

L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

VOLUME 36, 2022

TOME I

10^{ème} Congrès

Fragilité du Sujet Agé

Le Vieillissement en Santé

Prévention de la Perte d'Autonomie

Lundi 20 & Mardi 21 Juin 2022

REMERCIEMENTS

Le Comité d'Organisation du Congrès
Fragilité du Sujet Agé
Le Vieillissement Santé
Prévention de la Perte d'Autonomie
remercie tout particulièrement les sociétés partenaires suivantes :

PARTENAIRES



Les sommaires de l'Année Gérontologique sont indexés dans : Expertica Medica, ISI/IST P&B online database, Pascal, Paris, Current Literature on Aging, Washington, C.P.A. : New Literature on Old Age and Age Info, London; CAB International, Biosis.

Cet ouvrage est strictement réservé au corps médical. Les informations, idées, conseils et autres éléments figurant dans les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs et en aucun cas celle des sociétés dont les produits sont évoqués. Malgré la rigueur de la conception, il se peut que des erreurs se soient glissées. Les auteurs et l'éditeur déclinent toute responsabilité quant aux conséquences qui pourraient en résulter.

Les articles contenus dans ce volume ont été soumis, par leurs auteurs, en tant que travaux originaux, au comité de lecture de l'Année Gérontologique qui a apporté une attention particulière à la qualité des informations publiées. Toutefois, Serdi ne peut être tenu responsable d'erreurs éventuelles commises par les auteurs ou des conséquences pouvant résulter de leur utilisation.

L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

VOLUME 36, 2022

COMITÉ SCIENTIFIQUE

S. ANDRIEU (Toulouse) ; J. ANKRI (Paris) ; J.P. AQUINO (Versailles) ; J.P. BAEYENS (Ostende) ; A. BENETOS (Nancy) ; E. BERCOFF (Rouen) ;
H. BLAIN (Montpellier) ; M. BONNEFOY (Lyon) ; I. BOURDEL-MARCHASSON (Bordeaux) ; P. CHASSAGNE (Rouen) ;
P. COUTURIER (Grenoble) ; T. DANTOINE (Limoges) ; B. DE WAZIERES (Nîmes) ; J.P. DROZ (Lyon) ; J.G. EVANS (Oxford) ;
F. FORETTE (Paris) ; B. FORETTE (Paris) ; A. FRANCO (Grenoble) ; P.J. GARRY (Albuquerque) ; A. GENTRIC (Brest) ; O. GUERIN (Nice) ;
R. HEBERT (Sherbrooke) ; O. HANON (Paris) ; C. JEANDEL (Montpellier) ; G. KALTENBACH (Strasbourg) ; S. LEGRAIN (Paris) ;
J.P. MICHEL (Genève) ; J.E. MORLEY (Saint-Louis) ; R. MOULIAS (Paris) ; S. MOULIAS (Paris) ; F. NOURHASHÉMI (Toulouse) ;
M. PACCALIN (Poitiers) ; E. PAILLAUD (Créteil) ; F. PUISIEUX (Lille) ; F. PIETTE (Paris) ; P. PFITZENMEYER (Dijon) ; P. RITZ (Angers) ;
Y. ROLLAND (Toulouse) ; L.Z. RUBENSTEIN (Los-Angeles) ; N. SALLES (Bordeaux) ; A. SALVA (Barcelona) ; H. SHIBATA (Tokyo) ;
L. TEILLET (Paris) ; J. TRETON (Paris) ; B. VELLAS (Rédacteur en chef ; Toulouse) ; M. VERNY (Paris) ; T. VOISIN (Toulouse)

Serdi Edition

E-mail : serdi@serdi-publisher.com
Web site : <http://www.serdi-publisher.com>

2022

Editorial: La prévention active : nous n'avons plus le temps d'attendre ! F. Nourhashémi 4

Editorial: Le 10^{ème} anniversaire du Congrès Francophone Fragilité du Sujet âgé, M. Cesari 5

• Communications orales et affichées

SYMPOSIUM

• S1- Vers une nouvelle ère pour la prévention des pneumonies? 6

• S2- L'exercice pour contrer le déconditionnement physique des personnes âgées à travers le parcours de soin 6

• S3- Vieillesse, pathologies cardiaques et fragilité 6

• S4- Comprendre et optimiser le parcours de soins chirurgical du patient fragile 7

• S5- Évaluation et maintien de la condition physique à distance pour les aînés à domicile pendant la COVID-19 7

COMMUNICATIONS ORALES ET AFFICHÉES

CO1. Evolutions sociétales, Pierre Suc Mella (*Toulouse, France*) 8

CO2. Diversité alimentaire et fragilité en population générale âgée, Anne-Fleur Jacquemot, Cindy Voix, Rozenn Gazan, Christophe Dubois, Catherine Helmer, Cécile Delcourt, Eric Verger, Pierre Verger, Nicole Darmon, Catherine Féart (*Bordeaux, France*) 8

CO3. Impact de la crise sanitaire de la Covid-19 sur les hospitalisations non programmées et la mortalité pour syndromes gériatriques de janvier à septembre 2020 en France, Marion J Torres, Joël Coste, Florence Canouï-Poitrine, Jacques Pouchot, Antoine Rachas, Laure Carcaillon-Bentata (*Saint Maurice, France*) 8

CO4. Exposition hormonale et force de préhension chez les femmes en population générale : résultats de l'étude de cohorte française Constances, Maryline Le Noan-Laine, Fanny Artaud, Anna Ozguler, Mireille Pellicer, Virginie Ringa, Alexis Elbaz, Marianne Canonico (*Villejuif, France*) 8

CO5. Corrélation entre l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation d'ICOPE step 1 en service de gériatrie aiguë, M. Oteko, M. Asfar, J. Gautier, M. Mousset, J. Terrier, C. Annweiler (*Angers France*) 9

CO6. Mise en place par l'association OSE de ICOPE à destinée de la population âgée parisienne, Marc Cohen, Paul Benadhira, Grigori Nekritch, Yves Wolmark (*Paris, France*) 9

CO7. La plus-value de l'IPA dans la prévention de la dépendance chez les seniorss, Caroline Berbon (*Toulouse, France*) 9

CO8. Relation entre la Short Physical Performance Battery (SPPB) et la Study of Osteoporotic Fractures (SOF) dans l'exploration de la fragilité, Salvatore Metanmo, Antoine Gbessemehlan, Marie-Josiane Ntsama-ebode, Laurella Nguengang, Nadine Simo-Tabue, Callixte Kuete-Tegueu, Maturin Tabue Teguo (*Limoges, France*) 9

CO9. L'âgisme à l'ère du COVID-19, Pauline Gouttefarde, Jessica Guyot, Hervé Fundenberger, Solène Dorier, Sarah Fraser, Martine Lagace, Nathalie Barth, Bienvenu Bongue, Stéphane Adam, Thomas Celarier (*Saint-Etienne, France*) 9

CO10. Intégrer le programme ICOPE au sein des pratiques professionnelles des aides à domicile : quel accueil par les bénéficiaires et leur famille ? A. Valette, M. de Battista, E. Tastayre, L. Bouchon, N. Tavassoli (*Nîmes, France*) 10

CO11. Former les infirmières du CMS de Gennevilliers à l'évaluation fonctionnelle de la personne âgée afin de s'inscrire dans un programme global de maintien des capacités intrinsèques J. Zwaig (*Gennevilliers, France*) 10

CO12. Projection du film Tenir à domicile, V. Doyon, M. Cousin (*Chaumont, France*) 10

CO13. Consultation infirmière Prévention-Santé: avec les années, SANTÉ-vous bien en Dordogne ! Bilan, résultats et perspectives après deux ans de fonctionnement, F. Woné, C. Lachaud-Rongieras, V. Meynier, V. Chanel, C. Clement, M. Gourgues, M. Guillem-Joussaume, S. Lafleur (*Perigueux, France*) 11

CO14. Expérimentation Equilibres article 51 PLFSS 2018 mené avec la CNAM et le ministère, Céline Horte, Chrystèle Leman, Mathieu Nochelski (*Baho, France*) 11

CO15. Co construire un « rendez-vous retraite et prévention » à destination de jeunes retraités en situation de précarité économique (JRP), déployé par l'Assurance retraite et intégrant le programme ICOPE , A. Valette, M. de Battista, E. Tastayre, L. Bouchon, N. Tavassoli, I. Moesch (<i>Nîmes, France</i>).....	11
CO16. NACRE, Nouvel Accompagnement Co-construit des REtraités. Rôle d'une infirmière expérimentée en gériatrie dans le déploiement du Projet NACRED , Laure Bouchon, Christine Lafont, Nêda Tavassoli, Hélène Villars, Margot De Battista, Armance Valette, Emilie Tastayre, Isabelle Moesch (<i>Toulouse, Nîmes France</i>)	11
CO17. Une action « coup de poing » pour inciter les kinésithérapeutes à être partie prenante dans le déploiement national du programme ICOPE : «le défi 10000 étapes1 Icope» , Damien Olivon, Justine de Kerimel, Christine Lafont (<i>Toulouse, France</i>)	12
CO18. Evaluation multidimensionnelle de la fragilité en soins communautaires , Valérie Cérèse, Matthieu de Stampa (<i>Marseille, France</i>).....	12
CO19. Expérience utilisateur de l'application ICOPE MONITOR en auto-évaluation par les patients du service de Gériatrie du CHU d'Angers , M. Asfar, M. Otekpo, M. Mercier, E. Rabin, F. Noublanche, C. Annweiler (<i>Angers, France</i>).....	12
CO20. MOBILAINES: Un outil pour faciliter la planification et les déplacements des personnes âgées dans leur communauté , Tahir Sahar, Bessam Abdulrazak, Véronique Provencher, Dany Baillargeon, Catherine Girard (<i>Sherbrooke, Canada</i>).....	12
CO21. Évaluation économique des stratégies d'intervention dans la prévention de la fragilité chez les personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile : une revue systématique , Gilles Kehoua, Myriam Le Goff, Caroline Gayot, Marie-Laure Laroche, Michel Druet-Cabanac, Achille Tchalla (<i>Limoges, France</i>)	13
CO22. «Clustering» des performances physiques des personnes âgées grâce au recueil de données biomécaniques issues d'une paire de lunettes instrumentées , Frédéric Chorin, Christophe Caquineau, Serge S Colson (<i>Nice, France</i>)	13
CO23. Implémentation du programme ICOPE en collaboration avec L'Organisation Mondiale de la Santé dans un service de consultation gériatrique , Marie Fourteau, Nêda Tavassoli, Catherine Takeda, Maria Eugenia Soto Martin, Thierry Voisin, Bruno Vellas (<i>Toulouse, France</i>)	13
CO24. Trajectoires et facteurs prédictifs de fragilité chez la personne âgée vivant à domicile : analyse de la cohorte FREEDOM-LNA , S. Boyer, C. Laubarie-Mouret, N. Cardinaud, C. Gayot, M. Druet-Cabanac, M. Harel, A. Tchalla (<i>Limoges, France</i>).....	14
CO25. Vieillir en Santé pour les seniors du régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco : retour d'expérience sur les bilans médico-psycho-sociaux des centres de prévention Agirc-Arrco en 2019 , Florence Martin, Vincent Bataille, Frédérique Decherf (<i>Toulouse, France</i>).....	14
CO26. Profil et charge ressentie chez les aidants bénéficiaires d'un bilan des centres de prévention Agirc-Arrco en 2019 , Florence Martin, Vincent Bataille, Frédérique Decherf (<i>Toulouse, France</i>)	14
CO27. Le Score d'Evaluation Facile des Ingesta (SEFI)® assisté par photographie (SEFI®-AP) chez la personne de 70 ans et plus résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour mesurer l'insuffisance de prise alimentaire: reproductibilité dans le temps et performance pour le diagnostic de dénutrition , Anne Billeret, Ronan Thibault, Chloé Rousseau, Rémy Thirion, Béatrice Baillard-Cosme, Dominique Somme (<i>Rennes, France</i>).....	15

POSTERS	15
----------------------	----

EDITORIAL

LA PRÉVENTION ACTIVE : NOUS N'AVONS PLUS LE TEMPS D'ATTENDRE !

L'offre de soins (curatifs en majorité) a longtemps été considérée comme le pilier des politiques de santé. Depuis quelques années toutefois, notre société (re)prend enfin conscience de l'importance de la prévention, à en juger par le grand nombre d'injonctions dans l'espace public. Depuis 2018, le « plan priorité prévention », projet interministériel d'envergure qui s'inscrit dans la stratégie nationale de santé, vise à améliorer la santé des populations de la préconception à la préservation de l'autonomie de nos aînés.

Pourtant, la médecine préventive a été un des piliers de la médecine dès l'antiquité. C'est dès cette époque que les modes de vie et certains facteurs comme la chaleur et le froid ont été considérés comme des leviers importants pour la santé des individus. Plus tard, Avicenne considérait « la médecine comme l'art de conserver la santé et éventuellement, de guérir la maladie survenue dans le corps ». Dès cette époque dans son traité, il insiste sur la pratique régulière du sport et l'importance des relations humaines dans la conservation d'une bonne santé mentale et somatique.

Les grands progrès de la médecine expérimentale ont par la suite certainement affaibli ce domaine de la médecine. Mais aujourd'hui, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, du droit de chacun à vieillir en bonne santé et aussi en raison des contraintes économiques qui risquent de peser sur les générations futures, il est grand temps de reconnaître le rôle de l'ensemble des acteurs et les stratégies de la prévention active dans la santé des populations vieillissantes. Mais n'oublions pas, que la médecine préventive reste une médecine individualisée car chaque personne est unique.

*Pr F. Nourhashémi
Gérontopôle, INSERM, PCME, Toulouse, France*

EDITORIAL

LE 10^{ème} ANNIVERSAIRE DU CONGRÈS FRANCOPHONE FRAGILITÉ DU SUJET ÂGÉ

Le Congrès Francophone Fragilité du sujet âgé fête cette année ses 10 ans. Chercheurs et cliniciens intéressés par la fragilité et la sarcopénie se rassemblent à nouveau à Toulouse.

Comme d'habitude, les thématiques vont des sciences fondamentales, à la clinique et à la santé publique. Néanmoins, le fait que la fragilité reste l'objectif principal de ce congrès, elle a permis de faire émerger un fil conducteur cohérent unique de recherche émergente.

En effet, ces résumés relatent les travaux menés sur le terrain au cours des derniers mois et anticipent ce qui nous attend dans un proche avenir.

Nous sommes convaincus que vous trouverez dans ces résumés, du matériel pour stimuler des idées innovantes et potentiellement construire de nouvelles synergies dans le but de prévenir/traiter les principales pathologies gériatriques.

Nous vous souhaitons un excellent congrès.

Pr M. Cesari
Université de Milan, Milan, Italie

Communications orales et affichées

SYMPOSIUM

S1. Vers une nouvelle ère pour la prévention des pneumonies?

• Pneumopathies et fragilité chez les résidents en EPHAD

Yves Rolland
(CHU Toulouse, France)

• Pneumonies et vaccination, nouveautés en 2022

Gaëtan Gavazzi
(CHU Grenoble, France)

S2. L'exercice pour contrer le déconditionnement physique des personnes âgées à travers le parcours de soin

Mylène Aubertin-Leheudre
(Uqam, Canada)

• La prescription de l'activité physique comme soin dans les cliniques externes de gériatrie : une solution implantable ?

Mylène Aubertin-Leheudre
(Uqam, Canada)

Introduction: L'activité physique (AP) permet de contrer la spirale du déconditionnement et maintenir la participation sociale. Pourtant la prescription d'AP dans les cliniques externes de gériatrie (CEG) est quasi-nulle en dehors des services de réadaptation. Le manque de formation et d'outils spécifiques pour les médecins et l'incapacité de se déplacer et le manque de prescription adaptée pour les personnes.

Objectif: Évaluer l'implantabilité, la faisabilité, l'acceptabilité d'un outil pragmatique en cliniques externes de gériatrie. **Méthodologie:** Via une démarche pragmatique de co-construction, un outil intégré et spécifique (PACE) a été conçu. PACE via son arbre décisionnel objectif et subjectif, permet de déterminer le profil de mobilité de l'ainé et de prescrire un des 35 programmes d'AP adaptée (exercices et marche), spécifique et non supervisé à réaliser à chaque jour. PACE a été mise en place durant 4 mois dans 2 cliniques externes de gériatrie [cognitive (CEC) et syndrome gériatrique (CEG)]. **Résultat:** Parmi les 186 patients admis, 77 étaient éligibles à recevoir une prescription. De ce nombre, 58 (75%) ont accepté de recevoir une prescription et 48 ont fini les 12 semaines d'exercice (rétention: 82,75%). En moyenne, les patients ont fait 3 à 4 /4 des exercices fonctionnels à raison de 3 séances/semaine (soit 60 min/sem). En plus de ces exercices, les patients ont marché 20 min/j en moyenne 4 fois par semaine (soit 80 min/sem). Les médecins ont rapporté qu'il a été facile et rapide d'établir une prescription adaptée à l'aide de l'arbre décisionnel subjectif. Les patients ont majoritairement rapporté que le programme AP réalisé était difficile en terme d'intensité, très satisfaisant et n'amenait pas ou peu de douleur. Conclusion: Implanter PACE en CEG semble faisable et acceptable et permet de rendre actif les aînés.

• L'exercice pour prévenir le déclin fonctionnel et la mobilité des personnes âgées évaluées aux services d'urgence pour des blessures traumatiques mineures

Marie Josée Sirois
(Faculté de médecine, Université Laval, Canada)

Objectif: Comparer l'effet d'une intervention combinant dépistage aux Urgences + exercices physiques vs interventions usuelles aux Urgences sur les capacités fonctionnelles, la mobilité et les capacités physiques des personnes âgées dans les 6 mois suivant une consultation aux Urgences pour des blessures mineures. **Méthode :** Essai clinique Stepped-wedge (2018-20) chez des personnes âgées évaluées dans 4 urgences canadiennes pour des blessures mineures (T0) et suivies à 3 (T3) et 6 mois(T6). Phase d'intervention : CedecomS (n=745) : Dépistage dans les urgences du risque de déclin fonctionnel (risque modéré et élevé) + exercices physiques 3x 1h/semaine/12 semaines. Phase de contrôle

(n=329) : planification habituelle de la sortie des urgences. **Mesures :** le statut fonctionnel a été mesuré avec l'échelle fonctionnelle OARS. La mobilité et les capacités physiques de base ont été mesurées par le SPPB (vitesse de marche, équilibre, force des membres inférieurs) dont le score est /12. **Résultats:** Les deux groupes étaient similaires à T0 : 63% de femmes et âge moyen de 77 ans. Les chutes étaient le principal mécanisme de blessure (74%) entraînant des fractures (30%), des contusions (30%) et des lacerations (19%). Statut fonctionnel: Entre T0 et T6, le score OARS est resté plus stable dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin pour les participants à risque modéré (-0,08 vs -0,39), ainsi que pour les participants à risque élevé (-0,28 vs -0,54). Capacités physiques : Les améliorations entre T0 et T6 dans les scores du SPPB étaient significativement plus grandes dans le groupe intervention chez les participants à risque modéré (+1,4 vs +1,0) et chez les participants à risque élevé (+1,1 vs +0,5). **Conclusion:** L'intervention CEDeComS combinant le dépistage aux Urgences à l'exercice physique précoce a permis aux personnes âgées de maintenir leur statut fonctionnel et d'améliorer leur mobilité de base.

• Faisabilité et acceptabilité de MATCH pour prévenir le déclin iatrogène durant l'hospitalisation de personnes âgées: Une question d'unité de soin ?

Eva Peyrusqué
(Université du Québec à Montréal, Canada)

Introduction: L'hospitalisation engendre un déclin iatrogène ce qui accélère la perte d'autonomie. L'activité physique (AP) comme soin clinique permettrait de contrer ce phénomène. MATCH, un programme d'AP adapté et non-supervisé semble faisable, acceptable et efficace en unité de courte durée gériatrique (UCDG) et même en unité covid-19. Néanmoins, les raisons d'hospitalisation sont diverses ce qui amènent les aînés à être admis dans des unités de soin différentes.

Objectif: Évaluer l'implantabilité, la faisabilité, l'acceptabilité de MATCH dans 3 unités gériatriques (soins post aigu (SPA); unité de réadaptation (URFI); UCDG). **Méthodologie:** Tous les patients admis dans les 3 unités gériatriques durant l'étude ont été évalués par le médecin pour vérifier l'éligibilité et prescrire le cas échéant le programme d'AP MATCH. Le taux d'inclusion, le taux de prescription et le délai d'implantation mais aussi l'adhésion et l'acceptabilité du patient tout comme les performances physiques ont été évaluées.

Résultat: Parmi les 390 patients admis, 140 étaient éligibles. De ce nombre, 114 (URFI:n=41; UCDG:n=43; SPA:n=30) ont accepté le soin MATCH. Le délai d'implantation médian était acceptable entre les 3 unités (URFI:2,59j; SPA:3,27j; UCDG:1,26j). Les professionnels en réadaptation ont trouvé le programme MATCH adéquat pour les patients des 3 unités (URFI:71,4%; SPA:75%; UCDG:73,7%). Les patients même si ils étaient libres de faire leurs programmes, ont pour plus de la moitié d'entre eux réalisés leurs exercices 2fois/jour (% de patients: URFI:85,6%; SPA:69,9%; UCDG:91,2%) et toute la marche prescrite (3 unités : 100%). Les patients des 3 unités ont améliorés significativement leur force de préhension, leur capacité fonctionnelle (SPPB), leur force et endurance des membres inférieurs (test de la chaise 30 sec). **Conclusion:** Implanter MATCH semble aussi faisable et acceptable que cela soit pour les patients aînés d'UCDG que pour ceux admis en URFI ou SPA, en plus d'améliorer leur santé physique.

S3. Vieillesse, pathologies cardiaques et fragilité

• Quel lien entre la fragilité et les pathologies et événements cardiovasculaires ?

Olivier Toulza
(Toulouse)

• Amylose cardiaque chez la personne âgée fragile

Olivier Lairez
(Toulouse)

• La fermeture de l'auricule chez la personne âgée fragile

Meyer Elbaz
(Toulouse)

S4. Comprendre et optimiser le parcours de soins chirurgical du patient fragile

Laurent Balardy
(CHU Toulouse, France)

• Neurochirurgie et fragilité

Eric Schmidt
(CHU Toulouse, France)

Chez le sujet âgé, la neurochirurgie touche un tissu particulièrement vulnérable. En ce sens, il est particulièrement important en neurochirurgie d'intégrer les approches modernes du vieillissement qui s'attachent à mieux comprendre les mécanismes responsables d'une éventuelle perte d'autonomie par l'identification et l'anticipation des états précurseurs de la dépendance fonctionnelle. Le concept de fragilité est ainsi un outil moderne et pertinent pour identifier et cibler les populations à risque de dépendance post opératoire. Nous décrivons les avancées récentes et publiées sur l'impact de la fragilité chez le patient neurochirurgical, et désirons intégrer notre réflexion dans le concept transversal contemporain de chirurgie gériatrique.

• Fragilité et parcours de soin chirurgical

Jacques Boddaert
(Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France)

Le sujet fragile vit avec une qualité de vie adaptée, mais aussi un risque de dépendance fonctionnelle au moindre événement. Dès lors qu'un patient âgé affronte une pathologie aiguë et pousse la porte d'un service chirurgical, une course contre la montre s'enclenche, pour la survie et contre la dépendance. La fragilité du patient est majorée par le risque de dépendance iatrogène évitable lié à l'hospitalisation. La patient fragile dans un service de type chirurgical nécessite une collaboration entre professionnels avec une acculturation gériatrique. A partir de l'exemple réussi de l'orthogériatrie, c'est à dire l'ensemble des soins péri-opératoires mais aussi des axes nouveaux d'accompagnement de la personne âgée lorsqu'elle est hospitalisée pour fracture, nous tâchons de définir les grands axes et priorités pour optimiser le parcours de soins chirurgical du sujet fragile.

