

# Communications orales et affichées

## SYMPOSIUM

### S1. Le programme ICOPE de l'OMS: Soins Intégrés pour les seniors basés sur les maintiens des fonctions : Mobilité, mémoire, psycho-social, vitalité, sensoriel (vue - audition)

I Araujo de Carvalho<sup>1</sup>, B Vellas<sup>2</sup>, C Lafont<sup>2</sup>, N Tavassoli<sup>2</sup>  
(1. Genève, Suisse; 2. Toulouse, France)

### S2. Vaccination du sujet âgé fragile (sympo PFIZER)

B Vellas  
(Toulouse, France)

#### • Comorbidités et/ou données études surveillance infections invasives à pneumocoques

J Gailla  
(CH Annecy, Genevois, France)

#### • Pneumonies chez le sujet âgé

G Gavazzi  
(CHU Grenoble, France)

#### • Recommandations vaccinales chez le sujet âgé

B de Wazieres  
(CHU Nimes, France)

## COMMUNICATIONS ORALES

### CO1. Bilan à 6 et 12 mois d'une évaluation gériatrique de patients âgés fragiles en soins premiers

B Chicoulaa, E Escourrou, F Durrieu, A Stillmunkes, ME Rouge Bugat, S Oustric  
(DUMG Toulouse, France)

**Contexte:** L'évaluation de patients âgés potentiellement fragiles sur des hôpitaux de jour 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 commencent à s'approprier cette évaluation. Le suivi en soins premiers doit se faire de manière homogène. **Objectifs:** Décrire les événements intercurrents et le taux d'adhésion des actions proposées 6 mois auparavant au cours d'une évaluation gériatrique en soins premiers de patients âgés fragiles. Décrire la population de patients évalués sur le plan gériatrique au sein des cabinets de médecine générale, et de comparer cette évaluation à celle réalisée un an auparavant. **Méthodes:** Nous avons conduit une étude épidémiologique, descriptive transversale, sur les personnes de plus de 65 ans, repérées fragiles, et ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique au sein de cabinets de médecine générale (MG) dans le cadre du protocole FAP-Study. Le recueil des données a été fait en deux temps : – Un entretien téléphonique à 6 mois de l'évaluation gériatrique menée en MG. Il recueillait les

événements intercurrents et le taux d'adhésion aux préconisations du plan de soins personnalisé (PPS). – Une réévaluation gériatrique à 12 mois, identique à celle réalisée au départ du protocole Les données codées sur un tableur EXCEL ont été analysées de façon descriptive. **Résultats:** Sur 329 patients initialement évalués entre mai 2015 et juillet 2017, 203 appels téléphoniques à 6 mois ont été analysés. Concernant les événements intercurrents, 23,6 % (n= 48) ont eu un évènement stressant dans les 6 mois et 32 % (n=65) un évènement médical. Les préconisations du PPS les plus suivies étaient nutritionnelles (taux d'adhésion= 75,7 %), et les moins suivies concernaient le plan cognitif (taux d'adhésion= 35 %). La deuxième évaluation gériatrique à 12 mois n'a concerné que 19,14 % des sujets (n=63). Pas de différence significative à 12 mois sur l'ensemble des évaluations, mis à part sur le plan thymique où l'on note une amélioration significative (p=0,004) du mini GDS. **Conclusion:** La prise en charge des patients en SP s'organise. Le taux d'adhésion aux préconisations du PPS est variable suivant les items. Il n'y a pas de modification significative de la population étudiée à un an, mis à part une amélioration du mini GDS. Un suivi plus large et plus long devra confirmer ou infirmer cette tendance.

### CO2. Transitions vers la fragilité et recours aux soins médico-sociaux: analyses longitudinales sur données européennes

J Sicsic, T Rapp  
(Université Paris Descartes, Paris, France)

**Contexte:** La fragilité est devenue un concept clé pour comprendre et prédire les besoins de soins des personnes âgées et prévenir le risque de perte d'autonomie. Des travaux récents ont montré que les personnes fragiles ont un risque accru d'être hospitalisées ou admis en urgence. En revanche, peu de travaux se sont intéressés à l'impact spécifique de la fragilité sur le recours aux soins médicaux-sociaux. **Objectifs:** A partir de données longitudinales, estimer l'impact des transitions de fragilité sur le recours aux soins médicaux-sociaux. **Méthodes:** Nous utilisons les données de l'enquête européenne SHARE qui collecte depuis 2004 des données socioéconomiques et d'état de santé des personnes âgées de plus de 50 ans. Nous restreignons la population aux 65 + ayant répondu au moins deux fois à l'enquête, ce qui constitue un panel non cylindré de 17 305 individus (40 126 observations au total). La fragilité est mesurée à partir de l'indicateur de Fried (5 dimensions auto-déclarées : fatigabilité, perte de poids involontaire, force musculaire, performance motrice, activité physique). Les variables dépendantes – le recours à l'aide formelle et informelle – sont modélisées par des modèles probit multivariés à effets aléatoires, en contrôlant par l'ensemble des caractéristiques confondantes individuelles et familiales. **Résultats:** En moyenne dans notre échantillon, les individus ont une probabilité de 18.2% de recourir à l'aide informelle est de 9.8% de recourir à l'aide formelle. Toutes choses égales par ailleurs, devenir pré-fragile (score de Fried =2) est indépendamment associé à une augmentation de 2.3 points de pourcentage (p<0.0001) de recourir à l'aide informelle et de 1.0% points de pourcentage (p<0.0001) de recourir à l'aide formelle. Devenir fragile (score de

Fried  $\geq 3$ ) est associé à une augmentation de ces probabilités de 5.9 et 2.8 points de pourcentage, respectivement. **Conclusion:** Nos résultats permettent de mieux comprendre l'impact spécifique des transitions vers la fragilité sur le recours aux soins médico-sociaux tout en prenant en compte les complémentarités / substituableité entre aide formelle et informelle. Nos estimations montrent que l'augmentation de la prévalence de la fragilité liée au vieillissement de la population risque d'augmenter les besoins de soins médico-sociaux.

### CO3. Nouvel outil de suivi de la capacité intrinsèque de la personne âgée proposé par l'OMS : première expérience d'utilisation

N Tavassoli, C Lafont, M Soto, C Berbon, L Bouchon, F Da Costa, N Daniaud, S Augusto, J De Kerimel, C Oliveira, B Vellas  
(Gérontopôle-CHU Toulouse, France)

**Contexte:** Limiter, dans les années avenir, le nombre des sujets âgés dépendants est l'un des défis économique et humain soulevé par le vieillissement démographique. En réponse à cet enjeu l'OMS a développé le concept de soins intégrés et personnalisés pour la personne âgée (PA). Cette modalité de prise en charge consiste à améliorer et/ou maintenir le plus longtemps possible la capacité intrinsèque (CI) de l'individu définie comme l'ensemble de ses capacités physiques et mentales. Ceci sous-entend une intervention sur la CI, le mode de vie, l'environnement et les maladies. L'exigence d'un tel modèle de soin, implique un outil de mesure simple d'utilisation, susceptible de fournir des données reproductibles, génératrices d'alertes. Cet outil doit permettre d'évaluer périodiquement la CI des sujets âgés et de déboucher, si nécessaire, sur une évaluation et une intervention personnalisées. L'OMS propose de suivre, chez toute PA, 5 domaines de la CI (locomotion, cognition, fonctions sensorielles, statut psychologique, vitalité). Un premier outil de dépistage (Step1), utilisable par les soignants a été proposé au Gérontopôle – CHU de Toulouse de Toulouse (mars 2018). **Objectifs:** Tester cet outil (Step1) chez les PA pour évaluer la faisabilité des tests proposés et son acceptabilité par les PA et les soignants. Transmettre ces résultats à l'OMS. **Méthodes:** L'outil (Step1) de l'OMS a d'abord été adapté pour en faciliter l'utilisation (création d'une fiche avec modalités de passation des épreuves, inclusion de scores pour faciliter l'orientation vers une évaluation et une intervention). Il est utilisé, depuis septembre 2018, chez les PA dans le cadre des actions de proximité (Hôpital hors les murs) conduites par les infirmières d'évaluation gérontologique (IDEG) du Gérontopôle. **Résultats:** Au 07/12/2018, 175 PA ont été évaluées. Temps de passation était de 5 à 7 minutes. Nombre moyen de domaines de la CI touchés était de  $1,79 \pm 1,09$ . 91,3% des PA avaient au moins un domaine affecté. Les IDEG ont mentionné des difficultés pour réaliser le test visuel, un défaut de compréhension pour les questions « fatigue » et « orientation temporo-spatiale ». **Conclusion:** Ces données ont été transmises à l'OMS qui propose une version modifiée à évaluer.

### CO4. Opérationnalisation du score de Fried sur le plan clinique

C Berbon, M Soto, G Abellan  
(CHU Toulouse, Cité de la santé, Toulouse, France)

**Contexte:** La prévention de la dépendance et le repérage de la fragilité sont des enjeux sanitaires importants actuellement face à l'évolution démographique que nous connaissons. Le score de Fried (fried 2001) est actuellement le gold standard dans le repérage

de la fragilité. Sa réalisation présente des éléments des freins dans son utilisation en pratique clinique : questions difficiles, nécessité d'avoir un dynamomètre de pression notamment. Des alternatives existent sans qu'elles aient pu montrer la même efficacité. Il reste important de pouvoir avoir des outils d'évaluation pratiques et accessibles à tous les professionnels. Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un mémoire de master 2 recherche - épidémiologie clinique à l'Université Paul Sabatier à Toulouse. **Objectifs:** Partant de ce constat, l'hypothèse émise est qu'il est possible d'identifier des échelles de l'EGS de pratiques courantes qui puissent éventuellement substituer la réalisation du score de Fried. Plusieurs travaux ont déjà été menés dans ce sens mais des preuves suffisantes d'efficacité restent à rechercher. L'intérêt ici est aussi de créer un outil correspondant aux pratiques reconnues et au consensus acquis sur le contenu de l'EGS. L'objectif de ce travail est donc d'opérationnaliser le score de Fried afin d'effectuer ce repérage en pratique clinique. **Méthodes:** Etude rétrospective transversale à partir de la Base de données fragilité de l'Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance du Gérontopôle de Toulouse. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA pour les analyses univariées, bivariées, régression logistique, tests de spécificité - sensibilité et validation croisée. Nous avons utilisé R pour une méthode d'analyse innovante avec la réalisation d'un CART-arbre. Cette méthode fait partie du domaine des « machine learning ». **Résultats:** Du fait de la présence de nombreuses données manquantes, l'analyse a porté sur 959 sujets au final. Ainsi, selon le modèle final retenu en régression logistique, la probabilité d'être fragile augmente avec l'âge, le fait d'être une femme ou de ne pas avoir une station unipodale normale, pour les IMC les plus hauts et les MNA les plus bas. De plus, l'impact du SPPB est très important avec un Odds Ratio à 5.5 pour les performances faibles et moyennes versus performances fortes. Lors de la réalisation du CART arbre, le SPPB se montre la variable la plus discriminante pour séparer les personnes fragiles des non-fragiles. Viennent ensuite le MNA, l'IMC et l'âge. **Conclusion:** Ce travail n'a pas permis d'aboutir à un outil de pratique clinique courante unique se substituant au score de Fried. Cependant, l'utilisation de deux méthodes a permis de dégager des éléments d'évaluation simples qui en association peuvent donner des éléments de repérage intéressants. Ainsi, associer un SPPB, un MNA, un IMC et l'âge de la personne permettent d'effectuer un repérage réalisable en pratique clinique.

### CO5. Identification et caractérisation de nouveaux biomarqueurs de la sarcopénie

Y Henrotin, B Cordier, A Labasse, S Vander Poelen, C Boileau, B Costes, C L'hôte  
(University of Liège, Liège, Belgium)

**Contexte:** La sarcopénie se définit comme une baisse progressive et généralisée de la masse et de la force musculaire au cours du vieillissement. Actuellement, le diagnostic de la sarcopénie est essentiellement basé sur des critères physiques et l'imagerie médicale. L'identification de marqueurs biochimiques pourrait être un moyen simple et économique de diagnostiquer cette maladie. **Objectifs:** Identifier des marqueurs biologiques sanguins de la sarcopénie par analyse spectrométrique de séra. **Méthodes:** Deux groupes de sujets ont été formés pour l'étude : le groupe contrôle (sujets non-sarcopéniques,  $n = 10$ ) et le groupe sarcopénique répondant aux critères de l' EWGSOP (« grip test », vitesse de marche et mesure musculaire par absorptiométrie biphotonique à rayon X,  $n=10$ ). Les sera de 10 femmes atteintes de sarcopénie et de

10 femmes non-sarcopéniques ont été analysés par spectrométrie de masse. Le traitement des résultats a permis d'identifier des protéines dont le niveau d'expression différait de manière significative entre les deux groupes. Les biomarqueurs identifiés ont ensuite été caractérisés par d'autres méthodes (ELISA and western blot). **Résultats:** L'analyse par spectrométrie de masse a montré que trois protéines avaient un niveau d'expression statistiquement plus élevé dans le groupe sarcopéniques par rapport au groupe non-sarcopéniques : la Cathepsin D (2 fois plus,  $p < 0.001$ ) ; l'Aldolase A (4.2 fois plus,  $p < 0.001$ ) et l'Alarmino S100A8 (1.7 fois plus,  $p < 0.05$ ). L'augmentation de la Cathepsin D dans le sérum a été confirmée par un dosage ELISA. L'analyse de la courbe ROC montrait que la Cathepsine D différenciait les deux groupes avec une spécificité de 78,9% et une sensibilité de 69,2%. L'analyse par western blots montrait une augmentation de la forme non-mature de la Cathepsin D et de S100A8 chez les patients sarcopéniques. Concernant l'Aldolase A, l'analyse par western blot révélait la présence de fragments de cette protéine en quantité plus élevée chez les patients sarcopéniques. **Conclusion:** Pour la première fois, nous avons montré que la Cathepsin D, l'Alarmino S100A8 et l'Aldolase A sont des marqueurs biochimiques prometteurs pour le diagnostic de la sarcopénie.

#### **CO6. Consommation de produits laitiers, apport en calcium, et risque incident de fragilité (10 ans) chez les personnes âgées de la cohorte Trois-Cités-Bordeaux**

H Pellay<sup>1</sup>, C Samieri<sup>1</sup>, C Helmer<sup>1</sup>, J-F Dartigues<sup>1</sup>, B Rah<sup>2</sup>, C Feart<sup>1</sup> (1. Univ. Bordeaux, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, UMR 1219, Bordeaux, France; 2. Lebanese American University, Beyrouth, Liban)

**Contexte:** Il est recommandé aux personnes âgées de consommer 3 à 4 produits laitiers (PL) /j (lait, fromage, yaourt) notamment pour leurs bénéfices sur la dénutrition et la santé musculaire (protéines) et osseuse (calcium). Dans ce sens, une plus forte consommation de PL pourrait réduire le risque de survenue d'une fragilité. **Objectifs:** L'objectif est d'étudier la relation entre consommation quotidienne de PL, apports calciques journaliers, et risque de fragilité à long terme (10 ans) chez des personnes âgées de la population générale. **Méthodes:** L'échantillon d'étude est constitué des participants de la cohorte Trois-Cités Bordeaux, initialement robustes, âgés de 65 ans et plus, ayant des données nutritionnelles à l'inclusion (1999-2000), et revus en 2009-2010. La fragilité a été définie par la présence d'au moins trois des cinq critères suivants : perte de poids non-intentionnelle, fatigue, faiblesse musculaire, lenteur et sédentarité (Fried et al.). Les consommateurs réguliers de PL déclaraient en consommer au moins 1fois/j. Les personnes ont été catégorisées selon la recommandation d'apports nutritionnels conseillés (ANC) en calcium ( $\geq 1200$  mg/j). Des régressions logistiques ajustées sur âge, sexe, niveau d'études, déclaration d'au moins 2 maladies chroniques, protéines totales consommées, profil alimentaire sain, ont été réalisées afin d'évaluer l'association entre consommation de PL ou apports calciques ( $\geq$  ANC), et risque de fragilité à 10 ans. **Résultats:** L'analyse porte sur 907 participants robustes, âgés de 73,1 ans en moyenne à l'inclusion, dont 65,2% de femmes. Parmi eux, à 10 ans, 211 sont devenus fragiles (23,3%), 855 sont des consommateurs réguliers de PL (94,3%), 169 ont un ANC en calcium (18,6%). Les analyses multivariées ne montrent pas d'association significative ni entre la consommation en PL (RC 0,93 - IC 95% [0,45;1,90]) ni entre les apports calciques  $\geq$  ANC (RC 1,20, IC 95% [0,76;1,91]) et le risque de fragilité à 10 ans.

**Conclusion:** Dans cet échantillon de personnes robustes de 65 ans et plus à l'inclusion, une plus forte consommation de PL et un apport calcique plus élevé ne sont pas associés significativement au risque de fragilité à 10 ans. La suite de ce travail (en cours) est de considérer les sous-types de PL séparément.

#### **CO7. Corrélations entre environnement médico-psycho-social, santé générale et santé orale. Résultats d'une étude transversale des Centres de prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco**

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

**Contexte:** Les 16 centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco couvrent 70 départements. Ils proposent des parcours de prévention, associant actions individuelles et collectives, aux retraités ou personnes actives de plus de 50 ans en situation de vulnérabilité. Le bilan individuel global avec un médecin gériatre et un psychologue conduit à prodiguer des conseils de prévention. **Objectifs:** L'étude se proposait de décrire l'état bucco-dentaire des bénéficiaires des centres, ainsi que leurs comportements en santé orale et d'en identifier les facteurs associés. **Méthodes:** En 2017, 19585 personnes ont renseigné un auto-questionnaire standardisé permettant le recueil des données suivantes : fréquence de consultation d'un chirurgien-dentiste, port de prothèses amovibles, habitudes de brossage dentaire, et l'indice de qualité de vie en rapport avec la santé orale (Geriatric Oral Health Assessment Index, GOHAI). **Résultats:** 39 % des sujets n'avaient pas de suivi bucco-dentaire annuel ; 16% ne consultaient jamais ou seulement en cas de douleur. 30% se brossaient les dents moins de 2 fois par jour; 28% avaient un GOHAI  $< 50$ , témoignant d'une mauvaise santé orale ressentie, surtout chez les porteurs de prothèses amovibles. 28% des bénéficiaires étaient porteurs d'au moins une prothèse amovible. Leur proportion augmentait avec l'âge (55% chez les plus de 75 ans). Les bons comportements de santé orale (suivi régulier et brossage dentaire correct) étaient associés significativement à des facteurs sociodémographiques et d'environnement, à la consommation d'alcool, de tabac, à l'état de santé déclaré et à la consommation médicamenteuse. **Conclusion:** Ayant mis en évidence des comportements en santé orale inadaptés chez plus d'1/3 des bénéficiaires des bilans médico-psycho-sociaux, ces résultats doivent inciter les médecins à promouvoir la santé bucco-dentaire.

#### **CO8. Sécrotome des cellules musculaires squelettiques : revue systématique de la littérature**

A Florin, C Lambert, C Sanchez, N Durieux, A Mobasheri, Y Henrotin (University of Liège, Liège, Belgium)

**Contexte:** Outre la locomotion, la régulation métabolique, la production et la consommation d'énergie, le muscle squelettique est également un organe endocrinien qui communique avec d'autres systèmes du corps par la sécrétion de protéines appelées myokines. Celles-ci interviennent dans diverses fonctions, notamment la régulation métabolique, les processus inflammatoires, l'angiogenèse et la myogenèse. **Objectifs:** Cette revue systématique de données probantes permettra de savoir quelles sont les protéines présentes dans le sécrétome des cellules du muscle squelettique et sous quelles conditions pathologiques ou physiologiques elles sont régulées. **Méthodes:** Une recherche exhaustive et méthodique d'articles a été réalisée dans deux bases de données bibliographiques - Medline/

Ovid et Scopus. Ont été inclus les articles en anglais, publiés à partir de 2004 et abordant l'analyse du sécrétome de myoblastes humains ou animaux isolés à partir de muscle squelettique ou d'explants de muscle squelettique. **Résultats:** Selon les résultats préliminaires 17 articles répondent aux critères d'inclusion de cette revue. Ces articles comparent le sécrétome des cellules musculaires saines ou malades (dystrophie musculaire de Duchenne et cellules insulino-résistantes), à différentes étapes de la myogenèse ou encore après un exercice ou une stimulation à l'insuline. Les protéines ont été séparées en plusieurs catégories, leur sécrétion différentielle a été comparée et d'importantes différences ont été mises en évidence. Au total, 288 protéines ont été répertoriées comme étant présentes dans le sécrétome des cellules musculaires. Parmi celles-ci, 11 protéines étaient régulées par un exercice physique (toutes augmentées), 28 lors de la myogenèse (3 augmentées et 25 diminuées), 27 par l'exposition à l'insuline (14 augmentées et 13 diminuées) et enfin 164 protéines par les cellules musculaires résistantes à l'insuline (20 augmentées et 144 diminuées). **Conclusion:** Cette revue systématique du sécrétome des cellules musculaires squelettiques donne un aperçu des myokines les plus régulées en condition pathologique ou physiologique. Ces myokines peuvent être des cibles thérapeutiques mais aussi des marqueurs biochimiques des maladies musculaires.

