

# L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

VOLUME 37, 2023

TOME I

**11<sup>ème</sup> Congrès**  
**Fragilité du Sujet Agé**  
**Le Vieillissement en Santé**  
**Prévention de la Perte d'Autonomie**

*Mardi 20 & Mercredi 21 Juin 2023*

# REMERCIEMENTS

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

## GOLD PARTENAIRES

---



**KORIAN**

## SILVER PARTENAIRES

---



© 2023 par Serdi. Tous droits de reproduction interdits sans autorisation, et référence de L'Année Gérontologique. Cet ouvrage est protégé par copyright. Aucune partie ne peut être reproduite sans autorisation préalable écrite de Serdi.  
ISSN 1248-9077 ; ISBN 2-35440-047-0

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 37, 2023

### COMITÉ SCIENTIFIQUE

D. ANGNIONI, S. ANDRIEU (Toulouse); J. ANKRI (Paris); J.P. AQUINO (Versailles); A. BENETOS (Nancy); H. BLAIN (Montpellier); M. BONNEFOY (Lyon); I. BOURDEL-MARCHASSON (Bordeaux); P. CHASSAGNE (Rouen); 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); S. MOULIAS (Paris); F. NOURHASHÉMI (Toulouse); M. PACCALIN (Poitiers); F. PUISIEUX (Lille); P. RITZ (Toulouse); Y. ROLLAND (Toulouse); L.Z. RUBENSTEIN (Los-Angeles); N. SALLES (Bordeaux); A. SALVA (Barcelona); H. SHIBATA (Tokyo); B. VELLAS (Toulouse); M. VERNY (Paris); T. VOISIN (Toulouse)

**Serdi Edition**

E-mail : [serdi@serdi-publisher.com](mailto:serdi@serdi-publisher.com)  
Web site : <http://www.serdi-publisher.com>

**2023**

**Editorial: Intervenir tôt pour un vieillissement réussi**, S. Sourdet (*Toulouse, France*) ..... 4

## • Communications orales et affichées

### SYMPOSIUM

• **S1- Etat d'avancement du programme ICOPE sur le vieillissement en santé, la fragilité et la prévention de la dépendance et sur le plan national sur la prévention des chutes** ..... 5

• **S2- Fardeau des infections respiratoires chez la personne âgée** ..... 5

• **S3- Validation de la grille FRAGIRE, outil prédictif de la fragilité** ..... 5

### COMMUNICATIONS ORALES ET AFFICHÉES

**Tempoforme®, parcours bien vieillir en Hauts-de-France**, C. Biava, A. Mailliez, L. Bodelle, B. Demurger, F. Le Goff, M. Lesschaeve, H. Ovigneur, F. Bloch, F. Puisieux, E. Boulanger (*Lille, France*) ..... 6

**Le repérage ambulatoire des patients préfragiles par l'Hôpital de Jour d'un établissement de soins : l'exemple du SMR La Vernède à Conques sur Orbiel (11)**, C. Marchal, A. Bellanti, M. Baradat (*Conques sur Orbiel, France*) ..... 6

**Contribution de La Poste au déploiement du programme ICOPE auprès des «invisibles»**, O. Beloucif (*Paris, France*) ..... 6

**Prescrire un programme d'activité physique adapté (MATCH) pour prévenir le déclin iatrogène durant l'hospitalisation en soin aigu et réadaptation de personnes âgées : est-ce possible et bénéfique ?** M. Aubertin-Leheudre, E. Peyrusqué, N. Veillette, R. Fonseca, M.-J. Kergoat (*Longueuil, Québec, Canada*) ..... 7

**Hospitalisations liées aux chutes chez les aînés québécois: analyse temporelle sur 26 ans**, M.-J. Sirois, M. Gagné, S. Jean (*Québec Canada*) ..... 7

**L'ADMR pilote un projet innovant en prévention santé pour les seniors en Occitanie**, N. Cristofari (*Montpellier, France*) ..... 7

**Intégration des lignes directrices ICOPE (Integrated Care for Older People) dans un dispositif d'accompagnement de proximité, intégré et coordonné dans le réseau genevois : l'itinéraire VieSA (Vieillesse en Santé)**, L. Mastromauro, C. Busnel (*Carouge, Genève, Suisse*) ..... 8

**Effets d'un programme d'exercices sur les mesures de qualité de vie chez les aînés vus aux urgences pour des blessures mineures: résultats de l'ECR canadien CEDeComS**, M.J. Sirois, A. Matta Dias, M. Giroux, M. Aubertin-Leheudre (*Québec, Canada*) ..... 8

**Index de fragilité, mortalité et durée de séjour en unité de court séjour gériatrique en Guadeloupe**, L. Vainqueur, N. Simo-Tabue, B. Bhakkan-Mambir, M. Tabue-Teguo (*Guadeloupe, France*) ..... 8

**Dispositif Infirmier Prévention-Santé (DIPS) Dordogne : Bilan, résultats et prospectives après 3 ans de fonctionnement**, F. Woné, C. Lachaud-Rongieras, V. Chanel, C. Clément, M. Gourgues, M. Guillem-Joussaume, S. Lafleur, A. Peytoureau (*Périgueux, France*) ..... 9

**PROJET COG- AUDIO: Fragilité neurosensorielle : Evaluation des troubles de la perception de la parole dans le bruit au Centre Mémoire Ressources Recherche du CHU de Lille**, P. Cassagnaud, A. Deneve, N. Zielinski, C. Vincent, C. Renard, F. Pasquier, C. Moroni (*Lille, France*) ..... 9

**Facteurs gériatriques pronostiques d'évènements indésirables dans l'insuffisance cardiaque aiguë. Une étude rétrospective multicentrique**, F. Bretelle, S. Belmeliani, S. Bonin-Guillaume, P. Rossi, F. Paganelli, C. Moline, P. Villani, A.-L. Couderc (*Marseille, France*) ..... 9

<b>Population des centres de prévention AGIRC-ARRCO: Caractéristiques de 2 sous-populations chuteurs et non chuteurs en 2022</b> , A. Theaudin, C. Vannier, F. Martin, l'ensemble des médecins Directeurs des centres de prévention Agirc-Arrco, F. Decherf, (Rennes, Lyon, Bourg les Valences, Toulouse, France) .....	10
<b>Organisation d'une surveillance systématique de l'état nutritionnel des personnes âgées fragiles en retour à domicile après hospitalisation ; déploiement d'une action individualisée de sensibilisation à distance</b> , C. George, C. d'Amore, Y. Perez, T. Loubet (Toulouse France).....	10
<b>Mortalité et événements cardiovasculaires, relation avec les différents niveaux d'activité physique et de sédentarité: cohorte Proof</b> , C. Dupré, M. Brégère, M. Berger, V. Pichot, S. Celle, F. Roche, D. Hupin (Saint-Priest-en-Jarez, France) .....	10
<b>Méthodes d'analyse, de curation et d'utilisation de données de santé liées à la longévité chez les personnes âgées à l'aide de l'Intelligence Artificielle</b> , D. Coeurmelle, F. Ntwali (Bruxelles, Belgique) .....	11
<b>Facteurs associés au maintien et à l'arrêt de la conduite automobile en âge avancé – étude FAMACO</b> , C. Ribeyre, C. Dupré, S. Dorier, R. Gonthier, N. Barth, D. Hupin (Saint-Etienne, France).....	11
<b>Fragilité et dénutrition</b> , T. Delespierre, P. Clot-Faybesse (Paris, France) .....	11
<b>Orthophonie, vieillissement et fragilité</b> , A. Iché (Paris, France) .....	11
<b>Etude de la pertinence des examens biologiques au sein du service d'une unité de gériatrie aiguë et d'un service de soins de suite et réadaptation gériatrique</b> , S. Aaufaure, M. Picque, A. De Pont Farcy, R. Ondzie, D. Monia, A. Fliih, K. Hannouche, F. Magot, N. Raullet, S. Thibeaud (Melun, France).....	12
<b>Corrélatés de la qualité de vie liée à la santé chez les personnes âgées vivant en collectivité en Guadeloupe (Antilles françaises): résultats de l'étude KASADS</b> , N. Simo-Tabue, D. Boucaud-Maitre, P. Gebhard, R. Villeneuve, L. Rinaldo, J.-F. Dartigues, M. Dramé, M. Tabue-Teguo (Martinique, Bordeaux, Guadeloupe, France) .....	12
<b>EHPAD Hors le murs: un projet pour le maintien à domicile des personnes âgées fragiles</b> , S. Bismuth, M. Richer, Dr Marie, B. Marty, C. Cazeaux (Toulouse, France) .....	12
<b>Estimation des hospitalisations et des décès attribuables aux infections par le VRS et à la grippe chez les adultes âgés de 65 ans et plus en France</b> , C. Nuttens, C. Bignon-Favary, L. Watier, P. Loubet, J.-S. Casalegno, P. Vanhems, H. Lilliu, S. Fievez, E. Begier, M. Lemaitre (Paris, France).....	13
<b>NACRE (Nouvel Accompagnement Coconstruit des REtraités)</b> , C. George, C. D'Amore, N. Tavassoli (Toulouse, France) .....	13
<b>Programme innovant pour la prévention des chutes des personnes âgées fragiles</b> , C. Vigouroux, N. Lebrun (Dremil Lafage, France).....	13

## POSTERS .....

## EDITORIAL

# INTERVENIR TÔT POUR UN VIEILLISSEMENT RÉUSSI

Depuis plus d'un siècle, les progrès de la médecine, de la chirurgie, de l'imagerie médicale, et les avancées pharmaceutiques ont révolutionné la prise en charge de nombreuses maladies. Ces progrès ont favorisé un allongement important de l'espérance de vie. En 2023, on dénombre près de 30 000 centenaires en France, soit 30 fois plus qu'en 1970, et ces chiffres devraient encore augmenter. On vit donc plus âgé, mais souvent avec des pathologies chroniques, et parfois des incapacités, une fragilité physique, cognitive, et ce malgré les progrès médicaux. Ce qui veut dire que vieillir en santé se prépare, s'anticipe. « Les graines d'un vieillissement en bonne santé se sèment tôt » soulignait Kofi Annan. Et vieillir en bonne santé ne se résume pas à ne pas avoir de maladies, c'est aussi rester indépendant.

Pour cette 11ème édition, le congrès Fragilité du sujet âgé et prévention de la perte d'autonomie place encore une fois la

prévention au centre des débats. Prévenir la dépendance grâce au repérage de la fragilité. Prévenir la fragilité, et permettre un vieillissement en santé grâce au programme ICOPE de l'organisation mondiale de la Santé. Ce congrès sera l'occasion de partager les dernières avancées et stratégies de prévention en vue d'un vieillissement réussi, les expériences de terrain, et de donner aux professionnels de santé toutes les clés pour intervenir dans leur pratique quotidienne.

*Docteur Sandrine Sourdet  
CHU de Toulouse, Gerontopôle, Toulouse, France*

# Communications orales et affichées

## SYMPOSIUM

### S1. Etat d'avancement du programme ICOPE sur le vieillissement en santé, la fragilité et la prévention de la dépendance et sur le plan national sur la prévention des chutes

Bruno Vellas, Christine Abrossimov  
Toulouse, Paris, France

#### • Etat d'avancement du plan antichute

Christine Abrossimov  
Ministère de la santé et de la prévention, Paris, France

#### • Etat d'avancement de l'article 51

Azeb Sebatlab  
Ministère de la santé et de la prévention, Paris, France

#### • Développement ICOPE en Occitanie

Néda Tavassoli  
Toulouse, France

#### • Expérimentation en territoire rural

Alain Devallez  
Nîmes, France

### S2. Fardeau des infections respiratoires chez la personne âgée

Gaëtan Gavazzi  
Grenoble, France

#### • Impact du pneumocoque et de sa vaccination chez les patients âgés... au-delà des infections

Cyprien Arlaud  
Grenoble, France

#### • Le fardeau méconnu des infections à VRS chez l'adulte

Elisabeth Bothelo-Nevers  
Saint-Etienne, France

### S3. Validation de la grille FRAGIRE, outil prédictif de la fragilité

Patrick Manckoundia  
Service Gériatrie, CHU Dijon Bourgogne, France

#### • Test et validation d'une grille de mesure de la fragilité des bénéficiaires de l'action sociale des caisses de retraite (GIR 5 et 6): Etude FRAGIRE

Clémence Quibel  
Pôle de gérontologie et d'innovation Bourgogne-Franche-Comté, Dijon, France

**Contexte:** Détecter les situations à risque de fragilité et mettre en place des mécanismes d'accompagnement adaptés est un enjeu fort de la politique de prévention de la perte d'indépendance pour les caisses de retraite de l'inter-régime. Ces dernières se sont donc saisies de cette thématique et ont souhaité doter les Evaluateurs des Besoins d'Aide à Domicile (EBAD) de leur réseau d'un outil fiable de mesure de la fragilité. **Méthodes:** Un comité d'experts réunissant cliniciens, chercheurs et professionnels de l'action sociale a identifié les dimensions pouvant être associées à des signes de fragilité grâce à une revue de la littérature. Au total, dix dimensions, soixante items et six tests ont été retenus. La pré-grille a ensuite été administrée à domicile, à deux reprises à trois jours d'intervalle, auprès d'un panel de 383 retraités afin de tester et valider sa reproductibilité et sa validité de manière à réduire le nombre d'items aux plus discriminants et à pouvoir générer un score.

**Résultats:** Cette expérimentation a permis de retenir les items les plus informatifs de chaque dimension, soit 17 items portant sur 9 dimensions (santé globale, psychique, cognitive, environnementale, culturelle, fardeau-aidant, nutritionnelle et motrice), 3 tests (Score de Mémoire

avec Indigage, Set Test d'Isaacs et vitesse de marche) et une question santé globale en hétéroévaluation. **Conclusions:** Malgré le manque de pertinence statistique, deux items (suicide et sexualité) et les tests ont été maintenus, mais non scorés, afin de permettre des orientations vers des structures spécialisées. Un score de fragilité a été élaboré, normalisé de 0 (plus faible risque de fragilité) à 100 (risque le plus élevé de fragilité). FRAGIRE permet de définir trois niveaux de fragilité: peu fragile, fragile et très fragile. La grille FRAGIRE vient compléter l'approche de la grille AGGIR en intégrant dans les outils des EBAD des instruments d'évaluation qui permettent d'élargir une approche centrée sur la perte d'autonomie fonctionnelle. Cette appréciation synthétique multifactorielle de la fragilité à domicile permet à des professionnels d'identifier les personnes âgées susceptibles de devenir fragiles, sans mobiliser des compétences médicales.

#### • Validation du caractère prédictif et discriminant du score à la grille FRAGIRE pour l'entrée en dépendance : Cohorte FRAGIRE

Pierre Vandell  
Psychiatrie de l'adulte, CHRU de Besançon, France

**Contexte:** L'expérimentation de la grille FRAGIRE et son rapprochement avec l'enquête SHARE montraient une très bonne prédiction de l'entrée en dépendance et de la demande d'aide personnelle. Néanmoins, une validation externe et longitudinale était nécessaire afin de s'assurer que les personnes ayant les scores de fragilité les plus élevés à la grille FRAGIRE sont bien celles dont la probabilité d'entrée dans la dépendance est la plus grande. **Méthode:** La cohorte FRAGIRE est prospective multicentrique auprès de 442 retraités en GIR 5 ou 6 à domicile. Les retraités ont été suivis pendant deux ans à raison d'une visite annuelle (administration à trois reprises de la grille FRAGIRE, questionnaires EQ-5D et AVQ). L'objectif est de montrer que les retraités ayant un score FRAGIRE supérieur  $\geq 49.5/100$  à l'inclusion ont une probabilité plus grande d'avoir un niveau GIR  $\leq 4$  dans les 2 ans à venir. Les critères de jugement secondaires renvoient aux marqueurs d'entrée en dépendance du retraité : entrée en institution; hospitalisation(s); placement sous mesure de protection juridique; décès; qualité de vie et autonomie dans les actes de la vie quotidienne. **Résultats:** un score FRAGIRE élevé ( $\geq 49.5$ ) est associé à un risque accru de basculement en GIR  $\leq 4$ , d'entrée en EHPAD ou de décès. Par ailleurs, une analyse en composante principale a permis d'identifier 3 facteurs : psychique, physique et social. **Conclusions:** Des sous-scores peuvent être calculés à partir de ces 3 facteurs. Cela permettrait aux EBAD de mieux cibler les dimensions problématiques et d'orienter plus précisément les retraités vers des consultations spécifiques.

#### • La collaboration de l'action sociale et de la recherche afin d'améliorer les parcours d'accompagnement des publics fragilisés: pistes et perspective

Nathalie Moore  
Directrice de l'accompagnement des publics fragilisés, Carsat Bourgogne-Franche-Comté, France

**Contexte:** En cohérence avec la loi ASV de 2015, la prévention des effets du vieillissement se positionne au cœur de la stratégie à développer au service des retraités fragilisés. La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail Bourgogne-Franche-Comté (CARSAT BFC) collabore étroitement avec la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, pour déployer la stratégie de repérage des besoins d'aide à domicile des retraités, et d'adaptation de l'offre de services de l'Inter-régime des caisses de retraite. **Méthode:** Ce dernier s'est ainsi doté d'un dossier d'évaluation commun, SIREVA, dont la grille FRAGIRE constitue la base scientifique. Il s'est alors agi de développer la professionnalisation dans le champ de l'évaluation et du repérage de la fragilité afin de renforcer l'expertise des évaluateurs, d'améliorer les pratiques et in fine d'optimiser la politique de prévention de la perte d'indépendance. **Résultats:** plusieurs programmes de formation ont été créés et déployés

à destination des EBAD. Parallèlement à ces évolutions dans le champ de l'évaluation et du repérage des besoins, l'Organisation et Suivi du Cadre de ma Retraite (OSCAR) est une réponse à l'adaptation de l'offre de service diversifiée de l'action sociale. Ce dispositif de paniers de service unique, conçu en cohérence avec l'objectif de personnalisation de l'accompagnement soutenu par l'outil SIREVA, implique de renforcer les collaborations entre les prestataires de services d'aide à domicile et les structures d'évaluation. **Conclusions:** Les difficultés remontées par les EBAD permettent d'orienter la construction de l'offre d'accompagnement des évaluateurs et futurs évaluateurs. L'Assurance Retraite a notamment adressé une demande aux Gérontopôles de France sur la thématique de la santé mentale.