• Anesthésie et médecine péri opératoire du patient fragile

François Labaste
(CHU Toulouse, France)

Le concept de fragilité permet d'identifier un phénotype particulier chez les sujets âgés. Le niveau de capacités fonctionnelles du patient en préopératoire est un déterminant important de son avenir. Plusieurs études montrent que le niveau de fragilité préopératoire est un facteur prédictif de mortalité après une chirurgie supérieure à la classe ASA. Identifier les patients fragiles, et peut-être plus encore les patients « à risques » de fragilité, doit devenir un des éléments de la consultation d'anesthésie, au même titre que l'évaluation préopératoire d'une éventuelle coronaropathie ou de l'équilibre glycémique d'un patient diabétique. De plus, des travaux montrent que le simple fait d'identifier ces patients en préopératoire, et de les intégrer dans un parcours de soins dédié, réduit de manière importante la mortalité postopératoire.

• Intégrer la fragilité dans les programmes de récupération améliorée en chirurgie

Jean Felix Verrier
(RAMSAY, Paris, France)

S5. Évaluation et maintien de la condition physique à distance pour les aînés à domicile pendant la COVID-19

Marie-Josée Sirois
(Faculté de médecine, Université Laval, Canada)

• Évaluer les performances physiques des aînés par vidéoconférence pendant le confinement COVID-19

Éva Peyrusqué
(Université du Québec à Montréal, Canada)

Introduction: En raison des restrictions sanitaires COVID-19, l'évaluation physique des aînés fut très limitée. Comme plus de 60% des aînés utilisent internet, cette technologie pourraient être une solution. **Objectif:** Vérifier si les évaluations à distance via zoom sont comparables à celles en présentiel. **Méthodologie:** Lors d'une étude web menée durant la covid-19, 56 participants complétant leur évaluation post-intervention dont 37 ont fait les mêmes tests en présentiel. **Mesures:** capacités fonctionnelles (équilibre, vitesse-de-marche, 5-rep assis-debout, TUG), puissance (10-rep assis-debout) et endurance (30-sec assis-debout) musculaires furent évaluées via zoom et en présentiel. **Résultats:** Des corrélations fortes et modérées furent observées entre mesures zoom et réelles pour: équilibre ($r=0,73$), 5-rep assis-debout ($r=0,81$), puissance ($r=0,94$) et endurance ($r=0,90$), TUG ($r=0,57$) et vitesse-de-marche ($r=0,55$). Seules les valeurs en réel et en zoom de vitesse-de-marche différaient ($p=0,03$). Lorsque réalisées par 2 évaluateurs, la vitesse-de-marche ($p=0,031$), le test assis-debout 5-rep et la puissance ($p<0,001$) différaient. Seule la vitesse-de-marche différait ($p=0,039$) lorsque réalisé par le même évaluateur. **Conclusion:** Évaluer virtuellement les capacités physiques et musculaires semblent faisable et comparable surtout lorsque fait par le même évaluateur. De futures études avec un plus grand échantillon diversifié sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

• Exercices physiques à distance pour maintenir la mobilité des aînés à domicile pendant la COVID-19

Fanny Buckinx
(Université de Liège, Belgique)

Contexte: Le confinement lié au COVID-19 a limité la mobilité des aînés et leur engagement dans les activités physiques, ce qui pourrait accélérer la perte des capacités fonctionnelles. **Objectif:** Évaluer si des exercices à distance ont permis de maintenir fonction, niveau d'activité et mobilité des aînés pendant le confinement. **Méthodes:** Étude interventionnelle auprès de 84 aînés pré-fragiles québécois en 2020-21. **Intervention:** Programme d'exercices de 12 semaines en groupes guidés par des kinésiologues via Zoom (groupe Web-Ex, $n=11$) ou individuel à domicile basé sur un livret d'exercices supervisé par téléphone (groupe livret, $n=33$) vs groupe témoin ($n=40$). Les participants ont été évalués au début de l'intervention et suivis à 3, 6, 9 et 12 mois. **Mesures:** Fonctionnement aux AVQ (OARS); Niveau d'activités aérobies/flexibilité (RAPA); Mobilité (SPPB: équilibre, force des membres inférieurs, vitesse de marche), Fragilité (SOF). **Résultats:** L'âge des participants était de 78 ± 7 ans, 76% étaient des femmes. Il n'y a eu aucun changement aux AVQ. Alors que les niveaux d'activités aérobies et en flexibilité sont restés stable chez les témoins, il se sont améliorés dans les groupes d'intervention ($p<0,01$). Les scores SPPB et la vitesse de marche (TUG) sont restés stables chez les témoins et se sont améliorés dans les groupes d'intervention ($p<0,003$). Les scores SOF étaient significativement plus élevés dans le groupe Web-ex à T6 comparativement aux groupes livret et témoin. **Conclusion:** Les programmes d'exercices à distance semblent avoir contribué au maintien de la mobilité des aînés pendant le confinement.

• Faisabilité d'exercices à distance pour aînés à domicile pendant le confinement COVID-19

Mylène Aubertin-Leheudre
(Uqam, Canada)

Contexte: Le confinement COVID-19 a fortement limité l'accès aux groupes d'exercices communautaires et aux interventions individuelles pour les aînés. En 2020, nous avons testé 3 types d'interventions en

exercices à distance pour des aînés québécois à domicile: groupes interactifs-zoom, individuelles avec vidéos-préenregistrées ou livrets-imprimés/supervision-téléphonique. **Objectif:** Évaluer les facteurs influençant la faisabilité des interventions. **Méthodes:** Questionnaires (n=164) et entretiens qualitatifs avec participants (n=44) et intervenants (n=2) sur satisfaction, adhésion, facilitateurs/obstacles aux interventions. **Résultats:** 40% d'abandons en interventions vidéos-préenregistrées contre 15% dans les autres où l'adhésion était >80% avec 60% de grande satisfaction. L'intervention interactive-zoom aidait la motivation, l'adhésion, la compréhension des exercices et le maintien d'interactions sociales. Obstacles aux interventions-zoom : difficultés avec la technologie, visuels incomplets pendant les séances et insécurité pour les aînés plus fragiles. Facilitateurs: soutien constant des intervenants et des proches à domicile pour aider avec la technologie. **Conclusion:** Les interventions à distance semblent faisables et acceptables pour les aînés à domicile. Toutefois, les interventions avec vidéos-préenregistrées montrent des abandons élevés. La sécurité reste une préoccupation pour les aînés fragiles.

COMMUNICATIONS ORALES

CO1. Evolutions sociétales

Pierre Suc Mella
(Toulouse, France)

CO2. Diversité alimentaire et fragilité en population générale âgée

Anne-Fleur Jacquemot, Cindy Voix, Rozenn Gazan, Christophe Dubois, Catherine Helmer, Cécile Delcourt, Eric Verger, Pierre Verger, Nicole Darmon, Catherine Féart
(INSERM, Bordeaux, France)

Contexte: Une alimentation adéquate et une activité physique régulière sont des éléments clés d'un vieillissement en bonne santé. Spécifiquement, une alimentation suffisamment diversifiée chez les seniors pourrait prévenir les risques de dénutrition et ainsi contribuer à prévenir la fragilité. **Objectifs:** L'objectif est d'estimer l'association entre un indicateur de diversité alimentaire et la fragilité. **Méthodes:** Les participants (>65 ans) de la cohorte Trois-Cités-Bordeaux ayant répondu en 2001-2002 à un fréquentiel alimentaire (148 items, six occasions de consommation/jour) ont été inclus. Le score de diversité alimentaire (SDA) correspondait à la somme de points attribués en fonction des occurrences de consommation de 17 catégories d'aliments ; points positifs pour les catégories dont la consommation est encouragée, ou négatifs si celle-ci doit être limitée. La fragilité a été définie par la présence d'au moins 3 des 5 critères suivants : perte de poids non volontaire, fatigue chronique, faible activité physique, lenteur à la marche et faiblesse musculaire. Un modèle logistique multivarié a été réalisé pour estimer l'association entre le SDA (Quartile 1 en référence) et la prévalence de la fragilité. **Résultats:** L'analyse portait sur 1330 personnes âgées de 76 ans en moyenne (ET 5 ans), dont 63% de femmes. Le SDA s'étendait de 1 à 82 (Q1=39, Q3=53). Toutes les catégories alimentaires, à l'exception de la charcuterie et du jambon blanc, contribuaient significativement au SDA. Plus le SDA était élevé, plus l'apport énergétique total était élevé. La fragilité a été identifiée chez 125 participants, majoritairement des femmes. Les analyses multivariées (âge, sexe, niveau d'étude, statut familial) montraient que pour le plus haut quartile de SDA, la probabilité de présenter une fragilité était significativement plus faible (OR=0,57 (IC95% 0,33 ; 0,98), P=0,04) par rapport au Q1. Après un ajustement supplémentaire sur l'apport énergétique total, l'association devenait non significative (OR=0,62 (IC95% 0,35 ; 1,15), P=0,08). **Conclusion:** Dans cet échantillon de personnes âgées de la population générale, une plus forte diversité alimentaire était associée à une plus faible prévalence de la fragilité, en partie expliquée par l'apport énergétique. Cette étude transversale encourage des analyses prospectives pour définir le sens de l'association entre diversité alimentaire et fragilité.

CO3. Impact de la crise sanitaire de la Covid-19 sur les hospitalisations non programmées et la mortalité pour syndromes gériatriques de janvier à septembre 2020 en France

Marion J Torres, Joël Coste, Florence Canoui-Poitrine, Jacques Pouchot, Antoine Rachas, Laure Carcaillon-Bentata
(Santé publique, Saint Maurice, France)

Contexte: La peur de contracter la COVID-19 et les mesures de prévention prises durant la crise sanitaire, plus spécifiquement durant le 1er confinement ont modifié les modes de vie et le système de santé. **Objectifs:** L'objectif de notre étude était d'étudier le recours aux hospitalisations non programmées et la mortalité pour des syndromes gériatriques (SG) durant la première vague de COVID-19 en comparaison aux années antérieures en France. **Méthodes:** Le SNDS a été exploité afin d'identifier les hospitalisations non programmées (de janvier 2017 à octobre 2020) et la mortalité durant le 1er confinement et un mois après liées à 10 SG. Des ratios de taux d'incidence pour les hospitalisations (2020 vs 2017-2019) et pour la mortalité (2020 vs 2015-2017) ont été estimés à l'aide de Régression de Quasi-Poisson. Ces analyses ont été stratifiées selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence et la région. **Résultats:** Une diminution massive des hospitalisations a été observée pour tous les syndromes gériatriques durant le premier confinement en comparaison des mêmes périodes en 2017-2019: -59% pour l'incontinence, -51% pour la dépression, -49% pour le déclin cognitif, -43% pour la démence, -37% pour la dénutrition et la déshydratation, -36% pour un escarre, -30% pour les chutes/lésions, -18% pour la confusion/désorientation et -13% pour les fractures du col du fémur. Une relation dose à effet a été observée entre la diminution des hospitalisations et la circulation virale du COVID-19. De manière antiparallèle, une surmortalité importante a été observée durant ce confinement pour la quasi-totalité des SG en comparaison à 2015-2017 (confusion/désorientation: +122%, fracture du col du fémur : +57%, dépression : +54%, déshydratation : +33%, dénutrition : +23%, chutes/lésions : +21%), principalement à domicile et en maisons de retraite. **Conclusion:** En France, durant le 1er confinement, la pandémie a eu un impact majeur sur les hospitalisations pour SG, associé à une surmortalité de même importance en communauté et en institution. Ce sous-recours qui s'est prolongée après la fin du confinement pourrait avoir un impact à moyen-long terme sur la fragilité, le déclin cognitif et la mortalité. Il semble nécessaire de prendre en compte ces impacts pour la gestion ultérieure des crises sanitaires.

CO4. Exposition hormonale et force de préhension chez les femmes en population générale : résultats de l'étude de cohorte française Constances

Maryline Le Noan-Laine, Fanny Artaud, Anna Ozguler, Mireille Pellicer, Virginie Ringa, Alexis Elbaz, Marianne Canonico
(INSERM, Villejuif, France)

Contexte: Le vieillissement est caractérisé par de moins bonnes performances motrices associées à un risque accru de dépendance et de décès. La force de préhension (FP), mesure simple d'estimation de la force musculaire, participe au diagnostic de sarcopénie et de fragilité. Alors que les estrogènes sont impliqués dans des mécanismes neuroprotecteurs d'inhibition de la résorption osseuse et de maintien de la masse musculaire, l'association entre l'exposition hormonale et les performances physiques demeure controversée. **Objectifs:** Etudier l'association entre l'exposition hormonale et la FP chez des femmes de plus de 45 ans. **Méthodes:** Entre 2012 et 2020, environ 220.000 volontaires de 18 à 69 ans ont été inclus dans l'étude Constances et les participants de plus de 45 ans ont bénéficié de tests de performances physiques (N=37.935 femmes). Après imputations multiples par équations chaînées afin de tenir compte des données manquantes sur la FP, des modèles linéaires mixtes avec effet aléatoire sur le centre ont été utilisés pour évaluer l'association entre les caractéristiques de la vie reproductive, les hormones exogènes, un score d'exposition hormonale cumulée et la FP à l'inclusion. **Résultats:** La moyenne de la FP était de 26,5 kg. Après prise en compte de facteurs de confusion et ajustement mutuel sur l'ensemble des expositions hormonales, la FP augmentait avec l'âge des règles (Bêta+1 an=0.07; Intervalle de Confiance (IC) à 95%: 0.03; 0.10) et la durée d'allaitement (Bêta>12

mois vs <3 mois=0.48; IC95%: 0.23; 0.74). Comparées aux femmes non ménopausées, celles en périménopause et après la ménopause avaient une FP plus faible (Bêta=-0.59; IC95%: -1.10; -0.08 et Bêta=-0.86; IC95%: -1.05; -0.67, respectivement). En revanche, l'âge à la ménopause et le type de ménopause ne modifiaient pas la FP. La FP était inversement associée à la durée d'utilisation de la pilule (Bêta>5 ans vs <1 an=-0.26; IC95%: -0.51; 0.00). Comparées aux femmes n'ayant jamais utilisé de traitement hormonal de la ménopause, la FP était plus faible chez les anciennes utilisatrices (Bêta=-0.39; IC95%: -0.56; -0.23). Le score d'exposition hormonale cumulée était positivement et linéairement associé à la FP. **Conclusion:** Nos résultats suggèrent que les hauts niveaux d'exposition hormonale sont associés à une meilleure FP chez les femmes.

CO5. Corrélation entre l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation d'ICOPE step 1 en service de gériatrie aiguë

M. Otepo, M. Asfar, J. Gautier, M. Mousset, J. Terrier, C. Annweiler (CHU, Angers France)

Contexte: Depuis plusieurs années, l'intérêt pour le concept de fragilité est grandissant en gériatrie. Le programme ICOPE, porté par l'OMS depuis 2019, s'est développé afin de proposer une approche et une prise en soins standardisée de la fragilité à l'échelle mondiale, reposant sur des soins intégrés pour la personne âgée en plusieurs étapes. La première étape (step 1) qui est une échelle de dépistage est proposée en hétéro ou en auto-évaluation. **Objectifs:** Cette étude a pour but d'évaluer la corrélation entre les résultats de ces deux modalités d'évaluation. **Méthodes:** Nous avons mené une étude observationnelle transversale monocentrique au CHU d'Angers entre avril et juin 2021, lors de laquelle les patients étaient évalués sur ICOPE step 1 à la fois en hétéro-évaluation par un professionnel de santé et en auto-évaluation. Le score global et le score de chaque capacité intrinsèque étaient évalués, ainsi que les facteurs confondants potentiels : âge, sexe, ADL, IADL, MMSE et BBREF. **Résultats:** Cinquante-et-un patients ont été inclus (âge moyen 86,8 ans). La totalité des patients étaient fragiles sur le score global, et la corrélation était parfaite. L'évaluation des capacités intrinsèques de façon indépendante retrouvait des corrélations faibles (cognition, psychologie) à modérées (vision, audition, nutrition, mobilité). Seule l'audition (Kappa de Cohen à 0,50 ; IC 95% [0,26-0,75] ; p=0,035) était significativement corrélée. **Conclusion:** L'auto-évaluation par ICOPE step 1 en population âgée hospitalisée en gériatrie apparaît d'un bénéfice limité au regard de son temps de passation. Compléter cette étude en population âgée plus hétérogène serait très intéressant

CO6. Mise en place par l'association OSE de ICOPE à destinée de la population âgée parisienne

Marc Cohen, Paul Benadhira, Grigori Nekritch, Yves Wolmark (OSE, Paris, France)

Contexte: L'association OSE implantée en France en 1936, a commencé les évaluations gérontologiques en 1960 puis a développé en 1990 des consultations mémoire avec dépistage des maladies neurodégénératives dans le 3ème arrondissement de Paris, des programmes de prévention de la chute, puis a ouvert en 2000 le premier accueil de jour. Au travers de ses 5 accueils de jour, l'OSE a mis en évidence les risques propres à l'isolement des personnes âgées, au manque de suivi sanitaire. Cela a incité l'association à s'intéresser au programme ICOPE, pour tenter de faire bénéficier les aînés parisiens de ce programme. **Objectifs:** L'objectif de ce travail est de décrire et analyser l'implantation de l'expérimentation ICOPE dans un contexte particulier à la fois du point de vue de la population ciblée (public confronté au traumatisme de la guerre et de la Shoah) et de son environnement. **Méthodes:** Une analyse des différentes méthodes développées pour informer, sensibiliser et inciter la population âgée cible à participer a été effectuée. Dans le cadre de cette première phase d'implantation une description de la population des participants a été pratiquée. Les méthodes d'information utilisées sont multiples et adaptées à la population ciblée: communication présentielle, flyers adressés par voie postale, communication directe avec nos partenaires, communication sur les médias spécialisés et les médias numériques. Compte-tenu de la génération ciblée, l'envoi d'une information directe par courrier postal a été privilégié. **Résultats:**

Les envois postaux au nombre de 700 ont eu des résultats limités, n'entraînant que 5% de participation. La présentation orale, limitée par la pandémie, suscite un intérêt indéniable. Les 30 premières personnes ayant bénéficié du dépistage présentent un traumatisme lié à la seconde guerre mondiale, ont plus de 80 ans, sont polypathologiques et suivies par leur médecin traitant et spécialistes. Ces personnes se caractérisent par la fréquence élevée de syndrome anxio-dépressif et d'hypoacousie. **Conclusion:** L'analyse de cette première phase de l'implantation d'ICOPE par l'OSE permet d'orienter la démarche pour réussir et élargir cette expérimentation qui s'avère prometteuse et accueillie très favorablement par les personnes âgées concernées.

CO7. La plus-value de l'IPA dans la prévention de la dépendance chez les seniors

Caroline Berbon (CHU, Toulouse, France)

CO8. Relation entre la Short Physical Performance Battery (SPPB) et la Study of Osteoporotic Fractures (SOF) dans l'exploration de la fragilité

Salvatore Metanmo, Antoine Gbessemehlan, Marie-Josiane Ntsamabode, Laurella Nguengang, Nadine Simo-Tabue, Callixte Kuete-Tegueu, Maturin Tabue Teguo (Université de Limoges, France)

Contexte: La SPPB est un test fréquemment utilisé en pratique clinique pour évaluer les performances physiques chez la personne âgée. **Objectifs:** Explorant la relation entre la SPPB et l'index de SOF dans une population d'Afrique subsaharienne, nous nous sommes intéressés à la relation qui existe entre la SPPB et l'index de SOF (Study of Osteoporotic Fractures), instrument de dépistage de la fragilité physique. **Méthodes:** Les données sont issues d'une enquête transversale réalisée au Cameroun. L'index SOF (noté de 0 à 3) était évalué par 3 critères (perte de poids involontaire, incapacité à faire cinq lever de chaise, faible niveau d'énergie) et la SPPB (noté de 0 à 12) a été évaluée par 3 sous-tests (test d'équilibre, test des leviers de chaise et test de la vitesse de marche). La fragilité était définie pour un index SOF > 0 ou pour un score SPPB < 9. Le coefficient de corrélation de Pearson, le coefficient de Kappa, la courbe ROC ont permis d'étudier la relation entre ces deux tests. Une analyse en composante principale (ACP) a été réalisée pour évaluer la part de chaque sous-test de la SPPB dans la relation avec la SOF. **Résultats:** Sur les 403 personnes incluses (49,6% de femmes) âgées en moyenne de 67,1 ans ($\pm 6,2$), 35,7 % et 47,9% étaient respectivement fragiles selon SOF et la SPPB. Le coefficient de corrélation entre la SPPB et la SOF était de -0,71 ($p < 0,001$) tandis que le coefficient de concordance kappa était de 0,60 [IC95% : 0,51 – 0,66], $p < 0,001$. L'aire sur la courbe ROC entre SPPB et SOF était de 0,82. La première dimension de l'ACP réalisée entre SOF et les sous-tests de la SPPB expliquait 55,8% de la variabilité des données et les variables qui y étaient les mieux représentées étaient la SOF, et le test des lever de chaise ($\text{Cos}^2 = 0,763$ et $0,683$ respectivement). La SPPB (variable supplémentaire) était presque confondue à la première dimension ($\text{Cos}^2 = 0,931$). **Conclusion:** Malgré l'over lapping entre SOF et SPPB, nos résultats suggèrent qu'un test de lever de chaise négatif à lui seul suffirait à suspecter la fragilité physique.

CO9. L'âgisme à l'ère du COVID-19

Pauline Gouttefarde, Jessica Guyot, Hervé Fundenberger, Solène Dorier, Sarah Fraser, Martine Lagace, Nathalie Barth, Bienvenu Bongue, Stephane Adam, Thomas Celarier (Hôpital Bellevue, Saint-Etienne, France)

Contexte: Les personnes âgées de 65 ans et plus sont particulièrement touchées par des risques de décès et des formes graves dus à la COVID-19 [1-3]. La plupart des mesures sanitaires, bien souvent protectrices, ont eu des incidences sur la vie des personnes âgées et peuvent être considérées comme âgistes. Des études récentes montrent que l'exclusion et la discrimination à l'encontre des personnes âgées (l'âgisme), ont été accentuées pendant la pandémie de COVID-19 [4]. **Objectifs:** La caractérisation des plus de 65 ans comme un «groupe à protéger» soulèvent des questions sociétales importantes : dans quelle

mesure la crise sanitaire a exacerbé des expériences d'âgisme ? Notre étude avait pour objectif d'identifier les comportements âgistes et d'en évaluer les conséquences et l'impact sur le vécu des personnes âgées résidant en Auvergne Rhône Alpes pendant le 1er confinement (mars à mai 2020). **Méthodes:** 20 entretiens semi directifs par téléphone auprès de personnes âgées de 60 ans et plus (âge moyen = 76 ans) ont été réalisés. Nous avons recueilli les expériences d'âgisme des personnes âgées vivant à domicile (en lien avec l'isolement, la quarantaine, les relations avec les proches) et nous avons réalisé une analyse thématique de contenu avec le logiciel Nvivo [5, 6]. **Résultats:** Les données révèlent que la discrimination par l'âge a été clairement ressentie et vécue que ce soit à travers les mesures formelles mais aussi de manière plus informelle au sein des réseaux familiaux. Si les décisions politiques visaient à protéger les personnes âgées dites fragilisées par l'âge, ces injonctions ont été vécues de façon contradictoire par les personnes interrogées, relayées au sentiment de ne plus être capable d'agir en libre conscience. Les personnes interrogées se sont senties infantilisées et catégorisées. **Conclusion:** La catégorisation des personnes âgées de 65 ans et plus, exacerbée durant cette période, a été vécue comme une forme d'exclusion à la fois des décisions les concernant et des rôles et activités sociales. Or, les aînés interrogés semblaient davantage préoccupés par les effets de l'isolement social, l'éloignement de leurs proches que par les risques sanitaires du COVID-19.

CO10. Intégrer le programme ICOPE au sein des pratiques professionnelles des aides à domicile : quel accueil par les bénéficiaires et leur famille ?