#### **CO9. Une approche hiérarchique de la fragilité physique et de l'incapacité pour prédire la mortalité chez les personnes âgées vivant dans la communauté: The three-city study**

H Amieva, L Letenneur, K Pérès

(Centre de recherche INSERM U1219 Université de Bordeaux – ISPED, Bordeaux, France)

**Contexte:** Le syndrome de fragilité et l'incapacité fonctionnelle sont des affections très courantes chez les personnes âgées qui ont une origine multifactorielle. Dans la pratique clinique, l'incapacité est souvent utilisée pour expliquer la dépendance, les comorbidités ou encore la fragilité. Si ces termes ne sont pas synonymes, ils décrivent la part des personnes âgées la plus vulnérable physiquement. La fragilité est associée à des problématiques de santé, davantage d'hospitalisations et un risque de décès accru. La fragilité est une entité clinique différente de l'incapacité, mais ces deux états partagent des causes et des conséquences. En effet, la fragilité prédit l'incapacité, et l'incapacité peut exacerber la fragilité. Un exemple de cette cooccurrence est la plus grande proportion de personnes fragiles parmi les personnes avec une incapacité fonctionnelle. Cette coexistence peut conduire à davantage de problématiques de santé en raison d'une compétition négative entre ces deux états. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est de déterminer si la fragilité fait partie du continuum du processus d'incapacité dans le risque de survenue du décès. **Méthodes:** L'échantillon d'analyse est composé de 932 personnes âgées de 75 ans et plus suivies pendant quatre ans au sein de l'étude des Trois Cités (3C) de Bordeaux. La fragilité a été définie comme la présence d'au moins trois des critères suivants : perte de poids, faiblesse, épuisement, lenteur et faible activité. L'incapacité a été définie au moyen des échelles d'activités (instrumentales) de la vie quotidienne ADL et IADL. Cinq groupes hiérarchiques mutuellement exclusifs ont été distingués à l'inclusion: 1) Robustesse (pas de fragilité ni d'incapacité); 2) Fragilité sans incapacité; 3) Incapacité aux IADL sans fragilité; 4) Fragilité avec atteinte aux IADL (sans atteinte aux ADL); 5) Fragilité avec atteinte aux IADL et ADL. **Résultats:** 181 décès (19 %) sont survenus au cours des quatre années de suivi.

En comparaison avec le groupe Robustesse, tous les autres sous-groupes hiérarchiques présentaient un risque de décès augmenté, avec un gradient croissant : Fragilité sans incapacité (HR = 2,49 ; IC 95 % = 1,33 – 4,63) ; Incapacité aux IADL sans fragilité (HR = 2,99 ; IC 95 % = 2,03 – 4,41), Fragilité avec atteinte aux IADL (HR = 4,38 ; IC 95 % = 2,90 – 6,61) et Fragilité avec atteinte aux IADL et ADL (HR = 8,88 ; IC 95 % = 5,65 – 13,94). Après contrôle sur de multiples facteurs de confusion, ces relations restent inchangées. **Conclusion:** Ces résultats suggèrent que la fragilité fait partie du processus d'incapacité, conduisant à une mortalité accrue. Un modèle hiérarchique, incluant la fragilité, pourrait offrir une approche davantage holistique du processus d'incapacité chez les personnes âgées.

#### **CO10. Projet Frail Coach : Impact d'un coaching téléphonique sur l'évolution de l'autonomie des sujets âgés de 75 ans ou plus vivant à domicile**

JL Novella, O Krys, A Tchalla, S Sanchez, O Guérin  
(CHU Reims, Reims, France)

**Contexte:** Un des enjeux majeur pour ne pas voir exploser la demande en soins et / ou en aides liée au vieillissement est de pouvoir identifier précocement les sujets âgés fragiles à haut risque d'évènements de santé défavorables et de mettre en place des actions de correction sur ces éléments dysfonctionnels identifiés à partir d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS). Cependant, ce type de solutions se heurte aujourd'hui au manque des capacités d'expertises gériatriques par rapport à la population à évaluer et à prendre en charge. **Objectifs:** Afin de pallier à ce manque des capacités d'expertises, une méthode de mise en place d'actions de correction est l'évaluation et le coaching téléphonique. Ce coaching téléphonique, réalisé à partir d'une plate-forme d'expertise dans le domaine et évaluant à la fois la fragilité et les grands domaines (cognition, locomotion, thymie, nutrition, déficit sensoriel, isolement social...) permet l'évaluation globale du patient âgé et la mise en place d'actions de corrections. Les thématiques sur lesquelles sont accompagnés les participants dépendent des écarts identifiés entre les recommandations de bonnes pratiques et leurs comportements. Ainsi, via un système de règles cliniques paramétrables, des plans d'actions sont proposés aux infirmières conseil en santé conformes aux préconisations des sociétés savantes. Ainsi, notre projet permettra de juger de l'apport de ce type de prise en charge en prévention primaire pour des individus qui, à l'entrée dans l'étude seraient identifiés non fragiles, et en prévention secondaire pour des individus qui, à l'entrée dans l'étude, seraient identifiés fragiles avec comme critère de jugement principal la limitation du déclin fonctionnel et comme critère de jugement secondaire la limitation de la consommation de soins. **Méthodes:** Etude interventionnelle contrôlée randomisée prospective Patients âgés de 70 ans ou plus vivant à domicile et bénéficiant d'un coaching téléphonique ciblé sur des domaines identifiés lors de l'entretien initial. Ce coaching consistera en un appel à M1, M2, M6, M7, M10 et M12. **Résultats:** L'originalité de notre approche consiste à mettre en place une étude d'intervention contrôlée randomisée prospective sur une méthodologie ayant déjà démontré son efficacité dans des programmes de gestion de maladies chroniques depuis plusieurs années à travers le monde et notamment en France depuis 2011 dans le cadre du programme sophia de la CNAMTS (gestion de la maladie chronique proposée aux assurés diabétiques, asthmatiques et insuffisants cardiaques). L'autre originalité de l'étude est de s'adresser à une population âgée vivant à domicile et de s'inscrire

dans le dispositif de soins de premier niveau (médecins généralistes, PTA, dispositifs de proximité) en liens avec des centres experts. **Conclusion:** L'objectif est de présenter cette étude qui va se décliner en 2019-2020 au congrès Fragilité.

### **CO11. Les solutions robotiques peuvent-elles favoriser le Bien Vieillir de la personne âgée en perte d'autonomie ?**

D Guiot, E Sengès, M Kerekes

(Université Paris-Dauphine, Paris, France)

**Contexte:** De nombreux pays doivent aujourd'hui faire face au vieillissement démographique. Cette évolution nécessite de fournir des soins à un nombre croissant de personnes âgées dont la santé tend se dégrader en vieillissant. Développer de nouvelles solutions pour aider les personnes âgées au quotidien devient un impératif. 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. Cependant, cette population est mal comprise sur le plan de besoins à satisfaire par des innovations technologiques mais aussi en termes d'environnement dans lequel s'insèrent ces innovations. Cette recherche s'interroge de façon plus spécifique sur la manière dont les solutions robotiques peuvent contribuer à améliorer le Bien Vieillir de la personne âgée en perte d'autonomie. **Objectifs:** Le but de ce papier est d'étudier les bénéfices perçus des robots en termes de Bien Vieillir pour les personnes âgées en perte d'autonomie. **Méthodes:** A travers une étude phénoménologique cross culturelle menée en France et aux Pays-Bas et la mise en place d'une démarche de Co-création, une analyse des besoins et des tests de 6 applications robotiques (Robot compagnon, Robot protecteur, Robots Conseils & Rappels, Robot d'aide à la communication, Robot d'aide au Bien-être, Robot animateur) sont réalisés afin de pouvoir transposer les besoins exprimés en fonctions robotiques et services associés. **Résultats:** Les résultats obtenus permettent d'abord de hiérarchiser les priorités en termes de fonctions robotiques à implémenter. Puis, les 8 réunions de Co-création menées ont mis en évidence les améliorations à apporter au robot prototype expérimenté (Buddy). Elles ont permis de déterminer la valeur ajoutée du robot par rapport à d'autres solutions informatiques et d'orienter le développement technologique à implémenter. **Conclusion:** Dans la perspective d'un vieillissement réussi (Baltes et Baltes, 1990), notre recherche plaide en faveur de la mise en place d'une « géron-robot-servuction », management des services associé à l'utilisation des robots et adapté aux personnes âgées en perte d'autonomie.

### **CO12. La consultation infirmière de dépistage des fragilités: Un outil innovant de la filière gériatrique de territoire en Dordogne**

F Woné, S Lafleur, C Rongieras

(Centre Hospitalier Périgueux, Périgueux, France)

**Contexte:** Le Pôle EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux, avec ses 547 lits répartis sur deux EHPAD et une USLD, sa double compétence sanitaire et médico-sociale, la qualification diversifiée de ses professionnels et leur niveau d'expertise propre au parcours de la personne âgée, est un acteur incontournable de la filière gériatrique. Dans le cadre d'un projet expérimental financé par l'Agence Régionale de Santé, son Centre Ressources EHPAD a ouvert en octobre 2016 une consultation infirmière de dépistage de la fragilité au service du public âgé de l'agglomération de Périgueux. **Objectifs:** Cette consultation infirmière s'inscrit en complément des différents outils de la filière gériatrique et en partenariat avec les

différents acteurs du parcours de soins de la personne âgée (Court Séjour et SSR gériatrique, consultation gériatrique, consultation mémoire et UCC, EMOG, USLD et EHPAD, HAD, MAIA, Réseau de Santé, SSIAD,...), hormis l'hôpital de jour gériatrique, structure inexistante en Dordogne et pourtant essentielle dans le dépistage de la fragilité. **Méthodes:** Le Groupement Hospitalier de Territoire de Dordogne, qui regroupe 11 établissements de santé, vient de définir son projet médico-soignant partagé (PMSP), en y associant les 24 EHPAD publics autonomes pour son volet gériatrique. **Résultats:** Au regard des éléments contextuels témoignant d'une « fragilité » du territoire de la Dordogne : (5ème département le plus âgé de France, isolement, solitude et précarité des personnes âgées, désertification médicale, filière gériatrique de territoire incomplète avec de nombreux postes médicaux vacants,...), le développement des consultations infirmières de dépistage des fragilités à partir des compétences gériatriques des EHPAD vient d'être inscrit dans les objectifs opérationnels du Projet Médico-Soignant Partagé de la GHT. **Conclusion:** En appui de cette expérimentation, le déploiement départemental du dispositif vient d'obtenir le soutien de l'Agence Régionale de Santé et des collectivités territoriales. Ce déploiement comprend la formation d'infirmières et l'installation de lieux de consultation répartis sur tout le département de la Dordogne, en lien avec les EHPAD relais, les MAIA et la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), afin d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles ou les plus éloignés du système de santé.

### **CO13. Risque de dénutrition, isolement et risque de décès en population générale âgée : résultats de l'étude Trois-Cités Bordeaux**

C Féart, K Pérès, H Pellay, H Amieva, J-F Dartigues, M Tabue-Teguou

(INSERM, Bordeaux, France)

**Contexte:** Parties intégrantes des syndromes gériatriques, la dénutrition et l'isolement sont deux entités associées à l'évolution des conditions de vie et de santé des personnes âgées. La dénutrition et le risque de dénutrition sont associés à un sur-risque de mortalité. Le fait de vivre seul signe à la fois la capacité à gérer son quotidien, et donc, une moindre dépendance, mais également un moindre recours aux soins et un plus fort risque de décès. Enfin, bon nombre de personnes âgées qui vivent seules sont plus souvent à risque de dénutrition. **Objectifs:** Nous avons donc émis l'hypothèse selon laquelle l'isolement et un statut nutritionnel altéré pouvaient se potentialiser et ensemble augmenter le risque de décès. **Méthodes:** Un échantillon de 898 participants âgés en moyenne de 82,5 ans (SD 4,5) en 2010 issus de la cohorte Trois-Cités-Bordeaux a été retenu pour ces analyses. Le décès a été enregistré après 4 années de suivi. Le risque de dénutrition a été évalué par le Mini Nutritionnal Assessment (MNA) dans sa version abrégée. Le mode de vie isolé a été rapporté par les participants et combiné au sentiment de solitude évalué par l'échelle Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D). **Résultats:** Le risque de dénutrition concernait 199 participants (22,2%) alors que l'isolement touchait plus de la moitié de l'échantillon (N=498, 55,5%). Parmi les personnes isolées, 26,4% étaient dénutries ou à risque de dénutrition contre 17,1% parmi les personnes non isolées (p=0,001). 163 participants sont décédés au cours du suivi. Le risque de dénutrition était associé significativement à un risque augmenté de décès, après ajustement sur le genre, le niveau d'étude, le nombre de médicaments et de comorbidités (HR=1,53, IC95% 1,09-2,15). L'isolement n'était pas associé significativement au risque de décès dans cet échantillon

(HR=1,06, IC95% 0,75-1,50). Les personnes à la fois à risque de dénutrition et isolées ne présentaient pas un risque de décès majoré (HR=1,57, IC95% 1,07-2,33). **Conclusion:** Le risque de dénutrition serait un facteur de risque de décès dans les populations âgées ; risque non majoré par l'isolement. Ces personnes seraient donc une cible particulière à surveiller particulièrement d'un point de vue nutritionnel.

#### **CO14. Création d'une unité de soins « Hôpital hors les murs » au Gérontopôle – CHU de Toulouse**

N Tavassoli, J De Kerimel, C Berbon, C Lafont, C Oliveira, L Bouchon, F Da Costa, N Daniaud, S Augusto, C Lagourdette, MC Chassaigne, M Soto, B Vellas  
(*Gérontopôle-CHU Toulouse, France*)

**Contexte:** Le repérage, l'évaluation et la prise en charge de la fragilité constituent certainement un moyen essentiel pour retarder la perte d'autonomie chez les seniors. Cependant, une prise en charge développée au sein de l'hôpital n'est pas la solution la mieux adaptée pour toucher la population des personnes âgées fragiles. Car cette population, encore autonome, fréquente peu les structures hospitalières. C'est pourquoi, le Gérontopôle de Toulouse a mis en place des actions de proximité extérieures à l'hôpital, en créant une unité de soins « Hôpital hors les murs ». **Objectifs:** Prendre en charge des personnes âgées fragiles à leur domicile ou au plus près de leur lieu de vie. **Méthodes:** Depuis 2015, le Gérontopôle de Toulouse développe des actions de proximité en collaboration avec différents partenaires : le Conseil Départemental, la CARSAT, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG), l'URPS des médecins libéraux, le SAMU, les municipalités (Toulouse Métropole, Muretain-Agglo), les foyers logement et certaines mutuelles. L'évaluation gérontologique des personnes âgées est réalisée par des « Infirmiers(ères) d'Evaluation Gérontologique (IEG) » du Gérontopôle. Ces IEG, avec l'appui d'un gériatre, proposent un plan de prévention personnalisé aux personnes âgées fragiles. Ce plan est transmis au médecin traitant qui en assure la mise en place et le suivi. Ainsi a été créée une unité de soins «Hôpital hors les murs». **Résultat:** L'unité de soins « Hôpital hors les murs » est composée de 0,2 ETP du temps de gériatre et 3,5 ETP du temps d'IEG. Depuis 2015, 2 481 personnes âgées fragiles ont été prises en charge avec une augmentation très significative en 2018 (1 120 sujets). **Conclusion:** Le nombre croissant de patients vus par l'unité « Hôpital hors les murs » montre qu'il s'agit d'une solution adaptée pour évaluer les personnes âgées et proposer un plan de prévention personnalisé. Reste à évaluer l'impact de ce modèle de soin sur la qualité de vie et le statut fonctionnel des patients.

#### **CO15. Consommation en vitamines B6, B12 et folates et risque de fragilité en population générale âgée : résultats de l'étude Trois-Cités Bordeaux**

C Féart, M Le Goff, H Pellay, B Rahi, C Helmer, K Pérès, J-F Dartigues, M Tabue-Teguo  
(*INSERM, Bordeaux France*)

**Contexte:** Les liens entre alimentation et fragilité sont de mieux en mieux connus et une alimentation saine serait protectrice du risque de fragilité. En ce qui concerne les nutriments, les études sont plus rares. Une étude longitudinale espagnole a rapporté qu'une plus faible consommation de vitamines B6 ou de folates était associée à un risque doublé de fragilité après 3,5 ans de suivi. Le rôle des vitamines B dans le métabolisme des protéides pourrait expliquer

en partie ce résultat. **Objectifs:** Notre objectif était de tester cette hypothèse dans une cohorte de personnes âgées françaises. **Méthodes:** Un échantillon de 1028 participants non fragiles, âgés en moyenne de 73,2 ans (SD 4,6) en 2001 issus de la cohorte Trois-Cités-Bordeaux a été retenu pour ces analyses. La fragilité incidente a été identifiée aux cours des suivis à 10, 12, 14 et 17 ans par les critères de Fried et al. Les consommations de vitamines B (B6, folates et B12) ont été enregistrées à l'inclusion (rappel des 24H) et associées au risque de fragilité (modèle de survie ajusté sur l'âge, le genre, le niveau d'études, la consommation de tabac, les co-morbidités, la polymédication et l'apport énergétique total). **Résultats:** L'échantillon était constitué en majorité de femmes (66%). Le statut de fragilité a été observé chez 425 participants au cours du suivi. Les plus basses consommations de vitamines B6 et B12 n'étaient pas associées au risque de fragilité dans les modèles multivariés. Par contre, les participants ayant les plus basses consommations de folates (tercile 1, <210 µg/jour) avaient un risque de fragilité significativement augmenté (HR=1,44 ; IC95% 1,11-1,87) par rapport aux consommateurs du plus haut tercile (≥313 µg/jour) (P-global=0.024). Ce résultat était observé également en ajustant sur les consommations de vitamines B6 et B12 (HR=1,54, IC95% 1,17-2,04, P-global=0.008). **Conclusion:** Une faible consommation de folates, indépendamment des consommations de vitamines B6 et B12, est associée à un risque plus élevé de fragilité dans cet échantillon âgé de la population générale. Les personnes avec les plus bas apports en folates seraient une cible particulière à surveiller notamment du point de vue de leur déclin physique.

#### **CO16. L'exploitation des données actigraphiques au service du maintien des personnes âgées à domicile**

P Maggi, D Gillain, N Maes, A Albert, P Kolh, J Petermans  
(*Centre Hospitalier Universitaire, Université de Liège, Belgium*)

**Contexte:** Le vieillissement de la population est un enjeu majeur de santé publique. En particulier, le dépistage précoce de la fragilité de la personne âgée, souvent associée à des troubles du sommeil, est essentiel. Dans ce contexte, la capacité des dispositifs «actigraphiques » à détecter des signes de perturbation du rythme veille/sommeil par l'analyse de l'activité motrice présente un réel intérêt. **Méthodes:** Une étude prospective a été réalisée auprès de 36 volontaires âgés de 65 ans et plus, autonomes, résidant à domicile et robustes (score de l'échelle d'Edmonton ≤ 5). Les mesures d'actimétrie ont été obtenues grâce à un accéléromètre inséré dans la montre Wellness de la firme Vivago®. Les sujets ont porté la montre au bras non dominant durant 10 jours consécutifs. Pour établir un profil, les données d'actimétrie ont été analysées en fonction de l'âge, du sexe et de l'indice de masse corporelle (IMC) des sujets ainsi que de différents scores : échelle de fragilité d'Edmonton, échelle de morbidité CIRS/G, échelle du statut cognitif MoCA, échelle d'anxiété-dépression de Hamilton HADS et échelle d'activité physique de Jackson. Chaque sujet a complété un journal quotidien relatant ses activités. La consommation maximale d'oxygène (VO2max) a été établie sur base des paramètres démographiques et de l'échelle de Jackson. **Résultats:** Les hommes ont démontré une activité motrice globale supérieure aux femmes; l'activité diminue avec l'âge notamment par une augmentation du nombre et de la longueur des siestes ; la durée de sommeil nocturne diminue avec l'IMC alors que la fréquence des réveils et activité nocturnes augmente; l'activité diurne tend à diminuer avec l'intensité des troubles anxiodépressifs; la VO2max augmente avec l'activité diurne et diminue avec l'activité nocturne. Les résultats

actigraphiques mis en parallèle avec les indications contenues dans le journal d'activité permettent de dresser un bilan fonctionnel des sujets. **Conclusion:** L'observation de l'activité a permis d'identifier l'effet des paramètres démographiques et cliniques sur l'activité motrice chez des sujets âgés robustes et vivant à domicile. L'actimétrie permet aussi d'objectiver une perturbation du sommeil qui constitue un des signes de la fragilité.

#### **CO17. Programme de maintien à domicile CCGM : Analyse de survie du temps jusqu'à l'institution d'une population âgée suivie depuis 2006 à Monaco**

A Pesce<sup>1,2</sup>, A Morisot<sup>1</sup>, P Migliasso<sup>2</sup>, P Porasso<sup>2</sup>, S Hesse<sup>1</sup>, S Louchart de la Chapelle<sup>1</sup>

(1. Centre de Gérontologie Clinique RAINIER III, Centre Hospitalier Princesse Grace, Monaco; 2. Centre de Coordination Gérontologique de Monaco, Monaco)

**Contexte:** Depuis 2006, le Centre de Coordination Gérontologique de Monaco (CCGM) est en charge des personnes âgées dépendantes à domicile. L'équipe du CCGM effectue une Evaluation Gérontologique Standardisé (EGS) à domicile, tous les ans ou en cas de progression de la dépendance. **Objectifs:** L'objectif de cette étude rétrospective est de rechercher des facteurs prédictifs de l'institutionnalisation. **Méthodes:** En Octobre 2018, 2388 personnes ont été suivies par le CCGM. 653 patients ont été institutionnalisés et 913 sont décédés sans avoir été institutionnalisés. Le taux de maintien à domicile a été estimé par la méthode de Kaplan-Meier et les facteurs prédictifs de l'institutionnalisation ont été recherchés par un modèle de Cox multivarié. **Résultats:** Les temps de suivi médian, moyen et maximum entre la première EGS et l'institutionnalisation étaient 2, 2.8 et 11.7 ans, respectivement. L'âge moyen à l'institutionnalisation était de 87 ans (intervalle 59-104). Les taux de maintien à domicile à 2, 5 et 8 ans étaient de 83% (IC 95%= 81-85%), 61% (IC 95% :59-64%) et 47% (IC 95% : 43-51%), respectivement. Les facteurs de risques suivant ont été obtenus par un modèle de Cox multivarié : âge 78-90 et >90 (référence <78): HR 1.63 et 2.1, respectivement, le score Groupe Iso-Ressources 5-6 (référence 1-4): HR 0.76, l'item malnutrition du score de fragilité (coté 1 par rapport à 0): HR 1.63 et IADL score 2-3 et 4 (référence 0-1): HR: 1.42 et 1.97, respectivement. **Conclusion:** Notre étude apporte des données épidémiologiques pertinentes et confirme les variables prédictives connues de l'institutionnalisation comme l'âge et la dépendance. De plus, en analyse multivariée, le facteur prédictif le plus significatif est la dénutrition. L'originalité réside dans l'analyse de plus de 2000 patients maintenus à domicile jusqu'à leur décès ou leur institutionnalisation.