## COMMUNICATIONS ORALES

### Tempoforme®, parcours bien vieillir en Hauts-de-France

Camille Biava, Aurélie Mailliez, Laura Bodelle, Baptiste Demurger, Florian Le Goff, Mélanie Lesschaeve, Hervé Ovigneur, Frédéric Bloch, François Puisieux, Eric Boulanger  
(CHU de Lille, Lille, France)

**Contexte:** «Tempoforme® parcours bien vieillir en Hauts-de-France» est un programme de santé publique qui a pour mission de promouvoir le bien vieillir. Il se compose de 4 piliers: - l'application tempoforme®; - le site internet tempoforme.fr; - les formations associées; - l'espace tempoforme®-Lille qui propose téléconsultations et bilans «bien vieillir». **Objectifs:** Ce programme, lancé en mai 2022, permet à chacun d'auto-évaluer son profil de vieillissement grâce à l'application «tempoforme®»: «Robuste», «Préfragile», «Fragile». Cette autoévaluation anonyme, rapide, ludique et gratuite permet de repérer ses (pré)fragilité(s) pour en promouvoir leur réversibilité par l'élaboration d'un plan de prévention personnalisé en lien avec les soins premiers. **Méthodes:** Une fois l'autoévaluation réalisée, l'application génère un résultat qui, en cas de détection de (pré)fragilité(s), encourage l'utilisateur à consulter son médecin traitant afin de la/les prendre en soins ou s'orienter vers l'espace tempoforme® pour bénéficier soit : . d'une téléconsultation; . d'un bilan de santé «Bien Vieillir» au cours duquel les (pré)fragilités physiques, cognitives, neurosensorielles, respiratoires et cardio-métaboliques seront évaluées. À l'issue du bilan, une Réunion de Concertation Bien Vieillir (BCBV) permet la synthèse des (pré)fragilités identifiées et des actions prioritaires à mener qui sont transmises au patient et à son médecin traitant. **Résultats:** 10 mois après le lancement du programme tempoforme®, les résultats sont les suivants: - Site web: 47600 utilisateurs, 65500 sessions et 124000 pages vues. - Application: 24946 questionnaires créés et 15521 questionnaires complétés. Chez les plus de 45 ans, 25% des utilisateurs sont auto-repérés «Fragiles». - Bilan Bien Vieillir : 134 ont été réalisés. Sur les 100 premiers patients et en fonction des explorations réalisées, nous observons les (pré)fragilités suivantes : physiques (39%), cognitives (32%), neurosensorielles (36%), respiratoires (28%) et cardio-métaboliques (55%). Les recommandations, afin de promouvoir la réversibilité des (pré)fragilités repérées, sont non-sanitaires pour 20% d'entre-elles. Le projet de recherche nous permettra d'évaluer la réversibilité effective des (pré)fragilités identifiées. **Conclusion:** Grâce à la dynamique et aux multiples soutiens régionaux, la population des Hauts-de-France s'est appropriée le programme «tempoforme®» avec pour objectif collectif de limiter l'entrée dans la dépendance plus que de l'accompagner une fois installée. L'essaimage des espaces tempoforme® en région est programmé.

### Le repérage ambulatoire des patients préfragiles par l'Hôpital de Jour d'un établissement de soins : l'exemple du SMR La Vernède à Conques sur Orbil (11)

Catherine Marchal, Aurélie Bellanti, Marie Baradat  
(Clinique SSR La vernède, Conques sur Orbil, France)

**Contexte:** Notre établissement a une capacité de 90 lits d'Hospitalisation Complète gériatrique et polyvalente. L'Hôpital de Jour initialement appelé « HDJ fragilités » et rapidement rebaptisé « HDJ maintien de l'autonomie » existe depuis 3 ans. **Objectifs:** Il accueille des patients

en perte d'autonomie à raison de deux séances par semaine, de 3 heures chacune, pendant 8 semaines. Selon un PPS défini à l'issue d'une consultation médicale initiale, sont proposées, des séances de kinésithérapie, ergothérapie, diététicienne, psychologue ainsi qu'un bilan d'autonomie par une IDE de coordination. Ce parcours est renouvelable pour 4 semaines selon le bilan final établi en équipe pluridisciplinaire. **Méthodes:** Les patients nous sont adressés par les médecins de la CPTS du territoire mais aussi grâce aux contacts noués avec les partenaires médico sociaux de l'ouest audois : le conseil départemental, l'agglomération, les mairies, les clubs du troisième âge, les résidences autonomie, les IDE ASALEE, le DAC... Nous intervenons à leur demande dans les structures en animant une conférence sur le thème « qu'est-ce que bien vieillir » à destination des personnes de plus de 65 ans. À l'issue de l'intervention, une grille d'autorepérage basée sur les critères de Fried est complétée par les participants et selon les items retenus, une consultation longue de dépistage leur est proposée dans notre établissement. Le médecin traitant est systématiquement informé des conclusions de cette consultation et des préconisations faites. Si le patient présente plus de deux fragilités une Hospitalisation de Jour lui est alors proposée avec l'aval du médecin traitant. Les patients volontaires sont inclus dans la cohorte ICOPE qui nous permet un suivi avec rappel à 6 mois. **Résultats:** En 2022, 142 consultations de dépistage réalisées. 188 patients en HDJ. **Conclusion:** Notre objectif est de prévenir par un repérage précoce des plus de 65 ans. Il est essentiel de travailler en concertation avec les organismes dévolus à la dépendance et de sensibiliser les médecins traitants sur la prévention primaire de la perte d'autonomie.

### Contribution de La Poste au déploiement du programme ICOPE auprès des « invisibles »

Omar Beloucif  
(La Poste, Paris, France)

**Contexte:** ICOPE doit bénéficier à l'ensemble de la population des seniors, en particulier aux plus vulnérables, qui sont souvent éloignés des circuits de prise en charge. **Objectifs:** Évaluer la capacité de La Poste à repérer les fragilités des seniors éloignés des circuits de prise en charge. **Méthodes:** À la demande du CHU de Toulouse, La Poste a conçu un dispositif « d'aller vers » les seniors de 60 ans et plus, reposant sur le réseau de proximité des facteurs, pour les informer de l'intérêt de la prévention, de l'existence d'ICOPE et pour réaliser des évaluations Step 1 chez ceux qui le souhaitent. Un courrier d'information sur ICOPE annonçant la visite prochaine d'un facteur était envoyé à des seniors de 60 ans et plus. Un facteur se rendait ensuite à leur domicile pour remettre un flyer sur ICOPE et proposer un rendez-vous pour réaliser un repérage de leurs fragilités. Un « facteur service expert » formé par le CHU de Toulouse se rendait alors chez le senior, réexpliquait l'intérêt d'ICOPE, confirmait son consentement et réalisait l'évaluation Step 1 sur l'application Icope-Monitor. Un document sur les étapes suivantes était alors remis au senior, qui était ensuite contacté par les équipes de l'ERVPD. **Résultats:** En 2020 et 2021, sur une cible de 7000 seniors, 1130 évaluations Step 1 ont été réalisées en deux vagues de 6 semaines par 5 facteurs services experts. Le retour d'expérience réalisé par La Poste et l'ERVPD a montré que le dispositif a été efficace pour diffuser ICOPE et réaliser des Step 1 auprès des seniors inconnus du CHU. Les fragilités repérées étaient comparables à celles de la cohorte du CHU. **Conclusion:** La Poste a confirmé son efficacité pour détecter les fragilités auprès de la population générale des seniors et sa complémentarité avec les autres moyens de diffusion d'ICOPE, grâce à son réseau de proximité et de la confiance que lui accordent les seniors. D'autres expérimentations sont en cours pour favoriser les autoévaluations par les seniors eux-mêmes.



### Prescrire un programme d'activité physique adapté (MATCH) pour prévenir le déclin iatrogène durant l'hospitalisation en soin aigu et réadaptation de personnes âgées : est-ce possible et bénéfique ?

Mylène Aubertin-Leheudre, Eva Peyrusqué, Nathalie Veillette, Raquel Fonseca, Marie-Jeanne Kergoat

(UQAM, Longueuil, Québec, Canada)

**Contexte:** L'hospitalisation entraîne des déclinés iatrogènes ce qui accélère la spirale de la perte d'autonomie et l'utilisation du système de santé. La mise en place comme soin d'un programme d'AP quotidien adapté et non supervisé (MATCH) semble faisable, acceptable et efficace dans des unités de courte durée gériatrique et COVID-19+. Cependant, les motifs d'hospitalisation des personnes âgées sont hétérogènes. **Objectifs:** Évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de la mise en œuvre de MATCH comme soin dans 2 autres UGs (soin de suite et de réadaptation (SSR) et soins post-aigus (SPA)); et explorer ses effets sur la santé. **Méthodes:** Les médecins (MD) ont évalué l'éligibilité des patients admis. Puis, les physiothérapeutes/kinésologues enseignaient l'un des 5 programmes d'AP adaptés non supervisés prescrits par le MD en fonction du score de mobilité (arbre décisionnel). Finalement, les patients réalisaient eux-mêmes cette prescription d'AP pendant leur hospitalisation. Les taux d'éligibilité et d'inclusion, le délai de mise en œuvre, l'observance et l'acceptabilité ont été comparés entre les 2 UGs. La performance physique [force de préhension (FP); paramètres de marche (TUG); vitesse de marche (VM), endurance musculaire (30sec assis-debout), capacité fonctionnelle (SPPB)] et l'état de fragilité (questionnaire SOF) ont été évalués à l'admission (Ta) et au congés (Tc). **Résultats:** Le taux d'éligibilité (%: SSR=32,5 vs. SPA=26,6), d'inclusion (%: SSR=80,9 vs. SPA= 75,6), le délai de mise en œuvre (jours; SSR=5,91 vs. SPA=5,88), le respect de la prescription MATCH (%: SSR=83,5 vs. SPA=71,9) et la durée de séjour (jours: SSR=39,4 vs. SPA=37,6) étaient similaires entre les 2 UGs ( $p>0,05$ ). L'acceptabilité était bonne pour les cliniciens (%: GRU=78; PACU=76) et pour les patients (SUS:>75 %) des 2 UGs. Tous les participants, indépendamment de l'UG, ont amélioré significativement ( $p<0,001$ ) leur FP (Ta:19,7±7,4 vs. Tc:21,9±8,5; kg), paramètres de marche (Ta:36,7±18,5 vs. Tc:23,9±1,7; TUG/sec), VM (Ta:0,44±0,2 vs. Tc:0,62±0,2; m/s), endurance musculaire (Ta:6,1±2,8 vs. Tc:7,9±3,2 n/30sec), capacité fonctionnelle (Ta:4,8±1,8 vs. Tc:6,5±2,5; SPPB/12) et statut de fragilité (Ta:1,9±0,9 vs. Tc: 1,53±1,0; SOF/3). **Conclusion:** MATCH comme soins semble faisable, acceptable et bénéfique en SSR et SPA. Sur la base des résultats actuels et antérieurs, MATCH semble implémentable dans la majorité des UG.

### Hospitalisations liées aux chutes chez les aînés québécois: analyse temporelle sur 26 ans

Marie-Josée Sirois, Mathieu Gagné, Sonia Jean

(Centre d'Excellence sur le Vieillesse de Québec, Canada)

**Contexte:** Les chutes demeurent la cause principale de blessures menant à l'hospitalisation chez les aînés. Les tendances temporelles dans les taux et profils d'hospitalisations suite aux chutes avec blessures changent actuellement dans le monde. **Objectifs:** Examiner les nombres et taux de ces hospitalisations dans la population québécoise d'aînés de 1991 à 2016, en fonction du sexe, de l'âge, et des types de blessures. Les variations des durées des séjours hospitaliers et de la mortalité ont aussi été examinées. **Méthodes:** Analyses de tendances à partir des bases de données médico-administratives québécoises d'hospitalisations. Les tendances temporelles des nombres et taux d'hospitalisations ont été analysées avec des modèles binomiaux négatifs et exprimés en variations annuelles en pourcentages (VAP). **Résultats:** De 1991 to 2016, le nombre d'hospitalisations liées aux chutes a triplé (6 893 à 19 087; VAP = +3.4%), les aînés de 85 ans et plus représentant une proportion croissante de ces hospitalisations (26% à 44%; VAP= +5.9%). Les hospitalisations pour fracture de la hanche ont montré la plus forte croissance en nombre (3 388 à 5 980). Toutefois, leur taux a diminué de manière constante chez les hommes (VAP= -1.4%) et chez les femmes (VAP= -1.2%), alors que les taux ont augmenté pour les autres blessures (ex. VAP traumatismes crâniens : +5.6% ; fractures des membres supérieurs : +1.1%). Les proportions de blessures uniques ont constamment diminuer chez les aînés hospitalisés alors les blessures

multiples ont triplé. Par ailleurs, les durées moyennes d'hospitalisation ont diminué de 31 à 17 jours (VAP= -2%), et la mortalité hospitalière a diminué de 5% à 3% (VAP =-1,1%). **Conclusion:** Alors que les taux d'hospitalisation pour fractures de hanche diminuent chez les aînés, leur âge à l'admission et les blessures multiples sont en augmentation, reflétant ainsi la fragilité croissante des aînés hospitalisés après une chute.

### L'ADMR pilote un projet innovant en prévention santé pour les seniors en Occitanie

Nicole Cristofari, Véronique Michalet

(Association ADMR, Montpellier, France)

**Contexte:** Les 4 Fédérations ADMR de l'Aveyron, de l'Hérault, des Pyrénées Orientales et du Tarn se sont unies pour la création d'un projet innovant dans la prévention de la perte d'autonomie des seniors à domicile. Par une simple application sur leur smartphone, les aides à domicile évaluent l'état général des personnes âgées autonomes. En cas d'alerte, un dispositif est mis en place par le responsable de l'association locale avec les professionnels de santé, les acteurs médico-sociaux et les aidants familiaux afin d'accompagner les seniors vers une prise en charge adaptée. Le projet a obtenu une autorisation par l'ARS, dans le cadre de l'article 51, par un arrêté en date du 6 Décembre 2019. Un arrêté modificatif en date du 25 Novembre 2022 a remplacé les termes « pour une durée de 3 ans par « pour une durée de 44 mois » en raison du retard au démarrage du projet lié à la crise sanitaire de la pandémie Covid-19. **Objectifs:** Le projet s'inscrit en adéquation avec le Projet Régional de Santé 2018-2022 dans un objectif de prévention du risque de fragilité des personnes âgées. Le projet vise à repérer précocement les signes de fragilité chez les personnes âgées à domicile, à les collecter et les analyser avec des technologies d'information et de communication pour permettre la mise en œuvre rapide des mesures d'accompagnement adaptées pour préserver la santé. Il s'agit de créer un dispositif organisationnel qui permet aux services d'aide à domicile de mieux repérer et qualifier les situations de fragilité et surtout de dégradation de la personne âgée à domicile (GIR 4 à 6) par une démarche plus professionnalisée et de coordonner et systématiser le signalement aux partenaires, en fonction des situations. **Méthodes:** L'aide à domicile est au cœur de ce dispositif. Formée en amont aux signes de fragilité, elle évalue à chaque fin d'intervention l'état général du senior (mobilité, état physique, appétit, moral...). Le principe de fonctionnement réside dans une évaluation régulière par l'intervenant à domicile, à la fin de chaque intervention d'aide à domicile, chez chaque senior inclus dans le projet. Muni d'un smartphone, il note sur une échelle visuelle analogique (EVA) son ressenti sur l'état global apparent du senior. Cette EVA est intégrée au système informatique ADMR. Elle apparaît systématiquement lors de la validation des heures d'aide à domicile effectuées chez la personne. Après deux dégradations successives ou une dégradation majeure, l'association ADMR et les référents du projet reçoivent une alerte. Celle-ci est ensuite confirmée auprès de l'aide à domicile et qualifiée selon les 6 signes de fragilité de l'OMS. Après évaluation des besoins du senior, et avec son consentement, l'ADMR met en place une coordination avec les professionnels de santé, les acteurs médico-sociaux et les aidants familiaux, pour accompagner la personne âgée vers une prise en charge adaptée à ses besoins. **Résultats:** Après la phase d'apprentissage en 2021, le projet a rencontré une accélération dans sa montée en charge durant l'année 2022. Le processus global et les différentes étapes du développement des inclusions à la gestion des alertes et au suivi des actions sont aujourd'hui bien intégrés dans les pratiques par les équipes. L'objectif de Vigilance Senior étant reconnu comme bénéfique pour les seniors en les maintenant en santé à domicile le plus longtemps possible, l'implication de tous les salariés et bénévoles impliqués dans le projet s'est accrue portant à 2173 personnes adhérentes et à 1528 seniors en file active au 31.12.2022. L'expérimentation s'est également accrue sur les territoires des 4 départements auprès de tous les partenaires qui agissent dans le cadre de la prévention de la dépendance des personnes âgées : Conseils Départementaux, Caisses de retraite, DAC, CPTS, MSP... Elle a démontré que les intervenants à domicile sont bien la clé d'entrée pour un repérage fréquent et régulier des signaux faibles, au plus proche des seniors, y compris pour ceux qui ne sont pas encore suivis par un professionnel de santé, les territoires

choisis pour cette expérimentation étant particulièrement éloignés de l'offre sanitaire et médico-sociale. Cette valorisation des métiers de l'aide à domicile auprès des partenaires mais aussi des bénéficiaires des services ADMR est plébiscitée et cruciale dans le contexte actuel de pénurie de main d'œuvre partout en France dans notre secteur. Rendre ces métiers plus attractifs est le défi de notre association mais aussi une nécessité pour permettre aux seniors de vivre le plus longtemps possible à leur domicile tout en étant accompagné par un intervenant à domicile. Reconnu par son efficacité, son innovation, son avancée en prévention santé des seniors, Vigilance Senior est particulièrement pertinent dans le contexte de baisses des consultations des seniors dans les cabinets médicaux suite à la crise sanitaire. **Conclusion:** Nos réseaux d'associations ADMR sont au quotidien auprès de population à domicile, proches des préoccupations et des difficultés vécues par chaque personne. Cette proximité permet aux aides à domicile, sur leur temps d'intervention, d'échanger avec le senior sur ses attentes et de percevoir son « état général », sa fragilité. Notre projet décliné sur 4 Fédérations ADMR en Occitanie, est une avancée notable dans l'accompagnement des seniors à domicile. De l'évaluation numérique des aides à domicile à la prise en charge des professionnels médicaux et médico-sociaux, et aussi familiaux, ce dispositif combinera efficacité et rapidité d'une organisation pluriprofessionnelle autour des seniors à risque de fragilité ou de dépendance. Ce dispositif est aussi essentiel dans la relation entre le secteur de la santé et du médico-social, favorisant le décloisonnement. Sollicitant le senior par des interactions tout au long du processus, l'expérimentation positionne le senior en tant qu'acteur de son parcours de santé. Nous souhaitons pouvoir participer à la prévention de la perte d'autonomie des seniors, aider les personnes à bien vieillir à domicile, le plus longtemps possible et en bonne santé et limiter ainsi l'impact humain, social et financier lié à l'aggravation de l'état de santé du senior. Ce projet aura vocation -à l'issue de l'expérimentation- à s'étendre éventuellement aux autres départements de l'Occitanie et plus largement à tout le territoire Français.

