

Communications orales et affichées

SYMPOSIUM

S1. Vaccination du sujet âgé : Un enjeu d'avenir!

Gaëtan Gavazzi, Cécile Janssen
(Grenoble, Annecy)

• Etat des lieux de la vaccination des sujets âgés et vaccins en développement

Gaëtan Gavazzi, Cécile Janssen
(Grenoble, Annecy)

• Etat des lieux de la vaccination des sujets âgés et vaccins en développement

Isabelle Bereder, Olivier Rozaire, Gérard Thibaud
(Nice, France)

S2. L'évaluation clinique infirmière chez les personnes fragilisées sauve des vies

Mathieu Turcotte
(Lausanne, Suisse)

• Les Failure to Rescue dues à une défaillance de la surveillance infirmière

Pénélope Caravella
(Lausanne, Suisse)

Notre intervention vise à démontrer l'intérêt de la pratique de l'examen clinique infirmier dans la prévention et la gestion des situations de fragilité et en quoi il est de la responsabilité infirmière de détecter ces situations et leurs éventuelles complications. Cette détection passe par la prévention des Failure to Rescue par la pratique de l'examen clinique infirmier comme base de raisonnement clinique. Les personnes âgées fragiles se reconnaissent en outre par les critères de Fried. Ces critères se doivent d'être reconnus et évalués afin d'empêcher les Failure to Rescue. C'est-à-dire, la non-reconnaissance des changements de l'état clinique des patients et la non-application, dans un délai approprié, des moyens pour renverser ces changements (Selon Schmid et al, 2007)). Au Canada, il est estimé que 9,250 et 23,750 canadiens / année meurent à la suite des Failure to Rescue. Cinquante et un pourcent de ces personnes sont âgées de 75 ans et plus selon le ministère de santé et services sociaux du Québec (2014). Dans un contexte de complexité et d'instabilité lié aux caractéristiques individuelles ainsi que l'évolution clinique, la qualité de la surveillance clinique assure la sécurité des soins. Selon Schmid et al (2007) les compétences requises pour reconnaître les Failures to rescue de ces patients fragilisés sont d'être capable d'effectuer: des actions ciblées, l'ajustement immédiat des interventions selon les réponses du patient et l'évaluation clinique. De ce fait, l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique est l'activité réservée aux infirmières et infirmiers qui constitue l'assise de l'exercice infirmier dans différents pays occidentaux.

• Législation professionnelle de l'infirmière en France

Pénélope Caravella
(Lausanne, Suisse)

En France, c'est le décret du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique qui définit l'ensemble des soins infirmiers. Ce texte réunit à la fois le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles et l'ancien décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels. Par ailleurs, les infirmiers disposent d'un code de déontologie propre publié au journal officiel le 27 novembre 2016. La profession s'articule autour de deux pôles : le rôle propre et le rôle médico-délégué décrit dans ces textes. Ces textes décrivent l'exercice de la profession d'infirmier comme comportant l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation. Les soins préventifs, curatifs, palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils ont pour objet dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ces composantes physiologiques, psychologiques, économique, sociale et culturelle. Le décret de 2004 présente les sources de l'obligation de l'infirmier et sert de référence légale. Enfin, pour se plier aux exigences européennes, tous les métiers et tous leurs diplômes doivent faire mention de leurs compétences via un « référentiel », puis se décliner ensuite en un référentiel de formation. De fait, dans le cadre du nouveau programme de formation des étudiants en soins infirmiers (arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier) il est question pour la première fois de « compétences infirmières » au travers d'un « référentiel de compétences ». La compétence 1 est la suivante : « Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ». Ainsi, depuis 2009 l'examen clinique infirmier commence à faire son apparition dans la formation des infirmiers français, mais plutôt au niveau Master, comme le souligne Boursin et Maillard Hacker dans leur article de 2013 consacré à l'examen clinique infirmier qui est abordé comme un outil de l'IOA (Infirmier Organisateur de l'Accueil). Or, la compétence 1 comprend clairement la notion d'évaluation, objectif premier de l'examen clinique, lui-même pierre angulaire du jugement clinique infirmier duquel découlera le diagnostic infirmier. Il paraît donc primordial dans le contexte actuel de permettre aux futurs professionnels infirmiers de développer des compétences en examen clinique infirmier, afin qu'ils puissent répondre aux exigences légales relatives à leur future profession.

• L'évaluation clinique infirmière et les Infirmière praticienne spécialisée

Pénélope Caravella, Mathieu Turcotte
(Lausanne, Suisse)

L'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne est la pierre angulaire de la profession infirmière dans le but de maintenir et rétablir la santé et l'être humain. Pour réaliser cette activité, l'infirmière doit d'abord recueillir toutes les données pertinentes à la situation de santé du client, entre autres, au moyen du

questionnaire client, de l'examen physique, des données provenant d'autres professionnels et de divers examens diagnostiques. Par la suite, elle analyse et interprète ces données avec discernement et établit les constats de son évaluation. L'évaluation clinique se voit donc essentielle pour reconnaître la fragilité des personnes âgées et empêcher la mort. L'étude de De Meester, Verspuy, Monsieurs & Van Bogaert (2013) quel enseignement et la pratique d'une évaluation clinique par l'infirmière s'expriment par une amélioration de la reconnaissance des changements cliniques des patients au bon moment, une diminution statistique significative des décès inattendus, une amélioration de la communication infirmière-médecins et une augmentation de la satisfaction des infirmières.

COMMUNICATIONS ORALES

CO1. Etape 2 du programme ICOPE: Conduite à tenir devant une perte ou une baisse de la vue ou de l'audition

Catherine Takeda
(Toulouse, France)

CO2. Conduite à tenir devant une perte de la mobilité dans ICOPE

Sandrine Sourdet
(Toulouse, France)

CO3. Conduite à tenir devant une perte de la mémoire dans ICOPE

Pierre Jean Ousset
(Toulouse, France)

CO4. Conduite à tenir devant une perte de l'appétit et une perte de poids dans ICOPE

Sophie Guyonnet, Gaëlle Soriano
(Toulouse, France)

CO5. Le Monitoring Digital de ICOPE

Isabelle Carrié, Philippe de Souto Barreto
(Toulouse, France)

CO6. Etape 2 du programme ICOPE : conduite à tenir devant un trouble psychologique ou social

Christine Lafont
(Toulouse, France)

CO7. Comment implémenter ICOPE dans les EHPAD

Yves Rolland
(Toulouse, France)

CO8. Implémentation du programme ICOPE Care de l'OMS en région Occitanie en s'appuyant sur les infirmières(ères) du protocole de coopération

N. Tavassoli, J. De Kerimel, C. Lafont, C. Berbon, M. Soto, M.D. Medou, F. Nourhashemi, B. Vellas
(Toulouse, France)

Contexte: Limiter, dans les années à venir, le nombre de sujets âgés dépendants est l'un des défis économique et humain soulevé par le vieillissement démographique. En réponse à cet enjeu l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a développé l'approche «Integrated Care for Older People (ICOPE) ». Cette modalité

de prise en charge consiste à favoriser une approche intégrée de la santé qui prend en compte les capacités de la personne, les pathologies associées, l'environnement et le mode de vie avec pour objectif de développer un plan de soins centré sur la personne, en prenant en compte ses souhaits et ses aspirations. Pour cela, l'OMS propose de mesurer les 5 domaines de la capacité intrinsèque des seniors (locomotion, cognition, fonctions sensorielles, statut psychologique, nutrition/vitalité), à l'aide de l'outil Step1, pour intervenir et mettre en place rapidement les mesures correctives afin d'éviter (et/ou de retarder) la perte d'autonomie. Dans l'hypothèse où ce dépistage fait apparaître une situation de fragilité, une phase d'évaluation dite « Step 2 » est déclenchée en lien avec le médecin traitant. Dans le cadre du Programme Régional de Santé Occitanie (PRS), l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie et le Gérontopôle de Toulouse, Centre collaborateur de l'OMS, ont mis l'accent sur la prévention de la perte d'autonomie en déployant le programme ICOPE en région Occitanie. La structuration de l'offre de soins de cette région constitue une opportunité pour mener à bien cette démarche innovante du fait de la présence de 117 infirmiers libéraux formés au protocole de coopération pour la prise en charge de la fragilité du sujet âgé. **Objectifs:** S'appuyer sur les infirmiers libéraux formés au protocole de coopération pour mesurer les 5 domaines de la capacité intrinsèque chez les seniors en utilisant l'outil Step1 de l'OMS. **Méthodes:** Une convention a été signée entre l'ARS Occitanie et le Gérontopôle de Toulouse en novembre 2019. Les infirmiers libéraux formés dans le cadre du protocole de coopération ont été invités à participer à une des 4 demi-journées de formation au programme ICOPE organisées par le Gérontopôle de Toulouse - Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance (ERVDP). Pour ce projet, l'outil (Step1) de l'OMS a été adapté sous forme d'une application utilisable sur smartphone ou tablette pour faciliter l'utilisation. Les données saisies via l'application alimentent directement la base de données fragilité (BDF) du Gérontopôle de Toulouse. Ceci facilite le suivi des seniors et permet de générer des alertes en cas de déclin au niveau de la capacité intrinsèque. **Résultats:** Quatre sessions de formation sont organisées au Gérontopôle de Toulouse pour le premier trimestre 2020. Il est prévu de former les 117 infirmiers libéraux du protocole de coopération. **Conclusion:** En s'appuyant sur le réseau des infirmiers libéraux du protocole de coopération, ce projet doit permettre de déployer le programme ICOPE de manière homogène et équitable dans toute la région Occitanie afin de renforcer la prévention de la dépendance chez les seniors.

CO9. Le bilan infirmier de dépistage des fragilités Un outil innovant «ICOPE-compatible» adapté au territoire de la Dordogne

F. Woné, S. Laffleur, V. Chanel, C. Clément, M. Gourgues, M. Guillem-Joussaume, S. Bodet, S. Kerbellec, C. Rongieras
(Périgueux, France)

Contexte: Dans le cadre d'un projet expérimental financé par l'Agence Régionale de Santé, le Centre Ressources du Pôle EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux a ouvert en 2016 une consultation infirmière approfondie de dépistage de la fragilité au service des personnes âgées 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 et PTA, Réseau de

Santé, SSIAD,...). **Méthodes:** Une communication ciblée (affiches, dépliants, courriers personnalisés, réunions d'information) est mise en place afin de sensibiliser tous les acteurs de proximité (intervenants libéraux, CCAS, Centres Sociaux, associations gérontologiques,...) et d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles ou les plus éloignés du système de santé. Après repérage des critères de Fried grâce à l'outil FRAIL-GFST, l'objectif de cette consultation, est de déceler au plus tôt diverses fragilités en installation. La mesure des capacités intrinsèques résiduelles de la personne, par une évaluation gérontologique standardisée comprenant plus de 26 tests et mesures, permet l'élaboration d'un plan de préconisations ciblé, et une veille attentionnelle à la mise en oeuvre de ce plan, à 1, 3 et 6 mois. Le Groupement Hospitalier de Territoire de Dordogne (GHT), regroupe 11 établissements de santé et 24 EHPAD. Dans un contexte de « fragilité » du territoire de la Dordogne (5ème département le plus âgé de France, isolement, solitude, précarité, désertification médicale, filière gériatrique incomplète,...), le GHT vient d'inscrire les consultations infirmières de dépistage des fragilités dans les objectifs opérationnels des volets gériatrie et prévention de son projet médical. L'Agence Régionale de Santé et les collectivités territoriales soutiennent ce dispositif. **Résultats:** Les premiers résultats de ce déploiement départemental montrent l'intérêt du dispositif dans le parcours de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées du territoire. **Conclusion:** Véritable action de prévention en santé accessible gratuitement, le bilan infirmier de dépistage des fragilités permet de retarder l'entrée en dépendance et de maintenir les réserves fonctionnelles des personnes de 65 ans et plus, comme préconiser dans le programme ICOPE de l'OMS.

CO10. Premiers Résultats de l'Etude COGFRAIL

S. Sourdet

(Toulouse, France)

CO11. Les personnes âgées fragiles sont-elles également complexes ? Eléments de réponse issus de l'étude « fraXity »

C. Busnel, F. Vallet, C. Ludwig

(Carouge, Suisse)

Contexte: Pour les soignants auprès de personnes âgées à domicile, le repérage précoce de la fragilité et des situations complexes devrait permettre de prévenir les risques de déclin fonctionnel et d'adapter les plans de soins. Aujourd'hui, se pose néanmoins la question des liens entre fragilité et complexité et peu d'éléments empiriques investiguent dans quelle mesure les personnes fragiles sont complexes. **Objectifs:** L'étude « fraXity » se propose d'évaluer le niveau de complexité selon le phénotype de fragilité. **Méthodes:** Sur un échantillon de 231 personnes vivant à domicile dans le canton de Genève ayant participé à l'étude « fraXity », les données de 229 personnes (Mage=79.4, SDage= 8.1 ; 77.3% de femmes) ont été analysées. Le phénotype de fragilité a été dérivé à partir d'une évaluation gériatrique standardisée effectuée avec le Resident Assessment Instrument – Home Care (interRAI-HC). La complexité a été évaluée avec le COMID (instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle). Un index de complexité (IC) a également été dérivé de l'interRAI-HC. **Résultats:** Parmi les participants, 31.9% sont robustes (Mage= 75.9, SDage= 6.34; 76.7% femme), 45.9% pré-fragiles (Mage= 79.69, SDage= 7.91 ; 78.1% femme) et 22.3 % fragiles (Mage= 83.98, SDage= 8.25 ; 76.5% femme). Un effet général du phénotype a été montré sur la complexité, évaluée par le COMID $F(2,220)=19.1, p<.001,$

et par l'IC $F(2,226)=26.6, p<.001$. Les analyses de contrastes montrent que les fragiles et pré-fragiles sont plus complexes que les robustes ($p<.01$) et que les fragiles sont plus complexes que les pré-fragiles ($p<.01$). Les résultats sont comparables lorsque les analyses contrôlent pour l'âge. **Conclusion:** Les résultats montrent des différences significatives de complexité entre phénotypes, les personnes plus fragiles présentant une complexité significativement plus élevée. Des résultats comparables sont obtenus avec le score COMID et l'IC, ce qui suggère que la complexité peut être estimée sur la base d'une évaluation interRAI-HC. Une analyse spécifique aux domaines de la complexité devra être menée pour documenter avec plus de détails les liens entre complexité et fragilité. Enfin, des analyses longitudinales permettront de questionner la validité prédictive des deux construits et d'identifier les points communs et éventuelles différences

CO12. La complémentation nutritionnelle orale diminue le risque d'hospitalisation chez les patients âgés dénutris vivant à domicile, sans augmenter les coûts

A. Raynaud-Simon, H. Hubert, O. Guérin, D. Seguy

(Paris, Lille, Nice, France)

Contexte: La dénutrition affecte 5 à 10 % des sujets âgés vivant à domicile. Une intervention nutritionnelle pourrait engendrer des économies de coûts. **Objectifs:** Comparer les coûts de santé chez les patients âgés dénutris vivant à domicile en fonction de la prescription, ou non, de compléments nutritionnels oraux (CNO). **Méthodes:** Cette étude observationnelle multicentrique prospective a inclus des patients âgés de 70 ans et plus, dénutris (critères HAS) et vivant à domicile. Les CNO étaient prescrits par le médecin généraliste selon leur pratique habituelle. Les coûts de santé et les hospitalisations ont été enregistrés sur une période de six mois. Les autres données recueillies étaient l'IMC, la perte de poids, l'appétit, les comorbidités, la dépendance, la perception de l'état de santé actuel, la qualité de vie et la compliance aux CNO. **Résultats:** 191 patients ont été analysés. À l'inclusion, les 133 patients ayant reçu des CNO étaient plus dépendants ($p < 0,001$), avaient un appétit ($p < 0,001$) et une qualité de vie ($p = 0,04$) plus faibles, et une moins bonne perception de leur santé ($p = 0,02$) que les 58 patients sans CNO. À 1 mois, la compliance pour les CNO était de 83,5 %. À 6 mois, l'appétit s'est davantage amélioré dans le groupe CNO ($p = 0,001$). Dans les analyses ajustées, il n'y avait pas de différence de coûts entre les groupes avec et sans CNO ($p = 0,48$). Dans le groupe CNO, les coûts de santé étaient plus bas chez les patients ayant une consommation d'énergie provenant des CNO $> \text{ou} = 500 \text{ kcal/j}$ vs $< 500 \text{ kcal/j}$ (1389 vs 3502 € ; $p = 0,04$). Les patients avec CNO étaient plus souvent hospitalisés que les patients sans CNO (OR = 2,52 [IC 95% 1,09 - 5,83], $p = 0,03$). Dans le groupe CNO, si la consommation des CNO était $> \text{ou} = 30 \text{ g}$ de protéines/jour ou $> \text{ou} = 500 \text{ kcal/j}$, le risque d'hospitalisation était significativement réduit. **Conclusion:** Dans cette étude observationnelle, les médecins généralistes ont prescrit des CNO chez les patients âgés dénutris les plus dépendants et les plus anorexiques, avec le plus grand risque d'hospitalisation. La prescription de CNO n'a pas généré de coût supplémentaire, et, chez les patients avec CNO, des apports énergétiques et protidiques élevés ($> \text{ou} = 30 \text{ g}$ de protéines ou $> \text{ou} = 500 \text{ kcal/j}$) ont été associés à une réduction du risque d'hospitalisation et des coûts de santé.

CO13. Ouverture d'un hôpital de jour chute : Avoir un bon équilibre pour prévenir les chutes !

E. Michel, F. Chorin, M. Orloff, A. Marteu, G. Sacco, O. Guérin
(Nice, Angers, France)

Contexte: Les troubles de la marche et de l'équilibre peuvent conduire à des chutes. La chute est un accident fréquent chez la personne âgée : 30 % des plus de 65 ans et 50 % des plus de 80 ans chutent au moins une fois par an (1). **Objectifs:** L'objectif de ce projet est de prévenir les chutes à l'aide d'une évaluation pluridisciplinaire et de proposer une prise en charge adaptée. **Méthodes:** Cette évaluation a débuté en mars 2019. Elle vise les sujets âgés de plus de 75 ans présentant des troubles de la marche ou de l'équilibre qui ont entraîné au moins une chute. Ces patients sont adressés dans les suites d'un passage aux urgences pour une chute ou via une hospitalisation ou une consultation au sein du pôle Réhabilitation Autonomie Vieillesse du CHU de Nice. Ce programme multidisciplinaire inclut : une évaluation gériatrique standardisée réalisée par un gériatre, une évaluation fonctionnelle par un kinésithérapeute, une évaluation du domicile par une ergothérapeute, une évaluation nutritionnelle, un bilan médicamenteux par un pharmacien, une analyse quantifiée de la marche puis une consultation médicale de synthèse. Les patients sont ensuite orientés vers une prise en charge par un kinésithérapeute en ville ou inclus dans un programme d'activité physique adapté. Ils reçoivent également des conseils pratiques pour limiter le risque de chute. **Résultats:** Depuis mars 2019, 63 patients ont réalisés une évaluation globale au sein de l'hôpital de jour (22 hommes, 41 femmes). L'âge moyen était de 85 ans. Le nombre moyen de médicaments était de 6 par patient dont 43% de diurétiques et 36% de psychotropes. 57% des patients ont bénéficiés d'une modification thérapeutique. La totalité des patients présentaient une diminution de la force musculaire et 79% d'entre eux une diminution de la puissance musculaire. 86% des patients ont bénéficiés de recommandations pour l'amélioration de leur environnement. **Conclusion:** La création de l'hôpital de jour a permis de prendre en charge les patients âgés souffrant de troubles de la marche afin de réduire les risques de chute. La totalité des patients ont reçus des recommandations afin de diminuer ce risque.

CO14. Intérêt d'une évaluation gériatrique simplifiée en préopératoire dans les arthroplasties programmées de hanche et de genou

A.-L. Couderc, A. Alexandre, A. Baudier, E. Nouguerede, D. Rey, V. Pradel, A. Stein, J.-N. Argenson, L. Lalys, P. Villani
(Marseille, France)

Contexte: Les arthroplasties de hanche et de genou sont les chirurgies orthopédiques les plus répandues chez les personnes âgées. Le repérage des fragilités gériatriques en préopératoire semble être intéressant pour améliorer le devenir de ces patients. **Objectifs:** L'objectif principal de ce travail est de repérer des critères d'une évaluation gériatrique standardisée simplifiée (mini-EGS) associés à une hospitalisation non programmée dans les 3 mois post-opératoires d'une arthroplastie programmée de hanche (PTH) et/ou de genou (PTG) chez les patients ≥ 65 ans. Les objectifs secondaires sont de rechercher les fragilités gériatriques associées aux complications post-opératoires et à l'allongement de la durée moyenne de séjour (DMS) en Orthopédie. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude monocentrique, prospective et descriptive réalisée dans le service d'Orthopédie de l'AP-HM (Marseille) de

Janvier à Mai 2019. Une mini EGS a été réalisée en préopératoire. Cette étude a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes. **Résultats:** Dans cette étude, 104 patients sont inclus. Le taux de ré-hospitalisation précoce à 3 mois post-opératoires est de 13% dont les facteurs associés sont l'augmentation de la DMS (OR= 5,646, IC 95%, 1.264-25.225, p=0,02) et la dépendance sur les activités de la vie quotidienne (ADL $\leq 5/6$) (OR= 8,319, IC 95%, 1.733-39.943, p=0,008). On retrouve un taux plus élevé de complications post-opératoires chez les patients isolés (OR=3.038; IC95 1.040-8.868, p=0.04) et ceux présentant une augmentation de la DMS (OR=3.592, IC95 1.359-9.489, p=0.01). Le type de chirurgie (PTG) (OR= 2,553, IC 95%, 1.024-6.364, p=0,04) et un antécédent de pose de prothèse (OR= 2,175, IC 95%, 0.880-5.380, p=0,09) sont liés à une DMS > 6 jours. **Conclusion:** Notre étude a permis de mettre en évidence l'autonomie au travers de l'ADL associé à un risque de ré-hospitalisation précoce chez les patients âgés pris en charge pour une arthroplastie programmée ; et pour la première fois dans la littérature, la présence d'un isolement associé aux complications dans les 3 mois post-opératoires. Ainsi, la réalisation d'une mini EGS en préopératoire semble être essentielle pour limiter les risques de morbidité post-opératoire et peut s'étendre à la pratique de la médecine ambulatoire.

CO15. Age subjectif et peur de chuter chez la personne âgée

Hervé Fundenberger, David Hupin, Nathalie Barth, Bienvenue Bongue, Brice Canada
(Saint Etienne, Lyon, France)

Contexte: La peur de chuter est un phénomène fréquent chez la personne âgée. Elle est liée à l'évaluation subjective du risque de chute et est considérée comme un marqueur de la fragilité des personnes âgées (Esbri-Victor, 2017). L'identification des déterminants de cette peur de chuter présente donc un intérêt majeur pour l'accompagnement des seniors. Une littérature croissante démontre que l'âge subjectif, à savoir l'âge que se donnent les individus indépendamment de leur âge chronologique, est associé au fonctionnement cognitif et fonctionnel des seniors (Stephan, 2014). De plus, il est associé à plusieurs paramètres fonctionnels de la fragilité (e.g., vitesse de marche et force de préhension : Fried, 2001). Toutefois, peu d'études ont investigué l'implication de l'âge subjectif sur des déterminants psychologiques de la fragilité, tel que la peur de chuter. **Objectifs:** Basée sur des analyses transversales et longitudinales, cette étude vise à tester dans quelle mesure l'âge subjectif est associé à la peur de chuter chez la personne âgée. **Méthodes:** Pour l'analyse transversale, l'échantillon est composé de 5309 participants (cohorte NHATS, 2011-2017) ayant fourni des données complètes sur la peur de chuter, l'âge subjectif et différents covariants d'ordre sociodémographique (âge, sexe, appartenance ethnique, niveau d'éducation), fonctionnel (score SPPB, antécédent de chutes) et psychologique (dépression). Par ailleurs, l'analyse longitudinale est réalisée sur un échantillon composé de 1342 individus ayant fourni des données complètes tout au long d'un suivi de 7 ans. **Résultats:** Le fait de se sentir plus jeune que son âge réel est lié à un risque moins élevé de peur de chuter (OR=0,843 ; IC=0,78-0,91 ; p<0,001) et également à un risque plus faible de développer une peur de chuter 7 ans plus tard (OR=0,81 ; IC=0,67-0,98 ; p<0,05). Cette relation est indépendante des chutes ainsi que des facteurs sociodémographiques, fonctionnels et psychologiques. **Conclusion:** Ces résultats confirment le rôle de l'âge subjectif sur l'un des marqueurs de la fragilité chez la personne vieillissante, à savoir la peur de chuter. Ils permettent d'identifier un nouveau

paramètre à considérer dans l'accompagnement des personnes les plus à risque de devenir fragile lors de l'avancée en âge.