#### **CO18. «fraXity»: une étude cas-témoin longitudinale visant à documenter la fragilité et la complexité des prises en charges à domicile dans le canton de Genève**

C Ludwig<sup>1</sup>, C Busnel<sup>2</sup>

(1. Professeure associée HES, Haute Ecole de Santé de Genève, HES-SO, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, Genève, Suisse; 2. Responsable de l'Unité Recherche & Développement, Institution genevoise de maintien à domicile, imad, Carouge, Suisse)

**Contexte:** Pour répondre aux besoins de santé de la population vieillissante, la Suisse a adopté une politique forte soutenant les soins à domicile. Dans ce contexte, les infirmiers en pratiques domiciliaires sont des acteurs-clés du repérage précoce des personnes

âgées fragiles et des situations de soins complexes. Cependant, ces professionnels demeurent insuffisamment outillés pour effectuer ce repérage en routine clinique. **Objectifs:** L'étude « fraXity », dont le devis est présenté dans cette communication, a pour objectif de pallier à ce manque par le développement d'indicateurs de fragilité et de complexité à partir de données collectées avec l'interRAI-HC, un instrument d'évaluation gériatrique standardisé utilisé en routine par les infirmiers à domicile pour identifier les besoins de santé et définir les plans de soins individualisés. **Méthodes:** « fraXity » est une étude observationnelle prospective « cas-témoin » visant un suivi longitudinal à 18 mois de 300 personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile dans le canton de Genève. Les participants sont répartis en trois groupes constitués en fonction de prestations formelles d'aides et/ou de soins à domicile qu'ils reçoivent. Durant l'étude, chaque participant reçoit trois évaluations de santé, effectuées à 6 mois d'intervalle par des infirmiers formés à l'interRAI-HC. A chaque occasion de mesure, un calendrier de vie est utilisé pour documenter les événements en santé. **Résultats:** Les indicateurs de fragilité et de complexité seront dérivés des données de santé issues de l'interRAI-HC, sous forme d'algorithmes qui seront évalués à l'aide d'analyses psychométriques. La valeur prédictive des indicateurs sera estimée en regard d'événements indésirables en santé documentés lors du suivi des participants. La comparaison des groupes permettra d'estimer les prévalences de fragilité et de complexité en fonction des risques d'événements indésirables en santé (hospitalisations, chutes, décès). **Conclusion:** L'étude « fraXity » devra contribuer à fournir au professionnels des soins à domicile des outils de repérage de personnes âgées fragiles et des situations de soins complexes. Les instruments seront accompagnés de guides d'analyse pour la pratique et de recommandations pour la prévention ciblée de la fragilité et de la complexité dans la pratique domiciliaire.

#### **CO19. Evaluations Gérontologiques Standardisées : étude comparative des évaluations initiales et réévaluations à un an réalisées au sein d'une commune**

C Berbon, M Soto, N Tavassoli, C Lafont, J de Kérimel, L Bouchon, S Augusto, C Lagourdette, N Daniaud  
(CHU Toulouse, Cité de la santé, Toulouse, France)

**Contexte:** Dans le cadre des activités «hors les murs», des infirmières du Gérontopôle se déplacent au sein de différentes communes de Toulouse Métropole. Pour l'une d'elle, l'action est suffisamment avancée pour permettre l'analyse comparative des évaluations initiales et des réévaluations à un an. Les 2 temps d'évaluations contiennent les mêmes échelles validées basées sur les dernières connaissances scientifiques. Ceci, permet de pouvoir réaliser une comparaison sur différents points : évolutions des performances physiques, de l'autonomie, de l'état cognitif etc. Ainsi, cette étude peut permettre d'affiner le continu des évaluations, les recommandations émises et le suivi proposé. **Objectifs:** Comparer les données d'évaluation au temps t0 et t+1an sur différents domaines ciblés. **Méthodes:** Les données sont extraites de la base de données régionales. Celles concernant la commune sont isolées. Les éléments comparés sont discutés par un comité scientifique pluridisciplinaire (membres de l'équipe régionale, médecin, chercheur). L'analyse et la comparaison entre les 2 temps seront effectuées avec le logiciel STATA permettant d'observer l'évolution des données sur 1 an. **Résultats:** 177 évaluations initiales et 97 réévaluations ont été réalisées dans cette commune. Les sujets ont initialement, une moyenne d'âge de 78 ans. Les données comparées

concernent les différents domaines de l'évaluation gérontologique standardisée : cognitif, nutritionnel, physique etc. Les résultats aux échelles utilisées sont des données quantitatives continues ou des variables catégorielles. **Conclusion:** Le recueil exhaustif des données d'évaluation permet une telle comparaison. Les évaluations initiales et les réévaluations à un an doivent comme ici être identiques dans leur contenu afin de permettre une comparaison pertinente. Les résultats peuvent permettre d'observer l'évolution des sujets et d'ajuster nos actions d'évaluation et de prise en charge.

### CO20. Acceptabilité et évaluation de la réalité virtuelle thérapeutique chez les personnes âgées fragiles

G Pisica Donose

(Hôpital Broca, Paris, France)

**Contexte:** La Réalité Virtuelle (RV) est une nouvelle technologie de simulation informatique visuelle, sonore, motrice et cognitive. Les personnes âgées en général, mais aussi ceux fragiles ou isolés peuvent bénéficier des technologies de RV et il existe déjà beaucoup de preuves en ce sens. Mais nous ne savons pas si cette nouvelle technologie est acceptée par cette population et quels systèmes sont les mieux adaptés. **Objectifs:** Déterminer l'acceptabilité des séances de RV par les personnes âgées, en fonction des différents technologies hardware et software et aussi leur satisfaction et tolérance. **Méthodes:** Nous avons testé chez 52 personnes âgées volontaires 4 casques de RV (PlayStationVR, Oculus Rift, HTC vive, Samsung Gear VR+Galaxy S7) et 9 différents types d'expériences pour un total de 68 séances de 5 à 10 min par séance. Nous avons observé le comportement des sujets pendant les sessions et évalué l'acceptabilité et la satisfaction des participants à l'aide d'un questionnaire à la fin de chaque séance. **Résultats:** Les participants (11H/41F) présentaient, tous un MMS>20 (moyenne 26,24), âge moyen 80,5 ans ; seul un patient sur les 52 a eu une expérience négative et 4 sessions ont été écartés pour des raisons techniques. Les données collectées chez les participants ont été réparties en 5 classes de 0 (neutre, médiocre) à 4 (très bien, excellent). Les résultats ont montré que le confort, le poids des casques ainsi que la qualité des écrans sont variables d'un système à l'autre sans différences significatives sur la perception des participants (moyennes entre 2,2 et 3,2). 68% des personnes âgées qui ont testé les systèmes de RV ont eu des appréciations positives et excellentes et moins de 10% d'expériences ont été qualifiées de médiocres ou d'une manière négative. **Conclusion:** Les personnes âgées fragiles qui ont testé la RV ont bien accepté ces expériences et ont été très satisfaites. Ils ont préféré les environnements les plus proches de réalité, de leur expérience de vie, où ils restent passifs, contemplatifs. Chaque type de casque possède des caractéristiques différentes, tous ont des atouts et des défauts et sous condition de proposer une expérience agréable tous les systèmes peuvent être utilisés.

## POSTERS

### P-1. Bien vieillir en France, à domicile comme en établissement

L Levasseur, A Westermann

(Bluelinea, Elancourt, France)

**Contexte:** Pour la première fois dans l'histoire de France, en 2030, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans. Les baby boomers auront alors plus de 80 ans et seront plus de

2 millions. Conscients de l'urgence sociale et économique que représente le vieillissement de la population, les politiques ont créé la filière Silver Economie en 2013 pour accompagner la mise en place de lois dédiées et structurer un marché d'entreprises dédiées aux seniors. En octobre 2018, la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a relancé une véritable dynamique autour de ce sujet, par le biais d'une grande concertation nationale portée par l'ambition suivante : mieux prendre soin de nos aînés. Accompagnement des personnes à domicile, adaptation des logements, amélioration de la qualité de vie en EHPAD, financement de la dépendance sont autant de sujets qui posent une question : comment bien vieillir en France, à domicile comme en établissement ? \*Sources : Insee, DRESS, Matières grises. **Objectifs:** Du fait des progrès en terme d'espérance de vie, le nombre de personnes de très grand âge et en perte d'autonomie va également croître fortement, offrant ainsi aux pouvoirs publics un défi majeur. Il est ainsi important de répondre aux nouveaux besoins liés à l'adaptation de la société au vieillissement de population, à savoir : • Anticiper en sachant s'intéresser à la prévention des fragilités. • Adapter les gérontechnologies aux personnes dépendantes. • Accompagner les aidants familiaux tout en assistant les soignants. S'inscrivant dans une perspective d'application de TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) au domaine de la santé, Bluelinea, par son expérience auprès de 25.000 particuliers et plus de 800 établissements de santé, cherche à développer des solutions innovantes répondant à de réels besoins. Les valeurs d'usage doivent primer. **Méthodes:** Convaincu que les nouveaux outils technologiques développés pour améliorer le quotidien des personnes en perte d'autonomie ne sauraient leur être parfaitement adaptés sans un service associé, Bluelinea a souhaité faire de BlueHomeCare une solution visant trois objectifs : • Le bien-être et la sécurité de la personne; • L'assistance aux soignants • L'accompagnement des aidants; Par cette offre, la société réussit l'association de technologies innovantes, fiables et performantes (objets connectés) avec un service de télésuivi 24h/24, 7j/7 (services connectés). **Résultats:** Afin de répondre à la mission que Bluelinea s'est fixé - prendre soin de vos parents et grands-parents, l'équipe adresse différentes populations de seniors et personnes dépendantes pour lesquelles des problématiques différentes se posent : Les jeunes seniors (Gamme Senior connecté) : • Définir les paramètres pertinents d'activité et de lien social; • Déterminer les signes précurseurs de stress ; La société accompagne aujourd'hui plus de 26.000 particuliers à domicile.; Les seniors fragilisés (Gamme Habitat connecté) : • Repousser la perte d'autonomie, en identifiant préalablement les leviers ; • Développer les outils permettant de préserver une bonne alimentation ; • Définir les paramètres et le suivi nécessaire pour conserver le lien social : aider les personnes âgées, dont la fonction sociale se réduit, à retrouver une utilité. La société a adapté plus de 300 lieux de vie en 2017. Les personnes en institut spécialisé (Établissement connecté) : • Favoriser le travail des soignants ; • Développer les outils permettant de géolocaliser un patient pour éviter les conséquences néfastes d'une fuite de l'établissement ; • Déterminer les caractéristiques techniques pertinentes permettant de prévenir l'errance et la dénutrition. La société équipe plus de 800 établissements de santé en 2017. **Conclusion:** Cette démarche s'est inscrite au cœur d'un projet d'innovation technologique et sociale : développer la première offre d'EHPAD à domicile, véritable alternative aux solutions existantes préconisant d'être uniquement dans son logement ou dans un établissement de santé, sans créer de passerelles entre ces deux « mondes ». L'enjeu est de répondre aux besoins d'un public particulier tout en créant un nouveau type d'offres: - Les

séniors en perte d'autonomie (EHPAD à domicile) : • Ralentir la perte d'autonomie ; • Développer une infrastructure ouverte et évolutive de prise en charge d'un patient ou d'une personne en perte d'autonomie à son domicile ; • Développer des dispositifs de prise d'auto-mesure au quotidien et à domicile ; • Favoriser l'accès des personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives ou tout simplement d'arthrose à des programmes adaptés autour de la pratique d'un sport (bénéfique autant pour le corps que pour le mental) ; • Chercher les moyens nécessaires pour que les personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives gardent le plus longtemps conscience de leur alimentation et puissent même la choisir ; • Développer des outils permettant de rétablir le lien social perdu et surtout un sentiment d'utilité au sein de l'entourage ; Tous les services de l'EHPAD seront désormais pensés pour une prise en charge globale sur le long terme au domicile de ce nouveau type de résidents. Les EHPAD seront donc un acteur incontournable dans le parcours de soin d'une personne âgée. Le projet innovant d'EHPAD à domicile repose sur un savoir-faire gériatrique et un savoir-faire technologique qui va permettre de répondre à une prise en charge à domicile tout en restant connecté avec l'EHPAD. Ce projet répond à une demande sociétale : près de 90% des personnes souhaitent vieillir à domicile.

### **P-2. Impact d'un quick audit répété sur la prescription d'antibiotiques en court séjour gériatrique**

N Raulet, S Diamantis, M Dinia, R Ondzie, G Ambime, M Jager  
(Groupe Hospitalier, Sud Ile de France, Court séjour gériatrique, Melun, France)

**Contexte:** La prescription d'antibiotiques est très importante et souvent inadaptée chez les personnes âgées. L'amélioration du bon usage des antibiotiques est un enjeu de santé publique afin de réduire les résistances. **Objectifs:** Nous avons étudié l'impact d'un « quick audit » répété sur la consommation d'antibiotiques en court séjour gériatrique à l'Hôpital de Melun, France. **Méthodes:** Six audits menés par un binôme gériatre/infectiologue ont été réalisés en 2017 dans le service. A chaque audit, des données sur le nombre de patients sous antibiotiques étaient relevées, la conformité des prescriptions d'antibiotiques aux recommandations était vérifiée et une restitution était effectuée auprès des prescripteurs. Une comparaison de la consommation d'antibiotiques dans le service entre 2016 et 2017 a été effectuée. **Résultats:** La consommation globale d'antibiotiques a diminué de 9,34% entre 2016 et 2017. Au fil des audits, le nombre de patient sous antibiotiques était stable. Une baisse s'observe chez les patients sous céphalosporines de 3e génération. La conformité des prescriptions avec les recommandations était globalement bonne, sans évolution au fil des audits. **Conclusion:** La consommation globale et ciblée d'antibiotiques a diminué dans le service de court séjour gériatrique. L'impact du quick audit n'est pas certain sans autres études, mais les relations nouées entre les gériatres et les infectiologues, ainsi que les restitutions aux prescripteurs semblent être très contributives au bon usage des antibiotiques.

### **P-3. Filière ostéoporose chez les plus de 70 ans: l'expérience marseillaise**

B Mugnier, T Gonzalvez, S Doddoli, AL Couderc, P Caunes, A Amrani, P Levêque, B Mizzi, P Villani  
(Hôpital de sainte Marguerite, Marseille, France)

**Contexte:** Malgré l'existence de recommandations précises et de traitements appropriés, la prise en charge de l'ostéoporose demeure très insuffisante. Les structures de type « Fracture Liaison Service » (FLS) sont actuellement considérées comme l'intervention secondaire la plus efficace dans ce cadre mais peu d'entre elles sont spécifiquement conçues pour les plus âgés. **Objectifs:** Notre objectif est d'évaluer l'efficacité d'un programme de type FLS chez les plus de 70 ans. **Méthodes:** Une structure FLS a été mise en place dans le service de Gériatrie de l'hôpital Sainte Marguerite, Marseille. Le plan de prise en charge conçu sur une année consiste à effectuer un bilan de fragilité osseuse, à débiter un traitement anti-ostéoporotique et à réaliser une évaluation gériatrique aboutissant à l'élaboration d'un plan d'intervention personnalisé. Les taux d'initiation et de persistance du traitement anti-ostéoporotique, le taux de refracture ont été évalués à 6, 12 et 30 mois. **Résultats:** 254 patients (âge moyen : 82.9 ans) ont été inclus de 2013 à 2018, le plus souvent dans les suites d'une fracture fémorale. Près de 60% d'entre eux avaient présenté une fracture antérieure à celle justifiant l'inclusion dans la filière mais seulement 15% avaient reçu un traitement anti-ostéoporotique illustrant l'insuffisance des mesures mises en oeuvre dans ce domaine. La prise en charge structurée a permis d'initier un traitement chez 74% des patients (bisphosphonates IV : 50%, bisphosphonates oraux: 28%, denosumab : 17%). La persistance sous bisphosphonates oraux et denosumab était de 90 % à un an, de 48% et 57% respectivement à 2.5 ans. La persistance sous acide zolédronique était de 54% à 2.5 ans. Dans notre cohorte le taux de refracture à un an (17.2%) n'était pas différent avec ou sans traitement anti-ostéoporotique. A 2.5 ans, on observait une tendance à une réduction de ce taux dans le groupe traité (7.5% versus 16.6%). **Conclusion:** Nos observations confirment les résultats obtenus dans des cohortes moins âgées : une prise en charge structurée, de type FLS, permet d'augmenter le taux d'initiation et de persistance des traitements anti-ostéoporotiques en prévention secondaire. Le bénéfice sur le taux de refracture est par contre moins évident.

### **P-4. Study of the levels of processing in Language production in bilingual patients with Alzheimer's disease from early to medium stage**

S Sahaoui  
(Université de Mons, Erpe-Mere, Belgium)

**Contexte:** La capacité à conserver une bonne maîtrise simultanée de deux langues diminue avec l'avancée en âge, ce déclin se trouvant plus marqué chez les bilingues souffrant de la maladie d'Alzheimer (MA). En effet, le déficit langagier constitue la perturbation la plus fréquente après les troubles de la mémoire dans la sémiologie de la MA. En conséquence, un repérage des niveaux de traitement de l'information langagière perturbés chez les patients MA permettrait de relever des variables pertinentes pour caractériser le vieillissement linguistique pathologique de type Alzheimer. Cette étude constitue l'un des premiers travaux concernant la sémiologie linguistique de la MA chez les patients bilingues à partir d'une analyse du discours oral en langue française et en langue arabe. **Objectifs:** La présente étude vise à localiser les niveaux de

traitement de l'information langagière perturbés chez des patients bilingues souffrant de la maladie d'Alzheimer (phonologique, grammaticale et sémantique), sur la base d'une analyse du discours de 120 participants, dont 60 patients MA bilingues et de 60 bilingues sains. **Méthodes:** Afin d'étudier l'impact de la maladie d'Alzheimer sur les niveaux de traitements de l'information langagière, on a recouru à la méthode causale comparative pour mener une comparaison entre les discours oraux des patients bilingues MA et les discours oraux des personnes âgées sains. Cette méthode permet de comparer deux ou plusieurs groupes sur une ou plusieurs variables dans le but de générer des hypothèses causales concernant les différences de groupe. **Résultats:** Les résultats montrent une perturbation sémantique en langue maternelle (L1). En revanche, le niveau grammatical semble plutôt touché dans la langue seconde (L2), et relativement épargné dans la L1. Les résultats de la présente étude montrent une présence d'un déficit de traitement de l'information langagière au niveau sémantique de la L1 et confirment une perturbation de certains aspects sémantique : la procédure fondée sur les implications lexicales des termes et la continuité. Ceci correspond avec les résultats de Salvatierra, Rosselli Acevedo et Duara, Gómez-Ruiz, Aguilar-Alonso et Espasac et Costa et al., qui révèlent que la détérioration linguistique causée par MA affecte les aspects sémantiques, notamment avec les résultats de l'étude de Gollan, Salmon, Montoya, et de Pena qui considère la langue dominante (l'arabe L1) est plus sensible à cette maladie. Les résultats de cette étude ont montré une absence de différences au niveau des aspects grammaticaux en ce qui concerne la L1 (l'arabe) et une présence de différences significatives au niveau de la procédure fondée sur les implications lexicales des termes et la continuité. En revanche, d'autres sous-systèmes sémantiques paraissent résistants à la MA comme la présence de deux messages successifs qui partagent un sens commun, la répétition d'un terme ou la reprise d'un nom par un pronom, tandis qu'au niveau de la L2 (le français), les résultats montrent des différences significatives au niveau grammatical et une absence de différences significatives au niveau sémantique. Selon les résultats des mesures de l'aspect grammatical dans cette étude (connecteurs, anaphores, déictiques), la capacité syntaxique semble épargnée par la MA dans la L1. Ceci correspond aux résultats obtenus par Tran et al. et Grossman et al. qui montrent que la production des patients MA n'est pas de type agrammatique et que les aptitudes phonologiques et syntaxiques seraient épargnées plus longtemps par le processus neurodégénératif. En revanche, les résultats obtenus sur les mesures du même aspect dans la L2 montrent un dysfonctionnement des déictiques et des connecteurs. Les observations des résultats montrent un usage abondant des anaphores dans les corpus des bilingues MA en comparaison avec les corpus des bilingues sains, ce qui correspond aux résultats obtenus par Canicla et Giannin, qui caractérisent le discours de MA par l'emploi surabondant des anaphores. En effet, cette surabondance serait le marqueur des difficultés d'identification du référent et à garder une trace du référent visé. **Conclusion:** 1. Un déclin sémantique dans la (L1) : La Langue dominante est plus sensible à la MA. 2. Les structures grammaticales de même type ne s'affectent pas à la même fréquence dans les deux langues dans la MA. 3. L'aspect grammatical de la (L1) résiste mieux que celui de la (L2). 4. Nous postulons que l'aspect grammatical de la L1 résiste mieux car il dépend de la mémoire procédurale, préservée dans la MA. En revanche, les dimensions grammaticales de la L2 et sémantique de la L1 seraient perturbés car relevant de la mémoire déclarative, précocement altérée. Les résultats obtenus dans les deux langues montrent que la L1 est plus résistante aux effets de la

MA que la L2 au niveau grammatical. En effet, les structures syntaxiques de même type ne sont pas affectées à la même fréquence dans les deux langues chez un bilingue. Ceci correspond aux deux premières hypothèses discutées dans le modèle d'attrition des langues de Yoshitomi reliés à l'acquisition et à l'oubli d'un langage: la relation inverse (mieux appris, mieux retenu), et l'ordre inverse (dernier appris, premier oublié), autrement dit, l'attrition se fait en ordre inverse par rapport à l'apprentissage. La résistance de certains aspects langagiers alors que d'autres aspects soient affectés par la maladie pourraient être expliqués par l'association entre les perspectives de Paradis et d'Ullman du modèle procédural/déclaratif et les résultats des travaux récents sur l'effet de la MA sur la mémoire. Le modèle procédural / déclarative suggère que le lexique des deux langues (L1 et L2) est stocké dans la mémoire déclarative chez tous les bilingues alors que la grammaire dépend de la mémoire procédurale pour la L1 et en mémoire déclarative pour la L2 (voir l'illustration 1). Or, s'ajoute à cela les conclusions des recherches de Butters et al. ; Hodges et Patterson ; Graham, Patterson et Hodges ; Graham, Emery & Hodges ; Eustache et al. sur les troubles de mémoire dans la MA, qui montrent que la mémoire procédurale est relativement résistante à la MA, alors que les systèmes de mémoire déclarative sont précocement perturbés dans la MA. Le niveau grammatical de la L1 chez les MA bilingues résiste mieux parce qu'il dépendrait dès lors de la mémoire procédurale, relativement résistante à la MA. En revanche, il est perturbé dans la L2 chez les bilingues tardifs, parce qu'il dépend de la mémoire déclarative, précocement perturbée chez les patients MA. Le déclin de certains aspects du niveau sémantique de la L1 (la procédure fondée sur les implications lexicales des termes et la continuité) peut être expliqué par le fait que le lexique est stocké dans la mémoire déclarative (la mémoire épisodique et la mémoire sémantique) chez tous les bilingues. En outre les résultats obtenus en L1 confirment l'idée de Schwartz et al. (1979) qui suggèrent que les déficits multifocaux engendrés par l'effet de la MA affectent les systèmes dont l'organisation fonctionnelle est diffuse (niveau sémantique), tandis que les opérations modularisées soit mieux préservées (niveau phonologique et niveau grammatical). Les résultats de la présente étude correspondent aux résultats obtenus par Emery, qui montrent que l'apparition progressive de certaines altérations linguistiques peut servir de marqueur de l'évolution de la maladie en indiquant de façon indirecte le degré de sévérité. Les observations récoltées lors des passations avec les sujets MA montrent l'importance du comportement flexible du thérapeute pour que les patients Alzheimer soient fonctionnels et donnent une bonne interaction. À cet égard Berrewaerts, Hupet et Feyereisen, précisent que les malades Alzheimer ont besoin de plus de temps pour prendre leur tour de parole et qu'ainsi leurs interlocuteurs doivent leur en laisser suffisamment pour qu'ils soient fonctionnels. Hamilton, souligne également l'importance du rôle de l'interlocuteur pour une interaction adéquate et efficace avec les patients atteints de la MA. Enfin, on peut affirmer les suggestions de Randal qui suggère que l'analyse du discours spontané est une mesure hautement sensible pour différencier le vieillissement langagière normal et pathologique.