#### **Intégration des lignes directrices ICOPE (Integrated Care for Older People) dans un dispositif d'accompagnement de proximité, intégré et coordonné dans le réseau genevois : l'itinéraire VieSA (Vieillesse en Santé)**

Laura Mastromauro, Catherine Busnel

(Institution genevoise de maintien à domicile (imad), Carouge, Genève Suisse)

**Contexte:** L'OMS promeut, autour du vieillissement en santé, un cadre théorique solide et opérationnel, à travers les lignes directrices ICOPE. Sur ces bases, le projet VieSA a élaboré un itinéraire « vieillir en santé » intégrant une approche centrée sur la personne, participative et préventive qu'elle soit autant pour les professionnels que pour les seniors. **Objectifs:** En se basant sur les recommandations de l'OMS/ICOPE concernant les 6 capacités intrinsèques (mobilité, mémoire, nutrition, état psychologique, audition et vision), les liens sociaux, les capacités physiologiques, l'environnement et le soutien aux aidants, le projet VieSA a pour but de décliner et tester la faisabilité d'un itinéraire de vieillissement intégré et coordonné dans le réseau genevois. **Méthodes:** L'itinéraire se base sur : 1) une revue de la littérature, 2) une déclinaison des données issues de la littérature autour de fiches accessibles pour les seniors et les professionnels, 3) une cartographie des prestations disponibles dans le réseau, 4) des outils réflexifs pour définir un plan d'intervention adapté et personnalisé, 5) un dispositif de formation spécifique pour les professionnels de la santé et du social, 6) une évaluation du dispositif aux 5 temps de mesures par les professionnels et les seniors. **Résultats:** Une synthèse scientifique a été réalisée. Un prototype de guide incluant 9 fiches étayant les capacités intrinsèques et les autres domaines de santé, a été créé et distribué auprès des 12 professionnels intervenants (médecin, infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens et travailleur social) et aux 30 participants seniors (âgés de 65 ans et plus, résidant à domicile). Les 12 professionnels ont été spécialement formés pendant 6 heures afin d'intégrer le dispositif ciblé pour un accompagnement personnalisé. Les premiers résultats descriptifs de faisabilité du dispositif auprès des professionnels indiquent en moyenne un taux d'acceptabilité (3.85/5), de pertinence (3.6/5) et de faisabilité (3.75/5). **Conclusion:** La suite du

projet devrait nous apporter des précieuses indications afin d'optimiser l'itinéraire, la formation des professionnels et l'accompagnement spécifique des seniors dans le réseau.

#### **Effets d'un programme d'exercices sur les mesures de qualité de vie chez les aînés vus aux urgences pour des blessures mineures: résultats de l'ECR canadien CEDeComS**

M.J. Sirois, A. Matta Dias, M. Giroux, M. Aubertin-Leheudre

(Centre d'Excellence sur le Vieillesse de Québec, Québec, Canada)

**Contexte:** Au Canada, environ 65% des aînés autonomes qui subissent des blessures consultent les urgences (DU). Alors que 2/3 de ces aînés retournent à domicile avec des blessures mineures, celles-ci sont associées à des pertes fonctionnelles et de qualité de vie (QdV) 3 à 6 mois post-blessure chez 18 % d'entre eux. **Objectifs:** Comparer l'effet d'une intervention précoce en exercices physiques VS interventions usuelles aux DUs sur les mesures QdV reliées à la santé chez les aînés robustes, pré-fragiles & fragiles dans les 6 mois suivant une consultation aux DUs pour des blessures mineures. **Méthodes:** Analyses secondaires de l'ECR multicentrique CEDeComS (2018-20) chez des personnes âgées de 65 ans+, évaluées dans 4 DUs canadiens pour des blessures mineures (T0) et suivies à 3 (T3) et 6 mois (T6). Intervention : Programmes d'exercices physiques 3x 1h /semaine /12 semaines débuté dans les 2 semaines de la visite aux DUs. Contrôle : soins habituels aux DUs. Mesures : Fragilité mesurée par l'Index-SOF, éléments de santé reliés à la QdV mesurés par le SF-12 : fonctionnement (FP) & rôles physiques (RP), santé physique globale (SPG). **Résultats:** Chez les aînés Robustes (n=119), pré-fragiles (n=582) & fragiles (n=317), les groupes Intervention et Contrôle étaient comparables à T0 sauf au FP qui était inférieur d'au moins 10% chez tous les aînés en Intervention. Les changements T0-T6 au FP étaient : Robustes (Contrôle : -3/100, Intervention : -11/100); Préfragiles (Contrôles : +2/100, Intervention : + 10/100); Fragiles (Contrôle : +2/100, Intervention : +7/100). Aux RP ces changements étaient : Robustes (Contrôle : +7/100, Intervention : +0/100); Préfragiles (Contrôles : +2/100, Intervention : +6/100); Fragiles (Contrôle : +2/100, Intervention : +5/100). De T0 à T6 la SPG est restée stable dans tous les groupes. **Conclusion:** Dans les 6 mois suivant une blessure mineure, le fonctionnement & les rôles physiques se sont améliorés chez tous les aînés blessés ce qui témoigne d'une certaine récupération « naturelle ». Toutefois, les scores de santé physique ont davantage augmenté grâce aux exercices physiques chez les aînés préfragiles & fragiles. Ainsi, l'exercice physique précoce pourrait prévenir les pertes fonctionnelles physiques chez les aînés victimes de blessures mineures.

#### **Index de fragilité, mortalité et durée de séjour en unité de court séjour gériatrique en Guadeloupe**

Larissa Vainqueur, Nadine Simo-Tabue, Bernard Bhakkan-Mambir, Maturin Tabue-Teguo

(CHU Guadeloupe, France)

**Contexte:** La pandémie de COVID-19 a exercé une pression énorme sur les systèmes de santé et provoqué une réorganisation. Alors que la pandémie s'intensifie, l'identification du profil des patients atteints de COVID-19 était primordiale afin de prédire les conséquences négatives et d'organiser les ressources de santé. L'âge est associé à la mortalité du COVID-19, mais pour des raisons éthiques évidentes, l'âge chronologique ne peut pas être le seul critère de prédiction des résultats négatifs. **Objectifs:** L'objectif de cette étude était de déterminer la relation entre l'index de fragilité (FI) et la durée du séjour à l'hôpital, et le décès dans une population non COVID de patients âgés de 75 ans et plus. **Méthodes:** Une étude observationnelle rétrospective, analytique, monocentrique a été réalisée au court séjour gériatrique du CHU de Guadeloupe. 158 patients âgés d'au moins 75 ans ont été recrutés de novembre 2020 à mai 2021. Le FI a été calculé comme le nombre de déficits chez un participant divisé par le nombre total de déficits considérés (le seuil de FI est 25 en ambulatoire). Des analyses de régression logistique multivariée ont été menées pour évaluer l'association entre la fragilité et le décès, et la durée du séjour. **Résultats:** L'âge moyen des participants était de 85,7 ± 6,74 ans avec une fourchette de 75 à 104 ans. Vingt-quatre des patients sont décédés pendant l'hospitalisation. L'IF était associé à la mortalité même après

ajustement pour l'âge et le sexe (HR 26,3, IC à 95 % 1,7-413,4, P = 0,021). L'association était plus forte dans le tertile le plus élevé de l'IF (HR ajusté selon l'âge et le sexe 4,6, IC à 95 % 1,39-15,11, P = 0,01). Il n'y avait pas d'interaction significative entre l'IF et la durée du séjour. **Conclusion:** Notre étude montre une association entre IF (en termes d'accumulation de déficit lié à l'âge) et mortalité dans une unité de court séjour gériatrique non COVID en Guadeloupe. L'IF semble avoir une capacité moindre à capter des événements tels que la durée de séjour dans cette population très complexe. D'autres études de recherche doivent être menées pour mieux comprendre et étudier nos résultats.

#### **Dispositif Infirmier Prévention-Santé (DIPS) Dordogne : Bilan, résultats et prospectives après 3 ans de fonctionnement**

F. Woné, C. Lachaud-Rongieras, V. Chanel, C. Clément, M. Gourgues, M. Guillem-Joussaume, S. Lafleur, A. Peytoureau  
(Centre Hospitalier de Périgueux, Périgueux, France)

**Contexte:** Le Dispositif Infirmier de Prévention Santé (DIPS) proposant le repérage et l'évaluation des fragilités en consultation approfondie, opérationnel depuis 2016 en Dordogne est piloté par le Centre Ressources EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux et financé principalement par l'Agence Régionale de Santé. Cette consultation « Prévention-Santé » est proposée dans 5 centres de consultations 5 hôpitaux du GHT Dordogne et près de 40 points de proximité, 1 journée par mois, dans tout le département. **Objectifs:** Elle s'inscrit en prévention primaire dans le parcours de la personne avançant en âge, aux côtés des différents acteurs des filières gérontologique et gériatrique et du médecin traitant. **Méthodes:** Selon le processus ICOPE de l'OMS, après repérage des fragilités (STEP 1), en autonomie ou accompagné, la consultation propose une évaluation globale (cognitive, physique, nutritionnelle, psychologique, sensorielle et socio-environnementale) réalisée par un professionnel infirmier. Elle permet la mesure des capacités intrinsèques et fonctionnelles de la personne (STEP 2). L'élaboration d'un plan de soins personnalisés (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), complètent l'accompagnement en prévention. Le médecin traitant, co-destinataire du bilan d'évaluation et du plan de soins, peut agir sur les actions nécessitant une prescription. **Résultats:** Après 3 ans de fonctionnement, près de 400 STEP 1 et 700 STEP 2 qui ont été menés ainsi que plus de 1000 appels de suivi 1, 3 et 6 mois. Si 55 % 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 dans 75 % des consultations, confirment l'action en prévention. L'évaluation globale des capacités intrinsèques a permis l'orientation vers plus de 2000 actions de prévention multidomaines en proximité (STEP 5). **Conclusion:** Après 3 ans de fonctionnement, le Dispositif Infirmier de Prévention-Santé (DIPS) confirme sa pertinence dans le déploiement national du programme ICOPE de l'OMS.

#### **PROJET COG- AUDIO: Fragilité neurosensorielle : Evaluation des troubles de la perception de la parole dans le bruit au Centre Mémoire Ressources Recherche du CHU de Lille**

Pascaline Cassagnaud(1), Agnès Deneve(2), Nathan Zielinski(3), Christophe Vincent(4), Christian Renard(5), Florence Pasquier(6), Christine Moroni(7)

((1) Praticien Hospitalier gériatre CMRR CHU Lille; (2) neuropsychologue CMRR CHU, Lille; (3) Thésard médecine générale; (4) Professeur des Universités otoneurologie CHU Lille; (5) audiologiste Université de Lille; (6) Professeur des Universités neurologie CHU, Lille; (7) Professeur des Universités département de psychologie Université de Lille, France)

**Contexte:** La presbycusie comme les maladies neurodégénératives apparaissent insidieusement avec l'âge. Enjeux majeurs de santé publique, elles sont néanmoins sous diagnostiquées car la présence de l'une entrave l'objectivation de l'autre. Le rapport du Lancet de 2020 identifie la surdité comme le principal facteur modifiable de prévalence de la démence (8%) dès 45 ans. Les troubles de la perception de la parole dans le bruit contribuent à la fragilité de la personne âgée en accélérant l'entrée dans un processus neurodégénératif. **Objectifs:** Nous

avons fondé le projet COG AUDIO sur le postulat que ce facteur de risque auditif pouvait être dépisté et analysé en centre mémoire auprès de patients fragilisés par des troubles cognitifs. **Méthodes:** Nous avons intégré au bilan cognitif de l'hôpital de jour, une évaluation auditive de troubles de la perception de la parole dans le bruit chez les patients sans antécédent de surdité bénéficiant d'une évaluation neuropsychologique. Le questionnaire HHIE-S (Hearing Handicap Inventory for Elderly-Screening) recueille la gêne auditive. Un dispositif ambulatoire de test auditif dans le bruit (Vocale Rapide dans le Bruit, VRB) et une échelle cognitive globale de Mattis ont été administrés. **Résultats:** Les données neuropsychologiques étaient disponibles pour 122 patients consultant pour des troubles cognitifs légers à modérés et ayant réalisé l'évaluation auditive complète. Il existe une corrélation positive entre l'âge et le score VRB, une corrélation positive entre le score au HHIE-S et le score VRB et une corrélation négative entre le score à l'échelle de Mattis et le test VRB. **Conclusion:** Ces résultats confortent les liens entre les troubles auditifs et cognitifs. Les seuils du HHIE-S et de la VRB sont issus des travaux de Duchene et coll réalisés en population générale. Nous avons appliqué la procédure en y intégrant un dépistage ambulatoire de déficit auditif simple rapide sensible avec évaluation neuropsychologique validant la faisabilité en centre mémoire. L'absence de recommandation d'évaluation auditive chez les patients adressés en Centre mémoire soulève la question des pratiques professionnelles. Ces co-pathologies soulignent également l'approche holistique et interdisciplinaire nécessaire des troubles neurosensoriels.

#### **Facteurs gériatriques pronostiques d'évènements indésirables dans l'insuffisance cardiaque aiguë. Une étude rétrospective multicentrique**

Fannie Bretelle, Sonia Belmeliani, Sylvie Bonin-Guillaume, Pascal Rossi, Franck Paganelli, Catherine Molines, Patrick Villani, Anne-Laure Couderc  
(Aix-Marseille Université, Marseille, France)

**Contexte:** L'insuffisance cardiaque est une maladie fréquente et grave, particulièrement chez le sujet âgé. Certains facteurs gériatriques pourraient être impliqués dans la survenue d'évènements indésirables et de non retour à domicile en cas d'insuffisance cardiaque aiguë. **Objectifs:** L'objectif principal de notre étude était d'identifier l'impact des facteurs gériatriques sur la survenue d'évènements indésirables (allongement du temps de séjour, mortalité toutes causes confondues, transfert dans une autre unité) au cours d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque aiguë. L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs gériatriques responsables de séjour d'évolution défavorable (non-retour à domicile : placement en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, Unité Soins Longue Durée, Soins de Suite et de Réadaptation) après l'hospitalisation. **Méthodes:** Dans cette étude rétrospective, en France, les patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés dans 4 centres différents à Marseille pour insuffisance cardiaque aiguë ont été inclus entre Janvier 2018 et Décembre 2019. Tous les patients inclus ont été identifiés via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, codé par le diagnostic «Insuffisance cardiaque aiguë» comme diagnostic principal. **Résultats:** 187 patients diagnostiqués «Insuffisance cardiaque aiguë» ont été inclus. La moyenne d'âge était de 88,2 ans ( $\pm$  5,5) et 69,5% étaient des femmes. Le taux de mortalité était de 9,6% et les patients avec un séjour allongé représentait 41,7% des patients. En analyse multivariée, les évènements indésirables étaient significativement augmentés en cas de d'escarre et de dépendance. Le non-retour à domicile était significativement augmenté en cas de dysthymie et de dépendance. **Conclusion:** Notre étude a montré que certains facteurs gériatriques tels que la dépendance, les escarres et la dysthymie ont un impact sur les évènements indésirables et le séjour d'évolution défavorable chez des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque aiguë. Ces domaines devraient être considérés dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque aiguë pour améliorer la survie, l'autonomie, ainsi que pour améliorer le retour à domicile de ces patients au décours d'une hospitalisation.

## Population des centres de prévention AGIRC-ARRCO: Caractéristiques de 2 sous-populations chuteurs et non chuteurs en 2022

Aude Theaudin(1), Christiane Vannier(2), Florence Martin(3), l'ensemble des médecins Directeurs des centres de prévention Agirc-Arrco, Frédérique Decherf(1)

((1) Centre de prévention Agirc-Arrco, Rennes; (2) Centres de Lyon et Bourg les Valences; (3) Centre de Toulouse, France)

**Contexte:** Les 18 centres de prévention Agirc-Arrco et ses 70 antennes reçoivent des personnes âgées en moyenne de 70 ans. L'évaluation de 2 heures avec médecin et psychologue permet le repérage du risque de chute et sa prise en charge multidimensionnelle par un parcours de prévention adapté. **Objectifs:** Il s'agit d'énoncer les caractéristiques d'un sous-groupe de population reçue en 2022 dans les centres de prévention Agirc-Arrco et d'identifier les facteurs de risques de chute ou signes avant coureurs de chutes. **Méthodes:** Nous avons retenu pour l'analyse, les dossiers sans données manquantes de l'ensemble de la population reçue en bilan dans les 18 centres de prévention Agirc-Arrco en 2022. 7968 dossiers exploitables sur 22998 soit 34,65% de la population totale. Nous avons identifié 2 populations: les chuteurs et les non chuteurs sur l'antécédent de chutes dans les 6 derniers mois. Nous avons comparé en terme de fréquence la peur de chuter, le bas niveau d'activité physique, la sédentarité, la station unipodale < 5 s, le perte de poids involontaire, la polymédication et l'autoressenti de la santé. **Résultats:** Sur 7968 personnes, 55,1% étaient des femmes, et l'âge moyen de 69,4 ans. 11,4% (912) étaient chuteurs dans les 6 derniers mois. Parmi eux, plus d'un tiers (34,3%) déclaraient avoir peur de retomber. 6,6% présentaient un bas niveau d'activité, 17,2% une sédentarité physique et 5,1% des chuteurs présentaient ces 2 facteurs de risque. 22% avaient une station unipodale < 5 secondes sur au moins une jambe. 6,6% présentaient une perte de poids involontaire > 5% du poids total. 28% prenaient plus de 4 médicaments/jour, 52,4% entre 1 et 3, 19,6 % aucun. 79,7% déclaraient un auto ressenti de la santé excellent, très bon ou bon. Selon la classification de Fried, 36,1% des chuteurs étaient robustes, 57% préfragiles et 6,9% fragiles. Chez les non chuteurs (7056), 7,1% avaient peur de retomber. 1,5% avaient un bas niveau d'activité physique, 1,3% une sédentarité physique, 0,4% des chuteurs présentaient ces 2 facteurs de risque. 10,5% avaient une station unipodale à < 5 secondes sur au moins une jambe, 3,6% avaient une perte de poids involontaire > 5% du poids total. 19,9% prenaient plus de 4 médicaments/jour, 52,4% entre 1 et 3, 27,7% aucun. 88,4% déclaraient un auto ressenti de la santé excellent, très bon ou bon. Selon la classification de Fried 47,6% étaient robustes, 50% préfragiles et 2,4% fragiles. **Conclusion:** Les centres de prévention Agirc Arrco sont un atout pour le repérage et l'évaluation du risque de chutes des seniors s'intégrant dans le plan national antichutes ainsi que leur proposition de panier de prévention (bilan et atelier diététique, atelier activité physique).

