0,03) étaient significativement prédictives de la perte d'autonomie. **Conclusion:** Cette étude présente des valeurs de référence pour la force isométrique de 8 groupes musculaires différents chez des résidents en maison de repos issus d'une étude prospective. Les valeurs seuils de la force musculaire isométrique des extenseurs du genou et des extenseurs de la chevilles peuvent être utilisées en pratique clinique pour contribuer à l'identification des patients à risque accru de perte d'autonomie

#### **P-29. La formation des professionnels à l'évaluation et au repérage de la fragilité des personnes âgées à domicile : un axe majeur des politiques de prévention**

I Moesch, E Ferrer

(Pôle de Gérontologie et d'Innovation Bourgogne-Franche-Comté, Besançon, France)

**Contexte:** La détection des situations de fragilité et la mise en place d'accompagnements concertés et adaptés sont des enjeux forts de la politique de prévention et de préservation de l'autonomie dans l'avancée en âge conduisant l'ensemble des acteurs à un changement de paradigme. Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées non dépendantes nécessite d'identifier et de mesurer des facteurs de risque. La CNAV, la CCMSA et le RSI, dans le cadre de leur politique de prévention en interrégime, ont missionné le Pôle de Gérontologie et d'Innovation Bourgogne-Franche-Comté (PGI) pour l'élaboration d'une grille de détection des risques de la fragilité, la grille FRAGIRE, adaptée aux besoins spécifiques des retraités appartenant au Groupe Iso Ressources 5 ou 6. Expérimentée à l'échelle nationale et désormais intégrée dans le dossier commun d'évaluation interrégime (SIREVA), la mise en œuvre de la grille FRAGIRE a été accompagnée d'une formation spécifique à destination des évaluateurs. Le bilan mené à l'issue de cette formation a conforté la nécessité d'engager une démarche de professionnalisation des travailleurs sociaux dans le champ de l'évaluation et du repérage de la fragilité des personnes âgées. **Objectifs:** Accompagner les professionnels aux évolutions des démarches évaluatives; Renforcer l'expertise gérontologique

(dimensions de la fragilité); Favoriser l'harmonisation des pratiques professionnelles **Méthodes:** Un comité d'expert pluridisciplinaire a travaillé à la création d'une formation diplômante (cadre, contenu, modalités). Parallèlement, un groupe de travail composé de professionnels de l'évaluation et du repérage de la fragilité relevant de l'action sociale des caisses de retraite a été constitué pour mener une réflexion sur la mise en place d'actions structurantes. **Résultats:** Ouverture d'un Diplôme Universitaire Évaluateur Social de l'Autonomie des Personnes Âgées à Domicile Organisation de journées d'échanges pour les structures d'évaluation. **Conclusion:** La professionnalisation permet de renforcer l'expertise des professionnels et d'optimiser la politique de prévention de la perte d'autonomie. En 2018 la poursuite des travaux engagés visera à favoriser l'innovation et l'amélioration des pratiques.

#### **P-30. Dépression et troubles du comportement chez le sujet âgé : développement d'un atelier multimodal de prévention et d'orientation au sein du Centre municipal de santé (CMS) et des lieux associatifs de la ville de Gennevilliers (IDF)**

J Zwaig, J de la Londe

(CMS de la ville de Gennevilliers, Gennevilliers, France)

**Contexte:** Les souffrances psychologiques sont des critères de fragilité (grilles GFST, SEGA-A). La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé. Elle augmente le risque de dépendance, d'institutionnalisation et de surmortalité. Les troubles du comportement sont très fréquents et conditionnent le maintien à domicile et l'épuisement pour les aidants. Une équipe multi-professionnelle du CMS a mis en place un dispositif de repérage de la souffrance psychique afin de concourir au maintien global de l'autonomie et du « bien vieillir actif ». Objectifs: Mise en place d'un dispositif de repérage et de prise en charge de la souffrance psychique pour favoriser la prévention de la dépendance. Méthode : Etude interventionnelle. Critères d'inclusion : toute personne de plus de 65 ans vivant à domicile, autonomes (échelle de KATZ 5/6, GIR 5/6). Chaque atelier était animé par un binôme gérontologue-psychologue qui proposait une conférence ouverte au public sur l'utilité du repérage de la fragilité, recrutant des groupes de 15 personnes pour 2 séances de 2heures. Ils se déroulaient dans plusieurs lieux associatifs de la ville. Etait abordés les spécificités gériatriques de la dépression, les situations à risque de dépression, l'appréciation de risques de passage à l'acte ; les troubles du comportement, l'appréciation du degré de dangerosité pour le patient ou pour autrui. Chaque intervenant consignait ses données personnelles dans un livret spécifique, le « Passeport Santé » incluant une auto évaluation « Mini-GDS » et l'inventaire neuropsychiatrique NPI. Le Passeport favorisait l'émergence d'une alliance thérapeutique entre les aidants et la personne souffrante. En cas de troubles du comportement il était conseillé d'utiliser la technique de validation de Naomi Feil. **Résultats:** Instaurer des interventions multimodales au sein d'une population de PA pour repérer les risques de dépression et de troubles du comportement et de s'inscrire dans sa prise en charge. Le « Passeport » devient un outil de choix centré sur le sujet fragile favorisant son maintien en autonomie à long terme. Conclusion: Ces ateliers de prévention de la dépendance sont bâtis d'une façon transversale. Ils ciblent un large public de PA autonomes. Ils s'inscrivent dans le repérage et la prise en charge globale de la fragilité. Les liens créés entre les acteurs seront portés sur le long terme. Il faudra continuer à modéliser les ateliers et à pérenniser leur financement.



**P-31. Formation pluriprofessionnelle sur la prise en charge de la personne âgée en soins premiers pour les internes de médecine générale**

B. Chicoulaa, F. Durrieu, B. Fougère, A. Stillmunkes, S. Oustric  
(Département Universitaire de Médecine Générale, Toulouse, France)

**Contexte:** Au sein de notre département universitaire de médecine générale (DUMG), l'acquisition de la compétence professionnelle concernant la prise en charge médicale du vieillissement à domicile se fait à travers un enseignement facultaire, un séminaire de partage et d'échange de pratique et un enseignement pratique en médecine polyvalente gériatrique pour tous les internes. **Objectifs:** Créer une formation complémentaire optionnelle pour permettre aux internes en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés (SASPAS) de repérer, évaluer, prendre en charge et coordonner le suivi d'une personne âgée fragile vivant à son domicile, ou d'une personne dépendante en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). **Méthodes:** Les enseignants du pôle « vieillissement à domicile » du DUMG et du Gérontopôle de Toulouse ont défini les objectifs, le déroulé, le contenu pédagogiques et les lieux de formation. L'appel à candidature est adressé par courriel aux internes en SASPAS. Dix places sont ouvertes chaque semestre. **Résultats:** Un double enseignement a été proposé aux internes. 1-Enseignement facultaire: basé sur des situations cliniques authentiques et de la pédagogie active au cours d'une journée et demi de formation abordant : (A) la prise en charge de la personne âgée fragile en soins premiers avec une équipe enseignante pluri-professionnelle: médecin généraliste, gériatre, diététicienne, nutritionniste, kinésithérapeute, enseignant en activité physique adapté; (B) la prise en charge d'une personne âgée en EHPAD et le rôle du médecin coordonnateur. 2-Enseignement pratique avec: (A) une journée en hôpital de jour d'évaluation des fragilités au sein du CHU de Toulouse Objectifs pédagogiques : (1) Dépister et évaluer une personne âgée fragile (2) Synthétiser et hiérarchiser les résultats de l'évaluation gériatrique (3) Elaborer un plan personnalisé de prévention (4) Planifier le suivi du patient et réadapter le plan personnalisé de prévention si besoin; (B) une journée et demie en EHPAD ; encadrée par des maîtres de stage universitaire où sont abordés le rôle du médecin coordonnateur et l'utilisation des tests d'évaluation gérontologique réalisés dans l'EHPAD. Objectifs pédagogiques : (1) Identifier le rôle du médecin coordonnateur en EHPAD, (2) Réaliser certaines de ses missions: a) utiliser les outils d'évaluation gérontologique disponibles en EHPAD, b) intégrer les résultats des tests d'évaluation gérontologique réalisés au sein de l'EHPAD dans la prise en charge d'un patient, c) réaliser le suivi d'un patient en EHPAD, d) optimiser la prescription médicamenteuse chez un patient en EHPAD. **Conclusion:** Cette formation est un atout complémentaire pour l'interne, futur médecin généraliste installé. Elle permet d'apprendre à gérer la complexité et la coordination du parcours de santé d'une personne âgée en soins premiers en collaboration avec les équipes spécialisées hospitalières, de l'état pré-fragile à la dépendance.

**P-32. Intérêt du bladderscan en post-mictionnel a l'admission en gériatrie**

JM Razafindrainibe, A Botramamy, E Dos Santos, S Durand, F Doucet, F Nay  
(Hôpital Georges Clémenceau AP-HP, Champcueil, France)

**Contexte:** La rétention urinaire aigue ou chronique est souvent rencontrée chez les personnes âgées hospitalisées. Elle engendre des complications telles que : incontinence urinaire par miction par regorgement, infection urinaire, hydronéphrose, insuffisance rénale, confusion mentale. **Objectifs:** Le but de cette étude est de montrer l'intérêt du Bladderscan réalisé en post-mictionnel en systématique à l'admission en gériatrie. **Méthodes:** C'est une étude prospective, débutant le 01 février 2017, sur un mois. Critères d'inclusions : patients hospitalisés en SSR sur deux unités au mois de février 2017. Outils : dossier médical et de soins informatisés, dossiers médicaux-papier, appareils Bladderscan. **Résultats:** Sur un mois, sur un total de 81 patients, 62 ont eu un Bladderscan à leur admission. L'absence de Bladderscan se retrouve chez 7 patients porteurs d'une sonde urinaire à demeure, chez un patient agressif, 5 patients transférés d'un autre service, et dans 6 cas sans aucune donnée retrouvée. A l'entrée, 24 patients (38,7%) ont un Bladderscan > 150 ml dont 6 patients > 500 ml ; 38 patients < 150ml. La traçabilité de la réalisation en post-mictionnel du Bladderscan n'a été retrouvée que chez 10 patients. Pour 5 patients présentant un volume >500 ml, une démarche thérapeutique a été enclenchée avec une grande variabilité dans les pratiques. Pour un patient, on note une traçabilité insuffisante. **Conclusion:** Dans cette étude, nous pouvons retenir la pertinence de l'utilisation du Bladderscan qui permet de dépister une vessie rétentionnelle et limite les sondages urinaires inutiles. Pratique, non invasif, le Bladderscan est utile au clinicien dans sa démarche diagnostic. Pour autant, il nécessite d'être réalisé dans des conditions optimales. En effet, dans notre étude, 29 % des patients présentaient un Bladderscan compris entre 150 et 400 ml ce qui laisse supposer qu'un contrôle en post-mictionnel aurait été nécessaire. 19 n'ont pas été dépistés. Il est souhaitable d'harmoniser les pratiques par l'établissement d'un protocole clair et précis sur la réalisation et le suivi du Bladderscan chez le patient âgé et sur l'attitude thérapeutique devant une vessie rétentionnelle.

**P-33. Evaluation de la prescription du paracétamol chez les personnes âgées. Etude sur le SSR BOLBEC**

Z Razafindrainibe, M Razafindrainibe, S Lethuilliert  
(Centre hospitalier caux vallée de seine site Bolbec, Lillebonne, France)

**Contexte:** La douleur est fréquente chez les personnes âgées. Le paracétamol est la molécule privilégiée. Une étude a été menée sur les modalités de prescription de cette molécule sur le SSR de BOLBEC. **Objectifs:** - Chercher la pertinence de la prescription initiale: Ordonnance d'entrée; Ou durant l'hospitalisation. - Evaluer l'efficacité avec traçabilité: Traitement en cours; Rechercher d'éventuel effet indésirable. -Optimiser la conciliation médicamenteuse: traitement de sortie : Eviter la re-prescription sans évaluation. **Méthodes:** - Etude rétrospective de cette prescription dans le service SSR CHICVS site Bolbec du 01/01/2016 au 30/06/2016 - Critères d'inclusion : Patients plus de 60 ans; Paracétamol prescrit : Sur l'ordonnance d'entrée. Durant l'hospitalisation; A la sortie. - Outils : PMSI, logiciel de l'établissement AXIGATE; Registre de délivrance paracétamol de la pharmacie interne; oListe de BEERS. **Résultats:** - 236 patients

ont été retenus : 153 femmes, 83 hommes ; moyenne d'âge 80 ans. - 161 Patients (68,23%) avaient un traitement paracétamol à leur admission. 75 Patients (31,77%) n'en avaient pas. - 135 patients ont le paracétamol sur leurs ordonnances habituels; - 150 patients (63,55%) ont eu une prescription durant l'hospitalisation; - 123 patients (52,11%) en ont sur leur ordonnance de sortie; - 29 patients (12,28%) ont une insuffisance hépatique, 127 patients (53,81%) en insuffisances rénales; - Aucun effet indésirable n'a été noté; - Trouble de l'INR chez 41 patients (17,37%) sous anticoagulant; - 72 patients sous autres molécules à l'entrée ; 50 patients sous pallier 3 en association; - La douleur a été évaluée pour 115 patients (48,72%). **Conclusion:** Cette étude essaye de montrer la prépondérance de prescription du paracétamol chez les personnes âgées, dont le motif n'est pas clair. L'évaluation n'est pas souvent faite ou manque de tracabilité. L'optimisation de la conciliation médicamenteuse à la sortie d'une hospitalisation semble nécessaire pour éviter une surconsommation de médicaments qui est un véritable problème de santé publique en France.