### **P-5. Dénutrition chez les personnes âgées en zone urbaine Camerounaise et risques associés**

G Mabiama, A Lorraine Eyenga Ndong, V Priscille Nguimba (ENSET-Université de Douala, Cameroon)

**Contexte:** Le vieillissement s'accompagne d'une dégradation physiologique importante du corps. C'est ainsi qu'un cercle vicieux se met en place, avec les problèmes nutritionnels (sarcopénie, ostéoporose, altérations des capacités digestives, altération de la dentition, troubles des sens, altération de la tolérance au glucose, problèmes hydriques) liés à la physiologie du vieillissement et qui contribuent de façon détournée à l'accélérer et à conduire à la dénutrition. Cette dénutrition chez les personnes âgées est estimée en ailleurs à 4-10% à domicile, 14-40% en institution et 30-70% à l'hôpital. Qu'en est-il du Cameroun ? **Objectifs:** L'objectif de ce travail est d'évaluer la dénutrition ainsi que des facteurs associés chez les personnes âgées (PA) en zone urbaine au Cameroun. **Méthodes:** Un échantillon de 384 PA (âge ≥ 65 ans) consentantes, membres de la mutuelle des personnes âgées du Cameroun (MUPAC) a été soumis au MNA. Si le résultat était égal ou inférieur à 11, le questionnaire était complété pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel. Les données collectées ont été analysées par SPSS 20.0. La marge d'erreur est de 5% et le niveau de précision de 95%. **Résultats:** Il ressort des données collectées et des analyses effectuées que la presque totalité des PA (98%) présente un score de dépistage (MNA-Court), 11 caractérisant soit un risque de dénutrition ou une dénutrition avérée. Il est observé une corrélation forte ( $R=0,954$  ; 95%) entre la perte d'appétit, de poids, de motricité, les maladies aiguës et les problèmes neuropsychologiques. De plus, la dénutrition semble plus marquée chez les femmes que chez les hommes ( $p<0,05$ ). Du MNA-Long, il ressort que la dénutrition (70%) semble associée à la fragilité (15%), un affaiblissement/asthénie (35%), et aux infections (45%). Cette dénutrition serait corrélée ( $R=0,930$  ; 95%) au mode de vie, à la médication, au nombre et à la qualité des repas. **Conclusion:** La dénutrition est présente chez les personnes âgées en zone urbaine camerounaise et associée à la fragilité, à l'affaiblissement et aux infections.

### **P-6. Cafés Ateliers Autonomie pour le Bien Vieillir à domicile: une action innovante de prévention collective de la perte d'autonomie par l'UPS AV (Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillessement, CHU de Limoges)**

P Jaglin<sup>1</sup>, C Chaumont<sup>1</sup>, J Trimouillas<sup>1</sup>, C Roux<sup>1</sup>, K Lemasson<sup>1</sup>, S Baudu<sup>1,2</sup>, M Charenton-Blavignac<sup>1</sup>, N Cardinaud<sup>1</sup>, A Tchalla<sup>1,2,3,4</sup>  
(1. Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement, médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges; 2. Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges; 3. EA 6310 HAVAE Université de Limoges, Limoges; 4. Université de Limoges, Limoges)

**Contexte:** L'isolement social augmente avec l'âge et représente un facteur de risque de perte d'autonomie et de fragilité, elles-mêmes décrites comme des enjeux de santé publique. Les Cafés Ateliers Autonomie de l'UPS AV proposent des actions collectives de prévention pour favoriser le lien social et lutter contre la perte d'autonomie de la personne âgée à domicile. Ces ateliers innovants, animés dans des cafés par un binôme de professionnels gérontologues, soutiennent la personne âgée dans sa position d'actrice et d'auteur de son Bien-Vieillir. **Objectifs:** Evaluer l'impact de cette action sur : la dimension clinique (thymie,

estime de soi, performances physiques, fragilité, perception de sa propre santé, qualité de vie, autonomie, cognition), le sentiment d'isolement social, la satisfaction des participants. **Méthodes:** Population étudiée : personnes de 65 ans et plus, polyathologique, ou de plus de 75 ans suivies à domicile par l'UPS AV ou proposées par le Conseil Départemental 87 (N=40), réparties en quatre groupes se réunissant une fois par mois pendant 10 mois. Chaque participant ( $GIR>4$  ;  $MMS>20$  ; score d'isolement $>2$ ) a bénéficié d'une Evaluation Gériatrique Globale (EGG) avant le premier atelier (V1) puis à 5 (V2) et 10 mois (V3). Une analyse comparative des critères de l'EGG entre V1, V2 et V3 est effectuée. **Résultats:** Les résultats montrent une amélioration du sentiment d'isolement social chez 53% des participants et de l'estime de soi chez 72% d'entre eux, la faisant passer de faible à moyenne. L'autonomie, la cognition, la thymie et les capacités physiques sont conservées. La qualité de vie est préservée voire améliorée pour 63.6% des participants. 77.4% des participants sont très satisfaits de l'action, 100% souhaitent la poursuivre et 30% ont de nouveaux projets (adhésion club de gym, davantage de sorties, téléalarme). **Conclusion:** Cette étude pilote confirme la nécessité de mettre en place des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie. Ces ateliers initient une dynamique individuelle vers davantage de lien social, et représentent un tremplin vers les activités du territoire. Cibler une population pré-fragile et anticiper les relais avec les territoires sont autant de pistes proposées par l'UPS AV pour poursuivre les Cafés Ateliers afin de valider l'action sur un plus grand échantillon dans un objectif de déploiement futur.

### **P-7. L'Équipe Mobile d'Évaluation à Domicile (EMED), un dispositif gérontologique normand de prise en charge à domicile de la personne âgée fragile**

E Outmghart, M Toufflet, M Berard, C Villain (CHU de Rouen, France)

**Contexte:** Depuis 2012, au CHU de Rouen, une équipe mobile (infirmier et gériatre) réalise des évaluations gérontologiques à domicile en collaboration avec les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination). Elle permet le repérage précoce de la fragilité de la personne âgée, une évaluation médico-sociale et sanitaire à domicile, un accompagnement dans le parcours de vie et de soins. Cette équipe est adossée au territoire de la MAIA Rouen-Rouvray. **Objectifs:** Les objectifs de ce dispositif sont de prévenir les situations de crise en repérant la fragilité, de répondre aux situations complexes rencontrées au domicile, d'élaborer un plan d'actions adapté en réponse, d'éviter les hospitalisations inadéquates et en urgence, de favoriser les admissions directes en hospitalisation et l'accès aux consultations spécialisées et de faciliter le retour à domicile en coordination avec les professionnels du domicile. **Méthodes:** L'évaluation gérontologique multidimensionnelle est réalisée par un infirmier en milieu de vie sur sollicitation des CLIC après évaluation sociale. Des synthèses entre le CLIC et l'EMED visent à présenter l'évaluation sociale et infirmière au gériatre avec possibilité d'un complément d'évaluation à domicile par le gériatre après accord du médecin traitant. Un plan d'accompagnement médico-social et sanitaire adapté et individualisé, validé avec la personne âgée et/ou son entourage est rédigé et envoyé au médecin traitant. Un suivi du plan d'aide et la coordination du parcours de soins sont proposés. Cet accompagnement repose sur la pluridisciplinarité et s'appuie sur le réseau de soins primaires. Ce dispositif sera illustré par un cas concret dans le poster. **Résultats:** Maintien ou amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie

au domicile: retour à la robustesse et prévention du risque de dépendance, préservation et/ou accroissement du lien social. Diminution du nombre d'hospitalisations et du mésusage du recours aux urgences (Les hospitalisations programmées correspondent à 4% des orientations proposées). Coordination optimisée des acteurs du champ médico-social et sanitaire à domicile. Optimisation des relations ville/hôpital avec fluidification du parcours de vie et de soins. Constante augmentation de la demande d'évaluation. **Conclusion:** Un dispositif de maintien à domicile centré sur le réseau de soins primaires. L'accompagnement conjoint entre travailleurs médicaux-sociaux et sanitaires favorise le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie à domicile ainsi qu'une optimisation du parcours de soins.

#### **P-8. Etat confusionnel aigu : Optimisation de l'offre en soins infirmiers aux seniors hospitalisés**

H Girard, C Gomes da Rocha

(*Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland*)

**Contexte:** L'état confusionnel aigu (ECA) toucherait 50% des seniors (Inouye, Westendorp et al., 2014) et particulièrement ceux hospitalisés en soins aigus (Inouye, Westendorp et al., 2014). L'ECA a des répercussions directes sur les seniors, telles que l'amplification du syndrome de fragilité, le déclin fonctionnel, l'institutionnalisation et le décès précoce. Mais il a également un impact sur les soignants avec une augmentation de la durée des séjours hospitaliers et de leur charge de travail (Andrew et al., 2006; Cole et al., 2012; Young et Inouye, 2007) Dans 30% à 40% des situations, l'ECA peut être évité par des interventions infirmières, telles que la réafférentation et la mobilisation précoce (Inouye, Westendorp & Saczynski, 2014; Siddiqi, Harrison et al. 2016). **Objectifs:** Optimiser l'offre en soins infirmiers aux seniors hospitalisés dans la prévention, dépistage et résolution de l'état confusionnel aigu par grâce à une formation adaptée. **Méthodes:** Avec le soutien de la Directions des soins et du Centre des formations du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), deux infirmières cliniciennes spécialisées en gériatrie ont créé une formation permettant d'optimiser l'offre en soins aux seniors hospitalisés. Cette formation est centrée sur le rôle autonome de l'infirmière dans la prévention, le dépistage et la résolution de l'ECA. Elle comprend une partie théorique mais également du travail en groupe sur des vignettes et vidéos. Dans un objectif de transfert des connaissances dans l'activité clinique, les participants sont amenés à tester dans leurs lieux de pratique les différents outils présentés en cours, en rapportant leur expérience lors de la 2ème journée de formation. **Résultats:** Depuis la mise en place de la formation, deux sessions par an ont été ouvertes aux collaborateurs du CHUV. Toutes les sessions ont été complètes. La satisfaction des participants montre que les objectifs du cours correspondent à leurs besoins, et qu'elle leur a permis d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, pouvant être directement appliquées dans leur pratique. **Conclusion:** Les infirmières doivent adapter leur offre en soins aux besoins de la population âgée. La formation, axée sur les réalités cliniques, semble être un outil permettant d'optimiser les connaissances et compétences de ces professionnels.

#### **P-9. Une collaboration entre l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV) et le Service Départemental d'Incendie et de Secours de la Haute-Vienne (SDIS 87) pour repérer les patients âgés fragiles chuteurs à domicile**

N Cardinaud, C Chanadeau-Branthome, E Tran, K Lemasson, P Jaglin, C Chaumont, J Trimouillas, S Baudu, T Combal, J Tharreau, N Pellegrin, S Turle, A Tchalla  
(*CHU Limoges, Limoges, France*)

**Contexte:** La fréquence des chutes augmente avec l'âge et le vieillissement de la population. 50 % des personnes âgées ont un risque de récurrence. 40 % des personnes âgées hospitalisées pour chute sont orientés vers une institution. L'expérience d'une chute fragilise la personne âgée. Elle peut bouleverser sa vie et être le premier signe d'alerte de la perte d'autonomie. Les sapeurs-pompiers sont souvent sollicités pour des relevages au domicile, avec en 2016, 2534 interventions. Depuis 2009, l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV) du CHU de Limoges, équipe mobile pluridisciplinaire, a pour mission principale de repérer les personnes âgées fragiles à domicile et de proposer des mesures afin de prévenir la perte d'autonomie. **Objectifs:** Repérer les personnes âgées de 65 ans et plus fragiles qui ont chuté à domicile sur la Haute-Vienne. **Méthodes:** Création d'une collaboration entre l'UPSAV du CHU de Limoges et le SDIS 87. **Résultats:** A chaque intervention pour un relevage à domicile d'une personne âgée de 65 ans et plus, les sapeurs-pompiers complètent une grille de repérage de la fragilité. Le fait de cocher au moins un oui indique une probable fragilité. Il sera alors proposé à la personne âgée ou à son aidant, une évaluation gériatrique globale à domicile par l'UPSAV. Avec l'accord de la personne ou de son aidant, le SDIS 87 communique ses coordonnées au secrétariat de l'UPSAV qui prend alors RDV pour une évaluation. **Conclusion:** Nous espérons que cette collaboration permettra de repérer précocement les personnes âgées fragiles chuteuses afin de mettre en place un plan de prévention personnalisé de soin et de favoriser un maintien à domicile sécuritaire. Avec la correction des différents facteurs de risque de chute, il est attendu une diminution du taux de rechute et des hospitalisations non programmées.

#### **P-10. Mise en place d'une démarche de repérage des fragilités à domicile sur le territoire Limoges Centre Haute-Vienne et Nord Haute-Vienne**

N Cardinaud, S Baudu, A Tchalla

(*CHU Limoges, Limoges, France*)

**Contexte:** Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation de la fragilité, premier signe d'un risque de rupture d'autonomie. A partir de 65 ans, 40 % des personnes présentent des signes de fragilité qui peuvent entraîner la dépendance. Toutefois, si elle est dépistée précocement, cette fragilité est réversible. Afin de favoriser le bien vieillir, les pouvoirs publics encouragent les professionnels de santé à repérer cette fragilité à domicile. C'est dans ce contexte que les MAIA Limoges Centre Haute-Vienne et Nord Haute-Vienne avec le soutien du Conseil Départemental se sont engagées dans une démarche de travail partenarial afin de mettre en place un dispositif pour mieux repérer ces situations de fragilité à domicile. Associée à cette démarche, l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV) du CHU de Limoges est une équipe pluridisciplinaire qui se déplace à domicile sur la Haute-Vienne pour réaliser une évaluation gériatrique globale auprès

des personnes âgées de 65 ans et plus polypathologiques afin de prévenir la rupture d'autonomie. **Objectifs:** Repérer précocement les personnes âgées de 65 ans et plus fragiles à domicile. **Méthodes:** Elaboration d'un groupe de travail au sein des 2 territoires constitué de professionnels de santé libéraux et hospitaliers, acteurs sociaux du conseil départemental, MAIA, caisses de retraite, représentants SAD, SSIAD, EHPAD, association des usagers. **Résultats:** La démarche de repérage précoce concerne les personnes âgées de 65 ans et plus, indemnes de maladie évolutive à court terme, présentant une légère perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne. Lorsqu'une personne âgée est suspectée fragile par un professionnel de santé (infirmier, masseur-kiné, pharmacien), il complète une fiche de liaison qui est adressée au médecin traitant. Ce dernier remplit la grille de repérage des fragilités. Si un oui est coché et si le médecin ressent son patient fragile, il propose une évaluation à domicile par l'UPSAV. **Conclusion:** La mise en place de cette démarche auprès des professionnels libéraux de proximité permettra de repérer précocement les personnes âgées fragiles, mettre en place précocement des mesures préventives afin d'éviter la perte d'autonomie, favoriser le bien vieillir et le maintien à domicile. Ces travaux ont vocation à être étendus à l'échelle départementale.

#### **P-11. Spécificités dans la prise en charge des patients porteurs de Bactérie Hautement Résistante (BHR) hospitalisés en Gériatrie dans le cadre d'une épidémie à Entérobactérie Résistante à la Vancomycine (ERV)**

A O'Mahony Billet, S Teixeira  
(Hôpital Vaugirard, Paris, France)

**Contexte:** La résistance des bactéries aux antibiotiques est un problème de santé publique. Depuis quelques années, les épidémies à Bactéries Hautement Résistantes Emergentes (BHR) se multiplient en France. Nous avons constaté que les épidémies sont plus fréquentes dans les services de Soins de Suites et de Rééducation (SSR) que dans les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). **Objectifs:** L'objectif de notre travail est d'analyser et de décrire les facteurs associés au risque de portage BHR dans un service hospitalier de SSR gériatrique. **Méthodes:** Nous avons mené une étude épidémiologique monocentrique à l'Hôpital Vaugirard (Paris) dans une unité mixte SSR-MCO gériatrique dans le cadre d'une épidémie à Entérobactérie Résistante à la Vancomycine (ERV) de découverte fortuite au printemps 2018. Nous avons repris l'historique de l'épidémie avec la chronologie de l'apparition de tous les nouveaux cas. Nous avons ensuite analysé l'organisation des soins puis les dossiers de tous les patients présents dans cette unité mixte (10 lits UGA – 30 lits SSR polyvalent), à travers plusieurs critères gériatriques. **Résultats:** 44 patients ont été inclus dans l'étude : 8 cas de patients porteurs de l'ERV dont 7 cas secondaires (7 en SSR et 1 en UGA) et 36 patients contacts (25 en SSR et 11 en UGA). Les cas étaient regroupés dans un même secteur géographique. Les porteurs ERV étaient plus dénutris, plus agités que les contacts, avaient une mortalité plus importante, et avaient tous pris des antibiotiques dans les jours précédant la positivité de leur écouvillonnage rectal. La mise en place de secteurs dédiés, les formations répétées auprès des soignants, et une meilleure hygiène des mains ont permis un contrôle de l'épidémie. **Conclusion:** Les patients gériatriques sont une population à risque de portage à ERV du fait de leur hospitalisation longue, de leur fragilité et de leur dépendance. Le respect strict des mesures de précaution et d'isolement pour les patients contacts ou porteurs est

indispensable pour prévenir les épidémies de germes BHR, car le contrôle d'une épidémie avérée à BHR s'accompagne d'un coût financier important pour un service de soins.

#### **P-12. Fragilité des personnes âgées: Barrières architecturales dans les bâtiments sportifs et culturels**

C Simoes da Silva, MM Martins, RS Pereira (Portugal)  
(École d'infirmières à Porto, Porto, Portugal)

**Contexte:** Les personnes âgées sont fréquemment confrontées à des barrières architecturales qui sont dues à une perte de mobilité qui fait partie du processus de vieillesse, cela ne leur permet pas d'avoir une vie saine en pratiquant une activité sportive et en développant ses hobbies devenant alors un facteur de fragilité. Dans ce contexte, l'infirmière en réadaptation doit aider la personne à évaluer l'environnement et conseiller les lieux appropriés pour l'intégrer dans la famille / la communauté. **Objectifs:** Analyser les conditions d'accessibilité des sites sportifs et culturels et comprendre si l'environnement architectural de ces lieux peut accueillir les personnes de plus de 65 ans à mobilité réduite. **Méthodes:** Étude quantitative et descriptive, transversale. L'univers est constitué des bâtiments culturels, des bâtiments sportifs et des installations sanitaires dans une municipalité du nord du Portugal fréquentée par des personnes de plus de 65 ans et à mobilité réduite. L'instrument de collecte de données est une grille d'observation des conditions d'accessibilité construite à partir de la législation en vigueur. **Résultats:** Nous avons vérifié que le trajet menant à la porte d'entrée était facilement accessible à 14.3% et à part égale dans le trajet menant à la zone de service effective de ce bâtiment, que seulement 57.1% des couloirs avaient une largeur min. de 90cm et en ce qui concerne la hauteur des mains courantes, 38.1% d'entre elles ne se trouvaient pas à une hauteur du sol comprise entre 85 et 90cm. Par rapport aux salles de bains, seulement 23,8% d'entre elles avaient un équipement d'alarme accessible. **Conclusion:** L'infirmière en réadaptation joue un rôle clé dans la sensibilisation du gouvernement local à la création de conditions favorables à l'exercice physique et aux loisirs tout au long de son cycle de vie, car il faut savoir quels bâtiments le permettent. Dans notre étude, il a été vérifié que la loi n'était pas appliquée dans plusieurs édifices et les plus accessibles étant les édifices destinés aux pratiques sportives.

