

Collection

L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

VOLUME 40, 2026

TOME I

**14^{ème} Congrès
Francophone sur la Fragilité**

Mardi 16 & Mercredi 17 Juin 2026

REMERCIEMENTS

Le Comité d'Organisation du
14ème Congrès Francophone sur la Fragilité

remercie tout particulièrement les sociétés partenaires suivantes :

PARTENAIRE OR



PARTENAIRE ARGENT



PARTENAIRES BRONZE



Les sommaires de l'Année Gérontologique sont indexés dans : Experta 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 40, 2026

COMITÉ SCIENTIFIQUE

- Pr Sandrine Andrieu (Toulouse, France) • Pr Jean-Pierre Aquino (Paris, France) • Pr Cédric Annweiler (Angers, France)
• Pr Mylène Aubertin-Leheudre (Montréal, Canada) • Pr Athanasios Bénétos (Nancy, France) • Pr Sylvie Bonin-Guillaume (Marseille, France)
• Pr Eric Boulanger (Lille, France) • Dr Matteo Cesari (Genève, Suisse) • Pr Jaime Fitten (UCLA, USA) • Pr Françoise Forette (Paris, France)
• Dr Gabor Gabellán (Toulouse, France) • Pr Olivier Guérin (Nice, France) • Pr Olivier Hanon (Paris, France)
• M. Benjamin Leroux (Paris, France) • Pr Matthieu Lilamand (Paris, France) • Pr Fati Nourhashémi (Toulouse, France)
• Pr Stéphane Oustric (Toulouse, France) • Pr Marco Pahor (Orlando, USA) • Dr Antoine Piau (Toulouse, France)
• Pr Yves Rolland (Toulouse, France) • Pr Nathalie Salles (Bordeaux, France) • Pr Toni Salva (Barcelone, Espagne)
• Dr Sandrine Sourdet (Toulouse, France) • Pr Achille Tchalla (Limoges, France) • Pr Bruno Vellas (Toulouse, France)
• Pr Patrick Villani (Marseille, France)

Serdi Edition

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

2026

Editorial: Vieillir en bonne santé : De la science à l'action , L. Balardy, S. Sourdet (<i>IHU Toulouse, Toulouse, France</i>)	5
---	---

COMMUNICATIONS ORALES

OC1- Consultation gériatrique solidaire de territoire pour personne âgée de plus de 70 ans sans médecin traitant : Une réponse organisationnelle à la fragilité , L. Brignol (<i>Moissac (France)</i>)	6
OC4- Promouvoir une activité physique régulière chez les personnes âgées de 80 ans et plus : Rôle des réponses affectives positives à l'exercice ? E. Barreau, M. Plard, A. Lefort, L. Julien, T. Deschamps, S. Maltagliati (<i>Nantes, Angers, Saint Nazaire, Lorient, (France)</i>)	6
OC6- Dépistage précoce des troubles cognitifs grâce à la consultation ICOPE du Dispositif Infirmier Prévention Santé (DIPS) en Dordogne : Retour d'expérience sur plus de 3000 consultations , F. Woné, C. Lachaud, V. Chaneil, C. Clément, M. Gourgues, S. Laffleur, N. Petit, A. Peytoureau (<i>Périgueux, France</i>)	6
OC7- Altération de la capacité intrinsèque chez les personnes âgées : Analyse des différences entre les sexes chez un groupe de retraités au Cameroun , M.J. Ntsama Essomba, J.K. Andela Edibiye, M. Tabue Teguo (<i>Yaoundé, Bangangté (Cameroun), Fort-De-France (France)</i>)	7
OC8- Mise en place d'un hôpital de jour longévité et santé au CHU d'Angers , M. Otekpo, M. Avril, C. Laisne, A. Ruault, R. Bécot, J. Spiquel, L.A. Chauviré, M. Lepesqueur, E. Dorbeau, K. Joulin Deniset, H. Ghanizadeh, A. Brangier, C. Annweiler (<i>Angers (France)</i>)	7
OC9- Les Français et la vaccination COVID-19 en 2025 , V. Petit, C. Druais Voinot, M. Thiboust, J. Vivant, D. Oudin-Doglioni, A. Mosnier (<i>Lyon, Paris, Grenoble (France)</i>)	7
OC10- Vieillir en bonne santé après 80 ans : Impact d'un programme d'APA à domicile sur la mobilité et le risque de chute , E. Barreau, M. Plard, A. Lefort, L. Julien, L. De Decker, T. Deschamps (<i>Nantes, Saint Nazaire, Angers (France)</i>)	8
OC11- Vieillissement accéléré et trisomie 21 : Evaluation de la fragilité à l'aide d'un outil adapté chez des patients suivis en consultation gériatrique , A. Hiance Delahaye, C. Laffon De Mazieres, A.S. Bourgerie, C. Baraton, T.T.M. Duong, S. Thiam, D. Korera, A.S. Rebillat (<i>Nantes, Paris (France)</i>)	8
OC14- Déploiement régional du programme ICOPE en Pays de la Loire : Structuration d'un parcours de prévention ajusté au profil de risque selon le nombre de capacités intrinsèques potentiellement altérées , A. Brangier, A.S. Boureau, D. Guillet, J.B. Montaubric, E. Artaud, V. Bernat, C. Annweiler (<i>Angers, Nantes (France)</i>)	9
OC15- Impact de la prévention cognitive sur le bien-être des patients atteints de troubles neurocognitifs , A. Spizzo, C. Grangé (<i>Lyon (France)</i>)	9
OC19- Programme d'interventions multi-domaines de prévention primaire de la maladie d'Alzheimer PREVALZ : Expérimentation exploratoire à Montpellier , C. Tabuenca, A. Bérard, V. Montagne (<i>Paris (France)</i>)	9
OC20- Comportements de protection en contexte de canicule parmi les personnes âgées vulnérables : Approche psychosociale , M. Danko, T. Jover, M. De Battista (<i>Nîmes (France)</i>)	10
OC21- L'impact perçu et la satisfaction des usagers du programme IS-ICOPE , N. Molta, L. Lorcet, G. Gavazzi (<i>La Tronche (France)</i>)	10
OC22- Protocole prospectif multicentrique IPA-HopE : Evaluer l'effet d'un programme d'intervention IPA sur les hospitalisations potentiellement évitables en EHPAD. Essai contrôlé non randomisé ici-ailleurs , D. Chemami, T. Celarier, N. Barth, E. Verot (<i>Saint-Etienne, Saint-Priest-En-Jarez (France)</i>)	11
OC23- Prévalence, répartition territoriale et évolution temporelle de la fragilité en France hexagonale, 2013-2022. Données du Système National des Données de Santé (SNDS) et de l'enquête Autonomie 2022 , H. Lahbib, M. Torres, L. Guldner (<i>Saint-Maurice (France)</i>)	12
OC24- Entre représentations sociales et stages cliniques : Les facteurs influençant l'orientation des étudiants en soins infirmiers vers la gériatrie , P. Gouttefarde, E. Astoux, C. Cuisson, A. Thévenon, J. Guyot (<i>Saint-Etienne (France)</i>)	12

POSTERS

CAPACITÉ INTRINSÈQUE ICOPE

P02- CART France : Biomarqueurs digitaux pour le suivi de la capacité intrinsèque à domicile , Z. Steinmeyer, A. Deroiuche, I. Carrié, S. Guyonnet, E. Campo, A. Piau (<i>Toulouse (France)</i>)	14
---	----

P03- Test du chuchotement et criblage audiométrique par application chez des personnes âgées issues d'une unité de santé familiale au Brésil : Etude de validation des critères , E. Edna Da Silva, D. Costa Menezes, T. Ellen Maria Da Silva, C. Gomes Monteiro Badarão, M.L. Lopes Timóteo De Lima (<i>Recife (Brazil)</i>)	14
P05- Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) à Recife – Brésil : Scénario après échec du dépistage auditif , T. Ellen Maria Da Silva, D. Costa Menezes, É. Édna Da Silva, C. Gomes Monteiro Badarão, M.L. Lopes Timóteo De Lima (<i>Recife (Brazil)</i>)	15
P06- Bien vieillir: Ça se construit ensemble. L'expérience de la CPTS Toulouse Ouest avec le Programme ICOPE , A. Dautre (<i>Toulouse (France)</i>)	15
P10- Intégration des rééducateurs dans le programme ICOPE : Expérience de l'UPSAV en Haute-Vienne , A. Lelionnais, A. Duroux, S. Poulet, C. Rimlawi, G. Hygonnet, C. Lavaud Priot, C. Legras, S. Leglise, I. Reix Mercier, L. Reis, O. Hellal, C. Laubarie Mouret, A. Tchalla, M. Grau (<i>Limoges (France)</i>)	15
P11- Du webinaire au terrain : Une formation pour réussir le déploiement du programme ICOPE en Haute-Vienne , M. Grau, C. Rimlawi, G. Hygonnet, C. Lavaud Priot, C. Legras, S. Leglise, A. Lelionnais, A. Duroux, S. Poulet, I. Reix Mercier, L. Reis, C. Gayot, J.F. Barusseau, C. Labaurie Mouret, A. Tchalla (<i>Limoges (France)</i>)	16
P12- Déploiement du programme de soins intégrés ICOPE sur le territoire de la Haute-Vienne , M. Grau, C. Rimlawi, G. Hygonnet, C. Lavaud Priot, C. Legras, S. Leglise, A. Lelionnais, A. Duroux, S. Poulet, I. Reix Mercier, L. Reis, J.F. Barusseau, O. Hellal, C. Labaurie Mouret, A. Tchalla (<i>Limoges (France)</i>)	16
P14- Symptômes dépressifs et anxieux chez les personnes âgées et leur association avec des variables sociodémographiques et cliniques en soins de santé primaires , A.P. Pessoa, D. Pitanga, H. Moura, É. Valeska, C.R. Ximenes (<i>Recife (Brazil)</i>)	17
P15- Du concept à la mise en œuvre: Rapport d'expérience sur le dépistage de la dépression et de l'anxiété chez les personnes âgées en soins de santé primaires dans le Nord-Est du Brésil , A.P. Pessoa, D. Pitanga, H. Moura, É. Valeska, C.R. Ximenes (<i>Recife (Brazil)</i>)	17
P23- La fonction auditive comme marqueur de la capacité intrinsèque : Liens entre la presbycousie et les troubles de l'équilibre dans la cohorte ICOPE Care , C. Lafont, C. Takeda, C. Berbon, B. Fraysse, J. De Kerimel, N. Tavassoli, B. Vellas (<i>Toulouse (France)</i>)	18
P34- La perception de résidents de la résidence Le VU à Sherbrooke quant aux soins de physiothérapie et d'ergothérapie sur leur bien-être , K. Koupogbe (<i>Sherbrooke (Canada)</i>)	18
FRAGILITÉ	
P07- Fragilité en Guadeloupe : Le paradoxe d'une population entre obésité et dénutrition , J. Romana, L. Foucan, J.P. Clotilde, L. Nicolas (<i>Le Moule (France)</i>)	19
P20- Performance comparative de l'étape 1 d'ICOPE et les critères de fragilité de Fried dans la détection des phénotypes de fragilité , C. Rimlawi, A. Sawadogo, M. Le Goff, O. Villeneuve, M. Grau, C. Gayot, A. Tchalla (<i>Limoges, Brest (France)</i>)	19
P22- Échographie des structures de la phonation chez les personnes âgées , A.N. Almeida, P.M. Balata, P.F. Rocha, H.J. Silva (<i>Recife (Brazil)</i>)	19
P26- Association entre santé buccale, force linguale et capacité fonctionnelle chez les personnes âgées: Résultats préliminaires , K. Nogueira Ferraz Pereira Althoff, A. Thalya Soares Da Silva, P. Manoel Araújo De Santana, V. Lima Silva, C. Regina Carneiro Ximenes, M.L. Lopes Timoteo De Lima, E. Valeska Da Costa Alves, C. Cabral Dos Santos Accioly Lins (<i>Recife (Brazil)</i>)	20
P32- Essentiel Alzheimer : Un centre de ressources pour les aidants accompagnant une personne vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée , C. Tabuenca, A. Bérard, V. Montagne (<i>Paris (France)</i>)	20
P37- Vieillir à domicile en logement social : Quelle prise en compte des fragilités inhérentes par les bailleurs sociaux ? M. Pommier (<i>Toulouse, Rennes (France)</i>)	21
APPROCHE CLINIQUE ET ORGANISATION DES SOINS	
P09- La chute en EHPAD : Reflet du risque réel ou des pratiques de détection ? Etude multicentrique , J. Ramette (<i>Paris (France)</i>)	21
P13- «L'Art de vivre le moment présent» : Modèle lillois d'art-thérapie auprès de patients Alzheimer , P. Cassagnaud, M. Vidal De La Blache, P. Bonnave (<i>Lille (France)</i>)	21
P16- ICOPE 92 Nord, un programme de prévention intégrée du déclin fonctionnel des seniors dans le nord des Hauts-de-Seine , A. Merigou (<i>Gennevilliers (France)</i>)	22
P17- Intégration de la prévention de la fragilité en soins primaires par une organisation graduée innovante associant médecin traitant, assistante médicale et infirmière en pratique avancée , A. Bonnefoy, K. Vanden Abeele, V. Guion (<i>Saint Chély D'Apcher (France)</i>)	22
P18- Les relations de familiarité entre soignants et résidents : Une ethnographie de l'EHPAD , I.M. Mallon, A.G. Guioux, C. Crozet, P. Gouttefarde (<i>Lyon, Saint-Etienne (France)</i>)	23

P19- «Programme d'implantation de l'IPA en EHPAD : Analyse des représentations et des parcours de soins », M.S. Schmidt, P.G. Gouttefarde, D.C. Chemami, N.B. Barth, E.V. Vérot, C.L. Lahaye, T.C. Celarier (<i>St-Etienne, Clermont-Ferrand (France)</i>).....	23
P24- Implémentation d'une solution d'audiométrie assistée par intelligence artificielle à l'hospitalisation de jour longévité et santé du CHU d'Angers, H. Rivière, M. Otekpo, M. Avril, C. Laisne, A. Ruault, R. Bécot, J. Spiquel, L.A. Chauvire, M. Lepesqueur, N. Wallaert, S. Boucher, A. Brangier, C. Annweiler (<i>Angers (France)</i>).....	24
P28- La place des orthophonistes dans le parcours de soins des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer, C. Tabuenca, A. Bérard, J. Kozick Rigaud (<i>Paris (France)</i>)	24
P29- L'ergothérapie dans le parcours de soins des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer : Enjeux actuels et perspectives, C. Tabuenca, A. Bérard, J. Kozick Rigaud (<i>Paris (France)</i>)	24
P31- Vers une société adaptée à la maladie d'Alzheimer, C. Tabuenca, A. Bérard, V. Montagne (<i>Paris (France)</i>)	25
P33- Accélérer le développement des colocations Alzheimer en France, C. Tabuenca, A. Bérard, J. Kozick Rigaud (<i>Paris (France)</i>)	25
P36- Logement social et autonomie des aînés : Une approche socio spatiale intégrée au service du vieillissement actif- étude de cas à l'Office municipale des habitations de Sherbrooke (OMHS), Québec, K. Koupogbe (<i>Sherbrooke (Canada)</i>)	25
PRÉVENTION ET LONGÉVITÉ EN SANTÉ	
P04- Redéfinir l'autonomie dans un contexte multiculturel : L'acceptation des technologies d'assistance basées sur l'IA chez les personnes âgées et les perspectives d'une étude utilisant des méthodes mixtes, S.O. Thera, A.L. Couderc, M.K. Bendiane (<i>Marseille (France)</i>)	26
P27- Impact économique et social de la maladie d'Alzheimer en France : Stratégies de prévention et analyse des coûts, C. Tabuenca, A. Bérard, J. Kozick Rigaud (<i>Paris (France)</i>)	26
P35- CARMEN : Un programme de prévention innovant pour transformer le bien vieillir, C. David Basei, D. Dogan, T. Hariza, C. Ginot, M. Lebrun, M. Constant, F. Rame (<i>Rueil Malmaison, Strasbourg (France)</i>)	26
ÉPIDÉMIOLOGIE ET ESSAIS CLINIQUES	
P08- Prévalence des escarres en EHPAD: Analyse de l'enquête nationale SFE 2024 et variabilité intra-secteur, J. Ramette (<i>Paris (France)</i>)	27
FRAGILITÉ COGNITIVE	
P25- Dépistage de la mastication et efficacité masticatoire chez des personnes âgées suivies dans une Unité de Soins de Santé de Base, P.M. Santana, C.R. Ximenes, A.T. Silva, V.S. Silva, M.L. Timóteo De Lima, N.L. Lima, E.V. Alves, L.P. Pernambuco, R.C. Cavalcanti, C.C. Cordeiro, S.D. Dias, K.A. Althoff, P.B. Barreto (<i>Recife, Natal (Brazil), Toulouse (France)</i>)	27

EDITORIAL

VIEILLIR EN BONNE SANTÉ : DE LA SCIENCE À L'ACTION

Nous entrons dans le deuxième quart de ce 21^e siècle avec une certitude nouvelle : vieillir en bonne santé n'est plus une utopie. La gérosceince — science qui étudie les mécanismes biologiques du vieillissement pour prévenir les pathologies qui lui sont associées — ouvre désormais la voie à une médecine prédictive, préventive et personnalisée. Les données sont éloquentes : les personnes de 70 ans aujourd'hui présentent la capacité intrinsèque de personnes de 60 ans il y a seulement dix ans. Nous vieillissons mieux qu'avant, et nous pouvons encore améliorer cette trajectoire.

Les outils existent. Le programme ICOPE de l'OMS, dont la France est aujourd'hui l'un des pays pionniers, permet de maintenir les capacités fonctionnelles de façon personnalisée et numérique. Sa généralisation, inscrite dans la loi depuis avril 2024, ouvre une nouvelle ère pour la médecine préventive du vieillissement. Les outils technologiques et digitaux participent au bien vieillir en permettant une meilleure surveillance médicale, en rompant l'isolement et en améliorant la mobilité. Et nous savons désormais que rester actif physiquement, manger sainement, maintenir une vie sociale riche sont des leviers puissants, accessibles à tous.

Nous sommes au cœur de la Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2021–2030 lancée par l'OMS, qui appelle

gouvernements, professionnels de santé, chercheurs et acteurs du champ social à agir collectivement pour améliorer la vie des personnes âgées et de leurs familles. Ce 14^e Congrès Francophone sur la Fragilité s'inscrit pleinement dans cette dynamique.

Pendant deux jours, à Toulouse, nous partagerons les dernières avancées en gérosceince et en médecine gériatrique, les résultats de l'essai clinique randomisé ICOPE à 5 ans, les nouvelles perspectives thérapeutiques issues de la gérosceince, les modalités concrètes de déploiement territorial d'ICOPE — dont le nouveau dispositif SPDA —, ainsi que des outils pratiques pour la consultation de longévité et le suivi numérique de nos patients.

Nous ne sommes qu'un maillon de cette action collective, mais notre rôle est indispensable. Se saisir de ces connaissances, les implémenter dans sa pratique, c'est offrir à nos patients la possibilité de vieillir en bonne santé et de contribuer à modifier le futur de notre société.

Excellent congrès.

*Pr Laurent Balardy & Dr Sandrine Sourdet
IHU HealthAge, Toulouse (France)*

Communications orales et Posters

COMMUNICATIONS ORALES

OC01- Consultation gériatrique solidaire de territoire pour personne âgée de plus de 70 ans sans médecin traitant : Une réponse organisationnelle à la fragilité

L. Brignol¹

((1) Centre Hospitalier, Moissac (France))

Contexte : L'absence de médecin traitant chez les personnes âgées constitue un facteur majeur de fragilité de rupture du parcours de soins, en particulier dans les territoires confrontés à une offre médicale insuffisante. Cette situation expose à des retards de prise en charge, à une perte de continuité des soins et un recours accru hospitalisation non programmée. Sur le territoire de Castelsarrasin Moissac en Tarn et Garonne, la pénurie médicale, tant libérale qu'hospitalière est ancienne et structurelle, affectant particulièrement les personnes âgées isolées et vulnérables. **Objectifs :** Décrire la mise en place d'une consultation gériatrique solidaire de territoire destinée aux personnes âgées de plus de 70 ans sans médecin traitant, et analyser l'intérêt organisationnel dans la prise en charge de la fragilité. **Méthodes :** Une consultation gériatrique dédiée a été mise en place au sein de l'hôpital de Moissac après validation par les instances hospitalières et territoriales. Les patients éligibles sont identifiés à partir des listes établies en collaboration avec la CPAM et la CPTS du territoire, permettant un repérage proactif des personnes âgées sans médecin traitant. Cette consultation s'adresse à des personnes âgées de plus de 70 ans et repose sur une évaluation globale intégrant les dimensions médicale, fonctionnelle, cognitive et sociale avec une attention particulière portée aux situations de fragilité et de rupture de parcours. **Organisation :** La consultation est organisée de façon hebdomadaire, à raison de huit consultations programmées de 30 minutes. Elle vise à faciliter l'accès aux soins pour des patients en situation déshérence médicale, à sécuriser leur parcours et à proposer des orientations adaptées en lien avec les acteurs du territoire. **Résultats attendus :** Les résultats attendus sont une amélioration de l'accès aux soins pour une population âgée particulièrement vulnérable, une meilleure visibilité du parcours de soins, une coordination renforcée entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux, ainsi qu'une prévention des situations de décompensation et des hospitalisations programmées. **Conclusion :** La consultation gériatrique solidaire de territoire constitue une réponse organisationnelle pertinente à la prise en charge de la fragilité chez les personnes âgées sans médecin traitant. Fondée sur une identification proactive et une coordination territoriale, elle s'inscrit dans une logique de soins de proximité et apparaît reproductible dans d'autres territoires confrontés à des problématiques similaires.

OC04- Promouvoir une activité physique régulière chez les personnes âgées de 80 ans et plus : Rôle des réponses affectives positives à l'exercice ?

E. Barreau¹, M. Plard², A. Lefort³, L. Julien³, T. Deschamps¹, S. Maltagliati⁴

((1) Nantes Université, Motricité-Interactions-Performance, UR 4334, Nantes (France); (2) Univ. Angers, CNRS, UMR 6590 Eso, Esthwa, Angers (France); (3) Maison Sport Santé Labsport, Saint Nazaire (France); (4) Université Bretagne Sud, LP3C-EA1285-Laboratoire De Psychologie : Cognition, Comportement, Communication, Lorient (France))

Contexte : Prévenir les chutes est essentiel pour préserver l'autonomie à domicile de nos aînés. L'efficacité des programmes d'activité physique (AP) dans la prévention des chutes des personnes âgées et très âgées (+80 ans) n'est plus à démontrer [1]. Néanmoins, l'engagement à long terme dans une AP régulière est loin d'aller de soi, notamment chez les personnes âgées. Alors que les modèles duaux de la motivation suggèrent que les expériences affectives positives à l'exercice joueraient un rôle pivot dans le déclenchement et le maintien de l'AP, ces relations demeurent peu étudiées chez cette population [2-4]. Cette étude examine

dans quelle mesure les expériences positives à l'effort sont associées aux tendances d'approche/évitement envers l'effort physique, ainsi que l'intention d'être actif physiquement à la suite du programme de prévention des chutes chez des personnes âgées robustes de + 80 ans. **Méthode :** Intégrées dans une large étude interventionnelle contrôlée randomisée avec suivi d'1 an (NCT06617806) [5], 80 personnes âgées (83.7 ± 3.4 ans) ont réalisé 14 séances individuelles d'AP supervisées, à domicile d'un programme de prévention des chutes (2 séances/semaine ; durée 45'). Les participants ont indiqué par questionnaire leur intention d'être actif physiquement à la fin du programme, tandis que les tendances d'approche et d'évitement envers l'AP ont été mesurées avant et après le programme par l'Echelle d'Effort Physique [6]. Le score global d'approche correspondait à la tendance d'approcher de l'effort physique – la tendance d'évitement de l'effort physique. La valence affective a été mesurée au milieu et à la fin de chaque séance à l'aide de la Feeling Scale (FS), et le plaisir anticipé et remémoré respectivement au début et à la fin de chaque séance. **Résultats :** La valence affective de milieu et fin de séance prédit le plaisir anticipé et remémoré (de 44% à 51% de la variance expliquée). Le plaisir remémoré est fortement et positivement associé au plaisir anticipé ($\beta = .803$; $p < .001$). Le score global d'approche de l'effort physique et l'intention d'être actif post-programme sont positivement influencés par le plaisir remémoré ($\beta = .366$; $p < .001$ et $\beta = .358$; $p = .002$). En outre, ces tendances d'approche envers l'effort physique ont significativement augmenté après le programme ($p < .001$; d de Cohen = 0.47). **Conclusion :** A notre connaissance, ces résultats révèlent, pour la première fois chez les personnes âgées de 80 ans et +, le rôle déterminant des expériences affectives dans la régulation des comportements d'AP. Le plaisir perçu pendant les séances favorise à la fois les tendances d'approche envers l'effort et l'intention de poursuivre une AP régulière à l'issue du programme – deux variables clés dans la régulation comportementale. Le recueil en cours du niveau d'AP des participants à t+1 an post-programme permettra d'évaluer si ces expériences affectives prédisent le maintien effectif de l'AP. En définitive, ces résultats ouvrent des perspectives concrètes pour optimiser les programmes APA en intégrant systématiquement des stratégies visant à améliorer l'expérience affective au cours des séances. **Références :** 1. Liu-Ambrose, T., Davis, J. C., Best, J. R., Dian, L., Madden, K., Cook, W., ... & Khan, K. M. (2019). Effect of a home-based exercise program on subsequent falls among community-dwelling high-risk older adults after a fall: a randomized clinical trial. *Jama*, 321(21), 2092-2100. 2. Brand, R., & Ekkekakis, P. (2018). Affective-Reflective Theory of physical inactivity and exercise: Foundations and preliminary evidence. *German Journal of exercise and sport research*, 48(1), 48-58. 3. Cheval, B., & Boisgontier, M. P. (2021). The theory of effort minimization in physical activity. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 49(3), 168-178. 4. Maltagliati, S., Sarrazin, P., Fessler, L., Lebreton, M., & Cheval, B. (2024). Why people should run after positive affective experiences instead of health benefits. *Journal of sport and health science*, 13(4), 445-450. 5. Huet, J., Rat, C., Renaux, C., Mayol, S., Costanza, S., Riche, V. P., ... & de Decker, L. (2024). Advanced Practice Nurses for Fall Incidence prevention in robust very old adults: protocol for the APN-FIT hybrid randomized controlled trial. 6. Cheval, B., Maltagliati, S., Courvoisier, D. S., Marcora, S., & Boisgontier, M. P. (2024). Development and validation of the physical effort scale (PES). *Psychology of Sport and Exercise*, 72 (4), 102607.