### **P-34. Les évaluateurs de l'APA sont-ils tous en adéquation avec l'éthique gérontologique ?**

A Essaki

(Services à la personne, Le Raincy, France)

**Contexte:** « La vraie valeur d'un être humain se mesure au degré de sa libération de l'ego » Albert Einstein La prise en charge des personnes âgées devient un enjeu majeur sociétal du XXI<sup>e</sup> siècle. L'éthique gérontologique est la morale qui garantit la bonne pratique, son développement permet de poursuivre les améliorations pour une politique du bien vieillir. L'humanité doit être cette compétence prioritaire permettant d'adopter de bonnes pratiques. Le concept de fragilité a fait l'objet de nombreuses études afin de concevoir et d'améliorer des outils d'évaluations pratiques favorisant la prise en charge du sujet âgé. L'évaluation de la fragilité permet de prévenir la perte d'autonomie et de mettre en place des projets de vie oeuvrant pour le maintien à domicile et évitant les hospitalisations répétées.

**Objectifs:** Faire évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée dans le but que celle-ci perçoive une allocation personnalisée d'autonomie versée par le département de résidence de cette dernière par une équipe médico-sociale départementale, aux compétences aléatoires et dont les membres sont également rémunérés par le département, aurait pour conséquence une évaluation incomplète de part le manque d'objectivité des évaluateurs. Le but de l'article est d'ouvrir le débat concernant le degré d'éthique gérontologique des évaluateurs APA qui ne travaillent pas tous forcément dans le cadre gérontologique, mais dans un but purement administratif d'une action d'évaluation routinière et sans autres enjeux que de remplir leur mission contractuelle rendant ainsi certaines évaluations de prise en charge à domicile inadéquates. **Méthodes:** articles, thèses, livres. **Conclusion:** Depuis 1975 la question de la dépendance et du bien-vieillir n'est toujours pas résolue alors que certains pays comme les Etats-Unis ou le Japon ont fortement progressé et amélioré leurs systèmes de prise en charge dotés d'une bonne articulation entre professionnels, n'hésitant pas à tester les nouvelles technologies. La France ne prend pas encore pleinement la mesure des enjeux du vieillissement, son organisation et son maillage territorial concernant les acteurs liés aux personnes âgées des domaines sanitaires et médico-sociaux sont encore très flous et laissent place à une multitude d'irrégularités et d'inégalités faisant de la prise en charge des personnes fragiles un enjeu électoral et financier.

### **P-35. Mise en place d'un processus systématique et adapté d'une prescription d'activité physique au congé de l'Unité de Courte Durée Gériatrique (UCDG) pour contrer la perte de mobilité**

M Aubertin-Leheudre, LP Carvalho, M Lauzé, A Bolduc, MJ Kergoat

(UQAM, Montréal, Canada)

**Contexte:** Malgré les conséquences physiques de l'hospitalisation, la prescription d'activité physique post-séjour n'est pas automatique et varie selon le milieu. **Objectifs:** Évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de la mise en place d'un processus automatique et spécifique. **Méthodes:** Un outil décisionnel de prise en charge axé sur 3 états (équilibre, cardio-musculaire et cognitif) a été développé afin d'établir un profil de mobilité (via le physiothérapeute) et de prescrire un des 18 programmes d'activité physique adaptés relatifs aux scores obtenus. Durant les 12 semaines post-hospitalisation les participants devaient faire un de ces programmes simples (sans matériel), sécuritaires (adaptés à leur autonomie physique et cognitive) et rapides (4 exercices; 15-20 min/séance) quotidiennement et seul. Tous les patients admis à l'UCDG de l'IUGM étaient éligibles si 1) orientation en communauté, 2) MMSE18, 3) comprend le français ou l'anglais, 4) durée de séjour 7 jours et 5) absence de contre-indication. Les caractéristiques des participants et non participants ont été comparées via des tests statistiques non-paramétriques. **Résultats:** 41 des 100 patients admis n'étaient pas éligibles. Parmi les 59 patients éligibles, 27% ont participé volontairement au projet. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes au niveau socio-démographique, cognitif, profil clinique et corporel. **Conclusion:** 50% des patients admis en UCDG pourraient bénéficier d'une prescription rapide et spécifique d'exercices physiques au congé (contre ~15% actuellement). Néanmoins, des facteurs autres que l'état physique expliqueraient que seulement 27% participent volontairement (prescripteur; motivation, supervision offerte, type de programme). Des analyses quantitatives (effets physiques) et qualitatives (adhérence) sont en cours.

### **P-36. Fragilité de la personne âgée: et son aidant ?**

S Bonin-Guillaume, S Arlotto, AC Durand, S Denicolai, S Gentile (AP-HM/ Aix Marseille Université, Marseille, France)

**Contexte:** Avec le vieillissement de la population le nombre d'aidants informels c'est-à-dire les personnes non professionnels et non rémunérés s'occupant d'une personne âgée (PA), augmente rapidement. Ces aidants sont des partenaires indispensables pour la prise en charge des PA, dépendantes ou non, dans la perspective d'un maintien à domicile. L'état de santé et la fragilité de ces aidants méritent d'être étudiés pour améliorer les conditions du maintien à domicile des PA. **Objectifs:** décrire les facteurs de fragilité et la santé perçue des aidants informels de personnes âgées non dépendantes vivant à domicile. **Méthodes:** Etude observationnelle prospective de binômes « aidants-bénéficiaires » suite à une demande d'aide auprès de la Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail de la région sud Est de la France. Chaque binôme (PA de 70 ans et plus en GIR 5 et 6, et son aidant) a été évalué par un travailleur social au domicile de la PA. La fragilité de l'aidant a été évaluée par les grilles GFST et FIND. **Résultats:** 876 binômes « PA-aidants » ont été évalués. L'âge moyen des PA était de 82 ± 6 ans : 78% étaient des femmes ; 49% présentaient des critères de fragilité selon la grille FRAGIRE (frailty groupe iso ressources évaluation) ; 50,6% étaient classés en GIR 6 et 49, 4% en GIR 5. Les aidants se répartissent

en conjoints (29%, âge moyen 79 ans, 62% hommes), enfants (60%, âge moyen 56 ans, 74% femmes) et autres (11%, âge moyen 58 ans, 80 % femmes). Selon la grille FIND, 56% des conjoints présentent des difficultés de mobilité, pour 11% dans les autres groupes (enfants et autres) ; les 3 groupes présentent une fragilité dans 31%, 46% et 34% des cas respectivement. Selon la grille GFST, 77,3% des aidants ont un score au moins égal à 1 ; l'item le plus fréquemment positif est le sentiment de fatigue (52,9%). Ceci est à mettre en relation avec les plaintes douloureuses (62,1%), en particulier les lombalgies (62%) et les troubles du sommeil (62,9%).

**Conclusion:** Le repérage de la fragilité des aidants est important à prendre en compte pour que les aides proposées soient adaptées à leurs besoins, et ainsi optimiser le maintien à domicile de la PA aidée.

### **P-37. Vieillesse et gérontechnologies à La Réunion : le programme G-Run**

F Sandron

(IRD, Université Paris Descartes, Paris, France)

**Contexte:** Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées et de l'espérance de vie, se pose le défi d'un vieillissement en bonne santé ou de manière plus large du bien-vieillir. Les gérontechnologies, définies comme des « systèmes techniques et solutions d'aides à la personne âgée », jouent un rôle croissant dans la promotion du bien-vieillir. Face à ce marché en forte croissance potentielle au cours des prochaines décennies, les offres se multiplient. **Objectifs:** Si l'offre se développe, qu'en est-il de la demande ? Méconnaissance des produits, coût élevé, complexité technique, incompréhension des objectifs, peur de voir disparaître les relations humaines, les facteurs de réticence à l'adoption des gérontechnologies sont nombreux. Les personnes âgées sont-elles pour autant forcément technophobes ? Dans quelles conditions les gérontechnologies sont-elles acceptables ? L'objectif est de répondre à ces questions dans le cas du Département d'Outre-Mer de La Réunion, où la situation sanitaire et socioéconomique des personnes âgées est plus défavorisée qu'en France métropolitaine. **Méthodes:** Le poster synthétise les résultats du programme de recherche G-Run « Évaluation économique et acceptabilité sociale des gérontechnologies à La Réunion » dans le cadre de l'Appel à Projets Recherche 2014 du Ministère français des Outre-Mer. Cette recherche s'est appuyée sur deux types de matériaux : 1) une recension de données statistiques et un calcul économique du coût de la dépendance à La Réunion qui vont donner le point de vue des politiques publiques ; 2) la réalisation de quarante entretiens semi-directifs réalisés entre avril 2015 et février 2016 dont l'exploitation et l'analyse se sont faites de manière qualitative, il s'agit là davantage de comprendre le point de vue de l'utilisateur. **Résultats:** Les résultats du programme G-Run consistent en une meilleure compréhension des réticences ou des appréhensions pour l'adoption de nouvelles technologies destinées à favoriser le maintien à domicile et le bien-être des personnes âgées. Cet aspect « demande » des nouvelles technologies est complétée par le versant « offre », où il est proposé de comprendre comment les politiques publiques peuvent favoriser l'adoption des nouvelles technologies. Il serait en effet dommage que, in fine, seules les catégories de personnes âgées les plus fortunées puissent bénéficier des gérontechnologies, à La Réunion comme ailleurs. **Conclusion:** L'analyse économique et sociologique couplant une approche quantitative et une approche qualitative a permis de mieux comprendre les attitudes des personnes âgées face à l'adoption de la téléassistance et de mieux quantifier l'intérêt pour les pouvoirs

publics de promouvoir une démarche de prévention dans la double optique de diminuer les coûts et de promouvoir le bien-vieillir.

### **P-38. Observation d'une réduction de déficits liés à l'âge grâce à un entretien cognitif multivarié durant une période de 12 ans**

J Plumet, D Clarys

(UMR-CNRS 7295, Centre de Recherches sur la Cognition et l'Apprentissage, Université de Poitiers; UMR 7295 CeRCA - CNRS - Université de Poitiers - MSHS - Poitiers, France)

**Contexte:** L'avancée en âge s'accompagne de déficits mnésiques et exécutifs mais avec d'importantes variations interindividuelles. Par ailleurs, des mécanismes de plasticité existent encore dans le cerveau âgé, favorisés par différentes formes de stimulations environnementales. **Objectifs:** L'étude consiste à vérifier si une sollicitation régulière des fonctions cognitives favorise le maintien de ces capacités et si l'âge pour l'entreprendre est déterminant. **Méthodes:** Dans une étude longitudinale, 96 participants âgés de 53 à 76 ans, assistant à un programme d'entretien cognitif depuis 12 ans, ont été répartis en deux groupes selon l'âge d'intégration au programme (avant 62 ans vs 62 ans et plus), le niveau d'études étant contrôlé. Le programme change tous les ans et mobilise des processus cognitifs variés. Les performances en mémoire verbale ont été recueillies avant l'intégration au programme puis tous les 3 ans pendant 12 ans. Dans une étude transversale, les performances mnésiques et exécutives obtenues par les deux groupes au bout de 12 ans de participation ont été comparées à celles de deux groupes contrôles âgés de 65 à 88 ans (57 participants) présentant les mêmes caractéristiques d'âge et de niveau d'études mais n'ayant pas assisté au programme cognitif. **Résultats:** Quel que soit l'âge de venue au programme, les performances mnésiques observées durant 12 ans s'avèrent meilleures qu'auparavant (empan, rappel différé). Mais l'amélioration de la rapidité d'acquisition d'abord observée tend progressivement à diminuer chez les participants venus après 62 ans (interaction significative). Toutefois, les processus d'acquisition étant fortement affectés par l'âge, ces derniers présentent un bénéfice légèrement plus important que les moins âgés (interaction significative). Enfin, l'altération significative des fonctions exécutives observée avec l'âge (WSCT et Stroop) est significativement réduite chez les participants ayant bénéficié du programme durant 12 ans, quel que soit l'âge de l'intégration. **Conclusion:** Un entretien prolongé des fonctions cognitives permet de réduire ou différer le déclin cognitif et la fragilité, certaines capacités semblant être améliorées, d'autres maintenues. L'âge au moment de participer au programme ne semble pas conditionner l'obtention d'un bénéfice transférable et durable, du moins avant 70 ans (majorité des participants). Mais des résultats laissent envisager une amélioration plus durable si l'entretien débute précocement.

### **P-39. Le rôle infirmier dans l'observance du plan personnalisé de la personne âgée fragile**

C Berbon, H Gesta, MP Beutraut, C Oliveira, MC Chassaigne  
(CHU toulouse, Gérontopôle, Toulouse, France)

**Contexte:** Lors de leur venue à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse (Pr Vellas), les personnes rencontrent une équipe pluridisciplinaire. Parmi celle-ci, les infirmières jouent un rôle central d'organisation, de coordination et de suivi. Plusieurs étapes existent tel que la prise de rendez-vous, l'accueil et le recueil des attentes de la personne, le suivi postérieur. **Objectifs:** Décrire le rôle des infirmières tout le long du parcours des personnes âgées

venant à l'hôpital de jour des fragilités. **Méthode:** Extraction par tirage au sort de 50 dossiers de personnes vues en 2017 afin de décrire le rôle infirmier dans le suivi et l'observance du plan de soin par les personnes, en coordination avec l'équipe et le médecin généraliste. Recueil des données de ces dossiers à partir de la base de données informatique utilisée par l'hôpital de jour des fragilités. Analyse quantitative et qualitative. **Résultats:** Les résultats sont en cours d'analyse. Ils montrent l'intérêt du rôle infirmier dans le suivi du projet de soin notamment par la prise en compte des attentes de la personne dès le départ et tout le long du suivi. **Conclusion:** Ce travail permet de valoriser le travail infirmier à l'hôpital de jour des fragilités et d'envisager des pistes d'amélioration. L'objectif est de pouvoir toujours améliorer le dispositif afin d'améliorer l'observance du plan de soins par la personne.