CO16. Le Score d'Evaluation Facile des Ingesta (SEFI®) par évaluation de portions consommées est faisable et dépiste la dénutrition chez les personnes âgées vivant en EHPAD

S. Mesbah, H. Mesbah, L.-A. Haumont, R. Thibault
(Rennes, France)

Contexte: Le Mini Nutritional Assessment® (MNA®) préconisé pour dépister la dénutrition protéino-énergétique chez les adultes >70 ans est long à utiliser. Le Score d'Evaluation Facile des Ingesta (SEFI®) (Knoë, Le Kremlin Bicêtre, France) pourrait permettre un dépistage rapide de la dénutrition. **Objectifs:** Evaluer la faisabilité et la validité de SEFI® dans le dépistage de la dénutrition chez des sujets vivant en EHPAD. **Méthodes:** Etude quantitative, interventionnelle, transversale, monocentrique dans un EHPAD de 143 résidents, sur 6 mois. SEFI® réalisé par un médecin généraliste. Le SEFI® sous forme d'échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 10 et par portions consommées en auto-évaluation (SEFI@a) était effectué le matin après la réalisation du MNA®. Questions posées: SEFI@a EVA: « Si vous considérez que quand vous êtes en bonne santé vous mangez normalement, à combien évaluez-vous votre prise alimentaire en ce moment entre 'rien du tout' et 'comme d'habitude' ? ». SEFI@a portions consommées : « quelle quantité de votre assiette mangez-vous en ce moment : rien, le quart, la moitié, trois quarts, ou tout ? » SEFI® en hétéro-évaluation (SEFI@h) était réalisé à la fin du repas de midi le même jour que SEFI@a : les portions effectivement consommées étaient collectées. Dénutrition définie par : MNA®<17, IMC<21, circonférence brachiale (CB)≤22cm, circonférence du mollet (CM)<31cm. Statistiques: corrélations par coefficient de Spearman, méthode de Youden et courbes ROC. **Résultats:** Sur 128 patients, 93 ont été inclus : âge moy. 88±7 ans, 67 femmes, IMC moy. 25,9±6,1, SEFI@a portions consommées 70±22% (n=29), SEFI@h 74±30% (n=93); MNA®<17 26%. Faisabilités respectives de SEFI@h, SEFI@a numérique, SEFI@a portions consommées: 100, 0 et 31%. SEFI@h était corrélé avec le MNA® (SEFI@h, rho=0,51; P<0,0001). La sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et valeur prédictive négative, pour prédire la dénutrition par MNA®<17, de la consommation ≤50% était respectivement de 75%, 87%, 67% et 91% (AUC=0,81). Pour un seuil SEFI@h≤75% et CB≤22 (AUC=0,71) ; SEFI@h≤50% et IMC<21 (AUC=0,63), ou CM<31 (AUC=0,69). **Conclusion:** Le SEFI@h en portions consommées est un outil rapide, faisable, et utile pour l'aide au dépistage de la dénutrition en EHPAD. SEFI® pourrait aider à cibler les patients nécessitant une évaluation et des soins nutritionnels.

CO17. Prise en charge de patients fragile dans les MSP d'Occitanie

B. Chicoulaa, E. Escourrou, F. Durrieu, V. Millon, L. Savary, M. Gelibert, M.E. Rouge Bugat, S. Oustric
(Toulouse, France)

Contexte: L'évaluation hospitalière de patients âgés fragiles existe depuis 2011. Le nombre potentiel de patients pré fragiles ou fragiles dans la population générale rend impossible une évaluation uniquement hospitalière. Les soins premiers par le biais des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) commencent à s'approprier cette évaluation. **Objectifs:** Il s'agit du premier bilan de cette prise en charge. **Méthodes:** L'étude concernant les MSP

de la région Occitanie ayant mis en place un programme de prise en charge pluri professionnelle de la population âgée fragile, était divisé en trois parties. La première partie a évalué le fonctionnement des programmes de prise en charge de la fragilité de la phase de repérage jusqu'à la proposition du plan personnalisé de soins (PPS). La deuxième partie a décrit, au moment de l'inclusion, les caractéristiques de la population gériatrique évaluée au sein des MSP, et les actions proposées dans le PPS. La troisième partie a décrit l'organisation des professionnels et le suivi des patients dans l'année qui a suivi la mise en place du PPS. Le retour des professionnels impliqués (généralistes et infirmière) a été analysé au cours de la première et de la troisième partie. **Résultats:** Le repérage des patients potentiellement fragiles pour les 15 MSP impliquées en 2016 dans la prise en charge de patients âgés fragiles faisait appel à différentes modalités. L'évaluation était faite principalement par l'infirmière seule. Dix MSP ont mis en place un suivi de ces patients. Seules 3 MSP avaient un suivi clairement organisé. Deux cent trente-cinq patients (73 %) avaient un dossier exploitable sur les 322 patients évalués. Cent cinquante personnes (63,8 %) au minimum étaient pré fragiles ou fragiles. Lors de la mise en place du PPS, 574 propositions avaient été faites dont 440 (76,6 %) ont pu être mises en place. Les principales difficultés pour les professionnels étaient principalement le manque de temps, une diminution de motivation des équipes surtout si le porteur du projet était isolé, et une absence de formation. **Conclusion:** Les MSP sont en train de s'organiser dans la prise en charge de patients âgés fragiles. Il est important d'analyser leur organisation actuelle, pour tenter d'optimiser au mieux, les futures prises en charge de patients fragiles en soins premiers.

CO18. CRP, hémoglobine, albumine, 25OHD et testostérone libre comme biomarqueurs associés à la fragilité: résultats d'une méta-analyse

A. Mailliez, A. Guilbaud, F. Puisieux, L. Dauchet, É. Boulanger
(Lille, France)

Contexte: Au cours du vieillissement, un individu est défini comme robuste, fragile ou dépendant. La fragilité est réversible. Une détection précoce permettrait de reverser le sujet vers l'état robuste. Il existe de nombreuses échelles cliniques de mesure de la fragilité. Cependant, cela n'est pas systématiquement recherché en pratique clinique quotidienne. L'identification de biomarqueurs associés à la fragilité serait un outil clinique simple et utile. Actuellement, nous ne disposons pas de biomarqueurs clairement définis. **Objectifs:** Réaliser une revue de la littérature sur l'ensemble des biomarqueurs associés à la fragilité et comparer dans une méta-analyse les valeurs plasmatiques de chaque biomarqueur entre les sujets fragiles et robustes. **Méthodes:** La recherche a été menée avec 3 moteurs: PubMed, Scopus et Web Of Science jusqu'au 1er février 2019. Nous avons additionné 2 mots-clés; les termes MESH (Medical Subject Headings) «biomarkers» et «frailty». Deux auteurs ont mené indépendamment cette recherche et évalué l'éligibilité des études. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été cherchés au sein des titres et abstracts des articles publiés ou dans le texte entier si nécessaire. Les critères d'inclusion étaient les suivants: un groupe fragile et un groupe contrôle appelé non-fragile ou robuste devaient être définis, l'échelle de fragilité utilisée devait uniquement être celle de Fried, les biomarqueurs devaient uniquement être plasmatiques, les valeurs des dosages plasmatiques au sein de chaque groupe devaient être disponibles. **Résultats:** 503 articles ont été identifiés via PubMed, 467 via Scopus and 369

via Web Of Science. 67 articles ont été inclus, regroupant un total de 32934 sujets robustes et 6864 sujets fragiles. La CRP (SMD: 0.49 CI 95% [0.37-0.61]) était significativement plus élevée dans le groupe fragile tandis que l'hémoglobine (SMD: -0.67 [-0.90;-0.44]), l'albumine (SMD: -0.62[-0.84;-0.41]), la 25OHD (SMD: -0.43 [-0.64;-0.21]) et, chez les hommes, la testostérone libre (SMD: -0.77 [-1.05;-0.49]) étaient significativement plus basses dans le groupe fragile par rapport au groupe robuste ($p < 0.001$). **Conclusion:** Nous avons mis en évidence 5 biomarqueurs associés à la fragilité (CRP, hémoglobine, albumine, 25OHD, testostérone libre chez l'homme) appartenant à différents systèmes biologiques. Des études de cohortes sont nécessaires pour vérifier de façon prospective leur capacité à détecter la fragilité.

CO19. Dépistage précoce de la sarcopénie du sujet âgé en services de soins aigus

M. Blanquet, G. Ducher, A. Sauvage, S. Dadet, N. Farigon, C. Guiguet-Auclair, P. Berland, J. Bohatier, Y. Boirie, L. Gerbaud (Clermont Ferrand, France)

Contexte: La sarcopénie est associée à une plus grande morbidité. **Objectifs:** Le but de l'étude était de déterminer le seuil de la force de préhension permettant de dépister de façon performante la sarcopénie de sujets âgés de 75 ans ou plus, sur un échantillon de patients hospitalisés en service de médecine polyvalente (MPO) et de court séjour gériatrique (CSG), en utilisant la définition du consensus européen (EWGSOP*) sur la sarcopénie. **Méthodes:** Etude transversale, multicentrique réalisée en MPO et CSG de septembre 2017 à juin 2018. L'étude a été systématiquement proposée à chaque patient nouvellement hospitalisé, âgés de 75 ans ou plus. Les critères de non inclusion comportaient : soins de fin de vie, situation clinique non pertinente, refus de participer, tutelle ou curatelle, alimentation par gastrostomie, inclus dans une étude susceptible d'avoir un impact et participation au cours d'une précédente hospitalisation. Les mesures, force de préhension, impédancemétrie et vitesse de marche, étaient réalisées sur un délai maximum de 7 jours. Le critère d'évaluation principal était la capacité du test de force de préhension à dépister la présence ou non d'une sarcopénie. **Résultats:** Au total, 223 patients ont été inclus, 104 en MPO et 119 en CSG. La prévalence de la sarcopénie, selon la définition de l'EWGSOP de 2010, était de 32,9% (28/85) en MPO (42,9% chez l'homme et 26% chez la femme) et 31% (35/113) en CSG (16% chez l'homme et 35,2% chez la femme). La faisabilité de la force de préhension est excellente, 96,2% en MPO et 93,3% en CSG. La force de préhension peut être utilisée en dépistage si la force est strictement supérieure à 18kg pour les hommes et 15kg pour les femmes. Le test est positif (sujet à risque de sarcopénie) si la force est inférieure à 26kg pour les hommes (sensibilité 80% et spécificité 53,6%) et 18kg pour les femmes (sensibilité 94,4% et spécificité 56,8%). **Conclusion:** Le test de force de préhension peut être utilisé comme test de dépistage de la sarcopénie en service de soins aigus dans les premiers jours d'hospitalisation.

CO20. Identification de la fragilité et de la dépendance dans le SNDS : développement et validation d'un nouvel algorithme

H. Lahbib, L. Mandereau-Bruno, S. Gorla, V. Wagner, C. Féart, K. Pérès, C. Helmer, L. Carcaillon-Bentata (Saint Maurice, Bordeaux, France)

Contexte: Dans le contexte du vieillissement de la population, il apparaît aujourd'hui indispensable de renforcer le système de

surveillance épidémiologique de la fragilité et de la dépendance à l'échelle nationale. Alors que le système national des données de santé (SNDS) est de plus en plus utilisé pour la surveillance des maladies chroniques, aucun indicateur de limitations fonctionnelles ou de dépendance n'est disponible dans ces bases. **Objectifs:** L'objectif de l'étude est de développer et valider un algorithme permettant de classer les individus selon leur statut fonctionnel (robuste, fragile, dépendant) dans le SNDS. **Méthodes:** L'étude repose sur l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) 2012, appariée aux données du SNDS, dans laquelle la fragilité (selon le phénotype de Fried) et la dépendance (au moins une atteinte dans les activités de base de la vie quotidienne) serviront de gold-standard. Les données du SNDS incluent les remboursements des soins dispensés en ville (actes médicaux, examens biologiques, dispositifs médicaux, médicaments), les séjours hospitaliers, le diagnostic d'affection longue durée. La sélection des variables du SNDS à tester pour développer l'algorithme est basée sur une revue des études ayant validé des indicateurs de fragilité/dépendance dans les bases administratives étrangères, et inclut notamment des variables de pathologies, syndromes gériatriques et consommations de soins liées à la perte d'autonomie. D'autres variables liées à la perte d'autonomie (remboursements d'une canne, d'un trajet en ambulance...) spécifiques aux données françaises ont été ajoutées. Différentes méthodes de modélisation seront utilisées pour développer cet algorithme : régressions polytomiques et forêts aléatoires. Des techniques de sélection de variables traditionnelles (pas à pas) et de type «machine learning» (LASSO) seront employées pour l'identification des variables influentes. La validation de l'algorithme sera réalisée en évaluant ses performances prédictives dans les enquêtes ESPS 2010 et 2014. **Résultats:** Notre échantillon contient 2829 individus (52,8% de femmes), âgés de 68,1 ans en moyenne, dont 224 (7,9%) fragiles et 115 (4,1%) dépendants. Environ 120 variables issues du SNDS seront testées dans les différents modèles. Les analyses sont en cours et les résultats seront présentés lors du congrès. **Conclusion:** Cet indicateur de statut fonctionnel ouvrira d'importantes perspectives dans les champs de la surveillance, de la recherche et de la prévention en santé des personnes âgées à partir du SNDS. Cet indicateur pourra également servir de variable d'ajustement ou d'intérêt dans un grand nombre d'études pronostiques ou pharmaco épidémiologiques.

CO21. Activité physique et troubles cognitifs : résultats de la cohorte canadienne Ceti

C. Dupré, B. Bongue, L. Fruteau de Laclous, M.-Jo. Sirois (Saint Maurice, France; Laval, Canada)

Contexte: Plusieurs études ont été réalisées sur le lien entre activité physique et vieillissement cognitif chez les personnes âgées. **Objectifs:** L'objectif est de comparer ces résultats sur une population différente, avec des indicateurs d'activités physiques et cognitifs différents. **Méthodes:** Les personnes incluses dans cette étude sont issues de la cohorte CETI, une étude prospective multicentrique menée dans le cadre du Programme d'initiative de l'équipe canadienne des urgences (CETIE) sur la mobilité et le vieillissement, entre mars 2011 et janvier 2016 dans les départements d'urgence de 6 villes (Québec, Montréal, Ottawa, Hamilton, Toronto et Calgary). Le déclin cognitif a été évalué en utilisant le MoCA (Montreal Cognitive Assessment) et le TICS (Telephone Interview for Cognitive Status). L'activité physique a été évaluée par le RAPA (Rapid assessment of Physical activity). Cet outil développé pour les personnes âgées de plus de 50 ans est structuré en plusieurs sections:

les activités physiques légères, modérées et vigoureuses constituent le premier score (aérobie). Le second est constitué des activités de force musculaire et de flexibilité. Des régressions logistiques, modèles de COX permettront d'étudier la survenue des troubles cognitifs alors que des modèles longitudinaux comme les modèles mixtes et les modèles multi-états permettront l'étude de l'évolution conjointe de la cognition et de l'activité physique. **Résultats:** A l'inclusion, 2043 individus n'avaient pas de troubles cognitifs légers, soit 74% de l'échantillon total, avec une moyenne d'âge de 75 ans. Au cours du suivi à 3 et 6 mois, 9.35% de troubles sont apparus (MoCA <23/30 et TICS <=31/50). L'activité physique de force musculaire et de flexibilité était en moyenne plus élevée chez ceux qui restaient indemnes de troubles (1.1 vs 0.6), le lien avec les activités physiques aérobiques est non significatif. **Conclusion:** Les premiers résultats descriptifs montrent un lien entre la force/flexibilité et les troubles cognitifs mais pas avec l'activité physique aérobie. Les analyses suivantes permettront de constater si ces relations persistent en fonction de l'intensité de l'activité, des tests utilisés et des variables d'ajustement. Cette étude participe au débat sur l'évaluation de l'activité physique chez les personnes âgées, et son lien avec les maladies neurodégénératives.

CO22. Les marqueurs cliniques de la presbyphagie : revue de la littérature

A. Servonnet, C. Perez, F. Chorin, A. Gros, O. Guérin, G. Sacco
(Nice, France)

Contexte: La presbyphagie correspond à l'altération de la déglutition liée à l'avancée en âge. Il n'existe à ce jour aucun critère diagnostique consensuel et donc pas de questionnaire de dépistage. **Objectifs:** Notre objectif était de créer un questionnaire de dépistage de la presbyphagie à partir d'une revue de la littérature. **Méthodes:** Les bases de données Google Scholar, Scopus, Medlineplus, Pubmed, et Cochrane ont été interrogées jusqu'au 28/01/2019 sans limite dans le passé avec le terme [presbyphag*]. Les articles étaient sélectionnés par lecture du titre, puis de l'abstract, et enfin du texte complet. Etaient exclus les articles n'incluant pas de sujets âgés et ceux abordant une étiologie autre que le vieillissement comme cause de la presbyphagie. **Résultats:** Quinze articles sur les quatre cent soixante-douze initiaux ont été inclus. Les paramètres retenus étaient la diminution de la force musculaire et de mastication, la perte de goût et d'odorat, l'augmentation du temps total de déglutition, la diminution du réflexe de déglutition, la présence de stases, ainsi que la présence de problèmes dentaires. **Conclusion:** Un questionnaire de dépistage de la presbyphagie en quatorze questions a été créé à partir de cette revue de littérature et fait l'objet d'une validation actuellement en cours auprès d'une population de sujets âgés fragiles.

CO23. Parcours longévité à l'Institut Pasteur de Lille : Prendre soin des Aidants /retour d'expérimentation sur 2 ans du Projet IPL CHU de Lille

Pascaline Cassagnaud, Mael Barthoulot, Eric Boulanger
(Lille, France)

Contexte: Les Aidants sont fragilisés par l'investissement auprès de leur proche malade, parfois en rupture du parcours de soin. L'Institut Pasteur de Lille et Le CHU de Lille, soutenus par l'ARS Hauts de France, la CARSAT et AG2R la Mondiale ont développé le Parcours Longévité au Centre Prévention Santé Longévité de Lille accueillant des Aidants de plus de 45 ans. **Objectifs:**

L'objectif de ce parcours de médecine préventive est d'identifier les comportements, les facteurs modulables en matière de santé, de repérer précocement les premiers signes de maladie/fragilité et de délivrer des conseils personnalisés pour maintenir le capital santé dans l'optique d'un vieillissement actif et réussi. **Méthodes:** Un auto-questionnaire, rempli en ligne évalue les dimensions médico-psycho-sociales dans une vision globale permettant de préparer les entretiens. Le bilan de santé réalisé en demi-journée s'articule autour de trois axes principaux dans une approche transversale. (i) La dimension neuro-psycho-sensorielle pour le maintien de la réserve cognitive est appréciée par une neuropsychologue et par des explorations visuelles et auditives. (ii) Le capital ostéo-musculaire, garant de la préservation de mobilité est évalué par la densitométrie osseuse dont les résultats sont exploités par l'Educateur-Médoco-Sportif et la diététicienne. (iii) Le risque métabolique reflète des FRCV est apprécié par le bilan biologique et les explorations cardiovasculaires. La consultation médicale reprend les résultats des évaluations et définit avec le consultant les orientations adaptées à son profil santé, son suivi antérieur et sa motivation au changement. Une réunion d'équipe post bilan évalue l'indication à entrer dans un coaching via des ateliers collectifs pour reverser les fragilités. Un suivi périodique de soutien dans la démarche est assuré auprès du consultant. **Résultats:** Le CPSL a accueilli 200 aidants entre 2018 et 2019. Les résultats décrivent les caractéristiques socio-démographiques les pathologies dépistées et les orientations post bilan. Ce parcours a permis aux aidants de rencontrer des professionnels de la prévention pour les accompagner dans la prise de conscience de leurs déterminants de santé, de les sensibiliser à une vision globale à 360° de leur santé. **Conclusion:** Ce programme constitue une invitation à la réflexion, au développement de projets auprès de cette population et l'évaluation des démarches d'accompagnement.

CO24. Caractéristiques physiques des personnes très âgées chez les personnes âgées vivant en EHPAD

E. Escourrou, F. Durrieu, B. Chicoulaa, S. Andieu, S. Oustric, V. Gardette
(Toulouse, France)

Contexte: Le nombre de personnes très âgées (PTA), âge supérieur à 90 ans, est en augmentation progressive. En 2050, la population de PTA aura triplé dans le monde. Dans le but de pouvoir adapter nos pratiques à cette population, nous nous sommes questionnés sur les caractéristiques des personnes âgées de plus de 90 ans. **Objectifs:** Recueillir les caractéristiques des PTA sur le plan cognitif, physique, nutritionnel et fonctionnel. **Méthodes:** Revue systématique de la littérature selon les critères PRISMA avec 4 équations de recherche construites pour chacune des 4 bases de données : PubMed, Cochrane, ISI Web of Science et Pascal. L'étude a été menée par 2 chercheurs qui ont sélectionnés les articles répondant aux critères d'inclusion : études épidémiologiques descriptives type suivi de cohorte, (personnes de plus de 90 ans) ; et ont exclus les cohortes hospitalières ou spécifiques à l'étude d'une pathologie, les cas cliniques, ou les essais thérapeutiques. **Résultats:** Les données ont été exportées le 24 avril 2018. Sur les 2522 références initiales, 37 articles ont été retenus et analysés. Résultat principal: 26 à 42% des PTA présentaient des critères cliniques de démence, majoritairement de type Alzheimer. Sept à 10 % étaient dénutries. La vitesse moyenne de marche était de 6,1 secondes pour 4 mètres, 5,8 à 8,0% ne pouvaient pas se lever d'une chaise, 30 à 43% le pouvaient en utilisant leurs bras, 50% pouvaient se lever d'une chaise sans utiliser

leurs bras. L'incidence de la dépendance augmentait de 8,3% pour les 90-94 ans à 25% pour les plus de 95 ans. **Conclusion:** Les résultats suggèrent une population hétérogène avec une proportion non négligeable de personnes avec un faible niveau d'incapacité. Ses résultats encouragent une approche spécifique dans le but de prévenir la dépendance et favoriser le maintien à domicile.

CO25. Effets d'une prise en charge ambulatoire individualisée sur les performances physiques d'une vaste cohorte de personnes très âgées

C. Couturier, T. Deschamps, A. Dylis, G. Rincé
(Nantes, France)

Contexte: Avec l'avancée en âge, des troubles de marche sont fréquemment observés, avec plus de 60% des personnes âgées de +80 ans qui présentent une locomotion plus ou moins déficiente. Ces troubles peuvent se traduire par un ralentissement de la vitesse de marche préférentielle (sous le seuil de 1 m/s), prédictive du déclin de l'état de santé de la personne âgée (augmentation du risque de chute, troubles cognitifs...). Pour autant, une amélioration de cette vitesse de marche de 10 cm/s est associée à une plus grande espérance de vie. **Méthodes:** Réalisée au centre ambulatoire nantais de gérontologie clinique du CHU de Nantes, cette étude avait pour objectif principal d'examiner les effets d'une prise en charge kinésithérapeutique de 514 personnes très âgées (âge moyen : 83.2 ± 5.3 ans ; 71.8% de femmes ; 77.4% de chuteurs ; MMSE moyen : 25.3 ± 3.8), sur les performances (loco)motrices (vitesse de marche, équilibre postural, relever de chaise, force de préhension, relever de sol...). Cette prise en charge individualisée était composée de 14 séances [2 séances par semaine ; 45 minutes par séance] visant à corriger les déficits posturo-locomoteurs et optimiser les stratégies de compensation, afin de maintenir la personne à son domicile dans les meilleures conditions possibles. Les vitesses de marche préférentielle et rapide étaient évaluées lors de bilans pré vs. post « intervention » via un tapis de marche connecté. **Résultats:** Pour l'essentiel, les résultats montrent l'impact positif et cliniquement significatif de la prise en charge sur la vitesse de marche préférentielle (64.8 ± 20.6 vs. 77.7 ± 21.8; +12.9 cm/s) et rapide (89.8 ± 31.1 vs. 104.1 ± 32.3 ; +14.3 cm/s), indépendamment de leur statut cognitif et de leur historique de chute. Il est aussi intéressant à noter que 44.1% des personnes âgées qui ne pouvaient initialement pas se relever du sol seul(e) (n = 188), en étaient capables en fin de prise en charge. **Conclusion:** Ces changements cliniquement significatifs sont discutés à travers de nombreuses variables (cliniques, métrologiques, biologiques) caractéristiques d'une « réserve locomotrice », et annonciatrices de réponse positive à la prise en charge rééducative.