OC06- Dépistage précoce des troubles cognitifs grâce à la consultation ICOPE du Dispositif Infirmier Prévention Santé (DIPS) en Dordogne : retour d'expérience sur plus de 3000 consultations

F. Woné^{1*}, C. Lachaud¹, V. Chanel¹, C. Clément¹, M. Gourgues¹, S. Lafleur¹, N. Petit¹, A. Peytoureau¹

((1) Centr Hospitalier De Périgueux, Périgueux (France))

Contexte : Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des situations de fragilité en particulier cognitive chez les personnes âgées. Le repérage précoce constitue un

enjeu majeur de santé publique afin de prévenir la perte d'autonomie et d'adapter les parcours de soins. En Dordogne, Le Dispositif Infirmier Prévention-Santé (DIPS), financé principalement par l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, intervient sur tout le département de la Dordogne depuis 2019. Il propose le repérage et l'évaluation des capacités des personnes de plus de 60 ans vivant à domicile, en consultation infirmière approfondie, selon le modèle ICOPE de l'OMS. Le DIPS intervient dans 5 hôpitaux du GHT Dordogne et en 40 points de proximité. Le Centre Ressources EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux en assure le pilotage. **Méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur l'ensemble des consultations de ce dispositif territorial depuis 2019. Ce retour d'expérience permet d'évaluer son intérêt dans le repérage précoce des troubles cognitifs et l'orientation vers les parcours d'évaluation spécialisés et d'accompagnement existants. La consultation repose sur une évaluation multidimensionnelle standardisée des capacités intrinsèques selon les principes du modèle ICOPE (STEP 2). Elle comprend un dépistage cognitif et l'évaluation des autres domaines fonctionnels (mobilité, nutrition, vision, audition et état psycho-affectif). Les patients présentant un signal d'alerte cognitif ou une fragilité significative sont orientés vers une évaluation complémentaire (consultation mémoire, évaluation gériatrique spécialisée ou dispositifs médico-sociaux). **Résultats :** Sur 3090 patients ayant bénéficié d'une évaluation cognitive initiale, 23,7 % (N=732) ont cette capacité altérée, dont 38,7% (N=283) sans plainte cognitive. Le dispositif permet d'orienter un nombre significatif de patients vers des consultations spécialisées pour évaluation diagnostique et mise en place d'un suivi adapté. La consultation de prévention permet également d'identifier les fragilités associées (troubles sensoriels, dénutrition, limitation de mobilité ou isolement social) susceptibles d'influencer l'évolution cognitive et l'autonomie. **Conclusion :** Le repérage précoce des troubles cognitifs débutants, souvent non identifiés auparavant, grâce au modèle ICOPE, facilite l'orientation vers des parcours d'évaluation spécialisés. Au-delà du dépistage cognitif, cette approche globale permet également d'identifier des fragilités associées susceptibles d'influencer l'évolution de l'autonomie. Ce retour d'expérience territoriale menée par le Dispositif Infirmier de Prévention Santé (DIPS) en Dordogne, montre l'intérêt d'une évaluation des capacités intrinsèques et fonctionnelles en prévention primaire à grande échelle.

OC07- Altération de la capacité intrinsèque chez les personnes âgées: Analyse des différences entre les sexes chez un groupe de retraités au Cameroun

M.J. Ntsama Essomba¹, J.K. Andela Edibiye², M. Tabue Teguo³
 ((1) Université De Yaoundé I, Yaoundé (Cameroon); (2) Université Des Montagnes, Bangangté (Cameroon); (3) Université Des Antilles, Fort-De-France (France))

Introduction: Malgré l'intérêt croissant pour le Vieillessement en Bonne Santé, les différences entre les sexes dans la trajectoire de capacité intrinsèque restent peu étudiées, en particulier dans les pays d'Afrique subsaharienne. Cette étude visait à évaluer les différences entre les sexes dans l'altération de la capacité intrinsèque chez des retraités camerounais. **Matériel et méthode:** Nous avons mené une étude transversale auprès de retraités âgés de 60 ans et plus. La capacité intrinsèque a été évaluée à l'aide de l'outil ICOPE. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du Chi-deux. Un seuil de significativité de $P < 0,05$ a été retenu. **Résultats :** Au total, 281 participants ont été inclus (57,7 % de femmes ; âge médian 67 ans). Les femmes présentaient davantage d'hypertension artérielle (38,1 % contre 25,6 %, $P = 0,011$) et d'obésité (33 % contre 16,3 %, $P < 0,001$) tandis que la consommation d'alcool, le tabagisme et l'incontinence urinaire étaient plus fréquents chez les hommes. L'altération globale de la capacité intrinsèque était plus fréquente chez les femmes (53,5 % contre 43,1 %, $P = 0,047$) et elles avaient un déclin cognitif plus marqué (42,3 % contre 31,9 %, $P = 0,039$). **Conclusion :** Les femmes présentaient une altération plus importante de la capacité intrinsèque que les hommes, portant essentiellement sur le domaine cognitif. Ces résultats soulignent la nécessité d'intégrer une approche ciblée sur les différences liées au sexe dans les interventions et les programmes de Vieillessement en Bonne Santé au Cameroun.

OC08- Mise en place d'un hôpital de jour longévité et santé au CHU d'Angers

M. Oteko¹, M. Avril¹, C. Laisne¹, A. Ruault¹, R. Bécot¹, J. Spiquel¹, L.A. Chauviré¹, M. Lepesqueur¹, E. Dorbeau¹, K. Joulin Deniset¹, H. Ghanizadeh¹, A. Brangier¹, C. Annweiler¹
 ((1) CHU Angers, Angers (France))

Contexte : Le déploiement du programme ICOPE sur le territoire constitue une réponse aux évolutions démographiques et à la promotion du vieillissement en santé. Les professionnels de santé, les institutions de soins, les personnes âgées elles-mêmes sont incitées à réaliser un step 1 à visée de dépistage à partir de l'âge de 60 ans. Bien que le programme s'appuie essentiellement sur les soins primaires, nous sommes convaincus qu'une prise en soins globale et pluriprofessionnelle par une équipe gériatrique peut bénéficier aux patients présentant des poly-fragilités. C'est dans ce contexte que nous avons développé l'hôpital de jour longévité et santé sur le CHU d'Angers. **Méthode :** Un travail préparatoire a été mené pour identifier les patients relevant de cette filière, pour définir l'organisation la plus adaptée correspondant à l'hétérogénéité du profil de patient, mais également aux contraintes organisationnelles. S'en est suivi un échange avec les différents professionnels impliqués, pour définir le cadre organisationnel et le contenu de chaque évaluation ainsi que leur articulation. Le projet a été déposé, évalué sur le plan économique, les besoins matériels et humain ont été identifiés. Une communication auprès des professionnels et du grand public a également été réalisée. **Résultat :** L'hôpital de jour a ouvert en novembre 2025. Le patient sont admis selon les critères suivants : âge ≥ 60 ans, domiciliation sur Angers Loire Métropole, altération de 3 capacités intrinsèques ou 2 non sensorielles, IADL $\geq 3/4$. Ils sont adressés soit par un professionnel ou après la réalisation d'un step 1 sur ICOPE monitor (en auto ou hétéro-évaluation) ou après avoir réalisé un step 1 au CHU. Ces différentes alertes sont repérées par un professionnel du service qui oriente sur l'hôpital de jour si les critères sont remplis. L'hôpital de jour est ouvert 5 jours par semaine, chaque admission correspondant à une demi-journée, neuf patients sont convoqués par semaine, avec une fermeture annuelle quatre semaines par an. L'hospitalisation de jour se présente en deux blocs distincts. Le premier systématique et uniforme, comprend une évaluation pluri professionnelle (IDE, EAPA, diététicienne, gériatre) permettant un bilan diagnostique et la proposition d'un premier plan de soins. Dans le cas où le patient en relève, un deuxième bloc, complémentaire et composé selon les besoins du patient, peut permettre d'approfondir les capacités intrinsèques restantes. Les professionnels intervenants sur le bloc deux sont un ophtalmologue, un ORL, un psychiatre, une psychologue, une neuropsychologue, un pharmacien et un gériatre. Ces deux blocs sont espacés d'un mois. Enfin, un rappel téléphonique à trois mois permet de suivre l'évolution et de mesurer l'impact des préconisations, éventuellement en ajustant le plan de soins. À la date du 10 décembre 2025, 24 patients ont bénéficié d'une évaluation en hospitalisation de jour sur le bloc 1. Les premiers blocs 2 sont en attente de programmation. De plus amples résultats pourront vous être présentés en juin 2026 concernant les évaluations réalisées et leurs résultats. **Conclusion :** L'hospitalisation de jour longévité et santé proposée au CHU d'Angers s'inscrit dans le cadre du programme ICOPE et permet de diversifier l'offre de soins pour les patients repérés sur un step 1 avec plusieurs capacités intrinsèques altérées. **Déclarations :** Aucun conflit d'intérêt. **Mots clés :** ICOPE, prévention, fragilité, évaluation approfondie, plan de soins, hôpital de jour.

OC09- Les Français et la vaccination COVID-19 en 2025

V. Petit¹, C. Druais Voinot², M. Thiboust³, J. Vivant³, D. Oudin-Dogliani⁴, A. Mosnier⁵
 ((1) Sanofi France, Lyon (France); (2) Foresight Data Publishing, Paris (France); (3) IPSOS BVA, Paris (France); (4) Université Grenoble Alpes, Laboratoire Interuniversitaire De Psychologie/personnalité, Cognition, Changement Social, Grenoble (France); (5) Open Rome, Paris (France))

Contexte : L'analyse des données du Bulletin IRA SPF 24/25 (Infections respiratoires aiguës – grippe, bronchiolite, COVID-19) pour la saison 2024/2025 révèle que les objectifs de couverture vaccinale

sont encore loin d'être atteints. Ces chiffres mettent en lumière un enjeu majeur de santé publique : la couverture vaccinale reste insuffisante pour assurer une protection optimale de ces populations. **Objectifs :** Notre enquête vise à évaluer la perception et l'intention vaccinale des Français, ainsi que les leviers et freins à la vaccination en général, et plus particulièrement contre le COVID-19. **Méthode :** L'enquête a été menée en juin 2025 auprès de 2 001 personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France et éligibles à la vaccination. Le recueil des données s'est fait en ligne, via un panel internet pour le grand public, et via les réseaux sociaux pour les femmes enceintes. La représentativité a été assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, profession, région et catégorie d'agglomération), avec calage sur les données INSEE 2021. **Résultats :** Les répondants expriment une forte intention de principe à la vaccination en général, avec 80% s'y déclarant favorables (dont 31% très favorables). Seuls 39% n'éprouvent d'hésitation pour aucune des vaccinations, 56% expriment des réserves sur certaines vaccinations et 5% sont défavorables à toute vaccination. Parmi les personnes ayant des réserves, les vaccinations contre le COVID-19 (55%) et contre la grippe (33%) suscitent le plus de réticences. Parmi les personnes défavorables à certaines ou à toutes les vaccinations, les premiers freins identifiés dans la liste proposée sont la crainte des effets secondaires (54%) et les doutes sur l'efficacité vaccinale (44%). Le manque de confiance envers les laboratoires pharmaceutiques (37%) et les autorités sanitaires (31%), ainsi qu'un déficit d'information claire (33%) sont moins souvent cités. Par ailleurs, 3 répondants défavorables sur 10 estiment que les risques liés à la vaccination dépassent les bénéfices. Les professionnels de santé restent la source principale d'information sur la vaccination COVID-19 pour 67% des Français (58% via un médecin, 29% via un pharmacien), proportion atteignant 78% chez les seniors. Dans le même temps, l'absence de recommandation de la part d'un professionnel de santé est un frein important à la vaccination COVID-19, cité par 24% des seniors et 30% des 18-64 ans avec comorbidités. **Discussion-Conclusion :** Malgré une intention élevée à se faire vacciner, des réticences subsistent envers la vaccination COVID-19, liées notamment à des inquiétudes sur la sécurité et l'efficacité vaccinale. Le rôle central des professionnels de santé comme relais de confiance apparaît essentiel pour renforcer l'adhésion, en particulier auprès des publics à risque.

OC10- Vieillir en bonne santé après 80 ans : impact d'un programme d'APA à domicile sur la mobilité et le risque de chute

E. Barreau^{1,2}, M. Plard³, A. Lefort⁴, L. Julien⁴, L. De Decker⁵, T. Deschamps¹

((1) Nantes Université, Motricité-Interactions-Performance, UR 4334, Nantes (France); (2) Maison Sport-Santé LabSportt, Saint Nazaire (France); (3) Université D'angers, CNRS, UMR 6590 Eso, Esthna, Angers (France); (4) Maison Sport-Santé LabSport, Saint Nazaire (France); (5) Pôle De Gériatrie Clinique, CHU De Nantes, Nantes Université, Nantes (France))

Contexte : Prévenir les chutes est essentiel pour préserver l'autonomie et le maintien à domicile de nos aînés [1]. Si l'activité physique (AP) est reconnue comme une intervention clé dans la prévention des chutes [2], très peu d'études ont évalué en vie réelle les effets de programmes d'exercices réalisés à domicile chez des personnes âgées de plus de 80 ans en bonne santé [3]. Intégrée dans un large essai contrôlé randomisé (NCT06617806) [4], cette étude interventionnelle avec un suivi d'1 an examine les effets d'un programme AP adapté (APA) sur le risque de chute auprès de personnes très âgées vigoureuses (131 inclusions à ce jour). On émet l'hypothèse que le programme APA contribue à réduire leur risque de chute en améliorant la force musculaire, l'équilibre statique et dynamique et la mobilité fonctionnelle. **Méthode :** 80 participants (âge moyen : 83.7 ± 3.4 ans) ont terminé à ce jour les 14 séances APA à domicile (2 séances / semaine ; durée 45'), encadrées par un enseignant APA, pour une personnalisation et progressivité des exercices selon les capacités des participants. Les performances fonctionnelles sont évaluées à travers le test Timed-Up and Go (TUG) et la Short Physical Performance Battery, collectées à t0 et t1 (pre vs. post programme) et t+1 an. Un suivi téléphonique bimestriel lors du suivi permet de recenser le nombre de chutes, critère de jugement principal. Notre période d'inclusion de 2 ans des 300 participants attendus a débuté en octobre 2024. **Résultats :** Les présents résultats portent sur l'évolution des performances physiques pre vs. post-intervention. Le

programme APA « antichute » a conduit à une amélioration significative de la performance au TUG entre t0 (9.7 ± 2.5 sec) et t1 (8.3 ± 2.1 sec) (p < .001 ; effect size (ES) = 0.62). Le temps au test de leviers de chaise a diminué de 20.7% (t0 = 13.6 ± 3.8 sec vs t1 = 10.8 ± 3.8 sec ; p < .001 ; ES = 0.93). Le temps de maintien en position tandem a progressé de 7.9 ± 3.2 sec à 9.6 ± 1.5 sec (p = 0.003 ; ES = 0.6). Les données concernant le nombre de chutes lors du suivi sont en cours de recueil. Les résultats sur les performances physiques et les premières tendances sur l'incidence des chutes à t+1an, seront présentés lors du congrès en juin 2026 (N ≈ 85), au regard des profils évolutifs des participants également renseignés (e.g. statut exécutif, symptômes dépressifs, peur de chute). **Conclusion :** Ce programme APA à domicile constitue une intervention simple, ciblée et reproductible pour la prévention des chutes chez les personnes très âgées en bonne santé. Les résultats montrent les bénéfices fonctionnels (loco)moteurs post- intervention chez la personne âgée de +80 ans. L'enjeu réside aussi dans le maintien d'une AP régulière à long terme des 300 participants, en questionnant le rôle clé des expériences affectives positives (ou négatives) évaluées pendant programme APA, attendues comme prédictives d'une AP durable à t+1an [5]. **Références :** 1. Montero-Odasso, M., Van Der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... & Masud, T. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205. 2. Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane database of systematic reviews*, (9). 3. Liu-Ambrose, T., Davis, J. C., Best, J. R., Dian, L., Madden, K., Cook, W., ... & Khan, K. M. (2019). Effect of a home-based exercise program on subsequent falls among community-dwelling high-risk older adults after a fall: a randomized clinical trial. *Jama*, 321(21), 2092-2100. 4. Huet, J., Rat, C., Renaux, C., Mayol, S., Costanza, S., Riche, V-P., Deschamps, T., Caillet, P., & de Decker, L. (sous presse, 2025). Advanced Practice Nurses for Fall Incidence prevention in robust very old adults: protocol for the APN-FIT hybrid randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*. 5. Rhodes, R. E., & Kates, A. (2015). Can the affective response to exercise predict future motives and physical activity behavior? A systematic review of published evidence. *Annals of Behavioral medicine*, 49(5), 715-731.

OC11- Vieillesse accélérée et trisomie 21 : Evaluation de la fragilité à l'aide d'un outil adapté chez des patients suivis en consultation gériatrique

A. Hiance Delahaye¹, C. Laffon De Mazieres², A.S. Bourgerie², C. Baraton¹, T.T.M. Duong², S. Thiam², D. Korera², A.S. Rebillat²

((1) Institut Lejeune, Nantes (France); (2) Institut Lejeune, Paris (France))

Contexte : Les personnes présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) ont une espérance de vie qui augmente. Contrairement à la population générale où la fragilité n'apparaît généralement pas avant 70-75 ans, ces individus présenteraient des niveaux de fragilité comparables dès l'âge de 50 ans [1]. Dans la trisomie 21 (T21), 1ère cause de TDI d'origine génétique, le vieillissement est fortement influencé par la prévalence de la maladie d'Alzheimer (forme génétique) [2]. S'y associent d'autres comorbidités particulièrement fréquentes pouvant altérer la cognition et/ou l'autonomie (troubles neurosensoriels, syndrome d'apnée du sommeil, comorbidités psychiatriques notamment) [3]. Il n'y a pas de données sur l'évaluation de la fragilité avec un outil validé dans cette population. L'objectif est d'évaluer l'index de fragilité grâce à l'ID-IF Short form [4] validé dans la population avec TDI chez des patients avec T21 et d'analyser les facteurs associés. **Méthodes :** Etude rétrospective transversale d'un échantillon de patients porteurs d'une T21 âgés de 35 ans ou plus suivis en consultation de gériatrie à l'Institut Jérôme Lejeune (Paris et Nantes) pour lesquels la fragilité a été évaluée en utilisant l'ID-IF Short form (données collectées du 18/10/2023 au 05/12/2025). En dehors des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, lieu de vie), les autres données recueillies concernaient le niveau de DI, le nombre de psychotropes, de comorbidités, l'existence d'une maladie d'Alzheimer et/ou d'une pathologie psychiatrique, le DSQIID (heteroquestionnaire de dépistage des troubles neurocognitifs validé dans la population

avec TDI), et des échelles fonctionnelles (ADL, IADL, Timed up and go, appui unipodal). Après une analyse descriptive des résultats, une analyse univariée puis bivariée permettront d'identifier les déterminants de l'ID-IF. **Résultats :** Parmi 713 patients porteurs de T21 (âge moyen 50.8 ± 7.7 ans ; 52% d'hommes), 69% vivaient en institution (3.6% en EHPAD ou UPHV) et 73% avaient un niveau de DI modéré. L'index de fragilité moyen était de 0.27 (SD 0.18) : 205 fragiles (29%), 195 préfragiles (27%) et 313 non fragiles (44%). Dans le groupe fragile (âge moyen 55.3 ± 6.6 ans contre 46.6 ± 6.4 ans dans le groupe non fragile), l'index de fragilité moyen était de 0.50 (SD 0.13) contre 0.11 (SD 0.05) dans le groupe non fragile, l'ADL moyen était de 2.7 contre 5.8 dans le groupe non fragile, le DSQIID moyen était de 21.5 (SD 11.6) contre 3.7 (SD 5.0) dans le groupe non fragile (en faveur d'un déclin cognitif si > 19), 62% était atteint d'une maladie d'Alzheimer contre 4.2% dans le groupe non fragile et 32.9% vivaient en établissement non médicalisé contre 54% dans le groupe non fragile. Les données sur les comorbidités et les psychotropes ainsi que les analyses uni et bivariées sont en cours. Elles seront disponibles pour le congrès. **Conclusion :** Cette étude confirme que le dépistage de la fragilité avec l'ID-IF short form est réalisable en consultation. Environ 30% des adultes avec T21 âgé en moyenne de 50 ans étaient considérés comme fragiles dans notre échantillon. Cette population accumulerait donc précocement des déficits conduisant à une fragilité précoce ce qui va dans le sens d'un vieillissement accéléré. La prise en compte de l'âge biologique (vs l'âge chronologique) paraît essentielle dans cette population. D'autres études sont à mener sur l'évolution de l'ID-IF, les conséquences en termes d'événements indésirables et l'impact d'interventions précoces. **Mots clés :** Trouble du développement intellectuel, trisomie 21, vieillissement accéléré, fragilité. **Divulgations :** Pas de conflit d'intérêt. **Références :** 1. Schoufour JD, et al. *Res Dev Disabil.* 2013 May;34(5):1541-55. doi: 10.1016/j.ridd.2013.01.029. 2. Baksh RA, et al. *Lancet Public Health.* 2023 Jun;8(6):e453-e462. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00057-9. 3. Fortea J, et al. *Lancet.* 2020 Jun 27;395(10242):1988-1997. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30689-9. 4. Schoufour JD, et al. *J Intellect Disabil Res.* 2022 Mar;66(3):240-249. doi: 10.1111/jir.12907.

OC14- Déploiement régional du programme ICOPE en Pays de la Loire : structuration d'un parcours de prévention ajusté au profil de risque selon le nombre de capacités intrinsèques potentiellement altérées

A. Brangier¹, A.S. Boureau², D. Guillet³, J.B. Montaubric³, E. Artaud⁴, V. Bernat⁴, C. Annweiler^{1,4}
 ((1) CHU Angers, Angers (France); (2) Chu Nantes, Nantes (France); (3) Inter URPS Pays De La Loire, Pays De La Loire (France); (4) Gériatopôle Des Pays De La Loire, Nantes (France))

Le programme ICOPE propose un modèle structuré de prévention fondé sur le suivi des capacités intrinsèques des personnes âgées. Après deux années d'expérimentation, sa généralisation impose de sécuriser un parcours soumis à une montée en charge significative, en particulier au Step 1, afin de garantir la continuité du suivi et la qualité de la réponse apportée. Des travaux récents montrent que l'accumulation de capacités intrinsèques altérées constitue un déterminant majeur du risque de perte d'indépendance et d'autonomie (Souto Barreto et al., *Nature Aging*, 2025), ce qui justifie une priorisation graduée des interventions sans exclure les autres profils. Dans les Pays de la Loire, un travail collaboratif mené par un Consortium associant l'Agence régionale de santé, les professionnels de santé libéraux organisés en inter-URPS, les Groupements hospitaliers de territoire et le Gériatopôle des Pays de la Loire, a permis de définir un schéma partagé du parcours ICOPE. Celui-ci souligne la nécessité d'une gestion rigoureuse et coordonnée des alertes, d'une structuration infra-territoriale des ressources mobilisables et d'un parcours gradué intégrant le nombre de capacités intrinsèques potentiellement touchées. Cette organisation vise à sécuriser la montée en charge du dispositif, à renforcer la pertinence clinique des orientations et à soutenir l'amélioration continue des parcours au niveau régional. Cette proposition de communication présente une organisation régionale du parcours ICOPE conçue pour alimenter la réflexion nationale sur les modalités de déploiement du dispositif, et pour soutenir l'évaluation de son efficacité et de sa pertinence en matière de prévention et de longévité en santé.