**P-40. Prise en charge de la fragilité en soins primaires : démarche clinique infirmière**

C Berbon, L Bouchon, C Lagourdette, F Da Costa Ribeiro, C Oliveira, MC Chassaigne  
(CHU toulouse, Gérontopôle, Toulouse, France)

**Contexte:** Différentes actions d'évaluation de la fragilité en soins primaires sont en cours à Toulouse dans le cadre de partenariat entre le Gérontopôle et plusieurs institutions. Les infirmières, autonomes dans leurs évaluations, ont développé une démarche réflexive clinique qui est spécifique à ce type d'action. **Objectifs:** Décrire le type de démarche clinique élaborée, le processus de raisonnement et les connaissances - compétences mobilisées. **Méthodes:** Réflexion collaborative de l'ensemble de l'équipe infirmière avec processus de mise à distance avec la pratique quotidienne. Élaboration d'un diagramme analytique décrivant ce processus. **Résultats:** Les conclusions des évaluations sont discutées avec un médecin référent. Mais la réflexion initiale, durant l'évaluation nécessite autonomie et initiatives de la part des infirmières. Cette analyse permet une mise à distance nécessaire avec les actions quotidiennes. **Conclusion:** Ce travail permet de donner des outils d'amélioration des actions infirmières. Ces actions, amenées à se développer, nécessitent de la part des infirmières une conceptualisation de leur action.

**P-41. Fragilité chez les séniors atteint d'infection à VIH: Intérêt de mesurer la fragilité chez les patients infectés par le VIH : VISAGE 3 Etude prospective transversale chez 500 patients de la région PACA**

I Ravaux, N Petit, A Darque, P Enel, F Retornaz et le groupe d'étude VISAGE  
(Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, Marseille, France)

**Contexte:** Les patients infectés par le VIH ont une espérance de vie augmentée grâce à l'efficacité des antirétroviraux. Cependant certains accumulent comorbidités, altération de l'état physique et psychologique et marqueurs de fragilité phénotypique, plus précocement que des personnes non infectées. Ils présentent également un contexte socio-économique défavorable. notre étude est construite sur une cohorte de patient VIH de la région PACA. Une étude transversale multicentrique de 18 mois a été mise en place en 2013 dans les services VIH en région PACA. **Objectifs:** Déterminer la prévalence du syndrome de fragilité selon les critères de Fried dans une population de sujets âgés de 50 ans et plus et porteurs d'une infection à VIH chronique et l'objectifs secondaires est de déterminer les liens entre le syndrome de fragilité et différents facteurs (sociodémographiques, comportementaux,

liés au VIH, aux comorbidités, à la douleur). **Méthodes:** Etude prospective transversale, 2013-2014 12 centres, en région PACA Ouest Patients infectés par le VIH à 50 ans, suivis à l'hôpital soit 502 patients inclus : Données démographiques et sociales, BMI Données HIV data: durée de l'infection, stade sida, dernière charge virale, nadir CD4, derniers CD4. Comorbidités sont recueilli avec des questionnaires données gériatriques : autonomie (ADL), risque dépressif (mini GDS), chutes, fractures, douleur chronique (échelle visuelle analogique EVA  $\geq 2/10$ ). et l'étude des marqueurs de Fragilité comorbidités et douleur. Perte de poids déclarée à 5%. Vitesse de marche chronométrée 2 fois sur 4 mètres. Force de préhension (kg) relevée 3 fois sur la main dominante avec un dynamomètre de Jamar handheld dynamometer, Echelle Visuelle Analogique (EVA), auto-déclarée, Faible activité physique par Auto-questionnaire canadien validé Les données sur l'infection à VIH étaient issues des dossiers médicaux, les autres recueillies par auto-questionnaires et mesures physiques; **Résultats:** Intérêt de mesurer la fragilité et la précarité chez les patients infectés par le VIH âgés de plus de 50 ans : 65% sont fragiles ou pré-fragiles, pour un âge moyen de 59 ans et 50% sont en situation de précarité. le marqueur de fragilité le plus important est la faible activité physique 43.3% une douleur chronique, 39,3% un risque dépressif et 7,9% une perte d'autonomie. Conclusion: dans la population de sujets âgés de 50 ans et plus et porteurs d'une infection à VIH chronique il y a nécessité de mettre en place des actions préventives très tôt et de dépistage pour éviter les risques d'évolution: lutter contre la fragilité: programme nutritionnels et activités sportives adaptées prendre en compte les difficultés socio-économiques et manager les comorbidités.

**P-42. Repérage de la fragilité**

L Gourdou  
(EHPAD Le Pastel, Bessières, France)

**Contexte:** EHPAD. **Objectifs:** Repérage pour éviter la perte d'autonomie et altération cognitive. **Méthodes:** Analyse des critères fragilité sur les résidents. **Résultats:** En cours. **Conclusion:** A suivre.

**P-43. FrailSafe - La technologie au service de la fragilité chez les personnes âgées**

C Degano, L Bianconi, M Toma, F Podda, N Tram, N De Craecker  
(Gruppo SIGLA S.r.l., Genova, Italy)

**Contexte:** FrailSafe est un projet financé par l'Union européenne et composé d'experts en médecine et en technologies sociales et de l'information. Le but du projet est de mieux comprendre, de retarder et de prévenir les impacts de la fragilité chez les personnes âgées. La fragilité est un processus dynamique pouvant être évitable, retardé et parfois réversible lorsque des interventions préventives ciblées sont appliquées. Une détection et un traitement précoces de la fragilité augmentent les chances de rester actif et indépendant plus longtemps. **Objectifs:** L'objectif du projet FrailSafe est d'utiliser la technologie, telle que le téléphone portable, un t-shirt intelligent, des jeux sérieux sur tablette et autres, pour mieux comprendre et détecter quand une personne âgée devient fragile. Le but étant donc d'informer la personne quand cela pourrait arriver grâce à l'analyse des données récoltées à travers la technologie utilisée et d'en retarder les effets en prodiguant des conseils adaptés à la personne. Une plateforme virtuelle servirait de moyen de communication

entre la personne âgée et le corps médical chargé d'analyser les données collectées dans le cadre de la solution FrailSafe. **Méthodes:** FrailSafe détecte les paramètres physiologiques et comportementaux de l'individu de manière discrète, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Il utilisera une combinaison de capteurs corporels et ambiants discrets existants et de nouveaux mécanismes de détection pour surveiller une multitude de données physiologiques, comportementales et de style de vie de la personne âgée. Sur la base de l'évaluation des données collectées, une stratégie d'intervention spécifique sera adoptée sur base d'un ensemble d'interventions soigneusement conçues par des professionnels de la santé pour retarder les effets de la fragilité. Le développement d'un modèle de patient virtuel personnalisé, prédictif et représentatif de la personne, sera réalisé afin de comprendre et de représenter formellement la fragilité et les troubles liés au vieillissement, y compris les comorbidités majeures. **Résultats:** FrailSafe évaluera l'influence d'interventions spécifiques sur la qualité de vie des utilisateurs, proposera des mesures pour l'analyser et évaluera des méthodes pour de futures interventions. Les interventions se feront à travers: - Un jeu sérieux de réalité augmentée qui sera synthétisé de manière dynamique et adapté à l'individu; - Des recommandations utilisant des agents conversationnels avancés sur le mode de vie, l'activité quotidienne, l'exercice, la nutrition, etc; - De l'aide fournie pour se conformer aux recommandations médicales; - L'ajustement des médicaments ou du dosage du médicament par le médecin sur la base des paramètres mesurés de manière objective par FrailSafe. **Conclusion:** FrailSafe apportera deux résultats principaux: - Une plateforme de détection de la fragilité et d'intervention en situation réelle; - La création d'un modèle numérique de patient, sensible à divers paramètres, tels que physiologiques, comportementaux et contextuels dans l'évolution de la fragilité.

#### **P-44. La Base de Données Fragilité du Gérontopôle (BDF): un outil pour mettre en lumière les besoins spécifiques des personnes âgées fragiles**

C Lafont, J de Kerimel, N Tavassoli, M Soto, S Sourdet, F Nourhashemi, B Vellas  
(Gérontopole CHU Toulouse, France)

**Contexte:** La fragilité est un état de vulnérabilité, qui augmente le risque d'événements délétères dans le domaine de la santé. Chez les personnes âgées fragiles l'évaluation gérontologique standardisée (EGS) permet d'identifier les causes de fragilité et de proposer une prise en charge intégrée pour maintenir les capacités intrinsèques de la personne. L'EGS explore plusieurs domaines à l'aide d'échelles validées: nutrition, performances physiques, cognition, humeur. Cette évaluation peut être menée par différents professionnels de santé qui utilisent les mêmes outils. Le Gérontopôle de Toulouse a donc développé une base de données rassemblant les résultats de ces évaluations ainsi que leurs modalités de réalisation (hôpital, soins primaires ou programmes de promotion de la santé). Cette base de données doit permettre d'identifier différents profils selon les populations évaluées et aider à la mise en oeuvre de programmes de prévention. **Objectifs:** Décrire la population évaluée, en déduire des besoins spécifiques de prévention. **Méthodes:** Trois groupes ont été identifiés selon les modalités d'évaluation: G1) évaluation multidisciplinaire en «Hôpital de jour», G2) infirmière et médecin de famille, en soins primaires, G3) Infirmière du Gérontopôle et gériatre, dans les programmes de promotion de la santé. Ces 3 groupes ont été comparés: âge, sexe, statut de fragilité, causes de fragilité, données de l'EGS. **Résultats:** L'analyse porte sur 1780 sujets de la

BDF: G1: 964 sujets, G2: 507, G3: 309. Dans le G1 les sujets sont les plus âgés 82,4 +/- 7 ans (G2: 81,6 +/- 6, G3: 80,8 +/- 6) et plus fragiles: 40,2% fragiles, 39,3% pré-fragiles et 5,9% non fragiles vs G2: 22,5% fragiles, 51,9% pré-fragiles et 20,9% non fragiles et G3: 25,6% fragiles, 55,3% pré-fragiles et 16,2% non fragiles). Les principaux domaines de fragilité identifiés sont différents dans les 3 groupes. G1: domaine sensoriel (80,0%), performances physiques (63,7%) et nutrition (40,8%) vs performances physiques (61,8%), humeur (56,8%) et cognition (43,8%) pour G2 et humeur (56,4%), performances physique (54,8%) et cognition (29,2%) pour G3. **Conclusion:** La BDF permet de décrire différents profils de sujets âgés fragiles ce qui peut aider à établir une gradation dans l'offre de soins et à mettre en place une prévention ciblée.

#### **P-45. Les personnes âgées vivant dans les résidences seniors: une population cible pour les actions de prévention de la dépendance**

J de Kerimel, N Tavassoli, C Lafont, M Soto, Y Rolland, B Vellas  
(Gérontopole CHU Toulouse, France)

**Contexte:** En France comme à l'étranger, l'évolution démographique et sociétale conduit de nombreuses personnes âgées à vivre en institution. Les Etablissements d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD) constituent actuellement des lieux où vivent des sujets très âgés, poly-pathologiques et le plus souvent très dépendants. L'espérance de vie des résidents d'EHPAD y est souvent courte et les possibilités de mise en oeuvre d'actions de prévention sont restreintes. L'entrée dans un établissement pour personnes âgées est souvent liée à des problèmes médicaux et plus particulièrement à ceux entraînant une perte d'autonomie. Entre le domicile et l'EHPAD se situe l'habitat intermédiaire destiné aux personnes âgées encore autonomes dans les activités de la vie quotidienne. Il s'agit des foyers-logements, des résidences autonomie et des résidences seniors (ou résidences services). Actuellement, près de 130 000 personnes en France vivent dans les appartements privatifs et espaces collectifs de ces résidences. L'âge moyen d'entrée dans les résidences pour personne âgée dépasse désormais 80 ans ce qui est inférieur de 5 ans à l'âge d'entrée en EHPAD. **Objectifs:** Connaître la prévalence du syndrome de fragilité dans la population âgée accueillie au sein de ces résidences et proposer des interventions ciblées pour retarder l'entrée dans la dépendance. **Méthodes:** Enquête prospective, observationnelle et descriptive, portant sur les sujets âgés vivant dans ces résidences à travers 2 questionnaires: un auto-questionnaire résident à renseigner par le résident lui-même, et un questionnaire résidence à renseigner par le directeur de la structure. **Résultats:** 29 établissements ont participé à l'enquête. 1274 questionnaires résidents ont été envoyés. Taux de réponses: 63,3% (n=807) Moyenne d'âge: 83,0 ans avec 74,5% de femmes. Score moyen ADL: 5,4 et IADL moyen: 5,5. 53,7% sont fragiles, 42,1% présentent une réduction de la mobilité, 4,2% sont robustes. 37,2% paraissent sarcopéniques. 41,6% se plaignent de leur mémoire, 24,7% présentent des troubles de sommeil, 14,6% semblent dénutris. **Conclusion:** Cette enquête montre que la plupart des sujets âgés vivant en résidence sont fragiles. Ils pourraient tirer bénéfice d'une évaluation de la fragilité au sein des établissements dans le but d'optimiser la prévention de la dépendance.