CO26. Évaluation d'une équipe mobile gérontologique territoriale (EMGT-18) dédiée à la prise en charge de la Fragilité, par la mesure de la réversibilité des critères de Fried à 6 mois de l'évaluation initiale

V. Bréard, D. Montoy, A. Aulibert, P. Romain, O. Westbrook, M. Beauvais, S. Mangane, K. Mazet, S. Laporte, D. Apert, M. Fleurier
(Sancerre, Bourges, France)

Contexte: Le Groupement Hospitalier du Cher (GHT-18) associé à l'EHPAD de Bellevue de Bourges, a remporté un appel à projet de l'ARS du Centre pour le dépistage, le bilan de la Fragilité et l'orientation des personnes de plus de 60 ans fragiles à domicile.

Après dépistage par le questionnaire 6 items du gérontopôle de Toulouse, une évaluation complète sur une demi-journée est réalisée à domicile par une IDE, saisie sur l'outil de télé-médecine de la région Centre (Covotem) et une synthèse est réalisée après validation par un gériatre à distance et un PPP Projet Personnalisé de Prévention rédigé pour le patient et son médecin traitant, avec préconisations et orientation vers des professionnels ou dispositifs existant (consultations spécialisées, personnels de rééducation, éducateurs APA, ...). La mesure d'indicateurs objectifs d'efficacité de ce dispositif a été jugé indispensable. Il a été retenu la mesure de la réversibilité de la fragilité à la réévaluation à 6 mois. **Objectifs:** Montrer l'efficacité et la pertinence de l'EMGT-18. **Méthodes:** Comparaison entre l'évaluation initiale et la réévaluation à 6 mois du nombre de critères de Fried et du statut (Robuste, préfragile, Fragile ou dépendant) des personnes évaluées à domicile. **Résultats:** Pour les personnes initialement classées « Fragiles » les indicateurs confirment l'intérêt du dispositif avec 19% de personnes classées « préfragiles » à 6 mois et 3% redevenues robustes alors qu'aucune n'est devenue dépendante. Le nombre moyen de critères de Fried chez les patients initialement fragiles était de 3.63 initialement pour seulement 2.97 à 6 mois. Pour les préfragiles initialement on ne retrouve pas d'évolution significative de nos indicateurs de résultat. **Conclusion:** Le dispositif est estimé efficace. Cette efficacité pourrait être améliorée par un meilleur respect des préconisations et la création de services encore inexistant (programmes d'ETP, intervention d'éducateurs APA à domicile, ...)

CO27. Comment éviter le passage aux urgences des personnes âgées vulnérables ? Étude multicentrique descriptive de différentes Hotlines gériatriques sur le territoire français

L. Goethals, L. Martinez, N. Lacour, N. Barth, R. Gonthier, C. Dupré, E. Ojardias, B. Bongue, T. Célarier, Le groupe projet Hotline Gériatrique
(Saint Etienne, Firminy, France)

Contexte: En France, les services d'urgence sont les moyens les plus rapides et les plus courants pour les médecins généralistes de faire face aux problèmes complexes présentés par les patients âgés souffrant de multiples affections. Pourtant, outre le fait que ces services sont manifestement trop sollicités, les études montrent que le fait d'être traité dans un service d'urgence peut avoir un effet néfaste sur la santé des patients âgés. En 2013, les Agences Régionales de Santé ont proposé la création de lignes d'assistance téléphonique directes, à destination principalement des médecins généralistes afin de développer les interactions ville/hôpital. **Objectifs:** L'étude a pour objectif d'identifier les parcours soins et l'état de santé des patients de 75 ans et plus hospitalisés dans des services de courts séjours gériatriques après avoir été orientés par une ligne d'urgence gériatrique. **Méthodes:** 7 centres hospitaliers universitaires français (St Etienne, Lyon, Bordeaux, Angers, Firminy, Saint-Chamond, Clermont-Ferrand) participent à l'étude depuis 18 mois. Deux passations de questionnaires sont réalisées : l'un après la consultation téléphonique, l'autre suite à l'admission de la personne âgée aux services de courts séjours gériatriques. **Résultats:** Après 18 mois d'inclusion (Mai 2018 - Novembre 2019), 3580 appels sur les différentes lignes d'urgences gériatriques ont été recueillis. 76% des appels aux « hotlines » gériatriques ont été passés par un médecin généraliste. Dans plus de 50% des cas, il n'y avait pas de différence entre l'appréciation du degré d'urgence perçue par les médecins généralistes et les médecins gériatres de la hotline. Les lignes d'urgences gériatriques ont orienté seulement 10%

des personnes vers un service d'urgence. 1101 personnes ont été orientées vers le service de court séjour gériatrique (moyenne d'âge de 87 ans, 66% de femmes). La durée moyenne d'hospitalisation est de 14,2 jours. 28% des personnes hospitalisées sont retournés à leur domicile après l'hospitalisation. **Conclusion:** La «hotline» gériatrique, majoritairement utilisée par les médecins traitants permet de limiter le recours aux urgences, en offrant des alternatives de soins adaptées aux différentes situations (hospitalisation différée, conseils, orientation en hospitalisation en court séjour gériatrique), mais aussi un parcours de soins favorisant une prise en charge de qualité adaptée à ce public fragile.

CO28. La puissance musculaire : un paramètre pour diagnostiquer les personnes âgées fragiles ?

F. Chorin, P. Gerus, S.S. Colson, F. d'Arripe Longueville, O. Guérin, R. Zory
(Nice, France)

Contexte: Le dépistage des patients âgés fragiles est devenu une priorité pour les gériatres. Quelle que soit la méthode de détection, la perte de force (généralement de préhension) est l'un des critères principaux de fragilité physique. Cependant, de nos jours, il semble bien admis que la puissance musculaire soit un facteur plus important que la force à prendre en compte dans l'altération des capacités fonctionnelles chez la personne âgée [1]. C'est dans ce sens que très récemment, l'OMS avec le projet ICOPE a intégré le Five Sit to Stand comme test de mobilité dans la détection de la fragilité. **Objectifs:** L'objectif de cette étude était de déterminer si la puissance musculaire pouvait être un paramètre important pour le dépistage de la fragilité. **Méthodes:** 500 personnes âgées de plus de 65 ans ont participé à cette étude et ont été réparti en trois groupes; sains, pré fragiles et fragiles. La fragilité physique a été évaluée à partir des 5 critères de Fried [2]. Les paramètres spatiotemporels du pas ont été mesurés grâce à un système d'analyse de la marche par détection optique (Optogait). Une évaluation isocinétique des muscles extenseurs du genou à 6 vitesses a permis de recueillir la puissance maximale (Pmax), le moment maximal (Mmax), la vitesse maximale (Vmax) et la vitesse optimale (Vopt). **Résultats:** Les valeurs de Pmax, Mmax et le pic de moment à chaque vitesse étaient significativement inférieures chez les patients fragiles, contrairement à Vmax et Vopt. Les analyses en composantes principales et les courbes sensibilité/spécificité (ROC) ont permis de déterminer que Pmax, Mmax et la longueur de pas sont des paramètres permettant de discriminer les patients fragiles, de meilleure façon que le hand grip et la vitesse de marche. **Conclusion:** La puissance musculaire semble donc être un paramètre déterminant/discriminant pour la détection des personnes âgées fragiles. Cependant, ces résultats montrent également que ce paramètre n'est pas plus sensible que la mesure du moment maximal, et que les différences de puissance observées entre les deux populations sont essentiellement dues à une différence de production de force et non à une différence de vitesse.

CO29. Expérimentation d'un programme de prévention des AVC chez les séniors à risque vivant à domicile en France : L'étude « Prévent'AVC »

J. Guyot, N. Barth, N. Herazo Padilla, C. Dupré C. Vannier-Nitenberg, F. Roche, B. Bonguér, T. Célariér
(Saint Etienne, Lyon, France)

Contexte: En France, les AVC touchent chaque année 150 000 personnes (20% ne survivent pas, 50% des survivants perdent leur autonomie). Pourtant, la prévention du premier AVC est possible. 3 facteurs de risques (Fibrillation atriale (FA), apnées du sommeil et altérations du Système Nerveux Autonome (SNA)) expliquent 80% des AVC (Interstroke study, 2010). **Objectifs:** L'objectif de cette étude est d'expérimenter un dépistage du risque d'AVC par différents acteurs de prévention (pharmaciens, infirmiers libéraux, médecins de centres de prévention, maisons pluridisciplinaires, associations...) et d'évaluer la faisabilité du programme auprès des personnes âgées de 65 ans et plus à risque vivant à domicile. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude multicentrique conduite dans deux départements de France (Rhône et Loire) impliquant au total 55 investigateurs. Pour le dépistage, les participants sont dotés d'un boîtier connecté permettant l'enregistrement nocturne des trois facteurs de risque identifiés de survenu d'un AVC. Le dépistage par les acteurs de proximité est associé à une orientation vers le médecin traitant et des séances collectives de prévention. Une enquête qualitative auprès de l'ensemble des acteurs complètent les questionnaires d'inclusion (caractéristiques générales/ cha2ds2vasc / Berlin...) ainsi que les données épidémiologiques recueillies. **Résultats:** A 24 mois d'inclusion, 1886 enregistrements ont été effectués (45.17% d'hommes et 54.83% de femmes, âge moyen de 69.7 ans, IMC de 28.6). 2.44% des personnes testées présentent de la FA, 34.46% des apnées du sommeil (dont 10.55% sévères et 5.09% modérées), 68.66% des altérations du SNA. 21.38 % ne présentent aucun facteur de risque repéré par l'enregistrement. L'analyse qualitative montre que les participants sont globalement satisfaits de cette action de prévention. La majorité des participants ont consulté leur médecin traitant à la suite de l'expérimentation mais peu ont été orientés vers des séances collectives d'éducation thérapeutique. **Conclusion:** Un programme de prévention des AVC incluant les acteurs de proximité est possible et contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il permet également de sensibiliser un public fragilisé par l'âge et/ou la maladie à l'adoption de nouveaux comportements de santé visant à améliorer leur qualité de vie et in fine leur longévité.

CO30. Une approche globale de la fragilité : rendre les comités éthiques conscients de l'urgence des expérimentations thérapeutiques pour lutter contre les maladies liées au vieillissement

D. Coeurnelle
(Bruxelles, Belgique)

Contexte: Les technologies médicales devraient bouleverser nos rapports à la fragilité des personnes avançant en âge. Il est notamment envisageable que l'espérance de vie croisse de plus d'une année chaque année. La sénescence pourrait un jour rejoindre la peste, le choléra, les décès suite aux maladies infantiles, dans la longue liste des affections qui ont tué des humains par millions avant de devenir exceptionnels. Pour progresser, il faudra des expérimentations avec des participants âgés et des comités éthiques soucieux du bien commun. **Objectifs:** La santé, déclare l'OMS

est un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Rester en bonne santé est nécessaire pour exercer notre droit à la vie, condition des autres droits humains. L'article 27.1 de la déclaration universelle des droits de l'homme postule que « Toute personne a le droit (...) de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent. » Les personnes âgées doivent pouvoir participer aux avancées médicales. **Méthodes:** Pour pouvoir faire décroître considérablement, voire mettre fin aux maladies liées au vieillissement, il y a trois grandes pistes : - Produits. - Thérapies géniques. - À plus long terme, nanotechnologies. Les personnes âgées restent presque exclues des tests médicaux. Parmi les raisons : - Absence de prise de conscience que la cause majeure des maladies est lié au mécanisme de sénescence lui-même. - Lenteur des autorités éthiques, qui n'est pas synonyme de plus grande efficacité, souvent au contraire. - Absence de primauté de l'intérêt général et de recherche de la proactivité par rapport à la crainte exacerbée de l'accident lors d'expérimentation, rendant quasi impossible l'étude et donc la protection de sujets âgés. **Résultats:** In vitro, sur modèle animal et grâce aux développements de la recherche par l'intelligence artificielle, nous savons déjà que certaines méthodes de réjuvenation donnent des résultats. La recherche sur l'être humain est encore en attente, notamment parce que l'aggravation de la fragilité avec l'avancée en âge est perçue, à tort, comme une donnée indiscutable, inéluctable et même parfois souhaitable. Permettre à des personnes informées de participer à des expérimentations médicales doit être une priorité. L'environnement médical français, et plus largement européen, est parmi les plus aptes étant donné l'attention portée aux personnes ainsi qu'aux dimensions collectives de la recherche. **Conclusion:** Percevoir le vieillissement et la fragilité qui s'ensuit comme une maladie en soi nécessite un changement de paradigme. Ceci ne se fera pas sans douleur intellectuelle, mais il pourrait épargner des douleurs physiologiques et psychologiques innombrables. Il amènerait une vision globale de la lutte contre le vieillissement et la fragilité. Il s'exprimera notamment par des expérimentations médicales sur des personnes âgées et très âgées dans leur intérêt et dans l'intérêt collectif.

CO31. Repérage de la Fragilité : validation d'un auto questionnaire

P. Lucas, N. Tavassoli, O. Hanon, S. Andrieu, B. Vellas, F. Forette
(Paris, Toulouse, France)

Introduction : La détection précoce de la fragilité est un objectif majeur, permettant de prévenir le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation. L'enjeu ici est de repérer les sujets fragiles, en leur adressant un auto-questionnaire par voie postale. Cette approche pragmatique aura le mérite de promouvoir la responsabilisation personnelle des sujets dans la gestion de leur santé en complétant le rôle majeur du médecin traitant dans ce domaine. Elle permettra aux organismes médico-sociaux et à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse de disposer d'un outil fiable de détection de la fragilité des retraités afin d'adapter des mesures appropriées de prévention. **Objectif:** Cette étude a pour objectif de valider un auto-questionnaire chez 5000 retraités de la CNAV âgés de 70 ans et plus. **Matériel et Méthodes:** Etude non-interventionnelle, multicentrique, d'analyse et d'évaluation de la méthode de dépistage de la fragilité dérivé de la « Study of Osteoporotic Fractures », Un auto-questionnaire est envoyé par courrier à 5000 retraités âgés de 70 ans et plus,

représentatif de la population générale et tirés au sort à partir du fichier de la CNAV. Les sujets résident pour moitié à Paris et pour moitié à Toulouse. Cette étude fait suite à l'étude pilote sur 300 retraités. Les personnes ayant répondu au questionnaire et ayant accepté l'évaluation à domicile sont examinées par une infirmière de pratique avancée qui, sans avoir connaissance des réponses à l'auto-questionnaire, réalise une évaluation gériatrique standardisée, visant à confirmer ou infirmer le diagnostic de fragilité à l'aide des critères de FRIED. En cas d'identification d'un retraité fragile ou pré-fragile lors de la visite à domicile, ILC France enverra une copie de fiches cliniques à la plateforme gériatrique (Hôpital Broca ou Gérontopôle du CHU Toulouse). Celle-ci se mettra en rapport avec le médecin traitant pour la mise en place d'un plan personnalisé de prévention de la dépendance. **Critères d'évaluation:** Le critère principal est la validation de l'auto-questionnaire confirmée par l'infirmière au domicile à l'aide des critères de Fried. La comparaison des résultats de l'évaluation clinique à domicile avec ceux de l'auto-questionnaire permettront de confirmer les caractéristiques métrologiques (faux-négatif, faux-positif, sensibilité, spécificité, valeur prédictive) du questionnaire. Critères secondaires : des analyses secondaires pourront être réalisées pour comparer la prévalence en fonction de l'âge et du sexe. Enregistrement de l'étude: L'étude est enregistrée sur ANSM sous le N° ID RCB: 2018-A03324-51 et sur ClinicalTrials.gov sous le numéro « NCT04085432 »

CO32. En quoi le modèle de conservation de Levine peut-il contribuer à mieux saisir de l'expérience de la fragilité du sujet âgé ?

M.P. Razanadraibe, M.C. Gallani, C. Dallaire
(Laval, Canada)

Contexte: Le Modèle de Conservation de Levine (1967) est un modèle conceptuel développé dans les sciences infirmières par M. Levine. La base théorique du modèle est fondée sur une approche multidimensionnelle qui permet de décrire le processus physiologique, psychologique et social de l'individu tout au long du continuum de la vie. **Objectifs:** Du fait de son vaste champ d'application, le modèle de conservation vise à faire coexister deux concepts théoriques différents de fragilité afin d'améliorer la compréhension de l'expérience de la fragilité de la personne âgée. Le premier est celui de Fried (2001) qui a opérationnalisé et validé un instrument, le phénotype physique de fragilité, dans l'étude sur la santé cardiovasculaire. Le deuxième est celui de Rockwood (2005) qui a utilisé l'étude sur la santé et le vieillissement au Canada pour élaborer et valider l'indice de fragilité qui traduit l'accumulation des déficits. **Méthodes:** Les travaux de Levine portent sur l'interaction entre la personne et l'environnement, et les quatre principes de conservation: l'énergie, l'intégrité structurelle, l'intégrité personnelle et l'intégrité sociale. Aussi, les principes de conservation fournissent une approche holistique pour les soins infirmiers, car elle se concentre sur la personne âgée en tant qu'individu unique. **Résultats:** Le principe de conservation de l'énergie explore les réserves énergétiques de l'individu pour les maintenir à un niveau suffisant visant à prévenir les incapacités physiques. Ce principe est congruent avec le phénotype physique de fragilité qui recherche les signes /symptômes définissant les réserves énergétiques de la personne âgée selon 5 critères prédéfinis. Quant aux principes de conservation de l'intégrité personnelle, structurelle et sociale, ils consistent à maintenir une autonomie fonctionnelle de l'individu au moyen d'une évaluation multidimensionnelle qui correspond à la recherche d'accumulation des déficits afin de

les identifier et les traiter. Par ailleurs, les approches holistiques montrent de meilleurs résultats sur la qualité de vie et la santé que les modèles traditionnels de soins fondés uniquement sur la maladie. **Conclusion:** Finalement, la combinaison des deux concepts de fragilité au sein d'un même modèle conceptuel va permettre de fournir des informations cliniques distinctes et complémentaires sur le profil d'une personne âgée fragile ou à risque de fragilité. De plus, l'application des principes de conservation est appropriée avec l'intérêt croissant de la société pour la promotion de la santé et la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

CO33. Les personnes âgées en perte d'autonomie : Prêtes à adopter les solutions robotiques ?

Denis Guiot, Eloïse Sengès
(Paris, France)

Contexte: De nombreux pays doivent aujourd'hui faire face au vieillissement démographique. Dans ce contexte, les innovations technologiques semblent prometteuses et peuvent permettre de mieux suivre les personnes âgées dans leur quotidien ou de les assister à distance. Tel a été l'ambition du projet ACCRA autour du développement de 2 solutions et services robotiques (Buddy et Astro) destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. **Objectifs:** Le but de ce papier est de quantifier l'attractivité et le potentiel des solutions robotiques ACCRA auprès des populations française, italienne et néerlandaise de personnes âgées en perte d'autonomie. **Méthodes:** Les données sont recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne. Un échantillon de 900 personnes âgées en perte d'autonomie est interrogé avec 300 répondants par pays (France, Italie, Pays-Bas). L'étude est basée sur deux questionnaires distincts relatifs à 2 cas d'usage faisant chacun l'objet d'un robot dédié : un questionnaire pour les cas d'utilisation Vie quotidienne et Conversation, et un questionnaire pour les cas d'utilisation Mobilité. **Résultats:** Les résultats obtenus révèlent un intérêt et une forte intention d'adoption des 2 robots testés sur l'ensemble des 3 pays (57 % pour Buddy et 78 % pour Astro). La formule d'acquisition privilégiée des robots est la souscription dans le cadre d'une offre globale de services pour un montant moyen de 35 euros par mois. Dans une optique d'adoption, les services plébiscités sont plus particulièrement les services compagnons, de conversation et de communications (connexion sociale) pour le robot Buddy ; service d'aide à la marche et de soutien aux aidants pour Astro. **Conclusion:** Au total, l'étude a permis d'identifier les profils types des utilisateurs des robots Buddy et Astro mais aussi de mettre à jour les principaux freins à l'adoption. Outre le prix, ce sont surtout les difficultés anticipées à utiliser les robots et les craintes de réduction potentielle des contacts humains qui constituent les principales barrières à contourner.

CO34. La réponse biomécanique du système nerveux central est corrélée à la fragilité chez des patients présentant un vieillissement cérébral pathologique

A. Vallet, N. Del Campo, E. O. Hoogendijk, A. Lokossou, O. Balédent, L. Balardy, P. Payoux, P. Swider, S. Lorthois, E. Schmidt
(Toulouse, France)

Contexte: Le concept de fragilité est interprété comme un vieillissement accéléré induisant un risque accru d'apparition de maladies dont les maladies neurodégénératives. La fragilité et le vieillissement cérébral pathologique semblent partager des processus neurobiologiques communs. Une meilleure

caractérisation et surtout une quantification objective de ces processus permettraient d'augmenter les opportunités de prévention des maladies neurodégénératives. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est d'explorer le potentiel de l'approche biomécanique pour quantifier les altérations communes au vieillissement cérébral pathologique et à la fragilité. **Méthodes:** Une cohorte de patients suspects d'être atteints d'hydrocéphalie à pression normale (HPN) a été choisie car (1) ces patients représentent un modèle de vieillissement cérébral pathologique non spécifique avec la présence de marqueurs de plusieurs maladies neurodégénératives (2) l'étude de l'hydrodynamique lombaire pratiquée dans leur routine clinique permet de mesurer la réponse biomécanique du système nerveux central (SNC). La réponse biomécanique du SNC est caractérisée par le coefficient d'élastance du SNC, calculé en combinant (1) des paramètres biomécaniques intracrâniens mesurés lors de l'étude de l'hydrodynamique lombaire, et (2) des mesures de flux sanguins intracrâniens mesurées à partir d'IRM par contraste de phase. La fragilité est caractérisée par un indice cumulatif de déficits de santé (méthode de Rockwood). **Résultats:** Le coefficient d'élastance du SNC est significativement corrélé à la fragilité, avec une taille d'effet comparable à celle de l'âge connu comme le facteur de risque le plus important de la fragilité. Ce résultat est indépendant de l'hydrodynamique lombaire et ne semble donc pas lié à la suspicion d'HPN. **Conclusion:** Cette étude révèle les premiers indices d'une relation entre les altérations biomécaniques du SNC et la fragilité chez des patients ayant un vieillissement cérébral pathologique. La caractérisation biomécanique du SNC offre une information dynamique sur la résilience du SNC à un stress mécanique, comme la pulsatilité sanguine. Cette information complète et va plus loin que la simple caractérisation statique des réserves fonctionnelles avec l'indice de fragilité. Ainsi la caractérisation biomécanique du SNC, en complément d'un indice de fragilité, pourrait aider à mieux comprendre et donc mieux identifier la divergence du vieillissement cérébral robuste vers le vieillissement cérébral pathologique.