OC15- Impact de la prévention cognitive sur le bien-être des patients atteints de troubles neurocognitifs

A. Spizzo¹, C. Grangé¹

((1) Université Claude Bernard, Lyon (France))

Introduction : La France connaît un vieillissement croissant de sa population, entraînant une hausse significative des troubles neurocognitifs (TNC), dont la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente. Ces pathologies, sources de dépendance et de perte d'autonomie, justifient l'importance d'un diagnostic précoce et d'interventions adaptées dès le stade de trouble cognitif léger. Les approches non médicamenteuses, comme la réadaptation cognitive, sont explorées pour améliorer la qualité de vie, bien que leur efficacité reste encore discutée. Dans ce cadre, le programme BOOST-MEM, proposé à l'hôpital des Charpennes, vise à renforcer les capacités cognitives et le bien-être des patients à travers des ateliers de mémoire, d'éducation thérapeutique et de soutien psychologique et social. L'évaluation de son impact se fait notamment grâce à l'échelle EVIBE, qui mesure le bien-être subjectif, avec pour objectif de mieux comprendre son influence sur la qualité de vie des patients âgés. **Matériel et méthode :** Le sujet de cette thèse est une étude rétrospective portant sur des patients âgés de 65 ans et plus atteints de maladie neurodégénérative au stade léger à modéré ayant participé au programme de prévention cognitive Boost-MEM porté par le CH des Charpennes. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de ce programme sur l'évolution avant/après du score d'Evaluation Instantanée du Bien-Etre (EV.I.B.E), qui a démontré une bonne corrélation avec une échelle validée d'évaluation de la qualité de vie dans le cadre de la maladie d'Alzheimer (QOL-AD). Une différence de 1 point a été définie pragmatiquement comme cliniquement significative, considérant que le score EV.I.B.E varie de 0 (bien être minimal) à 5 (bien être maximal). Les objectifs secondaires comportaient l'analyse de l'impact du programme sur le GDS4, sur l'EV.I.B.E par catégories d'atteintes cognitives (MMSE ≥ 27 versus < 27), de comédications anxiolytiques (présentes versus absentes). Du 01.01.2022 au 31.12.2024, 66 patients ont participé au programme, d'âge médian 79 ans (65-89 ans), dont 56.1% de femmes. Leur niveau d'étude était primaire dans 15.6% des cas, secondaire dans 40.6% des cas, supérieur dans 43.8% des cas ; 42.9% d'entre eux prenaient des traitements anxiolytiques. Parmi les étiologies des TNC on retrouve 40% de troubles neurocognitifs légers, 36.9% de maladies d'Alzheimer, 15.4% de troubles d'origine vasculaire ; seuls 3.1% présentaient des troubles neurocognitifs majeurs. **Résultats :** Le score EV.I.B.E médian était de 3.80 (95%CI : 3,4-3,82) à l'entrée dans le programme, 4.00 (95%CI : 3,53-4,03) à la sortie, soit une différence médiane de 0.2 (95%CI : inf-0,049), non significative ($p = 0.068$). Le score GDS4 médian était de 3,00 [GC4] (95%CI : 3,17-4,46) à l'entrée dans le programme, 3,00 (95%CI : 2,49-3,74) à la sortie, $p=0.998$. **Conclusion :** Aucune différence significative n'a pu être démontrée à l'issue du programme Boost-MEM ni sur le critère principal – le score EV.I.B.E – ni sur le critère secondaire – le GDS4 – utilisés dans le cadre de son évaluation. Le taux d'altération du GDS4 – élevé à l'entrée comme à la sortie du programme – constitue probablement une cible d'intérêt pour l'adaptation future du programme.

OC19- Programme d'interventions multi-domaines de prévention primaire de la maladie d'Alzheimer PREVALZ : Expérimentation exploratoire à Montpellier

C. Tabuenca¹, A. Bérard¹, V. Montagne¹

((1) Fondation Médéric Alzheimer, Paris (France))

Contexte : La maladie d'Alzheimer représente un enjeu majeur de santé publique, avec 14 facteurs de risque modifiables identifiés. Leur maîtrise théorique permettrait de réduire de 45 % le nombre de cas, tandis qu'un retard de 5 ans dans la survenue de la maladie pourrait diminuer son incidence de 41 % et les coûts associés de 40 %. L'étude finlandaise FINGER (2009–2014) a démontré l'efficacité d'une approche multi-domaines (activité physique, alimentation, stimulation cognitive, prévention cardiovasculaire et interactions sociales) chez des personnes âgées de 60 à 77 ans sans signe clinique de la maladie mais à haut risque. Les résultats ont montré des améliorations significatives. Fort de ces résultats, le programme PREVALZ (PREvention ALzheimer) propose une adaptation française du modèle FINGER, en y intégrant

des nouvelles dimensions : Prise en charge de la dépression; Correction des troubles auditifs et visuels non ou mal compensés; Utilisation des dispositifs existants (centres de prévention, «Mon Bilan Prévention»). **Méthodes** : Une phase exploratoire sera menée auprès de 100 participants recrutés selon les critères suivants : Âge : 60 ans et plus; Absence de signes cliniques de maladie d'Alzheimer; Risque élevé de développer la maladie (score CAIDE ≥ 6 et/ou antécédents familiaux); Les participants bénéficieront d'un programme personnalisé sur 6 mois, incluant jusqu'à 36 séances réparties selon leurs besoins (évalués lors d'un bilan initial) : Activité physique adaptée; Ateliers nutrition; Stimulation cognitive; Prise en charge des troubles sensoriels; Soutien psychologique; Un bilan motivationnel sera réalisé tous les deux mois pour ajuster le programme et maintenir l'engagement des participants. En parallèle de l'expérimentation, des événements grand public seront organisés dans des lieux fréquentés, notamment les centres commerciaux, pour informer sur les facteurs de risque modifiables. **Résultats attendus** : L'expérimentation PREVALZ à Montpellier vise à évaluer l'efficacité de l'approche multi-domaines adaptée au contexte français : Amélioration des performances cognitives (mémoire, attention, fonctions exécutives); Réduction des facteurs de risque (hypertension, sédentarité, isolement social); Impact sur la qualité de vie et le bien-être psychologique. **Conclusion** : Le programme PREVALZ représente une avancée majeure dans la prévention primaire de la maladie d'Alzheimer en France. Son approche multi-domaines et personnalisée, combinée à une stratégie de sensibilisation grand public, pourrait : Réduire significativement l'incidence de la maladie à long terme; Améliorer la qualité de vie des personnes à risque; Alléger la pression sur le système de santé (réduction des hospitalisations et des entrées en EHPAD); Sensibiliser massivement la population aux enjeux de la prévention. **Mots clés**: Maladie d'Alzheimer, prévention primaire, Programme multi-domaines, PREVALZ. **Divulgarion**: Financement : Cette étude est entièrement financée par la Fondation Médéric Alzheimer. **Conflits d'intérêts** : Aucun conflit d'intérêts déclaré.

OC20- Comportements de protection en contexte de canicule parmi les personnes âgées vulnérables : Approche psychosociale

M. Danko¹, T. Jover¹, M. De Battista¹

((1) I2ml/nîmes Université, Nîmes (France))

Contexte: Le vieillissement de la population est à situer dans son rapport aux changements climatiques actuels. L'intensification des vagues de chaleur constituant en partie ces changements. En 2025, Santé publique France relate que les personnes de plus de 75 ans sont plus vulnérables constatant 85.4 % de décès en excès au premier épisode de canicule [1] et 100 % au second épisode [2]. Au-delà de facteurs physiologiques, la vulnérabilité des personnes âgées est exacerbée par des déterminants psychosociaux tels que l'isolement social [3] ou la précarité [4]. Le Baromètre Petits Frères des Pauvres (2025) [5] considère l'isolement social chez les personnes âgées comme préoccupant, avec 750 000 seniors de 60 ans et plus qui sont sans contacts. Ce chiffre a augmenté de 150% depuis 2017, avec 450 000 personnes supplémentaires concernées. Holt-Lunstad et al. (2015) révèlent que l'isolement social comporte un risque de mortalité plus élevé de 26 % à 29 % comparé aux personnes entourées [6]. Par ailleurs, Les personnes précaires sont plus vulnérables face aux excès de chaleur [7] (Fondation pour le logement des défavorisés, 2023) notamment en raison de conditions de logement ou d'un accès difficile aux dispositifs de prévention comme un accès ardu à l'aide comme aux informations nécessaires [8] (Les Petits Frères des Pauvres, 2024). En période de canicule et malgré ces constats, quels sont les comportements de prévention adoptés par ces personnes âgées vulnérables ? **Méthode** : Avec une méthode mixte quantitative par questionnaire et qualitative par ateliers de co-construction, notre recherche action propose de comparer deux groupes appariés de personnes en situation de vulnérabilité de moins de 75 ans (N = 27) et de plus de 75 ans (N = 14). Ces groupes ont suivi des ateliers de co-construction d'actions de prévention pour lutter contre les effets délétères de la canicule et des fortes chaleurs sur la santé. Le questionnaire incluait les variables du modèle théorique de la motivation à la protection [9] adapté au contexte de la canicule : danger pour la santé, sentiment de fragilité face à la canicule, efficacité des mesures de protection, sentiment de capacité et efforts perçus à adopter des mesures

de protection influentes sur la motivation à la protection et in fine les comportements protecteurs. **Résultats** : Les mesures préventives sont davantage perçues comme efficaces après avoir été exposé aux ateliers (W = -2.758, p<.05). Faire face à la canicule est perçu comme plus coûteux en efforts, dans la condition post-atelier par rapport à la condition anticipée (W = -2.591, p<.05). Entre T0 et T1, les actions de co-construction ont favorisé une amélioration de la connaissance, de la perception du risque et de l'adoption des comportements protecteurs dans les deux groupes. Toutefois, des divergences apparaissent selon les tranches d'âge : les moins de 75 ans deviennent davantage motivés, tandis que les plus de 75 ans montrent une motivation réduite malgré une meilleure efficacité perçue et une adoption plus importante des gestes. **Conclusion** : Ces résultats soulignent la nécessité d'adapter les stratégies de prévention selon l'âge et personnalisées selon les besoins [10] : en renforçant le soutien motivationnel et l'accompagnement chez les personnes de plus de 75 ans, et en veillant à réduire la perception d'effort chez les moins de 75 ans par des mises en situation ou avec le soutien d'une tierce personne. **Déclaration** : Ce projet a été financé par la Fondation hospitalière pour la recherche sur la précarité et l'exclusion sociale. **Références** : 1. Santé publique France. Canicule et santé : point au 23 juillet 2025. Édition nationale [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2025. 5 p. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/bullnat_canicule_exces_mortalite_20250723.pdf. 2. Santé publique France. Canicule et santé : point au 11 septembre 2025. Édition nationale [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2025. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/bullnat_canicule_exces_mortalite_20250911.pdf. 3. Fouillet A, Rey G, Laurent F, Pavillon G, Bellec S, Guihenneuc-Jouyaux C, et al. Excess mortality related to the August 2003 heat wave in France. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006;80(1):16-24. doi:10.1007/s00420-006-0089-4. 4. Ballester J, Quijal-Zamorano M, Méndez Turrubiates RF, Pegoraro V, Hess JJ, Tonne C, et al. Heat-related mortality in Europe during the summer of 2022. *Nat Med*. 2023;29(7):1857-1866. doi:10.1038/s41591-023-02419-z. 5. Fondation Petits Frères des Pauvres. 3e baromètre de l'isolement des personnes âgées en France 2025 : augmentation dramatique de la mort sociale [Internet]. Paris: Fondation Petits Frères des Pauvres; 2025. Disponible sur: <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/prises-de-position/3e-barometre-de-lisolement-des-personnes-agees-en-france-2025-augmentation-dramatique-de-la-mort-sociale/>. 6. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227-237. doi:10.1177/1745691614568352. 7. Fondation pour le Logement des Défavorisés. La précarité énergétique d'été : une nouvelle forme de mal-logement [Internet]. Paris: Fondation pour le Logement des Défavorisés; 2023. Disponible sur: <https://www.fondationpourlelogement.fr/la-precarite-energetique-dete-une-nouvelle-forme-de-mal-logement/>. 8. Fondation Petits Frères des Pauvres. 9e rapport sur la pauvreté des personnes âgées : vivre sous le seuil de pauvreté quand on a 60 ans et plus [Internet]. Paris: Fondation Petits Frères des Pauvres; 2024. Disponible sur: <https://fondation.petitsfreresdespauvres.fr>. 9. Marikyan D, Papagiannidis S. Protection Motivation Theory: a review. In: Papagiannidis S, editor. *TheoryHub Book* [Internet]. Newcastle upon Tyne: TheoryHub; 2023. p. 78-93. Disponible sur: <https://open.ncl.ac.uk>. ISBN: 9781739604400. 10. Arkkukangas M, Söderlund A, Eriksson S, Johansson AC. Fall preventive exercise with or without behavior change support for community-dwelling older adults: a randomized controlled trial with short-term follow-up. *J Geriatr Phys Ther*. 2019;42(1):9-17. doi:10.1519/JPT.000000000000129. PMID: 28244890..

OC21- L'impact perçu et la satisfaction des usagers du programme IS-ICOPE

N. Molta¹, L. Lorcet², G. Gavazzi¹

((1) CHUGA, La Tronche (France); (2) Département De L'Isere, La Tronche (France))

Contexte : ICOPE est déployé depuis de nombreuses années en France et à l'international, et sa faisabilité ainsi que son acceptabilité ont été évaluées d'un point de vue opérationnel. Cependant, la perspective des usagers (impact perçu, satisfaction, pistes d'amélioration) doit

également faire partie de l'évaluation du programme afin de l'adapter aux besoins exprimés par la population cible. **Méthodes :** Une étude transversale mixte a été réalisée auprès de usagers ayant complété les trois premières steps (dépistage, évaluation approfondie et plan personnalisé de prévention) du programme IS-ICOPE (Isère, France). Le questionnaire a été construit en s'appuyant sur le toolkit développé par la CNSA « Évaluer l'impact de son action de prévention » et l'adaptation a été soumise à une validation exploratoire par un panel d'experts (n = 18) et un panel de représentants de la population cible (n = 10). Parmi les 88 usagers ayant réalisé les steps un à trois en 2024, trente usagers ont été interrogés par téléphone. Les données quantitatives ont été analysées de manière descriptive et à l'aide du test exact de Fisher, tandis que les réponses ouvertes ont fait l'objet d'une analyse thématique qualitative. **Résultats :** Parmi les participants, 87% ont jugé les conseils reçus utiles, notamment pour la mobilité, la nutrition et l'humeur, et 50 % ont déclaré avoir pleinement appliqué les recommandations. 67 % ont perçu une amélioration de leurs fonctions quotidiennes et 63% ont rapporté une plus grande confiance dans leur capacité à maintenir leur autonomie. Le Net Promoter Score (NPS) était de +50, traduisant une forte satisfaction globale. L'analyse qualitative a mis en évidence une meilleure conscience du vieillissement, une responsabilisation personnelle dans la prévention, et une anticipation accrue des besoins liés à l'autonomie, tout en soulignant la nécessité d'un suivi continu, d'un soutien psychologique et d'un meilleur accès aux ressources locales. Les usagers ont souligné que la prévention et la promotion de la santé dans le vieillissement autonome constituent des composantes complémentaires essentielles au parcours de soins traditionnel. **Conclusion :** Le programme IS-ICOPE est largement apprécié par ses usagers, ayant un impact positif sur la conscientisation d'un vieillissement actif, le renforcement de la confiance en la capacité à maintenir son autonomie, et l'amélioration des fonctions quotidiennes essentielles. IS-ICOPE agit comme un déclencheur de comportements préventifs. Le renforcement du suivi individualisé et l'intégration de la prévention dans le système de soins apparaissent essentiels pour assurer l'impact durable sur le vieillissement en santé. **Mots clés :** impact perçu, satisfaction, ICOPE, public cible.

OC22- Protocole prospectif multicentrique IPA-HopE : Evaluer l'effet d'un programme d'intervention IPA sur les hospitalisations potentiellement évitables en EHPAD. Essai contrôlé non randomisé ici-ailleurs

D. Chemami¹, T. Celarier², N. Barth³, E. Verot⁴

((1) CCAS De Saint-Etienne, Saint-Etienne (France); (2) CHU Saint-Etienne, Saint-Priest-En-Jarez (France); (3) Gerontopole Aura, Saint-Etienne (France); (4) Faculté De Santé Département Des Sciences Infirmières Et Techniques En Santé (DSITS), Saint-Priest-En-Jarez (France))

Contexte : Les hospitalisations des résidents d'EHPAD constituent un enjeu majeur de santé publique, avec des taux variant de 9 % à 60 %, dont une proportion importante est considérée comme potentiellement évitable (HPE) [1-6]. Ces HPE sont fréquemment liées à des décompensations de pathologies chroniques, à une anticipation insuffisante des épisodes aigus, à des difficultés organisationnelles [7-10] et conduisent souvent à un recours aux services d'urgence comme solution par défaut [11-12]. Les conséquences des HPE sont majeures, incluant perte d'autonomie, complications iatrogènes, et augmentation des coûts de santé [13]. Notre étude rétrospective multicentrique IPA-HopE 1 a mis en évidence un recours fréquent aux soins non programmés et identifié plusieurs facteurs prédictifs d'HPE, notamment l'âge avancé, la dépendance sévère (GIR 1-2), les polypathologies chroniques, la polymédication, une couverture vaccinale insuffisante et l'absence de directives anticipées. Dans ce contexte, l'intégration d'infirmiers en pratique avancée (IPA) en EHPAD apparaît comme une stratégie prometteuse pour améliorer la coordination des soins, renforcer la surveillance clinique et prévenir les décompensations comme démontré par des programmes internationaux [14-16]. Cependant, les données concernant l'impact de ce modèle organisationnel dans le contexte français restent limitées. **Objectif principal :** L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact d'un programme structuré d'intervention coordonné par un IPA sur la prévention des HPE chez les

résidents d'EHPAD. **Méthode :** Le design de cette étude repose sur un essai contrôlé non randomisé de type « ici-ailleurs » : - Le groupe intervention « Ici » : Correspond à des EHPAD dans lesquels l'IPA sera implanté. - Le groupe contrôle « Ailleurs » : Correspond à des EHPAD similaires en termes de nombre de lits, d'organisation des soins et de situation géographique, ne bénéficiant pas de l'intervention. Population étudiée (résidents) : L'ensemble des résidents éligibles à un suivi par une IPA Pathologies chroniques stabilisées (PCS) devront présenter des pathologies chroniques stabilisées conformes au décret de compétences des IPA. L'adhésion des médecins traitants et le consentement des résidents seront nécessaires pour la mise en place de ce suivi. Intervention : Le programme d'intervention s'inscrit dans le champ d'exercice des IPA défini par le cadre législatif, qui reconnaît leurs compétences élargies, leur autonomie clinique et leur capacité de prescription. Son implantation repose sur des données probantes, des outils validés à l'international et sur le modèle PEPPA (Participatory Evidence-based Patient-focused process for Advanced Practice Nursing role development), permettant une adaptation continue des actions en fonction des résultats et des besoins des résidents en EHPAD. L'intervention vise plusieurs axes prioritaires : - le renforcement du suivi clinique, notamment pour les pathologies cardiovasculaires afin de prévenir les décompensations; - la révision régulière des traitements médicamenteux pour limiter la polymédication et la iatrogénie ; - la consultation de transition après hospitalisation (≤ 72 h) pour sécuriser le retour en EHPAD et prévenir les réhospitalisations; - la promotion de la vaccination comme mesure clé de prévention infectieuse ; - le recueil des directives anticipées, favorisant le respect de l'autonomie et l'anticipation de la fin de vie ; - la prévention des chutes grâce au dépistage des facteurs de risque et à une prise en charge pluridisciplinaire. Les résultats attendus de cette intervention sont, d'une part, de réduire les HPE, le recours aux soins non programmés ainsi que les réhospitalisations précoces. D'autre part, le programme vise à améliorer la prévention des chutes, à renforcer la couverture vaccinale des résidents et à optimiser la coordination des soins entre les différents professionnels de santé. Enfin, cette démarche doit contribuer à améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents en EHPAD. **Conclusion :** Cette étude contribuera à produire des données sur l'impact et la faisabilité d'un modèle d'implantation des IPA dans le contexte gériatrique français, en vue de soutenir son déploiement à plus large échelle. **Mots clés :** Potentially Avoidable Hospitalizations (PAH), Advanced Practice Nurse (APN), Socio-demographic Characteristics, Nursing Homes, Intervention Protocol. **Références :** 1. Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. BMC Health Serv Res. déc 2014;14(1):36. doi:10.1186/1472-6963-14-36. 2. Grabowski DC, O'Malley AJ, Barhydt NR. The Costs And Potential Savings Associated With Nursing Home Hospitalizations. Health Affairs. nov 2007;26(6):1753 61. doi:10.1377/hlthaff.26.6.1753. 3. Godden S, Pollock AM. The use of acute hospital services by elderly residents of nursing and residential care homes: Hospital services and elderly people. Health & Social Care in the Community. nov 2001;9(6):367 74. doi:10.1046/j.1365-2524.2001.00314.x. 4. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and Pattern of Emergency Department Visits by Long-Term Care Residents—A Population-Based Study. J American Geriatrics Society. mars 2010;58(3):510 7. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02736.x. 5. Ronald LA, McGregor MJ, McGrail KM, Tate RB, Broemling AM. Hospitalization Rates of Nursing Home Residents and Community-Dwelling Seniors in British Columbia. Can J Aging. 2008;27(1):109 15. doi:10.3138/cja.27.1.109. 6. Jensen PM, Fraser F, Shankardass K, Epstein R, Khara J. Are long-term care residents referred appropriately to hospital emergency departments? Can Fam Physician. mai 2009;55(5):500 5. PubMed PMID: 19439706; PubMed Central PMCID: PMC2682310. 7. Haute Autorité de Santé, CNP de Gériatrie. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées fiche points clés. 2011. 8. Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JPW, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LawrenceP, et al. Continuity of Care and the Risk of Preventable Hospitalization in Older Adults. JAMA Intern Med. 11 nov 2013;173(20):1879. doi:10.1001/jamainternmed.2013.10059. 9. Cheng SH, Chen CC, Hou YF. A Longitudinal Examination of Continuity of Care and Avoidable Hospitalization: Evidence From a Universal

Coverage Health Care System. Arch Intern Med. 11 oct 2010;170(18). doi:10.1001/archinternmed.2010.340. 10. Menec VH, Sirski M, Attawar D, Katz A. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? J Health Serv Res Policy. 1 oct 2006;11(4):196-201. doi:10.1258/135581906778476562. 11. Lemoyne S, Van Bastelaere J, Nackaerts S, Verdonck P, Monsieurs K, Schnaubelt S. Emergency physicians' and nurses' perception on the adequacy of emergency calls for nursing home residents: a non-interventional prospective study. Front Med. 19 juin 2024;11:1396858. doi:10.3389/fmed.2024.1396858. 12. Trahan LM, Spiers JA, Cummings GG. Decisions to Transfer Nursing Home Residents to Emergency Departments: A Scoping Review of Contributing Factors and Staff Perspectives. Journal of the American Medical Directors Association. nov 2016;17(11):994-1005. doi:10.1016/j.jamda.2016.05.012. 13. Dwyer R, Stoelwinder J, Gabbe B, Lowthian J. Unplanned Transfer to Emergency Departments for Frail Elderly Residents of Aged Care Facilities: A Review of Patient and Organizational Factors. Journal of the American Medical Directors Association. juill 2015;16(7):551-62. doi:10.1016/j.jamda.2015.03.007. 14. Stephens CE, Halifax E, David D, Bui N, Lee SJ, Shim J, et al. « They Don't Trust Us »: The Influence of Perceptions of Inadequate Nursing Home Care on Emergency Department Transfers and the Potential Role for Telehealth. Clin Nurs Res. mars 2020;29(3):157-68. doi:10.1177/1054773819835015 PubMed PMID: 31007055; PubMed Central PMCID: PMC10242499. 15. Laging B, Ford R, Bauer M, Nay R. A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital. Journal of Advanced Nursing. oct 2015;71(10):2224-36. doi:10.1111/jan.12652. 16. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [OECD Health Working Papers] [Internet]. Vol. 54. août 2010 [cité 14 mars 2025]. (OECD Health Working Papers). Rapport No.: 54. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/publications/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr.html doi:10.1787/5km4hv77vw47-fr.

OC23- Prévalence, répartition territoriale et évolution temporelle de la fragilité en France hexagonale, 2013-2022. Données du Système National des Données de Santé (SNDS) et de l'enquête Autonomie 2022

H. Lahbib¹, M. Torres¹, L. Guldner¹

((1) Santé Publique France, Saint-Maurice (France))

Contexte: La fragilité constitue une cible prioritaire pour les politiques de prévention de la perte d'autonomie, du fait de son statut potentiellement réversible, et de sa position dans le processus de vieillissement, en amont de la perte d'autonomie. Dans un contexte de multiplication des menaces sanitaires et environnementales (épidémies, canicules), elle constitue également un indicateur utile dans l'anticipation et la réponse à ces situations sanitaires exceptionnelles. De ce fait, les résultats de la surveillance de la fragilité, implémentée dans le SNDS, ainsi que les premières données issues de l'enquête Autonomie 2022, sont d'un grand intérêt. **Méthodes:** Les prévalences annuelles de la fragilité ont été obtenues grâce à l'algorithme de repérage de la fragilité à partir des données médico-administratives du SNDS, développé par Santé publique France [1], en France hexagonale chez les individus non institutionnalisés, âgés de 55 ans et plus. L'enquête Autonomie est une enquête transversale nationale représentative de la population française hexagonale se focalisant sur la santé, le handicap et la dépendance, et qui recueille notamment les critères de Fried et ceux de la dépendance. **Résultats:** La prévalence de la fragilité en France hexagonale en 2022 s'élève à 12,4% à partir du SNDS ; elle augmente avec l'âge (entre 5,4 % chez les 55-64 ans et 46,8 % chez les 85 ans et plus), et est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Des disparités territoriales sont observées, certains départements d'Île-de-France et de Bretagne présentant les prévalences de la fragilité les plus basses (9,7 à 10,3 %), alors que les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes et le Bas-Rhin présentent les prévalences les plus élevées (respectivement 13,1 %, 12,7 % et 12,6 %). En termes d'évolution temporelle, tous âges et sexes confondus, la prévalence de la fragilité augmente entre 2013 (12,5%) et 2018 (13,0%), reste stable jusqu'en 2021 (12,7-12,8%), puis diminue en 2022 (12,4%). En fonction des classes d'âge, elle est globalement stable chez les 55-74 ans, mais a tendance à augmenter

chez les 85 ans et plus (passant de 37,1 % à 40,0 % chez les hommes, et de 46,8 % à 50,9 % chez les femmes). Parmi les 10 674 individus âgés de 55 ans et plus, inclus dans l'enquête Autonomie, la prévalence de la fragilité (tous âges et sexes confondus) s'élève à 12,8% (n = 3 217). **Conclusion:** Ces résultats, les premiers issus de la surveillance de la fragilité à partir des données du SNDS, sont en cohérence avec ceux de l'enquête Autonomie et des connaissances antérieures. Ils soulignent par ailleurs l'importance d'un renforcement de la prévention dans certaines populations (par exemple chez les 85 ans et plus, où la fréquence de la fragilité continue de croître entre 2013 et 2022), et certains territoires de l'hexagone. **Divulgarion:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt. **Mots clés:** Fragilité, SNDS, prévalence, surveillance. **Références:** [1] Lahbib et al. Development and indirect validation of a model predicting frailty in the French healthcare claims database. Sci Rep. 2025 Apr 2;15(1):11344 <https://doi.org/10.1038/s41598-025-95629-z>.