**P-46. Satisfaction des patients et des médecins au terme d'une évaluation gériatrique en soins premiers : données issues de l'étude FAP**

B Fougère<sup>1,2</sup>, M Renoux<sup>3</sup>, A Daure<sup>3</sup>, B Chicoulaa<sup>3</sup>, C Lagourdette<sup>1</sup>, E Escourrou<sup>3</sup>, M Secher<sup>1</sup>, S Oustric<sup>2,3</sup>, B Vellas<sup>1,2</sup>

(1. *Gérontopôle, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France*; 2. *Inserm UMR1027, Université de Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse, France*; 3. *Département de médecine générale, Université de Toulouse, France*)

**P-47. Engagement et participation des résidents aux activités physiques dans les EHPAD: apport et avantages des systèmes exergames Silverfit**

G Pisica Donose, M Marinescu, O Razzolini, M Bardgett, J Wiersinga

(*Hopital Broca, Paris, France*)

**Contexte:** L'activité physique régulière et le travail de l'équilibre apportent un effet bénéfique pour tous les sujets âgés et encore plus pour ceux institutionnalisés dans les structures de type EHPAD. Comme l'a souligné récemment l'Académie de Médecine, les bienfaits de l'activité physique pour les seniors est un véritable enjeu de santé publique. Selon Santé Publique France (recommandations de l'Anses Actualisation des repères du PNNS) « Il est recommandé aux personnes âgées de plus de 65 ans d'être actives tous les jours et de pratiquer des activités d'endurance, de renforcement musculaire, d'équilibre et de souplesse ». Chez les sujets âgés, la pratique régulière d'une activité physique est associée à une diminution de nombreux facteurs de risque, améliore la qualité de vie et la capacité fonctionnelle. Elle prévient la perte de la masse musculaire et donc la diminution habituelle de cette fonction, ce qui améliore l'équilibre du sujet et diminue ainsi le risque de chute.

**Objectifs:** Démontrer l'apport des exergames (jeux vidéo - outils de nouvelles technologies adaptés aux personnes âgées utilisés dans l'intention spécifique de faire passer un message de manière attractive) pour améliorer la participation et l'engagement des résidents d'EHPAD aux activités physiques. **Méthodes:** Installation des systèmes « Silverfit Alois » et « Silverfit 3D » dans un EHPAD de 125 places : - « Silverfit Alois » est un système mobile avec grand écran tactile, caméra 3D et positionnement adapté. L'Alois a été spécialement conçu pour les personnes atteintes de démence, même à un stade avancé. Le résident va faire des mouvements devant ou va toucher et bouger la main sur l'écran pour découvrir et actionner le jeu. Des photos personnelles ou préenregistrés et des jeux adaptés sont utilisés dans les activités spécifiques à leur niveau cognitif. Il a pour objet de stimuler l'activité physique, les facultés cognitives, les échanges avec les autres et créer des moments de joie afin d'améliorer leur qualité de vie. - « Silverfit 3D » est être un système fixe (pour petites ou grandes espaces) ou mobile (installé sur un support à roulettes) avec grand écran TV et caméra 3D. Le système fournit sous forme de jeux vidéo des exercices debout, assis, de marche, d'équilibre, en fauteuil roulant, pour les bras, les membres inférieurs, des activités de la vie quotidienne (AVQ) et cognitifs. Une caméra 3D commande les actions du jeu en fonction des mouvements de la personne. Tous les exercices ont été développés avec des personnes âgées pour être utilisés à des finalités cliniques et peuvent être réglés sur mesure pour s'adapter au niveau physique, cognitif ou sensoriel des participants. Nous avons réalisé une étude observationnelle pour étudier le profil des résidents participants, leur engagement et participation à cette activité de renforcement musculaire encadrée par l'animateur de la

résidence. Nous avons recueilli leur ressenti par un questionnaire et étudié l'impact et l'acceptabilité de ce type d'activité. **Résultats:** Les 2 systèmes ont été testés lors de 46 séances d'animations de groupe avec 2 à 5 participants (moyenne 4,02) et 36 séances en interaction individuelle évaluées par l'animatrice et les soignants. Nous avons enregistré un engagement important et participation active aux jeux et activités Silverfit avec 100% d'acceptation, des résidents très actifs et intéressés par les systèmes avec participation active (95%) et contents après l'avoir utilisé (81%). Nous avons constaté une amélioration importante du comportement (baisse de l'agitation verbale, physique et surtout amélioration de l'apathie) et de l'humeur des résidents (89% contents après séances), une attitude positive, une stimulation et augmentation de l'activité physique des participants et de la durée des séances. **Conclusion:** Les systèmes Silverfit sont adaptés à tous les résidents capables de suivre une activité physique, les résidents avec fonctions cognitives dégradées, agités, apathiques ou même avec certains troubles de comportement. Ils augmentent la participation et l'engagement des personnes âgées de l'EHPAD aux activités physiques. Ils participent à développer la mobilité et les fonctions cognitives des résidents, stimulent les personnes apathiques, dépressives, anxieuses. Les exergames Silverfit peuvent être utilisés aussi comme divertissement, lien social pour stimuler des résidents en animation de groupe ou les distraire et leur attirer l'attention des opposants ou avec troubles de comportement.

**P-48. Contexte socioculturel du vieillissement en Guadeloupe**

C Bellemare, C Baudot, S Riquet, D Mikolajczyk

(*Centre Hospitalier de la Basse Terre, Guadeloupe, France*)

**Contexte:** D'une structure familiale matriarcale et élargie où tous, des personnes âgées aux plus jeunes, se côtoient et prenaient soin les uns des autres, on assiste à une transition de la société guadeloupéenne vers un isolement familial des personnes âgées. **Objectifs:** Comprendre les particularités historiques et sociales guadeloupéennes et leur impact sur la place des aînés dans la société et leur prise en charge médicosociale. **Méthodes:** Ce travail résulte d'observations et d'entretiens familiaux menés en 2016 et 2017 par une nouvelle Equipe Mobile de Geriatrie dans un Centre Hospitalier isolé de Guadeloupe, rencontrant notamment des personnes âgées en situation d'isolement social accueillies aux urgences. **Résultats:** Avec la mondialisation, de nombreux jeunes quittent la Guadeloupe pour leurs études, peu reviennent. Les autres, «restés au pays» découvrent un marché du travail fortement impacté par le chômage imposant souvent un départ plus tardif. Dans le même temps, on assiste au retour de retraités qui, après avoir mené leur carrière professionnelle dans l'hexagone par le biais du BUMIDOM (Bureau pour les Migrations intéressant les Départements d'Outre - Mer) s'installent de nouveau en Guadeloupe sans leur enfants nés «là-bas». Il en résulte une population vieillissante où souvent dans les familles, sur une fratrie, un seul s'occupe de ses parents. On observe ainsi souvent un épuisement des aidants qui utilisent l'hôpital comme lieu de répit. Parallèlement, le contexte d'économie de pays en voie de développement que connaissait la Guadeloupe de la seconde moitié du XXème siècle a conduit nombre d'actifs à travailler à leur compte sans cotiser au régime de retraite. Aujourd'hui, ces actifs devenus âgés vivent avec un minimum vieillesse et dépendent des aides financières publiques. L'isolement social observé résulte aussi de la méconnaissance des dispositifs existants ainsi que de leur accessibilité difficile aux personnes âgées et à leurs aidants dans une société où la communication reste essentiellement orale.

**Conclusion:** Ce travail a permis d'identifier les impacts concrets de cette évolution sociale sur la fragilité gériatrique et l'adaptation nécessaire des prises en charges médicosociales. Les Equipes Mobiles de Gériatrie et les filières de soins gériatriques doivent en prendre conscience et l'intégrer dans leur activité pour élaborer des plans d'action efficaces.

#### **P-49. Impact de l'ouragan Maria sur l'activité d'une Equipe Mobile de Gériatrie en Sud Basse Terre (Guadeloupe)**

C Bellemare, C Baudot, S Riquet, D Mikolajczyk

(Centre Hospitalier de la Basse Terre, Guadeloupe, France)

**Contexte:** La Guadeloupe a subi en septembre 2017 le passage de l'ouragan Maria, phénomène climatique exceptionnel ayant impacté particulièrement le Sud Basse Terre. L'Equipe Mobile de Gériatrie du Centre Hospitalier de la Basse Terre (CHBT) intervient aux urgences de l'établissement de manière systématique pour dépister les patients vulnérables. **Objectifs:** Identifier les facteurs liés au phénomène climatique ayant influencé l'admission aux urgences de patients âgés fragiles et conditionné leur prise en charge, observer les effets à distance du phénomène Maria sur la prise en charge des personnes âgées vulnérables. **Méthodes:** Etude observationnelle des patients rencontrés par l'Equipe Mobile de Gériatrie au Centre Hospitalier de la Basse Terre du 20 septembre à décembre 2017, directement ou indirectement impactés par l'ouragan Maria, basée sur les entretiens avec les patients et leurs familles. **Résultats:** Au delà des conséquences immédiates de l'ouragan sur la désorganisation des soins au domicile pour les personnes âgées vulnérables, nous avons constaté des effets à distance qui influencent toujours la prise en charge hospitalière. Les conséquences immédiates dans les semaines post-Maria ont compris des impossibilités de retour à domicile, une inaccessibilité pour les professionnels du domicile, une précarité d'accès aux commodités de base (eau, électricité). A distance, nous avons vu émerger des situations sociales complexes et de vulnérabilité, jusqu'ici non identifiées par les acteurs de terrain. Nous identifions notamment une forte augmentation des besoins en protection juridique. **Conclusion:** Cette réflexion invite à un partage des informations et des retours d'expérience avec les autorités de tutelle. Une identification en amont des personnes âgées vulnérables dans des zones d'aléas climatiques et une communication efficace et ouverte pour ces personnes paraît indispensable. Des études supplémentaires seront nécessaires concernant la morbidité liée au phénomène Maria.

#### **P-50. Effets d'un programme de marche «rapide» et de renforcement musculaire chez le sujet fragile en EHPAD sur la réactivation du Système Nerveux Autonome**

J Raffin<sup>1</sup>, J-C Barthelemy<sup>2</sup>, N Barth<sup>3</sup>, T Busso<sup>4</sup>, C Montuy-Coquard<sup>1</sup>, Mr R Bouvier<sup>1</sup>, Mr R Poillat<sup>5</sup>, B Bongue<sup>4</sup>, F Roche<sup>2</sup>, D Hupin<sup>2</sup>

(1. Mutualité Française Loire - Haute Loire SSAM, La Tour en Jarez, France; 2. CHU St-Etienne, Physiologie Clinique et de l'Exercice, Saint-Etienne, France; 3. Université Claude Bernard, Lyon; 4. LIBM, Université Jean Monnet, Saint-Etienne, France; 5. Fondation Paul Bennetot, Groupe Matmut, Paris)

**Contexte:** Le vieillissement se caractérise par une réduction multisystémique des réserves fonctionnelles de l'organisme. En outre, la diminution d'activité du système nerveux autonome (SNA) s'associe à une augmentation des événements cardio-vasculaires et des comorbidités. L'activité physique s'avère efficace pour prévenir cette baisse, mais reste encore peu pratiquée en

établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). **Objectifs:** Le but de notre étude est d'étudier l'effet sur le SNA d'un programme d'activité physique de 9 mois de marche «rapide» et de renforcement musculaire (1 séance ou 3 séances par semaine) chez le sujet fragile vivant en EHPAD. **Méthodes:** Cent sujets âgés de 60 ans et plus, recrutés parmi les 10 EHPAD de la Mutualité Française Loire - Haute Loire SSAM et randomisés en 3 groupes : G1 : un entraînement hebdomadaire, G2: 3 entraînement hebdomadaire, G3: Groupe contrôle (pas d'entraînement). Le critère d'évaluation principal est la variabilité de la fréquence cardiaque mesurée par Holter ECG. Les critères d'évaluation secondaires sont la force de préhension et des membres inférieurs, la vitesse de marche, ainsi que la distance parcourue au test de marche de 6 minutes (TM6). **Résultats:** Résultats préliminaires : Un total de 23 sujets âgés de 80.1±10.7 ans ont actuellement terminé les 9 mois d'entraînement. Le groupe entraîné 3 fois par semaine observe un gain de variabilité cardiaque parasympathique (valeur RMSSD) de 58.3% (p<0.01) ainsi qu'une augmentation de 12% (p<0.01) de la distance parcourue au (TM6). **Conclusion:** Un entraînement de 9 mois en marche rapide permet un regain d'activité parasympathique ainsi qu'une augmentation du périmètre de marche chez le sujet fragile institutionnalisé. L'activité physique participe à la prévention des risques cardio-vasculaires et contribue à ralentir la perte d'autonomie même au delà de 80 ans.

#### **P-51. Conserver la santé orale de la personne âgée en institution**

S Saporta

(Centre municipal de santé Étienne Gatineau-Sailliant, Gennevilliers, France)

**Contexte:** Les études portant sur la santé bucco-dentaire en EHPAD montrent que les résidents ont des besoins en soins importants et que leur hygiène bucco-dentaire est déficiente. Au-delà de l'aspect purement dentaire, la présence d'inflammation et d'infection buccale impactent la santé générale de la personne en aggravant ou en déstabilisant les pathologies existantes. Or, une bonne santé buccale participe à la prévention de la dénutrition et de la déshydratation, à la préservation du capital musculaire et à la qualité de vie de la personne âgée. Nous constatons malheureusement que l'accès aux soins pour ces personnes est complexe. Les principaux freins identifiés sont le transport ainsi que difficultés liées aux troubles moteurs et/ou cognitifs. **Objectifs:** Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées en institution. Former le personnel soignant à la toilette buccale et au repérage de problèmes bucco-dentaires. Proposer un bilan gratuit aux résidents, Orienter le patient vers une structure de soins adaptée ou réaliser les soins sur site. **Méthodes:** La Direction des services municipaux de santé a construit en partenariat avec l'Agence régionale de santé d'Ile de France et la CPAM un projet expérimental. Après rencontre avec la direction administrative et médicale de l'établissement, mise en place de 2 modules d'1h30. Ces modules de sensibilisation portent sur l'importance de la santé orale sur la santé générale, l'alimentation et surtout qualité de vie des personnes en institution, et sur le repérage de problèmes bucco-dentaires. Ensuite un dépistage est organisé. Les résidents nécessitant des soins sont orientés vers une prise en charge adaptée. Des soins sur site sont également proposés. **Résultats:** Entre janvier et Juillet 2017, nous sommes intervenus dans 2 EHPAD et 1 FAM. 70 soignants ont bénéficié d'une sensibilisation à la problématique bucco-dentaire, 99 résidents ont été dépistés, 9 personnes ont été soignées sur site, 3 personnes orientées vers des soins en milieu

hospitalier et 1 vers des soins de ville. **Conclusion:** Le projet, axé au départ sur les soins sur site, a, lors de l'évaluation à 6 mois, mis clairement en évidence que pour améliorer l'état bucco-dentaire des résidents, il est essentiel de travailler sur la toilette buccale. Les personnes entrent en institution de plus en plus tard, et présentent des pertes d'autonomie importantes. Avant de réaliser des soins qui peuvent déstabiliser l'équilibre fragile de la personne, nous devons raisonner en termes de gain de qualité de vie. Une simple formation en direction des soignants n'a pas suffi à mettre en place la systématisation d'une toilette buccale efficace. Des protocoles et surtout l'accompagnement dans cette démarche sont indispensables. C'est ce vers quoi nous nous orientons, en proposant de former des référents en santé orale et en accompagnant les soignants lors de la réalisation de cette toilette.