CO35. Les personnes âgées vivant dans les résidences seniors : une population fragile

Justine de Kerimel, Sandrine Augusto, Caroline Berbon, Neda Tavassoli, Christine Lafont, Maria Soto, Yves Rolland, Bruno Vellas
(Toulouse, France)

Contexte: En France comme à l'étranger un nombre croissant de personnes âgées vivent en institution. Les foyers-logements, les résidences autonomie et des résidences seniors (ou résidences services) se positionnent entre le domicile et l'EHPAD et représentent un habitat intermédiaire destiné aux personnes âgées encore autonomes dans les activités de la vie quotidienne. Actuellement, près de 130 000 personnes en France vivent dans les appartements privés et espaces collectifs de ces résidences. Les caractéristiques démographiques des personnes vivant dans ces structures sont mal connues. En 2017, le Gérontopôle du CHU de Toulouse a mené une enquête prospective, observationnelle et descriptive intitulée « Enquête descriptive de la population accueillie en résidences pour personnes âgées (ERICA) » dans 29 établissements pour personnes âgées auprès de 1200 seniors (taux de réponses : 63.3% (n=807)). ERICA suggère que 96% de ces personnes résidents dans ces structures présentent des critères de fragilité. **Objectifs:** - Confirmer le diagnostic de fragilité chez les personnes repérées « fragiles » lors de l'enquête ERICA, - Etablir des « profils » en fonction des capacités altérées afin de développer une offre de service et de soins répondant aux besoins de cette population et facilitant l'observance

du plan de soin. **Méthodes:** Nous avons proposé aux personnes âgées repérées comme « fragiles » dans ERICA de bénéficier d'une évaluation gérontologique complète réalisée par une infirmière d'évaluation gérontologique. Selon les résultats, un plan de soin personnalisé a été élaboré et expliqué au résident. **Résultats:** Sur les 807 résidents considérés comme « fragiles » lors de l'enquête initiale, seuls 170 (21%) ont accepté l'évaluation et 126 (16%) en ont bénéficié à ce jour. Moyenne d'âge : 85.5 ans +/- 7, il y a 79.4% de femmes. 85.7% (108) ont un ADL \geq à 5, 14.3 % (18) sont dépendants. Selon les critères de Fried, 36.5% (46) sont fragiles, 34% (43) sont pré-fragiles 15% (19) sont robustes. L'évaluation gérontologique montre que 53.9% (68) des résidents présentent des symptômes de dépression (score \geq à 1 à la Mini-GDS) et que 45.0% (55) ont une altération marquée des performances physiques (SPPB <7). **Conclusion:** Les évaluations réalisées dans les résidences pour seniors confirment que la plupart des sujets âgés présente une fragilité mais que l'acceptation d'une démarche d'évaluation par une IDE est faible. La mobilité et l'humeur sont les domaines le plus souvent affectés. Un partenariat avec la résidence doit permettre de mieux définir l'offre de service et de soin afin de favoriser l'adhésion aux recommandations formulées lors de l'évaluation.

CO36. L'Atlas du Vieillessement : un outil pour mieux connaître les populations fragiles d'un territoire

Béregère Davin, Marie Jardin, Patrick Kurkdji, Leila Dagnet, Fabien Marcangeli, Yolande Obadia, Pierre Verger, Valérie Guagliardo
(Marseille, France)

Contexte: Dans le cadre de la mission de préfiguration du Gérontopôle Sud confiée à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Provence-Alpes-Côte d'Azur, de nombreux entretiens ont eu lieu en 2017 et 2018 auprès d'acteurs régionaux de la prise en charge des personnes âgées (institutionnels, chercheurs, soignants, élus...). Ces échanges ont permis d'identifier le besoin de disposer de données d'observation sur les territoires afin de mieux connaître et caractériser les populations âgées et fragiles. **Méthodes:** L'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur a développé un outil cartographique, « l'Atlas du Vieillessement ». En accès libre sur internet (www.atlasduvieillessement.org), cet outil met à disposition des acteurs régionaux des indicateurs socio-économiques (isolement, pauvreté, aides sociales, projection de population ...), sanitaires (état de santé déclaré, niveau de dépendance estimé, affection de longue durée, mortalité...) et d'offre de soins (offre libérale...) afin de les aider dans leur démarche d'état des lieux des besoins de santé de la population régionale. La spécificité de cet outil est de fournir les informations à l'échelle de différents échelons territoriaux (communes, EPCI, espaces de santé de proximité, départements...), sous forme de cartes interactives et de tableaux de données, exportables sous Excel. Les usagers peuvent également réaliser des « portraits de territoires » qui sont des photographies d'un territoire à partir d'une zone géographique délimitée librement par l'utilisateur. **Résultats:** Différents indicateurs de fragilité sont disponibles. Par exemple, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 15,3 % des personnes de 75 ans ou plus vivent sous le seuil de pauvreté. Plus de la moitié des femmes (54,4 %) et près d'un quart des hommes (23,6 %) âgés de 75 ans ou plus vivent seuls à leur domicile. Plus de 100 000 seniors étaient bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en 2017. **Conclusion:** L'Atlas du vieillissement est régulièrement mis à jour et enrichi de nouveaux indicateurs. Il permet ainsi, à

l'aide d'indicateurs démographiques, économiques et sociaux, d'appréhender les grands enjeux du territoire, notamment auprès des populations fragiles.

POSTERS

P-1. Personnes âgées à domicile avec limitations fonctionnelles : intervention pilote centrée sur le bien-être et l'autonomie

S. Meynet, A. Smeding, M. Baudoin
(Chavanod, France)

Contexte: Adapter les systèmes de soins pour favoriser le maintien des personnes âgées à domicile est un défi quotidien. La Mutualité Française a mis en place dans un de ses SSIAD un programme innovant de renforcement du bien-être : le Pôle Bien-Etre Autonomie. Composé de cinq SPS (Soins de Prévention et de Soutien : atelier lecture, soins esthétiques, massages relationnels, atelier nutrition et mobilisation), ce programme postule que le renforcement du bien-être des personnes âgées présentant certaines limitations physiques permettrait de prévenir le déclin de leur autonomie. Différentes études scientifiques montrent que les dimensions du bien-être ont un impact sur les réserves fonctionnelles des individus et donc, à terme, possiblement sur leur capacité à maintenir une vie autonome. Ces travaux fournissent des bases indirectes sur la pertinence de supposer un lien directionnel entre le bien-être et l'autonomie. **Objectifs:** En effectuant une première évaluation de l'efficacité de ce programme, cette étude pilote permettra de tester quels sont les concepts d'intérêts (autonomie psychologique et physique, bien-être physique et psychologique, anxiété, dépression, qualité de vie, satisfaction des besoins fondamentaux, estime de soi) les plus sensibles pour cette population particulière, quelles sont les sous-populations les plus pertinentes à cibler, ainsi que l'importance du nombre de SPS effectués. **Méthodes:** Une batterie comprenant différents questionnaires validés a été utilisée afin de pouvoir mesurer au mieux les conceptions du bien-être et de l'autonomie en pré et post intervention auprès de 19 bénéficiaires. Des analyses statistiques (comparaison de moyenne et ANOVA mixte) ont été réalisées. **Résultats:** Les analyses effectuées indiquent une amélioration des niveaux d'estime de soi, de bien-être physique, d'autonomie psychologique, une diminution de l'anxiété et une absence de déclin physique. On observe également une diminution significative du niveau d'anxiété pour les participants présentant une moindre limitation fonctionnelle (GIR 4/5) comparativement à ceux qui présentent un niveau d'incapacité plus avancé (GIR 2/3), et un renforcement significatif de l'autonomie psychologique lorsqu'ils participent à au moins deux SPS différents comparativement à ceux qui ne bénéficient que d'un seul SPS. **Conclusion:** Ces résultats sont prometteurs et ont encouragé la Mutualité Française à développer son programme dans plusieurs départements afin de conduire une nouvelle évaluation.

P-2. Optimisation de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées dénutries avec proposition d'une répartition alimentaire adaptée à la prise des compléments nutritionnels oraux

M. Naudy

(Toulouse, France)

Contexte: La dénutrition est fréquente dans les services de gériatrie et sa prise en charge est essentielle dans la ré-autonomisation du patient. De nombreuses recommandations sont diffusées concernant la stratégie nutritionnelle à adopter afin de prévenir ou corriger la dénutrition, notamment au sujet des Compléments Nutritionnels Oraux qui doivent être consommés en dehors des repas. De plus il est mentionné que le jeûne nocturne ne doit pas dépasser les 12 heures. Ce travail s'intéresse à la pertinence et la faisabilité de la mise en place d'une collation nocturne à base de complément nutritionnel oral dans un service de gériatrie. **Objectifs:** L'objectif est de proposer une répartition journalière optimale de ces produits afin d'augmenter les apports spontanés quotidiens et diminuer le temps de jeûne nocturne pour de ce fait traiter ou prévenir la dénutrition. **Méthodes:** Nous avons inclus dans le projet tous les patients hospitalisés dans le SSR gériatrique et diagnostiqués dénutris sur les critères de l'HAS. L'inclusion est réalisée après le bilan diététique initial et le CNO est proposé en fonction du déficit protéino-énergétique estimé par l'enquête alimentaire. Pour la distribution du CNO une organisation soignée a été proposée suite à un travail pluridisciplinaire avec la cadre du service, les soignants et les médecins. **Résultats:** La durée du jeûne nocturne a été abaissée et inférieure à 12 heures avec la consommation de la collation. Concernant la faisabilité, le taux de distribution par les aides-soignants s'élève à 92% sur la durée du projet. La consommation moyenne du CNO distribué est de 63% permettant d'augmenter de 10% environ le taux de couverture des besoins énergétiques journaliers. Au niveau de l'impact sur l'évolution du poids des patients, on note une augmentation de 2.1% de leur poids sur une durée moyenne de 20 jours d'hospitalisation. Le taux de consommation du CNO ne semble pas optimal mais la reprise pondérale est positive sachant qu'une dénutrition se définit à partir d'une perte de 5% du poids en 1 mois. La consommation de la collation nocturne pourra tendre vers la correction de la dénutrition à plus long terme. **Conclusion:** Cette étude a permis de montrer que la mise en place d'une collation nocturne dans les services de gériatrie est possible et que celle-ci est bénéfique pour le patient. On a pu également constater que les soignants sont fortement sensibilisés et impliqués dans l'amélioration de la qualité de prise en charge du patient.

P-3. ONCO-EHPAD: Optimisation et amélioration du parcours de soin du patient âgé de 75 ans et plus atteint de cancer et vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur l'agglomération marseillaise

A.-L. Couderc, G. Delalande, S. Levillain, M. Bourriquen, J. Berbis, S. Fabriès, P. Villani

(Marseille, France)

Contexte: En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), un résident sur dix est traité ou suivi pour un cancer. Ainsi une prise en charge oncologique adaptée à cette population fragile semble essentielle. **Objectifs:** Un parcours de soin des patients âgés atteints de cancer vivant en EHPAD sur l'agglomération marseillaise a été proposé afin de minimiser le

délai de diagnostic du cancer et la durée d'hospitalisation ainsi que maintenir leur qualité de vie pendant le traitement. **Méthodes:** Cette étude prospective, financée par la Fondation de l'Avenir, a débuté en avril 2017 et se finira en février 2020. Cinquante résidents présentant une suspicion de cancer ont été inclus et pris en charge au sein de l'hôpital de jour (HDJ) gériatrique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille pour le diagnostic et la réalisation d'une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) puis orientés vers un centre oncologique. Un suivi gériatrique et de la qualité de vie est organisé pendant les 6 mois de traitement oncologique. **Résultats:** La moyenne d'âge est de 86,02 ans dont 80 % sont des femmes. Près de la moitié ont un GIR inférieur ou égal à 3. Les cancers les plus diagnostiqués sont les cancers du sein (28%) ; 26% des cancers sont métastatiques. Le traitement oncologique le plus administré est une chimiothérapie (20%). Le taux de décès est de 30% dans notre étude. La moyenne de temps entre l'HDJ gériatrique et la prise en charge oncologique est de 2,6 semaines. La majorité des patients (80%) sont pris en charge en ambulatoire. Concernant les patients ayant terminé l'étude, la qualité de vie a été maintenue entre le temps du diagnostic et la fin du suivi. Le suivi n'est pas terminé pour 10 patients (fin en février 2020). **Conclusion:** Notre parcours montre ici tout son intérêt devant le bon taux de prise en charge oncologique en ambulatoire de cette population fragile et qui fait volontiers des complications en hospitalisation conventionnelle. La qualité de vie est pour l'instant maintenue entre le diagnostic et la fin du traitement oncologique, lui-même adapté aux fragilités de chaque patient grâce à l'EGS.

P-4. Acceptabilité des outils d'évaluation de la fragilité des seniors : de la théorie à la pratique

A. Klein, F. Sandron

(Paris, France)

Contexte: Le département ultramarin de La Réunion, peuplé de 866.000 habitants, a connu une transition démographique accélérée qui a entraîné un vieillissement de la population très rapide. Les projections de l'Insee indiquent que le nombre de personnes âgées de 75ans+ augmenterait entre 2013 et 2050 de 32.000 à 138.000 personnes. Avec une apparition des pathologies du vieillissement plus précoce qu'en métropole, il est primordial de comprendre les modalités d'adhésion des seniors réunionnais aux politiques publiques de prévention pour le Bien Vieillir. **Objectifs:** Le programme de recherche 5P « Prestation de Parcours Participatif Personnalisé de Prévention » a pour objectif de détecter la pré-fragilité et la fragilité des seniors à La Réunion. Un travail théorique et empirique dans le cadre d'une thèse de doctorat a permis de mieux comprendre les attitudes, les attentes et les freins face aux dispositifs innovants du protocole de détection de la fragilité constitués ici par des accéléromètres et une plateforme de force. **Méthodes:** La méthodologie a couplé des enquêtes quantitatives, des entretiens semi-directifs et un travail de terrain d'observation participante entre 2015 et 2018. **Résultats:** Le développement économique de La Réunion a été très rapide et les personnes âgées ont connu des sauts technologiques importants. Elles ne sont pas d'emblée technophobes, l'acceptabilité des outils de mesure de la fragilité proposés par le programme 5P est davantage liée à une série de facteurs qui se combinent : rapport général à la technologie durant la vie, utilité directe perçue des ateliers de prévention proposés, positionnement face à son propre vieillissement, rôle de l'entourage familial et professionnel, figure de l'autorité promouvant le protocole de mesure auprès des seniors. **Conclusion:** L'utilisation

de dispositifs techniques innovants peut aider à détecter le niveau de fragilité ou de robustesse des seniors mais il est primordial en amont de s'assurer d'une acceptation satisfaisante du protocole et des outils de mesure. Il est aussi nécessaire de veiller à ce que les variations interindividuelles de l'acceptabilité des dispositifs innovants en matière de prévention ne perpétuent et n'amplifient les inégalités sociales et de santé.

P-5. Fragilité multidimensionnelle et physique chez les personnes âgées: la participation à des organisations de personnes âgées n'empêche pas la fragilité sociale et les déficits psychologiques les plus fréquents

M. Sacha, J. Sacha, K. Wiczorowska-Tobis
(Opole Opolskie, Pologne)

Contexte: Fragilité; Fragilité multidimensionnelle; Non robuste; Échelle fragile; Indicateur de fragilité de Tilburg. **Objectifs:** L'étude explore l'incidence de la participation à des organisations communautaires de personnes âgées sur la prévalence de la fragilité physique, psychologique et sociale des personnes âgées vivant dans la communauté. **Méthodes:** Le groupe de 1024 personnes âgées (270 hommes) de plus de 65 ans (71 [67–77] ans) a participé à cette étude. Les sujets ont rempli un questionnaire portant sur: la fragilité multidimensionnelle (à savoir, l'indicateur de fragilité de Tilburg, TFI) et physique (à l'échelle de FRAIL), ainsi que les facteurs associés à la fragilité et à la participation à des organisations de haut niveau. **Résultats:** La prévalence de la fragilité multidimensionnelle (si > 5 points dans le TFI) était de 54,6%, la prévalence de la fragilité physique (si > 3 points sur l'échelle FRAIL) et un statut non robuste (si un point quelconque de l'échelle FRAIL était positive) était respectivement de 6,3% et 52,9%. Les déficits de fragilité les plus fréquents étaient les suivants: personnes proches disparues (66,6%), nervosité ou anxiété (65,9%) et dépression (65,5%). Les membres des organisations seniors ont présenté une prévalence plus faible de fragilité multidimensionnelle et physique par rapport aux non-membres. Cela était principalement dû à une prévalence plus faible de déficits physiques et à des problèmes de mémoire. Cependant, la prévalence de déficits sociaux était similaire dans les deux groupes. Les organisations de seniors n'ont aucune influence sur les déficits les plus répandus, c'est-à-dire le fait de perdre d'autres personnes, de se sentir nerveux ou anxieux et d'être déprimé. **Conclusion:** La fragilité multidimensionnelle et le statut physique non robuste sont courants chez les personnes de plus de 65 ans. La participation à des organisations de personnes âgées est associée à un risque de fragilité physique moindre. Toutefois, elle n'a aucun effet sur la fragilité sociale ni sur les déficits psychologiques les plus fréquents. Ces informations ont des implications importantes pour la gestion pratique des problèmes des personnes âgées et peuvent influencer les stratégies communautaires concernant les personnes âgées.

P-6. P.A.P.I (Programme d'Actions et de Prévention Intégré au SPASAD)

M. Clavaud
(Castelsarrasin, France)

Contexte: L'APAS 82 (Association Promotion Autonomie et Santé 82), dont le siège sociale est situé à Castelsarrasin, est gestionnaire de plusieurs services en lien avec l'aide et le soin à domicile. Elle porte notamment un SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile) qui permet d'accompagner 15 bénéficiaires à leur domicile et un SAAD dont la file active est de 150 bénéficiaires.

Au-delà des actes d'aide et de soins prodigués, l'APAS 82 a choisi de développer des actions de prévention secondaire et tertiaire à visée de ce public en situation de fragilité ou de grande dépendance. En ce sens, le Programme d'Actions et de Prévention Intégré, intitulé P.A.P.I, a été mis en place. **Objectifs:** Globalement, il a pour objectifs, de : - Repérer la fragilité physique, psychique et sociale des bénéficiaires du SAAD et du SPASAD; - Prévenir les pertes d'autonomie évitables (Prévention secondaire) et renforcer le maintien à domicile; - Éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité (Prévention tertiaire); - Mettre en place un suivi adapté aux besoins repérés et aux risques identifiés en matière de prévention en santé; - Proposer un plan d'actions individualisé; - Proposer une évaluation individualisée afin de mettre en exergue les résultats du programme. **Méthodes:** Le projet se déroule en plusieurs phases : - Phase 1 du programme : l'évaluation gériatrique standardisée des nouveaux bénéficiaires et le suivi continu des bénéficiaires; déjà présents au sein du SPASAD; - Phase 2 du programme : L'intégration de l'évaluation au coeur des projets personnalisés et détermination d'un plan d'actions collectives; - Phase 3 du programme : Détermination du plan d'actions et évolution des projets personnalisés d'aide et de soins. **Résultats:** Le programme, en fonctionnement depuis 4 ans, grâce à la mise en place d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs a permis de : - Prévenir les pertes d'autonomie évitables en renforçant les capacités des personnes; - Diminuer certaines incapacités repérées grâce à la mise en place de plans d'actions de prévention (ex : meilleur périmètre de marche...); - Renforcer de l'estime de soi des bénéficiaires. Par l'intermédiaire des actions proposées dans les plans, les bénéficiaires se sentent valorisés et capables de mener de faire des choses; - Rompre l'isolement des personnes en leur proposant notamment, dans le cadre des projets personnalisés, des actions collectives de prévention en santé; - Renforcer le maintien à domicile, éviter les hospitalisations et les placements définitifs en EHPAD; - Sensibiliser les aidants aux actions de prévention. **Conclusion:** PAPI est un programme innovant et complémentaire des actions d'aide et de soins. Il est un outil de prévention secondaire et tertiaire favorisant le maintien à domicile des personnes très fragiles ou en situation de grande dépendance. Il a obtenu, depuis 3 ans, le soutien de la Conférence des Financeurs de la Perte d'autonomie de Tarn et Garonne.

P-7. Amélioration du fonctionnement cognitif chez des patients Alzheimer grâce à des exercices physique et intellectuels

I. Ben Ayed, N. Castor, C. Aouichou, R. Bouwazra, Z. Tabka, F. El Massiou
(Paris, France; Sousse, Tunisie)

Contexte: L'absence de traitement pharmacologique curatif pour la maladie d'Alzheimer oblige à imaginer des alternatives non médicamenteuses. **Objectifs:** Le but de cette étude était d'évaluer l'effet d'un exercice physique sur des fonctions réputées affectées par la maladie d'Alzheimer. **Méthodes:** 52 patients ont effectué, avant et après une séance d'activité physique de 20 minutes, des tâches cognitives (Stroop, Tour de Hanoi et empanns mnésiques). L'exercice physique était une séance de pédalage à une intensité correspondante à 60 % de la fréquence cardiaque maximale atteinte à la fin d'un test préalable de marche de 6 minutes. 25 des 52 patients devaient, tout en pédalant, effectuer des jeux de résolution de problèmes. 14 patients ont servi de groupe contrôle. Ils ont eu une séance de lecture à la place de l'exercice physique. **Résultats:** Nous avons relevé une amélioration du taux d'exactitude dans la

tâche du Stroop. L'empan mnésique était meilleur et pour la tâche de la Tour de Hanoi, les patients ont amélioré leurs performances (temps de résolution raccourcis et nombres d'essais réduits). Cette amélioration significative des performances après la séance de pédalage était supérieure dans le groupe des patients qui ont eu le pédalage combiné aux jeux cognitifs. En revanche, les performances des sujets témoins n'ont pas varié après la séance de lecture. Les améliorations observées résulteraient d'une oxygénation cérébrale qui indique une augmentation du flux sanguin cérébral en réponse à une activité cérébrale accrue. Il est établi par ailleurs, que l'exercice musculaire déclenche des mécanismes moléculaires permettant d'augmenter les substrats énergétiques via des adaptations neuro endocriniennes rapides. Il est admis également que les neurotrophines sont des médiateurs essentiels des réponses cérébrales induites par l'exercice. Cela peut favoriser la plasticité neuronale et améliorer la cognition. **Conclusion:** L'exercice physique améliore les performances cognitives. Cette amélioration est potentialisée par la combinaison à des exercices cognitifs. L'augmentation du débit cardiaque lors d'un exercice physique participerait à améliorer la perfusion cérébrale et conduirait à un meilleur fonctionnement du cerveau. Cela répond à la nécessité de ralentir ; voire de pallier le déficit cognitif conséquent à la maladie d'Alzheimer.

P-8. Enseignement pluri-professionnel autour de l'évaluation gérontologique standardisée d'une personne âgée pour les internes de médecine générale

E. Escourrou, M. Puech, J. Subra, S. Garcia Aguilera, M.C. Corbaz, B. Fougère, A. Stillmunkes, S. Oustric, B. Chicoulaa
(Toulouse)

Contexte: Trois temps sont identifiés pour la prise en charge d'une personne âgée fragile : (1) le repérage, (2) l'évaluation gérontologique standardisée (EGS) aboutissant au plan de soins (PPS) (3) le suivi. L'évaluation gérontologique est maintenant réalisable en soins premiers. Nous souhaitons proposer aux internes de médecine générale une enseignement facultaire adapté à l'organisation actuelle de la prise en charge d'un personne âgée fragile. **Objectifs:** Construire un enseignement facultaire centré sur l'évaluation gérontologique d'une personne âgée fragile. **Méthodes:** Les enseignants du pôle « vieillissement à domicile » du DUMG et du Gérontopôle de notre région ont défini les objectifs pédagogiques. Les résultats d'une revue narrative de la littérature a permis ensuite de structurer le contenu pédagogique. Une troisième réunion a permis d'organiser la journée de formation et de choisir les intervenants. **Résultats:** Objectifs pédagogiques : interpréter les tests mobilisés dans l'EGS, proposer des solutions adaptées aux résultats de l'EGS, appréhender le suivi et la coordination du parcours de santé de la personne âgée évaluée. Format : Une demi-journée, pour les TCEM2. Chaque groupe de 10 internes proposait la situation clinique authentique du groupe pour évaluation lors de 5 ateliers de 30 min avec un enseignant MG référent et un intervenant spécialiste du domaine étudié : nutrition (diététicienne), activité physique (professeur d'activité physique adaptée), cognition (neuro-gériatre), sensorielle et iatrogène (médecin généraliste), social (assistante sociale). Après les 5 ateliers, chaque groupe proposait une synthèse des évaluations faites pour sa situation clinique et élaborait un PPS. Une évaluation de satisfaction était remplie en fin de la formation. **Conclusion:** 90% des internes étaient satisfaits de l'enseignement proposé et plébiscitaient l'approche pluriprofessionnelle. Une journée d'enseignement pratique au sein

d'un terrain de stage effectuant l'EGS pour les patients âgés fragiles pourrait être mise en place.