#### **P-13. Etude descriptive de l'état bucco-dentaire des bénéficiaires d'un bilan de prévention médico-psycho-social dans les Centres de prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco**

M Folliguet, L Radoi, V Bataille, A Saint Laurent, F Martin  
(Fédération Agirc-Arrco, Paris, France)

**Contexte :** Les Centres de Prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco proposent des parcours de prévention, associant actions individuelles et collectives, aux retraités ou personnes actives de plus de 50 ans en situation de vulnérabilité. Le bilan individuel global avec un médecin gériatre et un psychologue s'appuyant sur un auto-questionnaire, conduit à prodiguer des conseils de prévention, visant à modifier les comportements en faveur de pratiques favorables à un vieillissement en santé. **Objectifs:** Cette étude se proposait de décrire l'état bucco-dentaire des bénéficiaires des bilans médico-psycho-sociaux des centres. **Méthodes:** Entre septembre et décembre 2017, 4567 personnes ont bénéficié d'une évaluation clinique orale. Les données suivantes ont été recueillies: nombre de dents absentes et non remplacées, tartre, plaque dentaire, caries, mobilités dentaires,

coefficient masticatoire. D'éventuelles corrélations entre des indicateurs oraux et médicaux ont été recherchées. **Résultats:** 30% des bénéficiaires présentaient du tartre, 16% de la plaque dentaire, 6% des mobilités dentaires, et 13% se plaignaient de saignements gingivaux ; 23% des bénéficiaires rapportaient une sensation de bouche sèche, avec des répercussions fonctionnelles pour 3% d'entre eux, et notamment en lien avec la prise de psychotropes. Le nombre de dents absentes était positivement corrélé avec l'indice de masse corporelle, mais pas avec la capacité à mordre et à mastiquer ressentie par les sujets. 4,3% des bénéficiaires avaient un coefficient masticatoire <40, nécessitant le remplacement rapide des dents absentes. **Conclusion:** Un facteur de risque bucco-dentaire a été retrouvé chez environ 1/3 des bénéficiaires des bilans médico-psycho-sociaux. La sensibilisation faite au cours de ces bilans constitue donc un levier important pour modifier les comportements en santé orale et éviter les complications liées à l'absence de dents..

#### **P-14. Expérience d'une équipe d'évaluation d'autonomie au domicile dans le cadre de la prévention et de la fragilité**

J Jafarbay<sup>1</sup>, G. Douet<sup>2</sup>

(1. Centre gérontologie, Les Abondances, France; 2. Boulogne Billancourt)

**Contexte:** Repérer les sujets âgés fragiles, identifier les causes et mettre en place des actions ciblées est un moyen de prévention de la perte d'autonomie et de l'aide pour maintien au domicile. **Objectif:** Evaluation de l'autonomie, la prévention et le dépistage des sujets âgés fragiles dans l'objectif du bien vieillir à domicile. **Méthodes:** Instaurée par la loi n° 2001\_647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Une équipe médico sociale, constituée d'un médecin gériatre et une infirmière du Clic a été mise en place pour les évaluations de l'autonomie par la grille AGGIR (autonomie gérontologie groupe iso ressource). C'est une démarche d'anticipation sur des problèmes d'ordre médical ou sociale. Elles permettent d'informer les personnes sur les aides pouvant améliorer leur maintien à domicile, de favoriser la prévention (chutes, dénutritions, ...) et d'orienter sur des prises en charges médicales précoces adaptés. Une évaluation du profil gériatrique et facteurs de risques a été réalisée avec la grille SEGA volet A. **Résultats:** 26 résidents ont été suivis depuis 3 ans, 70% : GIR 6, 11% : GIR 4 et 19% : GIR 5. 80% d'entre eux ont de 1 à 3 maladies, avec 4 à 5 médicaments par jour. Leur perception de leur santé par rapport à l'année précédente est souvent équivalente. La rencontre et un entretien dans leur milieu de vie donne l'opportunité de repérer des situations fragiles, améliorer leur suivi médical, faire la prévention de la dénutrition, des chutes,...). Nous constatons une diminution d'hospitalisation en urgence. Après un suivi de 3 ans, il Ya eu une seule institutionnalisation chez un patient poly-pathologique évolutif. **Conclusion:** Une visite au domicile par une équipe médico-sociale spécialisée en gériatrie est une étape essentielle dans la prévention et le repérage des sujets âgés fragiles. Ces types de visites permettent de repérer des résidents plus fragiles et de mettre en place des mesures de prévention médico-sociale. Elle intervient dans la qualité de maintien au domicile et dans la prévention d'institutionnalisation précoce.

#### **P-15. Relation entre usage de médicaments et fragilité en EHPAD**

L Gourdou, M Idrac

(EHPAD Le Pastel, Bessières, France)

**Contexte:** La fragilité en gériatrie définit la conséquence du déclin des fonctions physiologiques au cours du vieillissement. La détection et la prise en charge de la fragilité sont un moyen d'améliorer les parcours de soins des personnes âgées. L'adaptation et la simplification du traitement médicamenteux des résidents en font partie. **Objectifs:** L'objectif est : - de repérer une poly médication et l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez nos résidents associés et à l'origine de fragilité, - d'étudier la quantité des médicaments prescrits et la qualité de la prescription chez nos résidents. **Méthodes:** - La poly médication est définie par la prise d'au moins 5 médicaments; - La poly médication excessive est définie par la prise d'au moins 10 médicaments; - Les prescriptions potentiellement inappropriées (PPI) sont évaluées et sont définies selon la liste de LAROCHE. Les plus fréquemment incriminés sont les médicaments anti cholinergiques, les benzodiazépines et les anti inflammatoires non stéroïdiens. - Les critères de fragilité sont les critères de FRIED : \* épuisement; \* perte de 5% du poids en 1 mois; \* faiblesse musculaire; \* mobilité réduite; \* faible niveau d'activité physique. **Résultats:** Les résultats nous donnent et concernent : \* le nombre de résidents à l'EHPAD, \* le nombre de résidents avec 1, 2, 3, 4 ou 5 critères de fragilité, \* le nombre de résidents avec 5 médicaments, \* le nombre de résidents avec 10 médicaments, \* le nombre de résidents avec PPI. \* l'étude de la relation entre poly médication, PPI, nombre de critères de fragilité. **Conclusion:** Cette étude a démontré que la poly médication et certains médicaments potentiellement inappropriés sont associés aux critères de fragilité.

#### **P-16. Favoriser l'équilibre des aidants de personnes âgées en perte d'autonomie : Le case management comme méthode d'accompagnement**

C Dauvel, T Merel, M-L Kuhnel

(Mutualité Française Centre-Val de Loire, Blois; Université François Rabelais de Tours, France)

**Contexte:** Actuellement, la place identifiée pour l'aidant auprès de la personne souffrant de maladie neurodégénérative peut être perçue comme au détriment de son individualité propre. La HAS préconise qu'aider l'aidant ne veut pas nécessairement dire «l'aider à aider», mais également l'aider dans ses difficultés, l'aider à développer et optimiser ses propres ressources. **Objectifs:** Accompagner individuellement les aidants identifiés comme n'ayant aucun ou peu de répit et ne trouvant pas d'équilibre entre leur rôle dans la relation d'aide et leur vie personnelle. Mettre en oeuvre les projets souhaités par l'aidant en s'appuyant sur ses ressources et celles du territoire pour aller vers cet équilibre recherché. **Méthodes:** Une évaluation est réalisée sur un dispositif de case management auprès de 12 aidants de personnes âgées en perte d'autonomie du Loir-et-Cher. L'orientation vers le case manager se fait par les professionnels de santé et du social. **Résultats:** Sur 12 aidants, 8 sont conjoints, 3 enfants et 1 petit-enfant. 3 sont en épuisement léger à modéré, 6 en modéré à sévère, 3 en sévère (mini Zarit). Ils utilisent tous les SAAD, 3 les accueils de jour et les SSIAD. Les souhaits exprimés par les aidants concernant l'évolution de leur situation portent sur : - Avoir du temps pour soi (pour 7/12); - Avoir un appui dans l'aide au quotidien (pour 6/12); Pour faciliter leur quotidien, l'accompagnement leur a permis de s'appuyer sur : - L'hébergement

temporaire (3/12); - Des heures supplémentaires de SAAD (2/12); - Le SSIAD, l'Equipe Mobile Alzheimer, les vacances répit (1/12). **Conclusion:** Les aidants rencontrés ne souhaitent pas être considérés comme des personnes épuisées mais avec des capacités et des potentialités pour accompagner leur proche. Le dispositif permet d'expérimenter le case management en s'appuyant sur les besoins et ressources de l'aidant afin de faire évoluer leur situation et trouver un meilleur équilibre. Les premiers accompagnements permettent la mise en place de réponses concrètes construites par l'aidant, dans un objectif de mieux-être, avec le soutien du case manager. Quel en sera l'impact sur la qualité de vie des aidants ? L'étude mise en place nous le dira d'ici quelques mois.

### **P-17. Évaluation de la douleur chez les sujets âgés au sein des « structures douleur chronique (SDC) » de la zone pyrénéenne de la région Occitanie**

I Tapesar, C Gov, B Auffray, P Oubreyrie  
(CH Saint Jacques Saint Céré, France)

**Contexte:** La personne âgée (PA) est souvent un individu multiple et complexe (nombreuses comorbidités actives, 1 à 4 syndromes gériatriques actifs, polymédication...). La prévalence de la douleur augmente avec l'avancée en âge. Elle est 2,5 fois plus fréquente entre 60 et 70 ans qu'entre 30 et 40 ans, et 4 fois après 80 ans. L'enquête étiologique et l'évaluation de ces douleurs sont souvent rendues difficiles du fait de l'intrication des mécanismes douloureux et de leur expression atypique (faite de symptômes d'emprunt) dans cette population très hétérogène (Différents paradigmes de vieillissement, 800 000 PA institutionnalisées). A signaler que 10 à 15% des PA qui consultent pour des troubles somatiques algiques, présentent une dysphorie. **Objectifs:** Aperçu de l'évaluation de la douleur chez les patients de 65 ans et +, depuis la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 01/01/2016. **Méthodes:** Entretien semi directif téléphonique auprès du médecin responsable de la SDC autour de 9 items concernant la prise en charge des PA, sur un mode écoute et dialogue avec collecte d'informations. 13 entretiens réalisés sur 18 contacts (72.22%). **Résultats:** 10% à 80% de PA au sein de la file active des SDC : Motifs de consultation : douleurs chroniques mixtes oncologiques, de l'appareil musculo-squelettique, algies post zostériennes et postopératoires. Approches et moyens : - Utilisation des échelles d'autoévaluation globale et systémique (pas de modulation cognitive) : Échelle numérique (46%), Échelle Visuelle Analogique (46%), Échelle Verbale Simple (8%). Le DN4 (Douleur neuropathique) et l'HAD (Hospital Anxiety Depressive) sont habituellement renseignés (questionnaire unique). - Pas d'Évaluation Gériatrique Standardisée, pas d'évaluation multi domaine de la fragilité clinique, pas d'évaluation de la réserve intrinsèque ni d'appréciation de performances fonctionnelles globales. - Pas d'évaluation psychopathologique au sens stricto sensu non plus mais avec un avis psychologique au cas par cas (30% à 50%). - Pas d'évaluation médico-sociale ni de la qualité de vie. Durée de prise en charge est de 4 à 24 mois. **Conclusion:** Au vue de la démographie des Personnes âgées, soit + 12 000 000, il semble urgent d'intégrer l'évaluation de la douleur pleinement dans une démarche globale somato-psycho- sociale (utilisant les outils simples validés en gériatrie et peu chronophages). Il s'agit là d'une étape indispensable dans cette prise en charge globale. Nécessité de préciser les modifications physiopathologiques sous-jacentes, liées à l'avance en âge pour mieux appréhender l'intrication multi directionnelle du tryptique perception sensori-discriminative, émotion et cognition) L'objectif est de se prémunir

des conséquences graves d'une sous ou surévaluation de la douleur avec prise en soins inappropriés (source d'une morbi-mortalité accrue). In fine .... Pourquoi ne pas intégrer un Algo-gériatrie au sein des SDC dès que la file active de PA dépasse 30% , pour + de pertinence?

### **P-18. Evaluation de l'impact d'un programme de prise en charge des patients chuteurs ou à risque de chute dans la prévention de la fragilité**

N Cardinaud<sup>1</sup>, J Trimouillas<sup>2</sup>, C Bimou<sup>3</sup>, F Mekhiche<sup>1</sup>, C Laubarie-Mouret<sup>1</sup>, M Charenton-Blavignac<sup>1</sup>, D Marchesseau<sup>1</sup>, P Kajeu<sup>1</sup>, A Lacour<sup>1</sup>, MJ Verger<sup>1</sup>, G Hygonnet<sup>1</sup>, C Chanadeau-Branthôme<sup>1</sup>, C Suran<sup>1</sup>, C Roux<sup>1</sup>, L Bichaud<sup>1</sup>, E Tran<sup>1</sup>, K Lemasson<sup>1</sup>, P Jaglin<sup>1</sup>, C Chaumont<sup>1</sup>, I Reix-Mercier<sup>1</sup>, M Marginier<sup>1</sup>, S Baudu<sup>1</sup>, M Radu<sup>5</sup>, M Toure<sup>5</sup>, I Rebeyrotte-Boulegue<sup>5</sup>, A Tchalla<sup>1,2,3,4</sup>

(1. Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du vieillissement, Service de Médecine Gériatrique, Pôle HU- Gériatrie, clinique, CHU de Limoges Dupuytren, Limoges; 2. Unité de Recherche Clinique en Gériatrie, CHU de Limoges Dupuytren, Limoges; 3. EA 6310 HAVAE Université de Limoges, Limoges; 4. Université de Limoges, Limoges; 5. Hôpital de jour Baudin, Mutualité Française Limousine, Limoges, France)

**Contexte:** La chute est un enjeu de santé publique. Elle est le résultat de plusieurs facteurs conjugués qui interagissent entre eux. Elles concernent 90% les personnes de plus de 65 ans et représentent un marqueur de fragilité et une cause majeure de morbidité chez cette population. **Objectifs:** Evaluer l'impact d'un programme de prise en charge des patients âgés chuteurs ou à risque de chute sur la prévention de la fragilité. **Méthodes:** L'unité de prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPS AV), équipe mobile pluridisciplinaire du CHU de Limoges, réalise au domicile des patients âgés d'au moins 65 ans une évaluation gériatrique globale (EGG) afin de déterminer les facteurs de risque de chute et l'éligibilité des patients au programme proposé par l'Hôpital de jour Baudin. Les patients sont pris en charge 2 demi-journées par semaine pendant 8 semaines et répartis en 2 groupes, robuste ou pré-fragile selon le score de fragilité FRIED. A 6 mois, le patient bénéficie d'une nouvelle évaluation par l'UPS AV. **Résultats:** 56 participants répartis en 6 groupes ont bénéficié du programme; l'âge moyen est de 74.9 ± 5.5 ans avec 75 % de femmes. Cette population est polymédiquée à 78.5%. 40.6% des personnes à un antécédent de chute. L'analyse univariée montre une amélioration des scores ADL, IADL et SPPB après programme. L'analyse multivariée retrouve une augmentation significative du score Tinetti après programme (OR=1.20 [1.05-1.38] p<0.01). **Conclusion:** La participation des patients âgés à risque de chute ou chuteurs dans un programme couplé à une prise en charge gériatrique globale permet de diminuer le risque et la récurrence de chute : 55% des patients à risque de chute élevé ou très élevé sont passés à un risque de chute peu élevé.

### **P-19. Le territoire comme lieu d'innovation gérontologique : enseignements d'une expérimentation en matière de prévention à l'île de La Réunion**

F Sandron  
(Ceped, Université Paris Descartes, Paris, France)

**Contexte:** L'île de La Réunion, située à 9.000 km de la métropole française et peuplée de 860.000 habitants, a connu une transition démographique accélérée qui a entraîné un vieillissement de la population très rapide. Les projections de population de l'Insee

indiquent qu'en 2050, il y aurait autant de personnes âgées de 60ans+ que de jeunes de moins de 20 ans. Le nombre de personnes âgées de 75ans+ augmenterait entre 2013 et 2050 de 32 000 à 138 000 personnes. **Objectifs:** Alors qu'une personne âgée sur deux à La Réunion vit sous le seuil de bas revenu (1000 euros par mois) et que 32% d'entre elles déclarent au moins une limitation fonctionnelle, le rôle de la prévention pour le Bien Vieillir devient essentiel dans le cadre des politiques publiques gérontologiques. **Méthodes:** À l'aide d'une démarche et d'une équipe interdisciplinaires, le programme 5P « Prestation de Parcours Participatif Personnalisé de Prévention » collecte un ensemble d'informations (évaluation gériatrique, mesure de la mobilité, questionnaires socioéconomiques) et les analyse dans l'objectif de détecter les états de fragilité et de pré-fragilité des personnes âgées. Ceci se fait dans le cadre des ateliers de prévention « Atout Age » proposés aux seniors réunionnais afin d'en évaluer l'efficacité. **Résultats:** L'évaluation des outils de prévention à destination des seniors réunionnais s'est faite en deux étapes de 2016 à 2018. La première, s'appuyant sur des questionnaires, des entretiens semi-directifs et une méthode d'observation participante, s'est intéressée à l'acceptabilité de la part des seniors des différents ateliers proposés ainsi qu'à celle des protocoles et matériels de mesure (capteurs, plateforme) mis en oeuvre. La seconde évaluation, davantage axée sur des données physiques et physiologiques, mesure les performances des seniors avant et après les ateliers de prévention dont la durée est de trois mois. **Conclusion:** Expérimenter un dispositif d'évaluation gérontologique sur un territoire particulier doit tenir compte des spécificités locales tout en gardant à l'esprit les possibilités de généralité de la démarche méthodologique, que ce soit du point de vue de l'acceptabilité du protocole d'évaluation et de recherche comme de celui des caractéristiques socioéconomiques de la population concernée.

**P-20. Management de la Fragilité dans l'Environnement de Vie**  
K Borgiel, E Lamine, H Pingaud, C Bortaloso, M Darras  
(INUC, ISIS, CHL, Castres)

**Contexte:** En France, le processus de management de la fragilité peut être décrit à travers trois étapes : (1) le repérage, (2) l'évaluation et définition du plan personnalisé d'interventions et (3) le suivi (Benetos et al., 2015, Bonnefoy et al., 2015, Jenadel, 2015 ; Subra et al., 2016; Vellas et al., 2016). La mise en oeuvre de ce processus vise plusieurs objectifs en termes de recueil d'informations sur les personnes âgées : collecter des données sur une population large (étape 1), collecter des données de manière efficace (étape 2), collecter des données à haute fréquence et sur des périodes de temps longues (étape 3). **Objectifs:** Le Connected Health Lab (INUC, ISIS, Castres), en partenariat avec Berger-Levrault (ETI, Editeur de Logiciel), porte actuellement un projet sur la collecte des données dans le quotidien des aînés. Pour y parvenir nous étudions l'intégration du Management de la Fragilité (MF) dans l'Environnement de Vie (EV) de ces personnes. L'objectif final est d'améliorer la prévention et la prise en charge du syndrome par la collecte régulière de données, d'informations, d'indices permettant de qualifier l'état de la personne et son style de vie de manière holistique. Pour y parvenir nous mettons en oeuvre une démarche centrée usage impliquant les différents acteurs du territoire et des personnes âgées, afin de co-concevoir avec eux la(les) solution(s) adéquates. **Méthodes:** Le projet suit un programme en trois points: (1) modéliser l'EV, (2) modéliser le processus de MF, et (3) les intégrer et évaluer cette intégration. Les modélisations de l'EV

et du processus de MF sont basées sur l'analyse de la littérature scientifique et sur l'analyse du terrain. L'intégration et l'évaluation seront réalisées expérimentalement dans le cadre du projet de création d'une Résidence Autonomie dans la ville de Castres. **Résultats:** Le projet de recherche a démarré en septembre 2018, les premiers résultats seront obtenus pendant le premier trimestre 2019. Ils concerneront à la fois : (1) la modélisation de l'Environnement de Vie (e.g. définition d'un référentiel des services de vie quotidienne destinées et disponibles aux personnes âgées et leur caractérisation suivant les domaines de la fragilité) ; et (2) la modélisation du processus de Management de Fragilité. **Conclusion:** Après avoir présenté le modèle conceptuel et les premiers résultats, la communication exposera des perspectives sur le Management de la Fragilité dans l'Environnement de Vie.

**P-21. Dépistage des facteurs contributifs à la fragilité chez le sujet âgé par l'évaluation clinique infirmière systématique**  
C Gomes da Rocha, H Girard, R Akrouf  
(Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne Vaud, Switzerland)

**Contexte:** L'Unité de Soins Aigus aux Seniors (SAS) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) s'inspire du modèle « ACE-Unit » (Acute Care for the Elderly) et a pour mission la prévention du déclin fonctionnel de la personne âgée (Joly Schwartz et al, 2012). Dans ce but, les équipes infirmières réalisent une évaluation clinique systématique à l'entrée de chaque patient dans l'unité, afin de dépister des facteurs contributifs à la fragilité. **Objectifs:** Montrer l'importance de l'évaluation clinique infirmière systématique dans le dépistage de certains des syndromes gériatriques contribuant à la fragilité chez le sujet âgé hospitalisé en soins aigus, tels que la douleur, le risque d'escarre, l'état confusionnel aigu (ECA) et les troubles fonctionnels urinaires (TFU). **Méthodes:** De janvier à décembre 2018, plusieurs mesures ont été effectuées à partir du dossier patient informatisé, à savoir : • la douleur, en utilisant des échelles validées d'auto et d'hétéro-évaluation; • le risque d'escarre, par l'utilisation de l'échelle de Braden; • l'ECA, à travers le Confusion Assessment Method (CAM); • les TFU, via une adaptation de l'International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence - Short Form; (ICIQ-UI-SF). Suite au dépistage, l'évaluation clinique infirmière est poursuivie, permettant la mise en place d'interventions adaptées selon les recommandations pour la pratique clinique, réajustées au cours du séjour hospitalier. **Résultats:** Résultats préliminaires: L'évaluation de la douleur a été réalisée et documentée auprès d'environ 98%\* des patients hospitalisés dans l'unité. Le Braden a été complété dans la totalité\* des dossiers informatiques des patients, et le CAM auprès de 98%\*. Finalement, le dépistage des TFU a été réalisé auprès d'environ 70%\* des patients. **Conclusion:** Le dépistage des facteurs contributifs à la fragilité du sujet âgé hospitalisé par l'évaluation clinique infirmière permet d'améliorer les résultats de soins. Par exemple, dans l'unité, la prévalence des escarres est de 7%\* et celle des ECA est de 7,7%\* en 2018. \* résultats provisoires, à mettre à jour début 2019.