### **P-52. L'association entre la fragilité et l'état confusionnel aigu chez des patients âgés admis dans un service d'urgences**

H Verloo, S Joaquim, N Tacchini

(Haute Ecole de la Santé Sion Valais, Suisse)

**Contexte:** Le contexte démographique suisse et valaisan révèle une augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. Des répercussions conséquentes sur le système sanitaire sont attendues, y compris les recours aux services des urgences. Un important nombre de personnes âgées seront à haut risque de développer un ou plusieurs syndromes gériatriques, tels que la fragilité et l'état confusionnel aigu (ECA). La fragilité est définie comme une condition caractérisée par une vulnérabilité accrue résultant du déclin des réserves physiologiques et cognitives et l'ECA un syndrome neuropsychiatrique. La fragilité ressort comme une condition favorisant pour déclencher un ECA. **Objectifs:** Explorer l'association entre la fragilité et les signes et symptômes de l'ECA chez des patients âgés admis dans un service d'urgences. **Méthodes:** Un design quantitatif descriptif corrélationnel transversal. L'évaluation de la fragilité a été réalisée avec l'instrument Tilburg Frailty Indicator (TFI) et l'ECA avec l'échelle Confusion Assessment Method (CAM). Pour discriminer l'état neurocognitif versus ECA, les participants ont été évalués avec l'échelle Six items Cognitif Impairment (6CIT) et chez les personnes avec des troubles neurocognitifs majeurs documentés avec le Questionnaire d'Information des proches sur le DEclin Cognitif (Qi-DECO) distribué auprès des représentants légaux. **Résultats:** L'âge moyen des participants est de 77,6 ans (ET =7,7) et la plupart étaient des femmes (53,7%). Ils prenaient en moyenne 4,7 médicaments par jour (ET=3,2). Plus de la moitié (62%) des participants étaient fragiles, 1,7% ont présenté des signes et symptômes d'un ECA complet et 14,1% un ECA sous-syndromique. Une faible association significative entre le score de la fragilité et l'ECA a été observé ( $p < 0,05$ ) et confirmé par l'observation clinique. **Conclusion:** Bien que la littérature documente une forte association entre fragilité et ECA en chirurgie et à domicile, cette étude a mis en évidence une faible association entre les deux dans un service d'urgences.

### **P-53. Evaluation, un jour donné, des prescriptions d'inhibiteur de la pompe à proton (IPP) au sein du pôle gériatrique de l'hôpital de Melun**

M Dinia, M Jager

(Hôpital de Melun, Melun, France)

**Contexte:** Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont indiqués dans les pathologies du reflux et la maladie ulcéreuse.

La prescription des IPP figure parmi les prescriptions les plus importantes en France. Entre juin 2008 et mai 2009, près de 58 millions de boîtes d'IPP ont été distribuées en France, occasionnant des remboursements par l'assurance maladie proches de 970 M. **Objectifs:** L'étude a pour objectif d'évaluer la prescription d'IPP au sein du pôle gériatrique du centre hospitalier de Melun grâce à une enquête de prévalence. **Méthodes:** Il s'agit d'une enquête réalisée le 21/08/2017. Tout patient du pôle gériatrique qui avait une prescription d'IPP était inclus. Cette étude concernait le court séjour gériatrique (CSG), le soin de suite et réadaptation (SSR), l'établissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes (EHPAD) et l'unité de soins de longue durée (USLD). Le recueil de données s'est réalisé à partir du dossier médical informatisé et grâce à une grille d'évaluation standardisée. Sur 252 patients 107 patients avaient une prescription d'IPP ce jour-là. **Résultats:** 27 prescriptions étaient considérées comme conformes soit un taux de 25,2%. 16 prescriptions concernaient des pathologies ulcéro-digestives justifiées. 11 prescriptions concernaient entre autre des co-prescriptions tels que anti-agrégant-plaquettaire (AAP)-anticoagulants (AAC). Les prescriptions non conformes étaient donc au nombre 80 soit un pourcentage de 74,7%. **Conclusion:** La consommation d'IPP n'était pas suffisamment justifiée, et un nombre important de prescriptions apparaissent comme potentiellement inappropriées. La co-médication IPP avec un AAP ou un AC participe peut-être au mésusage des IPP.

### **P-54. La promotion de l'autonomie pour plaider contre la fragilité des personnes âgées**

A Lima, S Dornelles Schoeller, F Pereira, M Salomé Ferreira, MM Martins

(ICBAS, Vila de Punhe, Portugal)

**Contexte:** L'augmentation de l'espérance de vie pose des questions essentielles à la qualité de celle-ci. Avec l'âge, des problèmes liés à des changements morphologiques, fonctionnels, psychologiques et biochimiques mettent les personnes âgées en situation de fragilité (Lana & Schneider, 2014). Il appartient aux professionnels de la santé de comprendre ces processus et d'agir rapidement dans les situations susceptibles de modifier l'autonomie des personnes âgées. **Objectifs:** Analyser le contexte d'application du concept d'autonomie face à la fragilité des personnes âgées; Comprendre comment la fragilité influence l'autonomie des personnes âgées et vice versa; Identifier les interventions infirmières qui favorisent l'autonomie et réduisent la fragilité des personnes âgées. **Méthodes:** Revue de la littérature sur agrégateur EBSCO Host (Academic Search Complete, CINAHL complète, CINAHL Plus avec texte intégral, ERIC, MediciLatina, Medline texte intégral, Library, Information Science & Technology Abstracts) par l'équation de recherche: PERSONAL AUTONOMY AND (FRAIL ELDERLY OR OLDER), de 2008 à 2018. Tous les articles écrits en portugais, anglais et espagnol. De la recherche effectuée, 396 articles sont apparus, parmi lesquels nous avons sélectionné 14 qui remplissaient nos critères d'inclusion. **Résultats:** Le concept de vulnérabilité et d'autonomie met l'accent sur l'importance des soins globaux et contextualisés dans la santé des personnes âgées à travers la reconnaissance des aspects individuels et collectifs pouvant influencer la qualité de vie. La vulnérabilité est un concept multidimensionnel où les conditions comportementales, socioculturelles, économiques et politiques interagissent avec les processus biologiques, ce qui peut compromettre l'autonomie (Barbosa et Fernandes, 2015). Il existe de nombreux facteurs qui bafouent l'individualité et l'autonomie



des personnes âgées, dont l'inégalité perverse, l'injustice et l'exclusion sociale, affectant la personne à une situation vulnérable (Fernandes et Silva, 2016). **Conclusion:** Le processus de vieillissement est associé à une vulnérabilité accrue aux défis environnementaux et au développement de maladies chroniques. La promotion de l'autonomie à travers des programmes d'intervention est fondamentale pour minimiser les facteurs qui prédisposent les personnes âgées à une situation de fragilité. Il appartient aux professionnels de la santé, en particulier aux infirmières, d'identifier et de mettre en oeuvre ces interventions, en se focalisant sur une perspective plus large du concept d'autonomie des personnes âgées.

#### **P-55. «Le programme TEIA» un programme d'intervention auprès de personnes âgées institutionnalisées**

M Manuela, M Martins, R Teixeira, F Pereira, B Gomes

(Escola Superior de Enfermagem do Porto, Bairro, Portugal)

**Contexte:** Avec le vieillissement, il peut y avoir des altérations de l'équilibre, des épisodes d'incontinence urinaire et des déficits cognitifs pouvant, individuellement ou collectivement, entraîner des chutes et par conséquent la peur de chuter. Celle-ci, augmente le niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), la perte d'autonomie et une perception réduite de la qualité de vie (REF). Le programme TEIA, un programme de formation pour l'équilibre, la continence urinaire et la cognition chez les personnes âgées actives, a été créé pour minimiser l'occurrence de ces incidents. **Objectifs:** Examiner l'impact de la mise en oeuvre du programme TEIA sur l'état d'équilibre, la cognition, l'incontinence urinaire, la peur de chuter et la qualité de vie chez les personnes âgées institutionnalisées. **Méthodes:** Une étude quasi-expérimentale, avant-après avec groupe témoin a été réalisée. L'étude a impliqué 30 personnes âgées, qui ont été répartis dans un groupe de programme et de contrôle, 16 et 14 respectivement. Un instrument de collecte de données a été utilisé pour recueillir des informations sociodémographiques; données cliniques; mesures physiologiques et anthropométriques; et des instruments d'évaluation fonctionnelle dans les dimensions: équilibre et peur de chuter (FES I, test de Tinetti, ESB, test TUG); continence urinaire (ICIQ-SF); indépendance dans les AIVQ (indice Lawton-Brody); dépression (GDS15); cognition (6CIT); et qualité de vie liée à la santé (SF-36). **Résultats:** Les principaux résultats montrent qu'après la mise en oeuvre du programme, il y a une diminution de la peur de chuter ( $Z=-3.059$ ,  $p=0.002$ ), une amélioration de l'équilibre, statique et dynamique, une réduction du risque de chute et une meilleure exécution de la marche (Test de Tinetti,  $Z=-3.126$ ,  $p=0.002$ ; EEB,  $Z=-3.304$ ,  $p=0.001$ ; et TUG,  $Z=-3.516$ ,  $p=0.0001$ ) et une amélioration de la perception de la qualité de vie associée à l'incontinence urinaire ( $Z=-2.680$ ,  $p=0.007$ ). Ce programme a conduit à une amélioration de la performance de la cognition ( $Z=-3.088$ ;  $p=0.002$ ) et perception de la qualité de vie liée à la santé dans la composante physique ( $Z=-3.077$ ,  $p=0.002$ ) et dans la composante mentale ( $Z=-2.552$ ,  $p=0.011$ ). L'efficacité du programme dans la mise en oeuvre des AIVQ ( $Z=-1.633$ ,  $p=0.102$ ) et la symptomatologie dépressive ( $Z=-1.121$ ;  $p=0.262$ ) n'a pas été vérifiée. **Conclusion:** La mise en oeuvre du programme TEIA se traduit par des gains significatifs pour la santé des personnes âgées, améliorant l'équilibre, la mobilité, la démarche, la compétence musculo-pelvienne et la performance cognitive.

#### **P-56. Evaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne entre deux groupes de personnes âgées par l'échelle de Lawton et Brody**

C Sílvia Fernandes, MM Martins, JA Gomes, B Gomes, R Pereira  
(Université Fernando Pessoa, Povia de varzim, Portugal)

**Contexte:** La capacité fonctionnelle de la population âgée est un aspect important pour une évaluation globale des personnes âgées, à savoir l'évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne (Vergara et al., 2012). Le Lawton & Brody Scale Les activités instrumentales de la vie quotidienne est une échelle largement utilisée, conçue par Lawton & Brody (1969) pour mesurer la capacité fonctionnelle complexe chez les personnes âgées et a été largement utilisée dans plusieurs langues (Kadar et al, 2018, Ara jo, et al., 2008; Sequeira, 2007). **Objectifs:** Consicents de l'importance des métriques précises pour l'évaluation globale des personnes âgées, les objectifs de ce travail sont: Identifier les activités les plus difficiles pour les personnes âgées institutionnalisées et à domicile, analyser la dépendance entre les deux contextes et observer le comportement de l'échelle. **Méthodes:** C'est une étude descriptive transversale réalisée à Portugal. Deux échantillons composée d'un groupe de personnes âgées institutionnalisées ( $n = 178$ ) et d'une personne âgée à domicile ( $n = 178$ ), avec un total de 276 participants. Evaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne entre les deux groupes de personnes âgées par l'échelle de Lawton et Brody. **Résultats:** Parmi les participants, 54,3% étaient des hommes et 45,7% étaient des femmes. La majorité d'entre eux ont entre 81 et 90 ans (39,5%), pour la plupart mariés (44,9%) et veufs (33,3%). En ce qui concerne les résultats de l'application de l'échelle, il sont dépendent dans des éléments suivants: téléphone (6,5%), Shopping (14,5%), Préparation des repas (22,8%), Tâches ménagères (21%), Lavage des vêtements (23,9%), Utilisation des moyens de transport (13,8%), gestion des médicaments (11,2%) et Responsabilité financière (13,8%). En comparant la différence de dépendance entre les deux groupe, on observe que les personnes âgées institutionnalisées sont beaucoup plus dépendantes dans toutes les dimensions de l'échelle. Cependant, lorsqu'on compare le sexe, on observe que les hommes ( $N = 194$ ) sont plus indépendants que les femmes ( $N = 90$ ) dans les deux contextes. **Conclusion:** L'échelle a démontré la cohérence à utiliser dans les deux contextes. Les personnes âgées dans les institutions avaient des indices de dépendance plus élevés chez les deux sexes. Ces données peuvent invoquer l'avantage de la désinstitutionnalisation des personnes âgées justifiant le développement de certaines mesures politiques pour la pérennité des personnes âgées dans un contexte familial.