OC24- Entre représentations sociales et stages cliniques : Les facteurs influençant l'orientation des étudiants en soins infirmiers vers la gériatrie

P. Gouttefarde^{1,2}, E. Astoux³, C. Cuisson³, A. Thévenon³, J. Guyot^{2,4}

((1) Gérontopôle Auvergne Rhône Alpes, Saint-Etienne (France);

(2) Laboratoire Sainbiose Inserm U1059, Saint-Etienne (France);

(3) IFCS Saint-Etienne, Saint-Etienne (France); (4) Institut Presage,

Université Jean Monnet De Saint-Etienne, Saint-Etienne (France))

Contexte et objectifs: Le secteur de la gériatrie fait face à une pénurie de professionnels de santé. Les représentations sociales du vieillissement, teintées de stéréotypes négatifs (Adam & al., 2017 ; Butler, 1969) semblent jouer un rôle prépondérant dans la perception des métiers liés au grand âge. En effet, s'il existe des formes d'âgisme dans la société, les professionnels de santé ne sont pas exempts des stéréotypes liés à l'âge (Schroyen & al., 2015 ; Crutzen & al., 2022). En cours de formation, les stages en gériatrie sont souvent perçus comme peu formateurs, voire décourageants (FNESI, 2021). Ces expériences peuvent renforcer les stéréotypes préexistants et détourner les étudiants de cette spécialité. Ce travail de recherche vise à explorer les déterminants sociaux, identitaires et pédagogiques qui influencent l'attractivité des métiers du grand âge auprès des étudiants infirmiers en 1ère année vs 3ème année. **Méthodologie:** Une méthodologie mixte par questionnaire et entretiens semi-directifs a été déployée auprès d'étudiants en 1ère année et 3ème année de formation infirmier au sein de trois IFSI de la région AURA. Le questionnaire en ligne via Limesurvey questionnait la perception du vieillissement (les 3 mots qui viennent à l'esprit lorsqu'on pense à une personne âgée), l'intérêt pour la gériatrie (échelle likert) et les choix d'orientation professionnel (classement des orientations possibles par ordre de préférence). Une échelle de mesure d'âgisme (Fraboni scale) a également été proposée (traduite et validée en français, Boudjemadi & Gana, 2009). Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées. Parallèlement, des entretiens semi-directifs ont été menés afin de compléter les données quantitatives par une approche plus approfondie des représentations et des expériences. Ces échanges permettent d'identifier les facteurs influençant l'attrait envers les métiers du grand âge (l'impact des stages, l'influence des encadrants ou encore les préjugés liés au travail auprès des personnes âgées). Après retranscription le corpus a fait l'objet d'une analyse thématique de contenu (Bardin, 2013). **Résultats:** Au total, 191 étudiants infirmiers (52% de 3ème année) ont complété intégralement le questionnaire. Neuf autres étudiants ont participé aux entretiens. L'analyse des résultats met en évidence un intérêt modéré pour la gériatrie, bien que la proportion d'étudiants attribuant la note maximale d'intérêt augmente considérablement entre la première et la troisième année, ce qui suggère que les expériences de stage et les enseignements jouent un rôle positif dans la perception de cette spécialité. L'analyse croisée entre le score d'âgisme et l'intérêt pour la gériatrie semble mettre en lumière une relation logique entre ces deux variables : plus le score d'âgisme est élevé, plus l'intérêt pour travailler auprès des personnes âgées est faible. L'analyse croisée des résultats quantitatifs et qualitatifs met en évidence une évolution progressive et ambivalente des représentations liées à la gériatrie, influencée par l'expérience de stage et le contexte pédagogique. Si l'intérêt pour le soin aux personnes âgées tend à s'affirmer au fil de

la formation, il se concrétise rarement dans les choix professionnels, en raison de conditions de travail perçues comme peu attractives et d'un manque de valorisation institutionnelle. **Discussion :** Cette étude met en lumière l'impact des représentations sociales du vieillissement et du parcours de formation sur les projets professionnels. Elle ouvre des pistes de réflexion pour l'avenir de la formation en soins infirmiers et

la prise en charge des personnes âgées. Elle souligne la nécessité de poursuivre les recherches en explorant notamment les modalités d'une meilleure intégration des expériences de stage dans le parcours de formation. Des formations spécifiques sur le vieillissement et la gériatrie pourraient réduire significativement les attitudes négatives (Kagan & Melendez-Torres, 2015).

POSTERS

CAPACITÉ INTRINSÈQUE ICOPE

P02- CART France : Biomarqueurs digitaux pour le suivi de la capacité intrinsèque à domicileZ. Steinmeyer¹, A. Deroiuche¹, I. Carrié¹, S. Guyonnet¹, E. Campo¹, A. Piau¹

((1) CHU Toulouse, Toulouse (France))

Contexte: Afin de favoriser un vieillissement en bonne santé et de préserver la capacité intrinsèque [1], l'un des enjeux majeurs des systèmes de santé actuels est la détection et la prise en charge précoces du déclin fonctionnel. À ce jour, le suivi repose essentiellement sur des évaluations cliniques ponctuelles, espacées dans le temps, qui ne reflètent pas toujours les variations individuelles dans la vie quotidienne. Les technologies de santé digitales offrent de nouvelles perspectives en permettant un suivi continu en conditions réelles. Toutefois, leur utilisation pour le suivi de la capacité intrinsèque reste encore insuffisamment validée. Notre objectif est de présenter la plateforme CART France, son architecture et son potentiel pour la recherche sur le vieillissement. **Méthodes :** Le projet CART-France vise à construire et valider des biomarqueurs digitaux dans le suivi longitudinal de la capacité intrinsèque chez des sujets âgés. Développé en collaboration avec CART-US [2], il s'agit d'une étude ancillaire de la cohorte INSPIRE-T, menée par le CHU de Toulouse. INSPIRE-T est une étude observationnelle longitudinale pluriannuelle consacrée à l'analyse des déterminants du vieillissement [3]. CART-France repose sur un sous-groupe de 120 volontaires âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile, disposant d'une connexion Internet et acceptant l'installation du dispositif ainsi que la collecte des données. Les participants sont équipés de capteurs ambiants non invasifs (détecteurs de mouvement, capteurs d'ouverture de portes) et d'une balance connectée. Ces capteurs passifs permettent de se soustraire à l'écueil de la faible acceptabilité sur la durée des capteurs portés. Les données sont transmises automatiquement et de manière sécurisée vers un serveur de recherche. Ce dispositif permet un suivi continu et le développement d'indicateurs digitaux visant à mieux comprendre les trajectoires de vieillissement et à détecter des signaux faibles de déclin précoce. Les biomarqueurs numériques sont corrélés aux données cliniques, biologiques et d'imagerie recueillies annuellement dans le cadre d'INSPIRE-T. **Conclusion :** Le projet CART-France met en évidence le potentiel des biomarqueurs digitaux pour un suivi continu et non invasif de la capacité intrinsèque chez les personnes âgées. L'utilisation de capteurs à domicile constitue une approche innovante, complémentaire des évaluations cliniques traditionnelles et d'outils tels que ICOPE. À terme, ces technologies pourraient transformer les stratégies de prévention en permettant une détection précoce et personnalisée du déclin fonctionnel dans des sous-populations à risques, par exemple suite à une hospitalisation. **Mots clés:** Biomarqueurs digitaux, capacité intrinsèque, vieillissement. **Registre des essais cliniques :** Divulgations : Le projet CART-France a bénéficié d'un soutien financier de AXA, sans aucune implication de ce dernier dans la conception, la conduite, l'analyse ou l'interprétation des données. **Références :** 1. Bautmans et al. WHO working definition of vitality capacity for healthy longevity monitoring Lancet Healthy Longev. 2022 Nov;3(11):e789-e796. doi: 10.1016/S2666-7568(22)00200-8. 2. Beattie.z et al. The Collaborative Aging Research Using Technology Initiative: An Open, Sharable, Technology-Agnostic Platform for the Research Community. Digit Biomark. 2020 Nov 26;4(Suppl 1):100-118. doi: 10.1159/000512208. 3. Guyonnet.s et al. The INSPIRE Bio-Resource Research Platform for Healthy Aging and Geroscience: Focus on the Human Translational Research Cohort (The INSPIRE-T Cohort) J Frailty Aging. 2021;10(2):110-120. doi: 10.14283/jfa.2020.38.

P03- Test du chuchotement et criblage audiométrique par application chez des personnes âgées issues d'une unité de santé familiale au Brésil : Etude de validation des critèresE. Edna Da Silva¹, D. Costa Menezes¹, T. Ellen Maria Da Silva¹, C. Gomes Monteiro Badarão¹, M.L. Lopes Timóteo De Lima¹
((1) Université Fédérale De Pernambuco, Recife (Brazil))

Contexte: La perte auditive liée à l'âge peut compromettre la communication et la qualité de vie de millions de personnes [2]. Dans ce contexte, les tests de dépistage auditif, tels que le test du chuchotement et l'audiométrie pure par application, émergent comme des alternatives possibles pour une utilisation en soins de santé primaires [5,1]. **Objectif:** Evaluer l'efficacité du test du chuchotement et de l'audiométrie pure par application (test® auditif) comme tests de dépistage auditif. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude méthodologique de la validation prédictive. L'échantillon comprenait 70 personnes âgées, âgées de 60 ans ou plus, des deux sexes, vivant à Recife, Brésil. La collecte des données a eu lieu entre septembre 2024 et août 2025. Au départ, les participants ont subi des tests de dépistage auditif puis, par la suite, ont été soumis à une audiométrie pure tonale (test d'excellence en évaluation auditive) [3, 4]. Les paramètres suivants ont été analysés: précision, sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et valeur prédictive négative. **Résultats:** Sur les 70 participants, 38 étaient des femmes (54,3 %). L'âge variait de 60 à 92 ans, avec une moyenne de 69,87 ans ($\pm 6,73$) et une médiane de 70 ans. Il y avait une prédominance de la perte auditive bilatérale (56 cas) par rapport à une perte auditive unilatérale (8 cas); et six participants avaient des seuils auditifs respectant les normes normales bilatéralement. Aucun cas de perte auditive profonde ou complète n'a été identifié. Le test du chuchotement à l'oreille droite a montré une sensibilité de 69,49 %, une spécificité de 81,82 %, une valeur prédictive positive de 95,35 %, une valeur prédictive négative de 33,3 % et une précision de 71,43 %, avec un coefficient Kappa de 0,32 par rapport à l'étalon-or. Dans l'oreille gauche, la sensibilité était de 59 %, la spécificité était de 77,8 %, la valeur prédictive positive était de 94,7 %, la valeur prédictive négative était de 21,9 % et la précision de 61,4 %, avec un coefficient Kappa de 0,18. Concernant l'audiométrie par application, à l'oreille droite on trouvait une sensibilité de 52,5 %, une spécificité de 72,7 %, une valeur prédictive positive de 91,2 %, une valeur prédictive négative de 22,2 % et une précision de 55,7 %, avec un coefficient de Kappa de 0,13. Dans l'oreille gauche, la sensibilité était de 47,5 %, la spécificité était de 100 %, la valeur prédictive positive était de 100 %, la valeur prédictive négative était de 22 % et la précision de 54,3 %, avec un coefficient Kappa de 0,19. **Conclusion:** Les résultats indiquent que le test du chuchotement présentait une performance supérieure à celle de l'audiométrie réalisée par l'application du test® auditif en tant qu'instrument de dépistage auditif, avec une application potentielle en soins de santé primaires. Cependant, le faible nombre de participants impose une prudence dans la généralisation des résultats, renforçant la nécessité d'études futures avec des échantillons plus robustes. **Mots clés :** perte auditive liée à l'âge ; dépistage auditif ; test du chuchotement ; audiométrie par application. **Déclaration :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts, ni soutien financier ou lien personnel susceptible d'avoir influencé ce travail. **Références:** 1. OMS. Organisation mondiale de la Santé (2019). Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) : Manuel d'orientation sur l'évaluation centrée sur la personne et les parcours de soins pour l'attention primaire. Suisse : Genève. [Publication en ligne] ; 2019. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974>. Consulté le 21 mai 2025. 2. Brandão, E. R. et al. (2023). Stratégies de dépistage auditif chez les personnes âgées : une revue bibliométrique. R CEFAC, v. 25, n. 2, p. e5822. 2023. Disponible sur : <https://www.scielo.br/rcefac/a/8myQhbSZLkfrzQdxKNXXhy/?lang=pt#>. Consulté le 6 juillet 2024. 3. Born, N. M., Marciano, M. S., Mass, S. C., Polo Camargo da Silva, D., & Coelho, Scharlach, R. (2022). Influence du type de transducteur acoustique dans l'audiométrie tonale en conduction aérienne. CoDAS. 34(3):e20210019. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9769422/>. Consulté le 7 juillet 2025. 4. Mackiewicz, W. et al. (2022). Audiométrie haute fréquence étendue : Seuils d'audition dans une population otologiquement normale. Journal de Médecine Clinique, Bâle, 11(13), p. 3724, 2022. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9244329/>. Consulté le 7 juillet 2025. 5. Bright, T., & Pallawela,

D. (2016). Applications sur smartphone validées pour les évaluations de l'oreille et de l'audition : une revue. *JMIR Technologie d'assistance à la réadaptation*. 23 déc. 2016;3(2):e13. Disponible sur : <https://rehab.jmir.org/2016/2/e13>. Consulté le 22 janvier 2026.

P05- Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) à Recife – Brésil: Scénario après échec du dépistage auditif

T. Ellen Maria Da Silva¹, D. Costa Menezes¹, É. Édna Da Silva¹, C. Gomes Monteiro Badarão¹, M.L. Lopes Timóteo De Lima¹
 ((1) *Université Fédérale De Pernambuco, Recife (Brazil)*)

Contexte : Le vieillissement de la population représente un défi majeur pour les systèmes de santé, notamment en ce qui concerne le maintien de la fonctionnalité, de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées. Au Brésil, l'augmentation de la longévité, associée à une prévalence accrue de maladies chroniques et de déclins fonctionnels, nécessite une réorganisation des soins primaires vers des approches intégrées, continues et centrées sur la personne. Dans ce contexte, la continuité des soins est essentielle pour assurer le suivi, prévenir les complications et promouvoir la santé. Le modèle ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé préconise ainsi des soins intégrés, centrés sur la fonctionnalité et coordonnés entre les différents niveaux de soins, y compris dans le domaine de la santé auditive. **Objectif :** Analyser la continuité des soins chez les personnes âgées après un échec au dépistage auditif proposé par la stratégie ICOPE. **Méthodes :** Étude analytique, observationnelle et transversale menée auprès de 70 personnes âgées (≥ 60 ans). La collecte des données s'est déroulée en trois étapes : (I) dépistage auditif selon le protocole ICOPE, incluant le test du chuchotement ; (II) évaluation audiolinguistique complète (audiométrie tonale, audiométrie vocale et tests d'impédancemétrie), suivie des orientations cliniques nécessaires ; (III) administration d'un questionnaire structuré visant à analyser le parcours de soins et les interventions reçues. Des données secondaires issues du SIA/SUS ont été utilisées afin de caractériser l'offre de services audiolinguistiques dans la ville de Recife, Brésil. **Résultats :** Le dépistage auditif a révélé 68,5 % de suspicions de perte auditive, dont 61,31 % ont été confirmées par l'évaluation audiolinguistique. Parmi les 53 personnes orientées vers le réseau de soins, seules 11 ont initié un processus d'intervention. Malgré la recherche de soins par certains participants, des obstacles persistants ont été identifiés, notamment des difficultés d'accès aux rendez-vous et l'absence d'accès effectif aux technologies d'assistance au cours de la période étudiée, traduisant une faible continuité des soins. Le manque d'intérêt pour l'intervention concernait principalement les cas de perte auditive neurosensorielle légère, prédominants dans l'échantillon (65, 45 %). Par ailleurs, des obstacles individuels (difficultés de locomotion, manque de soutien, comorbidités) et organisationnels (problèmes de communication, délais d'attente prolongés) ont été observés. La cartographie des services a mis en évidence une offre limitée dans le réseau public, avec seulement 14 institutions réalisant des évaluations audiolinguistiques et 2 proposant un accès aux aides auditives. **Conclusion :** La continuité des soins présente des limites structurelles qui compromettent l'efficacité de la filière en santé auditive, notamment entre le dépistage en soins primaires et le diagnostic et l'intervention au niveau secondaire. Le faible suivi des orientations, associé à des obstacles individuels et structurels ainsi qu'à une offre limitée de services et de technologies, réduit l'efficacité du modèle ICOPE. Le renforcement du réseau SUS et l'amélioration de l'accès aux services sont essentiels pour améliorer les résultats en santé auditive chez les personnes âgées. **Mots clés :** Audition, le vieillissement, perte auditive, organisation mondiale de la santé. **Déclaration :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts, ni soutien financier ou lien personnel susceptible d'avoir influencé ce travail. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts, ni soutien financier ou lien personnel susceptible d'avoir influencé ce travail. **Références :** 1. Veras RP. Doenças crônicas e longevidade: desafios futuros. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2023;26:e230233. 2. Khatri RB, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, Erku D, Endalamaw A, Assefa Y. People-centred primary health care: a scoping review. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):236. doi:10.1186/s12875-023-02194-3. 3. Organização Mundial da Saúde. Atenção integrada ao idoso: orientações sobre a comunidade. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. 4. Davine EC, Busby PA, Peters S, et al. Barriers to GP referral to hearing care. *Eur Geriatr Med*. 2025;16(4):1507-18. 5. Norman AH,

Norman JA. PCATool: primary care assessment instrument. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013. 6. Roxo L, Silva M, Perelman J. Gender gap in health service utilisation and depression outcomes. *Prev Med*. 2021;153:106789. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106789.

P06- Bien vieillir: Ca se construit ensemble. L'expérience de la CPTS Toulouse Ouest avec le Programme ICOPE

A. Dautre¹
 ((1) *CPTS TO, Toulouse (France)*)

Contexte et objectif : Face au vieillissement accéléré de la population française et à l'augmentation des situations de fragilité, la prévention de la perte d'autonomie s'impose comme un enjeu majeur de santé publique. En France, plus de 2 millions de personnes âgées sont considérées comme fragiles, exposées à un risque accru de dépendance, d'hospitalisations évitables et de mortalité prématurée. Dans ce contexte, une approche préventive, proactive et coordonnée s'avère indispensable. C'est dans cette perspective que la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé la CPTS Toulouse ouest s'est engagée dans le déploiement du programme ICOPE (Integrated Care for Older People) de l'Organisation mondiale de la santé. Ce programme, fondé sur des données probantes, vise à repérer précocement les fragilités dans six domaines clés : capacités cognitives, locomotion, vitalité, vision, audition et humeur afin de proposer une prise en charge coordonnée, personnalisée et graduée, au plus près du lieu de vie des personnes. **Méthode et mise en œuvre :** La commune de Colomiers a été retenue comme site pilote, offrant un cadre d'expérimentation représentatif du tissu urbain et périurbain du territoire. Cette phase pilote a permis de tester et d'affiner les modalités opérationnelles du programme : organisation du repérage en population générale, implication des professionnels de santé de premier recours, articulation avec les acteurs médico-sociaux et les collectivités locales. Les enseignements tirés de cette expérimentation ont conduit à l'identification des leviers d'adhésion notamment l'intérêt des professionnels pour une démarche structurée et partagée ainsi que des principaux freins, tels que la charge organisationnelle. Ces retours ont permis d'ajuster progressivement les modalités de mise en œuvre et de structurer une dynamique partenariale solide impliquant médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes et acteurs du secteur social (CCAS, MDS, centres sociaux...). En complément du repérage, les professionnels de santé ont co-construit et animé des ateliers thématiques ciblant les domaines de fragilité identifiés : ateliers mémoire, équilibre et prévention des chutes, nutrition, stimulation sensorielle et bien-être psychologique. Ils participent également à des temps d'information et de sensibilisation organisés dans l'ensemble des communes de la CPTS, afin de présenter le programme ICOPE, d'en faciliter l'appropriation par les seniors et leurs proches, et d'accompagner les personnes dans leur autoévaluation grâce à l'application dédiée. **Perspectives :** Ce poster vise à valoriser les apprentissages de cette expérimentation pilote, ainsi que son extension progressive à l'échelle de l'ensemble du territoire de la CPTS TO. Il entend illustrer la faisabilité d'un tel programme en soins primaires et contribuer à la réflexion nationale sur les modalités de déploiement d'ICOPE à grande échelle, dans une logique de renforcement de la prévention du vieillissement pathologique et de promotion du bien vieillir.

P10- Intégration des rééducateurs dans le programme ICOPE : Expérience de l'UPSAV en Haute-Vienne

A. Lelionnais¹, A. Duroux¹, S. Poulet¹, C. Rimlawi², G. Hygonnet¹, C. Lavaud Priot¹, C. Legras¹, S. Leglise¹, I. Reix Mercier¹, L. Reis¹, O. Hellal¹, C. Laubarie Mouret¹, A. Tchalla¹, M. Grau¹
 ((1) *CHU De Limoges, Pôle HU Gériatrie Clinique, Limoges, (France)*; (2) *Laboratoire Vieillesse-UR 24134 (vieillesse, Fragilité, Prévention, E-Santé), Institut Omega Health, Université De Limoges, Limoges (France)*)

Contexte : L'Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPSAV) est une unité mobile extra hospitalière, pluridisciplinaire, experte en gériatrie. Sur la Haute Vienne, l'UPSAV est co-porteuse du déploiement du programme d'ICOPE ; les interventions ont commencé depuis 2026. Cette équipe se distingue par sa dotation en psychomotriciens et ergothérapeutes ; ils œuvrent pour la prévention, le maintien de l'autonomie et l'harmonie des fonctions psychomotrices dans l'accompagnement pour le bien vieillir chez soi [1-

3]. Les professionnels de rééducation sont peu connus d'autant que leur intervention reste souvent à la charge des personnes devant en bénéficier. Nous avons souhaité valoriser les métiers de la rééducation et identifier leur rôle dans le programme ICOPE sur le territoire. **Méthode** : Une stratégie en deux volets a été déployée : Sensibiliser les professionnels du territoire via une formation dédiée incluant un atelier spécifique ; Intégrer les rééducateurs dans le parcours ICOPE de la cohorte gérée par l'UPSAV (cohorte digitale). **Résultats** : La formation a permis de clarifier les domaines d'intervention de chacun : Accompagnement des personnes dans le domaine occupationnel en tenant compte de l'environnement pour l'ergothérapeute. Harmonisation des fonctions psychocorporelles pour les psychomotriciens. Dans le cadre du déploiement ICOPE, leur intervention peut s'effectuer au STEP 3, après identification des fragilités par une évaluation approfondie (STEP 2). Un bilan dans leur domaine de compétence respectif est réalisé et des objectifs d'intervention sont co-établis avec le participant. En Haute Vienne, sur la cohorte gérée par l'UPSAV, les personnes suivies par les rééducateurs présentaient principalement une fragilité cognitive ou motrice. Cependant les participants ayant d'autres domaines en alerte pouvaient bénéficier de leur intervention. Les accompagnements qui en ont découlé en ergothérapie sont : maintien des activités de vie quotidienne (AVQ), adaptation du logement. En psychomotricité : restauration du schéma corporel, gestion de la douleur, travail sur l'équilibre psychocorporel. Une adhésion favorable des participants et une appropriation active des recommandations ont été observées. **Conclusion** : L'intégration des ergothérapeutes et psychomotriciens dans le programme ICOPE apparaît pertinente et en expansion. Elle devrait se développer sur le reste du territoire. Nous constatons déjà une adhésion aux propositions des rééducateurs par les participants qui s'inscrivent dans une démarche active du Bien Vieillir. Le développement de cette organisation permettrait de positionner ces métiers comme une ressource dans ce programme de prévention. Leur mobilisation précoce favorise une approche holistique, centrée sur le quotidien des patients. Ce constat plaide pour une structuration et un déploiement élargi de ces interventions dans les parcours de prévention du vieillissement. Une étude centrée sur ce sujet pourrait confirmer ces constats et cette organisation. **Mots clés** : Rééducation, ergothérapeute, psychomotricien, prévention, ICOPE. **Références** : 1. Integrated care for older people (ICOPE). (s. d.) à l'adresse <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope>. 2. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute - Légifrance. 3. Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice—Légifrance. (s. d.) à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006066735/>.