## Organisation d'une surveillance systématique de l'état nutritionnel des personnes âgées fragiles en retour à domicile après hospitalisation ; déploiement d'une action individualisée de sensibilisation à distance

Corinne George(1), Camille d'Amore(1), Yoann Perez(2), Théo Loubet(2)

((1) Carsat Midi-Pyrénées; (2) CDIET, Toulouse France)

**Contexte:** La Carsat Midi-Pyrénées propose une Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) afin d'accompagner le retraité. En 2022, 4 944 seniors en ont bénéficié. Pour cette population âgée de 79 ans en moyenne, la Haute Autorité de Santé préconise une surveillance hebdomadaire de l'état nutritionnel lors de l'hospitalisation, ainsi qu'une surveillance à la sortie. Depuis mai 2022, en collaboration avec CDIET, la Carsat Midi-Pyrénées a décidé de proposer un accompagnement nutritionnel à tout bénéficiaire d'une ARDH et de mesurer: • L'adhésion des bénéficiaires à un accompagnement nutritionnel. • Les motifs d'adhésion ou de refus. • La conscience de la nécessité d'une telle proposition. • Les notions de prévention nutritionnelle retenues avant l'intervention de la CARSAT. **Méthodes:** Pour chaque bénéficiaire ARDH, le prestataire CDIET contacte le retraité ou son aidant naturel

par téléphone afin de délivrer un message de sensibilisation et de proposer une prise en charge diététique à distance. Les taux de contact et d'acceptation sont relevés, fonction du contexte, du message, et du patient. Les motifs de refus sont consignés. Lors d'une acceptation, un bilan nutritionnel téléphonique est réalisé par une diététicienne qui: - juge de la qualité ressentie des informations contextuelles délivrées par le patient ou son aidant naturel ou professionnel (Selon une échelle de notation définition par une liste de critères uniques); - et enquête par déclaration sur les pratiques diététiques de la personne (enquête sur les pratiques diététiques enseignées auparavant dans le parcours de vie de la personne, ainsi que sur les pratiques diététiques subsistantes au jour du bilan). Ces bases déclaratives sont consignées dans les comptes-rendus des professionnelles pour dénombrement. **Résultats:** Sur 976 personnes identifiées, - 871 ont pu être contactées et recevoir un message de sensibilisation sur la surveillance nutritionnelle. - 524 ont accepté de recourir à une surveillance nutritionnelle à distance sur 2 mois. Le motif de refus principal est l'absence de besoin ressenti d'une surveillance nutritionnelle. A ce jour, 431 bilans diététiques téléphoniques ont été réalisés. Sur cette cohorte: - 59 disent n'avoir jamais eu de conseil nutritionnel, - 371 disent avoir eu un conseil; parmi lesquels 239 ne suivaient pas le conseil reçu ou suivaient un conseil qui n'était plus en lien avec l'état nutritionnel actuel. Au terme des bilans, les diététiciennes ont émis un ou plusieurs conseils pour: - les 59 bénéficiaires en absence de conseil, - les 239 bénéficiaires présentant un conseil non appliqué ou non pertinent, - 81 des 132 bénéficiaires avec un conseil encore adapté. **Conclusion:** 89,2 % des personnes ont reçu un message de sensibilisation au risque nutritionnel, individualisé et contextualisé par un professionnel spécialisé. 53,7 % ont accepté la surveillance nutritionnelle à distance. La méthode opérationnelle utilisée ne consommant que très peu de ressources spécialisées et non localisées, répliquable à très haut volume et à moindre frais, semble pertinente en termes d'organisation pour délivrer une prévention massive sur les sujets fragiles. Notamment, elle a permis en très peu de temps la sensibilisation d'une grande quantité de patients, et leur accompagnement le cas échéant.

## Mortalité et événements cardiovasculaires, relation avec les différents niveaux d'activité physique et de sédentarité : cohorte Proof

Caroline Dupré, M. Brégère, M. Berger, V. Pichot, S. Celle, F. Roche, D. Hupin

(Université Jean Monnet, Saint-Priest-en-Jarez, France)

**Contexte:** Bien qu'il soit prouvé que l'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse est efficace dans la prévention des principales maladies chroniques, les études épidémiologiques les plus récentes se concentrent aujourd'hui sur l'activité physique de faible intensité, en raison de la nécessité de promouvoir toutes les activités. Cependant, les preuves restent actuellement faibles. **Objectifs:** L'objectif de l'étude est de clarifier les effets des différents niveaux d'activité physique et de sédentarité sur la mortalité. **Méthodes:** Les différents niveaux d'activité physique ont été évalués par un questionnaire autoadministré validé (POPAQ) portant sur 5 types différents d'activité physique au cours des 7 jours précédents. Les antécédents médicaux et les examens ont été pris lors de chaque visite clinique pour déterminer les événements cliniques. La mortalité toutes causes confondues a été établie selon la même procédure et en vérifiant les registres de décès locaux. Les relations entre l'intensité d'activité physique (léger, modéré à vigoureux) ainsi que les périodes de sédentarité par rapport à la mortalité ou d'événements cardiovasculaires ont été analysées par splines et modèles de COX. **Résultats:** Sur les 1011 sujets de 65 ans initialement inclus en 2001 (60% de femmes), le dernier suivi de 18 ans est actuellement terminé depuis 2019. Au total 197 décès (19,2% dont 77 décès cardiovasculaires) et 195 événements cardiovasculaires (19,3 %) ont été signalés. Les moyennes (écart-type) d'activité modérée ou intense, légère ou de sédentarité étaient respectivement de 1,2 h/j (0,3), 5,8 h/j (1,1) et 6,6 h/j (2,3). Pour les décès toutes causes confondues, ainsi que les décès cardiovasculaires, les splines étaient significatives pour l'activité légère ( $p=0,04$  et  $p=0,01$ ) et modérée et intense ( $p<0,001$  et  $p<0,001$ ), mais pas pour la sédentarité ( $p=0,24$  et  $p=0,90$ ). Il y a cependant une réduction significative des événements cardiovasculaires lorsque la sédentarité diminuait de 10,9 à 3,3 h/j. **Conclusion:** L'étude

de cohorte PROOF montre une relation dose-réponse claire entre la dose d'activité physique légère, modérée ou intense et la sédentarité avec la mortalité et les événements cardiovasculaires. Ces résultats fournissent des preuves supplémentaires pour soutenir l'inclusion de l'activité physique légère dans les futures lignes directrices sur les activités physiques.

### Méthodes d'analyse, de curation et d'utilisation de données de santé liées à la longévité chez les personnes âgées à l'aide de l'Intelligence Artificielle

Didier Coeurnelle, Fabrice Ntwali

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

**Contexte:** La collecte et la curation de données de santé précises et fiables chez les personnes âgées, sont essentielles pour mieux comprendre les problèmes de santé liés à la longévité. Cependant, ces tâches peuvent s'avérer difficiles, chronophages et coûteuses, surtout lorsque l'on considère la taille de la population. Les nouvelles technologies comme l'IA peuvent offrir une solution à ce problème en permettant de collecter les données de manière efficace et fiable à moindre coût. **Objectifs:** Obtenir des données massives de santé liées à la longévité chez les personnes âgées, avec le plus de précision et de curation possibles, afin de favoriser des pistes vers des développements thérapeutiques innovants. **Méthodes:** L'IA peut être utilisée pour collecter les données de santé liées chez les personnes âgées de différentes manières. Les données peuvent être collectées à partir de sources telles que les dossiers médicaux électroniques, les capteurs portables et les applications mobiles. Les techniques d'apprentissage automatique peuvent être utilisées pour la curation des données collectées, pour détecter des schémas, des anomalies ou des signes précoces de maladies en respectant des protocoles de sécurité, de confidentialité, d'anonymisation ou de pseudonymisation pour protéger les données collectées. Enfin, les développements récents notamment relatifs à ChatGPT, l'imagerie médicale et Insilico Medicine doivent faire l'objet d'examen au point de vue tant des opportunités thérapeutiques que des risques notamment éthiques et de protection des données. **Résultats:** L'utilisation de ces données de santé est essentielle dans la prévention et la mise en place de thérapies ciblées. Les données collectées grâce à l'utilisation de l'IA peuvent être utilisées pour améliorer la compréhension des facteurs qui influencent le vieillissement, pour développer des stratégies de soins de santé plus efficaces pour les personnes âgées et pour déterminer des pistes thérapeutiques nouvelles, notamment par l'analyse de «signaux faibles». **Conclusion:** L'IA est un outil prometteur pour la collecte de données de santé liées à la longévité chez les personnes âgées. L'utilisation efficace de ces données peut améliorer les traitements et la qualité de vie des personnes en situation de fragilité.

### Facteurs associés au maintien et à l'arrêt de la conduite automobile en âge avancé – étude FAMACO

Capucine Ribeyre(1), Caroline Dupré(2), Solène Dorier(3), Régis Gonthier(4), Nathalie Barth(5), David Hupin(4)

((1) Gérotopôle AURA, Saint-Etienne; (2) Chaire Santé des Aînés, Université Jean Monnet, Saint-Etienne; (3) Gérotopôle AURA, Saint-Etienne; (4) CHU de Saint-Etienne, Saint-Etienne; (5) Gérotopôle AURA, Saint-Etienne, France)

**Contexte:** Les impacts du vieillissement sur l'organisme sont multiples et peuvent être à l'origine de difficultés à la conduite automobile. L'augmentation du nombre de conducteurs âgés questionne depuis plusieurs années sur l'instauration d'une visite médicale obligatoire dès 70 ans en France. **Objectifs:** Les objectifs sont de dresser un état des lieux des habitudes relatives à la conduite automobile des personnes âgées de plus de 80 ans au regard des capacités fonctionnelles et cognitives ; d'identifier les facteurs prédictifs au maintien ou à l'arrêt de la conduite ; et d'identifier les besoins et points de vue des acteurs en lien avec la conduite des personnes âgées. **Méthodes:** Cette étude repose sur une méthodologie mixte. Le volet quantitatif a permis de recueillir des données environnementales par questionnaire en lien avec les habitudes de conduite automobile, et des données de santé via la cohorte stéphanoise PROOF, rassemblant des personnes de plus de 85 ans ayant participé depuis plus de 20 ans à un recueil de données physiologiques. Des entretiens qualitatifs semi-directifs ont

été réalisés auprès de huit populations concernées par la problématique (personnes âgées conductrices et ne conduisant plus, médecins traitants, gériatres, médecins agréés de la sécurité routière, services de secours à la personne, forces de l'ordre et moniteurs d'auto-école). **Résultats:** En guise de premiers résultats, les anciens conducteurs ont plus de pathologies neurodégénératives, et souffrent davantage de problèmes de cognition et de motricité. Les conducteurs actifs ont participé à des actions d'évaluation ou de remise à niveau, et utilisent davantage les aides à la conduite. Parmi eux, 93,5% souhaitent continuer de conduire le plus longtemps possible. L'arrêt de la conduite est une décision prise à 83,5% des cas par la personne âgée. 183 entretiens semi-directifs ont été réalisés sur une période de 3 ans, permettant de mettre en lumière l'auto-adaptation des habitudes de conduite face aux difficultés rencontrées avec l'avancée en âge. Une évaluation pluridisciplinaire et standardisée apparaît comme une condition nécessaire pour optimiser le parcours de conduite et faciliter le processus d'arrêt. **Conclusion:** La prévention de l'arrêt de la conduite peut se faire à travers les aides à la conduite, les remises à niveau ou encore l'autorégulation.

### Fragilité et dénutrition

Tiba Delespierre, Priscilla Clot-Faybesse

(Korian, Paris, France)

**Contexte:** Korian®, premier groupe européen de soin au service des personnes âgées et fragiles, gère 280 EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) en France. Le logiciel NETSoins® permet le suivi des activités paramédicales, la traçabilité des soins et des prescriptions. Les transmissions-soins saisies par le personnel soignant contiennent des informations textuelles clés sur la prise en soins et la santé des résidents. Les pathologies ou les risques contiennent également des données textuelles. **Objectifs:** La fragilité en EHPAD constitue un facteur de risque d'altération de l'état général important. Les nouveaux résidents entrent de plus en plus tard (l'âge d'entrée ne cesse de reculer), de plus en plus dépendants (en perte d'autonomie croissante). Ils sont aussi de plus en plus dénutris. Nous explorons ici les liens et les leviers possibles entre fragilité et dénutrition sur une cohorte représentative des résidents en EHPAD Korian®. **Méthodes:** J'ai extrait tous les résidents des 280 EHPAD avec au moins une transmission-soins pendant les 5 semaines d'inclusion [29/08/2022 - 03/10/2022] avec âge, sexe et niveau d'autonomie alimentés. J'ai conservé les Indices de Masse Corporelle compris dans l'intervalle [12 - 45]. Ensuite, j'ai défini la dénutrition conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, puis recherché un ensemble de mots-clés relatifs aux escarres, infections, sarcopénie, fractures, chutes, glycémie/diabète/insuline, cancer, déglutition, dénutrition, déshydratation, COVID-19, perte d'autonomie, perte d'appétit, fragilité et problèmes bucco-dentaires pour construire des variables textuelles. Enfin, corrélation, régression logistique par échantillonnage et apprentissage machine, puis forêt aléatoire et importance des variables pour répondre à l'objectif. **Résultats:** Une cohorte de 21 789 résidents présents au mois de septembre avec 8769 dénutris (40.25%) et 2240 mentionnés fragiles (10.28%). Les décès, chutes, le niveau d'autonomie, le sexe, les hospitalisations et la dénutrition expliquent la fragilité avec une précision de 86.25% et un intervalle de confiance à 95% IC=[86.22% - 86.37%]. L'ajout des variables textuelles n'influe pas sur la précision. Les forêts aléatoires appliquées sur l'ensemble des variables apportent une précision de 89.96% (Out Of Bag Erreur=10.08%). **Conclusion:** La corrélation entre fragilité et dénutrition 'textuelle' atteint 11.76%. En tête des variables importantes nous retrouvons déshydratation, perte d'appétit et dénutrition 'textuelles'.

### Orthophonie, vieillissement et fragilité

Aurélie Iché

(Fédération Nationale des Orthophonistes, Paris, France)

**Contexte:** Le vieillissement normal entraîne des changements cérébraux qui peuvent venir modifier le fonctionnement optimal des facultés cognitives. Il n'est donc pas rare d'entendre les personnes qui avancent en âge se plaindre du fonctionnement de leur mémoire. Pour la plupart il s'agit de changements cognitifs bénins et normaux pour l'âge.

Pour d'autres, peut-être le début d'une maladie neurodégénérative. Le concept de réserve cognitive a été proposé pour expliquer la capacité du cerveau à limiter les conséquences des changements cérébraux liés à l'âge. **Méthode / Résultats:** - De nombreuses études montrent que la pratique d'activités stimulantes est associée à un meilleur fonctionnement cognitif et à un risque réduit de développer une maladie neurodégénérative. Une réduction de 25% de l'inactivité cognitive permettrait de réduire jusqu'à un million de cas dans le monde. Ainsi, les mécanismes de neuroprotection liés aux activités de stimulation permettent à la personne de se maintenir plus longtemps sur un fonctionnement optimal. Ces résultats sont encourageants et incitent à l'élaboration de stratégies de prévention afin de maintenir sa santé cognitive. **Conclusion:** Nous souhaitons aborder les notions de santé cognitive, de réserve cognitive, de facteurs de risque et de protection sur la santé cognitive, pour ensuite réfléchir à la place des orthophonistes dans ce parcours de prévention. La prévention de la dépendance doit passer par le repérage des personnes âgées fragiles et par la mise en place d'actions ciblées, fortes et prolongées.

#### **Etude de la pertinence des examens biologiques au sein du service d'une unité de gériatrie aiguë et d'un service de soins de suite et réadaptation gériatrique**

Sylvie Aaufaure, Marie Picque, Astrid De Pont Farcy, Rock Ondzie, Dinia Monia, Abdelhamid Fliih, Khadidja Hannouche, Françoise Magot, Nicolas Raulet, Sandrine Thibeaud  
(*Groupe Hospitalier Sud Ile de France, Melun, France*)

**Contexte:** Les bilans biologiques sont une aide au diagnostic, permettent d'assurer le suivi d'une pathologie, d'un acte, d'un traitement. Ces bilans peuvent amener à modifier une prescription ou à réaliser des examens complémentaires. Force est de constater qu'ils sont parfois difficiles à réaliser donc sont sources d'inconfort chez les patients âgés et sont chronophages pour les infirmières. **Objectifs:** Evaluation de la pertinence de la prescription des examens biologiques. **Méthodes:** Le nombre d'examen biologiques a été colligé le premier semestre 2022. Le nombre de fois où l'examen est demandé par séjour et l'intervalle moyen entre 2 prescriptions (en utilisant les données des tableaux de bord des finances pour le nombre d'entrées et la DMS) ont été calculés. Le coût des examens par type a été également recensé. Une réunion avec les praticiens du court séjour et du SSR a également eu lieu le 13 octobre 2022 afin d'analyser les résultats. **Résultats:** Le nombre d'examen usuels (NFS Ionogramme urée créatinine CRP) par séjour est environ de 3.5 pour l'unité de gériatrie aiguë par séjour et de 5 pour le SSR (soit environ 1 prélèvement par semaine) L'intervalle moyen entre les examens usuels est de 3.5 jours pour l'unité de gériatrie aiguë et de 6 jours pour le service de SSR. Les examens les plus coûteux recensés sont : la PCR COVID, le dosage BNP et troponine et le dosage folates et vitamine B12. Les actions d'amélioration proposées: 1. Les praticiens pensent que le nombre de prélèvements le week-end peuvent être limités aux situations urgentes ou aux contrôles d'anomalie pouvant modifier la prescription; 2. Le laboratoire peut bloquer les prescriptions qui pourraient être redondantes par inattention; 3. Les dépistages COVID de la totalité des patients d'un service en cas de suspicion de cluster ont été abandonnés au profit du dépistage des sujets contacts, des patients symptomatiques et en fonction de la sérologie. 4. Le dosage de BNP est malheureusement conditionné à l'accès à l'échographie cardiaque; 5. Les praticiens se sont interrogés sur la nécessité de laisser le dosage de vitamine B12 et de folate dans le bilan d'entrée. Le nombre de patients pour lesquels une carence en folates et en vitamine B12 a été mise en évidence sur le premier semestre 2022 n'est pas négligeable et les résultats ne sont pas corrélés au taux hémoglobine et au VGM. Il n'est donc pas pertinent de retirer le dosage de vitamine B12 et le dosage de folates du bilan d'entrée. **Conclusion:** Une évaluation de la pertinence des examens biologiques permet d'adapter nos stratégies diagnostiques tout en assurant une qualité des soins optimale. Les gériatres veillent à garantir un confort acceptable pour les patients et à ne pas accroître la charge en soins des infirmières.