A. Valette, M. de Battista, E. Tastayre, L. Bouchon, N. Tavassoli
(Fondation i2ml, Nîmes, France)

Contexte: La CNAV souhaite introduire un temps dédié à la prévention au sein des services qu'elle propose aux retraités bénéficiaires de l'intervention d'un SAAD. Ce temps intégrera notamment l'administration du Step 1 d'ICOPE. Cette nouvelle mission sera confiée aux aides à domicile dont les pratiques professionnelles seront donc amenées à évoluer. Au travers la méthode mise en œuvre dans le projet NACRE, les parties prenantes sont sollicitées pour préparer, modéliser et accompagner cette évolution. **Méthodes:** La démarche de co-conception implique 4 SAAD de tailles différentes et intervenant dans 4 départements distincts. Dans cette communication nous présentons les résultats d'une campagne de questionnaires menée auprès de bénéficiaires d'aide à domicile et de leurs proches. L'objectif était de recueillir les attitudes et positionnements vis-à-vis de la création d'un temps de prévention porté les aides à domicile. 153 questionnaires ont été analysés (85 bénéficiaires et 68 familles). **Résultats:** Les questionnaires « bénéficiaires » montrent des résultats polarisés : les bénéficiaires sont soit très enthousiastes soit très sceptiques (moyenne = 5,6/10 ; étendue = 9 ; mode = 1). Cette polarisation est également observée dans les questionnaires « familles ». Par ailleurs, si les familles sont favorables à cette intervention « prévention » auprès de leur parent, elles s'interrogent sur le professionnel à mobiliser pour assurer cette mission. Cette question est également soulevée par les bénéficiaires eux-mêmes : l'aide à domicile est avant tout perçue comme une aide dans les tâches du quotidien (pour 70,6% des bénéficiaires). Toutefois la qualité des relations quotidiennes entretenues avec ces professionnelles est un atout et un levier sur lequel s'appuyer : 74% des bénéficiaires décrivent une relation de confiance, 57,6% décrivent une relation professionnelle et 42,3% une relation harmonieuse. **Conclusion:** Le projet NACRE s'inscrit dans une démarche de revalorisation des missions des SAAD. Ces premiers résultats permettent de concevoir une campagne de communication visant à lever les principaux freins identifiés. Après avoir formé les aides à domicile, ce temps de prévention sera testé auprès d'une cohorte de personnes retraitées accompagnées par les SAAD partenaires du projet.

CO11. Former les infirmières du CMS de Gennevilliers à l'Evaluation fonctionnelle de la personne âgée afin de s'inscrire dans un programme global de maintien des capacités intrinsèques

J. Zwaig
(CMS de Gennevilliers, France)

Contexte: Peu utilisée, l'Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS) permet de repérer les facteurs physiques, cognitifs, psychosociaux et environnementaux pouvant affecter la santé du sujet âgé. (Pr Fati Nourhashemi -CHU, Service de Gériatrie, Hôpital La Grave-Toulouse). **Objectifs:** Former six infirmières du CMS à l'EGS en intégrant les données permettant de repérer et de prendre en charge la fragilité. Les infirmières formées peuvent alors intervenir à la demande du médecin traitant en rédigeant un Livret où ont été consignés les résultats et les préconisations du bilan. **Méthodes:** Etude interventionnelle. Les infirmières ont été formées en 3 sessions de 4 h, par les gérontologues de l'Hôpital L. Mourier et du CMS. Le bilan inclut le repérage de la fragilité (GFST), l'autonomie (ADL, IADL), l'état nutritionnel (poids, taille, IMC, MNA de Dépistage), l'état dépressif (Mini-GDS), l'évaluation cognitive (MMSE, Test de l'Horloge), l'évaluation de l'équilibre (Test de Tinetti), des risques de chutes, de la douleur, de l'acuité visuelle et éventuellement de la souffrance de l'aidant naturel. Ce bilan a lieu à la demande du médecin traitant à domicile du sujet âgé. Les critères d'inclusion : sujet de 65 ans ou plus, autonome (indice de Katz 5/6) et à risque de perte d'autonomie (d'après le GFST). Critères d'exclusion: personne ayant un indice de Katz inférieur ou égale à 4 et GIR 5/6. Le gérontologue échange avec l'infirmière ayant bilanté le sujet âgé afin d'établir les préconisations médicales (consultations, HAD, bilan hospitalier) et multimodales (ateliers prévention de chutes, Bien vieillir, associations diverses...) adaptées. Le Livret ainsi rempli est transmis au médecin traitant et à la personne bilantée. **Résultats:** Nous avons formé les infirmières afin de disposer d'un nouvel outil de dépistage et de préconisations autour du nécessaire maintien des capacités intrinsèques et fonctionnelles des personnes âgées. Ceci permettra d'intégrer les médecins traitants à cette démarche et d'élargir la palette de prise en charge globale en santé du sujet âgé. **Conclusion:** Le vieillissement en santé est l'œuvre de partenaires et d'intervenants divers. A nous d'élargir la cartographie de ressources, de former les intervenants et de les doter d'outils de plus en plus performants.

CO12. Projection du film Tenir à domicile

V. Doyon, M. Cousin
(Conseil départemental de la Haute-Marne, Chaumont, France)

Contexte: Pour faire connaître une méthode de travail autour de la personne âgée à domicile en situation complexe, le Conseil départemental a commandé la réalisation d'un film. Ce film documentaire avait pour objectif de faire connaître les services et les professionnels œuvrant dans le champ de l'aide, du soin et de l'accompagnement des seniors. Le confinement de la France, inédit et stupéfiant, s'est intégré naturellement dans ce film. Le second confinement débute fin octobre 2020. A ce moment, la dimension témoignage sur ces événements s'invite dans la réalisation avec des allers-retours sur les deux périodes de confinement. Malgré des personnes âgées seules, isolées en ville ou en campagne, avec des situations de vie complexes, des familles confinées loin de leurs proches, des accueils de jour fermés, des EHPAD confinés, des hôpitaux qui doivent libérer des lits, le télétravail, « le domicile à tenu »: mais comment ? **Objectifs:** - faire connaître à tous les acteurs le travail autour de la personne âgée à domicile, - montrer la capacité des professionnels du domicile, des administratifs, des élus, des associations à se fédérer dans les situations difficiles pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées, - témoigner pour faire savoir comment des chaînes de solidarité se sont mises en place dans notre département autour des publics fragiles lors des périodes de confinement. **Méthodes:** Réalisation d'un film de 35 minutes environ par la société de production « Faites un vœu » au mois de novembre à janvier 2021. **Résultats:** Ce documentaire met en lumière la dynamique positive et humaniste qui s'est enclenchée spontanément sans pour autant occulter les problèmes. La réalisatrice a choisi de passer par les prismes de la coresponsabilité et de la solidarité. Témoignage d'une période inédite et documentaire sur une méthode de travail dite intégrative qui fait ses preuves auprès de personnes âgées à

domicile. L'accompagnement de ces personnes en situation complexe se fait ensemble, à plusieurs et dans le respect des compétences de chacun.

Conclusion: Ce film a été projeté aux partenaires du soin, du médico-social et du social du territoire de la Haute-Marne. Il va être projeté dans les écoles d'infirmières et d'aide-soignantes et aussi auprès des élèves dans le secteur du service à la personne....

CO13. Consultation infirmière Prévention-Santé: avec les années, SANTÉ-vous bien en Dordogne ! Bilan, résultats et perspectives après deux ans de fonctionnement

F. Woné, C. Lachaud-Rongieras, V. Meynier, V. Chanel, C. Clement, M. Gourgues, M. Guillem-Joussau, S. Lafleur
(Centre Hospitalier, Périgueux, France)

Contexte: Le dispositif de repérage et d'évaluation des fragilités en consultation infirmière approfondie est opérationnel depuis 2016 en Dordogne, piloté par le Centre Ressources EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux et financé principalement par l'Agence Régionale de Santé.

Objectifs: Cette consultation « Prévention-Santé » est accessible dans près de 50 points de proximité répartis dans tout le département, autour des 5 centres de consultations principaux. Elle s'inscrit à l'interface des différents outils de la filière gériatrique « sanitaire » (médecin-traitant, MSP, CPTS, Court Séjour et SSR gériatrique, consultation gériatrique, consultation mémoire et UCC, EMOG, ...), et des acteurs sociaux et médico-sociaux, favorisant le volet prévention du parcours de soins de la personne âgée. **Méthodes:** Après repérage des critères de Fried grâce à l'outil FRAIL-GFST, en autonomie ou accompagné par un proche ou un professionnel, la consultation permet de déceler au plus tôt diverses fragilités en installation. L'évaluation globale (cognitive, physique, nutritionnelle, psychologique, sensorielle et socio-environnementale) réalisée par un professionnel infirmier permet la mesure des capacités intrinsèques et fonctionnelles de la personne (STEP 2 de la démarche ICOPE de l'OMS). L'élaboration d'un plan de soins personnalisé composé de préconisations ciblées et d'une veille attentionnelle à la mise en œuvre de ce plan, à 1, 3 et 6 mois, complète l'accompagnement en prévention. Le médecin traitant, destinataire du bilan d'évaluation et du plan de soins, peut agir sur les actions nécessitant une prescription.

Résultats: Après deux ans de fonctionnement départemental, les résultats confirment l'intérêt du dispositif dans le repérage, l'évaluation des fragilités et l'accompagnement en prévention de l'avancée en âge. Sur 1300 consultations, si 67 % des personnes s'auto-repèrent fragiles, 80 % des consultants sont porteurs d'une ou plusieurs fragilités. L'âge moyen des consultants de 75,6 ans et l'émergence de problèmes de santé non préalablement identifiés lors de plus de 75 % des consultations confirment l'action en prévention. **Conclusion:** Véritable évaluation des capacités intrinsèques résiduelles de la personne en avancée en âge, permettant l'ouverture sur des actions de prévention multidomaines, la consultation infirmière « Prévention-Santé » est conforme aux attendus du programme ICOPE de l'OMS : « Avec les années, SANTÉ-vous bien Dordogne » !.

CO14. Expérimentation Equilibres article 51 PLFSS 2018 mené avec la CNAM et le ministère

Céline Horte, Chrystèle Leman, Mathieu Nochelski
(Baho, France)

Contexte: Cette expérimentation menée auprès de 160 infirmiers libéraux depuis le 4 novembre 2019 sur 3 territoires en France (Hauts de France, Ile de France et Occitanie) se termine fin octobre 2022.

Objectifs: Arrivant à la fin de l'expérimentation en Octobre 2022 et espérant un déploiement national, nous souhaitons sensibiliser sur l'existence de ce modèle qui met en avant la clinique et les expertises infirmières par la rémunération au temps passé auprès du patient et de son entourage et non plus une rémunération à l'acte. Le but est de valoriser le rôle propre infirmier, rendre autonome le patient et son entourage par de l'éducation, et travailler en équipe autogérée. **Méthodes:** La présentation se fera sous forme de power point. **Résultats:** Assurer une prise en charge par les infirmiers libéraux de meilleure qualité, entraîner une diminution des coûts de santé en évitant les hospitalisations et les aggravations de l'état de santé, valoriser le statut, la place de l'infirmier, participer à un épanouissement professionnel et un mieux

être. **Conclusion:** Le dépistage de la fragilité de la personne âgée au sein de cette expérimentation.

CO15. Co construire un « rendez-vous retraite et prévention » à destination de jeunes retraités en situation de précarité économique (JRP), déployé par l'Assurance retraite et intégrant le programme ICOPE

A. Valette, M. de Battista, E. Tastayre, L. Bouchon, N. Tavassoli, I. Moesch
(Fondation i2ml, Nîmes, France)

Contexte: La CNAV souhaite développer son offre de services en matière de prévention à destination des Jeunes Retraités Précaires. **Objectifs:** Le projet NACRE, conduit en collaboration avec le GÉrontopôle du CHU de Toulouse, la fondation I2ML et le PGI de Bourgogne-Franche-Comté, vise à modéliser un « rendez-vous retraite et prévention » à destination des retraités du régime général, âgés de 68 ans et exonérés de la Contribution Sociale Généralisée. Ce « rendez-vous » sera réalisé à domicile par le réseau d'évaluateurs de l'Assurance retraite.

Méthodes: Une démarche de co-conception a été menée entre octobre 2020 et janvier 2022 avec l'ensemble des parties prenantes : retraités, évaluateurs du réseau de l'Assurance Retraite et Carsat. Plusieurs étapes se sont succédées : 7680 questionnaires ont été adressés par courrier et e-mail aux JRP de 4 départements métropolitains. Leur analyse a été complétée par des temps de travail collectif avec 10 évaluateurs salariées par 4 structures différentes et 9 Carsat. 17 entretiens individuels ont par ailleurs été réalisés avec des retraités. Un questionnaire a été diffusé à l'ensemble des caisses du réseau de l'Assurance retraite. In fine, ce rendez-vous a été testé auprès de 16 retraités volontaires. **Résultats:** Ce « rendez-vous » sera conduit en deux temps : Un entretien à domicile d'environ 1h15 minutes : 1. Introduction; 2. Step 1 d'ICOPE ou choix de 2 thématiques parmi : l'accès à la santé, les ressources financières, l'habitat et le cadre de vie, sortir et s'entourer; 3. Step 1 d'ICOPE (si non réalisé précédemment); 4. Définition d'objectifs; 5. Planification du 2nd entretien et conclusion; 6. Evaluation via une échelle de satisfaction en 5 points. Un entretien téléphonique d'environ 15 minutes, à 45 jours et 60 jours après l'entretien à domicile. Ses objectifs : 1. Suivre l'avancée des objectifs fixés; 2. Rappel des principaux messages de prévention et du suivi ICOPE. **Conclusion:** Cette collaboration et méthode innovante ont permis de modéliser une démarche d'« aller-vers » afin d'atteindre un public figurant parmi les plus éloignés de la protection sociale. Cette démarche contribue ainsi à lutter contre les inégalités sociales de santé.

CO16. NACRE, Nouvel Accompagnement Co-construit des REtraités. Rôle d'une infirmière expérimentée en gériatrie dans le déploiement du Projet NACRED

Laure Bouchon, Christine Lafont, Nêda Tavassoli, Hélène Villars, Margot De Battista, Armance Valette, Emilie Tastayre, Isabelle Moesch
(Toulouse, Nîmes France)

Contexte: NACRE est un projet porté par la CNAV en partenariat avec les CARSAT Aquitaine et Midi-Pyrénées, le GÉrontopôle du CHU de Toulouse (Centre collaborateur de l'OMS sur la Fragilité), l'I2ml (Fondation partenariale de l'Université de Nîmes) et le PGI de Bourgogne Franche Comté. NACRE s'appuie sur le programme ICOPE de l'OMS pour : - Modéliser et préparer le déploiement d'une offre de prévention pour les jeunes retraités précaires: «Rendez-vous retraite et prévention». (Projet 1); - Modéliser et préparer le déploiement d'un temps de prévention assuré par des aides à domicile: «Rendez-vous prévention». (Projet 2). **Objectifs:** Décrire le rôle de l'infirmière ayant intégré l'équipe projet. **Méthodes:** Analyse pas à pas des actions réalisées dans la co-construction de chacun des projets. **Résultats:** Rôle de l'infirmière dans le projet 1 : - Participation aux différents temps de travail collectif pour aboutir à la création d'une trame du «rendez-vous retraite et prévention» ainsi qu'à l'élaboration d'un logiciel métier. - Formation à l'étape 1 du programme ICOPE des évaluateurs salariées de 4 structures impliquées dans le projet. - Analyse de la phase test sur 9 sujets y ayant participé. Rôle de l'infirmière dans le projet 2 : - Participation aux différents temps de travail collectif: discussions autour des différentes représentations de la prévention, de la Fragilité et du vieillissement pour aboutir à la création d'une trame du «rendez-vous

prévention». - Création d'un module de formation: vieillissement, étape 1 du programme ICOPE et messages de prévention. - Analyse de la phase test prévue au mois d'Avril. **Conclusion:** Ce projet et les collaborations nécessaires à sa mise en oeuvre ont été l'occasion pour une infirmière en Gériatrie d'acquérir de nouvelles compétences. Il permet, notamment, d'aller vers et de mieux connaître les seniors en situation de précarité, qui constituent une population difficile à approcher dans le cadre de la prévention et des soins. Enfin, il renforce les liens existants avec les aides à domicile par le biais de la formation.

CO17. Une action « coup de poing » pour inciter les kinésithérapeutes à être partie prenante dans le déploiement national du programme ICOPE : « le défi 10000 étapes1 Icope »

Damien Olivon, Justine de Kerimel, Christine Lafont
(Toulouse, France)

Contexte: La Les kinésithérapeutes (thérapeutes du mouvement) sont, de principe, engagés dans le maintien de l'indépendance fonctionnelle de leurs patients. Leurs compétences dans l'évaluation approfondie et la prise en charge de troubles de la mobilité ainsi que dans la prévention des chutes, font de ces professionnels de santé des acteurs incontournables dans le déploiement national du programme ICOPE. C'est pour cette raison que les URPS kiné ont choisi de se mobiliser auprès du Gérotopôle de Toulouse pour inciter les kinésithérapeutes libéraux à intégrer la démarche ICOPE dans leur pratique de soin. **Objectifs:** - Amener les kinésithérapeutes (MK) à s'engager dans le programme ICOPE en les formant à la réalisation l'étape1 (dépistage) et en les incitant à mettre cette formation en pratique. - Envisager dans le prolongement de cette action une formation de kinésithérapeutes à l'évaluation approfondie (étape2) et à l'élaboration du plan de soin (étape3). **Méthodes:** Cette action résulte d'une coopération entre les URPS kiné des différentes régions de France et l'ERVPD du Gérotopôle de Toulouse. Elle s'est déroulée en plusieurs étapes: - Information des URPS régionales, création du projet en intersyndical, réunions inter-URPS kiné en visio, identifications de référents régionaux, webinaires d'information, supports de communications élaborés par l'URPS MK Occitanie, - Rémunération par les URPS de 18 euros par dépistage réalisé avec ICOPE MONITOR jusqu'à 10000 dépistages, - Diffusion de l'information aux kinésithérapeutes par les URPS régionales : mailing, réseaux sociaux, relais par syndicats départementaux, articles dans Kiné Actualité, - Formation des kinésithérapeutes à l'étape1: replay du webinaire de l'ERVPD de Toulouse, - Lancement de l'opération le 17/01/2022. **Résultats:** Extraits de la base de donnée ICOPE le 17/02/2022 : - 2 045 MK inscrits à ICOPE Monitor, - 716 MK formés à l'étape1 (replay), - 2 393 étapes1 réalisées par les MK. Les résultats détaillés de cette action ainsi que l'analyse descriptive de la population des seniors ayant bénéficié du dépistage ICOPE seront présentés lors du congrès. **Conclusion:** Le « défi 10000 étapes1 Icope » a permis la mobilisation rapide et efficace des kinésithérapeutes pour réaliser l'étape1 d'ICOPE. Cet élan doit être mis à profit pour les former aux autres étapes de ce programme.

CO18. Evaluation multidimensionnelle de la fragilité en soins communautaires

Valérie Cérase, Matthieu de Stampa
(Centre gérontologique départemental, Marseille, France)

Contexte: Pendant L'amélioration de la qualité des soins ne peut être envisagée que si elle repose sur une connaissance très précise des personnes, obtenue par la pratique de l'évaluation multidimensionnelle au moyen d'outils partagés, validés scientifiquement et utilisés à l'échelle nationale, voire internationale. Du repérage de la fragilité à la perte d'autonomie, de la prévention aux soins complexes et de longue durée, le parcours de soin doit s'appuyer sur des outils intégrés. **Objectifs:** Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie dans une démarche de prévention des personnes âgées. **Méthodes:** InterRAI (Community Health Assessment - CHA) ou InterRAI « Santé communautaire » permet de réaliser les évaluations multidimensionnelles des personnes qui vivent à domicile, sans ou avec pathologie connue, afin de repérer des risques et des potentiels d'amélioration en santé. Il s'inscrit dans une suite (ou famille) d'instruments, adaptés aux différents

contextes de soins. Tous les instruments interRAI sont développés par une organisation internationale non lucrative, composée de cliniciens et chercheurs, et font l'objet de validations scientifiques conduites à partir des bases de données produites par les pays membres. **Résultats:** Les évaluations multidimensionnelles conduites par les instruments interRAI permettent de recueillir des données standardisées, dans les domaines clefs de la santé et du fonctionnement, structurées dans un formulaire composés d'items, regroupés dans des domaines, qui ont été retenus du fait de leur impact potentiel sur tous les aspects de la santé et de leur sensibilité au changement. Lorsque l'évaluation est finalisée, les données sont analysées selon des algorithmes qui identifient des domaines d'interventions. A l'échelle individuelle, on retrouve : - des scores sur des échelles validées, dans les dimensions de la performance cognitive, de la dépression, de la sévérité de perte sensorielle, de douleur et de capacités dans les fonctions instrumentales. - des alertes intégrant des facteurs de plusieurs dimensions telles que le risque cardio respiratoire, le tabagisme et la consommation d'alcool, la communication, le risque de chute, le suivi des mesures de préventions, le potentiel d'amélioration de la douleur. A l'échelle collective, la compilation des données permet de repérer des besoins populationnels et d'élaborer des programmes de prévention adaptés. **Conclusion:** L'outil InterRAI « Santé communautaire » s'inscrit en aval du repérage de la fragilité et permet d'élaborer des programmes de santé au niveau individuel et à l'échelon collectif et la mesure de leurs impacts.

CO19. Expérience utilisateur de l'application ICOPE MONITOR en auto-évaluation par les patients du service de Gériatrie du CHU d'Angers

M. Asfar, M. Oteko, M. Mercier, E. Rabin, F. Noublanche, C. Annweiler
(CHU Angers, Angers, France)

Contexte: La fragilité est un concept gériatrique d'intérêt s'agissant d'un marqueur de risque d'évolution vers des événements défavorables. Le programme ICOPE de l'OMS vise à uniformiser l'évaluation de cette fragilité et propose une première étape de dépistage (step 1) sous la forme d'une application nommée ICOPE Monitor. Ce dépistage est proposé dès 60 ans. La version auto-questionnaire s'adressant possiblement à une population âgée, l'utilisabilité de l'application en population gériatrique doit être validée. **Objectifs:** L'objectif principal de cette étude était de déterminer la proportion de patients du service de gériatrie du CHU d'Angers capable d'utiliser l'application ICOPE ainsi que d'évaluer l'expérience utilisateur quant à cette application. **Méthodes:** Inclusion des patients admis en consultation, en hospitalisation de jour ou conventionnelle en gériatrie au CHU d'Angers entre le 11 mai et le 29 juin 2021. Chaque patient inclus a réalisé un auto-questionnaire ICOPE step1 sur tablette numérique et était accompagné si besoin d'un aidant formé. Le succès ou l'échec ainsi que la nécessité d'un tiers était retranscrite. Au décours réalisation d'un test AttrakDiff afin d'évaluer l'expérience utilisateur. **Résultats:** 176 patients, âgés en moyenne de 86,6 ans. 87% des patients ont eu besoin d'aide pour utiliser la tablette électronique. Les moyennes des valeurs du questionnaire AttrakDiff sont positives. **Conclusion:** ICOPE monitor utilisé dans la pratique clinique, pourrait aider à fournir des plans de soins centrés sur la personne en capacité d'utiliser l'application. En cas de problématique d'utilisabilité, l'hétéro-questionnaire pourrait être une alternative.

CO20. MOBILAINES: Un outil pour faciliter la planification et les déplacements des personnes âgées dans leur communauté

Tahir Sahar, Bessam Abdulrazak, Véronique Provencher, Dany Baillargeon, Catherine Girard
(Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada)

Contexte: La fragilité associée au processus de vieillissement fait en sorte que l'utilisation des transports en commun devient un réel défi. La proportion des aînés dans la population a connu une croissance continue au fil des années partout dans le monde. Or, le vieillissement est souvent accompagné par une dégradation progressive des capacités physiques, cognitives ou financières qui affectent l'indépendance des personnes aînées et les empêchent de maintenir une vie sociale active. **Objectifs:** MOBILAINES est une étude qui vise à créer et à tester un outil d'aide

à la planification des déplacements (application web) regroupant différents services et options de transport pour aider les personnes âgées à se déplacer « où, quand et comment elles le souhaitent? » dans la ville de Sherbrooke (Québec, Canada). MOBILAINES cherche à offrir une interface et des trajets qui répondent le mieux possible à leurs besoins et préférences. **Méthodes:** Le projet MOBILAINES s'appuie sur une démarche de co-construction de type laboratoire vivant. Cette approche permet à des intervenants provenant des secteurs public, scientifique et privé ainsi que des citoyens âgés de collaborer en vue de créer et tester l'outil. MOBILAINES comprend 3 phases: (1) Identification des besoins et préférences des personnes âgées à travers des revues de littérature et des ateliers de co-construction; (2) Développement d'un prototype adapté aux personnes âgées incluant une application web et un service téléphonique. (3) Évaluation du prototype auprès de personnes âgées pour participer à l'étude. **Résultats:** La première phase du projet MOBILAINES a d'abord permis d'identifier les principaux besoins en lien avec la mobilité des personnes âgées : Éviter l'achalandage, les pentes, les routes enneigées et la noirceur, connaître l'information météorologique, inclure les commodités (wc, bancs, abribus, bancs), bénéficier de l'assistance. Ensuite, durant la phase 2 une première version du prototype MOBILAINES a été développée en utilisant différentes sources de données géographiques et transport. Des tests d'utilisabilité sont prévus auprès de citoyens aînés pour améliorer le prototype MOBILAINES (phase 3). **Conclusion:** Le prototype MOBILAINES représente un outil prometteur pour accompagner les personnes âgées dans la planification de leurs déplacements. Il est anticipé que cet outil les aidera à maintenir l'engagement des personnes plus fragiles dans des activités importantes pour elles et, ultimement, favorisera leur inclusion sociale.