#### **P-57. Donner une voix à l'aidant familial - Des personnes âgées dépendantes**

A Lima, S Carla Sílvia Fernandes, MM Martins,

JA Gomes, M  ngelo

(Université Fernando Pessoa, Povia de varzim, Portugal)

**Contexte:** Les relations familiales sont modifiées lorsqu'un membre de la famille présente un problème de santé, en particulier lorsqu'un membre de la famille assume le rôle d'aidant de l' n  dépendant (Fernandes et  ngelo, 2016). Il est largement reconnu que le rôle de l'aidant crée une pression physique et émotionnelle sur les membres de la famille pendant l'adversité (Coyne et al., 2017). **Objectifs:** Le but de cette étude était de décrire l'application d'une stratégie ludique comme un instrument pour évaluer la famille avec des personnes âgées dépendantes. Le jeu a été utilisé pour explorer la dynamique du fonctionnement de la famille. **Méthodes:** C'est une

étude exploratoire-descriptive avec une approche qualitative du type d'étude de cas. Le jeu développé est un jeu de société intitulé «Donner une voix aux soignants». Le cours du conseil rétracte les phases du processus de devenir un aidant naturel d'un parent âgé dépendant. **Résultats:** Le jeu en tant qu'outil d'évaluation a permis au joueur de recueillir des informations sur la famille. Le jeu était terminé pendant une heure. De l'analyse de l'application du jeu, l'information de famille a été obtenue dans les catégories suivantes: fonctionnement instrumental, alliances, communication émotionnelle, communication verbale, communication non verbale, communication circulaire, résolution de problèmes, rôles, influence et pouvoir, croyances, fonctionnement expressif, satisfaction et cohésion. L'évaluation du jeu par la famille a montré des avantages essentiellement orientés vers la communication dans le système familial, car à travers le jeu «La famille aborde des thèmes tout au long du jeu qu'ils n'ont peut-être jamais abordés auparavant et réalisent ce que chacun pense». **Conclusion:** Ce cours a décrit l'application d'un jeu comme un instrument d'évaluation de la famille avec des personnes âgées dépendantes, la communication étant le thème central de cette expérience. Pourquoi un jeu? Parce que cela vous permet de parler de choses sérieuses.

#### **P-58. Fragilité du sujet âgé non francophone, la mémoire autobiographique comme étayage identitaire**

R Oulahal, P Denoux (*Toulouse Jean Jaurès, Toulouse, France*)

**Contexte:** La mémoire autobiographique conserve les représentations de notre passé et joue un rôle fondamental dans la construction d'un sentiment d'identité et de continuité de l'existence. La mémoire reconstruit le passé et opère plusieurs transformations du réel vécu pour faire lien entre ce que nous avons été, ce que nous sommes et ce que nous voudrions être. Qu'en est-il pour le sujet âgé ayant vécu une expérience migratoire et pouvant par ailleurs souffrir de difficultés en lien avec le processus de vieillissement? Qu'en est-il pour ces sujets lorsque l'histoire de vie est faite de ruptures laissant ainsi se mêler, voire s'entremêler, des périodes possiblement aussi différentes les unes que les autres? **Objectifs:** Notre recherche, dans le champ de la psychologie interculturelle, s'intéresse aux contacts culturels et nous amène à formuler l'hypothèse que des ruptures culturelles dans l'histoire de vie peuvent venir former, au gré du processus d'interculturalité et des métabolisations interculturelles, un ensemble de souvenirs de vie liés dans un tout cohérent. Ces travaux de recherche, réalisés dans le cadre d'un doctorat en cours, se situent dans la perspective de la psychologie interculturelle et abordent la question de la mémoire et du processus d'interculturalité. **Méthodes:** Nous proposons de présenter les résultats d'une analyse qualitative dans laquelle nous nous basons sur des entretiens réalisés autour du récit de vie auprès de sujets âgés ayant vécu une expérience de contact culturel. Ces entretiens sont de type non-directif et nous demandons simplement aux participants de nous parler de leur histoire. Les entretiens retranscrits, nous procédons alors à leur analyse en nous basant sur le logiciel Alceste, un outil d'analyse lexicographique. A partir d'un corpus contenant les entretiens réalisés, cet outil effectue une analyse détaillée de son vocabulaire et constitue un index des mots et familles de mots utilisés ainsi que leur fréquence d'apparition dans le corpus. Une analyse statistique permet ensuite d'extraire des classes de sens constituées par les mots les plus corrélés au sein du corpus. Ces classes représentent les idées et les thèmes dominants du corpus. **Résultats:** Les résultats présentés aujourd'hui viennent indiquer un lien entre une expérience

de vie interculturelle et une modalité de restitution d'une histoire de vie. La mémoire autobiographique reconstruirait ainsi un passé de ruptures culturelles, en opérant des transformations du réel vécu, en une histoire interculturelle faite de représentations d'une continuité d'existence, une continuité dans le temps ou une continuité dans l'espace selon la précocité du contact culturel. **Conclusion:** Cette première analyse a permis la mise en place d'un questionnaire abordant le souvenir et le contact culturel pour la seconde phase de cette recherche. Les données recueillies feront l'objet d'une analyse quantitative afin de vérifier la validité de ces hypothèses?

#### **P-59. Effet de la distribution de fiches de conseils diététiques simples sur l'alimentation de personnes retraitées participant spontanément aux ateliers d'Activité Physique Adaptée**

V Marzelière, B Dorigny, M Mao, C Hiegel, A Raynaud-Simon, M Sanchez

(*Département de Gériatrie, Hôpital Bichat, Paris, France*)

**Contexte:** L'activité physique et la qualité de l'alimentation jouent un rôle clé dans la prévention de la dépendance. Les programmes d'exercice physique améliorent la force et la fonction musculaires et diminuent le risque de chute. Un travail préliminaire a montré que parmi les personnes âgées participant spontanément à des ateliers d'activité physique, 43% étaient fragiles, 15% sarcopéniques et 33% à risque de dénutrition. L'objectif de ce projet est d'évaluer l'impact de fiches de conseils nutritionnels simples sur les habitudes alimentaires des personnes âgées participant à des ateliers d'activité physique adaptée. **Objectifs:** L'objectif de ce projet est d'évaluer l'impact de fiches de conseils nutritionnels simples sur les habitudes alimentaires des personnes âgées participant à des ateliers d'activité physique adaptée. **Méthodes:** Douze fiches de conseils nutritionnels ont été remises aux participants des ateliers d'activité physique organisés par le groupe Siel Bleu (12 séances en 3 mois). Les habitudes alimentaires ont été recueillies par questionnaires à l'inclusion et à la fin des 12 ateliers. Le critère principal de jugement était la proportion de participants remplissant les objectifs de consommation protéique du PNNS (2 portions de viande, poisson ou oeuf et 3 produits laitiers, soit 5 rations protéiques par jour). Les fréquences de consommations des autres groupes d'aliments ont été recueillies. **Résultats:** Les fiches ont été remises à 255 participants (96% de femmes, 72 ans d'âge médian). La proportion de participants consommant quotidiennement 5 rations protéiques ou plus est passée de 18 à 34% ( $p < 0,0001$ ). Considérés séparément, les aliments plus fréquemment consommés étaient les produits laitiers, les viandes, poissons et oeufs, les fruits et légumes, les féculents et légumes secs, et plus modestement les graisses ajoutées. Parallèlement la consommation de produits sucrés et de pain est restée stable. La proportion de participants ayant un comportement restrictif (suppression d'aliments) est passée de 27 à 19% ( $p = 0,005$ ). **Conclusion:** La distribution des fiches a permis d'augmenter rapidement les fréquences déclarées de consommation d'aliments riches en protéines et en calories et a contribué à diversifier l'alimentation des participants. Une évaluation à distance sera prochainement réalisée pour apprécier la durabilité de ces effets bénéfiques.

**P-60. Une expérience de financement des activités physiques adaptées à domicile par l'allocation personnalisée autonomie dans les hautes pyrénées: PACK-APA 65**

C Socasau, V Dodier, B Morange, D Ledez, F Amiard, T Paillard, Y Gasnier

(Centre Hospitalier de Bigorre - Site de Vic en Bigorre, Vic en Bigorre, France)

**Contexte:** La population française vieillissant, les dépenses de santé augmentent au travers des hospitalisations dues aux chutes et à la perte d'autonomie. L'activité physique est un levier pour la prévention de ces phénomènes chez les patients âgés, robustes, fragiles ou en perte d'autonomie. Néanmoins, elle reste sous utilisée à domicile, notamment par le coût financier important qu'elle peut représenter. Nous avons imaginé avec le Conseil Départemental des Hautes Pyrénées (CD65) un dispositif, PACK-APA 65, permettant le financement de séances d'activités physiques adaptées à domicile dans le cadre de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA).

**Objectifs:** Notre objectif principal était d'évaluer l'impact de ce programme sur le Short Physical Performance Battery (SPPB) à 3 mois de son arrêt. **Méthodes:** L'expérimentation s'étendait d'octobre 2016 à octobre 2017. Les patients étaient recrutés par le biais de la filière gériatrique de l'hôpital de Vic en Bigorre, présentaient un Groupe Iso Ressource (GIR) 2 3 ou 4, et nécessitaient une prise en charge par de l'activité physique adaptée. Le CD65 finançait dans le cadre de l'APA, un programme de 13 séances d'activités physiques adaptées à domicile d'une durée de 60 minutes : - Une séance d'évaluation initiale avec réalisation des tests : SPPB et Tinetti, permettant de déterminer les modalités de prise en charge; - Dix séances au rythme de 2 séances par semaine; - Une séance d'évaluation finale (SPPB et Tinetti); - Une séance d'évaluation à 3 mois de la fin du programme. **Résultats:** 55 patients ont été inclus, 46 ayant eu l'évaluation finale, et 15 celle à 3 mois. Vingt patients étaient des hommes. L'âge moyen était de 84,5 ans. Le GIR médian était à 3/6. Le SPPB médian est passé de 5 (faibles performances physiques) à 9 (performances modérées) à 3 mois ( $p < 0,0001$ ). L'amélioration est visible dès l'évaluation finale. Il existe une différence statistiquement significative entre le SPPB médian initial et à 3 mois quel que soit le GIR des patients. Le Tinetti médian est passé de 22 à 24 ( $p < 0,0001$ ). **Conclusion:** A travers cette étude nous avons montré qu'il est possible d'améliorer les performances physiques des patients dépendants au travers d'un programme comportant 2 séances d'activités physiques adaptées par semaine.

**P-61. Prévenir la progression et les complications du syndrome gériatrique de la fragilité en milieu hospitalier : un essai clinique randomisé pilote multicentrique**

F Pereira<sup>1</sup>, MM Martins<sup>2</sup>, V Henk<sup>1</sup>

(1. HES-SO, Sion-Valais, Suisse; 2. Université Fernando Pessoa, Povoia de varzim, Portugal)

**Contexte:** Le syndrome gériatrique de la fragilité contribue au déclin fonctionnel et à des complications en matière de santé pour le sujet âgé, ainsi qu'à une lourdeur de la prise en soins pour les professionnels de la santé et les systèmes socio-sanitaires. L'évaluation gériatrique globale a été documentée comme le gold standard pour minimiser les complications néfastes de la fragilité chez le sujet âgé hospitalisé. Néanmoins, peu a été documenté sur le rôle des soins infirmiers dans l'évaluation et la prise en soins de la fragilité en milieu hospitalier aigu. **Objectifs:** Cette étude vise l'élaboration, la mise en oeuvre et la validation d'un

programme personnalisé d'interventions multidimensionnelles et interdisciplinaires visant à prévenir la progression et les complications de la fragilité chez les sujets âgés hospitalisés en soins aigus et d'explorer sa faisabilité et son acceptabilité avant de mener un essai clinique de grande envergure. **Méthodes:** Un essai clinique pilote randomisé multicentrique sera menée entre janvier 2019 et décembre 2019 dans une unité de soins gériatriques aigus en Suisse et au Portugal. Les participants seront attribués aléatoirement à un groupe d'intervention et un groupe de contrôle. Les patients dans le groupe d'intervention bénéficieront du programme d'intervention multidimensionnel visant à prévenir la progression et les complications de la fragilité. Le groupe de contrôle bénéficiera des soins habituels. **Résultats:** Les résultats obtenus permettront d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du programme d'intervention et d'estimer son effet sur la prévention : 1) de la progression de la fragilité par la mesure du niveau de fragilité à l'entrée et à la sortie de l'étude ; 2) des complications de la fragilité par l'évaluation du niveau d'autonomie à l'entrée et à la sortie de l'étude, la durée du séjour hospitalier, l'institutionnalisation, la réhospitalisation et la mortalité précoce par le suivi des participants à l'étude à 30 jours et 90 jours après leur retour au domicile ou institution. **Conclusion:** Cette étude pilote contribuera à évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'évaluation et de la prise en soins de la fragilité en milieu hospitalier aigu avant une étude de plus grande envergure.