P-9. Étude de faisabilité CAPACITY70 : programme d'activité physique adaptée pour les patients de plus de 70 ans en ALD dans leur bassin de vie

E. Escourrou, B. Chicoulaa, F. Durrieu, Y. Rolland, S. Andrieu, M.E. Rouge Bugat, S. Oustric
(Toulouse, France)

Contexte : L'activité physique adaptée (APA) régulière présente des bénéfices pour la santé des patients atteints d'une Affection Longue Durée (ALD) : amélioration des capacités musculaires, lutte contre la sarcopénie, réduction du risque cardio-vasculaire, contrôle du poids. Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin généraliste à des patients atteints d'une ALD rend possible la prescription d'APA pour le praticien. L'éloignement des sites de pratique, les difficultés de transport diminuent l'acceptation et l'adhésion à un programme d'APA. Notre hypothèse est qu'un programme d'APA, dans un centre d'APA situé au sein d'une Maison de Santé Pluri professionnelle, incluse dans le bassin de vie de la personne, faciliterait l'adhésion du patient et constituerait une solution adaptée de proximité pour lutter contre la sarcopénie. **Objectif:** Évaluer la faisabilité d'un programme d'APA de 4 mois réalisé en soins premiers, pour les personnes âgées de 70 ans et plus bénéficiant d'au moins une ALD. **Méthodes:** Étude de faisabilité, quasi expérimentale, mono-centrique. La population cible correspond aux personnes de 70 ans et plus, bénéficiant d'une ALD, vivant à domicile au sein de l'agglomération X et ayant un médecin généraliste exerçant à X participant à l'étude. L'intervention consistera en un programme d'APA d'une durée de 4 mois avec 3 séances hebdomadaires d'une 1h. Après l'analyse des besoins du patient lors de la visite d'inclusion, le médecin du sport de la structure et l'enseignante APA proposeront des exercices d'équilibre, de coordination, de souplesse et de renforcement musculaire (appareils spécifiques tels que tapis de marche/course anti gravité : ALTER G°, appareil spécifique à la coordination et au travail d'équilibre : HUBER°). Une réévaluation du contenu des séances est réalisée avec le patient, l'enseignante d'APA et le médecin du sport. A la fin du programme, le patient se voit proposer des conseils pour la poursuite d'une APA adapté à son profil et aux offres d'APA présentes autour de lui. **Résultats:** Le projet a été proposé à un appel d'offre et a reçu un financement de 50.000 euros. L'étude débutera début 2020. Cette étude de faisabilité vise à démontrer que ce type de programme encadré d'APA au sein d'une structure de regroupement de professionnels en soins premiers est accepté et réalisé par le patient âgé ayant une ALD. **Conclusion:** A terme, et selon les résultats de cette étude de faisabilité, un projet expérimental à plus grande échelle pourrait être conduit dont l'objectif serait d'évaluer l'impact du programme d'APA sur les composantes physiques et la qualité de vie des patients participants.

P-10. Profil gériatrique d'une population âgée en milieu urbain au Cameroun

M.J. Ntsama Essomba, D. Makondi, G. Paula, M. Ottou, G. Wafeu, R.S. Simeni, A. Timnou, M.J. Essi
(Yaoundé, Cameroun)

Contexte: Les pays en voie de développement font face au vieillissement de leur population. Ce vieillissement entraîne

une recrudescence des affections liées à l'âge avec un risque de basculement dans les syndromes gériatriques. Ce dernier aspect reste peu décrit dans notre milieu. **Objectif:** Décrire le profil gériatrique. **Méthodes:** Une étude transversale a été menée au sein d'une population âgée de 55 ans et plus, à l'Hôpital Central de Yaoundé. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 23.0. Le Khi2 a été utilisé avec un seuil de significativité inférieur à 0,05. Nous avons obtenu le consentement éclairé de tous les participants. Les syndromes gériatriques décrits étaient la perte d'autonomie, les troubles cognitifs, la sarcopénie et les chutes. **Résultats:** Au total, 104 patients ont été inclus dont la majorité était de sexe féminin (53%) avec un âge médian de 65 ans. La plupart des participants étaient mariés (62%), vivaient en famille (93%) et étaient pensionnés (41,3%). Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (36%), l'arthrose (23%) et le diabète de type 2 (9%). Concernant le profil gériatrique, environ 10% des patients avaient une perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et 39% pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Des troubles cognitifs étaient présents dans 31% des cas. Environ 31% des patients avaient une sarcopénie et près de 7% avaient déjà été sujets à des chutes. Les facteurs associés à la présence de ces syndromes gériatriques étaient l'absence de conjoint ($p=0,013$), le statut de femme au foyer ($p=0,023$), la dépendance financière ($p=0,041$), l'arthrose ($p=0,016$) et un indice de masse corporelle inférieur à $25\text{kg}/\text{m}^2$ ($p=0,021$). **Conclusion:** L'évaluation gériatrique devrait faire partie intégrante des soins dédiés à la personne âgée dans notre milieu.

P-11. Etat de lieu de la fragilité au Centre Hospitalier de Luxembourg : offre et besoins en soins

F. Mennel

(Luxembourg)

Contexte: La prise en charge de la fragilité de la personne âgée nécessite une approche pluridisciplinaire. En effet, les besoins en soins sont multiples et nécessitent la mobilisation de fonctions expertes. Dans le cadre de la négociation budgétaire 2021-2022, la plateforme des directeurs des soins de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) souhaite négocier les professions expertes requises pour soutenir cette pluridisciplinarité (hors professions budgétisées par le PRN soit les infirmiers et les aides soignants). **Objectifs:** Définir une norme en personnel pour les professions expertes (ergothérapeute, kinésithérapeute, assistant social, neuropsychologue, psychomotricien, diététicien) pour la prise en charge de la fragilité des personnes âgées hospitalisées en stationnaire. **Méthodes:** Etude menée sur l'ensemble de la population des personnes âgées $>$ ou $=$ 75 ans hospitalisées en stationnaire en 2018 au Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL); - 5785 cas ont été analysés via l'échelle de détection SEGA (assessment des 24H suite à l'admission) afin de définir les différentes populations selon le niveau de fragilité; - caractérisation de la population des personnes âgées fragilisées (DMS, données cliniques, origine...); - Comparaison des niveaux de fragilité et des autres risques identifiés (Chute, dénutrition...) afin de définir les échantillons cibles pour l'ensemble des professions expertes; - Définition de parcours cibles avec les professions expertes sur base du niveau de fragilité et des risques complémentaires associés; - calcul du temps requis rapporté sur le n cas des personnes $>$ ou $=$ 75 ans - Comparaison entre l'offre de soins actuelle et le besoin en soins. **Résultats:** L'étude a permis de mettre en évidence que: - 25% des patients hospitalisés au CHL était âgé de 75 ans et plus; - 43,5% de cette

population était fragilisée. Le besoin en fonction experte est estimé à 344,6 minutes par cas (toutes professions expertes confondues). **Conclusion:** la mise en place d'un assessment dans les 24 heures permet de définir le profil des personnes âgées hospitalisées et ainsi de pouvoir mobiliser rapidement les fonctions expertes requises. Le résultat de l'étude va être communiqué à la commission des normes nationale afin de négocier les professionnels experts à la prise en charge pluridisciplinaire des patients âgés fragiles.

P-12. Impact du programme de prévention « Atout Âge » sur le risque de chute par la mesure objective de la vitesse de marche

F. Legrand, JM. Eychene, A. Nicolai, J. Audiffren, A. Klein, C. Labourdette, L. Oudre, N. Vayatis, PP. Vidal, F. Sandron (Saint Pierre, Réunion; Cahan, paris, Bobigny, France)

Contexte: Devant l'augmentation rapide de la proportion de personnes âgées dans la population réunionnaise, le Groupement d'Intérêt Économique « Vieillesse Actif » a créé en 2016 à la Réunion des interventions de prévention ciblant l'amélioration de la mobilité des personnes âgées avec l'aide de l'équipe de recherche interdisciplinaire 5P (Prestation de Parcours Participatif Personnalisé de Prévention). **Objectifs:** Avec l'âge, le risque de chute augmente. La chute est un facteur de risque d'incapacité, d'hospitalisation et de décès (van Kan et al., 2010) Actuellement, nous disposons d'un outil d'évaluation validé de mesure du risque de chute qu'est la vitesse de marche. La baisse de celle-ci est un indicateur prédictif de l'augmentation du risque de chute (Shumway-Cook, Brauer, Woollacott 2000 ; Piau et al., 2019). Notre objectif était de déterminer l'impact du programme de prévention sur la vitesse de marche des seniors. **Méthodes:** Il s'agissait d'une étude monocentrique comparative menée en 2017-2018 avant-après douze séances hebdomadaires de soixante minutes d'activité physique adaptée. Les critères d'inclusion étaient : Âge \geq 55 ans, GIR 5-6 (défini selon la grille AGGIR), retraités du régime général. La vitesse de marche au pas habituel était mesurée à l'aide d'accéléromètres et du système Smartcheck©, sur une distance de dix mètres aller-retour. La vitesse du demi-tour était exclue de l'analyse. **Résultats:** Cinquante-cinq patients ont été inclus dans l'analyse. L'âge moyen était de 67 ± 7 ans, 89,1 % étaient des femmes. La vitesse moyenne à la visite initiale était de 126 ± 25 cm/s et de 134 ± 26 cm/s à la visite finale. C'est une amélioration statistiquement significative de la vitesse de marche avec $+ 8$ cm/s ($p=0,006$). **Conclusion:** Les ateliers de prévention ont amélioré significativement la vitesse de marche des seniors. Compte tenu du biais de recrutement de cette étude, une évaluation de plus grande envergure comportant une comparaison avec un groupe témoin est envisagée afin de valider plus finement l'impact des ateliers de prévention. Cette évaluation dépassera le seul critère de la vitesse de marche.

P-13. Précarité sociale et fragilité : revue de littérature

C. Berbon

(Toulouse, France)

Contexte: Aujourd'hui, un des axes de prévention de la dépendance de la personne âgée est la prise en soins des personnes fragiles. Pour cela, leur repérage et leur prise en soins sont nécessaires dans le cadre d'une prévention de proximité. Ce dispositif doit pour être efficace aller au cœur même des lieux de vie et de rencontres, au-delà de la référence classique de prise en charge des fragilités en hôpital de jour ou en consultation. Plusieurs actions sont menées

dans ce sens notamment au Gérontopôle de Toulouse avec des partenariats avec des municipalités par exemple. Pour être pertinent, un tel projet doit pouvoir s'adapter au profil des personnes en situation de précarité sociale et proposer des actions en lien avec leurs besoins d'autant que classiquement les personnes en situation de précarité accèdent difficilement aux dispositifs classiques de prévention. **Objectifs:** - Identifier l'existence d'une association entre fragilité et précarité sociale; - évaluer l'impact de la précarité a sur le risque de fragilité de ces personnes; - évaluer en quoi le dispositif de repérage et de prise en charge doit être différent. **Méthodes:** Afin de répondre à ces objectifs, une revue de littérature a été effectuée. Elle a débuté par une recherche simple sur les moteurs de recherche classiques puis sur des sites spécialisés. Les premiers articles trouvés ont alors permis d'identifier les mots clés pour une recherche PubMed. En effet, le terme de « précarité sociale » n'a pas d'équivalent strict dans les termes MESH (après vérification sur HeTop). Ainsi, les termes de «factor, socioeconomic», «social class» et «status, socioeconomic» vont être associés à «frail elderly». Trois équations vont donc être utilisées. Plusieurs tris vont être effectués. En premier lieu, le concept de fragilité étant relativement récent, une limite d'ancienneté est indiquée afin de ne garder que des articles de moins de vingt ans. Pour l'ensemble des recherches effectuées, ne seront gardés que les articles dont la lecture complète est accessible. Ensuite, une sélection est faite sur la pertinence des textes afin de ne garder que ceux traitant strictement de la thématique choisie ; c'est-à-dire la fragilité de la personne âgée dans un contexte de précarité sociale. **Résultats:** Dans le cadre de cette revue de littérature, 19 articles sont finalement retenus. Ce sont tous des articles de revues internationales, en langue anglaise. Ils concernent différentes zones géographiques dans le monde. L'ensemble de ces articles décrit des études observationnelles. 13 testent l'association entre bas niveau socio-économique et fragilité. 6 évaluent les effets de cette association. Dans la plupart des articles de cette revue la fragilité des personnes est mesurée par une approche cumulative multi-dimensionnelle avec le Frailty Index - FI (Rockwood, 2005). Celui-ci donne un score qui augmente avec la fragilité des personnes. Les auteurs testent alors différents facteurs en fonction de l'augmentation du score. Dans les autres articles, les auteurs utilisent le score de Fried (Fried, 2001) et son approche phénotypique. Les personnes sont alors réparties en trois catégories : robustes, pré-fragiles et fragiles. Les mêmes facteurs sont alors comparés en fonction des trois groupes. Pour évaluer la situation sociale des personnes, l'ensemble des articles relèvent : le niveau de revenu, le tissu social existant et le niveau de scolarité. Les personnes étudiées n'ont pas de limite d'âge supérieure. Mais en fonction des articles, les auteurs ont fait des choix différents pour la limite basse. La majorité teste l'association entre précarité sociale et fragilité chez les personnes de plus de 60 ans mais 2 articles ont investigué la question chez les personnes dès 50 ans. Les enquêtes décrites rapportent toutes une augmentation de la fragilité avec l'âge. Les facteurs sociaux-économiques ayant un impact, l'ont en revanche quel que soit l'âge de la personne. Dans toutes les enquêtes ayant évalué la fréquence de la fragilité en fonction du sexe, les personnes fragiles sont majoritairement des femmes. Le niveau objectif de revenu mensuel n'est pas toujours un facteur significativement associé à la fragilité. L'auto-perception de revenus insuffisants est en revanche toujours un facteur péjoratif : moyens financiers estimés insuffisants, insécurité financière estimée ou insatisfaction quant à sa condition économique. Un bas niveau d'éducation est associé à la fragilité dans 18 articles sur 19. Il y a des variations dans les textes selon les

niveaux d'éducation ayant un impact. Il s'agit soit des personnes ayant été à l'école jusqu'à 12 ans ou l'équivalent d'une fin d'école élémentaire ; soit d'un niveau scolaire n'excédant pas l'âge de 6 ans. Les plus fragiles sont les plus isolés socialement et vivent le plus souvent seuls. Deux recherches étudient la question dans une perspective de « life course ». Ainsi, la fragilité augmente chez les personnes rapportant des carences sociales dans l'enfance et ce quel que soit le modèle testé. L'augmentation du FI est également proportionnelle au nombre d'épisodes de précarité sociale dans une vie. Certains articles ont testé le lieu d'habitation et retrouve une prévalence de la fragilité plus importante dans les quartiers dits « défavorisés ». Chez les plus jeunes personnes (50 – 60 ans) le chômage ou un niveau socio-économique bas sont des facteurs associés à la fragilité. En terme d'effets, les auteurs ont regardé la qualité de vie, l'autonomie, les hospitalisations et le décès à un ou 2 ans selon l'étude. Dans l'ensemble des enquêtes, la précarité sociale associée à une fragilité physique semble avoir un impact peu ou non significatif sur l'évolution de l'autonomie. Systématiquement, aucun effet de cette association n'est retrouvé sur la qualité de vie ou sur le nombre d'hospitalisations à un an. La fragilité sur le modèle du phénotype physique en serait le facteur principal d'évolution. Enfin, s'agissant de la mortalité, une situation sociale précaire et la fragilité sont tous les deux prédicteurs de mortalité mais de manière indépendante. **Conclusion:** Le domaine social est un domaine de fragilité à part entière. Au travers cette revue de littérature, il apparaît aussi comme prédicteur de fragilité physique. Au-delà de la fragilité sociale, la précarité semble impacter l'ensemble des dimensions de la fragilité. Certains de ces effets sont logiquement explicables. Ainsi, l'isolement social ou le bas niveau scolaire sont connus comme péjoratifs pour les capacités cognitives à un âge avancé. Les personnes en situation précaires sont plus à risque d'avoir des conduites de santé problématique : tabagisme, consommation d'alcool ou sédentarité. Ces éléments sont également des facteurs péjoratifs pour la fragilité. Il est intéressant de voir que le ressenti d'une insécurité ou d'une insuffisance financière est plus significatif que les réels revenus. Une hypothèse d'explication peut être le stress entraîné par ce ressenti qui impacte l'état général de la personne. La précarité sociale associée à la fragilité n'a pas montré d'effet sur la mortalité ou le nombre d'hospitalisation. Autrement dit, les personnes socialement défavorisées sont plus souvent fragiles que les autres mais l'évolution de leur état ne diffère pas des autres personnes. L'impact de la précarité sociale sur le parcours de vieillissement semble ancré dès le début de la vie avec l'effet des carences dans l'enfance et du nombre d'épisodes de précarité. Cette revue de littérature ne répond pas à une question qui semble pourtant apparaître : la précarité sociale tout au long de la vie n'entraîne-t-elle pas l'apparition de la fragilité de manière plus précoce en âge ? De plus, une personne fragile précaire socialement a-t-elle le même profil de santé que les autres et donc les mêmes besoins ? La question de la prise en charge des fragilités chez les personnes en situation de précarité reste posée. Les articles trouvés concernent tous des enquêtes observationnelles. Aucune étude évaluant une action de repérage ou de dépistage dans ce cadre social précis n'a été trouvée lors de cette revue de littérature

P-14. Repérage des personnes âgées fragiles en prévention primaire, place des infirmiers

C. Berbon

(Toulouse, France)

Contexte: Pour la première fois dans l'histoire, la majorité de la population mondiale peut espérer vivre jusqu'à 60 ans et au-delà. Combinée à une baisse marquée des taux de fécondité, cette augmentation de l'espérance de vie conduit à un vieillissement rapide des populations partout dans le monde. Il s'agit là, d'un profond bouleversement et ses répercussions sont considérables. En effet, en 2050, 2 milliards de personnes âgées de 60 ans et plus sont attendues, contre 900 millions en 2015 (OMS, 2016). Du fait du vieillissement de la population, la prévalence de la dépendance des personnes âgées va en augmentant. Les spécialistes de la question parlent d'un futur fléau sanitaire et sociétal. Il apparaît donc important d'en prévenir l'apparition. La fragilité précède la dépendance. Elle est réversible en prenant des mesures adaptées, spécifiques à chaque personne. Il est essentiel de pouvoir repérer ces personnes encore autonomes mais à l'état instable ; afin d'évaluer les principaux domaines à risque tel que les performances physiques, la cognition, la nutrition, la thymie, la sensorialité, l'autonomie dans les actes de la vie courante. Pour ensuite, envisager un plan personnalisé de soins intégrant les recommandations concernant les domaines repérés. En France, la prise en soins se fait classiquement en hôpital de jour ou en consultation médicale. Des expériences d'évaluation en soins primaires, par des infirmiers sont réalisées. Elles reposent sur l'action d'infirmières formées qui effectuent les évaluations seules au plus près du lieu de vie des sujets en partenariat avec d'autres institutions. Elles vont ensuite, en collaboration avec un médecin gériatre, émettre des recommandations. Cette action présente plusieurs aspects positifs : insertion au coeur du lieu de vie de la personne, adaptation des recommandations en fonction du mode de vie, développement de compétences soignantes spécifiques dans le cadre de la prévention. En France, les missions des infirmiers restent peu développées dans ce domaine alors que leur rôle présente un intérêt majeur face à une conjoncture économique contraignante et une démographie médicale diminuée. Il est de plus appelé à se développer avec la perspective des nouvelles infirmières en pratique avancée. **Objectifs:** L'objectif de cette revue de littérature est d'évaluer la place actuelle des infirmiers dans la stratégie de prévention de la dépendance au niveau international. **Méthodes:** Les mots clés choisis sont en lien avec la fragilité des personnes âgées, la prévention en santé et les actions infirmières. Leur traduction anglaise a été déterminée avec HeTOP (2). L'arborescence Medical Subject Headings (MeSH), a permis un choix précis pour une recherche sur le moteur de recherche PubMed. Concernant la fragilité des personnes âgées, l'expression retenue dans ce contexte est «Frail Elderly». Pour la prévention, une hésitation s'est faite entre «preventive medicine», «primary prevention » et «public health». Après une lecture détaillée des définitions Mesh et une étude des arborescences, c'est le dernier terme qui a été retenu. Pour être complet au niveau des actions infirmières, trois déclinaisons ont été testées : «nurse role», «nurse clinicians» et «nurse practitioners». Ces deux dernières se rapprochant de la future fonction française d'infirmière en pratique avancée. Ainsi trois équations ont été exploitées : «Frail Elderly» and «Public Health» and «Nurse's Role»; «Frail Elderly» and «Public Health» and «Nurse Clinicians»; «Frail Elderly» and «Public Health» and «Nurse Practitioners». Le concept de fragilité étant relativement récent, une contrainte de temps a été rajoutée en

demandant une sélection des articles de vingt ans ou moins. Un tri rapide permet ne pas conserver plusieurs fois le même article. A partir des abstracts, seuls les textes concernant une action avec une place majeure donnée aux infirmières sont choisis. De plus, sont éliminés ceux décrivant une action très spécifique et peu courante. Ensuite, à la lecture des articles en intégral, ont été exclus ceux à propos des personnes âgées dépendantes et/ou vivant en maison de retraite. Enfin, d'autres articles sont recherchés à partir des références bibliographiques de la première sélection. **Résultats:** A partir des trois équations et de la contrainte temporelle (ancienneté de moins de 20 ans), la recherche donne 79 articles au total dont 72 articles différents. Un premier tri est effectué à partir des abstracts et permet de sélectionner 20 articles pertinents. A leur lecture, 12 sont retenus pour leur pertinence afin de répondre à la question de recherche. Enfin, après exploration des références bibliographiques, deux articles sont rajoutés. Au total, 14 articles sont exploités dans cette revue de littérature. Ils présentent différentes actions et expériences en lien avec la fragilité de la personne âgée et la prévention de la dépendance. Ils décrivent tous une place majeure de l'infirmière. Les résultats sont pourtant variés. Ainsi, ils ont différentes provenances : trois sont de Grande-Bretagne, trois des Pays-Bas, trois des Etats-Unis, deux du Canada, un d'Australie et un du Japon ; le dernier faisant une revue internationale d'actions de prévention. De fait, en fonction de l'exercice infirmier dans ces différents pays, pour un même thème, les actions sont diverses : suivi post-opératoire, préparation préopératoire, activité physique, malnutrition, sortie d'hospitalisation, entrée aux urgences, suivi à domicile, prévention des chutes. Deux orientations dominent : la prévention de la dépendance auprès des patients hospitalisés et celle faite auprès des sujets à domicile hors d'un évènement aigu de santé. **Conclusion:** Cette revue de littérature montre une variété d'actions où l'infirmière occupe une place centrale. Forte de ses compétences, elle peut jouer un rôle essentiel dans la prévention de la dépendance auprès des aînés. Son rôle en France est appelé à se développer. Plusieurs exemples permettent de percevoir les perspectives offertes par les pratiques avancées.

P-15. FRAAGILE - un système intelligent AAL personnalisé pour la prévention et la gestion de la fragilité en gériatrie

M. Marinescu, K. Mashayekhi, L. Spuru, I. Bartolome, S. Moza, P. Murko, F. Colas, P. Csobanka, J. Bertolaccini, S. Urszin, T. Aggeliki, S. Gilpérez, M.B. García Zapirain, M. Polycarpou, C. Csome, N. Gospodinova
(Bucarest, Roumanie)

Contexte: La fragilité est un état clinique dans lequel il y a une augmentation de la vulnérabilité d'un individu à développer une dépendance et /ou une mortalité accrue lorsqu'il est exposé à un facteur de stress. La fragilité peut survenir chez les adultes âgés de 65 ans et plus en raison de diverses conditions médicales et sociodémographiques telles que: vivre seul, dépression, polypharmacie, malnutrition ou mode de vie sédentaire, etc. Néanmoins, cet état peut être réversible grâce à une intervention personnalisée. Le dépistage, l'évaluation et la gestion sont donc très importants. **Objectifs:** Détection et prévention de la fragilité. **Méthodes:** Le FRAAGILE est un système intelligent ICT- Ambient Assisted Living (AAL)- personnalisé, destiné au pronostic des chutes, à l'identification, à la prévention et à la gestion de la fragilité physique et cognitive. Un service personnalisé intelligent basé sur les rôles est offert pour accéder et améliorer l'état physique et cognitif de l'individu grâce à des exercices basés sur des jeux

physiques et améliorant la cognition. Des applications de système intelligent accédant au comportement, à la cognition, à l'humeur, à l'équilibre, à la marche, etc. seront utilisées pour définir un rôle personnalisé pour cette personne en particulier afin d'améliorer son état physique et cognitif en évitant les chutes dues à la fragilité.