#### **Corrélat de la qualité de vie liée à la santé chez les personnes âgées vivant en collectivité en Guadeloupe (Antilles françaises): résultats de l'étude KASADS**

Nadine Simo-Tabue, Denis Boucaud-Maitre, Pierre Gebhard, Roxane Villeneuve, Leila Rinaldo, Jean-François Dartigues, Moustapha Dramé, Maturin Tabue-Teguo  
(*CHU Martinique, CHU Bordeaux, CHU Guadeloupe, France*)

**Contexte:** La qualité de vie (QoL) fait référence à «la perception qu'a un individu de sa position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit et par rapport à ses objectifs, attentes, normes et préoccupations [1]. Deux grands types de facteurs déterminent la qualité de vie d'un individu : des facteurs objectifs (niveau de vie, état de santé, capacités fonctionnelles (AVQ et IADL), participation et contacts sociaux, loisirs) et des facteurs subjectifs (santé subjective, signification de vie) [2,3]. Certains symptômes comme la douleur sont référencés comme corrélats de la qualité de vie. Un proxy avec une formation appropriée peut évaluer la qualité de vie objective. La qualité de vie subjective reflète les sentiments d'une personne sur sa situation psychologique, sociale et médicale selon ses normes et ses comparaisons avec les autres [4]. Il s'agit d'une mesure multidimensionnelle représentant l'acceptation par une personne de sa condition, prenant en compte plusieurs dimensions de la santé (physique, mentale et le soutien de son entourage). Ainsi, l'état de santé « objectif » des personnes âgées ne déterminerait que partiellement leur état de santé subjectif, un proxy standard de la qualité de vie liée à la santé (QVLS), qui considère l'impact de la santé sur la vie quotidienne. **Objectifs:** Cette étude vise à déterminer les corrélats de la qualité de vie liée à la santé (QVLS) chez les personnes âgées vivant en collectivité en Guadeloupe. **Méthodes:** Nous avons utilisé l'étude KARUKERA sur le vieillissement - Stockage des médicaments (KASADS), une étude observationnelle et transversale sur des personnes âgées vivant en communauté vivant en Guadeloupe. Une échelle visuelle analogique allant de 0 à 100 a été utilisée pour évaluer la QVLS. **Résultats:** L'échantillon de l'étude était composé de 115 patients âgés de 65 ans ou plus ; 67,8 % étaient des femmes. Les participants étaient âgés de 76 (± 7,8) ans avec une QVLS moyenne de 66,2 (± 20,3). Les corrélats de la QVLS étaient les plaintes de douleur (p<0,001) et la dépendance à l'IADL (p=0,030) après ajustement. La douleur et la dépendance à l'IADL étaient indépendamment associées à une QVLS plus faible chez les personnes âgées vivant dans la communauté en Guadeloupe. Nous n'avons trouvé aucune interaction significative entre la QVLS et les autres variables, telles que l'état matrimonial, le niveau socio-éducatif et le déclin cognitif. **Conclusion:** Dans notre étude, la douleur et la dépendance à l'IADL sont corrélées à la HRQoL. Bien que nous n'ayons trouvé aucune association entre les troubles neurocognitifs suspectés et la QVLS, ni d'effet d'interaction entre les plaintes de douleur et les troubles neurocognitifs, la détection de ces trois syndromes chez les personnes âgées vivant dans la communauté est cruciale pour la prévention des événements indésirables pour la santé. D'autres études sont nécessaires pour confirmer et consolider nos résultats.

#### **EHPAD Hors les murs: un projet pour le maintien à domicile des personnes âgées fragiles**

Serge Bismuth(1), Marion Richer(1), Dr Marie(1), Bénédicte Marty(1), Céline Cazeaux(2)  
(*(1) Médecin coordonnateur EHPAD Gaubert; (2) CCAS, Toulouse France*)

**Contexte:** Les personnes âgées souhaitent rester à domicile et n'entrent en EHPAD que contraintes, lorsque les aidants sont épuisés ou absents. 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 capacitair intrinsèque des personnes âgées fragiles du territoire et proposer une prise en charge personnalisée et coordonnée de leurs difficultés pour favoriser leur maintien à domicile en préservant leur autonomie et/ou l'aggravation de leur dépendance. **Méthodes:** Proposer, aux sujets de plus de 60 ans, vivant à proximité de l'EHPAD, repérés fragiles par les professionnels de santé, aux personnes en liste d'attente, et/ou à leurs aidants des activités adaptées aux besoins de chacun et des

bilans partagés avec les résidents de l'EHPAD : - Activités physique et sportive, (Effermip); - 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 corrections; - Prévention des complications du diabète (Diabstat); - Suivi nutritionnel avec repas pris au foyer restaurant; - évaluation iatrogénique avec le centre de pharmacovigilance; - Aide à l'accès aux droits sociaux.

**Résultats:** Depuis le 15/12/2021, 22 personnes inscrites, 3 d'entre elles ont abandonné. Bilans effectués : Ergothérapie au domicile 5, bilans ophtalmologiques (6), auditifs (5), diabète par Diabstat (5) et médicosociaux (7). Les résidents inscrits participent à une 2,3 ou 4 activités par semaine. 15 sont inscrits au programme ICOPE. A ce jour, aucun participant n'a été obligé de quitter son domicile pour une entrée en institution. **Conclusion:** L'EHPAD, plateforme ressource pour les personnes âgées fragiles d'un territoire, devrait favoriser leur maintien à domicile grâce à une prise en charge personnalisée et coordonnée basée sur le programme ICOPE. Un peu de recul et peut être une étude cas témoins permettra de confirmer cette impression favorable.

### Estimation des hospitalisations et des décès attribuables aux infections par le VRS et à la grippe chez les adultes âgés de 65 ans et plus en France

Charles Nuttens, Clélia Bignon-Favary, Laurence Watier, Paul Loubet, Jean-Sébastien Casalegno, Philippe Vanhems, Hervé Lilliu, Stéphane Fievez, Elizabeth Begier, Magali Lemaitre  
(Pfizer, Paris, France)

**Contexte:** La grippe et les infections par le virus respiratoire syncytial (VRS) sont des causes majeures de maladies respiratoires chez les personnes âgées. L'épidémiologie de la grippe est bien caractérisée alors que celle du VRS est peu étudiée dans cette population. **Objectifs:** Les objectifs de cette étude étaient d'estimer l'incidence d'hospitalisations et la mortalité attribuables au VRS chez les plus de 65 ans en France et de les comparer à la grippe. **Méthodes:** Le nombre hebdomadaire d'hospitalisations de 2010 à 2020 a été extrait à partir du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et le nombre hebdomadaire de décès de 2010 à 2017 a été extrait à partir de la base du CépiDC, pour les causes respiratoires (J00-J99) par groupe d'âge. Les séries hebdomadaires ont été modélisées par des régressions cycliques de Poisson incluant des termes saisonniers et de tendances ainsi que des indicateurs de circulation du VRS et de la grippe. **Résultats:** Au cours de la période étudiée, les taux annuels moyens d'hospitalisations attribuables au VRS étaient de 93 hospitalisations pour 100 000 habitants et 256/100 000 chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus respectivement, représentant 5 696 et 15 208 patients hospitalisés. Les taux annuels moyens d'hospitalisations attribuables à la grippe étaient de 94/100 000 et 268/100 000 pour les mêmes groupes d'âge, représentant 5 748 et 15 985 patients. La mortalité annuelle attribuable au VRS était en moyenne de 3.7 décès/100 000 habitants et 15.6/100 000 chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus respectivement, représentant 213 et 918 décès, et de 4.2/100 000 et 32.6/100 000 pour la grippe pour les mêmes groupes d'âge, représentant 1 923 et 2 165 décès. **Conclusion:** Ces résultats montrent que les infections à VRS sont responsables d'un fardeau hospitalier important chez les adultes de 65 ans et plus, principalement à partir de 75 ans, qui est similaire à celui de la grippe. La mortalité est également importante, soulignant le besoin de mesures préventives dans cette population.

### NACRE (Nouvel Accompagnement Coconstruit des Retraités)

Corinne George(1), Camille D'amore(1), Neda Tavassoli(2)  
(1) Carsat Midi-Pyrénées; (2) Gérontopôle, Toulouse, France)

**Contexte:** Ce projet repose sur le constat qu'en France, l'espérance de vie sans incapacité doit être améliorée. L'Assurance Retraite s'est donnée comme ambition d'agir sur cette thématique à l'égard des seniors les plus fragiles économiquement. Ainsi, en partenariat avec le gérontopôle de Toulouse et la fondation I2ML, l'Assurance Retraite a souhaité apporter de nouvelles solutions de prévention aux retraités précaires à travers le projet NACRE qui s'articule en deux temps : - La modélisation d'une offre de prévention à destination des jeunes retraités

précaires en intégrant le programme ICOPE : il s'agit d'un RDV prévention assuré par les professionnelles des structures évaluatrices; - La modélisation d'un temps dédié à la prévention (via la réalisation de l'étape 1 d'ICOPE et la diffusion de message de prévention) au sein des pratiques professionnelles des services d'aide à domicile. **Méthodes:** Cette démarche a été coconstruite avec les professionnels, les bénéficiaires et leur famille. Le premier projet « Rendez-Vous Prévention » à destination des jeunes retraités précaires (JRP) a été conçu à travers : plus de 8000 questionnaires envoyés aux JRP, des groupes de travail avec les évaluateurs, des entretiens en direct avec les JRP, la formation d'évaluateurs au programme ICOPE et au repérage, et enfin par la réalisation de rendez-vous « tests ». L'aboutissement de ces travaux se traduit par 2 temps distincts : - Un RDV 1, à domicile, d'environ 1h15 : présentation de ce temps, étape 1 d'ICOPE, choix des thématiques de l'entretien (accès aux soins, habitat et cadre de vie...), définition d'objectifs avec le retraité et planification du second rendez-vous ; - Un RDV 2, appel téléphonique 2 mois après le 1er : suivi des objectifs, rappel des messages de prévention, suivi d'ICOPE à effectuer tous les 6 mois et réponse à des questions posées. Le second projet, à destination des bénéficiaires des plans d'aide personnalisé de l'action sociale des Carsat : élaboré à partir de travaux menés avec les aides à domicile, de questionnaires à destination des bénéficiaires ainsi que de leur famille et la réalisation de rendez-vous « tests ». Pour la mise en œuvre de ces temps de prévention, une formation sur le vieillissement, le programme ICOPE et le repérage a été conçue et délivrée aux aides à domicile incluses dans le projet. Ce temps de prévention a vocation à s'insérer dans la pratique professionnelle des aides à domicile à travers des temps réguliers d'une demi-heure tous les 6 mois, durant lesquels des messages de prévention sont délivrés et l'étape 1 du programme ICOPE réalisée. **Résultats:** Les résultats sont très positifs : des retraités et plus largement des familles convaincus par la démarche. La posture des aides à domicile dans le rôle qui leur a été attribué a été légitimée par les évaluations des bénéficiaires ; les professionnelles ont été enthousiastes et reconnaissantes quant à la valorisation de leur mission aux côtés des retraités. **Conclusion:** Forte de cela, en 2023, pour poursuivre cette dynamique, la CNAV va lancer une expérimentation courant mars, en collaboration avec les conseils départementaux volontaires, pour la mise en œuvre du projet 2 de Nacre. L'objectif est d'essayer le temps de prévention auprès des bénéficiaires girés 4, 5 ou 6, sur trois départements : le Lot, les Hautes-Pyrénées et le Gard. Pour ce faire, un appel à manifestation d'intérêt à destination des services d'aide à domicile intervenant sur ces territoires sera publié le 1er mars prochain. Les Carsat Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées seront parties prenantes au projet.

### Programme innovant pour la prévention des chutes des personnes âgées fragiles

Cyril Vigouroux, Nicola Lebrun  
(Domaine de la Cadène, Dremil Lafage, France)

**Contexte:** 10 000 chutes par an selon Santé Publique France et c'est une des raisons qui ont lancé le programme Antichute du gouvernement. Ce programme antichute comprend 5 axes dont le dépistage des risques de chute et l'activité physique. Un programme innovant de prévention des chutes (programme LIFE) correspondant à ces deux axes est l'objet de cette présentation. Le programme ICOPE repère les personnes fragiles et cette prise en soins caractérise les steps 2 et 3. **Objectifs:** Un programme de prévention des chutes est appliqué en service d'Hospitalisation à Temps Partiel selon un mode de prise en charge d'un nombre de 6 séances et de 5 contact téléphonique par mois auprès de patient préalablement repéré par ICOPE Un programme éducatif avec l'accompagnement des personnes couvrent les 5 axes du plan antichute ; une analyse des facteurs de risque, une adaptation des aides techniques, une adaptation de l'habitat pour réaliser les exercices de l'activité physique et des système téléassistance. L'objectif est de démontrer les effets de réduction des chutes des personnes âgées fragile à domicile en s'appuyant sur les dernières publications internationales. **Méthodes:** Santé publique France a établi 5 profils de chuteur : autonome, pré fragile, fragile, dépendant, dépendant avec troubles cognitifs. Le programme LIFE est adapté au trois premières catégories. La présentation comprendra la description de l'évaluation

des facteurs de risque initiaux, des séances d'entraînement et le mode de suivi téléphonique. Un exemple de déclinaison du programme par profils de chuteurs sera présenté. **Résultats:** En lien avec ICOPE sur un territoire du nord toulousain, ce programme permet de réduire 30 des chutes à domicile. **Conclusion:** Les programmes d'activité physique sont VIVIFRAIL, OTAGO et LIFE. Le programme LIFE propose des exercices d'équilibre statique et dynamique appliqués dans les activités quotidiennes des personnes âgées fragiles : faire la cuisine, sortir faire ses courses, jardiner, faire du lit.... La prévention des chutes repose sur l'éducation de la personne âgée et conformément au programme Antichute du gouvernement, comprend un dépistage des facteurs de risque, des aides techniques, des adaptations du domicile, de l'activité physique et des systèmes de d'alerte.

## POSTERS

### P-1. Laver ses dents - Eveil du sujet grabataire

Marie Christine Bleux

(SSR CHG la chartreuse, Villefranche de Rouergue, France)

**Contexte:** Les dents : en SSR rééducation beaucoup de patients édentés souvent les incisives du bas , recherche personnelle sur les méthodes de lavage et essaie sans avoir l'intention de faire marche arrière de nettoyage au fil à dent et au pinceau texture poils de porc pinceau pour enfant carré numéro 8 ou 10 diaporama effectué ce jour. Les photos au plafond du sujet grabataire , le covid a amené des sujets âgés à aller tôt au lit , expérience personnelle avec ma maman qui était plus paisible et moi en faisant du tapis de marche avec une image plaisante et non un mur loisé durant mon exercice. ceci a été le déclic pour ma famille. **Objectifs:** Changer les habitudes. **Méthodes:** diaporama du matériel nécessaire et la chronologie, simple peu onéreux et facile même pour des patients mal habiles. **Résultats:** Dents: beaucoup moins à plus de tartre au bout de 3 mois de pratique sur moi, dents de sensation plus grosses, mais les dents déscellées le restent; Photos: apaisement quiétude plaisir au réveil, travail avec collègues à faire avant juin. **Conclusion:** deux éléments constatés personnellement , beaucoup trop de travail pour élargir l'exploration , très attachée à la contribution physique : hygiène des dents, le visuel l'affectif l'ennui.

### P-2. ICOPE et prévention des chutes dans les Maisons Sport Santé (MSS)

Stéphane Gérard(1,2), Marianne Arnaud(3), Davina Lauer(3), Françoise Pradel(4), Céline Bros(5), Camille Gérard(1), Martine Prim(4), Cyrille Delord(5), Caroline Berbon(2), Laura Derche(2)

((1) Maison Sport Santé Respire, Villemur-sur-Tarn; (2) Equipe vieillissement et prévention de la dépendance, Gérontopôle Toulouse; (3) eFORMip, Maison Sport Santé 31, Toulouse; (4) Maison Sport Santé Pays de Mirepoix, Association APSPM (Association des Professionnels de Santé du Pays de Mirepoix), Mirepoix sur Ariège; (5) Maison Sport Santé Bouger pour s'en sortir, Montauban, France)

**Contexte:** La chute est un signe d'alerte majeur de perte des capacités intrinsèques chez les seniors. Le ministère de la santé engage un plan antichute en complémentarité du programme ICOPE à l'échelle nationale. Les maisons sport santé sont des acteurs majeurs pouvant mettre en œuvre ce programme sur les territoires en lien avec les professionnels de santé. eFORMip et la MSS Respire, proposent un parcours coordonné pour les seniors chuteurs : dépistage ICOPE en intégrant des professionnels formés et mise en place d'exercices d'activité physique (AP) en lien avec le médecin traitant. 4 MSS d'Occitanie participent en collaboration avec le Gérontopôle. **Objectifs:** L'objectif principal est d'évaluer l'impact de cette action sur les capacités des participants. De manière secondaire, la satisfaction des participants et celle des médecins traitants est évaluée. **Méthodes:** Les seniors autonomes de plus de 60 ans, chuteurs ou à fort risque de chute, sont repérés par leur médecin traitant et adressés à la MSS de leur territoire. Après une évaluation initiale des performances physiques, est proposé un programme d'AP selon les recommandations OMS avec 3 séances hebdomadaires (2 en

ateliers collectifs et 1 en autonomie, programme VIVIFRAIL). L'étape 1 du programme ICOPE est systématiquement réalisée au sein de la MSS par des professionnels formés, l'étape 2 l'est si nécessaire en fonction des alertes et les résultats sont transmis au médecin traitant pour l'étape 3. 40 participants doivent être inclus durant 3 mois dans cette expérimentation. Seront relevés : - J0 : performances physiques basales, douleur, autonomie, principales maladies; - Résultats de la première étape d'Icove; - Résultats de la deuxième étape pour les participants le nécessitant; - Fin d'étude : performances physiques / satisfaction des participants / satisfaction des médecins traitants. **Résultats:** L'effectif et la collaboration étroite entre MSS et Gérontopôle permettront un recueil exhaustif des données. Celles-ci seront disponibles et présentées pour le congrès. **Conclusion:** Ce projet permet d'expérimenter une proposition concrète de déploiement du plan antichute ministériel au sein des maisons sport santé implantées sur les territoires. Il apporte une réponse de prévention aux alertes ICOPE en particulier sur les mauvaises performances physiques pour favoriser le bien vieillir.