P11- Du webinaire au terrain : Une formation pour réussir le déploiement du programme ICOPE en Haute-Vienne

M. Grau¹, C. Rimlawi², G. Hygonnet¹, C. Lavaud Priot³, C. Legras¹, S. Leglise¹, A. Lelionnais¹, A. Duroux¹, S. Poulet¹, I. Reix Mercier³, L. Reis¹, C. Gayot¹, J.F. Barusseau¹, C. Labaurie Mouret¹, A. Tchalla¹ ((1) CHU De Limoges, Pôle HU Gériatrie Clinique, Limoges (France); (2) Laboratoire Viesanté-UR 24134 (vieillesse, Fragilité, Prévention, E-Santé), Institut Omega Health, Université De Limoges, Limoges (France); (3) CHU De Limoges, Pôle HU Gériatrie Clinique, Limoges (France))

Contexte : Le développement d'ICOPE, programme de soins intégrés développé par l'OMS, est généralisé sur le territoire national dans sa phase 1 depuis l'été 2025 [1]. Ce déploiement survient après une phase expérimentale et répond à une attente ministérielle de "bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie" (loi du 8 avril 2024) [2]. L'expérimentation Article 51 en Haute Vienne portée par 2 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ainsi que les retours d'expériences d'autres territoires plus avancés dans la mise en place de ce programme ont permis de mettre en évidence des points de vigilance quant à un déploiement massif, non accompagné. L'UPSAV (Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillesse) est une unité mobile extra hospitalière, experte en gériatrie. Composée de gériatre, infirmières, psychomotriciens, ergothérapeutes, assistante sociale et pharmacologue, elle officie sur le territoire depuis 2009 notamment dans la prévention de la fragilité et la perte d'autonomie. Une mission de formation du territoire fait également partie de ses

missions. Afin d'accompagner le déploiement du programme ICOPE sur le territoire, l'UPSAV propose une formation en gériatrie aux différents partenaires sur la Haute Vienne. **Méthode** : Cette formation vise à consolider les fondamentaux de gériatrie en s'appuyant sur des objectifs pédagogiques clairs : Rappels des notions de vieillissement, d'autonomie et de dépendance. Comprendre le concept de fragilité. Utiliser les outils de dépistage, d'évaluation de la fragilité et savoir les interpréter Intégrer le programme ICOPE dans la démarche holistique de prévention. Le programme a été construit sous forme d'atelier, avec une alternance théorie-pratique, complétée par une phase d'immersion à l'UPSAV. La formation est proposée aux professionnels de Haute Vienne souhaitant s'investir dans le déploiement de ce programme. **Résultats** : La formation d'1,5 jours s'est déroulée en présentiel, favorisant les échanges sur les aspects pratiques du programme, de partager des retours d'expériences et de renforcer les liens avec les partenaires du territoire. Trois sessions de formation ont été planifiées durant l'année universitaire 2025-2026. L'ensemble des professionnels engagés localement a été formé, avec une participation pluridisciplinaire. Les groupes étaient essentiellement constitués d'IDE et d'IPA ; toutefois un kinésithérapeute, un pharmacien, un gériatre, un orthoptiste ainsi que des coordonnateurs de CRT ont souhaité participer à ces ateliers. Des jeunes de 18 à 22 ans, recrutés par Unis Cité pour des missions de services civiques notamment auprès des personnes âgées, ont également été sensibilisés aux problématiques du vieillissement et formés pour un accompagnement dans l'utilisation de l'application numérique. **Conclusion** : La formation en Haute Vienne a permis de faire un lien entre la théorie du webinaire diffusé par le Gerontopole de Toulouse et la pratique sur notre territoire. Cette organisation a permis de rassurer le territoire et de l'accompagner dans une structuration de la mise en place du déploiement. Elle a également permis de créer de nouveaux liens entre les acteurs du terrain et de renforcer ceux déjà existant. **Mots clés** : Formation, prévention, sensibilisation au vieillissement, territoire, ICOPE. **Références** : 1. <https://www.who.int/publications/b/71300>. 2. LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie accessible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>.

P12- Déploiement du programme de soins intégrés ICOPE sur le territoire de la Haute-Vienne

M. Grau¹, C. Rimlawi², G. Hygonnet³, C. Lavaud Priot³, C. Legras³, S. Leglise³, A. Lelionnais³, A. Duroux³, S. Poulet³, I. Reix Mercier³, L. Reis³, J.F. Barusseau³, O. Hellal³, C. Labaurie Mouret³, A. Tchalla³ ((1) CHU De Limoges, Pôle HU Gériatrie Clinique, Limoges (France); (2) Laboratoire Viesanté-UR 24134 (vieillesse, Fragilité, Prévention, E-Santé), Institut Omega Health, Université De Limoges, Limoges (France); (3) CHU De Limoges, Pôle HU Gériatrie Clinique, Limoges (France))

Contexte : Le développement d'ICOPE, programme de soins intégrés développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est généralisé sur le territoire national dans sa phase 1 depuis l'été 2025 [1]. Ce déploiement survient après une phase expérimentale et répond à une attente ministérielle de "bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie" (loi du 8 avril 2024) [2]. L'expérimentation Article 51 en Haute Vienne, portée par 2 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), ainsi que les retours d'expériences d'autres territoires plus avancés dans la mise en place de ce programme ont permis de mettre en évidence des points de vigilance quant à un déploiement massif, non accompagné. L'Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillesse (UPSAV) est une unité mobile extra hospitalière, pluridisciplinaire, experte en gériatrie. Elle s'inscrit dans cette dynamique prévention de la fragilité et la perte d'autonomie depuis 2009. Avec l'appui de l'ARS et du Gerontopole Nouvelle Aquitaine ainsi que du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), elle s'engage dans la structuration du déploiement d'ICOPE. **Méthode** : Il a été organisé : 1- Un séminaire gériatrique, en complément du webinaire de formation ICOPE à destination des professionnels de santé ou non. Il visait à faire découvrir les différents métiers de la gériatrie, initier ou approfondir les bases de cette prise en charge spécifique. Dispensé en présentiel, ce programme alliait la théorie à la pratique au travers de deux journées d'immersion dans notre unité. 2- En parallèle de cette formation renforcée, un pilotage conjoint DAC/territoire – et UPSAV a

permis un déploiement progressif et structuré. 2 territoires ont été ciblés prioritairement permettant la création de 2 cohortes: Cohorte CARE gérée par le DAC et les professionnels libéraux. Cohorte DIGITALE gérée par notre équipe. **Résultats** : Cette organisation a été efficiente à compter de septembre 2025. Sur le volet formation, 3 sessions ont été organisées durant l'année universitaire 2025-2026 afin de répondre aux attentes de notre territoire. Dans une démarche « d'aller vers », une soirée de communication a présenté les enjeux de ciblage des populations et a mobilisé les différents acteurs des soins primaires avec et en appui des médecins traitants. Un atelier d'auto-dépistage a également été organisé en partenariat avec le CCAS de la commune impliquée dans la cohorte DIGITALE. Il a permis d'initier auprès de la population une démarche proactive dans la prévention du Bien Vieillir. Au total, dans cette commune 46 participants ont téléchargé l'application ICOPE MONITOR, depuis le 1er septembre 2025, 32 STEP 1 ont été réalisés, générant 17 ALERTES gérées par notre équipe. La capacité intrinsèque sur laquelle il fallait le plus souvent être vigilant était la cognition (70,6%), suivie par la psychologie (47,1%). **Conclusion** : Cette organisation a permis de rassurer le territoire ainsi que les patients; la promotion du dépistage a été suivie d'une prise en charge personnalisée au patient et adaptée au territoire. Elle a également permis de créer de nouveaux liens entre les acteurs du terrain ou de renforcer ceux déjà existant. **Mots clés** : ICOPE, fragilité, prévention, coordination territoriale. **Références** : 1. <https://www.who.int/publications/b/71300>. 2. LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie accessible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

P14- Symptômes dépressifs et anxieux chez les personnes âgées et leur association avec des variables sociodémographiques et cliniques en soins de santé primaires

A.P. Pessoa¹, D. Pitanga¹, H. Moura¹, É. Valeska¹, C.R. Ximenes¹
 ((1) Université Fédérale De Pernambouc, Recife (Brazil))

Contexte : Dans la région des Amériques, le vieillissement de la population est associé à des défis structurels liés aux inégalités sociales, aux obstacles à l'accès à la santé et au besoin de modèles de soins capables de maintenir la fonctionnalité et l'autonomie tout au long de la vie [1]. Les sautes d'humeur, la détresse émotionnelle et les symptômes anxieux peuvent compromettre l'engagement dans les interventions, le soin de soi et la participation sociale. De plus, l'anxiété, bien que très répandue et potentiellement invalidante, a tendance à être moins systématiquement dépistée, bien qu'elle soit reconnue dans les services de soins comme une condition pouvant se manifester par de la peur, de l'anticipation et de l'évitement, souvent associée à des symptômes dépressifs [2]. **Objectif** : Estimer la fréquence des symptômes dépressifs et de l'anxiété chez les personnes âgées et évaluer l'association avec des variables sociodémographiques et cliniques dans les soins de santé primaires. **Méthodes** : Une recherche quantitative, descriptive et transversale a été menée dans le cadre de l'étude pilote du projet ICOPE - BRÉSIL. L'étude a été réalisée à l'unité de soins de santé primaires de Vila Araes, à Recife, au Brésil. Les instruments de collecte de données consistent en l'évaluation de la capacité psychologique intrinsèque, réalisée avec la version abrégée de l'Échelle de dépression gériatrique (GDS 15) [3], ainsi que le dépistage des symptômes d'anxiété, via l'Inventaire d'anxiété gériatrique (GAI), version brésilienne [4]. L'analyse des données a été réalisée au moyen d'un traitement statistique assisté par le logiciel R (version 4.5.2). La recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université fédérale de Pernambuco, dans la vertu de l'Avis consolidé n° 6 319 493. **Résultats** : L'échantillon était composé de 57 personnes âgées, la majorité de l'échantillon était composée de femmes (66,7 %), l'âge moyen était de 70 ans (DE + 6,9), le nombre moyen d'années de scolarité du groupe est d'environ 8,1 ans, profil socio-économique à faible revenu, et une à deux pathologies systémiques diagnostiquées, selon l'indice de comorbidité de Charlson, 90 % de l'échantillon étudié a été évalué comme robuste ou préfragile, selon l'échelle FRAIL. 28,1 % sont à risque de dépression par le syndrome de l'Éducation Sociale et 24,6 % sont à risque d'anxiété, selon GAI. **Conclusion** : Les résultats quantitatifs ont révélé deux critères centraux : l'identification de symptômes anxieux cliniquement pertinents exclusivement chez les femmes et l'absence d'une corrélation forte et statistiquement significative entre les scores d'anxiété et de dépression

dans l'échantillon évalué. La prévalence des symptômes d'anxiété chez les femmes attire l'attention sur la vulnérabilité cumulative au cours de la vie, liée aux déterminants sociaux et aux inégalités de genre, qui peuvent être associées à la maladie mentale à l'âge avancé [5]. **Mots clés** : Dépression; Soins de santé primaires; Recherche qualitative; Services de santé pour les personnes âgées. **Références**: 1. World Health Organization, 2015. World report on ageing and health, Geneva: World Health Organization. 2. Ferriolli E, Lourenço RA, Oliveira VP, Mello RGB, Ferretti-Rebustini REL, Jacob Filho W. Project ICOPE Brazil: a study on the intrinsic capacity of Brazilian older adults and accuracy of the screening tool proposed by the World Health Organization. *Geriatr Gerontol Aging*. 2023;17:e0230003 3. Castelo MS, Coelho Filho JM, Siqueira Neto JI, Noleto JCS, Lima JWO. Geriatric Depression Scale (GDS): a valid tool to screen for depression in older primary care patients in Brazil. *Geriatr Gerontol Aging*. 2007;1:26-31. 4. Massena, P. N.; Araújo, N. B.; Pachana, N. A.; Laks, J.; Pádua, A. C. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory—GAI-BR. *International Psychogeriatrics*, Cambridge, v. 27, n. 7, p. 1113-1119, jul. 2015. DOI: 10.1017/S1041610214001021. 5. SILVA, L. S. V. et al. The Geriatric Anxiety Inventory in primary care: applicability and psychometric characteristics of the original and short form. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, São Paulo, v. 43, p. 103-106, 2016. DOI: 10.1590/0101-60830000000094.

P15- Du concept à la mise en œuvre : Rapport d'expérience sur le dépistage de la dépression et de l'anxiété chez les personnes âgées en soins de santé primaires dans le Nord-Est du Brésil

A.P. Pessoa¹, D. Pitanga¹, H. Moura¹, É. Valeska¹, C.R. Ximenes¹
 ((1) Université Fédérale De Pernambouc, Recife (Brazil))

Contexte : La population des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant au Brésil a connu une croissance significative au cours de la dernière décennie, avec une augmentation de 56,0 % par rapport à 2010. En ce sens, il est essentiel que la santé publique envisage des stratégies dans le Système de Santé Unifié (SUS) visant à promouvoir un vieillissement sain, des soins complets et la détection précoce des affections affectant la fonctionnalité. **Objectif** : rapporter l'expérience de l'application de l'Échelle de dépression gériatrique (GDS-15) et de l'Inventaire de l'anxiété gériatrique (GAI-BR) chez les personnes âgées en soins primaires, dans le cadre de la stratégie de soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE). **Méthode** : Il s'agit d'un rapport d'expérience descriptif et qualitatif, basé sur l'évaluation de 60 personnes âgées dans une unité de santé de base dans le nord-est du Brésil. L'analyse s'est basée sur l'observation participante et la catégorisation thématique des barrières et potentialités opérationnelles. **Résultats** : Les résultats ont confirmé la faisabilité du dépistage combiné des deux instruments, ce qui est essentiel face à la superposition des symptômes dépressifs et anxieux. Des défis tels que la faible littératie en santé, les déficits sensoriels et la stigmatisation socioculturelle ont été identifiés, nécessitant des adaptations de communication et une écoute active qualifiée. Le dépistage a révélé des exigences cruciales souvent invisibles, comme la surcharge de soignants âgés. **Conclusion** : Il est recommandé que le dépistage du domaine psychologique ne se limite pas au dépistage de la dépression. Cependant, l'efficacité de cette évaluation pour le maintien de la capacité intrinsèque dépend impérativement de la structuration préalable des flux de résolution de problèmes de référence et de soins continus dans le domaine de la santé. **Mots-clés** : Dépression, soins de santé primaires, recherche qualitative, services de santé pour les personnes âgées. **Références** : 1. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson U, Chatterji S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018;35(3):195-208. doi: 10.1002/da.22711. 2. Costa TNM, Rodrigues NL, Assis CTL, Barbosa AN, Brazão GB, Galvão JM, et al. Prevalência e aspectos epidemiológicos de depressão em idosos. *Res Soc Dev [Internet]*. 2021 [cited 2026 Feb 14];10(3):1-8. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26383> doi: 10.33448/rsd-v11i3.26383. 3. Ferriolli E. Integrated care for older people (ICOPE): das evidências à implementação no Brasil. *Geriatr Gerontol Aging*. 2023;17:e0230003. doi: 10.53886/gga.e0230003. 4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [cited 2026 Feb

13]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. 5. Massena PN, de Araújo NB, Pachana N, Laks J, de Pádua AC. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory—GAI-BR. *Int Psychogeriatr*. 2015 Jul;27(7):1113-19. doi: 10.1017/S1041610214001021. 6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Escala de depressão geriátrica (GDS). Linhas de Cuidado: Tabagismo [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [date unknown] [cited 2026 Feb 13]. Available from: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/escala-depressao-geriatrica/>.

P23- La fonction auditive comme marqueur de la capacité intrinsèque : liens entre la presbycousie et les troubles de l'équilibre dans la cohorte ICOPE Care

C. Lafont¹, C. Takeda¹, C. Berbon¹, B. Fraysse², J. De Kerimel¹, N. Tavassoli¹, B. Vellas¹

((1) IHU HEALTHAGE, Toulouse (France); (2) Clinique Rive Gauche, Toulouse (France))

Contexte : La presbycousie touche environ 30 % des personnes de plus de 70 ans et près de 50 % de celles de plus de 80 ans [1]. Parallèlement, après 65 ans, une personne sur trois chute dans l'année [2] et ce chiffre s'élève à une sur deux après 80 ans. Si les facteurs environnementaux de chute sont bien identifiés, les causes intrinsèques, notamment sensorielles, restent peu explorées. Selon l'OMS [3], l'audition relève du domaine sensoriel et l'équilibre du domaine de la mobilité, deux composantes majeures de la Capacité Intrinsèque (CI). Les modifications de l'oreille interne liées à l'âge affectent la cochlée mais également le système vestibulaire et l'intégration multisensorielle, majorant le risque de déséquilibre et de chute. **Objectif :** Étudier l'association entre une déficience auditive dépistée lors de l'étape 1 du programme ICOPE et les performances motrices évaluées par le Short Physical Performance Battery (SPPB) [4] à l'étape 2. **Méthode :** Analyse rétrospective de la cohorte ICOPE Care (2020–2025) incluant 86 200 personnes âgées (âge moyen : 73,8 ans ; 63,7 % de femmes). Parmi les 39 467 sujets présentant une anomalie au test de chuchotement [5] de l'étape 1, 2945 participants (âge moyen : 78,7 ans ; 65,8 % de femmes) avaient un SPPB complet et répondaient aux critères (âge ≥ 60 ans, test de chuchotement anormal, SPPB de 0-12) permettant de les inclure dans l'analyse. Le SPPB comprend la vitesse de marche sur 4 m, 5 levers de chaise et un test d'équilibre statique. Les analyses statistiques ont reposé sur des tests non paramétriques, le test du χ^2 ou le test de Student, selon la nature des variables. Une régression multivariée ajustée sur l'âge et le sexe a ensuite été réalisée. **Résultats :** Les participants présentant une presbycousie avaient des scores SPPB significativement plus faibles ($p < 0,01$), avec un temps de lever de chaise augmenté ($p = 0,0023$), une vitesse de marche plus lente ($p = 0,0009$) et des performances réduites au test d'équilibre ($p < 0,01$) comme déjà montré par Foster [6]. En analyse multivariée, seul le sous-test d'équilibre restait significativement associé à un test de chuchotement anormal : un score d'équilibre élevé diminuait la probabilité de déficience auditive chez les sujets (OR = 0,82 ; IC95 % [0,76–0,89] ; $p < 0,001$). Cette association ciblée suggère que la perte auditive impacte davantage la régulation posturale que la mobilité globale. Le test de chuchotement permet ainsi un repérage précoce à un stade où la marche et le lever de chaise sont encore préservés. Plusieurs mécanismes explicatifs sont envisagés : diminution des afférences auditives participant à la posture, altération de l'intégration multisensorielle, surcharge cognitive lors des tâches d'équilibre, isolement social avec réduction de l'activité physique, et rôle de la presbycousie comme marqueur global du vieillissement. **Conclusion :** La déficience auditive est associée à une diminution des performances physiques, notamment une altération précoce de l'équilibre. Le dépistage auditif par test de chuchotement pourrait ainsi constituer un marqueur précoce de vulnérabilité posturale, permettant de proposer des interventions préventives ciblées² avant l'apparition d'un déclin moteur global. **Mots clés :** Sujets âgés, presbycousie, surdité, chutes, équilibre, SPPB. Absence de conflit d'intérêt. **Références :** 1. Lisan Q, Goldberg M, Lahlou G, Ozguler A, Lemonnier S, Jouven X, Zins M, Empana JP. Prevalence of Hearing Loss and Hearing Aid Use Among

Adults in France in the CONSTANCES Study. *JAMA Netw Open*. 2022 Jun 1;5(6):e2217633. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.17633. Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2022 Jul 1;5(7):e2225053. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.25053. PMID: 35713903; PMCID: PMC9206187. 2. Dautzenberg L, Beglinger S, Tsokani S, Zevgiti S, Rajjmann RCMA, Rodondi N, Scholten RJP, Rutjes AWS, Di Nisio M, Emmelot-Vonk M, Tricco AC, Straus SE, Thomas S, Bretagne L, Knol W, Mavridis D, Koek HL. Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2021 Oct;69(10):2973-2984. doi: 10.1111/jgs.17375. Epub 2021 Jul 28. PMID: 34318929; PMCID: PMC8518387. 3. ICOPE: Manuel sur les soins intégrés pour les personnes âgées. Guide pour l'évaluation et les parcours centrés sur la personne en soins primaires. Second édition 2025. Accédé le 9 juin 2026 : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c0cfddb8-3c92-497e-a05e-fb770ffcf8c4/content>. 4. Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF, Leveille SG, Markides KS, Ostir GV, Studenski S, Berkman LF, Wallace RB. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000 Apr;55(4):M221-31. doi: 10.1093/gerona/55.4.m221. PMID: 10811152; PMCID: PMC12149745. 5. Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *BMJ*. 2003 Oct 25;327(7421):967. doi: 10.1136/bmj.327.7421.967. PMID: 14576249; PMCID: PMC259166. 6. Foster JJ, Williams KL, Timmer BHB, Brauer SG. The Association between Hearing Impairment and Postural Stability in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Trends Hear*. 2022 Jan-Dec;26:23312165221144155. doi: 10.1177/23312165221144155. PMID: 36524292; PMCID: PMC9761226.

P34- La perception de résidents de la résidence Le VU à Sherbrooke quant aux soins de physiothérapie et d'ergothérapie sur leur bien-être

K. Koupogbe¹

((1) Université De Sherbrooke, Sherbrooke (Canada))

Introduction : Le vieillissement en santé repose grandement sur le maintien de la capacité intrinsèque, un concept central du modèle ICOPE qui englobe les dimensions physiques, cognitives, psychologiques et fonctionnelles de la personne. Dans les milieux de vie pour aînés, la physiothérapie et l'ergothérapie jouent un rôle important dans le soutien de cette capacité, prévenir la fragilité et favoriser l'autonomie. Pourtant, la façon dont les résidents perçoivent l'impact de ces soins demeure peu documenté, particulièrement les résidences privées québécoises. Comprendre ces perceptions est essentiel pour améliorer l'intégration des soins, renforcer leur pertinence et soutenir des trajectoires de vieillissement positives. Cette étude s'intéresse donc à l'expérience vécue par les résidents de la résidence Le VU à Sherbrooke quant aux soins de réadaptation qu'ils perçoivent et leur influence sur leur bien-être général. **Méthodologie :** Notre étude a adopté une approche qualitative de type exploratoire pour la perception des résidents quant aux soins de physiothérapie et d'ergothérapie. Elle repose sur une étude de cas unique, centrée sur la résidence Le VU et son organisation de soin. Les données sont collectées par des entretiens semi-dirigés auprès des aînés en perte d'autonomie bénéficiant ces interventions. Une analyse thématique a été réalisée permettant de dégager les expériences, les significations et les impacts perçus des soins. **Résultats attendus :** Les résultats ont montré une amélioration de la mobilité, une confiance fonctionnelle et le bien-être global des résidents. Il a révélé une perception positive des interventions, particulièrement lorsqu'elles sont adaptées aux besoins individuels. Il a été montré une plus grande participation aux activités sociales et contribuent à retarder la perte d'autonomie. **Conclusion :** Cette étude a permis de comprendre comment les interventions en physiothérapie et ergothérapie ont contribué au bien-être physique et mental des aînés vivant en résidence privée. En offrant une compréhension des perceptions des résidents, cette recherche a permis d'améliorer l'organisation des soins et à soutenir des pratiques plus intégrées au sein des milieux d'hébergement pour aînés.

FRAGILITÉ

P07- Fragilité en Guadeloupe : Le paradoxe d'une population entre obésité et dénutrition

J. Romana¹, L. Foucan¹, J.P. Clotilde¹, L. Nicolas¹

((1) Clinique Les Nouvelles Eaux Marines, Le Moule (France))

Contexte : La fragilité est un syndrome gériatrique caractérisé par une vulnérabilité accrue aux événements indésirables tels que les chutes, l'hospitalisation et la mortalité. Sa prévalence est élevée en milieu hospitalier, mais ses déterminants restent insuffisamment étudiés dans certains contextes populationnels spécifiques. La Guadeloupe, île caribéenne française, présente des particularités notables : une population multiethnique et des habitudes alimentaires contrastées, oscillant entre une alimentation traditionnelle à base de produits locaux (fruits tropicaux, poissons) et une consommation croissante d'aliments ultra-transformés et de restauration rapide (bokit, fast-food), favorisant l'obésité et les carences nutritionnelles. Ces spécificités pourraient influencer la prévalence et les déterminants de la fragilité. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence de la fragilité et d'identifier les paramètres cliniques et biologiques associés chez des patients hospitalisés en Guadeloupe. **Méthodes :** Des patients hospitalisés dans un service de médecine, ont bénéficié de tests gériatriques. La fragilité était identifiée par un Index de SOF (Study of Osteoporotic Fractures) ≥ 2 et la dépendance par un score IADL ≥ 2 . Les individus présentant un trouble neurocognitif (TNC) chronique étaient ceux ayant un score pour l'AMTS < 6 et/ou ceux présentant des troubles persistants de la mémoire ou des symptômes de confusion. Des biomarqueurs de malnutrition ont été pris en compte. Une régression logistique a été réalisée pour identifier les paramètres associés à la fragilité. Les odds ratio (OR) et l'intervalle de confiance à 95% (IC 95%) sont donnés. L'avis favorable du comité d'éthique de l'établissement a été obtenu.