CO21. Évaluation économique des stratégies d'intervention dans la prévention de la fragilité chez les personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile : une revue systématique

Gilles Kehoua, Myriam Le Goff, Caroline Gayot, Marie-Laure Laroche, Michel Druet-Cabanac, Achille Tchalla
(Université de Limoges, Limoges, France)

Contexte: Une révolution démographique est en cours dans le monde. Selon l'Organisation mondiale de la santé, le nombre absolu de personnes âgées de 60 ans et plus devrait passer de 901 millions en 2015, à 1,4 milliard en 2030 et 2,1 milliards en 2050, et pourrait atteindre 3,2 milliards en 2100. Dans le monde, comme en France, le vieillissement a un coût et représente aujourd'hui les trois quarts des dépenses de protection sociale. **Objectifs:** L'objectif était de réaliser une revue systématique de l'évaluation économique des stratégies d'intervention dans la prévention de la fragilité chez les personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile. **Méthodes:** Le processus de revue systématique de la littérature a été basé sur la démarche Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), adaptée à l'évaluation économique. Les mots-clés ont été recherchés dans des bases de données telles que Pubmed, ScienceDirect, Google Scholar et Embase. Les articles publiés en anglais et en français entre le 31/10/2010 et le 31/12/2021 ont été inclus. La grille de lecture des déclarations CHEERS a été utilisée pour évaluer la qualité des études en termes d'évaluations économiques. **Résultats:** La recherche a permis d'identifier neuf études pertinentes, dont sept essais contrôlés randomisés et deux études quasi-expérimentales. Parmi ces études, nous les avons classées en trois programmes: cinq études sur le dépistage de la fragilité, trois études sur la prévention des chutes et une étude sur l'analyse des médicaments et des traitements prescrits et délivrés. Selon le plan coût-efficacité de ces programmes, quatre études n'avaient pas de conclusion sur les résultats économiques, deux études avaient une stratégie dominante, moins coûteuse et plus efficace, et trois études avaient une stratégie dominée, plus coûteuse et non efficace. Seulement, 40% des études étaient de bonne qualité. **Conclusion:** Seules deux stratégies d'intervention multidimensionnelles et interdisciplinaires se sont avérées très efficaces, rentables et ont amélioré la qualité de vie des personnes âgées. Les résultats économiques étaient plus mitigés. De nombreuses faiblesses méthodologiques étaient présentes dans ces études.

CO22. «Clustering» des performances physiques des personnes âgées grâce au recueil de données biomécaniques issues d'une paire de lunettes instrumentées

Frédéric Chorin, Christophe Caqueneau, Serge S Colson
(Université Côte d'Azur, Nice, France)

Contexte: Une personne âgée est généralement catégorisée comme « chuteuse » en répondant positivement au fait d'avoir chuté dans l'année précédente. Pourtant de nombreux facteurs, dont le déclin des capacités fonctionnelles avec l'âge, peuvent participer au risque de chute. Catégoriser une personne âgée comme « chuteuse » est un processus multifactoriel. Des méthodes d'analyse non-supervisée basées sur le recueil de données biomécaniques lors des activités quotidiennes pourraient permettre de mieux catégoriser cette population. **Objectifs:** - Évaluer grâce à une innovation technologique, un objet du quotidien instrumenté (i.e., une paire de lunettes) des paramètres fonctionnels et biomécaniques des personnes âgées - Catégoriser ces personnes en différents groupes de performances physiques. **Méthodes:** Quatre-vingt-quatre personnes âgées indépendantes (âge > 65 ans) ont réalisé trois tests physiques avec des lunettes intégrant un accéléromètre : i) trente secondes de levers de chaise, ii) marche de six minutes, iii) « timed-up and go » (TUG). Différents paramètres fonctionnels et biomécaniques ont été issus des lunettes : nombre de levers, pic vertical d'accélération des levers, distance totale de marche, durée et longueur des pas et temps de réalisation au TUG. Grâce à une analyse non-supervisée les participants ont été classés en différents groupes de performances physiques puis les différences entre groupes ont été examinées. **Résultats:** L'analyse non-supervisée a catégorisé la population en trois groupes distincts à partir des paramètres fonctionnels et biomécaniques issus des lunettes. Exemple : l'accélération maximale verticale (i.e., application de la gravité) lors des levers de chaise était de 11,80 m.s⁻² pour le groupe le moins performant contre 14,48 m.s⁻² pour le groupe le plus performant, et la durée des pas de 0,52 et 0,46 secondes pour ces deux groupes, respectivement. Le pourcentage de « chuteurs » différait entre ces deux groupes avec une proportion plus importante dans le groupe le moins performant (i.e., 45,45% vs. 34,78%). **Conclusion:** Les paramètres fonctionnels et biomécaniques issus des lunettes catégorisent les participants grâce à l'approche multifactorielle. Suite à cette catégorisation, il serait intéressant de tester prospectivement le nombre de chutes en fonction des groupes de performances physiques et/ou de suivre longitudinalement le déclin de ces paramètres pour prévenir un risque de chute.

CO23. Implémentation du programme ICOPE en collaboration avec L'Organisation Mondiale de la Santé dans un service de consultation gériatrique

Marie Fourteau, Neda Tavassoli, Catherine Takeda, Maria Eugenia Soto Martin, Thierry Voisin, Bruno Vellas
(CHU, Toulouse, France)

Contexte: Dans son rapport mondial sur le vieillissement et la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a récemment montré l'accroissement de la population vieillissante pouvant atteindre 157 millions de personnes âgées d'ici 2050. Limiter la dépendance de la population âgée est devenu un enjeu humain et économique primordial. Ainsi, l'approche de « Soins intégrés pour les personnes âgées » (ICOPE), développée par l'OMS a pour but de prévenir le déclin de la capacité intrinsèque, composée de 6 fonctions essentielles au maintien de l'autonomie fonctionnelle des sujets âgés (ie. mémoire, nutrition, mobilité, audition, vision et psychologie). Dans ce programme, les participants bénéficient d'une prise en charge rapide face à un déclin avéré de la capacité intrinsèque. **Objectifs:** L'objectif principal est d'instaurer au sein d'un service de soin, le programme de prévention ICOPE afin de promouvoir le «vieillessement en santé» auprès d'une population âgée autonome. **Méthodes:** Le programme ICOPE est proposé à des seniors de 60 ans et plus, autonome venant consulter pour la première fois un gériatre dans le service de consultation de gériatrie du CHU de Toulouse à l'Hôpital La Grave. Il s'agit d'un recrutement prospectif sur la période du 5 mai au 5 juin 2022. La première étape du programme ICOPE (test de dépistage Etape 1) est proposée en amont de la consultation par un professionnel du service concerné. Elle consiste

à repérer d'éventuelles anomalies de la capacité intrinsèque. Le résultat de l'étape 1 est interprété par le médecin lors de la consultation qui propose une évaluation approfondie (étape 2) si nécessaire ou des recommandations préventives en fonction des besoins du patient et de son tableau clinique. **Résultats:** Depuis le 05/05/2022, nous avons reçu 80 patients pour la première fois dans le service de consultation. Parmi eux, 42.5% ont pu bénéficier de test de dépistage STEP 1 dans le cadre du programme de prévention ICOPE. L'âge moyen était de 77,24 ans (± 8.23) et 76.47% était des femmes. Les résultats détaillés seront présentés lors du congrès. **Conclusion:** Intégrer ICOPE au sein d'un service de soins ambulatoire tel que la consultation est une opportunité qui permettrait aux sujets âgés, une surveillance régulière pour limiter une perte d'autonomie.

CO24. Trajectoires et facteurs prédictifs de fragilité chez la personne âgée vivant à domicile : analyse de la cohorte FREEDOM-LNA

S. Boyer, C. Laubarie-Mouret, N. Cardinaud, C. Gayot, M. Druet-Cabanac, M. Harel, A. Tchalla
(CHU de Limoges, Limoges, France)

Contexte: Selon l'OMS, il est nécessaire de détecter les déficiences des capacités physiques et mentales chez la personne âgée afin de proposer une intervention efficace. Le vieillissement est caractérisé par l'apparition de plusieurs états de santé complexes, appelés syndromes gériatriques tels que la fragilité. Mieux connaître et prédire les facteurs impliqués dans les trajectoires de fragilité permettra la mise en place des stratégies de prévention adaptées et précoces. **Objectifs:** Cette étude vise à déterminer les facteurs prédictifs et les conséquences cliniques des trajectoires de fragilité chez le sujet âgé vivant à domicile. **Méthodes:** Cette étude longitudinale et prospective d'analyse de trajectoires de fragilité a été réalisée sur 497 patients de la cohorte FREEDOM-LNA. Ces patients âgés de 75 ans ou plus et vivant à domicile ont bénéficié d'une évaluation gériatrique à l'inclusion et du suivi de l'Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV) du CHU de Limoges. La fragilité a été évaluée grâce aux critères de Fried et les trajectoires ont été modélisées à l'aide d'algorithmes de k-means. Les facteurs prédictifs ont été déterminés par régression logistique multivariée. Les conséquences cliniques étudiées sont le déclin cognitif, les chutes et les hospitalisations. **Résultats:** Les modèles de trajectoire ont permis de déterminer quatre trajectoires de fragilité : robuste stable (trajectoire A), pré-fragile s'aggravant vers la fragilité (Trajectoire B), fragile s'améliorant vers moins de fragilité (trajectoire C) et fragile s'aggravant (Trajectoire D). Les facteurs prédictifs de la trajectoire B sont l'âge, la dépression et la présence de troubles cognitifs. L'hypertension est un facteur supplémentaire pour prédire la trajectoire C ou D. La dépression mais pas la présence de troubles cognitifs est discriminante entre la trajectoire C et D. L'incidence des conséquences cliniques est significativement augmentée dans les trajectoires de faible fragilité. **Conclusion:** Cette étude a permis de déterminer les trajectoires de fragilité chez le sujet âgé. Les facteurs prédictifs les plus significatifs d'une mauvaise trajectoire de fragilité sont la présence de troubles cognitifs et la dépression. Ceci souligne la nécessité de mettre en place des mesures de préventions ciblées pour limiter la dépression et pour maintenir voire améliorer l'état cognitif chez le sujet âgé.

CO25. Vieillir en Santé pour les seniors du régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco : retour d'expérience sur les bilans médico-psycho-sociaux des centres de prévention Agirc-Arrco en 2019

Florence Martin, Vincent Bataille, Frédérique Decherf
(Centre de prévention AGIRC-ARRCO, Toulouse, France)

Contexte: Quatorze centres de prévention Agirc-Arrco (CPAA) en France proposent depuis 30 ans des parcours de prévention associant bilan individuel médico-psycho-social et actions collectives. **Objectifs:** Cette étude visait à décrire les caractéristiques de la population reçue dans ces centres pour un bilan de prévention en 2019. **Méthodes:** Sur invitation de sa caisse de retraite complémentaire, chaque participant volontaire à un parcours de prévention a été inclus. Les données recueillies reposaient sur un autoquestionnaire renseigné en amont du bilan, explorant niveau socio-économique, habitudes de vie et état

de santé. Chaque participant a bénéficié d'une consultation avec un médecin et une avec un psychologue. **Résultats:** Cette étude a porté sur 21235 bénéficiaires d'un bilan dans l'un des 14 CPAA. 57% étaient des femmes, âge moyen de 69.5 $\pm$ 6.7, 90% retraités, 64% en couple et 45% déclaraient n'avoir aucune activité collective. 22% jugeaient leurs revenus insuffisants, 26% étaient en état de vulnérabilité sociale (Score Epices > 30). Le suivi médical était globalement régulier (95% MT chaque année) et 85% se considéraient en bonne santé. 1/4 ne prend aucun médicament mais 21% en prend plus de 4. 78% consultaient un chirurgien-dentiste une fois/an, mais 45% ne suivaient pas les recommandations HAS ; parmi eux, 30% présentaient un score GOHAI < 50 témoignant d'une altération de la qualité de vie en relation avec la santé orale. 11% déclaraient avoir des difficultés à se déplacer, principalement pour des motifs physiques (83%). 17% déclaraient au moins une chute sur les 6 derniers mois. Une problématique de dépression existait chez 30% (miniGDS>0), une plainte sommeil chez 42%. **Conclusion:** Les CPAA touchent des seniors qui se déclarent en bonne santé, régulièrement suivis. Toutefois, compte-tenu des problématiques rencontrées, les actions collectives et/ou les dispositifs de l'action sociale proposés semblent particulièrement adaptés et contribuent à valoriser l'importance d'un lien social de qualité. Quel que soit leur lieu de résidence, les seniors du régime de retraite Agirc-Arrco vont trouver en ces centres, la possibilité de devenir acteur de leur santé en adoptant des comportements positifs. Telle qu'elle est proposée dans le centre de Toulouse, une inclusion dans le programme Icope peut permettre de renforcer cette dynamique.

CO26. Profil et charge ressentie chez les aidants bénéficiaires d'un bilan des centres de prévention Agirc-Arrco en 2019

Florence Martin, Vincent Bataille, Frédérique Decherf
(Centre de prévention AGIRC-ARRCO, Toulouse, France)

Contexte: Quatorze centres de prévention Agirc-Arrco (CPAA) en France proposent des parcours de prévention associant un bilan individuel de prévention et des actions collectives. Parmi eux, 15% sont aidants. **Objectifs:** Cette étude visait à décrire les caractéristiques de la population déclarant apporter de l'aide à une personne dépendante parmi les bénéficiaires d'un bilan de prévention des CPAA en 2019, et d'évaluer la charge représentée par cette aide à l'aide du questionnaire ZARIT. **Méthodes:** Sur invitation de leur caisse, les bénéficiaires d'un régime de retraite complémentaire peuvent bénéficier d'un parcours de prévention proposé par un CPAA. Parmi les participants en 2019, 15% ont déclaré être aidants. Un autoquestionnaire renseigné en amont du bilan explorait le niveau socio-économique, les habitudes de vie, l'état de santé, et le questionnaire Zarit d'évaluation du « fardeau des aidants ». Un modèle multivarié (régression logistique) a été utilisé pour comparer les caractéristiques des aidants et celles des non-aidants. **Résultats:** En 2019, 21235 personnes ont bénéficié d'un bilan, parmi lesquels 3057 ont déclaré aider au moins une personne dépendante (14.5%). Un tiers des aidants avait moins de 65 ans et 7% étaient encore en activité. Cette aide concernait un ascendant dans 55% des cas, le conjoint (20%), un enfant (20%)... Par rapport au groupe des non aidants, le groupe des aidants était globalement plus jeune et affichait une plus grande proportion de femmes, de personnes au chômage et de personnes isolées socialement. Les fréquences de l'anxiété (Goldberg) et de la dépression (miniGDS) étaient également plus élevées chez les aidants. Le questionnaire ZARIT a été renseigné par 92% des aidants et le score ZARIT s'établissait en moyenne à 28 ($\pm$ 17). 24% présentaient un score ZARIT > 40, dont 4% un score > 60 témoignant d'une charge sévère. **Conclusion:** Dans la population des aidants fréquentant les CPAA, 15% sont des aidants, concernés notamment par des problématiques d'isolement social et de tendances dépressives. Ces résultats suggèrent que les actions ciblées en direction de la population des aidants, à type d'accompagnement individuels et/ou d'ateliers aidants, axées notamment sur l'information, les conseils, le lien social et l'accompagnement psychologique, telles que portées par les CPAA semblent particulièrement justifiées.

CO27. Le Score d'Évaluation Facile des Ingesta (SEFI®) assisté par photographie (SEFI®-AP) chez la personne de 70 ans et plus résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour mesurer l'insuffisance de prise alimentaire: reproductibilité dans le temps et performance pour le diagnostic de dénutrition

Anne Billeret, Ronan Thibault, Chloé Rousseau, Rémy Thirion, Béatrice Baillard-Cosme, Dominique Somme
(NuMeCan, CHU de Rennes, Rennes, France)

Contexte: La dénutrition est fréquente chez les personnes de 70 ans et plus résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et affecte leur pronostic. Identifier l'insuffisance de prise alimentaire (PA) en EHPAD est un moyen de dépistage de la dénutrition. Dans cette optique, le Score d'Évaluation Facile des Ingesta (SEFI®) et les méthodes photographiques ont été développés. **Objectifs:** Ainsi, cette étude a pour objectif d'évaluer la reproductibilité dans le temps d'une évaluation ponctuelle de la PA par le SEFI® et la performance du SEFI® pour diagnostiquer la dénutrition en EHPAD. **Méthodes:** Les portions alimentaires consommées au déjeuner et dîner ont été mesurées tous les jours 5 jours/7 par SEFI® assisté par photographie (SEFI®-AP) chez 73 résidents d'une seule EHPAD durant 4 semaines, soit 20 jours. Le SEFI® est un score noté de 0 (rien n'est consommé) à 10 (tout est consommé) en chiffre entier. Un SEFI® < 7 définit une insuffisance de PA. Une évaluation clinique complète (incluant les mesures de la composition corporelle par bioimpédancemétrie et de la fonction musculaire) à la recherche d'une dénutrition et d'une sarcopénie a été réalisée selon les recommandations en vigueur. **Résultats:** 27 patients (38,6%) avaient une insuffisance de PA. Les médianes des SEFI® des déjeuners ou des moyennes des déjeuner-dîner ne variaient pas de manière significative au cours du temps ($p=0,11$ et $0,15$). Le SEFI®-AP mesuré à J3 et exprimé en moyenne du déjeuner et du dîner permettait de prédire le diagnostic d'insuffisance de PA des jours 4 à 20 avec une sensibilité de 78% (intervalle de confiance à 95%, 62-94), une spécificité de 30% (IC95%, 17-44), une valeur prédictive positive de 41 % (IC95%, 28-55), et une valeur prédictive négative de 68 % (IC95%, 48-89). Selon les méthodes utilisées, entre 25 et 33 patients (36,2-47,8%) avaient une dénutrition et 24 patients (34,8%), une sarcopénie. La performance diagnostique du SEFI® < 7 pour le diagnostic de dénutrition basé sur la mesure de la circonférence du mollet était correcte : AUC=0,71 (IC95%, 0,59-0,83). **Conclusion:** Ces résultats préliminaires montrent la stabilité sur un mois de la PA en EHPAD et une performance correcte du SEFI®-AP sur un jour pour prédire l'insuffisance de prise PA au cours du mois suivant et pour le diagnostic de la dénutrition basé sur la mesure de la circonférence du mollet.

POSTERS

P-1. Conseils et diététiques, d'usage et d'entretien et réhabilitation par prothèse amovible complète: Revue systématique de la littérature et étude observationnelle au sein du CHU de Bordeaux
Pierre-Hadrien Decaup, Célia Balaguer
(UFR Odontologie, Bordeaux, France)

Contexte: Au cours de la vie, l'exposition et/ou l'accumulation de certains facteurs de risque peut conduire à l'édentement. La population âgée est hétérogène, à besoins spécifiques et constitue la majorité des réhabilitations par prothèse amovible complète (PAC). Cette thérapeutique nécessite un suivi alimentaire strict dans les premières phases d'adaptation et l'intégration par le patient de nombreux conseils d'usage et d'entretien. L'absence de thérapeutique ou le mésusage de ce type de dispositif est associé à des troubles alimentaires et fonctionnels (ex : dénutrition, diminution de l'absorption digestive ou augmentation du risque de fausse route). **Objectifs:** Il paraît légitime de confronter les modalités de suivi de cette phase d'adaptation du point de vue du praticien à celui du patient. « Quelles sont les modalités de suivi diététique et de diffusion des conseils d'entretien et d'usage proposée par les praticiens lors de la remise d'une PAC ». Elle étudie également la pertinence des moyens de diffusion selon le nombre

de conseils retenus par les patients. **Méthode:** En deux parties : une revue systématique recherchant des recommandations, puis une étude observationnelle multicentrique menée dans 3 centres odontologiques du CHU de Bordeaux. **Résultats:** La revue (5 articles ; recherche initiale 391 références) montre l'absence de consensus scientifique liant les conseils aux modalités de diffusion à la remise d'une PAC. Des conseils diététiques oraux normés permettait une meilleure maîtrise du statut nutritionnel à 6 mois, et l'augmentation de l'apport énergétique et nutritionnel à 3 mois. L'étude intégrait 32 praticiens, seuls 22 proposaient des conseils. Parmi ces 22 couples praticiens-patients, aucune différence significative n'a été mise en évidence pour le nombre de conseils retenus selon le mode de diffusion ($p = 0.06478$, Wilcoxon rank test). **Conclusion:** Cette étude met en valeur de faibles niveaux de preuves concernant le choix d'un support ou des modalités de suivi pour une PAC. Cette thérapeutique s'inscrit dans une population à besoins spécifiques et à risque accru de sous-nutrition pour lesquels l'intégration de tels conseils est primordial. Ces résultats ouvrent des perspectives d'évaluation des pratiques à plus large échelle et montre la nécessité d'alerter les praticiens sur le rôle majeur de la séance finale et du suivi de leur réhabilitation prothétique complète.

P-2. Prévalence de la fragilité chez les bénéficiaires de soins à domicile dans le canton de Genève : une comparaison entre phénotype et accumulation de déficits

Catherine Busnel, Fanny Vallet, Catherine Ludwig
(imad, Genève, Suisse)

Contexte: Étude Le repérage de la fragilité est une problématique prégnante dans la pratique des professionnels de l'aide et des soins à domicile. Des algorithmes de dérivations d'indicateurs de fragilité phénotypique (FF) et par accumulation de déficits (IF) à partir de l'inter Resident Assessment Instrument Home Care (interRAI HC) sont aujourd'hui disponibles. En 2021, l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) a implémenté les algorithmes proposés dans l'étude fraXity, en les intégrant dans le dossier de soin informatisé. Ils permettent ainsi une estimation du FF et de l'IF à partir d'évaluations interRAI HC Suisse de routine. **Objectifs:** L'objectif est de décrire la prévalence de FF et IF auprès des personnes ayant reçu des soins à domicile délivrés par imad durant le 2e semestre 2021. **Méthodes:** Les données ont été collectées pour 5380 patients (62,1% femmes ; âge : $M=79,2$, $SD=13,6$) et ont été analysées. Elles incluent le FF (score de 0 à 5) et l'IF (score de 0 à 1). En se basant sur la littérature, les scores ont été catégorisés en 3 pour permettre un repérage rapide de la fragilité par les infirmières. Les analyses sont descriptives et portent sur les profils de fragilité obtenus par la catégorisation des scores. **Résultats:** Pour la FF, 13,7% sont robustes, 50,9% sont à risque de fragilité et 35,3% sont fragiles. Pour l'IF, 39,1% sont non fragiles ($\leq 0,21$), 27,4% fragiles-moyens ($>0,21$ et $\leq 0,30$) et 33,5% fragile-sévères ($>0,30$). La distribution est significativement différente ($X^2=1887$, $p<0,001$). La catégorie intermédiaire (fragile modérée (IF) à risque de fragilité (FF)) est celle qui montrent les différences les plus marquées. **Conclusion:** Les 2 indicateurs montrent des profils de fragilités différentes. Ces 2 modèles apportent des informations complémentaires. Ils permettent de questionner chaque situation clinique en fonction des objectifs de prises en charge poursuivies et du modèle mobilisé (physique avec le FF ou physiologique avec l'IF). Ils devraient contribuer à optimiser les plans de soins et les actions spécifiques à mettre en place avec les patients en fonction des besoins évalués.