**P-62. La fragilité gériatrique en milieu hospitalier aigu: une analyse rétrospective de données sociodémographiques, cliniques et de santé des dossiers électroniques des patients âgés hospitalisés dans les unités de gériatrie, médecine interne et chirurgie**

F Pereira<sup>1</sup>, MM Martins<sup>2</sup>, V Henk<sup>1</sup>

(1. HES-SO, Sion-Valais, Suisse; 2. Université Fernando Pessoa, Povoia de varzim, Portugal)

**Contexte:** Les actions de repérage et de gestion de la fragilité gériatrique sont actuellement au coeur des préoccupations des systèmes de santé publique européens. La prévention de la survenue et de la progression de la fragilité auprès de la population âgée a fait preuve d'efficacité dans le contexte communautaire. Néanmoins, peu d'études ont exploré l'effet de l'approche préventive de la fragilité en milieu hospitalier en se basant sur des indicateurs économiques de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Par ailleurs, le profil des sujets âgés fragiles et pré-fragiles hospitalisés en soins aigus est pauvrement documenté. **Objectifs:** Le premier objectif de l'étude consiste à décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et de santé de la population âgée de 65 ans et plus hospitalisée dans les unités de gériatrie, médecine interne et chirurgie d'un centre hospitalier public suisse à partir de leurs dossiers électroniques. Le deuxième objectif consiste à identifier la prévalence des patients âgés robustes, fragiles et dépendants et d'explorer l'association entre leur trajectoire hospitalière et leur statut de fragilisation. **Méthodes:** Analyse rétrospective des dossiers électroniques de tous les patients âgés de 65 ans et plus hospitalisés entre janvier 2015 et décembre 2016 hospitalisés dans les unités de gériatrie, médecine interne et chirurgie d'un centre hospitalier public suisse (N= 15 000). L'extraction de leurs données sociodémographiques, cliniques et de santé permettra d'identifier leurs caractéristiques et de mettre en évidence leur trajectoire hospitalière - dont le motif d'hospitalisation ou de réhospitalisation, les diagnostics primaire et secondaire, les interventions et traitements reçus, les éventuelles

complications physiques et cognitives, la durée d'hospitalisation et leur lieu de sortie. **Résultats:** L'analyse rétrospective des données issues de la population âgée de 65 ans et plus hospitalisée dans les unités de gériatrie, médecine interne et chirurgie d'un centre hospitalier suisse permettra d'identifier la prévalence et le niveau de la fragilité parmi cette population et de documenter l'occurrence de problèmes de santé pouvant contribuer à la progression de la fragilité ainsi qu'à la survenue de complications en matière de santé. Ces données permettront de mettre en place une réflexion sur la prise en soins transversale de cette population. **Conclusion:** Un état des lieux sur le profil des sujets âgés fragiles hospitalisés dans les unités de gériatrie, médecine interne et chirurgie permettra-t-il de comprendre les déterminants aggravant leur fragilisation? Ces données contribueront au développement de stratégies d'intervention personnalisées et multidimensionnelles afin d'optimiser la prévention de la progression et des complications de la fragilité durant l'hospitalisation.

### **P-63. Les biomarqueurs sériques sont-ils utiles à l'identification des aînés fragiles à risque de déclin fonctionnel qui se présentent aux urgences avec des blessures mineures ?**

M Blouin<sup>1,2</sup>, M-J Sirois<sup>1,2,3</sup>, M Aubertin-Leheudre<sup>4</sup>, M Émond<sup>1,2,3</sup>  
 (1. Centre de recherche du CHU de Québec, Canada;  
 2. Canadian Emergency and Trauma Initiative in elders, Canada;  
 3. Centre d'Excellence sur le vieillissement de Québec, Canada;  
 4. Département de Kinanthropologie, Université du Québec à Montréal, Canada)

**Contexte:** La fragilité est associée à des pertes fonctionnelles et de mobilité chez les aînés victimes de blessures mineures. Certains biomarqueurs sériques seraient aussi des marqueurs potentiels d'incapacités physiques et de fragilité. Toutefois, aucune étude n'a encore porté sur une possible contribution de biomarqueurs sériques à la caractérisation du statut fragile et du risque de déclin fonctionnel chez les aînés victimes de blessures mineures qui consultent les urgences. **Objectifs:** Explorer l'association entre les niveaux de biomarqueurs sériques (Créatinine, Vitamine D, Albumine, Glucose, IGF-1, protéine C-réactive [CRP]) et le statut fragile d'aînés traités aux urgences pour des blessures mineures, 2) Déterminer si les niveaux de biomarqueurs en ajout au statut fragile, en améliore le capacité prédictive de pertes fonctionnelles et de mobilité trois mois post-blessure dans cette population. **Méthodes:** Cette sous-étude de la cohorte CETI (Canadian Emergency & Trauma Initiative in elders) a été menée chez 190 aînés, ayant reçu leur congé après le traitement de blessures mineures dans l'une des quatre urgences participantes. La fragilité a été mesurée par l'échelle clinique de fragilité de Rockwood et par le SOF. Les biomarqueurs sanguins ont été dosés aux urgences et qualifiés de « normaux » ou « à risque ». Le statut fonctionnel et la mobilité ont été évalués aux urgences et trois mois plus tard. **Résultats:** Plus de personnes pré-fragiles/fragiles présentaient des niveaux de créatinine à risque, comparé aux aînés robustes (40% vs 19%,  $p=0,02$ ). Aucun autre biomarqueur n'était associé au statut fragile des aînés aux urgences. De manière prospective, un niveau anormal de CRP était associé à une augmentation d'incapacités à la mobilité à 3 mois chez les aînés robustes seulement (RR: 3,33 [0,77-14,42]). En général, les niveaux de biomarqueurs ne contribuaient pas à la prédiction du risque de pertes fonctionnelles et de mobilité 3 mois post-blessure. Cette prédiction étant largement dominée par le statut fragile (RR: 1,86 à 3,11 selon les biomarqueurs et les caractéristiques de mobilité). **Conclusion:** Le dosage de biomarqueurs sériques aux urgences

n'améliore pas l'identification des aînés blessés à risque de pertes fonctionnelles et de mobilité au-delà de ce qui est déjà prédit par des mesures simples et rapides du statut fragile.

### **P-64. Améliorer la participation sociale et l'autonomie fonctionnelle de personnes âgées avec une atteinte visuelle grâce à un accompagnement bénévole**

J Renaud, C Pigeon, M Levasseur  
 (Université de Sherbrooke / centre de recherche sur le vieillissement, Sherbrooke Québec, Canada)

**Contexte:** La participation sociale, définie par l'implication d'une personne dans des activités qui lui procurent des interactions avec les autres dans la communauté, est un déterminant d'un vieillissement actif et en santé. Or, les personnes qui vieillissent avec une atteinte visuelle sont plus à risque d'isolement social et de fragilité, augmentant ainsi leur probabilité de vivre des situations de vulnérabilités et de handicap. L'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) permet d'améliorer la participation sociale et l'autonomie fonctionnelle de personnes avec traumatisme crânien et de personnes âgées en perte d'autonomie, mais n'est pas adapté aux personnes ayant une déficience visuelle. **Objectifs:** Ce projet vise à adapter l'APIC aux personnes âgées ayant une déficience visuelle, à l'implanter dans un centre de réadaptation et à explorer ses effets. **Méthodes:** Grâce à un partenariat avec le centre de réadaptation et à une équipe de recherche ayant une expertise interdisciplinaire, l'APIC a été adapté aux particularités des personnes âgées ayant une déficience visuelle et aux réalités du milieu clinique. Soutenu par un devis mixte incluant un dispositif pré-expérimental, l'APIC sera expérimenté auprès de 16 personnes de 50 ans et plus ayant une déficience visuelle accompagnées 3h par semaine pendant 6 à 9 mois par des bénévoles formés et supervisés. Des outils standardisés (ex. Mesure des habitudes de vie, Profil du Loisir) et des entretiens semi-dirigés exploreront ses effets. **Résultats:** Treize participants âgés de 70 à 92 ans [médiane = 76,0 ; écart semi-interquartile (Q) = 3,5] ont été recrutés jusqu'à présent. Ils présentent une déficience visuelle allant de modérée à grave (cécité), acquise depuis 1 à 67 ans (médiane = 3 ; Q = 4) et sont accompagnés depuis moins de 19 semaines (médiane = 12 ; Q = 5,5). **Conclusion:** L'APIC est une intervention prometteuse qui devrait permettre aux personnes âgées ayant une déficience visuelle de mobiliser progressivement leurs ressources afin d'augmenter leur participation sociale et, ultimement, leur qualité de vie. Grâce à l'implication de bénévoles, l'APIC devrait renforcer les capacités du réseau de la santé et des services sociaux à répondre aux besoins de cette population à risque de fragilité.

### **P-65. Quelle est la technologie de reconnaissance vocale la plus adaptée à une population âgée fragile ? Application pour le projet BIZI**

V Lespinet-Najib, A Dubresson, M Serret, JM Salotti, R Bessellere, K Peres, S Lafitte  
 (ENSC - Bordeaux INP / IMS, Talence France)

**Contexte:** Le projet BIZI [<http://biziandco.org>] a pour objectif de concevoir une plateforme numérique d'échanges et d'entraide intergénérationnelle visant à favoriser le maintien de l'autonomie de la personne âgée dans sa vie quotidienne. Cette plateforme reposera sur des modes d'interaction qui se veulent les plus naturels possibles pour la personne âgée : la reconnaissance vocale. **Objectifs:** L'objectif de ce travail était de comparer en termes

de performances, différents dispositifs de reconnaissance vocale adaptés pour une population de personnes âgées. **Méthodes:** Au total, 6 personnes âgées de plus de 80 ans ont été incluses dans ce travail (5 femmes et 1 homme). Elles présentaient des profils différents en terme d'élocution : débit très rapide, accent très fort, mauvaise articulation, volume sonore très faible, aucun problème. Les sujets devaient lire un texte de 86 mots constitué de la majorité des phonèmes de la langue française, de noms propres et de chiffres. Durant la lecture du texte, un enregistrement audio de haute qualité a été effectué, le micro était placé à la même distance pour tous les sujets. 6 API de reconnaissance vocale ont été soumises aux enregistrements réalisés : IBM Watson, Google cloud speech, Microsoft speech Bing, HPE HavenOnDemand, Speechmatics, Dragon Speech. Plusieurs critères de performances ont été analysés : le nombre de fautes et de mots oubliés, le temps d'analyse par l'API et la fiabilité réelle. **Résultats:** Les résultats permettent de classer les 6 API en terme d'efficacité. Ainsi, il ressort que l'API Google cloud speech est de loin la plus fiable aussi bien en terme de nombre de fautes que de temps d'analyse. Les autres API produisent beaucoup d'erreurs et/ou ont un temps d'analyse plus important. **Conclusion:** Ce travail a permis de déterminer quel dispositif de reconnaissance vocale était actuellement le plus fiable et celui qui permet de répondre aux différents profils des utilisateurs finaux de la plateforme Bizi. Ce travail montre l'importance d'intégrer dès le départ des choix technologiques les utilisateurs finaux, ici les personnes âgées, en veillant à la multiplicité des profils afin de proposer une technologie adaptée à tous et pour tous, dans l'esprit de la conception universelle.

#### **P-66. La Fragilité peut-elle se passer de la neuropsychologie ?**

M Vincenot, A Marfisi-Dubost, C Breyse

(Centre hospitalier gériatrique du mont d'Or, Albiigny sur Saone, France)

**Contexte:** L'évaluation neurocognitive chez le sujet fragile prend de plus en plus d'importance. Alors que les critères de Fried (2001) se centrent sur une évaluation motrice, le modèle de Rockwood (1994) fait d'avantage état d'une fragilité dite globale incluant un déficit cognitif. Dans le cadre de notre service d'hôpital de jour « évaluation et rééducation » ouvert fin 2017 nous proposons un bilan neurocognitif dans le but premier d'écarter une maladie neurodégénérative débutante et dans un second temps de mettre en avant l'efficacité et le dysfonctionnement des fonctions cognitives afin de proposer une rééducation adaptée. **Objectifs:** L'objectif de notre équipe était de mettre en avant la nécessité d'une évaluation neuropsychologique approfondie du sujet âgé repéré comme fragile. **Méthodes:** Les bilans neuropsychologiques de quatre patients fragiles ont été analysés et nous avons sélectionné un ensemble de 8 tests neuropsychologiques qui nous semblaient les plus importants. Nous les avons par la suite comparés à un échantillon de patients appariés en âge présentant une pathologie neurodégénérative de type maladie d'Alzheimer. Des analyses statistiques (test de student) ont été menées après vérification de la normalité des données (shapiro). **Résultats:** Les résultats montrent que les tests de débrouillage cognitif effectués lors de l'évaluation gériatrique standardisée ne sont pas suffisamment sensibles pour différencier nos deux populations. En effet, les analyses ne montrent pas de différences significative dans l'épreuve du MMSE entre les patients fragiles et les patients présentant une maladie neurodégénérative ( $p > 0,30$ ). Il en est de même pour le test des 5 mots de Dubois. Par ailleurs, la BREF ne présente qu'un effet tendanciel ( $p = 0,06$ ). Sur les tests

plus spécifiques réalisés durant l'évaluation neuropsychologique, le dernier rappel libre et indicé (RL3 :  $p < 0,05$  ; RI3 :  $p < 0,05$ ) ainsi que le rappel différé libre et total (RDL :  $p = 0,02$  ; RDI :  $p = 0,01$ ) au RL/RI 16 items apparaissent hautement différenciateurs entre les deux populations. A l'inverse, l'indice d'interférence (IF) au Stroop n'est pas significatif ( $p > 0,1$ ) de même que le rappel différé de la figure géométrique de la BEM ( $p > 0,1$ ), le rapport B/A au TMT ( $p > 0,1$ ) et un test de synthèse visuo-perceptive ( $p > 0,1$ ). **Conclusion:** La fragilité cognitive demeure un point essentiel dans le concept de fragilité car elle reste un facteur de risque pour le patient au même titre que la sphère fonctionnelle. Cependant, cette évaluation neurocognitive ne doit pas se limiter à des tests de débrouillage mais bel et bien s'inscrire dans un bilan neuropsychologique complet en lien avec une expertise fonctionnelle et nutritionnelle afin de mieux identifier les inefficacités et dysfonctionnements pour mieux les prendre en charge.