**P-22. L'acceptabilité sociale au prisme de la fragilité : Le cas des technologies de la santé et de l'autonomie (TSA)**

A Klein

*(IRD, Saint Denis; France)*

**Contexte:** Les technologies de la santé et de l'autonomie (TSA) sont aujourd'hui de plus en plus présentes dans les plans de soins et d'accompagnement des personnes vieillissantes. Télésurveillance, domotique, interfaces connectées, etc. sont autant de solutions disponibles et potentiellement utiles pour répondre aux problématiques de l'avancée en âge. **Objectifs:** Mais comment les personnes âgées perçoivent-elles ces TSA et par quels mécanismes l'usage ou le non-usage se mettent-ils en place? Pour répondre à cette question, nous avons choisi de convoquer la notion d'acceptabilité qui est un concept assez peu théorisé qui se définit comme un mouvement, en permanente reconfiguration, au sein duquel des éléments, porteurs de valeurs subjectives plus ou moins objectivées par les individus, entrent en interaction, s'additionnent et produisent un sens. **Méthodes:** Cette approche est développée dans le cadre du programme de recherche 5P (Prestation de Parcours Participatif Personnalisé de Prévention) qui vise à évaluer l'efficacité d'ateliers de prévention à destination de séniors et d'élaborer des mesures de détection de la pré-fragilité à l'île de La Réunion. Un des aspects de ce projet pluridisciplinaire est de développer des outils de mesure et de diagnostic innovants et d'en étudier l'acceptabilité du point de vue des personnes âgées incluses dans le protocole (personnes âgées de plus de 55 ans en GIR 5 ou 6). Ces travaux ont été réalisés dans le cadre d'une thèse de doctorat et d'un post-doctorat en sociologie/démographie et reposent sur la réalisation d'une soixantaine d'entretiens semi-directifs. **Résultats:** L'analyse des entretiens, dans le cadre de l'approche théorique évoquée plus haut, a permis de mettre en évidence que l'acceptabilité des TSA était un facteur très lié aux vécus individuels différenciés du vieillissement et des mécanismes sociaux en oeuvre dans la survenue de la fragilité. **Conclusion:** Cette approche semble pertinente afin de mieux comprendre les expériences sociales de la fragilité et afin d'adapter au mieux les solutions proposées pour l'accompagner.

**P-23. L'échelle de qualité de la relation entre le soignant familial et le soignant: étude d'adaptation et de validation pour la population portugaise**R Silva<sup>1,2</sup>, E Bobrowicz-Campos<sup>2</sup>, I Gil<sup>2,3</sup>, P Costa<sup>2</sup>, M Almeida<sup>2,3</sup>, J Apóstolo<sup>2,3</sup>*(1. Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem, Porto, Portugal; 2. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E); 3. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal)*

**Contexte:** L'augmentation progressive des défis sociétaux liés au vieillissement démographique exige une participation active de la société civile en ce qui concerne la création de stratégies visant à prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées. Une de ces stratégies consiste à encourager les aidants naturels dans l'exercice de leurs fonctions dans différentes dimensions des soins. Pour cela, il est essentiel d'identifier le besoin de réajustement de la dynamique familiale. C'est pourquoi, l'échelle de qualité entre le soignant familial et le soignant (QCPR) a été traduite et adaptée. **Objectifs:** Cette étude décrit le processus de validation du QCPR pour la population portugaise. **Méthodes:** Au départ, la QCPR a été soumise à une adaptation interculturelle conformément aux recommandations internationales. **Résultats:** Une échelle a ensuite

été appliquée à un échantillon de 53 dyades composées de personnes atteintes de troubles neurocognitifs légers à modérés (72% de femmes, d'âge moyen de 79,2 ± 8,9 ans, de scolarité moyenne de 4,1 ± 2,4 ans) et de leurs soignants (79% de femmes, âge moyen de 58,1 ± 14,6 ans, scolarisation moyenne de 7,7 ± 4,1 ans). La personne soignée et les soignants ont rempli l'échelle séparément. La cohérence interne de QCPR s'est avérée élevée obtenant des valeurs de 0,89 pour la version appliquée aux aidants naturels et de 0,91 pour la version pour aidants naturels. Les résultats des deux versions de l'échelle étaient significativement corrélés. Le QCPR était également en corrélation avec les indicateurs de qualité de vie des deux éléments de la dyade, mais pas avec la symptomatologie dépressive et le statut cognitif de la personne soignée. QCPR a toujours été sensible à l'âge du soignant et au niveau de parenté des éléments de la dyade, sans que la distribution des résultats ne soit affectée par le sexe et la scolarité du soignant. **Conclusion:** Les propriétés psychométriques de la version portugaise de QCPR sont satisfaisantes. Cependant, de futures études de QCPR avec des échantillons plus hétérogènes aux variables du profil sociodémographique et clinique sont nécessaires.

**P-24. Transfert aux urgences des résidents d'EHPAD : Analyse des cas d'iatrogénie médicamenteuse au sein de la cohorte fine.**A Cambon, C McCambridge, C Cool, E Magre, S Qassemi, C Mathieu, M Houles, S Hermabessière, N Tavassoli, Y Rolland  
*(Hôpitaux de Toulouse, France)*

**Contexte:** Les transferts aux urgences des résidents d'EHPAD potentiellement évitables et inappropriés ont un impact négatif sur les patients âgés fragiles ou dépendants et favorisent le déclin fonctionnel et cognitif. Leur prévention passe notamment par la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. **Objectifs:** Déterminer l'iatrogénie médicamenteuse associée au transfert potentiellement évitable aux urgences (TPE) chez les résidents d'EHPAD. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude transversale sur les données à l'inclusion de la cohorte FINE (Facteurs prédisposant au transfert Inapproprié aux départements des urgences des résidents d'EHPAD) (n=1040). Une analyse descriptive a été réalisée pour identifier les prescriptions potentiellement inappropriées et les thérapies sous optimales associées au transfert aux urgences. Pour cela, des outils basés sur les critères explicites dont la liste européenne EU(7)-PIM list et les critères implicites ont été utilisés. **Résultats:** Des liens entre iatrogénie médicamenteuse et TPE ou entre iatrogénie et transfert inapproprié ont été supposés respectivement pour 47,5% et 8,1% des résidents d'EHPAD. L'iatrogénie potentiellement associée au TPE est principalement liée aux psychotropes. Les 3 classes médicamenteuses les plus impliquées sont les anxiolytiques (39,3 à 53,2%), les antidépresseurs (36,9 à 41,7%) et les antipsychotiques (25,0 à 32,6%) selon que le transfert était inapproprié ou approprié respectivement. Le type de problème le plus fréquemment retrouvé était la présence de médicaments avec un rapport bénéfice / risque défavorable, mentionnée dans la liste UE (7) -PIM européenne (65,4% des résidents). **Conclusion:** Ces résultats montrent un taux élevé d'iatrogénie médicamenteuse potentiellement associée au TPE, ce qui suggère qu'une intervention efficace doit cibler notamment l'optimisation de la prescription médicamenteuse en soins primaires.

### **P-25. Efficacité des programmes de réminiscence et de la stimulation cognitive dans la prévention de la progression de la fragilité cognitive**

I Gil<sup>1,2</sup>, E Bobrowicz-Campos<sup>2</sup>, R Silva<sup>2,3</sup>, P Costa<sup>2</sup>, M Almeida, Maria<sup>1,2</sup>, M Cordeiro<sup>1</sup>, J Apóstolo<sup>1,2</sup>

(1. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal*; 2. *Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)*; 3. *Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem, Porto, Portugal*)

**Contexte:** Dans le contexte du vieillissement démographique, le concept de fragilité appliqué aux personnes âgées a fait l'objet d'une attention particulière en raison de son approche multidimensionnelle. **Objectifs:** Le but de cette étude a été d'évaluer l'efficacité des programmes de réminiscence et de stimulation cognitive chez des personnes âgées fragiles sur le plan cognitif et d'identifier les facteurs responsables de la réussite de cette mise en oeuvre. **Méthodes:** L'étude a été réalisée dans neuf centres de jour. Parmi les 118 personnes qui se sont portées volontaires pour participer à l'étude, 84 ont été considérées éligibles et ont été affectées à l'un des deux programmes. Ces programmes ont été mis en oeuvre en groupe, deux fois par semaine pendant sept semaines. Le principal résultat a été la faiblesse cognitive évaluée à l'aide de l'Indice de Fragilité de Tilburg, Montreal Cognitive Assessment et Trail Making Test-form. De plus, les animateurs du programme ont été invités à évaluer les différentes séances et à identifier les obstacles / facilités associés à mise en oeuvre des programmes.

**Résultats:** Les deux programmes ont amélioré la performance des personnes âgées dans les tests d'évocation retardée ( $p < 0,05$ ) sans révéler de modifications significatives des autres résultats d'intérêt. La majorité des animateurs ont indiqué que les programmes avaient une structure claire et perceptible (97%) et que le contenu était adéquat pour la population participant à l'étude (88%). Une rétroaction essentiellement positive a également été obtenue concernant le potentiel des programmes à impliquer les participants (93%). L'analyse des facteurs associés à la mise en oeuvre souligne le besoin d'améliorer l'articulation avec les institutions en ce qui concerne l'espace physique et la planification des activités avec les personnes âgées en fonction de leurs préférences en matière d'activités. Le besoin d'intensifier la formation des animateurs à propos de la/ en ce qui concerne la dynamique de groupe a également été signalé. **Conclusion:** Les deux programmes sont potentiellement bénéfiques pour prévenir les progrès de la fragilité cognitive. Cependant, pour accroître son impact, il est important d'assurer une planification plus interactive avec toutes les parties prenantes.

### **P-26. Diabète et patients âgés fragiles : bilan du contrôle glycémique et profil de prescription**

A-S Mangé<sup>1</sup>, C McCambridge<sup>1</sup>, A Pages<sup>1,2</sup>, N Tavassoli<sup>1,2</sup>, S Sourdet<sup>1,2</sup>, A Ghisolfi<sup>1</sup>, B Vellas<sup>1,2</sup>, P Cestac<sup>1,2</sup>

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

**Contexte:** Les patients âgés diabétiques sont particulièrement à risque d'iatrogénie et de perte d'autonomie. Les dernières recommandations de prise en charge du diabète adaptent les objectifs de contrôle glycémique au profil de fragilité. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est de décrire le contrôle glycémique et le profil de prescription des patients âgés diabétiques vus en

consultations à l'HDJ (hôpital de jour) d'évaluation des fragilités. **Méthodes:** Une étude rétrospective a été réalisée sur les patients diabétiques connus, hospitalisés à l'HDJ en 2016. Le contrôle glycémique était évalué par l'HbA1c (hémoglobine glyquée). Selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) de 2013 les HbA1c cibles sont respectivement  $\leq 7\%$ ,  $8\%$  ou  $9\%$  chez les patients robustes, fragiles et malades (i.e. dépendant). La fragilité a été évaluée grâce aux critères de fragilité de Fried. Les prescriptions de médicaments antidiabétiques ont été analysées selon des critères explicites (liste EU(7) PIM) et implicites (basés sur la fonction rénale, l'HbA1c, les antécédents et la fragilité). Les prescriptions étaient qualifiées de « non-conformes » lorsqu'elles présentaient au moins 1 divergence avec les référentiels. **Résultats:** Sur 110 patients diabétiques, la moyenne d'âge était de 81,7 ans, 67,3% étaient fragiles, 61,8% étaient traités par antidiabétique oral et 35,5% par insulinothérapie. L'HbA1c moyenne était de 7,11%. Le niveau de contrôle glycémique, le nombre et le type de traitements antidiabétiques ne différaient pas significativement entre les patients fragiles et non fragiles (respectivement  $p_1 = 0,35$ ;  $p_2 = 0,79$ ;  $p_3 = 0,66$ ). La répartition des HbA1c par rapport aux cibles de la HAS variait selon l'état de fragilité ( $p = 0,0016$ ), avec une tendance à un contrôle trop strict chez les patients fragiles. 64,5% des patients présentaient au moins une non-conformité sur la prise en charge du diabète. 40,9% des patients étaient potentiellement surtraités ; 16,4% étaient insuffisamment traités. Un épisode d'hypoglycémie était suspecté ou confirmé chez 9,1% des patients. **Conclusion:** Le contrôle glycémique ne semble pas systématiquement adapté à l'état de santé des patients fragiles. Plusieurs éléments sont en faveur d'un sur-traitement de ces patients. Notre travail soulève un manque d'adhésion des pratiques aux dernières recommandations.

### **P-27. Performance musculaire chez le sujet âgé: relation entre les mesures effectuées au dynamomètre isocinétique et au dynamomètre Jamar**

LP Lustosa, PP Batista, KCA Morais, GA Ribeiro-Samora, JR Almeida, LSM Pereira

(*Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizont, Brazil*)

**Contexte:** La réduction de la force musculaire chez les personnes âgées prédit des effets néfastes sur la santé. Il est également considéré comme un facteur primordial pour le diagnostic de la sarcopénie, en raison de sa pertinence clinique. Cependant, la relation entre la mesure prédictive (force de préhension palmaire - FPP) et la force musculaire global reste controversée. **Objectifs:** L'objectif de l'étude était d'explorer la relation entre les mesures de force musculaire effectuées par le dynamomètre isocinétique et le dynamomètre Jamar® chez les personnes âgées. **Méthodes:** Les femmes âgées de 65 ans ou plus, sédentaires, sans distinction de race/ classe sociale ont été inclus. Sont exclus les personnes présentant des déficits cognitifs, les maladies ou séquelles neurologiques/ rhumatologiques auto-déclarées, la douleur aiguë, les antécédents d'arthroplastie du genou ou de la hanche. Tous ont été mesurés dans le dynamomètre isocinétique Byodex System 4 Pro®, par la contraction des extenseurs du genou (tork 60°/s, travail total 60°/s et 180°/s et puissance 180°/s) et, dans le dynamomètre Jamar®, de la FPP. Analyse statistique par le test de corrélation de Pearson. Niveau de signification de 5%. Étude approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Fédérale de Minas Gerais (CAAE 39702014.2.0000.5149). **Résultats:** 104 femmes âgées ont participé ( $75,98 \pm 6,62$  ans). L'indice de masse corporelle était de  $26,28 \pm 5,8$  kg/m<sup>2</sup>; nombre de comorbidités de  $2,57 \pm$

1,38 et utilisation de médicaments de  $4,6 \pm 2,59$ . Il y avait une corrélation positive et significative de toutes les mesures évaluées par l'isocinétique et la FPP ( $p < 0,0001$ ): puissance  $180^\circ/s$  ( $46,64 \pm 16,99$  W;  $\rho = 0,37$ ), tork  $60^\circ/s$  ( $52,14 \pm 17,27$  J;  $\rho = 0,32$ ), travail total  $60^\circ/s$  ( $259,15 \pm 86,33\%$ ;  $\rho = 0,36$ ) et travail total  $180^\circ/s$  ( $491,13 \pm 167,34\%$ ;  $\rho = 0,39$ ). **Conclusion:** L'association entre les mesures de la performance musculaire, retrouvée dans cette étude, indique l'importance de la mesure du FPP en pratique clinique. Comme il s'agit d'une mesure simple et accessible pour le dépistage de la population, il convient d'encourager, dans la routine quotidienne du professionnel de la santé, à surveiller les conditions de santé possibles des personnes âgées.

#### **P-28. Force musculaire, fonctionnalité et composition corporelle chez les femmes âgées à différentes vitesses de marche**

PP Batista, KCA de Morais, GA Ribeiro-Samora, OB Malheiro, AC Pelizari, LP Lustosa  
(Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizont, Brazil)

**Contexte:** La diminution de la vitesse de marche (VM) est liée à plusieurs effets néfastes sur la santé, tels que les chutes, l'institutionnalisation et la mortalité chez les personnes âgées. **Objectifs:** L'objectif de cette étude était de comparer les performances musculaires, la fonctionnalité et la composition corporelle chez des femmes âgées présentant des vitesses de marche différentes. **Méthodes:** Cette étude a inclus des femmes de 65 ans et plus, sédentaires, sans distinction de race/ classe sociale. Les femmes présentant des déficits cognitifs, les maladies ou séquelles neurologiques/ rhumatologiques auto-déclarées, douleur aiguë, des antécédents d'arthroplastie du genou ou de la hanche ont été exclus. Tous ont répondu à un questionnaire socio-démographique et ont effectué la vitesse de marche, la force de préhension (FP), Short Physical Performance Battery (SPPB), le tour de taille (TT) et l'indice de masse corporelle (IMC). Les femmes âgées ont été divisées en groupes de  $VM > 0,8$  m/s (VMR) et  $VM \leq 0,8$  m/s (VML). Comparaison par test t indépendants. Niveau de signification de 5%. Approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Fédérale de Minas Gerais (CAAE 39702014.2.0000.5149). **Résultats:** 104 femmes âgées ont participé (62 avec VML,  $76,48 \pm 6,16$  ans et 42 avec VMR,  $75,24 \pm 7,25$  ans). Il y avait des différences dans toutes les variables analysées. La FP était de  $18,16 \pm 4,58$  kgf (VML) et de  $15,2 \pm 3,83$  kgf (VMR) ( $p = 0,001$ ). Les TT étaient de  $94,85 \pm 13,98$  cm (VML) et de  $88,48 \pm 10,38$  cm (VMR) ( $p = 0,013$ ). L'IMC était de  $27,42 \pm 6,05$  kg/m<sup>2</sup> (VML) et  $24,6 \pm 5,04$  kg/m<sup>2</sup> (VMR) ( $p = 0,013$  et  $p = 0,014$ ). Le SPPB total était de  $6,73 \pm 1,92$  (VML) et  $9,05 \pm 1,67$  (VMR) ( $p < 0,0001$ ). **Conclusion:** Les résultats ont montré que les femmes âgées présentant une VM bas présentaient une performance fonctionnelle inférieure et des indicateurs d'obésité plus élevés. Le FP était plus élevé chez ceux ayant un VM bas et devrait être mieux exploré dans les études futures. Connaître la VM des personnes âgées dans la pratique clinique semble être pertinent en tant que mesure préventive, pour surveiller l'état de santé.

#### **P-29. Fonctionnalité et performance musculaire des membres inférieurs chez les femmes avec différentes valeurs de force de préhension palmaire**

P Parreira Batista, GA Ribeiro-Samora, IPC Souza, TO Ennes, JF Santos, L Paccini Lustosa  
(Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizont, Brazil)

**Contexte:** La force de préhension palmaire (FPP) a été associée à la force musculaire globale chez les personnes âgées et est utilisée comme critère de diagnostic de la fragilité physique et de la sarcopénie. **Objectifs:** Le but de cette étude était de comparer les performances musculaires des membres inférieurs chez les femmes âgées avec différentes valeurs de force de préhension palmaire. **Méthodes:** Les femmes âgées de 65 ans ou plus, sédentaires, sans distinction de race/ classe sociale ont été inclus. Sont exclus les personnes présentant des déficits cognitifs, les maladies ou séquelles neurologiques/ rhumatologiques auto-déclarées, la douleur aiguë, les antécédents d'arthroplastie du genou ou de la hanche. Tous ont répondu à un questionnaire socio-démographique et ont été soumis à la FPP, à la vitesse de marche (VM), Short Physical Performance Battery (SPPB) et à la performance musculaire des extenseurs du genou (dynamomètre isocinétique Byodex System 4 Pro®). La réduction de FPP a été prise en compte pour ceux dont les valeurs  $< 16$  Kgf, groupe faible (GF). Au-dessus de cette limite, ils ont été considérés comme un groupe normal (GN). La comparaison entre les groupes a été effectuée au moyen du test t indépendants. Niveau de signification de 5%. Approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Fédérale de Minas Gerais (CAAE 39702014.2.0000.5149). **Résultats:** 104 femmes âgées ont participé, dont 43 avec une réduction du FPP ( $75,23 \pm 6,36$  ans) et 61 avec un FPP normal ( $76,5 \pm 6,8$  ans). Il y avait une différence significative entre la puissance musculaire à  $180^\circ/s$  ( $42,24 \pm 15,76$  W, GF et  $49,73 \pm 17,26$  W, GN) ( $p = 0,028$ ); le travail total à  $180^\circ/s$  ( $446,05 \pm 146,67\%$ , GF et  $523,23 \pm 174,8\%$ , GN) ( $p = 0,022$ ). Les autres comparaisons n'étaient pas significatives ( $p > 0,05$ ). **Conclusion:** Les résultats ont confirmé la littérature, démontrant que les femmes âgées présentant une FPP réduite présentaient des performances bas des muscles extenseurs du genou à des vitesses plus élevées. Il est important de souligner que les activités fonctionnelles sont liées aux performances musculaires des membres inférieurs à des vitesses plus élevées.