P-3. Mise en place de soins gériatriques en Afrique subsaharienne: expérience d'un an à l'hôpital central de Yaoundé au Cameroun

Marie Josiane Ntsama Essomba, Bandolo Nzana Victorine, Sylvain Raoul Simeni Njonnou, Pierre Choukem Simeon, Laura Ciaffi, Marylin Zingui-Ottou, Ginette Paula, Eugène Sobngwi, Maturin Tabue-Tegu
(Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé, Cameroun)

Contexte: Le besoin en soins spécifiques pour la population âgée est grandissant dans les pays en développement en raison des effets combinés du vieillissement de la population et du fardeau des maladies

non transmissibles. **Objectifs:** Créer un parcours de soins gériatriques. **Méthodes:** Pendant un an, nous avons formé le personnel de santé et développé de nouvelles procédures de soins en utilisant le modèle Acute Care for Elders (ACE). **Résultats:** Lors de la mise en œuvre du modèle ACE, une équipe multidisciplinaire a été mise sur pied, comprenant un gériatre, deux médecins généralistes, deux infirmières spécialisées en gériatrie, deux infirmières supérieures et une assistante sociale. Un parcours de soins gériatriques a été défini comprenant un service d'hospitalisation, une équipe mobile, des consultations externes et des soins ambulatoires. Après une révision approfondie des procédures d'admission et de soins, les infirmières se sont vu confier des missions complémentaires, telles que l'évaluation de l'état fonctionnel et l'éducation thérapeutique des patients et de leurs aidants familiaux. Tous les patients hospitalisés se sont vu proposer une évaluation gériatrique standardisée. Au total 202 patients ont été hospitalisés dans l'unité, dont 60,9 % (n=123) étaient des femmes ; l'âge moyen était de 79,3 ans. Près de 80% des patients avaient au moins une comorbidité et les syndromes gériatriques les plus fréquentes étaient la dépendance aux AVQ (85,8 % n=123), l'incontinence urinaire (55 % n=105) et l'état confusionnel (41,1 % n=78). La polypharmacie était présente chez 10 % des patients. **Conclusion:** En dépit de ressources humaines et matérielles limitées, nous avons pu créer un parcours de soins gériatriques au sein de notre hôpital. Le programme ICOPE pourrait être une opportunité d'étendre nos actions au sein de la communauté et servir de modèle pour la mise sur pied de directives nationales.

P-4. T-DAV : Test de dénomination d'actions par vidéos. Développement et étude des propriétés psychométriques
Manon Spigarelli, Maximiliano A. Wilson
(UFR Médecine, Besançon, France)

Contexte: Le manque du «verbe» fait partie de la symptomatologie clinique des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer (MA). En clinique orthophonique, on utilise souvent des images pour évaluer la dénomination d'actions. Or, les résultats de plusieurs études scientifiques soulignent que le support vidéo est plus adapté pour représenter les compétences réelles des personnes. À ce jour, aucun test français n'évalue le traitement du verbe avec des vidéos. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est de développer le Test de dénomination d'actions par vidéos (T-DAV) et d'étudier ses propriétés psychométriques. **MÉTHODE.** Participants. Deux groupes de 40 participants chacun (40 personnes atteintes de la MA à un stade débutant et 40 personnes saines contrôles), appariés par l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (tous les p-valeurs $\geq 0,368$). Tâche. Le T-DAV est composé de 20 vidéos (10 représentant des verbes de haute fréquence et 10 de basse fréquence), appariées par l'imageabilité, le nombre de phonèmes et le nombre de voisins phonologiques. **Résultats:** Validité convergente. Le T-DAV et le Test de dénomination de verbes lexicaux (DVL-38) ont été fortement et positivement associés ($r(80) = 0,826, p < 0,001$). Validité discriminante. Les scores des personnes saines au T-DAV étaient significativement supérieurs à ceux des patients MA ($t(38) = -4,41, p < 0,001$). Fiabilité par consistance interne. Les 20 items du T-DAV montrent une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = 0,77$). **Conclusion:** Le T-DAV montre de très bonnes propriétés psychométriques (validité et fiabilité) et discrimine la performance normale de celle des patients MA. Le T-DAV permettra d'évaluer de manière plus fiable la dénomination d'actions des adultes francophones. Ainsi, le T-DAV comble le manque de tests d'évaluation clinique en français.

P-5. Construction d'un itinéraire clinique intégré et coordonné dans le réseau genevois pour favoriser le vieillissement en santé selon le modèle ICOPE : protocole de l'étude VieSA
Catherine Busnel, Samuel Périer, Aude Tholomier, Eleni Marina Ashikali, Mastromauro Laura, Irina Ionita, Catherine Ludwig, Christophe Graf
(imad, Genève, Suisse)

Contexte: Face à l'allongement de la durée de vie, à l'augmentation du nombre de personnes âgées et à leur très grande hétérogénéité, l'Organisation Mondiale de la Santé a élaboré un plan spécifique afin de maintenir les aptitudes fonctionnelles et permettre aux personnes

âgées de bénéficier d'un état de bien-être. Dans ce contexte, favoriser les capacités intrinsèques des personnes est un ingrédient « phares » de la promotion de la santé et de la prévention de la fragilité. Dans le canton de Genève, vivre à domicile le plus longtemps possible est une priorité à la fois individuelle et collective. Le défi est d'intégrer l'ensemble des acteurs de la santé-sociale dans une perspective « opérationnelle » de favoriser un vieillissement en santé. **Objectifs:** Le projet VieSA (Vieillesse en Santé) se base sur les recommandations de l'OMS/ICOPE et vise à 1) identifier les prestations permettant de préserver les capacités fonctionnelles (capacités intrinsèques et extrinsèques (environnement)) en créant un catalogue des prestations existantes dans le canton de Genève, 2) tracer les lignes directrices d'un dispositif individualisé et coordonné articulant ces prestations et pouvant être sollicité dans un itinéraire interprofessionnel de «vieillesse en santé » et 3) évaluer l'acceptabilité, la faisabilité et l'utilisabilité de l'itinéraire clinique. **Méthodes:** 1) Le catalogue de prestations sera fondé sur la base d'une revue de la littérature identifiant à la fois les capacités et les interventions favorisant le maintien d'un vieillissement en santé et d'une cartographie les localisant dans le canton de Genève. 2) L'itinéraire clinique interprofessionnel seront élaborées par « consensus d'experts » mobilisant tous les acteurs concernés de la communauté (patients/usagers partenaires, institutions de santé et du social, associations) 3) Une étude de faisabilité sera réalisée auprès de 30 participants. **Résultats:** Présentation du protocole du projet VieSA et des 3 étapes. **Conclusion:** In fine, la mise en place de prestations ciblées et personnalisées aux besoins individuels des personnes de plus de 65 ans devrait contribuer à soutenir un « vieillissement en santé » dans la communauté.

P-6. Histoire de l'accompagnement d'une mère âgée de 87 ans et alitée suites à une gonarthrose bilatérale
M Daoud
(Constantine, Algérie)

Contexte: Increasing la problématique du vieillissement en Algérie. **Objectifs:** Assurer la prise en charge. **Méthodes:** Histoire de l'accompagnement. **Résultats:** le laisser aller dans la prise en charge des personnes âgées. **Conclusion:** Sensibiliser les autorités à s'inquiéter du sort de cette catégorie d'âge.

P-7. «AGING NURSING GAME»® impact sur les attitudes des étudiants en infirmière
Carla Sílvia Fernandes, Germano Couto, Andreia Lima
(Nursing School of Porto, Portugal)

Contexte: Le vieillissement de la population impose de nouveaux défis, entre autres, une plus grande préoccupation pour l'enseignement de la gériatrie et de la gérontologie (Lucchetti et al., 2017), notamment aux futurs professionnels de la santé. L'attitude d'empathie de la part des étudiants en sciences de la santé doit être enseignée, acquise et cultivée, au risque de voir les soins se réduire ni plus ni moins à l'exécution d'actions et d'interventions techniques (Vanlaere, Coucke, & Gastmans, 2010 ; Antonio, 2014 ; Coelho et al., 2017). Cependant, l'empathie est un aspect difficile à enseigner aux étudiants, bien qu'elle soit l'un des aspects les plus importants des soins infirmiers (Tremayne, Burdett et Utecht, 2011 ; Gilligan et al., 2014). **Objectifs:** Cette question souligne la pertinence de cette étude. Le jeu de simulation «Aging Nursing Game»® a été appliqué dans le but d'évaluer l'impact d'un jeu de simulation du vieillissement sur les attitudes des étudiants en soins infirmiers envers les personnes âgées. **Méthodes:** Une étude quasi-expérimentale de type pré-test et post-test a été menée, sans groupe de contrôle. Les sujets de cette étude étaient des étudiants en deuxième année de soins infirmiers (N=60). L'instrument de collecte de données consistait en un questionnaire composé de deux parties, une première partie de caractérisation sociodémographique, et une autre consistant en la version portugaise de l'échelle de Kogan (KAOP). **Résultats:** L'échantillon était composé de 45 étudiants de deuxième année de licence en soins infirmiers, correspondant à 75% de la population. L'attitude envers la personne âgée s'est améliorée de manière significative avant et après l'intervention. Sur les 34 items de l'échelle de Kogan (KAOP), 21 se sont améliorés de manière significative.

Conclusion: Les résultats de ce parcours soulignent l'importance des études comportant des interventions valables pour modifier les attitudes envers les personnes âgées en déconstruisant les mythes et les stéréotypes associés au vieillissement, où les jeux de simulation sont inclus. L'intégration de ce type d'intervention liée au vieillissement contribue à améliorer l'empathie et les attitudes envers les personnes âgées. Le jeu de rôle s'est révélé efficace pour apprendre aux étudiants à comprendre le point de vue des personnes dont ils s'occupent. Il peut être difficile de comprendre le point de vue des autres, surtout si l'on n'a pas fait l'expérience du vieillissement ou d'un handicap lié à une maladie.

P-8. EHPAD Hors les murs : un projet pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées fragiles

Bénédicte Marty, Marion Richer, Antoine Herson, François Crettiez, Céline Cazeaux, Serge Bismuth
(EHPAD Gaubert, Toulouse France)

Contexte: La plupart des personnes âgées souhaitent rester à domicile et n'entrent en EHPAD que contraintes, lorsque les aidants sont épuisés ou absents. D'après l'INSEE, le nombre de seniors de 75 ans ou plus augmentera fortement entre 2015 et 2040 (+ 472000 en Occitanie). Il n'est pas prévu d'augmentation parallèle des places d'EHPAD. Le projet « EHPAD hors les murs » de 2 EHPAD toulousaines (Dr Marie et Résidence Gaubert) devrait favoriser le maintien à domicile des personnes âgées fragiles. **Objectifs:** • Repérer précocement le déclin capacitaire intrinsèque des personnes âgées fragiles du territoire et proposer une prise en charge personnalisée. • Décloisonner les EHPAD, en développant des prestations médicales et de soins de prévention gratuits, plateau technique à disposition des patients et de leurs médecins traitants dans un lieu de vie et de soins de qualité. • Rompre l'isolement. • Optimiser la filière gériatrique pour répondre aux besoins de la personne âgée fragile, en partenariat avec le pôle social du CCAS et le centre d'hébergement temporaire Olivier. **Méthodes:** • Proposer, au sein des établissements des activités adaptées aux besoins de chaque personne âgée fragile après un bilan pluri-professionnel selon la démarche ICOPE. • Population cible : sujets de plus de 60 ans, vivant à proximité de l'EHPAD, repérés fragiles par les professionnels de santé et /ou aidants • Activités proposées et partagées avec les résidents de l'EHPAD : * Activités physique et sportive adaptées, (Efformip), * Yoga, * Prévention des chutes (ergothérapeute), * Stimulation cognitive et sensorielle (ateliers mémoire, musicothérapie, art floral, art thérapie, zoothérapie), * Soutien psychologique, * Repérage déficit visuel et/ou auditif et proposition de verres correcteurs et/ou de prothèses auditives, * Prévention des complications du diabète (Diabstat), * Suivi nutritionnel avec repas pris au foyer restaurant. **Résultats:** Depuis le 15/12/2021, huit personnes participent, 3 bilans ergo effectués, une analyse descriptive sera présentée lors du congrès. **Conclusion:** L'EHPAD, plateforme ressource pour les personnes âgées fragiles d'un territoire et leurs médecins traitants, devrait favoriser leur maintien à domicile grâce à une prise en charge personnalisée et coordonnée basée sur le programme ICOPE.

P-9. Déficience visuelle et sarcopénie dans une population d'Afrique Subsaharienne

Salvatore Metanmo, Antoine Gbessemehlan, Nadine Simo-Tabue, Laurella Nguengang, Marie-Josiane Ntsama-Ebode, Callixte Kuate-Tegueu, Maturin Tabue Teguo
(Université de Limoges, France)

Contexte : L'activité La sarcopénie est fréquente chez les personnes âgées. De récents travaux suggèrent que la déficience visuelle (DV) est associée aux déficiences physiques dont la sarcopénie chez les personnes âgées. Or, la sarcopénie augmente le risque de dépendance et de décès prématuré dans cette population. En Afrique subsaharienne (ASS) très peu de données existent sur ce sujet. **Objectifs:** La présente étude avait pour objectif d'étudier la relation entre la DV et la sarcopénie chez les personnes âgées au Cameroun. **Méthodes:** Il s'agissait d'une enquête transversale réalisée à Douala en 2019 chez des personnes âgées de 55 ans et plus qui sont membres d'une mutuelle de santé. La sarcopénie a été évaluée à l'aide du test SPPB (Short Physical Performance Battery)

noté de 0 à 12 et composé de trois sous-tests: le test d'équilibre, le test des levers de chaise et le test de la vitesse de marche. Le diagnostic de sarcopénie était posé pour un score au test SPPB < 9. La DV quant à elle était auto-déclarée. Des analyses de régressions logistique et linéaire ont été utilisées pour explorer la relation d'intérêt. **Résultats:** Au total 403 personnes (50,4% d'hommes) âgées en moyenne de 67,1 (±6,2) ans ont été incluses dans nos analyses. Sur cet échantillon, 356 (88,3%) ont déclaré avoir une DV et la prévalence de la sarcopénie était de 47,9 % [IC95% : 43,0 - 52,7]. Après ajustement sur plusieurs facteurs dont l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau scolaire, le statut cognitif, l'hypertension et le diabète ; la DV était significativement associée à la sarcopénie (OR: 2,66 [IC95% : 1,29 - 5,48]). Parmi les sous-tests de la SPPB, seul le lever de chaise était négativement associé à la DV ($\beta = -0,45$ [IC95% : -0,82, -0,07]). **Conclusion:** Cette première étude issue d'une population d'ASS sur la relation entre DV et la sarcopénie confirme l'influence de la DV dans l'altération du bien-être physique chez la personne âgée. Elle suggère que la DV peut être utilisée comme un indicateur précoce dans le repérage de la sarcopénie chez les personnes âgées en ASS.

P-10. Inventaire de L'Évaluation des Douleurs des Personnes Âgées, par le biais d'une filière gériatrique implicite au sein d'un hôpital de proximité

Ishwarlall Tapesar, Bastien Auffray, Olivier Bonizzoni, Pauline Feydeau
(Centre Hospitalier Saint Jacques, Saint Céré, France)

Contexte: La Etude observationnelle rétrospective sur 82 séjours des PA [1] de plus de 75 ans (Age moyen 82 ans) au sein une filière gériatrique implicite dans un hôpital de proximité : Urgences (SAU/UHCD) [2], médecine polyvalente, SSR PAP [3] et USLD [4]. Soit une répartition des séjours : SSR PAP [3] 19, Urgences/UHCD [2] 29, Médecine Polyvalente 29, USLD [4,5]. **Objectifs:** Évaluation de l'approche algo-gériatrique (Expressions cliniques souvent atypiques dans cette population, avec des douleurs persistantes 2,5 fois plus fréquentes entre 60 et 70 ans qu'entre 30 et 40 ans, 4 fois après 80 ans et avec, comme facteur le plus fréquent de mauvais soulagement, un âge > à 70 ans). **Méthodes:** Screening des dossiers avec une grille d'évaluation descriptive comportant : la multidimensionnalité de la douleur (aspect sensori-discriminatif, affectivo émotionnel, cognitivo-comportemental et qualitatif), l'évaluation cognitive (MoCA, BREF, subtests) [5] pour proposer une échelle d'intensité adaptée (EVS [5], Algoplus, Doloplus, ECPA [6], DN4 [7]), la démarche gériatrique à travers les syndromes gériatriques (situations cliniques quasi spécifiques), l'évaluation régulière et la séquence dépister-évaluer-traiter-réévaluer, la rubrique douleur et le traitement antalgique dans le courrier de sortie. **Résultats:** En globalité : Évaluation tracée de douleur 63%, échelle d'intensité de la douleur en adéquation avec l'état cognitif 28%, approche multi dimensionnelle de la douleur 9%, évaluation régulière 28%, rubrique douleur dans le courrier de sortie 29% et traitement antalgique 40%. Conformité douleur selon critères HAS [8] : SAU/UHCD [2] 17%, Médecine polyvalente 97% et SSR PAP [2] 100%. Selon le service : SAU et UHCD [2] : Évaluation sans distinction de douleur 17%. Médecine polyvalente : Évaluation 97%, échelle d'intensité adaptée à l'état cognitif 24%, évaluation régulière 35%, courriers avec rubrique douleur 24% et traitement antalgique 67% SSR PAP [3] : Évaluation de la douleur 100%, aspect multidimensionnel 38%, échelle d'intensité adaptée à l'état cognitif 89%, évaluation régulière 68%, courriers avec rubrique douleur 89% et traitement antalgique 89% USLD [4] : Evaluation non nuancée de la douleur 80%. **Conclusion:** La démarche gériatrique [9] propose une évaluation plus appropriée des douleurs des personnes âgées (effet de vieillissement, co morbidités actives, poly syndromes gériatriques) même dans un système de santé qui est davantage conçu pour répondre aux besoins de santé épisodiques. De fait, une quasi obligation de baliser le parcours de soins des PA en filières gériatriques dédiées (type Algo-gériatrique, ortho-gériatrique, cardio-gériatrique, onco-gériatrique, médecine d'urgence personne âgée) dans un souci de pertinence et de cohérence selon la loi du 1er Janvier 2016 d'adaptation de la société au vieillissement. De facto, nécessité de nouveaux critères douleurs HAS spécifiques aux PA [1] (gérontologiques, gériatriques et du grand âge). Le programme OMS ICOPE 2019 [10] avec ses 5 steps, bien décliné, serait un tremplin possible.

P-11. Les soins infirmiers pour la promotion de l'autonomie des personnes âgées

Andreia Lima, Carla Fernandes, Maria Manuela Martins, Maria Salomé Ferreira, Adriana Coelho, Vítor Parola, Soraia Schoeller
(Vila de Punhe, Portugal)

Contexte: Dans les données scientifiques publiées et dans le contexte de la prestation de soins, les professionnels de la santé font référence à l'indépendance physique, alors que ce qu'ils veulent faire, c'est promouvoir l'autonomie. Les soins infirmiers dispensés à la population âgée exigent un changement d'attitude et de comportement de la part des infirmières, qui doivent tenir compte de tous les aspects du concept, à savoir : la capacité physique, la capacité cognitive, l'intelligence émotionnelle et la capacité d'intégration sociale. Grâce à l'entretien clinique et à l'observation systématisée, il est possible d'identifier les problèmes, de préparer des diagnostics et de planifier des interventions visant à apporter des réponses adéquates aux besoins des personnes âgées. **Objectifs:** Cette étude visait à décrire le sens attribué par les infirmières spécialisées à la promotion de l'autonomie des personnes âgées. **Méthodes:** Une étude phénoménologique a été menée, selon la méthode de Giorgi, à l'aide d'un questionnaire sociodémographique et professionnel et d'un entretien semi-structuré. L'échantillon était composé de 18 infirmières spécialisées, recrutées par commodité, et les données ont été collectées entre mars et décembre 2018. **Résultats:** Cinq thèmes ont émergé de l'analyse, à savoir: l'utilisation des instruments; l'utilisation du cadre théorique; les diagnostics infirmiers; la prescription des interventions; et les dossiers infirmiers. **Conclusion:** En ce qui concerne l'autonomie, les infirmières spécialisées utilisent des instruments qui favorisent essentiellement la capacité physique des personnes âgées. Les systèmes d'information utilisés pour identifier les diagnostics, les prescriptions d'interventions et les dossiers infirmiers respectifs ne reflètent pas les besoins des personnes âgées, ni les interventions mises en œuvre pour leur autonomie. L'autonomie multidimensionnelle est peu abordée, malgré la reconnaissance de son importance pour la qualité de vie et la dignité de la personne âgée.

P-12. Echelle d'auto-évaluation pour la promotion de l'autonomie des personnes âgées (EAPAI) : validation d'un instrument

Andreia Lima, Carla Fernandes, Maria Manuela Martins, Maria Salomé Ferreira, Hugo Neves, Vítor Parola, Soraia Schoeller, Francisco Sampaio
(Vila de Punhe, Portugal)

Contexte: En raison de l'augmentation substantielle de la population âgée, la promotion de l'autonomie des personnes âgées est particulièrement importante dans le domaine des soins infirmiers. Les infirmières doivent relever le défi de développer et de mettre en œuvre des interventions infirmières favorisant l'autonomie chez les personnes âgées. Aucun instrument permettant aux infirmières d'autoévaluer la promotion de l'autonomie des personnes âgées n'a été trouvée dans la littérature. **Objectifs:** Cette étude vise donc à évaluer les propriétés psychométriques d'une échelle d'auto-évaluation de la promotion de l'autonomie des personnes âgées. **Méthodes:** Étude méthodologique comprenant l'évaluation des propriétés psychométriques de l'échelle, en utilisant 360 infirmières. La fiabilité a été évaluée par la cohérence interne et la validité conceptuelle a été évaluée par une analyse factorielle exploratoire, en considérant la rotation varimax. **Résultats:** La cohérence interne totale (alpha de Cronbach) était de 0,983, allant de 0,955 à 0,990 parmi les six facteurs. Les six facteurs ont été désignés comme suit : développement d'interventions émotionnelles, sociales et d'auto-soins, développement d'interventions physiques et cognitives, développement d'interventions liées aux activités instrumentales de la vie quotidienne, développement d'interventions évaluatives dans le domaine de l'auto-soin, développement d'interventions évaluatives dans les domaines émotionnel, cognitif et social, et autonomisation des soignants. **Conclusion:** L'échelle d'auto-évaluation de la promotion de l'autonomie des personnes âgées (EAPAI) est un instrument d'évaluation de la promotion de l'autonomie, du point de vue des infirmières, doté de bonnes propriétés psychométriques, qui permet aux infirmières d'autoévaluer la qualité des soins dans la promotion de l'autonomie des personnes âgées. Cet instrument est potentiellement utile pour sensibiliser les infirmières dans ce domaine.

P-13. Benchmark régional des outils de la fragilité utilisés par les acteurs gérontologiques du territoire ligérien

Julien Vejux, Julien Jeanneau, Solenn Le Bruchec, Valérie Bernat, Vincent Ould-Aoudia, Gilles Berrut
(Gérontopôle des Pays de la Loire, Nantes, France)

Contexte: En France, les actions de prévention en gérontologie ont jusqu'à présent été mises au deuxième plan par rapport aux actions de soins. Le projet ICOPE proposé par l'OMS constitue une réponse à cette problématique, en ayant pour objectif de favoriser le développement de plans de soins individualisés impliquant des actions de repérage de la fragilité. **Objectifs:** Le consortium ICOPE-PDL a été retenu avec huit autres projets pour participer à la rédaction d'un cahier des charges et à une phase d'expérimentation pour le déploiement du projet. La capitalisation des éléments recueillis pourra alimenter la réflexion nationale quant aux outils et dispositifs existants dans le champ de la fragilité via une analyse de la littérature et un benchmark régional financé par l'ARS. **Méthodes:** Une analyse de la littérature scientifique a été menée afin de recenser les outils de repérage de la fragilité. Puis, un benchmark a été réalisé auprès d'acteurs régionaux impliqués dans le repérage des personnes âgées fragiles. L'analyse croisée des résultats a pu mettre en évidence les forces et les difficultés rencontrées par ces acteurs. **Résultats:** L'analyse des résultats a révélé une grande hétérogénéité des pratiques sur le terrain. Nous avons par conséquent proposé plusieurs préconisations : - Mise en place de sessions de formation des professionnels sur la notion de fragilité et les outils d'évaluation scientifiquement validés existants, et promouvoir une harmonisation des pratiques. - Inclure dans ces pratiques l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. - Sensibilisation des seniors et de leur entourage à l'intérêt de ces évaluations malgré le caractère latent du syndrome de fragilité. - Nécessité d'un financement des acteurs ainsi qu'un portage politique fort, indispensable pour permettre un déploiement le plus large possible des solutions et outils proposés. **Conclusion:** Le projet ICOPE représente une opportunité pour organiser un plan de prévention national. La multiplicité des dispositifs régionaux doit nous interroger collectivement sur un besoin d'harmonisation des outils utilisés et les opportunités qu'offre le virage numérique actuel. Nous souhaitons également mettre en avant l'importance des professionnels de santé de proximité et du domicile, le besoin d'information des seniors et des aidants et la nécessité d'un portage politique fort.