Résultats : Parmi 485 patients (âge moyen 75 ± 10 ans, 50,7 % de femmes), 69,1 % présentaient une fragilité et 20,4 % des TNC. Une perte de poids non intentionnelle supérieure à 5 kg dans l'année concernait 67 % des sujets. Les patients fragiles présentaient significativement plus de troubles cognitifs, de dépendance, de taux bas de biomarqueurs nutritionnels et étaient plus âgés. L'obésité abdominale était moins fréquente chez les sujets fragiles (37 % vs 53 % ; $p = 0,001$). En analyse multivariable, les facteurs indépendamment associés à la fragilité étaient l'âge > 75 ans ($p = 0,002$), un IMC < 21 kg/m² (OR 9,2 ; IC 95 % 3,6-23,7 ; $p < 0,001$) et la dépendance (OR 2,6 ; IC 95 % 1,4-5,1 ; $p = 0,003$). La préalbumine < 20 ng/ml (OR 1,5 ; $p = 0,08$) et un AMTS < 6 (OR 2,7 ; $p = 0,136$) n'atteignaient pas le seuil de significativité.

Conclusion : Cette étude confirme la prévalence élevée de la fragilité, chez les sujets âgés, en milieu hospitalier en Guadeloupe. L'insuffisance pondérale, l'âge avancé et la dépendance sont significativement associés à ce syndrome. Ce résultat est d'autant plus marquant dans un contexte caribéen où coexistent paradoxalement obésité et dénutrition, en lien avec la transition nutritionnelle. Un dépistage systématique de la fragilité et de la dénutrition, souvent associée à l'insuffisance pondérale, doit être mis en place dès l'admission hospitalière, afin de stabiliser la santé des individus, tout en intégrant les spécificités alimentaires et populationnelles locales. **Mots clés :** Fragilité, dénutrition, obésité, transition nutritionnelle, population caribéenne, Guadeloupe, sujet âgé.

Divulgateur : pas de conflit d'intérêt.

P20- Performance comparative de l'étape 1 d'ICOPE et les critères de fragilité de Fried dans la détection des phénotypes de fragilité

C. Rimlawi¹, A. Sawadogo¹, M. Le Goff², O. Villeneuve³, M. Grau³, C. Gayot³, A. Tchalla¹

((1) Laboratoire Viesanté, Limoges (France); (2) IMT Atlantique, Brest (France); (3) CHU Limoges, Limoges (France))

Contexte : L'identification précoce de la fragilité est essentielle pour mettre en œuvre des interventions préventives et préserver l'autonomie fonctionnelle [1]. Le phénotype de fragilité de Fried constitue l'un des outils de référence pour l'évaluation de la fragilité, mais son application nécessite des mesures physiques et une évaluation clinique pouvant limiter son utilisation dans les programmes de dépistage à grande échelle. Afin de répondre à ces limitations, l'outil de dépistage ICOPE

Étape 1 développé par l'OMS a été conçu pour identifier rapidement les déclin de la capacité intrinsèque à travers plusieurs domaines [2]. Toutefois, les données comparant la performance de cet outil avec les cadres de référence de la fragilité restent limitées. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la performance diagnostique et la concordance de l'outil ICOPE Étape 1 avec le phénotype de fragilité de Fried pour l'identification de la fragilité chez les personnes âgées vivant à domicile.

Méthodes : Une étude transversale a été menée auprès de 202 personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile, dans trois départements français. Le statut de fragilité a été déterminé à l'aide du phénotype de Fried, qui classe les individus en trois catégories : robustes, pré-fragiles ou fragiles, sur la base de cinq critères phénotypiques [3]. Les participants ont également été évalués à l'aide de l'outil de dépistage ICOPE Étape 1. Un score composite a été créé afin de déterminer les trois profils de fragilité à partir des données ICOPE. La performance diagnostique de l'outil ICOPE a été évaluée à l'aide de la sensibilité, de la spécificité et de l'analyse de la courbe ROC, en utilisant le phénotype de Fried comme référence. **Résultats :** La population étudiée présentait un âge médian de 85 ans (79,2% femmes). Selon les critères de Fried, 18,8 % des participants étaient robustes, 53,5 % pré-fragiles et 27,7 % fragiles. En comparaison, le dépistage par ICOPE Étape 1 a identifié 63 % des participants comme fragiles et 2 % comme robustes. Les altérations de la capacité intrinsèque étaient fréquentes, notamment pour la vision (76,2 %) et la cognition (69,8 %), suivies par la locomotion (50,5 %), l'état psychologique (40,6 %), la nutrition (35,6 %) et l'audition (27,2 %). En comparaison avec le phénotype de Fried, l'outil ICOPE Étape 1 a montré une sensibilité élevée (83,9 %) mais une spécificité plus faible (43,8 %) pour la détection de la fragilité. L'analyse ROC a indiqué une capacité discriminante modérée (AUC = 0,639). **Conclusion :** L'outil de dépistage ICOPE Étape 1 présente une sensibilité élevée pour l'identification des personnes âgées à risque de fragilité, ce qui soutient son utilisation comme instrument de dépistage rapide en milieu communautaire. Toutefois, sa spécificité limitée et sa capacité discriminante modérée indiquent qu'il ne doit pas se substituer aux outils diagnostiques établis tels que le phénotype de Fried. Dans le cadre du parcours de soins ICOPE, ce dépistage pourrait constituer une première étape permettant d'identifier précocement les personnes âgées vulnérables et de les orienter vers une évaluation gériatrique approfondie et des interventions ciblées. **Mots clés :** Fragilité, personnes âgées, ICOPE step1, performance diagnostique. **References :** 1. Kolle AT, Lewis KB, Lalonde M, Backman C. Reversing frailty in older adults: a scoping review. BMC Geriatr. 2023 Dec 1;23(1). 2. World Health Organization. WHO. Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity. Geneva, Switzerland, 2017. 3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar 1;56(3):M146-57.

P22- Échographie des structures de la phonation chez les personnes âgées

A.N. Almeida¹, P.M. Balata¹, P.F. Rocha¹, H.J. Silva¹

((1) Université Fédérale De Pernambuco, Recife (Brazill))

Contexte : Le vieillissement vocal et la sarcopénie laryngée constituent des marqueurs biologiques susceptibles de refléter l'état de fragilité systémique de la personne âgée. Les modifications structurelles et fonctionnelles du larynx ont un impact direct sur l'efficacité de la phonation, la communication et la qualité de vie. Cette étude propose l'utilisation de l'échographie laryngée et du tractus vocal comme outil auxiliaire du diagnostic fonctionnel, permettant une évaluation dynamique, non invasive et en temps réel des structures impliquées dans la phonation, essentielle à la prise en charge de la personne âgée fragile.

Méthode : Les possibilités d'évaluation échographique appliquées à la population gériatrique sont présentées. La technique utilise des sondes linéaires de haute fréquence (4–10 MHz) pour l'exploration du larynx, ainsi que des sondes convexes ou microconvexes pour l'évaluation du tractus vocal. L'analyse porte sur la description anatomofonctionnelle des structures de la phonation, incluant l'étude de la mobilité des cordes vocales, des aryténoïdes et des bandes ventriculaires, ainsi que la dynamique de la langue et du complexe hyo-laryngé lors de la

phonation. Un balayage préalable de la région cervicale antérieure est recommandé afin de faciliter l'identification des structures laryngées. Chez les personnes âgées fragiles ou présentant une faible réactivité cognitive, la technique garantit une sécurité clinique en permettant des évaluations au cours de la respiration spontanée ou de la toux réflexe.

Résultats : L'échographie laryngée permet l'évaluation de la mobilité des cordes vocales, des aryténoïdes et des bandes ventriculaires, autorisant l'observation d'asymétries laryngées, du rapprochement des bandes ventriculaires lors de la phonation, de la présence de constriction supraglottique, de l'allongement et/ou du raccourcissement des cordes vocales lors des émissions graves et aiguës, ainsi que de variations de l'amplitude et de la vitesse vibratoire, voire d'une diminution ou d'une absence de mobilité des cordes vocales. En tant que différentiel technologique, l'élastographie permet de quantifier l'augmentation de la rigidité et la perte de contractilité tissulaire liées au vieillissement, par l'évaluation de la déformation tissulaire et de la vitesse de l'onde de cisaillement lors des mouvements d'abduction et d'adduction, fournissant des données quantitatives sur la dégénérescence musculaire et la sarcopénie. Ces évaluations permettent d'identifier des signes caractéristiques de la presbyphonie, tels que la réduction de la masse musculaire laryngée et les asymétries vibratoires. L'échographie du tractus vocal dans la région submandibulaire permet le suivi de la posture linguale et de l'élévation du complexe hyo-laryngé lors de la phonation. Cette analyse rend possible l'établissement de relations entre la posture de la langue, les caractéristiques acoustiques des formants, la résonance vocale et les capacités communicatives de la personne âgée.

Conclusion : L'échographie du larynx et du tractus vocal s'impose comme un outil disruptif en gérontologie, en alliant sécurité clinique et haute précision diagnostique. En permettant la quantification de la sarcopénie laryngée par l'élastographie et le suivi dynamique de la phonation, cette technique dépasse les limites des évaluations conventionnelles chez les personnes âgées fragiles. Son intégration à la pratique clinique favorise des interventions précoces et personnalisées, constituant un pilier essentiel pour la préservation de la communication, de l'autonomie et de la qualité de vie au cours du vieillissement. **Mots clés :** Voix, vieillissement, fragilité, échographie.

P26- Association entre santé buccale, force linguale et capacité fonctionnelle chez les personnes âgées: Résultats préliminaires

K. Nogueira Ferraz Pereira Althoff¹, A. Thalya Soares Da Silva¹, P. Manoel Araújo De Santana¹, V. Lima Silva², C. Regina Carneiro Ximenes², M.L. Lopes Timoteo De Lima¹, E. Valeska Da Costa Alves¹, C. Cabral Dos Santos Accioly Lins²

((1) *Programme De Troisième Cycle En Santé De La Communication Humaine, Université Fédérale Du Pernambuco, Pe, Recife (Brazil)*; (2) *Programme De Troisième Cycle En Gérontologie, Université Fédérale Du Pernambuco, Pe, Recife (Brazil)*)

Contexte : La fonction masticatoire est essentielle à la qualité de vie des personnes âgées, influençant l'ingestion alimentaire, la nutrition et la performance musculaire, et constituant un possible marqueur de fragilité [1]. La santé buccale exerce également un impact direct sur la fonctionnalité, notamment face aux pertes dentaires et à l'usage de prothèses, qui affectent la capacité masticatoire et le confort alimentaire [2]. Des études indiquent que le nombre de dents restantes et l'utilisation de prothèses sont associés à la performance masticatoire et à des mesures objectives de l'efficacité de la mastication [3]. Dans le contexte des soins primaires, comprendre ces relations peut orienter des actions visant à anticiper le déclin fonctionnel et à préserver la capacité intrinsèque des personnes âgées. **Méthodes :** Étude observationnelle transversale menée auprès de 32 personnes âgées suivies dans une Unité de Soins Primaires de Recife (Brésil). La recherche a été approuvée par le Comité d'Éthique (CEP n° 6.917.551; Résolution 466/12). Les variables recueillies comprenaient : données sociodémographiques (âge, sexe), habitudes de vie (alcool, tabac), nombre de dents restantes (< 20 et ≥ 20 dents, selon Lim et al., 2024), utilisation et type de prothèse, présence de maladie parodontale, xérostomie et dysfonction temporomandibulaire. L'évaluation fonctionnelle incluait le test assis-debout, la force de préhension et la force linguale. L'efficacité masticatoire a été évaluée visuellement et par colorimétrie (ΔE), avec réduction du nombre de participants pour cette dernière mesure en raison

de données manquantes. Des statistiques descriptives, des tests du chi-carré, de Mann-Whitney et des corrélations de Spearman ont été réalisés, avec un seuil de signification fixé à $p < 0,05$. **Résultats :** L'âge moyen des participants était de $71,97 \pm 7,36$ ans, dont 62,5% de femmes. Concernant les habitudes de vie, 71,9% ont déclaré ne jamais consommer d'alcool et 46,9% n'avoir jamais fumé. Au test assis-debout, 43,8% ont présenté une performance réduite. Concernant la santé buccale, 81,3% utilisaient une prothèse et 87,5% présentaient ≤ 20 dents, indiquant une dentition non fonctionnelle. L'utilisation de prothèse a été associée à une moindre force linguale ($p = 0,012$). L'efficacité masticatoire mesurée par colorimétrie était significativement plus faible chez les personnes ayant ≤ 20 dents ($p = 0,011$), contrairement à l'évaluation visuelle qui n'a pas détecté cette différence. De plus, une corrélation a été observée entre la perte dentaire et la réduction de la force de préhension. Les résultats non significatifs dans d'autres analyses peuvent s'expliquer par la petite taille de l'échantillon. **Conclusion :** Les résultats préliminaires de cette étude indiquent que la condition buccale influence des aspects fonctionnels et masticatoires des personnes âgées suivies en soins primaires. L'absence de dentition fonctionnelle a été associée à une moindre efficacité masticatoire, et l'usage de prothèse à une réduction de la force linguale. La corrélation observée entre perte dentaire et force de préhension suggère que la santé buccale pourrait constituer un marqueur précoce de fragilité. Ces résultats renforcent la nécessité d'intégrer l'évaluation odontologique aux protocoles de soins destinés aux personnes âgées en soins primaires. Des études longitudinales avec des échantillons plus larges sont recommandées pour confirmer ces relations. **Mots clés :** Fragilité, santé buccale, personne âgée, orthophonie. **Divulgations :** Cette étude a été financée en partie par la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brésil (CAPES) – Code 001. Aucun conflit d'intérêt déclaré. **Références :** 1. De Andrade, F. et al. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2013, 61(5), 809-814. <https://doi.org/10.1111/jgs.12221>. 2. Ko, M. J. et al. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2026, 141, 106059. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.106059>. 3. Lim, N. et al. *BMC Geriatrics*, 2024, 24, 1024. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05585-y>.

P32- Essentiel Alzheimer : un centre de ressources pour les aidants accompagnant une personne vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée

C. Tabuenca¹, A. Bérard¹, V. Montagne¹

((1) *Fondation Médéric Alzheimer, Paris (France)*)

Contexte : La maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs associés présentent une hétérogénéité marquée dans leur évolution, leur diagnostic et leur prise en soin. Chaque parcours est influencé par des facteurs individuels (mode de vie, environnement, moment du diagnostic) et contextuels (soutien familial, accès aux soins). Parmi les spécificités de cette maladie, le rôle des aidants est crucial, mais souvent complexe à assumer en raison d'un manque de ressources fiables et accessibles. Or, les aidants sont aujourd'hui confrontés à une surabondance d'informations en ligne, souvent non actualisées, contradictoires ou non adaptées à leurs besoins spécifiques. Cette situation engendre stress, désorientation et retard dans les démarches essentielles. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de créer un centre de ressources de référence, structuré, pour répondre aux besoins des aidants de manière personnalisée et sécurisée. **Objectifs :** Informer, conseiller et orienter les aidants via un accès centralisé à des informations fiables sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Créer une « boîte à outils », permettant aux aidants de trouver les ressources adaptées à leurs besoins, au moment où ils en ont besoin. Offrir un accompagnement individualisé grâce à une ligne d'information gérée par une assistante sociale. **Méthode :** 1. Phase exploratoire (qualitative): Focus groupes impliquant : Des aidants familiaux pour identifier leurs besoins, difficultés et attentes. Des professionnels de santé pour valider la pertinence des ressources et leur adéquation avec les parcours de soins. Des représentants d'associations de patients pour intégrer les retours terrain et les bonnes pratiques existantes. 2. Conception: Le centre est structuré autour de trois piliers : Portail d'information en ligne : Accessible via ordinateur et application mobile. Fiches pratiques (démarches administratives, adaptation du logement, gestion des troubles du comportement). Annuaire des professionnels qui accueillent

spécifiquement les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer. Une ligne d'information, avec un numéro gratuit et adresse email dédiée, gérés par une assistante sociale formée aux spécificités de la maladie. **Résultats** : L'Essentiel Alzheimer est en ligne depuis octobre 2025. Il montre bien : Une forte attente pour un guichet unique d'information. Un besoin important de réponses personnalisées. Une préférence marquée pour un support téléphonique et des fiches pratiques téléchargeables. **Conclusion** : Ce projet vise à combler un vide critique dans l'accompagnement des aidants de personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer, en leur offrant : Un accès simplifié à des informations fiables et actualisées. Un soutien personnalisé via une ligne dédiée, réduisant leur isolement et leur charge mentale. Un outil évolutif, conçu avec et pour les aidants, et intégré dans les parcours de soins existants. Un Accueil physique envisagé dans un second temps (en partenariat avec des structures locales). **Mots clés** : Maladie d'Alzheimer, aidants familiaux, centre de ressources, accompagnement.

P37- Vieillir à domicile en logement social : quelle prise en compte des fragilités inhérentes par les bailleurs sociaux ?

M. Pommier^{1,2}

((1) LRA (laboratoire De Recherche En Architecture), Toulouse (France); (2) Grief (groupe De Recherche Sur L'invention Et L'évolution Des Formes), Rennes (France))

Contexte : Dans le contexte de vieillissement général et d'allongement de la durée de vie, la stabilité résidentielle en tant que comportement le plus répandu dans la trajectoire résidentielle des plus âgés [1] se heurte au manque de réflexion sur les logements existants, privant cette part de la population d'une alternative soit au logement inclusif dédié soit à l'établissement social ou médico-social. Seul 6% du parc français est considéré adapté aux plus de 65 ans [2], alors que 94,5% des seniors vivent à leur domicile et non en établissement. Plus que vieillir à domicile, vieillir en logement social représente des enjeux de fragilités spécifiques, sur les plans économiques et sociaux, qui tendent à croître parallèlement à l'avancée en âge. Les inégalités territoriales s'ajoutent à ces situations socio-économiques et à l'apparition de vulnérabilités mentales ou physiques liées à l'âge. Vieillir chez soi, c'est également évoluer dans un milieu plus vaste que le seul logement : bâtiment, quartier, ville - autant d'environnements qui impactent les expériences du vieillissement. De ce fait, les fragilités cumulatives doivent être analysées par le double prisme socio-spatial, impliquant une catégorisation géographique et typologique (milieu urbain, semi-rural, et rural), ainsi qu'une étude des méthodes d'appropriation de l'espace par les personnes âgées. **Méthodes** : La méthodologie de recherche repose sur cinq outils principaux, mêlant récolte de données qualitatives et quantitatives, dans le but d'étudier l'articulation des trois mécanismes appropriation / attachement / adaptation issus du vécu habitant : entretiens semi-directifs, enquête par questionnaire, relevés habités, évaluation de l'autonomie, et cartographie sensible. **Résultats** : L'objectif de cette recherche est de nouer un contact fort avec les résidents âgés, d'améliorer la connaissance par le bailleur des possibilités d'adaptation, et de mettre en place un cercle vertueux du «bon vieillir dans son logement». Les résultats de l'étude permettront d'orienter les engagements du bailleur et de mettre en place une politique seniors ambitieuse. **Conclusion** : L'intérêt du sujet réside dans l'attention portée aux fragilités de cette part importante des résidents du parc social (projection à plus de 35% par l'OPH31 d'ici 2035). Plusieurs enjeux sous-tendent cette recherche, à différentes échelles : adaptation des logements aux vulnérabilités habitantes, transformation des modes d'habiter, évolution des rôles et du métier de bailleur social. Pour cela, la thèse mobilise le parc de logements du bailleur social local OPH31, permettant un travail d'analyse ethno-architecturale situé. L'objectif de cette proposition est donc d'exposer le projet de thèse en cours via la présentation de la population étudiée et du bailleur social, des enjeux de la recherche, de la méthodologie, et des résultats attendus. **Mots clés** : Vieillir à domicile, logement social, autonomie, adaptations des logements. **Divulgations** : Cette thèse bénéficie d'un financement CIFRE via l'Association Nationale de Recherche et Technologie (ANRT), en collaboration avec le bailleur social OPH31, l'Office Public de l'Habitat de la Haute-Garonne. L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts. **Références** : 1. ANAH (Agence Nationale de

l'Habitat) et CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse), 2013, Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées, Paris, 88 p. 2. Caradec V., 2010, « Les comportements résidentiels des retraités. Quelques enseignements du programme de recherche « Vieillesse de la population et habitat » », Espace populations sociétés. Space populations societies, 2010/1, p. 29 40.

APPROCHE CLINIQUE ET ORGANISATION DES SOINS

P09- La chute en EHPAD : Reflet du risque réel ou des pratiques de détection ? Etude multicentrique

J. Ramette¹

((1) Groupe Emera, Paris (France))

Contexte : La chute en EHPAD constitue un événement fréquent, multifactoriel et difficilement évitable, reflétant à la fois la vulnérabilité des résidents et la capacité des organisations à y répondre. Au-delà des facteurs individuels, elle interroge les pratiques professionnelles et les processus de soins. L'impact des démarches qualité sur l'identification des chutes reste peu documenté à l'échelle multicentrique. **Méthodes** : Étude descriptive rétrospective multicentrique à partir de données agrégées issues d'un dossier usager informatisé commun à 48 EHPAD. Toutes les chutes déclarées en 2024 et 2025 ont été incluses. Les indicateurs analysés comprenaient le nombre total de chutes, le taux de chutes graves (définies par un transfert aux urgences ou une hospitalisation), l'âge moyen, la durée moyenne de séjour (DMS), les indicateurs médico-fonctionnels (GMP, PMP) et la traçabilité de l'information des familles et des médecins. Une analyse comparative descriptive a été réalisée. **Résultats** : Le nombre total de chutes est passé de 15 530 en 2024 à 17 835 en 2025 (+14,8 %). Le taux de chutes graves a augmenté de 0,52 % à 1,09 %. L'âge moyen des résidents est resté comparable (90,2 vs 89,2 ans), de même que les indicateurs médico-fonctionnels (GMP 715 vs 709 ; PMP 227 vs 226), suggérant une stabilité du profil des résidents. La durée moyenne de séjour a augmenté (951,8 vs 984,9 jours). La traçabilité de l'information des familles s'est améliorée (21 % vs 23,7 %), tandis que celle de l'information au médecin traitant a diminué (9 % vs 7,7 %). **Conclusion** : Dans un contexte de profil médico-fonctionnel stable, l'augmentation des chutes déclarées et des chutes graves ne semble pas liée à une aggravation du niveau de fragilité des résidents. Cette évolution suggère une amélioration de la détection et de la qualification des événements, possiblement liée au renforcement des démarches qualité. La diminution de la traçabilité de l'information médicale met toutefois en évidence un point de fragilité du circuit post-chute. La chute apparaît ainsi comme un indicateur transversal de la qualité des organisations en EHPAD, soulignant la nécessité d'harmoniser les réponses post-chute afin d'améliorer la sécurité des soins. **Mots clés** : Chutes, EHPAD, qualité des soins, organisation des soins. **Divulgations** : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P13- «L'Art de vivre le moment présent» : Modèle lillois d'art-thérapie auprès de patients Alzheimer

P. Cassagnaud¹, M. Vidal De La Blache², P. Bonnavé²

((1) CHU Lille, Lille Cedex (France); (2) Palais Des Beaux Arts De Lille, Lille (France))

Contexte : La prise en charge des patients atteints de Maladie d'Alzheimer à un stade débutant nécessite des approches complémentaires aux soins médicaux classiques, notamment pour maintenir les capacités cognitives, l'estime de soi et les interactions sociales. Dans ce contexte, un programme d'art-thérapie intitulé « L'art de vivre le moment présent » a été développé dans le cadre d'un partenariat entre le CHU de Lille et le Palais des Beaux-Arts de Lille, signé en novembre 2023. Ce projet s'inscrit dans une dynamique de prescription muséale et de recherche sur les bienfaits de l'art en santé, soutenue par la Fondation SwissLife. L'objectif principal est de prolonger les effets des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) et de proposer une approche innovante centrée sur l'expérience artistique. **Matériel et méthodes** : Le programme s'adresse à des patients atteints de maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré, suivis au Centre

Mémoire du CHU de Lille, accompagnés de leurs proches aidants. En 2025, 16 participants (patients et aidants) ont été inclus. L'intervention repose sur deux sessions annuelles comprenant chacune quatre séances hebdomadaires de deux heures, organisées au sein du musée. Chaque séance est encadrée par une art-thérapeute, accompagnée d'un ou deux soignants. Le déroulé associe une visite d'œuvres de l'exposition en cours à une production artistique guidée utilisant différents supports. Les thématiques s'inscrivent dans la programmation culturelle du musée. Cette approche combine stimulation cognitive, réminiscence et expression émotionnelle, dans un environnement culturel valorisant. **Résultats :** L'évaluation qualitative du programme met en évidence un impact globalement positif. Les participants présentent une amélioration du bien-être psychologique, avec un apaisement observable, une augmentation des émotions positives et une valorisation de l'estime de soi. La participation active aux ateliers favorise également le maintien des interactions sociales des patients et des aidants. Sur le plan cognitif, les activités proposées stimulent les capacités de réminiscence et d'expression. Le programme apparaît ainsi comme un prolongement pertinent des séances d'ETP, en assurant une continuité de la prise en soin dans un cadre non médicalisé. Enfin, la dimension créative renforce la confiance en soi et permet une redéfinition positive de l'identité des patients, l'expression de compétences relationnelles, émotionnelles et artistiques préservées. **Conclusion :** Ce modèle lillois d'art-thérapie et de prescription muséale illustre l'intérêt d'une approche transdisciplinaire associant soins, culture et évaluation scientifique dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. En favorisant l'expression, la créativité et le lien social, il constitue un soin de support pertinent et complémentaire et illustre le potentiel thérapeutique et social du Musée comme espace de soins. Les résultats encourageants justifient la poursuite du projet en 2026, ainsi qu'une valorisation scientifique sous forme de publication. Ce type d'initiative souligne l'importance croissante des partenariats entre institutions de santé et structures culturelles pour améliorer la qualité de vie des patients et de leurs aidants.