#### **P-67. La consultation infirmière de dépistage des fragilités, un outil de prévention primaire en déploiement sur le territoire de la Dordogne**

F Woné N Hamideche, S Lafleur, C Rongieras

(Centre Hospitalier de Périgueux, France)

**Contexte:** Le Pôle EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux, avec ses 547 lits répartis sur deux EHPAD et une USLD, sa double compétence sanitaire et médico-sociale, la qualification diversifiée de ses professionnels et leur niveau d'expertise propre au parcours de la personne âgée, est un acteur incontournable de la filière gériatrique. Dans le cadre d'un projet expérimental financé par l'Agence Régionale de Santé, son Centre Ressources EHPAD ouvre en octobre 2016 une consultation infirmière de dépistage de la fragilité au service du public âgé de l'agglomération de Périgueux. **Objectifs:** Cette consultation infirmière s'inscrit en complément des différents outils de la filière gériatrique et en partenariat avec les différents acteurs du parcours de soins de la personne âgée (Court Séjour et SSR gériatrique, consultation gériatrique, consultation mémoire et UCC, EMOG, USLD et EHPAD, HAD, MAIA, Réseau de Santé, SSIAD), hormis l'hôpital de jour gériatrique, structure inexistante en Dordogne et pourtant essentielle dans le dépistage de la fragilité. **Méthodes:** Au regard des différentes études faisant état de l'intérêt du dépistage de la fragilité comme un levier à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, une communication ciblée (affiches, dépliants, courriers personnalisés) est mise en place dès l'ouverture. L'objectif est de sensibiliser tous les acteurs de proximité (intervenants libéraux, CCAS, Centres Sociaux, associations gérontologiques) afin d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles ou les plus éloignés du système de santé. **Résultats:** Après 18 mois d'ouverture, la consultation se déploie en 6 points de proximité (CCAS, Maison de Santé, SSIAD) pour mieux couvrir le territoire et répondre aux problématiques de transport des usagers. Une fiche de repérage facilite l'adressage par les professionnels de terrain. Plus de 90 % des consultants sont repérés comme fragiles ou pré-fragiles, témoignant d'une nécessité de développer l'information du grand public âgé sur cette consultation de prévention. L'importance de la fragilité sociale (20 %) caractérise notre territoire rural. **Conclusion:** En appui de cette expérience de consultation infirmière, un déploiement départemental du dispositif est programmé, comprenant la formation d'infirmières et l'installation de lieux de consultation répartis sur tout le département de la Dordogne, en lien avec les MAIA et la Plateforme Territoriale d'Appui en cours de formalisation.

**P-68. Parcours de patient âgé chuteur Lillois: retour d'expérience ETP chute à domicile**

C Delecluse, A Saragoni, S Vancompernelle, B Romagny, F Puisieux

(GHICL, Lomme, France)

**Contexte:** Ce parcours se fonde sur une articulation entre une évaluation multidisciplinaire approfondie des patients à haut risque de chute (hôpital de jour d'évaluation de la chute) et des structures d'appui à la prise en charge sous la forme d'un hôpital de jour de SSR et/ou d'un service de prise en charge ergothérapeutique à domicile, le tout développant une offre spécialisée de prise en charge de la chute cohérent avec les recommandations de bonne pratique en complément d'une prise en charge kinésithérapique ambulatoire. Pour les patients âgés chuteurs de plus de 60 ans. **Objectifs:** L'objectif de l'Education Thérapeutique Chute (ETP Chute) est de PREVENIR les conséquences tant physiques que psychologiques de la chute chez la personne âgée et lutter ainsi contre la perte d'autonomie précoce de celle-ci et FAVORISER le maintien à domicile. **Méthodes:** La démarche d'ETP s'intègre dans une intervention multifactorielle personnalisée visant à réduire le risque lié aux chutes par la reconnaissance et la correction des facteurs de risque modifiables par le patient lui-même. **Résultats:** Ce programme ETP Chute comprend 1 visite à domicile du Médecin Coordonnateur et de l'infirmière Coordinatrice puis 6 séances collectives en atelier proposées en fonction des besoins et objectifs du patient. Différents thèmes y sont abordés tels que les facteurs de risque de chute, les activités physiques adaptées, l'équilibre, le pied et le chaussage, la nutrition, l'aménagement du domicile, les médicaments. Ces prestations s'inscrivent dans un projet de vie individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles visent à préserver et/ou à restaurer l'autonomie des personnes âgées, en prévenant la chute ou les risques de chute. **Conclusion:** Cette nouvelle offre de programme est proposée « hors les murs », à domicile et en ateliers collectifs au plus près de l'habitation des bénéficiaires.

**P-69. ESPREAD « se relever après une chute »**

S Cuvelier, R Ciupa

(CH Le Quesnoy, Le Quesnoy, France)

**Contexte:** Véritable enjeu de santé publique, la chute est au cœur des 4 grands risques liés à l'âge. Dans les HAUTS de France, l'expérimentation du programme national PAERPA permet de proposer de nouvelles offres de prise en charge, et notamment sur le territoire du valenciennois-Quercitain avec la création d'une équipe spécialisée de prévention des chutes, réadaptation et éducation à domicile : l'ESPREAD. Depuis juin 2015, l'ESPREAD, dédiée aux personnes âgées de plus de 75 ans, à haut risque de chute, résidant sur le territoire PAERPA, est portée par le centre Hospitalier du QUESNOY. Cette équipe pluridisciplinaire se compose : D'une infirmière coordinatrice, D'une ergothérapeute, D'une psychomotricienne, D'une assistante de soins en gérontologie. **Objectifs:** Se relever après une chute lorsque l'on est âgé n'est pas facile, un tel événement peut avoir un impact physique, moral et social. Un accompagnement est souvent nécessaire. Afin de pallier à ces difficultés, l'ESPREAD propose 3 axes d'action : Une évaluation environnementale à domicile avec pour objectif de proposer une expertise pour l'aménagement du domicile, Un programme de réhabilitation et/ou réadaptation à domicile, Un

programme d'éducation thérapeutique en partenariat avec les professionnels libéraux en ville. **Méthodes:** Depuis la création de l'équipe, une évaluation est réalisée et s'articule autour de : - l'activité des 3 axes, - la satisfaction des patients, - le bénéfice apporté aux patients, - le nombre de rechte à 6 mois, **Résultats:** Depuis la création de l'équipe : 603 PA ont eu au moins un contact avec l'ESPREAD, 459 visites environnementales à domicile ont été réalisées. 132 personnes ont bénéficié de séances de réhabilitation/réadaptation à domicile soit 1919 séances réalisées. Pour l'année 2016 : 80% des patients expriment être très satisfaits de la PEC, 20% satisfaits, 96% pensent que l'ESPREAD et leur kinésithérapeute sont complémentaires, 97% recommanderaient l'ESPREAD à d'autres personnes. En suivi à 6 mois : 67 personnes ont été revues. - 47% ont rechuté à 6 mois - 52 % souhaitent une nouvelle PEC. Concernant les programmes éducatifs : 18 personnes ont participé à un programme éducatif soit en séances collectives soit en séances individuelles ce qui représente 92 séances individuelles et 13 séances collectives. **Conclusion:** Depuis 2015, la file active en réhabilitation augmente (+ 22% en 2017), l'équipe est sollicitée par les différents partenaires de la filière gériatrique et notamment ceux du dispositif PAERPA. Les patients sont satisfaits de la prise en charge mais se pose la question d'un relais pour la suite surtout pour les plus fragiles, pour qui un accompagnement est nécessaire.

**P-70. Parcours du patient âgé dénutri : dépistage et prévention de la dénutrition et des facteurs de risque en équipe pluridisciplinaire ville-hôpital**

E. Brocquet, A. Roussel, V. Florent, V. Petit

(GHICL, Lomme, France)

**Contexte:** 4 à 10% des personnes âgées au domicile sont dénutries. La dénutrition est un syndrome gériatrique aux conséquences graves qui nécessite un repérage et des actions adaptées. **Objectifs:** Améliorer le repérage et la prise en charge de la personne âgée dénutrie et le risque de dénutrition. **Méthodes:** Le projet développé par le Centre Hospitalier d'Arras est l'accompagnement personnalisé de la personne âgée fragile en équipe pluridisciplinaire en collaboration avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers. Un travail est mené autour du patient âgé dénutri sur le dépistage et prévention de la dénutrition et des autres facteurs de risque en équipe pluridisciplinaire ville-hôpital. **Résultats:** Cette démarche s'inscrit par l'intervention de la diététicienne à domicile pour prendre en charge la dénutrition chez les personnes âgées fragiles de 75 ans et plus repérées par le Réseau Gérontologique. Un logigramme de dépistage et de prise en charge de la dénutrition a été créé. Le repérage par l'IDE ou le Gériatre d'un risque ou d'une dénutrition engendre un signalement à la diététicienne qui se déplace au domicile du patient. Une évaluation nutritionnelle est réalisée pour proposer une prise en charge adaptée. Cette intervention se fait en collaboration avec le médecin traitant, les aidants et les aides au domicile. Le suivi est assuré à 2 mois par la diététicienne. La formation des aides à domicile est prévue pour sensibiliser aux situations à risque de dénutrition. **Conclusion:** Le projet est de prendre en charge les autres situations à risque de dénutrition comme la iatrogénie grâce à l'intervention de professionnels adaptés à domicile. L'enjeu est de permettre aux personnes âgées de bien vieillir dans le milieu de vie qu'elles souhaitent.

**P-71. Réseau de santé gériatrique Lille Agglo, filières gériatriques de territoire et isolement social des personnes âgées.**

F Visade, A Durande, C Delecluse, E Brocquet, F Puisieux  
(Groupement hospitalier institut catholique de Lille, Lomme, France)

**Contexte:** La population des personnes en situation d'isolement relationnel est composée pour un quart (23%) de personnes âgées de plus de 75 ans. Cette proportion a progressé de 8 points (contre 3 points pour l'ensemble) entre 2010 et 2013, passant de 16% à 24%. Nous entrons par ailleurs dans les années d'accroissement la plus forte du nombre de personnes de plus de 60 ans. C'est dire l'importance du phénomène et la priorité à centrer la mobilisation sur l'isolement des personnes âgées, à risque de fragilité. **Objectifs:** Proposer un travail collaboratif entre les bénévoles des petits frères des pauvres et les infirmières et médecins de la filière gériatrique pour aider à la prise en charge des personnes âgées isolées, à risque de fragilité. **Méthodes:** Prise en compte de l'isolement des personnes âgées comme facteur de risque de fragilité. Mise en lien de la filière gériatrique, du réseau de santé gériatrique de Lille et des bénévoles des petits frères des pauvres, en proposant des ateliers communs afin de discuter, échanger et améliorer la prise en charge des patients isolés en ville par les bénévoles. Chacun apportant son expertise afin d'optimiser cette prise en charge. **Résultats:** La participation des infirmières et médecins de la filière gériatrique, ainsi que ceux du Réseau de santé gériatrique de Lille (RSG) aux travaux sur la prévention de l'isolement des personnes âgées est à la fois évident et innovant. Evident car le RSG est un acteur médico-social de territoire en gériatrie, de par ses liens avec les filières gériatriques qui identifient les personnes isolées et font le lien vers le domicile, permettant ainsi l'optimisation du parcours de soin de la personne âgée isolée, à risque de fragilité. Innovant car notre projet permettra aux acteurs de santé de la filière gériatrique et du RSG, médecins et infirmières, de proposer leur aide à la formation des bénévoles pour leur prise en charge des personnes âgées. **Conclusion:** Ce projet a pour but d'améliorer la qualité de prise en charge de la personne âgée isolée, à risque de fragilité par la filière gériatrique et le RSG, en lien avec les bénévoles des Petits frères des pauvres.

**P-72. Recours aux soins et état de santé buccodentaire chez les personnes de plus de 60 ans : exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages et Institutions (2008-2009)**

G Maille, M Ruquet, B Saliba-Serre, A-M Ferrandez  
(CNRS - UMR 7268 ADES, Faculté de Médecine Nord, Marseille, France)

**Contexte:** Les personnes âgées de plus de 60 ans manifestent un important besoin en santé orale. La prise en charge buccodentaire de ces patients peut varier en fonction de leur environnement direct. Le fait de vivre au domicile ou en institution peut influencer le recours aux soins et modifier la perception des patients sur leur état de santé buccodentaire. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est d'analyser, à partir des données d'une enquête nationale, le recours aux soins buccodentaires et l'état de santé orale de patients vivant au domicile ou en institution. **Méthodes:** Les données analysées sont issues de l'enquête Handicap-Santé (2008-2009), représentative de la population résidant en France métropolitaine, qui se décline en deux volets, l'un centré sur les ménages (HSM), l'autre sur les institutions (HSI). Dans chacune des deux populations nous avons réalisé une analyse descriptive selon trois thèmes : le recours aux soins, le renoncement aux soins et l'état de santé buccodentaire. **Résultats:** Alors que le recours aux médecins et aux spécialistes est élevé, le recours au chirurgien dentiste est moindre dans les deux populations. Si le renoncement aux soins reste minoritaire, les soins dentaires constituent la première cause du renoncement au domicile et en institution. Le facteur économique en reste la raison principale mais d'autres facteurs sont évoqués tels que la peur ou les problèmes d'accessibilités. Le port d'un appareil est sensiblement plus élevé en institution qu'au domicile, avec un peu plus de la moitié de la population porteuse d'un appareil dentaire. L'état de santé buccodentaire ressenti reste difficile à interpréter. **Conclusion:** L'amélioration de l'accès aux soins buccodentaires des personnes âgées nécessite la sensibilisation et l'information des patients, de leur entourage et des soignants à l'importance d'une bonne santé orale. Cette information doit être associée à des examens cliniques réguliers.