P-14. Retour d'expérience de l'utilisation du portal+ dans un ehpad: Paradoxe d'une démarche thérapeutique aux frontières de la virtualité

Vanessa Laclaustra, Phuc Le-Dinh
(Ehpad La Joliette, Marseille, France)

Contexte: Lors de la pandémie au COVID 19, nombre de nos pratiques en EHPAD ont été bouleversées et modifiées. Cette crise sanitaire sans précédent nous a indubitablement conduit à modifier notre rapport à l'autre, au monde et précisément à notre façon et aux médians pour Etre en lien avec les autres. L'impérieuse nécessité de recourir à l'utilisation d'outils numériques tel que PORTAL+ (tablette de Facebook) est non seulement une réponse au besoin de conserver un lien avec ses proches mais aussi instigatrice de pratiques innovantes et notamment dans le traitement des troubles du comportement du sujet âgé. **Objectifs:** L'objectif dans ce travail de RETEX est d'évaluer si l'utilisation du PORTAL+ comme outil de médiation à la relation à l'autre peut soutenir une stratégie thérapeutique digitale « non médicamenteuse » dans le traitement des troubles du comportement du sujet âgé. **Méthodes:** Nous partagerons 2 cas concrets en terme d'appropriation de l'outil par le résident et le soignant, de médiation thérapeutique mais aussi en terme de traitement des troubles du comportement. En l'espèce, le trouble du comportement est appréhendé à la lueur du concept de symptômes comportementaux et psychologiques des démences (SCPD), à savoir qu'au même titre que les troubles cognitifs, il est une manifestation habituelle des maladies neurodégénératives. Les SCPD sont hétérogènes dans leur expression: troubles affectifs, symptômes psychotiques, hyperactivité comportementale, apathie ou perturbation du sommeil et de l'appétit. **Résultats:** Engagé à maintenir le lien social entre les

résidents et leurs familles, le groupe Colisée présent à l'international a commandé plus de 10 000 tablettes Portal+, qui ont été distribuées dans chaque maison médicalisée entre juin et juillet 2021. Le Groupe International Colisée en mettant à disposition PORTAL+ dans ses institutions prône la démarche volontariste de proposer à la fois une innovation forte, une amélioration concrète de la qualité de vie de nos aînés en leur proposant un moyen de rester connectés à notre société. **Conclusion:** A la lueur de ces primo expériences de la PORTAL+, nous constatons que cette ambition du Groupe COLISEE nous amène encore plus loin dans nos réflexions et possibilités d'amélioration de la prise en charge de nos résidents.

P-15. EAPA en EHPAD : bilan à un an de la mise en place du dispositif de développement de la pratique sportive par les EAPA en EHPAD

Estelle Betirac, Alexandre Daures, Myriam Diana
(CHIVA, Saint Jean de Verges, France)

Contexte: Dans les EHPAD, l'enseignant en activités physiques adaptées (EAPA) prend sa place dans le projet d'accompagnement personnalisé, en apportant, par la pratique de l'activité physique adaptée, le développement ou le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie, contribuant ainsi à un accompagnement dans les domaines socio-culturels. L'EAPA s'insère dans le projet général de développement de lieux de vie. La mise en place de ce projet est soutenue par le dispositif grande dépendance 2019 2024 de nos 4 sites soit 353 lits d'hébergements permanents. Deux EAPA ont donc été recrutés au 15/02/2021. **Objectifs:** Maintenir par la pratique physique les acquis et l'autonomie de la personne âgée dépendante accueillie dans les EHPAD Identifier et valider en équipe pluridisciplinaire les besoins des résidents S'insérer dans le projet d'accompagnement collectif et individuel. **Méthodes:** 1. Bilan initial à visée diagnostique (Profil moteur individuel, PAP) 2. Programme personnalisé individuel et/ou collectif avec la méthode PEM (Posture -Equilibration - Motricité) 3. Bilan de suivi. Deux grands axes ont été privilégiés cette année : • Prévention des chutes; • Gymnastique traditionnelle. Les activités sont en lien avec le jeu collectif prévu en fin de séance. **Résultats:** Au 31 décembre 2021, plus d'un tiers de nos résidents ont bénéficié de leurs interventions. L'âge moyen est de 86 ans. La demande de prises en charge émane le plus souvent des aides-soignants et infirmiers. L'intégration des EAPA aux équipes pluri professionnelles est effective. Le multi site apporte une transversalité impactant positivement les équipes de soins. Les activités collectives favorisent la cohésion des résidents contribuant au maintien du lien social dans leur lieu de vie. **Conclusion:** La participation fidèle des résidents aux activités est à souligner. Notons les retours positifs des familles et proches des résidents. L'année 2022 devra nous permettre d'objectiver l'impact de la pratique sportive sur nos résidents sur l'équilibre, la verticalité, la prévention des chutes. Nouveaux acteurs dans nos EHPAD, les EAPA développent des activités pour le résident visant l'atteinte d'une qualité de vie satisfaisante pour chacun tout au long du séjour, et quelles que soient ses déficiences et incapacités.

P-16. L'effet de la vaccination contre la grippe, l'herpès zoster ou les pneumocoques sur le risque d'événement cardiovasculaire chez les sujets âgés de plus de 65 ans : revue qualitative systématique

Alexandra Addario, Thomas Célarié, Bienvenu Bongue, Nathalie Barth, Gaëtan Gavazzi, Elisabeth Botelho-Nevers
(Hôpital Bellevue, Saint-Etienne, France)

Contexte: Cette revue permet d'avoir une vue d'ensemble pour les professionnels de santé qui veulent conseiller les patients âgés et les informer des avantages des vaccins au-delà de la prévention des maladies infectieuses. **Objectifs:** L'objectif de cette revue systématique est de mesurer l'effet de la vaccination contre la grippe, le zona ou les pneumocoques chez les PA sur le risque d'ECV. **Méthodes:** Ce protocole a été élaboré conformément aux directives PRISMA. Nous avons réalisé une recherche documentaire et identifié tous les articles pertinents publiés sur le sujet jusqu'en juin 2021. Nous avons consulté les bases de données Medline, Embase et Cochrane Library pour retrouver les articles publiés en français et en anglais, liés au sujet chez les adultes de plus de 65 ans et les termes individuels du sujet

médical. **Résultats:** Nous avons résumé pour la première fois l'impact des vaccins spécifiquement recommandés chez les PA sur les ECV. Des études ont montré que le vaccin contre la grippe protège également contre les ECV majeurs non-mortels, avec un risque significativement plus faible de maladie cardiovasculaire chez les PA. Enfin, la vaccination répétée montre une association protectrice cohérente, dose-dépendante, avec les syndromes coronariens aigus et les accidents vasculaires cérébraux (AVC). D'autres études ont montré que la vaccination antipneumococcique protège contre les ECV majeurs non-mortels, avec un risque significativement plus faible de maladie cardiovasculaire, et d'infarctus du myocarde chez les PA. Au contraire, la double vaccination contre la grippe et le pneumocoque protège contre certains ECV. En outre, l'impact du PCV13 sur les événements cardiovasculaires n'a pas été étudié, de même que le schéma vaccinal actuellement recommandé (PCV13+PPV23). Pour la vaccination contre le zona, seul l'effet protecteur contre l'AVC a été étudié avec le vaccin vivant atténué contre le zona, mais aucune étude n'a été réalisée avec le vaccin recombinant à sous-unités contre le zona. **Conclusion:** Cette revue permet d'avoir une vue d'ensemble pour les professionnels de santé qui veulent conseiller les patients âgés et les informer des avantages des vaccins au-delà de la prévention des maladies infectieuses.

P-17. Comportements associés à l'infection par le SARS-CoV2 chez les personnes âgées non institutionnalisées : Une étude cas-témoins

Alexandra Addario, José Francisco Fernandes, Amandine Gagneux Brunon, Maëlle Detoc, Ludovic Lafaie, Gaëtan Gavazzi, Thomas Célarié, Elisabeth Botelho-Nevers
(Hôpital Bellevue, Saint-Etienne, France)

Contexte: Malgré le déploiement et l'efficacité des vaccins, la COVID-19 est associée à un risque accru de décès chez les personnes âgées (PA). Par conséquent, la caractérisation des facteurs associés à la contamination des PA est cruciale pour soutenir et concevoir des stratégies préventives efficaces. **Objectifs:** Identifier et caractériser les comportements associés à l'infection par le SARS-CoV2 chez les plus de 65 ans. **Méthodes:** Au cours de la deuxième vague de COVID-19 (novembre 2020 – juin 2021) en France, nous avons mené une enquête cas-témoin en milieu hospitalier et communautaire auprès des PA non-institutionnalisées. Notre population comprenait des patients hospitalisés pour COVID-19 (au CHU de Saint-Etienne) appariés, sur le sexe et l'âge avec un score de propension, et des témoins jamais diagnostiqués comme des cas de COVID-19. Le critère principal est d'être hospitalisé pour COVID-19. Les variables explicatives sont les facteurs démographiques et comportementaux, les gestes barrières, la distanciation physique et l'hygiène des mains. L'association entre COVID-19 et compliance aux mesures préventives a été évaluée en utilisant une régression logistique conditionnelle multivariée. **Résultats:** Nous avons eu 761 répondants (151 patients et 610 témoins) avec un âge médian de 73 ans (IQR, 69-78). Parmi eux, 68 % étaient des femmes. Le port systématique de masques faciaux a été déclaré chez 71 % des patients et 92 % des témoins (p-value < 0,001). Globalement, 81% des répondants ont déclaré se laver systématiquement les mains alors que 79% ont déclaré appliquer des solutions hydroalcooliques, lorsqu'ils étaient à l'extérieur. L'analyse multivariée a montré qu'avoir des invités pour un repas à domicile, la mauvaise observance de la distanciation physique à l'extérieur et avoir une aide à domicile étaient tous associés à un risque accru d'hospitalisation avec, respectivement, des odds ratios ajustés de 2,15 (IC95% [1,07 ; 4,3]), 5,65 (IC95% [2,20 ; 14,58]) et 12,28 (IC95% [6,04 ; 26,25]). Néanmoins, l'hygiène des mains ainsi que le port du masque à l'intérieur et à l'extérieur avait tendance à être protectrice (aOR respectivement 0,68 IC95% [0,34;1,39] ; 0,51 IC95% [0,28;0,94] et 67,32 IC95% [6,87 ; 5543,86]). **Conclusion:** Ces résultats attirent l'attention sur le rôle crucial des mesures préventives non pharmaceutiques dans le contrôle de la pandémie de COVID-19 et la diminution des nouvelles infections de SARS-CoV-2, en particulier pour les PA à risque.

P-18. Impact du TAVI chez les nonagénaires

Marc Arcens, Stéphane Noble

(Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse)

Contexte: Le vieillissement de la population conduit à une augmentation croissante du nombre de patients nonagénaires référés pour une sténose aortique sévère symptomatique. L'âge avancé est généralement une cause de refus chirurgical et le remplacement valvulaire aortique transcathéter (TAVI) offre alors l'une des seules options thérapeutiques efficaces. Basée sur la discussion multidisciplinaire et sur l'inclusion du patient comme acteur central de sa prise en charge (programme patient partenaire), la sélection fine des candidats au TAVI est primordiale pour prédire le succès de l'intervention, concernant la mortalité cardiovasculaire et de toute cause d'une part, mais également concernant l'amélioration de la qualité de vie. **Objectifs:** Notre étude se porte sur l'impact du TAVI chez les nonagénaires en évaluant comme outcome primaire la mortalité cardiovasculaire et de toute cause et comme outcome secondaire l'impact sur la qualité de vie et sur l'autonomie. **Méthodes:** Etude de cohorte rétrospective comprenant la totalité des 600 patients ayant bénéficié d'un TAVI depuis 2009 jusqu'à 2021. Comparaison de l'évolution en per interventionnel et à 6 mois des groupes d'âge 89 ans et plus et moins de 89 ans. **Résultats:** Le travail d'extraction de données de la cohorte étant en cours, il n'est pas possible à l'heure actuelle de publier les résultats finaux. **Conclusion:** Lorsque l'indication au TAVI est posée après la discussion multidisciplinaire permettant la sélection adéquate des patients, cette intervention est bien tolérée avec une mortalité per-interventionnelle de moins de 25% et à un an d'environ 5%, contre plus de 50% de décès à un an en cas de traitement médicamenteux seul. Les bénéfices apportés par le TAVI en terme de mortalité et d'amélioration de la qualité de vie dans ces cas sélectionnés est comparable dans les groupes d'âge inférieur à 89 ans et supérieur ou égal à 89 ans et l'âge seul ne devrait pas être prédominant dans la prise de décision concernant la réalisation ou non de l'intervention. L'utilisation de scores permettant d'évaluer la fragilité devrait être systématique lors de l'évaluation multidisciplinaire.

P-19. Modélisation de la gestion des alertes générées par l'étape 1 d'ICOPE à l'aide de logigrammesCaroline Berbon, Christine Lafont, Maria Soto, Fati Nourhashemi, Neda Tavassoli, Justine de Kerimel, Céline Mathieu, Bruno Vellas
(CHU Toulouse, France)

Contexte: Dans le programme ICOPE, l'étape 1 de dépistage joue un rôle déterminant dans la prise en soins des sujets puisqu'il conditionne le suivi de la personne. Elle peut être réalisée par un professionnel formé (non professionnel de santé) ou le sujet lui-même à l'aide d'outils numériques : ICOPE MONITOR et ICOPEBOT. Les données recueillies sont transférées de façon automatique à une base de données sécurisée du CHU de Toulouse. Le participant obtient les résultats bruts de l'évaluation : Normal ou Evaluation complémentaire recommandée. L'absence d'interprétation des données peut nuire au bon déroulement de la suite du programme lorsqu'une anomalie est détectée au niveau d'une fonction. Il paraissait donc nécessaire de créer un système de gestion des alertes afin de donner une réponse adaptée. Ainsi, a été développé une plateforme constituée d'infirmières expertes en gériatrie, formées à l'analyse et à l'interprétation des résultats et bénéficiant si besoin de l'aide d'un gériatre. Afin d'obtenir une gestion homogène des alertes, un arbre décisionnel a été développé pour chaque fonction (Mobilité, Nutrition, Psychologie, Cognition, Vision, Audition) à partir de la littérature scientifique, d'avis d'experts et des pratiques des professionnels de santé. **Objectifs:** - Décrire 3 arbres décisionnels (psychologie, audition, nutrition) utilisés pour la gestion des alertes - Présenter les résultats obtenus en pratique clinique. **Méthodes:** Base de données ICOPE (Janvier 2020-décembre 2021) du CHU de Toulouse Analyse descriptive : - de la population présentant une alerte au dépistage initial; - des alertes. **Résultats:** 90 % des dépistages génèrent une alerte dont 70 % sont traitées par la plateforme du Gérontopôle. - Résultats de l'étude présentés : . Description de la population avec une alerte au dépistage initial; . Nombre d'alertes confirmées; . Proportion de sujets présentant une anomalie pour chaque fonction; . Nombre d'évaluation approfondies recommandées; . Proportion d'alertes suivies

d'effets connus. **Conclusion:** Ces logigrammes permettent de guider les décisions des professionnels de santé pour l'orientation des participants. A l'avenir, une sur ou sous-estimation des anomalies (alertes) pour chaque fonction par rapport aux résultats des évaluations approfondies (étape 2) permettra d'affiner ces logigrammes..

P-20. Impact d'un hôpital de jour gériatrique sur les paramètres de santé et les parcours de soins des patients âgés avec des pathologies chroniques invalidantes

M de Stampa, Vincent Robert, Valérie Cérèse

(Centre gérontologique départemental, Marseille, France)

Contexte: Alors que l'Hôpital de Jour (HDJ) constitue un maillon central dans la relation entre les soins de ville et les soins hospitaliers et en particulier pour les personnes âgées fragiles avec des pathologies chroniques invalidantes, les impacts cliniques et les trajectoires de soins liés à ces organisations ne sont pas clairs (présentation du protocole). **Objectifs:** - Identifier les impacts sur les paramètres cliniques (Echelles et Alertes) et les parcours de soins d'une intervention en HDJ gériatrique pour une population âgée fragiles avec des pathologies chroniques invalidantes en utilisant la démarche clinique InterRAI. - Identifier l'adéquation entre les besoins des personnes âgées et les ressources disponibles sur le territoire. **Méthodes:** 300 sujets de plus de 75 ans, vivant à domicile, ayant au moins 2 pathologies, une perte d'autonomie fonctionnelle et pris en charge en HDJ pour bilan de troubles cognitifs, de troubles de l'humeur et du comportement, de troubles de la marche et de l'équilibre et de perte d'autonomie seront recrutés. L'évaluation utilisera l'outil interRAI-HC (Resident Assessment Instrument du Home Care) à partir de 240 items. La durée d'inclusion sera de 1 an et la durée d'observation sera de 24 mois. **Résultats:** A partir de l'évaluation multidimensionnelle et inter-dimensionnelle, seront pris en compte la cognition, la communication et la vision, l'humeur et le comportement, le bien-être psychosocial, l'état fonctionnel avec les capacités et les performances dans les activités de la vie quotidiennes et les activités instrumentales, les diagnostics médicaux, la continence, les problèmes de santé, l'état nutritionnel et buccodentaire, l'état de la peau et des pieds, la prise des médicaments (analyse pharmaceutique et observance), les traitements et accès aux soins, les soutiens sociaux dont les aidants et l'environnement avec l'habitat et les conditions financières. **Conclusion:** Cette études permettra d'identifier les profils de patients âgés fragiles avec des pathologies chroniques invalidantes qui devraient bénéficier en priorité d'un suivi en HDJ gériatrique.

P-21. Etapes préliminaires de la mise en place du meopa en EHPAD

Dominique Giudicelli, Phuc Le-Dinh

(EHPAD La Joliette, Marseille, France)

Contexte: Dans le cadre de la prévention de la douleur induite par les soins, notre équipe soignante s'est interrogée sur la pertinence de l'utilisation du MEOPA dans notre établissement en complément des thérapeutiques déjà existantes. Le MEOPA, mélange équimolaire de protoxyde d'azote (N₂O) et d'oxygène (O₂) est un gaz anesthésiant, administré par inhalation, dont les propriétés sont à la fois antalgiques et anxiolytiques. « Ne pas souffrir, ne pas être angoissé » est le leitmotiv pour chacun de nos résidents et de leur entourage. « Ne pas faire souffrir » est celui des soignants. **Objectifs:** L'objectif visé de cette étude observationnelle est de mesurer la pertinence et l'efficacité d'un traitement médicamenteux tel que le MEOPA dans nos activités de soins au sein de notre EHPAD La Joliette Marseille. **Méthodes:** Nous avons, en équipe pluriprofessionnelle identifié deux hypothèses pour lesquelles le MEOPA pouvait être indiqué : - Les soins douloureux : tous les soins infirmiers et de nursing peuvent être potentiellement douloureux en fonction de l'état général du résident, de son handicap et de son niveau de cognition. D'emblée, nous pensons plus particulièrement aux soins d'escarres, aux injections, aux prélèvements naso pharyngés et aux poses de sonde urinaire. - Les situations anxiogènes telles que les départs sur brancard pour rendez-vous extérieurs ou hospitalisations et les transferts lit / fauteuil (et inversement) malgré l'utilisation des rails de transfert. A ce titre, il est convenu de : - Sélectionner une cohorte de 10 résidents. - Analyser avec les médecins traitants de chaque résident le bénéfice / risque en rapport avec les indications / contre-indications.

- Mesurer les contraintes logistiques et le coût de la mise en place. - Former le personnel. **Résultats:** L'adhésion des professionnels de notre établissement dans ce projet thérapeutique novateur est encourageante. La voie inhalatrice du MEOPA et son délai d'action beaucoup plus rapide (3 mn) que les autres antalgiques utilisés en avant soins ainsi que sa courte durée d'action représentent une plus-value à la fois pour les résidents et pour les soignants. Notre évaluation portera sur les indicateurs suivants: - Efficacité du MEOPA sur les résidents ciblés; - Evaluation de la douleur (EVS, Algoplus); - Evaluation de l'anxiété (Echelle Hamilton, Echelle HAD...); - Satisfaction du résident; - Satisfaction des soignants; - Retour d'expérience sur le dispositif avec le taux de consommation des morphiniques et apparentés. **Conclusion:** La prise en charge de la douleur et de l'anxiété iatrogènes par l'utilisation du MEOPA dans notre établissement est un processus innovant dont les objectifs sont triple: - Permettre aux résidents une plus grande offre de traitements. - Améliorer les pratiques professionnelles de l'équipe qui disposera d'un produit moderne et accessible à toute personne préalablement formée. - Démontrer que les ESSMS ont toute leur place pour s'inscrire dans une démarche qualité et d'amélioration continue de la prise en soins.

P-22. Fragilité et diabète de type 2 : expérience clinique en Hôpital de Jour Gériatrique Polyvalent

Valérie Azarian, Agnès Delaval - Molko, Sandrine Menou, Amir Sharifi (Centre Hospitalier de Plaisir, France)

Contexte: En France, la prévalence du diabète augmente avec l'âge et constitue un enjeu majeur de Santé publique. Le diabète de type 2 concerne 90% des patients adultes diabétiques. Les difficultés rencontrées en ville par manque de professionnels, de temps et de structures relais ont conduit l'équipe de l'Hôpital de jour gériatrique polyvalent du Centre Hospitalier de Plaisir, à élaborer une journée d'évaluation et d'éducation pour les patients âgés de plus de 60 ans ayant un diabète de type 2. Cette démarche recherche à limiter le recours aux soins et à l'hospitalisation, prévenir les complications, améliorer la qualité de vie et préserver l'autonomie des patients diabétiques âgés.

Objectifs: L'objectif de ces journées est de répondre à un besoin non pourvu, à la demande des médecins libéraux, dans la collaboration et la complémentarité. **Méthodes:** Communication auprès des médecins libéraux de proximité par mails et visioconférence; trois journées programmées en 2021. La journée comporte une partie bilan (recueil de données, examen médical, podologique, évaluation cognitive), et une partie éducative (présentation de la maladie diabétique avec espace de parole animée par le médecin diabétologue, ateliers collectifs par la diététicienne, le podologue et la kinésithérapeute). La synthèse médicale permet une proposition d'ajustement thérapeutique, du contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires et du dépistage des complications. **Résultats:** 21 patients ont été admis dont 2/3 d'hommes. Age moyen 69,4 ans. 85,7% des patients ont un surpoids ou une obésité, 24% ont un diabète devenu insulino-requérant. 47,6 % ont une HbA1c ≥ 8 %. Une neuropathie sensitive est présente dans 52,4 % des cas. Découverte de la maladie de plus de 5 ans dans 2/3 des cas. 44,4 % ont une atteinte cognitive (MMS $\leq 25/30$). 76,2 % ont une HTA associée. Un seul patient signale avoir eu auparavant une information sur l'hygiène alimentaire; données incomplètes sur les consultations podologiques et ophtalmologiques. **Conclusion:** Cette action semble pertinente au regard des besoins d'éducation et de prévention recommandés par la HAS. L'HDJ s'inscrit dans le parcours de soin du patient diabétique auprès des médecins libéraux de proximité en lien avec les ressources hospitalières.