### P-3. Vieillir sans urgences ! L'outil ICOPE dans la prévention de la fragilité au Luxembourg

Sara Galhardas, Emilie Duchet

(Centre Hospitalier du Luxembourg, Luxembourg)

**Contexte:** L'augmentation du nombre de personnes âgées fragiles questionne le système sanitaire sur ces capacités et stratégie de prise en charge. En effet, La fragilité est un processus évolutif dans le temps, sur lequel des actions précoces pourraient entraîner une réversibilité des symptômes mais également des passages aux urgences évités. Suite à ce constat, le CHL a depuis plusieurs années, mis en place un parcours de suivi de la fragilité des patients qui a permis de détecter et de débiter une prise en charge de ces fragilités, afin d'anticiper et de prévenir une perte d'autonomie. **Objectifs:** Prévenir le déclin de la fragilité et la perte d'autonomie des personnes âgées de 70 ans et plus. **Méthodes:** La détection des personnes âgées fragiles au service des urgences est réalisée via l'échelle PRISMA 7 par les infirmiers du service des urgences. Suite à ce passage, l'infirmier de l'unité mobile de gériatrie contacte les personnes détectées et non hospitalisées pour proposer une consultation soignante afin d'initier l'évaluation et la prise en charge de la fragilité. Lors de la consultation fragilité, les patients bénéficient d'une EGS (Evaluation Gériatrique Standardisé) ainsi qu'une inclusion dans le projet ICOPE permettant de monitorer l'évolution de la fragilité. Cette prise en charge est réalisée en collaboration avec les médecins traitants et les réseaux des soins, et les patients sont revus tous les 6 mois ou 1 an selon le niveau de fragilité. **Résultats:** Les patients sont satisfaits d'avoir eu un regard extérieur et professionnel pour les accompagner dans un vieillissement réussi. La prise en charge de ces fragilités a permis de mettre en place des actions de prévention qui ont évité ou freiné le déclin des fonctions intrinsèques. Une étude de recherche est en cours pour objectiver l'impact de ces actions. **Conclusion:** L'outil ICOPE apparaît comme un moyen pour le patient de devenir acteur de sa propre santé et ainsi de le mettre en position de partenaire des soins. La possibilité d'un accompagnement expert et professionnel est assurée actuellement par des professionnels de santé intra-hospitalières. Dans le futur, nous envisageons d'autres types de collaborations.

### P-4. Personnes du 3<sup>ème</sup> âge et utilisation de la Couverture Maladie Universelle en Côte d'Ivoire

Mariam Doussou Iahya Coulibaly, Baudelaire Baudry Bessie

(Institut National de Formation Sociale, Abidjan, Côte d'Ivoire)

**Contexte:** La société ivoirienne est marquée par un vieillissement accéléré de la population. De 2000 à 2021, les données indiquent respectivement 682 891 et 754 461. Selon les projections, les personnes âgées seront 1 950 673 en 2030. Disons que derrière ce bouleversement démographique se trouve alors la nécessité de la prise en charge du sujet âgé. Dans cette optique, la Côte d'Ivoire a développé une stratégie nationale de protection sociale, qui occupe une place importante dans la politique du gouvernement. Elle a pour objectif de renforcer les capacités des ménages et des individus les plus vulnérables tels les personnes âgées et permettre aux populations de gérer leurs problèmes de santé. La santé et la qualité de vie étant un aspect prioritaire par la Côte



d'Ivoire. Cependant, lors d'une enquête exploratoire menée auprès des sujets âgés, membre d'une mutuelle, il ressort que sur un effectif de 2.232 membres que compte la mutuelle, nous dénombrons 551 enrôlés et 63 soit 11,43% qui utilisent effectivement les prestations de la CMU. Pourtant, ils sont sujets à des maladies liées à la vieillesse. Ce constat fait place à l'importance de déterminer les facteurs sous-jacents au faible taux d'utilisation des prestations de la CMU par les personnes âgées en Côte d'Ivoire. **Objectifs:** Identifier les facteurs qui sous-tendent le faible taux d'utilisation des prestations de la CMU par les personnes âgées. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude qualitative et quantitative, avec pour base théorique l'analyse stratégique. **Résultats:** Le faible taux d'utilisation des prestations de la CMU par les personnes âgées s'explique par l'éloignement des centres de santé ou des pharmacies partenaires avec leurs lieux d'habitation. Ce qui les fait recourir au système de soins traditionnels facilement accessible. La liste du réseau de distribution des produits pharmaceutiques partenaires de la CMU n'est aussi pas fournie pour répondre efficacement à leurs besoins. A cela s'ajoute, leurs perceptions sur cette assurance de solidarité. **Conclusion:** La prise en compte de la vulnérabilité des personnes âgées dans le système de fonctionnement de la CMU va faciliter une meilleure utilisation de cette stratégie de couverture médicale.

#### **P-5. Activité de suivi des patients retournés à domicile après une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation gériatrique par une infirmière en pratique avancée**

H Wymann

(Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France)

**Contexte:** Des patients rentrent à leurs domiciles après une hospitalisation en unités de soins de suite et de réadaptation gériatrique à Strasbourg et Eurométropole de Strasbourg; **Objectifs:** éviter les réhospitalisations, renforcer l'accompagnement de la personne âgée fragile, renforcer lien hôpital-ville. **Méthodes:** L'IPA propose aux patients de les suivre après leurs retours à domicile. Elle réalise une visite initiale à domicile dans les 7 à 30 jours après la sortie d'hospitalisation en SSRG et les 3 trimestres suivants. Ce suivi se fait en complément des autres intervenants médicaux, paramédicaux et autres professionnels de dispositifs de maintien à domicile. Elle réalise un compte rendu qui est transmis au médecin généraliste et au praticien hospitalier. Son activité se fait avec les différents professionnels qui interviennent auprès du patient. (médecins, paramédécins, dispositifs de maintien à domicile, etc). Lors de ces visites, elle voit avec le patient (et le proche aidant) si il y a eu des difficultés sur le plan fonctionnel (mise en place du plan d'aides humaines et/ou matériel). Elle s'assure qu'il n'y ait pas de rupture de parcours de soins (reprise de contact auprès du médecin généraliste, rendez-vous programmés auprès d'autres praticiens ou bilans envisagés en HDJ (cognitifs, etc)). Elle reprend le modèle ICOPE pour l'évaluation des capacités intrinsèques. Elle encourage le patient à ce qu'il reste acteur de sa santé par de l'éducation, prévention. Elle questionne le patient quant à son projet de vie et sa place dans la société (repérage de l'isolement social, respect du souhait de projet de vie). **Résultats:** ce suivi vient renforcer l'accompagnement de la personne âgée, le lien hôpital ville et permet le développement de réseaux ; il permet de renforcer les projets de maintien à domicile et d'éviter des réhospitalisations. **Conclusion:** Par les différentes compétences développées durant la formation en pratique avancée, l'IPA peut accompagner et renforcer le suivi des personnes âgées fragiles.

#### **P-6. Revue de la littérature dans le cadre de l'élaboration d'un itinéraire de « Vieillesse en Santé » (VIESA)**

Samuel Périvier(1), Eleni-Marina Ashikali(1), Catherine Ludwig(2), Aude Tholomier(1), - Laura Mastromauro(1), Irina Ionita(3), Christophe Graf(4), Catherine Busnel(1)

((1) Imad; (2) HES, Haute Ecole de Santé, HES-SO; (3) Plateforme des associations d'ânés; (4) Département de Réadaptation et Gériatrie, Hôpitaux Universitaires, Genève, Suisse)

**Contexte:** Le projet Viesia vise à élaborer un itinéraire personnalisable de «vieillesse en santé» pour préserver les ressources intrinsèques et extrinsèques des plus de 65 ans selon les recommandations ICOPE (OMS) (1). **Objectifs:** Nous avons réalisé une revue de la littérature

concernant les interventions efficaces. **Méthodes:** cette revue a ciblé les revues systématiques et les méta-analyses publiées entre janvier 2015 et juin 2022, en anglais, français, espagnol, italien et grec, accessibles via la base de données de l'OMS. Les guidelines ont été sélectionnés via les termes de recherche «older», «older people» et «senior» dans les moteurs de recherche de trois institutions : l'OMS, la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) et le National Institute of Health and Care Excellence (NICE) (2,3,4). **Résultats:** 20 articles et 18 guidelines d'institutions internationales ont été inclus issus de plus de 600 études, et plus de 50 interventions différentes. Les études ciblaient les personnes de plus de 50 ans vivant dans la communauté, avec ou sans problème de santé. Les interventions concernaient la prévention primaire ou secondaire et le maintien des capacités intrinsèques et fonctionnelles, des systèmes physiologiques, la prévention de la fragilité et le soutiens aux proches aidants. La promotion de l'activité physique s'est révélée efficace dans plusieurs domaines. Il est souligné l'importance des facteurs comportementaux ainsi que l'utilité du dépistage de certaines pathologies et des syndromes gériatriques selon les 6 domaines ICOPE. **Conclusion:** Discussion : l'enjeu du vieillissement en santé est de proposer aux seniors les moyens d'adopter des comportements sains selon leurs préférences, en s'appuyant sur les données scientifiques. Il est important que les communautés offrent une promotion et un soutien adéquats et accessibles au public. Nous proposerons, basé sur la revue de littérature, un guide d'informations faisant le lien avec les prestations disponibles dans le réseau.

#### **P-7. Quand l'effet Proust rencontre la réalité virtuelle**

Léa Merchez

(Université Toulouse Jean Jaurès, Toulouse, France)

**Contexte:** Le vieillissement peut être source d'altérations cognitives. La mémoire de travail, la mémoire sémantique et la mémoire épisodique semble touchée. Ces altérations empêchent la réactualisation du self et donc une cristallisation des connaissances sur soi. Dès lors, comment travailler sur l'identité ? Cette étude propose au travers de l'utilisation d'un casque de réalité virtuelle et de stimulation olfactive de stimuler la mémoire autobiographique, et donc le Self, par des réminiscences. **Objectifs:** Étudier l'intérêt de la réalité virtuelle couplée à la stimulation olfactive sur la conscience de soi ( $Z=3$ ;  $p 0.05$ ) et le concept de clarté de soi ( $Z=2.5$ ;  $p 0.05$ ) chez le sujet vieillissant présentant une maladie neuro-évolutive. **Méthodes:** Cette étude se déroule sur huit semaines à raison d'une séance par semaine. Elle a été réalisée à l'aide du casque de réalité virtuelle Oculus Quest V.2. Les stimulations olfactives ont été réalisées selon deux modalités, à savoir, l'utilisation de synergies des laboratoires Messegué et l'utilisation d'odeurs prélevées en milieu naturelles. Les films qui se veulent immersifs, ont été visionnés dans un ordre croissant afin de favoriser l'adhésion au dispositif. Nous retrouvons plusieurs thématiques à savoir : - Un vol au dessus du Mont Blanc; - Un vol au dessus des Pyrénées; - Une visite de Paris; - Une balade en forêt; - Une balade en chien de traîneau; - Visite de Collonges-La-Rouge; Une phase de pré-test à évaluer: - Le niveau d'efficacité cognitive globale; - Le bien-être; - La qualité de vie; - La conscience de soi; - Le concept de clarté de soi. En mesures répétées nous retrouvons : - Des mesures physiologiques (fréquence cardiaque et pression artérielle); - L'anxiété trait; - La motivation; Enfin, une phase de post-test mesure: - Le bien-être; - La qualité de vie; - La conscience de soi; - Le concept de clarté de soi. **Résultats:** Malgré une augmentation des scores aux échelles révisées de conscience de soi et de concept de clarté de soi, les résultats ne semblent pas significatifs. **Conclusion:** Cette étude ne permet pas d'affirmer que la réalité virtuelle et la stimulation olfactive ont un effet significatif sur la conscience de soi et le concept de clarté de soi. Les résultats semblent indiquer un effet positif, mais demeurent insuffisants pour arguer un effet du dispositif sur le soi. Toutefois, ils permettent de réaliser un retour constructif et encouragent à poursuivre à plus grande échelle cette recherche. Des études complémentaires restent nécessaires afin d'étudier ces modalités sur les différentes dimensions du soi. L'évaluation de ce dispositif permet d'apporter de nouvelles pistes quant à l'utilisation de la réalité virtuelle et de la stimulation olfactive dans le processus de réminiscence chez les personnes âgées atteintes de maladie neuro-évolutive.

### P-8. Profil gériatrique des patients à risque de fragilité médicamenteuse

M Grau(1,2), L Micallef(2), A Maguette Djiogomaye Ndiaye(2), N Cardinaud(1,2), A Tchalla(1,2), ML Laroche (2)

((1) Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du vieillissement (UPSAV), Centre Du Bien Vieillir, Pôle HU Gériatologie Clinique, CHU Dupuytren Limoges; (2) Laboratoire Vie-Santé (Vieillesse Fragilité Prévention, E-Santé), Université De Limoges, France)

**Contexte:** La iatrogénie médicamenteuse est un facteur de fragilité chez les personnes âgées (PA). Les mesures de prévention s'avèrent être insuffisantes. Les effets indésirables médicamenteux entraînant une hospitalisation ont augmenté de 136% en 10 ans. Cette iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez la PA (1). L'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du vieillissement (UPSAV) réalise des évaluations globales gériatriques (EGG) afin de détecter une éventuelle fragilité. Une expertise pharmacologique complète cette EGG afin d'identifier les prescriptions potentiellement inappropriées (PPI). **Objectifs:** L'objectif de cette étude est d'établir un profil de patients à risque de PPI. **Méthodes:** Une étude rétrospective a été menée chez des PA d'au moins 65 ans ayant eu au moins une visite de l'UPSAV durant l'année 2021. Les PPI ont été identifiées en utilisant l'outil REMEDI[e]S (2). Une analyse de la population à risque d'être exposée aux PPI par rapport à celle n'ayant pas de PPI a été conduite. **Résultats:** Sur les EGG réalisées en 2021, les traitements ont été recueillis pour 457 patients (72% femmes) dont l'âge moyen est 86,3 ± 6,2 ans. Globalement, 50,5% des patients sont pré-fragiles et 31,5% fragiles. 281 patients sont concernés par au moins 1 PPI (60,5% ; min = 1 ; max = 6). Les patients ayant au moins 1 PPI sont majoritairement des femmes (70,5%). D'une part, ces patients ont plus de 80 ans (85,4%), sont pré-fragiles (50,5%) et ont une plus grande prévalence de polymédication (≥4 médicaments : 93,6%). D'autre part, ils ne présentent pas d'importante atteinte cognitive (MMSE >21: 71,9%), mais ont souvent plusieurs comorbidités (comorbidité ≥2 : 95,4%). Une analyse par régression logistique a permis de mettre en évidence que la prévalence des PPI est particulièrement dépendante de la polymédication (p<0.001), de l'âge (p<0.05) et dans une moindre proportion du MMSE (p<0.1). En revanche, le nombre de comorbidités, la fragilité et le genre n'influent pas sur les PPI. **Conclusion:** Cette étude a permis d'identifier un profil gériatrique de patient à risque de PPI. Pour ces patients une expertise pharmaco-gériatrique sera systématiquement réalisée afin de prévenir un risque de iatrogénie.

### P-9. Cohorte FRAGIRE : validation de la grille FRAGIRE, outil prédictif de la fragilité

Clémence Quibel(1), Amélie Anota(2), Julie Henriques(1), Patrick Manckoundia(1)

((1) CHU Besançon; (2) Centre Léon Bérard, Besançon, France)

**Contexte:** Prévenir l'entrée en dépendance des personnes âgées nécessite d'identifier et de mesurer les facteurs de risque. C'est dans ce but qu'a été élaborée la grille FRAGIRE. Adaptée aux besoins spécifiques des retraités ayant un score GIR 5 ou 6 et vivant à leur domicile, elle s'inscrit dans une logique de prévention secondaire. En effet, elle est utilisée auprès de personnes faisant une demande d'aide auprès de leur caisse de retraite, exprimant donc déjà un besoin ou une difficulté. L'expérimentation de la grille FRAGIRE et son rapprochement avec l'enquête SHARE montraient 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 de la grille FRAGIRE de l'entrée en dépendance à deux ans, c'est-à-dire le basculement du retraité dans un niveau GIR inférieur ou égal à 4. **Méthodes:** 442 retraités (295 retraités demandant une aide auprès de leur caisse et 147 retraités en population générale) suivis pendant deux ans à raison d'une visite annuelle (administration à 3 reprises de la grille FRAGIRE, des questionnaires EQ-5D et AVQ). Critères de jugement secondaires : entrée en institution ; hospitalisation(s) ; décès ; qualité de vie et autonomie dans les actes de la vie quotidienne. **Résultats:** Un score FRAGIRE élevé est associé à un risque accru de basculement en GIR ? 4 ou d'entrée en EHPAD ou

de décès. Les cut-off décrits dans l'article BMC Geriatrics sont validés. La cohorte valide la cohérence interne de la grille FRAGIRE. Elle permet d'extraire 3 facteurs de la grille FRAGIRE : facteurs psychique, physique et social. **Conclusion:** Des sous-scores peuvent être calculés à partir des 3 facteurs. Cela permettrait de mieux cibler les dimensions problématiques et de proposer des actions prioritairement sur la ou les dimensions identifiées. L'identification de ces dimensions pourrait également permettre d'orienter plus précisément les retraités vers des consultations spécifiques.

### P-10. Comment sont appliquées les recommandations du plan de soins et de prévention (PPSP) ? étude descriptive d'une cohorte de 100 participants au programme Icope en Occitanie

C Berbon, L Derche, N Tavassoli, J De Kerimel, C Lafont, C Takeda, M Soto

(CHU Toulouse, France)

**Contexte:** Lorsqu'elle est réalisée, l'étape 2 du programme Icope donne lieu à des recommandations (étape 3) priorisées et sélectionnées en fonction : de l'atteinte du domaine, du projet de vie de la personne et de ses motivations. Ce PPSP, proposé au senior et communiqué au médecin traitant, est mis en place par le participant et son entourage. Il comporte des propositions de niveaux gradués : conseils, informations, ateliers, activités, orientation vers un spécialiste, proposition de prescriptions. Ce PPSP n'est efficace que si les recommandations sont réellement appliquées par le senior. Dans le cadre de l'expérimentation en Occitanie, cette information n'est à ce jour pas recueillie de manière exhaustive mais certains éléments de suivi émergent. L'hypothèse est que les recommandations mobilisant le senior ou son entourage sont plus souvent réalisées que les recommandations nécessitant l'intervention d'un tiers. Ce travail permet une description d'une cohorte de 100 participants afin de proposer un outil de recueil systématique de ces informations et d'améliorer la réalisation des recommandations et ainsi le suivi des seniors. **Objectifs:** - créer un questionnaire de suivi des recommandations du PPSP pour un recueil exhaustif, rapide et standardisé de leur application par le senior. - évaluer la réalisation des recommandations du PPSP par le senior et son entourage 3 à 12 mois après son émission. **Méthodes:** - questionnaire de recueil de données quantitatives sur l'application des recommandations du PPSP; - enquête réalisée en mars et avril 2023 par téléphone auprès de 100 seniors inclus dans le programme Icope en Occitanie et ayant eu une proposition de PPSP dans les 3 à 12 mois précédents; - données descriptives; = de la population évaluée; = des recommandations émises dans le PPSP (fréquence : nombre et %); = des recommandations appliquées (fréquence : nombre et %). **Résultats:** les résultats sont en cours de recueil et seront présentés lors du congrès. **Conclusion:** Cette étude de cohorte donne des premiers éléments sur le type des recommandations les plus appliquées, sur les freins rencontrés par les seniors et sur les pistes d'amélioration possibles. L'outil de recueil créé permettra ensuite un recueil systématique de ces informations.