#### **P-30. Violences sexuelles, maltraitements des aînés : un risque de fragilisation des personnes âgées**

N Berg, I Keynaert, Ch Vandeviever, L Nisen, A Nobels, A Cismaru Inescu, L De Schijver, A Lemonne, B Renard, L Robert  
(Respect Seniors, Liège, Belgium)

**Contexte:** La violence sexuelle (VS) constitue un enjeu public majeur en matière de santé en Belgique, avec des conséquences à long terme pour la victime. La maltraitance des aînés commence à être reconnue. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé parmi les personnes de plus de 60 ans : • une personne sur six a été victime de maltraitance au cours de l'année dernière; • une personne sur dix est confrontée à la maltraitance chaque mois. Ces doubles tabous concomitants sont peu étudiés au grand âge. **Objectifs:** • Étude de prévalence de VS (citoyens âgés 16-100 ans), • Modalités de victimisation et de perpétration, • L'impact de VS sur la vie des victimes, de leurs familles, de leurs pairs et des professionnels, • Impact du Set d'Agression Sexuelle, • Formuler des recommandations, • Populations : générale (16-69 ans), aînés

(70-100 ans), migrants et demandeurs de protection internationale et Lesbien, gay, bisexuel, transgenre, queer, intersexe, asexuel. **Méthodes:** • Consortium de recherche pluridisciplinaire : UN-MENAMAIS est mené par une équipe spécialisée en sciences de la santé, criminologie, droit, psychologie, psychiatrie, gériatrie, sexologie et anthropologie venant d'horizons divers : Ghent University (International Centre for Reproductive Health and Institute for International Research on Criminal Policy), Université de Liège, Institut National de Criminologie et de Criminologie, Respect Seniors (Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés), Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes. • Revue de la littérature; • Enquête de victimisation et de perpétration de VS dans la population générale (N = 10 380); • Interviews en face à face avec les populations difficiles à toucher par d'autres voies (N = 1200, dont 800 personnes de plus de 70 à 100 ans); • Interviews approfondies avec des victimes de VS; • Focus Groups; • Café Dialogue. **Résultats:** Le consortium a comme timing de recherche l'horizon 2017-2021. Les résultats escomptés de ces recherches supplémentaires devraient permettre de comprendre les mécanismes sous-jacents et les facteurs médiateurs qui motivent le silence et la divulgation de l'exposition à la violence sexuelle y compris au grand âge. **Conclusion:** Ces résultats devront conduire à des recommandations politiques et pratiques de prévention et de réponses plus efficaces en Belgique (en 2021).

### **P-31. Causes, prévention et prise en charge sociale des chutes chez les personnes âgées en zone urbaine au Cameroun**

G Mabiama, CN Kingue Ekame, VP Nguimba  
(ENSET-Université de Douala, Douala, Cameroun)

**Contexte:** La sénescence et les problèmes qu'elle entraîne font partie des inquiétudes dans le monde entier, en Afrique en général, et au Cameroun en particulier. Parmi ces problèmes, figure les chutes. Elles sont d'origine multifactorielle (intrinsèque et extrinsèque). Elles entraînent 40% des décès par traumatisme dans la population générale, et sont considérées comme première cause de mortalité chez les plus de 65 ans en France. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est d'évaluer les causes et la prise en charge sociale des chutes chez les personnes âgées (PA). De manière spécifique il s'agit d'identifier les causes des chutes et des mécanismes de prévention et de prise en charge des chutes chez les PA (âge ≥ 65 ans). **Méthodes:** Une enquête par questionnaire a été conduite auprès d'un échantillon de 384 PA consentantes sélectionnées parmi les 92000 PA de la zone urbaine de la région du Littoral au Cameroun. La marge d'erreur est de 5% et le niveau de précision de 95%. Les données collectées ont été analysées par SPSS 20.0. **Résultats:** Une analyse descriptive des données collectées révèle que 99% ont été victimes de chutes. Vingt-neuf (29) pour cent lient leurs chutes à la prise des médicaments (facteur iatrogène) ; 23% à des problèmes graves de santé (facteur intrinsèque) ; 16% au mauvais éclairage et 33% au mauvais aménagement de la maison (facteurs extrinsèques). Ces chutes ont engendré des conséquences physiques (fractures ouvertes ou fermées, douleurs articulaires et/ou musculaires, traumatismes divers) et/ou psycho-sociales (perte de la confiance en soi, accélération du déclin fonctionnel, perte progressive d'autonomie) chez plus de 70%. Ces chutes sont prévenues par un chaussage adapté (10%), le port de vêtements adéquats (15%), l'utilisation d'une canne ou d'un déambulateur (25%), le maintien d'une activité physique très modérée (50%). La prise en charge a été faite par la famille (75%) et en milieu hospitalier (25%). Ces interventions ont été jugées lentes (51%) et de mauvaise qualité

(71%). **Conclusion:** Les chutes, très nombreuses chez les PA en zone urbaine camerounaise auraient une origine iatrogène, intrinsèque et extrinsèque. La prévention et la prise en charge sont surtout familiales mais restent lentes et de mauvaises de qualités.

### **P-32. De la prévention informative à la prévention participative** C Repond, I Bouffard, F Chague, O Dailly, B Laguerre (Infirmière libérale, Arignac, France)

**Contexte:** Territoire rural, population vieillissante, désert médical en devenir. Les infirmières libérales lors de soins relèvent quotidiennement des problèmes liés à l'isolement et à la chronicité. Réponses actuelles : - deux protocoles de coopérations médecins / infirmières : « ASALEE » et « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé ». - une association de professionnels de santé, « Le Pôle de Santé Libéral du Pays de Tarascon-Mercus-Arignac », misant sur la prévention primaire et secondaire, l'organisation des soins autour du patient et la démocratie sanitaire. **Objectifs:** Rompre l'isolement / favoriser le lien social Valoriser et favoriser la marche au quotidien pour une meilleure santé physique, sociale, mentale et environnementale. Accompagner chaque patient aussi citoyen afin qu'il devienne acteur de sa santé. **Méthodes:** Le pôle de santé et le CLIC recrutent et mettent en oeuvre le programme motivationnel D-marche® car : - il crée les conditions favorables aux changements durables des comportements, - fédère et engage les professionnels et partenaires locaux. **Résultats:** Depuis un an, - 75 personnes bénéficient d'un accompagnement infirmier, régulier, individuel ou en groupe (marche hebdomadaire accompagnée, temps autonomes, temps d'échange mensuel dédié à un thème de santé choisi : 1er secours, nutrition, diabète...), - création de lien social : rencontres et échanges entre les personnes appartenant au groupe en dehors des temps collectifs, - cooptation de 11 personnes, - orientation facilitée vers le soin, la prise en charge sociale et, en complément de la marche quotidienne, les réseaux sport santé et activités physiques adaptées encadrées, - renforcement des coopérations entre les professionnels de santé du territoire, communication plus fluide avec les acteurs locaux (communes, associations...), - patients plus investis et plus ouverts lors des consultations médicales. **Conclusion:** Les patients fragiles ou à risque de fragilité, outre les bénéfices concordants avec ceux de l'étude d'utilité sociale du programme D-marche®, se découvrent aussi être des citoyens responsables de leur santé. Ce travail en coopération pluri-professionnelle engendre une synergie partagée qui permet de passer de « faire pour » à « être avec ».

### **P-33. Indépendance fonctionnelle et loisirs: critères de fragilité. Une intervention dans l'environnement**

R Salomé da Silva Pereira, MM Martins, J Martinho  
(ICBAS- UP, Vila Nova de Gaia, Portugal)

**Contexte:** L'infirmière en réadaptation développe des processus de rééducation fonctionnelle à travers des interventions qui réduisent/ empêchent les limitations/incapacités d'effectuer les activités de la vie quotidienne des personnes âgées, en vue de leur indépendance et autonomie. Ces infirmières devraient étudier des critères tels que l'indépendance fonctionnelle, le soutien social et la continence; domaines qui, sur l'échelle de fragilité d'Edmonton, contribuent à la fragilité des personnes âgées. **Objectifs:** Décrire les caractéristiques des personnes âgées dans une région qui contribue à la fragilité; établir un lien entre le niveau d'indépendance fonctionnelle et l'état

de santé des personnes âgées et leur participation à des activités sociales et familiales. **Méthodes:** Étude quantitative, descriptive et transversale. La population est constituée par personnes âgées vivant à domicile dans la municipalité de Vila Nova de Famalicão, au Portugal. La technique d'échantillonnage était non probabiliste de convenance (N=2461 personnes âgées). L'instrument de collecte de données était un questionnaire ad hoc et les variables à l'étude: sociodémographique; Indépendance dans les activités de la vie quotidienne - échelle de Lawton et Brody; conditions de santé (chutes, symptômes et manifestations) et participation sociale. **Résultats:** 53,1% des personnes âgées sont modérément dépendantes et ont besoin d'aide pour effectuer les activités instrumentales de la vie quotidienne; 43,9% ont déclaré n'avoir personne pour les aider à effectuer leurs activités quotidiennes; les personnes âgées moyennement dépendantes sont celles qui ont le plus chuté (54,5%); des personnes âgées qui perdent urine 46,7% sont modérément dépendantes. Nous avons trouvé des différences statistiquement significatives entre les niveaux de dépendance et de participation aux activités: familiales ( $p = 0,000$ ) et sociales ( $p = 0,000$ ); ainsi qu'entre les activités instrumentales de la vie quotidienne et la participation à des activités sociales ( $p = 0,000$ ), à l'exception de la gestion des médicaments ( $p = 0,133$ ). Les personnes âgées autonomes ne participent pas aux activités sociales en raison d'une accessibilité insuffisante (37,3%) et de l'absence de transport (24,3%). **Conclusion:** Les infirmières en réadaptation peuvent prévenir le syndrome de fragilité chez les personnes âgées à travers des interventions multidimensionnelles telles que l'élimination des barrières architecturales, puisque le manque d'accessibilité est la raison principale de la participation sociale absente.

**P-34. Connaître les médicaments d'un patient hospitalisé : Ordonnances et courriers du médecin traitant...Mais pas seulement !**

E Weistroffer, A Dony, S Doerper, E Dufay  
(Centre Hospitalier de Lunéville, Lunéville, France)

**Contexte:** Lors du passage d'un patient au service d'accueil des urgences, il est difficile d'obtenir des informations exhaustives et complètes sur ses médicaments. L'ordonnance et le courrier du médecin traitant (MT) sont parfois les seules sources accessibles aux médecins urgentistes lors de la prise en charge d'un patient, particulièrement la nuit. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est d'évaluer, dans une population de patients âgés, l'exhaustivité et la complétude des ordonnances et courriers provenant du médecin traitant. **Méthodes:** Sont inclus dans l'étude les patients conciliés âgés de 65 ans et plus, hospitalisés dans un service de soins de médecine ou de chirurgie après passage aux urgences. Les patients provenant d'établissements médicosociaux sont exclus. Les données sont recueillies du 01 janvier au 28 février 2017. Pour chaque patient sont recueillis le nombre de lignes de médicament de l'ordonnance et du courrier, le nombre de lignes complètes et le nombre de lignes du bilan médicamenteux établi par la conciliation des traitements à l'admission. La source est accessible lorsqu'elle est consultable par les professionnels de santé. La source est exhaustive lorsqu'elle identifie tous les médicaments du bilan médicamenteux par leur nom de spécialité ou leur dénomination commune internationale. Elle est complète lorsqu'un dosage et une posologie corrects sont précisés. L'unité d'oeuvre est la ligne de traitement. **Résultats:** 418 patients ont été inclus dans l'étude. Une ordonnance du MT est accessible pour 51% d'entre eux et un courrier pour 30%. La majorité des ordonnances (62%) ont une exhaustivité de 100%. Cependant, seul

16% des ordonnances ont une complétude de 100%. Concernant les courriers, seuls 36% d'entre eux sont exhaustifs et 6% complets. **Conclusion:** Seuls 42 patients (10%) possèdent lors de leur admission une information exhaustive et complète provenant de leur médecin traitant et un tiers ne disposent d'aucune information. La consultation des ordonnances et des courriers du MT est insuffisante pour établir le bilan médicamenteux et formaliser une conciliation médicamenteuse selon les recommandations de la HAS.

**P-35. Coordonner les soins dans un réseau régional de santé**

N Tanasova, P Anhorn, A Chancerel, M Chinet, MH Lerivray, F Nicolas  
(Réseau Santé Région Lausanne, Lausanne Vaud, Switzerland)

**Contexte:** Le BRIO (Bureau Régional d'Information et d'Orientation) est la prestation principale du Réseau Santé Région Lausanne. Sa mission : coordonner et assurer la continuité des soins pour les patient-e-s âgé-e-s et/ou fragiles. Le contexte de transition socio-démographique, épidémiologique, et technologique nous oblige à produire plus sans augmentation linéaire des ressources, donc à améliorer notre processus. **Objectifs:** Le processus BRIO vise à anticiper et repérer les situations à risque par la mise sur pied d'un « Guichet intégré », faciliter l'orientation et la coordination, améliorer les phases de transition et assurer le suivi des personnes quel que soit leur lieu de vie. **Méthodes:** Les cinq étapes sont : la demande, le repérage de la fragilité, l'évaluation de la situation, le projet de soins et le suivi. Suite à la demande adressée au BRIO par un usager, un proche ou un soignant, le professionnel identifie les risques de fragilisation avec un outil questionnant la présence d'un syndrome gériatrique. En cas de résultat positif (> 4 critères) et en accord avec la personne, une évaluation gériatrique globale est effectuée. Ainsi, les objectifs sont fixés, un projet de soins établi, et les interventions planifiées. Le projet de soins et le suivi de la situation sont adaptés aux besoins de la personne et peuvent être réajustés selon l'évolution. **Résultats:** Depuis le début de l'implantation du processus BRIO, la stratification de notre patientèle peut être observée. En 2018, sur la totalité des demandes adressées au Guichet du BRIO (868), le repérage a été effectué dans 267 situations ; il a révélé des facteurs de risque dans 122 situations, parmi lesquelles 114 ont fait l'objet d'une évaluation par nos infirmiers/-ères de liaison. **Conclusion:** La coordination entre les partenaires de soins facilite la compréhension de la situation et garantit la transmission de l'information. Au-delà de ses effets bénéfiques pour les patients et pour le système de santé, nous travaillons désormais à la mise en place d'indicateurs pour calculer dans quelle mesure ce processus de coordination nous permettra de mieux absorber la croissance attendue de la demande, en concentrant nos ressources sur les situations complexes ou à risque.

**P-36. Une approche globale de la fragilité due au vieillissement: rendre des expérimentations thérapeutiques plus aisées pour lutter contre le vieillissement**

D Coeurnelle  
(Heales (healthy Life Extension Society), Bruxelles Belgique)

**Contexte:** La révision des lois de bioéthique est en cours en France, suscitant des débats positifs. La génomique et les thérapies géniques, les cellules souches, la nanomédecine, les nanotechnologies réparatrices, l'hybridation entre l'homme et la machine sont autant de technologies qui devraient bouleverser, en France comme ailleurs, nos rapports à la fragilité des personnes avançant en âge. Il

est notamment envisageable que l'espérance de vie au cours du XXI<sup>e</sup> siècle croisse de plus d'une année chaque année. Les maladies liées au vieillissement pourraient un jour rejoindre la peste, le choléra, les décès suite aux maladies infantiles, dans la longue liste des affections qui ont fait souffrir et tué des humains par millions avant de devenir des maux exceptionnels. **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 pour exercer tous les autres droits humains. Par ailleurs, 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 de progression: Les produits. Les thérapies géniques. À plus long terme, les nanotechnologies. Les progrès informatiques permettent des modélisations toujours plus performantes des évolutions du vieillissement et de la fragilité. Les géants de l'informatique investissent massivement dans les développements de l'intelligence artificielle qui permettent notamment des développements dans ces domaines. Les pouvoirs publics restent malheureusement peu actifs dans ce domaine et les personnes âgées restent presque exclues des tests. Par contre, au cours de l'année 2018, le consensus autour de l'utilisation des données de santé pour la recherche médicale s'est considérablement étendu (avis 129 du CCNE). **Résultats:** In vivo et sur modèle animal, 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 (et à leurs familles) 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 due à l'âge. Il s'exprimera notamment par des expérimentations médicales sur des personnes âgées et très âgées dans leur intérêt et dans l'intérêt collectif.

**P-37. Prévention des troubles psychologiques en contexte des Institutions de prévoyance sociale en Côte d'Ivoire: une illustration des clients en situation de préretraite affiliés au Fonds International pour le Développement de la Retraite Active (FIDRA)**

M Doussou Iahya Coulibaly, B Baudry Bessie  
(Institut National de Formation Sociale, Abidjan-Côte d'Ivoire)

**Contexte:** La retraite est considérée comme l'aboutissement logique de plusieurs années de travail. C'est du moins un droit pour les fonctionnaires et travailleurs des administrations publiques et privés qui se retrouvent dans une logique de fin de carrière professionnelle. Toutefois, la retraite renvoie à des réalités sociopolitiques différentes selon les pays. En Afrique une constante demeure : il s'agit des difficiles conditions de vie des retraités. Soucieux de cette situation,

l'Etat de Côte d'Ivoire a développé une politique sociale traduite par la mise en place des Institutions de Prévoyance Sociale, aussi accompagnée par les actions des acteurs privés comme le Fonds International pour le Développement de la Retraite Active (FIDRA). L'appui du FIDRA à l'Etat de Côte d'Ivoire permet de reverser la pension de retraite, de favoriser les contacts sociaux ainsi que le développement d'habiletés et l'estime de soi chez les personnes âgées à la retraite. Cependant dans la réalité, la somme de ces actions n'est pas toujours favorable au maintien d'une bonne santé mentale chez les acteurs retraités. **Objectifs:** La présente étude a pour objectif de scruter les facteurs susceptibles de prévenir les troubles psychologiques chez les clients en situation de préretraite affiliés au FIDRA. **Méthodes:** L'étude privilégie la démarche qualitative axée sur la revue de la littérature, des observations et des entretiens semi-structurés réalisés au siège du FIDRA. **Résultats:** La construction d'une retraite épanouie et active, sans stress, garantie une bonne santé mentale. Aussi, la consolidation des liens sociaux (familiaux, amicaux, professionnels etc.) permettent d'éviter d'être confronté à des troubles psychologiques. **Conclusion:** Les facteurs de prévention des troubles psychologiques chez les acteurs du FIDRA pourraient dépendre de la mobilisation des ressources sociales ci-dessus énumérées.

**P-38. Virtuâge : La réalité virtuelle pour bien comprendre le sujet âgé**

C Barret Beaumard, M Calone, V Cezard, V Faure, V Racine, N Vita  
(Actions Formations, Saint-Gély-du-Fesc, France)

**Contexte:** La population française vieillit. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus y est passée de 13,9 % en 1990 à 18,8 % en 2016 et elle sera de 27,20% en 2050. Pour les territoires peu denses, l'enjeu principal sera le problème de l'isolement. Dans ces conditions les trois enjeux majeurs seront l'accessibilité aux services, l'adaptation des capacités des structures de prise en charge de la perte d'autonomie pour qu'elles accompagnent cette importante augmentation et enfin la mise à niveau et la facilitation de la prise en charge par les professionnels et les aidants naturels. Avec la solidarité familiale qui, bien que toujours prépondérante et essentielle, tends à décroître et le manque de places en structures dans certains territoires, l'un des enjeux nationaux majeurs aujourd'hui est le maintien de l'indépendance fonctionnelle du sujet vieillissant et l'adaptation de sa prise en charge par les professionnels et les aidants. Mais, comment apprécier l'amélioration ou la détérioration de l'autonomie de la personne âgée et adapter ses pratiques d'accompagnement lorsqu'on est un professionnel de santé ou un simple aidant? Quelle évaluation, quand, comment et par qui ? **Objectifs:** Travailler avec les professionnels du secteur sanitaire et médico-social et les accompagnants sur la meilleure compréhension des patients/résidents pour apporter des réponses adaptées tant en établissement qu'à domicile. **Méthodes:** Le concept Virtuâge (concept déposé), permet une formation théorique et pratique grâce aux nouvelles technologies, de haut niveau, adaptée aux professionnels pour leur permettre de mieux comprendre les comportements du sujet âgé malade afin de mieux l'accompagner en abordant le repérage des fragilités autrement. **Résultats:** En partenariat avec la société REVINAX (spécialisé dans la réalité augmentée), nous avons créé, à ce jour, 2 films en 3D traduisant les émotions du sujet âgé atteint d'une maladie neuro-dégénérative. Cet outil innovant, unique pour l'utilisation dans ce domaine, est le complément idéal de notre simulateur de vieillissement physique.

**Conclusion:** Grâce à une approche véritablement globale, notre concept Virtuâge vous met dans la peau du patient : le vécu du sujet âgé devient l'expérience de l'apprenant. Virtuâge propose une « mise en situation physique et émotionnelle ».

**P-39. Evaluation du risque de perte de poids chez les patient de plus de 65ans au sein d'une plateforme de fragilité**

M Viala, V Taillard, E Lucquiaud  
(CHUR Caremeau, Nimes, France)

**Contexte:** Patient de plus de 65 ans évalué par l'équipe de prise en charge de l'obésité par l'hôpital et qui devrait bénéficier d'une chirurgie bariatrique. **Objectifs:** Évalué les fragilités mnésique, thymique, physique, osseuse et musculaire qui pourrait rendre la perte de poids dangereuse; **Méthodes:** Une journée en HDJ gérontologie ambulatoire de plateforme de fragilité pour évaluation par un médecin gériatre, une neuropsychologue une ergothérapeute et une MAPA; **Résultats:** Près de 25 patient évalué en 2ans, 4 contre indication, 10 chirurgies réalisées qui vont être suivi par la plateforme à 1 an 3 ans; **Conclusion.** Une évaluation de la fragilité permet la mise en évidence de facteur de risque opératoire des personnes de plus de 65 ans devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique et de proposer une orientation personnalisée pré-opératoire qui se discute ensuite en équipe pluridisciplinaire.