Résultats: Au cours de la phase de CO- création, plus de soixante utilisateurs finaux dans des emplacements à Chypre, en Espagne, en Suisse et en Roumanie sont identifiés et ont commencé à être recrutés depuis janvier 2020. L'architecture ICT du projet a été définie, en tenant compte du matériel requis, de la connexion Web, de la base de données cloud, des modules de collecte de données, des applications vidéo et jeux et des bibliothèques. **Conclusion:** Les utilisateurs seraient accompagnés à travers trois phases d'essais : en laboratoire pilotes, l'adaptation et l'optimisation, ce qui conduit aux tests finaux. L'objectif principal de l'intervention vise à prévenir la fragilité clinique et l'incidence des chutes en augmentant l'état de santé physique et cognitif en considérant une vision personnalisée holistique du mode de vie et de l'état individuel.

P-16. Chutes chez les personnes âgées hospitalisées: Le rôle des infirmières en réhabilitation dans la prévention de la perte d'autonomie

C. Simões da Silva, J. Pontina
(Givisiez, Suisse)

Contexte: Les personnes âgées sont souvent confrontées à des épisodes de chutes lors de leur hospitalisation dues, entre autres, à la perte de force musculaire et d'équilibre due au vieillissement qui peut aggraver l'état physique et mental de la personne et conduire à une perte d'autonomie dans les différents domaines de l'autosoins, devenant un facteur de fragilité. Dans ce contexte, l'infirmière en réadaptation doit aider la personne à évaluer le contexte dans lequel les chutes se produisent et prévenir cet événement. **Objectifs:** Analyser les conditions de chute des personnes de plus de 65 ans hospitalisées dans un service de gériatrie en Suisse au cours du premier semestre 2019. **Méthodes:** Etude quantitative, de cohorte, rétrospective. L'univers est constitué de patients ayant eu au moins un épisode de chute dans un service gériatrique composé de personnes de plus de 65 ans. L'instrument de collecte de données est une grille d'observation qui doit être remplie par l'infirmière en cas de chutes chez les patients. **Résultats:** il y a eu 91 épisodes de chute. 53,8% se sont produits chez les hommes âgés et 46,2% chez les femmes. Concernant l'heure de l'événement, 46,2% se sont déroulés entre 7h et 16h, 19,8% entre 16h et 22h et 34% entre 22h et 7h. Nous avons constaté que 28,6% des chutes se sont produites dans les toilettes, 51,6% près du lit, 13,3% près de la table et 6,6% dans le couloir. Nous avons également constaté que 93,4% des personnes âgées tombées avaient des problèmes d'équilibre et 68,1% marchaient avec des moyens auxiliaires. **Conclusion:** L'infirmière en réadaptation joue un rôle clé dans la prévention des chutes et, par conséquent, de la perte d'autonomie, et pour cela, elle devrait faire avec des patients des exercices qui augmentent la force musculaire et l'équilibre et ainsi améliorer les conditions dans lesquelles la personne se lève du lit / de la chaise, marche avec des moyens auxiliaires et utilise les toilettes. Dans notre étude, il a été constaté que la plupart des chutes se produisaient de 7 h à 16 h, lorsque la personne était allongée / se levait, chez les personnes ayant des aides à la marche et ayant des problèmes d'équilibre.

P-17. Repérage multifactoriel de la fragilité : l'apport de la maison connectée

A. Frioux, M. de Battista, M. Faure, B. Roig
(Nîmes, France)

Contexte: Alors que la part de la population âgée est en constante augmentation au niveau international, la communauté scientifique met l'accent sur la nécessité de diagnostiquer précocement la fragilité afin de prévenir la perte d'autonomie. La fragilité est un état de vulnérabilité accrue à des facteurs de stress pouvant mener à une incapacité fonctionnelle. Cet état peut être réversible. Afin d'améliorer sa prise en charge, une première étape est de développer son repérage. **Objectifs:** Cette recherche vise à construire et valider un modèle multidimensionnel de la fragilité, s'appuyant sur un recueil automatisé des données au domicile des individus. Les outils actuels (Ensrud et al., 2007, Vellas et al., 2013) évaluent principalement des critères physiques (Fried et al., 2001) ou fonctionnels (Mitnitski et al., 2001). L'état de fragilité renvoie aussi à des dimensions psychologiques et socio-économiques (Junius-Walker et al., 2018). Ainsi, nous proposons de prendre en compte ces dimensions dès le repérage pour obtenir une mesure plus fine de cet état. Afin de ne pas complexifier le recueil de données nécessaires au diagnostic, mais également d'appréhender des mesures nouvelles, ce modèle s'appuie sur des données récoltées par des objets ou des capteurs connectés. **Méthodes:** Après avoir validé le choix des capteurs, ce modèle sera évalué grâce à une expérimentation longitudinale sur le terrain. Les données recueillies seront comparées à une mesure standard de la fragilité (Fried et al., 2001) et des différentes dimensions prises en compte. **Résultats:** Nous nous attendons à une corrélation entre nos données et les données issues du phénotype de la fragilité. **Conclusion:** La contribution principale de ce travail est de permettre un suivi longitudinal quotidien de l'état de santé. De plus, l'automatisation de cette méthode apporte plusieurs avantages. Elle permet d'une part à l'individu de disposer d'informations, voire de recommandations sur son état de santé, et d'autre part, au professionnel de santé de disposer de ces données afin d'établir un diagnostic et de mettre en place une analyse plus approfondie de l'état de santé.

P-18. Une équipe infirmière en coopération -médecin/infirmier-réunie par un projet commun

C. Répond, F. Chague, V. Cortinas, K. Gomiero, J.J. Buscaglia, G. Bigue, M. Mazars
(Arignac, France)

Contexte: Deux maisons de santé pluri-professionnelles, deux secteurs différents : Pays de Foix et Pays de Tarascon sur Ariège. L'axe de la prévention est retenu, notamment celui du mieux vieillir en cohérence avec le plan régional de santé. Fonctionnement statut libéral. Valorisation des coopérations médecins – infirmiers. ASALEE pour un accompagnement dans le temps et Dépistage du risque de la fragilité pour un repérage populationnel étendu. **Objectifs:** Augmenter le nombre de dépistages au domicile des personnes des territoires cités Renforcer un parcours santé globale fluide et cohérent des personnes, favoriser l'autonomie. **Méthodes:** Mise en oeuvre de rencontres régulières, organisées, des infirmières formées « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » et développer grâce à une même posture : - L'utilisation de vocabulaire adapté pour valoriser et permettre une adhésion des personnes au dépistage au domicile, notamment pour les personnes

en déni; -Un inventaire exhaustif et complémentaire des ressources à mobiliser au sein des maisons de santé (parcours de soins existants – compétences professionnelles) en plus des réunions de concertations pluri professionnelles; - Un décloisonnement et un maillage au sein d'un territoire; - Une collaboration active des acteurs différents autour d'un même problème/sujet; -Une dynamique de coopération médecin – infirmier; - Un inventaire précis des besoins, des attentes et des difficultés; - Une meilleure visibilité auprès des professionnels et du grand public. **Résultats:** Une création d'équipe infirmière en coopération médecin – infirmier soudée et organisée Une attitude responsable et en recherche de solutions efficaces tant sur le modèle économique que sur la manière de communiquer en intra et extra maison de santé. Recherche complémentaire de sources de financement, appels à projet, travail en lien avec les instances. Une mise en évidence de la plus-value de la formation continue infirmière (cursus de consultation infirmière et de CADCI : Certificat d'Approfondissement à la Démarche Clinique Infirmière) qui facilite par l'acquisition d'une posture, la communication professionnelle et celle auprès des usagers. **Conclusion:** Élaboration d'un process dynamique de dépistage en coopération médecin –infirmier coordonné avec proposition d'un parcours de santé globale (physique -psychique-social-environnemental) efficient et évaluable.

P-19. Facteurs explicatifs de la fragilité des personnes âgées à la retraite dans la commune de Yopougon-Côte d'Ivoire

M.D.I. Coulibaly, B.B. Bessie
(Abidjan, Côte d'Ivoire)

Contexte: L'augmentation sensible du nombre et de la proportion de personnes âgées en Côte d'Ivoire au cours des prochaines décennies associée aux éléments contradictoires concernant les tendances de l'espérance de vie en bonne santé incite les initiatives de protection sociale de l'Etat. Toutefois, des informations recueillies et des observations dans la commune de Yopougon laissent transparaître que le tout n'est pas joué. En effet, les personnes âgées à la retraite en Côte d'Ivoire et particulièrement dans la commune de Yopougon demeurent vulnérables, voire dépendant à travers certaines pathologies comme les troubles mentaux, le diabète, l'Accident Vasculaire Cérébral, etc. En d'autres termes, malgré le rôle joué par les politiques sociales dans le maintien de la qualité de vie des retraités, leurs conditions de santé sont fragiles et ils sont souvent conditionnés dans un processus de perte d'autonomie. Face à cela, il est donc nécessaire d'enquêter sur les facteurs explicatifs de la fragilité des personnes âgées à la retraite. **Objectifs:** La présente étude a pour objectif de scruter les facteurs explicatifs de la fragilité des personnes âgées à la retraite dans la commune de Yopougon. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude qualitative, axée sur une recherche documentaire, des observations et des entretiens semi-structurés réalisés dans la commune de Yopougon. **Résultats:** La fragilité s'associe significativement à l'influence des périodes de difficultés financières pendant la période professionnelle des retraités. A cela s'ajoute, l'environnement social dans lequel les personnes âgées à la retraite s'insèrent. **Conclusion:** La fragilité des personnes âgées à la retraite dans la commune de Yopougon s'explique par l'influence des périodes de difficultés financières pendant la période professionnelle et aussi à l'environnement social dans lequel ils s'insèrent à la retraite.

P-20. Stratégies de prévention de la fragilité chez les personnes âgées vivant dans la commune urbaine de Cocody en Côte d'Ivoire

Z. Coulibaly, A. Droh, B.M.D. Droh
(Korhogo, Côte d'Ivoire)

Contexte: Les personnes âgées en Afrique, étaient jadis intégrées au sein de la cellule familiale et de la communauté. De nos jours, les mutations socio-économiques remettent en cause leur place au sein de la société. En milieu urbain ivoirien, leurs conditions de vie génèrent un environnement anxigène. Toutes choses qui contribuent à accentuer leur situation de vulnérabilité et de fragilité. **Objectifs:** L'objectif est d'étudier les stratégies de prévention de la fragilité chez les personnes âgées en situation d'isolement social. **Méthodes:** Ce travail est une étude mixte qui privilégie l'analyse phénoménologique l'observation directe. **Résultats:** Les résultats montrent que 62% des séniors sont favorables à la mise en place d'un centre aéré, certains sont victimes de préjugés en raison de survenue de drames familiaux. Et les pathologies chroniques qui en résultent sont parfois sources de mal-être causé par le vécu douloureux de la maladie. Ces aînés ont une image négative de leur schéma corporel liée aux transformations biologiques et aux changements au niveau des statuts et des rôles sociaux. **Conclusion:** L'accompagnement des personnes âgées par des d'aidants formés et des spécialistes (gérontologues et gériatres) permettra de garantir aux personnes âgées un épanouissement psychologique et une autonomie durable.

P-21. Etat des lieux des patients recevant des chimiothérapies orales en onco-gériatrie

C. Monpagens, C. Bérard, A-S. Mange, A. Pages, C. McCambridge, P. Cestac
(Toulouse, France)

Contexte: En 2017, les cancers chez les 65 ans et plus représentent 62,4 % des cancers tous âges confondus. Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, c'est 11,5 % de l'ensemble des cancers diagnostiqués. Parallèlement, l'incidence d'autres pathologies chroniques augmente avec l'âge et contribue à la polymédication dont la prévalence peut atteindre jusqu'à 80% chez les plus de 75 ans. **Objectifs:** Faire un état des lieux sur l'année 2018 des patients hospitalisés ayant reçu une chimiothérapie orale dans notre établissement afin de cartographier et prioriser les besoins pour le déploiement d'entretien pharmaceutique de primo-prescription. **Méthodes:** Une extraction des dispensations de chimiothérapies orales des patients hospitalisés dans les services d'oncogériatrie a été réalisée sur l'année 2018. Ces données ont été croisées avec les informations cliniques disponibles dans les dossiers patients informatisés. **Résultats:** En 2018, 90 patients ont reçu des chimiothérapies orales dont 76 patients (84.5%) dans le cadre d'une primo-prescription. La moyenne d'âge est de 82 ans. La pathologie la plus retrouvée est le myélome (33 patients, soit 37%), puis le lymphome (14 patients, soit 16%). Parmi les chimiothérapies utilisées, 71% sont dispensées à l'officine et le reste en rétrocession. Les 5 molécules les plus prescrites sont: Melphalan (16%), Hydroxycarbamide (14.5%), Lenalidomide (11%), Cyclophosphamide (10.5%) et Ibrutinib (8%). En moyenne, 1,4 patients par semaines sont concernés. **Conclusion:** Au vu de l'incidence des cancers et de la prévalence de la polymédication chez les sujets âgés, la mise en place d'entretien pharmaceutique dans leur parcours de soin paraît pertinente, particulièrement pour les

chimiothérapies orales prises en ambulatoire et souvent de manière autonome. Cette activité pourrait donc être intégrée à la routine pharmaceutique en plus de l'analyse pharmaceutique quotidienne. Des conseils spécifiques seront donnés et accompagnés de fiches explicatives pour les plans de prise particuliers afin de servir de support au patient, en fonction des besoins. Un lien avec l'officine habituelle du patient sera fait. En effet, il est indispensable de s'appuyer sur la coordination ville-hôpital pour favoriser l'échange d'information avec le pharmacien d'officine du patient qui délivrera la majorité des chimiothérapies prescrites.

P-22. Place du kinésithérapeute dans le suivi des recommandations lors d'un séjour de soins de suite et de réadaptation chez le sujet âgé : comparaison de trois stratégies d'intervention

H. Fundenberger, N. Barth, L. Goethals, T. Célarier, D. Hupin, B. Bongue
(Saint Etienne, France)

Contexte: La Dans une perspective de réduction des chutes chez un public vieillissant, les kinésithérapeutes intervenant au sein des établissements de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) mettent en place des actions de prévention. Le type d'action préconisé dépend principalement du niveau de risque de chute (INPES, 2005). Dans tous les cas, une approche globale et éducative centrée sur le sujet âgé et non uniquement sur ses pathologies est recommandée. Cependant, il n'y a pas encore de consensus sur le contenu et l'intensité des interventions. **Objectifs:** L'objectif principal était de comparer 3 niveaux d'intervention d'un programme de prévention des chutes destiné à des patients âgés de plus de 65 ans, au sein d'un établissement SSR. **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude interventionnelle quasi expérimentale, monocentrique. Le critère de jugement principal était le taux de suivi des recommandations. L'intervention n°1 se limitait à un entretien éducatif, réalisé par les kinésithérapeutes et portait sur l'ensemble des facteurs de risque. Dans l'intervention n°2, cet entretien éducatif était accompagné par une réunion d'information réalisée par chacun des professionnels (ergothérapeute, pharmacien, diététicien, kinésithérapeute). Pour l'intervention n°3, outre l'entretien éducatif, les patients avaient la possibilité de choisir entre des séances d'information collectives ou individuelles, ceci afin de mieux répondre à la fragilité de la population accueillie. **Résultats:** 99 patients ont été inclus dans l'étude dont 74,8% de femmes. Cette population était âgée en moyenne de 80,4 (+/-6,9) ans, et présentait un score moyen au TUG de 16,8s. Le programme n°3 (intervention pluridisciplinaire et personnalisée) a montré une meilleure efficacité avec un taux global de suivi des recommandations, à 3 mois de la sortie, de 69,9% (p=0,002). L'intervention intermédiaire (programme n°2) montre un taux de suivi de 61,8%. Le programme minimum (intervention n°1) a permis la réalisation d'une recommandation sur deux (49,2%) ce qui paraît non négligeable au vu de son faible coût (1 seule intervention éducative). **Conclusion:** Cette étude montre l'intérêt de réaliser des interventions multifactorielles personnalisées en SSR afin de réduire les facteurs de risque de chute. Ces résultats doivent également encourager les kinésithérapeutes à s'investir dans des actions de prévention.

P-23. Perception du résident de l'antibiothérapie en EHPAD : Perspectives des soignants et des usagers dans une approche mixte

M. Ahouah, C. Lartigue, M. Rothan-Tondeur
(Bobigny, Paris, France)

Contexte: Les résidents en EHPAD ont été identifiés comme pouvant influencer le processus de prescription d'antibiotiques en dehors du médecin [1, 2]. Face, à la nécessité de mener des actions fortes contre l'antibiorésistance, cette étude a été mise en oeuvre. L'objectif de cette étude est de décrire les comportements des résidents vis-à-vis de l'antibiothérapie au regard de leurs connaissances attitudes et croyances de l'antibiotique. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est de décrire les comportements des résidents vis-à-vis de l'antibiothérapie au regard de leurs connaissances attitudes et croyances de l'antibiotique. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude mixte concurrente par entretien semi-directif et questionnaire auprès d'un échantillon obtenu par la méthode dite en boule de neige qui visait des résidents, des médecins et des infirmières. Les analyses ont été réalisées avec les logiciels R Version 3.4.3 et ATLAS-Ti v7. Une triangulation des résultats a été réalisée à la phase de discussion [3]. **Résultats:** Les résultats portent sur 144 questionnaires complétés et 26 entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers (IDE) et de résidents en France métropolitaine. Cette étude a permis d'observer: - Une méconnaissance du phénomène d'antibiorésistance par les résidents (reconnue par 74% des IDE contre 54% des résidents). "...Résistance aux antibiotiques. C'est en rapport avec l'allergie je pense ...C'est à dire que mon organisme il ne répondrait pas à tel ou tel antibiotique» [RES 1] "... Résistance aux antibiotiques c'est à dire qu'il y a des personnes qui n'acceptent pas les antibiotiques" - Concernant la sollicitation d'antibiotiques par les résidents, 85% des IDE contre 11% des résidents affirment que le résident sollicite des antibiotiques auprès des professionnels. - Enfin, 66 % des résidents ne perçoivent pas l'IDE comme une source d'informations portant sur les antibiotiques contre 13% des Infirmières. Les résidents ont énuméré d'autres sources d'informations. « Je lis souvent les journaux et de temps en temps je regarde la télé. Là on vient de me donner une revue qui parle de santé des seniors. » [RES 2]. **Conclusion:** La sensibilisation pour une juste prescription des antibiotiques en EHPAD passe à l'endroit des résidents par une identification pertinente de leurs besoins des résidents, une communication efficace avec ceux en capacité cognitive et une clarification du rôle des infirmières pour dissocier la profession des stéréotypes qui y sont associés. **Références:** [1] L. W. van Buul et al., « Factors influencing antibiotic prescribing in long-term care facilities: a qualitative in-depth study », BMC Geriatr., vol. 14, no 1, p. 136, 2014. [2] C. J. Crnich, R. Jump, B. Trautner, P. D. Sloane, et L. Mody, « Optimizing Antibiotic Stewardship in Nursing Homes: A Narrative Review and Recommendations for Improvement », Drugs Aging, vol. 32, no 9, p. 699-716, août 2015. [3] J. W. Creswell, Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. SAGE, 2014.

P-24. Maintien des bénéfices suite à une prise en charge en hôpital de jour «fragilité»

P. Maurel, A. Marfisi-Dubost
(Albigny-sur-Saone, France)

Contexte: Territoire rural, L'unité d'hospitalisation de jour des fragilités a été mise en place en septembre 2017 au centre hospitalier gériatrique du mont d'or. Depuis, une prise en charge

adaptée est proposée aux patients et montre ses bénéfices lorsque nous comparons les résultats retrouvés en début et en fin de prise en charge. Il semble essentiel de pouvoir assurer un maintien de ces bénéfices à l'issue de la prise en charge. **Objectifs:** Notre objectif est d'identifier un moyen de maintenir et poursuivre les bénéfices obtenus suite à la prise en charge en hôpital de jour fragilité. **Méthodes:** Après avoir effectué un bilan complet en équipe pluridisciplinaire, chaque patient participe aux 14 semaines d'ateliers en hôpital de jour (3 demi-journées). Les différents domaines abordés sont les suivants : activité physique adaptée, cognition, psychomotricité / relaxation, prévention des chutes, nutrition, gestion des traitements, conduite automobile et gestion des émotions. Il s'agit d'ateliers collectifs (de 2 à 6 patients) pouvant également être complétés par un suivi individuel avec la psychologue du service. En début et fin de prise en charge, nous évaluons les différents critères diagnostiques de la fragilité à l'aide d'indicateurs thymique, cognitif, kinésithérapiques et nutritionnel. Nous effectuons la même évaluation 6 mois plus tard. En fin de prise en charge, une montre connectée est distribuée à chaque patient pour 7 semaines. Les données enregistrées par la montre (nombre de pas, minutes de marche active, rythme cardiaque) sont transmises au médecin qui peut suivre à distance l'activité physique de chaque patient. **Résultats:** A ce jour, l'analyse des résultats indique une amélioration des scores en ce qui concerne les indicateurs thymique, cognitif et nutritionnel en fin de prise en charge et après 6 mois. En revanche, les indicateurs kinésithérapiques s'améliorent en fin de prise en charge sans que cela ne se maintienne à 6 mois. Nous n'avons pas encore assez de données concernant le bénéfice du port de la montre mais les premiers résultats sont pour le moment encourageants. **Conclusion:** Les résultats retrouvés sont encourageants et nous incitent à proposer un accompagnement personnalisé (suivi via une montre connectée) à l'issue de la prise en charge afin de maintenir les bénéfices obtenus.

P-25. Prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée fragile en hospitalisation à temps partiel de soins de réadaptation (HTPSR)

C. Vigouroux, B. Laurent
(Drémil Lafage, France)

Contexte: Les modèles de la fragilité des personnes âgées montrent que la fragilité est la résultante des pathologies chroniques, d'une diminution des réserves fonctionnelles, d'une diminution de l'activité physique et d'une diminution progressive de l'adaptation à l'environnement. Le domaine de la Cadène est un établissement adhérent à la FEHAP qui offre un panel de services gériatriques. Après le service SSR d'hospitalisation complète un service d'HTPSR a ouvert en 2018 s'adressant à des personnes âgées fragiles vivant à domicile et en EHPAD. **Objectifs:** Cette étude propose de mesurer les effets d'une prise en charge pluridisciplinaire sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées fragiles en service HTPSR. **Méthodes:** L'HTPSR de la Cadène offre une prise en charge pluridisciplinaire qui agit sur chaque facteur de fragilité. Elle se compose d'un temps médical (Géronte), de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, orthophoniste), d'actes de prévention et d'éducation (ergothérapie, psychologue, diététicienne, IDE) et d'une action sur le lien social et l'adaptation du domicile (Assistante sociale et ergothérapie). Les évaluations gériatriques comprennent l'Activity of Daily Living, l'Instrumental Activity of Daily Living, le Mini Mental State, le MOntréal Cognitive Assessment, le Tinetti, le Short Physical Postural Battery et les questionnaires de

qualité de vie de l'aïdant. Ces évaluations sont des indicateurs de l'évolution des patients. **Résultats:** Un suivi des indicateurs sur 10 mois en 2019 sur 66 patients pour une moyenne de 20 séances/patient montrent une amélioration de l'équilibre, une diminution des chutes, une reprise de l'activité physique, de l'autonomie dans les IADL et une amélioration de la qualité de vie de l'aïdant. Les résultats par profils pathologiques seront disponibles en janvier 2020. **Conclusion:** A l'image des modèles de la fragilité, la prise en charge pluridisciplinaire des personnes fragiles, poly-pathologiques permet une prévention efficace en agissant sur les facteurs médicaux, fonctionnels, dynamique et socio-environnementaux.