### P-11. Infirmier(e) en consultation mémoire pour le repérage de la fragilité du sujet âgé

Mélanie Tamagnan, Yannick Goulot, Nathalie Martinez, Estelle Bétirac, Lawrence Bories

(CHIVA, Saint Jean de Verges, France)

**Contexte:** Acteur clef de la consultation gériatrique depuis 2006, l'infirmier(e) par son expertise gériatrique collabore avec les gériatres lors de la prise en charge de la personne et de son aidant. **Objectifs:** Au travers de la consultation infirmière en gériatrie : - Identifier les situations complexes, - Repérer les signes de fragilité, - Prévenir les ruptures de parcours, - Améliorer la prise en charge holistique de la personne âgée en consultation mémoire en associant la consultation infirmier(e) à la consultation médicale. **Méthodes:** Par l'entretien infirmier et au travers de la fiche mémoire, à différents temps de la prise en charge : - Enquête préalable et suivi d'évolution à domicile, - Recueil des troubles neurologiques cognitifs et du comportement, - Prévention de la perte d'autonomie par l'analyse des symptômes présents, - Référent parcours : suivi téléphonique, hotline, entretien pré consultation, - Coordination du parcours avec les accompagnants par

l'information des ressources du territoire, lien ville-hôpital, - Traçabilité exhaustive des données au travers de la fiche mémoire infirmière et de la réalisation des ADL /IADL, Critère de Fried et M.N.A, NPI et mini-ZARIT. **Résultats:** Le nombre total de consultation en 2022 est de 1810 (gériatrique et mémoire) ; le nombre de hotline reçue ou réalisée est de 649. A cela s'ajoute 269 appels et 17 consultations spécialisées dans le cadre de la recherche dernier semestre 2022. **Conclusion:** L'infirmier(e) apporte par son expertise une plus-value par le recueil des données cliniques, la mise à jour des échelles gériatriques et de l'évaluation environnementale contractuelle pour les personnes âgées suivis par la consultation mémoire. La synthèse infirmière s'associe au suivi médical pour permettre au-delà du repérage de la fragilité d'améliorer le parcours de soins de la personne âgée. Elle participe également aux consultations spécifiques recherche et rédige des plans individualisés personnalisés en coordination avec l'attachée de recherche clinique. L'infirmier(e) par son accessibilité aux familles propose un accompagnement spécifique dans les troubles du comportement que présente leur proche. Son expertise en gériatrie est une aide à la décision dans le parcours et le repérage de la fragilité des personnes accueillies.

#### **P-12. Dispositif Infirmier Prévention-Santé (DIPS) Dordogne : L'avis de plus de 500 patients**

C. Lachaud-Rongieras, F. Woné, V. Chanel, C. Clément, M. Gourgues, M. Guillem-Joussaume, S. Lafleur, A. Peytoureau  
(*Centre Hospitalier, Périgueux, France*)

**Contexte:** Le Dispositif Infirmier de Prévention Santé (DIPS), piloté par le Centre Ressources EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux est opérationnel depuis 2016 en Dordogne. Il est financé principalement par l'Agence Régionale de Santé. Dans un territoire fortement impacté par le vieillissement, cette consultation est proposée dans 5 hôpitaux du GHT Dordogne et près de 40 points de proximité, 1 journée par mois, dans tout le département. Elle s'inscrit en prévention primaire dans le parcours de la personne avançant en âge, aux côtés des différents acteurs des filières gérontologique et gériatrique du département. **Objectifs:** L'évaluation globale (cognitive, physique, nutritionnelle, psychologique, sensorielle et socio-environnementale) réalisée par un professionnel infirmier avec le concours du patient, suit le processus complet d'ICOPE au plan méthodologique en privilégiant une évaluation globale systématique. Le médecin traitant est co-destinataire du bilan d'évaluation et du plan de soins. **Méthodes:** Avec l'envoi du bilan et plan de soins en prévention au patient, un questionnaire d'évaluation lui permet d'exprimer son degré de satisfaction du service rendu. **Résultats:** Depuis 2021, 54% des patients (n=567) ont retourné le questionnaire renseigné au DIPS. Ils qualifient la consultation de complète à plus de 80%, utile à plus de 70% et claire dans les préconisations à plus de 80%. Ces résultats permettent aussi de détecter les modalités les plus fréquentes de provenance de l'information ; ils permettent de rester en veille sur les adaptations éventuelles et de mesurer quantitativement et qualitativement la satisfaction des patients. **Conclusion:** Véritable outil de pilotage, de veille et d'adaptation, l'évaluation conforte l'équipe agissante, quant à la pertinence de cette offre de service en santé, menée par un professionnel infirmier. L'approche globale est complémentaire au suivi médical assuré par le médecin traitant dans le cadre d'un parcours coordonné. Cette évaluation rend compte de la pleine satisfaction des patients à découvrir et bénéficier de ce dispositif et à s'inscrire en Prévention-Santé.

#### **P-13. Infirmier de pratiques avancées (IPA) : une innovation majeure dans sa mise en place en EHPAD**

Pascale Jordy, Nathalie Naveso, Estelle Betirac, Elisabeth Audoye, Dorothee Cassagnet, Fabienne Lambert, Gisèle Marcel  
(*CHIVA, Saint Jean de Vièrges, France*)

**Contexte:** Dès 2019, nous avons identifié le besoin de renforcer la coordination du parcours de soins et des différents acteurs de la prise en charge, ainsi que l'individualisation du projet de soins en tenant compte de l'environnement au sens large de la personne âgée en perte d'autonomie. Pour notre EHPAD sur quatre sites, deux postes IPA sont alors ouverts en mention pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly pathologies courantes en soins primaires. La mise en œuvre

effective débute fin 2021. **Objectifs:** • Développer la pratique avancée au sein des EHPAD; • Améliorer la coordination du parcours de soins, des différents acteurs de la prise en charge des résidents atteints de pathologies chroniques. **Méthodes:** Nous nous sommes appuyés selon le modèle PEPPA (participatory, evidence-based, patient- focused process for advanced practice nursing role development) cadre d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des rôles en soins infirmiers en pratique avancée. La proposition de référentiel d'activités et de compétences de la Société française de Gériatrie et Gérontologie nous a également guidé dans la mise en œuvre de ce projet. Le protocole d'organisation aura été le point de départ de l'exercice IPA en EHPAD. **Résultats:** Le rapport d'activité valorise l'activité de l'IPA en apportant des éléments précieux sur la qualité de la réponse apportée à la personne soignée, en restituant ce qui est fait par l'IPA et en favorisant une meilleure connaissance de la réalité du service des soins par ses propres membres et ses partenaires. Il est organisé selon les 6 compétences de l'IPA Son implication sur la stratégie et la politique d'établissement sont à souligner. Par son implication au sein de la CPTS, l'IPA a ainsi permis la mise en place du programme ICOPE pour l'entourage de nos résidents. **Conclusion:** L'IPA en EHPAD répond aux attendus en matière de prise en charge de nos résidents atteints de pathologies chroniques. L'intégration au sein des équipes médicales et paramédicales a été facilitée par un positionnement fort de la direction. Par sa contribution au parcours de prise en charge, elle est également actrice dans l'amélioration de l'efficacité et du pilotage interne.

#### **P-14. Village Santé & Savoirs - Créer un tiers-lieu de santé intergénérationnel et éco-durable**

Nicolas Boudet  
(*Centre Hospitalier, Narbonne, France*)

**Contexte:** Le collectif Génération Santé réunit au sein du centre hospitalier de Narbonne (CHN) les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), le pôle Vieillesse Autonomie Réadaptation (VAR), les services de pédopsychiatrie et de restauration. Ces quatre pôles portent une ambition commune à l'origine du projet Village Santé et Savoirs. Leurs partenaires principaux sur le territoire est-audois sont le conseil départemental, le conseil régional, le contrat local de santé, le DAC 11, le gérontopôle de Toulouse, la CARSAT, la CPAM, l'intercommunalité du Grand Narbonne, le musée NARBOVIA et la CPTS du Grand Narbonne. **Objectifs:** Le travail en intelligence collective permet une réponse innovante aux enjeux suivant: l'attractivité des métiers de santé, l'accompagnement du Grand Age avec notamment l'implémentation de l'intégralité du parcours ICOPE en un seul lieu, la prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents. De plus, ce projet contribue à la transformation du système de santé en mettant en œuvre une vision globale grâce à une organisation collaborative. Enfin, il favorise le lien social par une approche intergénérationnelle dans un ensemble architectural éco-durable nommé Village Santé et Savoirs. **Méthodes:** intelligence collective; organisation collaborative. **Résultats:** Ce nouveau lieu de santé ressource du territoire permettra de développer des prises en charge ambulatoires, des parcours de soins et de prévention. Il intègrera des acteurs de santé libéraux, sociaux et médico-sociaux ainsi que les milieux culturels et associatifs. Grâce à une réflexion collective, l'organisation du site est un outil au service de l'hybridation de tous les acteurs de santé et publics accueillis. Village Santé et Savoirs sera donc un tiers-lieu de santé, c'est-à-dire un espace physique pour faire ensemble, permettre le décloisonnement et les initiatives collectives. Des équipements sont pensés pour être à la disposition de tous: salle d'activité physique, salles d'éducation thérapeutique, espace bien-être, centre de documentation, amphithéâtre, restaurant, salle numérique, espace de coworking, espace d'exposition, espace boutique associative, espaces réservés aux actions des partenaires. **Conclusion:** Ainsi, au-delà d'un lieu de prévention, de soins et de formation, Village Santé et Savoirs sera un lieu de vie pour tous les âges. Un lieu pour grandir, s'instruire et vieillir ensemble.

**P-15. WHO ICOPE : integrating physical, cognitive and sensory abilities**

Arthur-Henri Michalland, Néda Tavassoli, Christine Laffont  
(*Fondation i2ml, Nîmes, France*)

**Contexte:** Le programme ICOPE (OMS, 2017,2019) propose une approche de prévention holistique lors du vieillissement. Deux éléments sont distingués à la base de son modèle : l'individu et son environnement social. L'individu est caractérisé à travers six grandes capacités : la vitalité/nutrition, les capacités visuelles, auditives, locomotrices, psychologiques/émotionnelles, et cognitives. Ces catégories permettent de couvrir le spectre fonctionnel de l'individu, et d'assigner à chaque capacité une batterie de tests, du repérage auto-administré aux tests professionnels. **Objectifs:** D'autres concepts comme la fragilité (Vellas et al., 2017), ou les théories de cognition incarnée et située (Versace et al., 2018) se concentrent sur les interactions entre ces capacités ainsi qu'avec l'environnement pour appréhender l'individu. La fragilité est un état de vulnérabilité accrue à des stressors, internes ou externes, qui se traduit par une augmentation du risque de mortalité ou d'entrée dans la dépendance. La cognition incarnée et située postule que le fonctionnement de l'individu résulte d'intégrations multimodales variées entre un corps, une cognition et son environnement : des patterns d'activation cérébrale entraînent un mouvement qui modifiera l'environnement, et inversement des patterns environnementaux, physiologiques et corporels vont modifier les processus cognitifs, même de «haut niveau». Dans ces deux cadres de pensée les interactions et intégrations entre les différents systèmes physiologiques, sensoriels, moteurs et cognitifs deviennent le socle du maintien d'un état robuste. **Méthodes:** Nous proposons de mettre en lumière un autre niveau de description et d'analyse du programme ICOPE en décrivant des interactions significatives entre ces systèmes. **Résultats:** En considérant ces interactions comme un liant entre les six capacités définies par l'OMS, le modèle proposé dans ICOPE se rapprochera encore des expériences réelles vécues par les personnes vieillissantes. **Conclusion:** Ce lien avec les expériences réelles permettra d'intégrer les besoins quotidiens des individus au parcours de soin et en retour d'engendrer une prévention d'autant plus holistique.

**P-16. Construction participative d'un parcours de santé pour les personnes atteintes de COVID-LONG : projet SPACO+**

Caroline Dupré, Linda Kamdem, Jessica Guyot, Marie Fanget, Marie-Pierre Vericel, Carole Eboumbou, Frédéric Roche, Bienvenu Bongue  
(*Université Jean Monnet, Saint-priest-en-Jarez, France*)

**Contexte:** Les formes prolongées de COVID-19 affecteraient entre 10% et 20% des patients. Les symptômes sont nombreux et touchent tous les âges. La liste des symptômes semble évoluer de jour en jour mais l'offre de soins reste insuffisante et ne correspond pas aux besoins des patients. **Objectifs:** L'objectif du projet SPACO+ est de proposer un parcours de santé personnalisé construit avec et pour les patients atteints de Covid-Long. **Méthodes:** Le projet SPACO+ s'inscrit dans une démarche participative de l'élaboration de la question de recherche à l'évaluation en passant par la co-construction du parcours de santé. A l'origine du projet, une étude qualitative réalisée sur les départements de la Loire et du Rhône auprès de patients et d'infirmiers met en évidence un manque d'offre de soins. L'étude prévoit donc d'inclure et de suivre 300 patients atteints de COVID-long sur ces 2 territoires. Tandis que le groupe contrôle suivra le standard de soins recommandé, le groupe test bénéficiera d'une intervention personnalisée multifactorielle à travers différents ateliers : connaissance de la maladie, fatigue et activité physique, anxiété et dépression... Coordonnés par les infirmières et construits à l'aide de patients référents, les ateliers devront répondre aux besoins des patients et apporter des solutions pour améliorer leur qualité de vie et diminuer leurs symptômes. Le recrutement des patients n'est possible que grâce à un maillage des réseaux de professionnels sur le territoire avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers libéraux Auvergne Rhône-Alpes et le Dispositif d'appui à la coordination, ainsi que des associations de patients (AprèsJ20). **Résultats:** Les deux groupes (contrôle et intervention) seront suivis à 3 et 6 mois. Une évaluation qualitative permettra de comprendre les freins

et les leviers d'adhérence au programme, ainsi que la satisfaction et les pistes d'amélioration. Comme pour la construction et les interventions, infirmières et patients seront inclus dans les différentes évaluations. **Conclusion:** La démarche participative du projet SPACO+, à travers l'implication des infirmières et des patients pour la construction du projet et de ses ateliers, apparaît nécessaire pour prendre en charge les symptômes prolongés du Covid-19. Nous émettons l'hypothèse qu'elle permettra une plus grande adhésion des professionnels de santé et des patients.

**P-17. Repérage de la fragilité en soins premiers chez la personne âgée, protocole et résultats préliminaires du programme ICOPE 29**

Nadine Pellen(1), Audrey Le Goff-Coquet(2), Armelle Gentric(1), Jean Yves Le Reste(3)  
(1) *CHU Brest*; (2) *Cellule Soins premiers, GIRCI GO*; (3) *Département de médecine générale de Brest, ER479 SPURBO, Brest, France*)

**Contexte:** En 2019, l'OMS s'est fixé pour objectif de réduire le nombre de personnes dépendantes dans le monde. Le gérontopôle de Toulouse en collaboration avec l'OMS, a développé une application numérique, ICOPE (Integrated Care for Older People) monitor, pour repérer la fragilité des sujets âgés. Malgré les recommandations de l'HAS et le déploiement de l'outil, le dépistage de la fragilité n'est pas pratiqué systématiquement par les acteurs de soins premiers. **Objectifs:** Vérifier la faisabilité et la pertinence d'un dépistage de la fragilité chez la personne âgée de plus de 70 ans par des professionnels en soins premiers. **Méthodes:** La recherche est multicentrique, pluridisciplinaire, descriptive, qualitative et financée par l'appel à projets interrégional ReSP-Ir 2021. Tous les professionnels volontaires des 2 CPTS du pays de Brest, implantées en territoire urbain et semi-rural, ont été formés à l'utilisation d'ICOPE monitor. Le nombre de dépistage réalisé par profession sera collecté pendant 1 an. Une sociologue a assisté aux formations. Elle va ensuite réaliser des entretiens semi-directifs et des entretiens de groupe avec les professionnels formés afin de recueillir leurs ressentis jusqu'à saturation des données. Une analyse par théorisation ancrée permettra de produire un modèle théorique explicatif. **Résultats:** 6 séances de formation ont permis de former 45 professionnels de santé, 3 autres sessions sont programmées. Les observations des formations ont mis en avant des a priori concernant l'application, la situation de passation, l'impact sur l'organisation des pratiques professionnelles et les personnes testées. Afin de dépasser ces préjugés les entretiens vont étudier les pratiques, analyser les situations vécues, recueillir le ressenti des professionnels sur l'utilisation de l'application, le repérage de la fragilité et les actions de prévention. **Conclusion:** Cette étude devrait contribuer à mieux comprendre les mécanismes sociaux qui freinent le repérage et la mise en place des pratiques préventives de la fragilité par les acteurs en soins premiers. Les premiers résultats seront présentés lors du congrès.

**P-18. Etude des liens entre littérature en santé et pratique d'une Activité physique : étude du programme Cap Form' Senior**

Jessica Guyot, Caroline Dupré, Jérôme Villon, Philippe Collard, Nathalie Barth, Bienvenu Bongue  
(*Université Jean Monnet, Saint-Priest-En-Jarez, France*)

**Contexte:** Environ 75 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont une activité physique faible. Or l'inactivité physique dans ce groupe est le 4ème facteur de risque de mortalité. Dans un même temps il apparaît que la littérature en santé est plus faible chez les personnes âgées que dans le reste de la population adulte. Une bonne littérature en santé peut pourtant permettre aux individus de faire des choix réfléchis concernant leur activité physique et contribuer ainsi à la prévention de nombreuses maladies chroniques. **Objectifs:** L'objectif de cette étude est d'étudier les liens entre la littérature en santé des participants au programme CAP FORM Senior de la ligue Auvergne-Rhône-Alpes d'athlétisme et leur santé globale. **Méthodes:** Une méthodologie mixte (quantitative et qualitative) a été mise en place. Un questionnaire par mail a recueilli les données sociodémographiques, la littérature en santé (HLS-EU-16), l'activité physique (IPAQ) et la participation au programme Cap Form' des participants. Une enquête qualitative composée d'observations et d'entretiens semi-directifs permet de saisir les freins et leviers des

participants à l'engagement dans le programme. **Résultats:** Le profil des participants est caractéristique et correspond au public fréquentant habituellement les programmes de prévention : féminin et plus diplômé que la moyenne. Ils sont 63% à avoir une littératie en santé suffisante et 75% un niveau d'activité physique intense. L'analyse qualitative révèle des participants déjà pratiquants d'activité physique avant l'entrée dans le programme. L'analyse quantitative catégorielle et continue montre que la littératie en santé ne varie pas selon le sexe, l'âge ou le milieu de vie mais augmente si l'on ne vit pas seul. La pratique d'une activité physique modérée et intense augmente également avec la littératie en santé. **Conclusion:** Alors que l'on sait que les personnes avec une faible littératie ont moins tendance à s'engager dans des pratiques de prévention pour la santé et notamment les programmes d'activité physique, il semble important de construire avec les acteurs locaux du territoire, une campagne de communication ciblant un public plus fragile et éloigné des programmes de prévention, ainsi que des conférences sur la santé mentale et sur la fiabilité des informations de santé données dans les médias.