P16- ICOPE 92 Nord, un programme de prévention intégrée du déclin fonctionnel des seniors dans le nord des Hauts-de-Seine

JA. Merigou¹

((1) *Semaphore Sante 92 Nord, Gennevilliers (France)*)

Contexte : Le vieillissement démographique en Île-de-France, particulièrement marqué dans le nord des Hauts-de-Seine, s'accompagne d'inégalités sociales, d'isolement et de fragilités peu repérées, alors que la réduction de la dépendance constitue un enjeu national prioritaire. ICOPE, programme de l'Organisation Mondiale de la Santé, propose un repérage structuré de six fonctions clés pour prévenir la perte d'autonomie. **Méthodes :** Depuis 2023, le DAC 92 Nord, en partenariat avec le Gêrond'if (sur la conception du projet), déploie ICOPE sur douze communes urbaines en s'appuyant sur une coalition large (CPTS, MSP, hôpitaux, CLIC, CCAS, associations, bailleurs, structures sociales et médico sociales). Les seniors autonomes ou pré fragiles de 60 ans et plus réalisent le STEP 1 via l'application ICOPE Monitor ou en version accompagnée lors d'actions d'aller vers, puis bénéficient, en cas d'alerte, d'une évaluation approfondie (Steps 2/3) par des professionnels conventionnés et d'un parcours personnalisé coordonné par une infirmière dédiée. **Résultats :** Entre janvier 2024 et décembre 2025, 823 seniors ont été sensibilisés et 826 étapes 1 ont été réalisées, dont 159 de suivi ; 80% des participants présentaient au moins une capacité altérée, générant environ 1,8 alerte par personne. Près de 600 personnes ont été orientées vers des actions de prévention, plus de 75 vers une prise en charge ciblée, et 49 évaluations approfondies ont été menées, dans un contexte de montée en puissance du maillage territorial (18 nouveaux centres de Step 2 en 2025, plus de 200 professionnels formés). **Conclusion :** L'expérimentation ICOPE 92 nord démontre la faisabilité d'un repérage précoce des fragilités à large échelle dans un territoire urbain socialement contrasté, avec un fort niveau d'adhésion des acteurs et des seniors. Elle met toutefois en lumière des défis majeurs de soutenabilité (ressources dédiées à la coordination, conventionnement médical, fracture numérique) et souligne la nécessité d'un financement pérenne et d'une articulation renforcée avec les médecins traitants pour généraliser ce changement de paradigme vers une prévention intégrée.

Mots clés : Vieillesse, prévention de la dépendance, repérage de la fragilité, ICOPE. **Registre des essais cliniques :** Non applicable (programme organisationnel de santé publique). **Dépôt de données :** les données agrégées ICOPE 92 Nord sont centralisées sur la base de données Icope Monitor ; mise à disposition sur demande auprès du DAC 92 Nord. **Divulgations :** l'auteur déclare ne pas avoir de intérêts concurrents ; le projet ICOPE 92 Nord est soutenu par l'ARS Île-de-France et l'agence Autonomy (financement).

P17- Intégration de la prévention de la fragilité en soins primaires par une organisation graduée innovante associant médecin traitant, assistante médicale et infirmière en pratique avancée

A. Bonnefoy¹, K. Vanden Abeele², V. Guion²

((1) *Cabinet Libéral, Saint Chély D'apcher (France)*; (2) *Cabinet Médical, Saint Chély D'apcher (France)*)

Contexte : L'augmentation de la prévalence de la fragilité impose une évolution de l'organisation des soins primaires afin d'intégrer précocement les stratégies de prévention et de repérage des altérations fonctionnelles, tout en rationalisant le temps médical. La création récente des métiers d'assistant médical et d'infirmier en pratique avancée (IPA), ouvre de nouvelles perspectives pour structurer des organisations innovantes interdisciplinaires, dont celle de l'intégration de la prévention de la fragilité directement en soins primaires. Nous décrivons ici la mise en place d'une organisation graduée en cabinet libéral intégrant les différentes étapes du programme ICOPE dans le parcours de soins usuels. **Méthodes :** Un médecin généraliste formé en gériatrie, initialement hospitalier, a créé un cabinet libéral orienté vers la promotion du vieillissement en bonne santé. Une assistante médicale, infirmière de formation initiale, a été recrutée et formée au repérage et à l'évaluation de la fragilité (ICOPE steps 1 et 2, Congrès Fragilité 2025, Diplôme Universitaire Fragilités et évaluation gériatrique approfondie). Une infirmière libérale a été accueillie dans le cadre de son stage de Master 2 d'IPA mention pathologies chroniques stabilisées, avant d'installer son activité dans les mêmes locaux. Les trois professionnels ont élaboré une organisation coordonnée reposant sur une répartition graduée des missions. **Résultats :** L'assistante médicale constitue la porte d'entrée du dispositif et le premier niveau d'expertise. Elle assure le repérage des patients ciblés, le dépistage des altérations des capacités intrinsèques selon le step 1 du programme ICOPE, une évaluation gériatrique standardisée incluant la réalisation du step 2, et la coordination du parcours de soins. L'IPA constitue le deuxième niveau d'expertise. Elle prend en charge les patients présentant des altérations des capacités intrinsèques associées à des pathologies chroniques stabilisées, en participant à l'analyse multidimensionnelle de leur situation et à l'élaboration du plan personnalisé de soins. Elle met en œuvre les interventions non pharmacologiques de prévention ou prise en charge de la fragilité, dont les entretiens motivationnels et l'éducation thérapeutique. Le médecin constitue le troisième niveau d'expertise en assurant la sécurisation du parcours par la supervision clinique, la prise en charge diagnostique et thérapeutique des situations complexes, et la gestion des polypathologies et de la polymédication. Il valide et synthétise les évaluations réalisées, coordonne les réunions de coordination triprofessionnelles permettant la priorisation des interventions, et pilote l'élaboration du plan personnalisé de soins et de prévention (step 3). La mise en œuvre et le suivi du plan personnalisé (step 4) sont ensuite répartis entre l'IPA et le médecin selon la complexité clinique, l'assistante médicale assurant la coordination du parcours et le lien avec les patients et leurs aidants. **Conclusion :** L'intégration de la prévention de la fragilité en soins primaires pourrait s'appuyer sur ce modèle innovant de répartition graduée des missions entre une assistante médicale, une IPA et un médecin traitant, permettant ainsi d'intégrer l'ensemble des étapes du programme ICOPE dans le suivi courant des patients.

P18- Les relations de familiarité entre soignants et résidents : Une ethnographie de l'EHPAD

I.M. Mallon¹, A.G. Guixou¹, C. Crozet², P. Gouttefarde²

((1) Université Lyon 2, Lyon (France); (2) Gerontopole Aura, Saint-Etienne (France))

Contexte et objectifs : Dans un contexte de vieillissement de la population et de recours croissant aux EHPAD, ces établissements occupent une place centrale dans la prise en charge du grand âge. La plupart des recherches distinguent soignant-e-s et résident-e-s comme deux groupes séparés et reposent principalement sur des entretiens. À partir d'une enquête ethnographique, cette étude vise donc à analyser la manière dont les relations se construisent concrètement dans les interactions quotidiennes, en mettant en lumière les dynamiques de familiarité qui révèlent la porosité entre distance professionnelle et proximité affective, ainsi qu'entre cadre institutionnel et registre domestique. **Méthodologie :** La démarche ethnographique participante permet d'être au plus près de la réalité vécue par les enquêté-e-s afin de saisir, dans une approche sensible du terrain, les dimensions invisibles des relations. À partir d'une démarche ethnographique, des observations participantes (grille d'observation, carnet de terrain, enregistrement, photographie), des entretiens semi directifs et entretiens « spontanés » ont été réalisés. Ce dispositif vise à favoriser une parole sur soi, y compris lorsqu'elle est fragmentée par les troubles cognitifs. Les données recueillies portent sur les relations de soin entre soignants et résidents en EHPAD. Elles comprennent des représentations, des expériences vécues et des récits de vie, ainsi que l'observation des interactions verbales et corporelles entre soignants et résidents : les manières de communiquer, de se toucher, de se regarder, de s'approprier les lieux, les « ambiances », les non dits... L'analyse vise à proposer une typologie des relations entre soignant-e-s et résident-e-s en EHPAD et à mettre en lumière les conditions sociales de leur construction (genre, classe, âge, race). Elle montre également le rôle structurant des espaces (chambres, couloirs, salons, restaurant) et des moments du quotidien (repas, toilette, accompagnement à la fin de vie) dans l'organisation de la vie institutionnelle, qui s'apparente à une forme de cohabitation. Les interactions observées dépassent ainsi le strict cadre du soin et se construisent dans les routines et la proximité spatiale, mêlant dimensions professionnelles et affectives. **Résultats :** L'enquête repose sur un échantillon de 120 personnes, comprenant 30 membres du personnel et 90 résident-e-s, tous inclus dans l'observation participante représentant environ 1140 heures d'observation. En complément, une trentaine d'entretiens ont été réalisés avec des résident-e-s et une vingtaine avec des professionnel-le-s. L'analyse thématique met en évidence que les relations de familiarité en EHPAD — familiales, amicales et de voisinage — structurent la vie quotidienne des résident-e-s et s'inscrivent dans leurs trajectoires sociales et biographiques. Ces interactions contribuent à maintenir une certaine continuité identitaire après l'entrée en institution, tout en pouvant refléter ou reproduire certains rapports sociaux, notamment liés au genre, à l'âge, à la classe sociale ou à l'origine. Par ailleurs, les résultats montrent que la dimension relationnelle du soin joue un rôle central dans l'acceptation des soins, la coopération des résident-e-s et la gestion des situations de vulnérabilité, notamment en cas de troubles cognitifs ou en fin de vie. L'attention portée aux interactions quotidiennes et au rôle des différents acteurs institutionnels et familiaux apparaît ainsi comme un levier important pour soutenir la qualité de la prise en charge et prévenir certaines situations de tension ou de refus de soins. **Discussion/aspect novateur de l'étude :** Ce travail propose de porter un regard renouvelé sur l'EHPAD en le considérant avant tout comme un lieu de vie. Il invite ainsi à reconsidérer cet établissement comme une forme d'habitat encore pertinente, non pas comme une institution à remplacer, mais comme une structure à rénover et à faire évoluer, essentielle dans la prise en charge de nos aînés. Cette approche permet également de nuancer les représentations souvent négatives véhiculées ces dernières années par les médias. Pour cela, l'analyse s'appuie sur une approche par les relations : elle s'attache à étudier les relations de soin et, plus largement, les relations de service, en interrogeant leur dimension affective et parfois familière. Il propose également une lecture intersectionnelle de ces relations, en montrant comment elles sont façonnées par les rapports de genre, de classe, d'âge et de race. Enfin, il contribue à penser l'EHPAD non seulement comme une institution encadrante, mais comme un lieu de vie co-

construit par ses acteurs à travers leurs pratiques et leurs interactions. Dans une perspective plus clinique, ces résultats invitent à considérer la dimension relationnelle des soins comme un déterminant potentiel de la qualité de la prise en charge. La prise en compte des trajectoires sociales, culturelles et biographiques des résident-e-s mais aussi des soignant-e-s apparaît ainsi susceptible de favoriser une approche plus globale, individualisée et adaptée de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

P19- « Programme d'implantation de l'IPA en EHPAD : Analyse des représentations et des parcours de soins »

M.S. Schmidt¹, P.G. Gouttefarde¹, D.C. Chemami², N.B. Barth¹, E.V. Vérot², C.L. Lahaye³, T.C. Celarier²

((1) Gerontopôle Aura, St-Etienne (France); (2) CHU St-Etienne, St-Etienne (France); (3) CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand (France))

Contexte : Le vieillissement de la population et l'augmentation progressive des personnes âgées en perte d'autonomie entraîne des besoins spécifiques, notamment dans les EHPADs. L'enjeu actuel, et dans lequel s'ancre l'étude, est de réfléchir aux problématiques liées à l'absence de temps médical, telles que le recours aux urgences, les entrées en hospitalisation, les décompensations, la coordination des soins et plus largement la communication entre les différents professionnels de santé. En ce sens, les infirmières en pratique avancée, constituant une réponse à la loi de modernisation du système de santé de 2016 et aux enjeux de politique publique. Le programme d'implantation de l'IPA, que nous cherchons à mettre en place, s'inscrit dans cette dynamique, car la spécialisation des infirmiers permet, de prendre en charge toutes ces complications. Le but étant d'améliorer le parcours de soin du résident en évitant les entrées en hospitalisation. Des études antérieures, ont montré l'impact qu'elles pouvaient avoir sur le parcours de soins du résident. Plus concrètement, elles ont permis de réduire les hospitalisations potentiellement évitables. Pour optimiser l'implantation de cet IPA, il est important de mettre en lumière les différents enjeux qu'il peut y avoir au sein des EHPADs. Notre enquête qualitative s'inscrit dans cette démarche en explorant les rôles de chaque professionnel, et l'acceptabilité des nouvelles fonctions, en analysant les potentielles « guerres de territoires professionnels ». Des travaux sur le sujet, ont pu mettre en évidence que ces tensions peuvent favoriser les glissements de tâche. **Objectifs :** cette étude vise à recueillir et à analyser les représentations, les perceptions et les attentes des différents acteurs de l'EHPAD autour de l'implantation de l'IPA. Plus concrètement, on cherche à identifier les freins et les leviers perçus par les équipes soignantes sur l'implantation de l'IPA et plus largement autour de la coordination des soins des professionnels sur la gestion des différentes prises en charge ; à explorer le vécu des résidents lors des transferts à l'hôpital et leurs perceptions d'un potentiel maintien au sein de l'EHPAD comme alternative ; à recueillir le sentiment de confiance des proches aidant sur la prise en charge de certains soins par l'IPA. **Méthodologie :** des entretiens semi-directifs seront réalisés auprès de trois groupes d'acteurs : les professionnels de santé, les résidents et les proches aidant. Concernant les professionnels de santé, nous avons ciblé trois groupes de professions : les médecins traitants et les médecins coordonnateurs, les infirmiers et les infirmiers coordonnateurs, les aides-soignants et les agents des services hospitalier faisant fonction d'aide-soignant. Pour ce faire, nous avons élaboré des guides d'entretiens spécifiques à chaque groupe d'enquêté. Les principaux thèmes abordés sont : l'organisation du suivi médical en EHPAD, les gestions des urgences et des entrées en hospitalisation, les représentations des hospitalisations potentiellement évitables, les attentes et l'acceptabilité du rôle de l'IPA en EHPAD. La saturation des données en recherche qualitative est considérée comme atteinte dès lors qu'un nouvel entretien n'apporte pas d'éléments supplémentaires. Par conséquent, nous envisageons de réaliser une vingtaine d'entretiens. **Résultats :** les entretiens seront réalisés courant avril 2026, puis retranscrits intégralement et rendus anonymes. Nous procéderons courant mai à une analyse thématique de contenu en utilisant le logiciel NVIVO. Cette méthode consiste à coder de manière rigoureuse les verbatims obtenus lors des entretiens semi-directifs. Cela nous conduit à faire, par la suite, une catégorisation de ces codes pour créer des thèmes qui nous permettront d'en faire l'analyse. Les résultats

de cette enquête qualitative vont nous éclairer sur les freins et leviers au développement d'un programme d'implantation de l'IPA en EHPAD.

Mots clés : IPA, implantation, EHPADs, enquête qualitative.

P24- Implémentation d'une solution d'audiométrie assistée par intelligence artificielle à l'hospitalisation de jour longévité et santé du CHU d'Angers

H. Rivière¹, M. Oteko¹, M. Avril¹, C. Laisne¹, A. Ruault¹, R. Bécot¹, J. Spiquel¹, L.A. Chauvire¹, M. Lepesqueur¹, N. Wallaert¹, S. Boucher¹, A. Brangier¹, C. Annweiler¹ ((1) *Chu Angers - Angers (France)*)

Contexte : Depuis le début du mois de novembre 2025, le CHU d'Angers propose une hospitalisation de jour longévité et santé (HDJ LES) dans le service de médecine gériatrique. Cette filière de prévention basée sur le programme ICOPE est à destination des personnes de 60 ans et plus, autonomes et indépendantes, dans un objectif de promotion du vieillissement santé. Elle a pour objectif d'évaluer et diagnostiquer les fragilités dans 6 domaines principaux de la capacité intrinsèque. Dans un contexte de saturation de la filière audiométrique dans le service d'ORL du CHU d'Angers, l'institution a fait le choix d'investir dans une solution innovante d'audiométrie assistée par intelligence artificielle appelée iAudiogram. **Matériel et Méthodes :** L'hospitalisation de jour longévité et santé est réalisée en deux temps. Une évaluation « socle » lors de laquelle le patient rencontre l'infirmier, l'enseignant en activité physique adaptée, la diététicienne et le gériatre puis une évaluation « personnalisée », dite bloc 2, lors d'un deuxième temps où le patient peut selon les fragilités présentées rencontrer neuropsychologue, psychiatre de la personne âgée ou psychologue, ophtalmologue, avoir une évaluation audiométrique ou un entretien pharmaceutique en plus de l'évaluation avec le gériatre. L'évaluation audiométrique est réalisée à l'aide de l'outil iAudiogram, certifié CE comme dispositif médical de classe IIa. Cette solution innovante, fiable et reproductible est validée sur le plan scientifique et clinique. Elle permet une audiométrie totalement automatisée basée sur l'intelligence artificielle. Elle est également plus rapide grâce à son automatisation qu'une audiométrie manuelle. Concernant l'audiométrie tonale par exemple elle permet un balayage des différentes fréquences et intensité pour évaluer approximativement la perte auditive du patient. Par la suite iAudiogram va créer un maillage d'intensité et fréquence permettant d'estimer pour chacun des points la probabilité que le patient a d'entendre ou non chaque combinaison d'intensité/fréquence. **Résultats :** (partiels en attente du lancement de l'activité) : L'équipe infirmière sera formée prochainement à l'installation des patients et à la passation de l'audiométrie. Un des membres de l'équipe médicale a été formé à la l'otologie médicale et à la prescription d'appareillage auditif et un deuxième devrait se former courant 2026. Les blocs 2 incluant une audiométrie sont programmés à compter du 19 décembre pour plusieurs patients. La typologie de patients évalués, les caractéristiques des diagnostics identifiés et le nombre de réorientation vers le service d'ORL pourront être présentés en juin 2026. **Conclusion :** L'outil iAudiogram permet d'améliorer l'offre de soins et de prise en charge des patients de 60 ans et plus présentant une baisse de l'audition. Des discussions sont également en cours sur la fluidification des évaluations audiométriques pour les patients âgées avec l'équipe d'ORL. **Mots clés :** ICOPE, prévention, audition, capacité intrinsèque, audiométrie, intelligence artificielle. **Déclarations :** Absence de conflit d'intérêt (Proposition au format poster. Si une communication orale paraît préférable pour le comité scientifique, nous pourrions nous adapter).

P28- La place des orthophonistes dans le parcours de soins des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer

C. Tabuenca¹, A. Bérard¹, J. Kozick Rigaud¹
((1) *Fondation Médéric Alzheimer, Paris (France)*)

Contexte : Bien que souvent associés à la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant, les orthophonistes jouent un rôle clé et méconnu dans l'accompagnement des personnes âgées vivant avec des troubles cognitifs, notamment la maladie d'Alzheimer. Leur intervention ne se limite pas à la rééducation du langage, mais inclut aussi la prévention des troubles de la déglutition, l'amélioration de la communication et la stimulation des fonctions sensorielles. Ces actions sont essentielles pour maintenir ou améliorer la qualité de vie des patients. Pourtant,

malgré leur importance, les orthophonistes font face à des défis majeurs dans leur pratique, liés à la méconnaissance de leur rôle, aux difficultés d'accès aux informations médicales et à des prises en charge souvent tardives. Une enquête menée par la Fondation Médéric Alzheimer, en partenariat avec la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) et l'UNADREO, vise à éclairer leur place actuelle dans le parcours de soins et à identifier les freins qui limitent leur action. **Méthodes :** Le questionnaire, comprenant 31 items sous forme de questions fermées et ouvertes, a été envoyé par courriel à 22 738 orthophonistes répertoriés par la FNO. L'enquête s'est déroulée du 18 janvier au 29 avril 2024. **Résultats :** 73 % des orthophonistes interrogés interviennent auprès de personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Leur action couvre tous les stades, y compris les formes sévères : 56 % des orthophonistes interviennent une fois par semaine auprès de ces patients. 37 % le font deux fois par semaine, avec une fréquence plus élevée pour les stades légers et modérés. 32 % des orthophonistes travaillent régulièrement avec les familles, un aspect crucial pour : Comprendre les besoins spécifiques des patients. Éduquer les proches sur les stratégies de communication et de gestion des symptômes. Apporter un soutien émotionnel aux aidants, souvent en première ligne. Malgré leur expertise, 66 % des orthophonistes rencontrent des obstacles dans leur pratique : Accès limité aux résultats médicaux (48 % des cas) : Manque d'informations essentielles (bilans neuropsychologiques, antécédents) pour adapter les prises en charge. Difficultés de coordination avec les autres professionnels (médecins, infirmiers, ergothérapeutes). Prises en charge tardives (58 % des cas) : Les patients sont souvent orientés vers l'orthophonie à un stade avancé, alors qu'une intervention précoce pourrait améliorer significativement leur qualité de vie. Manque de sensibilisation des médecins et des familles aux bénéfices d'une prise en charge précoce. **Conclusion :** Cette enquête met en lumière le rôle indispensable des orthophonistes dans le parcours de soins des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer, tout en révélant les défis structurels qui entravent leur action. Les résultats soulignent trois priorités pour améliorer leur intégration : Améliorer l'accès aux informations médicales : Faciliter le partage des bilans (neuropsychologiques, imagerie) entre professionnels. Créer des protocoles de coordination pour une prise en charge pluridisciplinaire fluide. Sensibiliser à l'importance d'une intervention précoce : Former les médecins généralistes et les neurologues à orienter plus tôt vers l'orthophonie. Informer les familles sur les bénéfices des séances d'orthophonie dès les premiers signes. Renforcer la reconnaissance de leur expertise : Intégrer systématiquement les orthophonistes dans les parcours de soins (ex. : dans les Équipes Spécialisées Alzheimer). Valoriser leur rôle auprès du grand public et des institutions (ex. : campagnes de communication). En agissant sur ces leviers, les orthophonistes pourraient jouer un rôle encore plus central dans l'accompagnement des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer, améliorant ainsi leur qualité de vie et celle de leurs proches. **Mots clés :** Orthophonie, maladie d'Alzheimer, parcours de soins.