P-26. Valeur pronostique des ingesta en Gériatrie Aiguë sur la mortalité en post-hospitalisation

A. Raynaud-Simon, P. De Malglaive, M. Bedbeder, C. Lahaye, C. Chansiaux, A. Gross, M. Sanchez
(Paris, France)

Contexte: Les apports énergétiques et protéiques sont souvent insuffisants pendant l'hospitalisation. L'état nutritionnel s'aggrave, responsable d'une surmortalité intra-hospitalière et possiblement post-hospitalière. **Objectifs:** Le but de cette étude est d'évaluer l'association entre les ingesta en Unité de Gériatrie Aiguë (UGA) et la mortalité plusieurs mois après l'hospitalisation. **Méthodes:** Nous avons recruté consécutivement 154 patients hospitalisés dans les UGA de 3 centres hospitaliers. L'état nutritionnel et les comorbidités ont été évalués à l'admission. Les ingesta ont été calculés sur la base d'un recueil alimentaire sur 3 jours consécutifs (diagramme de portion) en début d'hospitalisation. La mortalité a été étudiée pendant plusieurs mois après l'admission en UGA (courbes de survie et modèle de Cox ajusté). **Résultats:** Parmi les 154 patients inclus (70% de femme, âge moyen de 86 ans), 60% étaient dénutris à l'admission (critères HAS). En moyenne les AE et les AP quotidiens étaient de 1366 kcal (22 kcal/kg/j) et 55g (0,89 g/kg/j) respectivement. Seul 14,9% des patients atteignaient les apports nutritionnels conseillés. Parmi les 134 patients suivis sur une durée médiane de 300 jours, 37 (27,6%) sont décédés. En considérant la médiane des apports énergétiques (1400 kcal/j) et après ajustement sur l'âge, le sexe, l'autonomie (ADL), le score de comorbidité de Charlson, l'IMC et l'albuminémie à l'inclusion, la mortalité post-hospitalière était significativement plus élevée chez les patients qui avaient les ingesta les plus faibles (<1400 kcal/j): HR 1,59 IC95% (1,09 – 2,41), p=0,02. **Conclusion:** Chez les personnes âgées, les ingesta faibles pendant une hospitalisation restent associés à une surmortalité plusieurs mois après la sortie, même en tenant compte de facteurs confondants. Devant la très forte prévalence de la dénutrition dans cette population et des apports énergétiques largement insuffisants il est important de proposer une prise en charge nutritionnelle précoce.

P-27. L'échelle analogique d'évaluation des prises alimentaires ne permet pas d'évaluer les ingesta ni de dépister la dénutrition chez les patients hospitalisés en gériatrie aiguë.

A. Raynaud-Simon, M. Bedbeder, C. Lahaye, S. Boukhris, A. Gross, M.J. Sanchez
(Paris, France)

Contexte: Les apports énergétiques (AE) et protéiques (AP) insuffisants pendant l'hospitalisation contribuent à aggraver l'état nutritionnel et sont associés à une surmortalité chez les patients âgés. L'utilisation d'une échelle analogique verbale (EVe) en 10 points

ou visuelle (EVi) en portions sont des outils simples d'évaluation des prises alimentaires validée chez les personnes hospitalisées âgées de moins de 70 ans, mais non validés chez les patients âgés hospitalisés. **Objectifs:** Comparer les ingesta estimés par une échelle analogique verbale (EVe) en 10 points ou visuelle (EVi) en portions chez les patients âgés hospitalisés. **Méthodes:** Nous avons recruté consécutivement 155 patients hospitalisés dans l'Unité de Gériatrie Aigue (UGA) de 3 centres hospitaliers. L'état nutritionnel a été évalué à l'admission par l'IMC, la perte de poids, le MNA-SF, ou l'hypoalbuminémie (si CRP<15 mg/l). Chaque patient a été invité à évaluer ses prises alimentaires avec l'EVe et l'EVi. Les ingesta ont été calculés sur la base d'un recueil alimentaire sur 3 jours consécutifs (diagramme de portions). L'état cognitif a été évalué par le MMSE. **Résultats:** Parmi les 155 patients (70% de femme, âge moyen de 86 ans) 60% étaient dénutris. En moyenne les AE et les AP quotidiens étaient de 1366 kcal (22 kcal/kg/j) et 55g (0,89 g/kg/j) respectivement. Seul 14,9% d'entre eux atteignaient les apports nutritionnels conseillés. L'EVe n'était pas corrélée avec les AE ni avec les AP, tandis que l'EVi était modestement corrélée avec les AE ($\rho=0,212$ $P=0,009$) et les AP ($\rho=0,194$ $P=0,02$). Les corrélations n'étaient pas améliorées chez les patients avec les meilleures fonctions cognitives (MMSE > 23, N=69). La sensibilité, la spécificité, les valeurs prédictives positives et négatives pour le diagnostic de malnutrition étaient respectivement de 0,41, 0,58, 0,59 et 0,40 en considérant un score d'EVe < 7 et respectivement de 0,51, 0,56, 0,63 et 0,43 en considérant un score d'EVi < ou = 0,5 portions. **Conclusion:** A la différence des études menées chez l'adulte jeune, l'EVe et de l'EVi sont peu corrélées avec les apports nutritionnels et ont des performances diagnostiques insuffisantes pour le dépistage de la dénutrition chez les patients âgés hospitalisés en UGA. Devant la très forte prévalence de la dénutrition dans cette population et des apports énergétiques largement insuffisants dans la grande majorité des cas, une supplémentation protéino-énergétiques pourrait être systématiquement proposée.

P-28. Mise en place d'une filière de repérage des patients âgés chuteurs ayant bénéficié d'un relevage par le SAMU

C. Debacq, J.-A. Nkodo, S. Dubnitsky-Robin, P. Deneau, M. Rivoal, V. Morais, M. LeMaile, V. Megnan, L. Prevost, S. Poilvilain, M. Mennecart, S. Laribi, B. Fougère
(Tours, France)

Contexte: Les chutes sont plus fréquentes avec l'âge et les antécédents antérieurs, et peuvent avoir des conséquences graves, parfois jusqu'au risque de décès. Leur prise en charge est une priorité de santé publique et l'HAS 2009 recommande le ciblage des populations à risque afin de dépister les patients à risque de perte d'autonomie et proposer des protocoles de soins adaptés pour les personnes chez qui des facteurs de risques sont détectés. Dans l'agglomération de Tours, une collaboration entre l'équipe mobile de gériatrie (EMG) extra-hospitalière du CHRU de Tours et le SAMU est apparue nécessaire. Elle prend la forme d'un partenariat s'inscrivant dans le cadre des interventions par les pompiers chez des patients ayant chuté et ne nécessitant pas d'hospitalisation, appelée « relevage ». **Objectifs:** Mieux repérer les patients chuteurs à risque de perte d'autonomie afin de leur proposer une évaluation multifactorielle et pluridisciplinaire. **Méthodes:** Les patients éligibles sont ceux âgés de plus de 75 ans, ayant bénéficié de deux relevages dans les 12 mois, laissés à domicile à l'issue de l'intervention et habitant dans le secteur d'intervention du SMUR de Tours. Un signalement à l'EMG est réalisé par le SAMU

en cas d'éligibilité et une intervention de l'EMG est organisée après accord du médecin traitant. Un gériatre ou une infirmière et l'ergothérapeute de l'équipe interviennent au domicile pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS) et proposer au médecin traitant des pistes de prise en charge. Dans un second temps, il peut être organisée une intervention de l'assistance sociale ou d'un psychiatre de la personne âgée de l'équipe en fonction des problématiques mises en évidence. Enfin, un lieu étroit est entretenu avec les acteurs territoriaux. **Résultats:** En 2019, 217 signalements ont été réalisés par le SMUR de Tours et 57 patients ont pu bénéficier d'une intervention. L'âge moyen des patients évalués était de 86,7 ans. Nous avons rencontré des difficultés de programmation qui se traduisent par un taux d'échec élevé. Les motifs de non intervention sont répartis comme suit : - 26 % (41) avaient déjà bénéficié d'une intervention; - 26,5 % (42) impossibilité de programmer; - 19,5% (31) ont été hospitalisés, vus par un gériatre, ou entrés EHPAD entre temps; - 11 % (18) étaient hors critère (âge-lieu de vie). Lors des visites au domicile le gériatre et l'ergothérapeute sont majoritairement intervenus et près de la moitié des interventions ont eu lieu en binôme. Les types d'interventions proposées aux patients par des professionnels différents de l'équipe sont répartis comme suit : - 90% (51) par gériatre. - 80% (45) par l'ergothérapeute. - 28% (16) par le psychiatre de la personne âgée. - 16% (6) par l'IDE. - 10% (9) par l'assistante sociale. **Conclusion:** Nous avons constaté un taux d'hospitalisation et d'institutionnalisation élevé entre le premier et le deuxième relevage dans l'année. Dans ce sens nous avons décidé d'intervenir désormais dès le premier signalement de relevage. Concernant les difficultés de programmation, nous avons opté pour un signalement automatique au médecin traitant par courrier avec contact téléphonique uniquement en l'absence de réponse à 2 mois. Enfin, dans le but de limiter le sentiment d'invasion de leur domicile exprimé par certains patients, nous avons fait le choix de privilégier des interventions en binôme, prioritairement ergothérapeute et IDE. Ce partenariat entre gériatrie et SAMU permet un repérage plus précoce des patients en rupture de soins et de favoriser les liens indispensables entre acteurs de soin territoriaux et le CHU.

P-29. Maintien des bénéficiés suite à une prise en charge en hôpital de jour « fragilité »

P. Maurel, A. Marfisi-Dubost
(Albigny-sur-Saône, France)

Contexte: L'unité d'hospitalisation de jour Soins de Suite et Rééducation du Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or propose une prise en charge « des fragilités » chez les personnes âgées de 65 ans et plus depuis septembre 2017. Les résultats objectifs sont positifs sur les critères physiques, nutritionnel, thymique et cognitif lorsque nous comparons les données en début et en fin de prise en charge. Il semble essentiel de pouvoir assurer un maintien de ces bénéficiés à l'issue de la prise en charge. **Objectifs:** Notre objectif est d'identifier un moyen de maintenir et de poursuivre les bénéficiés obtenus suite à la prise en charge en hôpital de jour fragilité. **Méthodes:** Après avoir effectué un bilan complet en équipe pluridisciplinaire, chaque patient participe aux 14 semaines d'ateliers en hôpital de jour (3 demi-journées). Les différents domaines abordés sont les suivants : activité physique adaptée, cognition, psychomotricité / relaxation, prévention des chutes, nutrition, gestion des traitements, conduite automobile et gestion des émotions. Il s'agit d'ateliers collectifs (de 2 à 6 patients) pouvant également être complétés par un suivi individuel avec la

psychologue du service. En début et fin de prise en charge, nous évaluons les différents critères diagnostiques de la fragilité à l'aide d'indicateurs thymique, cognitif, physiques et nutritionnel. Nous effectuons la même évaluation 6 mois plus tard. En fin de prise en charge, une montre connectée est distribuée à chaque patient pour 7 semaines. Les données enregistrées par la montre (nombre de pas, minutes de marche active, rythme cardiaque) sont transmises au médecin qui peut suivre à distance l'activité physique de chaque patient. **Résultats:** A ce jour, l'analyse des résultats indique une amélioration des scores en ce qui concerne les indicateurs thymique, cognitif et nutritionnel en fin de prise en charge et après 6 mois. En revanche, les indicateurs physiques s'améliorent en fin de prise en charge sans que cela ne se maintienne à 6 mois. Nous n'avons pas encore assez de données concernant le bénéfice du port de la montre mais les résultats sont pour le moment encourageants. **Conclusion:** Les résultats retrouvés sont encourageants et nous incitent à proposer un accompagnement personnalisé après la prise en charge afin de maintenir les bénéfices obtenus.

P-30. Adapter un portage de repas à l'appétit et à l'état nutritionnel de personnes âgées dépendantes : une étude clinique de 4 mois

Sécolène Fleury, Claire Sulmont-Rossé, Hélène Cabanes, Marion Perruchaud, Anaïs Roger, Bruno Lesourd, Paul Tronchon, Virginie Van Wymelbeke, Isabelle Maître
(Dijon, France)

Contexte: Avec l'âge, la capacité des personnes âgées à réaliser les tâches du quotidien, notamment celles reliées à l'alimentation (courses, préparation des repas), peut être altérée. En France, face à cette situation, de plus en plus de personnes âgées font appel à des services de livraison de repas à domicile. **Objectifs:** Les objectifs de cette étude sont de caractériser le statut nutritionnel des personnes âgées, faisant appel à ce type de service et de mesurer l'impact d'une intervention nutritionnelle adaptée, en personnalisant leur livraison de repas à leurs besoins. **Méthodes:** 64 personnes âgées, bénéficiant d'une livraison de repas à domicile ont été recrutés et répartis au hasard dans un groupe expérimental (n=32 ; 69% de femmes ; 70-97 ans) et un groupe contrôle (n=32; 81% de femmes ; 70-95 ans). Pendant 4 mois les participants du groupe expérimental ont reçu un suivi diététique personnalisé ainsi que des repas enrichis pour ceux à risque de dénutrition ou dénutri. **Résultats:** Au début de l'étude, 78% de la population était à risque de dénutrition ou dénutri et 37% consommaient moins de 2/3 des apports nutritionnels journaliers conseillés en calorie et protéines. Les résultats de l'intervention nutritionnelle sont encourageants : à l'issue des 4 mois d'intervention, l'enrichissement des repas a permis d'augmenter les apports calorique et protéique du groupe expérimental. L'intervention a eu un léger impact sur le statut nutritionnel du groupe expérimental mais des améliorations ont également été observées dans le groupe contrôle. **Conclusion:** Cette étude, dans la lignée d'interventions similaires décrites dans la littérature, suggèrent que les services de livraison de repas à domicile constituent un important levier préventif à la dénutrition de la population âgée.

P-31. « Ateliers café autonomie bien vieillir », un programme d'éducation à la santé pour encourager la préservation de l'autonomie

C. Chaumont, C. Roux, M. Fayemendy, K. Lemasson, J. Trimouillas, S. Baudu, N. Cardinaud, A. Tchalla
(Limoges, France)

Contexte: La perte d'autonomie et la prise en charge précoce de la fragilité sont des enjeux majeurs de santé publique au niveau national. Afin d'encourager la prévention et de favoriser l'accès aux soins, l'UPS AV (Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillessement) du CHU de Limoges met en place en Haute-Vienne un programme d'éducation à la santé, « le café atelier autonomie bien vieillir ». **Objectifs:** Ce programme a pour but de favoriser la place d'acteur de la personne âgée dans la préservation de son autonomie. Il implique les participants dans une action collective de partage en associant les partenaires territoriaux et engage chacun dans une collaboration active. **Méthodes:** Les critères d'inclusion sont les personnes âgées de plus de 65 ans et plus, GIR > 4, robustes ou préfragiles (selon les critères de Fried), domiciliées en Haute-Vienne. Les personnes présentant des troubles neuro-cognitifs sont exclues. Une grille de repérage permet un préscreening des participants. L'usager bénéficie d'une évaluation gériatrique globale à T0 et à T1 an. **Résultats:** Ces ateliers de 12 à 15 personnes, animés par des professionnels experts en gérontologie, se déroulent dans des lieux conviviaux (café, tiers lieu) sur 4 communes durant 10 mois, une fois par mois. Le programme, élaboré par les professionnels avec les participants se base sur les 5 domaines intrinsèques de l'OMS. Ce projet a pour finalité de mettre à disposition des partenaires une mallette contenant une grille de repérage de la fragilité et un programme d'éducation à la santé. Chaque thème fera l'objet d'une fiche technique et d'outils pédagogiques permettant aux partenaires d'animer eux-mêmes des séances de prévention. **Conclusion:** Ce projet innovant favorise l'implication de la personne âgée dans la préservation de son autonomie. Il encourage la mutualisation des compétences et des connaissances et engage une collaboration avec les acteurs locaux pour faciliter le repérage de la fragilité. En créant une mallette, le projet veut donner aux acteurs locaux l'accès à un ensemble d'outils adaptés pour déployer des actions de prévention précoces plus simplement et au plus près de la population cible.

P-32. Détection de fragilisation d'une personne âgée par monitoring des habitudes de vie

Soumaya Msaad, Geoffroy Cormeir, Guy Carrault
(Rennes, France)

Contexte: La littérature propose de nombreuses études portant sur la détection de fragilité des personnes âgées. Deux modèles de détection de la fragilité font consensus : le modèle de Fried et le modèle de Rockwood. Cependant, ces modèles ne permettent pas un suivi quotidien. Or, il est nécessaire de détecter tout changement le plus tôt possible pour éviter la dépendance. En effet, l'état de fragilité de la personne n'est réversible qu'à cette condition. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est de proposer une solution non intrusive et à bas coût à partir d'images de profondeur pour anticiper la fragilisation. Elle repose sur les postulats que la personne âgée attache une importance à un déroulement régulier des journées et que tout changement prolongé peut être synonyme de fragilité. **Méthodes:** La méthode proposée comprend trois étapes: 1) Extraction dans les images de profondeurs des paramètres suivants : pourcentages de temps en positions allongée et assise

dans la journée, vitesse de déplacement, et nombres de chutes, de visites et de sorties. 2) Classification de la nature de la journée par régression logistique à partir des paramètres extraits : journée normale (maintien de la routine quotidienne) ou anormale (rupture de la routine). 3) Calcul du pourcentage hebdomadaire de maintien de la routine à partir de la nature de chaque journée. **Résultats:** La mesure de la fragilité étant difficile et nécessitant le recueil de données sur plusieurs mois, la faisabilité de notre approche a été évaluée à l'aide d'un simulateur capable de reproduire les variations des indices extraits d'images réelles d'une personne âgée après enquête sur son quotidien. La classification des journées (normale/anormale) conduit à une précision de 99% (base d'apprentissage: 135 jours, base test : 45 jours). La fragilité est détectée si le pourcentage hebdomadaire du maintien de la routine décroît régulièrement. **Conclusion:** Nos résultats montrent qu'en plus de ne pas être intrusive, une approche par images de profondeur permet d'envisager la détection de la fragilité.

P-33. Fonctions musculaire et osseuse chez des personnes âgées ostéopéniques-obèses : Effet de la prise initiale de protéines

Eva Peyrusqué, Alec Bass, Philippe Noirez, Fanny Buckinx, Mylène Aubertin-Leheudre
(Montréal, Canada; Paris, France)

Contexte: Le vieillissement est associé à une diminution de la densité osseuse, de la masse musculaire et à un gain de masse adipeuse qui accroissent les incapacités physiques et les chutes. Néanmoins, l'impact de l'obésité sur la densité et l'architecture osseuses est controversée. Par ailleurs, l'apport en protéine semble associé au maintien de la fonction musculaire mais aussi à la densité et architecture osseuses. Pourtant, son rôle en présence d'ostéopénie et d'obésité sur ces facteurs ne semble pas clair. **Objectifs:** Examiner l'influence de l'apport en protéine initial sur la fonction musculaire et osseuse chez les personnes âgées ostéopéniques-obèses. **Méthodes:** Étude à postériori observationnelle. Quatorze personnes âgées (âge>60ans), obèses (Masse Adipeuse(%): Homme>25; Femme>35), ostéopénique (DMO T-score <1) ont été divisées en 2 groupes selon leurs apports protéiques initiaux (PROT-(n=7): <1g/kgPC/j vs. PROT+(=7): >1,2g/kgPC/j) et appariées pour l'âge (± 2 ans) et le genre. La composition corporelle (DXA), la qualité musculaire et l'architecture osseuse (QPCT), la fonction musculaire (force de préhension, force d'extension du genou, puissance musculaire), les performances physiques (vitesse de marche (4 mètres), TUG (3m), équilibre unipodal, test assis-debout), la fonction cardiorespiratoire (6min de marche) ainsi que les habitudes de vie (niveau d'activité physique: accéléromètre tri-axial; statut nutritionnel: journal alimentaire) ont été évaluées. **Résultats:** Nos groupes (Prot- vs. Prot+) étaient similaires ($P>0.05$) au niveau de l'âge (66,3 \pm 3,8 vs. 65,4 \pm 2,2 ans), de l'IMC (26,9 \pm 5,2 vs. 26,3 \pm 3,9 kg/m²), de la masse grasse (totale(%): 33,4 \pm 5,9 vs. 37,6 \pm 4,0), de la quantité et de la qualité musculaire, de la densité et architecture osseuse (aire de la moelle, corticale ou totale; force de torsion et compression), des performances physiques (vitesse de marche(m/s): 0,75 \pm 0,13 vs. 0,75 \pm 0,06), de la fonction musculaire et cardiorespiratoire, des habitudes de vie (pas: 7734 \pm 2867 vs. 8032 \pm 3418), seulement différents au niveau des apports protéiques (0,8 \pm 0,2 vs. 1,4 \pm 0,2 g/kgPC/j) respectivement. **Conclusion:** L'apport protéique initial ne semble pas influencer l'architecture osseuse, la fonction musculaire, ni les performances physiques des personnes âgées ostéopéniques-obèses. L'obésité mais aussi le niveau d'apport protéique supérieur à la recommandation officielle

(>0,8 g/kgPC/j) pourraient expliquer ces conclusions. Ainsi de futures études doivent confirmer nos résultats préliminaires.

P-34. L'ANPPS crée une semaine d'actions pluri-disciplinaire pour prévenir la perte d'autonomie chez les seniors

E. Larmignat, Daniel Jeziorski, Coralie Lages, Céline Lignieres, Damien Olivon
(Toulouse, France)

Contexte: Depuis plusieurs années, notre système de santé est à la recherche d'une meilleure coordination entre professionnels intervenant auprès du patient âgé. Nous avons développé, depuis 2017 avec le soutien de l'ARS et de la HAS, une action de promotion du parcours de soins de la personne âgée. La semaine du parcours de soins : manifestation pluri-disciplinaire créée en Occitanie pour promouvoir les actions menées par l'ensemble des intervenants prenant en soins la personne âgée dans le cadre du maintien de l'autonomie et du bien vieillir. **Objectifs:** - améliorer la prise en soins des patients en les rendant acteurs de leur santé. - favoriser la coordination et les échanges interdisciplinaires. **Méthodes:** Nous informons : durant la semaine du parcours de soins nous organisons dans toute l'Occitanie des Actions de dépistage de la fragilité, conférences, des rencontres inter-EHPAD, sensibilisation autour des Dépendance Iatrogènes Évitable... grâce aux acteurs hospitaliers, libéraux et associatifs. Nous faisons la promotion : - Aupres des hospitaliers grace au soutiens du CCSR La Clauze et de gérontopoles; - Aupres des libéraux avec les soutiens d'URPS; Nous recrutons : L'association, riche des expériences de chacun, souhaite associer un grand nombre de professionnels évoluant auprès de la personne âgée. **Résultats:** En 2019, une trentaine d'actions ont été menées dans toutes l'Occitanie, urbaines et rurales, réunissant 300 personnes (professionnels et patients). Ont répondu à la démarche : médecins, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, professeurs d'éducation Physique Adaptée, travailleurs sociaux... Avec divers ateliers : contentions, maladies neuro-dégénérative en EHPAD, conciliation médicamenteuse, Equilibre et préventions des chutes, « journée sans fauteuil », conférence autour de la chute de la Personne Agée, journée inter-EHPAD. **Conclusion:** Cette année, fort de notre expérience, nous avons l'ambition d'enrichir le nombre et la pluri-disciplinarité des actions.

P-35. Détection de la Dénutrition des Personnes Agées au Haut-Rhin

Jeyniver Ghanem, Solange Groelly, Emmanuel Andres, Pierrick Landlois, Christine Lecomte, Bertrand Muller, Dominique Adolphe, Ali Moukadem, Alain Dieterlen
(Strasbourg, Mulhouse, France)

Contexte: Plusieurs études ont analysé la situation de dénutrition des personnes âgées dans les institutions (EHPAD, maisons de repos...) mais, rares sont celles qui touchent les personnes âgées vivant au domicile. **Objectifs:** Notre étude nommée e-Nutriv est réalisée dans le département du Haut-Rhin au sein d'un consortium dont l'APAMAD est le porteur du projet. E-Nutriv est une solution digitale destinée à dépister chez la personne âgée hospitalisée ou à domicile des situations de dénutritions avérées. **Méthodes:** L'étude repose sur la détection précoce de la dénutrition, via un consentement, un questionnaire MNA® et une prise de poids mensuelle (IMC). Les mesures sont effectuées sur 6 mois chez les personnes âgées (70+ ans, GIR 3 à 6) qui bénéficient des aides du Réseau APA dans différents secteurs ruraux et urbains. Les données

seront relevées par les professionnels de terrain et intégrées sur des tablettes via des balances connectées et un coussin peseur pour aboutir à un système d'alertes. Les retombées attendues pour la personne sont de prévenir certaines problématiques de santé pour freiner l'entrée dans la dépendance et concourir à une meilleure qualité de vie et assurer le suivi d'actions à mener par les professionnels de terrain. **Résultats:** A ce jour, pour l'étude, 1120 personnes ont été sollicitées (93.5% de la population cible=1198); 265 (23.7%) ont donné leur consentement et bénéficient du suivi. Les alertes générées permettent une information précoce du médecin traitant (avec l'accord de la personne). Les alertes montrent principalement des scores MNAs et IMC dégradés avec peu de dérives importantes de poids. Les personnes souffrant de troubles cognitifs et/ou isolées sont particulièrement représentées dans les alertes. **Conclusion:** Nos perspectives sont la sécurisation de la vie à domicile via une plateforme de communication qui permet à la personne aidée ou ses aidants de disposer d'un suivi régulier, en lien direct avec l'ensemble des acteurs intervenants au domicile (plateforme) et la sécurisation de la vie à domicile via un outil de prévention et d'alerte (coussin peseur). Ce coussin peseur connectés avec une tablette équipée pour transmission des données est plus adapté aux personnes ayant des difficultés à se tenir debout seules.