**P-40. Projet CarbOptimus: Optimisation de la préservation de la masse musculaire et/ou de sa récupération par une approche de chrono-nutrition protéino-énergétique dissociée des repas.**

**Cas modèle : Personne âgée fragilisée**

S Polakof, D Béchet, D Dardevet  
(INRA-Université Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand, France)

**Contexte:** L'un des éléments qui explique l'augmentation du nombre d'années de vie en mauvaise santé, fragilité et/ou dépendance des personnes âgées est la réduction de masse et de force musculaire survenant à partir de la cinquième décennie. La fonte musculaire a une origine multifactorielle incluant entre autres, la malnutrition/dénutrition ce qui a amené la France à augmenter les ANC protéines de la personne âgée à 1,2 g/kg/jour. Parmi les protéines testées avec efficacité figure le lactosérum mais il ne s'avère pas optimale doit être complétée par une action supplémentaire(3). En France, le repas du soir en EHPAD est servi en moyenne à 18h25 ce qui entraîne une période de jeûne nocturne de >12h45(4), beaucoup trop longue pour les personnes âgées, et trop loin des recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Afin de limiter la dégradation des protéines corporelles lors des jeûnes nocturnes prolongés il semblerait pertinent de fournir des substrats énergétiques pendant cette période(6). Ceci viendrait en complément des apports diurnes en protéines et pourrait se substituer aux acides aminés comme fournisseurs d'énergie, permettant donc une épargne des protéines musculaires. Nous avons testé cette hypothèse avec succès dans un modèle de rat dénutri. **Objectifs:** Notre projet est donc une « preuve de concept » qui a pour objectif de vérifier si une chrono-nutrition protéino-énergétique permettrait d'optimiser la préservation de masse maigre et musculaire dans des situations de fonte musculaire et de récupération chez l'Homme. Nous avons choisi comme population modèle la personne âgée fragilisée en institution. **Méthodes:** Nous allons étudier 3 groupes de personnes âgées (hommes et femmes de plus de 65 ans, volontaires pré-fragiles à risque de dénutrition présentant un score MNA de 17-23,5 points ou une perte de poids

involontaire (>5% en 3 mois ou >10% en 10 mois, ou un IMC<20). groupes de 30 personnes seront constitués et suivis pendant 3 mois : (1) un groupe témoin (sans intervention), (2) un groupe avec supplémentation en lactosérum à midi, et (3) un groupe avec supplémentation en lactosérum à midi et charge énergétique avant le coucher (2-3 h après le repas du soir); Les mesures envisagées seront les suivantes : - Paramètres anthropométriques : suivi du poids (hebdomadaire), IMC, plis cutané tricipital et circonférence brachiale (1/mois), composition corporelle (DEXA, début et fin). - Évaluation du statut nutritionnel; - Statut inflammatoire; - Homéostasie glucidique et lipidique; - Fonctionnalité musculaire : grip test, vitesse de marche (T6M), test up-and-go, contraction musculaire maximale et mobilité (questionnaire d'activité). - Trajectoire métabolique des volontaires par des approches à haut-débit et recherche de biomarqueurs : métabolomique plasmatique, protéomique urinaire et transcriptomique des cellules blanches (TLDA). **Conclusion:** Validation de notre preuve de concept basée sur la combinaison d'une supplémentation en lactosérum à midi et une charge purement énergétique dissociée du repas du soir et avant le coucher, pour optimiser la préservation de la masse musculaire et/ou sa récupération chez la personne âgée.

**P-41. Impact d'une journée de prévention sur le « Sommeil et Bien Vieillir » et satisfaction du public**

A Bidault-Diallo, A Sourd, A Morand, E Martin, C Janvier, C Pean, P Beuzelin  
(Association Prévention Fragilité Bien Vieillir, Le Mans, France)

**Contexte:** Le sommeil représente un tiers de notre vie et se modifie avec l'avancée en âge. De nombreux Français se plaignent de troubles du sommeil, qui peuvent avoir un impact sur leur santé (moral, mémoire, maladies cardio-vasculaires...). Notre Association Prévention Fragilité Bien Vieillir, en collaboration avec la Mairie d'Arnage, a organisé le 7 avril 2018 une journée d'information et de prévention sur le thème du Sommeil et du Bien Vieillir, ouverte aux Sarthois, et gratuite. **Objectifs:** L'objectif était d'apporter des conseils et des outils pratiques au travers d'ateliers, de stands d'informations et d'une conférence médicale, afin d'améliorer la qualité de leur sommeil. **Méthodes:** Cette journée était composée d'une conférence médicale sur le sommeil, suivie de 7 ateliers animés par des professionnels de santé ou du domaine : bien manger pour bien dormir, impact des médicaments, méthodes naturelles (homéopathie, phytothérapie, huiles essentielles), utilisation d'un agenda du sommeil, la chambre à coucher idéale, initiation à l'auto-hypnose et au Qi Gong ; sans compter de nombreux posters d'informations. Un questionnaire de la satisfaction a été donné aux participants et rendu en fin de journée, prenant en compte leur satisfaction, et les actions qu'ils vont mettre en pratique au quotidien. **Résultats:** 85 personnes ont assisté à cette journée. Près de 60% des personnes avaient plus de 60 ans, et plus de 3 personnes sur 4 ont déclaré être satisfaites ou très satisfaites. Les conseils que les participants souhaitaient mettre en pratique suite à cette journée étaient de faire davantage de sport ou de relaxation, moins et mieux manger le soir, éviter la lumière bleue le soir, aménager les chambres de façon à mieux dormir, tester une tisane et l'homéopathie, ou encore diminuer la médication. **Conclusion:** Cette journée a été accueillie très favorablement, le concept était apprécié car intéressant et novateur. Afin de poursuivre cette dynamique de prévention, des acteurs du territoire agissant dans la promotion du Bien Vieillir étaient invités afin de proposer de nouvelles actions au public.

**P-42. Plateforme internet d'informations et de prévention de la Fragilité en Sarthe : retours après 3 années d'existence**

A Bidault-Diallo, A Sourd, A Morand, E Martin, C Janvier, C Pean, P Beuzelin

*(Association Prévention Fragilité Bien Vieillir, Le Mans, France)*

**Contexte:** Pour bien vieillir, chacun peut agir en adoptant les règles d'hygiène de vie simples. Pourtant, nombre de personnes sont souvent démunies, manquent d'informations, et ne savent pas à qui s'adresser en cas de perte d'autonomie. Depuis janvier 2016, notre Association Prévention Fragilité Bien Vieillir propose une plateforme d'informations et de conseils, ouverte au Grand Public, qui promeut le Bien Vieillir, et tente de prévenir l'apparition de la fragilité et la perte d'autonomie, sur le territoire Sarthois. **Objectifs:** Notre objectif est de faire de la prévention pour permettre à tous de rester en forme le plus longtemps possible, de se maintenir à domicile et d'éviter ces situations de perte d'autonomie brutales. Sur le modèle intégratif, notre plateforme tente de promouvoir le maillage des différents acteurs de prévention du vieillissement sur le Département, et de les repérer facilement. **Méthodes:** La plateforme internet, disponible sur [www.bien-vieillir-en-sarthe.org](http://www.bien-vieillir-en-sarthe.org), a été créée et est mise à jour par une équipe de professionnels de santé qualifiés en gériatrie. Elle est évolutive, en fonction des nouvelles données scientifiques et des informations des acteurs du territoire. Elle énumère différents domaines à considérer pour éviter l'apparition de fragilité (Aides à domicile, Lien social, Activités physiques, Logement, Nutrition, Mémoire, Moral, etc...), tente d'apporter des réponses aux besoins en proposant des conseils, et identifie les acteurs du territoire agissant dans chaque domaine. Elle relaie aussi les actions de prévention de ces acteurs. **Résultats:** Un peu plus de 13000 visites sur notre site ont été dénombrées. Les pages les plus consultées sont dans l'ordre : « les journées et ateliers Bien Vieillir » (la plus consultée), puis « le logement », « les aides à domicile », « le lien social », « la mémoire », « nous contacter », « activité physique », « nutrition » et enfin le « moral ». **Conclusion:** L'évolution de cette plateforme est favorable. Elle est bien accueillie par le public et reçoit régulièrement de nouveaux soutiens des acteurs du territoire.

**P-43. CREST syndrome de révélation tardive dans un contexte de bronchopneumopathie**

A Aliane

*(Centre Hospitalier Public du Cotentin, Valognes France)*

**Contexte:** Patiente âgée de 82 ans admise dans un SSR gériatrique après un épisode de Broncho-pneumopathie responsable d'une perte d'autonomie. Aux antécédents de Bronchites, de reflux pour lequel elle prend des IPP au long cours, un prolapsus rectal opéré en début d'année (janvier 2018) qui récidive actuellement. L'examen clinique retrouve une sclérodactylie, des lésions ischémiques cicatrisées de la pulpe des doigts, des télangiectasies des mains et du visage. Après une semaine d'hospitalisation la patiente fait un épisode de thrombose veineuse profonde de la jambe gauche confirmé par échodoppler et traité par AVK. **Objectifs:** La sclérodémie est une pathologie diagnostiquée chez des sujets plus jeune, vers 50 ans. Savoir l'évoquer comme dans notre cas devant: une atteinte cutanée (sclérodactylie), Digestive (RGO et prolapsus rectal), pulmonaire (Bronchites répétées) pour proposer une prise en charge appropriée et éviter l'errance diagnostique. A savoir que notre patiente a bénéficié d'une chirurgie au niveau du 4<sup>ème</sup> doigt droit pour un ischémie distale. Une cure de son prolapsus rectal qui récidive actuellement et aussi une prescription au long cours d'IPP pour un

reflux. **Méthodes:** Devant ce tableau clinique orientant vers une sclérodémie localisée (CREST syndrome) un bilan immunologique, une fibroscopie digestive et un scanner thoracique, une exploration fonctionnelle respiratoire et une échocardiographie ont été lancés. **Résultats:** Immunologie: Anticorps-antinucléaire très élevés, Anti-centromères Positifs, Anticardiolipine et antiBeta2GPI positifs. Fibroscopie: Hernie hiatale par glissement, Scanner Thoracique: Pneumopathie interstitielle, EFR: Syndrome restrictif. L'échocardiographie ne retrouve pas d'hypertension artérielle pulmonaire. **Conclusion:** Notre patiente présente un CREST syndrome associé un Syndrome des anticorps anti-phospholipides posant un problème de prise en charge thérapeutique chez le sujet âgé. L'atteinte pulmonaire est péjorative et elle est de moins bon pronostic car découverte tardivement. Il n'existe pas beaucoup de séries ayant étudié cette maladie chez le sujet âgé. La seule étude rétrospective française faite par l'équipe de Nantes recense 27 cas de sclérodémie diagnostiqués après 70 ans. Achille A, et al. Sclérodémie systémique de révélation tardive: étude rétrospective de 27 patients diagnostiqués après l'âge de 70 ans. *Ann dermatol Venereol* (2017)

**P-44. Facteurs associés au risque de chute chez des femmes évaluées en hôpital de jour (HDJ) de gériatrie pour troubles de la marche**

M Bedbeter, M Lilamand, P Courtois-Amiot, C Fernet, S Lacaille, A Raynaud-Simon

*(Département de Gériatrie, Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine APHP, Clichy, France)*

**Contexte:** Les chutes sont un problème de santé publique. **Objectifs:** L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés du risque de chute chez les femmes âgées vues en Hôpital de Jour de Gériatrie pour troubles de la marche. **Méthodes:** Femmes âgées vivant à domicile et adressées en HDJ de Gériatrie pour troubles de la marche, ayant bénéficié de deux évaluations gériatriques en Hôpital de Jour à au moins trois mois d'intervalle et présentant au moins un critère de fragilité selon le modèle de Fried. Les variables étudiées comprenaient : antécédents de chute, peur de tomber, vitesse de marche, force de préhension, score de Tinetti, les paramètres nutritionnels, la dépendance, le nombre de comorbidités. Le taux de chutes était défini par le quotient du nombre de chute par le nombre de mois entre deux évaluations. **Résultats:** Les 83 femmes avaient en moyenne 83.9 +/- 5.3 ans, une vitesse de marche à 0,6 ± 0,2 m/s, une force de préhension à 15 ± 5 kg et un score Tinetti à 11,4 ± 2,7. Beaucoup présentaient des troubles cognitifs (37%), et un amaigrissement récent (33%). Elles avaient chuté en moyenne 0,3 ± 0,4 fois par mois en 12 mois. En analyse multivariée, le taux de chutes était associé au nombre de comorbidités (OR=1,04 ; IC95%= [1,01 - 1,08] ; p=0,01), aux antécédents de chute (OR=1,19 ; IC95%= [1,01 - 1,39] ; p=0,03) et à la force de préhension (OR=0,983 ; IC95%= [0,967 - 0,999] ; p=0,04). **Conclusion:** Dans cette population spécifique (femmes vues à au moins deux reprises en HDJ de Gériatrie pour troubles de la marche et chutes), les facteurs les plus puissamment associés au risque de chute sont les comorbidités, les antécédents de chute et la force de préhension.

**P-45. Prévention de la dépendance en HDJ**

A Benzaoui

*(Pôle Médical Maison Blanche, Vernouillet Eure-et-Loir, France)*

**Contexte:** Prise en charge des patients âgées à risque de dépendance au sein de l'hôpital de jour du Pôle Médical Maison Blanche à Vernouillet (28500) qui contient 10 lits. **Objectifs:** Prévenir et/ou freiner la dépendance chez les personnes âgées pris en charge à l'HDJ gériatrique. **Méthodes:** Repérage des personnes âgées fragiles ou pré fragiles pris en charge à l'HDJ grâce à une évaluation gériatrique approfondie faite systématiquement à l'admission des patients. Un bilan biologique et/ou radiologique est souvent demandé afin de compléter l'évaluation clinique gériatrique. Une fois que le groupe de patients à risque de dépendance est identifié, une prise en charge multidisciplinaire est programmée, assurée par le médecin référent qui coordonne les différents intervenants paramédicaux (diététicienne, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, professeur d'APA, infirmière, psychologue, assistante sociale) en étroite collaboration avec le médecin traitant. **Résultats:** Résultats positifs et satisfaisants dans 90% des cas avec : - Amélioration de l'appétit, stabilisation du poids, correction et prévention de la dénutrition grâce à l'intervention de la diététicienne et la supplémentation par des compléments enrichis quand c'est nécessaire. - Prise en charge des troubles thymiques grâce à un suivi psychologique régulier, une prescription médicamenteuse s'il faut, une intervention sociale, ... - Rééducation, ré autonomisation, travail de la marche et du relevé de sol à l'atelier équilibre, prise en charge de la douleur, prescription d'aides techniques afin de sécuriser les déplacements, renforcement musculaire et entretien articulaire afin de prévenir la Sarcopénie et la dépendance physique. **Conclusion:** Repérer les facteurs de risque fragilisants nos patients âgés, nous permet de agir en amont afin de prévenir et/ou de freiner la dépendance, améliorer leur qualité de vie, prolonger leur maintien à domicile pour éviter l'institutionnalisation et les hospitalisations fréquentes.

**P-46. Projet ECOCAT : Création d'un dispositif de prêt d'aides techniques (AT) non prises en charge financièrement, pour les personnes âgées à domicile accompagnées par l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPSVA) en Limousin**L Bichaud<sup>1</sup>, E Tran<sup>1</sup>, J Trimouillas<sup>1,2</sup>, C Chaumont<sup>1</sup>, E Lorian<sup>2</sup>, S Baudu<sup>1</sup>, N Cardinaud<sup>1</sup>, A Tchalla<sup>1,2,3</sup>

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

**Contexte:** Afin de prévenir la perte d'autonomie du sujet âgé et dans un contexte de repérage de la fragilité, l'activité principale des ergothérapeutes de l'UPSVA du CHU de Limoges correspond à des actions de réadaptation et de préconisation d'AT (pour 40% des usagers). Cependant, le coût de ces AT et l'impossibilité de les essayer en situation écologique représentent un frein à l'achat. Face à ce constat, les ergothérapeutes ont développé un système d'économie circulaire: le dispositif ECOCAT. **Objectifs:** Améliorer l'accessibilité et l'efficacité des AT auprès des usagers UPSVA. **Méthodes:** ECOCAT est un système de récupération des AT non utilisées chez les personnes domiciliées en Haute-Vienne. C'est aussi un système de redistribution des AT : suite à une évaluation en ergothérapie et à la détection d'un besoin en AT, l'ergothérapeute

préconise, fait essayer, installe le matériel au domicile et assure un suivi personnalisé. Au bout d'un an et après évaluation, les prêts sont reconduits ou évoluent vers un achat avec un accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire. **Résultats:** Le parc d'AT disponibles au sein du dispositif ECOCAT comprend 48 catégories différentes (correspondant à 350 AT). En 2 ans, 136 usagers UPSVA ont été équipés d'AT (soit 255 AT), et 99 AT ont été récupérées via le processus de dons (issus de particulier à 94%). On estime à 13.3% le nombre d'AT non utilisées/non adaptées après préconisation. La compliance est quant à elle estimée à 73.7% contre 20% dans la littérature. 60% des usagers sont de « assez » à « très » satisfaits des AT mises en place par ce dispositif. **Conclusion:** ECOCAT permet de répondre à une problématique d'accessibilité et d'acceptabilité des AT. Grâce à un tel dispositif, les ergothérapeutes ont pu équiper les patients rapidement et dans des conditions écologiques. Il s'inscrit dans une démarche d'économie circulaire en donnant une deuxième vie à du matériel qui n'est plus adapté aux personnes et à leur situation de handicap. Les résultats de cette étude pilote nous amènent à envisager le dispositif comme une plateforme d'accompagnement, d'essai, de prêt gratuit, de formation des aidants professionnels et familiaux et de récupération des AT non utilisées.

**P-47. Etude prospective sur la conciliation médicamenteuse à l'Hôpital Mignot**

B d'Anthouard, L Parnet-Matko, A Bornard

*(Hôpital André Mignot, Le Chesnay, France)*

**Contexte:** La iatrogénie est un problème majeur de Santé publique. Le risque est d'autant plus élevé chez les patients âgés polymédiqués et ce risque est accru entre les différents flux ville-hôpital. La conciliation médicamenteuse, au sein des services cliniques, a été développée par l'ARS et l'HAS afin de réduire le risque de iatrogénie. Les professionnels de santé sont chargés de prévenir et d'intercepter les erreurs de prescription médicamenteuse en récupérant puis en partageant les informations exactes et complètes relatives aux traitements des patients. **Objectifs:** Amélioration de la prise en charge des patients âgés fragiles. **Méthodes:** L'étude statistique est monocentrique, observationnelle, prospective de janvier 2016 à février 2018 à l'hôpital André Mignot en gériatrie aigue polyvalente. Les logiciels Web100T® et Pharma® ainsi que les dossiers des patients ont permis de récupérer les données. La conciliation médicamenteuse (CM) se fait en 2 temps : Réalisation d'un bulletin médical optimisé (BMO) puis partage avec les médecins. Ensuite un médecin extérieur au service analyse les divergences non intentionnelles (DNI) à partir des données anonymisées. **Résultats:** Le flow chart rapporte : 2428 patients, 650 ont eu un BMO, et 585 ont été conciliés soit 24% (progression de 22% en 2016 à 35 % en 2018). Une CM dure 32 min en moyenne et se base sur 3,13 sources différentes par patient. En utilisant les indices (I) qualités de l'ARS : I3-proportion de conciliés (PC) : 27%, I4-PC dans les 24h : 30%, I5-proportion de DNI sur PC : 27.8% soit 1/3 des patients conciliés avait un taux de DNI de 2.65%. **Conclusion:** L'étude a permis de déterminer la proportion effective de patients conciliés et de quantifier la proportion de DNI. Elle met également en évidence les besoins concrets au développement de la CM ainsi que ses axes d'amélioration. Enfin, les résultats peuvent être comparés à ceux de l'ARS et de l'HAS afin de mettre en perspective leurs recommandations et de mettre en évidence leurs limites une fois confrontées à la réalité d'un service clinique et notamment en gériatrie.

**P-48. Fragilité, l'autonomie et qualité de vie des personnes âgées en République de Moldavi**

G Soric, E Deseatnicova, A Popescu, E Cosciug, A Negara, L Groppa

(*Université d'État de médecine et pharmacie „Nicolae Testemitanu”, Moldova chisinau, République de Moldavi*)

**Contexte:** La fragilité est un syndrome caractérisé qui touche jusqu'à 25 % de la population de plus de 60 ans. Avec l'espérance de vie accrue et la tendance au vieillissement démographique, on estime une augmentation de la prévalence des patients fragiles. Nous devons développer des méthodes efficaces de prévention, de diagnostic et de traitement de la fragilité de maintenir le processus d'autonomie pour personnes âgées. Une bonne gestion des personnes âgées peut conduire à une meilleure qualité de vie et la diminution du nombre de patients atteints du syndrome de fragilité. **Objectifs:** Évaluation de l'impact de la fragilité sur l'autonomie et la qualité de vie des patients âgés hospitalisés dans le service de gériatrie, maladies chroniques. **Méthodes:** Étude observationnelle, comprenait 1158

des patients de plus de 65 ans hospitalisés en service de gériatrie, maladies chroniques. Ont été recueillis leurs autonomie (ADL, IADL), marche et l'équilibre (Tinetti score), état cognitif (MMSE), et nous avons évalué la qualité de vie (Nottingham score). Les résultats obtenus ont été soumis à l'analyse statistique (Statistiques 7). **Résultats:** Le 1158 patients avaient en  $71,64 \pm 0,17$ ,  $58,54$  étaient des femmes. Leur ADL était de  $9,23 \pm 0,13$ , IADL –  $10,77 \pm 0,08$ , le score Tinetti –  $20,43 \pm 0,29$  et le MMSE de  $22,62 \pm 0,28$ . La qualité de vie des patients avec fragilité était faible avec un score sur énergie –  $63,24 \pm 2,1$ , état émotionnel –  $35,13 \pm 1,62$ , qualité du sommeil –  $54,75 \pm 2,24$ , la douleur –  $56,83 \pm 1,91$ , isolement social –  $28,10 \pm 1,73$  et capacité physique –  $55,29 \pm 1,89$ . **Conclusion:** Le syndrome de fragilité est une affection fréquente chez les personnes âgées. Les patients souffrant de fragilité avaient plus fréquemment des troubles d'autonomie, de la marche et de l'équilibre, problème cognitif et émotionnel qui modifient considérablement l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.