P-23. Cohorte FRAGIRE : validation de la grille FRAGIRE, outil prédictif de la fragilité

Clémence Quibel, Dewi Vernerey, Amélie Anota, Julie Henriques, Patrick Manckoundia, Pierre Vandel (Besançon, Dijon, France)

Contexte: Prévenir l'entrée en dépendance des personnes âgées nécessite d'identifier et de mesurer les facteurs de risque, raison de l'élaboration de la grille FRAGIRE. Adaptée aux retraités ayant un score GIR 5-6, elle est utilisée auprès de personnes faisant une demande

d'aide auprès de leur caisse de retraite, exprimant donc déjà un besoin. Le rapprochement de FRAGIRE avec l'enquête SHARE montrait une très bonne prédiction de l'entrée en dépendance et de la demande d'aide personnelle à 2 et 4 ans. Une validation externe et longitudinale était néanmoins nécessaire. **Objectifs:** Valider le caractère prédictif et discriminant du score FRAGIRE de l'entrée en dépendance, c'est-à-dire le basculement du retraité dans un niveau GIR ≤ 4 ou l'entrée en institution ou le décès. **Méthodes:** 442 retraités suivis pendant 2 ans (visites annuelles, administration à 3 reprises de la grille FRAGIRE, des questionnaires EQ-5D de qualité de vie et d'activité de la vie quotidienne (AVQ)). Modélisation de Cox pour évaluer l'association du score FRAGIRE avec les critères de jugement de type temps jusqu'à événement. **Résultats:** Un score FRAGIRE élevé (≥ 49.5) est associé à un risque accru de basculement en GIR ≤ 4 , d'entrée en EHPAD ou de décès (HR=1.62; 95%CI 1.03 - 2.56; p= 0.0373). Les cut-off (<50 ; ≥ 60) décrits dans l'article BMC Geriatrics sont validés pour prédire le basculement en GIR ≤ 4 , l'entrée en EHPAD ou le décès. Un score FRAGIRE très élevé (≥ 60) est associé à un risque accru de basculement en GIR ≤ 4 , d'entrée en EHPAD ou de décès comparativement aux personnes <60 (HR=1.64; 95%CI 1.1 - 2.43; p= 0.0151). La cohérence interne de la grille FRAGIRE a été validée avec un coefficient Alpha de Cronbach de 0.72 (supérieur au seuil de 0.70). 3 facteurs de la grille FRAGIRE ont été identifiés par une analyse en composante principale: psychique, physique et social. **Conclusion:** Un score FRAGIRE élevé est bien associé avec un risque accru d'événements. Des sous-scores peuvent être calculés à partir des 3 facteurs psychique, physique et social identifiés. Cela permettrait de mieux cibler les dimensions problématiques et d'orienter plus précisément les retraités vers des consultations spécifiques.

P-24. Vieillesse et bien-être chez des agriculteurs de l'oasis de Figuig au Maroc oriental

J Moussaoui

(Université Mohamed V, Rabat, Maroc)

Contexte: Le phénomène du vieillissement des populations ne cesse de s'accélérer dans la majorité des pays du monde. Les gens espèrent vivre beaucoup plus longtemps que les générations précédentes ce qui impacterait directement le système de santé et la santé publique en général. **Objectifs:** Ça veut dire qu'on peut ralentir les pertes de capacités des personnes âgées voir même les renforcer pour vivre plus longtemps mais aussi en bonne santé d'où le concept de « vieillissement en bonne santé » définit dans le rapport comme « étant le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être ». **Méthodes:** Evaluer les capacités corporelles des personnes âgées de Figuig au sud est du Maroc qui travaillent dans l'agriculture par le biais d'entretien direct avec des personnes de cette population cible. **Résultats:** Plusieurs agriculteurs malgré leurs âges, jouissent d'une bonne santé. Ils ne souffrent d'aucune maladie chronique et continuent à travailler leur terre sans l'aide de personne. Leurs âges dépassent les 60 ans. Ils sont veufs ou mariés ou célibataires, ils passent leurs temps dans les champs. **Conclusion:** Le vieillissement est un esprit et non une fatalité. Ce n'est pas une situation absolue à vivre mais il faut savoir comment la vivre.

P-25. Prévention des troubles cognitifs associés au syndrome d'apnées obstructives du sommeil chez le sujet âgé à l'aide de biomarqueurs : les exosomes

Pauline Guillot, Nathalie Perek, Frédéric Roche, Nathalie Barth (Gérontopôle AURA / Laboratoire SAINBIOSE Inserm, Saint Etienne France)

Contexte: Dans le cadre de notre recherche sur le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), nous avons remarqué qu'une quantité anormalement élevée en exosomes est présente dans la circulation sanguine des patients âgés apnéiques. Nous pensons les utiliser comme biomarqueurs prédictifs du déclin cognitif consécutif au SAOS dont est touché environ une personne âgée sur deux. **Objectifs:** Notre étude vise à caractériser & quantifier les exosomes retrouvés dans la circulation sanguine des patients âgés apnéiques. Une hypothèse faite au

sein du laboratoire consiste à corréler les modifications cognitives avec l'altération d'une structure spécifique du cerveau: la barrière hémato-encéphalique (BHE), lorsque cette dernière est au contact d'exosomes. **Méthodes:** Dans un premier temps nous allons isoler et caractériser les exosomes suivant 2 groupes : -Patients âgés apnéiques et présentant un fort pool inflammatoire; -Patients âgés non apnéiques et avec un faible pool inflammatoire = contrôle. Dans un second temps, après mise en place d'un modèle in vitro de BHE constitué de cellules endothéliales et de cellules astrocytes, nous mettrons des exosomes au contact du modèle et réaliseront des tests de perméabilités de façon à décrire l'impact des exosomes sur le modèle de BHE. **Résultats:** Nos résultats montrent une présence élevée en exosomes chez les personnes âgées apnéiques et avec un fort pool inflammatoire alors que les contrôles ne présentent que peu d'exosomes. Les tests de perméabilités du modèle in vitro de BHE au contact d'exosomes isolés à partir de sérum de patient âgé apnéique avec un fort pool inflammatoire nous permet de montrer une augmentation de perméabilité anormale de la BHE. **Conclusion:** D'après nos résultats le SAOS est bel et bien marqué par la présence d'une grande quantité d'exosomes dans la circulation sanguine. On pourrait de ce fait, penser à développer une méthode de diagnostic plus simple du syndrome passant par un dosage des exosomes à partir d'une prise de sang. Dès lors qu'un patient est atteint du SAOS, on remarque une sécrétion importante d'exosomes : il est important de mettre en place un traitement au plus tôt afin de limiter la sécrétion d'exosomes et la probable altération de la BHE et donc des troubles cognitifs qui lui sont associés car l'augmentation de perméabilité de la BHE pourrait causer des dommages, notamment en en laissant passer des éléments depuis la circulation sanguine jusqu'au cerveau induisant une altération cognitive.

P-26. ICOPE : Intégration de seniors dans le cadre des centres de vaccination

Nicolas Homehr, Mathieu Arnau
(CPTS du Sud Toulousain, Toulouse, France)

Contexte: La CPTS du Sud Toulousain est une structure d'exercice coordonnée située au Sud de Toulouse sur un territoire de 49 communes regroupant 1200 professionnels de santé et 150 000 habitants. Nos missions sont : - Améliorer l'accès aux soins; - Organiser des parcours de soins pluridisciplinaires; - Développer des actions de prévention; - Développer la qualité et la pertinence des soins; - Accompagner les professionnels de santé. Nous sommes fortement engagé dans le déploiement d'un parcours de soins de détection de la fragilité et de prévention de la perte de la dépendance à l'aide du programme ICOPE, intégré à notre projet de santé depuis 2019. Depuis 2021 et l'ouverture des centres de vaccination de notre territoire, plus de 450 patients sont entrés dans le programme ICOPE via un STEP 1 post vaccinal. **Objectifs:** L'objectif est de faire entrer les patients dans le programme ICOPE et de garantir un suivi dans le temps grâce à la gestion d'une base de données dédiée à la CPTS du Sud Toulousain, nos forces territoriales et la collaboration avec le Gérotopôle. **Méthodes:** Lors des 15min de surveillance post vaccinale les seniors se sont vu proposés la réalisation d'un step 1 ICOPE par des professionnels de santé ou bénévoles formés. **Résultats:** 454 patients entrés dans le programme pendant la campagne de vaccination janvier - juin 2021 956 STEP 1 dont 454 STEP initiaux (47,5%) et 502 STEP 1 de suivi (52,5%) 77,3 ans $\pm$ 8,0 ans en moyenne dont 52,4% de femmes et 47,6% d'hommes. **Conclusion:** 88,3% des seniors présentent au moins une capacité altérée. Par ordre d'importance les anomalies les plus fréquemment relevées sont : Audition (50.9%) > Vision (43.2%) > Cognition (41.4%) > Mobilité (36.6%) > Psychologie (30.6%) > Nutrition (10.8%).

P-27. Données massives et progrès de santé pour les sujets fragiles

Didier Coeurnelle, Marion Steenacker
(Heales, Bruxelles, Belgique)

Contexte: L'intelligence artificielle interprétant des données massives de santé peut être utilisée pour l'étude des thérapies relatives à la fragilité. Un défi majeur est la mesure de données fiables. **Objectifs:** Obtenir des données de santé utiles pour la recherche scientifique. Démontrer, notamment à travers l'exemple de la Covid-19, que la collecte de données de santé est nécessaire. C'est pour cela qu'il est

important de contribuer à la mise en commun des données, garanties par l'absence de but commercial direct lors de la récolte de ceux-ci et procéder à une bonne «curation de contenu». **Méthodes:** Obtenir la publication systématique des résultats d'études portant sur les personnes âgées (même les études n'apportant pas le résultat escompté). Permettre le partage de données grâce à des bases de données dites «altruistes», c'est-à-dire sans but commercial. Faciliter l'utilisation de dispositifs électroniques portables et garantir le partage des données génétiques dans le contexte «altruiste» cité. Favoriser les rassemblements et la comparaison internationale des données. **Résultats:** L'utilisation de ces données de santé sont essentielles dans la prévention et la mise en place de thérapies ciblées pour les personnes les plus fragiles et âgées. **Conclusion:** Les données de santé bien utilisées sont un des moyens de progresser pour les thérapies des personnes en situation de fragilité. La mise à disposition de données massives contribue simultanément à de meilleurs traitements.

P-28. Détection du syndrome clinique « fragile » par les professionnels de la santé : revue systématique des outils disponibles

Julien Bamps, Bastien Capouillez, Romina Rinaldi, Stéphanie Patris
(Université de Mons, Belgique)

Contexte: La De plus en plus d'outils permettant la détection de la fragilité sont développés. En effet, avant 2010, moins de 500 articles ont été publiés sur PubMed, contre plus de 3000 pour ces dix dernières années. Il n'existe cependant encore aucun gold standard reconnu, même si le phénotype de Fried et l'index de fragilité de Rockwood s'imposent comme les deux références en termes de détection de fragilité. Cette problématique amène donc une grande hétérogénéité des outils et de leurs validations. **Objectifs:** Le but de ce travail est de réaliser une revue systématique des outils de détection de la fragilité utilisés par les professionnels de la santé, ainsi que de leur validation. Cette revue permettra d'obtenir une vue d'ensemble de tous les outils disponibles, et donc de faciliter le choix de l'outil à utiliser. **Méthodes:** Cette revue systématique a été réalisée selon les recommandations PRISMA. Son protocole a été enregistré sur PROSPERO (CRD42022303511). Une première sélection a été effectuée sur base du titre et du résumé, une seconde a ensuite été effectuée sur base du texte complet. Cette sélection a été faite sur le site rayyan.ai. L'évaluation de la qualité des articles inclus a été effectuée à l'aide du QUADAS-2. Les données de chaque article ont ensuite été extraites à l'aide du logiciel Nvivo. L'extraction s'est faite par codage, à partir de deux grilles d'analyses déductives ; une première pour l'objectif principal (listage des outils) et une seconde pour l'objectif secondaire (analyse des validations). **Résultats:** Au total, 49 articles, regroupant 34 outils ont été identifiés. Les résultats montrent une grande variabilité dans les critères utilisés, avec cependant une prédominance pour certains domaines (comme la perte de poids, présent dans 2 outils sur 3). Cette variabilité a aussi été constatée dans les méthodologies de validation appliquées. **Conclusion:** Bien que les outils montrent une grande variabilité dans les critères utilisés, il est cependant possible d'identifier deux grandes tendances ; 18 outils sur 34 utilisent une échelle dichotomique, comme le phénotype fragile de Fried, tandis que les 16 autres utilisent une échelle ordinale, comme l'indice de fragilité de Rockwood.

P-29. Protocole de prévention des chutes de la Maison Sport Santé Respire

Stéphane Gérard, Mélanie Roux, Camille Gérard
(Maison Sport Santé Respire, Villemur-sur-Tarn, France)

Contexte: La chute constitue un signe d'alerte majeur et sous-estimé de la fragilité des sujets âgés. Les Maisons Sport Santé peuvent constituer une plateforme proposant un programme de dépistage et de prévention des chutes aux sujets âgés et à leurs médecins traitants. Le principal objectif de ces structures est de proposer de l'activité physique adaptée (APA) à des fins de santé sur un territoire. Elles sont reconnues par le ministère de la santé et des sports. **Objectifs:** principal : Impact d'un programme d'intervention multi domaine sur les performances physiques à 3 mois secondaires : Impact sur la motivation à pratiquer de l'activité physique régulièrement à 3 mois. Mesurer l'incidence des chutes et l'observance de l'activité physique en auto-exercice à 6 mois

après la fin du programme. **Méthodes:** Population : Le programme de prévention des chutes de la Maison Sport Santé RESPIRE s'adresse aux sujets de 65 ans et plus ayant fait au moins une chute ou ayant peur de chuter sur le territoire du nord toulousain. Il dure 3 mois et comporte 4 axes : Axe 1 épistage des causes de chute liées au vieillissement grâce au programme ICOPE (STEP 1 +/- STEP 2) et un test de dépistage des anomalies podologiques en lien avec le risque de chute (Foot Impairment Score) réalisés par une infirmière formée. Axe 2 programme d'activité physique adapté. Des tests de performances standardisés sont réalisés en début et fin de parcours. La difficulté des exercices est modulée par cette évaluation. Mise en place d'un programme d'activité physique spécifique intégrant du Postural Ball (renforcement musculaire et assouplissement à l'aide d'un ballon géant) et le programme VIVIFRIL notamment pour l'apprentissage d'auto-exercices à poursuivre après le programme. Axe 3 Suivi Motivationnel: grâce à de la sophrologie (travail sur l'estime de soi, motivation...) tout au long du parcours. Axe 4 Conseils de santé : Programme de conseils santé centrés sur les principes de la nutrition des sujets âgés et l'importance de l'activité physique régulière. **Conclusion:** Conclusion: Evaluer l'impact d'un programme d'activité multi domaine en ambulatoire dans une structure innovante associant des professionnels du sport et de la santé.

P-30. Evaluation du score de CHARLSON au cours de la maladie de Horton chez la personne âgée

M. Mahiaoui, M. Benzakour, M. Fares, K. Echchilali, M. Moudatir, H. El kabli

(CHU IBN Rochd, Casablanca, Maroc)

Contexte: La Maladie de Horton (MH) ou artérite à cellules géantes est une vascularite systémique des vaisseaux de gros calibre, touchant les sujets de plus de 50 ans avec un pic de fréquence qui augmente avec l'âge. Les manifestations cliniques sont multiples. Les atteintes oculaires et neurologiques restent les plus graves. Les comorbidités présentes par les patients peuvent altérer le pronostic de la maladie. **Objectifs:** l'évaluation de score de CHARLSON des patients ayant la MH au préalable afin d'améliorer le pronostic de la maladie lié aux comorbidités. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, de dossiers médicaux des patients de plus de 65 ans admis au service de médecine interne du CHU de Casablanca pour maladie de Horton, sur une période de 11 ans (1 janvier 2011 - 31 Décembre 2021). Le diagnostic de MH était retenu selon les critères ACR 1990. **Résultats:** Notre étude avait inclus 16 patients, l'âge moyen était de 71,5 ans Les femmes représentaient 62,5% (10 cas) avec une sex-ratio (F/H) de 1,6. Les comorbidités étaient principalement à type de: hypertension artérielle (43,75%), diabète (18,75%), dyslipidémies (12,5%), fibrillation atriale (12,5%), coronaropathies (6,25%). Le score de CHARLSON moyen dans notre série était de 3, avec un risque de mortalité moyen de 52% à 1 an et 59% à 10 ans. S'additionnant au pronostic propre de la MH. Les complications iatrogènes liés à la corticothérapie étaient notées dans 43,73 % des cas (7 patients), 25 % (4 patients) ont présenté un diabète cortico-induit, 12,5% (2 patients) un infarctus de myocarde (IDM), 6,25% (1 patient) une pathologie ulcéreuse gastro duodénale, ces complications ont majoré le score de CHARLSON chez nos malades. **Conclusion:** La MH est l'affection systémique la plus fréquente chez le sujet âgé. Les patients atteints de MH présentent un pronostic plus réservé, lié non seulement à la maladie mais aussi aux différentes comorbidités ; notamment cardiovasculaires et cérébrovasculaires. Ceci souligne la nécessité de leurs évaluations pour une prise en charge globale et optimale. Plusieurs de ces comorbidités peuvent être précipités ou aggravés par le traitement glucocorticoïdes. Ce qui rend nécessaire le recours à d'autres traitements alternatifs.

P-31. La consultation infirmière Prévention-Santé en Dordogne Rôle et missions d'un professionnel infirmier en Pratique Avancée (IPA)

F. Woné, C. Lachaud-Rongieras, V. Meynier, V. Chanel, C. Clement, M. Gourgues, M. Guillem-Joussaume, S. Lafleur
(Centre Hospitalier Périgueux, France)

Contexte: Depuis plus de 5 ans, le Centre Ressources EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux, propose une consultation infirmière

approfondie d'évaluation des fragilités à l'attention de la personne avançant en âge, dès 65 ans. Cette consultation «Prévention-Santé», réalisée grâce à 5 professionnels infirmiers basés dans autant de centres de consultations principaux, est accessible dans près de 50 points de proximité répartis dans l'ensemble du département de la Dordogne. **Objectifs:** Favorisant le volet prévention du parcours de santé de la personne âgée, ce dispositif suit la démarche ICOPE dans ses différentes étapes (Step 1 à 5). Après repérage des critères de Fried grâce à l'outil FRAIL-GFST (Step 1), la consultation permet de déceler au plus tôt diverses fragilités en installation. L'évaluation globale (cognitive, physique, nutritionnelle, psychologique, sensorielle et socio-environnementale) réalisée par un professionnel infirmier permet la mesure des capacités intrinsèques et fonctionnelles de la personne (Step 2). L'élaboration d'un plan de soins personnalisé (Step 3) composé de préconisations ciblées et d'une veille attentionnelle à la mise en œuvre de ce plan, à 1, 3 et 6 mois (Step 4), complète l'accompagnement en prévention. Le médecin traitant, destinataire du bilan d'évaluation et du plan de soins, peut agir sur les actions nécessitant une prescription. Les partenariats actifs et diversifiés (Step 5) conjugués à un programme de 45 réunions d'informations de proximité à destination de petits groupes de seniors, permettent d'expliquer le concept de fragilité et l'importance de s'engager dans une démarche de prévention. **Méthodes:** Une pré-enquête menée en 2021, auprès des médecins traitants généralistes de Dordogne, pour mesurer leur perception de ce dispositif, a été renouvelée en 2022 pour intégrer un questionnaire sur l'intérêt d'un professionnel infirmier en pratique avancée (IPA) dans le dispositif de consultation «Prévention-Santé». L'objectif de cet étayage serait d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité du parcours des consultants en réduisant la charge de travail des médecins, dont la démographie en Dordogne est l'une des plus faibles de France. **Résultats:** Les résultats permettent de mesurer leur perception de cette innovation pourtant majeure pour notre système de santé : l'exercice de compétences habituellement dévolues aux médecins par des professionnels paramédicaux et l'acceptation difficile d'une collaboration au bénéfice du parcours de santé de leurs patients, dont ils doivent pourtant coordonner la fluidité. Implicitement, le taux de réponses de l'enquête rend compte de la faible mobilisation des médecins traitants dans la dynamique préventive d'accompagnement au vieillissement en santé. **Conclusion:** La reconnaissance du rôle et des missions d'un professionnel infirmier en pratique avancée dans le dispositif «Prévention-Santé», passera par la reconnaissance de l'intérêt d'une dynamique préventive de l'avancée en âge. Le développement du programme de dépistage multidimensionnel suivant la démarche ICOPE en Dordogne, en renforçant la communication vers les professionnels libéraux, va dans ce sens.

P-32. Description des besoins en e.santé dans le parcours du patient fragile : optimiser la communication pour prévenir la dépendance induite

Pierre Rumeau, Sophie Baguet, François-Xavier Boutin, Amandine Cassagne, Lucy Darras, Margaux Farenc, Anne Yzebe
(e.santé Occitanie, Toulouse, France)

Contexte: Plusieurs facteurs mettent en tension le système de santé en France : vieillissement de la population avec émergence d'une population fragile risquant de tomber dans le handicap et la dépendance, raréfaction de la ressource avec un accès au soin plus compliqué, apparition de nouveaux métiers et nouvelles pratiques qui doivent prendre toute leur place dans l'offre de prévention et de soin. L'épidémie de la COVID 19 a eu un double effet, par delà l'adoption large de la téléconsultation et de la téléexpertise : mettre en exergue le besoin de moyens d'information et de coordination en santé, insister sur la fédération des acteurs. **Objectifs:** Notre pré-supposé est que l'échange d'informations pertinentes, sécurisées et fiables entre acteurs du soin et de l'état en santé peut combattre efficacement la fragilité iatrogène. Nous présentons ici sous forme de cas d'usages étudiant les besoins comment les technologies de l'information et de la communication peuvent et pourront, au fur et à mesure de la résolution des questions d'interopérabilité, contribuer à une prise en charge multiprofessionnelle et multisite fluide. **Méthodes:** Nous nous sommes basés sur l'analyse par les équipes d'e-santé Occitanie des besoins et pratiques des professionnels et des patients dans le parcours santé de la personne âgée.

Nous nous sommes particulièrement attachés à deux cas d'usage que nous avons modélisés en workflows : - coordination à domicile, - lien ville-hôpital. La réponse à l'analyse des besoins par e-santé Occitanie s'est appuyée sur des services du numérique en santé nationaux et régionaux issus d'offres publiques quand les demandeurs n'avaient pas déjà une solution conforme. **Résultats:** Les besoins identifiés peuvent être couverts par des propositions émanant de la puissance publique, des organismes paritaires, de propositions commerciales. Le niveau de maturité est variable selon les services proposés et les fournisseurs. Certains services comme la messagerie sécurisée de santé ont une forte couverture du territoire national et une bonne opérabilité entre prestataires. Les plateformes de téléconsultation sont largement accessibles par les liens invités adressés au patient mais leur ergonomie logicielle est parfois compliquée et le choix d'accès par téléphone portable peut limiter l'accessibilité pour les personnes âgées (son, écran). Le Répertoire Opérationnel des Ressources pose la question des informations mises à disposition : les informations réglementaires peuvent être insuffisantes (par exemple un orthophoniste diplômé d'état peut n'avoir qu'une faible pratique des personnes âgées) ou au contraire excessives (par exemple déclaration de compétences sans réelle validation scientifique). **Conclusion:** L'approche par cas d'usage permet d'apprécier la réalité du besoin par usager dans le cadre de son milieu de vie ou de sa pratique. Elle permet de proposer des solutions pertinentes. C'est aussi un moyen de préciser les contextes et de faire des recommandations pour l'évolution des produits vers une meilleure ergonomie, une meilleure réponse au besoin, une meilleure sécurité.