P-36. Observance thérapeutique de l'activité physique adaptée (APA) chez la personne âgée (PA) fragile

Vivien Hausberg, Trystan Le Meur
(Montpellier, France)

Contexte: Le projet de l'URPS MK Occitanie a été déployé dans le cadre du programme coordonné de la CFPPA du Gard. L'URPS Médecin Libéraux et la DRJSCS Occitanie ont accompagné ce projet. **Objectifs:** Proposer un service de santé optimal grâce à un dispositif innovant, intégrant la prescription médicale d'APA et un suivi en masso-kinésithérapie chez la personne fragile ou pré-fragile. Epruver l'efficacité du dispositif proposé par une comparaison statistique sur la base d'indicateurs médicaux, éducatifs et psychosociaux, l'évolution de l'état de santé et l'autonomie des bénéficiaires avec un groupe témoin ne bénéficiant pas du dispositif « Kiné référent sport ». **Méthodes:** Le projet « Kiné référent sport santé » propose d'étudier deux parcours de soin grâce à des bilans diagnostique kiné (BDK) initiaux et finaux. Les participants de l'étude au nombre de 41 (hommes et femmes de 60 à 84 ans et d'un poids moyen de 71,55 Kg), sont repérés fragiles mais encore autonomes et à distance de toute pathologie aigüe parmi les patientèles de médecins généralistes et masseur-kinésithérapeutes formés au dispositif. Après une randomisation et la création de deux groupes (Testé et Témoin) les participants profitent d'un BDK ainsi qu'un entretien d'éducation à la santé le tout comptabilisant une durée d'une heure. A la suite duquel le groupe testé se verra prescrire de l'APA pendant la durée du dispositif. **Résultats:** A l'issue du dispositif l'observance du groupe testé est de 61% contre 39% dans le groupe témoin. 86% du groupe testé ont une fréquence d'APA supérieure ou égale à 2 fois /semaine contre 43% dans le groupe témoin. On observe également une augmentation significative de la motivation à la pratique d'APA dans le groupe testé. **Conclusion:** Le dispositif sport santé avec la présence d'un MK référent est efficace pour promouvoir le recours à l'APA dans la prise en soin de la personne âgée fragile. Elle peut augmenter la motivation l'observance et la pratique de l'APA chez cette population.

P-37. La nostalgie : une stratégie de réconfort psychologique pour les personnes âgées

Christine Vanessa Cuervo-Lombard, Valérie Icier
(Toulouse, France)

Contexte: De plus en plus de recherches sont menées sur la nostalgie du fait de sa redéfinition récente. Actuellement revisitée en tant que stratégie de coping, la nostalgie permet aux personnes âgées de faire face aux situations stressantes auxquelles sont souvent confrontées les personnes âgées (deuil, chute, hospitalisation ...). Envisagée comme fonction protectrice, elle permet de conforter l'estime de soi (Wildschut et al., 2006) par l'évaluation des accomplissements personnels passés. Elle semble aussi favoriser le bien-être individuel par la reconstitution du sens donné à la vie en valorisant le sentiment d'appartenance sociale (Newman et al., 2019). Par ailleurs, l'évocation de pensées positives permettrait d'atténuer les symptômes dépressifs (Wildschut et al., 2006). **Objectifs:** Afin d'approfondir l'exploration des effets protecteurs de la nostalgie, cette étude vise la validation d'une adaptation d'une échelle de nostalgie, la "Sentimentality and Nostalgia in Elderly People" (Gergorv & Stoyanova, 2013), auprès de personnes âgées françaises. **Méthodes:** Cent soixante-quinze personnes âgées de plus de 65 ans, institutionnalisées, ont complété un ensemble de questionnaires cliniques (estime de soi, dépression, bien-être). Afin d'étudier les qualités psychométriques de la SNEP, une Analyse en Composante Principale (ACP) confirmatoire et des analyses corrélationnelles ont été menées. **Résultats:** L'ACP nous a permis de mettre en évidence un modèle à trois dimensions, incluant seulement des dimensions associées à la nostalgie. L'estime de soi ($r = 0,234$; $p < 0,001$), le bien-être psychologique ($r = 0,181$; $p < 0,05$) et social ($r = 0,325$; $p < 0,001$) ont été corrélés positivement à la nostalgie. En revanche, il n'a pas été observé de lien entre la dépression et la nostalgie. **Conclusion:** Les résultats ont montré le rôle important de la nostalgie en tant que facteur protecteur du vieillissement du fait de l'observation d'un lien positif entre l'estime de soi et le bien-être et l'absence de lien avec la dépression. L'adaptation de l'échelle de nostalgie pour les personnes âgées pourrait permettre de centrer la prise en charge psychothérapique sur la question de la nostalgie.

P-38. Parcours de soins coordonnés à domicile aidants-aidés et prévention de la souffrance psychique - prévention et prises en soins de la fragilité psychique

Alice Dimur
(Brens, France)

Contexte: La prise en charge au domicile du patient Alzheimer passe par la nécessité de coordonner le parcours de soin. L'aidant principal confronté à l'anosognosie, est souvent démuni devant le refus de soins, l'opposition ou d'autres troubles du comportement de son proche. Ainsi, il connaît des risques d'épuisement psychiques intenses (fragilité) qui peuvent mener à une crise suicidaire. C'est pourquoi la Plateforme de répit et d'accompagnement des aidants, créée et pensée par le législateur dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 a pour objectif de permettre la prise de répit de l'aidant ainsi que son soutien psychologique et social en vue de lutter contre son épuisement. En outre, depuis la mesure 21 du Plan des MND 2014-2019, des expérimentations de postes de psychologues en SSIAD valorisent cette même démarche. **Objectifs:** L'objectif de cette communication orale est de poser les premières bases de réflexion sur l'impact du soutien psychologique auprès des aidants vis-à-vis des risques de passage à l'acte suicidaire tant chez l'aidant

que chez l'aïdé. Or, la démarche du psychologue qui s'inscrit dans un travail transdisciplinaire (SSIAD, ESA, Accueil de Jour, PFR) pourrait favoriser la prévention de la souffrance psychique des aidants (ANESM, Recommandations, 2014). **Méthodes:** Dans cette recherche, les outils d'évaluation proposés aux aidants et aux aidés résidant à domicile sont l'entretien psychologique clinique semi-directif et la grille Risque Urgence Dangerosité (RUD). La spécificité du cadre physique des entretiens consiste dans le fait qu'il a lieu le plus souvent au domicile des patients Alzheimer et de leurs aidants sous la forme de plusieurs Visites à Domicile (VAD). En outre, un suivi téléphonique est mis en place ainsi que des groupes de paroles entre aidants. Et ce dans le cadre de l'accompagnement de la PFR et de l'expérimentation du poste de psychologue en SSIAD. Ainsi, un cadre psychique spécifique voit le jour, qui interroge la notion d'intimité et peut renvoyer à une interrogation sur la contenance des affectés. Nous présenterons une mise en perspective de l'impact observé de l'évaluation de la crise suicidaire et de la prévention du passage à l'acte à travers deux vignettes cliniques : celle de Mr et Mme D., dyade aidé-aidant composée d'un couple et Mme C., dont la mère patiente Alzheimer est accompagnée par le SSIAD. **Résultats:** Vignette clinique 1. L'accompagnement de Mr D par l'équipe de l'ESA a mis en avant le risque majeur de passage à l'acte suicidaire de Mr D. L'orientation de Mme D vers le dispositif de la PFR avec le soutien psychologique semble avoir permis de limiter ces risques pour son mari. Vignette clinique 2. Le soutien psychologique de Mme C. semble avoir contenu des manifestations d'humeur dépressive. **Conclusion:** Nous évoquerons à partir de ces études de cas : - L'intérêt d'une étude quantitative auprès d'une large population d'aidants de patients Alzheimer ; ce qui permettrait des résultats significatifs, - L'intérêt princeps de cette réflexion sur ces nouveaux dispositifs de soutien psychologiques promus par l'ARS et le législateur qui repose sur la mise en avant de la nécessité de la transdisciplinarité et le travail en partenariat du côté des soignants et des travailleurs sociaux. Nous plaiderons pour une approche globale du patient Alzheimer, dans un souci de perspective systémique, en valorisant la prévention de la souffrance psychique des aidants.

P-39. É-PaPâ : Évaluation de la Perte d'autonomie des Personnes âgées

Dona-Elisa Bou Zeidan, Jamal Charara, Mohamad Nassereddine, Aly Chkeir
(Troyes, France)

Contexte: La perte d'autonomie peut être définie de la façon suivante : c'est l'incapacité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante. Elle est parfois appelée dépendance. Mon projet É-PaPâ s'inscrit dans le cadre général du maintien en autonomie au domicile des personnes âgées. Le repérage précoce des personnes en risque de la perte d'autonomie est essentiel pour pouvoir apporter des actions correctives permettant de maintenir une qualité de vie souhaitée par la personne dans son lieu de vie. **Objectifs:** Notre objectif est de trouver des solutions précises de repérage et de suivi fondées sur des paramètres et des dispositifs technologiques : (un pèse-personne pour calculer le score d'équilibre, une balle connectée pour mesurer la force de préhension palmaire, un radar pour mesurer la vitesse de marche etc...) Cet ensemble mobile est basé sur des technologies qui intégreront des logiciels basés sur l'Intelligence Artificielle capable d'apprendre les habitudes de vie des personnes âgées pour détecter des changements de comportement qui peuvent potentiellement révéler l'apparition d'une anomalie liée à la santé comme la perte

d'autonomie, et menant au développement de stratégies préventives. **Méthodes:** Notre méthode consiste à faire l'étude de stabilité sur chacun des paramètres dans le sens de l'exposant Liapounov. Une valeur positive de cet exposant indiquera la présence d'une instabilité et donc d'une divergence de l'état initial. Une durée minimale d'une dizaine de jours sera requise pour acquérir les données initiales. **Résultats:** Les résultats attendus aussi à la fin de mon travail sont d'une part la modélisation et l'objectivation des principaux tests d'une évaluation gériatrique standardisée, d'autre part la réalisation de dispositifs technologiques propres à traduire ces modèles sous forme d'exercices simples à réaliser en auto-mesure, acceptables sur le plan de l'usage (donc de l'éthique). En complément de ces dispositifs dédiés à l'évaluation, des solutions d'aide à la récupération, qu'elle soit psychologique ou fonctionnelle, seront proposées. **Conclusion:** A la fin de mon projet, un pack sera disponible, composé de plusieurs dispositifs, prêt à être commercialisé et déployé à domicile et en cabinet médicale. Ce pack permettra de détecter tout risque de perte d'autonomie pour le prévenir par des interventions gériatriques.

P-40. Réunion de sensibilisation à la fragilité, le « Step 0 » du programme ICOPE en Dordogne

F. Woné, C. Rongièras, S. Kerbellec
(Périgueux, France)

Contexte: Dans le cadre d'un projet expérimental financé par l'Agence Régionale de Santé, le Centre Ressources du Pôle EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux a ouvert en 2016 une consultation infirmière approfondie de dépistage de la fragilité au service des personnes âgées de l'agglomération de Périgueux. Cette consultation infirmière s'inscrit dans la filière gériatrique, 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 et PTA, Réseau de Santé, SSIAD,...). **Objectifs:** Après repérage des critères de Fried grâce à l'outil FRAIL-GFST, l'objectif de cette consultation est de déceler au plus tôt diverses fragilités en installation. La mesure des capacités intrinsèques résiduelles de la personne, par une évaluation gérontologique standardisée comprenant plus de 26 tests et mesures, permet l'élaboration d'un plan de préconisations ciblé, et une veille attentionnelle à la mise en oeuvre de ce plan, à 1, 3 et 6 mois. Véritable action de prévention en santé accessible gratuitement, la consultation infirmière de dépistage des fragilités permet de retarder l'entrée en dépendance et de maintenir les réserves fonctionnelles des personnes avançant en âge, comme préconisé dans le programme ICOPE de l'OMS. **Méthodes:** En 2019, au regard de cette expérimentation et dans un contexte de « fragilité » du territoire de la Dordogne (5ème département le plus âgé de France, isolement, solitude, précarité, désertification médicale, filière gériatrique incomplète,...), le déploiement départemental du dispositif vient d'obtenir le soutien de l'Agence Régionale de Santé et des collectivités territoriales. Afin d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles ou les plus éloignés du système de santé, plus de 40 points de consultation répartis sur l'ensemble du département ont été ouverts. Une communication adaptée et ciblée (affiches, dépliants, courriers personnalisés, réunions d'information) a permis de sensibiliser tous les acteurs de proximité (intervenants libéraux, CCAS, Centres Sociaux, associations gérontologiques,...) et surtout d'aller à la rencontre des personnes concernées par le dispositif. **Résultats:** Près de 400 personnes ont ainsi été sensibilisées à la fragilité, au

cours de la cinquantaine de réunions organisées sur l'ensemble du département en 2019. En sortie immédiate de réunion, plus de 50 % des participants prennent rendez-vous pour une consultation de dépistage. **Conclusion:** Au regard de ces résultats, ce programme de sensibilisation à la fragilité par réunions d'information est en cours de pérennisation avec le concours de la Conférence des Financeurs de la Dordogne. L'objectif est de constituer un « Step 0 » du programme ICOPE de l'OMS, véritable levier d'engagement de la personne avançant en âge vers le dépistage (Step 1) et l'évaluation (Step 2) de ses fragilités.

P-41. Analyse de l'association entre les mesures de performance musculaire à différentes vitesses chez les femmes âgées pré-fragiles

Lygia Paccini Lustosa, Patrícia Parreira Batista, Jéssica Rodrigues de Almeida, Aimée de Araújo Cabral Pelizari, Cláudia Venturini, Leani Souza Máximo Pereira
(*Belo Horizonte Minas Gerais, Brésil*)

Contexte: Les mesures de la performance musculaire influencent différemment l'évaluation de la fonctionnalité chez les personnes âgées. Avec le vieillissement, il y a une réduction de la masse musculaire, une baisse de la fonction neuromusculaire, de la force et de la puissance musculaire. Les changements dans la relation entre la vitesse et la force musculaire ont un impact sur les performances physiques et fonctionnelles du sujet. Cependant, la plupart des études évaluant la fonction musculaire dans le dynamomètre isocinétique rapportent uniquement la mesure de la force maximale.

Objectifs: Analyser l'association entre la force maximale et les mesures de la performance musculaire isocinétique à des vitesses de 60°/s et 180°/s, des extenseurs du genou, des femmes âgées pré-fragiles. **Méthodes:** Des femmes âgées ont effectué les mesures de la performance musculaire des extenseurs du genou à 60°/s et 180°/s, dans l'isocinétique Biodex 3 Pro. Les analyses d'association ont été effectuées en utilisant le test de corrélation Spearman. Niveau de signification de 5%. Étude approuvée par le CEP/UFMG (ETIC: 321/2007). **Résultats:** 53 femmes âgées ont été évaluées, classées pré-fragiles selon le phénotype de Fried et al. L'âge moyen était de 71,8 (± 4,2) ans et l'indice de masse corporelle 29,6 (± 5,6) Kg/m². Il y avait une association forte et significative entre la force maximale et le travail total et puissance (p < 0,05). L'association avec l'indice de fatigue était faible, mais significative. **Conclusion:** Les résultats indiquent que la force maximale des extenseurs du genou à des vitesses de 60°/s et 180°/s est une mesure adéquate pour évaluer la capacité à générer de la force musculaire, en raison de la forte association avec les mesures du travail total et de la puissance.

P-42. Comparaison de la vitesse de marche habituelle et de la vitesse de marche associée à une double tâche entre les femmes âgées active et sédentaire

Lygia Paccini Lustosa, Patrícia Parreira Batista, Jéssica Rodrigues de Almeida, Aimée de Araújo Cabral Pelizari, Cláudia Venturini, Stephanie Aguiar, Leani Souza Máximo Pereira
(*Belo Horizonte Minas Gerais, Brésil*)

Contexte: Les changements dans l'équilibre, la force musculaire et la cognition, résultant du processus de vieillissement naturel, sont plus évidents chez les personnes âgées sédentaires. Ainsi, l'exercice semble être essentiel pour maintenir l'indépendance fonctionnelle des personnes âgées, ce qui réduit le risque de fragilité. **Objectifs:** Comparer la vitesse de marche habituelle, la vitesse de marche

associée à la double tâche motrice et la vitesse de marche associée à la tâche cognitive chez les femmes âgées classées comme actives et sédentaires. **Méthodes:** Les participants étaient divisés en actifs (GA: ceux qui ont déclaré faire de l'exercice physique au moins trois fois par semaine, sur une base régulière) et sédentaires (GS: ceux qui ont déclaré ne pas faire régulièrement d'exercice). Tous ont effectué au hasard le test de marche de 10 m: à vitesse habituelle (VMH), associé à la tâche cognitive de signaler un fait survenu dans leur vie (VMC) et le test de marche associé à la tâche motrice de porter un verre d'eau (VMM). **Résultats:** 61 femmes âgées ont été évaluées. Trente-huit ont été classés comme sédentaires (71,26 ± 5,34 ans) et 23 comme actifs (70,82 ± 4,46 ans). La moyenne de VMH dans le GS était de 0,96 (± 0,22) m/s et dans le GA 1,07 (± 0,15) m/s. La VMM moyenne était de 0,95 (± 0,25) m/s dans le GS et dans le GA de 1,06 ± 0,18 m/s. La moyenne du VMC était de 0,81 (± 0,22) m/s dans le GS et dans le GA 0,99 (± 0,19) m/s. Il y avait une différence significative entre les groupes dans VMH (p = 0,04) et VMC (p = 0,02). Il n'y avait aucune différence dans VMM (p = 0,08). **Conclusion:** Il est suggéré que le niveau d'activité physique a influencé la VMH et associé à la double tâche cognitive, mais n'a pas pu différencier la vitesse de marche associée à la tâche motrice. Il est important d'évaluer les tâches cognitives associées chez les personnes âgées à risque de fragilité et d'indiquer une activité physique régulière.

P-43. Potentialisation de l'effet du repas sur la leucinémié par l'utilisation de protéines laitières à digestion rapide et vectorisée chez la personne âgée

Stéphane Walrand, Virginie Van Wymelbeke, Florent Herpin, Florian Rigaudier, Jérôme Salles, Karima Laleg, Cécile Bonhomme, Etienne Hazart, Emmeline Salameh, François-André Allaert†.
(*Clermont-Ferrand, Dijon, France*)

Contexte: L'altération de la masse musculaire avec l'âge, ou sarcopénie, contribue à la fragilité et à la perte d'autonomie. Elle résulte d'un moindre effet anabolique du repas dû notamment à la perte de sensibilité musculaire aux acides aminés alimentaires. Plusieurs stratégies alimentaires sont basées sur l'optimisation de la quantité et de la qualité des protéines consommées. **Objectifs:** Le projet FUI 'remusclons nos séniors' (REMUS) a pour objectif de développer des matrices laitières à base de protéines à digestion rapide et vectorisées (produit REMUS®) dans le but de potentialiser la biodisponibilité des acides aminés chez la personne âgée quelle que soit la texture du produit. **Méthodes:** Le produit REMUS® (15g de protéines solubles de lait vectorisées) a été comparé à un dessert lacté HPHC (Délicat®, 18g de protéines de lait). Les deux produits étaient de même teneur calorique (300 Kcal/pot de 200g) mais de textures différentes. L'impact de la consommation du produit REMUS® sur la leucinémié, la glycémie et l'insulinémie a été évalué (a) en collation et (b) au cours d'un repas standardisé (30g de protéines, jambon/purée/fromage/compote) chez 12 femmes en bonne santé (65-75 ans, IMC 23-30kg/m²). Un t-test de Student (données paramétriques) ou un test de Mann-Whitney (données non-paramétriques) a été effectué (Significativité : p < 0,05). **Résultats:** (a) A jeun, en comparaison à la consommation d'une crème standard HPHC, le produit REMUS® a induit une augmentation de la leucinémié (Cmax: 263 ± 30 μmol/L vs 216 ± 36 μmol/L, p < 0,01 ; Aire Sous Courbe (ASC) entre T0-180min: 609 ± 57 μmol/L vs 509 ± 59 μmol/L, p < 0,01), sans différence d'évolution pour la glycémie ou l'insulinémie. (b) Consommé en fin d'un repas, le produit REMUS® a induit une augmentation de

la leucinémie (+277%±45% vs 217%±51% de la valeur basale, $p < 0,01$) par rapport au repas seul. De plus le produit REMUS® permet de stabiliser la leucinémie à sa valeur haute plus longtemps entre T0-T240. **Conclusion:** Lors d'une collation ou au cours d'un repas, même avec une texture crème, la consommation d'un produit à base de protéines rapides et vectorisées permet de potentialiser la leucinémie ce qui représenterait une solution intéressante pour favoriser la synthèse protéique musculaire chez la personne âgée.

P-44. Evaluation de la fragilité et reprise de la conduite automobile chez un résident d'EHPAD

Cécile Jauniot Gibert, Bastien Rebiffe, M Carline Verger, Priscilla Christomanos, Séverine Gaudicheau, Sylvie Rossignol
(Sens, France)

Contexte: M X, 79 ans, vit en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et a une autonomie satisfaisante au sein de l'établissement (GIR4). Il vient d'acquiescer un véhicule mais n'a pas conduit depuis 4 ans. Il souhaite s'en servir pour effectuer des longs trajets. Il demande l'avis de son médecin traitant, qui émet une réserve basée sur un avis subjectif et l'adresse pour évaluation en hôpital de jour gériatrique (HDJG). **Objectifs:** Evaluer de façon objective les capacités de reprise de la conduite automobile. **Méthodes:** Au cours de la journée d'HDJG, une évaluation gériatrique standardisée est réalisée. Le bilan médical et infirmier interroge l'état général du patient. L'évaluation neuropsychologique questionne le fonctionnement cognitif et l'ergothérapeute apprécie les capacités motrices.

Résultats: Lors de l'entretien initial, Monsieur X présente un bon état général. Le bilan infirmier montre des constantes médicales satisfaisantes. Il existe une déficience visuelle significative au test de Monnoyer. L'examen médical relève des difficultés motrices et un ralentissement idéomoteur. Ces difficultés sont confirmées par le bilan neuropsychologique, qui objective des troubles de la récupération, une fragilité de la mémoire de travail, un syndrome dysexécutif et une surcharge attentionnelle apparaissant rapidement. L'évaluation ergothérapeutique révèle que l'hémicorps droit est déficitaire. La motricité volontaire du membre supérieur est ralentie. Le pied est tombant à la marche et il existe un déficit de mise en charge. Enfin, les transferts assis-debout sont précaires entraînant un risque de chute avec la possibilité de rester au sol. **Conclusion:** Vivre dans un EHPAD ne contre-indique pas la conduite automobile. Toutefois, l'évaluation gériatrique standardisée de ce résident, a objectivé des fragilités qui sont en défaveur de la reprise de la conduite automobile. Elle a confirmé l'avis subjectif du médecin traitant. Malgré un état bon état général, la faiblesse de l'hémicorps est susceptible d'entraver la conduite automobile. Des aménagements seraient possibles mais nécessiteraient un apprentissage incompatible au regard du profil cognitif de Monsieur X. Le patient et le médecin traitant ont été informés des résultats de cette évaluation. Cet avis reste consultatif. Monsieur X a été invité à prendre contact avec un médecin agréé pour le contrôle de l'aptitude à la conduite automobile.