P29- L'ergothérapie dans le parcours de soins des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer : enjeux actuels et perspectives

C. Tabuenca¹, A. Bérard¹, J. Kozick Rigaud¹
((1) *Fondation Médéric Alzheimer, Paris (France)*)

Contexte : La maladie d'Alzheimer représente un défi de santé publique, touchant plus d'1,2 million de personnes en France. Dans ce contexte, le maintien à domicile et la préservation de l'autonomie sont des priorités. Les ergothérapeutes jouent un rôle crucial mais encore sous-estimé dans cet accompagnement. Leur intervention vise à adapter l'environnement, stimuler les capacités restantes et soutenir les aidants pour préserver la qualité de vie des personnes malades. Cette étude actualise les données d'une enquête menée en 2011 par la Fondation Médéric Alzheimer. Elle révèle comment les pratiques des ergothérapeutes ont évolué face aux défis posés par la maladie, tout en identifiant les obstacles persistants qui entravent leur pleine intégration dans le parcours de soins. **Méthodes :** Une enquête nationale a été menée auprès de 1617 ergothérapeutes entre mars et mai 2025. Le questionnaire en ligne, combinant questions fermées et ouvertes, a permis de recueillir les données de 266 professionnels. L'analyse a porté sur leurs modalités d'intervention, les difficultés rencontrées et l'évolution de leurs pratiques depuis

2011. Les répondants, majoritairement des femmes (88%), avaient en moyenne 37,7 ans et 12,7 ans d'expérience professionnelle. **Résultats :** L'enquête révèle une profession en pleine mutation. Aujourd'hui, 83% des ergothérapeutes interviennent auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, contre une proportion moindre en 2011. Leur rôle s'est particulièrement développé dans le maintien à domicile, avec 55% d'interventions à domicile contre 38% précédemment. Cette évolution reflète la volonté croissante des Français de vieillir chez eux. Les ergothérapeutes déploient des interventions multidimensionnelles qui vont bien au-delà de la simple adaptation du logement. Ils évaluent les situations de handicap, proposent des réadaptations cognitives, préconisent des aides techniques et forment les aidants familiaux. La prévention des chutes et l'aménagement de l'environnement sont devenus des piliers de leur pratique, avec une augmentation significative de ces interventions depuis 2011. Cependant, plusieurs défis persistent. La coordination avec les autres professionnels de santé reste insuffisante pour 62% des ergothérapeutes. Beaucoup estiment que les patients leur sont adressés trop tardivement, en moyenne 12 à 18 mois après le diagnostic. La formation initiale sur la maladie d'Alzheimer est jugée inadéquate par 55% des répondants, et 62% n'ont pas bénéficié de formation continue sur les troubles cognitifs. Enfin, l'accès aux informations médicales essentielles fait souvent défaut, avec un tiers des ergothérapeutes manquant de comptes rendus de bilans neuropsychologiques. **Conclusion :** Cette étude met en lumière le rôle indispensable des ergothérapeutes dans l'accompagnement des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer. Leurs interventions permettent de maintenir l'autonomie et d'améliorer significativement la qualité de vie des patients et de leurs aidants. Cependant, plusieurs mesures s'imposent pour optimiser leur intégration dans le parcours de soins. Il est urgent de renforcer la coordination interprofessionnelle en créant des outils partagés et en intégrant les ergothérapeutes dans les équipes pluridisciplinaires. La formation doit être repensée, avec l'intégration de modules sur la maladie d'Alzheimer dans le cursus initial et le développement de formations continues spécialisées. La prise en charge à domicile doit être revalorisée, notamment en revoquant les modalités de remboursement des actes. **Mots clés :** Ergothérapie, maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs, maintien à domicile. **Divulgateur :** Cette étude a été réalisée avec le soutien de la Fondation Médéric Alzheimer, de l'Association Française Nationale des Ergothérapeutes et de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie. Les données ont été recueillies de manière anonymisée avec le consentement éclairé des participants. Aucun conflit d'intérêts

P31- Vers une société adaptée à la maladie d'Alzheimer

C. Tabuenca¹, A. Bérard¹, V. Montagne¹

((1) Fondation Médéric Alzheimer, Paris (France))

Contexte : La maladie d'Alzheimer touche des millions de personnes dans le monde, mais le manque de sensibilisation et de compréhension persiste, entraînant souvent stigmatisation et isolement social. L'approche «Alzheimer-Friendly» vise à transformer la société en un environnement plus accueillant et inclusif pour les personnes vivant avec des troubles cognitifs. Pour permettre aux personnes atteintes de rester actives et intégrées, notre environnement doit s'adapter. Les activités quotidiennes (comme faire des courses, gérer un compte bancaire ou utiliser les transports en commun) deviennent souvent impossibles en raison d'un manque de sensibilisation à la maladie et de ses effets, ainsi que d'environnements inadaptés. **Méthodes :** La Fondation Médéric Alzheimer agit sur plusieurs fronts : Formation des professionnels (notaires, banquiers, forces de l'ordre) pour mieux comprendre et soutenir les personnes atteintes de troubles cognitifs. Sensibilisation des jeunes via la littérature Jeunesse. Parmi les espaces les moins adaptés aux personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer, les hôpitaux posent un défi particulier. Que ce soit pour des urgences ou des visites programmées, ces environnements aggravent souvent les symptômes cognitifs en raison d'une mauvaise adaptation et d'un manque de formation du personnel. Pour y remédier, la Fondation Médéric Alzheimer – en partenariat avec la FHF et la FEHAP – a lancé un appel à projets doté de 400 000 € pour aider les hôpitaux à devenir «Alzheimer-Friendly». Elle a également publié un guide pour les services d'urgence, définissant quatre axes d'action principaux : Détection

précoce des troubles cognitifs. Intégration des aidants dans le parcours de soins. Formation du personnel soignant. Adaptation des espaces hospitaliers pour les rendre plus accueillants et sécurisés. **Résultats :** Cette approche globale démontre que, grâce à des adaptations ciblées, il est possible de transformer l'expérience hospitalière des patients tout en améliorant les conditions de travail du personnel soignant. **Conclusion :** Cette étude souligne l'urgence de rendre la société plus inclusive pour les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer. En combinant sensibilisation, formation et adaptation des environnements, il est possible de réduire la stigmatisation et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches. **Mots clés :** Maladie d'Alzheimer, société inclusive. **Divulgateur :** Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

P33- Accélérer le développement des colocations Alzheimer en France

C. Tabuenca¹, A. Bérard¹, J. Kozick Rigaud¹

((1) Fondation Médéric Alzheimer, Paris (France))

Contexte : En France, une personne est diagnostiquée avec la maladie d'Alzheimer toutes les trois minutes, touchant 1,2 million de personnes. Face à ce défi, il est urgent de proposer des solutions adaptées pour permettre à ces personnes de vivre dignement. Bien que 82% des Français souhaitent vieillir à domicile, les alternatives aux EHPAD restent limitées. Les colocations Alzheimer offrent une réponse innovante. Ces domiciles accueillent 8 à 10 personnes dans un environnement non médicalisé, où chacun dispose de sa chambre personnelle tout en partageant des espaces communs. Un animateur-coordonateur organise la vie quotidienne avec l'aide d'assistants de soins 24h/24, de bénévoles et des familles. Malgré leur potentiel, seulement 90 unités existent en France contre 3700 en Allemagne. Pour accélérer leur développement, la Fondation Médéric Alzheimer et Familles Solidaires ont lancé CASALIS, un appel à projets visant à soutenir 10 initiatives de colocation Alzheimer. Ce programme offre un accompagnement complet, incluant diagnostic, conseil personnalisé, formation, voyages d'étude et une subvention de 5000€ par projet. **Méthodes :** Le programme CASALIS accompagne les porteurs de projets à toutes les étapes, de la conception à l'ouverture. L'accompagnement comprend un diagnostic initial, 10 jours de conseil sur mesure, 10 jours de formation spécialisée, deux voyages d'étude en France et à l'étranger, et une aide financière. Les formations couvrent les spécificités de la maladie d'Alzheimer, la gestion quotidienne, les modèles juridiques et économiques, et l'adaptation des logements. Les voyages d'étude permettent de rencontrer des acteurs clés et de visiter des habitats partagés existants. L'objectif de CASALIS est d'aider les porteurs de colocations Alzheimer à relever les défis en s'appuyant sur les différents travaux menés en parallèle par la Fondation Médéric Alzheimer à savoir : Un groupe de travail composé des différents acteurs de l'habitat inclusif, Un groupe de travail européen avec 13 pays européens pour cartographier ces habitats, identifier les meilleures pratiques, avec l'objectif de créer un modèle reproductible. **Conclusion :** Les colocations Alzheimer représentent une solution prometteuse, une troisième voie. Le programme CASALIS a pour objectif d'accélérer cette dynamique d'essai. **Mots clés :** Colocation, Alzheimer, logement inclusif, aidants. **Divulgateur :** Le programme CASALIS est financé par la Fondation Médéric Alzheimer et Familles Solidaires. **Aucun conflit d'intérêts à déclarer :** Les projets sélectionnés respectent les principes d'inclusion et de dignité.

P36- Logement social et autonomie des aînés : Une approche socio spatiale intégrée au service du vieillissement actif- étude de cas à l'Office municipale des habitations de Sherbrooke (OMHS), Québec

K. Koupogbe¹

((1) Université De Sherbrooke - Sherbrooke (Canada))

Dans un contexte de vieillissement accéléré de la population québécoise, le maintien de l'autonomie et la prévention de la fragilité passent aussi par l'amélioration des milieux de vie. Cette communication présente une étude menée dans le cadre d'un stage à l'OMHS, visant à analyser les impacts des politiques et des aménagements résidentiels sur le bien-être des personnes âgées vivant en logement social. Une approche qualitative a été utilisée, combinant des observations de terrain, des entretiens avec des résidents (résidences Couvent, Laurier, Paton,

L'Achéné) et une collaboration étroite avec les travailleurs sociaux de l'OMHS. Les résultats mettent en lumière des défis d'ordre psycho social et environnemental : isolement, manque d'espace de socialisation, lenteur des rénovations et absence de soutien psychologique structuré. Les constats soulignent l'importance d'une approche socio spatiale et interdisciplinaire, où les conditions matérielles, les liens sociaux, l'intégration et les pratiques professionnelles s'articulent pour soutenir un vieillissement actif et inclusif. Les recommandations incluent la reconnaissance institutionnelle du rôle des travailleurs sociaux, l'intégration d'un psychologue interne, et le développement d'espaces communautaires favorisant la participation sociale. Cette étude invite à repenser les organisations du soin et du soutien communautaire au sein des logements sociaux comme leviers de prévention de la perte d'autonomie.

PRÉVENTION ET LONGÉVITÉ EN SANTÉ

P04- Redéfinir l'autonomie dans un contexte multiculturel : L'acceptation des technologies d'assistance basées sur l'IA chez les personnes âgées et les perspectives d'une étude utilisant des méthodes mixtes

S.O. Thera¹, A.L. Couderc¹, M.K. Bendiane¹

((1) Aix Marseille Univ Marseille, AP-HM, ADES UMR 7268, Team Cornor, Marseille (France))

Contexte : Le vieillissement de la population dans des sociétés de plus en plus multiculturelles pose des défis majeurs en matière de maintien de l'autonomie des personnes âgées (PA) [1]. Les technologies d'assistance basées sur l'intelligence artificielle (IA), notamment la robotique personnelle, sont proposées comme des solutions innovantes [2]. Cependant, leur adoption reste limitée [3], en partie en raison de facteurs culturels, sociaux et environnementaux encore insuffisamment pris en compte. Une meilleure compréhension des déterminants de l'acceptation et des représentations de l'autonomie est nécessaire. **Méthodes :** Une revue de portée a été menée selon la méthodologie du Joanna Briggs Institute et rapportée selon PRISMA-ScR. Quatre bases de données (PubMed, Embase, Web of Science, Cochrane Library) ont été interrogées pour des études publiées entre 2010 et 2025. Les études incluant des adultes ≥65 ans et portant sur l'acceptation des technologies d'assistance basées sur l'IA ont été sélectionnées. Les données ont été analysées par synthèse descriptive et thématique. En complément, une étude observationnelle en méthodes mixtes associant une phase qualitative qui consiste à la réalisation de 60 (3 par patients) entretiens sur un échantillon de 20 patients et une phase quantitative auprès de 400 patients à l'aide de l'administration de questionnaires et de passation de données cliniques est proposée afin d'explorer les connaissances, attitudes et pratiques des PA vis-à-vis de la perte d'autonomie et de l'usage des technologies d'assistance, en intégrant les dimensions socioculturelles. Elle est conduite à Marseille qui est une ville Multiethnique et multiculturelle. Ce contexte démographique particulier offre un cadre précieux pour évaluer et comprendre l'influence des facteurs socio-culturels et environnementaux. **Résultats :** Vingt-neuf études ont été incluses. Les attitudes envers les technologies d'assistance basées sur l'IA étaient globalement favorables lorsque celles-ci étaient perçues comme utiles, accessibles et adaptées aux besoins. Toutefois, leur utilisation réelle restait faible. L'acceptation était influencée par des facteurs multiples : socio-démographiques (âge, lieu de résidence), médicaux et fonctionnels (fragilité, état de santé), psychosociaux (stigmatisation, soutien social), ainsi que par des facteurs économiques et techniques (coût, accessibilité). Des préoccupations relatives à la préservation du contact humain et aux dimensions culturelles ont également été identifiées. **Conclusion :** Malgré une acceptabilité globalement positive, l'adoption des technologies d'assistance basées sur l'IA demeure limitée. Ces résultats soulignent la nécessité d'une approche centrée sur l'utilisateur, intégrant les dimensions culturelles et sociales dans la conception et l'implémentation de ces technologies. L'étude proposée permettra d'approfondir la compréhension des besoins et représentations des PA afin de mieux adapter les innovations aux contextes réels d'usage. **Mots clés :** Vieillesse, intelligence artificielle, autonomie, facteurs culturels. **Références :** 1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Vieillesse et santé. 2025. Accessed October 23, 2025. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. 2. Kim JI, Kim G. Evaluation of health factors on artificial intelligence and the internet of things-based older adults healthcare programmes. DIGITAL HEALTH. 2024;10. doi:10.1177/20552076241258663. 3. Tamaki Welply Y, Lechevalier S. 'Social' robot and social relations in care settings: Undefined positionality and fixed temporality. Technology in Society. 2024;77:102559. doi:10.1016/j.techsoc.2024.102559. **Divulgations :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

P27- Impact économique et social de la maladie d'Alzheimer en France : Stratégies de prévention et analyse des coûts

C. Tabuenca¹, A. Bérard¹, J. Kozick Rigaud¹

((1) Fondation Médéric Alzheimer, Paris (France))

Contexte : La maladie d'Alzheimer constitue un défi majeur de santé publique et économique en France, avec 1,3 million de personnes concernées (incluant les maladies apparentées). Pourtant, 45 % des cas pourraient être évités grâce à la maîtrise de 14 facteurs de risque modifiables, identifiés par la littérature scientifique. Parmi ces facteurs, 12 sont directement actionnables par des stratégies de prévention primaire, offrant un potentiel de réduction de 37 % des cas – soit 514 176 personnes dont le diagnostic pourrait être évité ou retardé. Dans ce contexte, cette étude vise à évaluer le bénéfice économique d'une stratégie nationale de prévention primaire, en analysant : Le nombre de cas évités grâce à des interventions ciblées. Les coûts actuels de la prise en charge de la maladie. Les coûts d'une stratégie de prévention à grande échelle. Les gains économiques générés par cette prévention, incluant les économies sur les dépenses de santé et médico-sociales. **Méthodes :** L'étude s'appuie sur une revue systématique de la littérature et une modélisation économique des coûts. **Résultats :** Les résultats seront disponibles en février 2026. **Conclusion :** Cette étude démontre que la prévention primaire de la maladie d'Alzheimer n'est pas seulement un impératif de santé publique, mais aussi une stratégie économique rentable. **Mots clés :** Maladie d'Alzheimer, prévention primaire, analyse coûts-bénéfices, facteurs de risque modifiables, économie de la santé, EHPAD.

P35- CARMEN : un programme de prévention innovant pour transformer le bien vieillir

C. David Basei¹, D. Dogan¹, T. Hariza¹, C. Ginet², M. Lebrun², M. Constant³, F. Rame³

((1) Nutricia, Rueil Malmaison (France); (2) Danone Ecosystem, Rueil Malmaison (France); (3) Siel Bleu, Strasbourg (France))

Introduction : Face à la hausse attendue de la dépendance des personnes âgées d'ici 2070 et à l'explosion du budget autonomie, ce programme propose une approche préventive pour préserver l'autonomie des seniors. Conçu avec eux et pour eux, il se repose sur trois piliers : Activité Physique Adaptée, Nutrition (plaisir de manger et prévention de la dénutrition) et Lien social. **Objectif :** Son objectif est de favoriser le maintien à domicile et le bien vieillir actif et inclusif, en transformant les comportements de santé de façon durable. **Méthode :** Les participants sont au cœur de dispositifs et acteurs de leur santé. Le programme se décline en séances d'activité physique adaptée, de repas partagés, d'ateliers autour de la nutrition et des temps conviviaux, proposés au domicile, en collectivité ou en séjours immersifs. Il s'inspire du programme TOM qui a été approuvé aux Pays Bas par l'Institut National de Santé Public du ministère de la Santé grâce à ses résultats probants. Le programme TOM est déployé aux Pays Bas. Depuis septembre 2024, le programme CARMEN est testé en France, en phase pilote dans deux régions auprès de 103 participants. L'expérimentation multimodale vise à mesurer l'impact sur leurs connaissances, leur comportement de santé, leur capacité physique et leur qualité de vie. Carmen veut également sensibiliser le grand public et les proches aidants (les 40 – 50 ans qui sont les seniors de demain) aux enjeux de bien vieillir grâce à des actions en entreprise ou en collectivité. **Résultats Qualitatifs Préliminaires :** Amélioration pour 39,3% des bénéficiaires de la capacité physique selon le test Assis/Debout. Stabilisation pour 47,6% d'entre eux. Amélioration de l'IMC pour 10%, et stabilisation pour 81%. Le programme a renforcé significativement les connaissances

nutritionnelles des participants : +10% de participants ont pris conscience qu'il faut boire 1,5 à 2 L d'eau/jour ; +19% de participants ont pris conscience qu'il faut consommer 2 à 4 produits laitiers/jour. **Conclusion :** CARMEN est un programme destiné à accompagner les seniors dans la transformation de leurs habitudes quotidiennes. Il s'inscrit dans une démarche de proximité, en intervenant précisément lors de la phase dite du «dernier kilomètre», c'est-à-dire le moment crucial où l'adoption de nouveaux comportements devient concrète et effective pour les personnes concernées. Ainsi CARMEN ambitionne de « faire bouger les lignes » et un déploiement national dès 2027.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET ESSAIS CLINIQUES

P08- Prévalence des escarres en EHPAD: Analyse de l'enquête nationale SFE 2024 et variabilité intra-secteur

J. Ramette¹

((1) Groupe Emera, Paris (France))

Introduction : Les escarres constituent un indicateur majeur de qualité et de sécurité des soins chez les personnes âgées. Les données épidémiologiques nationales à large effectif en EHPAD restent limitées, alors que ce secteur concentre des populations très âgées et dépendantes. L'enquête nationale décennale de la Société Française des Escarres réalisée en 2024 permet une analyse à grande échelle de la prévalence et des caractéristiques des escarres en EHPAD. **Objectif :** Décrire l'épidémiologie des escarres en EHPAD à partir des données de l'enquête nationale SFE 2024 et analyser la variabilité observée au sein du secteur. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle transversale fondée sur les données de l'enquête nationale de prévalence des escarres menée par la Société Française des Escarres en 2024. L'analyse porte sur les établissements de type EHPAD participants, représentant 24 283 lits. Un sous-groupe correspond à un ensemble d'EHPAD représentant 3 260 lits, soit 13,4 % des lits inclus. Les indicateurs analysés comprennent la prévalence globale des escarres, la répartition par stades, l'origine acquise ou importée, les localisations anatomiques ainsi que les caractéristiques démographiques des résidents porteurs d'escarre. Les analyses sont descriptives et comparatives. **Résultats :** La prévalence des escarres observée dans le secteur sanitaire hors EHPAD est de 9,27 %, soit environ deux fois supérieure à celle observée en EHPAD, estimée à 4,62 %. En EHPAD, les résidents porteurs d'escarre sont majoritairement âgés de 80 ans et plus, avec une prédominance féminine. Les localisations anatomiques les plus fréquemment observées sont le sacrum et les talons. Les escarres de stades 1 et 2 représentent la majorité des situations, tandis que les stades 3 et 4 demeurent présents mais minoritaires. Dans le sous-groupe étudié, la prévalence globale des escarres est de 3,26 %, inférieure à celle observée dans l'ensemble des EHPAD participants. La répartition par stades montre une proportion plus élevée d'escarres précoces et plus faible d'escarres avancées. Les caractéristiques démographiques et les localisations anatomiques sont comparables à celles observées dans l'ensemble des EHPAD. **Interprétation :** Les données mettent en évidence une variabilité de la prévalence et de la sévérité des escarres au sein du secteur EHPAD. Dans un contexte de population comparable, les différences observées entre sous-groupes sont compatibles avec une influence de facteurs organisationnels et de pratiques de prévention, sans permettre d'établir de relation causale. **Conclusion :** Les résultats de l'enquête SFE 2024 confirment une prévalence des escarres plus faible en EHPAD que dans le secteur sanitaire, tout en soulignant leur fréquence dans une population très âgée et dépendante. La variabilité observée au sein du secteur EHPAD suggère l'influence possible des organisations et des pratiques de prévention. Ces résultats renforcent l'intérêt d'une prévention structurée et d'une évaluation régulière des pratiques afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. **Mots clés :** Escarres, EHPAD, épidémiologie, qualité des soins. **Divulgations :** Aucun conflit d'intérêt déclaré.

FRAGILITÉ COGNITIVE

P25- Dépistage de la mastication et efficacité masticatoire chez des personnes âgées suivies dans une Unité de Soins de Santé de Base

P.M. Santana^{1,2}, C.R. Ximenes¹, A.T. Silva¹, V.S. Silva¹, M.L. Timóteo De Lima¹, N.L. Lima¹, E.V. Alves¹, L.P. Pernambuco¹, R.C. Cavalcanti³, C.C. Cordeiro¹, S.D. Dias¹, K.A. Althoff¹, P.B. Barreto⁴

((1) Universidade Federal De Pernambuco, Recife (Brazil);

(2) Université Toulouse Iii – Paul Sabatier, Toulouse (France);

(3) Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Natal (Brazil);

(4) University Of Toulouse III, Toulouse (France))

Contexte : La fonction masticatoire joue un rôle essentiel dans le vieillissement, influençant l'ingestion alimentaire, l'état nutritionnel et la performance musculaire. Des altérations de cette fonction peuvent anticiper des déclin fonctionnels et augmenter la vulnérabilité clinique, ce qui en fait un marqueur pertinent pour l'identification précoce de la fragilité. Bien que des protocoles de dépistage soient utilisés en pratique clinique pour détecter des signes suggestifs de difficultés masticatoires, il existe encore une lacune quant à leur capacité à prédire de manière fiable la performance masticatoire mesurée par des méthodes objectives. Dans ce contexte, cette étude a examiné si un protocole clinique de dépistage était capable d'identifier des altérations associées à l'efficacité masticatoire chez des personnes âgées. **Méthodes :** Étude observationnelle transversale réalisée auprès de personnes âgées suivies dans une Unité de Soins Primaires de Recife (Brésil). Le projet a été approuvé par le Comité d'Éthique (CEP n° 6.917.551 ; Résolution 466/12). L'échantillon final incluait 76 participants. La mastication a été dépistée au moyen du Protocole de dépistage des altérations masticatoires chez les aînés (RAMI), instrument validé au Brésil et structuré en deux dimensions (fonction et perception), dont le score croissant indique une suspicion accrue d'altération fonctionnelle (Cavalcanti et al., 2019). L'efficacité masticatoire a été mesurée par deux méthodes objectives dérivées du changement de couleur d'un chewing-gum chromatique (Gum XYLITOL, Lotte Co. Ltd., Tokyo, Japon), méthode validée par Hama et al. (2014). L'évaluation comprenait : (1) une Échelle Visuelle de changement de couleur (1–11); et (2) une Analyse Colorimétrique ΔE (0–70; CIE-Lab) réalisée avec le spectrophotomètre Coralix HPS PRO. Dans les deux mesures, des valeurs plus élevées reflètent une meilleure efficacité masticatoire. La mastication a été réalisée pendant 2 minutes, suivie d'une standardisation de l'épaisseur du matériau (~1,5 mm). Les analyses ont inclus des statistiques descriptives (médiane et quartiles), des corrélations de Spearman et une régression linéaire simple entre le dépistage et chaque mesure objective ($p < 0,05$). **Résultats :** La médiane du RAMI était de 7 ($Q1 = 2$; $Q3 = 12$). L'efficacité masticatoire présentait une médiane de 9 à l'Échelle Visuelle ($Q1 = 8$; $Q3 = 10$) et de 42,85 pour l'analyse ΔE ($Q1 = 38,48$; $Q3 = 64,32$). Le RAMI s'est corrélié négativement avec l'efficacité mesurée par l'Échelle Visuelle ($r = -0,338$; $p = 0,001$) et par l'analyse ΔE ($r = -0,312$; $p = 0,006$). Les deux mesures objectives étaient positivement corrélées entre elles ($r = 0,615$; $p < 0,001$). En régression linéaire, le RAMI expliquait une partie de la variation de l'efficacité visuelle ($R^2 = 0,183$; $B = -0,192$; $p < 0,001$) et de l'analyse ΔE ($R^2 = 0,076$; $B = -0,997$; $p = 0,016$). Dans les deux modèles, des scores plus élevés au dépistage étaient associés à une moindre efficacité masticatoire. **Conclusion :** Les résultats montrent que le protocole de dépistage a identifié de manière cohérente les personnes âgées présentant une moindre efficacité masticatoire, soutenant son utilité comme outil initial de triage en soins primaires. Des scores plus élevés au RAMI se sont systématiquement associés à une performance masticatoire réduite dans les deux mesures objectives, indiquant sa capacité à signaler précocement des altérations fonctionnelles potentielles. Bien que le RAMI ne remplace pas une évaluation clinique spécifique de la mastication, il peut orienter les décisions initiales de prise en charge et soutenir l'indication d'examen complémentaires lorsque nécessaire. Des études longitudinales sont recommandées pour examiner l'évolution de ces altérations et leur relation avec des issues fonctionnelles importantes au cours du vieillissement. **Mots clés :** Mastication, efficacité masticatoire, fragilité, soins primaires.



J'ai 60 ans et +

Je préserve ma santé avec le **programme ICOPE**



*j'ai un suivi
personnalisé*



*Je fais le point
sur ma santé*

Je fais un test simple
en 15 minutes



SUR ORDINATEUR

je tape dans ma barre de recherche
<https://www.icopemonitor.fr>



SUR MOBILE / TABLETTE

Je télécharge l'application ICOPE Monitor



Plus de renseignements sur : [icope.fr](https://www.icope.fr)
ou par mail à contact@icopemonitor.com



Ma santé avec ICOPE

 **icope
monitor**
L'INNOVATION AU SERVICE DU BIEN VIEILLIR

SAVE THE DATE
15ÈME CONGRÈS FRANCOPHONÉ
SUR LA FRAGILITÉ



17 ET 18 JUIN 2027
HÔTEL DIEU SAINT JACQUES
TOULOUSE, FRANCE