P-33. Prise en charge de la perte d'autonomie en HDJ SSR chez les patients de plus de 75 ans

Catherine Marchal

(Clinique SSR La vernède, Conques sur Orbil, France)

Contexte: Compte tenu du nombre de patients chuteurs reçus chaque année en hospitalisation complète avec les conséquences pathologiques connues (rhabdomyolyse, fractures...), nous avons choisi d'ouvrir en octobre 2020 notre HDJ aux patients en perte d'autonomie ou préfragiles. **Objectifs:** Eviter ou retarder par une prise en charge pluridisciplinaire en Hopital de Jour SSR par , la perte d'autonomie ou l'entrée dans la fragilité qui serait alors irréversible. Réduire la DMS des patients en Hospitalisation complète en leur proposant dès leur entrée la suite de la rééducation en HDJ: ceci afin de diminuer la survenue des pathologies inhérentes à une hospitalisation complète (Infections, DTS...). **Méthodes:** Les patients éligibles à l'HDJ sont repérés par le médecin traitant ou le médecin du CH de Carcassonne ou nos services d'hospitalisation complète une CS longue de dépistage est alors proposée au patient par le médecin de l'HDJ: anamnèse, conditions de vie, aides à domicile, examen clinique, ainsi que plusieurs test de base: IADL, Mini MNA, 5 mots de Dubois, SPPB... Si le patient présente un ou plusieurs critères de fragilité, prescription d'un séjour de 8 semaines en HDJ qui sera éventuellement prolongé de 4 semaines selon l'évaluation finale réalisée en staff pluriprofessionnel; le patient bénéficie alors d'une prise en charge pluridisciplinaire en groupe de 6 patients deux matinées par semaine : EAPA, kiné, ergothérapeute, psychologue, diététicienne; des prises en charge rééducatives complémentaires en séance individuelle sont possibles sur prescription, selon les fragilités dépistées par le médecin de l'HDJ; un bilan à 4 semaines d'HDJ est réalisé par ce médecin pour réajuster éventuellement les prescriptions individuelles. en fin de parcours de 8 à 12 semaines, un courrier de liaison est a Les patients sont rappelés systématiquement à 4 ou 6 mois pour un questionnaire de Fried: proposition d'une nouvelle CS de dépistage après information du médecin traitant et en suivant nouvelle hospitalisation en HDJ ou simples conseils de prise en charge ambulatoire. **Résultats:** Depuis l'ouverture de l'HDJ il y a un an et demi, près de 120 patients ont été traités en HDJ; l'évaluation par questionnaire anonyme des patients en fin de parcours montre une très grande satisfaction de leur part aussi bien sur la qualité des intervenants de rééducation que sur les résultats obtenus; ceux ci sont satisfaits sur l'équilibre: les patients lors de l'évaluation de fin de séjour gagnent en moyenne 2 points de SPPB; le questionnaire à 4 mois montre une amélioration des critères de Fried sur l'autonomie et la sensation de fatigue concernant la dénutrition, 25% des patients à risque de dénutrition ou malnutrition disent avoir changé

leurs habitudes alimentaires. **Conclusion:** A ce jour, l'HDJ montre son efficacité en moyens mis en oeuvre et en résultats obtenus; il restera à évaluer son impact à plus long terme.

P-34. Covid-19 et perte d'autonomie du sujet âgé

Linda Kamdem, Caroline Dupré, Jessica Guyot, Pauline Gouttefarde, David Hupin, Elisabeth Botelho-Nevers, Bienvenu Bongue (Université Jean Monnet, Saint Etienne, France)

Contexte: Pour faire face à la pandémie de Covid-19, des décisions politiques et médico-sociales ont été mises en œuvre. Les personnes âgées de 65 ans et plus, principales victimes du virus avec une létalité et une persistance plus importante des symptômes, se sont retrouvées isolées pour leur sécurité. Cet isolement et la baisse d'activité physique induite ont contribué à dégrader leur qualité de vie sur les plans physique, psychique et relationnel. De nombreuses études ont montré un lien entre cette sédentarité forcée et la perte d'autonomie. **Objectifs:** 1. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les conséquences de la Covid-19 (maladie, symptômes persistants et confinements) sur l'autonomie des personnes âgées. 2. L'objectif secondaire est d'identifier les besoins de ces personnes en termes de prise en charge des symptômes. **Méthodes:** Sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de 20 Personnes âgées de 65 à 94 ans souffrant ou non d'un COVID long; 11 Infirmiers libéraux (10 femmes et 1 homme) ayant suivi des personnes souffrant d'un COVID **Résultats:** Cette étude a mis en lumière des conséquences importantes de la crise sanitaire et des confinements sur la santé globale et la perte d'autonomie des personnes âgées. Celles qui ont été précisément identifiées sont: • Une diminution du lien social; • Un sentiment de solitude; • Des conséquences physiques et psychologiques; • Une baisse de l'activité physique et une augmentation des comportements sédentaires; • Une diminution de la qualité de vie; • Un risque de perte d'autonomie. « sur les cinq cas de covid qui ont été hospitalisés, j'en ai deux qui ne sont jamais ressortis de l'hospitalisation. J'ai l'information qu'ils sont placés en institution » (Nadia, infirmière, Villefranche). **Conclusion:** Nos résultats montrent l'intérêt de maintenir une activité physique même en situation de pandémie. Qu'elle soit encadrée sous forme thérapeutique ou réalisée sous forme de loisir, l'activité physique assure un lien social et participe au maintien d'une autonomie fonctionnelle du sujet. Il existe donc un grand intérêt à la maintenir même en période de confinements. La crise sanitaire nous amène à repenser la pratique de l'Activité Physique et à élaborer des formes nouvelles hybrides ou de plein air.

P-35. Puisque le style est l'homme lui-même (Georges-Louis Leclerc de Buffon 1753), comment le quantifier au cours de la vie pour une prévention de précision de la fragilité ?

Pierre-Paul Vidal, Laurent Oudre Damien Ricard, Nicolas Vayatis (Centre Borelli, Université de Paris, Paris, France)

Contexte: On sait peu de choses sur la façon dont l'homme peut s'adapter aux exigences environnementales rigoureuses qui ont été créées au cours des 150 dernières années. Ces nouveaux types d'environnement sont complexes car radicalement différents des environnements des 7 derniers millions d'années, qui ont façonné le système nerveux central humain depuis l'apparition de la bipédie. Dans ce contexte, on est en droit de se demander pourquoi un environnement totalement artificiel créé par un organisme biologique serait-il nécessairement compatible avec le fonctionnement de ce même organisme ? C'est pourquoi il convient d'assurer un suivi à long terme des groupes humains engagés dans des tâches comportementales complexes, et cela inclut les personnes âgées. Il est proposé de nommer ces groupes «cohorte à haute maintenance (CHM)». **Objectifs:** Les CHMs doivent donc être suivis pour évaluer leur formation et, une fois formés, une vérification régulière de l'opérationnalité de leurs compétences est requise. Les CHMs doivent également être suivies pour s'assurer qu'elles ne sont pas exposées à des stress excessifs qui pourraient conduire à la dépression, au surmenage, au surentraînement, à l'épuisement professionnel ou au syndrome post-traumatique, qui sont répandus dans la société actuelle. Si l'on suit cette définition, il est clair que les HMC sont diversifiés, et compte tenu de l'évolution de la société, leur nombre va inévitablement augmenter. Pour ne citer que quelques exemples, les HMC comprennent non seulement

des personnes âgées, leurs aidants mais aussi des personnes de tout âge souffrant de maladies chroniques, de handicaps, de personnes en rééducation, les opérateurs d'interfaces homme-machine complexes, les militaires en service actif, les athlètes de haut niveau, etc. En résumé, les concepts de pré-fragilité et de fragilité sont utiles pour le suivi de nombreux types de CHM, avec un minimum d'adaptation par rapport à leurs définitions originales chez le senior. **Méthodes:** Dans mon exposé, je décrirai comment la surveillance longitudinale individuelle (SLI) ou le suivi des CHMs peuvent être développés en utilisant des approches quantitatives et l'IA.

P-36. Une évaluation précoce de la fragilité par les aides à domicile: vers un repérage de proximité

Anthony Frioux, Margot De Battista, Matthieu Faure, Benoit Roig
(Université de Nîmes, Fondation i2ml, Nîmes, France)

Contexte: La fragilité est un état, réversible, de vulnérabilité accrue à des facteurs de stress pouvant mener à une incapacité fonctionnelle. Alors que la fragilité a d'abord été définie et repérée à partir de ses implications physiques, des recherches plus récentes mettent en avant ses caractéristiques multidimensionnelles. En effet, la fragilité retentit notamment sur les dimensions psychologiques et sociales. Il est alors important d'évaluer ce retentissement pour y apporter un accompagnement. On observe un intérêt particulier pour la mise en place d'accompagnement à domicile. **Objectifs:** Afin d'améliorer la prise en charge et la prévention de la fragilité, nous proposons donc de généraliser son repérage à domicile. Ainsi, ce travail vise à construire et valider une méthode de repérage multidimensionnel de la fragilité s'appuyant sur les connaissances des aides à domicile. Dans l'intention de rendre ce repérage plus précoce, nous proposons d'intégrer un recueil de données automatisé. **Méthodes:** La première étape de ce travail a été de constituer une liste d'indicateurs de fragilité. Cette liste a été proposée à un groupe d'expert afin d'évaluer la pertinence de choix effectués. Les experts ont aussi pu être interrogés quant à l'intérêt de l'automatisation partielle d'un recueil de données en vue du repérage de la fragilité. En parallèle, une revue de littérature a permis de mettre en évidence les indicateurs dont l'évaluation était automatisable. L'outil et la méthode de repérage ont ensuite pu être co-construits avec des aides à domicile. Enfin, des analyses factorielles de l'outil ont été réalisées. **Résultats:** La co-construction de la méthode a permis d'élaborer un outil adapté aux pratiques des professionnels qui l'utiliseront. Les analyses factorielles ont montré que notre outil recouvrait 10 dimensions se rapportant à la santé. **Conclusion:** Au terme de ce projet, bien qu'il soit nécessaire de poursuivre la validation de la méthode. Notre méthode peut être utilisée par des services d'aide à domicile. L'implication des professionnels au cours de sa construction peut faciliter son déploiement et son adéquation aux problématiques de terrains. Enfin, les analyses statistiques réalisées ont montré la validité factorielle de l'outil construit.

P-37. L'Hôpital de jour comme acteur pivot de l'offre de soins territoriale: l'exemple d'un établissement privé en région toulousaine

Marion Babinet, Magali Bernijol, Elodie Pena, Martin Pinel
(Clinique des Pyrénées, Colomiers, France)

Contexte: La Clinique des Pyrénées est un établissement privé indépendant à orientation gériatrique situé à Colomiers, à proximité de Toulouse. Disposant d'une activité de SSR, de MCO, de deux programmes d'HDJ SSR et prochainement d'une HDJ MCO, elle propose une offre de soins multimodale. Son engagement auprès du premier recours se traduit par le développement de son service de court séjour mais également par l'hébergement récent de la Maison Médicale de Garde du secteur. **Objectifs:** Son programme d'hospitalisation de jour « Prévention de la perte d'autonomie » a pour objectif de fluidifier le parcours du patient âgé en renforçant la coordination entre les différents acteurs du territoire, conformément aux engagements du Projet Régional de Santé. **Méthodes:** On dénombre aujourd'hui une file active de 24 patients, à hauteur de 2 à 3 séances par semaine sur des cycles de 12 semaines. **Résultats:** Chaque parcours de soins repose sur la mise en d'une évaluation gériatrique standardisée tout en proposant un programme personnalisé au patient. Ses attentes sont

identifiées au cours du bilan éducatif partagé initial, avec le concours des aidants. Chaque journée d'hospitalisation comprend une séance de rééducation suivie d'activités diverses selon les thématiques abordées. L'intervention de l'ensemble des spécialités médicales et paramédicales présentes sur l'établissement permet une grande diversité des formats et des sujets abordés. Une visite à domicile est systématiquement proposée. Les partenaires du secteur sanitaire et médico-social sont impliqués au moyen d'un cahier de liaison, et prochainement à travers des solutions innovantes telle que la messagerie sécurisée SPICO. Le médecin traitant reçoit, à la sortie, la synthèse du parcours du patient ainsi que les recommandations de suivi émises par l'équipe de soins. Chaque patient est rappelé 3 mois après sa sortie pour une réévaluation téléphonique et le recueil de l'expérience patient. **Conclusion:** L'heure est maintenant à l'évaluation de l'impact médico économique de cette prise en charge coordonnée de la personne âgée sur le territoire de Colomiers ; permettant ainsi de valoriser notre offre de soins tout en continuant à bénéficier de la proximité et du rayonnement de haut niveau d'expertise d'établissements comme le gérontopôle du CHU et les partenaires du réseau Clinavenir.

P-38. Les outils domotiques et numériques au service du bien vieillir à domicile chez les seniors de 60 ans et plus

Julien Aubineau, Gilles Kehoua, Caroline Gayot, Achille Tchalla
(Université de Limoges, Limoges, France)

Contexte: Les défis sociétaux que sont le vieillissement de la population ainsi que l'allongement de l'espérance de vie sont l'un des facteurs de risques d'isolement social. Le vieillissement peut engendrer une perte d'autonomie et favoriser l'apparition de syndromes gériatriques tels que la chute, la dénutrition, les démences, la fragilité et la dépression. Ces phénomènes montrent l'importance de trouver une solution pour favoriser le maintien à domicile. La domotique semble être une bonne solution permettant d'aménager l'habitat et d'éviter l'entrée de l'usager en institution. **Objectifs:** Évaluer l'intérêt des outils déployés dans le service « Vivre à domicile » proposé dans le département des Landes par XL Autonomie. **Méthodes:** L'évaluation porte sur 250 personnes âgées, domiciliées dans des Landes et de GIR 4 à 6. L'analyse devra déterminer la pertinence et l'usage des outils sur la survenue de chutes, d'hospitalisations non programmées et la qualité de vie. Les outils domotiques sont regroupés en 3 packs : 1- sécurisation du domicile (téléassistance et chemin lumineux) ; 2- la stimulation cognitive (tablette numérique avec des jeux cognitifs) ; 3- la stimulation sociale et affective (appels en visio via la tablette et visites de convivialité par les facteurs). **Résultats:** Selon la littérature, en 2018, plus de 53% des personnes de 60 ans et plus possédaient une tablette numérique permettant une stimulation cognitive et sociale. L'installation de chemin lumineux dans un habitat réduirait de 30% le risque de chute nocturne et 11.9% des personnes de 75 ans et plus soient 797 000 personnes bénéficiaient de la téléassistance en France. Nous espérons non seulement obtenir ces résultats mais également caractériser l'usage des kits domotiques et numériques au regard du besoin d'en évaluer l'impact sur la qualité de vie. **Conclusion:** L'appréhension de certains outils nécessite un apprentissage. Cet accompagnement que propose « Vivre à domicile » est fait pour combler les carences des seniors dans ce domaine et proposer des outils adaptés à chaque usager en fonction de son usage et de son besoin. L'intégration de l'intelligence artificielle serait indéniablement la perspective de ces outils pour un environnement physique et social plus intelligent et plus personnalisée des seniors.

P-39. Épigénétique et fragilité du sujet âgé : quels liens ? Revue de littérature

Ludovic Micallef, Sonia Sebkh, Gilles Kehoua, Caroline Gayot, Achille Tchalla
(Université de Limoges, Limoges, France)

Contexte: Chez la personne âgée, la fragilité se définit comme un état de déclin et de vulnérabilité lié à l'âge, caractérisée par une diminution des réserves physiologiques. Elle est engendrée par différents facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques et peut être réversible. Les personnes âgées fragiles constituent une population cible pour les programmes de prévention de la dépendance. Les modifications

épigénétiques, notamment la méthylation de l'ADN est un processus biologique impliqué dans le vieillissement, donc potentiellement en lien avec la fragilité chez la personne âgée. **Objectifs:** L'implication des modifications épigénétiques dans la fragilité est largement décrite dans la littérature. L'objectif principal de ce travail a consisté à établir une corrélation entre la fragilité du sujet âgé et les modifications épigénétiques via une synthèse de la littérature répondant à des critères précis et prédéfinis. **Méthodes:** A partir de mots clés extraits de HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal), une équation de recherche a été établie afin d'interroger les moteurs de recherches bibliographiques PubMed, Scopus et Web Of Science. Après export des références sur Zotéro, la sélection des articles les plus pertinents a été établie en fonction de critères de recherche préalablement décidés. Les références bibliographiques ont ensuite été analysées par Ryyan. La grille STROBE a ensuite été utilisée afin d'évaluer la qualité des articles retenus. Un score inférieur à 50% entraîne l'exclusion de l'article. **Résultats:** Un total de 1168 articles a été obtenu sur la période 2012-2022. Après suppression des doublons, 1095 articles ont été exclus car non-pertinents aux critères de recherche fixés. L'analyse intégrale des 20 articles restants a permis de sélectionner 5 articles correspondant aux critères fixés. Ces 5 articles ont obtenu un score STROBE situé entre 70% et 86%. **Conclusion:** La comparaison des 5 articles retenus indique que la fragilité pourrait être modulée par des modifications épigénétiques. Cependant, la disparité due au manque de gold standard des investigations scientifiques publiées, ne permet pas d'établir actuellement un réel lien entre l'épigénétique et la fragilité du sujet âgé. L'épigénétique, en tant qu'outil marqueur de fragilité chez la personne âgée, constitue donc une perspective encourageante pour une meilleure prise en charge de la fragilité chez le sujet âgé.

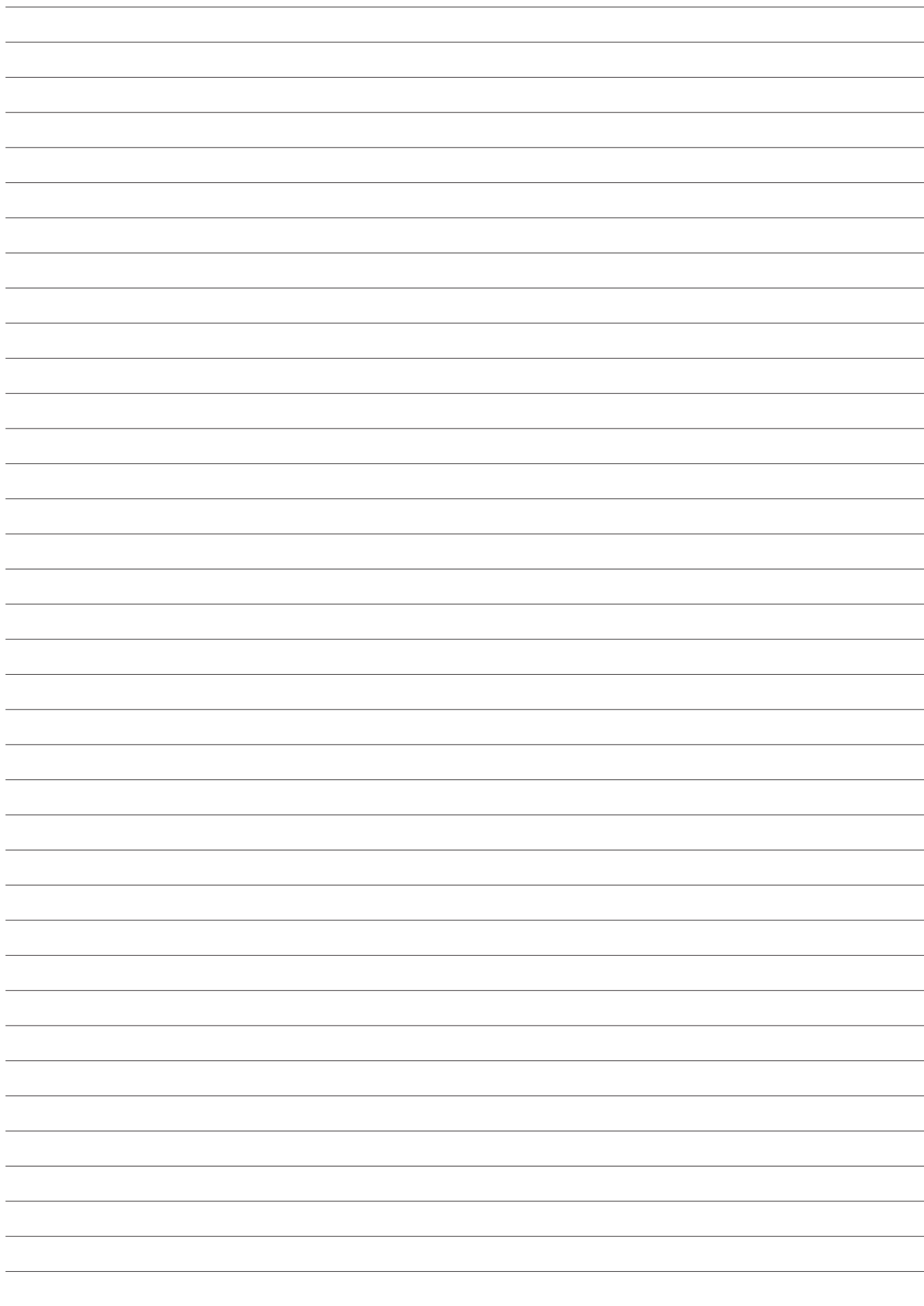
P-40. Evaluation du potentiel de l'Atelier INAWA d'activité physique adaptée

O Magne, V Michel, A Betrancourt
(INAWA Développement, Ivry sur Seine, France)

Contexte: 1 sur 2 de plus de 80 ans et 1 sur 3 de plus de 65 ans chutent chaque année (INSERM 2015). La mobilité lombo-pelvienne semble jouer un rôle important sur la qualité des activités de la vie quotidienne. La société INAWA Développement a conçu une selle articulée, mobile en 3 dimensions, générant un mouvement fonctionnel durable des hémibassins, en décharge (Poster Inserm 2020). Nous avons décidé d'intégrer

le pédalage de proprioception dans un parcours d'activité physique adaptée, pour autonomiser les participants, et évaluer leur progression. **Objectifs:** La ville de Paris dans son programme Exapad a considéré important d'évaluer l'usage, l'utilité et l'adoption de ce parcours innovant intégrant cette innovation favorisant la mobilisation du bassin et du dos tant par les seniors participants et que les professionnels dans le cadre d'une approche TEMSED (Rialle 2012), avec la société tierce Médialis. **Méthodes:** Contenu: parcours en groupe de 6 personnes : 12 séances, 2 x 1 h / semaine sur 6 semaines; 3 postes alternatifs: pédalage proprioceptif, exercices assis/debout/sol; équilibre statique et dynamique;. Lieux : Résidence Autonomie Seniors 75 + Club seniors mutuelle 92 + Service à Domicile 94. Critères d'inclusion : + de 65 ans, être volontaire, avis médical, capacité de répondre aux questionnaires 30 participants; 74 ans âge moyen, 62 à 87, 94% femmes. Questionnaire : profil patient/utilité perçue/facteurs motivation; Face Paint Scale: douleur/peur chuter/fatigue; Focus groupe (6-7 pers.): satisfaction/suggestions; Bilans initiaux et finaux cliniques + podomètre. **Résultats:** ADAPTABILITE: Les usages suivant ont été validés Usage de l'ergocycle + assise Inawa® / Satisfaction vis-à-vis de l'atelier : Ressenti global : 86 % se sentent mieux; Ressenti de l'équilibre : 77%; Aspect social : 94% pour le format en petits groupes. ADOPTION de l'atelier : validé Souhaitez-vous continuer le programme ? 94 % OUI. Les mots clefs retenus : 74% convivialité, 69% bien-être, 100% de mots positifs RESULTATS DES TESTS CLINIQUES: Les résultats significatifs de l'étude au Test t Student pairé et taille de l'effet échantillon dans l'ordre sont : Vitesse de marche m/s : + 31% ; Longueur du pas : + 17% ; Tinetti : + 4 % / Time up and go : - 20% / Test fonctionnels : + 11 %. **Conclusion:** La société Médialis a conclu que le programme Atelier INAWA est plaisant et satisfaisant sur tous les aspects, aussi bien pour les personnes âgées que pour les professionnels qui ont animé les ateliers. L'état douloureux des participants ne semble pas impacter leur adoption du programme. Le matériel, la selle notamment et le vélo, de même que le format en petits groupes, ont fait succès. La présence d'un coach aux qualités humaines prime pour pérenniser le service. L'atelier d'activité physique adaptée INAWA permet également le maintien d'un lien social. Cliniquement, la motricité, la marche et l'équilibre sont améliorés (+ 30% vitesse de marche en 6 semaines). 3 ans après cette étude, plus de 3000 seniors ont pratiqués ces ateliers et confirmés cette évaluation. Cela semble être une réponse pertinente pour un public large comme dans le parcours soin-sport-santé de la personne ou en usage à domicile.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



J'ai 60 ans et ⁺

**Je reste acteur
de ma santé**



Grâce au
programme
ICOPE de l'OMS

ICOPE

SOINS INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES



11^{ÈME} CONGRÈS FRANCOPHONE

FRAGILITE DU SUJET AGE

PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

TOULOUSE • Mardi 20 et Mercredi 21 Juin 2023

HOTEL DIEU SAINT JACQUES • TOULOUSE



Appel à communication avant le 21/02/2023

www.fragilite.org



Suivez nous sur Twitter
@CFragilite