#### **P-19. L'Hôpital de Jour comme acteur pivot dans la pertinence et la lisibilité de parcours de santé des personnes âgées vivant au domicile**

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

**Contexte:** Contexte régional: PRS Occitanie 2018-2022: - Parcours prioritaire Parcours vieillissement; - Thèmes transversaux : pertinence; Contexte Local : mise en œuvre du projet du Contrat Local de Santé CLS II de la ville de Colomiers; - Thématique « santé & handicap », enjeux : « Améliorer l'organisation, l'orientation, la lisibilité et la coordination sur le territoire »; - Thématique « SÉNIORS », enjeux: « Rendre lisible l'existant à destination du public columérin » & « Lutter contre l'isolement des personnes âgées en perte d'autonomie ». **Objectifs:** - Réaliser une évaluation médico-économique de la prise en charge en Hospitalisation de jour polyvalente à orientation gériatrique; - Améliorer la lisibilité et la coordination de la prise en charge de la personne âgée sur Colomiers; - Étudier l'impact médico-économique de la prise en charge coordonnée de la personne âgée sur le territoire de Colomiers. **Méthodes:** Structuration du projet: - Différents espaces ( rééducation, détente/repos, espace de vie/activités collectives, coin cuisine/repas...; - 2 à 3 séances par semaine sur des cycles de 14 semaines; - Évaluation gériatrique standardisée; - Bilan éducatif partagé initial, avec le concours des aidants; - Programme personnalisé au patient avec proposition de visites à domicile; - Semaines thématiques ciblées sur la prévention de la perte d'autonomie dans les dimensions sociales, cognitives et fonctionnelles du sujet âgé; - Lien permanent avec les partenaires du secteur sanitaire et médico-social; - Lettre de sortie envoyée au médecin traitant. Étude qualitative des compétences acquises en amont et en aval du programme: - Cohorte de 20 patients suivis au long cours (de 2019 à 2022); - Grille d'évaluation des compétences élaborée selon la méthodologie de démarche d'ETP; - Remplissage sur la première partie du séjour en HDJ et en fin de séjour; - Évaluation des bénéfices de la prise en charge; - Évaluation de la pertinence des actions et l'évolution du patient; - Évaluation Gériatrique Standardisée à l'entrée et à distance. **Résultats:** Impacts quantitatifs: - Diminution de la Durée Moyenne de Séjours en Hospitalisation Complète (1 semaine de moins en HC en moyenne); - Augmentation de près de 10% annuel de la file active de nos patients venant du domicile afin d'éviter les HC. Impacts qualitatifs: - Acquisition et renforcement de compétences limitant la survenue de syndrome gériatrique et favorisant le maintien à domicile; - Evolution de 61% des compétences acquises sur le volet nutritionnel; - Evolution de 46% des compétences acquises sur la prévention des risques de chute; - Evolution de près de 20% des compétences acquises liées à la iatrogénie médicamenteuse. **Conclusion:** Développement d'une expertise dans la prévention et le suivi de la perte d'autonomie du patient âgé; Développement du partenariat avec les acteurs du territoire; Développement de la file active pour répondre aux besoins de la population vieillissante de notre territoire de santé; Renforcement du partenariat avec le Gérontopôle de Toulouse dans la prise en charge de la fragilité.

#### **P-20. L'intérêt d'une évaluation de la fidélité de mise en œuvre du programme ICOPE réalisé par les infirmières**

Marie-Paule Razanadraibe, Clémence Dallaire  
(Université Laval, Laval, Québec, Canada)

**Contexte:** Avec l'évolution de la recherche évaluative des processus, des approches comme celle de Carroll permettent d'analyser la fidélité de mise en œuvre dans le microsystème clinique et d'aider à comprendre comment les interventions produisent des résultats efficaces. Cette recherche est pertinente avec la popularité croissante de la recherche sur les conséquences du vieillissement des populations, où les programmes en soins primaires visant à prévenir le déclin fonctionnel se multiplient. À ce sujet, l'Organisation Mondiale de la Santé a développé le programme ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées) qui vise à retarder l'entrée dans la dépendance des personnes âgées de 60 ans et plus vivant en communauté. Implanté en Occitanie, il est majoritairement utilisé par les infirmières. **Objectifs:** L'objectif de ce projet vise à mesurer le degré de fidélité de mise en œuvre du programme ICOPE par les infirmières pour permettre de (1) évaluer dans quelle mesure le programme est conforme à ce que les concepteurs ont prévu (2) décrire les facteurs influençant la fidélité de mise en œuvre du programme et (3) dégager des axes d'amélioration de mise en œuvre du programme pour atteindre les meilleurs résultats. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude de recherche évaluative utilisant le cadre conceptuel de Carroll. L'échantillon sera composé d'infirmières participant au programme ICOPE. En utilisant des méthodes quantitatives et qualitatives, le cadre d'évaluation comprendra des observations de terrain, des entretiens semi-dirigés, des questionnaires et des données collectées du programme. Cette étude explorera les facteurs liés à la fidélité de mise en œuvre, tant au niveau individuel que communautaire ainsi que ceux qui influencent le succès du programme. Ainsi, des grilles d'observation et d'entretien seront basées sur le cadre des domaines théoriques afin d'examiner les obstacles et les facilitateurs de mise en œuvre. Des statistiques descriptives et une analyse thématique seront utilisées pour analyser les données quantitatives et qualitatives. **Résultats:** Les résultats permettront de montrer la variabilité de la fidélité de mise en œuvre dans les applications du programme ICOPE par les infirmières auprès des personnes âgées de 60 ans et plus vivant en communauté. **Conclusion:** La recherche évaluative des processus fournira aux infirmières une compréhension approfondie du fonctionnement du programme, notamment comment les facteurs peuvent affecter positivement ou négativement la fidélité. Enfin, ce projet pourra servir de guide pour évaluer les efforts à investir pour assurer la mise en œuvre effective du programme ICOPE à grande échelle.

#### **P-21. Fragilité et déclin des personnes âgées à domicile : une méthode co-construite de suivi de proximité**

Anthony Frioux, Margot De Battista, Matthieu Faure, Benoit Roig  
(Fondation I2ml, Nîmes, France)

**Contexte:** La fragilité est un état de vulnérabilité accrue à des facteurs de stress pouvant mener à une incapacité fonctionnelle. Cet état peut être réversible. 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 de la fragilité et du déclin de l'autonomie des personnes âgées, nous proposons de généraliser le repérage à domicile. Ainsi ce travail vise à construire et valider un méthode de repérage multidimensionnel des fragilités s'appuyant sur l'expertise des aides à domicile. **Méthodes:** La première étape de ce travail a été de constituer une liste d'indicateurs de fragilité et de vulnérabilité. Ces indicateurs ont été retravaillés grâce à un consensus d'expert en gériatrie. Un outil a ensuite été coconstruit avec des aides à domicile. **Résultats:** La validité factorielle de l'outil a été évaluée ainsi que la faisabilité d'une telle évaluation par des aides à domicile. **Conclusion:** La co-construction de la méthode peut faciliter son déploiement et son adéquation aux problématiques des professionnels qui interviennent à domicile. Enfin,

les analyses statistiques réalisées ont montré la validité factorielle de l'outil construit.

### **P-22. «Aidant, aidé : corps à cœur engagé» : mise en lumière photographique et sonore de cette relation singulière par la collecte de récits de vie**

Pauline Orain, Sébastienne Clavel, Sarah Desteuque  
(Association Nos Mémoires Vives, Montpellier, France)

**Contexte:** En France, il y aurait plus de 11 millions d'aidants, accompagnant un proche à différents stades de la vie. Chacun, chacune est l'aidant d'un proche un jour. Pourtant nous y sommes peu préparés. Qu'est-ce qu'un aidant ? Comment le devient-on ? Comment vit-on le fait d'être aidé ? Comment se reconnaît-on en tant qu'aidant ? Et comment la relation intime qui lie l'aidant et l'aidé évolue-t-elle avec les avancées de la dépendance et/ou de la maladie ? **Objectifs:** L'association montpelliéraine Nos Mémoires Vives se donne pour objet de faire entendre la voix des personnes âgées et de porter les sujets liés au vieillissement sur la place publique. Son objectif ici : connaître le vécu de l'aidant, mais aussi de donner la parole à l'aidé afin qu'il puisse témoigner de son entrée dans la dépendance. **Méthodes:** Accompagnée par une équipe de professionnels (infirmiers, coordinateur de réseau gérontologique, neuropsychologue, animateur de café des aidants) et par des aidants eux-mêmes, l'association a repéré et mobilisé des témoins sur le territoire du grand Pic St Loup dans l'Hérault. En 2021, 9 aidants et 7 de leurs proches aidés ont ainsi été interviewés. Parmi eux des duos mère-fille, mère-fils, mari-femme, femme-femme ou encore des trios mère-père-fille. Au micro, ils ont retracé leurs parcours face à l'arrivée de la maladie, de la vieillesse, de la dépendance. Face à l'appareil photo de Sarah Desteuque, ils ont ouvert leur quotidien. **Résultats:** A partir des 20h de rushes sonores collectés et plus de 1000 photographies réalisées, le documentaire «Aidant, aidé : corps à cœur engagé» est né. Le film d'une durée de 60 min donne à voir et entendre cette relation singulière, essayant de restituer ses réalités et ses ambivalences, entre amertume, bienveillance, épuiement, don, contraintes, culpabilité, amour... Le documentaire, avant tout conçu comme un outil de sensibilisation, sert actuellement de support à l'organisation de "Ciné-Action". **Conclusion:** En permettant aux spectateurs de partager des expériences sensibles et de bénéficier d'une écoute, "aidant, aidé : corps à cœur engagé" amène à se questionner sur la vieillesse, qu'il s'agisse de celle de nos proches comme de la notre. L'animation des ciné-action favorise l'entraide en partageant besoins mais aussi solutions et contacts, avec l'ambition de faire remonter les échanges et données recueillies lors des projections à nos décideurs.

### **P-23. Algorithme des sub-tests cognitifs pour une évaluation couplée douleur-cognition chez les patients âgés en pratique courante**

Ishwarlall Tapesar, Christian Gov, Bastien Auffray, Camille Pradayrol  
(Hopital Saint Jacques, Saint Céré, France)

**Contexte:** Étude observationnelle rétrospective sur 150 séjours de PA (66-99 ans) en SMR PAP concernant l'intérêt des sub-tests cognitifs (Apraxie gestuelle réflexive, Fluence verbale, Calcul mental, Test d'abstraction, Test de 5 mots) dans le choix de l'échelle d'intensité d'auto évaluation de la douleur (EN ou EVS) et pour présager en même temps un score MoCA. **Objectifs:** Améliorer l'évaluation algologique en se basant sur les liens douleur-cognition-vieillesse. (Atteinte de la perception et de l'intégration de la douleur). Privilégier l'EN pour une évaluation quantitative plus robuste car la dimension sensori-discriminative est atteinte en dernier en cas de déficit cognitif léger (MoCA > 18/30). Amortir l'effet de stress de la douleur comme facteur de décompensation avec atteintes des capacités intrinsèques. **Méthodes:** L'examen gériatrique multi-domaine [13] inclut également l'évaluation cognitive et algologique. L'ensemble des résultats est décliné en tableau statistique avec recherche de dépendance entre les variables selon 2 modes de calculs de corrélation (PEARSON ou dépendance linéaire, SPEARMAN ou dépendance non linéaire). **Résultats:** Les calculs servent à obtenir les coefficients de corrélation entre deux variables. En valeur absolue, 1 correspond à une dépendance totale, 0 à une non dépendance et que < à 0,5 est synonyme d'une corrélation mince. L'ensemble des corrélations (PEARSON et SPEARMAN),

malgré un panel limité, est affiché dans des matrices démontrant : - une absence de corrélation entre l'âge, le MoCA (0,39) et la BREF (0,27); - une bonne corrélation entre MoCA et BREF (0,82); - Une corrélation limite entre apraxie gestuelle MoCA (0,43) et BREF (0,46) - Une bonne corrélation entre les 4 autres subtests et le MoCA (0,79 à 0,66) ainsi qu'avec la BREF (0,71 à 0,66). **Conclusion:** D'ores et déjà, pour plus de pertinence (concordance objectif moyen), pour plus d'efficacité (évaluation couplée douleur cognition) et pour plus d'efficacité (gain de temps, meilleure évaluation vaut meilleure prise en soins), l'algorithme suivant peut être proposé en gériatrie : - 1 sub-test défaillant (apraxie gestuelle), privilégier l'EN (MoCA présagé > 18/30); - 2 sub-tests défaillants (apraxie gestuelle, Test des 5 mots ou fluence verbale), privilégier toujours l'EN (MoCA présagé > 18/30); - 3 sub-tests défaillants (Apraxie gestuelle, Test des 5 mots, Fluence verbale ou test d'abstraction défaillants), privilégier l'EVS [6] (MoCA présagé aux alentours de 18/30); - 4 ou 5 sub-tests défaillants (Apraxie gestuelle réflexive, Test de 5 mots, Fluence verbale, Test d'abstraction et/ou Calcul mental), privilégier l'EVS couplée à l'hétéro évaluation (MoCA présagé nettement < 18/30). La prochaine étape serait de mener des études de mise en œuvre en utilisant cet algorithme dans différentes structures de soins gériatriques et sur un panel cumulatif de plus de 1000 patients à l'aide de l'INTERCLUD OCCITANIE.

### **P-24. L'offre d'accompagnement du risque de chute des seniors de 75 ans et plus des centres de prévention Agirc-Arrco**

Aude Theaudin(1), Christiane Vannier(2), Florence Martin(3), l'ensemble des médecins Directeurs des centres de prévention Agirc-Arrco, Frédérique Decherf(1)  
((1) Centre de prévention Agirc-Arrco, Rennes; (2) Centres de Lyon et Bourg les Valences; (3) Centre de Toulouse, France)

**Contexte:** Dans le cadre du plan anti chute 2022, les Centres de Prévention Agirc-Arrco (CPAA) mettent en place une offre d'accompagnement adaptée et pluriprofessionnelle aux personnes âgées (PA) de 75 ans et plus, identifiées à risque élevé de chute. Cette offre comprend un atelier sport adapté ou équilibre, un bilan diététique ou atelier nutrition et une visite d'ergothérapeute à domicile. Elle est prise en charge par les Institutions de retraite complémentaires Agirc-Arrco. **Objectifs:** Il s'agit ici d'énoncer les caractéristiques d'un sous-groupe de la population reçue en 2022 en bilan de prévention soit 1739 PA âgées de 75 ans et plus, qui pourrait bénéficier de cet accompagnement. **Méthodes:** Nous avons retenu pour l'analyse, les dossiers sans données manquantes de l'ensemble de la population reçue en bilan dans les 18 centres de prévention Agirc-Arrco en 2022. 7968 dossiers exploitables soit 34,65% de la population totale. Parmi ces dossiers, 1739 personnes étaient âgées de 75 ans et plus. Les principales caractéristiques étudiées étaient: les 5 critères de fragilité selon Fried, la peur de chuter, le bas niveau d'activité physique, la sédentarité, la perte de poids involontaire, le nombre de médicaments, l'auto-ressenti de la santé et les résultats aux tests de l'appui unipodal < 5 secondes. **Résultats:** Parmi les 1739 PA de 75 ans et plus, 98 (5,63%) étaient fragiles selon les critères de Fried, 1020 (58,65%) étaient pré fragiles et 621 (35,71%) étaient robustes. Par ailleurs, 298 (17,13%) avaient chuté dans les 6 mois, 302 (17,36%) avaient peur de chuter. Le test de l'appui unipodal <5 secondes a été retrouvé à droite dans 19,43% et à gauche dans 20,87%. 257 (14,77%) avaient un bas niveau d'activité. 98 (5,63%) avaient une perte de poids involontaire, 594 (34,15%) prenaient 4 médicaments et plus et 257 (14,77%) avaient un auto-ressenti de la santé, mauvais et ou médiocre. **Conclusion:** Le critère clinique associé au risque élevé de chute retenu est le test de l'appui unipodal <5 sur l'une des 2 jambes. Presque 21% de notre population est donc à risque élevé de chute et aura une proposition d'un accompagnement adapté pour la prévention des chutes.

















# J'ai 60 ans et + Je préserve ma santé avec le programme ICOPE



Je fais le point  
sur mes capacités :

-  Vision
-  Audition
-  Mémoire
-  Nutrition
-  Humeur
-  Mobilité



**1** Je fais un **test simple**  
en 10 minutes

> **SUR ORDINATEUR**  
Je vais sur le site :  
[icopebot.botdesign.net](http://icopebot.botdesign.net)

> **SUR MOBILE / TABLETTE**  
Je télécharge l'application  
**ICOPE Monitor**



**2** J'en parle à mon **médecin traitant**

**3** Je reçois des **conseils personnalisés**

**4** Je fais **mon suivi**

## N'attendez plus, **Icopez-vous!**

Pour plus de renseignements :  
[icope@chu-toulouse.fr](mailto:icope@chu-toulouse.fr)

**OCCITANIE**  
Equipe Régionale Vieillessement  
Et Prévention de la Dépendance  
   
Centre Collaborateur Océan pour la Régulation de l'Innovation en Santé





12<sup>ÈME</sup> CONGRÈS FRANCOPHONE

# FRAGILITE DU SUJET AGE

PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

TOULOUSE • Mardi 18 et Mercredi 19 Juin 2024

HOTEL DIEU SAINT JACQUES • TOULOUSE



Appel à communication avant le 20/02/2024

[www.fragilite.org](http://www.fragilite.org)



Suivez nous sur Twitter  
@CFragilite

